

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA



TRABAJO DE INVESTIGACION:
**FACTORES LIMITANTES DEL CONTROL SUBSECUENTE EN TOMA DE
CITOLOGIA EN MUJERES DE 20-59 AÑOS QUE CONSULTAN EN LAS
UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR DE LOS PLANES DE
RENDEROS, SAN SALVADOR Y EL ZAPOTE, SAN LUIS LA HERRADURA,
LA PAZ PERIODO DE MARZO – MAYO 2015.**

PRESENTADO POR:
LILIANA LISSETTE MARTINEZ SANCHEZ
YANSI ESTEFANIA MOLINA CABRERA

PARA OPTAR AL TITULO DE:
DOCTOR EN MEDICINA

ASESOR:
DR. FRANCISCO GARAY CRUZ

SAN SALVADOR 24 DE AGOSTO 2015

INDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCION.....	2
OBJETIVOS.....	4
MARCO TEORICO.....	5
CANCER DE CERVIX.....	6
CITOLOGIA CERVICO-VAGINAL.....	11
TECNICA PARA LA TOMA DE CITOLOGIA.....	12
PROBABLES RESULTADOS DE CITOLOGIA.....	13
CUANDO REALIZARSE NUEVAMENTE LA CITOLOGIA.....	17
HIPOTESIS.....	23
DISEÑO METODOLOGICO.....	24
RESULTADOS.....	32
DISCUSION.....	78
CONCLUSION.....	82
RECOMENDACIONES.....	86
BIBLIOGRAFIA.....	89
ANEXOS.....	91

RESUMEN

En el presente trabajo, se pretendió investigar los factores limitantes en la subsecuencia de la toma de la citología, el conocimiento que tengan sobre este método y las prácticas que realiza en cuanto la periodicidad en la toma de Papanicolau.

La citología consiste en observar células obtenidas del cuello del útero a través del microscopio para estudiar su morfología y es de importancia para la prevención de cáncer de cervix por lo que el objetivo de la investigación es: Identificar los factores que limitan el control subsecuente en la toma de citología en mujeres entre las edades de 20 – 59 años que consultan las Unidades Comunitarias de Salud Familiar (en adelante UCSF) de los Planes de Renderos, San Salvador y El Zapote, San Luis la Herradura, La Paz periodo de marzo-mayo 2015. Metodología: la investigación es tipo cualitativa, descriptiva, con una muestra distribuida de 40 mujeres de cada UCSF en estudio, los instrumentos para recopilar la información del trabajo de campo fueron la guía de entrevista, dirigida a las mujeres en estudio y las guías de revisión de libros de censo, se tomó una muestra de 40 mujeres de cada UCSF a quienes se les administró una cédula de entrevista.

Los resultados del estudio reflejan que en la mayoría de las mujeres encuestadas de las dos UCSF en estudio existen limitantes como son: influye el pudor de la mujer al procedimiento de la citología y la preferencia por un proveedor del mismo género, son los principales determinantes para la aceptación de la tamizaje de la citología y de esa manera continuar sus controles.

Finalmente se determinó que factores socio-culturales como: religión, machismo y nivel de escolaridad no constituyen ningún impedimento para la realización de la citología cervico vaginal en las mujeres, entre las edades de 20 – 59 años que consultan las UCSF de los Planes de Renderos, San Salvador y El Zapote San Luis La Herradura, La Paz periodo de marzo-mayo 2015.

INTRODUCCIÓN

El cáncer cervico-uterino es una de las principales causas de muerte por cáncer en países de escasos recursos, se calcula que cada año se diagnostica a nivel mundial 466,000 nuevos casos y mueren 231,000 mujeres, de las cuales el 80% procede de países en desarrollo.

Según los datos de GLOBOCAN 2008(estadísticas de cancer), las tasas de incidencia y mortalidad ajustadas a la población mundial muestran que El Salvador se ubica entre los países en donde las mujeres tienen los mayores riesgos de enfermar y morir por cáncer cérvico uterino (tasas de incidencia por encima de 30 nuevos casos y mayores a 16 fallecidas por 100,000 mujeres).

La detección oportuna constituye la forma más efectiva para la prevención de este padecimiento e incluye dos importantes procesos, la toma y la interpretación de la muestra. Se dirige a toda mujer sin enfermedad cervico vaginal actual con vida sexual activa.El cáncer cervico-uterino es una de las principales causas de muerte por cáncer en países de escasos recursos, se calcula que cada año se diagnostica a nivel mundial 466,000 nuevos casos y mueren 231,000 mujeres, de las cuales el 80% procede de países en desarrollo.

En tal sentido, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), “a pesar de los esfuerzos realizados interinstitucionalmente, El Salvador se encuentra formando parte del grupo de países con más alta mortalidad por cáncer uterino en las Américas con una tasa de mortalidad de 20-25 por 100,000 mujeres”, sin embargo, se ha logrado detectar que esta enfermedad puede reducirse por medio de información y educación para contrarrestar los factores de riesgo.

Actualmente el Ministerio de Salud y la mayoría de los centros de salud cuentan con programas de tamizaje basado en la detección temprana de lesiones pre malignas del cuello uterino por medio del examen de citología cervico uterino, pero a pesar de ello el Salvador persiste como uno de los países con mayor mortalidad de esta patología.

Debido al incremento que se ha producido en la incidencia de cáncer cervico uterino, es necesario que las mujeres se realicen la citología cervico uterina periódicamente como método de detección temprana de esta y otras alteraciones, pero la cobertura a pesar de ir en aumento no representan el porcentaje importante, que disminuyan los índices de dicha patologías, entonces esto ha conducido a preguntar si existen factores que influyen a que la mujer no se tome la citología subsecuente por lo tanto el problema de estudio es el siguiente:

¿Cuáles son los factores limitantes que determinan el control subsecuente en la toma de citología en mujeres entre 20 – 59 años que consultan las UCSF de los Planes de Renderos, San Salvador y El Zapote San Luis La Herradura, La Paz periodo de marzo-mayo 2015?

OBJETIVO GENERAL

- Identificar los factores que limitan el control subsecuente en la toma de citología en mujeres entre las edades de 20 – 59 años que consultan las UCSF de los Planes de Renderos, San Salvador y El Zapote San Luis La Herradura, La Paz periodo de marzo-mayo 2015.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Describir los conocimientos sobre el tamizaje cérvico vaginal en las mujeres entre las edades de 20 a 59 años que consultan las UCSF en estudio.
- Conocer los Factores socio-culturales que limitan el control subsecuente en la toma de citología en mujeres entre las edades de 20 – 59 años que consultan las UCSF en estudio.
- Determinar la frecuencia de asistencia de las mujeres entre los 20-59 años de edad que consultan las UCSF en estudio para la toma de citología cérvico vaginal.

