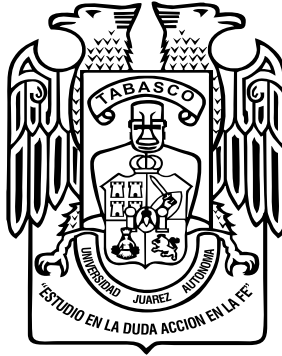


UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO

DIVISIÓN ACADÉMICA DE CIENCIAS DE LA SALUD



**“ANÁLISIS DE LA APLICACIÓN DE LA NOM-014-SSA2-1994, EN LOS
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD: CASO TENOSIQUE”**

Tesis para obtener el grado de la:

**Maestría en Ciencias de Salud Pública con Énfasis en Administración de Servicios de
Salud.**

Presenta:

Perla Tavita Mora Rodríguez

Directores:

M.E. Armando Miranda de la Cruz

M.C.S.P. Sergio Quiroz Gómez

Villahermosa, Tabasco.

Octubre, 2019.



**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Jefatura del
Área de Estudios
de Posgrado



Of. No. 0629/DACS/JAEP

28 de octubre de 2019

ASUNTO: Autorización impresión de tesis

C. Perla Tavita Mora Rodríguez

Maestría en Ciencias en Salud Pública con énfasis en

Administración de los Servicios de Salud

Presente

Comunico a Usted, que ha sido autorizada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores investigadores Dra. Mirian Carolina Martínez López, M. en C. Francisca Gómez Hernández, Dr. Jorge Luis Blé Castillo, Dra. Isela Esther Juárez Rojop y M. en C. Crystell Guadalupe Guzmán Priego, impresión de la tesis titulada: "**Análisis de la aplicación de la norma - 014 - ssa2 - 1994 en los servicios públicos de salud caso Tenosique**", para sustento de su trabajo recepcional de la Maestría en Ciencias en Salud Pública con énfasis en Administración de los Servicios de Salud, donde funge como Directora de Tesis la M.E. Armando Miranda De la Cruz y el Dr. Sergio Quiroz Gómez.

Atentamente

UJAT



**DACS
DIRECCIÓN**

Dra. Mirian Carolina Martínez López

Directora

C.c.p.- M.E. Armando Miranda De la Cruz.- Director de Tesis

C.c.p.- Dr. Sergio Quiroz Gómez.- Director de Tesis

C.c.p.- Dra. Mirian Carolina Martínez López.- Sinodal

C.c.p.- M. en C. Francisca Gómez Hernández.- Sinodal

C.c.p.- Dr. Jorge Luis Blé Castillo.- Sinodal

C.c.p.- Dra. Isela Esther Juárez Rojop.- Sinodal

C.c.p.- M. en C. Crystell Guadalupe Guzman Priego.- Sinodal

C.c.p.- Archivo

DC/MCML/MO/MACA/lkrd*

Miembro CUMEX desde 2008

Consortio de
Universidades
Mexicanas

UNA ALIANZA DE CALIDAD POR LA EDUCACIÓN SUPERIOR

Av. Crnel. Gregorio Méndez Magaña, No. 2838-A,
Col. Tamulté de las Barrancas,

C.P. 86150, Villahermosa, Centro, Tabasco

Tel.: (993) 3581500 Ext. 6314, e-mail: posgrado.dacs@ujat.mx

www.dacs.ujat.mx

Facebook icon DIFUSION DACS

Twitter icon DIFUSION DACS OFICIAL

Instagram icon @DACSDIFUSION



**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Jefatura del
Área de Estudios
de Posgrado



ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la ciudad de Villahermosa Tabasco, siendo las 09:30 horas del día 28 del mes de octubre de 2019 se reunieron los miembros del Comité Sinodal (Art. 71 Núm. III Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente) de la División Académica de Ciencias de la Salud para examinar la tesis de grado titulada:

"Análisis de la aplicación de la norma - 014 - ssa2 - 1994 en los servicios públicos de salud caso Tenosique"

Presentada por el alumno (a):

Mora Rodríguez Perla Tavita

Apellido Paterno Materno Nombre (s)

Con Matricula

1	5	1	E	2	7	0	0	4
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Aspirante al Grado de:

Maestro en Ciencias en Salud Pública con énfasis en Administración de los Servicios de Salud

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS** en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

COMITÉ SINODAL

M.E. Armando Miranda De la Cruz

Dr. Sergio Quiroz Gómez

Directores de Tesis

Dra. Mirian Carolina Martínez López

M. en C. Francisca Gómez Hernández

Dr. Jorge Luis Blé Castillo

Dra. Isela Esther Juárez Rojop

M. en C. Crystell Guadalupe Guzmán Priego

C.e.p.- Archivo

DC*MCML/MO*MACA/lkrd*

Miembro CUMEX desde 2008

Consortio de
Universidades
Mexicanas

UNA ALIANZA DE CALIDAD POR LA EDUCACIÓN SUPERIOR

Av. Crnel. Gregorio Méndez Magaña, No. 2838-A,
Col. Tamulté de las Barrancas,

C.P. 86150, Villahermosa, Centro, Tabasco

Tel.: (993) 3581500 Ext. 6314, e-mail: posgrado.dacs@ujat.mx

www.dacs.ujat.mx

72 DIVISION DACS

63 DIVISION DACS

73 DIVISION DACS



UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Dirección



Carta de Cesión de Derechos

En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 24 del mes de octubre del año 2019, el que suscribe, **Perla Tavita Mora Rodríguez**, alumno del programa de la Maestro en Ciencias en Salud Pública con énfasis en Administración de los Servicio de Salud, con número de matrícula 151E27004 adscrito a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autor intelectual del trabajo de tesis titulada: "**Análisis de la aplicación de la norma - 014 - ssa2 -1994 en los servicios públicos de salud caso Tenosique**", bajo la Dirección del Mtro. Armando Miranda De la Cruz y el Dr. Sergio Quiroz Gómez, Conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Artículo 31. El alumno cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para su difusión con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficos o datos del trabajo sin permiso expreso del autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a la dirección: tavitamora@outlook.com Si el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.

Perla Tavita Mora Rodríguez

Nombre y Firma

DIVISIÓN ACADÉMICA DE
CIENCIAS DE LA SALUD



JEFATURA DEL ÁREA DE
ESTUDIOS DE POSGRADO

Sello

Av. Universidad s/n, Zona de la Cultura, Col. Magisterial, C.P. 86040 Villahermosa, Tabasco
Tel. (993) 358.15.00 Ext. 6134



AGRADECIMIENTOS

A Dios:

Por su amor y bondad infinita, me permites sonreír ante cada uno de mis logros, que son el resultado de tu ayuda, que aun cuando caigo y me pones a prueba aprendo de mis errores en mis más difíciles batallas, me levantas para poder continuar con mi lucha constante de querer mejorar y que crezca de diversas maneras para poder ofrecer una mejor atención a cada uno de los pacientes.

A mi esposo:

Gracias amor por estar presente en mi vida no solo en esta etapa tan importante, sino en todo momento, ofreciéndome lo mejor y buscando lo mejor para mi persona.

A mi hija:

Te amo tú eres mi motor y las ganas de seguir hacia adelante proponiéndome nuevos retos para que te llenes de orgullo, quiero el día de mañana inculcarte valores y que seas una persona de bien.

A mis padres:

Gracias por existir, por estar siempre a mi lado y me das la fuerza que necesito para cuando me quiero rendir ante una dificultad.



AGRADECIMIENTOS

A mis directores de Tesis:

Por apoyarme con el tiempo y dedicación constante para lograr que este reto se pudiera llevar a cabo, gracias por sus enseñanzas y por estar siempre dispuestos al logro de este objetivo que hoy culmino.

A mis hermanos (as):

Porque siempre han apoyado mi formación profesional, por las enseñanzas que han compartido conmigo y por todo el apoyo brindado a lo largo de este proyecto.

A la Jurisdicción Sanitaria de Tenosique:

Por las facilidades brindadas para el desarrollo de este proyecto, a mis amigas y compañeras que estuvieron dispuestas a participar otorgando su tiempo para dar respuesta a este instrumento y con el único fin de mejorar la calidad del cuidado que brindamos en cada una de las instituciones de salud en la cual laboramos, muchas gracias por todo.



ÍNDICE

PORTADA

DEDICATORIAS

AGRADECIMIENTOS

INDICE GENERAL

INDICE DE TABLAS, GRÁFICAS Y FIGURAS

RESUMEN.....	IV
ABSTRAC.....	V
GLOSARIO.....	VI
ABREVIATURA.....	VII
INTRODUCCIÓN.....	8
MARCO TEORICO.....	10
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	37
JUSTIFICACIÓN.....	40
OBJETIVOS.....	42
METODO E INSTRUMENTO.....	43
RESULTADOS.....	48
DISCUSION.....	59
CONCLUSIONES.....	61
RECOMENDACIONES-.....	63
REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS.....	64
ANEXOS.....	66



ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

	Pág.
Tabla 1. Análisis de fiabilidad de los instrumentos	48
Gráfica 1. Unidad de adscripción del personal de enfermería	49
Gráfica 2. Género del participante	50
Gráfica 3. Profesión	50
Gráfica 4. Nivel Académico	51
Tabla 2. Estadística descriptiva de las variables continuas	52
Tabla 3. Conocimientos sobre la NOM-014-SSA2-19994	53
Tabla 4. Conocimientos anatómicos indispensables para la toma de citología	53
Tabla 5. Conocimientos sobre la detección o procedimiento	54
Tabla 6. Capacitación para la toma de citología vaginal	54
Tabla 7. Recepción de la usuaria	55
Tabla 8. Registros	55
Tabla 9. Preparación del material	55
Tabla 10. Preparación de la usuaria	56
Tabla 11.- Técnica de toma de citología	56
Gráfica 5. Nivel de conocimientos en el personal de enfermería sobre la técnica de citología cervical.	57
Gráfica 6. Nivel de aplicación de la técnica de toma de citología cervical en los profesionales de enfermería	58



RESUMEN

Título: Análisis de la aplicación de la NOM-014-SSA2-1994, en los servicios públicos de salud: caso Tenosique.

Introducción: A nivel mundial y en México existe una creciente mortalidad a causa de diversos cánceres que se están presentando en la población como resultado de una transición epidemiológica y de los estilos de vida poco saludables que ejecutamos; sin embargo, los servicios de salud deben hoy más que nunca aplicar las recomendaciones emitidas a través de normas oficiales sobre la prevención, diagnóstico, tratamiento y control de estos padecimientos, lo cual es responsabilidad del Sistema de Salud y los profesionales que lo ejecutan. **Objetivo:** Identificar el nivel de conocimientos y aplicación de la técnica de citología cervical por los profesionales de enfermería acordes con la NOM-014-SSA2-1994, en los servicios públicos del municipio de Tenosique, Tabasco. **Material y métodos:** se realizó un estudio con enfoque cuantitativo, con diseño no experimental, descriptivo de corte transversal, la muestra está conformada por 65 profesionales de enfermería que laboran en el área operativa de los servicios públicos de salud del municipio de Tenosique (Casa de Salud, Centro de Salud Urbano y Hospital), se utilizó una encuesta integrada por 2 instrumentos, una cedula de datos generales y un consentimiento informado; los datos fueron procesados a través del paquete estadístico SPSS Versión 25. **Resultados:** 56% conoce regularmente los pasos de técnica de prueba de papanicolaou, aspectos relacionados con la NOM-014-SSA2-1994, aspectos anatómicos, fisiológicos y actualización profesional, aunque esta no ha sido constante y en cuanto al nivel de aplicación de la técnica de citología cervical por el personal de enfermería podemos observar que el 75% se ubicó en un nivel regular, es decir cumple con los requisitos de recepción y preparación a la usuaria, realiza el llenado de los registros, prepara el material; sin embargo aún presenta deficiencias en aspectos relacionados con la preparación física y psicológica de la usuaria y omite algunos aspectos relacionados con la toma y conservación de la misma. **Conclusiones:** existe necesidad de capacitación en el personal de enfermería, establecimiento de procesos de control y aseguramiento de la calidad en la toma de citología vaginal.

Palabras clave: Citología, Enfermería en Salud Comunitaria, Prueba de Papanicolaou, Conocimiento.



ABSTRACT

Title: Analysis of the application of NORMA-014-SSA2-1994 in public health services: Tenosique case.

Introduction: Globally and in Mexico there is a growing mortality due to various cancers that are occurring in the population as a result of an epidemiological transition and unhealthy lifestyles that we carry out; however, health services must today more than ever implement the recommendations issued through official standards on the prevention, diagnosis, treatment and control of these conditions, which is the responsibility of the Health System and the professionals who execute it. **Objective:** To identify the level of knowledge and application of the cervical cytology technique by nursing professionals in accordance with NOM-014-SSA2-1994, in the public services of the municipality of Tenosique, Tabasco. **Material and methods:** a study was carried out with a quantitative approach, with a non-experimental, cross-sectional descriptive design, the sample is made up of 65 nursing professionals who work in the operational area of the public health services of the municipality of Tenosique (Casa de Salud, Centro de Salud Urbano and Hospital), a survey consisting of 2 instruments, a general data card and an informed consent was used; the data were processed through the statistical package SPSS Version 25. **Results:** 56% regularly know the steps of pap smear technique, aspects related to the NOM-014-SSA2-1994, anatomical aspects, physiological and professional updating, although this has not been constant and as regards the level of application of the cervical cytology technique by nurses we can observe that 75% were at a regular level, in other words, it meets the requirements of receiving and preparing the user, performs the filling of the records, prepares the material; however, it still has deficiencies in aspects related to the physical and psychological preparation of the user and omits some aspects related to the taking and conservation of the material. **Conclusions:** there is a need for training of nursing staff, establishment of control processes and quality assurance in the taking of Pap smears.

Keywords: Cytology, Community Health Nursing, Papanicolaou test, Knowledge.



GLOSARIO

Adolescencia	Período de transición entre la infancia y la edad adulta y, por motivos de análisis, puede segmentarse en tres etapas: adolescencia temprana (de 10 a 13 años de edad), mediana (14-16), y tardía (17-19). (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2016)
Cáncer cervico-uterino	Es una neoplasia maligna que se desarrollan en la porción fibromuscular inferior del útero que se proyecta dentro de la vagina. (Secretaria de Salud [SS], 1994)
Virus del papiloma humano	Microorganismos pertenecientes a la familia de los Papillomaviridae, infectan la piel y las mucosas pudiendo producir tumores epiteliales benignos o malignos, varían en su tropismo tisular, su asociación con distintas lesiones y su potencial oncogénico. (Secretaria de Salud [SS], 1994)
Conocimiento	Facultad del ser humano para comprender por medio de la razón la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas. (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura [UNESCO], 2005)
Cáncer	Tumor maligno originado por la pérdida de control del crecimiento de las células, que puede invadir estructuras adyacentes o propagarse a sitios alejados y tener como resultado la muerte. (SS, 1994)
Cáncer invasor	Cualquiera de las etapas de carcinoma invasivo, desde aquellos diagnosticados sólo por microscopio, hasta las lesiones de gran magnitud con invasión al estroma, extensión a todo el órgano, órganos adyacentes y propagación a órganos distantes. (SS, 1994)
Cáncer in situ	De acuerdo con la definición de la OMS, es una lesión en la que todo el epitelio o la mayor parte de él muestran el aspecto celular de carcinoma. No hay invasión del estroma subyacente. (SS, 1994).



Captura de híbridos	Prueba biomolecular, basada en la amplificación de la señal de híbridos en solución, in vitro, para detectar blancos de DNA o RNA. (SS, 1994)
Citología cervical	Estudio que se realiza mediante la observación y análisis de una muestra de células del endocérnix y exocérnix a través de un microscopio, para determinar cambios o alteraciones en la anatomía y fisiología de las células. También conocida como Prueba de Papanicolaou. (SS, 1994)
Colposcopía	Procedimiento exploratorio instrumentado estereoscópico, en el que se emplea un aparato con sistemas ópticos de aumento, a través del cual se puede observar el tracto genital inferior y ano, visualizándose las condiciones de su epitelio y al cual se le pueden aplicar distintas sustancias como solución fisiológica, ácido acético diluido, yodo Lugol u otras con fines de orientación diagnóstica. (SS, 1994)
Conización	Resección de la zona de transformación del cuello uterino con una profundidad no menor a 5 mm con fines diagnósticos y/o terapéuticos. También se denomina cilindro o cono diagnóstico. (SS, 2010).
Displasia	Pérdida de la capacidad de maduración del epitelio, con alteraciones en la morfología de sus componentes celulares (SS, 1994)
Electrocirugía	Empleo de la corriente eléctrica alterna de alta frecuencia para escindir la zona de transformación y la lesión con una profundidad no menor de 5 mm. (SS, 2014).
Histopatología	Estudio macroscópico y microscópico de las alteraciones en los tejidos y órganos extirpados. (SS, 2014).



ABREVIATURAS

OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
VPH	Virus del Papiloma Humano
LIEBG	Lesión Escamosa Intraepitelial de Bajo Grado
LIEAG	Lesión Escamosa Intraepitelial de Alto Grado
CACU	Cáncer Cervico Uterino
ITS	Infección de Transmisión Sexual
ETS	Enfermedad De Transmisión Sexual
SPSS	Software Estadístico Statistical Package For Social Sciencies
SICAM	Sistema Integral del Cáncer en la Mujer
NOM	Norma Oficial Mexicana
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educacion, la Ciencia y la Cultura.



1. INTRODUCCIÓN

Las técnicas de citología cervical son pruebas que se utilizan para la detección del cáncer de cérvix. Se basan en la observación microscópica de preparados de células vaginales, para el diagnóstico de anormalidades celulares y el posterior tratamiento precoz de las lesiones detectadas. Las anormalidades celulares pueden evolucionar y transformarse en células precancerosas y posteriormente en células neoplásicas.

La toma de muestra de citología cervical, es un proceso que se ha realizado por décadas, sin embargo, se ha demostrado, que el personal no siempre cuenta con los conocimientos necesarios para que el resultado del proceso sea de excelencia, lo que deriva en gastos institucionales innecesarios, e impactando también en la percepción psicológica de las usuarias, provocando una baja en su participación, y por ende en la detección oportuna de lesiones precancerosas que pueden terminar con la vida de estas mujeres.

En este trabajo de investigación se pretende identificar los conocimientos y la aplicación de la técnica de citología cervical que tiene el personal encargado de tomar las muestras cervicales en la Secretaría de Salud del municipio de Tenosique, Tabasco. Lo anterior permitirá identificar áreas de oportunidad y en un futuro, contribuir al perfeccionamiento del procedimiento, con el fin de fortalecer la utilidad de este tipo de prueba en la detección oportuna de cáncer cervicouterino, siendo las principales beneficiarias las usuarias del programa.

La problemática se ha vinculado, de acuerdo con los estudios a la falta de una atención oportuna y equitativa a quienes requieren tratamiento, deficiencias en la calidad de la toma y lectura de las muestras, así como también en la falta de educación y conocimiento sobre la importancia que tiene el realizarse la citología cérvico uterina.

Al convertirse en un problema de Salud Pública con altas tasas de morbilidad y mortalidad desde hace mucho tiempo se intentó crear métodos de tamizaje que permitan su



detección oportuna. Debido a la importancia del tema, George Nicolás Papanicolaou introdujo la técnica que lleva su nombre en 1940, adquiriendo hasta la actualidad una gran aceptación en la práctica diagnóstica debido principalmente a su precisión, reproductibilidad y bajo costo, siendo la mejor herramienta para reducir significativamente la mortalidad por cáncer de cérvix.

