



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA.

FACTORES DE RIESGO QUE SE ASOCIAN CON LA
APARICION DE EROSION CERVICAL, EN LAS MUJERES DE
LA COMUNIDAD DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A :
M A R I A P E R E Z G A R C I A

No. DE CUENTA 985209-4

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

DIRECTOR DEL TRABAJO



SECRETARIA DE ASUNTOS ESCOLARES

LIC. LETICIA HERNANDEZ RODRIGUEZ.



MÉXICO, D. F.

2004



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.

Al ser mas bondadoso que existe, que me ha dado la vida y la fortuna de poder darla, a ti por haberme hecho mujer, y darme una familia, un hogar y la fortuna de hacer una profesión al servicio de la humanidad.

Gracias DIOS

INTRODUCCIÓN.

La población de México se caracteriza hoy en día por un perfil de salud enfermedad en rápida transformación, determinado por una paulatina disminución del peso relativo de las muertes atribuibles a padecimientos infecciosos, así como por una tendencia creciente de las causas crónico degenerativas y de lesiones. La disminución del riesgo de muerte por enfermedades transmisibles contribuyó, entre 1979 y 1993, al incremento de la esperanza de vida en 2.9 años para los hombres y 3.2 para las mujeres.¹

Las mujeres enfrentan también problemas específicos en relación con las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y, en general, con las enfermedades del tracto reproductivo, debido a que tienen una mayor probabilidad de adquirirlas de una pareja infectada. Las ETS constituyen una amenaza para la salud de las mujeres y con frecuencia significan un importante deterioro funcional y fuente de morbilidad por las secuelas que provocan, incluidas la infertilidad y los dolores crónicos. Asimismo, los múltiples papeles que desempeñan las mujeres, que con frecuencia se expresan en la doble jornada de trabajo, tienen efectos sobre su salud, y se reflejan en fatiga y fuerte desgaste físico. Esta situación y las desigualdades que sufren las mujeres en los distintos espacios de sus vidas también pueden tener repercusiones en su estado emocional. Esto, aunado a la violencia de que son a menudo objeto, provoca pérdida de la autoestima, sentimientos de soledad y abandono, depresión u otros trastornos. Por todo esto, es de crucial importancia que en la atención a la salud de la mujer se tomen en cuenta los aspectos emocionales y psicológicos en las distintas etapas de su vida, y se contemplen tanto la atención de tipo preventivo y de apoyo como la de tipo curativo.²

Tal es el caso de las mujeres de San Luis Tlaxialtemalco que acudieron al CCOAPS al servicio de consultoría para revisión y que durante la

¹ Salud de la mujer. www.imes.gob.mx/html/2_5_sa_m.htm

² Mujer rural e indígena www.imes.gob.mx/html/2_8_mrimi.htm

exploración física cervicovaginal, se observó lesión en la mucosa cervical; lesión relacionada con otros procesos infecciosos y que junto con este problema crean circunstancias, o bien lesiones precursora a otras alteraciones de daño importante en la salud de estas mujeres.

Mejorar la salud de la población es la meta de la secretaria de salud en la mayoría de las naciones. A nivel internacional la Organización Mundial de Salud³ y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han encabezado actividades conjuntas para facilitar la cooperación y el aprendizaje mutuo para todo el ámbito de la salud pública, El Centro Comunitario de Atención Primaria a la Salud (CCOAPS) sede de prácticas comunitarias de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM, ha sido declarado centro colaborador de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y tiene como labor primordial la promoción a la salud para la prevención del daño, a través de intervenciones de Enfermería.

El presente documento cuenta con seis apartados, el primero contiene la fundamentación del tema de investigación, este apartado contiene la descripción, identificación y justificación del problema de investigación, contiene la ubicación del tema de investigación en ciencias afines con que se relaciona, los objetivos general y específicos de la investigación. El segundo apartado contiene el marco conceptual que da sustento teórico a la investigación. El tercer apartado la metodología que se lleva a cabo para la realización de la investigación. El apartado cuatro contiene la instrumentación estadística para el análisis de resultados, en el apartado cinco se encuentran las conclusiones y recomendaciones de la investigación, el sexto apartado contiene las referencias bibliográficas utilizadas para la realización de la investigación.

³ Bettcher, D.W. S Sapiric, E.H., T Goon 1998. Essencial public hearth functions: results of the international Delphi study. World Hearth Statistical Quarterly, 51: 44-55.

I. FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN.

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.

San Luis Tlaxialtemalco es una comunidad semiurbana de la delegación Xochimilco, en la cual la mayoría de sus habitantes tiene como actividad productiva la floricultura y el comercio, actividades que no les permiten tener acceso a instituciones de salud gubernamentales o patronales, que les brinden atención integral a la salud. Más sin embargo tiene atención pública del Centro de Salud y del Centro Comunitario de Atención Primaria a la Salud (CCOAPS) perteneciente a la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM.

El Centro Comunitario de Atención Primaria a la Salud (CCOAPS) de San Luis Tlaxialtemalco es un Centro de Primer Nivel de Atención, atendido por Licenciados en Enfermería y Obstetricia y pasantes de servicio social de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, que al hacer énfasis en la promoción a la salud, logra que la población acuda a este para la valoración y diagnóstico de su estado de salud, así como la ejecución de intervenciones de enfermería en el primer nivel de atención a la salud en México, en problemas de bajo y mediano riesgo.

Las características ya mencionadas de la comunidad, favorecen condiciones que ocasionan daños a la salud de sus habitantes. Tal es el caso de las mujeres, que acudieron durante el periodo de diciembre de 2002 a febrero de 2003, al CCOAPS para su atención en el servicio de consultoría para la mujer, y que durante su valoración física se identificó la presencia de erosión cervical en algunas de ellas. Tal problema de salud entre estas mujeres a pesar de ser común, puede llegar a tener repercusiones importantes en la salud de estas, ya que una es una lesión que puede considerarse signo temprano de carcinoma cervical⁴.

⁴ Erosión cervical, www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001492.htm

A la fecha en el CCOAPS no se cuenta con estadísticas de morbilidad por esta causa, sin embargo se sabe por estadística de morbilidad femenina en México, que existen datos nacionales que mencionan, que entre las mujeres de 15 a 64 años de edad, la principal causa de muerte en 1992 fue: tumores malignos (45 por cada cien mil mujeres) principalmente del cuello del útero y de mama.⁵

Entre los tumores malignos el Cáncer Cérvico Uterino, es la primera causa de muerte entre mujeres mayores de 25 años por neoplasias en México; más sin embargo existe referencia que en otros países se muestra que la mejor alternativa para el control de la mortalidad por Cáncer Cérvico Uterino es la detección y el tratamiento oportuno de los procesos inflamatorios Cérvico-Vaginales y Lesiones precursoras como son las displasias leves, moderadas, severas y aún el cáncer in situ, considerados factores de riesgo para el desarrollo de carcinoma cervical.⁶

Por lo anterior surge la inquietud de conocer que factores existen entre las mujeres de la comunidad de San Luis Tlaxialtemalco, que presentaron erosión cervical, cuando asistieron al CCOAPS para su valoración, teniendo en cuenta que el objetivo de éste es la prevención del daño, a través de intervenciones de enfermería en el 1er nivel de atención a la salud de la población a la cual atiende.

1.2 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.

Del total de las mujeres que acudieron a consultoría de enfermería en el Centro Comunitario de Atención Primaria a la Salud de San Luis Tlaxialtemalco, durante el período de diciembre de 2002 a febrero de 2003, al 20% de ellas durante su exploración física presentaron lesiones en la mucosa cervical, erosión cervical.

⁵ [Morbimortalidad femenina en México. insp.mx/salud/34/346-2s.html](http://morbimortalidad.femenina.en.México.insp.mx/salud/34/346-2s.html)

⁶ [Secretaria de Salud sesa-dgo.gob.mx/cacu.htm](http://Secretaria.de.Salud.sesa-dgo.gob.mx/cacu.htm)

Por lo que el problema se enuncia de la siguiente manera:

¿ Cuáles son los factores de riesgo que se asocian con la aparición de erosión cervical en las mujeres, que acuden a consultoría de enfermería, de la comunidad de San Luis Tlaxialtemalco, en el periodo de diciembre de 2002 a febrero 2003?.

1.3 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.

Las erosiones cervicales, tiene repercusiones importantes en la salud de la mujer, ya que crea circunstancia o lesión precursora de complicaciones considerables, como infecciones cérvico-vaginales recurrentes y de difícil control, úlceras cervicales, quistes cervicouterinos y puede llegar a desarrollar carcinoma cervicouterino⁷.

Por lo tanto para la Enfermería Comunitaria es importante identificar las condiciones que dan origen a la presencia de erosión cervical, para así poder eliminar los factores de riesgo que se relacionen con la aparición de dicho problema, y de esta manera poder atenuar, modificar o eliminar dichos factores, a través de intervenciones de Enfermería que puedan favorecer la salud de estas mujeres, en el 1er Nivel de Atención a la Salud a través de la Atención Primaria. Teniendo presente que si se controla un factor de riesgo el cual es causa del problema de salud presente, se produce un efecto múltiple en la prevención de problemas de salud a los que este factor esta asociado.

⁷ Erosión cervical. pcs.adam.com/ency/article/001492.htm

1.4 UBICACIÓN DEL TEMA.

La presente investigación se ubica dentro de las siguientes áreas: Enfermería, Salud Pública e Investigación.

- Enfermería, por que aporta las bases teóricas de la formación del profesional para el abordaje de estos problemas.
- Salud Pública, por que aquí se desarrollan las actividades comunitaria para la realización de la presente investigación.
- En Investigación por que se indica la metodología para la realización de éste trabajo.

1.5 OBJETIVOS.

1.5.1 General.

Identificar cuales factores de riesgo se asocian con la aparición de erosiones cervicales en las mujeres de San Luis Tlaxialtemalco que acudieron al servicio de consultoría de enfermería en el CCOAPS, durante el periodo de diciembre de 2002 a febrero 2003, y establecer intervenciones de enfermería en la educación y promoción a la salud de estas mujeres.

1.5.2 Específicos.

Identificar factores de riesgo biológicos, físicos, químicos, ambientales y culturales que se asocian con la aparición de erosión cervical en las mujeres en edad reproductiva de la comunidad de San Luis Tlaxialtemalco.

Establecer intervención de enfermería en la educación y promoción del auto cuidado de salud de las mujeres.

II. MARCO CONCEPTUAL.

2.1. LA ATENCIÓN DE ENFERMERIA EN LA COMUNIDAD.

2.1.1 CONTEXTO HISTORICO.

Aunque por separado, las diversas actividades de la salud pública tienen una larga historia, la organización de los departamentos de salud por jurisdicciones gubernamentales (ciudades, condados, distritos o naciones) empezó realmente en el siglo XIX y se centra inicialmente en el saneamiento. Al principio se prestó atención sobre todo al abastecimiento de agua potable limpia y a la eliminación inocua de desechos humanos y de otro tipo, en particular en los medios urbanos. Seguidamente, se emprendieron iniciativas para el control de las enfermedades transmisibles por otros medios, tal como la tuberculosis. A medida que se ha avanzado en los conocimientos de los factores determinantes de salud y de la causa de enfermedad se han ampliado los esfuerzos en materia de salud pública⁸. El interés en el desarrollo de niños sanos se ha traducido en programas de nutrición materno infantil, así como en programas de vacunación y de seguridad del niño. Los programas de seguridad y salud ocupacional se han traducido en una amplia gama de lugares de trabajo. La prestación de servicios clínicos a quienes padecen enfermedades concretas tiene mayores probabilidades de asociarse con la salud pública cuando hay pocos servicios de atención médica personal en la comunidad. La salud pública también colabora activamente en caso de desastres naturales o causados por el hombre y vela para que la exposición al riesgo sea limitada y para que los servicios básicos de salud pública se restauren lo más rápido posible.