MARCO TEORICO

MARCO TEORICO

CÁNCER DE CÉRVIX.

a. Anatomía.

El útero forma parte del aparato reproductor femenino, se encuentra ubicado dentro de la pelvis, entre el recto y la vejiga, morfológicamente recuerda a una pera invertida. Su función es alojar al producto de la concepción hasta el momento del parto.

Posee dos zonas anatómicamente bien definidas:

1. El cuerpo: que corresponde a la parte más ancha del útero. En su interior se encuentra formado por capas, la más interna se denomina endometrio y la más exterior es la capa muscular o miometrio, que es la encargada de las contracciones uterinas al momento del parto.

2. El cérvix o cuello uterino: está ubicado inferiormente al cuerpo del útero, es largo y estrecho. En términos prácticos se puede afirmar que el cuello del útero cuelga en el interior de la vagina. La mucosa que lo recubre está en contigüidad con la vagina y se denomina ectocérvix, mientras que la que recubre el conducto o canal cervical, que lleva hasta la cavidad del cuerpo uterino se denomina endocérvix.

La parte del cuello uterino más cercana al cuerpo del útero se llama endocérvix. La parte próxima a la vagina, es el exocérvix (o ectocérvix). Los dos tipos principales de células que cubren el cuello del útero son las células escamosas (en el exocérvix) y las células glandulares (en el endocérvix). El punto en el que estos dos tipos de células se encuentran se llama “zona de transición”

b. Definición.

El Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos define el cáncer de cérvix de la siguiente manera: “Cáncer que se forma en los tejidos del cuello uterino (el órgano que conecta el útero con la vagina). Por lo general, es un cáncer que crece lentamente, que puede no tener síntomas pero que puede encontrarse con un frotis de Papanicolaou común (un procedimiento en el que se raspan células del cuello uterino y se observan bajo un microscopio). La causa del cáncer de cuello uterino es casi siempre por infección con el virus del papiloma humano (VPH)”. La mayoría de los cánceres de

cuello uterino se originan en la zona de transición.

c. **Patogenia.**

La característica principal del cáncer de cérvix es la lenta evolución que sufren, la mayoría de las ocasiones, las células sanas de la “zona de transición” hasta convertirse en cancerosas, debido a la interacción de los diversos estímulos ocasionados entre los llamados factores de riesgo y diversos factores genéticos.

Existen dos etapas previas que pueden sufrir las células en su paso de “normal a anormal”, puede las cuales son perfectamente diagnosticadas en la citología cérvico-uterina o Papanicolaou, estas reciben el nombre de LEI de bajo grado y LEI de alto grado. “Las LEI son consideradas precursoras del cáncer cervicouterino invasor, llamadas displasias en el pasado, pueden ser definidas como un espectro de cambios que comienzan como una neoplasia intraepitelial bien diferenciada y que finalizan con el cáncer invasor. Han sido representadas como un modelo de transición desde el precursor benigno hacia la enfermedad invasora no sólo observable bajo el microscopio del patólogo, sino también bajo la visión del ginecólogo la colposcopía. La historia natural de la enfermedad implica un fenómeno dinámico marcado no sólo por la progresión, sino también por persistencia e incluso regresión de la lesión”

1. Infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH): Éste es el principal factor de riesgo. Aproximadamente un 60% de la población femenina sexualmente activa ha tenido en algún momento alguna infección subclínica o clínica por VPH, esta característica convierte a dicho virus en la actualidad en uno de los mayores agentes causantes de enfermedades de transmisión sexual, su asociación es más fuerte que la existente entre tabaquismo y cáncer pulmonar.

Se ha calculado que existen 100 serotipos del VPH, algunos de ellos con más poder cancerígeno que otros.

Los virus de alto riesgo oncogénico⁵ son los serotipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45 y, los de bajo riesgo están representados especialmente por los serotipos 6 y 11.

2. Tabaquismo: La exagerada cantidad de sustancias cancerígenas que los cigarrillos

poseen y que, terminan en el torrente sanguíneo luego de su absorción mediante la respiración confiere a las mujeres tabaquistas el doble de posibilidades de padecer cáncer de cérvix y cualquier otro tipo de neoplasias.

3. Pobreza: La pobreza constituye uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de cáncer de cérvix. La falta de un adecuado ingreso económico no permite la búsqueda de posibles soluciones a lesiones pre cancerosas o a la toma misma de la citología vaginal.

4. Múltiples parejas sexuales: El múltiple contacto sexual con muchas parejas a lo largo de la vida, sin la protección conferida por un condón, incrementa la posibilidad de una infección por VPH.

5. Múltiples partos a término: La Sociedad de Cáncer de Estados Unidos manifiesta que la posibilidad de haber tenido relaciones sexuales sin protección para quedar embarazada hace que la mujer quede vulnerable ante las posibles infecciones por VPH, sin embargo no se sabe a ciencia cierta la relación entre multiparidad y cáncer de cérvix.

6. Infecciones vaginales frecuentes: condición asociada a los múltiples contactos sexuales sin protección.

7. Antecedentes de cáncer de cérvix en la familia: Según el Instituto del Cáncer de Estados Unidos, se piensa que existe algún tipo de “influencia genética” que hace que algunas mujeres tengan menos posibilidades de luchar contra las infecciones del VPH, haciendo que exista una doble o triple posibilidad para las mujeres de desarrollar esta neoplasia si hay algún antecedente familiar de primera línea, es decir que una hermana o madre.

V. Epidemiología.

Los datos epidemiológicos son poco alentadores para la situación del cáncer en general. En abril de 2013, el periódico “El Mundo” reveló algunas cifras concernientes a un estudio realizado por investigadores ingleses, latinos y estadounidenses y auspiciados por “The Lancet Oncology”, los datos arrojados sugieren que para el año 2020 los

casos de cáncer en el país aumentarán alrededor de un 34% (12,900 nuevos casos), contrario a lo esperado para el año 2009 que arrojaron cifras que rondaban los 9,400 casos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el registro mundial de cáncer conocido como GLOBOCAN, plantea estimaciones de 500,000 casos nuevos de cáncer cervical registrados cada año y según la Alianza para la Prevención del Cáncer Cervical (ACCP), en un informe emitido en Ginebra en el año 2004, reportó que casi el 80 por ciento de los estimados en el ámbito mundial, se diagnostican en América Latina, África y la India.

Un motivo importante que explica por qué la incidencia del cáncer cérvicouterino es manifiestamente mayor en los países en desarrollo que en los países desarrollados es la falta de programas de tamizaje eficaces, encaminados a detectar afecciones pre cancerosas y tratarlas antes de que progresen a un cáncer invasor.

En Estados Unidos, el cáncer de cérvix para el año 2008 reportó 12,300 nuevos casos y 4,500 muertes; América Latina, que sumó 68,000 nuevos casos y 31,400 muertes en el mismo período.