Gracias a la detección temprana, diagnóstico, tratamiento y seguimiento, el CaCu es una enfermedad prevenible y curable; sin embargo, la participación de las mujeres en la detección de la enfermedad es influida por un complejo grupo de factores que interactúan y que llegan a determinar el comportamiento y creencias respecto a la misma; algunos de ellos son: cobertura médica, experiencia previas de tamizaje, nivel educativo, conocimiento, creencias y actitudes sobre la prueba de tamizaje, lugar de residencia, edad, estado marital, creencias religiosas y apoyo social.

Esta información nos permitirá atender la necesidad urgente de nuestra población, y poder ofrecerles una mayor cobertura de atención. Incrementar el conocimiento sobre la prueba de Papanicolaou, lo que redundará el mejoramiento de las actitudes y prácticas respecto a esta prueba en las mujeres, y posteriormente, diseñar estrategias para superar las barreras anteriormente descritas. Razones que motivan esta investigación con el fin de sentar las bases de que nos ofrezcan información objetiva sobre los conocimientos, actitudes y prácticas en relación a la prueba de Papanicolaou en las pacientes mujeres mayores.



2. MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Uno de los padres de la citología clínica fue Johannes Müller, de Berlín, quien en 1838 editó una monografía sobre células tumorales malignas. Señaló que, en el cáncer, las células estaban libres y separadas unas de otras; así mismo diferenció los carcinomas de los sarcomas. Julius Vogel, en 1843, fue el primero en hacer diagnóstico por medio de lo que se conocería un siglo después como citología exfoliativa; tomando muestras de un tumor ulcerado de mama observó la presencia de células diferentes al pus y los glóbulos rojos.

En 1847 Pouchet, médico y profesor de Zoología del museo de historia natural de Rouen, fue quien descubrió los cambios citológicos en material fresco de secreción vaginal de la mujer. Pero por deficiencias de técnica no pudo obtener ninguna conclusión interesante. Moraou fue quien comenzó el estudio de la citología vaginal. Este investigador presentó en 1899 a la sociedad de citología de París, sus observaciones sobre los cambios cíclicos en la vagina de los roedores pequeños.

En 1917, George Nicholas Papanicolaou y Stockard estudiaron los aspectos citomorfológicos del ciclo vaginal de los cobayos utilizando la técnica del frotis para predecir el momento de la ovulación de los cobayos y obtener óvulos en estado pre mitótico. Estos estudios se extendieron posteriormente a primates, que tienen un ciclo ovárico comparable al humano. En 1923 iniciaron un proyecto para el estudio del frotis vaginal de la mujer. Como resultado de estas investigaciones, Papanicolaou y colaboradores establecieron de manera definitiva la existencia de ciclos vaginales comparables al ciclo endometrial y que la exfoliación vaginal es un reflejo de los cambios histológicos del epitelio vaginal. Los resultados de estas investigaciones fueron publicados en 1933 en la monografía "The Sexual Cycle in the Human Female as Revealed by vaginal Smears" ("El ciclo sexual en la mujer humana según lo revelado por los frotis vaginales").



En 1923, George Papanicolaou, quien desarrollaba un proyecto de investigación sobre el extendido vaginal en el Woman's Hospital de Nueva York, reconoció células anormales malignas de un cáncer cervical. Muy sorprendido por su observación se dedicó al estudio de la citología en el cáncer ginecológico. En 1927 presentó sus resultados en una Conferencia en Battle Creek, Michigan. El trabajo titulado Nuevo Diagnóstico del Cáncer (New Cancer Diagnosis), describía las células malignas en los extendidos vaginales. Fue publicado en los Proceedings del Congreso en 1928, pero no despertó mayor interés en la comunidad científica médica.

En la línea del estudio del cuello uterino, Hans Hinselmann, en 1925, en Alemania, inventa el colposcopio y Schiller, en 1933, introdujo la prueba de Lugol en el examen del cérvix uterino. Papanicolaou continúa sus investigaciones, en colaboración con Herbert Traut y, en 1941, publica en el American Journal of Obstetrics and Gynecology la identificación de células cancerosas del cuello uterino y del endometrio en extendidos vaginales de pacientes que no tenían sospecha de cáncer y, en 1943, publica su monografía "Diagnosis of uterine cancer by the vaginal smear" (Diagnóstico del cáncer uterino por el extendido vaginal), que produjo gran impacto. Sus hallazgos fueron luego corroborados por numerosos investigadores, dándose el nombre de "Papanicolaou" a este examen. El gran mérito de George Papanicolaou y su escuela fue haber sistematizado una técnica de diagnóstico con métodos de toma de muestra, fijación en fresco, tinción y nomenclatura de los diferentes tipos de alteración citológica relacionadas con el cáncer cérvico uterino (Citología tipo I, II, III, IV y V), dando así comienzo a la citología clínica moderna.

En 1947, la Universidad de Cornell realizó el primer curso para capacitación en citología exfoliativa y el laboratorio de Papanicolaou llegó a ser la meca para estos estudios.

En 1947, Ernest Ayre introdujo la espátula que lleva su nombre, para obtener la toma de muestra del cuello uterino y, en 1949, en el American Journal of Obstetrics and Gynecology, hace la primera descripción e ilustración de lo que actualmente conocemos como coilocito (The vaginal smear: Precancer' cell studies using a modified technique).



Leopold Koss, en 1956, fue quien le dio el nombre de "coilocito" a dicha célula y Alexander Meissels, en 1970, afirmó que esta célula es patognomónica de la infección por papilomavirus (PVH) Naib, en 1961, describe células con inclusiones intranucleares, que posteriormente serían conocidas como causadas por virus herpes tipo II. (Bukusi, 2006)

La citología se fue perfeccionando y en 1957, James Reagan, discípulo de Papanicolaou, hizo estudios de análisis celular y planimetría, que permitieron establecer criterios de mayor rigurosidad científica para el diagnóstico citológico y en 1958, introduce el término de displasias, discriminándola en leve, moderada y severa y Richard, en 1967, propone el término de NIC (neoplasia escamosa intraepitelial), igualando el NIC I para la displasia leve, NIC II para la displasia moderada y NIC III para la displasia severa y el carcinoma in situ.

La OMS, en 1977, publicó un folleto de orientación de los laboratorios de citología, en el cual se indica el valor del método de Papanicolaou; y A B Miller, en 1993, en documento publicado también por la OMS, señaló que en la lucha contra el cáncer cérvico uterino sólo se dispone actualmente de una estrategia probada, esto es, la detección citológica precoz con el tratamiento adecuado. Existen numerosas publicaciones que indican que esta estrategia ha reducido la muerte por cáncer de cérvix uterino, entre 60% y 90% en los países que la han tomado como parte de una política de salud.

En 1988 se realizó en Bethesda, Maryland, una reunión convocada por el National Cancer Institute para revisar la terminología de la citología cérvico vaginal. Después de un ardoroso debate, los participantes acordaron ya no usar el sistema de clases de Papanicolaou y recomendaron adoptar la terminología y clasificación del Instituto Nacional de Cáncer, que se conoce como el Sistema de Bethesda.

2.2. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

En México, el cáncer de cuello uterino es la segunda causa de muerte en la mujer y se estima que hay una ocurrencia de 13 mil 960 casos al año, señaló el Centro Nacional de Equidad de Género



y Salud Reproductiva (CNEGSR, 2014). Detalló que en 2014, se registraron tres mil 063 casos nuevos de tumores malignos de cuello uterino, con una tasa de incidencia de 6.08 por 100 mil habitantes mayores de 10 años.

En el grupo específico de mujeres de 25 años y más, se registraron cuatro mil 056 defunciones, con un promedio de edad de 59.15 años. Las entidades con mayor mortalidad por cáncer de cuello uterino fueron Chiapas, Morelos, Sonora, Quintana Roo, Chihuahua y Baja California.

El organismo de la Secretaría de Salud indicó que la distribución de la ocurrencia de este padecimiento en relación con la edad, mostró un incremento a partir de los 35 años, siendo el grupo de 50 a 59 el que registró el mayor porcentaje, con aproximadamente 30 por ciento de todos los casos de 2014; la edad promedio de presentación fue a los 49.2 años.

El cáncer de cuello uterino -que es el crecimiento, desarrollo y multiplicación de manera desordenada y sin control de sus células-, se asocia a la infección por el Virus de Papiloma Humano (VPH), que se transmite por contacto sexual y afecta a ocho de cada 10 personas (hombres y mujeres) en algún momento de la vida y sólo una de cada mil mujeres con infección por este virus puede desarrollarlo.

Entre los factores que favorecen la progresión de la infección por VPH a cáncer de cuello uterino, según el CNEGSR, son el tabaquismo; infecciones de transmisión sexual concomitantes, como herpes y chlamydia; uso de hormonales orales; número elevado de embarazos; deficiencias nutricionales; e inicio de la vida sexual sin protección en la adolescencia.

El centro puntualizó que este mal es el único prevenible al ciento por ciento, por lo que resulta importante vacunarse contra VPH, ya que protege contra los tipos de virus asociados al 70 por ciento de los cánceres; usar condón, pues reduce en 70 por ciento la transmisión del VPH; y detectar y tratar lesiones precancerosas.



Por ello, invitó a acercarse a las instituciones del sector salud, en las que se lleva a cabo un programa de detección de lesiones precancerosas y de cáncer de cuello uterino, como Papanicolaou (citología cervical), para mujeres de 25 a 64 años, es gratuito y está disponible en todo el sistema nacional de salud.

Así como la prueba de papiloma virus, para mujeres de 35 a 64 años, que puede hacerse en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y la Secretaría de Salud refirió que al año, en México se realizan cinco millones 752 mil 026 citologías y un millón 063 mil 541 detecciones con prueba de VPH.

Indicó que el tratamiento de cáncer de mama y de cuello uterino es gratuito en las instituciones de seguridad social, como el IMSS e ISSSTE, las secretarías de la Defensa Nacional y Marina, así como en Petróleos Mexicanos, entre otras, a través del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos del Seguro Popular.

El cáncer cervicouterino está relacionado con el virus de papiloma humano (VPH), el cual es una de las más comunes enfermedades de transmisión sexual. Existen más de 100 diferentes serotipos de VPH, 40 de ellos alcanzan la región anogenital y entre ellos los serotipos 16 y 18 son las causas más comunes de cáncer de cérvix y de infecciones alrededor del mundo. La incidencia del cáncer cervicouterino ha ido disminuyendo especialmente de forma gradual en países desarrollados.

La principal razón ha sido el incremento en el uso de screening citológico cervical, especialmente el método de Papanicolaou (PAP). Dicha prueba nos permite detectar la existencia de cambios tempranos en la celularidad, mediante una muestra citológica exfoliativa, ofreciendo un notorio beneficio comparado con el tratamiento médico-quirúrgico en los casos de diagnóstico de carcinomas cérvico uterinos. Generalmente esta neoplasia crece de manera lenta, y muchas veces puede carecer de síntomas que alerten a la mujer por lo cual realización oportuna del PAP permite detectarla de manera temprana con un mejor pronóstico para la paciente.



El desconocimiento de la importancia de su realización, hace que en muchos casos esta prueba no sea de detección temprana, si no que se convierte en un procedimiento tardío y muchas veces con complicaciones irreversibles. La problemática puede estar en la falta de una atención oportuna y equitativa a quienes requieren tratamiento, deficiencias en la calidad de la toma y lectura de las muestras, así como también en la falta de educación y conocimiento sobre la importancia que tiene el realizarse la citología cervicouterino. Los programas debidamente planificados y de gran cobertura de cribado sistemático otorgan gran confiabilidad al reducir significativamente los números de nuevos casos de cáncer cervicouterino.

2.3. ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

El cáncer cervicouterino sigue representando un problema de salud pública en México, por su magnitud y trascendencia en las esferas individual, familiar, social y económica. Esta enfermedad es motivo de dolor físico y sufrimiento para las mujeres enfermas y sus familiares, y los costos del diagnóstico, tratamiento y control se ubican entre los más altos en la medicina, motivo por lo que se le consideran de tipo catastrófico para el individuo y las instituciones.

Los principales hallazgos en materia legal y normativa de las políticas, programas y estrategias para la detección temprana del cáncer cérvico uterino, se sustenta en el siguiente marco jurídico normativo.

2.3.1. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

El derecho a la protección de la salud, establecido en el Artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.



2.3.2. NORMAS OFICIALES MEXICANAS

En cuanto a normas oficiales mexicanas primeramente, nos registrá la NOM-014SSA2-1994 que tiene como objetivo uniformar los principios, políticas, estrategias y criterios de operación para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino. El beneficio que se espera obtener a través de esta Norma es contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad del Cáncer Cérvico Uterino. Para cumplir el objetivo de esta norma en el apartado 7.1.1 hace mención sobre las Actividades de Educación para la Salud en la cual:

El personal de salud deberá:

- Informar a la población en general sobre la importancia de la enfermedad, los factores de riesgo y las posibilidades de prevención, diagnóstico y de tratamiento oportuno.
- Promover las acciones de detección oportuna y tratamiento.
- Orientar a las mujeres y hombres sobre su compromiso en el autocuidado de la salud y sobre su participación en los factores de riesgo de la enfermedad.

Para su correcta aplicación la NOM-017-SSA2-1994 nos permitirá recolectar la información referente a la vigilancia epidemiológica del proceso salud-enfermedad de la población, para poder ser utilizados en los programas de prevención y tratamiento.

Por otra parte la Norma NOM-035-SSA3-2012 establece los criterios y procedimientos que se deben seguir para elaborar la información necesaria en materia de salud y así proveer la adecuada participación de los usuarios con el fin de promover el cumplimiento del derecho a la protección de la salud.



2.3.3. LEY GENERAL DE SALUD

De acuerdo a la Ley General de Salud en el artículo 110, hace referencia acerca de la promoción a la salud la cual tiene por objetivo crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y propiciar en el individuo las actitudes, valores y conductas adecuadas para motivar su participación en beneficio a su salud; además la promoción a la salud va de la mano con la educación como lo menciona el artículo 112, la educación es la base fundamental para la prevención y detección oportuna de las enfermedades.

2.3.4. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER CERVICOUTERINO (SS, 2010).

Prevención y detección oportuna del cáncer cervicouterino en el primer nivel de atención. México, secretaria de salud 2011. El presente documento nos estandariza las acciones nacionales acerca de cómo identificar los factores de riesgo que conllevan al desarrollo del cáncer cérvico uterino y nos implementa las acciones específicas para una detección oportuna de cáncer de cuello uterino que favorecerá a la mejora en la efectividad, seguridad y calidad en la atención.

Además es una guía que nos permite definir las pruebas diagnósticas que se deben utilizar para la tamización de lesiones precancerosas de cuello uterino en mujeres que hayan iniciado vida sexual, además de realizar estrategias de clasificación de diagnóstico en mujeres con resultados positivos, para su adecuada remisión y/o seguimiento para su tratamiento.

2.4. PROCESO ADMINISTRATIVO

El proceso administrativo dentro del contexto del PVU según Fayol (1916), la administración se conceptualiza como un todo y un conjunto de procesos del cual la organización es una de las partes, la cual es estática y limitada, ya que se refiere a la estructura y la forma., se clasifica en 5 etapas:

- Planear: Visualizar el futuro y trazar el programa de acción.



- Organizar: Construir las estructuras materiales y sociales de la organización.
- Dirigir: Guiar y orientar personal.
- Coordinar: Enlazar, unir y armonizar actos y esfuerzos colectivos
- Controlar: Verificar que todo suceda de acuerdo a lo establecido y a las órdenes dadas.

Fayol dividió las operaciones industriales y comerciales en seis grupos:

- Funciones Técnicas: Relacionadas con la producción de bienes o de servicios de la empresa.
- Funciones Comerciales: Relacionadas con la compra, venta e intercambio.
- Funciones Financieras: Relacionadas con la búsqueda y gerencia de capitales.
- Funciones de Seguridad: Relacionadas con la protección y preservación de los bienes de las personas.
- Funciones Contables: Relacionadas con los inventarios, registros balances, costos y estadísticas.
- Funciones Administrativas: Relacionadas con la integración de las otras cinco funciones. Las funciones administrativas coordinan y sincronizan las demás funciones de la empresa, siempre encima de ellas.

Es posible analizar la administración a través de la teoría clásica de la administración, se distingue por el énfasis en la estructura y en las funciones que debe tener una organización para lograr la eficiencia. Las funciones administrativas abarcan los elementos de la administración, es decir, las funciones del administrador. Las funciones se reparten a todo nivel, proporcionalmente entre los niveles jerárquicos

En el proceso administrativo es la importancia que tiene dentro de una empresa ya que si no se llevan los pasos como son la planeación, organización, dirección y control no funcionaría adecuadamente, también es fundamental tener una buena comunicación dentro de la empresa ya que si se siguen todos los pasos correctamente nos ayudara a la toma de decisiones. (Ceron, 2015)



2.5. ARTÍCULOS RELACIONADOS

Guillermo y Solís (2014) realizaron un estudio con el objetivo de describir los conocimientos, actitudes y prácticas frente a la toma del Papanicolaou en mujeres atendidas en el Hospital “Mama Ashu”, distrito de Chacas en el periodo Agosto – diciembre de 2013. La metodología se centra en el estudio de tipo descriptivo de nivel cuantitativo. La población lo constituyen 430 mujeres en edad fértil, se utilizó el muestreo no probabilístico obteniendo una muestra de 150 mujeres en edad fértil. Los resultados reportan que la mayoría de mujeres (70.7%), tienen un conocimiento global sobre el Papanicolaou, así mismo las brechas del conocimiento se centra en el 66.7% de mujeres que conocen en qué casos no se debe tomar la muestra del PAP, y 66.0% desconoce la importancia de la prueba de Papanicolaou, seguidos del 40.0% que sabe el lugar de donde se toma la muestra.

Moreira (2014) realizó un estudio con el objetivo de identificar los factores relacionados a la no asistencia de las mujeres para la consulta para recibir los resultados de la citología, la metodología que se utilizó es un estudio de tipo transversal realizado a 775 pacientes que se sometieron a la prueba de Papanicolaou en el centro de salud de la familia de fortaleza, CE. Los resultados estadísticamente significativos por no retornar estuvieron relacionados a: mujeres jóvenes ($p=0,001$); inicio precoz de la actividad sexual ($p=0,047$); y conocimiento inadecuado sobre la prueba de Papanicolaou ($p=0,029$). En conclusión el hecho de la mujer no retornar para recibir el resultado es un problema para el control del cáncer de cuello uterino y debe ser combatido por medio de estrategias educativas que refuercen la importancia del retorno para la detección precoz de ese cáncer.

Por otra parte, López, Calderón y González (2013) realizaron un estudio con el objetivo de determinar los conocimientos, actitudes y prácticas frente al cáncer de cuello uterino de las mujeres entre 14 y 49 años de un barrio de la comuna 10 de Armenia, Colombia. Su método de Estudio de corte transversal, con muestreo por conveniencia. Resultados: En total se entrevistaron 100 mujeres. En la distribución por edad la media fue de 27,22 años. Con estos resultados se busca tener elementos para reorientar los procesos educativos en esta comunidad, empezando desde la



educación escolar, hacia aspectos socioculturales de las personas y con base en esto elaborar proyectos educativos mucho más pertinentes (conocimiento contextualizado y útil) convirtiéndolos en eficientes.

