



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO
FACULTAD DE ENFERMERIA



MEMORIA DE EXPERIENCIA EN SERVICIO SOCIAL

“Factores contextuales que impactan en la toma de citología cervical”

PARA OBTENER EL GRADO DE:

Licenciado En Enfermería

AUTOR:

P.L.E: LUIS FERNANDO LUVIANO MURILLO

ASESORA:

**DOCTORA EN ENFERMERIA: MARÍA LETICIA RUBÍ GARCÍA
VALENZUELA**

MORELIA, MICHOACAN FEBRERO 2015

RESUMEN

Factores contextuales que impactan en la toma de citología cervical

Luviano Murillo, Luis Fernando

Durante la prestación de servicio social, creo que uno de los máximos desafíos que el personal de enfermería se encuentra es la toma de citología cervical, ya que son los factores contextuales, los que impiden a el personal llevar a cabo una toma adecuada de la prueba, estos los clasifiqué en 3 grupos: los propios de la mujer, los del personal prestador de servicios de salud, y los del centro de salud. Algunos de los factores mencionados en la investigación son los siguientes: equipo insuficiente, comunicación inadecuada con las usuarias y la comunidad, adiestramiento y capacitación continua inadecuada, recursos financieros insuficientes, falta de reconocimiento del cáncer cervicouterino como un problema de salud prevenible, edad, miedo, autocuidado etcétera; esto responde al objetivo general planteado: Conocer los factores contextuales de la usuaria, del centro de salud y del personal de salud; que impactan negativamente en la toma de citología vaginal en el Primer Nivel de Atención. El método utilizado fue la búsqueda y revisión sistemática de las fuentes primarias de información, correlacionando la experiencia vivida en el servicio social.

Comparto la experiencia de que por ser enfermero influyó como barrera en la toma de citología vaginal.**Palabras Clave:** Citología cervical, primer nivel de atención y factores contextuales.

Contextual factors that impact on the decision of cervical cytology

Abstract

Luviano Murillo, Luis Fernando;

During the delivery of social service, i think one of the greatest challenges that the nursing staff is located in the takes of cervical cytology, since they are the contextual factors, which prevent the staff carry out a suitable outlet for the test, these classify them into 3 groups: those of the women, the staff of the health care provider, and the center for health. Some of the factors mentioned in the research are the following: inadequate equipment, inadequate communication with clients and the community, training and continuous training inadequate, insufficient financial resources, Lack of recognition of the cervical cancer as a problem of preventable health, age, fear, self-care and so on; this is in response to the general objective: to understand the contextual factors of the user, the health center and the health personnel; That negatively impact on the decision of vaginal cytology in the first level of care. The method used was the systematic search and review of the primary sources of information, by correlating the lived experience in social service. I share the experience that influenced by being a nurse as a barrier in the takes of vaginal cytology.

Key Words: cervical cytology, first level of care, and contextual factors.

DIRECTIVOS

DRA. MARÍA LETICIA RUBÍ GARCÍA VALENZUELA

DIRECTORA

M.E. RUTH E. PÉREZ GUERRERO

SECRETARIA ACADÉMICA

M.C.E. ROBERTO MARTÍNEZ ARENAS

SECRETARIO ADMINISTRATIVO

MESA SINODAL

ASESOR

DRA. MARÍA LETICIA RUBÍ GARCÍA VALENZUELA

VOCAL 1

M.E ANA CELIA ANGUIANO MORAN

VOCAL 2

ING. FRANCISCO JAVIER FERREYRA LOPEZ

SUPLENTE

AGRADECIMIENTO

Dedico este trabajo de investigación a dios por ser mi principal guía; le doy gracias por haberme acompañado en los momentos tristes alegres y en los momentos de preocupación; por brindarme la fuerza necesaria para salir adelante y lograr alcanzar esta meta.

A mis padres que con sus palabras me apoyaron y estuvieron a mi lado en momentos difíciles, por el amor, cariño, comprensión cuidados y motivación, para no rendirme y enfrentarme a la vida.

A mis hermanos que siempre me apoyaron emocionalmente.

A el profesor Julio Cesar González Cabrera quien compartió sus conocimientos y siempre estuvo dispuesto a atenderme; por sus consejos y experiencia y por hacer posible la realización de este de este trabajo.

A TODOS ELLOS, MUCHAS GRACIAS.

INDICE

| | |
|--|----|
| I. INTRODUCCION | 1 |
| II Planteamiento del problema..... | 5 |
| III OBJETIVOS | 6 |
| OBJETIVO GENERAL: | 6 |
| OBJETIVOS ESPECIFICOS: | 6 |
| IV. JUSTIFICACION..... | 7 |
| MARCO TEÓRICO | 9 |
| CAPITULO I FACTORES CONTEXTUALES | 9 |
| 1.1 Concepto de factor. | 9 |
| 1.2 Concepto de factor de riesgo. | 10 |
| 1.3 Factores contextuales. | 12 |
| 1.3.1 Factores contextuales propios de la mujer..... | 13 |
| 1.3.2 Factores propios del personal prestador de servicios de salud..... | 21 |
| 1.3.3 Factores contextuales propios del sector salud | 23 |
| CAPITULO II CITOLOGÍA CERVICAL..... | 35 |
| 2.1 CONCEPTO | 35 |
| 2.2 Toma de muestra de citología cervical..... | 35 |
| 2.2.1 Entrega de resultado, tratamiento y seguimiento: | 36 |
| 2.3 DISPOSICIONES GENERALES NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-014-SSA2-1994:..... | 38 |
| CAPITULO III PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN..... | 43 |
| 3.1 concepto de primer nivel de atención..... | 43 |
| 3.2 Recursos humanos | 43 |
| 3.3 Equipamiento. | 43 |
| V. METODOLOGÍA | 48 |
| VI. RESULTADOS | 49 |
| VII. CONCLUSIONES | 50 |
| VIII. Sugerencias | 51 |
| BIBLIOGRAFIA | 52 |

I. INTRODUCCION.

A pesar de que existen herramientas preventivas altamente efectivas y de bajo costo, el cáncer de cuello de útero es el segundo tipo de cáncer más común entre las mujeres de todo el mundo y la primera causa de muerte por cáncer en los países en desarrollo (Ferlay, 2010). En México, en 2010 se reportaron 3 959 muertes por cáncer cervicouterino. El cáncer cervical es una enfermedad prevenible y curable cuando se detecta en etapas tempranas; estas últimas cifras indican fallas en el desempeño de los programas de detección oportuna y la necesidad de mejorar el programa de diagnóstico temprano para esta enfermedad. (Torres & Ortega, 2012)

El examen de Papanicolaou tiene como objetivo la búsqueda de mujeres con condiciones precancerosas o cancerosas pre invasivas del cuello uterino, evitando de este modo la muerte por esta enfermedad maligna. Se considera, por ende, como un examen de tamizaje, como una técnica sencilla de diagnóstico precoz que ha reducido la mortalidad por cáncer Cérvico-uterino.

El cáncer de cuello uterino es el segundo tumor maligno más frecuente de la mujer, detrás del cáncer de mama. Anualmente se detectan unos 500.000 casos nuevos en todo el mundo y mueren por este mal cerca de 240.000 mujeres cada año. Su incidencia, en países en desarrollo, es de 40 por 100.000 mujeres. Es más, en algunos países, el cáncer de cuello uterino ha dejado de ser una enfermedad de mujeres mayores para afectar a la población joven de 20 a 30 años de edad, desplazando al cáncer de mama y constituyéndose en la neoplasia maligna más frecuente.

Papanicolaou introdujo la citología diagnóstica del frotis cervical uterino, en 1940, como técnica de tamizaje de bajo costo y aplicación masiva para la pesquisa del cáncerCérvico-uterino. En los países donde se ha implantado, ha permitido aumentar la detección de este cáncer en etapas precoces al igual que el descubrimiento de lesiones pre malignas, reduciendo significativamente la mortalidad por esta enfermedad en 70% de la cifra registrada antes de la introducción masiva y periódica del examen. Se ha establecido que la especificidad del examen de Papanicolaou es de 98% y su sensibilidad de 51%, aunque la Proporción de falsos negativos, según la literatura, varía de 0 a 70%.

