

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA

T É S I S

**" ESTUDIO DE FACTORES DE RIESGO DEL CANCER
CERVICOUTERINO EN**

USUARIAS MAYORES DE 45 AÑOS DEL HOSPITAL RURAL IMSS

SOLIDARIDAD DE OCOZOCOAUTLA CHIAPAS "

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.

P R E S E N T A:

Ruíz Jiménez Esperanza Alicia.

A S E S O R:

Mtro. Julio Hernández Falcón.

NOVIEMBRE DE 2006

DEDICATORIA



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A DIOS

Por darme la vida, haciendo posible lograr mis metas,
porque me ilumina y esta siempre conmigo para seguir
adelante.

A MIS PADRES.

Por su apoyo y comprensión, sobre todo a mi madre, por
demostrarme en cada momento su ayuda, preemitiéndome
superar cada día jamás en el aspecto profesional.

A MI HIJA HIJA IBSETH LARISSA

Por ser, mi primera razón en mi superación,
su cariño tan inmenso y su valor por
comprenderme.

DEDICATORIA

A DIOS

Por darme la vida, haciendo posible lograr mis metas,
porque me ilumina y esta siempre conmigo para seguir
adelante.

A MIS PADRES.

Por su apoyo y comprensión, sobre todo a mi madre, por
demostrarme en cada momento su ayuda, preemitiéndome
superar cada día jamás en el aspecto profesional.

A MI HIJA HIJA IBSETH LARISSA

Por ser, mi primera razón en mi superación,
su cariño tan inmenso y su valor por
comprenderme.

I N D I C E

RESUMEN.....	1
I INTRODUCCIÓN.....	2
II MARCO TEORICO.....	3
2.1 GENERALIADES DEL CANCER CERVICOUTERINO.....	3
2.1.1 FRECUENCIA.....	5
2.1.2 PATOGENIA.....	5
2.1.3 MORFOLOGIA.....	6
2.1.4 CARCINOMA IN SITU DEL CERVIX.....	7
2.1.5 CARCINOMA EPIDERMOIDE INVASOR DEL CERVIX.....	7
2.1.6 CLASIFICACIÓN.....	8
2.1.7 ESTADIOS O ETAPAS DEL CANCER CERVICOUTERINO.....	9
2.1.8 EVOLUCIÓN CLINICA.....	10
2.2. PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO EN EL CANCER CERVICOUTERINO.....	11
2.2.1 LA EDAD TEMPRANA DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES.....	11
2.2.2 INFECCIONES CERVICOVAGINALES.....	11
2.2.3 MULTIPLES PAREJAS SEXUALES.....	12
2.2.4 MULTIPARIDAD.....	12
2.2.5 TABAQUISNO.....	13
2.2.6 NUNCA HABERSE PRÁCTICADO UNA CITOLOGÍA CERVICAL.....	13
2.2.7 DEFICIENCIA DE FOLATOS Y VITAMINA A, C Y E.....	14
2.2.8 USO DE ANTICONCEPTIVOS POR MÁS DE 5 AÑOS.....	15
2.2.9 ANTECEDENTES FAMILIARES.....	16
2.2.10 BAJO NIVEL SOCIOECONOMICO Y CULTURAL.....	16
2.3 PARTICIPACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD EN LA DETECCIÓN OPORTUNA DEL CANCER CERVICOUTERINO.....	17
2.3.1 MEDICO.....	17
2.3.2 ENFERMERA.....	17
2.3.3 EPIDEMIOLOGO.....	18
2.3.4 PATOLOGO.....	18
2.4. CONDUCTA A SEGUIR DE ACUERDO A RESULTADO DE LA CITOLOGÍA CERVICAL.....	19
2.4.1 MUESTRAS INADECUADAS PARA EL DIAGNOSTICO.....	19
2.4.2 NEGATIVO A CANCER.....	19
2.4.3 NEGATIVO CON PROCESO INFLAMATORIO.....	19
2.4.4 CITOLOGIA CERVICAL ANORMAL.....	20
2.4.5 PRONOSTICO.....	21

III	MATERIAL Y MÉTODOS.....	22
	3.1 JUSTIFICACIÓN.....	22
	3.2 OBJETIVOS.....	23
	3.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	24
	3.4 HIPOTESIS.....	24
	3.5 VARIABLE DE ESTUDIO.....	25
	3.6 TIPO DE ESTUDIO.....	29
	3.7 UNIVERSO DE ESTUDIO.....	29
	3.8 UNIDADES DE OBSERVACIÓN.....	29
	3.9 CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN.....	29
	3.10 UNIVERSO MUESTRA.....	30
	3.11 INSTRUMENTOS.....	30
	3.12 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS.....	30
	3.13 PROCESAMIENTO ESTADISTICO.....	31
IV	RESULTADO.....	31
	4.1 RESULTADOS GENERALES.....	31
	4.2 DATOS ESPECIFICOS.....	32
	4.3 DISCUSIÓN Y ANALISIS.....	48
	4.4 PROPUESTAS.....	50
	4.5 CONCLUSIONES.....	51

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS.

GLOSARIO

INDICE DE CUADROS

CUADRO No. 1	EDAD SUJETO DE ESTUDIO.....	34
CUADRO No. 2	OCUPACIÓN SUJETO DE ESTUDIO.....	35
CUADRO No. 3	ESCOLARIDAD SUJETO DE ESTUDIO.....	36
CUADRO No. 4	ESTADO CIVIL SUJETO DE ESTUDIO.....	37
CUADRO No. 5	EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL EN SUJETO ESTUDIO.....	38
CUADRO No. 6	NUMERO DE PAREJAS SEXUALES EN SUJETO ESTUDIO.....	39
CUADRO No. 7	NÚMERO DE EMBARAZOS EN SUJETO ESTUDIO.....	40
CUADRO No. 8	QUIENES SE HAN REALIZADO CITOLOGIA SUJETO ESTUDIO.....	41
CUADRO No. 9	MÉTÓDO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE UTILIZAN SUJETO ESTUDIO.....	42

CUADRO No. 10	QUIENES HAN PRESENTADO INFECCIONES CERVICOVAGINALES SUJETO ESTUDIO.....	43
CUADRO No. 11	COSTUMBRE DE FUMAR EN SUJETO ESTUDIO.....	44
CUADRO No. 12	ALIMENTOS QUE CONSUME CON MÁS FRECUENCIA. SUJETO ESTUDIO.....	45
CUADRO No. 13	CUENTAN CON VIVIENDA PROPIA. SUJETO ESTUDIO.....	46
CUADRO No. 14	EXISTENCIA DE FAMILIARES CON PROBLEMAS DE CACU EN SUJETO ESTUDIO.....	47

RESUMEN

Durante el ciclo escolar 2001-2002 se realizó una investigación en el hospital rural IMSS solidaridad de ocozocoautla, con la finalidad de identificar factores de riesgo con mayor predominio para el cáncer cervicouterino en mujeres mayores de 45 años que acuden a consulta a dicha unidad.

Para el estudio se eligió un modelo descriptivo, prospectivo, transversal, y por encuestas realizadas en la unidad a usuarias mayores de 45 años, sin otros padecimientos agregados.

En el siguiente estudio no se consideraron mujeres menores de 45 años, ni aquellas con alguna enfermedad degenerativa y se eliminaron aquellas personas que se negaron a participar en la realización de la encuesta.

Para la recolección de información se diseñó una encuesta con un total de 14 reactivos de los cuales corresponden a identificación personal y factores de riesgo relacionado con el cáncer cervicouterino.