Riquelme G., Concha X., Urrutia M. En el 2012 su objetivo de estudio es Conocer las intervenciones educativas destinadas a la prevención del Cáncer de Cérvix e identificar sus características principales. El método que se utilizo es de tipo cuantitativo y Se realizó búsqueda bibliográfica en MEDLINE, seleccionándose para su análisis, 15 artículos que respondían al objetivo planteado. Se observa que este tipo de intervenciones educativas son efectivas para mejorar aspectos como el nivel de conocimiento en la población y la adquisición de conductas preventivas (adherencia a la toma de PAP). Conclusión: Considerando los beneficios de las intervenciones educativas en la prevención del Cáncer de Cérvix, se hace fundamental ampliar su utilización, del tamizaje de Papanicolaou no olvidando que su empleo implica la prevención de la enfermedad, pudiéndose evitar muertes de mujeres jóvenes y el aumento de la carga de salud por enfermedad de un país.

De igual manera, Cogollo, Castillo y Torres (2010) Identificar los conocimientos, actitudes y prácticas frente a la citología cérvico uterina de mujeres de 18 a 49 años que asisten a instituciones de salud pública de primer nivel de Cartagena, la Metodología que se utilizo es de tipo descriptivo. La población estuvo conformada por 16.389 mujeres que asistieron a realizarse la prueba de citología cérvico uterina en instituciones públicas de dos localidades de la ciudad durante el año 2010. El resultado que se obtuvo de un total de 380 mujeres diligenció consistentemente la encuesta. El promedio de edad fue de 30.8 años (DE= 8.3). Se encontró que el 42% de las mujeres tienen un bajo nivel de conocimientos, 55% una actitud desfavorable y 56% una práctica incorrecta de la citología. En conclusión, es un porcentaje importante de mujeres presentan bajos conocimientos y actitud desfavorable frente a la prueba de citología cérvico uterina. Igualmente, la mayoría tiene una práctica incorrecta, porque, no se la realizan de acuerdo a lo establecido en la norma técnica del Ministerio de Salud.

Otro estudio realizado por Dially, Colorado y Gómez (2011), cuyo objetivo fue evaluar el nivel de conocimientos, actitudes y 24 prácticas en relación al test de Papanicolaou en mujeres de



20 a 45 años. Diseño descriptivo, transversal; se entrevistaron 116 mujeres, 44,8 % tuvieron nivel alto de conocimientos, 47,4% actitud desfavorable y 38,8%, nivel de prácticas incorrecto. En las mujeres con actitud favorable con respecto al PAP se halló 5,6 veces más probabilidades de solamente haber concluido estudios. se puede observar que se le está dando la debida orientación en la toma de citologías, pero sobre todo se le da el seguimiento como es debido.

Macha y Quiroz (2015) investigaron con el objetivo de describir el conocimiento, actitudes y prácticas hacia la toma del Papanicolaou en mujeres de edad fértil del barrio Cerrito de la Libertad, distrito de Huancayo en el año 2015. La metodología de tipo cuantitativo y nivel descriptivo, con diseño simple de una casilla y de corte transversal. La población muestral estuvo compuesta por 132 mujeres en edad fértil, a quienes se les aplicó un cuestionario estructurado para medir el conocimiento, actitudes y prácticas hacia la toma del Papanicolaou, el resultado obtenido fue del 59,84 % de mujeres desconocen aspectos básicos referentes a la prueba del Papanicolaou; en cuanto a la actitud, en un 90,91 % es desfavorable; en sus prácticas hacia la toma de la prueba del Papanicolaou es no aceptable en un 56,81 %. En conclusión se puede observar que la mayoría de mujeres desconoce el momento idóneo para realizarse la prueba del Papanicolaou, aunque tienen una actitud desfavorable para realizarse la prueba; en cuanto a la práctica, más de la mitad (56,81 %) no practica la prueba en el momento adecuado ni recogen sus resultados.

Del mismo modo, Andrade y Landívar (2017) realizaron un estudio con el objetivo de estudio se centra en determinar el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas sobre el método del Papanicolaou en pacientes que acuden a consulta externa del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Teodoro Maldonado Carbo. La metodología que se utilizó fue de tipo descriptivo y transversal en el que se evaluó el conocimiento, las actitudes y las prácticas hacia el método de Papanicolaou en las 500 mujeres que conformaron la muestra. Del total de la muestra el 42,6% presentó un nivel bajo de conocimiento, 97,4% actitudes favorables y el 59% prácticas incorrectas. En conclusión, se observa que a pesar de que la mayoría de las pacientes presentaron un nivel de conocimiento bajo y prácticas incorrectas, presentaron actitudes favorables frente a la realización del Papanicolaou.



Delgado (2015) realizó un estudio sobre “Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou en pacientes mujeres mayores de 18 años atendidas en consulta externa del Hospital Regional Docente las Mercedes”, cuyo objetivo general fue medir el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou. La investigación de tipo cuantitativa con enfoque descriptivo transversal. La muestra conformada por 375 mujeres mayores de 18 años que acudieron a consulta externa del hospital a las cuales se le aplicó una encuesta. Se concluye que el 40.5 % de mujeres encuestadas presentaron un nivel de conocimientos alto; sin embargo, el 60.5% presentaron un nivel de actitudes desfavorable y un 53.9% un nivel de prácticas inadecuadas.

Pascuala (2017) realizó una investigación con el objetivo de determinar la relación entre el nivel de conocimientos sobre el examen de Papanicolaou y actitudes en usuarias que acuden al Centro Materno Infantil José Carlos Mariátegui Villa María del Triunfo 2017. La metodología de investigación es de tipo cuantitativa, no experimental y de corte trasversal, el diseño en la investigación de tipo descriptivo correlacionar. La muestra de nuestro estudio estuvo conformada por 103 usuarias que acuden al Centro Materno Infantil José Carlos Mariátegui. Podemos observar que Existe relación significativa entre Conocimientos sobre el examen del Papanicolaou y actitudes en usuarias que acuden al Centro Materno infantil José Carlos Mariátegui del Distrito de Villa María del. Triunfo.

Olivera y Managua (2016) realizaron una investigación con el propósito de determinar el nivel de conocimiento que tiene las usuarias en estudio sobre el Papanicolaou; establecer las actitudes que tienen las mujeres del estudio y determinar algunas prácticas de riesgo en relación a la toma de Papanicolaou y el cáncer de cérvix. Su enfoque de estudio es de tipo descriptivo, observacional, de corte transversal, retrospectivo. La muestra de estudio la constituyeron 200 mujeres en edades entre 18 a 60 años. Se diseñó una encuesta como instrumento de recolección de la información que diera respuesta a los objetivos planteados. En conclusión, se observó que la edad de las mujeres al igual que el grado de escolaridad fueron factores influyentes para el nivel de conocimiento, las actitudes y la práctica demostrando que las mujeres de mayor edad y mayor nivel educativo tenían un grado de conocimiento alto y actitudes favorables.



Delgado (2015) realizó un trabajo con el objetivo de medir el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou. La investigación es de tipo cuantitativa con enfoque descriptivo transversal en el Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo. La muestra estuvo conformada por 375 mujeres mayores de 18 años que acudieron a consulta externa del hospital. En la recolección de datos se empleó un instrumento tipo encuesta. Los resultados se concluyen que el 40.5 % de mujeres encuestadas presentaron un nivel de conocimientos alto; sin embargo, el 60.5% presentaron un nivel de actitudes desfavorable y un 53.9% un nivel de prácticas inadecuadas. En conclusión, se observó el nivel de conocimientos sobre la prueba de Papanicolaou fue en su mayor porcentaje alto, mientras que las actitudes y prácticas desfavorables ya que la mayor parte de las pacientes no se han realizado su Papanicolaou.

Por otra parte, Mendoza (2011) realizó un estudio con el objetivo de identificar los conocimientos, actitudes y prácticas respecto a la prueba de Papanicolaou en mujeres que acuden a Consulta cumpliendo su control semanal para la obtención y control de libreta sanitaria y así poder trabajar en la actividad que ellas realizan como trabajadoras sexuales comerciales. La metodología de estudio es de tipo cuantitativo transversal analítico. Participantes mujeres que acuden a control en el programa de ITS VIH/SIDA y solicitan libreta sanitaria. Instrumento: Se realizó una encuesta estructurada con preguntas abiertas y cerradas aplicadas a mujeres trabajadoras sexuales comerciales. Resultados: De 116 encuestadas, que es el tamaño de muestra, en el 45% se encontró nivel bajo de conocimiento, en 82% una actitud favorable y en 96% una práctica correcta sobre la prueba de Papanicolaou; Conclusiones: Los niveles de conocimiento, en las trabajadoras sexuales, son bajos a diferencia de las actitudes y prácticas que son elevadas.

De la misma manera, Carhuallanqui (2017), realizó un estudio con el objetivo de describir los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la toma de Papanicolaou en mujeres en edad fértil (MEF) del Distrito de Sapallanga, Huancayo en el periodo octubre –diciembre 2017. La metodología que se utilizó es de tipo cuantitativo, nivel descriptivo, de diseño simple de corte transversal de una sola casilla. Para la obtención de la muestra se empleó la participación de 105 mujeres. Resultados: 93,33% de MEF, no tienen un conocimiento global sobre las medidas de prevención del Papanicolaou, el 94,29% del colectivo en estudio tiende a tener actitudes favorables



sobre la toma de PAP; sin embargo, el 91,43% resultaron con prácticas negativas frente a ésta toma. Conclusión: Las Mujeres muestran desconocimiento del autocuidado que deben tener para prevenir el cáncer de cuello uterino, están predispuestas en querer tomar las previsiones para su salud; sin embargo, por la baja autoestima, o priorizar el cuidado de sus hijos entre otros; no le prestan la debida atención que requiere el cuidado de la salud por medio de acudir a la unidad de salud para la toma de su citología.

Un estudio propuesto por Grande, Hernández e Iglesias (2012) cuyo objetivo fue investigar los conocimientos, actitudes y prácticas que influyen en la toma de citología cérvico-uterina en las mujeres entre las edades de 20-59 años que consultaron a las unidades comunitarias de salud en el periodo de agosto a Octubre del año 2012. La metodología de estudio es de tipo descriptivo con enfoque cuantitativo, transversal y prospectivo. Se tomó una muestra de 153 mujeres en base a criterios de inclusión y exclusión. El instrumento que se utilizó fue la cédula de entrevista. Resultados: el 95% de las mujeres tienen conocimiento acerca de la citología y su importancia, un porcentaje 32% de las mujeres tienen creencias relacionadas a la toma de la citología, es un factor que influyó en forma negativa en las practicas relacionadas a la citología; siendo la creencia más frecuente el peligro existente en el embarazo. Más de la mitad (77%) de la población femenina en estudio, regresa al establecimiento por el resultado de su citología.

Otro estudio elaborado por Serva, Beatriz y Soto (2016) con el objetivo de evaluar la relación que existe entre el nivel de conocimiento y actitudes sobre el tamizaje de Papanicolaou en mujeres que acuden al C.S. de Chupaca en el año 2016. Es un estudio de tipo descriptivo, Cualitativa, prospectivo, de corte transversal. Como instrumento de recolección de datos se utilizó una encuesta ya validada con preguntas estructuradas. La muestra estuvo conformada por un total de 102 mujeres. Los resultados encontrados fueron que las mujeres muestran una edad entre los 18 a 28 años, 69 mujeres presentaron un alto nivel de conocimiento sobre el tamizaje de Papanicolaou y 95 mujeres mostraron una actitud indiferente frente al examen de Papanicolaou. Concluyendo que no existe una relación entre el nivel de conocimiento y actitudes sobre el tamizaje de Papanicolaou en mujeres que acuden al C.S. de Chupaca de Enero – Marzo del 2016.



Oliva, (2016) realizaron un estudio con el objetivo de determinar el grado de conocimiento, actitudes y prácticas sobre el examen de papanicolaou. La metodología de estudio observacional, analítico, prospectivo y transversal en el cual se evaluó a pacientes mayores de 15 años que asisten a la consulta externa. El tamaño de la muestra fue de 368 mujeres mayores de 15 años. Resultados: de todas las mujeres encuestadas, el 54.62% presentaron un nivel de conocimiento alto; el 55.70% presentaron una actitud favorable frente al examen del Papanicolaou; el 58.97% mostraron una práctica adecuada frente al examen. Conclusión: se concluye, que las mujeres mayores de 15 años que acudieron al consultorio de Ginecología presentan un nivel de conocimiento alto, una actitud favorable y una práctica adecuada frente al examen del Papanicolaou.

2.5. CANCER UTERINO

El cáncer del cuello uterino es una alteración celular que se origina en el epitelio del cérvix que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras de lenta y progresiva evolución, las cuales progresan a cáncer in situ (confinado a la superficie epitelial) o un cáncer invasor en donde las células con transformación maligna traspasan la membrana basal.

El primer paso para el desarrollo del CCU es la infección del cuello uterino por un VPH de tipo oncogénico. La mayoría de infecciones se resuelven espontáneamente, sin embargo algunas pocas persistirán. Con la infección persistente, las células epiteliales podrán progresar a células pre malignas y luego a carcinoma e invasión de la membrana basal.

Algunos tipos de VPH de alto riesgo tienen más riesgo de persistir. Los tipos de VPH 16 y 18 son responsables del 70% de cánceres cervicales. Los siguientes tipos más comunes son 31, 33, 35, 45, 52 y 58 y causan el 20%. Las infecciones cervicales con VPH de alto riesgo tienen menos probabilidad de resolverse espontáneamente e incrementan el riesgo de progresar a una lesión intraepitelial. Debido a que sólo una pequeña proporción de las infecciones de VPH progresan a cáncer, otros cofactores, externos y propios del huésped, deben estar involucrados en el proceso de carcinogénesis.



Los factores de riesgo del cáncer de cuello uterino incluyen:

- Infección por el virus del papiloma humano

El factor de riesgo más importante para el cáncer de cuello uterino es la infección con el virus del papiloma humano (VPH). El VPH se puede transmitir de una persona a otra durante el contacto con la piel. Una manera en la que el VPH se transmite es mediante las relaciones sexuales, incluyendo coito vaginal, penetración anal e incluso durante el sexo oral. Existen más de 100 tipos diferentes de HPV, y no todos están vinculados al cáncer. Los tipos de VPH que con mayor frecuencia están asociados con el cáncer de cuello uterino son el HPV16 y el HPV18.

- Inmunosupresión

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH o HIV, en inglés), el virus que causa el SIDA (AIDS), causa daño al sistema inmunológico y ocasiona que las mujeres estén en un mayor riesgo de infecciones con VPH. Esto podría explicar por qué las mujeres con sida tienen un mayor riesgo de cáncer de cuello uterino (cervical). El sistema inmunológico es importante para destruir las células cancerosas, así como para retardar su crecimiento y extensión. En las mujeres infectadas con VIH, un pre cáncer de cuello uterino puede transformarse en un cáncer invasivo con mayor rapidez de la normal. Otro grupo de mujeres en riesgo de cáncer de cuello uterino son aquellas que reciben medicamentos para suprimir sus respuestas inmunes, (en la cual el sistema inmunológico ve a los propios tejidos del cuerpo como extraños, atacándolos como haría en el caso de un germen) o aquellas que han tenido un trasplante de órgano.

- Infección con clamidia

La clamidia es una clase relativamente común de bacteria que puede infectar el sistema reproductor, y se contrae por contacto sexual. La infección con clamidia puede causar inflamación de la pelvis que puede conducir a la infertilidad. Algunos estudios han indicado que las mujeres cuyos resultados de análisis de sangre muestran evidencia de una infección pasada o actual con clamidia tienen mayor riesgo de cáncer de cuello uterino que las mujeres con un análisis de sangre normal.

- Alimentación

Las mujeres con una alimentación que no incluya suficientes frutas, ensaladas y verduras pueden tener un mayor riesgo de cáncer de cuello uterino. Las mujeres que tienen sobrepeso tienen una mayor probabilidad de padecer adenocarcinoma del cuello uterino.



- **Píldoras anticonceptivas**

Existe evidencia de que el uso de píldoras anticonceptivas por períodos prolongados aumenta el riesgo de cáncer de cuello uterino. La investigación sugiere que el riesgo de cáncer de cuello uterino aumenta mientras más tiempo una mujer tome las píldoras, pero el riesgo se reduce nuevamente después de suspender las píldoras. En un estudio, el riesgo de cáncer de cuello uterino se duplicó en las mujeres que tomaron píldoras anticonceptivas por más de 5 años, pero el riesgo regresó a lo normal después de 10 años de haber dejado de tomarlas.

- **Pobreza**

La pobreza es también un factor de riesgo para el cáncer de cuello uterino. Muchas personas con bajos ingresos no tienen acceso fácil a servicios adecuados de atención a la salud, incluyendo las pruebas de Papanicolaou. Esto significa que es posible que no se hagan las pruebas de detección ni reciban tratamiento para pre-cánceres de cuello uterino.

- **Antecedentes familiares de cáncer de cuello uterino**

El cáncer de cuello uterino puede presentarse con mayor frecuencia en algunas familias. Si su madre o hermana tuvieron cáncer de cuello uterino, sus probabilidades de padecer esta enfermedad aumentan de dos a tres veces en comparación a si nadie en la familia lo hubiera padecido. Algunos investigadores sospechan que algunos casos de esta tendencia familiar son causados por una condición hereditaria que hace que algunas mujeres sean menos capaces de luchar contra la infección con VPH que otras.

- **Tabaquismo**

Cuando alguien fuma, tanto el fumador como las personas que le rodean están expuestos a muchas sustancias químicas cancerígenas que afectan otros órganos, además de los pulmones. Estas sustancias dañinas son absorbidas a través de los pulmones y conducidas al torrente sanguíneo por todo el cuerpo. Las fumadoras tienen aproximadamente el doble de probabilidades respecto a las no fumadoras de padecer cáncer de cuello uterino. Se han detectado subproductos del tabaco en la mucosidad cervical de mujeres fumadoras.

Los investigadores creen que estas sustancias dañan el ADN de las células en el cuello uterino y pueden contribuir al origen del cáncer de cuello uterino. Además, fumar hace que el sistema inmunológico sea menos eficaz en combatir las infecciones con VPH.



- Exposición a dietilestilbestrol (DES).

Las mujeres cuyas madres recibieron este fármaco durante el embarazo para la prevención del aborto espontáneo tienen un mayor riesgo de padecer un raro tipo de cáncer de cuello uterino o de vagina. DES era administrado por estos motivos desde 1940 hasta 1970 aproximadamente. Es recomendable que las mujeres expuestas al DES se realicen un examen pélvico anual que incluya una prueba de Papanicolaou, así como una prueba de Papanicolaou en los 4 cuadrantes, en la que se toman muestras de células de todos los lados de la vagina para detectar la presencia de células anormales.

- Inicio sexual precoz

En comparación con las mujeres que inician sus relaciones sexuales mucho después de la menarquia, el riesgo para las mujeres que tienen relaciones sexuales antes de que haya transcurrido un año desde la menarquía es 26 veces mayor; en las jóvenes que se inician en la sexualidad entre uno y cinco años después de la menarquía, el riesgo suele disminuir.

El desarrollo del cáncer cervical generalmente es muy lento y comienza como una afección precancerosa llamada displasia. Pueden pasar años para que los cambios se conviertan en cáncer cervical. Habitualmente no se presentan signos perceptibles de cáncer de cuello uterino temprano sino hasta que las células malignas han invadido los tejidos cercanos.

A medida que el tumor crece en tamaño, puede producir una variedad de síntomas incluyendo: sangrado vaginal anormal entre periodos, después de la relación sexual o después de la menopausia, menstruaciones con sangrado más fuerte y prolongado, flujo vaginal anormal (puede tener mal olor) y que no cesa, dolor de espalda o pélvico y dolor al orinar.