Hay diversos tipos de organismos oficiales, grupos voluntarios y organizaciones privadas que participan en cierto grado en la salud pública.

⁸ Amick, B.C., Levine A.R. Tarlov, D.C. Walsh 1995. Societies and Health. New York: Oxford University Press.

La mayoría de las comunidades se benefician del interés y la participación de los ciudadanos en la promoción de su propia salud mediante la educación y el cambio de comportamiento. Hasta los programas normativos tradicionales se benefician de la colaboración voluntaria de asociaciones que representan a los que deberán acatar las normas. Este documento se centra principalmente en los organismos gubernamentales que son responsables de la salud de las personas de una comunidad, y principalmente en las enfermeras empleadas directamente o contratadas por esos organismos.

La actividad de salud pública, es igual que cualquier otra actividad, esta influenciada por la forma en que se percibe el mundo. La forma de pensar de un trabajador de salud pública hace que su trabajo este destinado principalmente a grupos o a poblaciones y no a individuos. Por ejemplo un médico o un enfermera dedicados a la salud pública enfocan la planificación de la vacunación haciéndose la pregunta ¿ qué proporción de la gente de este pueblo (o país o vecindario) está vacunada? E identifica los vecindarios o los subgrupos con tasas bajas de vacunación, antes de empezar a preguntar a los niños, uno por uno ¿ya te vacunaron?. Esto contrasta con el clínico, cuya reflexión empieza cuando las personas se presentan a solicitar atención médica. Los profesionales de salud pública, se preocupan infinitamente de que las personas reciban atención básica de salud y la atención de urgencia que necesiten. Pero la atención se centra en el establecimiento de sistemas donde las personas pueden estar sanas: agua potable inocua, eliminación sin riesgos de los desechos de todo tipo, suministro de alimentos inocuos y nutritivos, lugares de trabajo seguros, educación sanitaria como parte de la educación básica, etc. Independientemente de la organización de los servicios relacionados con la salud en un país y de la formación recibida por los médicos, enfermeras y otras profesiones afines, a menudo las líneas divisorias entre la salud pública y la atención individual se tornan borrosas a nivel local.

Para ilustrar las diferencias entre la salud pública y los otros aspectos de todo el sistema de servicios de salud, suele usarse una pirámide (fig1) . La pirámide central incluye:

- Prevención Primaria, o medidas tomadas para prevenir la aparición de enfermedades.
- Prevención Secundaria, o medidas tomadas para detectar la enfermedad tempranamente y ofrecer la cura definitiva.
- Prevención terciaria, o medidas tomadas para tratar la enfermedad en curso y limitar sus efectos en el individuo.

Si bien todos los servicios son importantes para quienes los reciben, los servicios más cercanos a la base de la pirámide tienen mayor repercusión sobre un mayor número de personas y durante un período más largo que los servicios a nivel secundario o terciario. El estrato nominado "servicios clínicos de prevención" se sitúa entre el nivel primario y el secundario, o se superpone a la línea que separa estos dos niveles. Este nivel de servicios abarca las medidas destinadas a prevenir las enfermedades (por ejemplo vacunación) y a las que procuran lograr la detección temprana (por ejemplo tamizado de presión arterial o exámenes de la vista. Estos servicios podrían organizarse como servicios dirigidos a la población, tales como jornadas de vacunación nacional, o incorporarlos a la atención médica primaria personal.

La pirámide de la izquierda es una pirámide de servicios opcionales de salud que abarcan lo siguiente:

Atención Primaria, equivalente a la parte básica de la atención secundaria.

Atención Secundaria, que incluye la parte más compleja de la prevención secundaria.

Atención Terciaria, que es la atención especializada de quienes padecen afecciones crónicas o necesitan intervenciones complejas que exigen el uso de alta tecnología.

Fig. 1 TRIANGULOS DE LA PREVENCIÓN.



La pirámide de la derecha ilustra cómo, la inversión se hace al revés ya que la mayoría de los recursos se destinan a la intervenciones después de que las enfermedades han ocurrido y no a los programas que podrían prevenirlas. Aunque la información al alcance dificulta la especificación exacta del nivel del gasto, el cálculo aproximado que se obtuvo (basado en estudios realizados en los Estados Unidos) es revelador.⁹

Otro modelo que se utiliza comúnmente en la reflexión actual sobre salud pública es el de los factores determinantes de la salud¹⁰ (figura2) este modelo, bastante complejo, determina la función que desempeña el entorno físico y social, así como los comportamientos individuales, tanto en la aparición de la enfermedad como en el logro de una sensación de bienestar. Este modelo es muy común entre quienes trabajan en salud pública porque pone de relieve las limitaciones de un modelo basado estrictamente en el agente causal y la enfermedad e identifica un sinnúmero de puntos potenciales de intervención para las medidas de salud pública. Este modelo

⁹ La enfermería de la salud pública. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud (HSO)

¹⁰ Evans, R.G., Stoddard, G.L. 1990. Producing health, consuming health care, Social Science and Medicine 31: 1359.

es compatible con el marco conceptual usado en documentos elaborados en un taller de la OPS sobre problemas indígenas y de salud¹¹ que aún hoy en día se emplea. Por ejemplo es compatible con la identificación de cuatro prácticas sociales que expresan los esfuerzos de la sociedad en pro de la salud de la población:

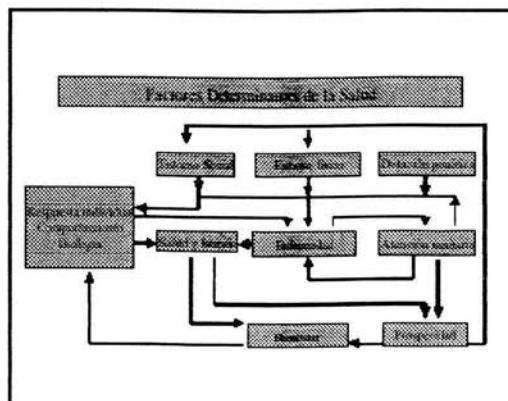
Promoción y fortalecimiento de una cultura de vida y de la salud pública.

Construcción de entornos sanos y "control" de los riesgos y los trastornos de la salud colectiva.

Forjamiento de la ciudadanía y la capacidad de participación.

Atención de las necesidades y exigencias de la población en cuanto a servicios de salud.

FIG. 2 MODELO BASADO EN LOS DETERMINANTES DE SALUD.



¹¹ Stout MD. Coloma, C. 1993 Indigenous peoples and health. Pan American Health Organization

2.1.2 FUNCIONES CENTRALES Y FUNCIONES DE SALUD PUBLICA.

El tema de las funciones esenciales ha recibido atención en muchos países pero solo de manera individual. A nivel internacional la Organización Mundial de Salud¹² y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han encabezado actividades conjuntas para facilitar la cooperación y el aprendizaje mutuo. Aunque gran parte del trabajo realizado ha sido genérico para todo el ámbito de la salud pública, también se ha emprendido iniciativas para determinar los aportes de profesiones individuales relacionadas con la salud a la actividad general. Por ejemplo, las enfermeras salubristas en los Estados Unidos han logrado especificar en qué forma un mejor ejercicio de la salud pública dentro de la disciplina puede fortalecer la infraestructura de la salud pública de una comunidad o una nación.¹³

Si se requiere que los programas estén bien sustentados y se adapten a las necesidades reales, es esencial ir más allá de un enunciado general acerca de la importancia de la salud de la población y elaborar listas más concretas relativas a las funciones o los servicios. El término "funciones esenciales de salud pública" fue introducido en el vocabulario especializado gracias al proyecto que resultó en un informe sobre el futuro de la salud pública elaborado por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos. Las funciones básicas de salud pública se definieron como evaluación, formulación de políticas y aseguramiento. Los términos han pasado a ser de uso común en las escuelas y muchos otros organismos de salud pública, pero ha resultado ser conceptos a tan alto nivel de abstracción que requieren mayor definición.¹⁴

¹² Bettcher, D.W.S Sapirie, E.H. T Goon 1998. *Essencial public health functions: results of the International Delphi study*. World Health Statcal Quartely, 51: 44-55.

¹³ Association of State and territorial Directors of Public Health Nursing 2002. *Public Health Nursing: a partner for healthy populations*. Washington, DC: American Nurses Publishing

¹⁴ *Enfermería de la salud Pública y las funciones esenciales de salud pública: bases para el ejercicio profesional*. Programa de Organización y Gestión de sistemas y de servicios de salud (HSO).

La Organización Mundial de la Salud utilizó la técnica de investigación delfos¹⁵ para identificar las funciones esenciales, es decir, las que previenen las epidemias y la propagación de las enfermedades, las que protegen a la población contra los riesgos ambientales, las que previenen las lesiones y las que promueven el comportamiento favorable a la salud y da respuesta a los desastres.

Las categorías claves a las funciones esenciales que se consideraron necesarias para cumplir con estas normas son:

- Monitoreo de la situación sanitaria (morbilidad y mortalidad, factores determinantes de la salud y eficiencia de las funciones de salud pública).
- Protección del medio ambiente (agua potable, calidad e inocuidad de los alimentos, dotación de drenajes, alcantarillado y eliminación de desechos, control de sustancias peligrosas).
- Promoción de la salud (participación de la comunidad en la salud, información y educación para la salud y mejoramiento de la calidad de vida).
- Prevención, vigilancia y control de las enfermedades transmisibles (vacunación, control de epidemias, vigilancia de enfermedades)
- Legislación y regulación en salud pública.
- Salud ocupacional.
- Servicios de salud pública (salud escolar, servicios de emergencia en casos de desastre, servicios de laboratorio).
- Gestión en salud pública (política sanitaria, planificación y gestión, utilización de pruebas científicas, investigación, colaboración internacional).

¹⁵ Betcher, D.W. S Sapiric, E.H. T Goon 1998. Essencial public hearth functions: results of the international Delphi study. World Hearth Statistical Quarterly, 51: 44-55

- Atención sanitaria a la población vulnerable y de alto riesgo (atención de salud materna, planificación familiar, atención del niño sano y recién nacido).

En referencia a estas funciones, no se ha logrado consenso acerca de si debe incluirse la atención individual de pacientes.

La conclusión de la segunda ronda del estudio Delfos fue que la asistencia al enfermo individual debe considerarse una función de salud pública solo cuando la atención aporta beneficios a una población más grande, aunque no se especificó la manera de medir tales "efectos directos". Este tema sigue siendo parte del debate en numerosas reuniones sobre salud pública.

La OPS también ha apoyado una iniciativa en curso para determinar las funciones esenciales como un marco de trabajo para la comunidad entre los países. Se trata de la iniciativa "La salud pública en las Américas"¹⁶, cuyo objetivo es definir y después medir el desempeño de las funciones esenciales de salud pública como base para fortalecer de la autoridad sanitaria a todos los niveles del Estado. La OPS describe las funciones esenciales como las condiciones que permiten mejorar los métodos de salud pública.

