



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA
Y OBSTETRICIA**

**“FACTORES QUE INFLUYEN EN LAS MUJERES
QUE ASISTEN A LOS SERVICIOS MÉDICOS
DELEGACIONALES PARA QUE PARTICIPEN EN EL
PROGRAMA DETECCIÓN OPORTUNA DE
CÁNCER CERVICOUTERINO”.**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LIC. EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

P r e s e n t a :

MARÍA DE LA LUZ ALVAREZ VALDEZ

DIRECCIÓN DE TESIS:

**MAESTRA MA. CRISTINA MUGGENBURG
RODRIGUEZ Y VIGIL**



ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



SECRETARIA DE ASUNTOS ESCOLARES

NOVIEMBRE 2005

m.341879



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

A G R A D E C I M I E N T O S

*LA VIDA NO ES UN PASILLO RECTO Y FÁCIL
POR EL QUE VIAJAMOS LIBRES Y SIN OBSTÁCULOS
SINO UN LABERINTO DE PASAJES
EN EL QUE DEBEMOS HALLAR NUESTRO CAMINO,
PERDIDOS Y CONFUNDIDOS, UNA Y OTRA VEZ
ATRAPADOS EN UN CALLEJÓN SIN SALIDA.*

SI

*PERO, TENEMOS FE,
DIOS SIEMPRE NOS ABRIRÁ UNA PUERTA
QUE AUNQUE TAL VEZ NO SEA
LA QUE QUERÍAMOS, AL FINAL SERÁ
BUENA PARA NOSOTROS.*

A. J. CRONIN

DIOS

GRACIAS POR LA VIDA Y LAS EXPERIENCIAS
POR LAS QUE MUCHAS VECES HE PASADO ,
A VECES HAN SIDO MUY DURAS, PERO
GRACIAS A ESO HE PODIDO PROGRESAR
Y LOGRAR LAS METAS QUE ME HE PROPUESTO
COMO ES ESTA, LA DE TITULARME .

A MIS PADRES

GRACIAS POR SU APOYO , POR LA ENSEÑANZA
QUE ME DIERON DE LUC HAR SIEMPRE POR
MIS IDEALES; PAPÁ GRACIAS POR HA CER
DE MI UNA PERSONA RESPONSABLE,
YA QUE ESO ME HA AYU DADO A ABRIRME
PASO EN LA VIDA . MAMITA TE DOY MIL G RACIAS
POR TODO EL APOYO INCONDICIONAL QUE RECIBÍ
DE TI, GRACIAS POR EL TIEMPO QUE LES DISTE
A MIS HIJOS PARA QUE YO PUDIERA CONCLUIR
MIS ESTUDIOS, SIN TU AYUDA NO LO HUBIERA
LOGRADO, PERO AHORA QUE VEO LOS RESULTADOS
DE NUESTROS ESFU ERZOS, QUIERO DECIRTE QUE
EL TRIUNFO ES DE LAS DOS.

HEIMDAL Y HOSHI

*MIS DOS CHAPARROS ADORADOS, QUIERO DECIRLES
QUE USTEDES FUERON MI PRINCIPAL MOTIVO
PARA SEGUIR ADELANTE, MUCHAS VECES
SIENDO MUY PEQUEÑITOS
TUVE QUE DEJARLOS PA RA IR A LA ESCUELA
ESTUVE A PUNTO DE ABANDONAR MIS ESTUDIOS
POR EL SENTIMIENTO QUE ESTO ME PROVOCABA,
PERO PENSANDO EN USTEDES
ME PROPUSE CONCLUIR MIS ESTUDIOS Y TITULARME
POR USTEDES Y POR MÍ.
GRACIAS, POR SU TIEMPO Y OJALÁ QUE
CUANDO LEAN ESTO,
SE SIENTAN ORGULLOSOS DE SU MAMI.
LOS AMO.*

JOSE ANTONIO

*AMOR, NO TENGO LAS PALABRAS PRECISAS
PARA AGRADECERTE EL APOYO QUE ME DISTE
PARA PODER LOGRAR ES TO, GRACIAS POR COMPREN DERME
EN LOS MOMENTOS QUE TUVE QUE AUSENTARME,
POR TU PACIENCIA Y POR CONSOLARME
CUANDO LAS COSAS NO ÍBAN BIEN,
GRACIAS, POR SER COMO ERES , TE AMO .*

MAESTRA CRISTINA

*ESTOY INFINITAMENTE AGRADECIDA CON USTED
POR ASESORARME EN LA REALIZACIÓN DE MI TESIS
GRACIAS POR SU TIEMPO, POR SU DEDICACIÓN
Y POR SU PACIENCIA, SINCERAMENTE
ES LA MEJOR ASESORA QUE PUDE HABER TENIDO.*

MAESTRAS: ARACELI, IRMA Y BERTHA

*GRACIAS, POR LA DISPONIBILIDAD QUE TUVIERON
PARA LEER MI PROYECTO, YA QUE GRACIAS
A LAS CORRECCIONES QUE LE HICIERON
A MI PROYECTO, ÉSTE PUDO MEJORAR.*

DRA. SÁNCHEZ Y DR. CARRILLO

*GRACIAS, POR EL APOYO, LAS FACILIDADES
Y LAS APORTACIONES QUE ME BRINDARON
PARA LA REALIZACIÓN DE ÉSTE TRABAJO.*

PACO

*ÉRES UN GRAN AMIGO, SIEMPRE HAS ESTADO
CON LA MEJOR DISPOSICIÓN PARA AYUDARNOS,
GRACIAS POR TU AYUDA.*

CONTENIDO

Páginas

I.	Introducción	3
II.	Planteamiento del problema	3
III.	Marco teórico	5
	1. Historia Natural del Cáncer Cervicouterino	5
	2. Concepto	6
	3. Factores de riesgo para el Cáncer del Cuello de útero	7
	• Factores epidemiológicos	
	• Frecuencia	
	• Edad	
	4. Factores Sociales	8
	• Embarazo	
	• Celibato y promiscuidad	
	• Circuncisión	
	• Coito	
	• Raza, religión y cultura	
	• Herencia	
	5. Detección Oportuna	11
	• Métodos diagnósticos	
	• Citología vaginal	
	• Prueba de Schiller	
	• Colposcopia y colpomicroscopia	
	• Biopsia	
	• Conización	
	6. Modalidades de tratamiento	14
	7. Características clínicas	16
	8. Evolución y complicaciones	16
	9. Normas establecidas para la toma de la citología exfoliativa	17
	• Técnicas para tomar la citología cervicovaginal	
	• Metodología operativa para la toma de la citología cervical	
	• Interpretación de resultados	

Páginas

10. Características de la población en Magdalena Contreras	19
• Generalidades	
• Estructura de la población	
• Situación del Programa D. O. C.	
• Educación	
11. Papel de la enfermera en el primer nivel de atención a la salud	24
• La enfermera en los programas de salud	
• Aportación específica de la enfermera comunitaria	
• El papel de las enfermeras en la política de salud para todos en el siglo XXI	
12. La Educación para la Salud	32
IV. Justificación	34
V. Objetivos	35
VI. Metodología de la investigación	36
VII. Descripción de resultados	40
VIII. Discusión de resultados	45
IX. Conclusiones	51
X. Sugerencias	53
XI. Bibliografía	54
XII. Anexos: Instrumento de evaluación	58
Cuadros	60
Figuras	75

I. INTRODUCCIÓN

Países desarrollados como Escocia, Columbia Británica y Estados Unidos de Norteamérica, han tenido gran éxito en la detección temprana del cáncer cervicouterino (CACU) y reducción de la mortalidad.

"En México sin embargo y en los demás países de América Latina, la mortalidad del CACU, persiste en forma ascendente. En Tlaxcala en el año de 1991 hubo 35 defunciones y en 1995 ocurrieron 43 defunciones por esta misma causa.

Específicamente en los últimos 10 años en el Instituto Mexicano del Seguro Social dentro de las neoplasias, el CACU ha ocupado el segundo lugar."¹

Se han descrito diversos factores de riesgo para esta patología entre los cuales destaca el inicio temprano de la actividad sexual, pareja sexual múltiple, enfermedades venéreas previas, y últimamente se tiene evidencia de los subtipos 16 y 18 del virus del Papiloma Humano presente hasta en el 95% de todos los casos, tomando esta última verdadera importancia en los estudios actuales en que se observa como agente causal directo de esta enfermedad.

Actualmente la manera de diagnóstico temprano es y seguirá siendo el examen de Papanicolaou en la mujer, por ello el personal de salud deberá ofrecer servicios de calidad, además de llevar a la práctica una buena técnica en la toma de muestras para citología exfoliativa ya que es un aspecto relevante en todo el proceso.

Generalmente no hay molestias propias de la enfermedad, a menos que se encuentren en etapas avanzadas y por esto ante la evidencia de molestias íntimas en la mujer deberá realizarse por lo menos cada año este estudio. El tratamiento de la enfermedad va acorde a su severidad, y así generalmente cuando se detecta a tiempo y es curable, la paciente es sometida a cirugía en que se realiza desde conización del cérvix hasta Histerectomía abdominal total.

¹ ESCANDON, RC , *Epidemiología del cáncer Cervicouterino en el IMSS*, Salud Pública, México 1992 34-6:607-614

Esta problemática me llevo a la realización de éste trabajo de investigación el cual tiene por objeto investigar las causas por las que las mujeres no asisten a realizarse el estudio citológico. Dicho estudio está fundamentado en una consulta bibliográfica, contiene dos grandes apartados, el primero de ellos hace mención de lo que es el cáncer cervicouterino, sus manifestaciones clínicas, los factores que predisponen a padecerlo, los diferentes métodos con los cuales se realiza el diagnóstico para dicha patología, el tratamiento a seguir en los diferentes casos y las complicaciones que podrían surgir, se hace mención también de las Normas establecidas que deberán aplicarse para la toma de la citología exfoliativa. Por otra parte se mencionan las características de la población y la situación del programa Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino en Magdalena Contreras; lugar donde fue realizado el presente trabajo. Así mismo se hace mención de la importancia del papel de la enfermera en el primer nivel de atención. En el segundo apartado se menciona todo el proceso que se llevo a cabo para realizar ésta investigación y así conocer la situación que se vive en el consultorio médico Santa Teresa, respecto al programa Detección Oportuna de cáncer cervicouterino.

Hay una gran esperanza en la actualidad dados los avances tecnológicos en materia de diagnóstico y tratamiento de este padecimiento, por lo que, como se hace mención en el Programa Nacional de Salud 2001-2006 "ninguna muerte por esta causa puede considerarse aceptable". Es por esto la importancia de mencionar que el profesional de enfermería que ya ejerce la profesión y el que aún esta en proceso de formación debe participar activamente en la prevención y detección del cáncer cervicouterino para que en conjunto con los avances tecnológicos se logre disminuir la incidencia de la morbimortalidad, razón por la cual debe conocer que en este programa es primordial llevar a cabo una buena técnica de la toma citológica, así como brindar educación para la salud para que de esta manera las mujeres conozcan los factores de riesgo que las llevarían a padecer un cáncer de cérvix; además de ofrecer un nivel elevado de calidad que incluya un trato humano a la población que acude a la consulta, especialmente a las mujeres que acuden a realizarse la citología exfoliativa cervico vaginal, ya que este es un momento incómodo para la paciente en donde es necesario exponer su intimidad.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Qué factores influyen en las mujeres que asisten a los Servicios Médicos Delegacionales para que participen en el programa Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino?.

III. MARCO TEORICO

1. Historia Natural del Cáncer Cérvico-Uterino

“La causa del cáncer cérvico-uterino es desconocida, pero su desarrollo parece estar relacionado con agresiones y lesiones múltiples al cérvix. Los factores de riesgo descritos en los diferentes estudios realizados a nivel mundial y en el país son la edad (30-50 años), edad al primer coito (15-17 años), cuadros frecuentes de infecciones de transmisión sexual, paridad (mayor de 5 partos), edad temprana al primer embarazo (15 años), cervicitis crónica, antecedentes de manipulación cervical, multiplicidad de parejas sexuales (5-6) y tabaquismo, los cuales están vinculados a un bajo nivel socioeconómico y cultural, aunado a factores infecciosos locales, la tricomoniasis, el virus del herpes tipo II, en particular el virus del papiloma humano (vph)”².

“La Internacional Agency for Research on Cáncer (IARC) de la OMS, clasifica a los virus del papiloma humano como “carcinogénicos” (tipos 16 y 18), “probablemente carcinogénicos” (tipos 31 y 33), y “posiblemente carcinogénicos” (otros excepto 6 y 11)”³.

“Sin embargo, una extensa revisión de la literatura concluye que en México la edad temprana al primer coito, la infección por vph, las múltiples parejas sexuales y el hecho de nunca haberse sometido a un estudio de citología cervical son los factores más importantes relacionados con el desarrollo de este cáncer”⁴.

² <http://www.imss.gob.mx/Historia> Natural del Cancer cervicouterino

³ SERMAN, Felipe, *Cáncer Cervicouterino*, Rev. Chil. Obstet. Ginecol., Santiago 2002 V.67 n.4

⁴ <http://www.imss.gob.mx/Historia> Natural del Cáncer Cervicouterino

El término neoplasia intraepitelial cervical (nic) es utilizado para agrupar las anormalidades epiteliales del cérvix. La nic i denota que los cambios celulares involucran solamente un tercio del epitelio; la nic ii involucra dos tercios del epitelio y en la nic iii participa la totalidad del epitelio; las células epiteliales son de características malignas, pero confinadas al epitelio.

2. Concepto

“El cáncer es una enfermedad caracterizada por el crecimiento anormal y diseminado de células que, al desarrollarse en forma incontrolada, avanzan entre los tejidos normales y los destruyen alterándose así el funcionamiento del organismo. Se inicia casi siempre como una enfermedad localizada”⁵

“El cérvix es una zona de especial interés e importancia para los ginecobstetras; ningún órgano es tan accesible en términos de diagnóstico y de tratamiento, para el gineco-oncólogo debido a que representa un foco común de desarrollo de tejido maligno. Esta accesibilidad tan peculiar del cérvix para el estudio celular y tisular, así como para su revisión directa exhaustiva, ha permitido una intensa investigación de la naturaleza de sus lesiones malignas y ha generado grandes avances en la citología cervical y la colposcopia, lo que ha propiciado una reversión completa del pronóstico del cáncer en éste órgano.

Aún cuando el conocimiento actual es incompleto, los estudios realizados han mostrado que la mayoría de estos tumores tiene inicio gradual y sus precursores preinvasores pueden mantenerse en una fase reversible o in situ por varios años, al menos en algunas pacientes”⁶.

