



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

87

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

"FACTORES QUE LIMITAN EL ACCESO A LA TOMA DE LA CITOLOGIA EXFOLIATIVA CERVICO VAGINAL EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 38 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL".

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA P R E S E N T A MARIA ESTHER ORDÓÑEZ ALEMAN

[Handwritten signature]

DIRECTORA DE TESIS: MTRA MARIA DE LOS ANGELES TORRES LAGUNAS



Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
Comisión de Servicio Social

MEXICO, D. F.



TESIS CON FALLA DE ORIGEN



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.

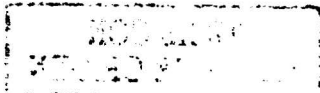
Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Ordóñez Aleman
Maria Esther

FECHA: 06 - Septiembre 2002

FIRMA: 

ESTA TESIS NO DEBE
DE LA BIBLIOTECA



Acceso a la toma de citología vaginal

**A mis padres, por su inmenso amor y bondad,
y por el gran apoyo en todos los momentos de mi vida.**

**A mis hermanas de quienes siempre he recibido
Apoyo moral y aliento para seguir adelante.**

A Hazahel y Said mis dos lindos sobrinos.

**A LA MTRA. ANGELES TORRES LAGUNAS
Mi reconocimiento y admiración por sus acertadas
orientaciones para la culminación de este trabajo.**

**Agradezco infinitamente a mi amigo Sergio, por
Por su erudición , asesoría y su noble apoyo.**

**A mis profesores a quienes brindo tributo por esa
enseñanza y dedicación en el tiempo otorgado
y experiencia transmitida.**

**A ti que en un tiempo y espacio me brindaste
Tu apoyo y ahora un grato recuerdo.**

CONTENIDO

	Pags.
Introducción	
I. Identificación del problema	5
Justificación	5
II. Objetivos	6
III. Revisión de la literatura	7
IV. Metodología	28
Determinación de la estrategia de investigación	28
Tipo de investigación	28
Diseño de la investigación	28
Definición operacional de las variables	29
Barreras de acceso	29
Distancia	29
Barreras de acceso institucional de los servicios de salud	29
Inherentes a la institución y Servicios de Salud	29
Inherentes al personal	29
Método de selección de participantes	29
Universo	29
Población	30
Muestra	30
Determinación del tamaño de la muestra	30
Criterios de selección de participantes	31
Criterios de inclusión	31
Criterios de exclusión	32
Criterios de eliminación	32
Requerimientos de la investigación	32
Recursos humanos	32

Recursos físicos y materiales	32
Recursos financieros	33
Instrumento de evaluación (encuesta)	34
V. Resultados	40
VI. Análisis de resultados	66
VII. Conclusiones	80
VIII. Recomendaciones	83
IX. Resumen	85
X. Referencias	87
XI. Anexos	90

INTRODUCCION

Antecedentes.

El cáncer cérvico uterino (CaCu), es un problema de salud pública de gran trascendencia social en el mundo ocupando el primer lugar en incidencia causada por tumores malignos y el tercero en mortalidad relacionado con las neoplasias malignas. (Pitkin, 1996 & Hernández, 1999). En México, el cáncer cérvico uterino es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad, se estima que cada año 400,000 mujeres en todo el mundo lo desarrollan. En nuestro país esta entidad constituye el primer lugar en frecuencia (34%) en comparación con otros tipos de cáncer y es la primer causa de muerte en la mujer, presentándose más frecuentemente entre los 30 y los 50 años de edad en un 53.5% y sólo el 26.7% de éstos se detecta en etapa favorable para el tratamiento, constituyendo así una patología de gran importancia epidemiológica. (Chávez, 1996 & Programa de Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino [SSA], 1998-2000).

De acuerdo al último registro epidemiológico en el año de 1995 se registraron 15,749 nuevos casos y por esta causa murieron 4,392 mujeres (27.8%). Doce mujeres mueren diariamente en México por cáncer cérvico uterino, una cada dos horas. Si la enfermedad se diagnostica oportunamente la mujer enferma se recupera totalmente. (Pitkin, 1996 & Secretaría de Salud [SS], 1998).

Destaca entonces la necesidad de prevenir, detectar y atender de manera oportuna el cáncer cérvico uterino para evitar un gran número de muertes por esta causa. El método más eficaz para el diagnóstico temprano y oportuno sigue siendo la citología exfoliativa cérvico-

vaginal (prueba de Papanicolaou) ya que es un procedimiento no doloroso, fácil de efectuar a un bajo costo y con una alta efectividad diagnóstica. (Alons-Van, 1988, Cramer, 1974 & Sigurdsson, 1993). Actualmente se ha estimado que menos del 40% de la población se realiza dicha prueba, a pesar que desde 1949 se iniciaron en México las campañas contra el cáncer en el Hospital de la Mujer de la Secretaría de Salubridad, integrándose hasta la década de los 70'S instituciones como el Instituto Mexicano del Seguro Social (I.M.S.S.) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (I.S.S.S.T.E) (Juárez, 1990 & Programa de Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino, 1998-2000).

La frecuencia con que las mujeres acuden a realizarse la prueba de Papanicolaou en nuestro país no es muy común, a pesar de las campañas de promoción implementadas para su realización a través de los medios de comunicación y los servicios de salud teniendo en cuenta que en instituciones como las ya mencionadas sólo se abarca una parte de la población, mientras que otra queda desprotegida (Chávez, 1996 & Boletín de Práctica Médica Efectiva, SSA, 1999). En la Unidad de Medicina Familiar No. 38 del I.M.S.S. en el último censo realizado hasta junio de 1999 se tenían contabilizados 6,861 derechohabientes inscritos, de los cuales, 3,537 son ocupados por población femenina. Hasta esta fecha acudieron a consulta 2,026 mujeres dentro del grupo de 20 a 64 años de edad. En 1998 se realizaron 470 estudios de citología cérvico vaginal. Si consideráramos todos estos estudios como de primera vez se vería que en este grupo de edad solamente el 23% se habría realizado el estudio. (Estadísticas vitales. Censo nominal de población derechohabiente, UMF No. 38, I.M.S.S., 1999).

Es por lo anterior que se observa que existen factores que propician que la población no acuda a realizarse dicho estudio a pesar de sus beneficios directos para la salud y de su posibilidad preventiva. Factores tales como los socioeconómicos, culturales, cobertura de los servicios de salud, recursos materiales, métodos para la toma, personal que lo realiza pueden influir sobre la baja incidencia registrada denotando un desconocimiento de los programas de detección, así como una falta de percepción en cuanto a sus potenciales beneficios y la susceptibilidad inherente para la adquisición del cáncer cérvico-uterino.

El presente proyecto tiene la finalidad de dar respuesta al siguiente cuestionamiento:

Identificación del problema.

¿Cuáles son los factores que limitan el acceso a la toma de la citología cérvico vaginal en la Unidad de Medicina Familiar No. 38 del I.M.S.S. en México D.F.?

Justificación de la investigación.

Al identificar los factores que influyen para que la población no acuda a tomarse la citología exfoliativa cérvico-vaginal se podrán considerar las características institucionales e individuales que están implicadas en la práctica de la misma, lo que 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 permitiría que este se mejore y aumente la cobertura.

La citología exfoliativa cérvico-vaginal es un estudio eficaz y específico de detección con el cual se logra tener un diagnóstico temprano y oportuno de lesiones tempranas de la enfermedad y brinda la posibilidad de prevenir a mediano y largo plazo anomalías patológicas

y el desarrollo de la entidad en toda su expresión clínica. De ahí la importancia de identificar los factores que influyen para que la población femenina no acuda a realizarse dicho estudio.

El desarrollar el presente trabajo de investigación, tiene la finalidad de aportar un tema de interés para el área de enfermería, logrando asimismo, proporcionar un apoyo a los estudiantes en periodo de formación, se hace énfasis en la importancia real que tiene el realizar una detección precoz y oportuna de las lesiones tempranas en el cáncer cérvico-uterino influyendo en la disminución de la morbimortalidad en la población femenina con respecto a este problema de salud pública, representa una adición complementaria a los programas académicos institucionales en beneficio de la sociedad, dejando una puerta abierta para el desarrollo de estudios complementarios al respecto del tema.

En la práctica es un procedimiento de bajo costo, que no requiere de una gran tecnología, por ello puede ser realizado por personal de enfermería, médicos y auxiliares de salud. Que impacta la salud de las mujeres al disminuir los índices de morbilidad y mortalidad por cáncer cérvico uterino. Aumentar la cobertura de acceso puede y debe ser un procedimiento realizado por personal de enfermería.

II. OBJETIVOS

General.

-Identificar los factores que influyen para que las mujeres de 25 a 64 de edad no acuda a tomarse la citología cérvico-vaginal en la Unidad de Medicina Familiar No 38 del I.M.S.S. en México, D.F

Específicos.

- Detectar los factores que determinan que las mujeres de 25 a 64 años no acuda a tomarse la citología cérvico-vaginal en la Unidad de Medicina Familiar No. 38 del I.M.S.S. en México, D.F.
- Detectar las características de los servicios de salud que prevalecen en la Unidad de Medicina Familiar No. 38 del I.M.S.S. de México, D.F. para que la población no acuda a tomarse la citología cérvico-vaginal.
- Proponer un programa de promoción para facilitar el acceso para la realización de la citología cérvico-vaginal y con ello incrementar la cobertura en la Unidad de Medicina Familiar No. 38 del I.M.S.S. en México, D.F.

III REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Citología exfoliativa cérvico-vaginal

Generalidades.

- Concepto.

La citología, como su nombre lo indica, se ocupa del estudio de la célula. Podemos considerar dos vertientes: la citología básica y la citología clínica. La citología básica considera la célula como una estructura que tiene todas las funciones propias de un ser vivo. Estudia su composición, así como los procesos bioquímicos que en ella tienen lugar. El microscopio electrónico y la bioquímica son sus métodos de trabajo. La citología clínica no considera las células en forma aislada, sino como constituyentes de una estructura superior,

que es el tejido. La morfología de las células recogidas del tejido intenta conocer el estado de normalidad o anormalidad de dicho tejido. Su método de estudio es el microscopio óptico.

La citología clínica tiene fundamentalmente dos aplicaciones:

- Citología exfoliativa.
- Citología por punción.

La citología exfoliativa estudia las células que de forma espontánea se desprenden de los tejidos epiteliales y se depositan en el interior de las cavidades naturales, que están revestidas por dichos epitelios. El material para estudio se obtiene recogiendo las secreciones acumuladas en estas cavidades o bien frotando directamente la superficie del epitelio. La citología del aparato genital femenino, la del tubo digestivo y la del aparato respiratorio se incluyen en este apartado (González-Merlo, 1996).

La citología por punción obtiene el material celular de tejidos o estructuras que no están en contacto directo con las cavidades naturales y, mediante punción y aspiración, se recoge el material objeto de estudio, que nos informa sobre los procesos que pueden asentar en los diversos órganos. La citología mamaria, tiroidea, prostática y ganglionar pertenecen a este apartado.

Campos de aplicación:

- Aparato genital femenino: vulva, vagina, cuello uterino, endometrio.
- Aparato respiratorio: frotis bucales o faríngeos, esputos, broncoaspirados.
- Aparato digestivo.
- Citología urinaria.
- Secreciones mamarias.

Citología por punción. Se aplica al estudio de:

- Tiroides, mama, pulmón, próstata, ganglios, ovario y cualquier tumoración accesible.

Antecedentes históricos.

Los primeros estudios sobre citología se remontan a Malpighi (1673), quien estudió las células que constituyen la sangre. Los primeros informes sobre citología vaginal y cervical aparecieron en 1845 (Donne) y 1856 (Pouchet). Los primeros estudios citológicos sobre frotis por impronta aparecen en 1767 (Fontana), y la primera información citológica sobre extendidos por aspiración tuvo lugar en 1833 (Stanley).

La citología como método diagnóstico citológico complementario en clínica ha sido usada ya desde antiguo; así Gluge (1850) encontró células neoplásicas en frotis de cuello uterino y posteriormente Babes (1928) y Vianna (1928) comunicaron los primeros hallazgos.

La comprensión de la fisiología y del ciclo menstrual tuvo un gran avance en los estudios con animales, entre los cuales el trabajo de Papanicolaou con conejillos de Indias representó una gran contribución. En 1917 Stockard y Papanicolaou propusieron una explicación práctica para los métodos citológicos con el fin de investigar la función hormonal. Cuando George Papanicolaou pasó de estudiar sus frotis vaginales de conejillas de Indias a estudiar los de mujeres tuvo una oportunidad de examinar las células de las pacientes con cáncer. Años después dio la siguiente explicación: "La primera observación de células cancerosas en el frotis de un cérvix uterino fue una de las experiencias más emocionantes de toda mi carrera científica. Las características morfológicas tan sorprendentes de las células

cancerosas y de sus núcleos no podrían dejar de impresionar a ninguna persona que las observe por primera vez". En 1943, Papanicolaou y Traut reportaron el papel del frotis vaginal en la detección de cáncer uterino. Esto convirtió al frotis vaginal en un estudio complementario válido para el diagnóstico del cáncer ginecológico. Por esto es que desde los estudios de Papanicolaou y su aplicación en el diagnóstico precoz del cáncer del cuello uterino cuando la citología ha alcanzado su mayor auge y difusión (Papanicolaou, 1943, 1948, 1954). Actualmente ha alcanzado una gran difusión no sólo la citología exfoliativa ginecológica, sino también la pulmonar y la digestiva (Frable, 1977) (Jones, 1990, Wright, 1993, González-Merlo, 1996 & Shingleton).

Gran cantidad de investigadores demasiado numerosos como para poder ser mencionados aquí, han contribuido posteriormente al perfeccionamiento de la citología ginecológica.

Metodología operativa.

Requisitos.

Actualmente dentro de la Unidad de Medicina Familiar No. 38 y acorde a la normatividad existente (Programa para la Vigilancia, Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Control del Cáncer Cérvico Uterino, IMSS, 1998) los requisitos que se piden son:

- No acudir en período de menstruación.
- No haberse puesto medicamentos locales ya sea en forma de óvulos o cremas vaginales.

Técnica para la toma de la muestra (Ver anexos No. 5, 6, 7 y 8).

- Pasar a la paciente al cubículo explicarle el procedimiento a seguir y hacerle notar que las molestias ocasionadas no son mayores a una exploración ginecológica.
- Llenar el formato de solicitud y reporte de resultados de citología cervical poniendo especial cuidado en que el registro de los datos se haga de manera adecuada.
- Anotar en el extremo izquierdo de la laminilla las iniciales de la paciente, número de filiación, unidad y fecha de la toma.
- Solicitar a la paciente que se ponga la bata, se suba a la mesa de exploración y auxiliarla para que se coloque en posición ginecológica. Orientar la luz de la lámpara de chicote de tal forma que permita visualizar el campo donde se hará la toma.
- Colocarse el cubreboca y los guantes.
- Lubricar el espejo con solución fisiológica si la vagina esta seca.
- Colocar el espejo vaginal cerrado en forma lateral, girándolo suavemente a posición anteroposterior para abrir las valvas y fijarlo cuando se visualice el cuello uterino.
- Limpiar el cuello con una gasa seca antes de tomar la muestra , en caso de existir secreción o sangre .
- Identificar el orificio cervical externo y la zona del ectocérvix que lo rodea.
- Efectuar la primera toma con el extremo irregular de la espátula de Ayre o el abatelenguas, recargándolo sobre el orificio cervical externo y girando 360 grados para obtener material del ectocérvix.
- Extender la muestra en el tercio medio de la laminilla, con un movimiento circular excéntrico.