(Oddo, 2010)

El propósito de esta investigación fue identificar los Factores contextuales que impactan negativamente en la toma de citología vaginal, problemática identificada en la comunidad de La Cumbre Michoacán.

El documento está estructurado en cuatro capítulos. En el capítulo uno se describe la problemática identificada en esta localidad, ya que cada año hay metas establecidas por la jurisdicción sanitaria número 8 las cuales no se cumplen debido a los factores contextuales más adelante descritos. El planteamiento del problema dio origen a la pregunta de investigación generando un objetivo general, objetivos específicos y una justificación obtenidos en varias referencias bibliográficas que explican los factores por los cuales las mujeres no acuden al centro de salud para la toma de citología cervical. El capítulo dos del marco teórico incluye los antecedentes de la investigación, está estructurado con los siguientes temas: factores contextuales, factores contextuales propios de la mujer, factores contextuales propios del personal prestador de servicios de salud, factores propios del sector salud, estudios relacionados, citología cervical y primer nivel de atención. En el capítulo tres se puntualiza la metodología en la cual se realizó una tesina monográfica al realizar una investigación documental mediante la revisión de literatura científica en libros, revistas científicas, estadísticas, reportes, documentos oficiales, y estudios, sobre lo que se ha escrito respecto a la toma de citología cervical, para responder la pregunta de investigación que se generó a partir de una problemática. Después del análisis, sistemáticamente se redactó un texto original que aporta propuestas basadas en la evidencia.

En el capítulo cuatro se representan los resultados de la investigación, su análisis e interpretación, contiene conclusiones presentando los principales resultados encontrados en la comunidad de la cumbre donde sedesempeñoun año del servicio social. Finalmente se presentan conclusiones y sugerencias, referencias bibliográficas y anexos.

II. Planteamiento del problema

Durante la estancia en la comunidad La Cumbre Municipio Villa Madero que fue donde se brindó mi estancia para el servicio social donde se laboraba de lunes a sábado en horario de 8:00 hrs-14:00 horas y de 16:00-18:00hrs, como antes se mencionó se tenía varios inconvenientes pero el de mayor auge fue la toma de citología cervical ya que se tenía la problemática de distintos factores que a continuación describo:

Ya que el personal que laboró durante el año era de sexo masculino, decían sentir vergüenza o pena y por consiguiente no acudían a la clínica.

Mencionaban habérsela tomado pero nunca recibido los resultados y decían que no tenía caso el tomarse la prueba si no recibían resultado.

Así pues las pláticas que se impartían el personal anterior solo las daba a las personas que tenían uno o ambos programas, seguro popular u oportunidades y por consiguiente se tenía un nivel bajo en el tamizaje de la prueba.

Por esta razón se considera importante indagar el siguiente cuestionamiento:

Pregunta de investigación

¿Cuáles son los Factores contextuales que impactan negativamente en la toma de citología vaginal en el Primer Nivel de Atención?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

¿Evaluar los factores contextuales de la usuaria, del centro de salud y del personal de salud; que impactan negativamente en la toma de citología vaginal en el Primer Nivel de Atención?

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Conocer las características socio-culturales de las mujeres en el Primer nivel de Atención.
2. Investigar en la cartilla de salud de la mujer o en la entrevista sobre la realización de la citología vaginal.
3. Identificar factores que influyen en la negación a la toma de la citología vaginal, atreves de la entrevista.
4. Realizar revisiones sistemáticas y extracción de información clave a partir de estudios seleccionados sobre factores que influyen en la no toma de la citología vaginal.
5. Identificar los factores contextuales negativos del sistema de salud para la toma de la citología vaginal.
6. Conocer los factores contextuales desfavorables del personal de salud para la toma de la citología vaginal.

IV JUSTIFICACION

La prevención, control y tratamiento del Cáncer del Cuello del Útero y Mamario constituye una prioridad en nuestro país. En países en desarrollo como México, los cambios de estilo de vida producidos en los últimos 50 años han modificado los patrones de enfermar y morir, determinando un gran reto para los servicios de salud.

Por tal razón, los sistemas de salud deberán responder a este cambio y adoptar nuevas estrategias ante los problemas de salud actuales como el cáncer, no sólo para atender la creciente demanda de los servicios por padecimientos neoplásicos, sino cambiar el enfoque en la prestación de los servicios a través del fortalecimiento en la prevención de estas enfermedades. (Secretaría de salud, 2009)

En nuestro país el cacu es la primera causa de muerte por cáncer, provocando aproximadamente 5.700 muertes anuales y el 60 % de quienes la padecen no cuentan con los recursos necesarios para cubrir los tratamientos médicos; en la actualidad es uno de los pocos que se pueden prevenir y tratar si su diagnóstico es oportuno; de acuerdo a la NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-014-SSA2-1994 la prevención se realiza a través de la detección oportuna de cáncer (DOC), conocida también como citología vaginal o Papanicolaou una vez se haya iniciado la vida sexual activa; por lo general en las comunidades rurales se inicia entre los 15 y 19 años (Nuñez H, 2007)

La cobertura de la prueba de Papanicolaou en nuestro país alcanza 38.9 por ciento de las mujeres de 20 años y más. De las mujeres de 20 años o más residentes en Michoacán, 41% se realizó una prueba de Papanicolaou para la detección de cáncer cervicouterino durante el año previo al levantamiento de la encuesta.(ENSANUT, 2012)

MARCO TEÓRICO

CAPITULO I FACTORES CONTEXTUALES

1.1 Concepto de factor.

El término factor está especialmente vinculado a dos cuestiones bien distintas entre sí. Por un lado se usa para referirse al elemento o al condicionante que contribuye a la producción o el logro de un resultado y por el otro, ostenta una importancia vital en el campo de las matemáticas ya que sirve para denominar los dos términos de una multiplicación.(Garcia, 2007)

En el primer caso que mencionaba en el párrafo anterior podemos citar como ejemplo lo siguiente: Juan se empapó ayer a la tarde durante el temporal de lluvia porque se olvidó su paraguas. Aquí el factor de esta situación será el olvido del paraguas de parte de Juan

[Ofelia se enteró de que tiene cáncer cervicouterino porque hace unos meses que le correspondía ir a su toma de muestra (DOC) no acudió al centro de salud. Aquí el factor de esta situación es que no acudiera a su toma de muestra y tenía factores predisponentes a cáncer.]

1.2 Concepto de factor de riesgo.

En tanto, también hay una tercera utilización del término, que si bien no refiere estrictamente a la palabra en sí misma, sino que está asociada a otra, pero también es ampliamente conocida y utilizada: Factor de Riesgo.(Garcia, 2007)

En el campo de la Epidemiología se denomina factores de riesgos a todas aquellas situaciones, circunstancias, que aumentan las posibilidades de una persona de contraer algún tipo de enfermedad o afección como ser cáncer o aterosclerosis.(Garcia, 2007)

En el caso del cáncer, sus diversos tipos, tendrán sus propios y diversos factores de riesgo. El fumar será el principal y más grande factor de riesgo de contraer en algún momento cáncer de pulmón, laringe, boca, labio, esófago y vejiga, por ejemplo. Si bien no se le puede cargar al factor de riesgo con la totalidad de la culpa de la contracción de la enfermedad, es decir, no son necesariamente las causas de estos siempre, debe advertirse que están estrechamente vinculados a los mismos. Esto significa que algunos pacientes que no fuman pueden evolucionar de todos modos con cáncer de pulmón, como consecuencia de la influencia de otras variables (la genética, por ejemplo). De todos modos, será mucho mayor la probabilidad de padecer estas enfermedades cuando el factor está presente.(Garcia, 2007)

Un ejemplo adentrado al tema sería el siguiente:

[Ofelia se enteró que tiene cáncer cervicouterino porque nunca acudió a su centro de salud a la realización de la prueba de Papanicolaou a pesar de saber que tiene antecedentes que le pudieron causar la enfermedad como son el tabaquismo, tener más de 25 años y nunca se ha realizado la prueba.

Aquí los factores de riesgo son: el tabaquismo ser mayor de 25 años y nunca haberse realizado la prueba].