⁵ <http://www.imss.gob.mx/Historia Natural del Cáncer Cervicouterino>

⁶ Ibidem

3. Factores de riesgo para el Cáncer del Cuello del Útero

- *Factores epidemiológicos*

La cirugía radical y la radioterapia fueron los problemas principales del cáncer de cervix a comienzos del siglo. El diagnóstico precoz es sin duda el problema actual. La amplia difusión alcanzada por la citología exfoliativa posibilita este diagnóstico precoz, permitiendo el hallazgo, con una fidelidad prácticamente absoluta, de las lesiones preneoplásicas, hasta tal punto que si éste pudiera aplicarse a toda la población femenina y lograr eliminar así dichas lesiones, se llegaría a "hacer desaparecer este carcinoma" al que Fluhman denominaría "el asesino número uno de la enferma ginecológica".

Desgraciadamente este método no está al alcance de todas las mujeres (por razones económicas, sociales, educacionales, sanitarias, técnicas, etc.) o lo que es más inaudito, no se aprovechan de él aquellas mujeres que pueden.

- *Frecuencia*

Una idea aproximada de la frecuencia global del cáncer de cuello uterino puede obtenerse de los datos de Hillemanns, 20% de todos los casos de muerte son por cáncer (1 de cada 5); 26% enferman por cáncer (riesgo: 1 de cada 4), ya que se curan aproximadamente un 33% de enfermos: 50% de muertes por cáncer son cánceres ginecológicos, 20% de muertes por cáncer femenino son cánceres genitales (excepto mama); 13.55 de muertes por cáncer femenino son cánceres de mama; 70% de cánceres genitales son del cervix uterino, y 4% de las mujeres enferman de cáncer de cuello uterino, el riesgo pues de padecer un cáncer de cuello es de 1 por cada 25 mujeres.

En España mueren anualmente alrededor de 6.500 mujeres por cáncer de cuello uterino. El riesgo de morir por este carcinoma es sin embargo 3 veces menor que por carcinoma de mama o por accidente de tráfico. Estas frecuencias varían, sin embargo, ampliamente en los diversos países, siendo las máximas frecuencias en Colombia, Puerto Rico y Jamaica, y las mínimas en Israel y Nigeria.

- *Edad*

Si bien existe escaso número de casos de epitelomas en mujeres jóvenes, este carcinoma es infrecuente por bajo de 30 años y rarísimo antes de los 20 años. Por otro lado, desciende su frecuencia rápidamente a partir de los 60 años, lo cual es una excepción a la regla general del resto de carcinomas genitales que aumentan con la edad. Su mayor incidencia oscila entre los 40 y 60 años, y por término medio entre los 45 y 55 años.

Los estadios menos extendidos corresponden a las edades más tempranas. Por regla general, este carcinoma se presenta con un retraso de tiempo de 6 a 10 años, en relación con el carcinoma *in situ*.⁷

4. Factores Sociales

Esta neoplasia es más frecuente en las clases socioeconómicas pobres, al contrario que ocurre con el cáncer de mama y endometrio, según han podido constatar numerosos autores, y que coinciden tanto en las estadísticas europeas como americanas y chinas. Así, por ejemplo, la frecuencia de cáncer en Dinamarca fue dos veces y media superior en las clases bajas, lo mismo que entre la población industrial de Hamburgo o en las negras de Estados Unidos.

- *Embarazo*

Ha sido investigado con amplitud. Todos han observado que una elevada proporción de enfermas con cáncer de cuello quedaron gestantes en una edad mucho más temprana que el resto de mujeres normales. Por término medio, existía una diferencia de 2 a 3 años. Christopherson observó que el 47% de mujeres con cáncer de cervix quedaron gestantes por primera vez antes de los 20 años en comparación con el 26% en el grupo control. Según Boyd, la edad media en el primer embarazo fue de 23 años en las enfermas carcinomatosas en comparación con 25 años del grupo control.

⁷ F. Bonilla-Ausoles, *El cuello Uterino y sus enfermedades*, editorial JIMS Barcelona, 1ª ed. 1978

- *Celibato y Promiscuidad*

La primera descripción histórica sobre la rareza del carcinoma de cuello en monjas procede de Rigoni-Stern (1842), que señaló la baja incidencia de estas neoplasias en las monjas de los conventos de Verona. Ha alcanzado sin embargo mayor difusión el conocido trabajo de Gagnon (1950) que examinó las historias clínicas de las monjas canadienses, unas trece mil mujeres, durante un período de veinte años. Halló sólo 14 carcinomas de útero, pero ninguno en el cuello uterino. En otra población de 3,280 monjas, de cuatro órdenes religiosas distintas, no halló ningún caso de carcinoma de cuello. Esta extremada rareza en monjas ha sido confirmada posteriormente en una casuística casi idéntica (13.083 monjas) observó 6 cánceres de cuello y 53 de cuerpo, alterándose totalmente la relación carcinoma de cuello-carcinoma de cuerpo de esa época, siempre muy superior a favor del cuello.

Por otro lado, se ha observado que la frecuencia de carcinomas en prostitutas de la ciudad de Copenhague era cuatro veces superior a la de la población. Aitken-Swan, observó un mayor número de "partners" a lo largo de la vida de las mujeres con cáncer de cuello, promiscuidad que es señalada igualmente por numerosos autores.

También responde a este mismo problema la mayor incidencia de cáncer cervical en mujeres afectadas de enfermedades venéreas (sífilis, tricomoniasis), al igual que se observa también en divorciadas y en mujeres con varios matrimonios.

- *Circuncisión*

Parece que fue Vineberg el primero en observar que las mujeres hebreas se afectan muy raramente de cáncer cervical. Este fenómeno ha sido observado con posterioridad por numerosos autores, los cuales han sugerido que esta relativa inmunidad estaría producida por la estricta observación del código mosaico, que ordena la abstinencia carnal los días de la menstruación, los siete días siguientes, un período variable después del parto, y también, y mucho más importante, por la circuncisión, practicada obligatoriamente al nacer a todos los varones.

En las islas Fiji conviven 90.000 aborígenes con 70.000 indios. Los primeros practican la circuncisión, y los segundos no. Handley observó, entre 1925 y 1932, sólo 3 casos de cáncer cervical en los primeros y 26 en los segundos. En la India los musulmanes practican la circuncisión, siendo menor la frecuencia que en aquellos que no la practican.

Los parsis, en este mismo país, si bien no practican la circuncisión, presentan una menor incidencia de cánceres de cuello, debido a que practican ciertas normas higiénicas, entre las que se incluyen la higiene del pene.

Hubt y Abdqu-Daoud, en estudios llevados a cabo en Etiopía, han observado que la frecuencia del carcinoma es idéntica en las etiopes y en las musulmanas, mientras la circuncisión se realiza en el momento del nacimiento en los varones etiopes y a los 14 años en los varones musulmanes. Y que las frecuencias halladas no difieren de las europeas o americanas. Del mismo modo, Habibi halla frecuencias idénticas de cáncer cervical en las musulmanas casadas con hombres circuncidados y en las armenias casadas con no circuncidados del Irán.

- *Coito*

Se desconocen los mecanismos a través de los cuales los contactos sexuales desarrollan una acción deletérea sobre el epitelio del cuello uterino, pero no cabe la menor duda de que es éste uno de los factores etiológicos más importantes. Moghissi, en un estudio realizado en un correccional de Detroit, halló cifras de carcinoma cuatro veces superiores a las normales. Entre las reclusas destacaba, sobre todo, una elevada tasa de prostitución, contactos sexuales y enfermedades venéreas. Los contactos sexuales se habían iniciado por término medio tres años antes que en las mujeres normales. Pereyra, en otro penal de California, llega a idénticos resultados.

- *Raza, religión y cultura*

Estos tres factores se hallan totalmente relacionados entre sí, y dependiente de ellos se halla la actitud sexual de determinadas poblaciones. Ya se ha comentado la menor frecuencia de carcinomas cervicales en las mujeres judías, en las islas Fiji y en los musulmanes de la India, todas ellas motivadas por ritos de tipo religioso relacionados con la higiene genital.

En relación con la raza se observó una mayor incidencia en las caucasianas de EE.UU. en relación con las indias de Nuevo México, y que atribuyen a gestaciones en edades más tempranas de las primeras. Wahi en Agra observó idéntico fenómeno entre las mujeres hindús que casan y conciben más precozmente. Igualmente, la mayor frecuencia de carcinomas en mujeres negras de EE.UU. en relación a las blancas sería meramente un problema de nivel socioeconómico y promiscuidad, más que de raza propiamente.

Un estudio en EE.UU. comparando las mujeres rurales con las pertenecientes a la religión Maíz, las cuales siguen normas religiosas muy estrictas, fundamentalmente de matrimonio y de higiene sexual, demuestra como un gran número de estos factores epidemiológicos quedan eliminados y la incidencia del cáncer cervical disminuye drásticamente (2.0% en las mujeres Maíz y 12.4 % en las rurales).

- *Herencia*

Ciertos trabajos de la literatura parecen indicar que el cáncer de cérvix se presenta ocasionalmente con mayor frecuencia en ciertas familias y aparecería sobre todo en hermanas de mujeres portadoras⁸.

5. Detección Oportuna

"El estudio de citología cervical es el método de elección para la detección oportuna del cáncer del cuello del útero."⁹

- *Métodos diagnósticos*

Actualmente la manera de diagnóstico temprano es y seguirá siendo el examen de Papanicolao que en el ámbito nacional se maneja como programa nacional en la cartilla de salud para la mujer que maneja precisamente todo el sector salud y que es importante obtenerla pues solo así se podrá programar los estudios y esquemas de vacunación que en la misma se manejan.

"Para establecer el diagnóstico del cáncer del cuello del útero se requiere la presencia de células de aspecto maligno en el estudio citológico, imágenes de apariencia maligna en la colposcopia y la confirmación por el estudio histopatológico."¹⁰

⁸ F. Bonilla- Ausoles, *El cuello Uterino y sus enfermedades*, editorial JIMS Barcelona, 1ra. Ed. 1978

⁹ Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, para la Prevención, Detección, Tratamiento y Control del CaCu

¹⁰ <http://www.codamedver.gob.mx/NOM-014-SSA-1994.htm>

- *Citología Vaginal Exfoliativa*

Consiste en la obtención del material colectado en el fondo de saco vaginal posterior, mediante una pipeta de cristal o el extremo de un abatelenguas; así como en el raspado del exocérvix hecho en forma circular, especialmente en la unión de los dos epitelios, por medio de un abatelenguas, o de la espátula de Ayre.

Con el material extraído se hace una extensión sobre un porta-objetos, el cual debe de fijarse de inmediato introduciéndolo en una solución a partes iguales de éter y alcohol puro de 95° o simplemente con la aplicación de cito spray. Estas laminillas son posteriormente coloreadas o teñidas por las técnicas de Papanicolaou o la de Shorr, para ser vistas al microscopio y descubrir la presencia de células anormales. (ver figura 1)

- *Prueba De Schiller*

Consiste en la pincelación del cérvix con soluciones yoduradas (Iugol); el yodo se combina con el glucógeno presente en el epitelio estratificado, por lo que éste se tiñe de un color caoba en toda su extensión (prueba de Schiller Negativa). Cuando no hay glucógeno por no haber epitelio, la mucosa aparece con el mismo color que tenía antes de teñir (Prueba Schiller Positiva).

Este test no indica la presencia de tumor, sino solamente una anomalía en el epitelio, ya que lesiones como la erosión, el ectropión, la atrofia y la metaplasma, también dan prueba positiva. Por lo tanto, esta prueba se utiliza para dirigir la toma de una biopsia, o como complemento del estudio colposcópico.

- *Colposcopia y Colpomicroscopia*

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

El examen colposcópico se lleva a cabo colocando a la mujer en posición ginecológica, introduciendo un espejo de preferencia bruñido para reducir los reflejos de la luz e introduciendo a través de él, el colposcopio. Se hacen tres tipos de observaciones: observación directa, observación después de la embrocación de ácido acético al 3% para eliminar el moco cervical, y observación después de haber hecho la prueba de Schiller. (ver figura 2)

La colpomicroscopia sigue los mismos lineamientos, pero logrando una amplificación mucho mayor. Estos son procedimientos privativos del especialista.

- *Biopsia*

Un diagnóstico citológico o colposcópico de malignidad, siempre debe ser confirmado por una biopsia. *El estudio histológico es el único que nos va a dar certeza diagnóstica. La biopsia simple debe ser practicada solo cuando hay una lesión visible*, por inocua que ésta pueda aparecer, o dirigida por la colposcopia o la prueba de Schiller. En la actualidad es poco aconsejable la llamada biopsia horaria que se tomaba en la unión de los epitelios a las 12, 3, 6 y 9 horas del reloj, cuando no se encontraba lesión visible, ya que ha sido substituida con ventaja por la conización. Todas las biopsias únicas, deben ser llevadas a cabo con pinzas sacabocados especiales para biopsia cervical y fijarse en formol. (ver figura 3)

- *Conización*

La extracción de un cono completo que contenga exo y endocérnix, 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". Por medio de un bisturí, se practica un corte en forma de cono más o menos profundo, que abarque el exocérnix 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 pre-invasor ("in-situ"), microinvasor o ya plenamente invasor. Esto es muy importante para el pronóstico y el tipo de manejo que se llevará a cabo¹¹. (ver figura 4)

¹¹ *Ginecología y Obstetricia*, A.M.H.G.O., No. 3, IMSS A.C., 3ª ed Mendez Editores, pp.894-899

6. Modalidades de Tratamiento

El tratamiento del cáncer cervical preinvasivo depende de la extensión de la enfermedad. Estas pacientes pueden recibir un tratamiento conservador con *criocirugías*, *electrocauterización* o *vaporización con láser*, técnicas que destruyen las células superficiales anómalas por medio de frío, el calor o la energía lumínica. El último de estos métodos ofrece un mayor control del patrón y la profundidad de la destrucción tisular.

Tanto la *conización con bisturi en frío* como el *procedimiento de escisión electroquirúrgica de asa (LEEP)* del cuello uterino pueden usarse como técnicas de tratamiento; ambos procedimientos permiten la resección total de la zona de transformación y la unión escamocolumnar. Casi siempre se recomienda la conización cervical en las mujeres que desean conservar la fertilidad. Este tratamiento puede considerarse como definitivo para las mujeres con cáncer preinvasivo que no desean conservar la fertilidad, o a quienes están en alto riesgo de incumplir con los exámenes de seguimiento.

El carcinoma cervical localizado (estadios I a IIA) puede tratarse con cirugía, radioterapia, o ambos. La elección depende de la extensión de la enfermedad y el estado general de la paciente, su deseo de conservar la fertilidad y su voluntad para cumplir con las recomendaciones del seguimiento.

El tratamiento quirúrgico de las mujeres con cáncer cervical invasivo consiste en una *histerectomía radical con linfadenectomía pélvica bilateral*. Las ventajas del enfoque terapéutico radical incluyen la obtención de información adicional de patología sobre la propagación tumoral a los ganglios linfáticos locales y regionales, la necesidad de una radioterapia adyuvante y la preservación de la función ovárica.