- Tomar la segunda muestra del endocérnix con el cepillo colector o cytobrush, introducirlo dentro del orificio cervical hasta que desaparezcan las cerdas girándolo suavemente 360 grados en el sentido de las manecillas del reloj.
- Extender la muestra en el tercio externo de la laminilla, presionando las cerdas y girando el cepillo en sentido contrario a las manecillas del reloj.
- Fijar la muestra con aerosol, mediante rociado fino y uniforme a una distancia de 40 a 50 cm. - Esperar a que seque y guardar en la caja porta laminillas.
- Comunicar a la paciente que se ha concluido el procedimiento.
- Extraer ligeramente el espejo, cerrarlo, girarlo a la posición lateral y retirarlo.
- Solicitar a la paciente que baje de la mesa y se cambie.
- Informar la fecha de entrega de resultados.

Interpretación de resultados.

De acuerdo a la normatividad existente (Secretaría de Salud, 1998) para el procesamiento y reporte de resultados del estudio citológico cérvico vaginal tenemos que se reportan en forma descriptiva de acuerdo al siguiente esquema:

- a.- Negativo a cáncer.
- b.- Negativo con proceso inflamatorio.
- c.- Displasia leve (NIC 1).
- d.- Displasia moderada (NIC 2).
- e.- Displasia grave (NIC 3).
- f.- Cáncer del cuello del útero in situ (NIC 3).

g.- Cáncer microinvasor e invasor.

h.- Adenocarcinoma

- Maligno no especificado.

Hallazgos adicionales.

a.- Imagen del virus del papiloma humano.

b.- Imagen del virus del herpes.

c.- Tricomonas.

d.- Bacterias.

e.- Hongos.

f.- Otras alteraciones (especifique).

Seguimiento de resultados del reporte citológico.

De acuerdo al reporte del estudio citológico el seguimiento que debe realizarse a cada paciente es el siguiente:

1. Negativo a cáncer: estudio citológico anual.
2. Negativo a cáncer con proceso inflamatorio: tratamiento específico y estudio citológico en forma semestral o anual de acuerdo a las alteraciones.
3. Displasia: tratamiento específico y estudio citológico en 6 meses en caso de displasia leve (NIC1). En casos de displasias moderada y grave (NIC2 o 3) se indica su referencia a clínica de Displasias para su estudio mediante colposcopia y cepillado endocervical.
4. Positivo a cáncer: se refiere a la paciente a una unidad de atención médica con servicio de Oncología.

**Infraestructura y disponibilidad de los servicios de salud
en la prevención del cáncer cérvico uterino.**

Situación nacional e institucional de la citología exfoliativa cérvico vaginal.

- Niveles de atención.

La presencia de las enfermedades en la población desde el inicio mismo de la vida del ser humano, ha propiciado que al transcurrir de los siglos la humanidad haya creado y puesto en práctica una multitud de acciones que le han permitido ir mejorando la atención del individuo enfermo, tanto en forma aislada como en función de la sociedad en que vive. De esta manera, al evolucionar la Medicina sobre todo en sus aspectos preventivos ha llevado al concepto y después a la implantación de los denominados niveles de atención médica, cuyo modelo de asociación más apropiado parece ser el de la historia natural de la enfermedad, en la que la mayoría de las enfermedades se auto limitan, otras dejan invalidez y otras terminan con la vida del individuo.

De esta forma al usar la historia natural de la enfermedad para relacionarla con los niveles de atención cumple un sentido práctico doble, en primer lugar porque al prevenirlas se propicia el bienestar del individuo al no tener secuelas o invalidez cumpliendo con el objetivo de la salud que no solo es la ausencia de enfermedades, sino el bienestar biopsicosocial del individuo, y en segundo término porque la prevención de las enfermedades cuesta menos que la curación o la rehabilitación.

Cuando se menciona la frecuencia y complejidad de los padecimientos entonces se esta refiriendo a los niveles de atención a la salud o niveles de atención médica. A este hecho se enfrentaron los que planificaron los recursos que se requieren para la atención de las personas

que sufren enfermedades o están propensas a ellas, teniéndose que estructurar los servicios médicos y las instalaciones para el cuidado y atención de la salud de la población derechohabiente, dándosele una organización a los servicios en base a lo expuesto previamente. Así se regionalizaron los servicios, desde unidades médicas rurales hasta los centros médicos donde se dan una serie de condiciones que permiten que por medio del concepto de regionalización acudan los pacientes que necesitan tecnología sofisticada y mayor concentración de recursos. Las prestaciones médicas del instituto se imparten a través de un sistema constituido por una red de servicios preventivos, curativos y de rehabilitación, distribuidos estratégicamente para garantizar una atención oportuna y eficiente por lo cual para responder a las necesidades de la población y promover la salud, al prevenir riesgos y atender daños, se reorganizó el sistema en tres niveles de atención, que permiten una mejor coordinación y optimización de los recursos humanos, físicos y técnicos.

Así dentro del instituto se tienen contemplados tres niveles de atención en los cuales, en el primer nivel de atención se contempla el 85% de la demanda total de atención médica y se encuentran en el las unidades de medicina familiar en las cuales se realizan actividades de promoción a la salud, protección específica, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno en pacientes ambulatorios, tanto en consultorios, como en sus domicilios y en la propia comunidad. En el segundo nivel de atención se tienen contemplados hospitales generales de subzona, hospitales generales de zona y hospitales generales regionales atendándose en estas unidades patologías que requieren atención especializada en las ramas troncales de la medicina como cirugía general, medicina interna, ginecobstetricia y pediatría. Por ultimo el 3er. nivel es responsabilidad de los considerados Centros Médicos en los cuales se

proporciona atención de alta especialidad y en la cual se considera que únicamente el 3% de la población atendida requiere atención en este nivel (Niveles de Atención en el Instituto Mexicano del Seguro Social, 1994).

Situación a nivel nacional.

A nivel nacional de acuerdo a la Secretaría de Salud en su Boletín de Información Estadística en cuanto a programas sustantivos se contabilizaron 4,194,128 estudios de citología exfoliativa cérvico vaginal para 1998 y 5,096,970 para el año de 1999 haciéndose notar que en estas cifras se encuentran incluidas todas las instituciones del sector salud (Secretaría de Salud, 1998 & 1999).

Situación en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social acorde a las estadísticas reportadas por la misma Secretaría de Salud para 1998 se contabilizaron 278,879 estudios realizados en población abierta y 1,826,105 en población derechohabiente para un total de 2,104,984 citologías realizadas en esta institución. Por otra parte para 1999 se realizaron 283,310 estudios en población abierta y 1,971,265 en población derechohabiente lo que da un total de 2,255,075 estudios realizados con una diferencia de más 150,091 (7.1%) de incremento en la realización de citologías con respecto al año previo. Cabe hacer notar que las cifras anteriores tienen ciertas restricciones ya que de acuerdo a la Secretaría de Salud la institución no proporciona todos los datos que se solicitan dentro de los programas de detección y prevención del cáncer cérvico uterino (Secretaría de Salud, 1998 & 1999).

Situación en la Unidad de Medicina Familiar No. 38.

La Unidad de Medicina Familiar No. 38 se encuentra ubicada en la delegación 3 suroeste del Instituto Mexicano del Seguro Social en el Distrito Federal en Av. Parque España No. 9 en la colonia Condesa. Cuenta con múltiples vías de acceso así como medios de transporte tales como el metro, autobuses, colectivos, etc. que permiten un rápido acceso a la unidad para la población derechohabiente. (Ver anexo No. 3)

En la Unidad de Medicina Familiar No. 38 del Instituto Mexicano del Seguro Social en 1998 se tenía contemplada una meta de 591 estudios realizados al año cumpliéndose con el 83% de la misma significando un total de 490 estudios realizados; en cambio para 1999 la meta programada fue de 501 cumpliéndose en el 93% para un total de 464 estudios realizados (Estadísticas vitales UMF 38, 1998 & 1999).

Disponibilidad de recursos humanos para la toma de la citología exfoliativa cérvico vaginal en la unidad de Medicina Familiar No. 38 del I.M.S.S.

Dentro de la plantilla de personal con que se cuenta dentro de la Unidad de Medicina Familiar No. 38 para cubrir los requerimientos de atención médico-preventiva se tiene que para los turnos matutino y vespertino se cuenta con 5 médicos familiares de los cuales uno de ellos tiene funciones en cuanto al programa de fomento a la salud; asimismo se cuenta con 5 enfermeras de las cuales 2 son enfermeras generales y 3 auxiliares de enfermería estando asignadas o asignados a Medicina Preventiva 1 en el turno matutino, 1 en el turno vespertino y 1 en horario mixto.

Programa de Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino

Generalidades.

La prevención, control y tratamiento del cáncer del cuello del útero constituye una prioridad en nuestro país. En países en desarrollo como México los cambios de estilo de vida producidos en los últimos 50 años han modificado los patrones de enfermar y morir, determinando un gran reto para los servicios de salud. Por tal razón los sistemas de salud deben responder a este cambio y adoptar nuevas estrategias ante los problemas de salud actuales como el cáncer, no sólo para atender la creciente demanda de los servicios por padecimientos neoplásicos, sino cambiar el enfoque en la prestación de los servicios a través del fortalecimiento en la prevención de estas enfermedades.

Desde hace muchos años, la lucha contra el cáncer se ha centrado principalmente en medidas de prevención y diagnóstico oportuno. El cáncer cérvico uterino es uno de los pocos para los cuales existen pruebas de detección sensibles, seguras, baratas y de especificidad relativamente buena. Por esta razón es que dentro del contexto del Programa México Salud-2000, la Secretaría de Salud y las Instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud se consideran que la detección temprana y el manejo oportuno del cáncer cérvico uterino es una de las líneas de acción sustantiva y prioritaria para contribuir al mejoramiento de los niveles de salud y bienestar de las mujeres mexicanas.

El incremento en la esperanza de vida al nacimiento de la población, los cambios de estilo de vida y los procesos de urbanización e industrialización del país, han favorecido en los últimos años incrementos significativos en la morbilidad y mortalidad por enfermedades crónico-degenerativas como las neoplasias malignas. El cáncer cérvico uterino constituyó en

1996 la primera causa de muerte en la mujer a partir de los 25 años y el tercer lugar como causa de mortalidad general. Ante esta situación, reflejo de una inequidad social en Junio de 1996 por iniciativa del Secretario de Salud se reorienta y renueva el Programa de Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino todos y cada uno de sus componentes, incluyendo los de normatividad, estrategias programáticas, capacitación, control de calidad, información y evaluación, investigación, comunicación educativa y social y participación comunitaria.

En seguimiento a esta iniciativa y contando con una activa participación interinstitucional e intersectorial, se elaboró el nuevo Programa de Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino para el periodo 1998-2000, el cual incorpora los avances científicos y tecnológicos logrados en esta materia en las últimas décadas, a nivel nacional e internacional, y se ubica en el contexto holístico de la Salud Reproductiva fortaleciendo la perspectiva de género y la coparticipación responsable del varón. El programa privilegia las acciones preventivas, con énfasis en los grupos de edad de mayor riesgo, con particular atención a la población que reside en áreas de alta marginación.

La adecuada operación del nuevo programa en los sectores público, social y privado permitirá incrementar la cobertura de la detección temprana y el manejo oportuno del cáncer cérvico uterino y contribuirá a la disminución de la morbimortalidad de esta neoplasia maligna en la población femenina de nuestro país. Derivado de este programa es que se emite el 6 de Marzo de 1998 la Norma Oficial Mexicana para la Prevención, detección, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Cérvico Uterino.

En los países en que se tienen campañas de detección adecuadas con el estudio citológico cervical, se ha observado una importante disminución de la incidencia y mortalidad

por cáncer cérvico uterino, atribuible a la detección de las lesiones precursoras y preinvasoras, displasias o neoplasias intraepiteliales cervicales en las que el diagnóstico oportuno ofrece la posibilidad de tratamiento exitoso a un menor costo, tanto social como para los servicios de salud.

Si bien se han resuelto muchas interrogantes sobre la etiología del cáncer cérvico uterino y se encuentran en desarrollo alternativas terapéuticas y de prevención, lograr altas coberturas de detección temprana a través del estudio citológico Papanicolaou, garantizando un nivel adecuado de calidad de los procedimientos de los laboratorios de citología, así como del tratamiento y seguimiento de las mujeres afectadas, constituirá el eje fundamental del Programa de Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino.

Debido a que en nuestro país el perfil epidemiológico muestra incremento en la incidencia de esta enfermedad, se considera un problema de salud pública, por lo que es necesario subrayar como estrategia principal, la coordinación de los sectores público, privado y social para afrontar este padecimiento con mayor compromiso, eficiencia y eficacia. Será también importante lograr una participación activa de la comunidad en la solución de este problema de salud, lo cual se logrará mediante la enseñanza, difusión y concientización de los riesgos y complicaciones de la misma teniendo como finalidad primordial abatir los índices de morbilidad y mortalidad por esta entidad.

El cáncer cérvico uterino in situ, de acuerdo con la definición de la OMS, es una lesión en la que todo el epitelio o la mayor parte de él muestra el aspecto celular de carcinoma. No hay invasión del estroma subyacente.

Es la primera causa de muerte por cáncer en la mujer en el grupo de edad de 25 a 64 años. La morbilidad y mortalidad por cáncer cérvico uterino, alcanzó en los últimos años en México, niveles realmente alarmantes, particularmente si se considera que esta neoplasia maligna es prevenible y que cuando es detectada tempranamente es curable.

La tendencia de la mortalidad por cáncer cérvico uterino fue ascendente hasta 1990, año en el que se registró una tasa de 24.9 defunciones por cada 100 mil mujeres mayores de 25 años. A partir de entonces, se ha registrado una tendencia ligeramente descendente, debido principalmente a un incremento de la población femenina y no a la reducción en el número de defunciones. En 1996 la tasa de mortalidad por esta causa fue de 21.4. La mortalidad por cáncer cérvico uterino se incrementa con la edad, de una manera similar a lo que ocurre con la mayoría de las neoplasias malignas. En 1996 la tasa de mortalidad en mujeres menores de 25 años fue de 1.6 defunciones por cada 100 mil mujeres de la misma edad; la tasa se incrementa a 9.6 en el grupo de 30 a 34 años de edad, y a 30.1 en el grupo de mujeres de 45 a 49 años. La tasa asciende proporcionalmente con la edad hasta alcanzar un valor de 137.4 en las mujeres de 80 años o más.

El análisis del número de defunciones por cáncer cérvico uterino de acuerdo a la institución indica que el 43.2% ocurrieron en el Instituto Mexicano del Seguro Social, el 41% en población abierta, responsabilidad de la Secretaría de Salud y en algunas entidades, del programa IMSS-Solidaridad. El 6.3% de las defunciones ocurrieron en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, el 1% en los servicios médicos de PEMEX, el 0.6% en la Secretaría de la Defensa Nacional y el 8% en otras.

Por lo anterior tenemos que el cáncer cérvico uterino: 1) es la segunda neoplasia más frecuente en el mundo, 2) su incidencia se ajusta a la edad, 3) los países industrializados tienen una incidencia de 10/100,000, 4) en los países en vías de desarrollo llega a ser de 40/100,000 (ya que 4 de 5 nuevos casos se diagnostican en estos países) y 5) doce mujeres diariamente mueren en México por cáncer cérvico uterino (una cada dos horas).

Fox señaló una tasa de progresión de 60% durante un lapso de 10 años en las displasia leves a moderadas, y 30% de regresión; 10% de los casos no mostraron cambios y, para la aparición de cáncer invasor a partir de carcinoma in situ, fue de 30-70% en un lapso de 10 años. Para 1997 de acuerdo con el Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas se ubicó al cáncer cérvico uterino dentro de los dos primeros lugares de morbilidad por cáncer en el sexo femenino (Secretaría de Salud, 1986, 1994 & 1998) (Ver anexo No. 1).

El carcinoma del cuello uterino en México en mujeres mayores de 25 años, ocupa una tasa de mortalidad de 20.9/100,000 según la Secretaría de Salud (S.I.S.P.A.). Para 1998 se reportaron en México 8,600 casos de carcinoma del cuello uterino (Ver anexo No. 2).

