



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN
NICOLÁS DE HIDALGO**

FACULTAD DE ENFERMERÍA

TESIS

**PRINCIPALES CAUSAS POR LAS CUALES LAS MUJERES DE
25 A 60 AÑOS NO ASISTEN A LA TOMA DEL PAPANICOLAOU**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN
ENFERMERIA PRESENTA**

EFIGENIA GUZMÁN MARTÍNEZ

**ASESOR
M.C. JOSEFINA VALENZUELA GANDARILLA
CUERPO ACADEMICO ESTILO DE VIDA**

MORELIA, MICHOACÁN JULIO DE 2007

DIRECTIVOS DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA

M.C. JOSEFINA VALENZUELA GANDARILLA
DIRECTORA

L.E.D. MA. DE JESUS RUIZ RECÉNDIZ
SECRETARIA ACADEMICA

L.E.D. ANA CELIA ANGUIANO MORÁN
SECRETARIA ADMINISTRATIVA

JURADO

M.C. JOSEFINA VALENZUELA GANDARILLA
PRESIDENTA

L.E. AVELINA RAMÍREZ IZQUIERDO
VOCAL 1

M.C. AIDA MEJÍA SANCHEZ
VOCAL 2

**INTEGRANTES DEL CUERPO ACADÉMICO
ESTILO DE VIDA**

M.C. JOSEFINA VALENZUELA GANDARILLA

M.C. ELIZABETH MEDINA CASTRO

M.C. MARÍA DEL CARMEN MONTOYA DÍAZ

M.C. MARÍA CRISTINA MARTHA REYES

M.C. MARÍA LETICIA RUBÍ GARCÍA VALENZUELA

M.E.y.A.S MARTHA ISABEL IZQUIERDO PUENTE

Agradecimientos

Agradezco primeramente a Dios por la vida por todo lo que me ha dado y me ha permitido llegar a titularme.

A mis padres por la vida que me dieron sus consejos y me apoyaron en lo que yo decidiera ser en la vida.

A mi esposo por su comprensión y apoyo para que yo pudiera llegar a titularme.

A mis hijos por su comprensión y apoyo a pesar de ser chicos.

A mi cuñada Lupita por todo el apoyo que me dio para lograr mi titulación.

A mi asesora por tanta paciencia y comprensión que me tuvo al asesorarme.

A mis suegros que tanto me han apoyado desde que me case mi suegra que en paz descanse mucho me apoyo al cuidar a mis hijos para que yo pudiera seguir adelante.

A mi hermana Inés por recibirme en su casa cada vez que vine a Morelia y apoyarme en todo que pudo.

DEDICATORIA

A mi esposo y a mis hijos ya que ellos fueron mi razón e impulso de seguir adelante.

A mi suegra ya que tenia tanta ilusión de verme titulada no lo pudo ver en vida pero yo se que en donde ella esté se alegra conmigo.

Í N D I C E

I. Introducción.....	8
II. Marco teórico.....	9
III. Justificación.....	74
IV. Planteamiento del problema.....	75
V. Objetivos.....	76
VI. Material y método.....	76
VII. Organización de la investigación.....	77
VIII. Recolección de datos.....	79
IX. Estadística Utilizada	79
X.- Ética de estudio	79
XI.- Resultados y discusión.....	80
XII.- Conclusiones.....	83
XIII.- Sugerencias.....	85
XIV.- Bibliografía.....	86
XV.- Glosario.....	88
XVI.- Anexos.....	91

I. INTRODUCCIÓN

Actualmente el cáncer de cervix es uno de los más frecuentes y se encuentra dentro de las primeras 10 causas de morbi-mortalidad en la población femenina. Los tipos de tratamiento del cáncer Cervico-uterino incluyen combinaciones de cirugía, radioterapia, quimioterapia, cirugía con rayos láser, criocirugía, conización e histerectomía contra el tumor visible.

En le presente trabajo se encuentra en la primera parte el marco teórico que contiene lo referente a la enfermedad del cáncer cérvicouterino, desde la anatomía y fisiología hasta el diagnóstico y tratamiento. También lo referente a la prueba de papanicolaou desde su descubrimiento hasta la técnica para la toma de la muestra. Así como información sobre la citología vaginal y otros estudios que se realizan para detectar oportunamente el cáncer Cervicouterino. (DOC).

En otro apartado se encuentra la metodología de la investigación y en la última parte los resultados con el análisis correspondiente y los anexos consistentes en los cuadros, gráficos y el instrumento utilizado.

A pesar de los avances tecnológicos que se tienen aún falta mucho por hacer ya que falta mayor capacitación y educación en la población para concientizarse de la importancia que tiene la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.

II. MARCO TEORICO

Uno de los cánceres con mayor índice de mortalidad entre las mujeres es el cervicouterino (aparición de células anormales en el cuello uterino) considerado un problema de salud pública y que ocupa el primer lugar como causa de muerte en féminas de entre los 25 y 60 años, las cuales son las más propensas a dicha enfermedad. Las estadísticas muestran que un promedio de 18 personas mueren diariamente a consecuencia de dicho padecimiento, y es la causa del fallecimiento anual de 3 mil mujeres en México, además de ser la primera causa de muerte en la mayoría de los países latinoamericanos. Este índice varía de acuerdo a las diversas zonas de nuestro país siendo poblaciones como Morelos, Yucatán, Colima, Michoacán y Nayarit, las que presentan las tasas de defunción más altas, ya que hace tres años, en la zona urbana sólo una de cada cuatro mujeres se había practicado el papanicolaou.

A pesar de que los efectos del Virus del Papiloma Humano (VPH) se conocen desde la edad antigua, es hasta 1977 cuando se determina su relación como agente etiológico más importante del cáncer cervicouterino invasor.

Los proto-oncógenes son componentes celulares normales que tienen funciones importantes en el crecimiento, desarrollo y diferenciación celular, que para convertirse en oncógenes y producir un cáncer deben alterar su estructura ya sea mediante mutaciones o a través de arreglos genéticos.

Se sabe en la actualidad que la transformación maligna de las células normales se debe a la alteración de dos tipos de genes: los proto-oncógenes y los genes supresores de los tumores también llamados anti-oncógenes.

Se sabe que se requieren dos mutaciones o más para transformar a una célula normal en cancerosa. La primera mutación convierte a la célula en pre-cancerosa y puede ser adquirida en forma precigótica o sea que la heredan de uno de sus padres. La segunda mutación no es heredada.

2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

En el año de 1942, en México la Secretaría de Salubridad y Asistencia, actualmente Secretaría de Salud, implementó la "Campaña de Lucha contra el Cáncer", más tarde, en Enero de 1944, comenzó la Detección de Cáncer de Cérvix en el en el Hospital de la Mujer, además el Instituto de Cancerología inició la formación de Recursos Humanos, para la obtención y lectura de la Citología Cervical.

A pesar de estos esfuerzos, la incidencia y la mortalidad por Cáncer Cérvico Uterino, mostraron un incremento paulatino, que alcanzó con los últimos años una meseta y se ha mantenido sin mostrar un descenso significativo. No así en los países industrializados ya que en los últimos 40 años, las tasas de incidencia y mortalidad para el Cáncer Cervico Uterino, han disminuido. Este descenso se debe principalmente a la introducción de la Citología Cervical como método de tamizaje.

A pesar de esta tendencia a la disminución, el Cáncer Cervical continúa siendo una de las primeras causas de muerte entre las mujeres de países desarrollados y un importante problema de Salud para las mujeres del mundo.

La Organización Mundial de la Salud recomienda que los Programas del Control del Cáncer Cérvico Uterino, deben hacer el mayor énfasis en ampliar las coberturas de detección en las mujeres con edades entre 30 y 50 años, con controles rutinarios cada 2 o 3 años. Sin embargo, para países con tasas de incidencia y mortalidad altas como el nuestro, recomienda que el grupo de edad se extienda y la detección se inicie a partir de los 25 años, con una cobertura mínima del 70% y una óptima del 100% de las mujeres. Por tal motivo son necesarios programas de educación para pacientes y médicos encaminados a alentar la práctica de la prueba de Papanicolaou en las mujeres con vida sexual activa.

Uno de los cánceres con mayor índice de mortalidad entre las mujeres es el Cervicouterino considerado un problema de salud pública y que ocupa el primer lugar como causa de muerte en féminas de entre los 25 y 60 años, las cuales son las más propensas a dicha enfermedad. Las estadísticas muestran que un promedio de 18 personas mueren diariamente a consecuencia de dicho padecimiento y es la causa del fallecimiento anual de 3 mil mujeres en México. Además de ser la primera causa de muerte en la mayoría de los países latinoamericanos.

México ocupa el primer lugar de mortalidad a nivel mundial por cáncer cervico-uterino. De hecho cada dos horas fallece una mujer por esta enfermedad en la época más productiva de su vida a causa del descuido, ignorancia o atención tardía de este tipo de problema.

A pesar de que los efectos del VPH se conocen desde la edad antigua, es hasta 1977 cuando se determina su relación como agente etiológico más importante del cáncer cérvico-uterino invasor.

En el año 2000, hubo aproximadamente 12 800 casos de cáncer de cervix invasor y mas de 500 000 de carcinoma in situ. Se produjeron 4 600 casos de muerte por esta enfermedad, sin que el 85 % de ello se practicara en ningún momento un frotis de papanicolau.

El cálculo del número total de casos nuevos de cáncer de cuello uterino en el mundo llegó a 430 000 en 1997. La mayoría en países en vías de desarrollo, en los que se registraron 340 000 casos frente a 90 000 en los países desarrollados.

2.2. Inicio del trabajo de Papanicolau:

El Dr. Papanicolau inició su propia línea de investigación la cual trataba de explicar el concepto de que los cromosomas X y Y determinaban el sexo de la descendencia de los conejillos de indias. Esta clase de experimentos requería de sacrificar a las hembras debido a que era la única manera de determinar ovulación. Sin embargo un día al despertar formulo su propia teoría de que “todas las hembras de especies superiores tienen una descarga vaginal periódica, los conejillos de indias son mamíferos y por ende deben de tener una y esta es tal vez tan pequeña que no se puede evidenciar a simple vista”. Esto fue el motor que lo motivo a realizar sus experimentos. Adquiriendo en la tienda de Tiemman un espejo nasal se decidió a realizar muestreos de las descargas vaginales de las conejillas de indias, que a simple vista

parecían sin importancia, pero que al microscopio encontró diferentes tipos de patrones y secuencias citológicas. Motivado por el hecho de que estas mismos cambios debiesen de aparecer en los humanos aunque de forma más pausada, fue que realizó la primera citología exfoliativa teñida con la tinción que llevaría su epónimo hasta nuestros días.

Los patrones citológicos que él encontró inmediatamente fueron correlacionados con los cambios en el ovario y a nivel uterino. En septiembre de 1917 junto con Stockard se publica en el American Journal of Anatomy bajo el título de “la existencia de un ciclo estral típico en los conejillos de indias, con un estudio de los cambios histológicos y fisiológicos”.¹

Para el año de 1919 el Dr. Papanicolau ya se encontraba formando parte de un grupo selecto de investigadores a nivel mundial, siendo tal su popularidad que en Atenas en 1920 el primer ministro le ofreció ocupar un puesto como jefe.

Una vez conocido de forma adecuada el ciclo estral en los conejillos de indias, procedió a coleccionar y realizar citologías exfoliativas de diversas mujeres y no solo de su esposa, mujeres embarazadas, niñas, pacientes climatéricas, con menopausia y con otras entidades, para publicar por fin “El ciclo sexual en la mujer humana mostrado por frotis vaginales”, en el Journal of Anatomy en 1933.³

En 1923 en una reunión en Nueva York el Dr. Papanicolau propuso el uso de su método para diagnóstico de cáncer uterino. Sin embargo uno de sus contemporáneos el Dr. James Ewing, conocido por su publicación de “Enfermedades neoplásicas” en 1919 se portaba escéptico ante este

acontecimiento y fue el quien cuestionó este método si es que se podía realizar una distinción entre el carcinoma endometrial y cervical durante una revisión. Cuando el Dr. Papanicolau replicó que no, el Dr. Ewing anunció que este método diagnóstico era inútil debido a que era mucho más fácil y más determinante realizar una biopsia. Sin embargo esto no desalentó a Papanicolau para que posteriormente el continuara su estudio sobre frotis vaginales y cervicales. En Febrero de 1925 inicia un estudio sistemático en frotis vaginales con mujeres voluntarias y trabajadoras del hospital de la mujer de Nueva York. Posteriormente al encontrar frotis con neoplasias y adquirir pericia en la diferenciación de los frotis es que el Dr. Papanicolau menciona que es una de las experiencias más emocionantes de toda su vida.³ Para confirmar estas observaciones es que decide continuar con estas observaciones en mujeres con diagnósticos de cáncer ya establecidos y finalmente en una conferencia del 2 al 5 de Enero de 1928 en Battle Creek, Michigan es que el hace público su descubrimiento.

Al término de su conferencia en el diario mundial de Nueva York es que se publica que el Dr. Papanicolau no se encuentra en condiciones de mencionar que tan útil es su descubrimiento en el actual tratamiento de la neoplasia por sí sola, pero que este método promete ser una excelente herramienta pronóstica en la determinación de cáncer en etapas iniciales. En esta conferencia es donde se describe la técnica de tinción por primera vez en forma y que posteriormente se adoptaría solo por el epónimo de su descubridor.⁴ Sin embargo debido a la anterior desacreditación por parte del Dr. Ewing el resto de la comunidad médica puso poca atención sobre este descubrimiento al que etiquetaron como “un pobre maestro con técnicas convencionales”. Fue así que a fin de limpiar su reputación decide publicar formalmente su descubrimiento,

sin embargo encontró algunos inconvenientes como la publicación de Aurel Babes de la universidad de Bucarest sobre el citodiagnóstico del cáncer uterino, lo cual colocaba al Dr. Papanicolau en una situación delicada puesto que este autor ya comenzaba a demostrar de forma fehaciente lo propuesto por el mismo.

Finalmente el Dr, Joseph Hinsey sucesor del Stockard como jefe del departamento de anatomía del colegio médico de Cornell consiguió seguir apoyando al Dr. Papanicolau en realizar un ensayo clínico, esta vez con una buena base estadística donde Herbert F Trayut patólogo ginecólogo se unió al equipo. Comenzando este estudio en 1939 en el Hospital de Nueva York donde a todas las mujeres del servicio de ginecología eran sometidas a una toma de citología exfoliativa interpretada por Papanicolau. Finalmente los resultados fueron contundentes ya que el uso rutinario de este método permitió el diagnóstico de un considerable número de casos asintomáticos de neoplasia uterina, algunos de ellos que eran imperceptibles al ojo humano y que solamente eran demostrables mediante biopsia o este método. El 11 de marzo de 1941 finalmente fue presentado para aprobarse la publicación y esta vio luz en Agosto de 1941 en el American Journal of Obstetrics and Gynecology.⁶ Posteriormente en base a toda su experiencia reunida en las laminillas observadas es que publica el Atlas de citología exfoliativa en 1954.⁷

34 años después de haber arribado a los Estados Unidos la pareja por fin regresa a Europa donde El Dr. Papanicolau presidió la primera conferencia internacional sobre citología en Bruselas,⁸ posteriormente fue recibido en la isla griega de Corfo por la familia griega real. Durante su estancia fue persuadido de realizar un instituto de citología nacional con su nombre, tanto en el sector privado como gubernamental sin

embargo a pesar de esto, los recursos y su equipo se encontraban en Estados Unidos lugar al cual posteriormente regresó. Una vez de vuelta a Norteamérica en Miami se le ofreció el puesto de director del Instituto de Investigación de Cáncer de Miami, el cual no titubeo en aceptar y una vez con los fondos y el personal, se programo iniciar el proyecto de citología más ambicioso del mundo en este año en Mayo, sin embargo esto no pudo ver la luz ya que el Dr. Papanicolaou el 19 de Febrero de 1962 muere de un infarto cardiaco.

2.3 ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA DEL APARATO

REPRODUCTOR FEMENINO

ÓRGANOS GENITALES EXTERNOS.



2.3.1 MONTE DE VENUS

El monte de venus es una prominencia producida por el depósito de tejido adiposo, situada por delante de la sínfisis pubiana y que se desarrolla a partir del tubérculo genital. No es un órgano, sino tan solo una región o punto de referencia, esta cubierta de vello rígido y oscuro, que aparece temprano en la pubertad. Es en el periodo de la vida productiva, el vello pubiano es abundante, pero después de la menopausia se vuelve escaso, en la mujer normal su configuración orgánica es típica: forma un triángulo de base superior, en contraste con el triángulo de base inferior, típico del hombre.