La importancia del conocimiento de estos factores de riesgo asociadas a las diversas enfermedades es que el conocimiento de estos a través de un estudio permitirá la prevención del mal. O sea, lo que quiero significar es que si fumar es un factor de riesgo para aquellos que, por ejemplo, tienen antecedentes familiares de cáncer de pulmón, sé que debo de forma inexorable dejar de fumar, porque este factor de riesgo puede dejar de ser tal y convertirse en la causa concreta de un mal futuro.(Garcia, 2007)

Esto del estudio de los factores de riesgo, además de aplicarlo a la prevención de enfermedades o detección de las causas que las provocan, también puede ser trasladado al mundo de los negocios. Se ha convertido en algo muy común en los últimos años que algunas consultoras o personas se dediquen exclusivamente a detectar los factores de riesgo que pueden amenazar a un negocio.

Obviamente estos cálculos se realizarán gracias a un exhaustivo conocimiento de la teoría de la probabilidad y las matemáticas. En efecto, el modelo epidemiológico emplea a los factores como su gran motor de cálculo, ya sea en las ciencias de la salud como en aplicaciones prácticas relacionadas con el mundo de las finanzas.(Garcia, 2007)

1. 3 Factores contextuales.

Son aquellos que impactaron durante mi estancia en el servicio social en la comunidad de la cumbre, fueron los que no me permitieron brindar una detección oportuna de cáncer cervicouterino mediante la toma de citología cervical.

Estos los clasifique en 3 grupos:

- ❖ Factores propios de la mujer.
- ❖ Factores propios del personal prestador de servicios de salud.
- ❖ Factores propios del centro de salud.

1.3.1 Factores contextuales propios de la mujer.

Percepciones.

La salud en la vida de las personas es un componente fundamental que va más allá del sentirse bien y de acudir al servicio de salud solamente por motivos de enfermedad. No obstante, la mayoría de las personas que abarrotan los servicios de salud solamente asisten para ser curados y en muy pocas ocasiones para la prevención de las enfermedades o para conseguir una mejor calidad de vida libre de afecciones no solamente físicas sino también emocionales. Para un completo estado de bienestar se debe incluir la promoción y prevención en la salud. Su atención debe convertirse en un compromiso social no solamente por parte de las entidades de salud a nivel mundial y nacional sino también de cada persona, hombre y mujer, que se apoderen de su cuerpo, que hagan conciencia y que se preocupen por no padecer enfermedades que puedan ser prevenibles. (Hernandez, 2012)

La promoción y prevención de enfermedades debe también ser abordada desde la parte social y personal. (Hernandez, 2012) Es necesario analizar por qué las mujeres presentan resistencia a hacerse la prueba. Este análisis debe tomar en cuenta lo personal y las influencias externas o estereotipos que giran alrededor del Papanicolaou lo cual permitiría integrar medidas de los sectores estatales, profesionales y la población interesada con el objetivo de que cada vez más mujeres se realicen la prueba y se pueda prevenir o detectar de forma temprana el cáncer de cuello del útero. (Hernandez, 2012)

Un estudio realizado en la Universidad de Colombia concluye que “A las incomodidades propias de la citología se le suman otros inconvenientes como largas colas desde la madrugada para solicitar citas, deficiente contacto de los centros médicos con las pacientes, demora de hasta seis meses en la entrega de resultados y, además, regaños por parte de funcionarios y médicos, el resultado es de esperarse: las mujeres evitan someterse al procedimiento, a pesar de reconocer que es el único medio efectivo de prevenir la enfermedad”.(Cortez, 2012)

Estos son otros factores externos que no son ajenos a nuestra realidad nacional y que reflejan la influencia que tiene la deficiencia de los sistemas de salud no solo de Colombia sino también de Costa Rica y probablemente de muchos países del mundo. En nuestro país también hay largas filas de espera para sacar una cita, los profesionales a veces no son muy amables y fatalmente los resultados no aparecen con la prontitud que ellas desearían; todo este conjunto hace que las mujeres posterguen y rehúsen realizarse la prueba, aun conociendo la importancia de la misma.(Cortez, 2012)

Conocimiento.

Dimensión utilizada para saber qué saben las mujeres sobre el Papanicolaou, la información que poseen. El conocimiento es una de los parámetros más importantes y determinantes para que una mujer se realice la prueba del Papanicolaou, se trata de saber lo que ellas piensan y saben al respecto, y muchas veces la información que ellas manejan es la que determina si se lo hacen o no. La Norma y Procedimientos de Atención Integral de la Mujer para la Prevención y Manejo del Cáncer de Cuello del Útero menciona que el conocimiento:

“se refiere a las ideas, información o mensajes que maneja o posee un individuo, a partir de diversos factores: la socialización, la experiencia y el acceso a información entre otros”.

Todas saben que se realiza vía vaginal. Sin embargo, no todas conocen cómo es el procedimiento de Citología vaginal o Papanicolaou el cual es definido por la Norma como: “... toma de muestra de células de endocérvix y exocérvix. Es uno de los métodos para detectar en etapas tempranas el Cáncer de Cuello del Útero”. Si bien es cierto la mayoría de las mujeres no saben ésta definición tal y como la Norma lo precisa, algunas mencionan el procedimiento por vía vaginal y con sus propias palabras dicen lo que piensan que es, tal es el caso de una de las entrevistadas en este estudio quien dice: “Diay, le meten el aparatito ese, ¿verdad? dentro de la vagina y el médico explora, ¿verdad? El cuello del útero y toma la muestra y la llevan a analizar”. (Ana)

Según cifras del instituto nacional de cancerología, este mal ocupa uno de los primeros lugares como causa de muerte entre las mujeres mexicanas; se ha demostrado que es poco frecuente antes de los 25 años, sin embargo ocupa el segundo lugar en el grupo de 25 a 34 años y el primero de 35 a 54 anualmente en el país se diagnostican cerca de 10 mil casos con ese carcinoma, de los que se registran cinco mil fallecimientos.(Hernandez, 2012)

Cada dos horas muere una mexicana a causa del cáncer cervical, la mejor opción para disminuir la mortalidad es la detección y el tratamiento oportuno de lesiones precursoras y malignas a través del Papanicolaou; a pesar de que dicho examen es gratuito y está al alcance de la mayoría de las mujeres existen ciertas barreras que les impiden realizarlo(Parra, 2009)

Existen barreras que limitan el uso de los recursos disponibles para la salud; algunas mujeres muestran cierta renuncia a someterse al tamizaje, por factores relacionados con la falta de información acerca de los beneficios, explicación sobre los pasos a seguir durante la toma, la situación económica y escolaridad.(Lewis, 2004)

Dentro de las limitantes institucionales se encuentra la falta de integración y trabajo, en equipo del personal de salud, ya que el médico envía a la DOC pero no educa a la mujer ni le informa de su utilidad; por otro lado se le atribuyen factores relacionados con la ubicación geográfica, que incluye la distancia de traslado para atenderse y la facilidad de transporte.

REACCIONES EMOCIONALES:

Además en algunas ocasiones no se entregan los resultados o hay que volver a tomar la muestra nuevamente, lo que desalienta y confunde a las pacientes que queda poco motivada para volver a hacerlo. Otro factor relevante es la mala calidad de la atención por parte del personal sanitario al momento de la DOC. (Avila, Avila, & Vielma, 2004)

En la actualidad aún existen mujeres que sienten pena para acudir a realizarse la DOC debido a la exposición y tacto de sus genitales, pero se ha constatado que no es tanto la mujer si no el hombre, esposo o pareja el que no permite la toma de citología, sobre todo si el prestador de servicios sanitarios es de sexo masculino; en ocasiones la mujer tiene la mala experiencia que puede deberse a que el personal que realiza la toma es principiante, o no tiene la experiencia o no sabe tomarlo por lo que la prueba puede ser dolorosa, y no le quedaran ganas de para volver a realizarse la doc. (Ochoa F. , 2010)

Otros factores relevantes son la angustia a descubrir que padecen de cáncer y el temor a contraer alguna infección vaginal por falta de esterilización del material utilizado durante la toma de la muestra. (Alvarez L, 2010)

Detección oportuna de cáncer (DOC): Procedimiento que consiste en estudiar las características de las células que se descaman del estrato superficial del epitelio Cérvico vaginal durante el ciclo menstrual. (Mondragon Castro, 1992)

Escaso conocimiento: se refiere a la falta de información acerca del examen del Papanicolaou, su utilidad y los beneficios (Nuñez Herrero & Yañes Calderon, 2007)

Pudor.