Algunos casos específicos de mujeres con enfermedad en estadio IA que desean conservar la fertilidad, la conización cervical se usa como tratamiento definitivo. Se recomienda el seguimiento con citología cervical, colposcopia y examen pélvico cada tres meses para la detección precoz del cáncer cervical invasivo y recurrente.

La radiación con haz externo (*teleterapia*) y con haz interno o intersticial (*braquiterapia*) ofrece a las pacientes con un cáncer en un estadio inicial una alternativa terapéutica igualmente eficaz.

Las mujeres embarazadas con citología cervicovaginal (CCV) anormal se someten a evaluación con colposcopia y biopsias. Si es posible visualizar la totalidad de la unión escamocolumnar con el colposcopio, y si las biopsias dirigidas son suficientes para descartar un cáncer invasivo, el clínico puede hacer un seguimiento hasta el término del embarazo con CCV y colposcopias periódicas. La terapia apropiada se pospone hasta después del parto. Sin embargo, si es imposible observar los límites de la zona anormal, o si no es posible descartar el cáncer invasivo por medio de las biopsias, se recomienda una conización cervical. Algunas de las posibles complicaciones de este procedimiento son la hemorragia profusa y el aborto espontáneo.¹²

7. Características Clínicas

El síntoma de consulta más común en las mujeres con cáncer cervical es la hemorragia vaginal anormal, que puede manifestarse como disminución del intervalo entre los períodos menstruales, aumento en la duración o cantidad de flujo menstrual o hemorragia intermenstrual.

La mujer también puede describir episodios de hemorragia "por contacto" después del coito o la ducha, o con menos frecuencia secreción vaginal persistente, clara, acuosa, teñida de sangre o fétida. Los síntomas de la enfermedad más avanzada incluyen molestias urinarias como la dificultad para comenzar la micción, la urgencia, la hematuria o la disuria.

El cáncer avanzado que presiona o invade el recto puede ocasionar estreñimiento, tenesmo o hemorragia rectal. La afección de los ganglios linfáticos regionales puede producir edema en las extremidades inferiores; la enfermedad avanzada también se manifiesta por dolor en la región lumbar, la región inguinal y las extremidades inferiores.¹³

8. Evolución y Complicaciones

"El carcinoma cervicouterino se extiende por contigüidad a los tejidos vecinos, por vía linfática a los nódulos linfáticos retroperitoneales y rara y tardíamente por vía hematógena. La extensión por contigüidad afecta los parámetros, la parte alta de la vagina y los fondos de saco, en una fase posterior a la vejiga, recto y vagina.

¹² SHIRLEY E. Otto, et al, *Enfermería Oncológica*, 3ª ed. Mosby,1999, pp. 203-206

¹³ Ibidem p.202

La frecuencia de las metástasis a distancia es muy rara y ocurre principalmente al hígado, huesos largos y pulmón. En la enfermedad no tratada, la muerte ocurre a los dos años de haberse presentado los síntomas la insuficiencia renal, de origen obstructiva, representa la causa más frecuente de muerte. Las recurrencias se manifiestan a los 18 meses del tratamiento. Por lo tanto, los controles periódicos en esta fase deben realizarse cada tres meses con examen general, ginecológico y colposcópico. A los 18 meses es conveniente la reclasificación.”¹⁴ (anexo fig. 2)

9. Normas establecidas para la toma de la citología exfoliativa

“Los beneficios que se esperan obtener de la aplicación de la Norma Oficial Mexicana para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del Cáncer Cérvico Uterino, son una reducción de la morbilidad y mortalidad que este padecimiento ocasiona.”¹⁵

- *Técnica para tomar la citología cervical*

Es posible contar con alta certeza del diagnóstico citológico, lo cual depende de la técnica empleada para la obtención de la muestra y por quien interpreta el estudio. Es necesario para una muestra satisfactoria la presencia de células endocervicales y metaplasia epidermoide.

La citología para detección de la neoplasia del cervix debe tomarse del cervix. Las tomas del fondo de saco vaginal posterior; no tienen ninguna utilidad, en virtud de que las características celulares están muy alteradas por el estancamiento, la acción del pH vaginal ácido y las bacterias normales de la vagina.

Una buena muestra para detección requiere de la toma de células vivas, metabólicamente activas, del ectocérvix y del canal endocervical, precisamente en ese orden, con objeto de rastrear toda la zona de transformación, que es la zona de iniciación de la NIC y del Ca Cu, y la que sufre desplazamientos importantes a lo largo de la vida.

¹⁴ HALABE Serme José, et al, *El Internista*, 1ª ed, Mac Graw Hill, Interamericana, 1997, p. 1323

¹⁵ Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994 para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento y Control del CaCu, p. 4

La toma ectocervical debe ser la inicial para evitar la desecación de la mucosa y su posible contaminación con sangre proveniente del canal endocervical; se realiza raspando con la espátula, en forma circular, toda la superficie del ectocérvix, a fin de desprender células de toda la zona de transformación, la que habitualmente es circular periorificiaria.

Una acción indispensable es que la muestra sea, efectivamente, de todo el canal y no sólo de la parte cercana al orificio externo, ya que la unión escamocolumnar, y con ella la zona de transformación, sobre todo en ancianas, puede estar muy profunda.

Ambas tomas deben ser gentiles pero efectivas, esto es, deben desprender células vivas sin provocar sangrado que contamine las muestras y dificulte su lectura.

En el embarazo, la técnica debe ser la misma, realizando con sumo cuidado la toma endocervical y, en este caso, sólo de la parte más externa del canal, ya que en las embarazadas es excepcional que la zona de transformación se encuentre profunda.

- *Metodología operativa para la toma de la Citología Cervical*
 - Se tomará antes de cualquier otra exploración cervical o vaginal.
 - Evitar la contaminación de las muestras con cualquier lubricante.
 - Tomarla antes de cualquier otro estudio para otra enfermedad, por ejemplo, muestra para cultivo de clamidia o gonococos.
 - Si existe flujo vaginal que cubra el cérvix, removerlo cuidadosamente con una torunda húmeda de solución salina; si la vaginitis o cervicitis son intensas, debe darse tratamiento y diferir la toma de la citología.
 - Si hay sangrado, por menstruación o anormal, debe diferirse la toma de la citología, pues la sangre dificulta el diagnóstico.¹⁶

¹⁶ RUIZ, Moreno José A., et al, *Cáncer Cervicouterino, Diagnóstico, Prevención y Control, Médica Panamericana, S.A. de C.V., ed. Julio de 2000, p. 112*

- *Interpretación de resultados*

“El resultado del estudio citológico es descriptivo y debe ser informado de la siguiente manera:

- a) Negativo a cáncer
- b) Negativo con proceso inflamatorio
- c) Imagen de infección viral (IVPH)
- d) Displasia leve
- e) Displasia moderada
- f) Displasia grave
- g) Positivo a cáncer
- h) In situ
- i) Microinvasor
- j) Invasor
- k) Adenocarcinoma (endocervical y endometrial)
- l) Maligno no especificado
- m) Inadecuado para diagnóstico”¹⁷

10. Características de la población en Magdalena Contreras

- *Generalidades*

La Magdalena Contreras es una de las 16 delegaciones en que se encuentra regionalizado el Distrito Federal, se trata de un órgano desconcentrado por territorio del gobierno de la Capital de la República.

La demarcación se ubica al sur poniente del Distrito Federal; tiene una extensión territorial de 75.36 kilómetros cuadrados que representan el 5.03% de la superficie total del Distrito Federal. El 58.3% del área, 43.97 km², corresponden a zonas de reserva ecológica y el 41.7% restante, 31.39 km², es ocupada por la mancha urbana.

¹⁷ SSA, Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Cervicouterino

- *Estructura de la población*

Los niños menores de un año son 3,795 (1.66%) del total y los niños de 1-4 años de edad esta constituido, por el (6.69%) 15,284, en total el grupo prioritario significa 19,079 niños menores de 5 años. En la demarcación se caracteriza por tener un perfil joven que avanza rápidamente a la madurez: el 52.22% de la población tiene entre 15 y 44 años, el número de personas en edad postproductiva se ha incrementado, para 2000 se estima que el 6.20% de ellas cuenta con 65 años o más. El 51.64% (117,976) son del sexo femenino, el 48.36% (110,494) son del sexo masculino; otro grupo importante para la salud es de mujeres en edad fértil de 15-49 años de edad (67,481) 29.54% y el grupo de personas menores de 14 años es del 26.31% (60,102 personas) y el 9.50% lo constituyen los adolescentes, es decir 21, 698 jóvenes. (ver Tabla 1)¹⁸

¹⁸ Diagnóstico Situacional, Jurisdicción Magdalena Contreras, 1999 -2000

TABLA 1

POBLACIÓN TOTAL POR GRUPOS DE EDAD Y GENERO
PIRAMIDE POBLACIONAL POR GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD Y GENERO
JURISDICCIÓN SANITARIA "MAGDALENA CONTRERAS"

2001

GRUPOS DE EDAD	MASCULINO	GENERO %	FEMENINO	%	TOTAL	%
< DE 1 AÑO	1,931	0.85	1,864	0.82	3,795	1.66
1-4 AÑOS	7,763	3.4	7,521	3.29	15,284	6.69
5 – 9	10,055	4.4	9,950	4.36	20	8.76
10-14	10,406	4.55	10,612	4.64	21,018	9.2
15 – 19	10,685	4.68	11,013	4.82	21,698	9.5
20 – 24	10,867	4.76	11,064	4.84	21,931	9.6
25 – 29	11,009	4.82	11,300	4.95	22,309	9.76
30 – 34	10,088	4.42	10,611	4.64	20,699	9.06
35 – 39	8,639	3.78	9,314	4.08	17,953	7.86
40 – 44	6,922	3.03	7,802	3.41	14,724	6.44
45 – 49	5,540	2.42	6,377	2.79	11,917	5.22
50 – 54	4,363	1.91	5,087	2.23	9,450	4.14
55 – 59	3,426	1.5	4,067	1.78	7,493	3.28
60 – 64	2,712	1.19	3,306	1.45	6,018	2.63
65 – 69	2,139	0.94	2,684	1.17	4,823	2.11
70 – 74	1,617	0.71	2,097	0.92	3,714	1.63
75 – 79	1,105	0.48	1,496	0.65	2,601	1.14
80 – 84	645	0.28	921	0.4	1,566	0.69
85 Y MAS	582	0.25	890	0.39	1,472	0.64
TOTAL	110,494	48.36	117,976	51.64	228,470	100

Se estima que de 228,470 habitantes, el 46.25%, no tiene acceso a los servicios que proporciona la seguridad social, es decir 105667 habitantes, por ende, esta población tiene prioridad en las unidades de salud que atienden a la población abierta.

- *Población Potencial*

La Jurisdicción Sanitaria tiene una capacidad instalada suficiente para atender aproximadamente a 78,000 habitantes, con los 26 núcleos básicos existentes.

El conocimiento y análisis del número y distribución de los habitantes, en el área de responsabilidad, permite identificar los factores de riesgo que afectan a los diferentes grupos poblacionales. Al poder identificar los grupos de trabajo se facilita el ejercicio programático, la implementación de estrategias y la evaluación de los logros obtenidos.

De esta manera, en el grupo de menores de un año es factible programar las metas del Programa de Vacunación, enfermedad diarreica aguda (E.D.A.) y por infecciones respiratorias agudas (I.R.A.). Concluida la operación, es posible comparar los logros obtenidos con los indicadores nacionales y estatales.

En el grupo de 1 a 4 años, además de lo anterior, es posible medir el impacto de los factores de riesgo y los programas preventivos en materia de nutrición. En el grupo de 1 a 14 años es posible esperar un mayor riesgo de sufrir accidentes en el hogar, en lugares de esparcimiento y los causados por vehículos automotores. En este grupo también existen factores de riesgo para la aparición de brotes de enfermedades transmisibles tales como: parotiditis, rubéola, varicela, etc. Especialmente dentro de los planteles escolares. Por lo tanto, los programas preventivos y de vigilancia epidemiológica deberán contemplar acciones orientadas tanto para los padres y tutores como a los maestros y alumnos.

En el grupo de personas en edad productiva los riesgos son diferentes: en el caso de las mujeres en edad fértil se orientan a la fecundidad y, consecuentemente, los servicios médicos deberán disponer de programas de planificación familiar, atención prenatal y detección oportuna de cáncer cervicouterino y mamario; en el caso de los varones, a la prevención de accidentes y violencias. En ambos casos deberán existir acciones específicas para prevenir, detectar y controlar las enfermedades crónico-degenerativas.¹⁹

¹⁹ Diagnóstico Situacional, Jurisdicción Magdalena Contreras, 1999 -2000

- Situación del Programa D. O. C.

En el periodo comprendido de enero a diciembre de 2003, la Jurisdicción Sanitaria en conjunto con los Servicios Médicos de la Delegación, realizaron 4,429 citologías cervicovaginales de las cuales el 76% fueron muestras adecuadas, 58 citologías fueron reportadas con presencia del Virus del Papiloma Humano y displasia leve de las cuales el 96.6% tuvieron seguimiento, es decir, las pacientes fueron canalizadas al segundo nivel de atención para su respectivo tratamiento.

- Educación

La condición educativa de la población ha mejorado sensiblemente: en 1950 el índice de analfabetismo era de 33.1%. Actualmente, solo el 3.8 % de la población, mayor de 15 años, no sabe leer ni escribir. Sin embargo, es conveniente aclarar que el sexo femenino aún muestra rezago en cuanto a las oportunidades educativas.

**POBLACIÓN MASCULINA Y FEMENINA DE 15 AÑOS Y MÁS, SEGÚN
GRADO DE ALFABETIZACIÓN, EN LA MAGDALENA CONTRERAS
1950 – 1995**

AÑO	% DE ALFABETAS		% DE ANALFABETAS	
	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO
1950	72.4	61.4	27.6	38.6
1960	84.8	71.6	15.2	28.4
1970	88.2	77.6	11.8	22.4
1980	95.5	89.7	4.5	10.3
1990	97.1	93.1	2.9	6.9
1995	97.6	94.6	2.4	3.4

FUENTE: INEGI Cuaderno Estadístico Delegacional, 1996

11. Papel de la Enfermera en el Primer Nivel de Atención a la Salud

- *La enfermera en los programas de salud*

La Asociación Americana de Enfermeras presenta una definición oficial de enfermería profesional, que especifica que el ejercicio de la enfermería significa la iniciación y ejecución, de una manera independiente, de cualquier acción de carácter profesional en materia de observación, cuidados y asesoramiento de los pacientes, lesionados o enfermos, en la conservación de la salud y la prevención de las enfermedades, y en la supervisión y enseñanza de otro personal auxiliar de la enfermera. Asimismo, figuran entre sus funciones la ejecución, previa autorización, de cualquier acto tendente a la administración de medicamentos y tratamientos prescritos por un médico o dentista autorizado.

Un reciente estudio de las Escuelas de Enfermeras de América Latina, señala que 20 países latinoamericanos cuentan con 162 escuelas de enfermería, que preparan personal para los hospitales y para los servicios sanitarios.