Un reporte de citología exfoliativa cérvico-vaginal negativo disminuye el peligro en 45% y nueve citologías negativas en la vida de la mujer prácticamente descartan el riesgo de cáncer cérvico uterino (CaCu). El riesgo de cáncer invasor es 10 veces mayor en las pacientes que nunca se han tomado la citología cérvico-vaginal. La sensibilidad de la citología en NIC III es de un 78 a 92%. (Frederickson, 1998, González-Merlo, 1996, Juárez, 1990 & Pitkin, 1996).

Objetivos del programa.

Dentro del Programa de Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino los objetivos a cumplir fueron los siguientes:

Objetivo general.

- Disminuir la mortalidad por cáncer cérvico uterino en la población mexicana.

Objetivos específicos.

- Promover la citología cervical (Papanicolaou) en todas las mujeres desde el inicio de su vida reproductiva brindándoles información veraz y oportuna.
- Incrementar la detección oportuna de cáncer cérvico uterino en las mujeres de 25 a 64 años de edad, con énfasis en aquellas que nunca se han realizado la prueba del Papanicolaou.
- Asegurar el tratamiento de los casos diagnosticados como procesos inflamatorios atípicos, displasias, infecciones por virus del papiloma humano y cáncer.

Metas del programa.

- Metas de cobertura.

- Incrementar al 70% la cobertura de detección temprana de cáncer cérvico uterino en mujeres de 25 años y más.
- Incrementar el diagnóstico de casos de displasias leves (1.5%), moderadas (0.7%), severas (0.5%), cáncer in situ (0.3%) y cáncer invasor (0.2%), del total de citologías cervicales realizadas.
- Tratar el 90% de los casos con diagnóstico de displasia, infección por virus del papiloma humano y cáncer cérvico uterino in situ.

- Metas de impacto.

- Reducir al 30% los casos de cáncer cérvico uterino invasor.
- Disminuir en 15% la mortalidad por cáncer cérvico uterino en relación al número de defunciones ocurridas en 1995.

Normatividad

Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Cérvico Uterino.

El Comité Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, definió los lineamientos normativos para el nuevo Programa de Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino.

El proyecto de Norma Oficial Mexicana se publicó el día 10. de Agosto de 1997 en el Diario Oficial de la Federación y se abrió un espacio de consulta pública que concluyó el 30 de Noviembre de 1997. Se recibieron un número importante de comentarios, sugerencias y recomendaciones de parte de organismos no gubernamentales, instancias legislativas, instituciones académicas y de investigación, así como de organizaciones internacionales, denotando un gran interés de la sociedad civil por este programa, lo cual contribuyó a fortalecer el contenido del Proyecto de Normatividad.

El Comité Nacional de Normalización revisó e incorporó las recomendaciones propuestas al documento y después de un proceso de concertación y consenso, dio respuesta oficial a los comentarios en el Diario Oficial de la Federación el día 2 de Marzo de 1998.

La Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Control, Tratamiento y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Cérvico Uterino se publicó en el Diario Oficial de la Federación el 6 de Marzo de 1998 y entro en vigencia al día siguiente de su publicación.

Dentro de los aspectos relevantes de la normatividad se tienen las siguientes consideraciones:

- Se establece la gratuidad en la realización de la Citología Cervical en todas las Instituciones del Sector Público.
- La periodicidad de la citología cervical será cada tres años en aquellas mujeres con 2 citologías negativas, anuales, consecutivas; sin embargo se brindará el servicio de detección temprana, con mayor periodicidad, a quién así lo solicite.
- Los establecimientos del sector público asegurarán la atención y manejo de todos los casos diagnosticados como displasia o cáncer cérvico uterino, exentando de pago a las mujeres de bajos recursos.
- La Norma Oficial Mexicana es de observancia obligatoria en todas las instituciones de los sectores público, social y privada.
- Acorde a las características de la población, historia natural de la enfermedad y la influencia que se ha observado en cuanto a la presencia de factores de riesgo se ha considerado como prioritario la realización de la citología cervical en aquellas mujeres que presenten los siguientes antecedentes o prácticas de riesgo:
 1. Mujer en el grupo de 25 a 64 años.
 2. Inicio temprano de las relaciones sexuales, antes de los 18 años.

3. Múltiples parejas sexuales (tanto del hombre como de la mujer).
4. Infección cervical por el virus del papiloma humano.
5. Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual.
6. Tabaquismo.
7. Deficiencia de folatos y vitaminas A, C y E.
8. Nunca haberse practicado el estudio citológico.

Estrategias operativas.

Para lograr un mayor rendimiento derivado del establecimiento de la normatividad se han establecido las siguientes estrategias para apoyar su cumplimiento:

- Difusión amplia de los nuevos lineamientos normativos entre el personal directivo y operativo de los servicios de salud, población usuaria y toda la sociedad en general.
- Coordinación de todas las áreas involucradas en el programa a nivel nacional, estatal y jurisdiccional para asegurar su operación adecuada.
- Eliminación de barreras médicas y de servicios que obstaculizan la eficiente operación del programa, ampliando los horarios de atención para la detección oportuna en los diferentes niveles de atención.
- Ampliación de la promoción y prestación de servicios, aprovechando todos los espacios y oportunidades como ferias de salud, semanas nacionales de salud, Octubre: mes de la salud reproductiva y brigadas móviles de atención.

- Ampliación de la cobertura en los grupos de población de mayor riesgo, dando particular énfasis en la promoción del programa durante 1998, entre las mujeres de 45 a 64 años de edad, en el año de 1999 en el grupo de 35 a 44 años y en el año 2000 en las mujeres de 25 a 34 años.

Cartilla Nacional de Salud de la Mujer.

Aunado al programa establecido y dentro de los programas de auto cuidado de la salud se determinó el papel primordial que juegan las mujeres en materia de auto cuidado de la salud como parte de la responsabilidad que comparten con los servicios de salud en la detección y prevención de enfermedades previsible y prevenible como lo es el Cáncer Cérvico Uterino por lo que se diseñó un instrumento que permite tener información amplia y precisa sobre los principales problemas de salud de las mujeres, al tiempo que facilite a éstas llevar un seguimiento adecuado de su estado de salud. Dicho instrumento se denominó Cartilla Nacional de Salud de la Mujer la cual integra información sobre:

- Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino y Cáncer Mamario.
- Salud Perinatal.
- Planificación Familiar.
- Detección y Control de Diabetes e Hipertensión.
- Inmunizaciones.
- Menopausia.

La Cartilla Nacional de Salud de la Mujer se estableció el 6 de Marzo de 1998 por Decreto Presidencial publicado en el Diario Oficial de la Federación. La distribución de la Cartilla en

todo el territorio nacional se realizó a partir del 6 de Marzo de 1998, garantizando su entrega en forma GRATUITA a todas las mujeres, desde el inicio de su vida reproductiva, en las unidades de atención del Sistema Nacional de Salud cuando la misma sea solicitada o en la primera ocasión en que se les preste atención médica (Programa de Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino 1998-2000 & Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Cérvico Uterino, 1998) (Ver anexo No. 4).

III. METODOLOGÍA.

Determinación de la estrategia de investigación.

Tipo de investigación.

La presente investigación, es un estudio de tipo descriptivo y cuantitativo porque se buscará describir los factores que influyen para que las mujeres de 25 a 64 años no acuda a tomarse la citología cérvico-vaginal, expresando la frecuencia con que se presentan dichos factores.

Diseño de la investigación.

Es un diseño de investigación no experimental, transversal y descriptivo. Es no experimental pues se realizará sin manipular deliberadamente las variables; es transversal ya que se estudiarán las variables en estudio en un solo momento, en un tiempo único y en un grupo de unidades de observación y es descriptivo pues su propósito es describir variables y analizar cuantitativamente su incidencia e interrelación en un momento dado.

Definición operacional de las variables (indicadores)

Barreras de acceso.

Distancia.

- Distancia para acudir a la toma de la muestra.
- Transporte y vías de comunicación.

Barreras de acceso institucionales de los servicios de salud.

Inherentes a la institución y servicios de salud.

- Trámites para la toma de muestra.
- Tiempo de espera para la toma de la muestra.
- Tiempo de entrega de los resultados.
- Características del espacio físico para la toma de la muestra.

Inherentes al personal

- Personal de salud que toma la muestra.
- Respeto a la individualidad de la usuaria durante la toma.
- Información proporcionada al momento de la toma.
- Calidad de la atención otorgada.

Método de selección de los participantes

Universo.

El universo fue conformado por 2026 mujeres con vida sexual activa o sin ella dentro del grupo de edad de 25 a 64 años, derechohabientes adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 38 del I.M.S.S. en México, D.F.

Población.

La población fue constituida por 130 mujeres adscritas a la unidad las cuales acudieron a toma de estudio citológico siendo este el número promedio de estudios realizados en forma bimestral.

Muestra.

La muestra fue seleccionada por muestreo probabilístico, aplicando la siguiente fórmula:

$$N' = \text{Tamaño de la muestra}$$

$$N' = S^2 \text{ Varianza de la muestra} / V^2 \text{ Varianza de la muestra}$$

$$N' = n' / 1 + (n' / N)$$

Con base en este cálculo se obtuvieron 100 usuarias lo cual es una muestra representativa de la población en estudio.

Determinación del tamaño de la muestra

Para una población de 130 pacientes derechohabientes el tamaño de la muestra representativa se calculará de acuerdo a las siguientes fórmulas tomando en consideración un error estándar de 0.15 (el cual nos indica que de cada 100 casos, 99 veces la predicción será la correcta):

$$N' = \text{Tamaño de la muestra}$$

$$n' = S^2 (\text{Varianza de la muestra}) / V^2 (\text{Varianza de la muestra})$$

$$N' = n' / 1 + (n' / N)$$

Donde: N: Población de 130 mujeres Y: Valor promedio de una variable = 1

Se: Error estándar = .015 V2: Varianza de la población S2: Varianza de la muestra

Sustituyendo:

$$n' = S2 / V2$$

$$S2 = p (1 - p) = 0.9 (1 - 0.9) = 0.09$$

$$V = (.015)^2 = 0.000225$$

$$n' = .09 / .000225 = 400$$

$$N' = n' / 1 + (n' / N)$$

$$N' = 400 / 1 + (400 / 130) = 400 / 1 + 3$$

$$N' = 400 / 4 = 100$$

Criterios de selección de las participantes.

Criterios de inclusión.

- Mujeres de 25 a 64 años de edad.
- Mujeres con vida sexual activa.
- Mujeres sin vida sexual activa mayores de 25 años.
- Mujeres con vida sexual sin relaciones sexuales en los últimos 6 meses.
- Mujeres embarazadas.
- Mujeres derechohabientes a la Unidad de Medicina Familiar No. 38 del I.M.S.S. en México, D.F.

Criterios de exclusión.

- Mujeres mayores de 64 años o menores de 25 años.
- Mujeres no derechohabientes a la Unidad de Medicina Familiar No. 38 del I.M.S.S. en México, D.F.

Criterios de eliminación.

- Mujeres que no acepten participar en la investigación.
- Mujeres que proporcionen datos incompletos o elijan más de una opción en sus respuestas.

Requerimientos de la investigación

Recursos humanos.

- 1 Pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.
- 1 Directora de tesis con grado de maestría en ciencias de la enfermería: Mtra. María de los Angeles Torres Lagunas
- Personal de enfermería adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 38 del I.M.S.S. en el área de Medicina Preventiva: 2 enfermeros y 3 auxiliares de enfermería.

Recursos físicos y materiales.

- 1 computadora personal compatible con Windows con software Word y Excel. Una impresora de inyección de tinta.
- Artículos de papelería: papel, lápices, plumas, gomas, etc.
- Copias de artículos y del instrumento.
- Libros y revistas de consulta.

- **Bibliohemerotecas:** Centro Médico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social, Centro Médico "La Raza" del Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital de Ginecobstetricia No.4 "Dr. Castelazo Ayala". I.M.S.S, Instituto Nacional de Cancerología, Instituto Nacional de Perinatología, Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (E.N.E.O.) de la Universidad Nacional Autónoma de México. (U.N.A.M.), Instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar No. 38 del I.M.S.S. en México, D.F. y Centro de Información para Decisiones en Salud (CENIDS), Instituto Nacional de Salud Pública.

Recursos financieros.

- | | |
|---------------------------------------|------------|
| - Libros y revistas | \$ 600.00 |
| - Copias | \$ 400.00 |
| - Artículos de papelería | \$ 1000.00 |
| - Impresión y encuadernación de tesis | \$ 3000.00 |

Instrumento de evaluación (encuesta)

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 y realizarse la toma de la citología exfoliativa estructurándose el mismo para conocer: características de la unidad médica, metodología del estudio, características del personal, calidad de la atención y características de la información recibida. En cuanto a los servicios de salud de acuerdo a la preguntas planteadas se pretendió conocer las características de la unidad médica en términos de ubicación, limpieza, espacio y accesibilidad a la misma; en cuanto al estudio en si mismo dicha encuesta permite saber que grado de accesibilidad tiene la realización del estudio, la calidad de la toma y el procesamiento así como la oportunidad percibida por las pacientes al momento de recibir sus resultados y la orientación correspondiente. Por último, se intenta conocer las características del personal a cargo de la toma del estudio para conocer la calidad de atención brinda así como también su grado de preparación en cuanto al tema. La encuesta consta de 19 preguntas con respuestas abiertas y de opción múltiple

Institución.

Es una organización integrada por un área física, recursos materiales y humanos dedicados a la atención de las necesidades de salud de la población; en México se identifican entre otros el Instituto Mexicano del Seguro Social (I.M.S.S.), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (I.S.S.S.T.E.), Secretaría de Salud (S.S.), Servicios Médicos Privados (S.M.P.), Servicios Médicos del Gobierno del Distrito Federal (S.M.G.D.F.), etc.

Servicios de salud.

De acuerdo con la Ley General de Salud de 1998, se entiende por servicios de salud todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general dirigidas a promover y restaurar la salud de la persona y la colectividad. Los servicios de salud se clasifican en tres tipos: de atención médica, de salud pública y de asistencia social.

Este indicador se midió con una pregunta cerrada multitómica con el siguiente ítem:

- ¿En qué institución de salud se realizó su última citología cérvico-vaginal?
 I.M.S.S. I.S.S.S.T.E. S.S. S.M.G.D.F. S.M.P. Otro

Trámite para la toma de la citología cérvico vaginal.

Son los trámites a seguir por la usuaria, impuestos por la institución para la realización de la citología cérvico-vaginal. Este indicador se evaluó con los siguientes ítems:

- En cuanto a la complejidad, los requisitos para la toma de la citología cérvico-vaginal son:
 Muy simples Simples Complejos Muy complejos
- En cuanto al número de trámites para la toma de la citología cérvico-vaginal le parecen:
 Los suficientes Pocos Regulares Muchos Demasiados

Personal de salud.

Es la persona capacitada, que toma la muestra a la usuaria; puede ser enfermera, médico, estudiante de enfermería, auxiliar de salud, etc. Este indicador se evaluó con los siguientes ítems:

- ¿Quién le tomó la citología cérvico-vaginal en su última toma?
 Enfermera Médico Estudiante de enfermería
 Auxiliar de salud Otro

- ¿Quién preferiría que le tomará su citología cérvico-vaginal?

Enfermera Médico Estudiante de enfermería Auxiliar de salud Otro

Respecto a la individualidad de la mujer.

Es la protección del área genital de la usuaria con el objeto de aislarla de otras miradas.

Este indicador se midió con el siguiente ítem:

- Cuándo a usted le toman la citología cérvico-vaginal le proporcionan:

Una bata Una sábana Un trapo Papel Ninguno

Información proporcionada durante la toma de la citología cérvico vaginal.

Es la orientación que el personal de salud proporciona a la usuaria en relación con el procedimiento. Este indicador se evaluó con los siguientes ítems:

- ¿Cómo considera usted la información que le proporcionan antes y después de tomarle la citología cérvico-vaginal?

Muy completa Completa Insuficiente No me dan información

- ¿Quién le proporcionó la información?

Enfermera Médico Estudiante de enfermería Auxiliar de salud Otro

Tiempo de espera para la toma de la citología cérvico vaginal.