Vergüenza por la exposición de los órganos genitales de la mujer al realizarse la técnica del Papanicolaou.(García B, 2010)

[Creo que es normal que el ser humano se comporte de esta manera al exponer sus genitales ante un desconocido, pero como antes se menciona si se tiene una buena comunicación y capacitación se logra hacer a un lado dicho factor.]

Angustia.

Sensación de amenaza a la hora de la DOC, al resultado, a que se divulgue su problema o al desprestigio, al procedimiento o también a que le contagien alguna infección.

[En este caso en particular durante la prestación de servicios se encuentra todos los días aunque cabe mencionar que no con todas las usuarias se logra llegar a un acuerdo la primera vez que se tiene el acercamiento a ellas es mediante pláticas y charlas en consulta que puede librarse esta barrera.]

Autocuidado.

Dorothea Orem 2001, nos brinda la definición la cual cito:

Consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados periodos, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo.

[Esto nos dice que todo ser humano debe llevar acabo ciertas conductas de salud para encontrarse en un estado óptimo de salud](López, 2011).

Miedo.

El miedo es una categoría previamente reportada por otros autores, principalmente asociado al diagnóstico de CaCu, como también al dolor asociado al examen pélvico. Algunas mujeres creen que “un pedazo de útero es cortado” durante la DOC.

En relación a la vergüenza, las mujeres señalan presentarla asociada a la exposición de los genitales durante la DOC, señalando incluso que sería más cómodo para ellas reemplazar el examen por otro procedimiento que no fuera vergonzoso. Muchas veces estas situaciones, que para las mujeres resultan vergonzosas, pueden evitarse si el profesional que las atiende les ofrece una demostración de empatía. La falta de cuidado por parte de los profesionales es una barrera que ha sido reportada por otros autores, la cual muchas veces se mezcla con la comunicación deficiente por parte de los profesionales de la salud. Las mujeres han reportado que tener un profesional masculino es una barrera para tomarle la DOC, razón que incrementa la vergüenza que las mujeres sienten en torno al procedimiento, como lo reportado en este estudio. Se debe tener presente que cuando las mujeres no se sienten cómodas con el profesional o en el ambiente de atención, ellas no quieren volver para conocer los resultados.

[Este factor bien puede ser librado si el personal que brinda los servicios de salud en este caso la toma de muestra está bien capacitado sobre el tema el cual conlleva cáncer y toma de muestra en un primer nivel de atención y es capaz de quitar todos los tabos que hay respecto al tema y es capaz de llevar a cabo un buen interrogatorio, pero de manera primero grupal y posteriormente individual para llevar a cabo la toma y la usuaria sea capaz de transmitir una parte de la capacitación que se le brindo y esto ayudaría a un mayor acercamiento por parte de la usuarias hacia el personal y por consiguiente un mayor tamizaje de la prueba.]

Edad.

De las mujeres de 20 años o más residentes en Michoacán, 41% se realizó una prueba de Papanicolaou para la detección de cáncer cervicouterino durante el año previo al levantamiento de la ENSANUT 2012. El grupo de 40 a 59 años reportó un porcentaje mayor (47.6%).(ENSANUT, 2012)

1.3.2 Factores propios del personal prestador de servicios de salud.**TRATO DIGNO.**

Son aquellas percepciones que el paciente tiene acerca del personal de enfermería. El trato digno debe de seguir criterios importantes como la presentación del personal, su actitud hacia el paciente, así como la información que le brindará al mismo respecto a su estado de salud. Todo esto englobado en una atmósfera de respeto mutuo.

1. La enfermera saluda al paciente de forma amable
2. La enfermera se presenta con el paciente.
3. Se dirige al paciente por su nombre.
4. Se interesa por que su estancia sea agradable.
5. Ofrece un ambiente de confort, intimidad y seguridad.
6. Le enseña sobre los cuidados que debe tener respecto a su padecimiento.

(Ibarra Palomino, 2012)

[Es importante que el personal de salud no vea a la toma como un trabajo si no como un deber y observar a la usuaria y tratarla como si fuera una de nuestras familiares o brindar la atención como nos gustaría que nos la brindaran a nosotros mismos].

OPOSICIÓN DEL MARIDO.

Actitud o comportamiento del hombre, quien prohíbe que la pareja se realice la prueba de Papanicolaou, en especial frente a la posibilidad que el profesional fuese de sexo masculino.(Secretaria de salud, 2012)

[Dentro del año en que preste los servicios a las usuarias me encontré con este factor una solo vez, cabe mencionar que tal vez eran más, pero solo una de ellas me comento la problemática que se presentaba en su hogar, logrando hacer recapacitar tanto a la usuaria como su pareja mediante una charla sobre el tema de cáncer la toma de muestra y ventajas que esta tenia.]

COMUNICACIÓN INADECUADA CON LAS CLIENTES Y LA COMUNIDAD

Algunos países requerían asistencia para adiestrar al personal en métodos que permitan organizar y movilizar la participación comunitaria, con objeto de apoyar la prevención y el control eficaces del cáncer cervicouterino. Más aún, la información y los materiales didácticos sobre esta enfermedad eran muy poco trascendentes y la educación del público no lograba sus fines.

[Respecto a material didáctico para brindar las pláticas a las usuarias era de manera completo ya que se entregaban trípticos así como colocación de periódico mural y exposiciones de las usuarias hacia el prestador de servicios de salud]

1.3.3 Factores contextuales propios del sector salud

Accesibilidad a los servicios de Salud.

El acceso a los servicios de salud es un derecho fundamental de las personas citado en la constitución, lo que permite que toda persona cuente con atención médica de fácil acceso; para lo cual influye la distancia que hay para acudir a alguna unidad médica para realizarse la DOC en kilómetros. (Secretaría de salud, 2012)

[Durante la prestación de servicios no me llegue a encontrar con este factor, pero si es de mucha importancia y este va de la mano en mi opinión con el tiempo en que tarda en llegar el resultado a las usuarias, un claro ejemplo sería una comunidad que tardas en llegar 3 horas y el personal te brinda una mala atención y aparte la entrega del resultado es de un mes en los centros de salud esto conlleva a que la usuaria no quiera volver a su próxima toma de muestra.]

FALTA DE RECONOCIMIENTO DEL CÁNCER CERVICOUTERINO COMO UN PROBLEMA DE SALUD PREVENIBLE.

Un reto formidable para una prevención eficaz del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe parece ser la falta de apoyo genuino dentro de las estructuras políticas de muchos países. Esta situación puede deberse en parte a ignorancia respecto al cáncer cervicouterino y su naturaleza prevenible, o bien a la impresión de que esta enfermedad no causa una muerte inmediata ni produce epidemias agudas que requieran acciones expeditas para su contención.

Para que los programas sean eficaces, también es indispensable contar con un apoyo político sólido entre las filas de la élite profesional. Por ejemplo, Venezuela indicó que era frecuente el desacuerdo entre oncólogos, ginecólogos y patólogos respecto a las políticas nacionales y los procedimientos de los programas, a pesar de los esfuerzos para lograr un consenso en los temas del tratamiento. Situaciones como esta podrían socavar los esfuerzos de las autoridades sanitarias nacionales.

Respecto a este ámbito creo que en México no se presenta de esa manera ya que se tiene hasta el día nacional de cáncer, tal vez lo único que agregaría es que no solo fuera un día el estar al tanto de la prevención en la enfermedad, si no debería de ser todo el tiempo y se lograría tal vez no erradicar pero si disminuir el cáncer cervicouterino.

RECURSOS FINANCIEROS INSUFICIENTES.