La antigua enfermera empírica, formada a base de experiencia, ha sido eliminada y reemplazada por una persona que, después de haber terminado una educación secundaria completa, ha estado durante tres años o más cuidadosamente guiada en salas de clases, laboratorios, salas de hospital y organismos de Salud Pública, por medio de un programa de estudios destinado a prepararla para la preservación y fomento de la salud, prevención de enfermedades y cuidado y tratamiento de los enfermos.

La enfermería es hoy día una profesión universitaria, de tipo paramédico, en cuyos planes de estudio tienen igual importancia la enseñanza del cuidado de los enfermos y la prevención de las enfermedades que el fomento de la salud. Como profesión, la enfermería ha desarrollado técnicas propias aplicables a los dos aspectos fundamentales de su labor: cuando la enfermera se especializa en el cuidado del enfermo en el hospital o en el hogar, hablamos de enfermería hospitalaria, y cuando se dedica al trabajo sanitario, la llamamos enfermera sanitaria, enfermera visitadora o enfermera de salud pública.

Tal como sucedió con la medicina, la enfermería se desarrolló primero en un sentido marcadamente curativo y de asistencia a los enfermos, dando lugar a la moderna enfermería hospitalaria, cuya función básica es colaborar con el médico clínico en la curación de los enfermos, velar porque la atención y tratamiento se efectúen correctamente y enseñar hábitos de higiene a los pacientes. Fue Florencia Nightingale, en el siglo pasado, durante la guerra de Crimea, quien inició el desarrollo de la enfermería como profesión, dándole sus bases teóricas. Al comienzo, la enfermera se desempeñó exclusivamente como auxiliar del médico clínico en la curación de los enfermos. En 1860, Florencia Nightingale fundó la Escuela de Santo Tomás en Londres, iniciando así la preparación metódica de estas profesionales.

El movimiento inicial de la enfermería sanitaria tuvo su origen en William Rathborn, un filántropo de Liverpool, Inglaterra, quien promovió, en 1859, el establecimiento de un servicio de enfermeras visitadoras para los enfermos pobres de la ciudad. Florencia Nightingale tomó a su cargo este tipo de enfermeras, y fue ella la primera que impulsó a las graduadas a que realizaran la visita al hogar como enfermeras sanitarias. El servicio de enfermería sanitaria se había incorporado, a fines del siglo, a muchos departamentos de salud en Inglaterra y en Estados Unidos de América.

La historia posterior de la enfermería es la de una profesión en continuo perfeccionamiento y en busca de su definición. En sucesivos congresos internacionales se fueron determinando los programas de estudio para escuelas de enfermería, que, por mucho tiempo, fueron separados para las dos ramas de esta profesión, la hospitalaria y la sanitaria. La tendencia general de hoy día es hacia un concepto amplio de la enfermería, hacia la preparación de una enfermera integral capacitada para trabajar en ambos campos, el curativo y el preventivo. Es la misma tendencia que viene desarrollándose en la enseñanza médica.

La primera escuela de enfermería se creó en Chile en 1906. Fue la Escuela de Enfermería Hospitalaria de la Universidad de Chile. El primer curso de enfermería sanitaria funcionó en Santiago en 1927. Podían ingresar a él las enfermeras hospitalarias.

En un comienzo no se exigían requisitos universitarios a las candidatas a alumnas, pero a partir de 1948, se exige el título de bachiller. En ese año se reformó la enseñanza de la enfermería en Chile, haciendo desaparecer la división entre los cursos hospitalarios y sanitarios.

Se adoptaron programas integrados para formar una enfermera capacitada para la atención de los enfermos y de los sanos, tanto en el hospital como en el hogar, en los aspectos preventivos como en los curativos.

Actualmente están funcionando cursos de especialización para enfermeras graduadas. El primer curso internacional de enfermeras profesionales especializadas en supervisión, se realizó en Santiago de Chile, en 1955, mediante un acuerdo entre la Universidad de Chile y la Organización Mundial de la Salud.²⁰

En nuestro país como en otros países del mundo, la enfermería ha evolucionado desde que se reconoce la importancia de asegurar la continuidad de la vida y enfrentar la enfermedad y la muerte.

“La formación de enfermeras en México ha tenido un desarrollo importante. Hasta 1900 la situación de enfermería era deplorable; había nacido con el estigma de la discriminación social durante la Colonia, sus servicios habían sido obtenidos mediante presiones sobre todo de religiosas y relegado a la categoría de servidumbre”²¹

A finales del siglo XIX y hasta el inicio de la segunda guerra mundial, se marco un periodo en América Latina, el inicio de la profesionalización, la organización del sistema de educación y de servicios con un consecuente control sobre el reclutamiento y preparación del personal. Surgen las enfermeras prácticas, las auxiliares y los ayudantes para compensar el déficit de atención profesional. Este período también identificado como el estadio laico-laboral derivado también de un nuevo status de la mujer y su incorporación al trabajo, se caracteriza porque enfermería tiene un enfoque de auxilio social, capacitada en el conocimiento de la enfermedad y destrezas técnicas, para el cuidado de enfermos.

Durante la segunda guerra mundial hasta la época contemporánea, se consolida la enfermería militar y la organización de jerarquías en la profesión; se acentúa el interés y la responsabilidad por el control de planes y programas de formación, se hace más consistente la integración o surgimiento de escuelas de enfermería en las universidades, se identifica a la enfermera aún como auxiliar de la medicina, estableciéndose una transición al proceso de independencia y responsabilidad por la salud individual y colectiva.

²⁰ Sydney L. Kark, et al, *Atención Primaria Orientada a la Comunidad* ediciones Doyma, S. A. 1994

²¹ ALATORRE Wynter Edda, *Desarrollo de la Enfermería en México*, p.121

Esta etapa acelerada de desarrollo, derivada también del avance institucional en beneficio de la salud y la seguridad social, determina concentrar la práctica en hospitales donde el avance tecnológico y la especialización médica también fueron requiriendo de enfermeras en áreas específicas de profundización. De esta manera se inician los cursos de especialización postécnica, surgen algunos programas de posgrado y por ello ahora coexisten en la práctica, personal sin preparación o habilitado, enfermeras prácticas, enfermeras técnicas y enfermeras universitarias de alto nivel.

En la época moderna, derivada del compromiso de construcción disciplinar y durante la cual surgen los preceptos teóricos-científicos de los cuidados enfermeros, se caracteriza por una profunda preocupación de reglamentar el ejercicio profesional, distinguir funciones profesionales de las auxiliares, centrar la práctica y la formación en un concepto holístico de hombre y de salud, así como en los contenidos científicos que fundamentan el cuidado del proceso vital humano desde un enfoque integrador para el ejercicio profesional; la dignidad de la vida, que implica el estudio de variables importantes como: significado de la vida, calidad de vida y satisfactores de vida, tendencia a considerar en los sistemas de salud, y que entre otros componentes esta favoreciendo un reencuentro con la naturaleza de la enfermería, su compromiso social en las diferentes culturas, con su filosofía, su arte y ciencia.

En este proceso ha sido determinante la función de la educación formal universitaria desde donde se han conformado, un esquema de superación académica y un conjunto de acciones al servicio de la profesión y las necesidades de salud de nuestro país.²²

- *Aportación Específica de la Enfermera Comunitaria*

La enfermera comunitaria es una profesional que presta sus servicios tanto en el primer nivel de atención (atención primaria) como en contexto de la comunidad, en los lugares donde las personas viven y trabajan.

²² SALAS Segura Susana, Zarate Grajales R., Müggenburg R. V. C., *Memorias Legados y Tendencias 1907-1997*, Enfermería Universitaria, ENEO-UNAM, pp. 3,4

Sus objetivos son:

- Promover la salud y el bienestar de las Personas.
- Ayudar a utilizar de manera adecuada los recursos de las personas, familias y grupos.
- Fomentar el desarrollo de las habilidades necesarias para hacer frente a las de deterioro de la salud.
- Ofrecer cuidados durante la enfermedad y la rehabilitación.
- Acompañar a las personas a morir con dignidad.

Según la OMS, "la misión de la enfermería en la sociedad es ayudar a los individuos, familias y grupos a determinar y conseguir su potencial físico, mental y social, y a realizarlo dentro del contexto en que viven y trabajan. Esto requiere enfermeras que desarrollen y realicen funciones que se relacionen con el fomento y mantenimiento de la salud así como con la prevención de la enfermedad. La enfermería también incluye la planificación y la prestación del cuidado durante la enfermedad y la rehabilitación, abarcando los aspectos físicos, mentales, sociales y espirituales de la vida que pueden afectar a la salud, a la enfermedad, a la incapacidad y a la muerte. Por tanto las funciones principales de la enfermería deberán ser la promoción y el mantenimiento de la salud en buen estado, la prevención de la enfermedad, dar cuidados durante la misma y la rehabilitación".

En 1985, el Director General de la OMS, Dr. Halfdan Mayer, identificó a las enfermeras como líderes en las estrategias para conseguir salud para todos.

El CIE (Consejo Internacional de Enfermeras) define la cooperación en salud comunitaria como "un proceso por el que las comunidades ejercen su derecho a participar en la adopción de decisiones sobre su propia salud, identificar sus necesidades de salud y planificar y evaluar los servicios para conseguir una mayor autonomía y control social de los recursos destinados a la salud". La cooperación es una unión de fuerzas para conseguir citas comunes, como son mejorar la salud y promover la equidad y la justicia social.

Según el documento del CIE, en la cooperación para la salud, la enfermera deberá desarrollar las funciones de:

- Impulsora. La salud de las comunidades está determinada por factores sociales, económicos y culturales, ambientales, biológicos y otros. Las enfermeras han de propugnar unas condiciones favorables para la salud en cooperación con la comunidad y otros grupos.
- Capacitadora. Las enfermeras han de tender a reducir las diferencias en el estado de salud de las poblaciones y asegurar oportunidades y recursos iguales que permitan a las personas realizar su potencial de salud.
- Mediadora a favor de la salud. Las enfermeras han de mediar entre las comunidades, los gobiernos, los sectores de salud, social y económico, las organizaciones no gubernamentales y benéficas, la industria y los medios de comunicación.

El lema del CIE sobre la cooperación en salud comunitaria representa una buena oportunidad para iniciar una reflexión y avanzar hacia el liderazgo que las enfermeras hemos de tener en la evolución del sistema de salud.

El método de trabajo es la visita al hogar y las relaciones con las diferentes clínicas médicas que ofrecen servicios a la colectividad. La unidad de trabajo es la familia. Ellas son amigas de las familias, las visitan regularmente y conocen a cada uno de sus miembros, sus problemas de salud y su ambiente de vida. Educan a la joven madre, le enseñan hábitos de salud y aseo, sorprenden los primeros indicios de anormalidad orgánica o anomalías en el ambiente físico y social de la familia. Toman inmediatamente las medidas que corresponde, o avisan a los demás miembros del equipo del centro de salud. La enfermera no es un médico, no diagnóstica ni indica tratamiento.

Es una profesional capacitada para reconocer anomalías y llamar la atención sobre ellas, para realizar los tratamientos indicados por el médico, para orientar al grupo hacia el organismo de prevención y control correspondiente.

De este modo, la enfermera sanitaria trabaja muy cerca de la gente; ella conoce los problemas médicos, sociales y familiares de su sector, y siempre está tratando de solucionar las dificultades existentes.

Probablemente, para la gente, la enfermera sanitaria es la representante más conocida del centro de salud, porque es ella quien reduce el trabajo de la organización al mínimo común denominador: el servicio directo al individuo y a la familia.

Todo esto está realizado con una intención educativa. La enfermera sanitaria es el agente más útil del centro de salud para la enseñanza individual y de la familia en los principios de la higiene, y para atraer al grupo, oportunamente, al contacto con los servicios de salud.

Las funciones de la enfermera sanitaria son múltiples, pero pueden agruparse en los siguientes servicios: protección de la salud de la madre (control prenatal y postnatal); protección de la salud del niño (control del lactante, preescolar y escolar); control de las enfermedades transmisibles; protección de la salud del adulto en las industrias; educación en alimentación familiar; higiene mental; ayuda para obtener un ajuste de las condiciones sociales que afectan la salud del grupo familiar; colaboración con las demás actividades del programa de salud; educación sanitaria en general.

Desde un punto de vista administrativo, el trabajo de enfermera sanitaria puede organizarse en dos formas, trabajo especializado o trabajo generalizado. El plan especializado requiere que cada enfermera desarrolle algún campo específico de este trabajo. Es un tipo de organización cara, que existe en los grandes servicios de salud o a niveles nacionales. Las actividades que más frecuentemente se especializan son: enfermería en higiene industrial, servicio escolar, higiene mental y enfermedades infecciosas. En el plan generalizado, una enfermera sanitaria es asignada a un área geográfica definida a la colectividad, con un número específico de familias bajo su control; cada enfermera desarrolla en el sector todas las actividades de enfermería sanitaria, sin especializarse en ninguna.

Los profesionales de la salud están llamados a diseñar nuevos modelos de prestación de servicios a la comunidad. La crisis en los servicios de salud por escasez de recursos humanos no se solucionará a menos que los profesionales del sector planeen conjuntamente la forma de extender la cobertura a la población marginada.

Es por esto que la enfermera se ve obligada a revisar sus valores y a plantear la posibilidad de que se le confíen nuevas funciones como agente de atención primaria, para así prestar servicios enfermeros de calidad.

En lo que a la Atención Primaria se refiere, todos los miembros del equipo que operan en un centro de salud son potencialmente agentes primarios de una intervención comunitaria. No obstante, esta realidad no los convierte en los únicos responsables, ni en los promotores o en los organizadores.

La implicación tiene que ser formal y substancialmente del equipo, porque la participación afectará al funcionamiento y a la organización del trabajo, en la que habrán de realizarse cambios y modificaciones. Inicialmente, la propuesta de participación puede delegarse en una enfermera, un médico y una trabajadora social, los cuales habrán de mantener una continua información de la actividad desarrollada al resto del equipo, para evitar el fraccionamiento entre los que están implicados y los que no lo están.²³

- *El papel de las enfermeras en la política Salud para todos en el siglo XXI*

Actualmente, Enfermeras de 24 países trabajaron con el fin de definir el papel de dicha profesión, el cual habrá de llevarse a cabo a lo largo de todo el programa de Salud 21.

Salud 21 considera como una necesidad básica fortalecer a la familia como la unidad más importante de la sociedad, desde donde la salud puede y debe ser promocionada, y escoge a las enfermeras como los profesionales elegidos para facilitar la salud de la familia. El nuevo tipo de enfermería que se ha propuesto es el de la enfermera de familia. Aina Fawcett-Henesy describe el papel de la enfermera de familia como el desempeñado, ante todo en los domicilios de las personas y abarcará el conjunto salud y enfermedad a lo largo de la vida.