Es el tiempo en minutos u horas que espero la usuaria para que le tomarán la citología cérvico-vaginal en la última ocasión. Este indicador se midió con el siguiente ítem:

- ¿En la última toma de citología cérvico-vaginal, cuánto tiempo esperó para que se la realizaran?

15 a 30 min. 31 a 45 min. 46 a 60 min. Más de 60 min.

Tiempo de entrega de resultados de la citología cérvico vaginal.

Es el tiempo en días o meses que espera la usuaria para recibir los resultados de la citología cérvico-vaginal en la última toma (Hernández et al., 1999). Este indicador se evaluó con la escala de diferencial semántico con el siguiente ítem:

- En cuanto el tiempo de entrega de los resultados de la citología cérvico-vaginal este fue:

15 a 30 días 31 a 45 días 46 a 60 días más de 60 días

- La entrega de resultados de la citología cérvico-vaginal fue:

Oportuna No recibió resultados No recogió resultados

¿porqué? _____

Espacio físico para la toma de la citología cérvico vaginal.

Es el área física destinada para realizar el procedimiento en una institución prestadora de servicios de salud. Este indicador se midió con los siguientes ítems:

- ¿Cómo considera usted el lugar donde se le realizó la toma de citología cérvico-vaginal?

Cómodo Parcialmente cómodo Incómodo

Limpio Parcialmente limpio Sucio

Amplio Parcialmente amplio Pequeño

- El lugar donde usted se cambió para la toma de la última citología cérvico-vaginal contaba con:

Vestidor Baño Biombo Cortina No había lugar específico

Sobre la calidad de la atención recibida durante la toma de la citología cérvico vaginal.

Es la atención proporcionada por el personal de salud responsable de la toma de citología cérvico-vaginal. Es el valor numérico que expresa el grado de satisfacción percibido por la paciente respecto del servicio que recibe (Hernández, 1998). Este indicador se evaluó con los siguientes ítems:

- El personal que le solicitó sus datos personales durante el procedimiento fue:
Amable Descortés Indiferente
- Le tomaron sus datos con:
Rapidez Normal Lentitud
- El trato del personal de enfermería fue:
Excelente Bueno Malo
- Si no fue adecuado, indique en que turno:
Matutino Vespertino

No acude a tomarse su citología cérvico vaginal

Referente a la accesibilidad de los servicios de salud.

Es la distancia que tiene que recorrer la usuaria para poder tener acceso a los servicios básicos de salud dentro de su comunidad. Este indicador se midió con el siguiente ítem:

- Con respecto a su domicilio considera que la Unidad de Medicina Familiar se encuentra:
Muy lejos Lejos Cerca Muy cerca

Por último se deja un espacio abierto para recomendaciones y sugerencias de las pacientes participantes con el fin de conocer sus opiniones para mejorar la calidad del servicio. Este indicador se midió con el siguiente ítem:

- Recomendaciones para mejorar la atención durante la toma del examen de Papanicolaou: _____

V RESULTADOS.

TABLAS Y GRÁFICAS

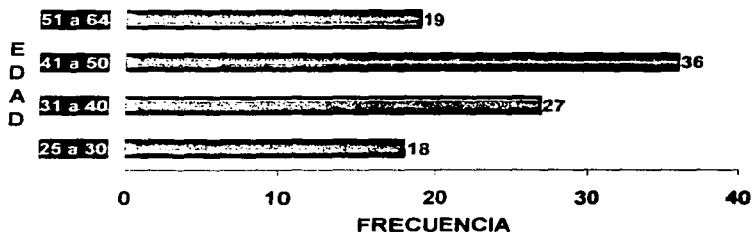
CUADRO NO. 1
EDAD DE LAS MUJERES QUE ACUDEN A TOMA DE CITOLOGÍA
EXFOLIATIVA CÉRVICO-VAGINAL
EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 38

EDAD	F	%
25 A 30	18	18
31 A 40	27	27
41 A 50	36	36
51 a 64	19	19
TOTAL	100	100

Fuente: Concentrado de datos obtenidos del cuestionario aplicado a mujeres de 25 a 64 años que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No. 38 del I.M.S.S.

GRÁFICA No. 1

EDAD DE LAS MUJERES QUE ACUDEN A LA TOMA DE
CITOLOGIA EXFOLIATIVA CERVICO-VAGINAL EN LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 38



Fuente: Concentrado de datos obtenidos del cuestionario aplicado a mujeres de 25 a 64 años que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No. 38 del I.M.S.S.

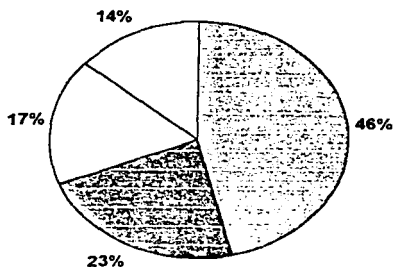
CUADRO No. 2

OCUPACIÓN DE PACIENTES QUE ACUDIERON A TOMA DE CITOLOGÍA CERVICO-VAGINAL A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.38 DEL IMSS

OCUPACIÓN	F	%
Hogar	46	46
Secretaria	23	23
Empleada	17	17
Otro	14	14
TOTAL	100	100

Fuente: Concentrado de datos obtenidos del cuestionario aplicado a mujeres de 25 a 64 años que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No. 38 del I.M.S.S.

GRÁFICA No.2
OCUPACIÓN DE PACIENTES QUE ACUDEN A TOMA DE CITOLOGÍA



□ HOGAR □ SECRETARIA □ EMPLEADA □ OTRO

Fuente: Concentrado de datos obtenidos del cuestionario aplicado a mujeres de 25 a 64 años que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No. 38 del I.M.S.S.

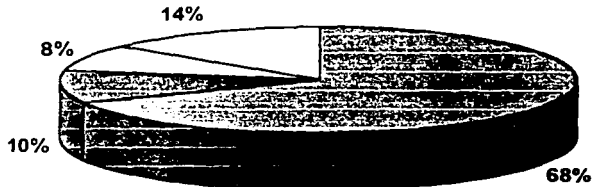
CUADRO No. 3

RELIGIÓN DE LAS MUJERES QUE ACUDIERON A TOMA DE LA CITOLOGIA CERVICO-VAGINAL A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 38 DE IMSS.

RELIGION	F	%
Católica	68	68
Creyente	10	10
Cristiana	8	8
Otros	14	14
TOTAL	100	100

Fuente: Concentrado de datos obtenidos del cuestionario aplicado a mujeres de 25 a 64 años que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No. 38 del I.M.S.S.

GRAFICA 3
RELIGION



□ CATOLICA □ CREYENTE □ CRISTIANA □ OTRO

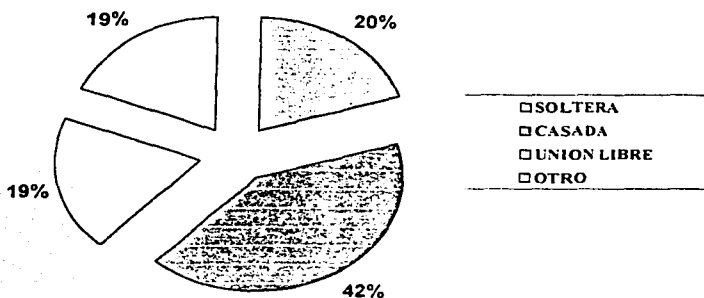
Fuente: Concentrado de datos obtenidos del cuestionario aplicado a mujeres de 25 a 64 años que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No. 38 del I.M.S.S.

CUADRO No. 4
ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES QUE ACUDIERON
A TOMA DE CITOLOGÍA

EDO. CIVIL	F	%
Soltera	20	20
Casada	42	42
Unión libre	19	19
Otro	19	19
TOTAL	100	100

Fuente: Concentrado de datos obtenidos del cuestionario aplicado a mujeres de 25 a 64 años que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No. 38 del I.M.S.S.

GRÁFICA No. 4
ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES QUE ACUDIERON A
TOMA DE CITOLOGÍA



Fuente: Concentrado de datos obtenidos del cuestionario aplicado a mujeres de 25 a 64 años que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No. 38 del I.M.S.S.

CUADRO No. 5

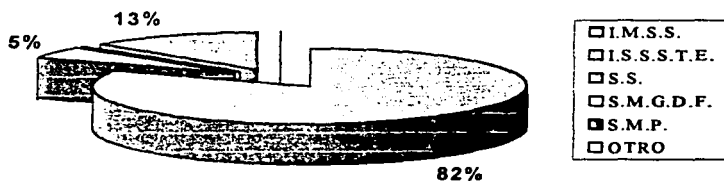
INSTITUCIÓN A LA QUE ACUDIERON PARA LA TOMA DE CITOLOGÍA EXFOLIATIVA CÉRVICO-VAGINAL (PAPANICOLAOU)

INSTITUCION	F	%
I.M.S.S.	82	82
I.S.S.S.T.E.	5	5
S.S.	0	0
S.M.G.D.F.	0	0
S.M.P.	13	13
OTRO	0	0
TOTAL	100	100

Fuente: Concentrado de datos obtenidos del cuestionario aplicado a mujeres de 25 a 64 años que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No. 38 del I.M.S.S.

GRÁFICA No. 5

INSTITUCIÓN A LA QUE ACUDIERON PARA LA TOMA DE CITOLOGÍA EXFOLIATIVA CÉRVICO-VAGINAL (PAPANICOLAOU)



Fuente: Concentrado de datos obtenidos del cuestionario aplicado a mujeres de 25 a 64 años que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No. 38 del I.M.S.S.

CUADRO No. 6

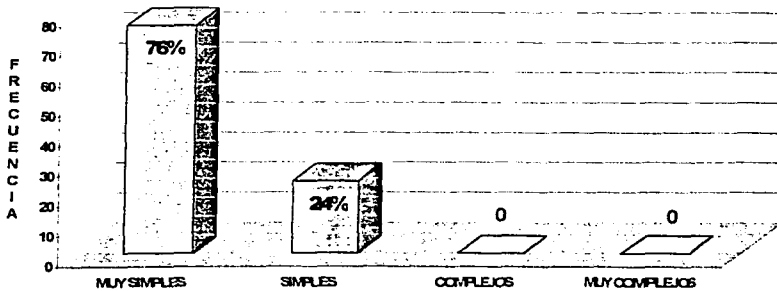
CONSIDERACIONES SOBRE LOS REQUISITOS SOLICITADOS PARA LA TOMA DE LA CITOLOGÍA EXFOLIATIVA CÉRVICO-VAGINAL

REQUISITOS	F	%
Muy simples	76	76
Simple	24	24
Complejos	0	0
Muy complejos	0	0
TOTAL	100	100

Fuente: Concentrado de datos obtenidos del cuestionario aplicado a mujeres de 25 a 64 años que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No. 38 del I.M.S.S.

GRÁFICA No. 6

CONSIDERACIONES SOBRE LOS REQUISITOS SOLICITADOS PARA LA TOMA DE LA CITOLOGÍA EXFOLIATIVA CÉRVICO-VAGINAL



Fuente: Concentrado de datos obtenidos del cuestionario aplicado a mujeres de 25 a 64 años que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No. 38 del I.M.S.S.

CUADRO No. 7

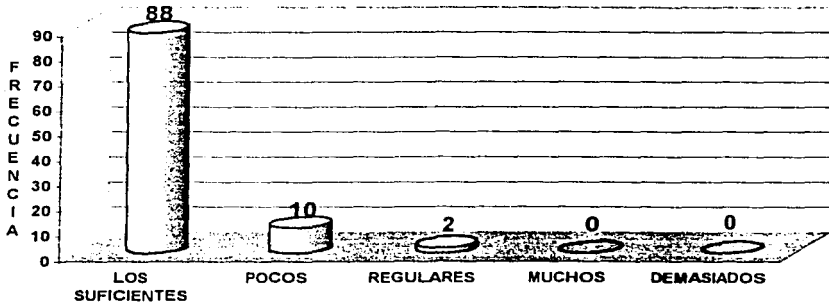
NÚMERO DE TRÁMITES PARA LA TOMA DE LA CITOLOGÍA EXFOLIATIVA CÉRVICO-VAGINAL

No. TRÁMITES	F	%
Suficientes	88	88
Pocos	10	10
Regulares	2	2
Muchos	0	0
Demasiados	0	0
TOTAL	100	100

Fuente: Concentrado de datos obtenidos del cuestionario aplicado a mujeres de 25 a 64 años que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No. 38 del I.M.S.S.

GRÁFICA No. 7

NÚMERO DE TRÁMITES PARA LA TOMA DE LA CITOLOGÍA EXFOLIATIVA CÉRVICO-VAGINAL



Fuente: Concentrado de datos obtenidos del cuestionario aplicado a mujeres de 25 a 64 años que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No. 38 del I.M.S.S.

CUADRO No. 8

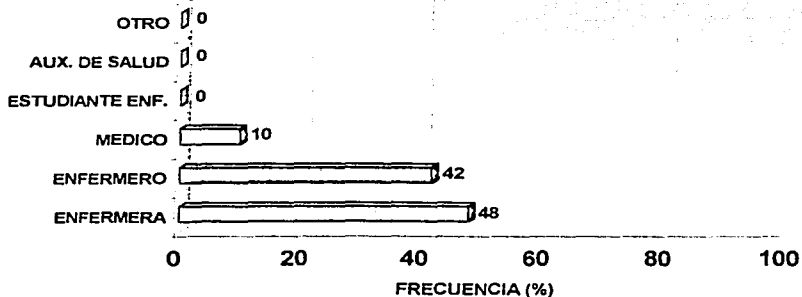
PERSONAL QUE TOMO LA CITOLOGÍA EXFOLIATIVA CERVICO-VAGINAL LA ÚLTIMA VEZ

PERSONAL	F	%
Enfermera	48	48
Enfermero	42	42
Médico	10	10
Est. de enfermería	0	0
Auxiliar de salud	0	0
Otro	0	0
TOTAL	100	100

Fuente: Concentrado de datos obtenidos del cuestionario aplicado a mujeres de 25 a 64 años que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No. 38 del I.M.S.S.

GRÁFICA No. 8

PERSONAL QUE TOMO LA CITOLOGÍA EXFOLIATIVA CERVICO-VAGINAL LA ÚLTIMA VEZ



Fuente: Concentrado de datos obtenidos del cuestionario aplicado a mujeres de 25 a 64 años que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No. 38 del I.M.S.S.

CUADRO No. 9

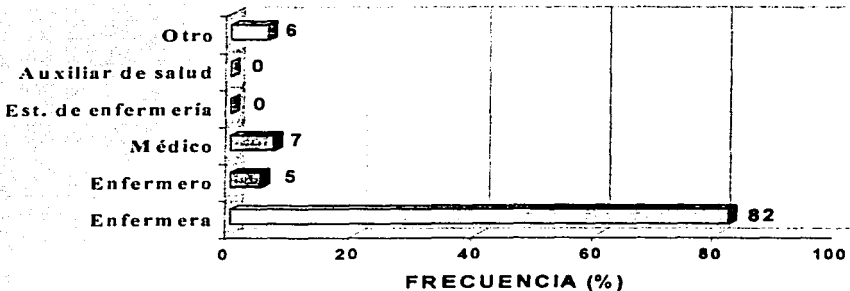
PREFERENCIA PERSONAL PARA LA TOMA DE LA CITOLOGÍA EXFOLIATIVA CÉRVICO-VAGINAL

PERSONAL PREFERIDO	F	%
Enfermera	82	82
Enfermero	5	5
Médico	7	7
Est. de enfermería	0	0
Auxiliar de salud	0	0
Otro	6	6
TOTAL	100	100

Fuente: Concentrado de datos obtenidos del cuestionario aplicado a mujeres de 25 a 64 años que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No. 38 del I.M.S.S.

GRÁFICA No. 9

PREFERENCIA PERSONAL PARA LA TOMA DE LA CITOLOGÍA EXFOLIATIVA CÉRVICO-VAGINAL



Fuente: Concentrado de datos obtenidos del cuestionario aplicado a mujeres de 25 a 64 años que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No. 38 del I.M.S.S.