En todas las discusiones subregionales se mencionó la insuficiencia de recursos financieros como un factor que limita la eficacia de los programas, y se reconoció que hacen falta inversiones cuantiosas en la prevención secundaria, no sólo para el tamizaje, sino también para brindar los servicios diagnósticos, Terapéuticos y paliativos esenciales.(Salud S. D., 2011)

Si bien el financiamiento actual de los programas contra el cáncer cervicouterino puede ser inadecuado, un requisito importante y temprano en cualquier ejercicio de estimación de las necesidades es contar con una evaluación cuidadosa de la eficiencia y efectividad del programa. Ello garantiza que toda solicitud de recursos adicionales esté basada en un análisis racional.

[Durante la prestación de mi servicio social, esta no fue una problemática la cual nos impidiera llevar a cabo la toma de muestra, pero no debemos descartarlo ya que podría ser la problemática de otro centro de salud.]

RECURSOS HUMANOS INSUFICIENTES.

Argentina, el salvador, chile, honduras Guatemala, mencionaron reiteradamente la falta de recursos humanos, tanto en cantidad como en calidad, como una limitación fundamental de los programas. Sin embargo, los citopatólogos y citotecnólogos eran el personal más escaso en comparación con los demás profesionales necesarios.(OPS, 2009)

En algunos países, aun cuando la cifra total de personal sea suficiente, hay una mala distribución, lo que ocasiona una atención insuficiente en las zonas rurales.

En El Salvador, por ejemplo, la falta de recursos humanos en los laboratorios de citología periféricos repercutía negativamente en el control de calidad interno.

Además, aun si se contaba con el personal, las deficiencias en capacidad de organización, tecnología e infraestructura impedían un cumplimiento eficaz de las funciones. (OPS, 2009)

[En este caso solo cabe mencionar que el personal en el centro de salud es más que suficiente lo que no es suficiente es la capacitación que se nos brinda. Entonces aquí la problemática es donde está el material cuales papeles se entregan cada mes, y otro problema creo que es el llegar a la entrega de papeles y te traten de manera errónea al querer todo de manera excelente cuando ni siquiera te brindan la capacitación adecuada.]

ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN SUBÓPTIMAS DE LOS PROGRAMAS.

En muchos países, aunque se realizaba tamizaje para el cáncer cervicouterino, no estaban plenamente integradas ni bien coordinadas las diversas partes de un programa para control del cáncer entre los sectores público y privado de atención de la salud o dentro de cada uno de ellos, para crear un programa eficiente y eficaz. Esto era el caso en Guatemala, Honduras y la República Dominicana. En algunos países, había poca coordinación entre los múltiples organismos que proporcionaban tamizaje, tanto en el sector privado como en el no gubernamental, y los centros de tratamiento. En consecuencia, las mujeres que requerían diagnóstico y tratamiento adicionales tenían que obtener estos servicios por cuenta propia. En El Salvador, las pacientes con diagnóstico de displasia se veían obligadas a seguir un complejo laberinto de procedimientos y mecanismos que resultaban tediosos y repetitivos. Además, enfrentaban una demora excesiva para obtener resultados exactos y certificados(ENSANUT, 2012)

[En este caso no hay problema respecto a los programas están de una manera organizada cada cual con sus políticas y metas anuales, aquí solo la papelería representa una problemática los primeros 4 meses porque a la entrega de papeles te piden hojas que ni en el transcurso de la carrera has manejado entonces te quita tiempo y esto conlleva a tener que cerrar el centro de salud unos días porque si no es de esa manera terminarás mal con la población por no brindar la atención necesaria y mal con la jurisdicción sanitaria por no entregar los papeles correspondientes.]

FALTA DE POLÍTICAS Y PLANES NACIONALES.

La falta de normas de procedimiento y directrices para la prevención y el control del cáncer cervicouterino hacía difícil institucionalizar los programas y lograr una estandarización. Por ejemplo, pocos países en el Caribe angloparlante tienen programas y normas de procedimiento establecidos contra el cáncer cervicouterino. En el área de la citología se observó a menudo la falta de normas uniformes, ya que en muchos países estaban en uso diversas clasificaciones citológicas. Aun cuando había normas definidas, no siempre se lograba un óptimo cumplimiento de las mismas, de modo que muchos programas no lograban atraer a la población destinataria que tenían definida. El deficiente control de calidad era un factor limitante destacado en varios puntos de la prestación de los servicios, incluida la toma misma del frotis de Papanicolaou, su manejo y procesamiento por el laboratorio y el posterior tratamiento del cliente. (Barrios Puerta, 2011)

Este era un tema crucial para Panamá y la República Dominicana en toda la gama de estas áreas de prestación de servicios, en tanto que México y Honduras refirieron enfrentar dificultades con los laboratorios.

SISTEMAS DE INFORMACIÓN DÉBILES.

Muchos países no cuentan con sistemas adecuados de información que permitan una gestión eficaz de los programas de prevención del cáncer cervicouterino.

La falta de tales sistemas hace imposible dar a las pacientes un seguimiento y manejo eficaces, evaluar en forma sostenida la cobertura y determinar la efectividad de un programa mediante una evaluación continua.

Aun cuando sí existían sistemas de información, no siempre eran adecuados. Por ejemplo, en Argentina, los sistemas de información no estaban vinculados eficazmente entre los niveles de atención primario, secundario y terciario, lo cual entorpecía considerablemente los procesos de envío para tratamiento y seguimiento. En Bolivia, los sistemas de información existentes funcionaban como unidades desvinculadas e independientes, lo cual aumentaba las probabilidades de que las mujeres abandonaran el seguimiento. (Lewis, 2004)

Más aún, era difícil recopilar datos coherentes sobre las enfermedades. En algunos países, como Costa Rica y Cuba, existían registros tumorales de alcance nacional basados en la población, mientras que en otros países los registros eran regionales o estaban basados en hospitales. Sin embargo, en muchos casos, aun donde existían tales registros, no se hacía ningún intento por intercambiar o verificar la información, lo cual abría la posibilidad de que esta se duplicara. En otros países, como Bolivia, el personal de salud no estaba adiestrado para el manejo de sistemas de información sanitaria y no había infraestructura alguna que garantizara información de calidad.

[Durante la prestación de servicios en la comunidad de la cumbre municipio de madero se brinda la información adecuada y oportuna a las usuarias en 4 ocasiones creo que es importante el implementar una manera diferente de dar los temas, cabe mencionar que este tema lo ven año tras año y al cuestionarles sobre el tema no supieron explicarlo, así que implemente otra técnica el cual correspondía citarlas de manera individual. De nada sirve que el personal brinde estas pláticas si las usuarias no muestran el interés que deben mostrar por el tema ya que es de mucha relevancia aunque no es tratado como tal.]

ADIESTRAMIENTO Y CAPACITACIÓN CONTINUA INADECUADOS.

Se requieren adiestramiento y capacitación continuos para mantener el personal competente, tanto profesional como de apoyo, necesario para la ejecución eficaz de los programas. En todas las subregiones se hizo hincapié reiteradamente en la necesidad fundamental de adiestrar y re adiestrar a las enfermeras en su disciplina específica dentro de la citología y en los principios y aplicación del control de calidad en la toma de muestra. (Fuentes Arevalo & Romero Mena, 2008)

En Bolivia, pocas instituciones ofrecían adiestramiento para las enfermeras, de modo que había un número insuficiente de graduados para satisfacer la demanda. En el Caribe angloparlante se presenta una situación similar.

[En este caso la capacitación no me fue brindada de manera adecuada ya que al comienzo de esta me informaron que estaría con enfermera a cargo por lo cual solo me dan un día de esta, al día siguiente salgo a la comunidad asignada y me encuentro con que la enfermera pidió su cambio de comunidad, y el pasante que estaba en ese año entrega la unidad, de manera errónea, Ya que no se encuentra presente ni un solo personal de la jurisdicción, después se viene la problemática de la papelería, de todos los programas la cual se soluciona con los meses 4 para ser exacto, ya para salir del servicio al llegar los nuevos pasantes llegan con personal de la jurisdicción y piden todo material y lo cuentan de 1 por 1, lo lógico es que faltara material y querían que nos hiciéramos cargo de pagar porque éramos los responsables de la unidad. Esto solo hace reflejar la mala coordinación por parte de la jurisdicción.]