LABIOS MAYORES. En la mujer adulta representa las formaciones más prominentes de los genitales externos. Se originan de las prominencias genitales que se extienden hacia abajo y atrás a partir del tubérculo genital. Son dos repliegues cutáneos longitudinales, elevados y redondeados, que se originan en el cuerpo perineal. De donde se extienden anteriormente por fuera de los labios menores, y se unen al monte de Venus. Ambos están adosados en la mujer nulípara, pero tienden a separarse con los partos sucesivos y en la mujer de edad se adelgazan y su bellos son escasos. La piel en la cara externa de los labios es gruesa y con frecuencia pigmentada, y está cubierta de vellos similares a los del monte de venus.

2.3.2 LABIOS MENORES

Los labios menores son dos repliegues de piel, pequeños y delgados, situados entre los labios mayores y el introito vaginal. Normalmente los labios menores están adosados entre si en la nulípara disimulando el orificio vaginal. Derivan de dos pliegues cutáneos que se encuentran por debajo del clítoris en desarrollo posteriormente se unen por la horquilla, los labios están separados del himen que es una estructura individual

que señala la entrada vaginal o introito, y en su extremo interior cada labio se divide dando un pliegue interno que se fusiona con el opuesto correspondiente, para frenar el frenillo del clítoris, y otro extremo, para dar lugar al prepucio del clítoris.

La cara externa y el borde anterior de los labios menores están habitualmente pigmentados. Su cara interna es rosada y húmeda, semejando la mucosa vaginal.

2.3.4 CLÍTORIS

El clítoris es el homólogo del pene; mide de 2 a 3 cm y tiene una localización media un poco anterior al meato urinario, está constituido por dos cuerpos eréctiles, pequeños, fijos al periostio de la sínfisis y por una estructura diminuta, parcialmente cubierta por los labios menores que es el glándulo, está abastecido abundantemente por terminaciones nerviosas y sensoriales, el glándulo se encuentra parcialmente cubierto por los labios menores.

2.3.5 VESTÍBULO

Espacio comprendido entre los labios menores; contiene orificio vaginal y las glándulas vestibulares. Se encuentra recubierto por un epitelio escamoso estratificado.

2.3.5 MEATO URINARIO

Orificio en forma de hendidura por el cual desemboca la uretra hacia el exterior. Está recubierto por epitelio transicional.

2.3.6 GLÁNDULAS DE SKENE

Son dos y se encuentra una a cada lado de la parte posterolateral del meato urinario; producen moco que lubrica el vestíbulo.

2.3.7 GLÁNDULAS DE BARTHOLINI

Son dos, se ubican en los labios menores y en la pared vaginal y desembocan en el introito, con la mucosidad que producen lubrican la vulva y la parte exterior de la vagina, cuando se infectan se obstruye la luz del conducto y generalmente, se producen abscesos, (bartholinitis).

2.3.8 HIMEN

Membrana anular que cubre parcialmente la entrada de la vagina; esta formada por dos capas de tejido fibroso. En la mayoría de las ocasiones se rompe cuando hay intercurso sexual por primera vez, y sus restos se designan con el nombre de carúnculas mirtiformes. Tiene importancia en medicina legal.

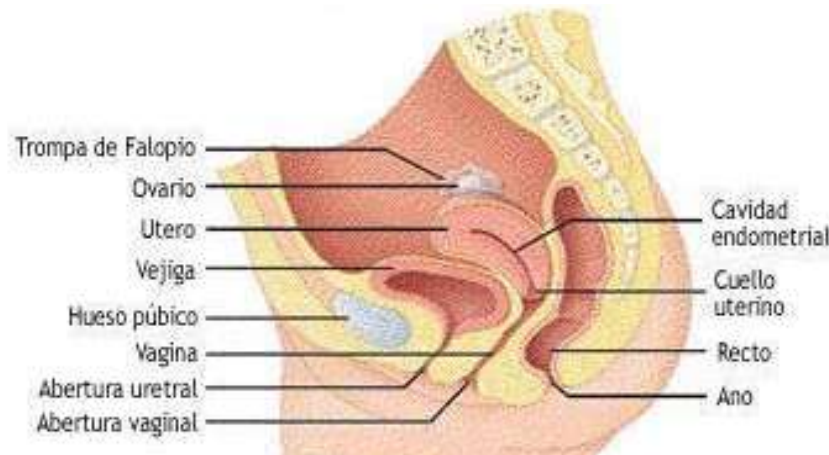
2.3.9 HORQUILLA VULVAR

Lugar donde se unen los labios mayores con los menores, en la parte posterior de la vulva.

2.3.9.1 PERINÉ

Región comprendida entre la horquilla vulvar y el ano; esta básicamente constituido por los músculos transversos del périne y el bulbo cavernoso. Resulta afectada con frecuencia por el traumatismo que suele ocasionar el parto.

2.4 ÓRGANOS GENITALES INTERNOS



2.4.1 VAGINA

La vagina es un conducto muscular delgado, parcialmente colapsado y rugoso que mide de 8 a 10 cm. de largo y con un diámetro aproximadamente de 4 cm se extiende del introito a la cervix siguiendo una curva hacia arriba y hacia atrás a partir de la vulva. La cervix hace proyección varios centímetros en la porción superior de la vagina dando lugar a unos recesos, los fondos de saco siendo el saco labio cervical posterior más largo que el anterior, resulta el fondo de saco vaginal posterior más profundo que el anterior.

Durante el climaterio las dimensiones vaginales disminuyen y todos los fondos de saco, en particular los laterales se vuelven menos profundos. La vagina ocupa un espacio intermedio entre la vejiga y el recto y se encuentra sostenida principalmente por los ligamentos cervicales

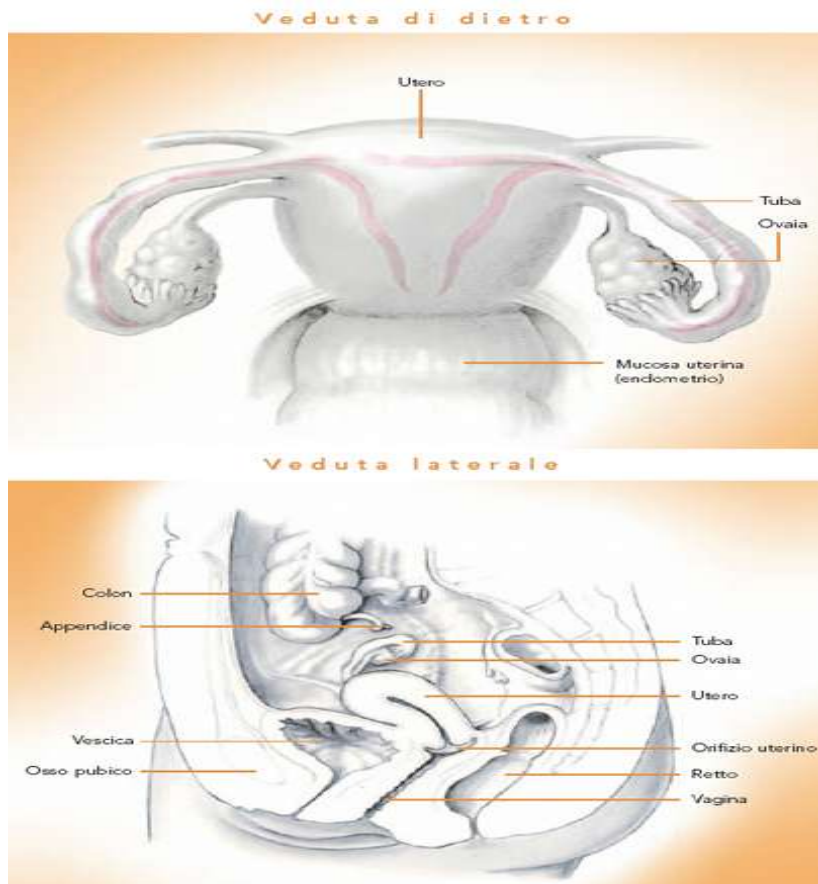
transversos (ligamentos cardinales, y ligamentos de Mackenrodt) y por los músculos elevadores del ano.

El peritoneo del fondo de saco retrouterino (bolsa de Douglas) y el fondo de saco posterior, se corresponden en la porción mas alta de este ultimo lo que representa en un detalle de importancia quirúrgica.

2.4.2 CERVIX

El cervix del útero fuera de la gestación es de forma cónica y moderadamente firme de 2 a 4 cm de largo y un diámetro externo aproximado de 2.5 cm. Un conducto central fusiforme intercomunica a la cavidad a la cavidad del cuerpo uterino con la vagina. Casi a la mitad de la cervix es supravaginal y esta anteriormente en íntima relación con vejiga. La mayoría de las deformaciones cervicales provienen de laceraciones obstetricias. El orificio externo del cuello que es inicialmente redondo con un diámetro inferior de 1 cm, puede tornarse muy amplio a consecuencia de dicho desgarras. A un en ausencia de deformaciones, es costumbre referirse a un labio interior y a otro inferior de la cervix. El cuello esta sostenido por ligamentos útero sacros y los ligamentos cervicales transversos (ligamentos cardinales, ligamentos de Mackenrodt).

2.4.3 CUERPO Y FONDO DEL ÚTERO



<http://images.google.com.mx/imgres?imgurl=http://recursos.cnice.mec.es/biosfera/alumno>

El útero es un órgano musculoso con una cavidad central estrecha situada profundamente en la pelvis verdadera entre la vejiga y el recto. Esta conformado como una pera invertida. El útero ingrávido de la mujer adulta mide aproximadamente 7-8 cm de longitud Y 4 cm en su diámetro más grande. Las trompas de Falopio se unen al útero, una de cada lado aproximadamente en la unión del tercio medio con el superior de la longitud uterina. La porción situada por encima de las terminaciones tubéricas se denomina fondo del útero, con el del segmento supravaginal de la cervix. En la mujer nulípara el cuerpo y la cervix uterinos se dirigen hacia delante, formando casi un ángulo recto en el eje longitudinal de la vagina, pero en 25-35% de las mujeres se encuentra el útero retrovertido o retroflexionado.

Exceptuando la porción antero inferior que está cubierta por la vejiga el cuerpo del útero está cubierto por el peritoneo.

Sostienen al útero: los ligamentos redondos musculosos que se originan lateralmente en el fondo uterino y terminan en los labios mayores; los ligamentos anchos, pliegues peritoneales amplios que barren lateralmente de ambos lados del cuerpo uterino a las paredes laterales de la pelvis; los ligamentos útero sacros, estructuras fibrosas originadas en el istmo, que se insertan en el periostio del sacro; los ligamentos cervicales transversos (ligamentos cardinales, ligamentos de Mackenrodt), los músculos elevadores del ano y la aponeurosis superyacentes.

2.4.4 TROMPAS DE FALOPPIO

Las trompas de Falopio (uterinas) son un par de conductos delgados que miden de 10 a 12 cm de longitud y presentan movimientos peristálticos. Se originan en los cuerpos uterinos, de donde siguen una dirección posterolateral y se abren en la cavidad peritoneal por abajo y en la porción medial de los ovarios. El diámetro del conducto varía entre 1 y 2 mm en los extremos y en su porción media puede alcanzar más del doble. El extremo distal está unido al ovario por una franja larga.

2.4.5 OVARIOS

Los ovarios son los dos órganos ovoides aplanados, sólidos y blanquecinos, cada uno de los cuales mide 4 cm de largo, 3 cm de ancho y 2.5 cm de altura, están localizados en la porción lateral de la pelvis (fosa ovárica), se encuentran en íntima relación con la parte distal de la trompa de Falopio, mediante la fimbria; su peso es de 5 a 7.5 g. Se sostienen en un sitio gracias a un engrosamiento del ligamento ancho (mesovario) y el ligamento uteroovarico.

Los ovarios tienen una parte central que corresponde a la tercera parte (médula) y otra externa (corteza), la primera está constituida por tejido conjuntivo laxo y gran cantidad de vasos sanguíneos, vasos linfáticos y nervios; sin embargo, la corteza es asiento del tejido germinativo, por tanto, de la función gametogénica y fuente productora de hormonas

femeninas en su tejido intersticial. Su irrigación proviene de la arteria ovárica, rama de la arteria uterina.¹

2.5 CONCEPTO

El Cáncer Cervicouterino es una alteración celular que se origina en el epitelio del cuello del útero y que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras, de lenta y progresiva evolución, que se suceden en etapas de displasia leve, moderada y severa, que evolucionan a Cáncer in situ, en grado variable cuando esta se circunscribe a la superficie epitelial y luego a Cáncer invasor cuando el compromiso traspasa la membrana basal.

El cáncer cervicouterino es una alteración celular que se origina en el epitelio del cuello del útero y que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras de lenta y progresiva evolución, que se pueden suceder en etapas de displasia leve, moderada y severa.

Evoluciona a cáncer in situ (circunscrito a la superficie epitelial) y /o a cáncer invasor, en que el compromiso traspasa la membrana basal.

2.5.1 Anatomía y patología

Es un tumor de crecimiento infiltrante con áreas de necrosis y ulceración, mas raramente su desarrollo es exfolítico y se presenta como una masa vegetante, histológicamente como se menciona prevalece el

¹ Anatomía y fisiología elemental de los organos reproductores Hector Mondragón Castro Edit. Trillas pag. .9_16 1998

tipo pavimentoso mientras que el tipo glandular o cilíndrico presenta el 10% de los casos.

La forma progresiva invade estructuras vecinas, los parámetros, el cuerpo uterino los tabiques bizco vaginales y rectovaginales, finalmente la vejiga y el recto hace metástasis por vía linfática y es frecuente el compromiso relativamente temprano en los ganglios hipogástricos, obturadores iliacos externos y primitivos y en los ganglios. La metástasis a distancia por vía hemática son tardíos y esporádicos siendo el hígado y los pulmones los mas afectados.

2.5.2 INCIDENCIA

- ♦ Mujeres de bajo nivel cultural, social, económico.
- ♦ El cáncer cervico uterino constituye la primera causa de muerte en la mujer a partir de los 35 años y el tercer lugar como causa de mortalidad en general.
- ♦ Mujer con edad entre los 25 y 64 años, con vida sexual activa que no se han realizado estudios de citología cervical y presenta cuadros repetitivos de infección de transmisión sexual.
- ♦ El cáncer cervico uterino aparece en etapas preinvasoras, por lo general, entre los 30 y 40 años, siendo su incidencia máxima para las neoplasias invasoras en los 40 y los 50 años.
- ♦ Las mujeres de raza negra tienen doble probabilidad de padecer cáncer del cuello uterino, respecto a las mujeres de raza blanca.

- ♦ La incidencia del cáncer invasor ha disminuido 50% pero la del cáncer in situ ha aumentado.

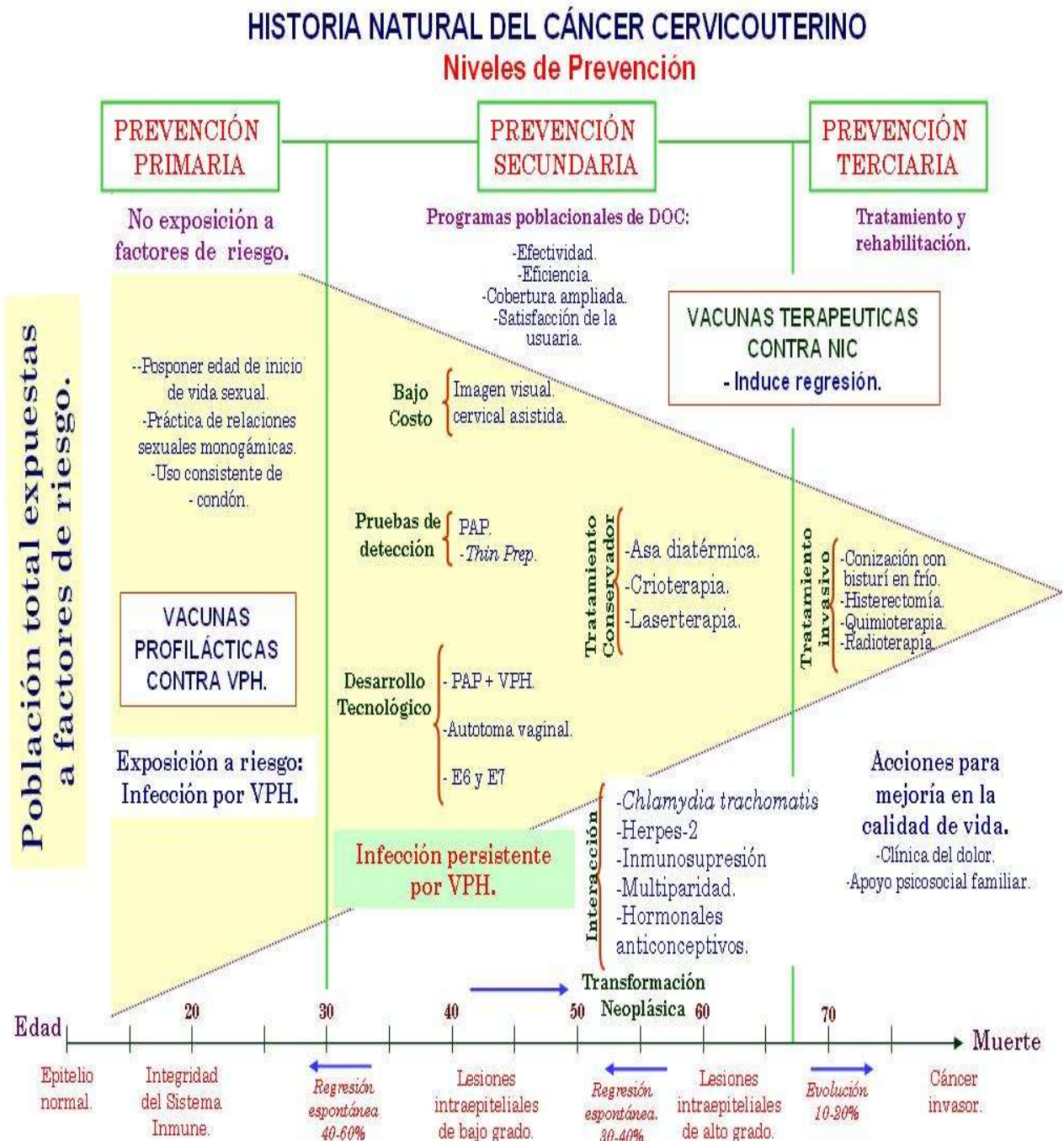
2.5.3 EPIDEMIOLOGÍA

Los patrones de desarrollo de la enfermedad se han descrito con la edad y nivel socioeconómico; es mas frecuente en la mujeres de 35 a 50 años y la tendencias recientes indican un aumento en la incidencia en las mujeres mas jóvenes y las de nivel socioeconómico bajo.