El cáncer cervical puede diseminarse a la vejiga, los intestinos, los pulmones y el hígado. Con frecuencia, no hay problemas hasta que el cáncer esté avanzado y se haya propagado. Los síntomas del cáncer cervical avanzado pueden ser: dolor de espalda, fracturas o dolor en los huesos, fatiga, fuga o filtración de orina o heces por la vagina, dolor en las piernas, inapetencia, dolor pélvico, hinchazón en una sola pierna, pérdida de peso.



Los estudios realizados han demostrado que esta enfermedad tiene un avance gradual y las lesiones precursoras evolucionan lentamente durante varios años. En su etapa inicial, mejor conocida como lesión intraepitelial, no existe una sintomatología aparente; por ello la importancia de la realización de estudios específicos, como la citología cervical (Papanicolaou), la captura de híbridos, la colposcopia, etc., métodos a través de los cuales se pueden detectar lesiones o anomalías celulares o del tejido del cérvix uterino; las lesiones escamosas intraepiteliales pueden ser de bajo grado (LEIBG) y alto grado (LEIAG).

Las LEIBG, denotan que los cambios celulares involucran solamente un tercio del epitelio; de acuerdo con algunos estudios, en el 70% de los casos las lesiones pueden ser reversibles. Es bien conocido que pueden pasar hasta 10 años para transitar de lesiones iniciales a invasoras donde el margen de curación es menor, situación que muestra el rango tan amplio de oportunidad diagnóstica y terapéutica. Las LEIAG, involucran más de dos tercios a su totalidad del epitelio del cérvix; siendo menos frecuente su reversibilidad, dependiendo del grado de severidad del daño y la presencia de otros factores hasta ahora desconocidos. Cuando se produce la ruptura de membrana basal del epitelio, la lesión se convierte en invasora y su progresión culmina con metástasis.

Los diferentes estadios del cáncer de cuello uterino se basan en el consenso de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO). El estadio 0: Es el estadio de enfermedad precancerosa, es decir, en el que se presentan lesiones pequeñas confinadas a la capa superficial (epitelio) del cuello uterino (que se asemeja a la piel). Tales lesiones también se conocen como carcinoma in situ o neoplasia intraepitelial cervicouterino (NIC). Los grados 1 a 3 de NIC se distinguen conforme a si la lesión se limita a la capa basal del epitelio de la superficie cervicouterina (NIC1), llega a la capa intermedia (NIC2) o se extiende a su capa superior (NIC3).

Estadio I: El primer estadio del cáncer invasivo, incluso cuando no sea visible a simple vista, pero que se ha determinado mediante el examen de las biopsias con microscopio en laboratorio, presenta un crecimiento en profundidad en el estroma, es decir, el tejido bajo la capa superficial del cuello uterino. En su anchura, la lesión no se extiende más allá del cuello uterino en sí, es decir, no afecta la vagina ni los parametrios. Dependiendo de las dimensiones de la lesión y



de su visibilidad macroscópica (es decir, su visibilidad a simple vista), pueden distinguirse varios sub estadios. Estadio IA Cáncer invasivo microscópicamente que no es visible de forma macroscópica y que ha crecido menos de 5 mm de profundidad en el estroma y que se ha extendido menos de 7 mm de ancho. Estadio IA1 Invasión del estroma inferior a 3 mm de profundidad y diseminación lateral inferior a los 7 mm. Estadio IA2 Invasión del estroma entre 3 y 5 mm de profundidad y diseminación lateral inferior a 7 mm. Estadio IB Cáncer visible a nivel macroscópico o más invasivo a nivel microscópico que el estadio IA2. Estadio IB1 Lesión con diámetro máximo inferior a 4 cm. Estadio IB2 Lesión con diámetro máximo superior a 4 cm.

En el estadio II: El cáncer se extiende en los tejidos más allá del útero, pero no llega a los huesos de la pelvis ni al tercio inferior de la vagina. Estadio IIA Cáncer visible a nivel macroscópico (visible a simple vista) que se extiende más allá del cuello uterino, sin extensión a los parámetros. Estadio IIA1 La lesión visible a nivel macroscópico tiene menos de 4 cm de diámetro máximo. Estadio IIA2 La lesión visible a nivel macroscópico tiene más de 4 cm de diámetro máximo. Estadio IIB Cáncer visible a nivel macroscópico con extensión a los parámetros.

El estadio III: El cáncer se extiende a la pared pélvica, los huesos y/o el tercio inferior de la vagina y comprime uno o ambos uréteres. Estadio IIIA: No se extiende a las paredes laterales de la pelvis, pero sí afecta al tercio inferior de la vagina. Estadio IIIB: El cáncer se extiende a la pared pélvica y/o comprime uno o ambos uréteres.

Posteriormente en el estadio IV: Cáncer avanzado y metastásico. Estadio IVA: Invade los órganos pélvicos adyacentes (vejiga, recto) y/o se extiende más allá de la pelvis en sí misma, es decir, al abdomen o la ingle. Estadio IVB: Con metástasis distantes, es decir, a los pulmones o el hígado. Figura 1.- Estadios del cáncer cervicouterino

Las pruebas de detección del cáncer de cuello uterino pueden ayudar a detectar y tratar cambios celulares anormales en el cuello uterino antes de que se conviertan en cáncer de cuello uterino. Existen pruebas de detección que pueden ayudar a prevenir el cáncer de cuello uterino o a encontrarlo en etapas iniciales:



El examen pélvico: en este examen, el médico palpa el útero, la vagina, los ovarios, el cuello uterino, la vejiga y el recto para determinar si hay cambios inusuales. El médico introduce uno o dos dedos cubiertos con guantes lubricados en la vagina, mientras que con la otra mano ejerce una ligera presión sobre el abdomen para palpar el tamaño, la forma y la posición del útero y los ovarios. También se introduce un colposcopio en la vagina y el médico observa la vagina y cuello uterino para detectar signos de enfermedad. La prueba de Papanicolaou o citología vaginal: busca precánceres, que son cambios en las células del cuello uterino que podrían convertirse en cáncer si no se tratan en forma adecuada.

La prueba del virus del papiloma humano (VPH): prueba de laboratorio que se usa para analizar el ADN (material genético) para determinar si hay ciertos tipos de infección por el VPH. Esta prueba también se llama prueba de ADN para el VPH.

La Colposcopia: procedimiento mediante el cual se usa un espejo vaginal llamado colposcopio (un instrumento con aumento y luz que se introduce en la vagina) para que el médico pueda determinar si hay áreas anormales en la vagina o el cuello uterino.

La Biopsia: si se encuentran células anormales en una prueba de Papanicolaou, seguramente tu médico te hará una biopsia de tejido del cuello uterino, para que un patólogo la observe bajo un microscopio y determine si hay signos de cáncer. Y por último, la Tomografía computarizada, Resonancia magnética o ultrasonido para comprobar hasta dónde ha llegado el cáncer.

La duración y el tipo del tratamiento dependerán del estadio del cáncer de cuello uterino, de las características del tumor y de los riesgos implicados. Hay distintos tipos de tratamiento para las pacientes con cáncer de cuello uterino. Se usan cuatro tipos de tratamiento estándar:

La cirugía (extirpación del cáncer en una operación) se utiliza a veces para tratar el cáncer de cuello uterino. Se pueden utilizar los siguientes procedimientos quirúrgicos: Conización: procedimiento para extraer una porción de tejido en forma de cono del cuello y el canal uterino. Un patólogo examina el tejido bajo un microscopio para verificar si hay células cancerosas. La



Conización también se puede usar para diagnosticar o tratar una afección cervical. Este procedimiento también se llama biopsia de cono. La conización se realiza mediante uno de los siguientes procedimientos:

- Conización quirúrgica: procedimiento quirúrgico en el que se usa un bisturí (cuchillo afilado) para cortar tejido anormal o cáncer.
- Procedimiento de escisión electro quirúrgica con asa (PEEA): tratamiento en el que se usa una corriente eléctrica que pasa a través de un alambre fino en forma de lazo, como si fuera un bisturí, para extirpar tejido anormal o cáncer.

La cirugía con láser: procedimiento quirúrgico en el que se usa un rayo láser (un haz de luz fino e intenso) como un bisturí para cortar tejidos o extirpar lesiones superficiales como las de un tumor sin causar sangrado.

El tipo de procedimiento de conización que se utilice depende del sitio donde se encuentren las células cancerosas en el cuello uterino y el tipo de cáncer.

Histerectomía total: Cirugía para extirpar el útero, incluso el cuello uterino. Cuando el útero y el cuello uterino se extraen a través de la vagina, la operación se llama histerectomía vaginal. Cuando el útero y el cuello uterino se extraen mediante una incisión (corte) grande en el abdomen, la operación se llama histerectomía abdominal total. Cuando el útero y el cuello uterino se extraen a través de una pequeña incisión (corte) en el abdomen utilizando un laparoscópico, la operación se llama histerectomía laparoscópica total.

Histerectomía radical: cirugía para extirpar el útero, el cuello uterino, parte de la vagina y un área amplia de ligamentos y tejidos que rodean estos órganos. También se pueden extirpar los ovarios, las trompas de Falopio o los ganglios linfáticos cercanos. Histerectomía radical modificada: cirugía para extirpar el útero, el cuello uterino, la parte superior de la vagina, y los ligamentos y tejidos que rodean estrechamente estos órganos. También se pueden extirpar los ganglios linfáticos cercanos. En este tipo de cirugía no se extirpan tantos tejidos u órganos como en una histerectomía radical.



2.6. CITOLOGIA VAGINAL

La citología cervical se emplea para analizar y estudiar las células exfoliadas del endocérnix y el exocérnix, es el método de elección para la búsqueda de cáncer cérvicouterino, su uso ha reducido la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino.

Se indica en mujeres de 25 a 64 años que nunca se hayan realizado el estudio o que tengan factores de riesgo como: Inicio de vida sexual antes de los 18 años, múltiples parejas sexuales, infección por VPH, presencia recurrente de ETS, tabaquismo (factor predisponente para cáncer de células escamosas), desnutrición, deficiencia de antioxidantes, inmunodeficiencias y uso de anticonceptivos orales combinados a largo plazo.

Las recomendaciones para la obtención adecuada de la muestra son:

- Realizar la toma 2 semanas después del primer día del último ciclo menstrual (entre los días 10-18).
- Realizar la toma antes de cualquier otra exploración cervical o vaginal.
- Evitar realizar el examen durante la menstruación o antes de 3 días de finalizado el último periodo menstrual. Si hay sangrado, anormal o por menstruación, debe diferirse la toma de la citología, ya que la sangre dificulta el diagnóstico.
- Evitar 48 horas previas a la toma: ducha vaginal, uso de tampones, espumas anticonceptivas, gelatinas u otras cremas o medicamentos vaginales, no tener relaciones sexuales durante las 48 horas previas a la toma.
- Evitar el uso de lubricante para no contaminar la muestra.
- Si existe flujo vaginal que cubra el cérvix, removerlo cuidadosamente con una torunda húmeda de solución fisiológica. Si la cervicitis o vaginitis son intensas, debe darse tratamiento y diferir la toma.

Este procedimiento se contraindica cuando hay sangrado transvaginal. Existen dos métodos para preparar una muestra para citología cervical:

- La citología convencional.
- La preparación con una fina capa de base líquida.



Para la prueba de Papanicolaou convencionales, el portaobjetos se fija con fijadores habituales o bien éter etílico además de alcohol etílico al 95%. Para la citología con capa delgada a base de líquido el dispositivo de recogida se coloca en una solución de fijación líquida y vigorosamente remolinada.

- Hoja de solicitud de estudio y consentimiento informado.
- Portaobjetos membretado con los datos de la paciente.
- Espátula de madera Ayre, cepillo cervical y/o cytobrush.
- Espejo vaginal
- Guantes (no necesariamente estériles)
- Cubreboca
- Gafas de protección
- Fijador: alcohol etílico 96% o citospray
- Solución salina
- Mesa de exploración
- Lámpara
- Mesa de Mayo

El procedimiento incluye los siguientes pasos:

1. Paciente con indicación para realizarse el estudio
2. Asegurar la presencia de un testigo, el cual de preferencia debe ser miembro del personal de salud durante la realización del procedimiento.
3. Practicar la relación médico-paciente. a. Presentarse ante la paciente. b. Explicar a la paciente el procedimiento al cual será sometida; sus beneficios y complicaciones c. Pedir su consentimiento informado por escrito preferentemente.
4. Preparar el material
5. Solicitar a la paciente: a. Vaciamiento de vejiga b. Se descubra de la cintura hacia abajo c. Se coloque una bata con la abertura hacia atrás, Se coloque sobre la mesa de exploración en posición de litotomía.
6. Seleccionar el espejo vaginal adecuado a. Es posible humedecerlo con solución salina (NO lubricantes).
7. Antes de introducir el espejo vaginal, avisar a la paciente sentirá una molestia y frío.



8. Visualizar el introito vaginal, si es necesario con la mano contraria a la que toma el espejo, separar los labios menores con el primero y segundo dedo.
9. Colocar el espejo con las valvas cerradas en disposición paralela al eje longitudinal del cuerpo de la paciente (45° en relación con el piso de la vagina) e introducirlo en el introito vaginal.
10. Terminar de introducir el espejo con dirección posterior, aún con las valvas cerradas y de manera paralela.
11. Girar el espejo hasta que las valvas queden en disposición perpendicular al eje longitudinal del cuerpo de la paciente.
12. Abrir las valvas de manera gentil y busqué la visualización de cérvix, debe quedar centrado entre ambas.
13. Fijar las valvas para que el espejo continúe abierto.
14. Tomar la muestra:

Espátula de Ayre:

- Primero debe tomarse la muestra del exocérnix, para evitar que la toma de endocérnix contamine por sangrado y evitar el factor de desecación de la superficie del cérvix.
- Para obtener la muestra del exocérnix introducir la espátula de Ayre modificada por el extremo bifurcado, colocarla en el orificio y girar 360° a la derecha haciendo una ligera presión.
- Se reintroduce la espátula por el extremo terminado en punta al canal endocervical, deslizando y girando a la izquierda 360° (5x 360°) con una ligera presión.

Sólo debe usarse cuando la zona de transformación no es visible, como las pacientes posmenopáusicas o en mujeres previamente tratadas por conización u otro tipo de tratamiento. No debe usarse en mujeres embarazadas.

Para obtener la muestra se introduce el cepillo en el canal endocervical y se da un giro de 90°. Una sobre rotación, puede causar distorsión en las células, además de sangrado, lo que dificulta la interpretación del extendido. Se aconseja, y está probado, el uso de dos dispositivos uno para ectocérnix (espátula) y otro para endocérnix (cepillo endocervical) y realizar las dos tomas en forma separada.



d. Brocha cervical

Está constituida de cerdas flexibles con forma de techo de dos aguas con las cerdas más largas en el centro, que son las que entran al orificio cervical, y las más cortas en la periferia, que se quedan en el exterior.

Se introduce por el orificio con las cerdas más largas y girándolo 360° entre tres y cuatro veces, el giro se suspende si hay sangrado. La muestra se coloca linealmente quedando el endocérnix en el centro y exocérnix lateral.

15. La muestra se extiende sobre el portaobjetos de manera longitudinal y firme.

a. Espátula de Ayre: el portaobjetos se divide en dos longitudinalmente, se extiende en un lado ectocérnix y en el otro endocérnix. b. Cepillo cervical y Cytobrush: se extienden de modo lineal del lado del rotulo, rodando sobre la superficie.

16. De inmediato se fijará la muestra con spray fijador a una distancia de 20cm por 5 segundos.

17. Con precaución, en el espejo vaginal se aflojan los tornillos de fijación (Ver imagen 19), permitiendo que las valvas se cierren suavemente y se retira regresando a los 45° en relación con el piso de la vagina.

18. Se le indicará a la paciente que el procedimiento ha terminado y que puede vestirse.

19. Llenará el formato de citología exfoliativa con los datos recabados, así como las observaciones relacionadas con el procedimiento.

20. Indicar a la paciente la recolección de resultados los cuales deben de estar disponible antes de 90 días.

Sí la muestra fue adecuada:

1.-Presencia de células de la zona de transformación.

2.- Ausencia de células de la zona de transformación.

3.- 50-75% de hemorragia, inflamación, necrosis y/o artificios) el reporte de la muestra se podrá interpretar.



3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A nivel mundial se está viviendo una transición epidemiológica en la que las formaciones malignas se han convertido en una de las causas de mortalidad más presentes y letales para la humanidad. Entre ellas destaca el cáncer del cuello uterino, el cual de acuerdo con un estudio llamado “Cáncer cervical, enfermedad de la pobreza”, realizado por investigadores del Instituto Nacional de Salud Pública, en México en el 2012, más de 83,000 mujeres fueron diagnosticadas de cáncer y casi 36,000 fallecieron por esta enfermedad en las Américas (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2014) y más de 290 millones de mujeres están infectadas con el Virus del Papiloma Humano que entre sus diversos tipos se encuentran los agentes causales más importantes de este problema de salud pública (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015).

El cáncer del cuello uterino es la segunda causa de muerte en la mujer, anualmente se estima una ocurrencia de 13,960 casos en mujeres, con una incidencia de 23.3 casos por 100,000 mujeres; en el año 2013, en el grupo específico de mujeres de 25 años y más, se registraron 3,771 defunciones en mujeres, las entidades con mayor mortalidad por cáncer de cuello uterino son Morelos (18.6), Chiapas (17.2) y Veracruz (16.4) (Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática [INEGI], 2015).

Esta neoplasia ocupa en segundo lugar en América Latina, con 68,818 casos anuales. La incidencia en la región es de 21.2 casos por 100,000 mujeres, alcanzando valores superiores a 30 en países como Perú, Paraguay, Guyana, Bolivia, Honduras, Venezuela, Nicaragua y Surinam. (OMS, 2013).

A nivel mundial es considerada como la séptima neoplasia más frecuente en la población mundial y la cuarta más frecuente entre las mujeres con un estimado de 528,000 nuevos casos diagnosticados anualmente, de los cuales 85% se registran en países en vías de desarrollo. La incidencia es más alta en países en vías de desarrollo, la cual varía desde 42.7 en África Oriental, hasta 4.4 por 100,000 mujeres en Asia occidental (Medio oriente). (OMS, 2013)



En la actualidad millones de personas en el mundo son sexualmente activas y presentan o están en riesgo de adquirir una Infección de Transmisión Sexual (ITS). Una de las más comunes es el Virus del Papiloma Humano (VPH); la cual es una ITS común, aunque existe contradictoriamente es una de las menos conocidas por las personas.

- a) Cómo se sabe que la población de mujeres se realiza en los periodos establecidos por la norma el estudio de Papanicolaou.
- b) No existe un procedimiento claro de parte de los servicios públicos de salud para determinar si está cubierta al 100% toda la población de mujeres con vida sexual activa, se estima un bajo seguimiento sobre el control de mujeres con citologías cervicales por parte del personal de enfermería.
- c) El programa de cáncer de la mujer no ha impactado fuertemente debido a la ausencia de procedimiento administrativo de planeación y solo se limita tamizar a la misma población que está en captada en censo nominal.
- d) En la jurisdicción tienen por estrategia colocar una caravana de la salud en temporadas de feria o en algunos eventos, para tomar citologías vaginales a la población pero la población es libre de realizársela o no.

Por lo anterior se plantea la siguiente pregunta de investigación:



3.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el nivel de conocimiento y aplicación de la técnica de citología vaginal en cumplimiento de la NOM-014-SSA2-1994, en los servicios públicos del municipio de Tenosique de Pino Suarez, Tabasco?