EQUIPO INSUFICIENTE.

Si bien algunos países contaban con un equipo biomédico insuficiente, otros, como Venezuela, indicaron que el equipo biomédico viejo y obsoleto era un problema importante, sobre todo en el área de la radioterapia.(Fuentes Arevalo & Romero Mena, 2008)

[Para la realización de la toma de muestra se contaba con el material adecuado así como para brindar la información a la usuaria solo el manual de la toma de muestra eran copias que se encontraban en mal estado]

Estudios relacionados:

En los artículos leídos en cuanto a los factores contextuales para la conducta negativa hacia la realización de citología cervical todos los autores llegan a un fin en específico y coinciden en que los factores más relacionados a este problema de salud de un primer nivel de atención son los siguientes:

En un estudio realizado en España en el año 2007 participaron 17 comunidades, autónomas, se encontró que las habitantes de más de 55 años y de zonas rurales, no se realizaron la citología con periodicidad suficiente para prevenir este tipo de cáncer; además existe un 20 por ciento que no se ha hecho nunca esta prueba. (Bragado N, 2012)

En la actualidad aún existen mujeres que sienten pena para acudir a realizarse la DOC debido a la exposición y tacto de sus genitales, pero se ha constatado que no es tanto la mujer si no el hombre, esposo o pareja el que no permite la toma de citología, sobre todo si el prestador de servicios es de sexo masculino; en ocasiones la mujer tiene la mala experiencia que puede deberse a que el personal que realiza la toma es principiante, no tiene experiencia o no sabe tomarlo por lo que la prueba puede tomarse dolorosa, y no le quedan ganas para volver a realizarse la DOC. (Ochoa F. , 2010)

Dentro de las limitantes institucionales se encuentra la falta de integración y trabajo, en equipo del personal de salud, ya que el médico envía a la DOC pero no educa a la mujer ni le informa de su utilidad; por otro lado se le atribuyen factores relacionados con la ubicación geográfica, que incluye la distancia de traslado para atenderse y la facilidad de traslado

Además en algunas ocasiones no se entregan los resultados o hay que volver a tomar la muestra nuevamente, lo que desalienta y confunde a las pacientes que queda poco motivada para volver a hacerlo. Otro factor relevante es la mala calidad de la atención por parte del personal sanitario al momento de la DOC. (Barrios Puerta, 2011)

Otros factores relevantes son la angustia a descubrir que padecen de cáncer y el temor a contraer alguna infección vaginal por falta de esterilización del material utilizado durante la toma de la muestra. (Aguero P, 2006)

Conocimientos, prácticas y percepciones de mujeres sobre citología vaginal.

A pesar de la existencia de la prueba del Papanicolaou, las mujeres no acuden a realizárselo por diversos motivos. De allí nace la idea de explorar cómo influyen el Conocimiento, las prácticas y las percepciones que tienen las mujeres en la no realización de dicha prueba. Así pues la mayoría de las personas que abarrotan los servicios de salud solamente asisten para ser curados y en muy pocas ocasiones para la prevención de las enfermedades o para conseguir una mejor calidad de vida libre de afecciones no solamente físicas sino también emocionales.

CAPITULO II CITOLOGÍA CERVICAL

2.1 CONCEPTO

Es una prueba de detección para cáncer de cuello uterino. Las células tomadas por raspado de la abertura del cuello uterino se examinan bajo un microscopio. El cuello uterino es la parte más baja del útero (matriz) que desemboca en la parte superior de la vagina.(Medlineplus, 2010)

2.2 Toma de muestra de citología cervical

La toma de muestra no es solo una rutina instrumentada, sino un procedimiento sistematizado y guiado clínicamente para obtener la información y material suficiente para el cito tecnólogo, citologo o patólogo, realicen un diagnóstico preciso.(Reproductiva, 2006)

El personal que realiza la prueba debe conocer los aspectos teóricos y prácticos que sustenten la importancia de obtener muestras adecuadas por lo se enfatiza la necesidad de conocer el material y equipo así como su uso correcto.

Los responsables del procedimiento son: el personal de enfermería y los médicos de las unidades, siendo necesario que estén debidamente capacitados, ya que todas las actividades o pasos de este procedimiento repercutirán en el objetivo final, que es identificar el mayor número de mujeres con lesiones precursoras y cáncer, que permita reducir al mínimo los posibles factores que intervienen en una toma inadecuada.(Loustalot M, 2006)

2.2.1 Entrega de resultado, tratamiento y seguimiento:

La realización del Papanicolaou como prueba de tamizaje tiene implícito: La correcta toma de material exfoliativo del cérvix, correcta extensión en la lámina no mayor de 5 segundos, fijación celular en alcohol al 96 % por inmersión común mínimo de 30 minutos, asegurar el transporte seguro, recepción y corroboración de muestras con hoja de solicitud y reporte de prueba de citología cervical de paciente, Tinción paso a paso por la técnica de Papanicolaou, Examen microscópico de cada laminilla por personal entrenado y verificado por el control de calidad interno, informe mecanografiado utilizando nomenclatura Bethesda, envío del informe, recepción de los informes que corresponden a las pacientes originalmente enviadas. Y todo este proceso no debe durar más de 10 días hábiles.



Ilustración 1

2.3 DISPOSICIONES GENERALES NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-014-SSA2-1994:

De acuerdo a la norma para la prevención, tratamiento y control de cáncer del cuello del útero y de la mama en la atención primaria, me parece importante mencionar los siguientes puntos:

5.1 La atención preventiva de detección citológica y examen clínico de mamas, con enseñanza de la técnica de la auto-exploración, son gratuitas en los establecimientos oficiales del Sistema Nacional de Salud. El tratamiento médico quirúrgico y oncológico debe ser oportuno y adecuado en los establecimientos especializados del Sistema Nacional de Salud.

5.2 Tanto las actividades preventivas como de tratamiento, serán evaluadas por el Comité Interinstitucional.

5.3 Los mecanismos de verificación de la aplicación de la norma son a través del Sistema de Información, Supervisión y Evaluación de cada Institución a nivel nacional.

5.4 El cáncer del cuello del útero y de la mama se deben codificar, de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades en su X revisión, como sigue:

5.4.1 Cáncer del Cuello del Útero.

Tumor maligno del cuello del útero (180)

Endocérvix (180.0)

Exocérvix (180.1)

Otros (180.8)

Parte no especificada (180.9)

7.1.1 Medidas de prevención

6.1 Prevención primaria.

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

6.1.1 Estas actividades deben ser dirigidas a la población en general, con especial atención a la femenina de mayor riesgo, en relación a los factores de riesgo y estilos de vida que contribuyen en la ocurrencia de la enfermedad y sobre el conocimiento de las técnicas y procedimientos disponibles para la detección oportuna del cáncer.

6.1.2 Es necesario integrar y capacitar a otros grupos sociales en acciones concretas de educación y de promoción, mediante la participación activa en la planeación, ejecución y evaluación de las actividades de prevención.

6.1.3 Es esencial que la educación en salud, respecto a la detección, sea dirigida especialmente a las mujeres para persuadirlas a aceptarla, requiriéndose de un programa coordinado de promoción a la salud que asegure que la población femenina conozca los motivos de la detección, los procedimientos empleados, el significado de los resultados y la eficacia de los tratamientos recomendados.

6.1.4 La información debe proporcionarse de acuerdo al entorno cultural local, con la valiosa participación de mujeres líderes de la comunidad, del personal médico y paramédico de los servicios de salud, así como del magisterio, grupos voluntarios y asociaciones civiles.

6.1.5 La información al sexo masculino es necesaria desde el inicio de su madurez sexual, por su participación en los factores de riesgo de la enfermedad; así como, en impulsar a su pareja para que se realice la detección.

6.1.6 Las actividades de promoción se deben realizar por los sectores público, social y privado, a través de los medios de comunicación masiva, grupal e interpersonal (radio, prensa, televisión), utilización de carteles, dípticos, etc., cuyo contenido será avalado por el Grupo Interinstitucional del Programa de Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino y Mamario.