CUADRO No. 10

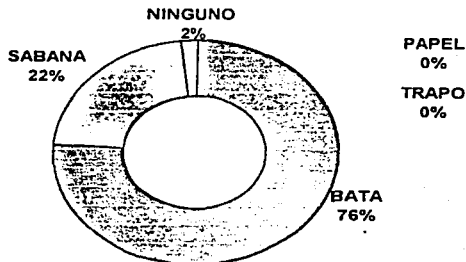
MATERIAL PROPORCIONADO PARA CUBRIRSE DURANTE LA REALIZACIÓN DE LA CITOLOGÍA EXFOLIATIVA CÉRVICO-VAGINAL

MATERIAL	F	%
Bata	76	76
Sábana	22	22
Trapecio	0	0
Papel	0	0
Ninguno	2	2
TOTAL	100	100

Fuente: Concentrado de datos obtenidos del cuestionario aplicado a mujeres de 25 a 64 años que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No. 38 del I.M.S.S.

GRÁFICA No. 10

MATERIAL PROPORCIONADO PARA CUBRIRSE DURANTE LA REALIZACIÓN DE LA CITOLOGÍA EXFOLIATIVA CÉRVICO-VAGINAL



Fuente: Concentrado de datos obtenidos del cuestionario aplicado a mujeres de 25 a 64 años que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No. 38 del I.M.S.S.

CUADRO No. 11

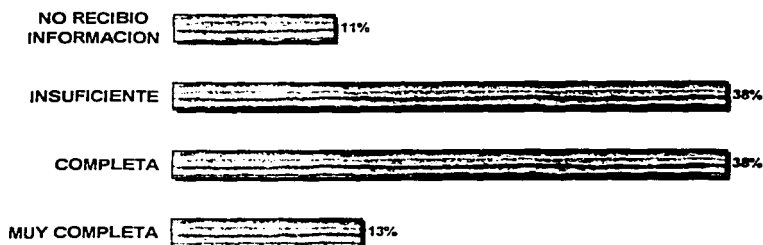
INFORMACIÓN PROPORCIONADA ANTES Y DESPUÉS DE LA TOMA DE LA CITOLOGÍA EXFOLIATIVA CÉRVICO-VAGINAL

INFORMACION	F	%
Muy completa	13	13
Completa	38	38
Insuficiente	38	38
No recibió información	11	11
TOTAL	100	100

Fuente: Concentrado de datos obtenidos del cuestionario aplicado a mujeres de 25 a 64 años que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No. 38 del I.M.S.S.

GRÁFICA No. 11

INFORMACIÓN PROPORCIONADA ANTES Y DESPUÉS DE LA TOMA DE LA CITOLOGÍA EXFOLIATIVA CÉRVICO-VAGINAL



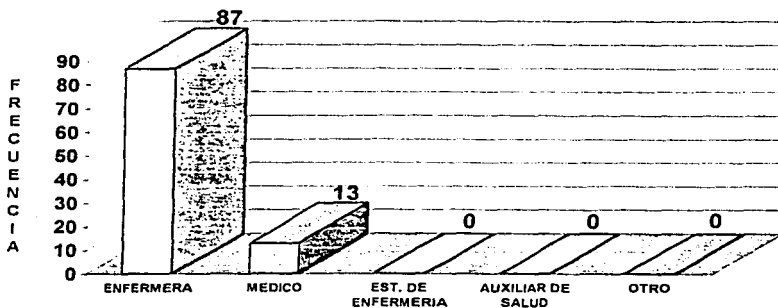
Fuente: Concentrado de datos obtenidos del cuestionario aplicado a mujeres de 25 a 64 años que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No. 38 del I.M.S.S.

CUADRO No. 12
PERSONAL QUE LE PROPORCIONÓ LA INFORMACIÓN

PROPORCIONO INFORMACION	F	%
Enfermera	87	87
Médico	13	13
Estudiante de enfermería	0	0
Auxiliar de Salud	0	0
Otro	0	0
TOTAL	100	100

Fuente: Concentrado de datos obtenidos del cuestionario aplicado a mujeres de 25 a 64 años que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No. 38 del I.M.S.S.

GRÁFICA No. 12
PERSONAL QUE PROPORCIONÓ LA INFORMACIÓN



Fuente: Concentrado de datos obtenidos del cuestionario aplicado a mujeres de 25 a 64 años que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No. 38 del I.M.S.S.

CUADRO No. 13

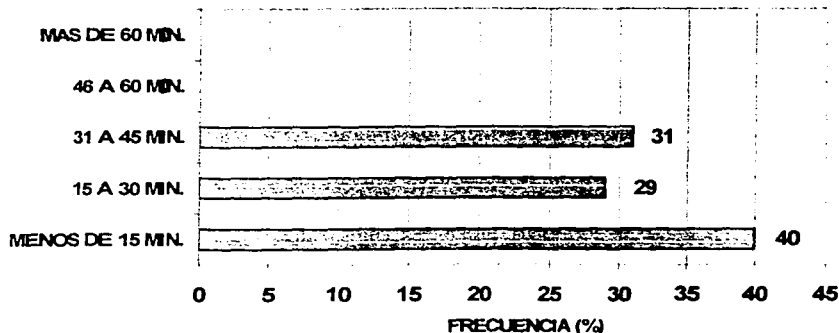
TIEMPO DE ESPERA PARA LA TOMA DEL EXAMEN CITOLÓGICO

TIEMPO DE ESPERA	F	%
Menos de 15 min.	40	40
15 a 30 min.	29	29
31 a 45 min.	31	31
46 a 60 min.	0	0
Más de 60 min.	0	0
TOTAL	100	100

Fuente: Concentrado de datos obtenidos del cuestionario aplicado a mujeres de 25 a 64 años que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No. 38 del I.M.S.S.

GRÁFICA No. 13

TIEMPO DE ESPERA PARA LA TOMA DEL EXAMEN CITOLÓGICO



Fuente: Concentrado de datos obtenidos del cuestionario aplicado a mujeres de 25 a 64 años que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No. 38 del I.M.S.S.

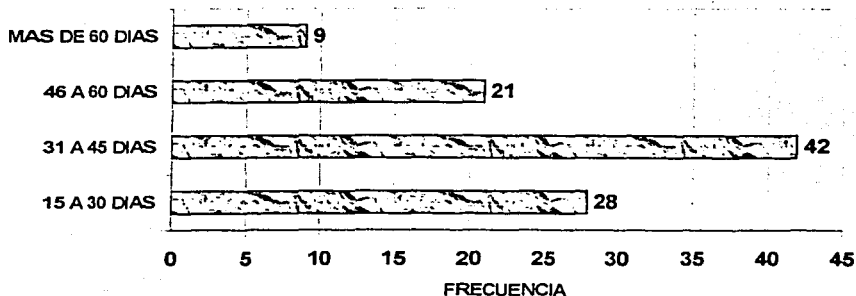
CUADRO No. 14

TIEMPO DE ENTREGA DE RESULTADOS DEL EXAMEN DE PAPANICOLAOU

TIEMPO DE ENTREGA	F	%
15 a 30 días	28	28
31 a 45 días	42	42
46 a 60 días	21	21
Más de 60 días	9	9
TOTAL	100	100

Fuente: Concentrado de datos obtenidos del cuestionario aplicado a mujeres de 25 a 64 años que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No. 38 del I.M.S.S.

GRÁFICA No.14
TIEMPO DE ENTREGA DE RESULTADOS
DEL ESTUDIO CITOLÓGICO



Fuente: Concentrado de datos obtenidos del cuestionario aplicado a mujeres de 25 a 64 años que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No. 38 del I.M.S.S.

CUADRO No. 15

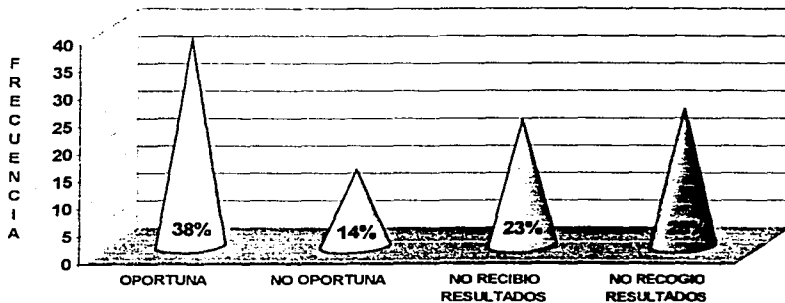
**OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE RESULTADOS
DEL EXAMEN DE PAPANICOLAOU**

ENTREGA DE RESULTADOS	F	%
Oportuna	38	38
No oportuna	14	14
No recibió resultados	23	23
No recogió resultados	25	25
TOTAL	100	100

Fuente: Concentrado de datos obtenidos del cuestionario aplicado a mujeres de 25 a 64 años que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No. 38 del I.M.S.S.

GRÁFICA No. 15

**OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE RESULTADOS
DEL EXAMEN DE PAPANICOLAOU**



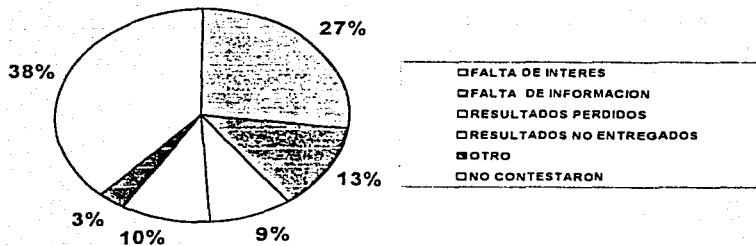
Fuente: Concentrado de datos obtenidos del cuestionario aplicado a mujeres de 25 a 64 años que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No. 38 del I.M.S.S.

**CUADRO No. 16
EVALUACIÓN DE LA ENTREGA NO OPORTUNA
DE LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO CITOLÓGICO**

MOTIVO	F	%
Falta de interés	27	27
Falta de información	13	13
Resultados perdidos	9	9
Nunca se los entregaron	10	10
Otro	3	3
No contestaron	38	38
TOTAL	100	100

Fuente: Concentrado de datos obtenidos del cuestionario aplicado a mujeres de 25 a 64 años que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No. 38 del I.M.S.S.

**GRÁFICA No. 16
EVALUACION DE LA ENTREGA NO OPORTUNA DE
LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO CITOLÓGICO**



Fuente: Concentrado de datos obtenidos del cuestionario aplicado a mujeres de 25 a 64 años que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No. 38 del I.M.S.S.

CUADRO No. 17

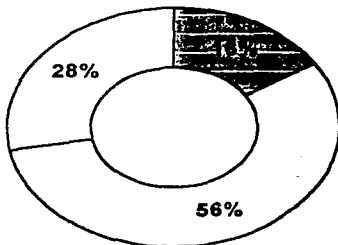
COMODIDAD DEL ÁREA DONDE SE TOMÓ EL ESTUDIO CITOLÓGICO

COMODIDAD	F	%
Cómodo	16	16
Parcialmente cómodo	56	56
Incómodo	28	28
TOTAL	100	100

Fuente: Concentrado de datos obtenidos del cuestionario aplicado a mujeres de 25 a 64 años que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No. 38 del I.M.S.S.

GRÁFICA No. 17

COMODIDAD DEL ÁREA DONDE SE TOMÓ EL ESTUDIO CITOLÓGICO



COMODO
 PARCIALMENTE COMODO
 INCOMODO

Fuente: Concentrado de datos obtenidos del cuestionario aplicado a mujeres de 25 a 64 años que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No. 38 del I.M.S.S.

CUADRO No. 18

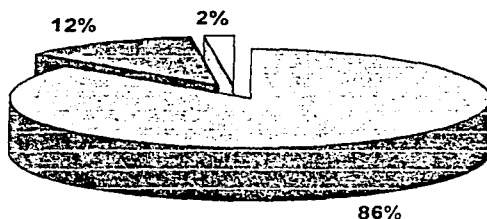
LIMPIEZA DEL ÁREA DONDE SE TOMÓ EL ESTUDIO CITOLÓGICO

LIMPIEZA	F	%
Limpio	86	86
Parcialmente limpio	12	12
Sucio	2	2
TOTAL	100	100

Fuente: Concentrado de datos obtenidos del cuestionario aplicado a mujeres de 25 a 64 años que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No. 38 del I.M.S.S.

GRÁFICA No. 18

LIMPIEZA DEL ÁREA DONDE SE TOMÓ EL ESTUDIO CITOLÓGICO



□ LIMPIO ▨ PARCIALMENTE LIMPIO ▩ SUCIO

Fuente: Concentrado de datos obtenidos del cuestionario aplicado a mujeres de 25 a 64 años que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No. 38 del I.M.S.S.

CUADRO No. 19

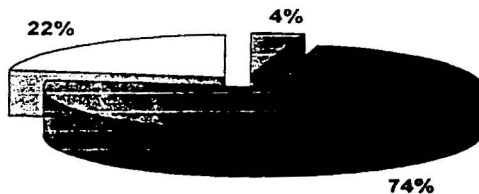
ESPACIO DISPONIBLE PARA LA TOMA DEL ESTUDIO CITOLÓGICO

ESPACIO	F	%
Amplio	4	4
Parcialmente amplio	74	74
Pequeño	22	22
TOTAL	100	100

Fuente: Concentrado de datos obtenidos del cuestionario aplicado a mujeres de 25 a 64 años que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No. 38 del I.M.S.S.

GRÁFICA 19

ESPACIO DISPONIBLE PARA LA TOMA DEL ESTUDIO CITOLÓGICO



AMPLIO
 PARCIALMENTE AMPLIO
 PEQUEÑO

Fuente: Concentrado de datos obtenidos del cuestionario aplicado a mujeres de 25 a 64 años que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No. 38 del I.M.S.S.

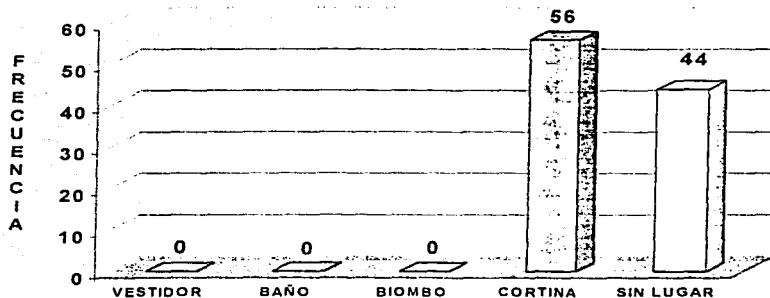
CUADRO No. 20

LUGAR DONDE SE CAMBIA LA PACIENTE
PARA LA TOMA DEL ESTUDIO DE PAPANICOLAOU

ENTREGA DE RESULTADOS	F	%
Vestidor	0	0
Baño	0	0
Biombo	0	0
Cortina	56	56
Sin lugar	44	44
TOTAL	100	100

Fuente: Concentrado de datos obtenidos del cuestionario aplicado a mujeres de 25 a 64 años que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No. 38 del I.M.S.S.

GRÁFICA No. 20
LUGAR DONDE SE CAMBIA LA PACIENTE
PARA LA TOMA DEL ESTUDIO DE PAPANICOLAOU



Fuente: Concentrado de datos obtenidos del cuestionario aplicado a mujeres de 25 a 64 años que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No. 38 del I.M.S.S.