2.1.3 FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA (FESP) SEGÚN LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA.

- Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud.
- Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y amenazas para la salud pública.
- Promoción de la salud.

Participación social en la salud.

¹⁶ Pan American Health Organization. 200. Essential public health functions. 126th Session of Executive Committee. Washington, DC. June 26-30.

- Formulación de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública.
- Fortalecimiento de la capacidad institucional de reglamentación y fiscalización en salud pública.
- Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios básicos de salud.
- Formación de recursos humanos y capacitación en salud pública.
- Garantía de calidad de los servicios de salud individual y colectivos.
- Investigación en salud pública.
- Reducción de emergencias y desastres en salud, lo que abarca prevención,
- mitigación, preparación, respuesta y rehabilitación.¹⁷

Cualquiera de estas funciones puede ampliarse agregando otras especificaciones. Por ejemplo, una descripción más completa de la función esencial 1: monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud, en realidad abarca:

- Evaluación actualizada de la situación sanitaria, sus tendencias y factores determinantes en un país dado.
- Identificación de las necesidades de salud de la población, en especial, evaluación de los riesgos y demanda por servicios de salud.
- Gestión de las estadísticas vitales y de la situación concreta de grupos de interés especial.
- Producción de información útil para evaluar el desempeño de los servicios de salud.
- Identificación de recursos provenientes de otros sectores que apoyen la promoción de la salud.
- Creación de tecnología, experiencia y metodología para gestión, interpretación y comunicación de la información a los responsables de la salud pública.

¹⁷Enfermería de la salud Pública y las funciones esenciales de salud pública: bases para el ejercicio profesional. Programa de Organización y Gestión de sistemas y de servicios de salud (HSO).

- Creación y consolidación de organismos para que evalúen la calidad de los datos recogidos, además de analizarlos correctamente.

Aunque las funciones esenciales no son en sí mismas programas de salud pública, constituyen la base para crear o mejorar los programas. En la resolución aprobada por el 42avo Consejo Directivo de la OPS que se refiere a las funciones esenciales de salud pública, se expone la forma en que los Estados Miembros de la OPS entienden estas funciones esenciales.¹⁸

3. CENTRO COMUNITARIO DE ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD.

El Centro Comunitario de Atención Primaria a la Salud de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, fundamenta sus acciones en una de las funciones sustantivas de la Universidad que se refiere a la vinculación con la sociedad y se enmarca en los postulados expresados en la declaración de Alma Atta, que señala "Atención Primaria a la Salud como asistencia sanitaria esencial basada en métodos, tecnologías y prácticas científicamente fundadas y socialmente aceptables puestas al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país pueda soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación."¹⁹

La Atención Primaria como estrategia de trabajo para la atención de la salud forma parte integral tanto del Sistema Nacional de Salud, que constituye la función central y núcleo principal de desarrollo social y económico global de la comunidad. De esta manera el CCOAPS representa un servicio de primer nivel de atención, que a través de enfermería brinda a los individuos, familia y comunidad la atención de salud en el lugar más cercano de su residencia, trabajo, escuela o cualquier espacio de reunión grupal, constituyendo un

¹⁸ Enfermería de la salud Pública y las funciones esenciales de salud pública: bases para el ejercicio profesional. Programa de Organización y Gestión de sistemas y de servicios de salud (HSO).

¹⁹ Addy Gutiérrez Raigosa Centro Comunitario de Atención Primaria a la Salud. Submanual técnico informativo 2003.

primer elemento en el proceso permanente de intervenciones independientes de enfermería para la identificación de riesgos y atención de problemas de salud incipientes, reversibles con terapéutica sencilla común a la enfermería, fundamentadas en su perfil profesional, en teorías de Enfermería y otras disciplinas para dar solución a problemas de mayor complejidad, se ha establecido coordinación tanto con diferentes Unidades de Salud así como de asistencia social.²⁰

3.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS.

El Centro Comunitario de Atención Primaria a la Salud se crea por la necesidad de dar coherencia a la teoría con la práctica comunitaria para favorecer el proceso enseñanza-aprendizaje de los futuros Licenciados en Enfermería y Obstetricia y estudiantes de postgrado.

Con base en un proyecto inicial de Atención Primaria a la Salud, se logro obtener de los servicios metropolitanos del D.F, un local perteneciente a la tienda del barrio en San Luis Tlaxialtemalco de la Delegación Xochimilco el cual fue entregado a la ENEO el 29 de octubre de 1991, se realizaron las remodelaciones necesarias al lugar y el 11 de mayo de 1992 fue inaugurado, siendo directora de esta escuela la Lic. Griselda Arroyo de Cordero, nombrando a la Lic. Addy Gutiérrez Raigosa coordinadora de lo que inicialmente se llamo Sede de Prácticas de Atención Primaria a la Salud y que a partir de 1999 se denominó Centro Comunitario de Atención Primaria a la Salud.

En 1992 se realizó un primer diagnóstico de salud con la participación de alumnas de tercer semestre de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia de la ENEO y en los meses de junio y agosto, se procedió el equipamiento de la unidad; el 8 de septiembre de 1993 se inició la atención a la

²⁰ Idem.p.p 1

comunidad, con cuatro pasantes de esta escuela, distribuidos en los cuatro módulos de la comunidad.

A partir de enero de 1998, el CCOAPS se incorpora como Sede de Prácticas a los trabajos que realiza la ENEO como centro colaborador de la OMS-OPS estableciéndose cuatro líneas de investigación:

- Salud reproductiva
- Salud de Adulto Mayor
- Factores de riesgo en la Diabetes Mellitus
- Violencia Familiar, se agregan a partir del año 2000.

Dentro de esta Institución participa docentes, pasante y estudiantes de pregrado y postécnico los cuales tiene la función de asesorar permanentemente a los pasantes y estudiantes, los cuales realizan prácticas comunitarias de las diferentes áreas de Plan de Estudios: Enfermería en la Atención a la Salud en México, Enfermería de Niño, Enfermería del Adolescente, adulto y Anciano; Enfermería en el Proceso Reproductivo, así mismo los Estudiantes de Postgrado en las áreas de Enfermería en Salud Pública y Enfermería en el Adulto Mayor. Por igual se tiene la participación de estudiantes de maestría, doctorado y especializaciones de la UNAM y de otras universidades del país y del extranjero.

3.2 OBJETIVOS DEL CCOAPS.

ACADÉMICOS:

- Contribuir a la formación de los perfiles académicos de los licenciados en Enfermería y Obstetricia y de los estudiantes de postgrado que requieren prácticas comunitarias a partir de un servicio de primer nivel de atención, con intervenciones de enfermería de calidad y con gran sentido humanístico en forma anticipada al daño y en problemas de

salud de bajo riesgo favoreciendo la práctica independiente y por ende el ejercicio libre de la profesión.

SERVICIO:

- Brindar atención de enfermería a la colectividad, especialmente a través del servicio social de pasantes y de las prácticas comunitarias de los estudiantes, con intervenciones de enfermería independientes, con calidad y humanismo, para contribuir al abatimiento de los índices de morbilidad y mortalidad, favoreciendo el autocuidado a la salud con la participación interdisciplinaria e intersectorial.

INVESTIGACIÓN:

- Fomentar la investigación de los docentes, pasantes y estudiantes, con el fin de favorecer las bases teóricas que fundamental el funcionamiento de CCOAPS, la titulación oportuna del pasante y la ejercitación metodológica de la investigación científica, acordes con las líneas de investigación establecidas en el mismo.

3.3 LÍNEAS PROGRAMÁTICAS DE CCOAPS.

El centro ofrece su servicio de Atención a la Salud de la comunidad a través de cinco líneas programáticas que son:

- Salud Familiar, integrada por:

Valoración Integral de la Mujer.

Control y vigilancia de embarazadas, púerperas y recién nacidos hasta los 5 años con bajo riesgo.

Detección de embarazo.

Aplicación de toxoide tetánico.

Detección oportuna de Ca.Cu. y mamario.

Consejería en métodos de Planificación Familiar.

Detección oportuna de riesgo pre-concepcional.

Nutrición familiar.

Valoración integral del adulto mayor.

Detección y control de diabetes e hipertensión.

Reunión de adultos mayores en casas de salud, con actividades relacionadas a:

- Terapia ocupacional.

- Terapias cognitivas.

- Ejercicios de rehabilitación.

Valoración integral de la salud del niño y la niña desde los 6 hasta los 15 años.

Valoración del estado de salud integral del escolar.

Determinación de grupo y Rh.

Seguimiento y control de padecimientos infecto-contagiosos.

Control del crecimiento, desarrollo y nutrición.

- Salud Escolar:

Educación para la salud en pre-escolar y escolar en primaria y secundaria.

- Salud Laboral:

Valoración integral de la salud de los trabajadores.

Detección oportuna de riesgos y daños laborales.

Aplicación de toxoide tetánico y otras vacunas.

Control y seguimiento en caso de accidentes laborales y enfermedades.

- Salud Ambiental:

Detección oportuna de riesgos y daños en el ambiente.

Programa de educación para la salud sobre saneamiento básico.

- Salud en el Deporte y la Recreación.

Valoración de la salud integral de los deportistas.

Vigilancia de la nutrición del trabajador.

Detección y control a los trabajadores usuarios de métodos de planificación familiar.

Promoción para la formación de equipos para la práctica del deporte.

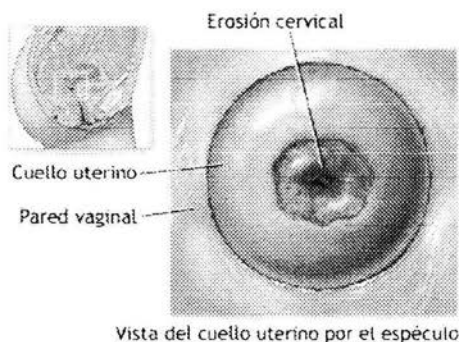
Orientación a la familia sobre actividades recreativas y utilización del tiempo libre.

Cine-club familiar.

4. EROSION CERVICAL.

4.1 CONCEPTO

La erosión del cuello uterino, es la lesión de color rojo oscuro circumoral en el extremo del cuello, en el que el epitelio columnar, normalmente limitado al canal endocervical, crece hacia fuera, y reemplaza al epitelio escamoso de color rosa que recubre normalmente el cuello uterino.²¹



²¹ Miller, Norman y Hazle Avery. Enfermería Ginecológica, 5ª ed. 1966 p.p 207.

4.2 Etiología.

La etiología de la erosión cervical es diversa, sin embargo se considera que se presenta cuando existe alteración del medio vaginal, como son hipersecreción cervical, alteración de la acidez vaginal (pH 4.8 normal), alteración de la flora bacteriana normal superior (bacilos de Döderlein), y estas alteraciones son atribuidas principalmente a:

- Traumatismos: como es la inserción de tampones vaginales, inserción de DIU, espéculos y objetos extraños, así como traumatismo postparto.
- Infección: por procesos infecciosos como infecciones cervicovaginales recurrentes o no tratadas, tampones vaginales no retirados así como enfermedades de transmisión sexual.
- Por sustancias químicas: como cremas o espumas anticonceptivas, espermaticidas y duchas vaginales²².