6.1.7 Deben considerarse como factores de riesgo para el cáncer del cuello del útero:

- Ser mayores de 25 años
- Inicio temprano de relaciones sexuales (antes de los 19 años)
- Promiscuidad de la pareja
- Multiparidad (más de cuatro partos)
- Embarazo temprano (antes de los 18 años)
- Infección cervical por virus del papiloma humano
- Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual
- Tabaquismo
- Deficiencia de folatos y vitaminas A, C y E
- Nunca haberse practicado estudio citológico

El estudio citológico de Papanicolaou debe ser el método de elección para la prevención y detección oportuna del cáncer del cuello del útero.

6.2.1.1 La detección temprana de lesiones precursoras "displasias" (NIC de cualquier grado), es capaz de proporcionar, con alto porcentaje de curabilidad, tratamientos conservadores de bajo costo, lo que repercute en el abatimiento de la mortalidad por el cáncer invasor.

6.2.1.2 La frecuencia con la que debe realizarse la detección citológica a partir del inicio de relaciones sexuales es anual.

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

6.2.1.4 Es necesario para una toma satisfactoria la observación directa del cuello uterino mediante un espejo vaginal (esterilizado), debiéndose describir las alteraciones encontradas.(salud O. m., 1994)

CAPITULO III PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

3.1 concepto de primer nivel de atención

Conjunto de establecimientos de salud con niveles de complejidad necesaria para resolver con eficacia y eficiencia necesidades de salud de diferente magnitud y severidad. Constituye una de las formas de la OMS, en la cual se relacionan con la magnitud y severidad de las necesidades de salud de la población.(Marín, 2009)

3.2 Recursos humanos

El personal sanitario es el recurso por excelencia para la atención a la salud. En condiciones extremas, el acto médico puede efectuarse fuera de los centros de salud o de los hospitales pero es inimaginable sin la existencia de personal sanitario –médicos, enfermeras, odontólogos– adecuadamente capacitado.

[Si el personal de salud no está capacitado en cuanto a las técnicas de procedimientos llevados en un primer nivel de atención, esto nos puede llevar a dar un mal trato y diagnóstico a los usuarios, por lo cual a veces los usuarios deciden no regresar a la unidad.]

3.3 Equipamiento.

Para que el personal de salud pueda desarrollar adecuadamente sus funciones, los centros de salud deben contar con diverso equipamiento básico, ya sea para auxiliarlos en sus tareas diagnósticas o para valorar el éxito de sus acciones terapéuticas.(salud, unidades de primer nivel de atención en los servicios estatales de salud, 2008)

[Por otra parte si no se cuenta con el material y equipo adecuado, no bastara un personal capacitado para brindar todos los procedimientos y técnicas para un diagnóstico adecuado]

Se atiende más o menos el 70-80% de la población.

La severidad de los problemas de salud plantea una atención de baja complejidad con una oferta de gran tamaño y menor especialización y tecnificación de los recursos. Se desarrollan actividades de promoción y protección específica, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de las necesidades de salud más frecuentes.

Funciones:

- Creación y protección de entornos saludables
- Fomento de estilos de vida saludables
- Prevención de riesgos y daños
- Recuperación de la salud

[En un primer nivel de atención está enfocado en la prevención de enfermedades y promoción de la salud pero esto no será posible si el personal de enfermería no sabe cómo debe educar a los usuarios de la comunidad para prevenir enfermedades]

EDUCACION PARA LA SALUD EN USUARIOS DE SERVICIOS DE SALUD

Para llegar a una buena calidad de vida se es necesario el incluir en la vida la promoción y prevención en la salud, como lo menciona la v. Santos López donde nos informa que para una buena promoción de la salud se es necesario un esfuerzo colectivo, y para esto se es necesario tres niveles:

- Nivel institucional: sensibilizando a las instancias gubernamentales y administrativas para que adopten políticas saludables, creando estados de opinión sobre la adecuación o inadecuación de una determinada política. La educación sanitaria es una fuerza poderosa que puede despertar la conciencia del pueblo hasta el punto en que las necesidades ignoradas se conviertan en necesidades sentidas y estas se transformen en demandas con repercusiones políticas sociales y culturales.

- Nivel ambiental: en este nivel la intervención debe ser dirigida a crear entornos favorables a la salud, para ello es impredecible reforzar la acción comunitaria. Con pláticas medios de comunicación trípticos visitas domiciliarias etc.

- Nivel personal: se trata de lograr que cada persona individualmente sea capaz de adoptar un estilo de vida cada vez más saludable y desarrollar la capacidad de auto cuidarse.

[Para lograr llegar a un estado de salud óptimo que como antes se menciona es la capacidad del ser humano para cuidarse con enfermedad o sin estar está presente, para esto el personal de enfermería debe ser capaz de adecuar estrategias para educar a la comunidad desde el proceso salud-enfermedad para realizar en el individuo medidas preventivas]

Los objetivos de la educación para la salud son:

- Fomentar el auto cuidado.
- Favorecer y mejorar la salud.
- Disminuir y controlar alteraciones emocionales.
- Reducir los ingresos a hospitales.
- Influir en la responsabilidad que paciente y familiares deben asumir. (López, 2011)

El tipo de aprendizaje, según los objetivos deseados (adquisición o reafirmación de conocimientos, desarrollo de habilidades, modificación de actitudes o sentimientos, conocimiento de la normatividad, etc.)

- Técnicas de enseñanza individual o grupal.
- Modos de aprendizaje: lectura, visión, audición y manipulación.
- Estrategias de enseñanza: exposición conferencia demostración estudio de casos clínicos, educación programada, juegos, etc.
- Medios educativos con objetivos reales; acordes al tema o exposición, con lenguaje adecuado y comprensible y documentación legible y clara a un costo aceptable (proyecciones audiovisuales, material impreso).(Barrera Rosales Susana, 2004)

V METODOLOGÍA

Esta investigación fue iniciada con la identificación de una problemática del porque las usuarias del primer nivel de atención pertenecientes a la comunidad de la cumbre Michoacán no acudían a el centro de salud a la DOC. (Detección oportuna de cáncer) Se estructuró el planteamiento del problema de estudio y delimitando la problemática, se generaron preguntas de investigación que versaron sobre cuestiones identificadas. Una vez planteado el problema de estudio, se consideró lo que se ha investigado en relación al problema y se realizó una tesina monográfica al efectuar una investigación documental y al analizar literatura científica que otros autores han escrito sobre el problema identificado, mediante la revisión de la literatura en fuentes primarias como: Scielo, Dialnet, Google académico, y algunas otras fuentes consultadas como encuestas nacionales para datos estadísticos, OMS 2009, Documentos de la SSA de Michoacán, Jurisdicción 8. Libros de la biblioteca de la facultad de licenciatura en enfermería, revistas de medicina y enfermería, normas oficiales. Las palabras clave empleadas para la búsqueda fueron factores contextuales, citología vaginal y primer nivel de atención, definidas y mencionadas anteriormente. Se encontraron un total de artículos con fecha de publicación máxima de los últimos 6 años. La gran cantidad de artículos analizados durante la realización del trabajo están enfocados en América latina ya que esto se presenta de la misma forma no solo en México sino en otros países vecinos presentándose los mismos factores antes ya mencionados.

VI. RESULTADOS

Entre los resultados encontrados en los artículos relacionados se puede concretar que la aparición de los factores contextuales se deriva de la falta de información por parte de los programas de salud ya que la mayoría de las veces los problemas son por parte del prestador de servicios y de la falta de material para brindar una atención de calidad, así pues se derivan de esta todos los demás factores contextuales como los mencionados anteriormente y los cuales en los artículos encontrados y analizados varios autores concuerdan en que son los mismos pero no en todos los casos se presentan todos los centros de salud cada uno puede tener tal vez algunas similitudes pero algunas veces variaran dependiendo de los factores que se presenten, en el caso de la comunidad de la cumbre los factores que afectan para no realizar la DOC, son los siguientes: propios de la usuaria: temor, vergüenza porque el personal encargado de la toma es de sexo masculino, pudor, timidez y angustia. Por parte del centro de salud: capacitación continua inadecuada. Del personal prestador de servicios de salud: oposición del marido. Cabe mencionar que todos los mencionados anteriormente van de la mano y pueden ser modificables mediante el uso de una capacitación adecuada por parte de la secretaria de salud ya que al ser pasantes no tenemos el conocimiento de cómo abordar a una usuaria, así como no tenemos la experiencia para la toma de muestra de citología vaginal.