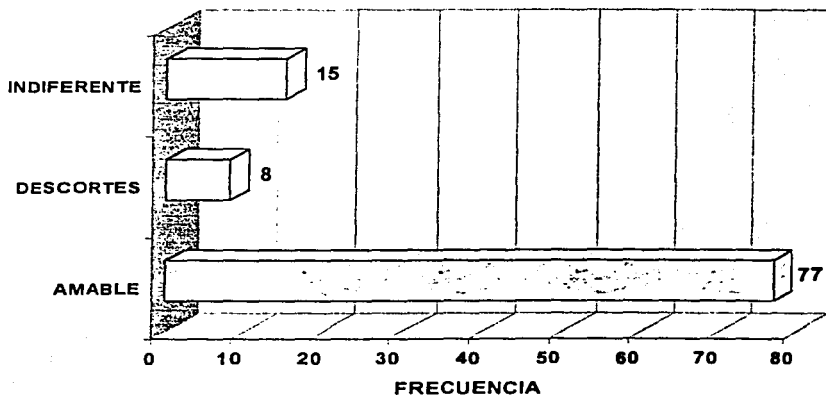
CUADRO No. 21

ACTITUD DEL PERSONAL QUE TOMA EL ESTUDIO CITOLÓGICO

ACTITUD	F	%
Amable	77	77
Descortés	8	8
Indiferente	15	15
TOTAL	100	100

Fuente: Concentrado de datos obtenidos del cuestionario aplicado a mujeres de 25 a 64 años que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No. 38 del I.M.S.S.

GRÁFICA No. 21
ACTITUD DEL PERSONAL QUE TOMA
EL ESTUDIO CITOLÓGICO



Fuente: Concentrado de datos obtenidos del cuestionario aplicado a mujeres de 25 a 64 años que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No. 38 del I.M.S.S.

CUADRO No. 22

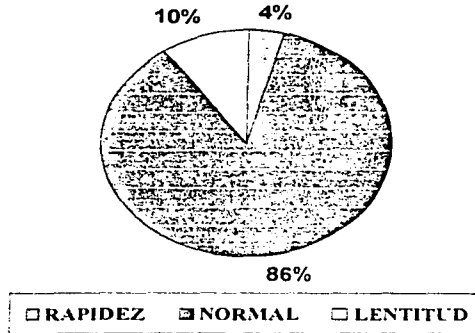
**OBTENCIÓN DE DATOS PERSONALES DURANTE
LA TOMA DEL ESTUDIO CITOLÓGICO**

TOMA DE DATOS	F	%
Rapidez	4	4
Normal	86	86
Lentitud	10	10
TOTAL	100	100

Fuente: Concentrado de datos obtenidos del cuestionario aplicado a mujeres de 25 a 64 años que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No. 38 del I.M.S.S.

GRÁFICA No. 22

**OBTENCIÓN DE DATOS PERSONALES DURANTE
LA TOMA DEL ESTUDIO CITOLÓGICO**



Fuente: Concentrado de datos obtenidos del cuestionario aplicado a mujeres de 25 a 64 años que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No. 38 del I.M.S.S.

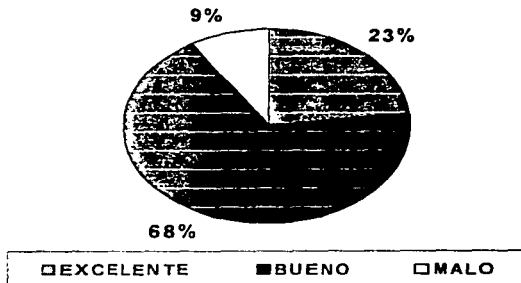
CUADRO No. 23

TRATO DEL PERSONAL QUE TOMÓ EL ESTUDIO CITOLÓGICO

TIEMPO	F	%
Excelente	23	23
Bueno	68	68
Malo	9	9
TOTAL	100	100

Fuente: Concentrado de datos obtenidos del cuestionario aplicado a mujeres de 25 a 64 años que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No. 38 del I.M.S.S.

GRÁFICA No. 23
TRATO DEL PERSONAL QUE TOMÓ
EL ESTUDIO CITOLÓGICO



Fuente: Concentrado de datos obtenidos del cuestionario aplicado a mujeres de 25 a 64 años que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No. 38 del I.M.S.S.

CUADRO No. 24

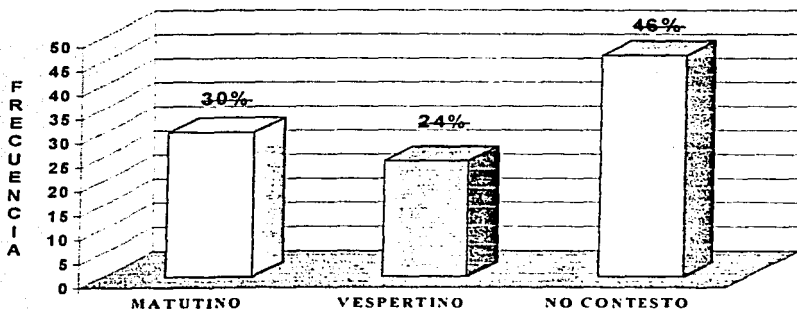
SOBRE EL TRATO INADECUADO A LA PACIENTE DURANTE LA TOMA DEL EXAMEN CITOLÓGICO

TRATO INADECUADO	F	%
Matutino	30	30
Vespertino	24	24
No contesto	46	46
TOTAL	100	100

Fuente: Concentrado de datos obtenidos del cuestionario aplicado a mujeres de 25 a 64 años que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No. 38 del I.M.S.S.

GRÁFICA No. 24

SOBRE EL TRATO INADECUADO A LA PACIENTE DURANTE LA TOMA DEL EXAMEN CITOLÓGICO



Fuente: Concentrado de datos obtenidos del cuestionario aplicado a mujeres de 25 a 64 años que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No. 38 del I.M.S.S.

CUADRO No. 25

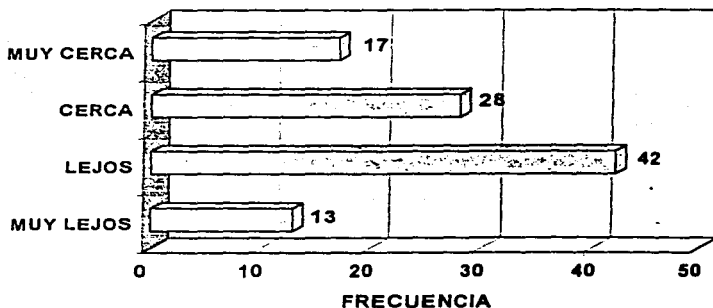
EVALUACIÓN DE LAS PACIENTES DE LA DISTANCIA DE LA UMF No. 38 CON RESPECTO A SU DOMICILIO PARA ACUDIR A LA TOMA DE PAPANICOLAOU

DISTANCIA	F	%
Muy lejos	13	13
Lejos	42	42
Cerca	28	28
Muy cerca	17	17
TOTAL	100	100

Fuente: Concentrado de datos obtenidos del cuestionario aplicado a mujeres de 25 a 64 años que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No. 38 del I.M.S.S.

GRÁFICA No. 25

EVALUACIÓN DE LA DISTANCIA ENTRE EL DOMICILIO DE LAS PACIENTES Y LA U.M.F. No. 38 PARA ACUDIR A LA TOMA DE PAPANICOLAOU



Fuente: Concentrado de datos obtenidos del cuestionario aplicado a mujeres de 25 a 64 años que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No. 38 del I.M.S.S.

CUADRO No. 26

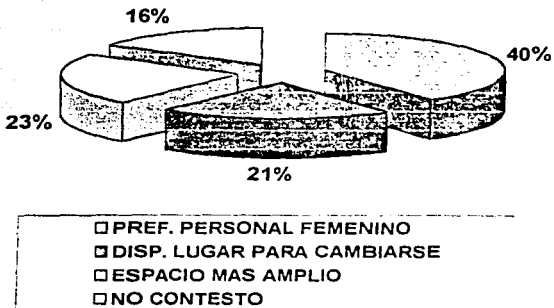
RECOMENDACIONES PARA MEJORAR LA ATENCIÓN DURANTE LA TOMA DEL EXAMEN DE PAPANICOLAOU

RECOMENDACIONES	F	%
Toma del estudio por personal del sexo femenino	40	40
Disponibilidad de un lugar más adecuado para cambiarse	21	21
Disponibilidad de un lugar más amplio para la toma del examen	23	23
No contesto	16	16
TOTAL	100	100

Fuente: Concentrado de datos obtenidos del cuestionario aplicado a mujeres de 25 a 64 años que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No. 38 del I.M.S.S.

GRÁFICA No. 26

RECOMENDACIONES PARA MEJORAR LA ATENCIÓN DURANTE LA TOMA DEL PAPANICOLAOU



Fuente: Concentrado de datos obtenidos del cuestionario aplicado a mujeres de 25 a 64 años que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No. 38 del I.M.S.S.

VI ANÁLISIS DE RESULTADOS

En relación a los grupos de edad de las pacientes que acudieron a realizarse la toma de la citología exfoliativa cérvico vaginal se observó que relativamente la mayor frecuencia estuvo en el grupo de 41 a 50 años con un 36% siguiéndole el grupo de 31 a 40 años con el 27% lo que en conjunto ocupó un 63% del total de las pacientes esto va acorde a las pirámides poblacionales actuales en la unidad de medicina familiar No. 38. Hay que recordar también que en estos grupos de edad dado que llevan una vida sexual activa, se encuentran también las más altas tasas de procesos infecciosos cervicovaginales que conllevan lesiones cervicales de importancia clínica contando también con el grado de madurez física y emocional de las pacientes lo cual crea una mayor concientización en cuanto a la importancia del auto cuidado de la salud.

En el grupo de 25 a 30 años se apreció una frecuencia del 18%, se podría deducir que no se encontró una gran asistencia ya que en su mayoría las pacientes eran solteras y por la naturaleza del tipo de estudio al no contar con información adecuada ya sea por pudor o ignorancia, no acuden para realizarse su examen. Asimismo, en el grupo de pacientes de 51 a 64 años con una frecuencia de 19% las pacientes se encuentran en el climaterio y debido a fenómenos de hipoestrogenismo cursan con atrofia urogenital, siendo el estudio muy molesto, por la presencia de resequead y adelgazamiento de la mucosa vaginal.

En cuanto a la ocupación de las pacientes entrevistadas se observó que en su mayoría se trataba de mujeres dedicadas al hogar en un 46% realizando algún tipo de actividad laboral como secretaria con un 23%, empleada en un 17% y de otro tipo en un 14%. Es notoria la

mayor facilidad que tienen las mujeres dedicadas al hogar para acudir a realizarse su estudio ya que 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 se considera deseable y en algunos lugares únicamente se trabaja dicho estudio en un solo turno.

Cuando se evaluó el factor religión se observó que el 68% de las pacientes que acudieron a realizarse el estudio profesaban la religión católica, 10% se dijo creyente, 8% de religión cristiana y un 14% no refirió religión alguna. De acuerdo a estos resultados se observa que al igual que la mayor parte de la población incluida la no derechohabiente la religión predominante es la católica, no lográndose detectar o asignar en este rubro algún factor de índole religioso que pudiera contribuir a la no aceptación o falta de realización del estudio citológico.

Analizando el estado civil de las mujeres que acuden a realizarse su estudio se observó un mayor porcentaje de mujeres casadas con un 42%, contando con algún otro tipo de relación de pareja ya sea unión libre en un 19% y en el apartado de otro donde se manifestó su condición de viudez o divorciada con 19%, quedando un 20% de mujeres solteras. Se pone de manifiesto, que en su mayoría las pacientes que acuden a realizarse el estudio conllevan algún tipo de relación de pareja, no observándose esto en mujeres solteras en las cuales las razones debidas a cuestiones culturales, sociales y de idiosincrasia son un obstáculo a vencer para aceptar plenamente la validez y seguridad del estudio; en el caso de las pacientes viudas o divorciadas 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 seguir acudiendo para la toma del mismo.

Analizando el cuadro No. 4 referente a la institución a la que se acudió para la realización del estudio de Papanicolaou, se observó que el mayor porcentaje de pacientes utilizó el servicio otorgado en el Instituto Mexicano del Seguro Social con un 82% de los casos estudiados dejando el restante 18% repartido en otras instituciones así como en servicios de atención médica privada correspondiendo un 5% al I.S.S.S.T.E. y el 13% a servicios médicos privados. Esto denota, que la mayoría de la población femenina derechohabiente hace uso de los servicios que en materia de prevención, detección y salud reproductiva pone a su disposición el I.M.S.S. recalándose que, cierto número de las pacientes cuenta en forma paralela con atención en instituciones como el I.S.S.S.T.E., lo que amplía el panorama para poder acudir a una u otra institución, de acuerdo a su conveniencia personal y también en base a la misma, decidirse a utilizar los servicios médicos privados ajenos a las instituciones debido en parte a la mayor rapidez en la entrega de resultados aunque, esto les genere el consabido desembolso por la realización de este estudio.

Respecto a la complejidad de los requisitos solicitados para poder llevar a cabo la toma del estudio citológico cérvico vaginal se observó que en el 76% de los casos, se consideraron muy simples y simples en el 24%, lo cual muestra el cambio que se ha venido dando en cuanto a las modificaciones de las normas existentes para la realización del estudio acordes a las últimas recomendaciones hechas por diversas autoridades del Sector Salud plasmadas en la Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Cérvico Uterino que data del 6 de Marzo de 1998 en la cual en virtud de ampliar la cobertura y poder ofrecer una mayor y mejor accesibilidad a

programas que en materia de prevención y detección se tienen, se han disminuido en forma importante los requisitos solicitados para la toma del estudio. siendo actualmente únicamente requisito solicitado el que la paciente no presente sangrado transvaginal y aun en estos casos es discutible, ya que en revisiones recientes se ha considerado que en manos de personal capacitado y con experiencia se puede subsanar este aspecto.

Aunado a esto, está lo relacionado al número de trámites para la realización del estudio dentro de los cuales se pueden considerar los requisitos (ejm. carnet), el llenado del formato correspondiente y el mismo procedimiento de estudio en si para obtener un buen material para el estudio y análisis de las células de descamación del epitelio cérvico-vaginal. A este respecto observó que el 88% de las pacientes consultadas considera suficiente el número de requisitos mientras que el 10% los consideró pocos y regulares en un 2%. Es importante considerar el número de requisitos, para así poder plantear, cumplir y satisfacer las expectativas de las pacientes y las metas establecidas al incrementar el número de estudios basándose en una mayor facilidad para solicitarlo.

De acuerdo al tipo de personal que tomó la muestra cuando acudieron a realizarse el estudio, se pudo observar que en su mayoría fue personal de enfermería con un 90% de los casos y únicamente el 10% restante fue tomado por un médico esto refleja el tipo de estructura de servicios con que se cuenta en el sector salud considerando que la mayoría acudió al estudio en un medio institucional, donde los servicios de medicina preventiva realizan los estudios citológicos se encuentran atendidos por personal de enfermería exclusivamente, quedando esta responsabilidad finalmente en sus manos: siendo tomado por los médicos

únicamente en aquellas situaciones en las cuales las mismas pacientes solicitan que sea un médico el que lo lleve a cabo.

Al analizar las preferencias personales de las pacientes acerca de quien preferiría que le tomara su estudio, se pudo observar que el 94% de los casos se eligió predominantemente al personal de enfermería, haciéndose un particular énfasis que dentro del mismo fuera alguien del sexo femenino, con un 82%. Esto es importante en para lograr una mayor identificación y confianza de las pacientes, ya que en muchas ocasiones, al acudir a solicitar la toma del estudio y percatarse que es personal de enfermería del sexo masculino el encargado prefieren no tomarse el estudio, generándose una fuga importante de pacientes que prefieren acudir en otro turno o a otro lugar para que se le realice, siempre y cuando sea una mujer debido a la desconfianza que se genera hacia el hombre en estos casos, más aún cuando son cuestiones de índole ginecológica en las que las pacientes tienen que desvestirse.