En Centro América para 2008, la incidencia y mortalidad del cáncer de cérvix superó en más del 50% al cáncer de mama. Para el año 2009, 1,123 pacientes fueron diagnosticadas con algún grado de neoplasia del cuello uterino.

En El Salvador, en el año de 2010 una de cada cuatro mujeres fueron diagnosticadas con cáncer de cérvix; según la OMS; 760 mujeres fallecieron ese mismo año en el país año a causa del cancer de cérvix.

En la actualidad, El Salvador posee la segunda tasa de mortalidad por los distintos tipos de cáncer más alta en Centro América: 97.5 por cada 100 mil habitantes, superado únicamente por Costa Rica quien tiene una tasa de 103.7 por cada 100 mil hab. Pero en cuanto a mortalidad femenina se refiere, nuestro país ocupa el primer lugar de la región con 102 muertes por cada 100 mil hab.

En los países en vías de desarrollo como el nuestro; entre el 50 y 60% de los casos de cáncer de cérvix se diagnostican en estadios avanzados de la enfermedad; lo que hace que su mortalidad sea elevada alrededor de un 49% llevando consigo altos costos en el manejo de las pacientes, así como graves implicaciones para la calidad de vida de ellas y de sus familias.

f. Signos y síntomas.

En las etapas tempranas del cáncer de cuello uterino, las lesiones pre cancerosas generalmente son asintomáticas.

La sintomatología aparece cuando éste ya se encuentra como cáncer in situ que ha invadido algún otro órgano. Al existir tal ocupación de tejidos los signos y síntomas que se presentan pueden ser:

1. Sangrado vaginal anormal.
2. Sangrado post coito vaginal.
3. Sangrado después de la menopausia.
4. Sangrado vaginal y manchado entre periodos menstruales.
5. Sangrado vaginal que dura más tiempo o en mayor cantidad a lo usual.
6. Sangrado después de una ducha vaginal o examen pélvico.
7. Una secreción vaginal inusual
8. Dolor durante las relaciones sexuales (coito vaginal).

g. Diagnóstico.

El frotis de células cervicales llamado Papanicolaou y conocido popularmente en la sociedad salvadoreña como “citología vaginal”, es el método más difundido y barato que existe en la actualidad para conocer la presencia de lesiones pre cancerosas o la evidencia del cáncer cervicouterino ya restablecido.

Existen además otras técnicas diagnósticas que en algunos países como El Salvador se están implementando por parte del sistema nacional de salud, esta prueba es conocida como “inspección visual con ácido acético” (IVAA). El método IVAA tiene una

sensibilidad igual o mejor que la del “pap” en la detección de lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado (HGSIL, por sus siglas en inglés), si bien su especificidad es generalmente menor y la cantidad de personal de salud entrenado que lo realiza es mucho menor en relación con los recursos humanos capacitados para tomar muestras de Papanicolaou.

h. Tratamiento.

Para las LEI de bajo y alto grado se pueden tener diversas opciones de tratamiento, todo depende el grado de la lesión. Estas acciones pueden ir desde terapias médicas hasta intervenciones quirúrgicas, decisión que debe de acompañarse con un examen colposcópico. Las LEI de alto grado deben de remitirse para efectuar toma de biopsia en cono, PEEA17 o criocirugía.

Cuando se confirma el diagnóstico de carcinoma invasor el tratamiento difiere según el caso (quirúrgico, radioterapia, etc.).

III. LA CITOLOGÍA CÉRVICO-VAGINAL O PAPANICOLAU

En El Salvador para el año 2012 la cobertura nacional de tomas de citologías vaginales fue de apenas un 17%, un dato aterradoramente bajo si se tiene en cuenta que la población fértil para ese mismo año fue de 2, 050,864 mujeres.

En El Salvador, la cobertura en toma de la citología muestra pocos avances debido a una serie de tabúes que surgen a partir de la escasa y mala educación sexual impartida en los centros escolares y en las familias. En muchos de los hogares el tema sigue siendo un mito que tiene como resultado directo el incremento anual de los embarazos en adolescentes, entre otros.

En el primer trimestre del 2013, el MINSAL lanzó por segundo año consecutivo una campaña para incentivar a la población a realizarse la citología vaginal y el auto examen

de mama. Esfuerzo grande, pero que se ha quedado corto; la campaña publicitaria no ha penetrado lo suficiente, el mensaje aun no ha sido asimilado por la población.

El Papanicolaou (Pap), es el primer y principal examen utilizado para detección temprana del cáncer de cérvix. Es una prueba rápida de efectuar, relativamente barata y sumamente accesible a para toda la población femenina.

“La prueba de Papanicolaou se desarrolló en los años treinta y se le dio el nombre de su inventor, el Dr. George Papanicolaou.” La citología cérvicouterino convencional conocida con los nombres de: prueba de Papanicolaou, frotis de Papanicolaou, frotis cervicouterino y citología vaginal, entre otros, identifica las células que tienen alguna alteración estructural.

MATERIAL NECESARIO PARA LA TOMA DE LA CITOLOGÍA

CERVICOUTERINA:

1. Consultorio con privacidad.
2. Mesa ginecológica.
3. Foco luminoso.
4. Un espéculo de metal o plástico.
5. Una espátula de ayre.
6. Un pequeño cepillo endocervical.
7. Portaobjetos con banda esmerilada.
8. Fijador.
9. Hisopo.

TÉCNICA PARA LA TOMA DE CITOLOGÍA CERVICOUTERINA SEGÚN EL MINISTERIO DE SALUD:

A) Con la paciente en posición ginecológica se introduce en la vagina un espéculo sin lubricar para exponer el cuello uterino. En los casos que presentan resequedad vaginal y hay dificultad para introducirlo, humedecer el espéculo con suero fisiológico.

B) Identificando el cérvix en su totalidad, primero tomar la muestra del exocérvix con la espátula de ayre, aplicando la parte más larga en el conducto cervical. Girar la espátula contra el cérvix en el sentido de la manecilla del reloj 360° con firmeza y colocar la

muestra en la mitad interna (próxima al extremo esmerilado), y luego tomar la muestra del canal endocervical con el cepillo endocervical y colocarla en la mitad externa de la lámina portaobjeto.

C) Si la espátula de ayre no raspa toda la zona de transformación, hágala girar de nuevo sobre el cuello uterino. Si es posible varias veces para cubrir toda la zona de transformación.

D) Colocar inmediatamente la muestra de la espátula de ayre en la laminilla porta objeto, haciéndola girar contra las manecillas del reloj.

E) El frotis debe tener un espesor suficiente, se debe tener en cuenta que si es demasiado delgado quedarán muy pocas células para la investigación.