El cáncer cervical se desarrolla principalmente en la unión escamocolumnar, es decir el área del cuello uterino en donde las células escamosas del revestimiento vaginal y de porción externa del cuello se unen con las células columnales que tapizan el canal endocervical. En las mujeres jóvenes esta unión se encuentra en la porción externa del cuello uterino (exocervix). Con la edad los cambios, del Ph Vaginal desencadena un proceso de metaplasia escamosa en el que las células escamosas comienzan a cubrir las células columnares lo cual produce una área denominada de transformación con el tiempo, la unión escamocolumnal. Se desplaza del **desacervix**.

El cáncer invasivo del cervix por lo general esta precedido de una historia de diez a veinte años de cambios celulares preinvasivos que varían desde la displacia hasta el carcinoma in situ. Si no se somete a tratamiento un pequeño porcentaje de mujeres con displasia leve padecerán de cáncer invasivo con el transcurso del tiempo a pesar del uso generalizado de la citología cervico-vaginal como método de

detección precoz de la enfermedad cervical preinvasiva e invasiva se calcula que 4900 mujeres murieron de cáncer cervical en el 96 .5



Fuente: Registro “epidemiológico” Histopatológico Neoplasias Malignas. 1998

2.5.4 FACTORES DE RIESGO

- Mujer en el grupo de 25 a 64 años de edad.
- Inicio temprano de relaciones sexuales (antes de los 18 años).
- Haber tenido o tener más de una pareja sexual.
- Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual y V.P.H.
- Tabaquismo.
- Deficiencia de Folatos de Vitamina A, D, E.
- Nunca haberse practicado el papanicolau.
- Tener una historia familiar de cáncer cervicouterino.).
- Estado socioeconómico (las tasas de mortalidad e incidencia son más elevadas entre mujeres pobres, ya que ellas no tienen acceso a los servicios de diagnóstico y tratamiento).
- Contraer el virus de inmunodeficiencia humana(VIH), que debilita el sistema inmunológico de la mujer haciéndola más vulnerable a la infección por el HPV.

http://www.cancernet.nci.nih.gov/Cancer_Types/Cervical_Cancer.shtml#genetics

2.5.4 CLASIFICACION

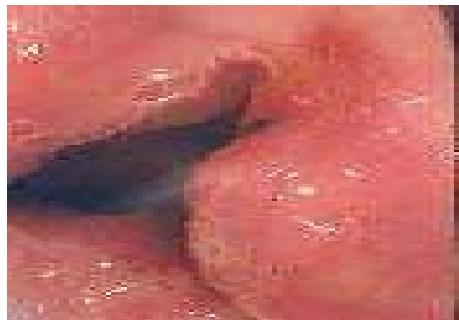
La clasificación del cáncer cervicouterino obedece a un cambio en las células que cubren las paredes del cuello uterino desde la primera imagen de un cuello sano hasta la última de un carcinoma invasor como se muestran en las siguientes imágenes.

Etapa 0 o carcinoma in situ.



El carcinoma in situ es un cáncer en su etapa inicial. Las células anormales se encuentran solo en la primera capa de células que recubren el cuello uterino y no invaden los tejidos más profundos del cuello uterino.

ETAPA 1.



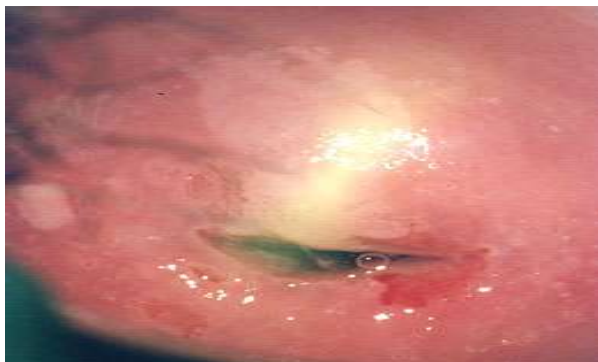
El cáncer afecta el cuello uterino, pero no se ha diseminado a los alrededores.

Etapa 1a



Una cantidad muy pequeña de cáncer que solo es visible a través del microscopio se encuentra en el tejido mas profundo del cuello uterino.

Etapa I b



Una cantidad mayor de cáncer se encuentra en el tejido del cuello uterino



El cáncer se ha diseminado a regiones cercanas, pero aún se encuentra en la región pélvica.

Etapas IIA



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

Etapa IIB:



El cáncer se ha diseminado al tejido alrededor del cuello uterino

ETAPA III.



El cáncer se ha diseminado a toda la región pélvica. Las células cancerosas pueden haberse diseminado a la parte inferior de la vagina. Las células también pueden haberse diseminado para bloquear los tubos que conectan los riñones a la vejiga (los uréteres).

ETAPA IV.



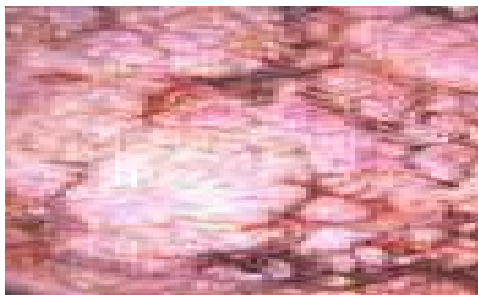
El cáncer se ha diseminado a otras partes del cuerpo.

Etapa IVA:



El cáncer se ha diseminado a la vejiga o al recto (órganos cercanos al cuello uterino).

Etapa IVB:



El cáncer se ha diseminado a órganos dístales como los pulmones.

Recurrente



La enfermedad recurrente significa que el cáncer ha vuelto (reaparecido) después de haber sido tratado. Puede volver al cuello uterino o a otro lugar, inferiores por bloqueo Venoso linfático.

2.5.5 MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Los signos y síntomas que un paciente puede presentar están directamente relacionados con el tamaño y la extensión de la lesión.

Sangrado vaginal, dolor abdominal bajo o en piernas. Sangrado rectal y edema de miembros.

2.5.6 ETIOLOGÍA Y FISIOPATOLOGÍA

El cáncer de cervix es el sexto tipo de cáncer mas frecuente entre las mujeres, Detrás de los cánceres de mama, colon, recto, pulmón, endometrio y ovario. Las mujeres con mayor riesgo de cáncer de cervix son las que han sido sexualmente activas desde muy jóvenes, han tenido múltiples parejas sexuales han dado a luz mas de una vez y son de un bajo nivel socioeconómico, aquellas que no utilizan protección de barrera aquellas expuestas a ETS y en fumadoras. La incidencia de neoplásia genital invasiva ha disminuido en los últimos 20 años, en tanto que la neoplásia preinvasiva se ha incrementado.

El aumento del virus del PVH genital y el aumento de las pruebas de detección, como el frotis del papanicolau pueden explicar este aumento. Se ha demostrado que el virus del papiloma humano agente responsable de la verruga venérea puede producir cambios neoclásicos con el cervix.

El coito sin preservativo en adolescentes jóvenes expone al cervix inmaduro a factores potencialmente carcinógenos. El 95 % de los carcinomas cervicales son epidermoides y el 4% son adenocarcinomas y el 1% proceden de tipos celulares raros. Se ha identificado a la displacia como lesión precursora del carcinoma cervical. El estado precursor suele conocerse como lesión neoplasia intraepitelial cervical (NIC).

La NIC se ha subdividido en los siguientes estadios.

1. NIC I Displasia leve.
2. NIC II Displacía moderada.
3. NICK III displasia grave o carcinoma incito.

La evolución que se inicia con la displacía leve y que, si no se interrumpe termina en carcinoma invasivo, tiene una duración variable en cada caso.

El tumor suele extenderse directamente hacia la vagina, el parámetro a la pelvis. También se puede extender a través de los linfáticos al pulmón, al hígado o a los huesos.²

2.5.6 DIAGNOSTICO

- ♦ Papanicolaou.
- ♦ Biopsias cervicales múltiples,
- ♦ Colposcopia.
- ♦ Conización.
- ♦ Fisiografía interna.
- ♦ Radiografía de tórax.

2.5.7 PREVENCIÓN Y DETECCIÓN

² www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Detection/Pap-test-spanish

- ♦ Importancia de llevar a cabo una historia del ciclo.
- ♦ Estudio de papanicolaou cervico vaginal.
- ♦ Educación general.
- ♦ Educación higiénica.
- ♦ Educación sexual.
- ♦ Control de fertilidad después del segundo parto.
- ♦ Atención oportuna de inf. Genitales.

2.5.8 TRATAMIENTO

Existen tratamientos para las pacientes con cáncer cervicouterino, además se puede extraer el cáncer empleando una de los siguientes procedimientos entre los que se encuentra:

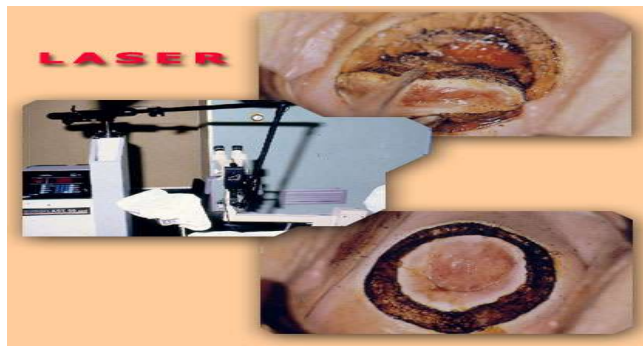
- Radioterapia
- Quimioterapia
- Criocirugía
- Cirugía con rayo láser
- Conización
- Histerectomía
- Incisión electro quirúrgica
- Braquiterapia
- Cirugía

RADIOTERAPIA



Radioterapia. Consiste en uso de rayo x de alta energía para eliminar células cancerosas y reducir tumores.

LASER



Láser: Uso de la energía fotónica para la destrucción o escisión de las lesiones y las zonas de transformación del cuello uterino.

Es un procedimiento que consiste en el uso de un haz de luz intensa para eliminar células cancerosas.

CRIOCIRUGÍA



Criocirugía consiste en la eliminación del cáncer por congelamiento del cuello uterino.

QUIMIOTERAPIA



Quimioterapia Uso de medicamentos para eliminar células cancerosas puede tomarse en forma de píldora o se puede depositar en el cuerpo por medio de una aguja introducida en la vena.

BRAQUITERAPIA



Braquiterapia Tratamiento por medio de radiación dentro del cuerpo con alambres o varillas, se utiliza anestesia general durante la inserción de la fuente para la braquiterapia, se utiliza para destruir la masa principal de las células tumorales.

CONIZACION



La conización: consiste en la extracción de un pedazo de tejido en forma de cono en el lugar donde se encuentra la anormalidad.

Incisión electro quirúrgica: Es un procedimiento para extraer el tejido anormal. Se usa una corriente eléctrica pasada por un aro de alambre delgado que sirve como cuchilla.

HISTERECTOMÍA



Histerectomía. Es una operación en la cual se extrae el útero y el cuello uterino además del cáncer.

2.5.9 TRATAMIENTO POR ETAPAS

Los tratamientos para el cáncer cervicouterino dependen de la etapa en que se encuentra la enfermedad, del tamaño del tumor y edad del paciente, su estado de salud general.

CÁNCER CERVICOUTERINO - ETAPA 0

El cáncer cervicouterino en etapa 0 en ocasiones también se conoce como carcinoma in situ.

1. Conización.
2. Cirugía con rayo láser.
3. Procedimiento de excisión electro quirúrgica (LEEP)
4. Criocirugía.
5. Cirugía para eliminar el área cancerosa, el cuello uterino y el útero (histerectomía total abdominal o histerectomía vaginal) para aquellas mujeres que no pueden o no desean tener niños.

CÁNCER CERVICOUTERINO - ETAPA I

El tratamiento puede ser en uno de los siguientes, dependiendo de la profundidad a la cual las células del tumor hayan invadido el tejido normal:

Para el cáncer en etapa IA:

1. Cirugía para extirpar la zona afectada, el útero y el cuello uterino (histerectomía abdominal total). Los ovarios también pueden extraerse (salpingooforectomía bilateral), pero generalmente no se extraen en mujeres jóvenes.
2. Conización.
3. Para tumores con invasión más profunda (3-5 milímetros): cirugía para extraer el cáncer, el útero y el cuello uterino y parte de la vagina (histerectomía radical) junto con los ganglios linfáticos en la región pélvica (disección de ganglios linfáticos).
4. Radioterapia interna.

Para el cáncer Etapa IB:

1. Radioterapia interna y externa.
2. Histerectomía radical y disección de los ganglios linfáticos.

3. Histerectomía radical y disección de los ganglios linfáticos, seguida de radioterapia más quimioterapia.

4. Radioterapia más quimioterapia.

CANCER CERVICOUTERINO - ETAPA II

El tratamiento puede ser uno de los siguientes:

Para el cáncer en etapa IIA:

1. Radioterapia interna y externa.
2. Histerectomía radical y disección de los ganglios linfáticos.
3. Histerectomía radical y disección de los ganglios linfáticos, seguida de radioterapia más quimioterapia.
4. Radioterapia más quimioterapia.

Para el cáncer en etapa IIB:

1. Radioterapia interna y externa más quimioterapia.

CANCER CERVICOUTERINO - ETAPA III

El tratamiento puede ser uno de los siguientes:

1. Radioterapia interna y externa más quimioterapia.

CANCER CERVICOUTERINO - ETAPA IV

El tratamiento puede ser uno de los siguientes:

Para el cáncer en etapa IVA:

1. Radioterapia interna y externa más quimioterapia.

Para el cáncer en etapa IVB:

- 1.- Radioterapia para aliviar síntomas causados por el cáncer.
- 2.- Quimioterapia.

CANCER CERVICOUTERINO - RECURRENTE

Si el cáncer ha vuelto (reaparecido) en la pelvis, el tratamiento puede ser uno de los siguientes:

1. Radioterapia combinada con quimioterapia.
2. Quimioterapia para aliviar los síntomas ocasionados por el cáncer.

Si el cáncer ha regresado fuera de la pelvis, el paciente puede decidir ingresar a un ensayo clínico de quimioterapia sistémica.

2.6 COMPLICACIONES

2.6.1 Relacionadas con la enfermedad y el tratamiento

CON LA ENFERMEDAD

- ♦ Disfunción sexual.
- ♦ Infertilidad.
- ♦ Esterilidad.
- ♦ Alteración en las funciones intestinales y vesicales.
- ♦ Aborto espontáneo.
- ♦ Cambios en el concepto de sí misma.

RELACIONADAS CON EL TRATAMIENTO

- ♦ Infertilidad.
- ♦ Esterilidad (Temporal / permanente).
- ♦ Formación de fístulas.
- ♦ Infección.
- ♦ Hemorragias.
- ♦ Desinencia de la herida.
- ♦ Fibrosis / estenosis vaginal.
- ♦ Obstrucción uretral.
- ♦ Mielo Supresión.
- ♦ Alopecia.
- ♦ Alteración en las funciones intestinales y vesicales.
- ♦ Aborto y disfunción sexual.

2.7 MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO

2.7.1 LA PRUEBA DE PAPANICOLAU (EL PAP)

En 1941, George Papanicolau descubrió una fórmula de teñir las células que son despididas desde el epitelio, o superficie exterior del cérvix, lo que hace posible detectar las células con transformaciones anormales a través de un microscopio.