En total se entrevistaron 200 mujeres y los resultados encontrados muestran un riesgo considerable ya que coexisten analfabetismo, nivel socioeconómico precario, multiparidad, inicio de vida sexual temprana, uso de hormonas orales e inyectables y antecedentes familiares de cáncer en casi la mitad de las mujeres estudiadas.

Se propone profundizar en el conocimiento de los factores relacionados con la resistencia a la detección temprana del CACU, por citología vaginal y promover el empoderamiento necesario para reducir y atender los riesgos que desencadenan el cáncer cervicouterino.

I.- INTRODUCCION

El cáncer cervicouterino constituye la primera causa de mortalidad por neoplasia maligna en la población de mujeres de 45 años o más.

A partir de 1997 las acciones de prevención y control del cáncer cervicoterino se han reorientado, con este propósito se instaló el comité nacional para la prevención y control de los CACU y mamario.

Los riesgos pueden ser prevenidos detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los que destaca la toma de citología vaginal.

Las acciones propuestas tienden a favorecer a las mujeres mayores de 45 años y de esta manera prevenir la aparición de complicaciones en los problemas del CACU.

Actualmente los casos de neoplasia se han incrementado de manera rápida, debido surgimiento de nuevos padecimientos y a la falta de identificación de factores de riesgo, por lo que se considera necesaria la atención para disminuir los problemas de cáncer cervicouterino.¹

El presente estudio esta integrado por cuatro capítulos, introducción, marco teórico, material, métodos y resultados.

¹ De la Fuente Ramón, Tapia Conyer. La medición en la salud a través de indicadores. México.Ed. Siglo XXI. 2001.

II MARCO TEÓRICO

2.1 GENERALIDADES DEL CANCER CERVICOUTERINO.

Los aspectos característicos que definen al cáncer son dos, el crecimiento celular no regulado por señales externas (es decir, autónomo) y la capacidad de invadir tejidos, metatizar, y colonizar lugares a distancia. El primero de estos aspectos es el crecimiento incontrolado de células anormales, propiedad de todas las neoplasias o nuevos tumores.

Una neoplasia puede ser benigna o maligna. Si existe invasión, es maligna. Los canceres de tejido epiteliales se denominan carcinomas y de los tejidos no epiteliales (mesenquimatosas), sarcomas.

El cáncer es una enfermedad genética, pero el nivel de su expresión en una única célula, no suele ser suficiente con una lesión, para provocar la transformación neoplásica de una célula. El fenotipo maligno sólo se obtiene después de varias mutaciones (de 5 a 10 años). Cada alteración genética puede provocar cambios genotípicos representados en los tejidos epiteliales, por la progresión desde hiperplasia, pasando sucesivamente por adenoma, displasia y carcinoma *in situ* hasta carcinoma invasor.¹

El cáncer es más frecuente en los tejidos con recambio rápido (piel, médula ósea e intestino) sobre todo en los expuestos a carcinogenesis ambientales y aquellos tejidos cuya proliferación está regulada por hormonas. Se originan principalmente alteraciones en el ADN, provocan una proliferación celular desenfrenada. La mayoría de estas alteraciones implican cambios en la secuencia real del ADN (es decir mutación).

¹ Dr. Cabral Soto Javier. Modelo de Atención Integral de la Salud Ginecológica. Coordinador General del programa. IMSS-SOLIDARIDAD.

Éstas pueden originarse como consecuencia de errores aleatorios, de repetición, exposición a carcinógenos. (p. Ej. Radiación) o defectos en los procesos de reparación.

En 1994 Boveri supuso que las células se vuelven malignas a causa de la sobre activación de un gen, que favorece la división de la célula, o a causa de la pérdida de función de un gen, que normalmente frena el crecimiento. Esta hipótesis es correcta en su mayor parte, aunque también tienen que ver los defectos en los genes que reparan el ADN.

Los genes que promueven el crecimiento normal de la célula se denominan protooncogenes y la activación de dichos genes, por mutación puntual, amplificación o desregulación los convierte en oncogénesis. La proliferación celular no regulada puede producir un crecimiento neoplásico pero la característica definida de malignidad son la invasión y la metástasis.

Las displasias son alteraciones en la diferenciación celular del epitelio escamoso, situado en el exocérnix a nivel de la zona de transformación de la profundidad de las glándulas endocervicales.²

Se clasifica el leve, moderada y severa con base en la intensidad de las modificaciones a la arquitectura general del epitelio, y a la morfología de los componentes celulares en los diferentes estratos epiteliales, entre los cambios más frecuentes figuran:

- 1.-Núcleo desproporcionadamente voluminoso e hiper cromáticos.
- 2.-Anomalías de la diferenciación celular.
- 3.-Alteraciones en la maduración de los citoplasmas.

² Dr. Cabral Soto Javier. Modelo de Atención Integral de la salud Ginecológica. Coordinador General del programa IMSS-SOLIDARIDAD.

4.-Queratinización prematura e inversión de la relación núcleo citoplasma.

El seguimiento y análisis estadístico de grandes grupos de población ha permitido determinar que las displasias y el cáncer *in situ* son precursores del cáncer invasor, y cuando más grave sea el grado de la lesión precursora, más corto sea el tiempo y mayor la probabilidad de que se desarrolle un carcinoma infiltrante.

2.1.1. FRECUENCIA

El cáncer del cuello uterino es la neoplasia visceral más frecuente en la población femenina mexicana, 40 de cada 100 mujeres afectadas por tumores malignos lo desarrollan en esa localización. Fallece por cáncer cervino uterino una paciente cada hora y media.

En el IMSS a nivel nacional, le corresponde el primer lugar de egresos hospitalarios por tumores malignos con 30,171 casos, que ocupa el segundo lugar de mortalidad y el décimo en letalidad.³

2.1.2. PATOGENIA

Las lesiones precursoras se presentan a partir de los 20 años y el cáncer *in situ* a los 40 años, en tanto que el cáncer infiltrante aparece hacia los 45 años de edad.

Se han identificado numerosos factores de riesgo que influyen en el desarrollo del carcinoma cervical. Algunos participan de forma aislada o

³ R.Di Guillermo Paola. T. De Alear Marcelo. Colposcopia y Patología del tracto genital inferior. 2da. Edición Médica Panamericana. Buenos Aires.

en conjunto de inducción de la transformación neoplásica sobre grupos de células susceptibles, otros serían carcinógenos y otros más actuarían activando la multiplicación de células ya alteradas con lo que se obtendría la progresión de la enfermedad.

La zona de transformación del cuello uterino es susceptible a ciertas alteraciones genéticas que pueden ser generadas a través de la acción específica de diversos agentes, con los que se llevaría a cabo el proceso carcinogénico.⁴

2.1.3. MORFOLOGÍA

El carcinoma cervical por su extensión se clasifica en cáncer *“in situ”*. El cuadro aún no ha rebasado la membrana basal epitelial, por lo que al igual que las displasias no presenta signos clínicos. Su diagnóstico se realiza por colpocitología corroborándose con colposcopia y biopsia dirigida.

El carcinoma invasor del cuello uterino rebasa la membrana basal e invade el estroma, microscópicamente presenta tres cuadros: Exofítico o fungiforme, infiltrativo y ulcerado. Siendo el primero la variante más común.

Histológicamente el 90 % son de tipo epidermoide, siendo bien diferenciado o grado 1. Producen queratohialina, perlas, corneas y células con aspecto de estrato espinoso. Por el tipo celular pueden ser de células grandes con o sin producción de queratina y de células pequeñas. Sus grados histológicos se clasifican de acuerdo a la diferenciación de sus células.⁵

⁴ R.Di Guillermo Paola. T. De Alear Marcelo. Colposcopía y Patología del tracto genital inferior. 2da. Edición Médica Panamericana. Buenos Aires.