F) Fijar de inmediato el material extendido con una solución fijadora a base del etanol al 95%, sostener la laminilla y mantener en posición horizontal mientras se rocía el fijador sobre ésta desde una distancia de 20 centímetros y así evitar que se lave la lámina. Dejar secar y luego colocar el depósito correspondiente.

3.6 PROBABLES RESULTADOS DE LA CITOLOGIA CERVICOUTERINA

En términos generales el resultado de una citología cervicouterina debe brindar información sobre tres componentes básicos:

- a) Calidad de la muestra.
- b) Categorización de los resultados.
- c) Interpretación y diagnóstico descriptivo de los hallazgos.

a) Calidad de la Muestra

Es uno de los indicadores más importantes en la evaluación de la citología y permite brindar información al médico remitente sobre el material que ha obtenido en la toma de la muestra; esto fomenta una mayor atención al momento de tomar muestras. Las categorías que se han utilizado son: Satisfactoria, insatisfactoria y una categoría intermedia denominada Satisfactoria pero limitada.

Satisfactoria: cuando en la boleta de solicitud se consigna todos los datos requeridos, el extendido contiene un número adecuado de células escamosas bien conservadas, y existe representación de la zona de transformación, que se estima con la presencia de células endocervicales.

Insatisfactoria: cuando la muestra no tiene boleta de solicitud, la lámina no está rotulada, la lámina está rota, la celularidad es muy escasa o existe factores (hemorragia, mala preservación, abundante presencia de células inflamatorias) que impiden valorar el extendido).

b) Categorías de los Resultados

Siguiendo las recomendaciones del Manual de Normas y Procedimientos para la Prevención y Control del Cáncer Cervicouterino, los hallazgos del frotis se reportan de acuerdo a las siguientes categorías generales:

No útil o frotis inadecuado: cuando la muestra es insatisfactoria.

Negativo a malignidad: el frotis no presenta alteraciones morfológicas de neoplasia maligna o de lesión premaligna (displasia).

Sospechosa de malignidad: existen alteraciones morfológicas pero no son concluyentes.

Positivo por malignidad: el frotis presenta alteraciones morfológicas en células epiteliales escamosas o glandulares, incluye:

Neoplasia Intraepitelial Cervical Grado I (NIC I) (Displasia Leve).

Neoplasia Intraepitelial Cervical Grado II (NIC II) (Displasia Moderada).

Neoplasia Intraepitelial Cervical Grado III (NIC III) (Displasia Severa)/carcinoma

Carcinoma de Células Escamosas.

Adenocarcinoma.

c) Interpretación y diagnóstico descriptivo de los hallazgos.

Sistema Bethesda

El sistema de Bethesda para informar la citología cervical, fue desarrollado por un grupo de expertos en citología, histopatología y ginecología en 1988 y ha sido objeto de dos revisiones posteriores. Este sistema se realizó con el propósito de informar la citología cervical de una manera clara, proporcionar información relevante al médico y fomentar la comunicación eficaz entre el médico y el laboratorio; en él se introduce una nueva nomenclatura que en contraste con las nomenclaturas que han estado en uso (NIC o displasias), introduce una interpretación descriptiva de los hallazgos.

El Sistema de Bethesda define una clasificación general y la interpretación de resultados.

La clasificación general incluye:

1.- Negativo para Lesión Intraepitelial o Malignidad: cuando no existe ninguna anomalía de las células epiteliales.

2.- Anomalía en Células Epiteliales: cuando se identifican alteraciones celulares de lesiones premalignas o malignas en las células escamosas o en las células glandulares. En esta se incluyen únicamente dos categorías para las lesiones intraepiteliales escamosas, basándose en que los criterios clínicos de decisión terapéutica (seguimiento o realización de colposcopia) y en que un menor número de categorías disminuye la posibilidad de la variabilidad entre observadores en la interpretación de resultados. Las dos categorías son:

Lesión Intraepitelial Escamosa de Bajo grado (LEIBG) que incluye infección por HPV y NIC 1 (displasia leve).

Lesión Intraepitelial Escamosa de Alto Grado (LEIAG) que incluye NIC II y NIC III (displasia moderada, displasia severa y carcinoma in situ).

La clasificación de Bethesda introduce la categoría Células Escamosas Atípicas que utiliza el término ASC-US (células escamosas atípicas con significado indeterminado) la cual refleja las limitaciones inherentes al examen y la dificultad para interpretar ciertos cambios celulares con precisión y reproducibilidad que existe en ciertos casos para brindar un diagnóstico definitivo.

La categoría Carcinoma Escamoso es definida como un tumor maligno invasor que presenta diferenciación escamosa de las células.

En cuanto a las anormalidades de células glandulares, el Sistema de Bethesda también ha incorporado cambios en el modo de informar las anomalías de estas células tomando en cuenta que los hallazgos glandulares atípicos involucran un aumento de riesgo de que exista una entidad neoplásica maligna relacionada y deben ser clasificados, siempre que sea posible, según el tipo de célula glandular identificada (endocervical o endometrial), para fines de seguimiento y de tratamiento.

CAMBIOS CELULARES BENIGNOS:

A. INFECCIÓN

Candidiasis vaginal: el tratamiento específico de la pareja: clotrimazole, fluconazole o ketoconazole. Oral, tópico, vaginal. Repetir PAP en 2 años.

Tricomonas vaginalis: tratamiento específico a la pareja: tinidazol o metronidazole. Repetir PAP en 2 años.

Vaginosis bacteriana: tratamiento específico: metronidazole o clindamicina. Repetir en 2 años.

Vaginitis bacteriana, clamidia: tratamiento específico a la pareja: amoxicilina, azitromicina. Repetir PAP en 2 años.

Herpes genital: tratamiento específico a la pareja: aciclovir oral. Repetir PAP en 6 meses.

B. INFLAMACION:

Inflamación severa: tratamiento específico/inespecífico: repetir PAP en 6 meses si inflamación es severa y persistente referir a colposcopia.

Vaginitis atrófica: tratamiento inespecífico: estrógenos conjugados. Repetir PAP en 3 meses.

C. Insatisfactorio para evaluación por calidad de la muestra: repetir inmediatamente

D. Satisfactoria para evaluación/negativa para lesión intraepitelial: repetir PAP en dos años

E. Tres satisfactorias para evaluación/ negativa para lesión intraepitelial o malignidad:
repetir en tres años.

CUÁNDO REALIZARSE NUEVAMENTE LA CITOLOGÍA

CERVICOUTERINA:

¿Hay un resultado normal?

Si hay un resultado normal volverá a realizarse la citología en 1 año, si hay 2 resultados normales continuos cada 2 años

¿El resultado es inadecuado?

Si el resultado es inadecuado se repetiría la citología.

¿Si es una citología con atipia incierta?

Si tiene una citología con atipia incierta su ginecólogo puede ofrecerle tres procedimientos:

Buscar si tiene Virus Papiloma Humano.