Este procedimiento se basaba en que durante el proceso de desarrollo del cáncer, las células comienzan a reproducirse de manera desordenada. Por lo tanto, el núcleo de la célula sufre alteraciones morfológicas que pueden identificarse a través de un microscopio. La citología o examen de Papanicolaou es simplemente una muestra y es posible que, al tomarla, se escapen las células con alteraciones morfológicas. El Papanicolau no es un examen de diagnóstico, es más bien un tamizaje que separa a las mujeres que pueden tener lesiones en el cuello del útero, de las que no, que son la gran mayoría.

Fuente: Robles, Sylvia. 2000. Rompiendo mitos: cáncer del cuello del útero. Perspectivas de salud, vol. 5, N°.

2.7.2 LA CITOLOGIA CERVICOVAGINAL (PAPANICOLAOU)

La citología vaginal es una prueba que consiste en la toma de una muestra de las células epiteliales que recubren el cuello del útero para su posterior estudio con microscopio, y así poder observar precozmente cambios en la forma de las células, que tras la aplicación de medidas oportunas, impidan una posible progresión hacia el cáncer.

La prueba de Papanicolaou (llamada también prueba de PAP o frotis de PAP) es una forma de examinar las células que se recogen del cérvix (el extremo inferior, estrecho, del útero). El propósito principal de la prueba de Papanicolaou es detectar a tiempo cambios anormales en las células que pueden surgir por causa de cáncer de cérvix o antes de que se presente el cáncer así como microorganismos causantes de infecciones vaginales.

Generalmente la prueba del papanicolaou la realizan los médicos y enfermeras u otros profesionales de la salud capacitados especialmente, tales como los asistentes médicos, las matronas, pueden realizar pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos. Estos individuos, por lo general, son conocidos como clínicos.

El estudio del papanicolaou se lo debe hacer toda mujer que comienza sus relaciones sexuales, una vez al año de preferencia, si el estudio es normal, en otros países se ha sugerido dejar de realizar el estudio a partir de los 50 años. El alto número de mujeres mayores de esta edad con neoplasia cervical en nuestro país obliga a mantener una conducta activa de búsqueda de la lesión independientemente de la edad. El

estudio se debe hacer preferentemente hacia la mitad del ciclo, cuando las hormonas femeninas están en altos niveles y facilitan la lectura del extendido, se desaconseja la toma durante el periodo menstrual, una mujer que ya no menstrúa puede realizarse el estudio en cualquier momento; debe realizárselo con urgencia si ha vuelto a presentar un sangrado anormal, el embarazo no contraindica la toma del papanicolaou.

Para la realización del papanicolaou: no debe tener relaciones sexuales en las 24 horas anteriores a la toma, no se administre ningún medicamento por vía vaginal en las últimas 24 horas antes del estudio, NO DEBE realizarse lavados vaginales

2.7.3 Técnica para la toma del papanicolau

Material; espejo vaginal, cepillo colector, espátula de ayre, abatelenguas, gasas, laminillas, spray fijador, guantes, lápiz punta de diamante, pesquisas y caja porta laminillas.

Antes de la realización de la prueba se entrevista a la paciente con el fin de que proporcione sus datos personales, así como la periodicidad con que se realiza el papanicolau, cual es el método de planificación familiar que utiliza y la fecha de su ultima regla. Esto también es con la finalidad de que la mujer se sienta en confianza y esté un poco más relajada ya que en ese momento podemos despejar sus dudas y explicarle el procedimiento que se va a llevar a cabo. La identificación de la laminilla

varía en cada institución pero los datos que debe llevar son; el folio y las iniciales de la persona.

Se le indica a la paciente que se retire la ropa interior y que se coloque en posición ginecológica.

Se indica a la mujer que espire lentamente con su boca abierta, para que relaje el cuerpo y tenga menos molestias al introducir el espejo vaginal.

Se separan los labios mayores con los dedos pulgar e índice de la mano izquierda.

Se toma el espejo vaginal con la mano derecha y se coloca lateral y cerrado.

No se debe utilizar ningún lubricante ya que podría interferir en los resultados del papanicolau, como excepción se puede utilizar solución fisiológica únicamente.

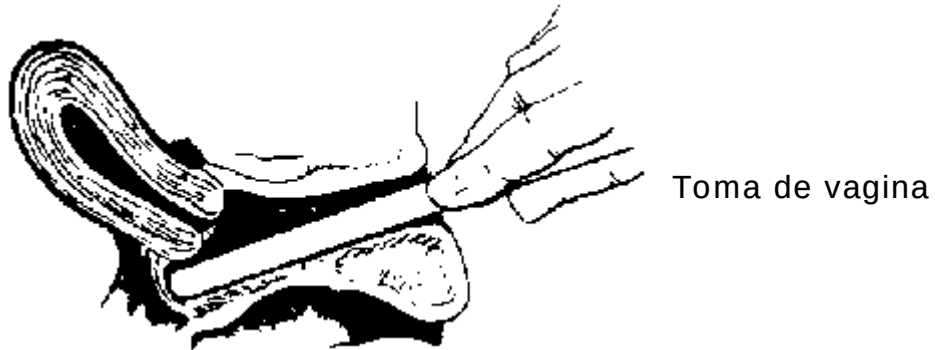
Al mismo tiempo que se introduce el espejo se le pide a la paciente que puxe un poco, enseguida se gira con un movimiento suave seguro y ligeramente hacia atrás y abajo, y se abre el espejo.

Retirar el moco o exudado abundante con una gasa.

Observar las condiciones del cuello y de la vagina, buscando anomalías como ulceraciones, sangrado o tumoraciones.

Se efectúa la primera toma con el extremo irregular de la espátula de ayre o el abate lenguas, parte superior y lateral de la vagina.

Extender la muestra uniforme en el tercio medio de la laminilla con movimientos circulares.



Se obtiene la segunda muestra de la porción externa del cuello con el cepillo colector. La toma con cepillo está contraindicada en mujeres embarazadas.

Se retira el cepillo y extiende la muestra en el tercio externo de la laminilla, inclinando las cerdas ligeramente y girando el cepillo en sentido contrario de las manecillas del reloj.

La tercera muestra se obtiene de la porción interna del cuello. Esta última toma es la más importante, ya que debe abarcar el sitio donde con mayor frecuencia se inician las lesiones previas al cáncer cervicouterino. Si no se recogen células de esta zona, el estudio es inútil para la detección del cáncer.

Se cierra el espejo.



Indicar a la mujer que relaje su cuerpo y retirar el espejo vaginal en un solo movimiento.

De inmediato, antes que el extendido empiece a secarse, el portaobjeto se sumerge en alcohol al 70% o se rocía con algunos líquidos especiales, llamados en conjunto fijadores, ya que evitan la destrucción normal de las células cuando son separadas de nuestro organismo, se espera a que se seque la laminilla y se introduce en un sobre o carterita para su manejo y envío. Es importante que la laminilla o el sobre estén identificados con el nombre de la paciente.

Es esencial que la muestra se acompañe de la mayor cantidad de datos clínicos para una correcta y más completa evaluación, no importa el tiempo que transcurra antes de llegar la muestra al laboratorio, ya que las células fijadas duran indefinidamente

Se le solicita a la mujer que baje de la mesa de exploración y que se cambie.

Se le informa que puede presentarse un ligero sangrado después de la toma, que cede en forma espontánea. Se informa la fecha aproximada de la entrega de resultados. Se le menciona que algunas muestras son insuficientes o inadecuadas y será necesario tomar una nueva muestra,

en este caso se buscará o llamará a su domicilio para que no se alarme y piense que el llamarla quiere decir que tenga cáncer.

2.7.4 Causas frecuentes que impiden la toma de una muestra adecuada:

- ✓ Que la paciente se encuentre muy tensa y no coopere en la realización del estudio.
- ✓ No identificar el cuello uterino
- ✓ No tomar la muestra de la zona de transformación o de la unión escamocilíndrica.
- ✓ Que no exista suficiente desprendimiento de células epiteliales al tomar la muestra o que se ejerza tanta presión que destruya el material.
- ✓ Que el frotis no se extienda bien y quede grueso.
- ✓ Que la muestra se deje secar antes de fijarla.
- ✓ Que se use insuficiente o excesiva cantidad de fijador
- ✓ Que la muestra contenga material purulento o sangre

Los resultados del papanicolau se proporcionan por clases:

Clase I = Normal

Clase II = Inflamación, indica presencia de células neoplásicas.

Clase III, IV y V = Células anómalas.

El cáncer no se inicia repentinamente, sino que tiene toda una evolución previa a partir de *lesiones precursoras o precancerosas* (no son cáncer pero si se dejan evolucionar hay altas probabilidades que se conviertan en cáncer destructivo y mortal). Estas lesiones precursoras y los cánceres iniciales son las lesiones que deben de diagnosticarse con el papanicolaou, ya que son 100% curables.

2.7.5 MANEJO DE LA MUESTRA EN EL LABORATORIO

A cada citología se le asigna un número progresivo de identificación y se registra cada caso en sistema computarizado para control y referencia futura.

El extendido se tiñe con los 3 colorantes de Papanicolaou para diferenciar más fácilmente los componentes de las células (núcleo y citoplasma).

Las laminillas ya están listas para su observación microscópica. El citopatólogo deberá revisar todo el extendido (entre 50 mil y 300 mil células) a 100 y a veces hasta 1000 aumentos, para poder detectar anomalías celulares.

Esta es una labor muy cuidadosa, que en ocasiones requiere de mucho tiempo. Debe ser realizada sólo por personal altamente capacitado y responsable.

MICROBIOLOGIA

La porción microbiológica informa de la presencia de algún microorganismo inespecífico (bacterias, cocos) o específico (virus del papiloma humano, cóndida, tricomona, etc.) existen también hongos,

rickettsias y protozoarios.

2.7.6 INFORME MORFOLOGICO

- hay muchas maneras de llenar el reporte, todas encaminadas a describir las observaciones y emitir un diagnóstico de normalidad o anormalidad
- tiene mucho arraigo la clasificación original de Papanicolaou, la cual menciona 5 clases, del I al V
- clases I y II son negativas a neoplasia (cáncer o pre-cáncer) :
- clase I es absoluta normalidad, por lo cual la paciente regresará al año a su nuevo estudio.
- clase II muestra alguna alteración inflamatoria, que puede ameritar tratamiento. En ocasiones se puede hacer una toma de control después del tratamiento, sobre todo si inicialmente se apreciaron alteraciones celulares severas
- las clases de III a V tienen diferentes grados de lesión que obligará al médico a instituir alguna otra medida de confirmación de la lesión observada, ya que el objetivo del papanicolaou es únicamente separar mujeres sin lesión, de mujeres con lesión en el cerviz.

Generalmente se hará una biopsia (toma mayor de tejido para su estudio) y colposcopia (observación directa del cuello de la matriz con un microscopio especial). Según el resultado de la biopsia se dará un tratamiento resolutivo.

Actualmente hay gran tendencia a abandonar el uso principalmente de las clases III a V y de describir la lesión observada, por ejemplo "Neoplasia intraepitelial cervical" grado 1, 2 ó 3 o "Lesión intraepitelial

cervical" de ALTO o BAJO grado. Esta última clasificación se conoce como sistema Bethesda.

Si el papanicolaou reporta alguna alteración.

- No alarmarse inútilmente. El papanicolaou sirve para detectar problemas. Hay tratamiento para su caso; generalmente las lesiones más significativas tardan mucho tiempo en su progresión
- Acudir al médico con el resultado, él será quien valore la magnitud del problema e instituirá el camino a seguir para confirmar el diagnóstico
- Seguir fielmente las indicaciones del médico, él podrá curarla o la remitirá con el especialista más adecuado para la resolución completa de la lesión cervical ³

Las mujeres deben hablar con el médico sobre cuándo y con qué frecuencia se deberán hacer la prueba de Papanicolaou. Según las directrices actuales, las mujeres deben someterse a una prueba de Papanicolaou al menos cada 3 años. La primera prueba se debe realizar tres años después de tener relaciones sexuales por primera vez, o a más tardar a los 21 años de edad. Los expertos recomiendan que se espere alrededor de tres años después de tener relaciones sexuales por primera vez para evitar tratamiento excesivo contra los cambios anormales que son comunes y temporales. No existe peligro alguno si se espera 3 años, ya que, por lo general, el cáncer de cérvix se desarrolla lentamente. Este tipo de cáncer es muy poco común entre las mujeres menores de 25 años de edad.

³ www.histolab.com.mx/pap.html

Las mujeres entre 65 y 70 años que han recibido resultados normales en al menos 3 pruebas de Papanicolaou y que no han recibido resultados anormales en los últimos 10 años, pueden optar por suspender las pruebas de Papanicolaou tras consultar con su médico. Las mujeres que han tenido una histerectomía (cirugía para extraer el útero y el cérvix) no tienen que realizarse la prueba de Papanicolaou, a menos que la cirugía se haya llevado a cabo para tratar una afección precancerosa o de cáncer.

Cerca de 55 millones de pruebas de Pap se realizan cada año en Estados Unidos y de ellas, se reportan 3,5 millones (un 6 por ciento) como muestras anormales que requieren seguimiento médico.

Un médico podría tan solo describir los resultados de la prueba de Papanicolaou como “anormales.” Las células en la superficie del cérvix a veces parecen anormales, pero muy pocas veces son cancerosas. Es importante recordar que las afecciones anormales no siempre se convierten en cáncer y que algunas afecciones tienen más probabilidades de llevar al cáncer que otras. Tal vez la mujer querrá pedir al médico información específica sobre el resultado de su prueba de PAP y sobre el significado de este resultado.

Existen varios términos que se pueden utilizar para describir los resultados anormales.

Displasia:

Es un término utilizado para describir células anormales. La displasia no es cáncer, aunque se puede convertir en un cáncer muy temprano del cuello del útero. Las células aparecen anormales en el microscopio, pero no invaden los tejidos sanos del alrededor. Existen cuatro grados de displasia: leve, moderado, grave o carcinoma in situ, dependiendo de qué tan anormales se vean las células al microscopio. Carcinoma *in situ*

significa que el cáncer está presente sólo en la capa de células de la superficie del cérvix y no se ha diseminado a tejidos cercanos.

Lesión intraepitelial escamosa (SIL):

Es otro término que se utiliza para describir cambios anormales en las células de la superficie del cérvix. La palabra escamosa describe células que son delgadas, planas y que forman la superficie exterior del cérvix. La palabra lesión se refiere a tejido anormal. Una lesión intraepitelial significa que las células anormales están presentes solamente en la capa de células de la superficie del cérvix. Un médico puede describir una lesión intraepitelial escamosa como de grado bajo (primeros cambios en el tamaño, forma y número de células) o de grado alto (células precancerosas que se ven muy diferentes de las células normales).

Neoplasia intraepitelial cervical (CIN), cervical intraepithelial neoplasia):

Significa un crecimiento anormal de células. Intraepitelial se refiere a la capa de células que forman la superficie del cérvix. El término neoplasia intraepitelial cervical, junto con un número (del 1 al 3), describe qué tanto del grosor del revestimiento del cérvix contiene células anormales.

Células escamosas atípicas

Son resultados que no son claros y que no son una anomalía definida.

El cáncer de cérvix o cáncer invasor cervical ocurre cuando las células anormales penetran con mayor profundidad en el cérvix o en otros tejidos u órganos.

Si el laboratorio encuentra células anormales que tienen una probabilidad alta de convertirse en cancerosas, se deberá poner a la

mujer bajo tratamiento médico. Sin tratamiento, estas células pueden convertirse en cáncer invasor.

2.7.7. Las opciones de tratamiento son las siguientes:

LEEP (procedimiento de escisión electro quirúrgica con asa) es una cirugía en donde se utiliza una corriente eléctrica que pasa por un asa de alambre delgado para que se pueda utilizar ésta como cuchillo. un procedimiento quirúrgico sencillo que se utiliza en el diagnóstico y tratamiento del cervix cuando la prueba de Papanicolaou es anormal. En este procedimiento se utiliza un alambre muy delgado en forma de asa conectado a un generador de corriente eléctrica de alta frecuencia, lo cual permite eliminar con gran precisión el área afectada en el cervix. Debido a esta alta precisión, y al diámetro reducido del alambre utilizado, el daño causado a los tejidos normales que rodean el área afectada es mínimo. Los vasos sanguíneos se coagulan simultáneamente, reduciendo o evitándose así el sangrado producido por el procedimiento. Se recomienda que no se lleve a cabo esta operación durante la menstruación de modo que el cervix pueda ser visualizado claramente. Esto también permite determinar mejor si el sangrado observado al terminar la misma pudiese ser excesivo. Es posible que se le administre un analgésico antes del procedimiento. Se le llevara a la sala de examen, y se sostendrán sus piernas sobre unos estribos. Luego se colocara un espejo vaginal al igual que se hace para la toma de la muestra de Papanicolaou. Se le administrara anestesia local (similar a la utilizada en la consulta del dentista). Es posible que sienta calambres similares a los de la menstruación mientras se le administra la anestesia. A veces se sienten palpitaciones, y también podrían temblarle las piernas. Todos estos síntomas son normales, y ocurren como consecuencia de los medicamentos administrados. Luego se aplica una solución al cervix para identificar el

área anormal que deberá ser removida. El procedimiento en si toma solo unos segundos, pero controlar el sangrado podría tomar varios minutos adicionales. Con frecuencia se aplica entonces una pasta verdosa llamada solución de Monsel para controlar el sangrado, la cual podría causar un flujo vaginal oscuro por varios días. Al terminar el procedimiento se retirará el espejo vaginal.