⁵ H. De Chermey Alan, L. Pernoll Martín. Diagnósticos y tratamientos Ginecoobstétricos. 7ª.Edición. El Manual Moderno, México, D.F.Santa de Bogota.

2.1.4. CARCINOMA IN SITU DEL CERVIX

En su preparación histológica se observan las siguientes características microscópicas:

- 1.- Células neoplásicas que ocupan el espesor del epitelio.
- 2.- La membrana basal del epitelio no presenta invasión.
- 3.- Células neoplásicas con discariosis, hipercromasia, atigramiento de la cromatina, perdida de desmosomas y escasa queratinización.
- 4.- Mitosis atípicas.

El epitelio escamoso se encuentra sustituido en todo su espesor por células anaplásicas que conservan polaridad. El estroma presenta infiltrado inflamatorio mononuclear

Las células neoplásicas exhiben pleomorfismo e hipercromasia y se encuentran confinadas al epitelio por la membrana basal.

2.1.5. CARCINOMA EPIDERMOIDE INVASOR DEL CÉRVIX

En su preparación histológica se observan las siguientes características microscópicas:

- 1.- Nidos, láminas y cordones de células neoplásicas.
- 2.- Células neoplásicas con discariosis, hipercromasia, pleomorfismo y escaso citoplasma.

3.- Puente intercelular y perlas córneas.

4.- Mitosis atípicas y áreas de necrosis.

5.- Invasión del estroma por células neoplásicas.

Las lengüetas de células anaplásicas infiltran el estroma, que presenta infiltrado inflamatorio mononuclear.⁶

2.1.6 CLASIFICACIÓN

Dentro de los sistemas de clasificación morfológica, y sobre todo dentro las lesiones precursoras es donde se han dado confusiones entre las respuestas de los citopatólogos y los clínicos, ya que desde la época en que apareciera por primera vez la clasificación de papanicolaou ésta ha venido adecuándose, en la medida en que han avanzado las descripciones diagnósticas.

Así surge posteriormente la clasificación de Richard, la cual hace más específico el diagnóstico de las displasias, no contemplado por papanicolaou. Últimamente los estudios morfológicos basados en los cambios que producen en el epitelio el virus del papiloma humano, obligó a los estudiosos del Instituto Nacional del cáncer en Bethesda, Maryland que proponen el sistema de clasificación de las lesiones escamosas intra epiteliales, dando por resultado nuevas controversias y confusiones.⁷

⁶ Dr. W. Jones Howard, Dr. Colston Wetz Anne. Tratado de Ginecología de Novag. Décima Primera Edición. Interamericana. McGraw-Hill.

⁷ Dr. W. Jones Howard, Dr. Colston Wetz Anne. Tratado de Ginecología de Novag. Décima Primera Edición. Interamericana. McGraw-Hill.

2.1.7 ESTADIOS O ETAPAS DEL CÁNCER CERVICOUTERINO

Las siguientes etapas se usan en la clasificación del cáncer cervicouterino:

1.- Estadio 0 o carcinoma *in situ*.

El carcinoma *in situ* es un cáncer muy temprano. Las células anormales se encuentran sólo en la mucosa que recubre el cuello uterino, y no invaden los tejidos más profundos del cuello uterino.

2.- Estadio I

El cáncer afecta el cuello uterino, pero no se ha diseminado a los alrededores.

1-a: una cantidad muy pequeña de cáncer, sólo visible por microscopio, se encuentran ya en la submucosa del cuello uterino, con una profundidad de 3mm.

1-b: Una cantidad mayor de cáncer se encuentra en dicho tejido. (Microinvasor) en una profundidad máxima de 5 mm.

3.- Estadio II

El cáncer se ha diseminado a áreas cercanas, pero aún se encuentran en el área pélvica.

II-a: El cáncer se ha diseminado fuera del cuello uterino a los dos tercios superiores de la vagina.

II-b: El cáncer se ha diseminado al tejido al rededor del cuello uterino.

4.- Estadio III

El cáncer se ha diseminado a toda el área pélvica. Puede haberse diseminado a la parte inferior de la vagina, o infiltrar los uréteres (los tubos que conectan los riñones a la vejiga).

5.- Estadio IV

El cáncer se ha diseminado a otras partes del cuerpo.

IV-a: Diseminación a la vejiga o al recto (órganos cerca del cuello uterino), y diseminación a órganos dístales como los pulmones.

6.- Recurrente

Enfermedad recurrente (recidiva) significa que el cáncer ha vuelto después de haber sido tratado. Puede ocurrir en el propio cervix o aparecer en otra localización.

2.1.8. EVOLUCIÓN CLINICA

El cáncer de cervix evoluciona lentamente a lo largo de muchos años. En el caso de displasia y el carcinoma *in situ*, no es necesario practicar cirugía radical en todos los casos. Numerosas lesiones se localizan por colposcopia y pueden erradicarse por métodos conservadores de láser de CO₂, Crioterapia, electro cirugía con asa diatérmica, siempre que sea posible controlar a la paciente mediante citologías periódicas y colposcopia.⁸

⁸ Zurra A. Martín, Cano Perea J. F. Manual de Atención Primaria. España, Doyme-12986.T.R. Harrison 14ª. Edición. Mc-Hill- Interamericana.

2.2. PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO DEL CÁNCER CERVICOUTERINO

Hasta el momento no se conoce con certeza todas las causas del cáncer cervicouterino, pero existen circunstancias que están presentes en la mayor parte de las mujeres con cáncer. Entre ellas, las más importantes es la presencia del virus del papiloma humano (VPH), que se han encontrado en aproximadamente 94% de los casos. Hasta la fecha se han identificado más de 70 tipos de este virus. De los cuales solamente 20 afectan el tejido de los genitales. Especialmente los tipos 16 y 18 producen lesiones celulares que pueden evolucionar a cáncer.

Se ha descrito que la infección del cuello del útero por VPH se adquiere por transmisión sexual, es por ello que se han asociado otros factores relacionados con la conducta de la población que incrementan la probabilidad de presentar esta infección. Entre estos podemos señalar:⁹

2.2.1 LA EDAD TEMPRANA DE INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES

Cuando aún los órganos sexuales de la mujer no han madurado fisiológicamente. Hasta los 19 años, la mucosa del cuello uterino es inmadura y susceptible, la promiscuidad facilita particularmente el herpes, virus de la capa genital, que interviene en la carcinogenesis.

2.2.2 INFECCIONES CÉRVICO VAGINALES.

Afectan a los genitales femeninos. Son ocasionados por bacterias, hongos, parásitos y/o virus, que producen la tricomoniasis, la gonorrea,

⁹ 1998 IMSS Norma Oficial 2200-54-001-A001.Manual de Procedimientos para la Vigilancia, Prevención, Diagnostico, Tratamiento y control del cáncer cervicouterino.

sífilis, la candidiasis, las infecciones por clamidia, los condilomas y el herpes genital.

Estas enfermedades producen secuelas con repercusiones en la calidad de vida de la mujer durante la etapa reproductiva, puede causar infertilidad, embarazos extrauterinos o ruptura de la membrana, ocasionando partos prematuros y abortos, y después del parto puede ser causa de sepsis puerperal.

El tratamiento inadecuado y el mal manejo de estas infecciones tienen una relación a que las mujeres presenten en alguna etapa de su vida el cáncer cervicouterino.¹⁰

2.2.3 MÚLTIPLES PAREJAS SEXUALES.

La multiplicidad de compañeros sexuales tanto del hombre como de la mujer es un factor que predispone, ya que a mayor número de parejas sexuales se incrementa un mayor riesgo de transmisión del VPH, así como de otras infecciones de transmisión sexual. En nuestra sociedad es muy frecuente y está condicionado principalmente por la conducta sexual del hombre; que puede tener múltiples parejas y porque el uso del condón aún no es bien aceptado.