Realizar una colposcopia en NIC (neoplasia intracervical) I, II, III.

Recomendar una nueva citología en 6 meses para ver si las células anómalas han desaparecido.

¿Si hay una lesión de bajo grado?

Si hay una lesión de bajo grado hay dos posibilidades:

1) Si tiene menos de 25 años, repetir la citología cervical a los 6 meses, ya que es muy probable que las células anormales hayan desaparecido.

2) Realizar una Colposcopia.

¿Si hay una lesión de alto grado?

Si hay una lesión de alto grado: estas células no suelen desaparecer espontáneamente, sino que precisan un tratamiento. Por lo tanto le indicarán realizar una colposcopia para examinar el cuello del útero.

La prevención es la herramienta más importante en la lucha contra el cáncer cérvicouterino. Esto representa desafíos importantes para las mujeres, especialmente las

de bajos recursos económicos.

Las mujeres, en particular las de países en desarrollo, no tienen acceso a los servicios de salud gratuitos, o no tienen dinero para pagar los análisis. Además, si estos servicios están disponibles probablemente están en los centros urbanos, limitando su acceso a las mujeres que viven en zonas rurales.

Comúnmente, la mujer le da prioridad a la salud de su familia que a la propia. Si hay dinero para servicios médicos, ella lo gastará en sus hijos y no en sí misma. El temor a su pareja también puede desalentar a la mujer de hacerse las pruebas periódicas para detectar el cáncer cérvicouterino; ya que el esposo puede oponerse a que visite al ginecólogo, a pagar por la prueba o por el costo del transporte a la clínica o al hospital.

En muchas sociedades la mujer no controla sus relaciones sexuales. El que la mujer tenga o no control de cuándo, cómo y con quien tiene contacto sexual es de suma importancia para poder protegerse contra el VPH.

En Latinoamérica los exámenes normalmente tienden a estar vinculados a los programas de planificación familiar, beneficiando primordialmente a mujeres menores de 30 años. Dado que el grupo de mujeres que corre el mayor riesgo de cáncer cérvicouterino es de 25-60 años de edad, estos programas no son muy eficaces.

La falta de información sobre el procedimiento, o el temor a los resultados puede disuadir a la mujer de hacerse los exámenes periódicos. La incidencia y la severidad de una enfermedad tan fácilmente detectable y prevenible deberían convertirse en un llamado a la acción para los profesionales de la salud, los formuladores de política y defensoras de género.

Teóricamente, la incidencia del cáncer cérvicouterino puede ser reducida hasta en 90 por ciento en los lugares en que la calidad del tamizaje y la cobertura son altas. Pese a las ventajas conocidas del tamizaje citológico dadas principalmente por su especificidad, costo-beneficio, aceptación y resultados que lo ubican como el mejor y más aceptado de

los métodos de tamizaje en la actualidad, este no está exento de inconvenientes tales como la alta tasa de falsos negativos que puede alcanzar cifras de hasta un 40%. Pero en los países en desarrollo donde ocurren aproximadamente 80 por ciento de los nuevos casos muchas mujeres nunca se han sometido a una prueba de Papanicolaou.

Las mujeres que se han sometido a tamizaje a menudo tienen menos de 30 años y, por consiguiente, se hallan en bajo riesgo de tener anomalías cervicouterinas. Esta menor efectividad del tamizaje ha sido explicada además de una mala definición población objeto del tamizaje, a una no oportuna aplicación del método a las mujeres con riesgo, a problemas en la técnica de laboratorio, a inadecuada comunicación de los resultados de laboratorio a la mujer y al médico tratante, a no lograr que la mujer asista a la investigación completa de la citología anormal como también a que reciba el tratamiento y seguimiento adecuado. Por último, la ausencia de una permanente evaluación de los programas de detección y tratamiento.

Los programas de prevención secundaria del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe no han dado lugar a las importantes reducciones de la morbilidad y la mortalidad que se han observado en los países industrializados de Europa y América del Norte. Los programas tradicionales de prevención y control del cáncer cervicouterino basados en el tamizaje, diagnóstico y tratamiento han sido además muy costosos. En 2001, Costa Rica notificó que las inversiones en programas contra el cáncer cervicouterino superaron los 86 millones de dólares, anuales. Frente a estos antecedentes de elevados costos programáticos y a cuestiones de calidad de los programas, una vacuna contra el VPH sería una gran herramienta para prevención primaria, que mejoraría significativamente las perspectivas para el control integral del cáncer cervicouterino.

La identificación definitiva de ciertos tipos de VPH como agentes causales en la carcinogénesis cervicouterino condujo al rápido desarrollo de vacunas contra el VPH y su posterior puesta a prueba en poblaciones humanas con resultados excelentes.

Hasta la fecha, se han desarrollado vacunas de subunidades contra el VPH monovalente

(tipo 16), bivalente (tipos 16 y18) y tetravalente (tipos 6, 11, 16 y18). Se ha observado que todas estas vacunas son notablemente inmunogénicas, produciendo respuestas inmunitarias humorales significativas, e intensas respuestas mediadas por células, en grados superiores a los observados en las infecciones adquiridas naturalmente.

Estas vacunas son también sumamente eficaces en la prevención de infecciones persistentes de tipos específicos, así como de las anomalías citológicas cérvicouterinas asociadas y las lesiones precancerosas. No obstante, es preciso recalcar que incluso aunque las vacunas contra el VPH potencialmente reducirían la carga de cáncer cérvicouterino en cerca de 70%, la vacunación no reemplazará el tamizaje del cáncer cérvicouterino.

El cáncer guarda una relación directa con la condición social y económica. Los factores de riesgo de cáncer abundan más en los grupos cuyo nivel de estudios es más bajo. Además, los enfermos pertenecientes a las clases sociales más bajas acusan un índice de supervivencia inferior a los de las clases más altas. Las mujeres de más edad y de mayor nivel de riesgo, suelen desconocer que el cáncer cérvicouterino es una enfermedad prevenible y que la prueba de Papanicolaou desempeña una función importante en la prevención.

Prevenir significa eliminar o reducir al mínimo la exposición a las causas de cáncer y reducir la vulnerabilidad individual a los efectos de dichas causas. Este enfoque es el que más posibilidades encierra en el plano de la salud pública y el que más rentable resulta a largo plazo en la lucha contra el cáncer.

La detección precoz comprende tanto el diagnóstico precoz que se practica en la población que muestra síntomas como el tamizaje practicado en la población que no muestra síntomas, pero que corre riesgos. Cuanto antes se detecte y se diagnostique el cáncer, mayores serán las posibilidades de que el tratamiento curativo tenga éxito. Los enfermos con un diagnóstico precoz, que reciben un tratamiento óptimo tienen a los cinco años un índice de supervivencia del 75% o superior.