4.2.1 Factores de Riesgo.

Existen condiciones que favorecen la aparición de una erosión cervical, estas condiciones o factores de riesgo son:

- Biológicos: Infecciones cervicovaginales severas, recurrentes o mal tratadas, tampones vaginales no retirados, enfermedades de transmisión sexual (herpes, sífilis temprana), metodología anticonceptiva (hormonales).
- Físicos: por traumatismos posterior a la inserción de tampones vaginales, lesiones post parto y post aborto, inserción de Dispositivo Intrauterino, traumatismos post coito.
- Químicos: Por cremas o espumas anticonceptivas espermaticidas y duchas vaginales.
- Culturales: Por múltiples parejas sexuales: malos hábitos higiénicos inicio de vida sexual activa antes de los 20 años.²³

²² http://www.avera.org/adam/esp_ency/article/001492.htm

4.2.2 Signos y Síntomas.

- Metrorragia anormal escasa post coito, no relacionado al periodo menstrual.
- Leucorrea (blanca o amarillenta), fétida si se asocia a un proceso infeccioso.
- A la inspección: lesión de color rojo oscuro, en forma de círculo en el orificio cervical externo.

4.2.3 Diagnóstico.

- El diagnóstico se establece por sintomatología clínica, principalmente la leucorrea.
- Por espéculoscopia, a la inspección se aprecia la presencia de erosión de la mucosa cervical, así como la presencia de laceraciones y desgarros en la mucosa cervical.
- Por citología vaginal exfoliativa y por colposcopia, ambas descartan la posibilidad de otro proceso infeccioso y maligno.²⁴

4.2.4 Complicaciones.

Aún que se han considerado que las erosiones cervicales son lesiones precursoras de carcinoma cervicouterino²⁵, se considera que son lesiones que sanan por si mismas, en cuanto las condiciones del medio de la mucosa cérvico-vaginal que dieron lugar a la erosión, como son la acidez vaginal (pH 4.8 normal) son ideales para su recuperación del epitelio cervical lesionado.

²³ Ibidem p.p 208

²⁴ http://www.avera.org/adam/esp_ency/article/001492.htm

²⁵ <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001492.htm>

La erosión cervical es un estado patológico muy común, pero por el hecho de que causa aumento del exudado leucorreico, se considera ser factor de enfermedades más serias en épocas ulteriores de la vida.²⁶

4.2.5 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN MUJERES CON EROSIÓN CERVICAL.

La atención de enfermería de bajo y mediano riesgo se realiza a través de su propia método de trabajo, el Proceso de Atención de Enfermería, que en el este caso se realiza en el siguiente orden:

Valoración integral de la usuaria. Consiste en integrar una serie de datos que nos permitan conocer a nuestro usuario y poder así identificar los factores de riesgo en su salud, se realiza a través de un interrogatorio directo que integra su historia clínica y se complementa con una exploración cefalo-caudal (ver anexo IyII).

Diagnóstico de Enfermería. Los diagnósticos de Enfermería se establecen con base en las necesidades de salud presente y potenciales de la usuaria.

Planeación de intervenciones. Las intervenciones de enfermería son encaminadas a sanar las lesiones cervicales, a través de identificar las causas precursoras de la lesión, que puede ser por procesos infecciosos, por traumatismo, por metodología anticonceptiva; y mejor las condiciones del medio vaginal como es pH, flora bacteriana normal, condiciones de humedad e higiene, con el fin de favorecer las condiciones que ayudarán a sanar la mucosa cervical dañada (ver anexo III).

Ejecución. La fase de ejecución de los cuidados o intervenciones planteadas, esta a cargo de la usuaria en control, durante este periodo es

²⁶ Opcit p.p 207

necesaria hacer una valoración de seguimiento y apego al tratamiento, para valorar la efectividad de este así como la evolución de la usuaria.

Evaluación. La valoración de las intervenciones planteadas, es la fase "final" del tratamiento, donde valoramos la efectividad de este y el apego que tuvo la usuaria a el, se menciona como fase final al proceso que inicialmente presento la usuaria, aún que se podría considera como el inicio de la atención preventiva a la salud, ya que se inculca el autocuidado de su salud, así como visitas periódicas con el personal de salud para conservar un estado de salud que le permita un desarrollo pleno en el ámbito de se desenvuelve.

III. METODOLOGÍA.

3.1. HIPÓTESIS.

Los factores de riesgo biológicos como infecciones cervicovaginales recurrente o no tratadas, mala nutrición; físicos como traumatismos por inserción de dispositivo intrauterino; químicos como uso de cremas o espumas anticonceptivas; ambientales como falta de servicios públicos; y culturales como hábitos higiénicos, uso de metodos anticonceptivos de barrera como preservativo, inicio de vida sexual activa así como múltiples parejas sexuales; se asocian con la aparición de erosiones cervicales, en las mujeres de San Luis Tlaxialtemalco, Xochimilco D.F.

3.2. VARIABLES E INDICADORES.

3.2.1. Variable Independiente:

Erosiones cervicales.

3.2.2. Variable dependiente:

Factores de riesgo.

3.2.2.1 Indicadores:

Biológicos:

Infecciones cervicovaginales.

Mala nutrición.

Uso de metodología anticonceptiva hormonal.

Físicos:

Traumatismos por inserción de cuerpos extraños intra vaginales.

Traumatismos por Colocación de DIU.

Químicos:

Sustancias químicas de aplicación vaginal

Ambientales:

Servicios públicos para la comunidad.

Socioeconómicos :

Escolaridad.

Ingresos económicos.

Culturales:

Uso de preservativo.

Inicio de vida sexual activa a temprana edad.

Hábitos higiénicos.

3.2.3. Operacionalización de variables.

Erosión cervical: Es una lesión del epitelio que recubre la mucosa cervical, de color rojo oscuro alrededor del orificio externo cervical.

Factor de riesgo: Es una condición capaz de general daño a la mucosa cervical y producir así una erosión en esta.

3.3. TIPO DE DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

Tipo de diseño de investigación.

- Transversal. Se considera transversal ya que estudia las variables simultáneamente en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo.
- Descriptiva. Estudia un fenómeno sin establecer comparaciones.
- Observacional. Ya que se hace una observación directa del fenómeno de estudio, sin hacer intervención directa o intencional para modificar las variables.

3.4. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN.

Las técnicas e instrumentos utilizados en la presente investigación son.

- Observación. Ya que mediante esta se detecto el problema planteado en la investigación y elaboró un registro de datos importante para su realización.
- Entrevista. Mediante ésta se logro obtener datos directos y de confiabilidad del grupo de población en estudio.
- Cuestionario. A través de éste instrumento se logra obtener datos sistematizados para la comprobación o disprobación de la hipótesis.

IV. INSTRUMENTACIÓN ESTADÍSTICA.

4.1 UNIVERSO, POBLACIÓN Y MUESTRA.

Universo: el universo de estudio es la población femenina que acude a consultoría de enfermería a la mujer en el Centro Comunitario de Atención Primaria a la Salud ENEO-UNAM, ubicado en la comunidad de San Luis Tlaxialtemalco, Xochimilco.

Población: son 50 mujeres que acudieron a consulta de la mujer, en el CCOAPS, durante el periodo de Diciembre de 2002 – febrero de 2003.

Muestra: a conveniencia, tomando a todas aquellas mujeres que al acudir a consultoría durante su exploración física se observó de erosión cervical.

4.1.1. Criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión.

- Usuarías que presentaron erosión cervical durante su revisión física en el servicio de consultoría durante el periodo diciembre de 2002 a febrero de 2003.
- Usuarías que quieran participar en la investigación.

Criterios de Exclusión.

- Usuarías que no se encuentren durante en periodo de recolección de datos.
- Usuarías que no aporten los elementos necesarios para la recolección de datos. Como llenado del instrumento de valoración (cuestionario), o datos falsos al interrogatorio.

4.2 PROCESAMIENTO DE DATOS.

4.2.1. Interpretación de resultados.

En el periodo de diciembre de 2002 a enero de 2003, asistieron al centro alrededor de 96 mujeres a consulta de la mujer, de las cuales a 50 se les realizó espéculoscopia, encontrando erosión cervical franca en el 20 % de estas, de este grupo en control tenemos los siguientes datos:

CUADRO 1

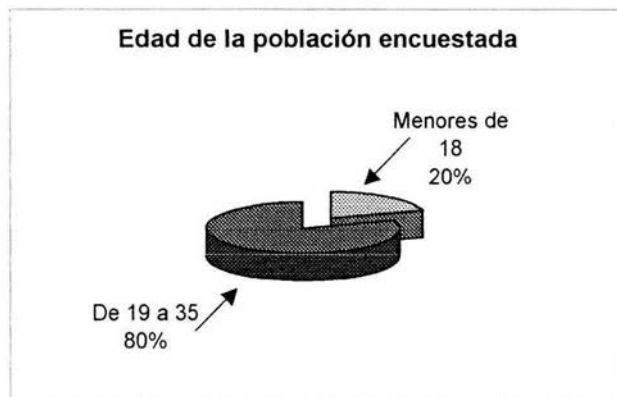
Edad de las usuarias encuestadas.

Edad	%
Menores de 18	33
De 19 a 35	67
Total	100

Fuente: encuesta aplicada a la población en estudio.

En relación a los datos generales se tiene que el 33% de las usuarias son adolescentes menores de 18 años y el 67% son mujeres adultas jóvenes menores de 35 años

GRÁFICA 1



Fuente: datos del cuadro 1.

CUADRO 2

Ocupación de la población.

Ocupación	%
Hogar	80
Comercio	20
Total	100

Fuente: misma de cuadro 1

Ocupación de la población estudiada, solo el 20% de esta población tiene como ocupación el comercio, y el resto se dedican al hogar.

GRÁFICA 2



Fuente: datos del cuadro 2.

CUADRO 3

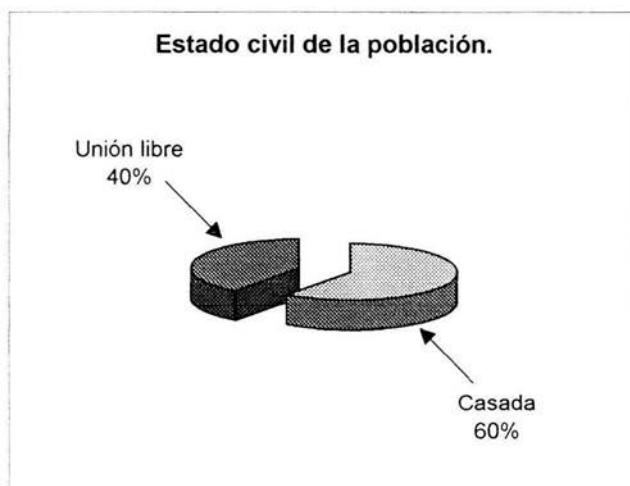
Estado civil de la población encuestada.

Estado civil	%
Casada	60
Unión libre	40
Total	100

Fuente: misma de cuadro 1

En su mayoría un 60% de estas son casadas y el resto 40% viven en unión libre.

GRÁFICA 3



Fuente: datos del cuadro 3.