En el nivel de la prevención primaria, la citada autora evalúa la presencia de posibles factores nocivos, estresantes y amenazantes para la salud, y trabaja activamente para prevenir que repercutan en la familia; ante ello, la enfermera puede ayudar a la familia a reconocer sus capacidades, proporcionándoles el apoyo y la educación sanitaria necesarios para poner en práctica sus propios recursos en aras de una mejor salud o mediante programas de salud, vacunación y cribaje.

²³ GARCIA Sosa Araceli, et al, *Enfermería Comunitaria*, Bases Teóricas, 1ª ed, Ediciones DAE, enero 2001, p. 226

En el nivel de prevención secundaria, como consecuencia de su conocimiento de la familia y de la relación de confianza establecida, la enfermera se encuentra en una situación ideal para detectar en una etapa temprana el inicio de problemas de salud, proporcionando una acción rápida que minimice los efectos sobre las personas y la familia y, si es necesario, facilitándoles el recurso de otros profesionales.

En la prevención terciaria, la enfermera de familia está implicada en prestar cuidados directos cuando alguien está enfermo o ha sido dado de alta prematuramente del hospital y la rehabilitación, construyendo los recursos y apoyos de la familia. En este caso la enfermera trabaja asociada con la familia o con la persona para alcanzar los mejores resultados posibles.

Los trabajadores sociales y los médicos han de aprender a trabajar junto a la enfermera de familia, pero, para que ésta sea competente y responsable de sus cuidados directos a la familia, es fundamental que tenga autonomía clínica en el manejo de sus decisiones. Para ello, ha de tener el conocimiento basado en la evidencia y en las más amplias habilidades cognitivas de pensamiento analítico y crítico, siendo capaz de trabajar confidencial y competentemente con individuos y familias y comunidades, así como con otras disciplinas y otros sectores, consciente de los límites de sus responsabilidades. En definitiva, todas sus intervenciones deben estar basadas en la ética y en los principios equitativos²⁴

12. La Educación para la Salud

Se requiere que las acciones de prevención primaria reduzcan la incidencia de la enfermedad a través de educación para la salud y promoción de la participación social, orientados a tomar conciencia y autoresponsabilidad en individuos, familias y grupos sociales, con el propósito de que proporcionen facilidades y participen activamente en las acciones de promoción de la salud, cuidados y control de estas enfermedades.

²⁴ GARCIA, Sosa Araceli, et al, *Enfermería Comunitaria*, Bases Teóricas, 1ª ed, Ediciones DAE, enero 2001, pp. 242-243

Las diferentes formas de considerar la educación para la salud a lo largo del presente siglo conducen a estrategias e intervenciones diferentes, comienza a considerarse que la información es precisa pero no suficiente y se entiende que el objetivo de la educación para la salud es conseguir comportamientos individuales saludables.

Surge una nueva perspectiva también como consecuencia de las insuficiencias anteriores. Esta nueva propuesta plantea que si la causa de los problemas de salud es de carácter socioeconómico, el objetivo de las intervenciones educativas ha de ir dirigido al cambio social y no a los cambios en las conductas individuales.

Un instrumento para conseguir mejorar la salud de las poblaciones es la Educación para la Salud (EpS).

La OMS entiende que la Eps (Educación para la salud) es un instrumento de la promoción, que comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente y destinadas a mejorar el conocimiento de la población con relación a su salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad.

La EpS aborda, no solamente la transmisión de información, sino el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima que son necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. Incluye, además, la información sobre factores sociales, económicos y ambientales que influyen en la salud, así como sobre los factores y comportamientos de riesgo y el uso adecuado del sistema de atención sanitaria.

La educación para la salud es un proceso democrático para una vida más plena. La participación supone un proceso en el que las personas aportan su punto de vista en la identificación de riesgos y de necesidades, en la valoración de las soluciones y en la puesta en marcha de las intervenciones, es decir en todo momento y no sólo en la evaluación de los resultados. No se puede estructurar una intervención sin tener en cuenta a la comunidad y luego pretender que participe en la misma, o evaluar sus conocimientos y actitudes.

Hoy existe el consenso de que educar para la salud requiere más que informar, que el fin no es brindar conocimientos sino conseguir cambios en las actitudes y en los estilos de vida.²⁵

²⁵ GARCIA Sosa Araceli, et al, *Enfermería comunitaria*, Bases Teóricas, 1ª ed, Ediciones DAE, enero 2002 p. 211

IV. JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo es llevado a cabo con el fin de identificar los principales inconvenientes que llevan a la mujer a no asistir a la prueba del Papanicolaou, una vez identificados esto permitirá replantear estrategias de acceso para la prestación de este servicio, considerando que el acceso es un indicador de la calidad de la atención que permitirá que éste se mejore y aumente la cobertura.

Asimismo tiene la finalidad de aportar un tema de interés para el área de enfermería y para los estudiantes aún en periodo de formación, haciendo énfasis en la importancia real que tiene el realizar una detección precoz y oportuna de las lesiones tempranas en el cáncer cervicouterino y la aplicación del procedimiento normado para la toma de citología exfoliativa; influyendo así en la disminución de la morbimortalidad en la población femenina con respecto al problema de salud pública.

V. OBJETIVO GENERAL

Identificar los factores que influyen en la asistencia al programa Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino (D. O. C. CaCu) en los Servicios Médicos de la Delegación Magdalena Contreras.

Objetivos específicos

Identificar las características sociodemográficas de las mujeres encuestadas

Identificar el grado de conocimiento que tienen las mujeres encuestadas sobre el programa D.O.C. CaCu

Identificar el grado de conocimientos sobre los riesgos del Ca Cu en la mujer

Conocer la opinión de las mujeres encuestadas acerca de la calidad de atención en los consultorios de los servicios Médicos Delegacionales.

VI. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Determinación de la estrategia de investigación

TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo-Observacional, es un estudio de tipo descriptivo observacional porque se buscará describir los factores que influyen para que las mujeres que han iniciado vida sexual no acudan a tomarse la citología cervico-vaginal. Es descriptivo porque no se manipula la variable, sino que se hace una identificación de su comportamiento.

Transversal, es transversal porque la recolección de datos se hará en un solo momento, en un tiempo único.

UNIVERSO DE TRABAJO

Mujeres con vida sexual activa que acudan a los Servicios Médicos de la Delegación Magdalena Contreras en un periodo de junio a agosto del 2004.

Población. Mujeres que vivan en la colonia Santa Teresa.

MUESTRA

Se tomará de forma convencional, encuestando a 100 mujeres con vida sexual que lleguen a la consulta en el periodo mencionado.

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LOS PARTICIPANTES

Criterios de inclusión:

1. Mujeres mayores de 14 años con vida sexual activa
2. Mujeres sin vida sexual activa mayores de 25 años
3. Mujeres que asistan al consultorio Santa Teresa
4. No importa grado de escolaridad

Criterios de exclusión:

1. Mujeres menores de 14 años
2. Mujeres menores de 25 años que no hayan iniciado vida sexual

Criterios de eliminación:

1. Mujeres que no deseen participar en la investigación
2. Mujeres que tengan patología de CaCu ya establecida.

Las variables incluidas en el estudio se agrupan en cuatro categorías :

- Características:
 - edad de la paciente
- Sociodemográficas
 - estado civil de la paciente
 - escolaridad de la paciente
 - ocupación de la paciente
- Conocimientos:
 - conoce qué es el cáncer cervicouterino
 - conoce para qué sirve
 - conoce en qué consiste el procedimiento
 - conoce cuándo debe realizarse
 - conoce si es necesario realizárselo

- ? Conocimientos Sobre riesgos de Padecer Cacu
 - algunas veces se lo ha realizado
 - cuántas veces se lo ha realizado

- Calidad de Atención percibida
 - quién le toma la muestra
 - el lugar para la toma citológica permite sentir cómoda a la paciente
 - le proporcionan algo para cubrirse
 - le explican lo que le van a hacer
 - quién le explica lo que le van a hacer
 - le informan cuándo regresar por sus resultados
 - conoce los consultorios de Servicios Médicos
 - sabe que en ellos le pueden realizar el Papanicolaou

? La mayoría de las variables son de tipo cualitativo.

MÉTODO DE OBSERVACIÓN Y OBTENCIÓN DE DATOS

- Se hará una entrevista estructurada y apoyada por un cuestionario de 21 preguntas , el cual será aplicado a 100 mujeres que asistan a la consulta externa del consultorio Santa Teresa en el periodo comprendido de junio a agosto del 2004.

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

- El instrumento de evaluación empleado fue estructurado con el fin de conocer la perspectiva de cada una de las participantes al momento de acudir a solicitar la toma de citología exfoliativa. Consta de un cuestionario de 21 preguntas; 16 son preguntas cerradas, 1 abierta y 4 semiabiertas, contiene cuatro apartados en los cuales se busca conocer las características sociodemográficas de la población, el grado de conocimientos del cáncer cervicouterino y los riesgos para padecerlo, asimismo se pretende conocer la calidad de atención percibida durante la prueba de papanicolaou.

PROCESAMIENTO DE DATOS

- Los datos recabados durante el periodo que duró la encuesta, se capturan en el programa SPSS, se formó una base de datos que me permitió realizar las tablas de frecuencia y porcentaje de cada variable las cuales posteriormente se copiaron al procesador de textos WORD, en donde se le dio forma y estilo a los cuadros que arrojan los resultados obtenidos de éste trabajo de investigación.

VII. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

Se realizó el estudio en una población de 100 mujeres con vida sexual activa que acudieron al consultorio médico Santa Teresa en el periodo de junio a agosto del 2004.

En cuanto a la edad de las encuestadas se observa que el 36%, presentan una edad de más de 38 años, el 21% presenta una edad de entre 32 y 37 años predominando el 27% de la población con una edad de 26 a 31 años. (ver cuadro 1)

Respecto al estado civil se menciona que el 59% de las encuestadas corresponde a mujeres casadas, el 21% en unión libre, el 14% son solteras y el 6% son divorciadas. (ver cuadro 2)

Con respecto al grado escolar se encontró una igualdad al 26% de mujeres que terminaron la primaria y cursaron una carrera técnica, el 35% curso la secundaria, el 4% concluyó una licenciatura, el 7% sabe leer y escribir y sólo el 2% son analfabetas. (ver cuadro 3)

Observando de igual manera que el 52% de la población se dedica al hogar, el 45% trabaja y el 3% se dedica a estudiar. (ver cuadro 4)

De acuerdo a la pregunta si saben en qué colonia pueden encontrar un consultorio de los servicios médicos, el 82% sabe donde localizar uno, y el 18% restante no lo sabe. (ver cuadro 5)

En cuanto a si saben que en éstos consultorios se les puede realizar el estudio citológico del Papanicolaou, el 75% de las encuestadas contesto que si sabe y el 25% no lo sabe. (ver cuadro 6)

Se puede mencionar que en cuanto al grado de conocimientos acerca de qué es el cáncer cervicouterino, el 40% respondió que es una enfermedad, el 7% dice que son células malignas desarrollándose en el cuello de la matriz, el 3% opina que son tumores vaginales, el 13% comenta que es cáncer en la matriz y el 37% no sabe qué es. (ver cuadro 7)

De igual manera se les preguntó si sabían para qué sirve realizarse la toma citológica exfoliativa cervico vaginal a lo cual el 94% respondió que si sabía y el 6% restante no sabe. (ver cuadro 8)

Por otra parte se les dio tres posibles respuestas para que eligieran la que ellas consideraran que era la correcta de para qué sirve realizarse el estudio citológico, a lo que el 72% eligió que es para saber si hay cambio de células que la lleven a un cáncer, el 13% para saber si tienen enfermedades de transmisión sexual, el 6% para saber si tienen VIH y el 9% no sabe para qué sirve realizárselo. (ver cuadro 8.1)

Así mismo se les preguntó cuándo consideraban que era necesario realizarse la prueba del Papanicolaou para lo cual se les dio 3 posibles respuestas, el 85% eligió que a los 25 años y después de iniciadas las relaciones sexuales, el 13% después del primer embarazo y el 2% después de los 45 años. (ver cuadro 9)

Respecto a si saben cuál es el procedimiento para realizar el Papanicolaou el 62% de la población encuestada contestó que si sabe y el 38% contestó que no lo sabe. (ver cuadro 10)

Cuando contestaron que si sabían el procedimiento que se hace durante el Papanicolaou, se les pidió que lo explicaran, el 28% de las mujeres explicó que es una muestra de la mucosa de la matriz, el 9% explicó que es una exploración vaginal, el 11% dijo que es la introducción del espejo en la vagina para raspar flujo, y el 52% no sabe. (ver cuadro 10.1)

También se les preguntó si consideran necesario realizarse la prueba del Papanicolaou, el 99% de las encuestadas contestó que si es necesario y sólo un 1% contestó que no es necesario. (ver cuadro 11)

Con respecto a por qué es necesario realizarse la citología cervicovaginal, el 28% dijo que era necesario hacérselo por salud, el 29% opinó que es necesario para prevenir el cáncer, el 13% que para saber si tienen alguna enfermedad y el 29% para detectar infecciones y cáncer, sólo un 1% contestó que no era necesario porque no tenía pareja sexual. (ver cuadro 11.1)

Acerca de si alguna vez se han realizado la prueba de Papanicolaou, el 81% de las encuestadas contestó que si ha acudido a realizárselo y el 19% que nunca se lo había hecho. (ver cuadro 12)

En cuanto al motivo que las llevo a realizarse el estudio citológico de Papanicolaou, el 20% de la población contestó que acudió para saber cómo estaba, el 20 % se lo realizó para prevenir el cáncer, el 36% contestó que se lo hizo por salud y el 5% porque en ese momento tenía infección vaginal. (ver cuadro 12.1)

De igual manera se les cuestionó acerca del por qué no han acudido a la toma del estudio citológico de Papanicolaou. Hubo 19 casos de mujeres encuestadas de las cuales el 5% explicó que no ha acudido porque piensa que no es necesario realizárselo, un 4% refiere que por descuido, el 3% explicó que le da pena descubrirse por esa razón no asiste, un 1% nos dice que por falta de tiempo y otro 6% mencionó otras causas como: desidia, miedo a que la lastimen, pudor, porque no cuenta con pareja, porque se realiza otro estudio (colposcopia). (ver cuadro 12.2)

Respecto al número de veces que las encuestadas han acudido a realizarse el estudio citológico exfoliativo cervico vaginal, el 4% de la población ha acudido a realizárselo más de nueve veces, el 1% se lo ha realizado ocho veces, el 27% entre cuatro y seis ocasiones, un 4% siete veces, el 18% se lo ha hecho tres veces, otro 27% refiere habérselo hecho entre una y dos veces y un 19% restante corresponde a mujeres que no se lo han realizado. (ver cuadro 13)

En relación a qué personal de salud le realizó la citología vaginal en su última toma, el 43% contestó que fue un médico quien se lo realizó, el 40% dijo que una enfermera, el 1% un estudiante de enfermería y un 16% no contestó. (ver cuadro 14)