Hay que concentrar los esfuerzos en las mujeres más expuestas a sufrir cánceres

invasores, es decir las de 35 años o más en el caso del cáncer cérvicouterino, las mujeres que corren mayor riesgo de contraer este tipo de cáncer son, por lo general, las últimas en acudir a los servicios de salud.

Investigaciones en varios países demuestran que muchas mujeres desconocen la importancia del diagnóstico y tratamiento temprano de las lesiones cervicales en la prevención del cáncer cervical. Además, esta población no comprende la importancia del seguimiento (en diagnóstico, tratamiento y re-tamizaje) cuando el resultado de la citología cérvicouterino resulta anormal.

Una de las barreras más importantes identificadas en las mujeres que solicitan el tamizaje para el cáncer cérvicouterino es la falta de acceso a información sobre la enfermedad. Las mujeres requieren información que no solo describa lo básico del cáncer cervical, sino que también les explique los conceptos en la prevención del mismo. La falta de acceso a los servicios de análisis y tratamiento adecuados de uno de los tipos de cáncer más prevenible, detectable y tratable, se ha convertido en una causa importante de mortalidad entre las mujeres, particularmente en las mujeres pobres en las Américas.

TAMIZAJE

“Se recomienda iniciarla a partir de la primera relación sexual en un período no menor de 6 meses posterior a la primera relación sexual de la mujer, independientemente de la edad.

“Las recomendaciones previas a la toma de la citología cérvico vaginal serán:

1. Preferentemente será tomada en período sin menstruación o sangramiento (aunque no es una contraindicación absoluta)
2. Posterior al parto, el momento recomendado es a partir de las ocho semanas.
3. No deben efectuarse duchas vaginales, relaciones sexuales, ni utilizar medicamentos dentro de la vagina en las 24 horas previas a la toma de la muestra.
4. El frotis será tomado antes del tacto vaginal y colocación de espéculo sin gel.

5. No realizar biopsia vaginal, cervical o endometrial ni extirpación de pólipos antes de tomar la muestra.

6. Para la toma de citología cérvico vaginal se utilizará espátula de Ayre Modificada, deberá tomarse primero muestra del exocervix y posteriormente el endocervix (en este caso se deberá utilizar el hisopo).

7. Las instituciones o establecimientos de salud deberán disponer de cepillo endocervical, para ser utilizados en los siguientes casos:

a. cuellos de nulípara, b. mujeres posmenopáusicas; c. mujeres posterior a un parto por cesárea y en casos especiales post tratamiento (crioterapia, cerclajes, cono quirúrgicos, leep y otros)”

Resultados:

Todo informe citológico suele tener, al menos, tres tipos de resultados: microbiológico, hormonal y morfológico.

a. Microbiológico: indica si existen bacterias que estén causando algún tipo de infección; además que indica el tipo de microorganismo que la produce: cocos, gardnerellas, chlamydias, trichomonas, hongos, virus herpes, virus del papiloma humano (HVP).

b. Hormonal: indica el nivel de hormonas (estrógenos y progesterona) de la mujer, y por tanto si hay concordancia con el momento del ciclo menstrual o con la edad de la mujer.

c. Morfológico: indica si existen alteraciones en la forma de las células epiteliales de la muestra (benignidad o malignidad):

1 ASCUS: células escamosas atípicas de significado incierto.

2 LEI: lesión escamosa intraepitelial.

3 HPV: virus del papiloma humano.

4 NIC: neoplasia cervical intraepitelial.

HIPOTESIS

“Factores como la falta de educación académica formal, escasa educación sexual, y desconocimiento de los usos de la citología cérvico-uterina contribuyen de manera negativa en la poca aceptación del Papanicolaou en la población en estudio”

DISEÑO METODOLÓGICO

DISEÑO METODOLÓGICO.

TIPO DE INVESTIGACIÓN.

Es de tipo descriptiva, y comparativa. Se considera de tipo descriptiva debido a que se pretende evaluar los factores relacionados a la toma de la citología cérvico vaginal y la prevención del cáncer de cérvix; es comparativa porque estudia la relación del cáncer de cérvix con las variables determinadas y se basa en datos obtenidos en un momento puntual.

La investigación tendrá un período de tres meses durante el primer semestre de 2015, abarcando los meses de marzo, abril y mayo del presente año, tiempo en el cual se estará realizando la encuesta y se ordenan los datos necesarios.

El UNIVERSO: es la población femenina que consulta la UCSF Planes de Renderos y UCSF El Zapote La Herradura.

MUESTRA: que se utilizara es aleatoria, se utilizaron los censos médicos comprendidos en el período de estudio previamente determinado de las UCSF en estudio.

VARIABLES/DESCRIPTORES.

Llamaremos variables a los elementos del estudio que tiene carácter cuantitativo y descriptores a todos aquellos que son de tipo cualitativo.

Variables.

-Edad.

-Escolaridad

Descriptores

-Conocimientos sobre el tamizaje cervicovaginal.

-Apoyo de la pareja sexual

-Objetivos del Papanicolaou

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	SUBVARIABLE	INDICADORES
<p>OBJETIVO N° 2</p> <p>Factores socio-cultural</p>	<p>Características propias de cada individuo que permiten su inclusión en un estrato poblacional determinado, excluyente y homogéneo para dicha característica</p>	<p>Edad</p> <p>Domicilio</p> <p>Nivel educativo</p> <p>Estado civil</p> <p>Religión</p> <p>Ocupación</p> <p>Número de hijos</p>	<p>20-29 años 30-39 años 40-49 años 50-59 años</p> <p>Urbano Rural</p> <p>Ninguna Primaria Secundaria Bachillerato Educación no universitaria Superior</p> <p>Soltera Casada Acompañada Divorciada Viuda</p> <p>Católica Cristiana</p> <p>Ama de casa Empleada informal Empleada formal</p> <p>1-2 3-4</p>

			5 o mas Ninguno
<p>OBJETIVO N° 2</p> <p>Conocimientos sobre tamizaje cervicovaginal</p>	<p>Conjunto de ideas que cada individuo posee acerca del tamizaje cervicovaginal</p>	<p>Definición</p> <p>Han recibido información</p> <p>Fuente de información</p> <p>Importancia que tiene la citología</p>	<p>Es un examen para ver como esta uno de la parte. Es un examen que le hacen a uno para prevenir enfermedades. Examen para prevenir Ca de la matriz Examen para detectar infección de la matriz</p> <p>Para ver si hay enfermedad de la parte Para detectar si hay cáncer o infección de la matriz</p> <p>SI NO</p> <p>Trabajador de salud familia</p>