2.2.4 MULTIPARIDAD.

Maliphant (1949) en un estudio que realizó, encontró que existe una relación entre la paridad y la frecuencia del carcinoma cervical, éste autor halló que las mujeres con más de 6 hijos tenía dos veces más probabilidad de padecer el carcinoma del cuello de las que sólo habían tenido uno.

¹⁰ 1998 IMSS Norma Oficial 22oo-54-001-A001. Manual de Procedimiento para la Vigilancia, Prevención, diagnóstico, tratamiento y control del cáncer cervicouterino.

Esto se relaciona debido a que ha mayores gestas, el cervix tiende a perder su textura, y el epitelio endocervical sufre transformaciones provocando alteraciones en las células, las cuales muestran diferentes grados de maduración hasta convertirse en células metaplásicas.¹¹

2.2.5 TABAQUISMO.

La presencia de agentes químicos mutagénicos en la orina de fumadores demuestra que los cancerígenos químicos facilitan la integración de genes transformadores virales dentro de las células, con lo que se desencadena el desarrollo de neoplasias malignas.

El inicio del tabaquismo antes de los 15 años incrementa el riesgo de cáncer cérvico uterino 4.8 veces, y que éste va en aumento en función de la cantidad y duración del hábito de fumar.

Cuando el tabaco se consume por más de 12 años, hay un incremento de 12.7 veces, y el consumo diario de 15 o más cigarrillos es de 7.2 veces el riesgo.

2.2.6 NUNCA HABERSE PRACTICADO UNA CITOLOGÍA CERVICAL.

Se considera como un factor predisponente, ya que a mayores detecciones de cáncer cervicouterino no invasor, menores muertes por este padecimiento, lo que quiere decir que una detección temprana aumenta la probabilidad curativa.

¹¹ Castellanos Morales Martha Roció, Cáncer cervicouterino y VPH. Opciones de Detección, México. Rev. Facultad de Medicina- UNAM Vol.6 NO. 22.

2.2.7 DEFICIENCIA DE FOLATOS Y VITAMINA A, C Y E.

El ácido fólico, vitamina del complejo B, hidrosoluble, cristalina y de color amarillo, esencial para el crecimiento y la reproducción de las células. Actúa como coenzima de las vitaminas B y C en el catabolismo y la utilización de las proteínas, así como en la formación de ácidos nucleicos y del grupo hemo de la hemoglobina. El ácido fólico es destruido por el calor y la luz, y se produce pérdida considerable del contenido cuando los alimentos permanecen almacenados durante largos periodos.¹²

Vitamina A. Alcohol, terpénico, sólido liposoluble, esencial para el crecimiento esquelético, el mantenimiento del epitelio mucoso normal y la agudeza visual.

Se obtiene de distintos carotenoides, principalmente el caroteno y se encuentra en los vegetales de hojas verdes, las frutas y verduras amarillas, el aceite de hígado de bacalao y otros pescados. La deficiencia de esta vitamina produce atrofia del tejido epitelial, como queratomalacia, ceguera nocturna y la disminución de la resistencia de las membranas mucosas a las infecciones. (Beta carotenos), se acompaña de alteraciones en la diferenciación celular del epitelio del cuello uterino.

La metaplasia escamosa en su variedad atípica se ha visto asociada a esta deficiencia de vitamina, se considera como precursora de las neoplasias intraepitelial del cuello uterino.

Vitamina C. Hidrosoluble, ácido ascórbico, cristalina y blanda, se encuentra presente en los tomates, fresas y frambuesas, patatas y vegetales frescos de hojas verdes como brécol, coles de Bruselas,

¹² Torres L.A. Romsón, B.E. Macías M.R.. Cáncer cervicouterino, evidencias a favor de una etiología multifactorial, Ginecología y Obstetricia de México, Rev. Med. Del Hospital General de México.Vol.55 1987.

escarola de lechuga, repollo, espinacas. Esencial para la formación de colágeno y tejido fibroso, o sustancia intercelular normal de dientes, hueso, cartílago, tejido conjuntivo y piel para la integridad estructural de las paredes capilares.

En su deficiencia figuran, hemorragias gingival es, tendencia a la aparición de equimosis y hematomas, hinchazón o dolor articular, epistaxis, anemia, cicatrización lenta.¹³

Vitamina E. Liposoluble de la familia de los tocoferoles esenciales para la reproducción normal, el desarrollo muscular, la resistencia eritrocitaria a la hemólisis y otras diversas funciones bioquímicas. Agentes antioxidantes intracelular que interviene en el mantenimiento de la estabilidad de los ácidos grasos polisaturados y otras sustancias similares a las grasas. Su deficiencia determina degeneración muscular, anomalías del sistema vascular, anemia hemolítica, anemia megaloblástica, infertilidad, creatinuria y lesiones hepáticas y renales. Además, guarda relación con el proceso de envejecimiento. Las fuentes dietéticas más ricas son el germen de trigo, las semillas de soya y de algodón, los cacahuates, en aceite de maíz, los frutos secos etc.

2.2.8 USO DE ANTICONCEPTIVOS POR MÁS DE 5 AÑOS.

Diversos autores han encontrado hallazgos experimentales sobre las posibles acciones cancerígenas de los estrógenos, por la producción de atípias epiteliales de las asociaciones estrógeno-progestogeno, utilizados con fines anticonceptivos.

El uso indiscriminado y por un periodo bastante prolongado, aumenta la tasa de atípias citológicas que oscilan entre 1.8 y 3 %.

¹³ Lawrence M. Tierney, Jr. Stephen. J. Mc. Phee Maxine A. Papadakij. Diagnostico Clínico y Tratamiento. Ed. El Manual Moderno, D.F, Santa Fe de Bogota. S.A. de C.V, 6ta. Edición 2001.

2.2.9 ANTECEDENTES FAMILIARES.

La predisposición hereditaria hacia el cáncer cervical se ha relacionado con eventos dentro del gen y se manifiesta por una historia familiar. Se ha demostrado que un gen supresor de tumor llamado BRSA1 en el cromosoma 17, se encuentra mutilado en algunas familias lo que con lleva a un inicio temprano de cáncer.¹⁴

2.2.10 BAJO NIVEL SOCIOECONÓMICO Y CULTURAL.

Se ha señalado mayor incidencia del carcinoma del cuello uterino en personas con bajo nivel económico.

Esta población tiene características particulares, como deficiente grado de educación cultural, creencias personales, rumores y prejuicios, lo que influye en las aceptaciones de las acciones medico-preventivas y de detección dirigidas a la población femenina y al mejoramiento del nivel de vida; lo que conlleva a que este tipo de población presente un problema de cáncer.

¹⁴ Lawrence M. Tierney, Jr. Stephen. J. Mc. Phee Maxine A. Papadakij. Diagnostico Clínico y Tratamiento. Ed. El Manual Moderno, D.F, Santa Fe de Bogota. S.A. de C.V, 6ta. Edición 2001.

2.3 PARTICIPACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD EN LA DETECCIÓN OPORTUNA DEL CÁNCER CERVICO UTERINO.

2.3.1 MÉDICO

En el momento que otorga la consulta a la mujer mayor de 45 años, promueve la citología cervical y en caso de encontrar riesgos, pondrá en práctica acciones encaminadas a prevenir, modificar o controlar factores de riesgo del cáncer cervicouterino.