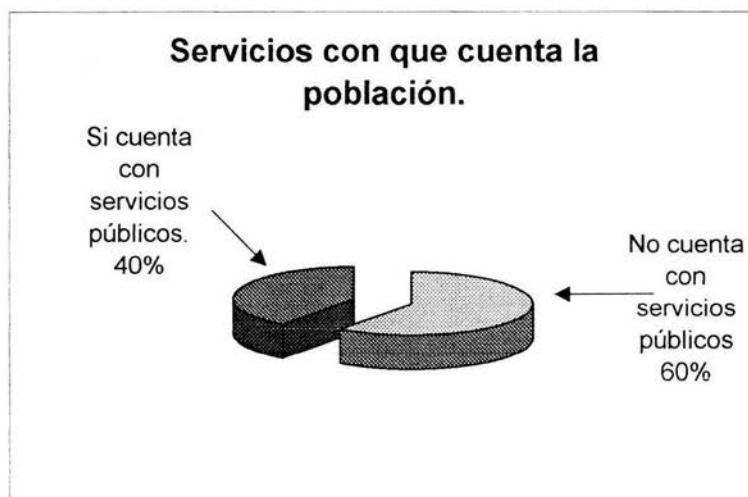
CUADRO 4

Servicios públicos, con los que cuentan en su vivienda intra y extra domiciliarios básicos como: agua, gas, luz, drenaje.

Servicios	%
No cuenta con servicios públicos	60
Si cuenta con servicios públicos.	40
Total	100

Fuente: misma de cuadro 1

GRÁFICA 4



Fuente: datos del cuadro 4.

CUADRO 5

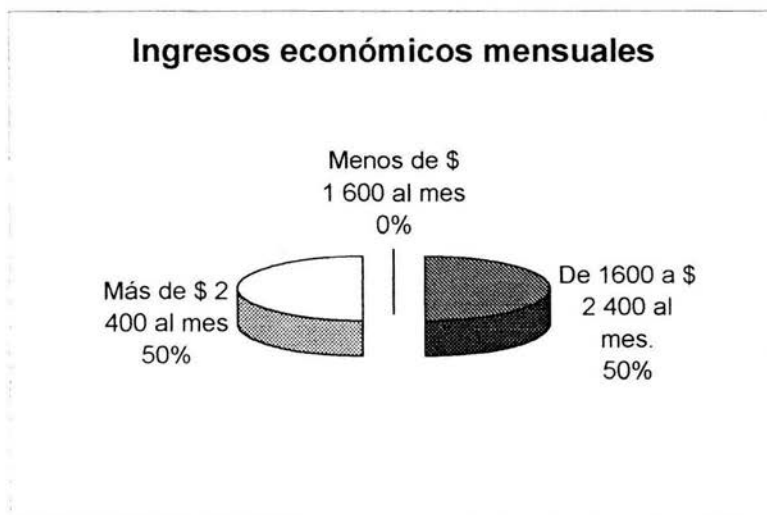
Ingresos mensuales para la familia de las usuarias encuestadas.

Ingresos	%
Menos de \$ 1 600 al mes	0
De 1600 a \$ 2 400 al mes.	50
Más de \$ 2 400 al mes	50
Total	100

Fuente: misma de cuadro 1.

En cuanto a sus ingresos económicos el 50% de la población entrevistada tiene un ingreso mensual menor a \$ 2400 peso y el otro 50% su ingreso es superior a esta cantidad

GRÁFICA 5



Fuente: datos del cuadro 5.

CUADRO 6

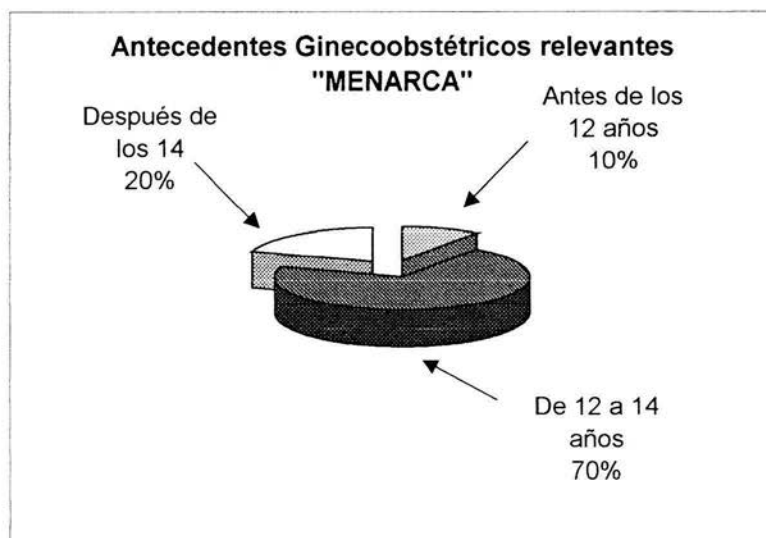
Antecedentes ginecoobstétricos relevantes. Edad en que se presentó su menarca

Menarca	%
Antes de los 12 años	10
De 12 a 14 años	70
Después de los 14	20
Total	100

Fuente: misma de cuadro 1

En cuanto a la recolección de datos ginecoobstétricos, el 70% % de ellas tuvo su menarca entre los 12 a 14 años, un 20% después de los 14 y un 10% antes de los 12 años.

GRÁFICA 6.



Fuente: datos del cuadro 6.

CUADRO 7

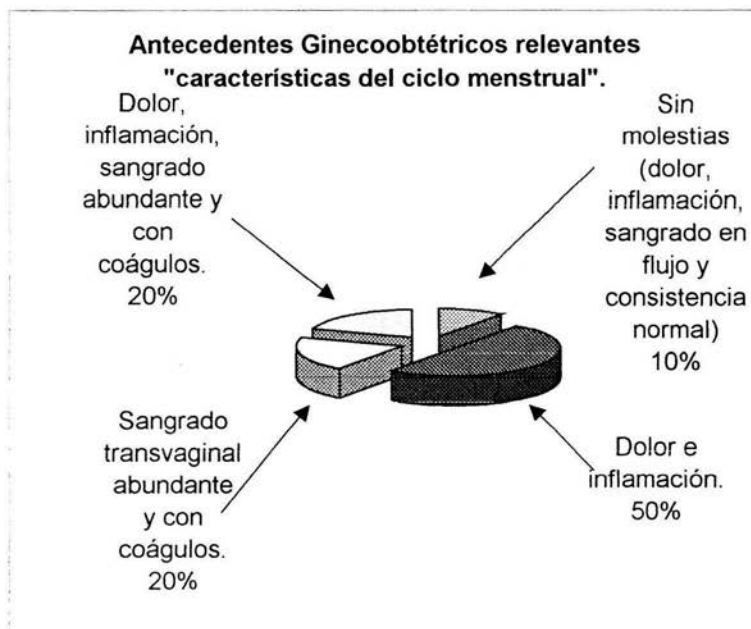
Antecedentes ginecoobstétricos relevantes. Características del ciclo menstrual.

Características	%
Sin molestias (dolor, inflamación, sangrado en flujo y consistencia normal)	10
Dolor e inflamación.	50
Sangrado transvaginal abundante y con coágulos.	20
Dolor, inflamación, sangrado abundante y con coágulos.	20
Total	100

Fuente: misma de cuadro 1

El 50% tiene su sangrado menstrual acompañado de dolor e inflamación, otro 20% además del dolor e inflamación presenta un sangrado abundante y con coágulos, un 20 % presenta únicamente sangrado abundante y con coágulos y el resto 10% es sin molestias.

GRÁFICA 7



fuelle: datos del cuadro 7

CUADRO 8

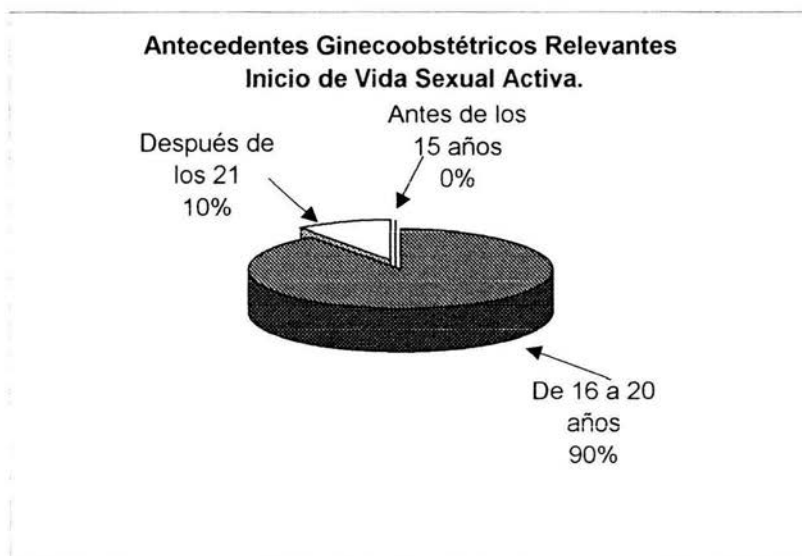
Antecedentes ginecoobstétricos relevantes. Edad en que comenzó su vida sexual activa.

Inicio de vida sexual activa	%
Antes de los 15 años	0
De 16 a 20 años	90
Después de los 21	10
Total	100

Fuente: misma de cuadro 1

Del total de mujeres el 90% tuvo el inicio de su vida sexual activa antes de los 20 años y el resto después de esta edad.

GRÁFICA 8



Fuente: datos del cuadro 8.

CUADRO 9

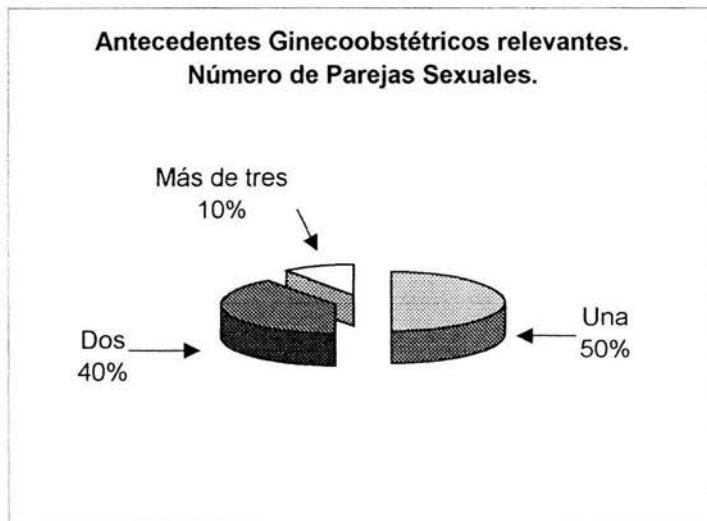
Antecedentes ginecoobstétricos relevantes. Parejas sexuales.

Parejas sexuales	%
Una	50
Dos	40
Más de tres	10
Total	100

Fuente: misma de cuadro 1

El 40% ha tenido dos parejas sexuales, el 50% ha tenido una sola pareja y el resto (10%) tres o más.

GRÁFICA 9



Fuente: datos del cuadro 9.