Los riesgos y las complicaciones son poco frecuentes e incluyen:

1 Sangrado abundante (mas que una menstruación normal)

2 Sangrado con coágulos

3 Calambres abdominales severos

4 Fiebre

5 Flujo o deshecho maloliente (distinto al olor característico

Producido por el procedimiento y la solución de Monsel)

6 Persistencia de la anormalidad tratada

7 Estrechez del orificio del cuello uterino

Infección

8 Cortadura y quemadura accidental de tejido normal adyacente

(podrían ocurrir si la paciente se mueve durante el procedimiento)

Beneficios de la cotización por asa diatérmica o LEEP

es un procedimiento minimamente doloroso que sin embargo permite remover eficazmente el tejido anormal para que sea examinado cuidadosamente por un patólogo especialista. En realidad, son muy pocos los riesgos asociados con este procedimiento, y en general no se requiere hospitalización.

Instrucciones después del procedimiento

Acudir al médico inmediatamente si presenta sangrado mayor al de una menstruación o con coágulos. si presenta dolor abdominal intenso, o fiebre, es común que se presente un flujo vaginal maloliente⁴.

Crioterapia del cérvix

Es un tratamiento mediante congelación que ha probado ser una manera segura y efectiva para eliminar las células anormales que pueden aparecer en el cérvix.

En la crioterapia se utiliza una temperatura extremadamente baja para destruir el tejido anormal. Estas células anormales muertas luego son eliminadas a través de la vagina, siendo reemplazadas por nuevas

⁴

http://www.asccp.org/pdfs/patient_edu/spanish/LEEP.pdf

células normales en el cervix. La eliminación de estas células anormales precancerosas evita que continúen mostrando cambios que eventualmente podrían ser la causa de cáncer del cérvix, es un procedimiento sencillo que no requiere cortar tejido afectado. Esta indicada cuando se detectan células anormales en el cérvix en una prueba de papanicolaou, cuando en la biopsia se confirma displasia que aunque no son células cancerosas podrían sufrir cambios y desarrollar cáncer.

El tratamiento se realiza al termino del periodo menstrual, no se realiza a mujeres embarazadas, menstruando o antes de menstruar, en presencia de infecciones vaginales. Se lleva a cabo en un consultorio, no requiere cuidados especiales y es un tratamiento ambulatorio. La preparación previa al tratamiento es no tener relaciones sexuales ni utilizar jaleas, medicamentos o duchas vaginales 24 horas antes del procedimiento.

Para el procedimiento

Se le coloca en una camilla de examen, se introduce un especulo vaginal para separar las paredes de la vagina y visualizar el cervix (al igual que se hace al obtener la prueba de Papanicolaou), se aplica una solución de vinagre que hace que las áreas anormales se tornen blancas. Una vez que se identifiquen estas áreas a través del colposcopio, se coloca una sonda metálica sobre el cervix para cubrir el área anormal. Esta sonda metálica habrá de congelarse, congelando al mismo tiempo los tejidos contiguos con los que hace contacto, la crioterapia causa una “quemadura mediante congelación” en el cervix.

Se pueden presentar calambres durante el procedimiento. El tratamiento se lleva a cabo en 10-15 minutos en dos etapas⁴.

Las usuarias que deben realizarse la crioterapia son aquellas que presentan Lesión Escamosa Intraepitelial, identificada por biopsia

Para este tratamiento se requiere un Examen de colposcopia satisfactorio, con visualización completa de la zona de la transformación, lesión identificada y completamente visualizada, Biopsia consistente con citología, carcinoma invasivo delimitado por biopsia.

La finalidad de este tratamiento es destruir por efecto de necrosis a las células displásicas que se desarrollan en esta zona de transformación, este procedimiento lo realiza mediante congelación.

Conización con LASÉR

La conización con LASÉR es efectiva para el tratamiento de NIC. Las grandes desventajas son que incluye equipo costoso y un posible efecto coagulativo en los márgenes, que dificulta realizar evaluación histopatológica.

Esta indicada en pacientes con diagnóstico definitivo de NIC 2 o NIC 3. Escisión con asa de electrocirugía Llamado LEEP o LLETZ por sus siglas en inglés, utiliza un electrodo formado por un asa hecha de alambre delgado, con esta técnica el tejido es asilado y previene los artefactos de la termo coagulación. Se puede hacer una escisión amplia o selectiva en la zona de transición. El tejido cortado se preserva para examen histopatológico.

⁵ http://www.asccp.org/pdfs/patient_edu/spanish/cervical_cryotherapy.pdf

La usuaria que ha sido tratada con cualquier método de conización, para la curación completa del cérvix, toma un periodo aproximado de 6 semanas. Se le recomienda abstenerse de relaciones Sexuales, el uso de tampones o las duchas vaginales en un periodo temprano puede ser causa de sangrado e infecciones, por lo tanto se recomienda no realizarse en un periodo de al menos 2-3 semanas posteriores a la conización.

Seguimiento

Se evalúan a las pacientes 2 semanas después.

Una revisión postoperatoria final es recomendada a las 6 semanas, el sitio de conización usualmente ya se recuperó.

Se realiza citología vaginal cada 3 meses durante el primer año Posoperatorio, a los 6 meses después al siguiente año, con dos citologías negativas el estudio se espacia a cada 3 años

Complicaciones

Puede presentar hemorragia trans y postoperatoria, aunque puede ser reducida por la inyección cervical de epinefrina (situación contraindicada en pacientes hipertensas y cardiópatas).

La hemorragia tardía puede ser manejada con empaquetamiento vaginal. Se ha descubierto que las mujeres sometidas a este Procedimiento presentan mayor incidencia de parto pretérmino y ruptura prematura de membranas, estenosis cervical o incompetencia

La terapia con láser es el uso de un rayo delgado de luz intensa para destruir o extraer células anormales⁶.

⁶ http://www.facmed.unam.mx/pibc/segundo_abr2k7/sibc_s_abr2k7.pdf

CONIZACION

Conización se define como una escisión de un cono o cilindro tallado del cérvix que incluye la zona de transición y todo o una porción del canal endocervical. Éste es usado como método diagnóstico de lesiones escamosas intraepiteliales o glandulares, para excluir al carcinoma microinvasor y para tratamiento conservador de la NIC.

Las técnicas de conización para diagnóstico y tratamiento son idénticas. La técnica puede llevarse a cabo con bisturí, LASÉR (excisional o destructivo por vaporización) o asa electroquirúrgica. Cada una de estas técnicas posee ventajas y desventajas. La conización con bisturí proporciona márgenes limpios para el adecuado estudio histopatológico, pero típicamente está asociado a mayor sangrado que el LASER o el asa diatérmica y generalmente requiere de anestesia general. El procedimiento con LASER es de mayor duración, otorga márgenes con tejido quemado que interfiere en el adecuado diagnóstico histopatológico, aunque su mayor desventaja es su alto costo, su ventaja es la precisión que otorga.

El uso de asa diatérmica posee varias ventajas como la rapidez, preservación de los márgenes para el adecuado estudio histopatológico, sangrado mínimo e incluso puede realizarse en el consultorio.

Conización diagnóstica

Se realiza en las siguientes situaciones:

- Alteraciones celulares epiteliales, en particular LIAG en ausencia de lesiones colposcópicas evidentes.
- Colposcopia insatisfactoria.
- Valorar la presencia o ausencia de microinvasión ante el diagnóstico de NIC por biopsia.
- Hallazgo de NIC o cáncer microinvasor durante cepillado endocervical.
- Evidencia histológica o citológico de lesión maligna o premaligna.
- Diagnóstico citológico inconsistente con diagnóstico histológico.

Conización terapéutica

Esta técnica actualmente es la modalidad terapéutica de mayor elección para NIC grados 2 y 3. Aún no se establece con certeza si debe o no retirarse por completo el canal cervical, ya que existe mayor riesgo de condicionar incompetencia cervical y esto dificulta el desarrollo del embarazo.



La conización extrae trozos de tejido en forma de cono mediante el uso de un cuchillo, un láser o el procedimiento LEEP⁷.

2.7.8 Otros estudios aparte de la citología vaginal: Prueba de VPH ADN

Como se indicó anteriormente, el factor de riesgo más importante del cáncer de cuello uterino es haber tenido el virus del papiloma humano (VPH o HPV, en inglés). Los doctores ahora cuentan con una prueba para detectar los tipos de VPH que tienen una mayor probabilidad de causar este cáncer. En esta prueba, se analiza el ADN de las células del cuello uterino. El ADN almacena la información genética sobre el crecimiento, la división y la función celular. La manera en que se obtienen las muestras de las células es similar a la de la prueba de Papanicolaou. Esta prueba se utiliza en dos situaciones

Se puede usar como prueba de detección (junto con la prueba de Papanicolaou) en mujeres mayores de 30 años de edad. No reemplaza la prueba de Papanicolaou. La prueba no se usa en mujeres menores de 30 años, ya que no les brinda ningún beneficio. Las mujeres más jóvenes que están teniendo relaciones sexuales tienen una probabilidad mucho mayor de infectarse con VPH, aunque en la mayoría de ellas este virus desaparecerá por sí solo.

Además, la prueba se puede usar en mujeres que obtuvieron resultados

⁷ <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003910.htm#visualContent>

ligeramente anormales en la prueba de Papanicolaou para determinar si pudiese ser necesario realizar más pruebas u ofrecer tratamiento

Colposcopia

Es un estudio que se hace con un aparato que tiene aumentos, llamado colposcopio; es necesario primeramente colocar dos sustancias en el cuello de la matriz, que permitirán visualizar mejor las lesiones. En este examen, el médico observa el cuello uterino a través de un instrumento llamado colposcopio que se parece a unos binoculares. Este examen no es doloroso, no produce efectos secundarios y puede llevarse a cabo sin peligro incluso durante el embarazo. Si se observan áreas anormales en el cuello uterino durante este examen, existen varios métodos diferentes de tratamiento. Algunos de estos métodos conllevan a extraer tejido con un alambre caliente o una sonda de metal enfriada con nitrógeno. Otros usan cirugía por láser para destruir las células anormales. Estos tratamientos casi siempre logran eliminar los precánceres y evitar que éstos se conviertan en un verdadero cáncer.

Biopsia: una biopsia es la extracción de una muestra de tejido para ver si tiene células cancerosas. Esta es la única forma de poder determinar la presencia de células precáncerosas, cáncerosas o la normalidad. Existen varios tipos de biopsias.

Cistoscopia: esta prueba es para averiguar si el cáncer se ha propagado a la vejiga. El médico examina el interior de la vejiga con un tubo iluminado. Las muestras de tejido pequeñas también se pueden extraer y observar con un microscopio.

Proctoscopia: se usa un tubo con una luz para ver si el cáncer se ha propagado al recto.

Radiografías del tórax: Se realizan para valorar si el cáncer se ha propagado o no a los pulmones.

Otros estudios por imágenes: se pueden realizar otros estudios como la tomografía computarizada (conocida en inglés como CT scan) o imágenes por resonancia magnética (MRI) para ver si el cáncer se ha propagado a otras partes del cuerpo.

2.7.8 Vacunas contra el virus del papiloma humano:

Se han estado desarrollando vacunas para ayudar a prevenir el cáncer del cuello uterino, y una de éstas ha sido aprobada por la FDA. Estas vacunas tienen el propósito de producir inmunidad a ciertos tipos de VPH (HPV, en inglés) para que las mujeres que se expongan a estos virus no contraigan infecciones. Además se han estado desarrollando vacunas para prevenir algunos de los otros tipos de VPH que también causan cáncer y algunas verrugas genitales.

Además, se están estudiando vacunas para las mujeres que ya tienen infecciones con el VPH. Estas vacunas podrían ayudar a sus sistemas inmunológicos a destruir el virus y curar la infección antes de que comience el cáncer. Otras vacunas siguen teniendo el fin de ayudar a mujeres con cáncer avanzado del cuello uterino que ya ha hecho metástasis .

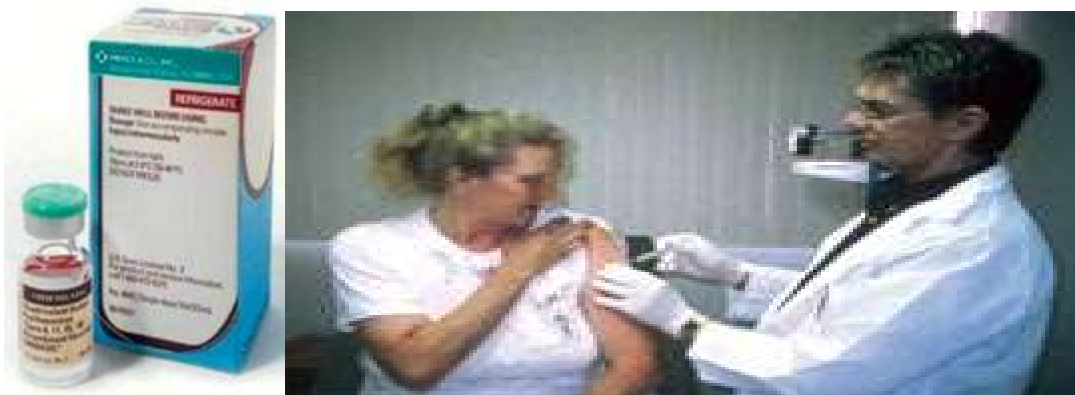
Se están realizando numerosos estudios clínicos para probar nuevos medicamentos de quimioterapia, nuevas formas de administrar radioterapia y nuevas maneras de combinar los tratamientos.

Vacunas contra el virus del papiloma humano:

Se han estado desarrollando vacunas para ayudar a prevenir el cáncer del cuello uterino, y una de éstas ha sido aprobada por la FDA. Gardasil estimula el sistema inmunológico, permitiendo al organismo humano atacar a las dos cepas del virus – VPH16 y VPH18– responsables del mal.

Un análisis compuesto de 4 estudios en el que participaron más de 20,000 mujeres, ha demostrado que la vacuna es 100% efectiva para prevenir los tipos 16 y 18 del virus del papiloma Humano, que causa el 70% del cáncer cervicouterino y los tipos 6 y 11 que causan el 90 % de las verrugas genitales

Su aplicación se da en tres dosis. Luego de la primera aplicación hay que poner otro refuerzo a los dos meses y después a los cuatro meses. Hasta donde se sabe, su efecto es indefinido, es decir no es necesaria otra aplicación para mantener su efectividad. Actualmente se ha inventado una vacuna diseñada específicamente para prevenir el cáncer y también las verrugas genitales proteger a la población femenina contra el virus del papiloma humano desde la preadolescencia. Existen más de ochenta tipos de virus del Papiloma Humano. Algunos de ellos son de bajo riesgo oncológico, puesto que raramente se convierten en cáncer.



www.ercilla.cl/web/index.php?option=com_content

1.1.1.JUSTIFICACIÓN

El cáncer cérvicouterino (cacu) representa en el mundo, en México y en Michoacán un serio problema de salud pública. El cáncer cérvico-uterino es la segunda causa de muerte por tumores malignos y responsable de 288,000 muertes por año en el mundo. Anualmente se reportan alrededor de 510,000 casos de este tipo de cáncer y cerca del 80% se registran en los países en desarrollo: 68,000 en Africa, 77,000 en Latino América y 245,000 en Asia (OMS). Su relevancia a nivel mundial se encuentra envuelta en una triste paradoja: figura como una de las principales causas de muerte aunque es totalmente prevenible. El tumor maligno de cuello de cervix también es uno de los problemas de salud más importantes de la mujer mexicana. A pesar de que los servicios de salud dirigidos a la mujer han concentrado los esfuerzos preventivos y de atención sobre los aspectos reproductivos de la mujer, el cáncer cérvico-uterino figura como una prioridad nacional ya que al año mueren alrededor de 5000 mujeres por esta causa. Afecta pues a la sociedad de manera individual y grupal pues altera la calidad de vida de un ser

humano al ocasionar desequilibrio emocional, físico y espiritual. En el Estado de Michoacán, se diagnostican anualmente 2,927 2.9%.