En lo que se refiere a quién preferiría que le realizará el estudio citológico de Papanicolaou, el 44 % de la población respondió que prefiere que sea un médico, el 35% prefiere que lo realice la enfermera, el 4% contestó que no tiene preferencia por médico o enfermera siempre que se encuentren bien preparados para realizarlo y el 17% no contestó. (ver cuadro 15)

De acuerdo con los datos obtenidos respecto a por qué prefiere a cierta persona para que le realicen el estudio citológico de Papanicolaou, el 35% de las encuestadas refirió que prefiere que lo haga la enfermera porque le da más confianza, es más cuidadosa y porque prefiere que sea mujer quien lo realice, el 44% prefiere que sea el médico porque esta mejor preparado, el 4% opina que no importa si es médico o enfermera quien lo realice, siempre que este preparado para realizarlo y un 17% no contestó. (ver cuadro 15.1)

Respecto al lugar donde les realizan el Papanicolaou se les preguntó si les permite sentirse cómodas y con privacidad, el 84% de la población si se siente cómoda y sólo el 2% contestó que no se sintió cómoda. (ver cuadro 16)

De igual manera se les preguntó si a la hora del procedimiento del Papanicolaou les habían proporcionado algo para cubrirse, el 57% de las encuestadas refirió que se les proporcionó una bata, al 25% un trapo (campo), y al 3% no le proporcionaron nada. (ver cuadro 17)

En cuanto a la información que el personal de salud proporciona antes o durante el procedimiento de la toma citológica, un grupo de 75 mujeres encuestadas contestó que si le informaron acerca del procedimiento y 9 casos de encuestadas contestaron que no recibieron información. (ver cuadro 18)

Con respecto a qué personal de salud le informó sobre el procedimiento que se realiza para tomar la muestra citológica exfoliativa cérvico vaginal, el 49% contestó que la enfermera, 30% dijo que el médico, el 1% una auxiliar de enfermería y el 5% contestó que nadie le explicó el procedimiento. (ver cuadro 19)

Así mismo se les preguntó si la explicación que recibieron acerca del procedimiento citológico de Papanicolaou cubrió sus dudas, el 62% refiere que si quedó conforme, el 9% no y el 12% algunas veces. (ver cuadro 20)

En el último rubro en donde se cuestiona si se les informó en qué momento regresar por sus resultados de citología exfoliativa cervico vaginal, el 82% de la población encuestada contestó que si le informaron y sólo al 2% no le informaron que tenía que regresar por sus resultados. (ver cuadro 21)

VIII. Discusión de Resultados

En relación a los grupos de edad de las pacientes que acudieron a realizarse la toma de la citología exfoliativa cervico vaginal, se observó que la mayor frecuencia estuvo en el grupo de 26 a 37 años, esto está relacionado con el grado de madurez física y emocional de los pacientes lo cual crea una mayor conciencia en cuanto a la importancia del auto cuidado de a salud y la de su familia.

Respecto a los grupos de 14 a 19 años y 20 a 25 años, se puede deducir que no se observó una gran asistencia ya que en su mayoría las pacientes eran solteras y por los resultados arrojados no cuentan con información adecuada, por lo que no acuden a realizarse el estudio. Hay que resaltar la importancia de que ya es indicativo que se realicen el estudio, pues ya iniciaron una vida sexual aún cuando ésta sea esporádica, como en el caso de las más jóvenes. Asimismo, en el grupo de pacientes captadas de más de 38 años y hasta 64 años su asistencia es mínima, esto se puede deber a que se encuentran en la etapa del climaterio por lo que el estudio les resulta más molesto, debido a la atrofia urogenital; existen otras causas como el que les hayan realizado histerectomía lo cual les hace creer que ya no pueden padecer cáncer cervicouterino, pero si están expuestas a padecer cáncer en el muñón. El hecho de haber perdido o ya no tener pareja a esta edad, también les hace pensar que ya no es necesario realizarse el examen citológico.

Cuando se evaluó el estado civil de las mujeres encuestadas se observó que más de la mitad de las mujeres son casadas, y otro porcentaje parecido vive en unión libre, sumando estos dos grupos nos da un alto porcentaje de mujeres que tienen pareja lo que implica infecciones vaginales, infecciones de transmisión sexual, revisión y colocación de dispositivos, embarazos, etc. Por el contrario no se observa esto en mujeres solteras en las cuales las razones debidas a cuestiones sociales, una información inadecuada y el pensar que son demasiado jóvenes para padecer esta enfermedad, son obstáculos a vencer para aceptar plenamente la validez del estudio. En el caso de las pacientes divorciadas o viudas, por ideas equivocadas no se realizan el estudio, ya que al no contar con una pareja, no ven la necesidad de realizarse el estudio citológico o dejan de asistir a la toma del mismo.

Haciendo un análisis de los resultados obtenidos en cuanto al grado escolar, se observó que la mayoría de las mujeres solo cursaron el nivel secundaria, lo cual al relacionarlo con la pregunta que se hizo de qué es el cáncer cervicouterino, podría indicarnos una carencia de conocimientos acerca de esta patología, ya que en dicho cuadro también se observa casi el mismo porcentaje de mujeres que tienen una escasa idea de lo que es el cáncer cervicouterino, no así en el grupo de mujeres que obtuvieron una licenciatura, en las cuales se observaron respuestas más exactas en cuanto a esta patología, esto pudiera estar relacionado por el tipo de formación que cada una ha tenido y la relación social con personas de igual o mayor nivel académico.

En la población encuestada tenemos un bajo porcentaje de personas analfabetas quienes desconocen totalmente lo que es la enfermedad, esto pudiera estar relacionado no solo con el hecho de no haber obtenido alguna formación, sino también a la falta de promoción del estudio citológico, en lugares de bajos recursos.

Analizando la ocupación de las mujeres entrevistadas se observó que la mayoría se dedica al hogar, lo cual les resulta más fácil para acudir a realizarse el estudio, en mujeres que trabajan las limitantes en horario y distancia de sus centros de labor, no les permite acudir en la medida de lo que consideran deseable, aunado a esto podría implicar también un problema el que en algunos lugares únicamente se trabaja dicho estudio en un solo turno, aún así la asistencia para este grupo no es muy baja, en cuanto al pequeño grupo de mujeres que estudian, este pertenece a mujeres que tienen de 14 a 17 años que tuvieron un hijo y están siendo apoyadas para seguir estudiando.

En relación a la ubicación de los consultorios de medicina general, pertenecientes a los Servicios Médicos, estos se encuentran instalados en diferentes áreas de la Delegación La Magdalena Contreras, con el propósito de lograr una cobertura de la población que no es derechohabiente; con respecto a esto la mayoría de las encuestadas sabe en donde puede localizar uno, así mismo se observa que el 75% de la población sabe que en éstos lugares aparte de brindarle algún tipo de servicio médico asistencial, se le puede realizar el estudio citológico, cabe hacer mención que el servicio que se brinda, por parte de los servicios Médicos es para población abierta, por lo que también tenemos demanda de pacientes derechohabientes, que asisten al consultorio Santa Teresa porque refieren que la consulta es más rápida y mejor, en cuanto al estudio citológico también prefieren acudir a esta unidad porque ellas mencionan que reciben un mejor trato.

Analizando el grado de conocimientos con el que cuenta la población encuestada acerca de qué es el Cáncer Cervicouterino, se observa que una cantidad mínima es la que sabe lo que significa esta enfermedad, y la mayoría sólo tiene una leve idea de que pudiera ser una enfermedad, tumores vaginales o cáncer en la matriz. Lo cual nos muestra que la promoción a la salud que se realiza por parte del personal de salud no ha sido suficiente, hace falta realizar pláticas a la población generalizando lo que es la patología y al mismo tiempo llevar a cabo otro tipo de programas para que de esta manera acudan las pacientes a la toma de éste estudio citológico como parte del auto cuidado de las mismas.

Posterior a las respuestas de la utilidad de realizarse el estudio citológico o exfoliativo cervico vaginal, se hizo una evaluación para saber en que grado de información se encuentran en cuanto a la utilidad de realizarse este estudio, para esto se realizaron respuestas de opción múltiple, el mayor porcentaje de la población contestó adecuadamente eligiendo la respuesta que dice: "para saber si hay cambio de células que la puedan llevar a un cáncer", otras respuestas que se observaron son erróneas por lo que es necesario mencionar que en el formato de Citología Exfoliativa Cervico Vaginal existe un apartado el cual nos hace referencia de lo que se puede reportar es decir, si existen bacterias, tricomonas, virus del papiloma humano, displasias o cáncer in situ, pero por el tipo de estudio no se puede reportar si existe la evidencia de VIH o de enfermedades de transmisión sexual, aunque clínicamente éstas enfermedades las podemos observar en el momento en que se va a realizar el estudio. A este respecto es de suma importancia recalcar que el examen citológico exfoliativo cervico vaginal es única y exclusivamente para detectar si hay metástasis de las células endocervicales, es importante también hacer mención que dicho estudio no es confirmatorio para diagnosticar que exista cáncer, como la gente piensa.

Continuando con la evaluación de los conocimientos que tienen las encuestadas, en esta ocasión se les preguntó cuándo era considerable que ya se realizaran la toma cervico vaginal, a lo cual el mayor número de encuestadas eligió que a los 25 años y después de iniciadas las relaciones sexuales, esta respuesta se consideró correcta de acuerdo a la Norma Oficial mexicana NOM-014-SSA2-1994, para la prevención, Detección, tratamiento y control del Cáncer cervicouterino, en cuanto a esto las mujeres jóvenes que no se realizan el Papanicolaou no saben que también a edad temprana se puede padecer esta patología y que es mejor prevenirla llevando un control citológico.

Respecto a la toma de la citología Cervico vaginal es necesario y obligatorio que a la paciente se le indique el procedimiento que se le realizará durante el examen citológico, ya que de esta manera logramos que ella se sienta en confianza y emocionalmente preparada para esta prueba. En cuanto a esto se observa que aún cuando más de la mitad de la población afirma conocer el procedimiento se puede ver que en los resultados arrojados de la explicación que posteriormente se les pide, las mujeres no saben cómo explicar de qué se trata este procedimiento. Es importante resaltar como ya se mencionó anteriormente, es obligación del personal de salud ya sea médico o enfermería proporcionar las bases sobre las cuales una persona puede tomar una decisión ya sea para algún tratamiento o la realización de estudios que en el caso de la citología exfoliativa cervico vaginal se considera invasiva.

Con respecto al estudio citológico de Papanicolaou se le preguntó a la población si consideraba necesario realizarse dicho estudio, toda la población afirmó que era de suma importancia realizárselo porque todas desean tener buena salud. Respecto a esta respuesta se quiso conocer la opinión acerca de porque consideran necesario realizarse el estudio de la citología exfoliativa Cervico vaginal, hubo una igualdad en las respuestas que nos dieron; por ejemplo el 29% opinó que es necesario para prevenir el cáncer, el mismo porcentaje opino que para detectar infecciones y cáncer además de hacérselo por salud. Como se puede observar toda la población encuestada incluso las que no se han hecho el Papanicolaou tienen el interés por su salud, en lo que a esto respecta sólo hace falta tener labor de convencimiento y hacer labores de promoción entre la población femenina para que las pacientes acudan a la toma del estudio citológico

Cuando se encuestó a la población para saber si alguna vez se han realizado el estudio citológico de Papanicolaou, se observó que la mayoría si se lo ha realizado, solo un mínimo porcentaje nunca se lo ha hecho, más adelante se observó el motivo por el cual se lo realizaron, casi la mitad de las encuestadas refirió que se lo realizó para saber cómo estaba y para prevenir el cáncer cervicouterino. Cabe hacer mención que independientemente del malestar que haya en las mujeres, es necesario acudir a la toma de la citología exfoliativa cervicovaginal y llevar a cabo un control de éste. La otra parte de la población que se captó para el estudio fue en el momento en que acudió a la consulta y se le detectó algún problema como: infección vaginal o algún otro problema relacionado, en ese momento se le hizo una revisión vaginal, evaluando si era posible tomar en ese momento la muestra o de lo contrario darle tratamiento específico y programarle una cita para que posteriormente regresará a la toma del estudio.

Entre la población que nunca se ha realizado el estudio citológico de Papanicolaou, se observa que de este grupo la mayoría es soltera y es mujer joven, son estos motivos los que han hecho que no se haya creado una conciencia real de ésta enfermedad, siendo estos un obstáculo para asistir al estudio citológico.

En relación al número de ocasiones que han acudido a realizarse el estudio citológico, se puede observar que el número máximo de ocasiones en las que han asistido a realizarse el Papanicolaou es de nueve veces, pero sólo cuatro mujeres, de éstas se puede deducir que el riesgo de padecer cáncer es casi nulo, pero en el caso de las que se lo han realizado sólo una vez o ninguna, si se consideran en riesgo de padecer dicha enfermedad. Previo a la realización del estudio citológico es un requisito recabar información importante en cuanto a datos personales y antecedentes que nos permitirán junto con estos datos obtenidos, establecer un panorama epidemiológico de cada paciente en cuanto a factores de riesgo para la presencia de patología cervical con el fin de establecer pautas de seguimiento en cuanto al auto cuidado de esta población, además de identificar el motivo por el cual las personas que se lo hicieron una vez no regresaron a realizarse el estudio.

Con relación a que personal de salud le realizó la citología cervico vaginal en su última toma varían muy poco, en estos resultados se observa casi el mismo porcentaje entre el médico y la enfermera en cuanto al número de citologías realizadas. Esto está relacionado con el hecho de que el médico es directamente responsable de realizar las citologías y casi no se le brinda la oportunidad a enfermería de llevarlas a cabo. En los consultorios médicos de la Delegación Magdalena Contreras donde los servicios de primer nivel son atendidos por un médico y una enfermera exclusivamente, queda la responsabilidad en manos del médico de realizar el estudio citológico cervical, siendo tomado por la enfermera únicamente en aquellas situaciones en las cuales las pacientes solicitan que la enfermera lo lleve a cabo y en las ocasiones en las que el médico no se encuentra.

Derivado de los datos obtenidos respecto a la preferencia personal de quien le gustaría que le realizará el estudio citológico exfoliativo cervico vaginal, se observa que hay una preferencia por el médico, sin embargo es importante resaltar que su preferencia es en cuanto a conocimiento; aunque cabe hacer mención que el Lic. En enfermería también cuenta con los conocimientos necesarios para realizar dicho estudio, por otro lado es importante observar que la preferencia que tienen hacia la enfermera es porque ella les brinda confianza y realiza el estudio con más cuidado. Es importante evaluar la actuación del personal que tiene la responsabilidad de orientar y atender a cada una de las pacientes, desde el momento que llega una mujer solicitando atención, esperando ser objeto de un trato adecuado que le genere confianza y empatía lo cual hablaría de la capacidad del prestador de servicio para transmitir dicha seguridad basándose en el conocimiento, logrando con esto ofrecer un trato de calidad, dando cumplimiento a las nuevas estrategias de mejora de salud que actualmente se encuentran vigentes.