CUADRO 10

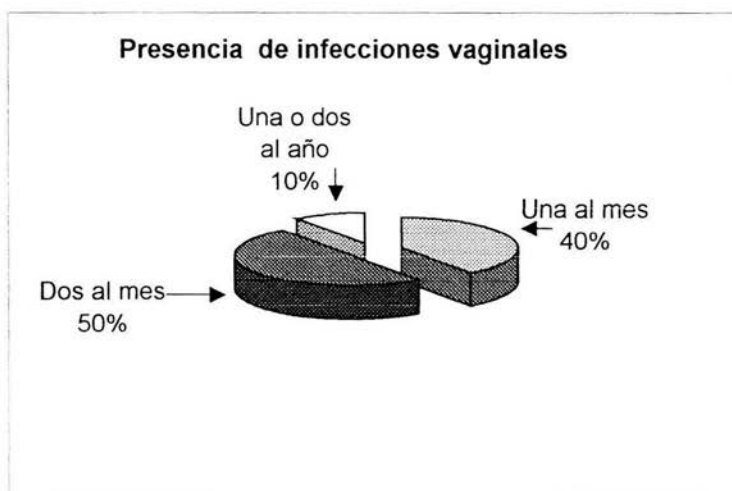
Frecuencia con que presenta infecciones vaginales.

Frecuencia con que presenta infecciones vaginales.	%
Una al mes	40
Dos al mes	50
Una o dos al año	10
Total	100

Fuente: misma de cuadro 1

El 50% menciona que ha presentado aproximadamente 2 infecciones cervicovaginales recurrentes por mes y un 40% refiere tener recurrencia de 1 infección por mes y el resto 10% 1 o 2 infecciones al año.

GRÁFICA 10.



Fuente: datos del cuadro 10.

CUADRO 12

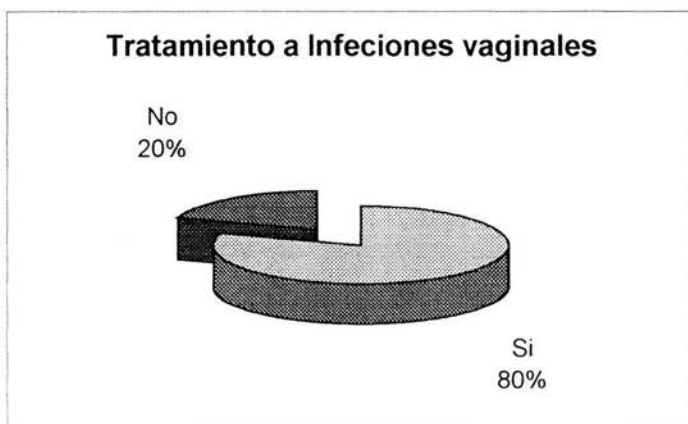
Tratamiento a infecciones vaginales.

Infección tratada	%
Si	80
No	20
Total	100

Fuente: misma de cuadro 1

El 80% menciona haber recibido tratamiento medicamentoso específico para el proceso infeccioso.

GRÁFICA 12



Fuente: datos del cuadro 12.

CUADRO 13

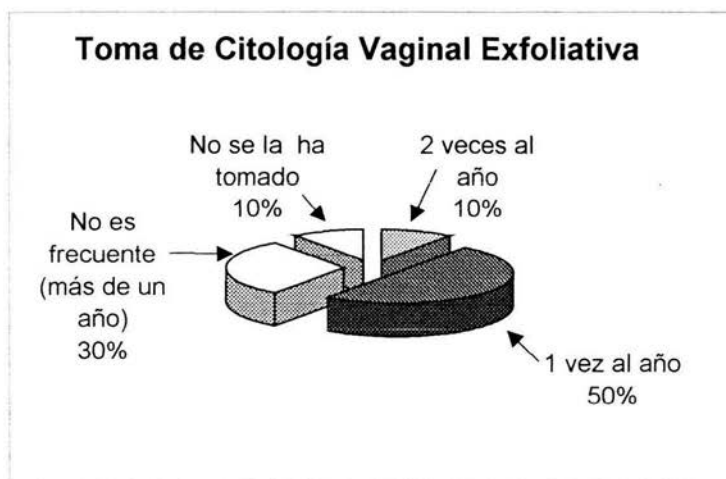
Toma de citología vaginal exfoliativa (CVE).

Toma CVE	%
2 veces al año	10
1 vez al año	50
No es frecuente (más de un año)	30
Nunca.	10
Total	100

Fuente: misma de cuadro 1

Respecto a la toma y frecuencia de citología vaginal exfoliativa, un 50% menciona realizarla 1 vez al año, un 30% menciona que no es periódica la toma, esto es en un periodo mayor de un año, un 10% menciona que la realiza dos veces por año y el 10% restante no se lo ha realizado.

GRÁFICA 13



Fuente: datos del cuadro 13.

CUADRO 14

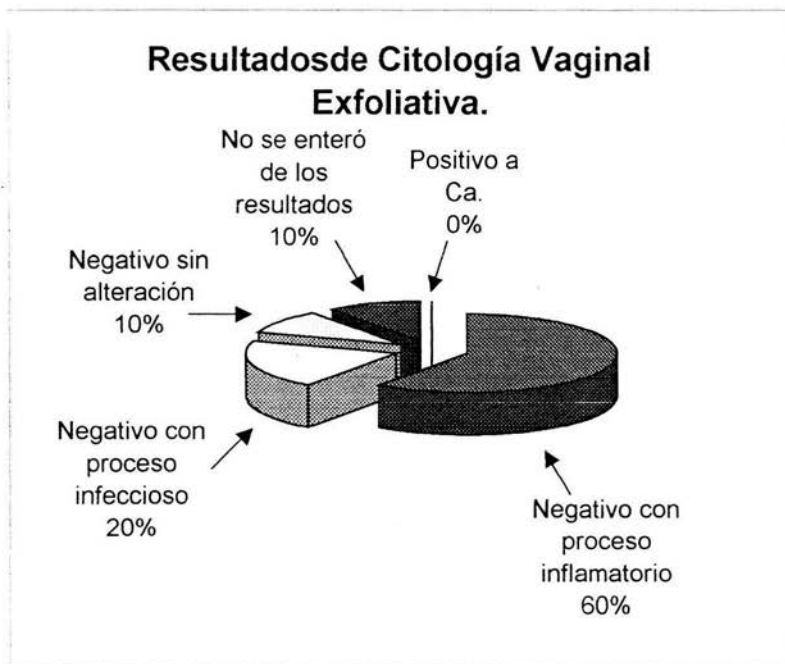
Resultados de la citología vaginal exfoliativa (CVE).

Resultados	%
Positivo a Cancer.	0
Negativo con proceso inflamatorio	60
Negativo con proceso infeccioso	20
Negativo sin alteración	10
No se enteró de los resultados	10
Total	100

Fuente: misma de cuadro 1

En lo referente a los resultados de la citología vaginal exfoliativa anterior, un 60% menciona que su resultado fue negativo con proceso inflamatorio, un 20% negativo con proceso infeccioso no especificando agente, un 10 % fue negativo con proceso inflamatorio e infeccioso sin especificar nuevamente agente y el 10% restante menciona no haberse enterado de los resultados.

GRÁFICA 14



Fuente: datos del cuadro 14

CUADRO 16

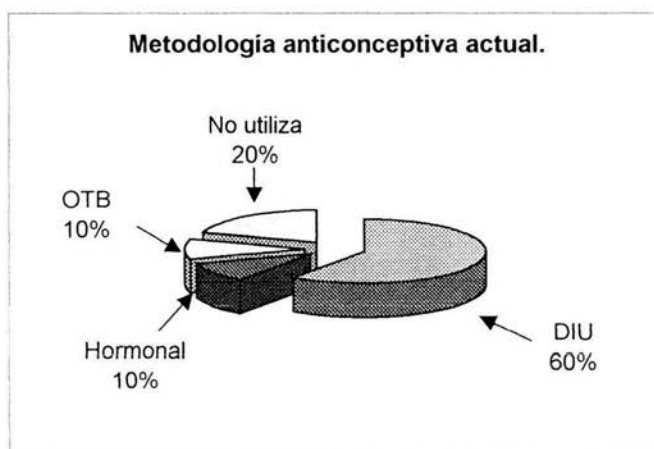
Metodología anticonceptiva actual.

Método anticonceptivo	%
DIU	60
Hormonal	10
OTB	10
No utiliza	20
total	100

Fuente: misma de cuadro 1

En cuanto a la metodología anticonceptiva actual se encontró que un 60% utiliza DIU, un 10% hormonales, 10% metodología anticonceptiva definitiva con (OTB), y el restante 20% no utiliza ningún método anticonceptivo.

GRÁFICA 16



Fuente: datos del cuadro 16.

CUADRO 17

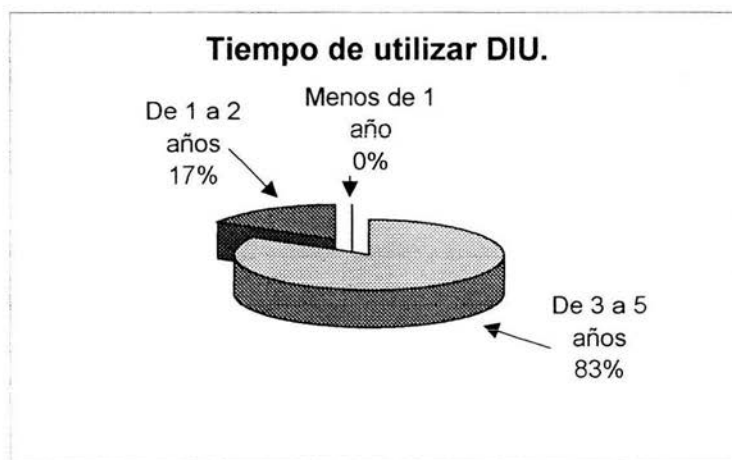
Tiempo de utilizar metodología anticonceptiva actual (Dispositivo Intrauterino).

Tiempo de utilizar DIU	%
De 3 a 5 años	84
De 1 a 2 años	16
Menos de 1 año	0
Total	100

Fuente: misma de cuadro 1

De las personas que utilizan DIU, un 84% menciona que lo han tenido por más de 3 años, un 16% de 1 a 2 años, de las que usan metodología hormonal el 100% lo han utilizado ininterrumpidamente por más de seis meses.

GRÁFICA 17



Fuente: datos del cuadro 17

CUADRO 19

Uso de preservativo.

Uso de preservativo	%
Siempre	0
A veces	10
Nunca	90
Total	100

Fuente: misma de cuadro 1

Se observa que el 90% del total de usuarias no han utilizado preservativo durante sus relaciones sexuales y un 10% lo han utilizado esporádicamente.

GRÁFICA 19



Fuente: datos del cuadro 19.

CUADRO 20

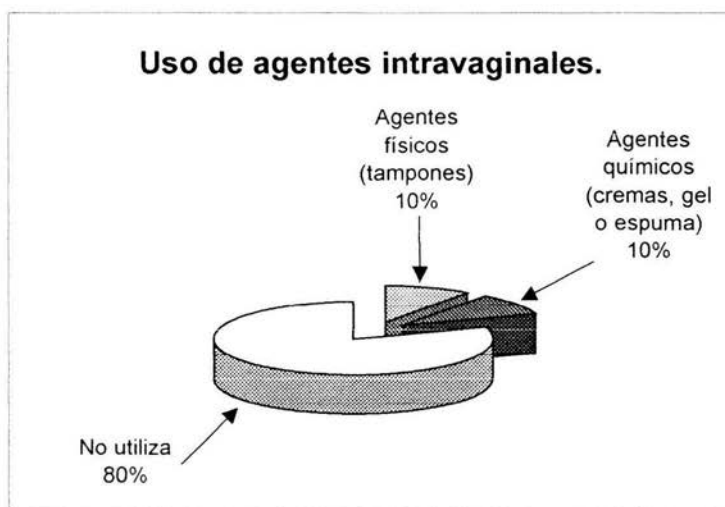
Uso de agentes intravaginal.