4. JUSTIFICACIÓN

La presente investigación tiene como finalidad buscar alternativas para que las mujeres logren incorporar en su vida cotidiana prácticas saludables, entre ellas la realización del estudio de citología cervical.

Una frecuencia elevada de la enfermedad es compatible con ignorancia y ausencia de programas sanitarios de prevención. El alto grado de desconocimiento de la población de mujeres en edad fértil sobre el papanicolaou, tanto a nivel mundial, nacional y local hace que los índices de toma de PAP disminuyan.

Los datos indican que de todas las mujeres de 15 a 49 años de edad con experiencia sexual, el 87 por ciento se hizo la prueba de Papanicolaou en alguna oportunidad, el 68 por ciento en los dos últimos años, pero en el último año sólo el 45 por ciento. El 83 por ciento supo el resultado del último examen, pero sólo el 43 por ciento de ellas lo supo antes de que transcurriera el primer mes posterior a fecha de la toma. En México los programas de detección oportuna del cáncer cervicouterino no han logrado transmitir la importancia de la prueba del Papanicolaou debido a falta de información clara a nivel poblacional, además de la actitud y resistencia de las mujeres hacia la práctica de la misma.

La importancia de este trabajo investigación radica en la falta de realización del Papanicolaou por la influencia de los determinantes sanitarios puesto que los servicios de salud se deben acercar a la comunidad reduciendo las barreras de acceso, disminuyendo la inequidad, fortaleciendo la salud de las mujeres en edad fértil, respondiendo a las expectativas de las usuarias donde se garantice un acceso permanente, oportuno y brindando una atención integral en salud sexual y reproductiva.



La detección precoz del cáncer aumenta enormemente las posibilidades de que el tratamiento resulte eficaz. Los componentes principales de la detección precoz del cáncer son la educación para promover que las usuarias se realicen el examen del Papanicolaou.

Esta investigación se realiza para crear conciencia en el personal operativo en la prevención del cáncer cérvico uterino reduciendo significativamente la incidencia, prevalencia y mortalidad por esta enfermedad, y que el sistema sanitario mediante estrategias y acciones de prevención, promoción, fortalezcan la participación de las usuarias para la realización del examen del Papanicolaou.

El tamizaje regular del examen del Papanicolaou ha sido una estrategia efectiva de prevención de cáncer de cérvico uterino, ya que todavía existen mujeres que no recurren periódicamente a la realización de este examen, el mismo que es confiable, gratuito y accesible en los centros y sub-centros de salud. Sin embargo la falta de tamizaje multiplica el efecto de morbi- mortalidad siendo la principal causa del cáncer de cérvico uterino.

A través de esta investigación se describe la problemática general de la falta de realización del Papanicolaou y los factores influyentes del sistema sanitario como es localidad, cobertura y la accesibilidad de los servicios de salud, es importante que el hospital comunitario, como las unidades fijas y móviles de salud fortalezca las intervenciones de promoción del examen del Papanicolaou y para mejorar la calidad de vida en las mujeres en edad fértil.



5. OBJETIVOS

5.1. General

Identificar el nivel de conocimientos y aplicación de la técnica de citología cervical por los profesionales de enfermería acordes con la NOM-014-SSA2-1994, en los servicios públicos del municipio de Tenosique de Pino Suarez, Tabasco.

5.2. Específicos

1. Describir datos sociodemográficos de los profesionales de enfermería que laboran en la Jurisdicción Sanitaria de Tenosique.
2. Conocer el nivel de conocimientos de los profesionales de enfermería en cuanto a la toma de citología cervical.
3. Identificar el nivel de aplicación de la técnica de citología cervical por los profesionales de enfermería.



6. MATERIAL Y MÉTODOS

6.1. Tipo de estudio y diseño de investigación.

La presente investigación tiene un enfoque cuantitativo, porque de acuerdo a Hernández Sampieri (2013), “utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin establecer pautas de comportamiento y probar teorías”. De igual manera se considera una investigación no experimental, ya que no incluye manipulación de variables y es considerada de campo, pues implica un proceso de recolección de datos.

Este estudio tiene un diseño de tipo descriptivo; ya que nos permite determinar en qué situación se encuentran las variables que se estudian en la población, y de corte transversal porque se estudiaron las variables conocimientos y aplicación de la técnica de citología vaginal por el personal de enfermería en un solo momento durante todo el proceso de investigación, además es exploratorio pues implica un proceso de revisión de literatura para realizar el acercamiento con el problema.

6.2. Población, muestreo y muestra

El universo estuvo conformado por una población finita, integrada 85 profesionales de enfermería que laboran en las Casas de Salud, Centro de Salud Urbano y Hospital Comunitario de Tenosique.

La muestra está integrada por 65 profesionales de enfermería adscritos a unidades que ofrecen Servicios Públicos de Salud en el municipio de Tenosique, Tabasco, entrevistados en el periodo de marzo a abril 2017.

Para la selección de los participantes se utilizó un muestreo de tipo no probabilístico por conveniencia; debido a que este estudio necesita profesional de enfermería con características específicas como se encuentren en el área operativa y realizando la toma de citología cervical.



6.3. Criterios de Inclusión y Exclusión

Se incluyeron a profesionales de enfermería que laboren en el área operativa de las casas de salud, Centro de Salud Urbano y Hospital Comunitario de Tenosique, de ambos sexos, sin distinción de grado de escolaridad que realicen la toma de citología cervical.

Se excluyeron a profesionales que se encontraban en el área administrativa, pasantes, practicantes y estudiantes de enfermería; así como aquellos que se encontraban de incapacidad o que se encontraron ausentes al momento del estudio.

6.4. Instrumentos y mediciones

La presente investigación utilizó como método de recolección de datos la encuesta la cual estuvo integrada por tres apartados: el consentimiento informado, la cedula de datos generales y el instrumento; en el primero se explicaron los beneficios, alcances, objetivos, responsabilidades de los participantes y del investigador, en el segundo apartado se consideró una cedula de datos personales que incluye, edad, sexo, categoría laboral, unidad de adscripción y años de antigüedad laboral.

Por último, se emplearon 2 instrumentos de recolección de datos propuesto por la Dra. Sandra Olimpia Gutiérrez Enríquez (2009) de la Universidad de San Luis Potosí, el cual consta de dos componentes en el primero se consideran preguntas que evalúan los conocimientos en el procedimiento de la toma de las muestras de citología cervical con la finalidad de identificar áreas de oportunidad que permitan establecer estrategias para la mejora continua del programa de DOCACU, el cual consta de 73 preguntas de opción múltiple, donde a cada respuesta correcta se le dio un valor de 2 puntos y a la respuesta incorrecta de 1 punto, de acuerdo con lo propuesto por la autora principal del estudio; para lograr un total de 144 puntos máximos y 72 puntos mínimos; categorizado de la siguiente manera: 72 a 96 puntos conocimientos deficientes, 97 a 120 conocimientos regulares o medios y de 121 a 144 puntos conocimientos buenos u óptimos.



El segundo elemento está integrado por una Lista de Verificación de la Técnica de Citología Vaginal con Espátula de Ayre, la cual contiene un total de 63 pasos, los cuales se puntúan con calificaciones que van de 0 No realizado, 1 Parcialmente realizado, 2 Realizado, para un total de 126 puntos, la cual se categoriza de la siguiente manera: 80 – 100% (102 – 126 puntos) como Bueno, de 55 – 79% (70 – 101 puntos) como Regular y menor de < de 55% (<70 puntos) Malo.

6.5. Métodos y técnicas de recolección de datos.

Se utiliza como método de recolección de datos la encuesta, la cual fue descrita con antelación; como técnica de recolección de datos se incluye el cuestionario autoadministrado para el instrumento de nivel de conocimientos y la observación para la Lista de Verificación de la Técnica; en primera instancia se evaluó la realización de la técnica y posteriormente se aplicó el cuestionario de nivel de conocimientos para no influir sobre los resultados.

6.6. Procedimiento para la recolección de datos.

Para la recolección de datos se realizarán los siguientes pasos:

- 1.- Autorización por el comité de investigación de la División Académica de Ciencias de la Salud y el Comité de Bioética de la Jurisdicción Sanitaria de Tenosique.
- 2.- Solicitud al Jefe de la Jurisdicción Sanitaria de Tenosique, para la recolección de los datos.
- 3.- Agendar fecha para la recolección de datos.
- 4.- Aplicación del instrumento de recolección de datos.
- 5.- Preparación de los instrumentos para el análisis de los datos.

6.7. Plan de tabulación de datos

Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 24.0 para un Windows 13; donde las variables cualitativas fueron presentadas a través de tablas de



distribución de frecuencias y porcentajes; por otra parte las variables cuantitativas se procesaron a través de medidas de tendencia central (media aritmética) y medidas de dispersión (desviación estándar, valor mínimo y máximo); para la variable de estudio, se utilizaron tablas y graficas de acuerdo a sus categorías.

6.8. Consideraciones éticas y legales

El código de Ética para Enfermeras y Enfermeros en México (2001), la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 1968); además de igual manera los requisitos mencionados en la NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos (Diario Oficial de la Federación [DOF], 2013) donde se menciona la importancia de la firma del consentimiento informado, las características del individuo, el que se debe pugnar por el desarrollo de la profesión aplicando investigación científica, sin olvidar guarda la confidencialidad er intimidad del cliente sujeto de la investigación; de igual manera establecen que toda investigación debe ser aprobada por un comité de bioética y de investigación de la institución.

Esta investigación está fundamentada bajo las disposiciones generales del Reglamento de la Ley General en Materia de Investigación para la Salud la cual se basa principalmente en prevalecer el respeto a la dignidad, la protección de los derechos y el bienestar del ser humano que sea sujeto de estudio. De igual forma establece que toda investigación no deberá representar ningún riesgo para el sujeto a investigación, ya que previamente se deberá dar a conocer los objetivos del estudio, seguidamente del consentimiento informado y en dado caso posterior a la recolección de datos retira su participación en la investigación no habrá ninguna repercusión; con el fin de garantizar el bienestar del individuo.



Por otra parte la NOM-012-SSA3-2012 establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos, la cual define los elementos mínimos que deben cumplir de manera obligatoria los investigadores que realizan esta actividad cumpliendo desde la planificación del proyecto de investigación, la realización del consentimiento informado que en otros puntos de igual forma es establecido e importante y la confidencialidad de todos los datos e información recabada.

El código de ética de las y los enfermeros nos menciona que el profesional de enfermería tiene una sólida formación basada en fundamentos técnicos- científicos, humanísticos y éticos que le permiten desempeñar su ejercicio con calidad y conciencia profesional, es importante mencionar que el código de ética es un documento que establece en forma clara. Las y los enfermeros a través del cuidado, pone en marcha todo aquello que mueve al ser humano, su potencial y su deseo de vivir, el cuidado es una actitud que trasciende las dimensiones de la realidad humana, conlleva a la sensibilidad que es incomparable mayor que la eficiencia técnica. El paciente tiene derecho a recibir un cuidado integral de calidad y para eso se requiere de enfermeras profesionales con una estimación y respeto de sí misma y de los demás que amen la vida en cualquiera de sus formas y manifiesten sus valores a través de la paciencia y la inteligencia con capacidad de observación, reflexión y optimismo para que puedan conducir su práctica con un alto sentido ético y de satisfacción propia. El principal objetivo principal de la enfermería es el cuidado de la salud del ser humano considerando todos sus valores.



7. RESULTADOS

7.1 Análisis de fiabilidad del instrumento

Tabla 1. Análisis de fiabilidad de los instrumentos

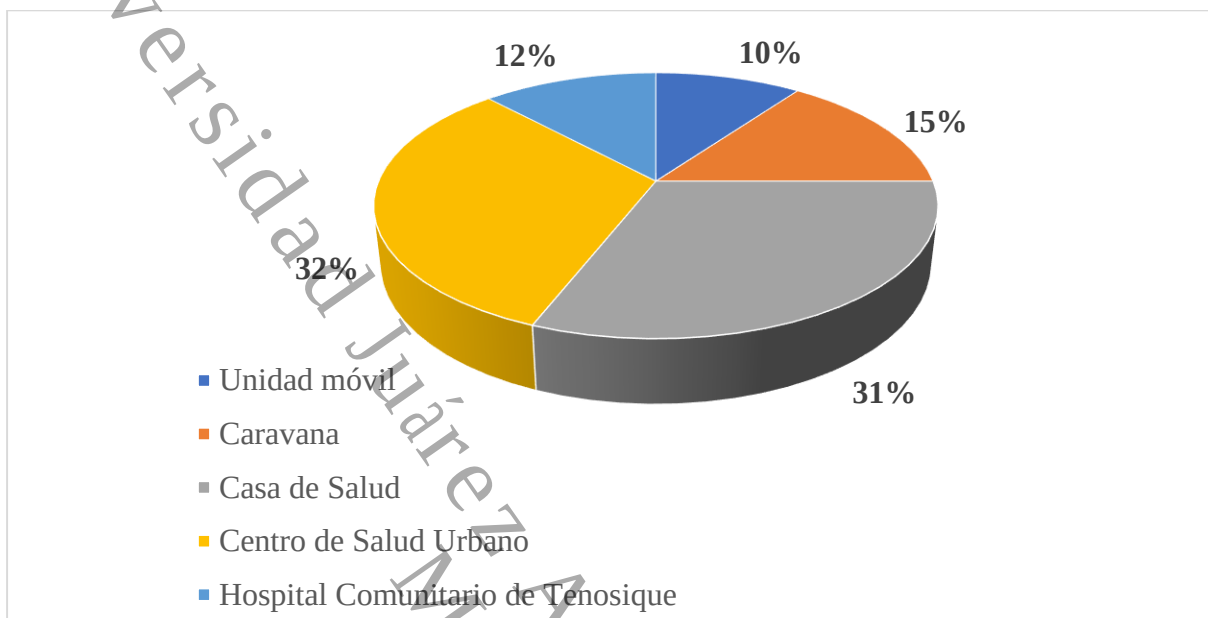
Nombre del Instrumento	Reactivos	Alpha de Cronbach
Encuesta de Evaluación del nivel de conocimientos	8-80	.835
Lista de Verificación de la Técnica de Citología Vaginal	1-63	.852

De acuerdo con los resultados de la aplicación de los instrumentos para analizar la aplicación de la NOM-014-SSA2-1994, en los servicios públicos de salud: caso Tenosique, se realizó mediante la aplicación de 2 instrumentos de recolección de datos el primero es una “Encuesta de Evaluación del nivel de conocimientos”, la cual consta de 73 preguntas que obtuvo un $\alpha=.835$ y el segundo es una “Lista de Verificación de la Técnica de Citología Vaginal” la cual mostró un $\alpha=.852$, utilizando el modelo de alfa de cronbach, por lo que de acuerdo con Polit y Tatano (2018) se consideran aceptables para medir las variables de estudio (Ver Tabla 1).



7.2. Aspectos socio-demográficos del personal de enfermería

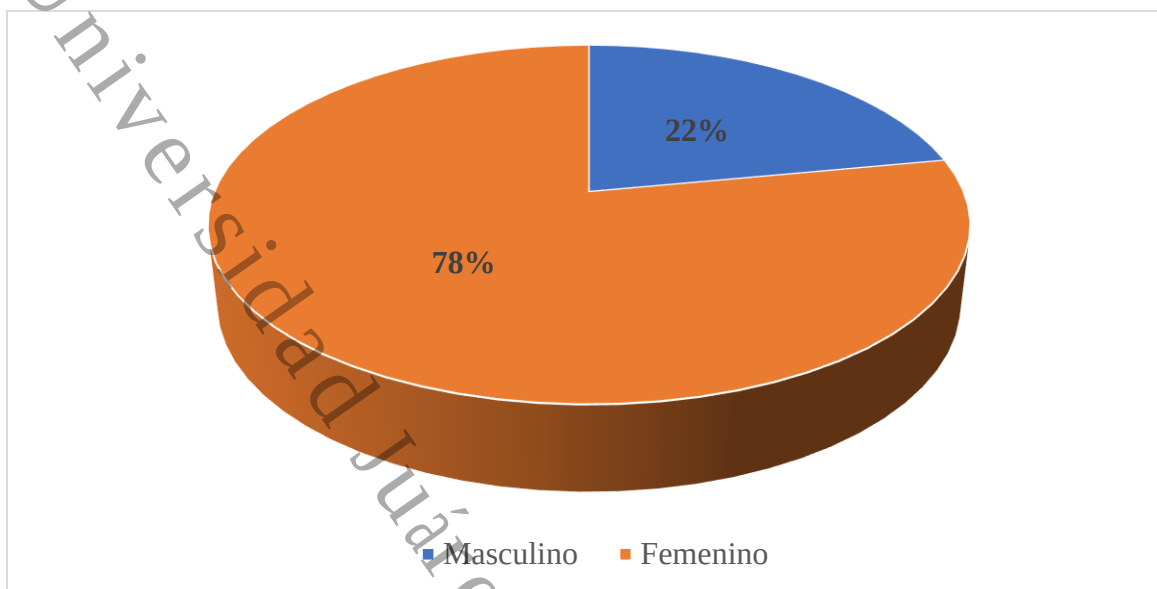
Gráfica 1. Unidad de adscripción del personal de enfermería



Al hacer referencia a la unidad de adscripción del profesional de enfermería el 31% de ubica en casa de salud, mientras que 32% se encuentra en el Centro de Salud Urbano, seguido de quien se encuentra en Caravana, Unidad Móvil y Hospital Comunitario de Tenosique respectivamente; es decir la mayoría de los profesionales de enfermería están concentrados en la atención del área sub-urbana o rural, de tal manera que aunque no se reflejaron en el estudio profesionales médicos se indicó que en caso de que la enfermera esté ausente en la fecha agenda da para toma esta es realizada por el médico adscrito a la unidad (Ver Gráfica 1).