El espacio físico para la toma de la citología cervico vaginal es el área destinada para realizar el estudio citológico, por esto es importante que este espacio sea cómodo, limpio y privado, son importantes los aspectos de limpieza y privacidad por lo que las unidades institucionales y privadas deben cumplir con normas de higiene que garanticen a cada una de las pacientes que todo procedimiento cumple con las reglas de asepsia y antisepsia para la toma de cada estudio en particular. Así mismo para el caso de exploración física o procedimiento de gabinete, se debe contar con un área específica, donde la paciente pueda prepararse para el procedimiento y se pueda garantizar la privacidad e intimidad individual de cada persona; respecto a esto la mayoría de las mujeres consideran que el lugar les permitió sentirse cómodas y con privacidad, sólo dos encuestadas no se sintieron cómodas. En cuanto a la limpieza del lugar incluida en la misma pregunta lo consideraron limpio.

Es preciso brindar una calidad de atención durante la toma de la citología por lo cual es importante respetar la individualidad de la mujer protegiendo el área genital de la usuaria, con el objeto de aislarla de otras miradas. En este caso la mayoría de las encuestadas refiere que le proporcionaron ropa, siendo en el mayor de los casos una bata y un campo.

Respecto a la orientación que el personal de salud debería proporcionar a la usuaria en relación con el procedimiento de la toma citológica cervico vaginal, tres cuartas partes de las encuestadas contestó que si le informaron acerca del procedimiento. Dentro de la atención que se le brinda a todo paciente que acude a solicitar algún tipo de servicio médico-asistencial, es de vital importancia considerar el aspecto de la información

Es importante no solo el brindar información, sino también en gran medida hay que observar quién proporciona la misma, para así poder identificar y evaluar el grado de conocimiento que tiene el personal respecto al tema con el fin de garantizar una información clara, veraz y de calidad al momento que se solicita la misma. De acuerdo a esto se observó que la enfermera informó en más ocasiones que el médico.

En cuanto a la información proporcionada por el personal de salud se evaluó si esta la consideraron satisfactoria, a este respecto se observó que poco más de la población encuestada quedó satisfecha con la información proporcionada, lo que refleja que aún falta mejorar la comunicación con las pacientes, ya que este pudiera ser el motivo por el que dejan de asistir al estudio. Para mejorar esto hay que tomar como base sus expectativas personales no dependiendo únicamente del material como son folletos que en un momento se les pudiera otorgar a cada una de las pacientes ya que aunque de gran ayuda, generan dudas de acuerdo al grado socioeconómico de las pacientes y es ahí donde entra la capacidad de orientación de cada integrante de un equipo de salud, permitiendo una mejor interrelación con los pacientes al momento del estudio.

En lo que respecta a la entrega de resultados citológicos, a la mayor parte de la población encuestada se le informó cuándo regresar por sus resultados y sólo hubo dos casos a los que no se les dijo cuándo tenían que regresar por sus resultados. El que el tiempo se alargue en la entrega de resultados puede generar que las pacientes no regresen por sus resultados.

IX. CONCLUSIONES

Al concluir con el presente trabajo de investigación para identificar los factores que influyen en la asistencia para la realización del estudio citológico se obtuvieron las siguientes conclusiones:

En los consultorios de los Servicios Médicos delegacionales no existe una meta para llevar a cabo el programa prioritario de Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino, de los ocho consultorios periféricos de medicina general que pertenecen a los servicios médicos sólo cuatro de ellos realizan el estudio y los otros cuatro no los realizan, la causa por falta de espacio, material y un factor importante, el personal que lo realiza en algunos de ellos es de sexo masculino. Es necesario resaltar también el hecho de que el personal de salud necesita capacitación en cuanto a la toma de este estudio ya que en esta investigación se detectó que existe un número considerable de citologías inadecuadas.

Se observa que el conocimiento que la población tiene acerca de lo que es el cáncer cervicouterino es deficiente, en base al estudio se observó que la gente contesta que si sabe, pero en cuanto se les pide que lo expliquen, se dan cuenta que en realidad no saben de lo que se trata, ocurre lo mismo en cuanto a la utilidad que tiene el estudio citológico de Papanicolaou al realizárselo. Concluyendo se observa que la información proporcionada por el personal de salud hacia la población encuestada no ha sido suficiente ya que no cubre en su totalidad todos los aspectos del estudio citológico denotándose en cierta medida falta de capacitación de cada uno de los aspectos básicos que involucran el proceso de atención en materia de detecciones y al mismo tiempo no permite crear una conciencia real de la problemática que implica el cáncer cervicouterino.

En las mujeres que se han realizado el estudio citológico más de nueve ocasiones se puede decir que el riesgo de padecer cáncer cervicouterino es casi nulo. En lo que respecta a las mujeres que nunca se lo han realizado, el factor de riesgo de llegar a padecerlo es alto, es importante enfocarnos más hacia este grupo de personas para concientizarlas del problema que implica el cáncer cervicouterino. Así mismo es importante analizar el hecho de que si el espacio físico y la atención brindada son adecuados para llevar a cabo el estudio, porqué tenemos una pequeña población en riesgo que son las que se han hecho el estudio sólo una vez.

Se observa poca participación por parte del personal médico en cuanto a la orientación que se le debe proporcionar a la paciente respecto al procedimiento de la toma citológica exfoliativa cervico vaginal. Así mismo hace falta mejorar la comunicación con los pacientes para lograr cubrir sus expectativas personales, en conclusión necesitan mejorar la calidad de atención hacia las mujeres que solicitan un examen citológico.

X. SUGERENCIAS

Incorporar al programa de detección a todas aquellas mujeres que nunca se han realizado la citología cervical.

Proporcionar información que sea accesible en todo momento a la población, ya sea a través de material escrito o bien mediante la realización de pláticas y sesiones dentro de la unidad.

Es necesario que la institución se concientice y actúe con responsabilidad hacia lo importante que es que su personal realice de manera correcta la técnica de la toma de Papanicolaou, para lograr esto debe iniciar Programas de Educación Continua en relación a todos los procedimientos que se realizan en los servicios de Detección Oportuna de Cáncer y hacer conciente al personal de salud de la importancia y gravedad que implica los errores que se cometen al momento de la toma de la muestra. Si se requiere abatir la mortalidad por cáncer de cervix, debe mejorarse la toma de las muestras citológicas y contar con laboratorios de citología de calidad.

Incrementar la difusión y promoción de los programas de detección de cáncer cervicouterino entre toda la población que asiste a la unidad médica independientemente del motivo de consulta o asistencia.

Por la importancia que esto representa se deberá capacitar a todo el personal de salud en materia de calidad en la atención y relaciones humanas.

Difundir entre todo el personal, de salud las normas existentes en materia de detección de cáncer cervicouterino haciendo obligatorio su conocimiento y cumplimiento.

En la medida de lo posible, favorecer el que sea personal de enfermería capacitado, el que lleve a cabo la toma del estudio citológico.

Establecer programas de supervisión periódica del procedimiento del personal responsable de la toma citológica.

XI. BIBLIOGRAFÍA

- ALATORRE Wynter Edda, Desarrollo Histórico de la Enfermería en México, tesis
- BAENA Guillermina, Instrumentos de Investigación, 13ª ed.1986, Editores Mexicanos Unidos
- BONILLA-Ausoles F., El Cuello Uterino y sus Enfermedades, 1ª ed. editorial JIMS Barcelona, 1978.
- BOTERO Jaime, et al, Obstetricia y Ginecología, 6ª ed. 2000
- CALATRONI Carlos, Terapéutica Ginecológica, 2ª ed, 1986, editorial Panamericana
- DIAGNOSTICO Situacional, Jurisdicción Magdalena Contreras, 1999-2000
- ESCANDON, R.C., Epidemiología del Cáncer Cervical en el IMSS, salud pública, México 1992
- GARCIA Sosa Araceli, et al, Enfermería Comunitaria, Bases Teóricas, 1ª ed., ediciones D.A.E., Enero 2001
- HALABE Serme José, et, al, El Internista, 1ª ed.,Mac Graw -Hill, Interamericana, 1997
- HELLER Debra S., *Papanicolaou como método de identificación de condiciones inflamatorias*, Mundo Médico, vol. 26 núm. 302, junio 1999, pp 29-36
- JACOB, Alfredo, El cáncer preinvasor del cuello uterino: su diagnóstico precoz, histología y tratamiento, Buenos Aires: ed. Bibliográfica argentina, 1958
- NOVAK, Edmundo R. et al, Tratado de Ginecología, 7ª ed., Interamericana, 1991

- NORMA Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, para la Prevención, Detección, Tratamiento y Control del Cáncer cervicouterino.
- Diccionario de Medicina, MOSBY, 4TA edición en español, editorial OCEANO
- Müggenburg R.V., Cristina, Aldana Araceli, Quesada Catalina, Casas Patricia, *Cuadernos de apoyo a la investigación*, ENEO-UNAM, 1989
- PROGRAMA Nacional de Salud 2001-2006, Presidencia de la República, México, D.F. 2001
- RUIZ Moreno José A., et al, Cáncer Cervicouterino. Diagnóstico, Prevención y Control, Médica Panamericana, S.A. de C.V. ed. Julio de 2000.
- SAN MARTIN F., Pastor Vicente, *Salud Comunitaria, Teoría y Práctica*, editorial Díaz de Santos, S.A. Madrid-España, 1984
- SERMAN Felipe, Cáncer Cervicouterino, Rev. Chilena de Obstetricia y Ginecología, Santiago 2002 V. 67 No. 4
- SYDNEY L. Kark, et al, Atención Primaria Orientada a la Comunidad, ediciones Doyma, S. A. 1994
- SHIRLEY E. Otto, et al, Enfermería Oncológica, 3ª ed., Mosby, 1999
- SPIEGEL Murray R., Estadística, McGraw -Hill/Interamericana de México, S. A. de C.V.1998
- SSA, Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Control, y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Cervicouterino.
- <http://www.imss.gob.mx/Historia Natural del Cáncer Cervicouterino>

- <http://www.codamedver.gob.mx/NOM-014-SSA-19944.htm>
- <http://www.search.yahoo.com/search.colposcopia>
- Normas e Instrucciones para la obtención de materia cervicouterina, OPS/OMS, publicación científica No. 368, 1978
- “La toma de posición de Enfermería como una respuesta a la problemática de atención de salud en América Latina”, OPS, OMS, Washington 1978, Informe de un grupo de expertos de ciencias de la salud reunidos en Washington, D. C. del 10 al 21 de junio de 1978. publicación científica.

XII. ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA
Y OBSTETRICIA.



El objetivo de la aplicación de esta encuesta es con el fin de identificar los factores que influyen en la asistencia al programa Detección Oportuna de Cáncer (DOC) que se lleva a cabo en el consultorio médico Santa Teresa.

1. ¿Qué edad tiene? _____
2. ¿cuál es su estado civil ?
Casada ? Unión Libre ? soltera ? divorciada ?
3. ¿Qué escolaridad tiene ?
primaria completa ? secundaria completa ? carrera técnica completa ?
licenciatura completa ? sabe leer y escribir ? analfabeta ?
4. Actualmente a qué se dedica?
Al hogar ? trabajo ? estudio ? ninguno ?
5. ¿Sabe en qué colonia puede encontrar un consultorio de la Delegación y los servicios que prestan? Si ? no ?
6. ¿Sabe que en alguno de ellos le pueden realizar el Papanicolaou?
Si ? no ?
7. ¿Qué entiende por Cáncer Cervicouterino?

-
8. ¿Sabe usted para qué sirve el Papanicolaou?
Si no ?
Para saber si tengo VIH ? p/saber si tengo enfermedades de transmisión sexual ?
Para saber si hay cambio de células que me puedan llevar a un cáncer ?
 9. ¿Cuándo considera que es necesario realizarse el Papanicolaou?
A los 25 años y después de iniciadas las relaciones sexuales ? después
del primer embarazo ? después de los 45 años ?
 10. ¿Sabe usted en qué consiste la prueba del Papanicolaou?
Si ?
Explique :

No ?

11. ¿Considera que es necesario realizarse la prueba del Papanicolaou?

Si ?

Por qué? _____

no ?

Por qué? _____

12. ¿Alguna vez se lo ha realizado?

Si ?

Por qué? _____

No ?

Por qué? _____

13. ¿Cuántas veces se ha realizado la prueba del Papanicolaou? _____

14. ¿Quién le toma la citología cérvico vaginal en su última toma?

Enfermera ? Médico ? estudiante de enfermería ?

Auxiliar de enfermería ?

15. ¿Quién preferiría que le tomará la citología vaginal?

Enfermera ? Médico ? estudiante de enfermería ?

Auxiliar de enfermería ?

Por qué? _____

16. ¿El lugar donde le realizan el Papanicolaou es limpio, le permite sentirse cómoda y le da privacidad? Si ? no ?

17. Cuando le realizan el Papanicolaou le proporcionan para cubrirse:

una bata ? un trapo ? un papel ? nada ?

18. ¿Le proporcionan información sobre el procedimiento del papanicolaou?

Si ? no ?

19. ¿Quién le proporciona la información?

Enfermera ? Médico ? estudiante de enfermería ?

Auxiliar de enfermería ?

20. ¿La información que le proporcionan la deja satisfecho?

Si ? no ? ~~DDXQDVYHFV~~ ?

21. ¿Le informan cuándo debe regresar por su resultado de papanicolaou?

Si ? no ?

Anote algunas sugerencias que le gustaría se llevaran a cabo durante la prueba del Papanicolaou

Gracias, por su participación.

CUADRO N° 1

Edad de las mujeres encuestadas en el área de influencia del consultorio médico Santa Teresa.

Magdalena Contreras junio -agosto 2004

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
14 a 19	9	9.0
20 a 25	7	7.0
26 a 31	27	27.0
32 a 37	21	21.0
Mayores de 38	36	36.0
Total	100	100.0

Fuente. Encuesta realizada por pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia de la ENEO-UNAM, en el consultorio Médico Santa Teresa de los Servicios Médicos en la Delegación Política Magdalena Contreras.

CUADRO N° 2

Estado civil de las mujeres encuestadas en el área de influencia del consultorio médico Santa Teresa.

Magdalena Contreras junio-agosto 2004

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Casada	59	59.0
Unión libre	21	21.0
Soltera	14	14.0
Divorciada	6	6.0
Total	100	100.0

Fuente. Idem

CUADRO N° 3

Nivel de escolaridad de las mujeres encuestadas en el área de influencia del consultorio médico Santa Teresa.

Magdalena Contreras junio -agosto 2004

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Primaria	26	26.0
Secundaria	35	35.0
Carrera Técnica	26	26.0
Licenciatura	4	4.0
Sabe leer y escribir	7	7.0
Analfabeta	2	2.0
Total	100	100.0

Fuente. Idem

CUADRO N° 4

Ocupación de las mujeres encuestadas en el área de influencia del consultorio médico Santa Teresa.