Uso de agente intra- vaginales	%
Agentes físicos (tampones)	10
Agentes químicos (cremas, gel o espuma)	10
No utiliza	80
Total	100

Fuente: misma de cuadro 1

Encontramos que el 10% de las usuarias encuestadas han utilizado tampones vaginales, otro 10% agentes químicos vaginales como cremas, gel o espumas, y el resto 80% refiere no haber utilizado nunca tampones o cremas vaginales.

GRÁFICA 20



Fuente. Datos del cuadro 20

CUADRO 21

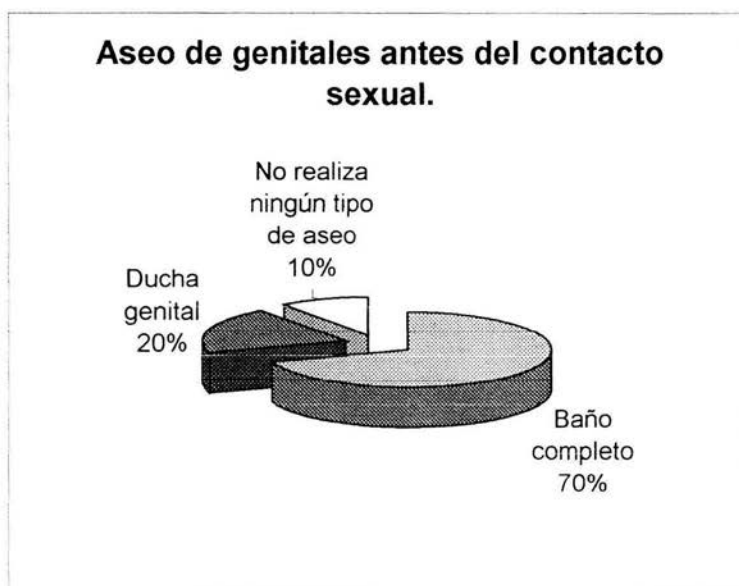
Aseo de genitales antes del contacto sexual.

Tipo de aseo	%
Baño completo	70
Ducha genital	20
No realiza ningún tipo de aseo	10
Total	100

Fuente: misma de cuadro 1

El 70% del todas las mujeres refieren realizarse baño completo antes de tener actividad sexual, un 20% se realiza ducha vaginal previa al coito y el 10% restante menciona no realizarse ninguna aseo previo,

GRÁFICA 21



Fuente: datos del cuadro 21.

CUADRO 22

Referente al aseo de genitales después del contacto sexual.

Tipo de aseo	%
Baño completo	40
Ducha genital	30
No realiza ningún tipo de aseo	30
Total	100

Fuente: misma de cuadro 1

Un 40% del total menciona realizarse baño completo posterior al coito, un 30% se realiza ducha vaginal posterior y el resto (30 %) no se realiza ningún aseo.

GRÁFICA 22.



Fuente: datos del cuadro 22.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La presente investigación se realizó en una comunidad con característica ambientales, culturales y de desarrollo socioeconómico muy particulares, ya que a pesar de estar dentro del D.F, es una comunidad semirural, con falta de servicios públicos como agua potable, drenaje, transporte, .

El objetivo de la investigación es identificar cuales factores de riesgo se asocian con la aparición de erosiones cervicales en las mujeres de San Luis Tlaxialtemalco que acudieron al servicio de consultoría de enfermería en el CCOAPS, durante el periodo de diciembre de 2002 a febrero 2003, encontrando que los más sobresalientes son: *biológico* como edad, infecciones cervicovaginales recurrente o no tratadas, mala nutrición, uso de metodología anticonceptiva hormonal; *físicos* como traumatismos por inserción de dispositivo intrauterino, tampones vaginales; *químicos* como uso de cremas o espumas anticonceptivas; *ambientales* como falta de servicios públicos; y *culturales* como hábitos higiénicos, uso de métodos anticonceptivos de barrera como preservativo, inicio de vida sexual activa antes de los 18 años. cumpliendo así el objetivo propuesto y comprobando la hipótesis planteada.

Este fue el objetivo general de la investigación, pero en el transcurso de esta, fue importante investigar cuales son las intervenciones de enfermería en el primer nivel de atención a la salud en México y con esto se encontró el papel de la enfermería nivel internacional en América, y es de esta información de donde se parte para remarcar la importancia que tiene en CCOAPS para la comunidad, ya que tiene como objetivo incorporar a los pasante de servicio social al ambiente profesional a través del trabajo con la comunidad y la importancia que tiene la investigación para el desarrollo del profesional de las personal que en el mismo centro colaboran.

Mejorar la salud de la población, es la meta de la secretaria de salud en la mayoría de las naciones. Por lo que en los últimos años, los debates de política acerca como alcanzar esta meta se ha ampliado para incluir el tema de las funciones esenciales de salud pública o los servicios esenciales de salud pública como los cimientos que permitirán alcanzar metas concretas. Los responsables de las políticas sanitarias han entendido que, sin una infraestructura adecuada como la que se requiere para la prestación de estos servicios, ninguna administración podrá avanzar eficientemente hacia el mejoramiento de la salud para todos. Si bien los tratamientos para enfermedades concretas y las actividades para reducir al mínimo los riesgos individuales, pueden proporcionarse con éxito uno por uno, no es posible que sean sostenibles sin una estructura de salud pública organizada, más aun, las necesidades de una ciudad, región o nación cambiarán con el transcurso del tiempo. La presencia de una red bien desarrollada de funciones y servicios esenciales de salud público permite la flexibilidad y el crecimiento de la programación con el correr de los años.

El personal de enfermería está ayudando a contribuir las funciones esenciales, aunque sin pensarlo en realidad no piensan lo que hacen, ya que están poco familiarizadas con el nuevo lenguaje de la salud pública. Un mayor número de enfermeras pudiera convertirse en colaboradores activos de la empresa de salud pública si se presenta más claramente cómo la práctica de la enfermería formal forma parte integral del proceso.

El grupo de enfermeras que trabaja tanto en enfermería de salud pública como en funciones esenciales en las Américas, cree que, si bien gran parte de la formación de la fuerza de trabajo relacionada con las funciones esenciales de salud pública debería hacerse con grupos interdisciplinarios, se justifica prestar especial atención a la enfermería ya que la profesión cumple funciones clave en materia de salud pública. También considera que la enfermera necesita una formación profesional concreta y las herramientas que las preparen para el ejercicio profesional interdisciplinario,

especialmente porque muchas de ellas no han estudiado a nivel de bachillerato o superior. Ya que una gran parte de personal de enfermería se considera principalmente como enfermeras salubristas a las que ha realizado estudios de enfermería superiores al nivel de secundaria, que trabajan en un programa o actividades destinado a la población en un organismo de salud pública oficial o en una entidad contratada por el gobierno.

En los últimos años, los debates de política acerca como alcanzar esta meta se ha ampliado para incluir el tema de las funciones esenciales de salud pública o los servicios esenciales de salud pública como los cimientos que permitirán alcanzar metas concretas. Los responsables de las políticas sanitarias han entendido que, sin una infraestructura adecuada como la que se requiere para la prestación de estos servicios, ninguna administración podrá avanzar eficientemente hacia el mejoramiento de la salud para todos. Si bien los tratamientos para enfermedades concretas y las actividades para reducir al mínimo los riesgos individuales, pueden proporcionarse con éxito uno por uno, no es posible que sean sostenibles sin una estructura de salud pública organizada, más aun, las necesidades de una ciudad, región o nación cambiarán con el transcurso del tiempo. La presencia de una red bien desarrollada de funciones y servicios esenciales de salud pública permite la flexibilidad y el crecimiento de la programación con el correr de los años. Por lo que mejorar la salud de la población es la meta de sector salud en México. Lo que represente un gran reto que requiere trabajo conjunto entre los servidores publico y los profesionales encargados de la salud de la población.

El trabajo dentro del sector salud en mucho por lo que el tema de las funciones esenciales ha recibido atención en muchos países por lo que de a nivel internacional la Organización Mundial de Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han encabezado actividades conjuntas para facilitar la cooperación y el aprendizaje mutuo.

LIMITANTES DE LA INVESTIGACIÓN.

Un factor importante para la realización de este proyecto de tesis es el tiempo, en el cual se realizó la investigación, por esta razón solo se considero un grupo de estudio, en el cual el problema estaba presente en ese momento, y se averiguó sobre los factores que menciona la bibliografía que son causante del problema en estudio, no se tuvo la oportunidad de tener otro grupo control para hacer una investigación comparativa y de tipo epidemiológica, donde se pueda realizar un cruce de variables y poder obtener la probabilidad que existe entre la población de padecer una erosión cervical.

Otra variable de investigación importante, es la labor de la enfermera en el primer nivel de atención a la salud en México, ya que para que la profesión de enfermería se haga cargo de situaciones realmente importante es necesario hacer investigación para actualizar continuamente el trabajo profesional de la enfermera.

VI. BIBLIOGRAFÍA.

Álvarez Manilla J.M. Atención Primaria a la Salud. Manual de Atención Primaria a la Salud. México, 1988.

Cruz Sánchez Espinoza Montoll, et al, Diagnóstico de Factores de Riesgo para la Salud y deficit del autocuidado de la comunidad de San Luis Tlaxialtemalco, Xochimilco, módulos A,B,C y D 1998.

CCOAPS-ENEO Diagnóstico situacional del Centro Comunitario de Atención Primaria a la Salud 2001-2002.

CONDE de Varga, Bca. Isabel, Principios de citopatología Ginecologica, Ed Mendez Otea, 4ta ed. México, 1991

EGGE Miller, Enfermería Clínica. Serie Mosby, 1ra ed , 1995.

GORI Roberto. Ginecología, Ed. Mc Graw Hill 3ra ed, Argentina, 1988.

Ricardo Loewe.,M.C M.S.P. Atención Primaria a la Salud. Salud Publica, México 1988.

Secretaria de Salud. Plan Estrategico 2001-2006 de salud Reproductiva.

Referencias de Internet.

Avera.org/adam/esp_ency/article/001492.htm

Erosión cervical, nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001492.htm

Erosión cervical, pcs.adam.com/ency/article/001492.htm

Morbimortalidad femenina en México. insp.mx/salud/34/346-2s.html

Mujer rural e indígena www.imes.gob.mx/html/2_8_mrimi.htm

Salud de la mujer. www.imes.gob.mx/html/2_5_sa_m.htm

Secretaria de Salud sesa-dgo.gob.mx/cacu.htm

ARTÍCULOS

Amick, B.C., S Levine A.R. Tarlov, D.C. Walsh 1995. Societies and Health. New York: Oxford University Press.

Association of State and territorial Directors of Public Health Nursing 2000. Public Health Nursing: a partner for healthy populations. Washington,DC: American Nurses Publishing

Bettcher, D.W, S Sapirie, E.H., T Goon 1998. Essential public health functions: results of the international Delphi study. World Health Statistical Quarterly, 51: 44-55.