Proporciona cita subsiguiente para continuar el seguimiento en caso de que el resultado del estudio tuviera alteraciones, brindando las alternativas de tratamiento y las posibilidades de curación.¹⁵

2.3.2 ENFERMERA.

Promociona en forma eficiente el estudio de papanicolaou, concientizando a la población sobre las ventajas de una toma oportuna, e informando sobre los beneficios a la salud.

Explica el procedimiento de la toma de muestra con el propósito de reforzar la confianza y aceptación del estudio; señalar que la información proporcionada en el llenado de registro sea confiable y seguro, ya que es importante para su localización inmediata en caso de que tuviera alguna alteración en el resultado de su estudio.

¹⁵ 1998 IMSS Norma Oficial 2200-54-001 Manual de Procedimientos para la vigilancia, Prevención, diagnóstico, tratamiento y control del cáncer cervicouterino.

Cuando exista alguna infección Cervico vaginal orienta a la mujer sobre la importancia de inicio de un tratamiento.

Se tendrán vigiladas y se harán visitas constantes aquellas personas que no acepten el estudio y que presenten riesgos para el cáncer cervicouterino, especialmente si son mayores de 45 años.

2.3.3 EPIDEMIÓLOGO.

Se encarga de supervisar y dar asesoría sobre las actividades de vigilancia epidemiológica de salud comunitaria.

Llevará un registro de las pacientes con resultado de citología anormal o sospechosas, para el control de las actividades de notificación y vigilancia epidemiológica.

Participa en el desarrollo de la educación continua y permanente de las acciones encaminadas al beneficio de la usuaria.

2.3.4 PATÓLOGO.

Es el encargado de recibir las muestras y las analiza siguiendo un criterio uniforme para la clasificación histológica, la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia.

Todo el personal de salud implicado en la promoción y detección del cáncer cervicouterino es fundamental que realice sus actividades con un criterio amplio respetando niveles de status social, con el único fin de disminuir la morbi-mortalidad por el cáncer Cervico uterino.¹⁶

¹⁶ M. Pit kin Roy, Md-James R. Scott, MD.Interamericana.McGraw-Hill. Vol.4/1990.

2.4 CONDUCTA A SEGUIR DE ACUERDO A RESULTADO DE LA CITOLOGÍA CERVICAL.

2.4.1 MUESTRAS INADECUADAS PARA EL DIAGNÓSTICO.

- 1.- Debe repetirse la toma de muestras a la brevedad posible.
- 2.- Si existen dos ocasiones consecutivas de este reporte, es necesario que el médico realice la toma o valore referencia a la clínica de displasia para toma de muestra bajo colposcopia.

2.4.2 NEGATIVO A CÁNCER.

- 1.- Si es de primera vez se cita en un año, para una nueva citología, si es subsecuente y consecutiva con resultado negativos citar en tres años. El médico debe informar que es necesario continuar con sus estudios periódicos para no correr riesgo.

2.4.3 NEGATIVO CON PROCESO INFLAMATORIO.

- 1.- El médico debe tratar el proceso mediante el diagnóstico de las causas y en los casos de infección agregada, programar nuevos exámenes del exudado cervicovaginal al terminar el tratamiento.¹⁷

¹⁷ Lazcano Hernández Alonso. Cáncer Cervicouterino. Diagnostico, Prevención y control. Editorial Panamericana. México, D.f. Febrero 2001.

2.4.4 CITOLOGÍA CERVICAL ANORMAL.

Localización de la usuaria con resultados anormales.

Son considerados reportes de citología anormal la imagen compatible con infecciones como el virus del papiloma humano, las lesiones precursoras del cáncer cervicouterino (displasias leve, moderada, grave y cáncer *in situ*), el carcinoma invasor, el carcinoma de células escamosas, adenocarcinoma, tumor maligno no especificado y células neoplásicas.

En todas estas situaciones se debe derivar a la paciente a la clínica de displasia para el diagnóstico de confirmación y tratamiento o referencia al nivel correspondiente.¹⁸

En caso que el resultado citológico se confirme con la biopsia, el médico debe informar.

Si el resultado confirma una lesión precursora, displasia ó carcinoma *in situ*, la paciente debe conocer que la enfermedad es 100 % tratable y curable.

Si el diagnóstico es de cáncer invasor y se encuentra en estadio inicial se le informa la necesidad de ser tratada y que tiene posibilidades altas de curación.

¹⁸ SSA Guía sobre la Clínica de Displasia y algo más... México WWW. Salud. Gob.mx-2002.

Si se encuentra en estadios avanzados, posiblemente sea necesario, tratamiento con radioterapia o quimioterapia. En todos los casos la paciente requiere apoyo psicológico.

PRONOSTICO.

El pronóstico y selección de tratamiento depende de la etapa en que se encuentra el cáncer (si sólo está en el cuello uterino o si se ha diseminado a otros lugares) y el estado de salud en general.

III.- MATERIAL Y MÉTODOS

3.1.- JUSTIFICACIÓN:

Actualmente en el hospital rural IMSS solidaridad de Ocozocoautla cuenta con una población de 2,246 mujeres mayores de 45 años, y escasamente el 20 % de esta población cuenta con un resultado de citología cervical.

Motivo por el cual es mi inquietud realizar el presente trabajo de investigación, para identificar los motivos que intervienen en que este grupo de edad no acepte la realización del papanicolaou; conociendo de esta manera los factores de riesgo.

Ya que por su incidencia de mortalidad ocupa el segundo lugar como neoplasia maligna y el número de muertes por este padecimiento en un periodo de 3 años ha sido el 60 % de mujeres mayores de 45 años, además que repercute en un alto costo para el IMSS y en la economía familiar y del país.

El incremento del Cáncer Cervicouterino, se relaciona con un aumento del VPH y la falta de equidad en la salud de la mujer.

3.2.- OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores de riesgo del cáncer cervicouterino en usuarias mayores de 45 años del hospital rural de ocozocoautla.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el nivel socioeconómico como factor de riesgo en mujeres mayores de 45 años.
- Identificar el tabaquismo como factor predisponente en el cáncer cervicouterino.
- Identificar antecedentes hereditarios como factor de riesgo para el cáncer.
- Identificar las infecciones cervicovaginales como factor de riesgo en el CACU.

3.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En el hospital rural IMSS solidaridad de Ocozocoautla durante el primer semestre 2002 se ha observado que hay poca demanda de usuarias mayores de 45 años para la toma de Citología Cervical. El cual es un problema porque en este grupo se han observado más muertes por cáncer cervicouterino.

3.4 HIPOTESIS DE TRABAJO.

Los factores de riesgo del cáncer cervicouterino en mujeres mayores de 45 años son; Edad, Inicio de relaciones sexuales a temprana edad, infecciones cervicovaginales, múltiples parejas sexuales, multiparidad, tabaquismo, nunca haberse practicado una citología cervical, deficiencia de folatos y vitamina A, C y E, uso de anticonceptivos orales e inyectables por más de 5 años, antecedentes familiares, bajo nivel socioeconómico y cultural.

3.5 VARIABLE DE ESTUDIO

DEFINICION NOMINAL.

EDAD.- Es una expresión del progreso del desarrollo de un individuo en años.

INICIO DE VIDA SEXUAL A TEMPRANA EDAD.- Es inicio de mantener relación sexual a una edad temprana entre los 14 y 15 años.

INFECCIONES CERVICOVAGINALES.- Son manifestaciones que se caracterizan por secreciones o escurrimiento por la vagina de color blanquecino, amarillo o verdoso, olor fétido, prurito genital o dolor al coito.

MULTIPLES PAREJAS SEXUALES.- Es el número de parejas sexuales que se tiene durante su vida, más de 2 parejas.