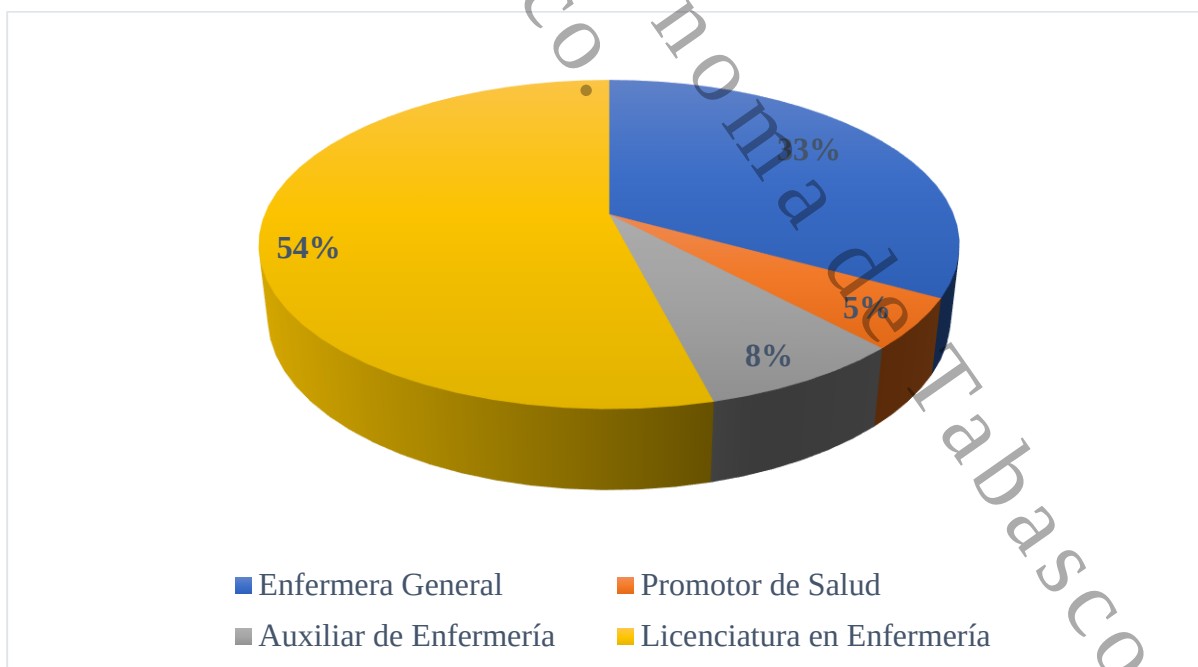


Gráfica 2. Género del participante



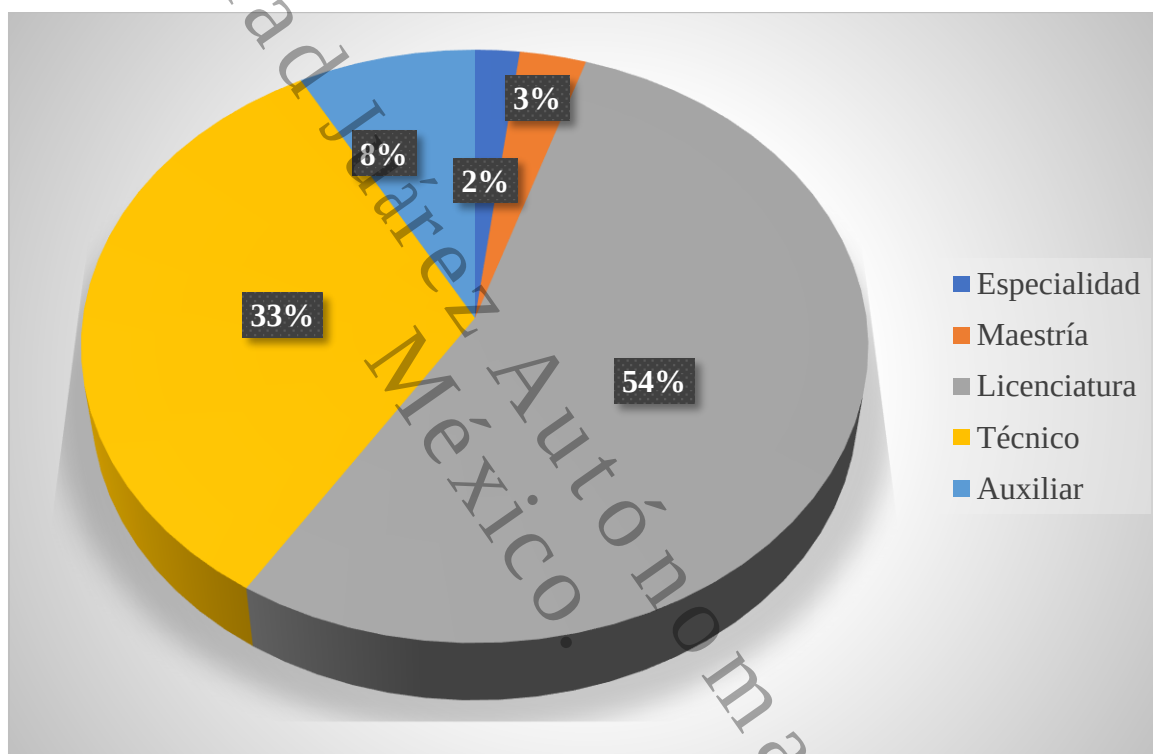
Al respecto del género del participante se obtuvo que 78% son mujeres y 22% son hombres; lo anterior responde a que el profesional de enfermería tiene una tendencia a ser representado en su mayoría por personas del género femenino (Ver Gráfica 2).

Gráfica 3. Profesión



Al referirnos a la profesión de la persona que toma las muestras de citología 54% son Licenciadas (os) en Enfermería, seguido de 33% quienes manifestaron ser enfermeras (os) generales, mientras que en minoría se encuentran los auxiliares y promotores de salud; se puede concluir que el personal de enfermería cuenta con el perfil profesional para ejecutar la toma de citología vaginal en las unidades que ofrecen servicios públicos de salud en el municipio de Tenosique (Ver Gráfica 3).

Gráfica 4. Nivel Académico



En la Gráfica 4, se muestra el nivel académico del participante, por lo que el 54% se ubicó con el grado académico de Licenciatura, mientras que el 33% está representado por el profesional técnico en enfermería, mientras que en una minoría se encuentran los auxiliares en enfermería, las personas con Maestría o grado de especialidad; a pesar que existe muy poco personal con posgrado, la mayoría está representado por personas que han recibido una formación profesional en el 87% entre aquellos que son de un bachillerato técnico y los que acudieron a la Universidad a recibir una educación superior.



7.3. Estadística descriptiva de las variables continuas

Tabla 2. Estadística descriptiva de las variables continuas

Variables	V. Min.	V. Máx.	Media	S
Edad	25	58	36.24	10.91
Antigüedad en el servicio	4	35	15.73	11.35
Experiencia en la toma de citología	1	27	9.61	9.83
Encuesta de nivel de conocimiento	78	144	95.67	12.69
Lista de Verificación	58	126	81.67	10.86

Al analizar las variables numéricas a través de estadística descriptiva se obtuvo una media aritmética de 36.24 años en la edad del profesional de enfermería ($S=10.91$, 25-58), en la antigüedad en el servicio se obtuvo una media de 15.73 años ($S=11.35$, 4-35), para la experiencia en la toma de citología cervical se obtuvo una media de 9.61 años ($S=9.83$, 1-27), en lo referente al puntaje global de la Encuesta de nivel de conocimientos sobre la técnica de citología vaginal mostró una media de 95.67 puntos ($s=12.69$, 78-144) y por último para la puntuación en la Lista de Verificación de la Técnica se obtuvo una media de 81.67 ($S=10.86$, 58-126); es decir, los profesionales de enfermería de este estudio se ubican en la etapa de adultos jóvenes, tienen una antigüedad en el servicio de alrededor de 15 años, con una experiencia menor de 10 años en la toma de citología cervical, en cuanto al puntaje del instrumento se categorizan de acuerdo a su media en un nivel de conocimiento regular y una aplicación de la técnica regular sin llegar a ser óptima, esto de acuerdo con el instrumento apegado a la NOM-014-SSA2-1994, es decir existen rubros que aún falta trabajar para mejorar la calidad en los servicios públicos de salud del municipio de Tenosique.



7.3. Encuesta de nivel de conocimientos sobre la técnica de citología vaginal

Tabla 3. Conocimientos sobre la NOM-014-SSA2-1994

Categorías	<i>f</i>	%
Bueno	12	18.46
Regular	30	46.15
Deficiente	23	35.38
Total	65	100

En la Tabla 3, se muestra el nivel de conocimientos del profesional de enfermería en cuanto a la NOM-014-SSA2-1994, donde 30 (46.15%) demuestran conocimiento regular, mientras que 23 (35.38) reflejaron deficiente nivel de conocimientos y solo 12 (18.46%) presentó buen nivel de conocimientos.

Tabla 4. Conocimientos anatómicos indispensables para la toma de citología

Categorías	<i>f</i>	%
Bueno	18	27.69
Regular	31	47.69
Deficiente	16	24.61
Total	65	100

En cuanto al nivel de conocimientos sobre anatomía del aparato genitourinario, 31 (47.69%) mostró regular nivel de conocimientos, mientras que 18 (27.69) mostraron buen nivel de conocimientos y solo 16 (24.61%) reflejaron deficiente nivel de conocimientos (Ver Tabla 4).



Tabla 5. Conocimientos sobre la detección o procedimiento

Categorías	<i>f</i>	%
Bueno	25	38.46
Regular	30	46.15
Deficiente	10	15.38
Total	65	100

En lo que respecta a los conocimientos sobre detección y procedimiento de la toma de citología cervical 30 (46.15%) mostraron conocimientos regulares, mientras que 25 (38.46%) reflejo buen nivel de conocimientos, solo 10 (15.38%) mostraron bajo nivel de conocimientos en relación a la toma de la técnica (Ver Tabla 5).

Tabla 6. Capacitación para la toma de citología vaginal

Categorías	<i>f</i>	%
Bueno	11	16.92
Regular	35	53.84
Deficiente	19	29.23
Total	65	100

En la tabla 6, se muestra que 35 (53.84%) presentaron regularmente capacitaciones consideradas de mediana calidad, mientras que 19 (29.23%) se mostró deficiente reflejando necesidad de capacitación y solo 11 (16.92%) reflejaron buen nivel de conocimientos con respecto a la capacitación y actualización sobre la toma de citología vaginal.



7.4. Lista de Verificación de la Toma de Citología Vaginal

Tabla 7. Recepción de la usuaria

Apartados	Bueno		Regular		Malo		Total
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
Recepción de la usuaria	45	69.23	20	30.76	0	0	65

En lo referente a la lista de verificación de la toma en el apartado de recepción de la usuaria, 45 (69.23%) aplica de forma correcta realizando estos pasos, mientras que 20 (30.76%) lo aplicó de forma regular y ninguno presento déficit en este rubro de aplicación (Ver Tabla 7).

Tabla 8. Registros

Apartados	Bueno		Regular		Malo		Total
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
Identificación de la unidad	40	61.53	23	35.38	2	3.07	65
Identificación de la solicitante	43	66.15	17	26.15	5	7.69	65
Antecedentes	34	52.30	24	36.92	7	10.76	65
Generales	35	53.84	22	33.84	8	12.30	65

En cuanto al apartado de registros, un valor oscilante entre 34 (52.3%) y 43 (66.15%) realiza el llenado de los registros de forma correcta, sin embargo, entre 17 (26.15%) y 24 (36.92%) profesionales lo realizan de forma regular y entre 2 (3.07%) y 8 (12.30%) lo realizan de forma mala (Ver Tabla 8).

Tabla 9. Preparación del material

Apartados	Bueno		Regular		Malo		Total
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
Preparación del material y equipo	50	76.92	13	20.00	2	3.07	65



En la Tabla 9, se muestra la preparación del material, donde 50 (76.92%) lo realizan correctamente, mientras que 13 (20%) realiza esta preparación de forma regular y solo 2 (3.07%) omiten pasos o de plano no realizan la preparación del material.

Tabla 10. Preparación de la usuaria

Apartados	Bueno		Regular		Malo		Total
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
Preparación física y psicológica de la usuaria	10	15.38	30	46.15	15	23.07	65

Al respecto de la preparación de la usuaria en cuanto al aspecto físico y psicológico, 30 (46.15%) lo realizan de forma regular, mientras que 15 (23.07%) presenta debilidades en este apartado y solo 10 (15.38%) lo realizan de forma adecuada (Ver Tabla 10).

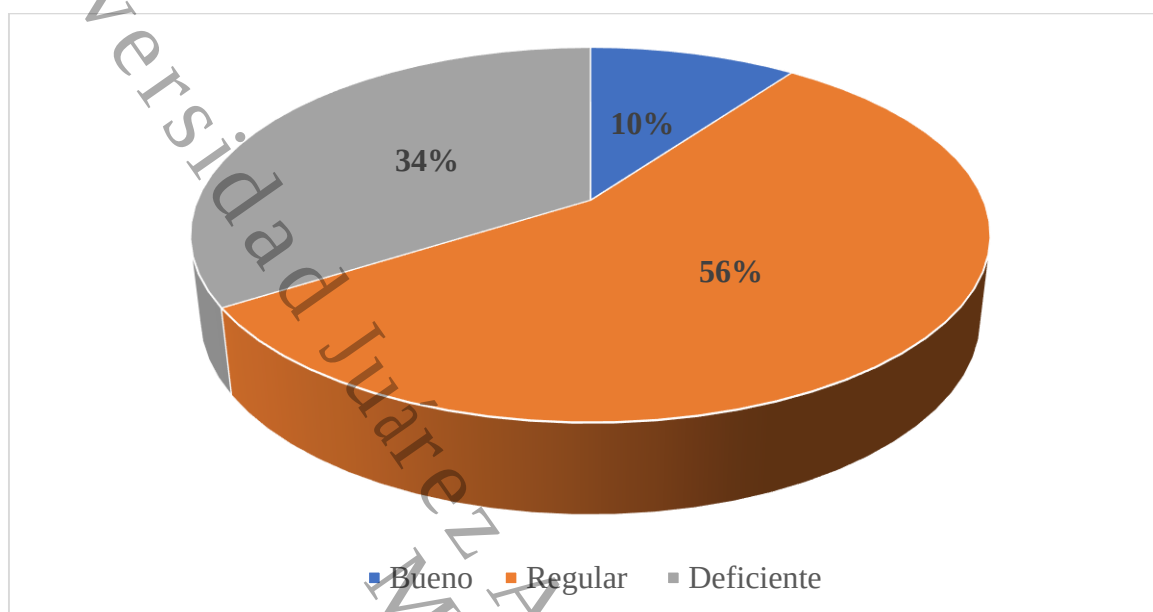
Tabla 11.- Técnica de toma de citología

Apartados	Bueno		Regular		Malo		Total
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
Aplicación de la técnica de toma de muestra de citología vaginal	12	18.46	44	67.69	9	13.84	65

En la Tabla 11, se muestra la calidad de la toma de citología en cuanto a los pasos en su aplicación de acuerdo con la NOM-014-SSA2-1994, donde podemos notar que 44 (67.69%) realizan los procesos y pasos de forma regular, mientras que 12 (18.46%) realizan de forma minuciosa y cuidadosa la toma de la muestra y sin embargo 9 (13.84%) carece de elementos al momento de realizar la toma de la citología vaginal.

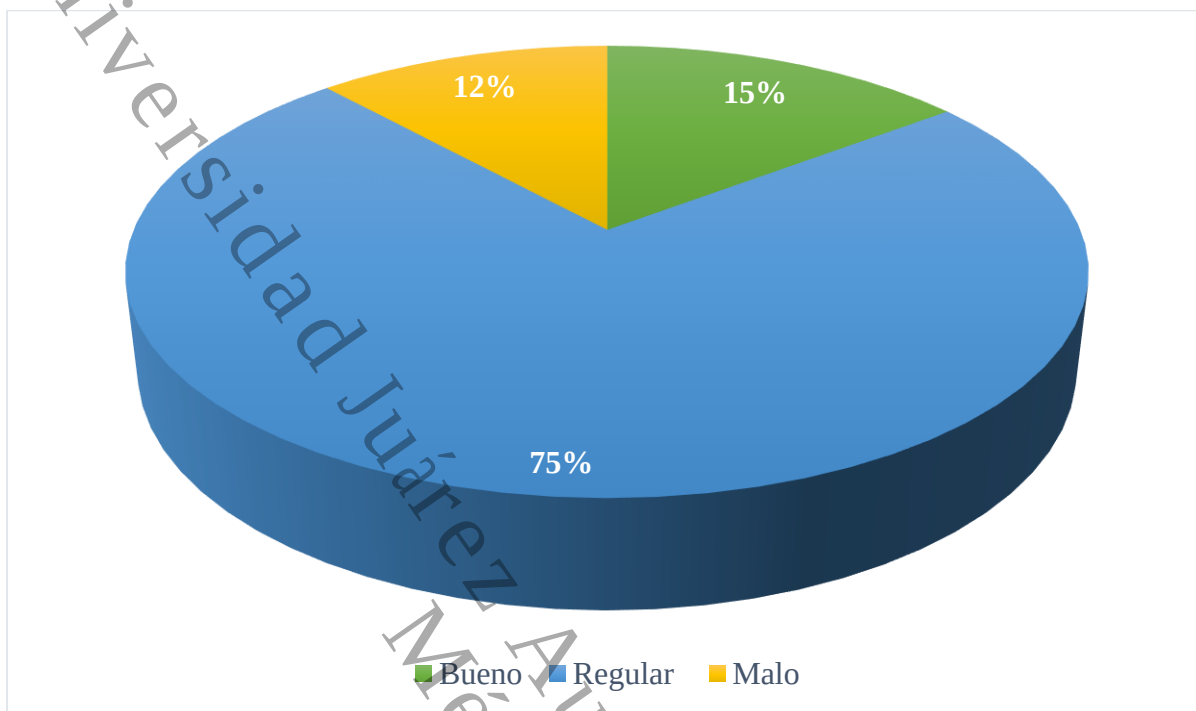
7.5. Variables de estudio

Gráfica 5. Nivel de conocimientos en el personal de enfermería sobre la técnica de citología cervical.



En cuanto a una de las variables principales del estudio, podemos observar que el 56% conoce regularmente los pasos de técnica de prueba de papanicolaou, aspectos relacionados con la NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cervicouterino, aspectos anatómicos, fisiológicos y actualización profesional, aunque esta no ha sido constante, mientras que el 34% se ubicó con conocimientos deficientes y solo el 10% logro un buen nivel de conocimientos; lo que implica que falta trabajar en procesos de educacion continua para que el personal que labora en los servicios públicos de salud de Tenosique, proporcionen información pertinente y veraz a las usuarias que llegan a recibir atencion para la toma de citología cervical (Ver Gráfica 5).

Gráfica 6. Nivel de aplicación de la técnica de toma de citología cervical en los profesionales de enfermería



Al analizar la aplicación de la técnica de citología cervical por el personal de enfermería podemos observar que el 75% se ubicó en un nivel regular de aplicación es decir cumple con los requisitos de recepción y preparación a la usuaria, realiza el llenado de los registros, prepara el material; sin embargo aún presenta deficiencias en aspectos relacionados con la preparación física y psicológica de la usuaria y omite algunos aspectos relacionados con la toma y conservación de la misma (Ver Gráfica 6).

En este caso el profesional de enfermería cumple regularmente con la fijación correcta de la muestra, en cuanto al tiempo y tipo de fijador utilizado, además de la preparación psicológica de la usuaria para el procedimiento; algunos aspectos relacionados con la NOM-014-SSA2-1994 como la técnica de toma de la muestra, la esterilidad de la misma; es decir hay aspectos que pueden mejorar la calidad de la atención de la usuaria que acude a una toma de citología cervical.



8. DISCUSIÓN

En cuanto a los resultados presentados en este trabajo podemos rescatar lo siguiente:

En cumplimiento al Objetivo Específico No. 1 Describir datos sociodemográficos de los profesionales de enfermería que laboran en la Jurisdicción Sanitaria de Tenosique; se puede observar que la edad obtuvo una media aritmética de 36.24 años en la edad del profesional de enfermería ($S=10.91$, 25-58), en la antigüedad en el servicio se obtuvo una media de 15.73 años ($S=11.35$, 4-35), para la experiencia en la toma de citología cervical se obtuvo una media de 9.61 años ($S=9.83$, 1-27). Además en cuanto a la unidad de adscripción del personal, 31% de ubica en casa de salud, mientras que 32% se encuentra en el Centro de Salud Urbano, seguido de quien se encuentra en Caravana, Unidad Móvil y Hospital Comunitario de Tenosique respectivamente; en cuanto al género 78% son mujeres y 22% son hombres; al referirnos a la profesión de la persona que toma las muestras de citología 54% son Licenciadas (os) en Enfermería, seguido de 33% quienes manifestaron ser enfermeras (os) generales, los cuales concuerdan en el nivel académico.