Al acudir una paciente a realizarse su estudio citológico de Papanicolaou, generalmente se le proporciona algún tipo de vestimenta para cubrirse durante el mismo. En este caso el 98% de las pacientes mencionaron que se les proporcionó ropa siendo en el 76% de los casos una bata y una sábana en el 22 y que no se contó con ningún material el 2%. La cantidad y tipo de vestimenta que se les proporciona a las mujeres en los lugares donde se toma el estudio de Papanicolaou ya sea medio privado o institucional, generalmente se encuentra en función la cantidad disponible y se asigna por unidad o por turno así como también por el número de estudios tomados a lo largo de una jornada de trabajo, lo que en el caso de las pacientes que refirieron que no se les proporcionó algo se pudiera pensar en estas posibilidades siendo cuestionable desde el punto de vista profesional el que se le haya tomado el estudio o en otro

caso el que la paciente acepte que se le realice sin las medidas adecuadas que le puedan garantizar su seguridad durante el 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 que como parte de lo que se conoce como consentimiento informado. Es obligación del personal ya sea médico o de enfermería proporcionar las bases sobre las cuales una persona pueda tomar una decisión ya sea para algún tratamiento o la realización de estudios que en el caso de la citología exfoliativa cérvico vaginal se considera invasiva. A este respecto, la información proporcionada a lo largo de la realización del estudio, se observó que el 76% de las pacientes refirió haber recibido información en forma completa o insuficiente considerándose muy completa únicamente en el 13% de los casos, no recibió información un 11% lo que refleja que aún falta mejorar la comunicación con las pacientes, en base a sus expectativas personales no dependiendo únicamente del material gráfico o 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 las pacientes al momento del estudio.

Es importante no solamente el tipo de información proporcionada, sino también en gran medida hay que observar quien 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. En este estudio se

pudo identificar que el personal de enfermería fue el que tuvo más contacto con las pacientes, hasta en el 87% de los casos ya que, como se mencionó anteriormente es el personal que se encuentra a cargo de los servicios de Medicina Preventiva, recayendo esta responsabilidad en el médico únicamente en el 13% de los casos; lo cual indica, que el médico no cumple con su función de promotor de los servicios preventivos, ya que si tuviera mayor contacto con las pacientes le permitiría durante una consulta hacer labores de promoción entre la población femenina, aparte de otro tipo de programas para que acudan las pacientes a la toma del estudio citológico como parte del auto cuidado de las mismas recordando que los servicios de medicina preventiva son lugares a los cuales acuden las pacientes sin solicitar cita previa y dependiendo en gran medida del grado de concientización que puedan tener o que se les pueda proporcionar por la enfermera o el médico.

En el cuadro 12 se muestran los resultados obtenidos con respecto a los tiempos de espera para la realización del estudio, desde el momento en que una paciente llega para solicitar que se le toma una muestra citológica exfoliativa cérvico vaginal, hasta la toma de la misma, encontrándose que en 40% de los casos se reporta menor a 15 minutos, de 15 a 30 minutos en el 29% y el 31% entre 30 y 45 minutos. En este punto no resulta fácil establecer tiempos de espera para la realización del estudio ya que aunque lo ideal es que toda paciente recibiera atención inmediata al momento de llegar a una unidad. Hay que recordar que al estar incluido este estudio dentro de otras actividades de los servicios de medicina preventiva, en ocasiones al llegar la paciente, pueden estarse realizándose otras actividades, lo cual prolongaría en cierta medida el tiempo de espera de las pacientes.

Analizando los tiempos de entrega de los resultados del examen de Papanicolaou, una vez que los mismos han sido referidos y analizados por un citotecnólogo o un patólogo hasta su entrega a las pacientes, se pudo observar que solamente el 28% de los casos se entregó dentro de un lapso de 15 a 30 días; entregándose entre 31 y 45 días en el 42%, de 45 a 60 días en el 21% y en el 9% en un periodo mayor a 60 días. Tomando como referencia la Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Cérvico Uterino, se encuentra normado que los resultados de la citología se deben entregar en un periodo de 15 días con un máximo de 21 días indicándose los resultados y recomendaciones al respecto. Esto nos muestra que no se cumple con los tiempos de entrega de los resultados, lo cual repercute en el hecho de que las pacientes al estar acudiendo por los mismos y al no recibirlos optan por no recabarlos ocasionándose además, retraso en la atención de las pacientes y una derivación tardía en el caso de pacientes con patología cervical no detectadas, por no haber revisado los resultados cuando se reportaron.

En forma paralela a los tiempos de entrega, se debe considerar la oportunidad con que se reciben los mismos de acuerdo a la apreciación personal de cada paciente, y en este rubro se observó que únicamente el 38% de las pacientes, consideró la entrega oportuna quedando un 14, 23 y 25% de resultados en cuanto a falta de oportunidad, no recibir resultados y no recabarlos, respectivamente. Es importante hacer notar, que una cuarta parte de las pacientes no recoge los resultados y otro 23% no los recibió por algún motivo, lo que impide ofrecer un adecuado programa de detección y tratamiento en cuanto a patología cérvico-uterina, ya que

al no existir rapidez y oportunidad en la entrega de resultados, se es difícil el envío oportuno de las pacientes con citologías anormales a los servicios de especialidad para su tratamiento, transgrediéndose la finalidad principal de un programa de detección, que es el de disminuir la morbi-mortalidad de alguna patología, en este caso del cáncer cérvico uterino.

Al cuestionar a cada paciente acerca del porque no se consideraba oportuna la entrega de resultados desde su punto de vista personal y subjetivo, se pudo observar que, en el 27% de los casos no hubo interés por parte de la paciente para recabarlo, en el 13% de los casos se mencionó que no se le dió la información en forma completa, 9% refirieron que a pesar de acudir por los resultados, los mismos se les reportaron como extraviados, 10% refirió que nunca se los entregaron y el 38% ya que es el porcentaje que su resultado fue oportuno. En este aspecto es interesante recalcar, que únicamente en el 9% de los casos se puede atribuir alguna responsabilidad directa a la unidad médica donde se realizó el estudio, ya que en el restante 23% existió una responsabilidad compartida al considerarse que no hubo un intercambio adecuado de información entre la paciente y el personal de salud responsable de su atención y el hecho de que nunca se le entregó el resultado dejando un margen de duda, ya que no se sabe si el paciente realmente acudió a recabar el resultado o en qué intervalo de tiempo acudió por el mismo. Por otra parte en el 68% de los casos se puede atribuir una responsabilidad directa de la paciente ya que al no contar con una causa justificable, simplemente no se enteran si existió alguna anormalidad en el estudio realizado, lo que genera falta de oportunidad en la atención subsecuente de dichas pacientes de las cuales 7 de cada 10 se perderá el seguimiento, con el consecuente incremento en la morbilidad por cáncer cérvico-uterino se tiene.

Haciendo un análisis sobre el lugar donde se realizó, el estudio se evaluaron aspectos como la comodidad, la limpieza del área donde se realizó el estudio y el espacio disponible para su realización. En primer lugar, el concepto de comodidad deja ver que en su mayoría, las pacientes consideraron el lugar parcialmente cómodo en un 56%, siendo cómodo en 16% e incómodo en el 28% lo que muestra que el área donde se llevan a cabo los estudios es importante desde el punto de vista y expectativas de cada paciente (Cuadro 12-1).

En relación a la limpieza del área de trabajo, se encuentra que el 86% de las pacientes consideró limpio el lugar dejando un 12% de pacientes que lo consideraron parcialmente limpio y únicamente un 2% lo considero sucio. Es importante este aspecto debido a de que al tratarse de unidades de atención médica, institucionales o 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 (Cuadro 12-2).

En el último rubro relativo al espacio disponible, el 74% de las pacientes consideró el lugar como parcialmente amplio, amplio en un 4% y pequeño en el 22%. Hay que precisar que no se requiere de un área con gran espacio para poder llevar a cabo la toma del estudio citológico cérvico vaginal y la disposición de estas áreas se encuentra dispuesta en función de los recursos que en cuestión de espacio cuentan las unidades o lugares donde se lleva a cabo el procedimiento.

Al momento de acudir a solicitar algún tipo de atención médico asistencial, en caso de realizarse algún tipo de exploración física o procedimiento de gabinete, se debe contar con un área específica, donde la paciente se pueda cambiar antes del procedimiento y de poder

garantizar la privacidad e intimidad individual de cada persona. Al cuestionar a las pacientes a este respecto, mencionaron que se contaba con una cortina en el 56% de los casos, quedando un restante 44% en los cuales refirieron que no existía un lugar designado como tal lo que podría generar desconfianza durante el estudio. Recordando también que este aspecto se encuentra determinado por la distribución del área asignada, en muchas ocasiones por las mismas limitaciones de espacio, no es posible contar con este recurso teniendo que improvisar en ocasiones un área para el cambio de ropa.

Más importante aún es evaluar la actuación del personal que tiene la responsabilidad de atender y orientar 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 y con calidez, dando cumplimiento a las nuevas estrategias de mejora de los servicios de salud que actualmente se encuentran vigentes. Bajo estas condiciones pudo observarse que hubo un trato amable en el 77% de los casos existiendo descortesía e indiferencia en el 8 y 15% de los casos, respectivamente, con lo cual se plantearían programas de calidad enfocados a mejorar la calidad de atención para que la misma se optimice hasta en un 100%.

Previo a la realización del estudio fue menester recabar información importante en cuanto a datos personales o antecedentes que nos permitieran establecer un panorama epidemiológico de cada paciente en cuanto a factores de riesgo para la presencia de patología cervical con la finalidad de poder establecer y sugerir pautas de seguimiento en cuanto al auto

cuidado que deberá llevar cada paciente en lo sucesivo. En cuanto a la rapidez con que se recaban los datos respectivos en los formatos que para tal efecto existen y que presentan variaciones entre las distintas instituciones y los servicios médicos privados las pacientes la consideraron normal en el 86% de los casos no existiendo mucha diferencia con respecto a rapidez que fue del 4% y lentitud en un 10% lo cual va en relación con el tipo y número de formato elaborado para solicitar la realización del estudio de acuerdo a la unidad o servicio en el cual se atendió a la paciente así como de la brevedad y simpleza de los datos necesarios para su llenado que en su mayor parte son referentes a datos personales y antecedentes de índole ginecoobstétrica. Con los datos recabados se concluye que hasta en el 90% de los casos se consideró la toma de datos en forma y tiempo como adecuada.

El cuadro 22 el cual hace referencia los resultados obtenidos en cuanto al trato del personal que le tomó el estudio en donde se consideró bueno en el 68%, siendo excelente en el 23% y malo en el 9%. Esto muestra que a pesar de que el servicio otorgado cae en la categoría de excelente o bueno no cumple al 100% de acuerdo a los parámetros que en cuanto a calidad en el servicio y la calidez en el trato hacia el paciente están normados lo cual denota que no existe un completo conocimiento de las reglas que rigen la relación entre el prestador del servicio y el cliente, que en este caso se trata de las pacientes que acuden a solicitar la realización del estudio citológico.

Al tratar de identificar en cuanto al turno en el cual se consideró que el trato no fue el adecuado, se observó mucha similitud entre turnos siendo para el turno matutino del 30% y del 24% para el turno vespertino quedando un gran porcentaje (46%) de pacientes que no

podieron o no quisieron contestar debido en parte al desconocimiento del turno al cual pertenecía la persona que en su momento le atendió o bien al temor a represalias en caso de señalarse a algún turno en particular al momento de llenar el cuestionario proporcionado.

La diferencia entre trato inadecuado entre turnos fue del 4% no habiendo una diferencia significativa entre ellos en contraste con el 46% de pacientes que no contestó.

En el cuadro No. 24 se pone de manifiesto la evaluación que cada paciente realizó considerando la distancia que media entre su domicilio y la unidad prestadora de servicios, en este caso, la U.M.F. No. 38 observando un mayor porcentaje de pacientes que la consideró lejos con un 42%, muy lejos en el 13% considerándose cerca y muy cerca en el 28 y 17% respectivamente lo cual muestra denota que dicha evaluación en su carácter subjetivo se encuentra supeditada en cada paciente en función de la accesibilidad de las unidades que prestan el servicio siendo válido el termino accesibilidad aunque en este aspecto la distribución de las unidades médicas esta sujeta a la disposición de autoridades administrativas de la institución en función de la zona geográfica, la distribución de la población derechohabiente y la disponibilidad de un inmueble adecuado. Únicamente el 45% de las pacientes consideró cercana la unidad en la cual se ofrece el servicio de toma de estudio de Papanicolaou.

En el cuadro No. 25 en cuanto a recomendaciones para mejorar el servicio se observaron 3 variables: toma del estudio por personal femenino, lugar adecuado para cambiarse, así como un espacio físico más amplio para la realización de los estudios con un 40, 21 y 23% respectivamente, lo cual va en función de los propios estándares de calidad y expectativas de cada paciente en cuanto a aseguramiento de un servicio de calidad.

El 77% de las pacientes se pronuncian a favor de un mejoramiento de la calidad en función de sus propios estándares y expectativas de calidad, en cuanto a la presencia de personal femenino, disposición de un lugar para cambiarse y espacio físico más amplio.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

VII CONCLUSIONES

Al término del presente trabajo de investigación para identificar los factores que limitan el acceso a la realización del estudio citológico se obtuvieron las siguientes conclusiones:

- El trato del personal de salud que atiende a las pacientes que acuden a realizarse su estudio citológico no se considera adecuado ya que no se establece una relación de confianza que permita establecer una buena comunicación permitiendo con esto que cada paciente pueda expresar sus inquietudes y dudas acerca del procedimiento, sus alcances y limitaciones así como su importancia en el auto cuidado de la salud.
- La información proporcionada por el personal de salud es incompleta ya que no cubre en su totalidad todos los aspectos del estudio citológico denotándose en cierta medida falta de capacitación y organización para poder cubrir cada uno de los aspectos básicos que involucran el proceso de atención en materia de detecciones.
- Existe una marcada preferencia hacia el personal del sexo femenino para que sea el que tome los estudios en mayor medida por la confianza que logran transmitir a las pacientes dada su identidad de género lo cual permite obtener una mayor cooperación y participación de las derechohabientes proporcionándose un medio ambiente satisfactorio que permite una mayor interrelación entre paciente y personal de salud.
- Las campañas de promoción y difusión en materia de detección oportuna de cáncer cérvico uterino no se consideran eficientes ya que al carecer de la información suficiente y accesible no permite que se tenga una conciencia real de la problemática que implica el cáncer cérvico uterino.

- Se observa poca participación en promoción y fomento a la salud por parte del personal médico ya que al acudir las pacientes a su consulta médica no se les da orientación en cuestiones de salud preventiva, limitándose al estudio y tratamiento de las enfermedades por las cuales se solicita atención médica.
- El tiempo de entrega de los estudios es largo y no cumple con la normatividad existente la cual marca un período máximo de 21 días a partir de su toma y hasta su entrega final a la paciente, ocasionando que dejen de acudir o no recaben los resultados por lo que se considera que no existe oportunidad en la entrega de los mismos.
- El tiempo de espera para la realización del estudio no influyó, ya que el mismo se encuentra sujeto a la disponibilidad del personal y su participación en otras actividades que se tienen contempladas en los servicios de Medicina Preventiva como lo son la aplicación de vacunas, curaciones, detección de Hipertensión y Diabetes, etc.
- El lugar donde se realiza la toma de muestras no es adecuado, en virtud de que se carece de un área específica para el cambio de ropa, lo que no permite que la paciente tenga intimidad al momento de prepararse para la realización del estudio.
- Actualmente de acuerdo a los últimos lineamientos emitidos por la Secretaría de Salud y a nivel internacional se ha valorado y ponderado el valor que representaba cada requisito solicitado para la toma del estudio lográndose disminuir el número de los mismos facilitando el que se pueda incrementar el número de estudios de Papanicolaou a través de mejorar la accesibilidad del mismo.
- La distancia entre el domicilio de la paciente y la unidad médica, los medios de transporte y las vías de comunicación no se consideraron factores dado que no dependen de la

actuación de las pacientes o el personal de salud y la ubicación de la clínica se considero accesible aún cuando el tipo de población que atiende se considera población dispersa atendiendo a un grupo de trabajadores del sector eléctrico.

- No hubo influencia en cuanto a factores religiosos.