MULTIPARIDAD.- Es el número de embarazos que tiene una mujer durante su edad reproductiva, más de 3 hijos.

TABAQUISMO.- Es una toxicomanía caracterizada por la ingesta de nicotina al organismo.

NUNCA HABERSE PRÁCTICADO UNA CITOLOGÍA CERVICAL.- Se refiere a no contar con un estudio de papanicolaou.

DEFICIENCIA DE FOLATOS, VITAMINA A, C Y E.- Es la carencia de nutrientes que necesita el organismo para su funcionamiento adecuado.

USO DE ANTICONCEPTIVOS.- Son métodos de planificación familiar que se caracteriza en su contenido por compuestos de estrógenos y progesterona.

ANTECEDENTES FAMILIARES.- Son los genes que posee cada individuo y es transmitida a otras generaciones.

BAJO NIVEL SOCIOECONÓMICO Y CULTURAL.- Es el estatus que se tiene en la sociedad determinada por los bienes materiales, económicos y culturales que posee cada individuo.

DEFINICIÓN OPERATIVA.

EDAD

Tipo de Variable = Cuantitativa

Escala de Medición = Intervalo

Unidades = Años

INICIO DE RELACIONES SEXUALES A TEMPRANA EDAD.

Tipo de variable = Cuantitativa

Escala de medición= intervalo

Unidades = Años

INFECCIONES CERVICOVAGINALES

Tipo de variable = Cualitativa

Escala de medición= intervalo

Unidades = Nunca, siempre a veces.

MULTIPLES PAREJAS SEXUALES

Tipo de variable = Cuantitativa

Escala de medición = Intervalo

Unidades = Años y número de parejas sexuales.

MULTIPARIDAD

Tipo de variable = Cuantitativa

Escala de medición = Intervalo

Unidad = Números.

TABAQUISMO

Tipo de variable = Cuantitativa

Escala de medición = Intervalo

Unidad = Años y cantidad.

NUNCA HABERSE PRÁCTICADO UNA CITOLOGÍA CERVICAL.

Tipo de variable = Cualitativa

Escala de medición = Intervalo

Unidad = Años.

DEFICIENCIA DE FOLATOS, VITAMINA A, C Y E.

Tipo de variable = Cuantitativa

Escala de medición = Intervalo

Categoría = Cuales, tipos.

USO DE ANTICONCEPTIVOS HORMONALES POR MÁS DE CINCO AÑOS.

Tipo de variable = Cualitativo

Escala de medición = Intervalo

Categoría = Cantidad, Tipo y Tiempo.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Tipo de variable= Cualitativa

Escala de medición= Intervalo

Categoría= Quiénes, Cuáles.

BAJO NIVEL SOCIOECONÓMICO Y CULTURAL

Tipo de variable = Cualitativa

Escala de medición = Ordinario

Categoría = Alto, Medio y Bajo

3.6 TIPO DE ESTUDIO

Descripción, prospectivo, transversal y no experimental.

3.7 UNIVERSO DE ESTUDIO

Pacientes de 45 años que acuden al hospital rural IMSS-SOLIDARIDAD Ocozocoautla.

3.6 UNIDADES DE OBSERVACIÓN

Usuaris mayores de 45 años.

3.9 CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN, ELIMINACIÓN.

INCLUSIÓN:

Todas las usuarias mayores de 45 años que asistan a la consulta externa del hospital rural IMSS Solidaridad de Ocozocoautla, y que nunca se han realizado una Citología Cervical.

EXCLUSIÓN:

Usuaris menores de 45 años con enfermedades crónicas degenerativas y usuarias que ya se hayan realizado una Citología Cervical antes del estudio.

ELIMINACIÓN:

Usuaris que se rehúsan a participar en la encuesta.

3.10 UNIVERSO MUESTRA

200 Usuaris mayores de 45 años.

3.11 INSTRUMENTO

Encuesta con 14 reactivos de los cuales los cinco primeros corresponden a datos generales y las nueve restante a factores del cáncer cervicouterino. (Ver anexo 1)

3.12 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

La validez de esta investigación se basa en los datos proporcionados por las usuarias que participaron en la encuesta aplicada.

Al inicio se aplicó como prueba piloto un universo de 30 encuesta con 10 reactivos de los que corresponden a identificación personal y factores de riesgo relacionados con el cáncer cervicouterino, conforme se aplicó observé que faltaban datos que se anexaron para las siguientes aplicaciones.

3.13 PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO

Para el procesamiento estadístico de la información se elaboraron los siguientes; cuadros y se aplican estadísticas descriptivas.

IV RESULTADO

4.1 DATOS GENERALES

Después de aplicar 200 encuestas a igual número de usuarias mayores de 45 años en el hospital rural de Ocozocoautla se encontró:

Con relación a la edad un 36 % tiene de 45 a 50 años, un 27 % entre 56 a 65 años y un 22% de 66 a 75, un 15% de 78 y más. (Ver cuadro No. 1)

La ocupación en un 84 % corresponde a labores del hogar y solo el 16 % realizan actividades remuneradas (Ver cuadro No.2)

De acuerdo a la escolaridad un 64 % son usuarias analfabetas y un 36% saben leer y escribir (Ver cuadro No.3)

En el estado civil un 38 % son casadas un 49 % viven en unión libre y un 13 % son viudas. (Ver cuadro No. 4)

4.2 DATOS ESPECIFICOS

En relación al inicio de la vida sexual un 48% entre lo 14 y 15 años, un 31% entre 16 y 17 años, un 13% entre 18 y 19 años y un 8% entre 20 a 22 años. (Ver cuadro No. 5)

Número de parejas un 87 % de 1-2 y un 13 % mas de 2 parejas (Ver cuadro No.6).

Número de embarazos un 21 % de 1-3, un 47 % de 4 a 6, un 24 % de 7 a 10 y un 8 % de 11 a 13 (Ver cuadro No.7).

Método de planificación familiar, se observa que un 27 % utiliza pastillas, y un 22 % inyecciones, un 19 % DIU y un 32 % otros métodos. (Ver cuadro No. 8).

Años de uso del método de planificación familiar un 21 % durante un año, un 40 % de 2 a 3 años, un 27 % de 4 a 5 años, y un 12 % más de 5. (Ver cuadro No.9)

En relación a la frecuencia de infecciones cervicovaginales un 24 % nunca ha padecido y un 76 % si (Ver cuadro No.10)

Refiriéndose al hábito de fumar un 8 % lo realiza del 92 % no, observándose que de las que tienen el hábito de fumar consumen de 3 a 4 cigarros al día con un 50 %. (Ver cuadro No.11)

En relación al tipo de alimento que consume con mas frecuencia un 49 % fríjol y huevo un 26 % verduras y un 8 % pollo y carne, un 17 % variado, observándose que de estas un 81 % realiza dos comidas al día. (Ver cuadro No. 12)

En relación a si cuentan con casa propia un 36 % si y un 64 % no, en relación al ingreso suficiente 93 % que no y un 7 % dice que si. (Ver cuadro No. 13)

En cuanto a familiares con problemas de cáncer cervicouterino se observo que un 44 % si tienen antecedentes y un 56 % no, de las cuales 57 % se encuentran en tratamiento, un 24 % están sin control y un 19 % ya fallecieron. (Ver cuadro No. 14)

CUADRO 1

EDAD DE LAS USUARIAS.

EDAD	NUMERO	PORCETAJE
45-55	72	36
56-65	54	27
66-75	45	22
76 Y MÁS	29	15
TOTAL	200	100 %

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS A USUARIAS MAYORES DE 45 AÑOS
DEL HOSPITAL IMSS-SOLIDARIDAD DE OCOZOCOZUTLA.