Enfermería de la salud Pública y las funciones esenciales de salud pública: bases para el ejercicio profesional. Programa de Organización y Gestión de sistemas y de servicios de salud (HSO).

Evans, R.G., Stoddard, G.L. 1990. Producing health, consuming health care, Social Science and Medicine 31: 1359.

Pan American Health Organization. 2000. Essential public health functions. 126th Session of executive Committee, Washington, DC, June 26-30.

Stout MD, Coloma, C. 1993 Indigenous peoples and health. Pan American Health Organization.

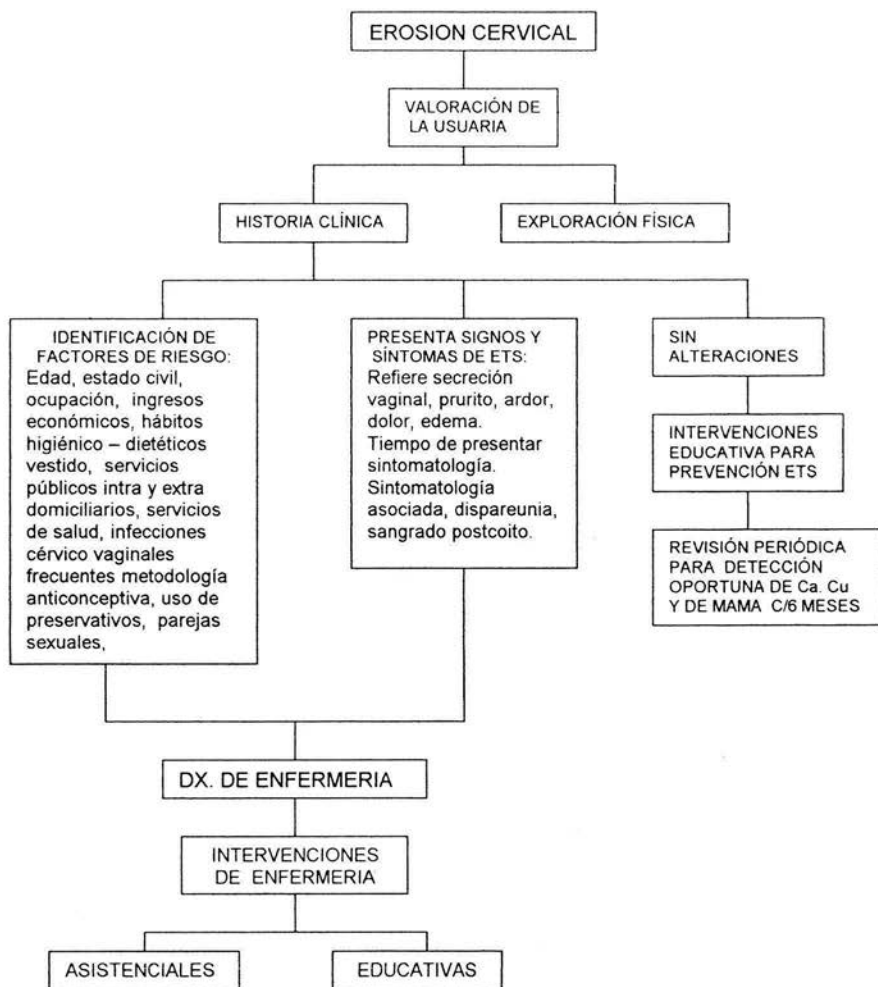
ANEXOS

ANEXO I.- Fluxograma de intervenciones de enfermería en el primer nivel de atención a mujeres con erosión cervical, elaboración de la historia clínica de la usuaria.

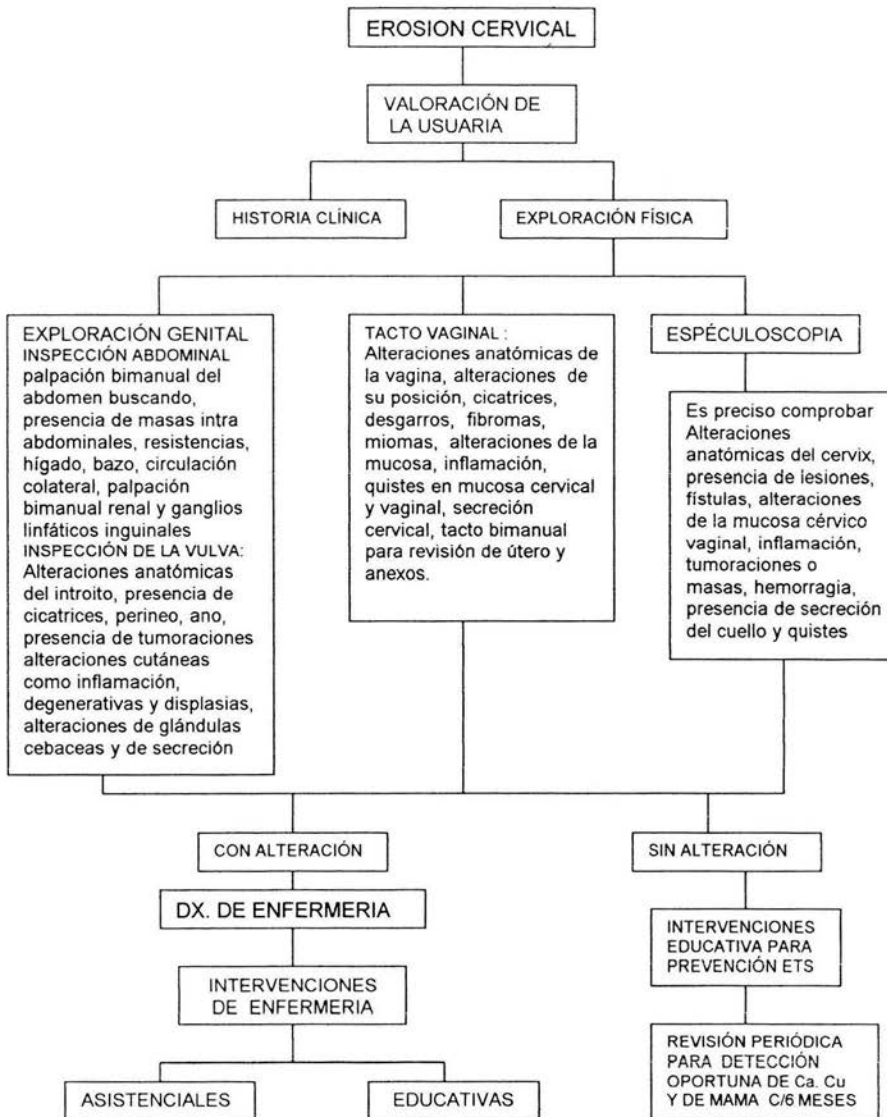
ANEXO II.- Fluxograma de intervenciones de enfermería en el primer nivel de atención a mujeres con erosión cervical.

ANEXO III.- Fluxograma de intervenciones de enfermería en el primer nivel de atención a mujeres con erosión cervical.

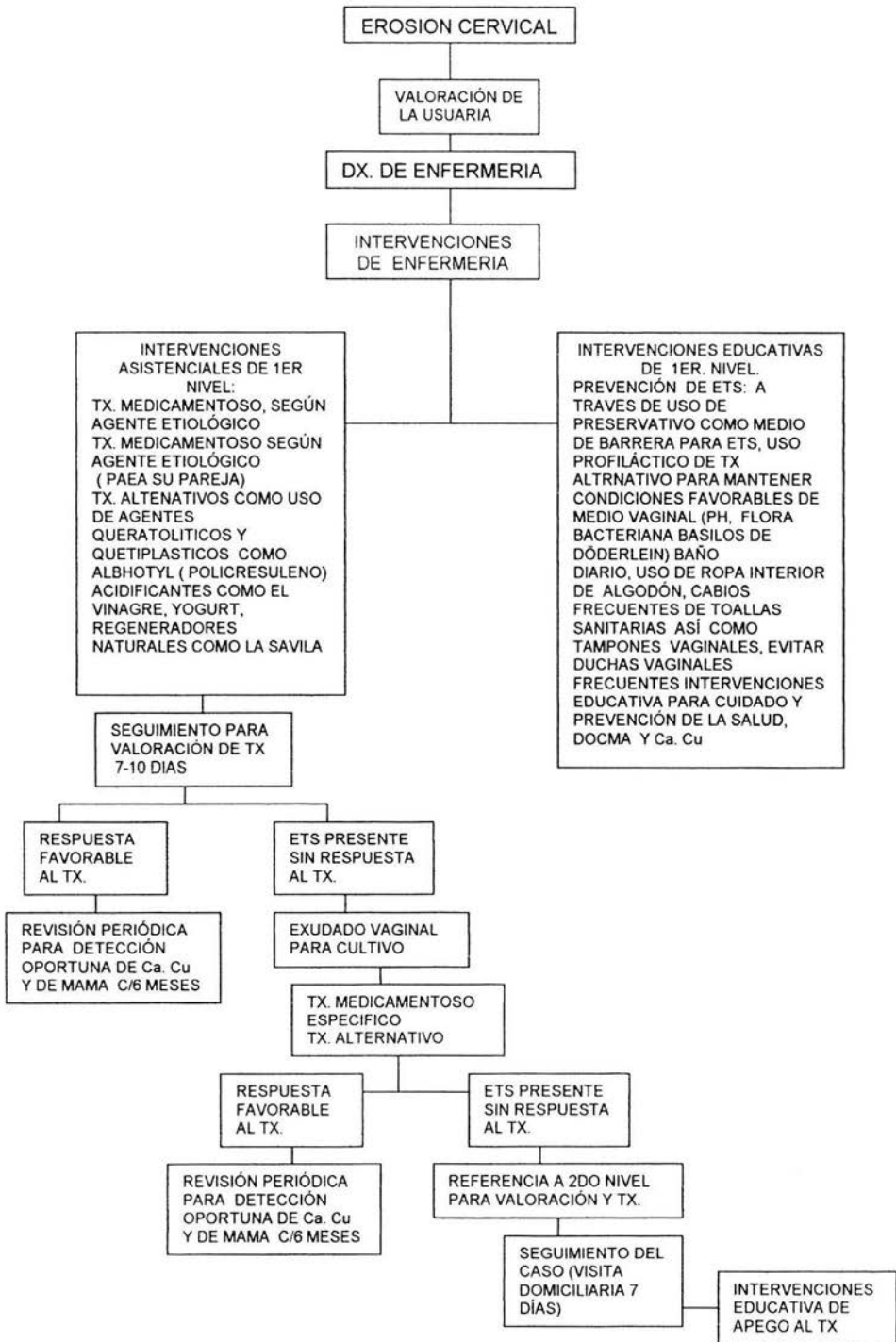
ANEXO IV.- Cuestionario de la investigación, Factores de riesgo que se asocian con la aparición de erosiones cervicales, en las mujeres de la comunidad de san Luis Tlaxialtemalco". Aplicado a la población.



FLUXOGRAMA DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN MUJERES CON EROSIÓN CERVICAL



FLUXOGRAMA DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN MUJERES CON EROSIÓN CERVICAL



FLUXOGRAMA DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN MUJERES CON EROSIÓN CERVICAL