En lo correspondiente al cumplimiento del Objetivo Especifico No. 2 conocer el nivel de conocimientos de los profesionales de enfermería en cuanto a la toma de citología cervical, se obtuvo que el nivel de conocimientos del profesional de enfermería en cuanto a la NOM-014-SSA2-1994 es regular con 30 (46.15%), en lo que corresponde a los conocimientos sobre anatomía del aparato genitourinario, 31 (47.69%) mostró regular nivel de conocimientos, en la detección y procedimiento de la toma de citología cervical 30 (46.15%) mostraron conocimientos regulares y en cuanto a capacitación, 35 (53.84%) presentaron regularmente capacitaciones consideradas de mediana calidad, mientras que 19 (29.23%) se mostró deficiente reflejando necesidad de capacitación.

En lo correspondiente al logro del Objetivo Especifico No. 3 sobre identificar el nivel de aplicación de la técnica de citología cervical por los profesionales de enfermería, en lo referente a la lista de verificación de la toma en el apartado de recepción de la usuaria, 45 (69.23%) aplica



de forma correcta realizando estos pasos, en el apartado de registros, un valor oscilante entre 34 (52.3%) y 43 (66.15%) realiza el llenado de los registros de forma correcta; por otra parte la preparación del material, muestra que 50 (76.92%) lo realizan correctamente, en la preparación de la usuaria en cuanto al aspecto físico y psicológico, 30 (46.15%) lo realizan de forma regular, mientras que 15 (23.07%) presenta debilidades en este apartado; además en cuanto a la calidad de la toma de citología basados en la NOM-014-SSA2-1994, se obtuvo que 44 (67.69%) realizan los procesos y pasos de forma regular.

Por lo tanto las variables de estudio obtuvieron que 56% conoce regularmente los pasos de técnica de prueba de papanicolaou, aspectos relacionados con la NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cervicouterino, aspectos anatómicos, fisiológicos y actualización profesional, aunque esta no ha sido constante; lo que implica que falta trabajar en procesos de educación continua para que el personal que labora en los servicios públicos de salud de Tenosique, proporcionen información pertinente y veraz a las usuarias que llegan a recibir atención para la toma de citología cervical.

Al analizar la aplicación de la técnica de citología cervical por el personal de enfermería podemos observar que el 75% se ubicó en un nivel regular de aplicación es decir cumple con los requisitos de recepción y preparación a la usuaria, realiza el llenado de los registros, prepara el material; sin embargo aún presenta deficiencias en aspectos relacionados con la preparación física y psicológica de la usuaria y omite algunos aspectos relacionados con la toma y conservación de la misma.

Sin duda estos resultados permitirán mejorar los procesos de atención médica en las unidades de salud, lo anterior debido a que existen estudios que permiten evaluar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de las usuarias con respecto a la toma de citología; sin embargo, no se reportaron estudios que permitan evaluar los conocimientos del personal de enfermería y la aplicación de la técnica conforme las normas oficiales, por lo que este estudio representa una oportunidad de mejorar los procesos de gestión, establecer protocolos de atención eficientes y documentar las necesidades de capacitación del personal de enfermería.



9. CONCLUSIONES

Los resultados de este trabajo permiten establecer conclusiones que pueden mejorar los procesos de gestión y administración dentro de las unidades de salud que proporcionan servicios públicos de salud; en primera instancia es necesario que el profesional de enfermería tenga disponible espacios y oportunidades de actualización profesional mediante un programa de capacitación continua que mejore la calidad de la información y por lo tanto la atención médica que de esto resulta.

También se puede considerar que la edad y la antigüedad laboral representan para los profesionales de enfermería una oportunidad de apertura para las capacitaciones debido a que en su mayoría es personal joven, además de establecer procesos y protocolos de recepción de muestras y envío de las mismas para evitar que estas sean acumuladas en la Jurisdicción Sanitaria de Tenosique.

Estos resultados permiten además hacer hincapié en la necesidad de establecer y ejecutar procesos de planeación y control de tal manera que las unidades de atención a la salud con enfoque de atención primaria cuenten con los recursos humanos, materiales y equipos necesarios para la realización de la técnica de toma de muestra de citología cervical; se puede observar que los resultados manifiestan que existe un nivel regular de conocimientos y aplicación de la técnica, generalmente asociados a déficit de conocimientos sobre las normas oficiales mexicanas, anatomía del aparato genitourinario y la falta de capacitación constante; en cuanto al nivel de aplicación de la técnica evaluado a través de la lista de verificación se puede observar que existen problemas en relación a la preparación física y psicológica de la usuaria lo que determina su experiencia negativa y por tanto la negativa a acudir en lo posterior a la toma, además de la falta de una fijación de la muestra de forma adecuada y el mantenimiento de la esterilidad la misma, puntos que a criterio de la norma son necesarios para brindar seguridad durante el procedimiento.



De igual manera es necesario entrenar a los profesionales de enfermería en un sentido empático de la atención, debido a que durante la recepción de la usuaria pareciera que no se tiene el trato apropiado y por tanto la disposición e interés de las usuarias disminuye.

Por último, es necesario hacer eficientes los procesos de control de los recursos humanos en salud, ya que algunas de las pacientes se sienten más cómodas con personal de su mismo sexo, además que en el caso de las usuarias algunas han manifestado situaciones de inconformidad porque los resultados son emitidos de forma muy tarde lo que en ocasiones dificulta el acceso a un tratamiento oportuno.

Es decir mejorar los procesos de atención a la salud son una tarea que se debe enfrentar en cumpliendo de estándares e indicadores o procedimientos contenidos en las normas oficiales mexicanas, mejorar la gestión y la administración podría permitir hacer eficientes los procesos y por tanto mantener satisfacción y apego a las mujeres a la toma de citología.



10. RECOMENDACIONES

En base a los resultados del estudio sobre aplicación de la NOM-014-SSA2-1994 en los servicios públicos de salud de Tenosque se puede recomendar lo siguiente:

- Es necesario realizar un programa de educacion continua con el profesional de enfermería que contenga las innovaciones y mejoras de la técnica de toma de citologia cervical, que permita reforzar conocimientos en relación a las normas oficiales mexicanas, guias de práctica clínica y por supuesto en cuanto a desarrollo humano para que logren la empatia con la usuaria.
- Se recomienda establecer procesos y protocolos de deteccion, diagnostico y control debido a que en muchas ocasiones según se manifiesta por los profesionales las muestras obtienen falsos positivos o negativos, lo anterior debido a lo que toma en trasladar las muestras hasta el departamento encargado de leerlas.
- Realizar entrenamiento sobre la técnica de toma de citologica cervical en base a la NOM-014-SSA2-1994, que permite lograr una deteccion oportuna de estos padecimientos en las usuarias, ademas de lograr que los procesos de traslado, conservacion, fijacion y lectura sean mas efectivos, debido a que algunos resultados no llegan a tiempo o toma demasiado tiempo, por lo que en ocasiones las pacientes ya sean complicado.
- Evaluar de forma continua y oportuna los procesos de atencion medica que impliquen procedimientos como la toma de citologia debido a que en ocasiones no se cuenta con el material e insumo necesario para la realizacion por lo que en ocasiones hay oportunidades perdidas, con usuarias previamente citadas.



11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albujar, P. (2001). Reseña histórica de la citología diagnóstica. Obtenido de Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología: disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol_47n2/resena_histo.htm **cáncer**
- Cangalaya I. G. N. (2014). Conocimiento y técnica de papanicolaou realizada por profesionales de enfermería. Disponible en: <http://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/623/TP%20->
- Charles Huamaní, A. (2017). Conocimientos y Actitudes sobre la toma de Papanicolaou en mujeres de Lima, Perú. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 25 (1), 44-50.
- Denny, L. (2012). Cáncer cervical: prevención y tratamiento. Disponible en: <http://www.discoverymedicine.com/Lynette-Denny/2012/08/27/cervicalcancer-prevention-and-treatment/>
- Dulce, H. H. (2015). Panorama epidemiológico del Cáncer cervicouterino. Disponible en: Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social:
- Francisca, Q. S. (2012). Nivel de conocimiento y su relacion con las actitudes sobre el test de Papanicolaou en mujeres de 15-49 años atendidas en el centro de salud madre Teresa de Calcuta. Disponible en: https://www.academia.edu/6544899/RESUMEN_FIORELLA_TESIS
- González, Z. M. (2017). Programa de detención del Cáncer cervicouterino: políticas públicas y experiencias de los actores que implementa el programa en el estado de Veracruz, México de salud pública. Disponible en: <https://www.scielo.org/article/scol/2017.v13n3/521-535/es/>
- Hernández, M. T. (2016). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou en usuarias de la consulta externa de gineco obstetricia del Hospital Alemán Nicaragüense en la ciudad de Managua. Disponible en: repositorio.unan.edu.ni/1456/1/38869.pdf
http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/view/182/518



- John, E. (2017). Cáncer del cuello uterino: factores de riesgo. Disponible en: <https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-decuello-uterino/factores-de-riesgo>
- Martínez Gaona, M. A. (2014). Nivel de aplicación de la técnica de citología cervical por profesionales de enfermería en unidades de primer nivel de atención a la salud. Obtenido de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/22492/1/TESIS.pdf>
- Molina, D. E. (2012). Cáncer del cuello uterino. Disponible en: <https://infogen.org.mx/cancer-de-cuello-uterino-cancer-cervicouterino/>
- Rodríguez, E. R. (2014). Conocimientos, actitudes y prácticas frente a la toma de papanicolaou en la población de mujeres trabajadoras de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional De La Plata. Obtenido de: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/45145/Documento_completo.pdf?sequence=1
- Serva O, B. L. (2016). Nivel de conocimiento y actitudes del tamizaje de papanicolaou en mujeres que acuden al C.S de Chupaca. Disponible en: http://repositorio.upecen.edu.pe/bitstream/UPECEN/80/1/T102_45658651_T.pdf
- Tratamiento del cáncer del cuello uterino. (2018). Obtenido de Instituto Nacional del Cáncer: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino/paciente/tratamiento-cuellouterino-pdq>
- Vilchez, J. G. L. (2015). Conocimiento y Actitudes sobre la prueba de papanicolaou en mujeres de edad fértil sexualmente activas que acuden al servicio de ginecología del hospital de Huaycan. Lima-Perú.
- Villavicencio M. J. M. (2014). Actitudes. Creencias y Prácticas sobre el Papanicolaou en las estudiantes del internado rotativo de la escuela de enfermería de la universidad de Guayaquil. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/9204/1/tesis%20papanicolaou.pdf>



12. ANEXOS

A. CONSENTIMIENTO INFORMADO.



UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO
DIVISIÓN ACADÉMICA DE CIENCIAS DE LA SALUD



CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación se encuentra a cargo de la Lic. Perla Tavita Rodríguez Mora, estudiante de la Maestría en Ciencias de Salud Pública en la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, División Académica de Ciencias de la Salud.

He sido invitado (a) a participar en un estudio de investigación de enfermería para identificar “ANÁLISIS DE LA APLICACIÓN DE LA NORMA-014-SSA2-1994, EN LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD: CASO TENOSIQUE”. La participación en este estudio es voluntaria. Comprendo que la información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación y académicos. Asumo que las (os) profesionales responsables del estudio se harán cargo de revisar la información en cuestión y determinar su uso.

1. Entiendo que el riesgo de mi participación en este estudio es mínimo, toda la información que yo proporcione será manejada de manera confidencial y que mi identidad no será revelada, por lo tanto mi participación es voluntaria.
2. Sé que estoy en libertad de retirar mi consentimiento y suspender mi participación en el estudio en el momento que lo desee sin dar explicación alguna.
3. Comprendo que puedo negarme a responder alguna pregunta que me incomode.
4. Todas las preguntas o dudas que me surjan acerca del estudio me serán aclaradas o respondidas.
5. He leído toda la información arriba señalada acerca del estudio.
6. El contenido y significado de esta información se me ha explicado y la he comprendido, por lo tanto doy mi consentimiento para participar en este estudio.

Firma del participante:

Firma del Investigador:



B. CÉDULA DE DATOS PERSONALES.



UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO
DIVISIÓN ACADÉMICA DE CIENCIAS DE LA SALUD



CÉDULA DE DATOS PERSONALES

Objetivo: identificar aspectos sociodemográficos en los profesionales de enfermería que realizan la toma de citología vaginal.

Instrucciones: Lea cuidadosamente, y responda según corresponda cada uno de los siguientes apartados, completando los enunciados o marcando la respuesta que refleje mejor su situación con respecto a la temática.

I.- DATOS GENERALES.

Unidad o Centro de Salud: _____ Fecha: _____

1.- Edad: _____

2.-Sexo

1 Hombre.

2 Mujer.

☐

3.-Profesión.

1 Enfermera.

2 Médico.

3 Pasante.

4 Otro _____

☐

4.- Antigüedad en el servicio

Años: _____ Meses: _____

5.-Puesto

1 Jefe de Enfermeras.

2. Médico de consulta.

3 Auxiliar o Técnico en Enfermería.

4. Supervisor

5. Enfermera General.

6. Director o Subdirector de Unidad.

7. Pasante.

8. Otro: _____

☐

6.- ¿Cuál es su nivel académico?

1. Posgrado

2. Licenciatura

3. Técnico o Auxiliar

4. Medio (bachillerato)

5. Básico (Secundaria o primaria)

☐

7.- ¿Cuánto tiempo tiene de experiencia tomando citologías cervicales?

Años: _____ Meses: _____



C. INSTRUMENTO.



UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO DIVISIÓN ACADÉMICA DE CIENCIAS DE LA SALUD



ENCUESTA PARA LA EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS

Objetivo: conocer algunos aspectos relacionados con los conocimientos en el procedimiento de la toma de las muestras de citología cervical con la finalidad de identificar áreas de oportunidad que permitan establecer estrategias para la mejora continua del programa de DOCACU. La identidad del personal se guardará en todo momento.

Instrucciones: Lea las preguntas cuidadosamente y marque la opción que considere pertinente (sólo una), señalándolo en el recuadro de la derecha o escribiendo la respuesta en las líneas destinadas para ello según corresponda. Es muy importante que si desconoce las respuestas marque la opción de “no lo sé” y NO deje preguntas sin contestar ya que se afectaría el estudio.

II. NORMA OFICIAL MEXICANA

8.- ¿Cuál es el perfil de riesgo para padecer cáncer cervicouterino (CaCu)?

- a) Mujeres de 15 a 45 años con antecedentes de vida sexual, sin estudios previos de citología cervical.
- b) Mujeres de 25 a 45 años con vida sexual activa o antecedente de haber tenido vida sexual sin Papanicolaou previos y cuadros repetitivos de infecciones transmitidas sexualmente.
- c) Mujeres de 25 a 64 años con vida sexual activa o antecedente de haber tenido vida sexual, sin estudios de citología cervical y cuadros repetitivos de infecciones transmitidas sexualmente.
- d) No lo sé

9.- ¿Cuáles son los factores de riesgo más comunes para padecer el CaCu?

- a) Inicio temprano de relaciones sexuales (antes de los 18 años)
- b) Múltiples parejas sexuales
- c) Infección cervical por el virus del papiloma humano (VPH)
- d) Mujer en el grupo de edad de 25 a 65 años
- e) Antecedentes de infecciones de transmisión sexual
- f) Tabaquismo
- g) Deficiencia de vitamina A, C y E
- h) Nunca haberse practicado la citología vaginal
- i) 10 y 5
- j) Todas las anteriores
- k) No lo sé

10.- ¿Cuáles son los principales signos y síntomas de las infecciones vaginales?

- a) Leucorrea
- b) Prurito vulvar y dispareunia (dolor en relaciones sexuales)



- c) Nódulos y granulaciones en vulva
- d) Todas las anteriores
- e) No lo sé

11.- ¿Cuál es la indicación general con relación a la periodicidad con la que se debe realizar el Papanicolaou de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana (NOM014SSA-2-1994)?

- a) Cada año en mujeres con reportes normales
- b) Cada 6 meses en mujeres con presencia de factores de riesgo
- c) Cada 3 años en mujeres con 2 citologías previas anuales consecutivas con resultado negativo a VPH, displasia o cáncer
- d) Cada 2 años en mujeres con 2 citologías previas anuales con resultado negativo a infecciones por VPH, displasia o cáncer
- e) No lo sé

III. ANATOMÍA

12.- Localice en el dibujo lo siguiente:

- a) Cuerpo del útero
- b) Endocervix
- c) Exocervix
- d) Zona de transformación

13.- ¿Cómo están constituidas las células endocervicales?

- a) Epitelio simple cilíndrico-columnar
- b) Epitelio estratificado o escamoso
- c) Epitelio de transición
- d) No lo sé

14.- Menciones como están constituidas las células exocervicales:

- a) Epitelio escamoso o estratificado
- b) Epitelio simple cilíndrico o columnar
- c) Epitelio de transición
- d) No lo sé

15.- ¿A qué se le llama la zona de transformación del cérvix?

- a) Área de reemplazo entre los epitelios cúbicos-planos
- b) Área de transición entre los epitelios escamo-columnar
- c) Unión del epitelio pseudo estratificado y córneo
- d) No lo sé

16.- ¿Cómo está constituida la zona de transformación?

- a) Hileras de células en distintos estadios de maduración con características de metaplasia escamosa
- b) Una sola hilera de células grandes y poligonales en maduración
- c) No lo sé

17.- ¿Cuál es el sitio más frecuente de aparición de lesiones precancerosas del cuello del útero?