CUADRO 2

OCUPACION DE LAS USUARIAS MAYORES DE 45 AÑOS.

OCUPACION	NUMERO	PORCENTAJE
AMA DE CASA	168	84
COMERCIANTE	20	10
EMPLEADA	9	4.5
OTROS	3	1.5
TOTAL	200	100 %

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS A USUARIAS MAYORES DE 45 AÑOS DEL HOSPITAL IMSS-SOLIDARIDAD DE OCOZOCOAUTLA.

CUADRO 3

NUMERO DE USUARIAS MAYORES DE 45 AÑOS ALFABETAS Y NO ANALFABETAS.

	NUMERO	PORCENTAJE
ANALFABETAS	128	64
NO ANALFABETAS	72	36
TOTAL	200	100 %

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS A USUARIAS MAYORES DE 45 AÑOS DEL HOSPITAL IMS- SOLIDARIDAD.

CUADRO 4

ESTADO CIVIL DE USUARIAS MAYORES DE 45 AÑOS

ESTADO CIVIL	NUMERO	PORCENTAJE
CASADA	76	38
UNION LIBRE	98	49
VIUDA	26	13
TOTAL	200	100 %

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS A USUARIAS MAYORES DE 45 AÑOS DEL HOSPITAL DE IMSS-SOLIDARIDAD DE OCOZOCOATLA.

CUADRO 5

EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA

EDAD	NUMERO	PORCENTAJE
14—15 AÑOS	87	43
16-17 AÑOS	62	31
18-19 AÑOS	26	13
20-22 AÑOS	15	8
23-25 AÑOS	10	5
TOTAL	200	100 %

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS A USUARIAS MAYORES DE 45 AÑOS DEL HOSPITAL IMSS-SOLIDARIDAD DE OCOZOCOZUTLA.

CUADRO 6

NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES

PAREJAS	NUMERO	PORCENTAJE
1-2	175	87
MÁS 2	25	13
TOTAL	200	100 %

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS A USUARIAS MAYORES DE 45 AÑOS DEL HOSPITAL IMSS SOLIDARIDAD DE OCOZOCOAUTLA.

CUADRO 7

NUMERO DE EMBARAZOS

EMBARAZOS	NUMERO	PORCENTAJE
1-3	42	21
4-6	94	47
7-10	48	24
11-13	16	8
TOTAL	200	100 %

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS A USUARIAS MAYORES DE 45 AÑOS DEL HOSPITAL IMSS-SOLIDARIDAD DE OCOZOCOAUTLA.

CUADRO 8

MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE UTILIZAN

MÉTODO	NÚMERO	PORCENTAJE
PASTILLAS	55	27
INYECCIONES	44	22
DIU	37	19
OTROS	64	32
TOTAL	200	100 %

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS A USUARIAS MAYORES DE 45 AÑOS DEL HOSPITAL IMSS-SOLIDARIDAD DE OCOZOCOAUTLA.

CUADRO 9

AÑOS DE USO DE MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

AÑOS	NUMERO	PORCENTAJE
0-1	29	21
2-3	54	40
4-5	37	27
MÁS DE 5	16	12
TOTAL	136	100 %

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS A USUARIAS MAYORES DE 45 AÑOS DEL HOSPITAL IMSS- SOLIDARIDAD DE OCOZOCOAUTLA.

CUADRO 10

FRECUENCIA DE INFECCIONES CERVICOVAGINALES.

INFECCIONES	NÚMERO	PORCENTAJE
SI	152	76
NO	48	24
TOTAL	200	100 %

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS A USUARIAS MAYORES DE 45 AÑOS DEL HOSPITAL IMSS- SOLIDARIDAD DE OCOZOCOAUTLA.

CUADRO 11

ACOSTUMBRA A FUMAR

	NÚMERO	PORCENTAJE
SI	16	8
NO	184	92
TOTAL	200	100%

CIGARROS AL DIA	NUMERO	PORCENTAJE
1-2	5	31
3-4	8	50
5 Y MÁS	3	19
TOTAL	16	100 %

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS A USUARIAS MAYORES DE 45 AÑOS DEL HOSPITAL IMSS-SOLIDARIDAD DE OCOZOCOAUTLA.

CUADRO 12

TIPOS DE ALIMENTOS QUE CONSUME CON MÁS FRECUENCIA.

ALIMENTOS	NUMERO	PORCENTAJE
FRIJOL-HUEVO	98	49
VERDURA	52	26
POLLO Y CARNE	16	8
VARIADO	34	17
TOTAL	200	100 %

COMIDAS AL DIA	NÚMERO	PORCENTAJE
2	162	81
3	38	19
TOTAL	200	100 %

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS A USUARIAS MAYORES DE 45 AÑOS DEL HOSPITAL DE IMSS SOLIDARIDAD DE OCOZOCOAUTLA.

CUADRO 13

CUENTA CON CASA PROPIA

	NÚMERO	PORCENTAJE
SI	72	36
NO	128	64
TOTAL	200	100 %

ES SUFICIENTE EL DINERO QUE INGRESA A SU CASA

INGRESO	NÚMERO	PORCENTAJE
SI	14	7
NO	186	93
TOTAL	200	100 %

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS A USUARIAS MAYORES DE 45 AÑOS DEL HOSPITAL IMSS- SOLIDARIDAD DE OCOZOCOAUTLA.

CUADRO 14

FAMILIARES CON PROBLEMAS DE CÁNCER.

	NÚMERO	PORCENTAJE
SI	88	44
NO	112	56
TOTAL	200	100 %

	NÚMERO	PORCENTAJE
EN TRATAMIENTO	50	57
SIN CONTROL	21	24
DEFUNCIÓN	17	19
TOTAL	88	100 %

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS A USUARIAS MAYORES DE 45 AÑOS DEL HOSPITAL DE IMSS SOLIDARIDAD DE OCOZOCOAUTLA.

4.5 CONCLUSIONES

Después de haber realizado esta investigación, se logró identificar, aquellas usuarias que tienen factores de predisposición para problemas de cáncer cervicouterino.

Así mismo el resultado se reflejó que en cuanto a la edad es alto el índice en mujeres mayores de 45 años, un mayor porcentaje son usuarias dedicadas a labores del hogar, dando como referencia ser en su mayoría de baja escolaridad, en su estado civil, gran parte son casadas con una pareja.

El inicio de vida sexual activa se observa que es a una temprana edad, por lo consiguiente existe una tasa alta de embarazos sin control prenatal y sin tratamiento en cuanto a problemas cervicovaginales.

Una de cada diez tienen el hábito de fumar, su alimentación es deficiente, no tienen casa propia y algunas tienen familiares con problemas de cáncer cervicouterino.

En su mayoría las usuarias carecen de información por temor de no acudir a las unidades de salud, además que desconocen todos los factores de riesgo que presentan en este padecimiento.

Llegando a la conclusión final que la hipótesis planteada con anterioridad es verdadera, ya que todos los factores mencionados son predisponentes para que se presente el cáncer cervicouterino en mujeres mayores de 45 años.

Logrando de esta manera que se llevara acabo mi objetivo principal, el determinar los factores de riesgo del cáncer cervicouterino en usuarias mayores de 45 años del hospital rural de Ocozocoautla, Chiapas.

BIBLIOGRAFIA

De la Fuente Ramón, Tapia Conyer Juan. La medición en la salud a través de indicadores, México, Ed. Siglo XXI- 2001. Pp.74-75.

1998 IMSS Norma Oficial 2200-54-001-A001. Manual de procedimientos para la vigilancia, prevención, diagnóstico, tratamiento y control del cáncer cervicouterino.