			<p>amigos no ha recibido no recuerda</p> <p>sentirse segura de estar sana importante para ver si hay enfermedad o infección prevenir enfermedades forma de detectar cáncer</p>
<p>OBJETIVO N°3</p> <p>Frecuencia de asistencia</p>	<p>Practicas realizadas por un individuo que le permiten asistir a sus controles medicos.</p>	<p>Cada cuanto se realiza la citología</p> <p>Regresa por su resultado</p> <p>Cual fue el resultado de su ultima citología</p> <p>Razón por la cual ha suspendido controles</p>	<p>Cada año Cada 2 años No recuerda</p> <p>Si No</p> <p>Salió bien Salió con infección Salió con inflamación Salió con lesión en la matriz No recuerda</p> <p>Porque tengo trabajo que hacer en la casa y cuidar los niños No tengo tiempo por mi trabajo Por problemas económicos Porque no me he</p>

			<p>enfermado Porque mucho tiempo se tardan en la unidad</p>
		<p>Considera necesario volver a sus controles</p>	<p>Si, para prevenir alguna enfermedad Si, para saber cómo estoy Si, ya tiempo no me la hago No me interesan los controles</p>
		<p>Le da permiso su esposo o compañero de vida</p>	<p>Si No</p>
		<p>El grupo religioso le permite la toma de citología</p>	<p>Si No</p>

FUENTE DE INFORMACIÓN

Pacientes que consultan las UCSF en estudio para la toma de citología cervico vaginal y los libros de censo de toma de citología.

TECNICAS DE OBTENCION DE INFORMACIÓN

Se obtendrá la información por medio de realización de cédula de entrevista y guía de revisión de libros de censo.

HERRAMIENTAS PARA OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN

- Cédula de entrevista.
- Guía de revisión de libros de censo.

CONSIDERACIONES ETICAS

A las pacientes que formaron parte de la investigación, se les aplicará una guía de entrevista previa explicación de los objetivos de la misma.

La participación de las mujeres de 20-59 años se realizará de manera voluntaria y anónima.

PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE INFORMACIÓN

PROCESAMIENTO

-Para el procesamiento de los datos obtenidos, se totalizará, calificará y clasificará de acuerdo con el cuestionario de la cédula de entrevista para la valoración de conocimientos sobre la citología vaginal y el cáncer de cérvix

-Se obtendrán frecuencias de los datos obtenidos.

-Se presentarán los datos objetivo por objetivo.

ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

- Citología vaginal.
- Virus del Papiloma Humano.
- Educación sexual.
- Participación de la pareja sexual en la toma de decisión para la realización de la citología vaginal.
- Citologías vaginales con alteraciones displasias.

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

RESULTADOS

TABULACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS.

A continuación se presentan los resultados de la investigación realizada en la UCSF de los Planes de Renderos y UCSF el Zapote, San Luis la Herradura, sobre la subsecuencia de la toma de la citología.

La muestra objeto de estudio estuvo constituida por 40 mujeres entre 20 y 59 años que residen en el área urbana y rural de la comunidad de las UCSF en estudio a quienes se les dirigió la guía de entrevista, con la cual se obtuvieron los resultados de los factores limitantes en la subsecuencia de la toma de la citología.

Para la tabulación de los datos se utilizó la frecuencia y su respectivo porcentaje, en donde se incluyen los cuadros.

$$\% = \frac{\text{Fr}}{N} \times 100$$

N

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS DE UCSF DE LOS PLANES DE RENDEROS, SAN SALVADOR Y UCSF EL ZAPOTE, SAN LUIS LA HERRADURA, LA PAZ.

CUADRO N°1

TEMA: GRUPO ETÁREO DE LAS MUJERES ENTREVISTADA EN ESTUDIA EN UCSF DE LOS PLANES DE RENDEROS.

EDAD	FRECUENCIA	%
20-29 años	10	25%
30-39 años	15	37.5%
40-49 años	5	12.5%
50-59 años	10	25%
TOTAL	40	100%

FUENTE: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS: En el cuadro No. 1, se refleja los diferentes rangos de edad de las mujeres. El 25% corresponde a las edad de 20 a 29 años; el 37.5% esta dado por las mujeres de 30 a 39. Además se observa que las mujeres de 40 a 49 años de edad representan el 12.5%; finalmente las mujeres de 50 a 59 años representan el 25%.

INTERPRETACIÓN: Con base a los datos obtenidos se tiene que la mayoría de las mujeres que conforman la muestra se encuentra entre las edades de 30-39 años (15 mujeres); el siguiente grupo etáreo más numeroso es el de 20 a 29 años y 50 a 59 años (20 mujeres).

Saber la frecuencia de los grupos etáreos es de interés; ya que determinara si la edad de la mujer influye en la no toma de citología.

CUADRO No. 2

TEMA: GRUPO ETÁREO DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS DE LA UCSF EL ZAPOTE, SAN LUIS LA HERRADURA.

EDAD	N°	%
20-29 años	11	27.5%
30-39 años	15	37.5%
40-49 años	9	22.5%
50-59 años	5	12.5%
TOTAL	40	100%

FUENTE: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS: En el cuadro No. 2, se refleja los diferentes rangos de edad de las mujeres, El 27.5% corresponde a las edad de 20 a 29 años; el 37.5% está dado por las mujeres de 30 a 39 años. Además se observa que las mujeres de 40 a 49 años de edad representan el 22.5%; finalmente las mujeres de 50 a 59 años representan el 12.5%.

INTERPRETACIÓN: Con base a los datos obtenidos se tiene que la mayoría de las mujeres que conforman la muestra se encuentra entre las edades de 30 a 39 años (15 mujeres); el siguiente grupo etáreo más numeroso es el de 20 a 29 años (11 mujeres).

CUADRO No. 3

TEMA: PROCEDENCIA DE LA POBLACION FEMENINA EN ESTUDIO
DE LA UCSF DE LOS PLANES DE RENDEROS

PROCEDENCIA	FRECUENCIA	%
URBANO	32	80%
RURAL	8	20%
TOTAL	40	100%

FUENTE: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS: En el cuadro N°3, se refleja la procedencia de la población femenina en estudio, de la zona urbana representa el 80% y la zona rural 20%.

INTERPRETACIÓN:

se observa que de las 40 mujeres entrevistadas, la mayoría (80%) son de procedencia urbana y el 20% son de procedencia rural.

CUADRO N°4

TEMA: PROCEDENCIA DE LA POBLACION EN ESTUDIO DE LA UCSF EL ZAPOTE, SAN LUIS LA HERRADURA

PROCEDENCIA	N°	%
URBANO	3	7.5%
RURAL	37	92.5%
TOTAL	40	100%

FUENTE: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

ANALISIS: En el cuadro N°4, se refleja la procedencia de la población femenina en estudio, donde la zona rural representa el 92.5% y la zona urbana 7.5%.

INTERPRETACION:Se observa que de las 40 mujeres entrevistadas, la mayoría (92.5%) son de procedencia rural y el (7.5%) son de procedencia urbana.

CUADRO No. 5.