VII CONCLUSIONES

A lo largo de esta investigación se han presentado y analizado los conocimientos, Percepciones, factores propios de las usuarias, factores propios del personal prestador de servicios de salud y propios del centro de salud. Ya se cuenta con una prevención secundaria eficaz, mediante el tamizaje y la detección temprana, que ha demostrado su eficacia cuando se combina con un tratamiento adecuado y oportuno. Sin embargo, hace falta un alto grado de gestión y organización, junto con los recursos financieros y humanos apropiados, para asegurar y mantener la calidad y efectividad de los programas, Para lograr una efectividad óptima, también los programas de tamizaje deben integrarse mejor con programas de tratamiento y seguimiento. Más aún, para asegurarse de que las mujeres en toda la región tengan acceso al tamizaje y al tratamiento para el cáncer cervicouterino, y que mejor que los programas educativos y de divulgación que generen conciencia acerca del cáncer cervicouterino como una enfermedad prevenible deben ir dirigidos a las mujeres y a la comunidad en general, y así los programas serán diseñados para responder a las necesidades de las mujeres en toda la región. En lo que respecta a la comunidad la cumbre se obtuvo un apoyo por parte de las usuarias al brindar capacitación grupal así como entrevistas en privado aquí lo único detalle fue que se comenzó a implementar después de tener tiempo ya brindando los servicios a la comunidad, ya que como se mencionó no se tuvo apoyo por parte del sector salud para una capacitación a los prestadores de servicios.

VIII. Sugerencias

- 1- Reducir el riesgo de infecciones y cáncer cervicouterino en mujeres del primer nivel de atención.
- 2- Brindar capacitación oportuna al personal para cumplir con las metas
- 3- Promover las supervisiones al personal para que se cumpla con un tamizaje más amplio en la toma de citología cervical.
- 4- Brindar capacitación a los usuarios, para mejorar las conductas promotoras de salud.

BIBLIOGRAFIA

1. Agüero p, G. L. (2006). información y actitudes relacionados con el papanicolaou. *revista de la facultad de medicina de la unam mexico*, 46.
2. Alvarez L, M. c. (2010). actitudes de las mujeres en relacion con el papanicolaou. *facultad de medicina de la UNAM*, 1-8.
3. Avila, C., Avila, A., & Vielma, V. (2004). barreras y accesos para la deteccion oportuna de cancer cervicouterino. *salud publica y nutricion*, 1-6.
4. Barrera Rosales Susana, R. G. (2004). fundamentos de enfermeria 3ra edicion. En R. G. Barrera Rosales Susana, *fundamentos de enfermeria 3ra edicion* (págs. 14-26). MEXICO: MANUAL MODERNO.
5. Barrios Puerta, Z. (2011). factores que intervienen en la negacion de la practica de citologia vaginal. *revista de salud publica mexico*, 19-25.
6. Bragado N, M. J. (11 de 9 de 2012). *el periodico*. Recuperado el 05 de 11 de 2013, de www.elperiodicodelafarmacia.es
7. Cortez, J. (2012). barreras y motivos para no realizarse la citologia. *representaciones sociales en salud*, 26-27.
8. ENSANUT. (2012). *ENCUESTAS, INSTITUTO NACIONAL DE SALU PUBLICA*. Recuperado el 2 de febrero de 2014, de Instituto Nacional de Salud Pública: encuestas.insp.mx
9. Fuentes Arevalo, J., & Romero Mena, E. (2008). barreras de el personal de salud en el area laboral en america latina. *revista de medicina tropical*, 48-52.
10. Garcia B, V. P. (15 de abril de 2010). Recuperado el 3 de enero de 2014, de causas de baja cobertura en papanicolaou en desamparados II 2010: <http://www.uned.ac.cr/sep/recursos/investigaciones/documents/TFGRebeca.pdf>
11. Garcia, R. (11 de mayo de 2007). *Definicion ABC*. Recuperado el 3 de enero de 2014, de <http://www.definicionabc.com/general/factor.php#ixzz2n1kwyFXc>
12. Hernandez, N. S. (2012). Conocimientos, practicas y percepciones de mujeres sobre la citologia vaginal. *enfermeria en costa rica*, 82-89.
13. Ibarra Palomino, A. (17 de febrero de 2012). trato digno de enfermeria. mexico, mexico.
14. Lewis, M. (4 de marzo de 2004). Recuperado el 20 de diciembre de 2013, de organizacion panamericana de la salud: <http://www1.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/pcc-cc-sit-lac.pdf>

15. López, V. s. (2011). EDUCACION PARA LA SALUD EN USUARIOS DE SERVICIOS DE SALUD. En a. m. martha raile alligood, *MODELOS Y TEORIAS DE ENFERMERIA* (págs. 53-56). estados unidos: elsevier mosby.
16. Loustalot M, E. R. (2006). *ginecologia y obstrtricia*. trillas.
17. Marín, H. V. (29 de 11 de 2009). *niveles de atencion en salud*. Recuperado el 5 de 1 de 2014, de <http://es.escribd.com/doc/23343816/NIVELES-DE-ATENCION-EN-SALUD>
18. Mondragon Castro, H. (1992). *Ginecologia basica ilustrada 2da edicion*. mexico: trillas.
19. Nuñez Herrero, L., & Yañes Calderon, M. (14 de agosto de 2007). *citologia organica: temor o desconocimiento*. Recuperado el 3 de enero de 2013, de http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol23_2_07/mgi08207.htm
20. Ochoa, F. (28 de mayo de 2010). Recuperado el 5 de diciembre de 2013, de dr felipe ochoa: <http://drfelipeochoa.com.mx/>
21. Oddo, D. (10 de septiembre de 2010). *universidad catolica de chile*. Recuperado el 28 de 11 de 2013, de histologia: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/histologia/georgenicholaspapanicolaou.pdf>
22. OPS. (9 de SEPTIEMBRE de 2009). Recuperado el 3 de 12 de 2013, de ORGANIZACION PANAMERICANA DE SALUD: <http://www1.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/pcc-cc-sit-lac.pdf>
23. Parra, E. (miercoles de febrero de 2009). *periodismo de paz ciudadania express*. Recuperado el 12 de diciembre de 2013, de <http://ciudadania-express.com/2009/02/04/detectan10-mil-casos-anuales-de-cancer-cervico-uterino-en-mexico/>
24. reproductiva, c. n. (2006). *manual de procedimientos para la toma de la muestra citologia cervical*. mexico.
25. salud, O. m. (26 de abril de 1994). Recuperado el 29 de noviembre de 2013, de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/014ssa24.htm>
26. Salud, O. p. (4 de septiembre de 2006). MANUAL PARA TAMIZAJE DEL CANCER CERVICOUTERINO.
27. Salud, S. D. (8 de enero de 2011). <http://www.salud.gob.mx>. Recuperado el 5 de 10 de 2013, de <http://www.salud.gob.mx>
28. salud, s. e. (21 de 5 de 2008). *secreteria de salud*. mexico: unidades de primer nivel de atencion.
29. salud, s. e. (5 de abril de 2008). unidades de primer nivel de atencion en los servicios estatales de salud. mexico. Recuperado el 26 de enero de 2014

30. Secretaria de salud, d. g. (6 de marzo de 2009). Recuperado el 2013 de febrero de 9, de <http://www.salud.gob.mx>
31. Secretaria de salud, d. g. (6 de marzo de 2012). Recuperado el 2013 de febrero de 9, de <http://www.salud.gob.mx>
32. Torres , g., & Ortega, C. (5 de 12 de 2012). *ensanut*. Recuperado el 12 de 11 de 2013, de Salud Pública de México: <http://ensanut.insp.mx>
33. (5 de 6 de 2010). Recuperado el 5 de 12 de 2013, de medlineplus: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/article/003911.htm>