Dentro de las políticas de salud, es reducir la morbilidad y mortalidad, así como mejorar la calidad de vida de las mujeres que presentan la enfermedad. Una manera de contribuir en la prevención de esta enfermedad es mediante la toma de Papanicolaou como método de tamizaje en todas las mujeres con vida sexual activa. En el Hospital General de Apatzingán se observa que las mujeres no acuden a realizarse el estudio, incrementando con ello el riesgo de padecer la enfermedad y por no detectarse a tiempo no permite el tratamiento oportuno de la enfermedad. Por la importancia que tiene esta enfermedad y ser considerada prevenible por ser el cervix un órgano de fácil acceso para la toma de muestra de Papanicolaou, se justifica esta investigación debido a que en la Ciudad de Apatzingán no se cuenta con alguna investigación que permita conocer las causas por las cuales las mujeres no asisten a la toma del estudio.

1V.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La toma de Papanicolaou es una técnica sencilla que tiene gran importancia en la detección de anormalidades para el diagnóstico de la presencia de células precancerosas. En la Ciudad de Apatzingán, las mujeres no acuden a realizarse el estudio a pesar de existir información permanente de la relevancia que tiene este, además de ser gratuito, por lo anterior se hace el siguiente planteamiento:

¿Cuales serán las principales causas por las cuales las mujeres de 25 a 60 años no asisten a la toma del Papanicolaou?

V.OBJETIVOS

GENERAL

Analizar las principales causas por las cuales la mujer de 25 a 60 años de edad del H. R. P. A. no asiste a la toma del papanicolaou.

ESPECÍFICOS

Determinar la edad de las mujeres que acuden a consulta externa y no se practican el papanicolaou.

Establecer las causas por las que las mujeres no se realizan el papanicolaou para que las autoridades las conozcan e intervengan en su solución.

V1. MATERIAL Y METODOS

TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo

Transversal

Observacional

POBLACIÓN

100% de Mujeres de 25 a 60 años de edad que asistan a la consulta externa del Hospital General Ramón Ponce Álvarez de Apatzingán Michoacán en el periodo del primero de diciembre del 2006 al 31 de enero del 2007.

CRITERIOS

DE INCLUSION

Mujeres de 25 a 60 años de edad

Mujeres que acudan a la consulta externa del Hospital General Ramón Ponce Álvarez.

DE NO INCLUSIÓN

Mujeres menores de 25 años de edad

Mujeres mayores de 60 años de edad.

Mujeres que acuden a otros servicios del Hospital.

DE ELIMINACION

Mujeres que no deseen participar en el estudio.

V11. ORGANIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Recursos

humanos

- Una responsable de la investigación: P.L.E. Efigenia Guzmán Martínez.
- Cuerpo académico; estilo de vida: M.C. Josefina Valenzuela Gandarilla, M.C. Elizabeth Medina Castro, M.E y A. Ma. Del Carmen Montoya Díaz, M.C. María Cristina Martha Reyes, M.C. María Leticia Rubí García Valenzuela y Martha Isabel Izquierdo Puente.
- Un analista: Ing. José Luis Cira Huape

Materiales

Para la realización del estudio se utilizaron, hojas blancas, lapiceros, lápiz, sacapuntas, marcatextos, copias fotostáticas, computadora, impresora, libros de consulta especializada, memoria USB, transporte.

Físicos

Se hizo uso de las instalaciones del Hospital Regional “Ramón Ponce Álvarez” de Apatzingán, Michoacán y de las instalaciones de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo de Morelia, Michoacán.

Financieros

Los recursos financieros fueron aportados por la responsable del estudio, ya que no se contó con financiamiento para la realización de la misma.

Límites

Tiempo

La investigación se llevó a cabo del 1 de noviembre de 2006 al 31 de enero de 2007.

Espacio

Se realizó en las instalaciones del Hospital General Ramón Ponce Álvarez de Apatzingán, Michoacán.

V111. RECOLECCIÓN DE DATOS

Se diseñó un instrumento a manera de cuestionario que constó de 13 preguntas, de las cuales 10 fueron cerradas y 3 mixtas, mismo que se aplicó a las usuarias que acudieron a la consulta externa del Hospital General Ramón Ponce Álvarez, en el periodo comprendido del 1 de diciembre al 31 de enero de 2007.

1X. ESTADÍSTICA UTILIZADA

Se hizo uso de la estadística descriptiva, así como del paquete estadístico SPSS v. 10

X. ÉTICA DE ESTUDIO

La ética involucrada en el presente estudio está garantizada por la confiabilidad y el resguardo que tendrá la investigadora sobre la información que se obtuvo.

En el cuestionario se omitió el nombre de las participantes con el fin de mantener en todo momento el anonimato de las mujeres encuestadas. También se respetó la voluntad de las mujeres que no desearon contestar el cuestionario. Por lo anterior la participación fue voluntaria.

X1. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se aplicaron 100 cuestionarios a las mujeres que acudieron a la consulta externa del Hospital Regional “Ramón Ponce Álvarez”, de los cuáles se obtuvieron los siguientes resultados:

Respecto a la edad de las mujeres que acuden a la Consulta externa del Hospital General “Ramón Ponce Álvarez” un 40% se encontraban entre los 25 a 29 años y un 16% entre los 30 y 34 años. Lo anterior muestra que son mujeres jóvenes en edad reproductiva.

En relación al estado civil de las mujeres el 55% eran casadas y el 30% vivía en unión libre, el 9% eran solteras, el menor porcentaje lo ocuparon cuyo estado civil correspondía a viudas. Es importante señalar que el 9% del total de las encuestadas era soltera, por lo tanto no tienen una pareja estable condicionando un factor de riesgo adicional, ya que a futuro aumenta el riesgo de padecer cáncer Cervico-uterino.

De acuerdo a la escolaridad de las mujeres un 38% refirió que tenía primaria incompleta y un 25% tenía primaria completa, el resto lo cubren las de secundaria completa e incompleta, preparatoria y licenciatura. En este sentido la escolaridad es una condición que influye en las mujeres para que se realicen el estudio, ya que a menor preparación menor es el interés por informarse como conservar la salud.

Con relación a la ocupación de las mujeres con un 16% cada una eran amas de casa y empleadas domesticas. Estos resultados muestran que no tienen un empleo remunerado fuera del hogar y este es un factor importante ya que ellas no cuentan con solvencia económica para su atención médica sino que dependen de su esposo y aunque la prueba de

Papanicolaou es gratuita, para acudir a realizársela requieren al menos el pago de un pasaje y disponer el tiempo necesario dejando a los hijos al cuidado de otras personas.

Respecto a la edad de inicio de vida sexual de las mujeres el 27% inició entre los 16 a 17 años y el 20% entre los 20 a 21 años. Lo anterior muestra que inician su vida sexual a una edad temprana, cuando todavía se encontraban en etapa de crecimiento y desarrollo, incrementando con ello el riesgo a padecer cáncer cérvico-uterino.

Con relación al número de embarazos en las usuarias que acuden a la consulta externa el 52% había tenido más de cinco embarazos, el 21% tres y el 21% uno o dos. De acuerdo a la literatura consultada el número de embarazos es un factor predisponente para padecer cáncer Cervico uterino, encontrándose el riesgo en la población estudiada debido a que es una población joven que todavía se encuentra en edad reproductiva.

Con respecto a si se han realizado el estudio las mujeres, el 64% refirió que si se lo ha realizado y el 36% no esto muestra que es un porcentaje muy elevado el que no se realiza el estudio y debido a que tienen otros factores de riesgo se incrementa la posibilidad de padecer la enfermedad.

De acuerdo a la preferencia que tienen las mujeres por el profesional para que les practique el estudio un 47% refirió que prefiere que se los haga la enfermera y un 17% el medico, quizá esta preferencia esté en relación con la confianza que genera el ser mujeres.

Con relación a la frecuencia con que se realizan el estudio las mujeres, el 36% refirió que nunca se lo ha realizado, el 24% se lo realiza una vez al año y el 24% cada tres años, esto es alarmante ya que casi 4 de cada 10 mujeres no se realizan el estudio y se está negando la posibilidad de detectar oportunamente la enfermedad. Situando con ello al estado entre los diez primeros con una alta incidencia de Cáncer Cervico-uterino.

Respecto a las causas por las que no se realizan el Papanicolaou las mujeres el 39% contestó que se debía a que tardaban mucho en dar el resultado, el 37% era por que le daba miedo, el 15% refirió no saber del estudio, con un 10% cada uno refirió que la habían lastimado, desconocían su importancia y no tenían tiempo y en menor porcentaje otras causas. De acuerdo a la literatura consultada se encontró que coincide con el temor que experimentan las personas a lo desconocido y a la falta de explicación por parte del personal del área de la salud en que consiste y las ventajas que tiene el estudio.

Respecto a la escolaridad del esposo de las mujeres encuestadas el 43% tenía primaria incompleta, el 26% tenía primaria completa 26%. Lo anterior refleja que la escolaridad tanto en el hombre como en la mujer no supera la primaria influyendo en el apoyo a la mujer para que se realicen el estudio.

Respecto a la ocupación del esposo en un 45.9% refirió que eran empleados y el 32.9% eran campesinos. Siendo la pareja no asalariada las complicaciones económicas se incrementan debido a que en el hogar no se cuenta con otros ingresos, el apoyo que el esposo brinda resulta insuficiente para los gastos que se generan en la manutención de la

esposa e hijos, por lo tanto destinar dinero para el transporte implica disminuir el gasto para la alimentación.

Con relación a la pregunta número trece que se refiere a sugerencias, las mujeres refirieron sería necesario que al realizar el papanicolaou dieran más rápido el resultado debido a que tardan hasta dos a tres meses en entregarlo y en otras ocasiones no lo entregan. Esto muestra la importancia que tiene para las usuarias que el personal de salud muestre interés al realizar el estudio e informar a la población acerca de la sencillez en el procedimiento, además de que es indoloro si la mujer coopera durante el estudio.

X11 CONCLUSIONES

En relación a las causas por las que las mujeres no se realizan la prueba de Papanicolaou se puede concluir lo siguiente:

1. Las mujeres encuestadas se encontraban en edad reproductiva y su escolaridad es en su mayoría de primaria incompleta y primaria completa al igual que los esposos, solo se dedican al hogar y otras son empleadas domésticas. Los hombres son empleados y campesinos, teniendo un nivel socioeconómico bajo.

2. Las causas por las que las mujeres que acuden a la consulta externa del Hospital regional “Ramón Ponce Álvarez” no se realizan el papanicolaou son: que tardan mucho en la entrega de los resultados y en otros casos no los entregan, les da miedo, no sabían del estudio, desconocían las ventajas del mismo, en alguna de las tomas las habían lastimado, no les explicaban el procedimiento y en otros casos la familia no les permitía que se lo hicieran. Es importante mencionar que de manera indiscutible la cultura, la educación, la escolaridad y el medio en el cual se desenvuelven las mujeres son factores que influyen para no realizarse la prueba.
3. Así mismo influye tanto el nivel académico que tengan las usuarias como su pareja para darle la importancia que realmente tiene el examen periódico para detectar oportunamente anomalías del cuello del útero y tratarlo a tiempo en caso de displasias.
4. Difundir el programa de detección oportuna de cáncer Cervico-uterino en lugares estratégicos del hospital y de la clínica, así mismo cerciorarse de que las mujeres tienen claro la importancia de prevenir la enfermedad.

X111. SUGERENCIAS

Dar a conocer los resultados a las autoridades del Hospital los resultados de esta investigación para implementar programas que permitan concientizar a las mujeres de la importancia de realizarse el estudio.

Realizar jornadas intensivas de promoción de la salud para informar a la pareja en que consiste el estudio y las ventajas y desventajas del mismo.

Que el personal encargado de dar resultados los entregue en el menor tiempo posible ya que las usuarias manifiestan que es una de las causas por las que no se hacen el estudio.

Difundir en la comunidad a través de carteles, trípticos, dípticos o por video en la espera de la consulta información sobre factores de riesgo de cáncer cervico-uterino.

Capacitar al personal de enfermería para que adquiera mayores competencias en la toma de la muestra de Papanicolaou y hacer hincapié en brindar un trato humanitario a la mujer que acude a realizarse el estudio

XIV. BIBLIOGRAFIA

Alonso de Ruiz y cols.

Danforth Tratado de Obstetricia y ginecología Scout Octava edición Mc Graw Hill Págs. 851 875.

Diccionario Lengua Española Real Academia Española vigésima segunda edición Pág.420 2001

Diccionario Terminológico de Ciencias Medicas 2000 Pág. 188

Eduardo Nune Maciel y colaboradores Ginecología y Obstetricia Ediciones Cuellar Págs. 847 853 2001

Enfermería oncológica Sirley E. Otto Harcourt Brace M Mosby Tercera edición 1999 Págs.199 207

Ginecología ilustrada: Héctor Mondragón Castro, editorial: trillas 1995

Ginecol Obstret Méx. 2001; Vol. 69(11):453-460

Ginecoobstetricia de la niñez a la senectud Héctor Mondragón Castro

Gleicher Medicina Clinia en Obstetricia Editorial Media Panamericana Págs. 1265 1271

Globocan 2000. International Age en Pan American Health Organization

Héctor Mondragón Alcocer

Harrison Principios de Medicina Interna Braunwald Fuci Kasper Hauser Longo Jameson vol. 15ª. Edición MC Graw Jameson Págs. 737 737

<http://cancernet.nci.nih.gov>

<http://www.paho.org/Engli>

<http://geosalud.com/cancerpacientes/cancercervicouterino.htm/>

http://www.facmed.unam.mx/pibc/segundo_abr2k7/sibc_s_abr2k7.pdf
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003910.htm#visualConten>

<http://www.montimedicalcorp.com/laser.html>

http://www.asccp.org/pdfs/patient_edu/spanish/cervical_cryotherapy.pdf

http://www.ebesacve.com.mx/PE_bacterias_y_virus_vhs.htm

http://www.asccp.org/pdfs/patient_edu/spanish/LEEP.pdf

http://www.janssen-cilag.com.mx/home/interior.asp?cve_sub=41

Manual de obstetricia y ginecológicas, novena edición Benson/Pernoll PG. 550-554.

Obstetricia Moderna Gustavo Pages Tercera edición Mc Graw Hill Interamericana Págs. 452 454

Potter Fundamentos de Enfermería Volumen 1 Quinta Edición Patricia A Potter colaboradores Págs. 824 825.

Perspectivas de salud,
vol. 5, N°

Robles, Sylvia. 2000. Rompiendo mitos: cáncer del cuello del útero

Salud y medicina de la mujer Santiago palacios Hor Court Págs. 13, 103, 247 249

Shiley E. Ott. Enfermería oncológica Vol. Ed. Harcourt/océano, año 2000 PG 316.

[www.cancer.org/docroot/ESP/content/ESP_4X_Cáncer_del_cuello_uterino_\(Cervix\)-Resumen.asp](http://www.cancer.org/docroot/ESP/content/ESP_4X_Cáncer_del_cuello_uterino_(Cervix)-Resumen.asp) - 80k

www.histolab.com.mx/pap.html.

www.saludalia.com/Saludalia/web_saludalia/tu_salud/doc/mujer/doc/citologia.htm - 30k .

XV. GLOSARIO

Adenocarcinoma: neoplasia perteneciente a un grupo de tumores epiteliales malignos que tienen su localización en las glándulas del cuello uterino.

Biopsia. Extracción d y examen microscópico con fines de diagnostico de tejido u otras materias procedentes de un organismo vivo.

Cáncer: Neoplasia caracterizada por el crecimiento incontrolado de células.

Carcinoma: neoplasia maligna constituida por células epiteliales anaplastias y con capacidad metastasica.

Carcinoma insitu: de acuerdo con la organización de la OMS: es una lesión en la que todo el epitelio o la mayor parte de el muestra el aspecto celular de carcinoma. No hay invasión del estroma subyacente.

Carcinoma micro invasor del cuello uterino: 1 a 1 invasión mínima al estroma no mayor de1mm: 1 a 2 invasión del estroma menor de 5mm con una extensión horizontal no mayorde7mm.

Célula: Unidad fundamental de los tejidos vivos excepto la célula bacteriana.

Cervix: Parte del útero que profusa en la cavidad vaginal. Se divide en una porción supravaginal y otra vaginal.

Citología: Estudio de las células incluyendo su formación, origen, estructura, función, actividades bioquímicas y patología.

Citólogo: biólogo o medico especializado en el estudio de las células.

Conización: Resección de una lesión de la zona de transformación del cuello uterino con una profundidad no menor de 5mm. También se denomina cilindro o cono diagnostico.

Displasia: Anomalía del desarrollo con perdida del epitelio con alteraciones en la morfología de sus componentes celulares.

Frotis: Muestra de laboratorio o para exámenes microscópicos que se prepara extendiendo una película de tejido fino sobre un porta vidrio.

Histerectomía: Intervención quirúrgica para extirpar totalmente el útero por vía vaginal o abdominal.

Láser: Uso de la energía fototonica para la destrucción o escisión de las lesiones en las zonas de transformación del cuello uterino.

Metástasis: Proceso por el cual células tumorales se diseminan hacia partes distintas del organismo.

Neoplasia: Crecimiento anormal de un tejido nuevo benigno o maligno.

Papanicolau: Método simple para el examen de células exfoliativas teñidas.