Magdalena Contreras junio -agosto 2004

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Hogar	52	52.0
Trabajo	45	45.0
Estudiante	3	3.0
Total	100	100.0

Fuente. Idem

CUADRO N° 5

Mujeres encuestadas en el área de influencia del consultorio médico Santa Teresa, que saben en qué colonia encontrar un Consultorio de los Servicios Médicos.

Magdalena Contreras junio-agosto 2004

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Si	82	82.0
No	18	18.0
Total	100	100.0

Fuente. Idem

CUADRO N° 6

Mujeres encuestadas en el área de influencia del consultorio médico Santa Teresa, que saben que en éstos consultorio se lleva a cabo el D.O.C. (Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino).

Magdalena Contreras junio-agosto 2004

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Si	75	75.0
No	25	25.0
Total	100	100.0

Fuente. Idem

CUADRO N° 7

Conocimiento de qué es el cáncer cervicouterino? En las mujeres encuestadas en el área de influencia del consultorio médico Santa Teresa.

Magdalena Contreras junio-agosto 2004

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Es una enfermedad	40	40.0
Células malignas desarrollándose en el cuello de la matriz	7	7.0
Tumores vaginales	3	3.0
Cáncer en la matriz	13	13.0
No sabe	37	37.0
Total	100	100.0

Fuente. Idem

CUADRO N° 8

Mujeres encuestadas en el área de influencia del consultorio médico Santa Teresa, que saben para qué sirve realizarse la toma de la citología exfoliativa cervico vaginal.

Magdalena Contreras junio -agosto 2004

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Si	94	94.0
No	6	6.0
Total	100	100.0

Fuente. Idem

CUADRO N° 8.1

Mujeres encuestadas en el área de influencia del consultorio médico Santa Teresa, de la respuesta respecto a la utilidad del estudio citológico de Papanicolaou.

Magdalena Contreras junio -agosto 2004

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Para saber si tengo VIH	6	6.0
Para saber si tengo enfermedades de transmisión sexual	13	13.0
Para saber si hay cambio de células que me lleven a cáncer	72	72.0
No sabe	9	9.0
Total	100	100.0

Fuente. Idem

CUADRO N° 9

Cuándo consideran que es necesario realizarse el Papanicolaou las mujeres encuestadas en el área de influencia del consultorio médico Santa Teresa.

Magdalena Contreras junio-agosto 2004

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
A los 25 años y después de iniciadas las relaciones sexuales	85	85.0
Después del primer embarazo	13	13.0
Después de los 45 años	2	2.0
Total	100	100.0

Fuente. Idem

CUADRO N° 10

Mujeres encuestadas en el área de influencia del consultorio médico Santa Teresa, que saben cuál es el procedimiento para realizar el Papanicolaou.

Magdalena Contreras junio-agosto 2004

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Si	62	62.0
No	38	38.0
Total	100	100.0

Fuente. Idem

CUADRO N° 10.1

Mujeres encuestadas en el área de influencia del consultorio médico Santa Teresa, que explican el procedimiento para realizar el Papanicolaou.

Magdalena Contreras junio-agosto 2004

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Una muestra de la mucosa de la matriz	28	28.0
Es una exploración vaginal	9	9.0
Introducción del espejo en la Vagina p/raspar flujo	11	11.0
No sabe	52	52.0
Total	100	100.0

Fuente. Idem

CUADRO N° 11

Mujeres encuestadas en el área de influencia del consultorio médico Santa Teresa, que consideran que es necesario realizarse el Papanicolaou.

Magdalena Contreras junio -agosto 2004

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Si	99	99.0
no	1	1.0
Total	100	100.0

Fuente. Idem

CUADRO N° 11.1

Mujeres encuestadas en el área de influencia del consultorio médico Santa Teresa, que explican por qué es necesario realizarse el estudio citológico de Papanicolaou.

Magdalena Contreras junio -agosto 2004

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Por salud	28	29.0
Para prevenir el cáncer	29	29.0
Para saber si hay alguna enfermedad	13	13.0
Para detectar infecciones y cáncer	29	29.0
No lo considera necesario	1	1.0
Total	100	100.0

Fuente. Idem

CUADRO N° 12

Mujeres encuestadas en el área de influencia del consultorio médico Santa Teresa, que se han realizado la citología vaginal.

Magdalena Contreras junio-agosto 2004

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Si	81	81.0
No	19	19.0
Total	100	100.0

Fuente. Idem

CUADRO N° 12.1

Mujeres encuestadas en el área de influencia del consultorio médico que dieron una respuesta al por qué si se han realizado el Papanicolaou.

Magdalena Contreras junio-agosto 2004

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Para saber cómo esta	20	25.0
Por salud	36	44.0
Para prevenir el cáncer	20	25.0
Por tener infecciones	5	6.0
Total	81	100.0

Fuente. Idem

CUADRO N° 12.2

Mujeres encuestadas en el área de influencia del consultorio médico Santa Teresa, que dieron una respuesta al por qué no se han realizado el Papanicolaou.

Magdalena Contreras junio-agosto 2004

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Por pena	3	16.0
Por falta de tiempo	1	5.0
Porque piensa que no es necesario	5	26.0
Por descuido	4	21.0
Por otra causa	6	32.0
T o t a l	19	100.0

Fuente. Idem

ESTA TESIS NO SALI
DE LA BIBLIOTECA

CUADRO N° 13

Número de veces que se han realizado el Papanicolaou las mujeres encuestadas en el área de influencia del consultorio médico Santa Teresa.

Magdalena Contreras junio -agosto 2004

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Una vez	11	11.0
Dos veces	16	16.0
Tres veces	18	18.0
Cuatro veces	9	9.0
Cinco veces	9	9.0
Seis veces	9	9.0
siete veces	4	4.0
Ocho veces	1	1.0
Más de nueve veces	4	4.0
Ninguna	19	18.0
Total	100	100.0

Fuente. Idem

CUADRO N° 14

Personal de salud que realizó la toma de citología vaginal, la última vez, a mujeres encuestadas en el área de influencia del consultorio médico Santa Teresa.

Magdalena Contreras junio-agosto 2004

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Enfermera	40	40.0
Médico	43	43.0
Estudiante de enfermería	1	1.0
No contesto	16	16.0
Total	100	100.0

Fuente. Idem

CUADRO N° 15

Quién preferiría que le realizara el Papanicolaou?

Mujeres encuestadas en el área de influencia del consultorio médico Santa Teresa.

Magdalena Contreras junio-agosto 2004

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Enfermera	35	35.0
Médico	44	44.0
Enfermera y ó Médico	4	4.0
No contesto	17	17.0
Total	100	100.0

Fuente. Idem

CUADRO N° 15.1

Mujeres encuestadas en el área de influencia del consultorio médico Santa Teresa, que explican por qué prefieren que sea Enfermera o Médico quien le tome la citología vaginal.

Magdalena Contreras junio-agosto 2004

		<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Enfermera	Por más confianza	23	
	Prefiere que sea mujer la que lo realice	6	35%
	Es mas cuidadosa	6	
	Sub total	35	
Medico	Hacen mejor trabajo	44	44%
Ambos	No importa quien lo haga, siempre que este capacitada p/ello	4	4%
No contesto	No contestó	17	17%
Total		100	100%

Fuente. Idem

CUADRO N° 16

Mujeres encuestadas en el área de influencia del consultorio médico Santa Teresa, que se sintieron cómodas y con privacidad en el espacio físico para la toma citológica de Papanicolaou.

Magdalena Contreras junio-agosto 2004

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Si	84	84.0
No	2	2.0
No contestó	14	14.0
Total	100	100.0

Fuente. Idem

CUADRO N° 17

Mujeres encuestadas en el área de influencia del consultorio médico Santa teresa, a las cuales les proporcionaron con que cubrirse.

Magdalena Contreras junio-agosto 2004

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Una bata	57	57.0
Un trapo	25	25.0
Nada	3	3.0
No contesto	15	15.0
Total	100	100.0

Fuente. Idem

CUADRO N° 18

Mujeres encuestadas en el área de influencia del consultorio médico Santa Teresa, a las cuales se les proporcionó información acerca del procedimiento del Papanicolaou.

Magdalena Contreras junio-agosto 2004

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Si	75	75.0
No	9	9.0
No contesto	16	16.0
Total	100	100.0

Fuente. Idem

CUADRO N° 19

Personal de salud que informó acerca del procedimiento del Papanicol aou a las mujeres encuestadas en el área de influencia del consultorio médico Santa Teresa.

Magdalena Contreras junio-agosto 2004

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Enfermera	49	49.0
Medico	30	30.0
Auxiliar de enfermería	1	1.0
Ninguno	5	5.0
No contestó	15	15.0
Total	100	100.0

Fuente. Idem

CUADRO N° 20

Mujeres encuestadas en el área de influencia a las cuales se les cubrió sus expectativas en cuanto al procedimiento del estudio citológico Papanicolaou.

Magdalena Contreras junio-agosto 2004

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Si	62	62.0
No	9	9.0
Algunas veces	12	12.0
No contestó	17	17.0
Total	100	100.0

Fuente. Idem

CUADRO N° 21

Mujeres encuestadas en el área de influencia del consultorio médico Santa Teresa, a las cuales se les informó cuándo regresar por sus resultados de citología cervico vaginal.

Magdalena Contreras junio-agosto 2004

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Si	82	82.0
No	2	2.0
No contestó	16	16.0
Total	100	100.0

Fuente. Idem

**FIGURA 1. TOMA DE CITOLOGÍA
CERVICOVAGINAL**

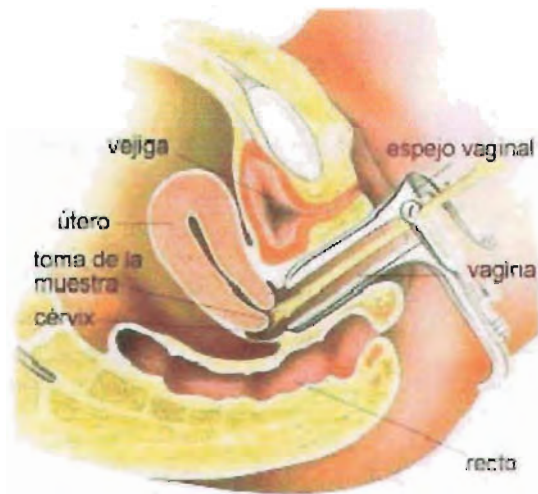


FIG. 2 COLPOSCOPIA

La colposcopia es el estudio del cuello uterino y se realiza colocando un espéculo en la vagina como lo muestra la figura dejando expuesto el cuello uterino para ser observado directamente o con un equipo con luz y aumento. Observá la proximidad del fondo de saco de douglas y la facilidad con que puede ser punzado para realizar biópsias en caso de ser necesarios.

- 1-vejiga
- 2-útero
- 3- fondo de saco de douglas
- 4- cuello uterino
- 5- recto

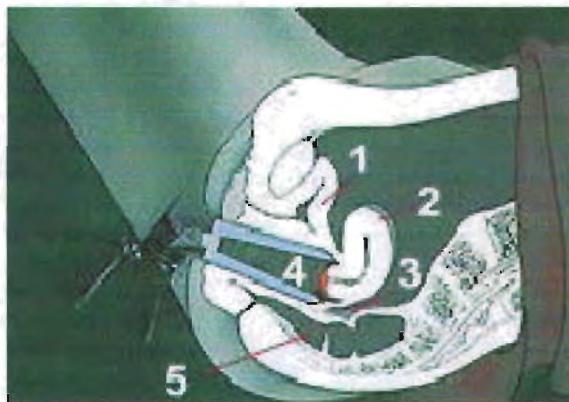
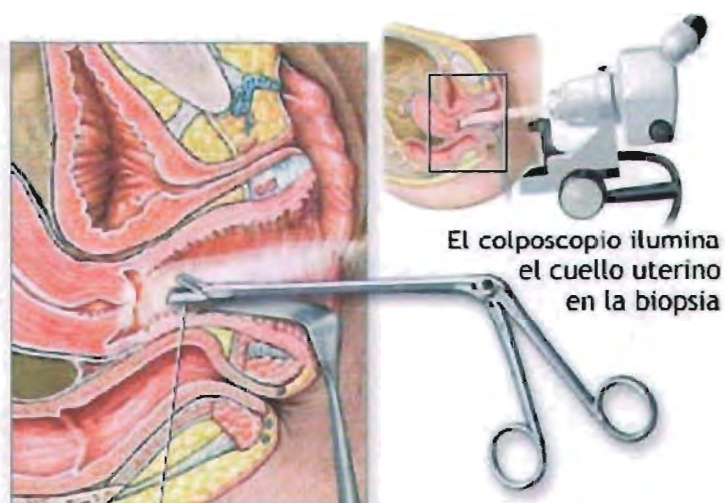


FIGURA 3. BIOP SIA

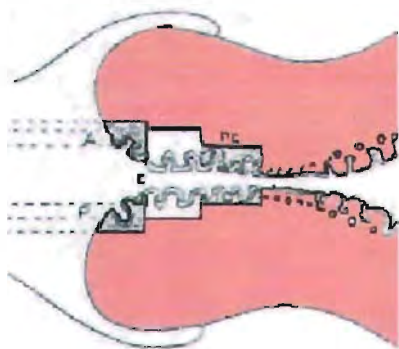
Los fórceps de biopsia se utilizan para tomar una muestra del cuello uterino

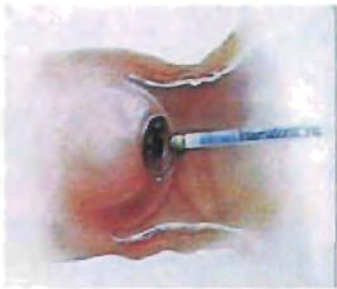
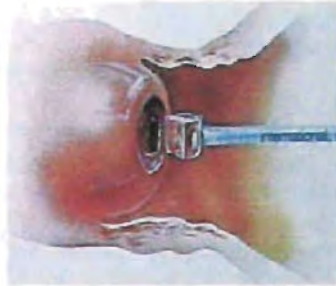
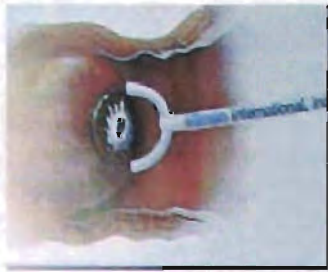
ADAM.

FIGURA 4. CONIZACION

Una conización adecuada implica:

1. resecar totalmente la zona de transformación
2. resecar al menos el 50% del canal endocervical
3. no afectar el esfínter interno del canal endocervical
4. curetaje del canal endocervical remanente





Conización con asa diatérmica.

Se emplea dos asas:

- 1- LLETZ. Excisión con asa larga de la zona de transformación (con asa en "U").
- 2- Asa cuadrada para excindir el canal endocervical.