- a) Orificio cervical inferior
- b) Unión escamo-columnar
- c) Conducto exocervical
- d) Zona de revestimiento epitelial del conducto endocervical
- e) No lo sé



IV. DETECCIÓN O PROCEDIMIENTO

- 18.- ¿Cuál es el material principal que se requiere para realizar una citología cervical?
- a) Portaobjetos, lápiz diamante, solución salina, desinfectante, guantes, gel lubricante, espejo vaginal, espátula de Ayre, hisopo, fijador, mesa de exploración, fuente de luz y hojas de registro.
 - b) Laminillas, lápiz diamante, hojas de registro, guantes, solución fisiológica, espejo vaginal, espátula de Ayre, hisopo, fijador, mesa de exploración y fuente de luz.
 - c) Guantes, lápiz diamante, hojas de registro, spray, espátula de Ayre, hisopo, mesa de exploración y ventilador.
 - d) No lo sé
- 19.- Mencione las contraindicaciones para realizar el Papanicolaou:
- a) Presencia de menstruación
 - b) Haber tenido relaciones sexuales
 - c) Infecciones vaginales
 - d) Histerectomía
 - e) Todas las anteriores
 - f) Ninguna de las anteriores
 - g) No lo sé
- 20.- ¿Qué registros debe de hacer usted en la hoja de solicitud de la usuaria?
- a) Resultado de la citología, fecha de notificación del resultado, antecedentes, identificación de la usuaria y de la unidad
 - b) Identificación de la unidad, antecedentes, identificación de la usuaria y valoración ginecológica
 - c) Identificación de la solicitante, identificación de la unidad y valoración ginecológica
 - d) No lo sé
- 21.- ¿En qué momento brinda la orientación a la usuaria sobre el procedimiento?
- a) Antes
 - b) Después
 - c) Antes, durante y después
 - d) No se realiza
 - e) No lo sé
- 22.- ¿Cuáles son los aspectos principales de la orientación que usted brinda a la usuaria?
- a) Nombre, descripción general del procedimiento y próxima cita
 - b) Importancia del procedimiento, forma del procedimiento, manera de cómo colaborar, tiempo de entrega de resultados y próxima cita
 - c) Utilidad del procedimiento, manera de cómo colaborar y próxima cita
 - d) No lo sé
- 23.- ¿Qué incluye la valoración ginecológica en la toma de citología cervical?
- a) Historia ginecológica, observación de genitales externos, estado del cuello uterino, palpación abdominal e historia de comportamiento sexual
 - b) Tracto vaginal. Estado del cuello uterino e historia de comportamiento sexual
 - c) Observación de genitales externos y estado del cuello uterino
 - d) No lo sé
- 24.- ¿Cuáles son las características de un cérvix normal?
- a) Consistencia blanda, posición central móvil y fondos de saco con áreas depresibles



- b) Áreas con trabeculaciones de consistencia blanda
c) Consistencia rígida
d) No lo sé
- 25.- ¿Cuáles son las características de un cérvix normal?
- a) Zona endurecida en una de las partes del cérvix
b) Área pequeña de aspecto granular que sangra
c) Erosiones localizadas, áreas enrojecidas y vascularizadas
d) Todas las anteriores
e) Ninguna de las anteriores
f) No lo sé
- 26.- ¿Cuáles son los datos de las cervicitis?
- a) Sangrado, quistes nabothianos, inflamación y dolor
b) Enrojecimiento, inflamación, granularidad alrededor de los bordes del orificio cervical externo y leucorrea
c) Zonas hiperémicas, secreciones fétidas, papiloma y dolor
d) Todas las anteriores
e) No lo sé
- 27.- ¿A qué se le llama eversión de la zona de transformación?
- a) Cuando la zona de transformación esta reducida hacia el exocervix
b) Cuando la zona de transformación está en el canal endocervical
c) No lo sé
- 28.- ¿A qué se le llama retracción de la zona de transformación?
- a) Cuando la zona de transformación se encuentra en el canal endocervical
b) Cuando la zona de transformación se encuentra reducida hacia el exocervix
c) No lo sé
- 29.- ¿Qué instrumento utiliza para obtener una muestra de citología adecuada en una mujer post climática?
- a) Espátula de Ayre
b) Hisopo y cytobrush
c) No lo sé
- 30.- ¿Qué instrumento utiliza para obtener una muestra adecuada en una mujer embarazada?
- a) Espátula de Ayre
b) Hisopo
c) Cytobrush
d) No lo sé
- 31.- ¿En una mujer embarazada de donde obtiene la muestra?
- a) Endocervix y exocervix
b) Exocervix
c) Endocervix
d) No lo sé
- 32.- Identifique el nombre de los extremos de la espátula de Ayre:
- a) Bifurcado
b) Cónico
- 33.- ¿Cuál es la forma de manejo de la laminilla al realizar el procedimiento?
- a) Por los bordes



- b) Por las caras
c) No lo sé
- 34.- ¿Cuáles son los datos de la paciente que registra en la laminilla?
- a) Iniciales del nombre, apellidos y fecha
b) Iniciales del nombre y fecha
c) Iniciales del nombre, fecha y unidad
d) No lo sé
- 35.- ¿En qué parte de la laminilla registra los datos de identificación de la usuaria?
- a) Tercio medio
b) Tercio inferior
c) Tercio superior
d) No lo sé
- 36.- ¿Qué criterios considera para elegir el tamaño del espejo vaginal?
- a) Observación de la pelvis y antecedentes gineco obstétricos
b) El número de hijos y la forma del parto (vaginal o cesárea)
c) Observación de genitales externos
d) Todas las anteriores
e) No lo sé
- 37.- ¿Qué aplica al espejo vaginal antes de introducirlo?
- a) Aceite o jalea lubricante
b) Nada
c) Desinfectante
d) No lo sé
- 38.- ¿Cuál es la forma de introducir el espejo vaginal?
- a) Se introduce con las valvas cerradas, en ángulo de 45 grados, en forma vertical, se pide a la paciente que puje, avanzando hacia el tercio medio de la vagina, se gira, se abre, se localiza el cérvix y se fija
b) Se introduce con las valvas cerradas, en un ángulo de 90 grados, en forma horizontal, se pide que puje, avanzando hacia el tercio distal de la vagina, se gira, se abre, se localiza el cérvix y se fija
c) No lo sé
- 39.- ¿Qué hace si no localiza el cuello uterino cuando ya introdujo el espejo vaginal?
- a) Retira y cambia el espejo
b) Retira y cambia el tamaño del espejo
c) Desliza suavemente el espejo hacia dentro varias veces
d) Retira un poco el espejo sin sacarlo, y vuelve a introducir suavemente buscando el cérvix
e) No lo sé
- 40.- ¿Cuál es el material que se obtiene y se fija en las laminillas?
- a) Moco cervical, células del endocervix y exocervix
b) Células del canal endocervical
c) Células de la unión escamocolumnar, endocervix y exocervix
d) No lo sé
- 41.- ¿La primera muestra de dónde se obtiene?
- a) Endocervix y unión escamocolumnar



- b) Exocervix y pliegues vaginales
c) Fondo del saco
d) No lo sé
- 42.- ¿Con qué extremo de la espátula toma la primera muestra?
a) Bifurcado
b) Cónico
c) No lo sé
- 43.- Mencione en qué forma obtiene la primera muestra:
a) Haciendo una presión importante, girando hacia la derecha en un ángulo de 90 grados
b) Haciendo ligera presión, girando a la izquierda en un ángulo de 360 grados
c) Haciendo presión media, girando hacia la izquierda en un ángulo de 180 grados
d) No lo sé
- 44.- ¿En qué forma hace el extendido de la primera muestra?
a) Movimiento longitudinal, abarcando un diámetro de la laminilla de 1.5 a 2 cm.
b) Movimiento circular, abarcando un diámetro de la laminilla de 1.0 a 1.5 cm.
c) Movimiento horizontal, abarcando un diámetro de la laminilla de 2.0 a 2.5 cm.
d) No lo sé
- 45.- ¿En qué parte de la laminilla extiende la primera muestra?
a) Tercio distal
b) Tercio medio
c) Tercio superior
d) No lo sé
- 46.- ¿La segunda muestra de donde la obtiene?
a) Exocervix
b) Endocervix
c) Zona de transformación
d) No lo sé
- 47.- ¿Con qué extremo de la espátula toma la segunda muestra?
a) Bifurcado
b) Cónico
c) No lo sé
- 48.- Menciones en qué forma obtiene la segunda muestra:
a) Haciendo una ligera presión, girando hacia la derecha en un ángulo de 360 grados
b) Haciendo presión media, girando a la izquierda en un ángulo de 180 grados
c) Haciendo presión de manera firme, girando hacia la derecha en un ángulo de 90 grados
d) No lo sé
- 49.- ¿En qué forma hace el extendido de la segunda muestra?
a) Movimiento longitudinal, abarcando un diámetro de la laminilla de 1.5 a 2 cm.
b) Movimiento circular, abarcando un diámetro de la laminilla de 1.0 a 1.5 cm.
c) Movimiento horizontal, abarcando un diámetro de la laminilla de 2.0 a 2.5 cm.
d) No lo sé
- 50.- ¿En qué parte de la laminilla extiende la segunda muestra?
a) Tercio medio
b) Tercio distal



- c) Tercio superior
d) No lo sé
- 51.- ¿En caso de que la muestra presente un poco de sangre que es lo que usted hace?
- a) Aplica agua destilada
b) Aplica solo el spray
c) Alcohol etílico al 96%
d) No lo sé
- 52.- ¿Cómo retira el espejo una vez que terminó el procedimiento?
- a) Se afloja el tornillo, se retira en posición horizontal con las valvas abiertas hasta el tercio distal de la vagina, cerca del introito vaginal se gira a la forma vertical y se retira suavemente
b) Se afloja el tornillo, se retira en posición vertical con las valvas cerradas hasta el tercio medio de la vagina, cerca del introito vaginal se gira a la forma horizontal y se retira suavemente
c) No lo sé
- 53.- Una vez que termina el procedimiento ¿dónde coloca el espejo si éste es de metal?
- a) Alcohol
b) Agua y jabón
c) Al aire libre en un depósito
d) Alkazine si el espejo es de metal
e) No lo sé
f) Otro: _____
- 54.- ¿Qué solución utiliza para el fijado de la muestra?
- a) Spray
b) Spray o alcohol etílico al 96%
c) Spray o alcohol etílico al 70%
d) No lo sé
- 55.- ¿Cuál es el tiempo en que debe fijarse la muestra después de haberla tomado?
- a) 5 a 10 segundos
b) 15 a 20 segundos
a) Inmediatamente
b) No lo sé
- 56.- Si utiliza spray ¿cuál es la distancia a la que debe disparar la solución?
- a) a 5 cm.
b) 10 a 14 cm.
c) 15 a 25 cm.
d) No lo sé
- 57.- ¿Cuál es el tiempo de disparo de la solución?
- a) 1 a 5 segundos
b) a 10 segundos
c) No lo sé
- 58.- ¿Cuánto tiempo se deja secar la laminilla?
- a) 50 segundos
b) 1 a 5 minutos
c) 5 a 10 minutos



- d) No lo sé
- 59.- Una vez que realizó la fijación ¿qué hace con la laminilla?
- a) La envuelve inmediatamente
 - b) La deja secar al medio ambiente
 - c) La seca con ventilador
 - d) No lo sé
- 60.- ¿Por qué es importante que las células se fijen adecuadamente en la laminilla?
- a) Se contaminan
 - b) Desparecen
 - c) Hay alteraciones celulares y autólisis enzimática
 - d) No lo sé
- 61.- ¿Cuál es el tratamiento que le da a la laminilla una vez que se secó?
- a) Se coloca en una cartera o se envuelve en papel estraza y se engrapa a la solicitud en la parte superior izquierda de la misma
 - b) Se envuelve en papel estraza y se pega con cinta adhesiva en la parte superior izquierda de la solicitud
 - c) Se coloca en un recipiente con las demás y la solicitud se envía aparte
 - d) No lo sé
- 62.- ¿En cuánto tiempo se entregan los resultados a la usuaria?
- a) semana
 - b) 1 a 3 semanas
 - c) Más de 3 semanas
 - d) No lo sé
- 63.- ¿Cómo se reporta el resultado en el estudio citológico?
- a) Negativo a cáncer, negativo con proceso inflamatorio, NIC I, NIC II, NIC III, CaCu in situ, CaCu micro invasor, adenocarcinoma, cáncer maligno no especificado y hallazgos adicionales
 - b) Negativo para lesión intraepitelial y/o maligno, anormalidades de las células epiteliales (Anormalidades del epitelio escamoso y anormalidades del epitelio glandular) y otros.
 - c) Negativo a cáncer, NIC I, NIC II y NIC III
 - d) No lo sé
- 64.- ¿Cuáles son los criterios para clasificar una muestra en función de la calidad?
- a) Excelente, buena, regular y deficiente
 - b) Adecuada e inadecuada
 - c) Alta, media y baja
 - d) Satisfactoria y no satisfactoria
 - e) No lo sé

V. CAPACITACIÓN

- 65.- ¿Usted ha recibido capacitación en la toma de muestras de citología cervical en el último año?
- a) Si
 - b) No

Si su respuesta es NO pase a la pregunta No. 72

- 66.- ¿Cuántas horas duró la capacitación? No. de horas: _____



- 67.- ¿Cómo fue la capacitación?
- a) Individual
 - b) Colectiva
- 68.- ¿Cómo fue la metodología de la capacitación?
- a) Teórico
 - b) Práctico
 - c) Teórico-práctico
 - d) Otro: _____
- 69.- ¿Quién la proporcionó?
- a) Personal médico
 - b) Personal de enfermería
 - c) Personal médico y de enfermería
 - d) Citotecnólogos
 - e) Patólogo
 - f) Otro: _____
- 70.- ¿Qué aspectos se cubrieron en la capacitación?
- a) Normatividad, técnica de la toma, anatomía del cérvix, entrevista a la usuaria y forma de envío
 - b) Técnica de la toma, entrevista a la usuaria y forma de envío
 - c) Técnica de la toma y anatomía del cérvix
 - d) Solo la técnica
 - e) Otro: _____
- 71.- ¿Cómo considera la capacitación que recibió?
- a) Excelente
 - b) Buena
 - c) Regular
 - d) Deficiente
- 72.- ¿Se realizan evaluaciones periódicas de la toma de citologías en su unidad o jurisdicción?
- a) Siempre
 - b) Ocasionalmente
 - c) Nunca
- 73.- ¿Quién realiza la evaluación?
- a) Jefatura general
 - b) Jurisdicción
 - c) Unidad o Centro de Salud
 - d) Todas
 - e) Otra: _____
 - f) No lo sé
- 74.- ¿Le dan a conocer los resultados de la evaluación?
- a) Si
 - b) No
 - c) No lo sé
- 75.- ¿Realizan diagnósticos de necesidades de capacitación en la Jurisdicción o en la Unidad?
- a) Si



- b) No
c) No lo sé
- 76.- ¿Con qué periodicidad realizan la evaluación?
- a) 5 meses a un año
b) 1 a 3 años
c) Más de 3 años
d) Otro: _____
e) No lo sé
- 77.- ¿Existe supervisión continua de la toma de muestras de citología cervical?
- a) Si
b) No
c) No lo sé
- 78.- ¿Se aplican medidas correctivas en caso de ser necesario?
- a) Si
b) No
c) No lo sé
- 79.- En promedio ¿cuántas muestras de citología realiza en una jornada de trabajo?
Número: _____
- 80.- Mencione cuáles son los principales problemas que usted identifica en la toma de muestras de citología cervical.

Instrumento elaborado por: Instrumentos del proyecto FOMIX FMSLP-2008-C01-85575.
Dra. Sandra Olimpia Gutiérrez Enríquez UASLP. Derechos reservados. Registro: 0018HCEI-
ENF09 30/01/2009



UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO
DIVISIÓN ACADÉMICA DE CIENCIAS DE LA SALUD



LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA TÉCNICA

Objetivo: conocer algunos aspectos relacionados con la calidad de las muestras de citología cervical con la finalidad de identificar áreas de oportunidad que permitan establecer estrategias para la mejora continua del programa de DOCACU. La identidad del personal se guardará en todo momento.

Instrucciones: Observe al profesional de enfermería y responda colocando una (X), el recuadro que refleje lo que observa considerando lo siguiente: 0 No realizado, 1 Parcialmente realizado y 2 Realizado.

		Calificación.		
No.	I.- RECEPCIÓN DE LA USUARIA	0	1	2
1	¿Es atenta (o) y amable con la usuaria a la recepción?			
2	¿Pregunta a la mujer si está en condiciones de realizarse la prueba?			
3	¿Informa claramente sobre el procedimiento y su utilidad?			

No.	III.- REGISTROS.	0	1	2
A).-	Identificación de la unidad			
4	¿Anotó la unidad médica?			
5	¿Anotó la delegación?			
6	¿Anotó la jurisdicción a la que pertenece?			
B).-	Identificación de la solicitante			
7	¿Anotó el número de afiliación?			
8	¿Anotó el número de consultorio y turno?			
9	¿Anotó la fecha?			
10	¿Anotó el nombre?			
11	¿Anotó la edad?			
12	¿Anotó el lugar de residencia (calle, número, municipio, entidad federativa y teléfono)?			
13	¿Anotó otro domicilio de referencia?			
C).-	Antecedentes			
14	¿Anotó la fecha de última citología?			
15	¿Anotó las condiciones Gineco-obstétricas a la detección?			
16	¿Anota en donde dice actualmente presenta?			
17	¿Anotó a la exploración se observa?			
18	¿Anotó si fue derivada con el médico familiar?			



D).- Generales			
19 ¿Anotó el utensilio con el que se tomó la muestra?			
20 ¿El personal anotó su nombre completo y legible?			
21 ¿Anotó la matrícula del responsable de la toma?			
22 ¿Utilizó para el llenado tinta negra?			
23 ¿Utilizó para el llenado letra de molde?			
24 ¿Registró los datos de la usuaria en la laminilla antes de la toma?			
25 ¿Registró los datos de la usuaria en el extremo izquierdo de la laminilla?			
26 ¿Los datos en la laminilla son legibles?			

No.	II.- PREPARACIÓN DE MATERIAL	0	1	2
27	¿Preparó el material a utilizar?			
28	¿Está completo el material?			

No.	IV.- PREPARACIÓN DE LA USUARIA	0	1	2
29	¿Solicita a la mujer que se ponga la bata?			
30	¿Indica a la mujer donde coloque su ropa?			
31	¿Indica a la mujer que no se retire los zapatos?			
32	¿Indica a la mujer ponerse en posición ginecológica?			
33	¿Indica a la mujer ponerse en la orilla de la mesa de exploración?			
34	¿La cubre con una sábana?			
35	¿Guarda en todo momento la privacidad de la usuaria?			
36	¿Orienta la fuente de luz con la lámpara de chicote hacia el área genital?			

No.	V.- TÉCNICA DE LA TOMA DE CITOLOGÍA	0	1	2
37	¿Fijó el espejo correctamente?			
38	¿Separa los labios e introduce el espejo sin ninguna sustancia?			
39	¿Introduce el espejo con las valvas cerradas, ángulo de 45 grados en forma vertical, pidió a la mujer que puxe, en el tercio medio de la vagina, lo gira, se abre, se localiza el cérvix y se fija?			
40	¿Localizó el cérvix en el primer intento?			
41	¿Maneja la laminilla por los bordes?			
42	¿Toma la primera muestra de exocervix con la espátula de Ayre?			
43	¿Obtiene la primera muestra, haciendo ligera presión, girando hacia la izquierda en un ángulo de 360 grados?			
44	¿Hace el extendido de la primera muestra en un movimiento horizontal, único y uniforme de izquierda a derecha evitando los grumos?			
45	¿Extiende la primera muestra en la mitad inferior de la laminilla?			
46	¿Toma la segunda muestra de endocervix con citobrush?			
47	¿Obtiene la segunda muestra del endocervix haciendo una ligera presión, girando a la derecha en un ángulo de 360 grados, evitando los sobregiros?			
48	¿Hace el extendido de la segunda muestra con movimiento horizontal único y uniforme de derecha a izquierda evitando los grumos?			



49	¿Extiende la segunda muestra en la parte media superior de la laminilla?			
50	¿Realiza la valoración ginecológica?			
51	¿En caso de que haya sangre aplica un poco de alcohol etílico de 96 grados?			
52	¿Retira el espejo en posición vertical con las valvas cerradas hasta el tercio medio de la vagina, cerca del introito se gira en forma horizontal y se retira suavemente?			
53	¿Da orientación a la usuaria de cómo cooperar antes, durante y después del procedimiento?			
54	¿Cumple las normas de asepsia durante el procedimiento?			
55	¿Una vez que termina el procedimiento coloca el espejo en un recipiente en los desechos?			
56	¿Realiza la fijación inmediatamente?			
57	¿Realiza la fijación con spray o alcohol etílico al 96%?			
58	¿Aplica el spray a una distancia de 15 a 25 cm?			
59	¿La duración de aplicación del spray duró de 1 a 5 segundos?			
60	¿Una vez fijada dejó secar al medio ambiente la laminilla de 1 a 5 minutos?			
61	¿Coloca la laminilla en la caja o lugar destinado para ello?			
62	¿Anota el resultado de la valoración ginecológica en la hoja de solicitud?			
63	¿Brinda orientación a la usuaria sobre la próxima cita y fecha de entrega de resultados?			

Codificación 126 puntos en total.

Categorización

PORCENTAJE	PUNTOS	NIVEL
80 – 100%	102 – 126	Bueno
55 – 79%	70 – 101	Regular
< de 55%	<70	Malo

Instrumento elaborado por: Instrumentos del proyecto FOMIX FMSLP-2008-C01-85575.
Dra. Sandra Olimpia Gutiérrez Enríquez UASLP. Derechos reservados. Registro: 0018HCEI-
ENF09 30/01/2009