Pudor: Honestidad, modestia recato.

Quimioterapia: Termino que indica el empleo de productos químicos para destruir selectivamente células cancerosas.

XV1. ANEXOS

CUADROS Y GRÁFICOS

CUADRO No 1

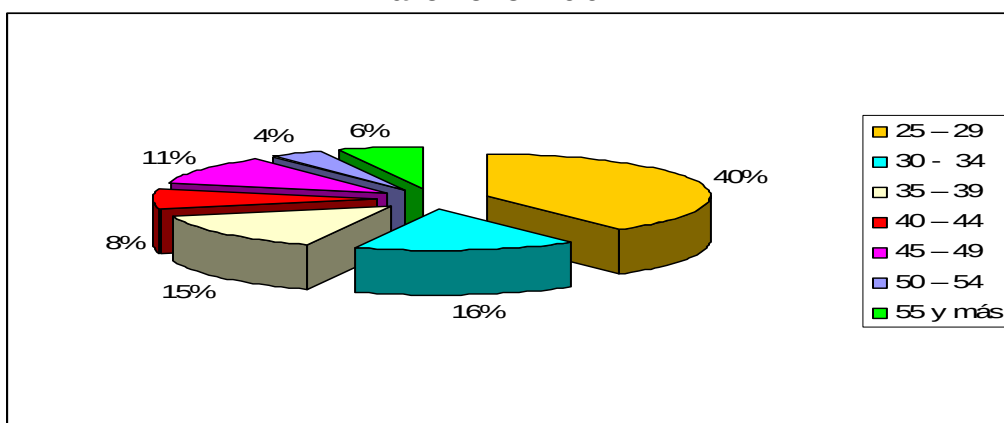
Edad de las mujeres de la consulta externa. Hospital General “Ramón Ponce Álvarez”. Apatzingán, Michoacán. Diciembre 2006 a enero 2007.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
25 – 29	40	40
30 - 34	16	16
35 – 39	15	15
40 – 44	8	8
45 – 49	11	11
50 – 54	4	4
55 y más	6	6
Total	100	100

Fuente: Cuestionarios aplicados a las usuarias de la consulta Externa del Hospital General “Ramón Ponce Álvarez”. Diciembre 2006 a enero 2007.

GRÁFICO No 1

Edad de las mujeres de la consulta externa. Hospital General “Ramón Ponce Álvarez”. Apatzingán, Michoacán. Diciembre 2006 a enero 2007.



Fuente: Cuadro No1

Cuadro No 2

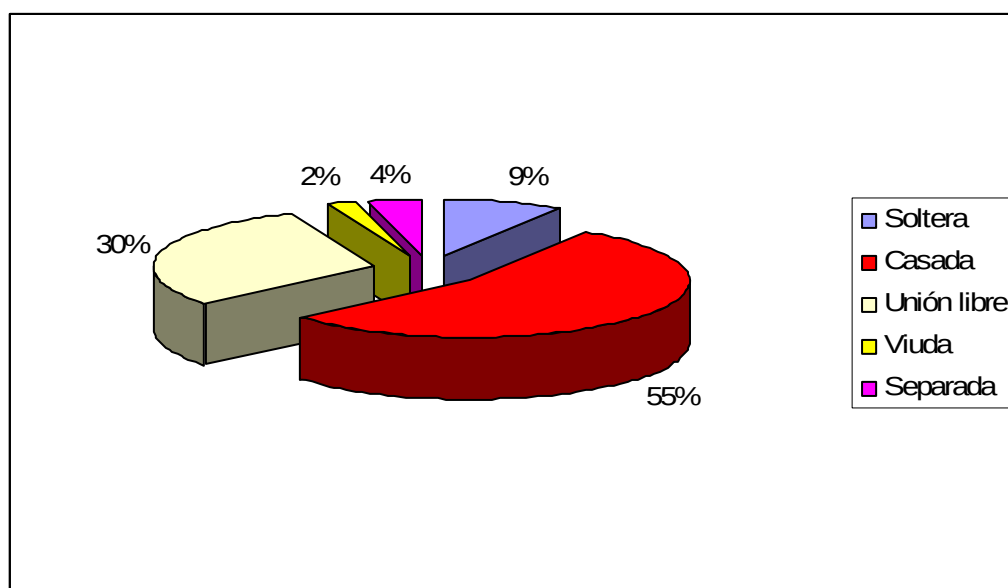
**Estado civil de las usuarias de la consulta externa del Hospital General “Ramón Ponce Álvarez”. Apatzingán, Michoacán.
Diciembre 2006 a enero 2007.**

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Soltera	9	9
Casada	55	55
Unión libre	30	30
Viuda	2	2
Separada	4	4
Total	100	100

Fuente: Cuestionarios aplicados a las usuarias de la consulta Externa del Hospital General “Ramón Ponce Álvarez”. Diciembre 2006 a enero 2007.

Gráfico No 2

**Estado civil de las usuarias de la consulta externa del Hospital General “Ramón Ponce Álvarez”. Apatzingán, Michoacán.
Diciembre 2006 a enero 2007.**



Fuente: Cuadro No 2

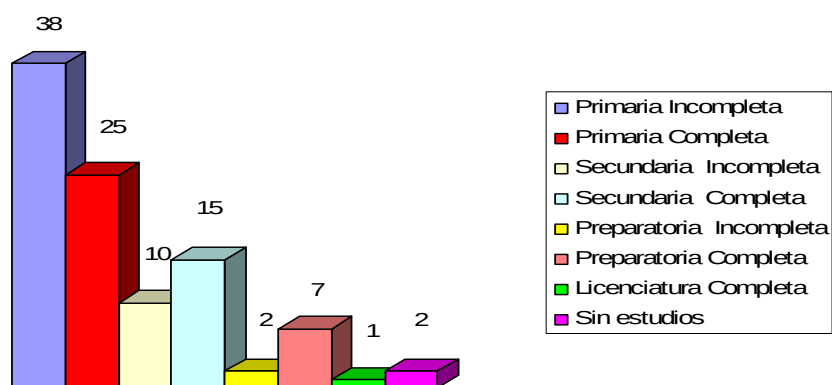
Cuadro No 3
Escolaridad de las usuarias de la consulta externa del Hospital
General Ramón Ponce Álvarez de Apatzingán Michoacán.
Diciembre 2006 a enero 2007

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primaria Incompleta	38	38
Primaria Completa	25	25
Secundaria Incompleta	10	10
Secundaria Completa	15	15
Preparatoria Incompleta	2	2
Preparatoria Completa	7	7
Licenciatura Completa	1	1
Sin estudios	2	2
Total	100	100

Fuente: Cuestionarios aplicados a las usuarias de la consulta Externa del Hospital General "Ramón Ponce Álvarez". Diciembre 2006 a enero 2007.

Gráfico No 3

Escolaridad de las usuarias de la consulta externa del Hospital
General Ramón Ponce Álvarez de Apatzingan Michoacán.
Diciembre 2006 a enero 2007.



Fuente: Cuadro No. 3

Cuadro 4

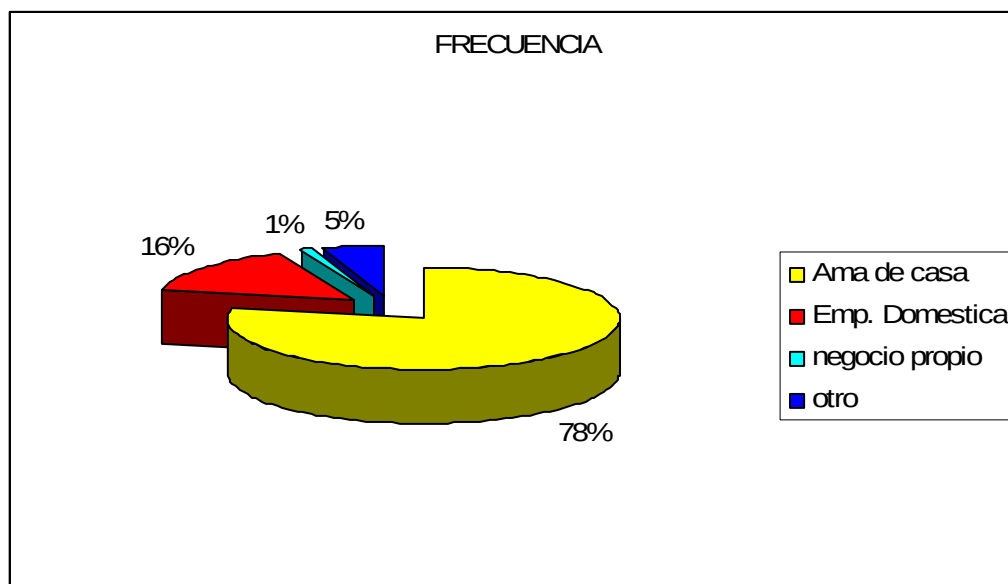
**Ocupación de las usuarias de la consulta externa del Hospital General “Ramón Ponce Álvarez”. Apatzingán, Michoacán.
Diciembre 2006 a enero 2007.**

OCUPACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ama de casa	78	78
Emp. Domestica	16	16
negocio propio	1	1
Otro	5	5
Total	100	100

Fuente: Cuestionarios aplicados a las usuarias de la consulta Externa del Hospital General “Ramón Ponce Álvarez”. Diciembre 2006 a enero 2007.

Gráfico No 4

**Ocupación de las usuarias de la consulta externa del Hospital General “Ramón Ponce Álvarez”. Apatzingán, Michoacán.
Diciembre 2006 a enero 2007.**



Fuente Cuadro No 4

Cuadro No 5

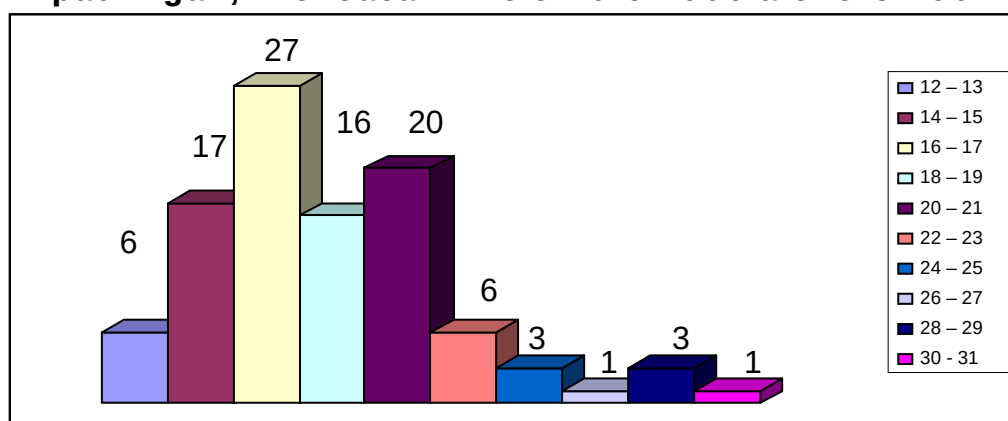
Edad de inicio de vida sexual de las usuarias de la consulta externa del Hospital General “Ramón Ponce Álvarez”. Apatzingan, Michoacán. Diciembre 2006 a enero 2007.

INICIO DE VIDA SEXUAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
12 – 13	6	1
14 – 15	17	5
16 – 17	27	5
18 – 19	16	12
20 – 21	20	15
22 – 23	6	12
24 – 25	3	6
26 – 27	1	10
28 – 29	3	12
30 - 31	1	8
Total		5

Fuente: Cuestionarios aplicados a las usuarias de la consulta Externa del Hospital General “Ramón Ponce Álvarez”. Diciembre 2006 a enero 2007.

Gráfico No 5

Edad de inicio de vida sexual de las usuarias de la consulta externa del Hospital General “Ramón Ponce Álvarez”. Apatzingan, Michoacán. Diciembre 2006 a enero 2007.



Fuente Cuadro No 4

Cuadro No 6

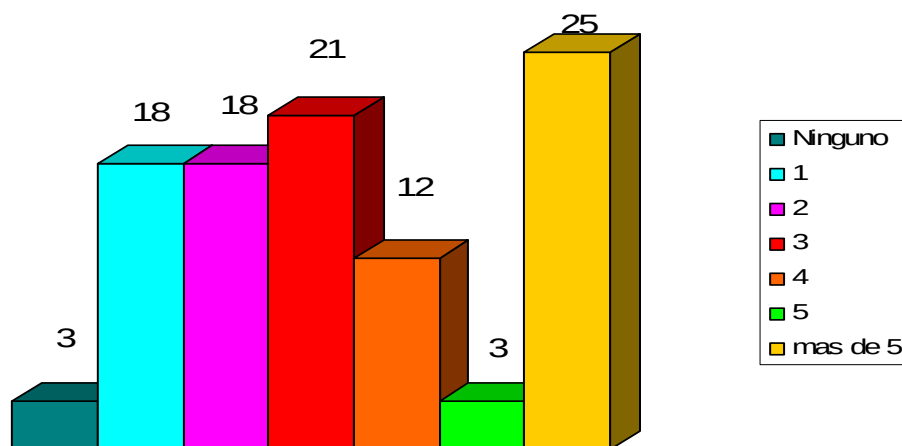
**Número de embarazos de las usuarias de la consulta externa.
Hospital General “Ramón Ponce Álvarez”. Apatzingán,
Michoacán. Diciembre 2006 a enero 2007.**

EMBARAZOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ninguno	3	3
1	18	18
2	18	18
3	21	21
4	12	12
5	3	3
más de 5	25	25
Total	100	100

Fuente: Cuestionarios aplicados a las usuarias de la consulta Externa del Hospital General “Ramón Ponce Álvarez”. Diciembre 2006 a enero 2007.

Grafica No 6

**Número de embarazos de las usuarias de la consulta externa.
Hospital General “Ramón Ponce Álvarez”. Apatzingán,
Michoacán. Diciembre 2006 a enero 2007.**



Fuente: Cuadro No 6

Cuadro No 7

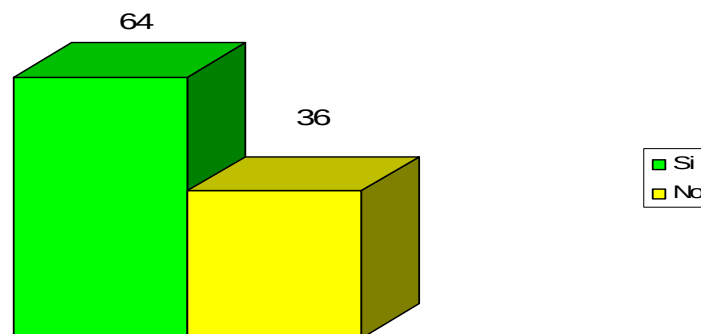
Se han realizado la Prueba de Papanicolaou las usuarias de la consulta externa del Hospital General “Ramón Ponce Álvarez”. Apatzingán, Michoacán. Diciembre 2006 a enero 2007.

SE HAN REALIZADO EL PAPANICOLAOU	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	64	64
No	36	36
Total	100	100

Fuente: Cuestionarios aplicados a las usuarias de la consulta Externa del Hospital General “Ramón Ponce Álvarez”. Diciembre 2006 a enero 2007.

Gráfico No 7

Se han realizado la prueba de Papanicolaou las usuarias de la consulta externa del Hospital General “Ramón Ponce Álvarez”. Apatzingán, Michoacán. Diciembre 2006 a enero 2007.



Fuente: Cuadro No 7

Cuadro No 8

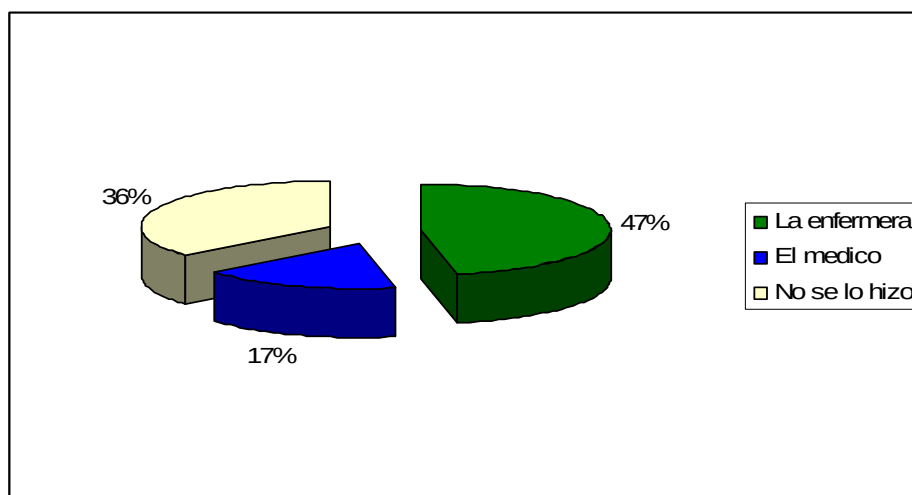
Preferencia de las usuarias para realizarse el estudio. Hospital General “Ramón Ponce Álvarez”. Apatzingán, Michoacán. Diciembre 2006 a enero 2007.