Castellanos Morales Martha Roció, Cáncer cervicouterino y VPH. Opciones de Detección, México. Rev. Facultad de Medicina-UNAM (vol.46 No. 2 Marzo-Abril-2003).

Torres L.A. Romsón, B.E. Macías M.R. Cáncer cervicouterino, evidencias a favor de una etiología multifactorial, Ginecología y Obstetricia de México, Rev. Med. Del Hospital General de México. Vol. 55 1987.

Lawrence M. Tierney, Jr. Stephen J. Mc Phee Maxine A. Papadakij. Diagnóstico Clínico y Tratamiento. Editorial. El Manual Moderno. México, D.F. Santa Fé de Bogotá. S.A. de C.V. 6ª. Edición 2001.

Dr. Cabral Soto Javier. Modelo de Atención Integral de la Salud Ginecológica. Coordinador General del Programa IMSS-SOLIDARIDAD.

Zurra A. Martín, Cano Pérez J. F. Manual de Atención Primaria. España, Doyme- 1986.
T. R. Harrison. 14ª. Edición. MC-Hill- Interamericana.

OPS. Planificación de programas apropiados para la prevención del cáncer cervicouterino. 3ª.
Edición. OPS-2002.

SSA. Guía sobre la Clínica de Displasias y algo más... México.www.salud.gob.mx-2002.

R. Di Guillermo Paola. T. De Alear Marcelo. Colposcopia y Patología del tracto genital inferior. 2da.
Edición Médica Panamericana. Buenos Aires.

H. De Chermey Alan, L. Pernoll Martín. Diagnósticos y Tratamientos Ginecoobstétricos. 7ª. Edición
El Manual Moderno. México, .D.F. Santa Fé de Bogota.

M. Pitkin Roy, MD-James R. Scott, MD. Interamericana, McGraw-Hill. Vol.4/1990.

Dr. W. Jones Howard, Dr. Colston Wetz Anne. Tratado de a Ginecología de Novag. Décima Primera
Edición. Interamericana. McGraw-Hill.

Lazcano Hernández Alonso. Cáncer Cervicouterino. Diagnostico, Prevención y Control. Editorial
panamericana. México, D.F. Febrero 2001.

Diccionario de Medicina. Océano Grupo Editorial, S.A. Mosby.

A N E X O S

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**ENCUESTA DE FACTORES DE RIESGO EN EL CÁNCER CERVICO UTERINO EN USUARIAS
MAYORES DE 45 AÑOS.**

OBJETIVO:

DETERMINAR LOS FACTORES DE RIESGO DEL CÁNCER CERVICOUTERINO EN USUARIAS
MAYORES DE 45 AÑOS EN EL HOSPITAL RURAL DE OCOZOCOAUTLA.

INSTRUCCIONES.

LLENAR CON LETRA CLARA Y DE MOLDE.

IDENTUFUCACIÓN PERSONAL.

NOMBRE _____ EDAD _____ AÑOS _____

DOMICILIO _____ OCUPACIÓN _____

ESCOLARIDAD _____ ESTADO CIVIL _____

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS.

1.- EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL. _____ No. DE PAREJAS _____

2.- No. EMBARAZOS _____ PARTOS _____ CESÁREAS _____
ABORTOS _____

3.- SE HA REALIZADO ALGUNA VEZ EL PAPANICOLAOU
SI _____ NO _____ PORQUÉ _____

4.- UTILIZAN ALGÚN MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

PASTILLAS _____ INYECCIONES _____ DIU. _____
PRESERVATIVO _____ SALPINGOCLASIA _____ OTROS _____

5.- QUE TIEMPO HA LLEVADO ESTÉ MÉTODO. _____ AÑOS.

6.- QUE TIPO DE TRATAMIENTO RECIBIO. _____

DATOS GENERALES

7.- ACOSTUMBRA A FUMAR. SI _____ NO _____
CUANTOS CIGARROS AL DÍA. _____

8.- ALIMENTOS QUE MÁS CONSUME. _____
NUMERO DE COMIDAS AL DÍA. _____

9.- CUENTA CON CASA PROPIA. SI _____ NO _____

10.- ES SUFICIENTE EL DINERO QUE INGRESA MENSUALMENTE A SU CASA.
SI _____ NO _____

11.- EXISTE EN SU FAMILIA PROBLEMAS DE CÁNCER CERVICOUTERINO.

SI _____ NO _____

TIENEN ALGÚN TIPO DE TRATAMIENTO. SI _____ NO _____

SIN CONTROL. _____

REALICE USTED ALGUN COMENTARIO RELACIONADO CON LA
ENCUESTA. _____

OBSERVACIONES: _____

GLOSARIO

Adenoma.- Tumor benigno de epitelio glandular cuyas células se disponen siguiendo una estructura glandular reconocible.

Biopsia.- Expiración de un pequeño fragmento de tejido vivo de un órgano u otra parte del cuerpo para su examen microscópico a fin de establecer un diagnóstico, estimar un pronóstico o seguir la evolución de una enfermedad.

CaCu.- Cáncer Cervico uterino.

Cáncer.- Neoplasia caracterizada por el crecimiento incontrolado de células anaplásicas que tienden a invadir el tejido circundante.

Cáncer in situ.- Lesión en la que todo el epitelio o la mayor parte de él muestra el aspecto celular de carcinoma.

Carcinogenesis.- Proceso de iniciación e inducción de la formación de un cáncer.

Carcinoma Micro invasor del Cuello Uterino.- Es una lesión con invasión al estroma menor de 5 mm. Con una extensión horizontal no mayor de 7 mm.

Citología Cervical.- Es la toma de muestra de las células del endocervix y del exocervix.

Conización Cervical.- Resección de una lesión de la zona de transformación del cuello uterino con una profundidad no menor a 5 mm.

Crioterapia.- Técnica de tratamiento que utiliza el frío como agente destructor. Se emplea en algunos trastornos cutáneos frecuentes como papilomas, verrugas, condilomas etc.

Cromatina.- Sustancia que se encuentra en el interior de los núcleos celulares y de la que están formados los cromosomas.

Discariosis.- Cambios anormales en los núcleos celulares, como los observados en la célula epitelial, del cuello uterino durante la gestación.

Displasia.- Significa literalmente desarrollo o crecimiento alterado.

Electro cirugía.- Cirugía basada en el uso de diferentes instrumentos eléctricos que funcionan con corriente de alta frecuencia.

Estroma.- Tejido de sostén o matriz de un órgano, independiente del parénquima.

Exofítico.- Tendencia a crecer hacia fuera, como los tumores que crecen sobre la superficie o la porción externa de un órgano o estructura.

Fenotipo.- Conjunto de características observables de un organismo o grupo, incluido los rasgos anatómicos, fisiológicos, bioquímicos y de comportamiento que son determinados por la interacción de la base genética y los factores ambientales.

Gen.- Unidad biológico de material genético y de la herencia biológica.

Hemólisis.- Degradación de los hematíes con liberación de hemoglobina.

Metastasis.- Proceso por el cual las células tumorales se diseminan hacia partes distintas del organismo.

Metaplasma.- Transformación de las células de tejidos normales en otras anormales como respuesta a una tensión o lesión crónica.

Neoplasia.- Crecimiento anormal de un tejido nuevo, benigno o maligno.

Oncogenesis.- Proceso que inicia y promueve el desarrollo de una neoplasia.

Prueba de Schiller.- Una prueba en la que se aplica yodo al cervix.

Parénquima.- Tejido propio de un órgano distinto del soporte o tejido conectivo.

Virus del Papiloma Humano.- Virus que causa crecimiento anormal de tejido y esta relacionado a menudo con algunos tipos de cáncer.