VIII RECOMENDACIONES

- Incrementar la difusión y promoción de los programas de detección de cáncer cérvico-uterino entre toda la población que asiste a la unidad médica independientemente del motivo de consulta o asistencia así como del uso de la Cartilla Nacional de la Mujer.
- Sensibilizar y reorientar al personal médico y de enfermería en cuanto a la importancia de su participación como promotores de salud, dado que al ser una unidad de primer nivel se debe tener como prioridad los aspectos preventivos en salud.
- Proponer y replantear las estrategias de atención a la salud, basándose en el conocimiento del perfil epidemiológico de la población atendida.
- Realizar estudios epidemiológicos de la población que acude a la unidad médica a hacer uso de los programas de detección.
- Identificar e incorporar al programa de detección a todas aquellas mujeres que nunca se han realizado la citología cervical.
- El tipo de información proporcionada debe ser 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.
- Elaborar programas de capacitación continua al personal que realiza este estudio, en materia de calidad en la atención y relaciones humanas.
- Invitar a la misma población derechohabiente, para que sirva como un medio más de promoción y difusión de los programas de detección y al mismo tiempo que ayude e invite a otras mujeres mediante el convencimiento pleno de los beneficios obtenidos, a través de los programas de detección.

- Difundir entre todo el personal, de salud las normas existentes en materia de detección de cáncer cérvico-uterino haciendo obligatorio su conocimiento y cumplimiento.
- Elaborar programas de educación para la salud y que se impartan en sesiones educativas, así como para el personal de la misma clínica.
- En la medida de que se disponga de recursos humanos, favorecer el que sea personal de enfermería del sexo femenino el que lleve a cabo la toma del estudio citológico.
- Establecer programas de supervisión periódica del procedimiento del personal responsable del área de detecciones, así como programas de control de calidad.
- Capacitar continuamente al personal responsable de la toma de los estudios citológicos con el fin de disminuir el número de estudios mal realizados desde el punto de vista técnico.
- Proponer estrategias que permitan tener un seguimiento adecuado de aquellas pacientes con estudios citológicos anormales.
- Sensibilizar a cada una de las pacientes que acuden a realizarse el estudio, con el fin de incrementar su grado de responsabilidad evitando que dejen de acudir por los resultados del estudio, lo que retardaría su atención, todo esto mediante invitación personal o visitas domiciliarias.
- Invitar a la población femenina que acude a la unidad a realizar propuestas que contribuyan a mejorar su atención.
- Realizar evaluaciones periódicas de los logros obtenidos, con el fin de replantear continuamente los esquemas de atención.

IX RESUMEN

El presente trabajo informa sobre los factores que limitan el acceso a la toma de la citología exfoliativa cérvico vaginal en la población adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No. 38 del Instituto Mexicano del Seguro Social, considerando las características institucionales e individuales que están implicadas en la práctica misma. **Objetivo.** Identificar los factores que influyen para que las mujeres de 25 a 64 años no acudan a la toma de la citología cérvico vaginal en la U.M.F. No. 38 del I.M.S.S. **Revisión de la literatura y marco operativo.** Se hace una revisión de la literatura sobre conceptos actuales en citología cérvico vaginal así como antecedentes históricos. Se muestran los requisitos para la toma del estudio citológico acorde a la normatividad actual existente emanados del Programa para la Vigilancia, Prevención y Diagnóstico, Tratamiento y Control del Cáncer Cérvico Uterino. Se revisa la técnica para la obtención de la muestra citológica, su conservación, procesamiento, interpretación de resultados y el seguimiento en aquellos casos en los cuales se reportan resultados considerados anormales. Los niveles de atención existentes dentro del sistema institucional de salud nos permite determinar a que instancia se debe derivar a toda aquella paciente con un estudio citológico anormal. Se hace una revisión de los procesos normativos planteados en la Norma Oficial Mexicana para La prevención Detección, Diagnóstico, Control, Tratamiento y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Cérvico Uterino: las estrategias operativas para lograr un mayor cumplimiento de la Normatividad así como la importancia que reviste la cartilla Nacional de Salud de la Mujer como un instrumento que permita tener información amplia y precisa sobre los principales problemas de salud de la mujer coadyuvando en el auto cuidado de la mujer misma mediante su participación activa. **Metodología.** La presente investigación, es un estudio de tipo descriptivo y cuantitativo no experimental y transversal. El universo estará constituido por mujeres que tengan vida sexual activa dentro del grupo de edad de 25 a 64 años, que sean derechohabientes adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 38 del I.M.S.S. La población fue constituida por 2026 mujeres de las cuales se tomo una muestra representativa de 100 usuarias. **Resultados y análisis de resultados.** En cuanto a la edad de las pacientes acudieron a realizarse el estudio

citológico hubo una mayor asistencia en el grupo de mujeres de 41 a 50 años con un 36%. No hubo diferencias significativas en cuanto a la apreciación en el número de trámites y complejidad de los mismos. Se observó una marcada preferencia para que fuera personal de enfermería del sexo femenino el que realizara la toma del estudio citológico en un 82% de los casos. La información proporcionada a las mujeres no se consideró completa. Se cumplió con los tiempos de entrega de resultados de acuerdo a la normatividad únicamente en el 28% de los casos. La calidad en el trato hacia la paciente durante la toma del estudio citológico se consideró bueno en el 68% de los casos absteniéndose de valorar este concepto el 46% de las pacientes. No se consideró importante la ubicación de la clínica en cuanto a la distancia dado que por el tipo de población atendida la misma se encuentra dispersa. **Recomendaciones.** Se propone incrementar la difusión y la promoción de los programas de detección del cáncer cervico uterino dentro y fuera de la unidad mediante la sensibilización y reorientación a la población, disminuyendo los índices de morbi-mortalidad por causa de esta entidad. Se deben replantear los programas de capacitación continua al personal responsable de la toma de los estudios citológicos incluyendo, no solamente aspectos técnicos del procedimiento sino también en cuanto a calidad en el trato al paciente y relaciones humanas. Realizar evaluaciones periódicas de los logros y metas obtenidos que permitan una retroalimentación para replantear los esquemas de atención.

X REFERENCIAS

Alons-Van Kordelar J. et al. Diagnostic accuracy of squamous cervical lesions studied in spatula-cytobrush smears. Acta Cytol. 32: 801-804, 1988.

Boon, et al. Consequences of the combined spatula and cytobrush sampling por cervical pathology. Acta Cytol. 30: 264-270, 1986.

Buntinx, et al. Comparison of cytobrush sampling, spatula sampling and combined cytobrush-spatula sampling of the uterine cervix. Acta Cytol. No. 1, January-February, 1991. pp 64-68.

Chávez, M. (1996). Muestras adecuadas e inadecuadas de los frotis para citología cérvico vaginal en la detección oportuna de cáncer cérvico uterino. Tesis Hospital de Ginecobstetricia No. 4 "Dr. Luis Castelazo Ayala" I.M.S.S. México, D.F. 60 pp.

Cramer, AW. The role of cervical cytology in the declining morbidity of cervical cancer. Cancer. 34: 2018-2027, 1974.

Frederickson, H., Wilkins, L. Claves en Ginecología y Obstetricia. Ed. Mosby. 2ª. ed. 1998. pp 111-116

González, J. Diagnostico precoz del cancer genital femenino. Ed. Salvat. pp 415.

Hernández, E. López, N. Negrete, I. Ramírez, A. Sosa, P. & Torres, A. (1999) Factores que influyen en la aceptación o rechazo de la citología cérvico-vaginal. México, D.F., 24 pp.

Hernández, R. (1998). Metodología de la investigación. Ed. McGraw-Hill. 2ª. ed. México, D.F. pp 501.

Instituto Mexicano del Seguro Social. Estadísticas vitales. Censo nominal de población derechohabiente. Unidad de Medicina Familiar No. 38. Junio, 1999.

Instituto Mexicano del Seguro Social. Programa para la Vigilancia, Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Control del Cáncer Cérvico Uterino. Comunicación educativa, 1998.

Jones, HW. et al. Tratado de Ginecología de Novak. Ed. Interamericana/McGraw-Hill. México, 1991. pp 571-634.

Juárez, P.(1990). Cáncer Cérvico Uterino. Histología normal y citología exfoliativa. Ed. I.M.S.S. 3ª. ed. México, D.F. 80 pp.

Knox, G. Case-control studies of screening procedures. Pub. Hlth. 105: 55-61, 1991.

Moss, SM. Case-control studies of screening. Int. J. Epidemiol. 20: 1-6, 1991.

Pitkin, R. et al. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Diagnóstico y tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical. Ed. Interamericana. Vol. 3, 1995. pp 553-584.

Pitkin, R. (1996). Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Ed. Interamericana/Mcgraw-Hill. Ed. Original. México, D.F. 643 pp.

Programa de Prevención y Control de Cáncer Cérvico Uterino. SSA, 1998-2000.

Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Cérvico Uterino. (1998), México, D.F.

Secretaría de Salud. Boletín de Práctica Médica Efectiva. Cáncer Cérvico Uterino. Vol. 1, No. 3. Mayo, 1999. México, D.F.

Secretaría de Salud. Norma Técnica no. 53 para la Prevención y el Control del Cáncer Cérvico Uterino y Mamario en la Atención Primaria de la Salud. Diario Oficial de la Federación, 20 de Agosto de 1986.

Secretaría de Salud. Proyecto de Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control del Cáncer del Cuello del Utero y Mamario en la Atención Primaria. Diario Oficial de la Federación, 6 de Junio de 1994.

Secretaría de Salud. Boletín de información estadística. Programas sustantivos. No. 19, 1999.

Secretaría de Salud. Boletín de información estadística. Programas sustantivos. No. 18, 1998.

Shingleton, Hugh. (1998). Oncología ginecológica. Ed. Interamericana. México, D.F. 600 pp.

Sigurdsson, K. Effect of organized screening on the risk of cervical cancer. Int. J. Cancer. 54: 563-570, 1993.

Wright, V. Clínicas de Ginecología y Obstetricia. Temas Actuales: Colposcopia. Ed. Interamericana. Vol. 1, 1993. pp. 1-28.

XI ANEXOS

ANEXO No. 1

Distribución de cáncer en mujeres (1997)

	NEOPLASIAS	%
Cáncer cérvix invasor	11,189	19.7
Cáncer cérvix in situ	8,819	15.5
Cáncer de mama femenino	9,050	15.9
Ovario	2,991	5.3
Cáncer del cuerpo del útero	1,938	3.4

Fuente: Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas, Secretaría de Salud, 1997.

ANEXO No. 2

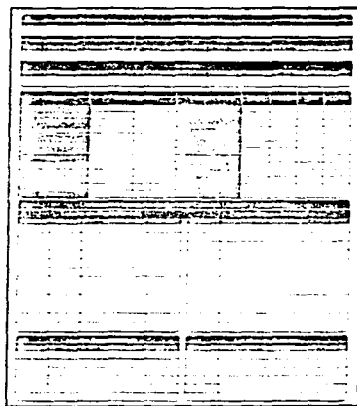
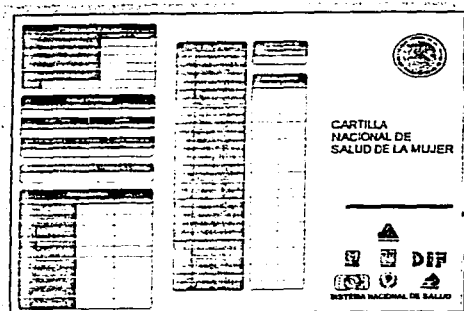
Carcinoma del cuello uterino en México (1998)

Carcinoma in situ	4,560 casos
Carcinoma invasor	3,040 casos
TOTAL	8,600 casos

Fuente: Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas, Secretaría de Salud, 1998.

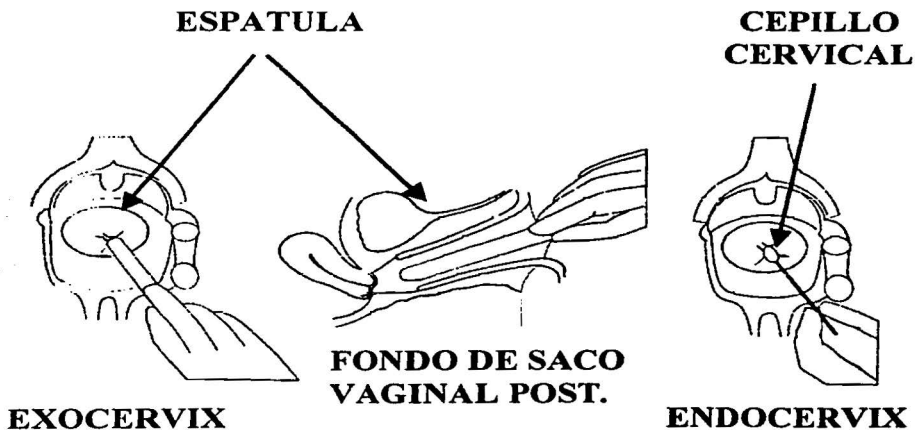
ANEXO No. 4

CARTILLA NACIONAL DE SALUD DE LA MUJER

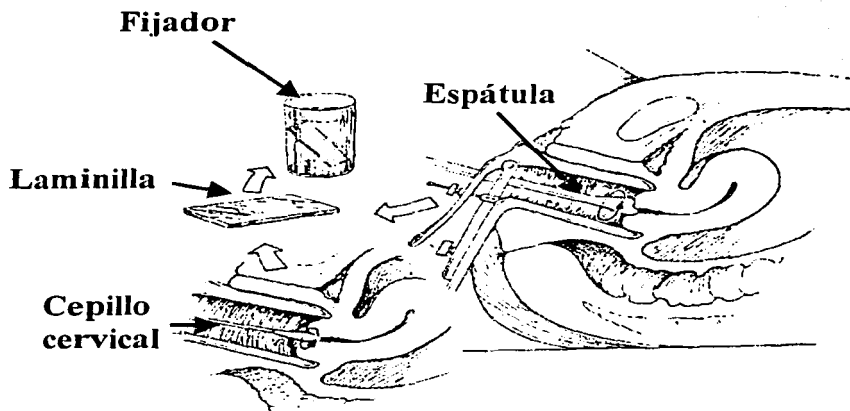


Fuente: Programa de Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino, Secretaría de Salud, 1998.

ANEXO No. 5

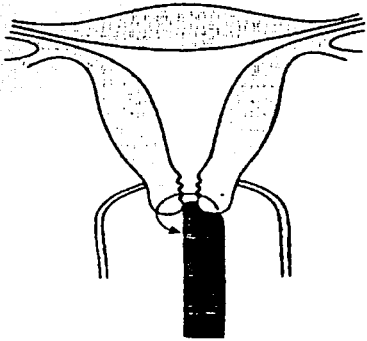


ANEXO No. 6

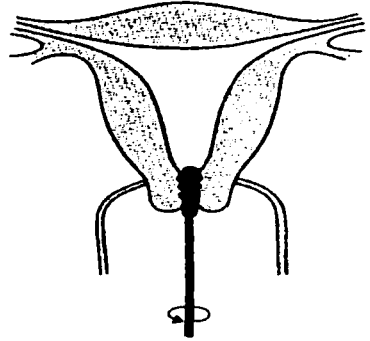


TECNICA PARA LA TOMA DE CITOLOGIA

ANEXO No. 7



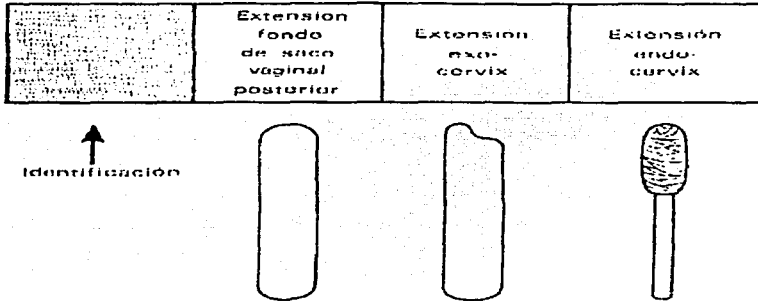
Espátula de Ayre



Cytobrush

ANEXO No. 8

TECNICA DE LA TRIPLE MUESTRA



EXTENDIDO DEL FROTIS CITOLOGICO