PREFIEREN A	FRECUENCIA	PORCENTAJE
La enfermera	47	47
El medico	17	17
No se lo hizo	36	36
TOTAL	100	100

Fuente: Cuestionarios aplicados a las usuarias de la consulta Externa del Hospital General “Ramón Ponce Álvarez”. Diciembre 2006 a enero 2007.

Gráfico No 8

Preferencia de las usuarias para realizarse el estudio. Hospital General “Ramón Ponce Álvarez”. Apatzingán, Michoacán. Diciembre 2006 a enero 2007.



Fuente: Cuadro No 8

Cuadro No 9

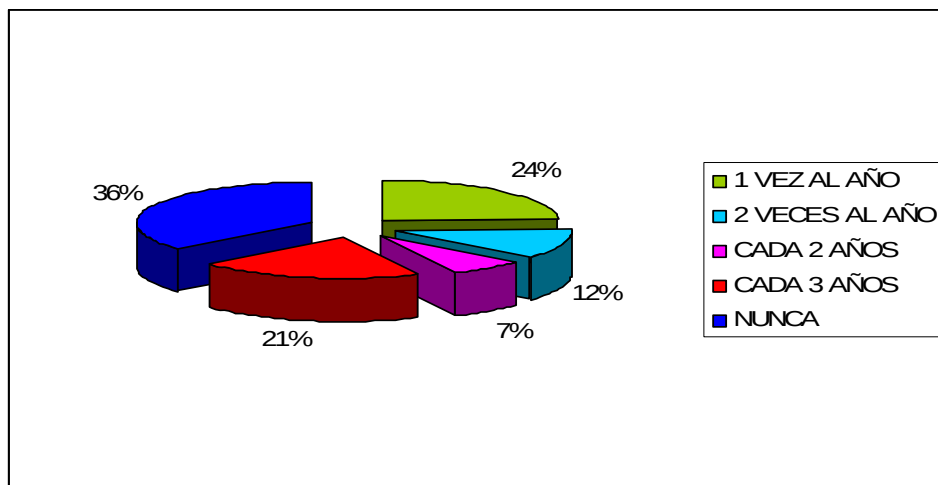
Frecuencia con que se realizan el estudio las usuarias de la consulta externa. Hospital General “Ramón Ponce Álvarez”. Apatzingán, Michoacán. Diciembre 2006 a enero 2007.

FRECUENCIA CON QUE SE LO REALIZAN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 VEZ AL AÑO	24	24
2 VECES AL AÑO	12	12
CADA 2 AÑOS	7	7
CADA 3 AÑOS	21	21
NUNCA	36	36
TOTAL	100	100

Fuente: Cuestionarios aplicados a las usuarias de la consulta Externa del Hospital General “Ramón Ponce Álvarez”. Diciembre 2006 a enero 2007.

Grafica No 9

Frecuencia con que se realizan el estudio las usuarias de la consulta externa. Hospital General “Ramón Ponce Álvarez”. Apatzingán, Michoacán. Diciembre 2006 a enero 2007.



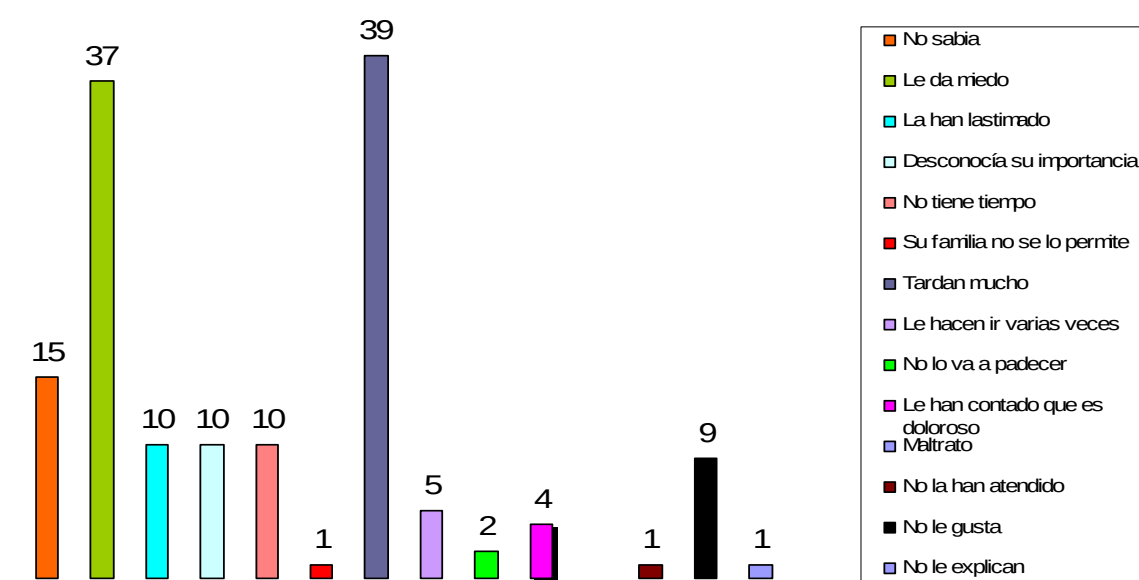
Fuente: Cuadro No 9

Cuadro No 10
Causas por las cuales las usuarias que acuden a la consulta externa del Hospital General Ramón Ponce Álvarez no asiste a la toma del papanicolaou.

CAUSAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No sabia	15	15
Le da miedo	37	37
La han lastimado	10	10
Desconocía su importancia	10	10
No tiene tiempo	10	10
Su familia no se lo permite	1	1
Tardan mucho	39	39
Le hacen ir varias veces	5	5
No lo va a padecer	2	2
Le han contado que es doloroso	4	4
Maltrato		
No la han atendido	1	1
No le gusta	9	9
No le explican	1	1

Fuente: Cuestionarios aplicados a las usuarias de la consulta Externa del Hospital General "Ramón Ponce Álvarez". Diciembre 2006 a enero 2007.

Gráfico 10
Causas por las cuales las usuarias que acuden a la consulta externa del Hospital General Ramón Ponce Álvarez no asiste a la toma del papanicolaou.



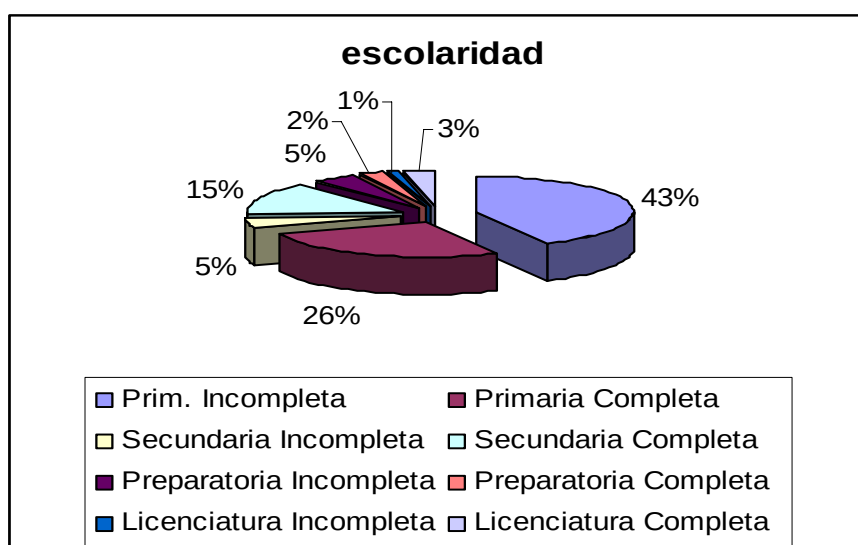
Fuente: Cuadro 10

Cuadro No 11
Escolaridad del esposo de las usuarias de la consulta externa.
Hospital General “Ramón Ponce Álvarez”. Apatzingán,
Michoacán. Diciembre 2006 a enero 2007.

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Prim. Incompleta	37	42.5
Primaria Completa	23	26.4
Secundaria Incompleta	4	4.6
Secundaria Completa	13	14.9
Preparatoria Incompleta	4	4.6
Preparatoria Completa	2	2.3
Licenciatura Incompleta	1	1.1
Licenciatura Completa	3	3.4
Total	87	100

Fuente: Cuestionarios aplicados a las usuarias de la consulta Externa del Hospital General “Ramón Ponce Álvarez”. Diciembre 2006 a enero 2007.

Grafico 11
Escolaridad del esposo de las usuarias de la consulta externa.
Hospital General “Ramón Ponce Álvarez”. Apatzingán,
Michoacán. Diciembre 2006 a enero 2007.



Fuente: Cuadro 11

Cuadro No 12

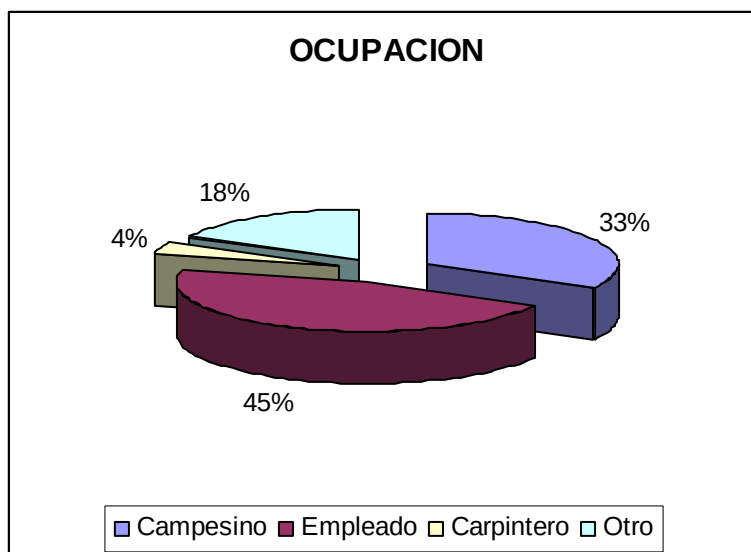
Ocupación del esposo de las usuarias de la consulta externa del Hospital General “Ramón Ponce Álvarez”. Apatzingán, Michoacán. Diciembre del 2006 enero 2007.

OCUPACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Campesino	28	32.9
Empleado	39	45.9
Carpintero	3	3.5
Otro	15	17.6
Total	85	100

Fuente: Cuestionarios aplicados a las usuarias de la consulta Externa del Hospital General “Ramón Ponce Álvarez”. Diciembre 2006 a enero 2007.

Gráfico 12

Ocupación del esposo de las usuarias de la consulta externa del Hospital General “Ramón Ponce Álvarez”. Apatzingán, Michoacán. Diciembre del 2006 enero 2007.



Fuente: Cuadro No 12

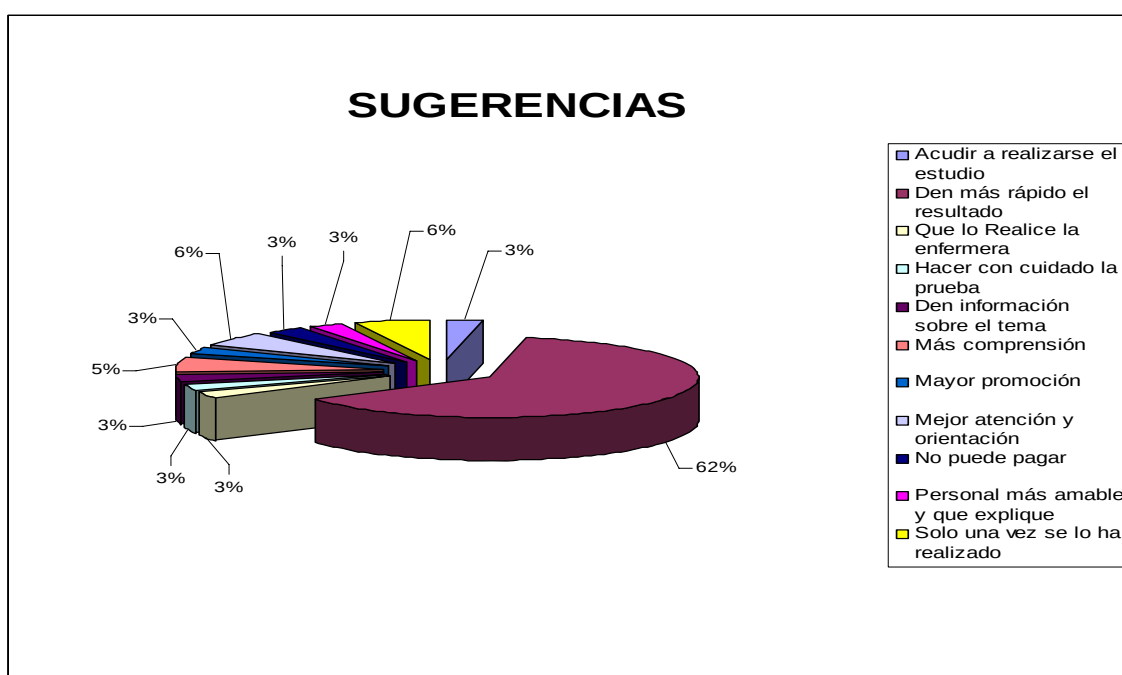
Cuadro No 13

Sugerencias de las usuarias de la consulta externa. Hospital General Ramón Ponce Álvarez. Apatzingán, Michoacán. Diciembre 2006 a enero 2007

SUGERENCIAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Acudir a realizarse el estudio	1	1
Den más rápido el resultado	22	22
Que lo Realice la enfermera	1	1
Hacer con cuidado la prueba	1	1
Den información sobre el tema	1	1
Más comprensión	2	2
Mayor promoción	1	1
Mejor atención y orientación	2	2
No puede pagar	1	1
Personal más amable y que explique	1	1
Solo una vez se lo ha realizado	2	2

Fuente: Cuestionarios aplicados a las usuarias de la consulta Externa del Hospital General "Ramón Ponce Álvarez". Diciembre 2006 a enero 2007.

Grafico 13 Sugerencias de las usuarias de la consulta externa. Hospital General Ramón Ponce Álvarez. Apatzingán, Michoacán. Diciembre 2006 a enero 2007



Fuente: Cuadro No 13

CUESTIONARIO PARA USUARIAS

El presente cuestionario tiene como objetivo recabar información acerca de los factores que influyen para que las usuarias del servicio de consulta externa del Hospital no se realicen la prueba de Papanicolaou en la ciudad de Apatzingan. Es muy importante que no deje ninguna pregunta sin respuesta. Su participación es voluntaria y la información está garantizada por la confidencialidad de la misma.

¡Gracias por su participación!

I. INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente la pregunta y subraye solo una de las opciones de respuesta. En caso de que haya línea en blanco escriba sobre ella lo que se le pregunta.

1. EDAD _____

2. Estado civil

- a) Soltera
- b) Casada
- c) Unión libre
- d) Viuda
- e) Divorciada
- f) Separada

3. ESCOLARIDAD

- a) Primaria incompleta ()
- b) Primaria completa ()
- c) Secundaria incompleta ()
- d) Secundaria completa ()
- e) Preparatoria incompleta ()
- f) Preparatoria completa ()
- g) Licenciatura incompleta ()
- h) Licenciatura completa ()
- i) Maestría ()

4. OCUPACIÓN

- a) Ama de casa b) Empleada domestica c) Negocio propio
- d) _____ otro
- especificar _____

5. EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA _____

6. NÚMERO DE EMBARAZOS QUE HA TENIDO

- a) Ninguno b) 1 c) 2 d) 3 e) 4 f) 5 g) Más de 5

a) Si b) No

a) La enfermera b) El médico

a) 1 vez al año b) 2 veces al año c) cada 2 años d) cada 3 años e) Nunca

- a) No sabía
- b) Su esposo no se lo permite
- c) Le da miedo
- d) La han lastimado al realizarle la prueba
- e) No tiene información de la importancia de la prueba
- f) No tiene tiempo
- g) Su familia no se lo permite
- h) El personal tarda mucho en atenderla
- i) La hacen ir varias veces
- j) Considera que usted no va a padecer cáncer
- k) Le han contado que es muy doloroso
- l) Le han contado que no sirve de nada
- m) Le han dado un mal trato
- n) No lo han atendido cuando ha acudido a realizarse la prueba
- o) No le gusta que la revisen los hombres
- p) No le explican lo que le van a hacer
- q) El centro de salud al que asiste le queda muy lejos
- r) Tardan mucho en darle el resultado
- s) Otra

a) Primaria incompleta	()
b) Primaria completa	()
c) Secondaria incompleta	()
d) Secondaria completa	()
e) Preparatoria incompleta	()
f) Preparatoria completa	()
g) Licenciatura incompleta	()

h) Licenciatura completa ()

i) Maestría ()

12. OCUPACIÓN DEL ESPOSO

a) Campesino b) Empleado c) Carpintero d) Herrero
e) Otro especificar

13. SUGERENCIAS