TEMA: NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LA UCSF DE LOS PLANES DE RENDEROS.

CATEGORÍA	No.	%
NINGUNA	4	10%
PRIMARIA	14	35%
SECUNDARIA	8	20%
BACHILLER	6	15%
EDUCACION NO UNIVERSITARIA	5	12.5%
EDUCACION SUPERIOR	3	7.5%
TOTAL	40	100%

FUENTE: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS: En el cuadro N° 5, se representan los resultados del nivel de escolaridad de las mujeres encuestadas. El 10 % de las mujeres no han realizado ningun estudio . El 35% estudio hastala primaria, el 20% secundaria. Otro 15% ha llegado al nivel de bachillerato, el 12.5% educacion no univercitaria y finalmente el 15 % ha cursado estudio superior.

INTERPRETACIÓN: Es importante conocer el nivel de escolaridad; ya que la preparación académica que pueda tener una persona es un reflejo del nivel de escolaridad. Así se tiene que la mayoría de las mujeres han cursado solamente educacion basica, es decir, de primero a sexto grado; seguido de la secundaria.

CUADRO N°6

TEMA: NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LA POBLACION EN ESTUDIO
DE LA UCSF EL ZAPOTE, SAN LUS LA HERRADURA

CATEGORIA	N°	%
NINGUNA	18	45%
PRIMARIA	9	22.5%
SECUNDARIA	7	17.5%
BACHILLER	2	5%
EDUCACION NO UNIVERSITARIA	3	7.5%
EDUCACION SUPERIOR	1	2.5%
TOTAL	40	100%

FUENTE:Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio

ANÁLISIS: En el cuadro N°6,En cuanto al nivel de escolaridad en la unidad de salud El Zapote la mayoría de mujeres entrevistadas (45%) no ha recibido educación escolar, seguido del 22.5% que representan educación primaria, 5% es bachiller y el 2.5% tiene educación superior.

INTERPRETACIÓN: El nivel de escolaridad es importante ya que se puede apreciar que de 40 mujeres entrevistadas 18 no han recibido ninguna educación, 9 mujeres han estudiado primaria y solamente 1 cuenta con educación universitaria.

CUADRO No. 7

TEMA: GRUPO RELIGIOSO AL QUE ASISTE , LA POBLACION EN ESTUDIO, UCSF DE LOS PLANES DE RENDEROS.

CATEGORIA	No.	%
CATOLICA	20	50%
EVANGELICA	18	45%
NINGUNO	2	5%
TOTAL	40	100%

FUENTE: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS: En este cuadro se plasman los datos del grupo religioso al que pertenecen las mujeres en estudio. El 50% son católicas, 45% son evangélicas y el 5% ninguno.

INTERPRETACIÓN: Se puede determinar que hay un ligero predominio del grupo religioso católico, esto es importante porque después se analizara si el grupo religioso juega un papel importante en la no toma de la citología.

CUADRO N°8

TEMA. GRUPO RELIGIOSO AL QUE ASISTE LA POBLACION EN ESTUDIO DE LA UCSF EL ZAPOTE,SAN LUIS LA HERRADURA.

CATEGORIA	N°	%
CATOLICA	24	60%
EVANGELICA	13	32.5%
NINGUNO	3	7.5%
TOTAL	40	100%

FUENTE: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS: En este cuadro se plasman los datos del grupo religioso al que pertenecen las mujeres en estudio. El 60% son católicas, 33.5% son evangélicas y el 7.5% ninguno.

INTERPRETACIÓN: Se puede determinar que hay un ligero predominio del grupo religioso católico, esto es importante porque después se analizara si el grupo religioso juega un papel importante en la no toma de la citología.

CUADRO No. 9

TEMA: ESTADO FAMILIAR DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS DE LA UCSF DE LOS PLANES DE RENDEROS.

ESTADO FAMILIAR	No.	%
SOLTERA	5	12.5%
CASADA	10	25%
ACOMPAÑADA	19	47.5%
SEPARADA	4	10%
DIVORCIADA	0	0%
VIUDA	2	5%
TOTAL	40	100%

FUENTE: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio

ANÁLISIS: En el cuadro , se plasman los resultados del estado familiar. De las 40 mujeres que se les administró la cédula de entrevista el 12.5% refirieron ser solteras; mientras que el 25% manifestaron ser casadas, otro 47.5 % manifestaron estar acompañadas, un 10% separadas, divorciadas 0% y el 5% son viudas.

INTERPRETACIÓN: Los resultados indican que la mayoría de mujeres tiene como estado familiar; ser acompañadas, seguido de este grupo están las mujeres casadas. Las mujeres casadas y acompañadas; hacen un total de 29 mujeres; este dato es importante; ya que se determinará si el compañero de vida o esposo impide a las mujeres la toma de la citología.

CUADRO N° 10

TEMA: ESTADO FAMILIAR DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS DE LA UCSF DE EL ZAPOTE, SAN LUIS LA HERRADURA.

ESTADO FAMILIAR	No.	%
SOLTERA	4	10%
CASADA	9	22.5%
ACOMPAÑADA	24	60%
SEPARADA	1	2.5%
DIVORCIADA	1	2.5%
VIUDA	1	2.5%
TOTAL	40	100%

FUENTE: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio

ANÁLISIS: Los resultados del estado familiar de las encuestadas revelan que la mayoría 60% manifiestan estar acompañadas, 22.5% manifestaron ser casadas, mientras que 10 % manifestaron ser solteras y un 1% separadas, divorciadas e igual porcentaje son viudas.

INTERPRETACIÓN: Los resultados indican que la mayoría de mujeres tiene como estado familiar; ser acompañadas, seguido de este grupo están las mujeres casadas. Las mujeres casadas y acompañadas

CUADRO No. 11

TEMA: OCUPACIÓN QUE DESEMPEÑAN LAS MUJERES ENTREVISTADAS DE LA UCSF DE LOS PLANES DE RENDEROS.

CATEGORÍA	No.	%
ESTUDIANTE	2	5%
AMA DE CASA	25	62.5%
EMPLEADA INFORMAL	7	17.5%
EMPLEADA FORMAL	3	7.5%
NINGUNO	1	2.5%
TOTAL	40	100%

FUENTE: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS: En el cuadro No. 13, se muestran los resultados de la ocupación de las mujeres; encontrando que solamente el 2.5 % son estudiantes y la mayoría, es decir el 67.5% son ama de casa ; seguido de un 17.5 % que manifestaron ser empleadas informales; otro 7.5% son empleadas formales y finalmente el 2.5 % de las mujeres refirieron no realizar ningún tipo de actividad laboral.

INTERPRETACIÓN: Tal como se manifiesta en el nivel de escolaridad que es primaria; se observa que la mayoría de mujeres se dedican a labores domésticas; es decir cuidado de los hijos; otro grupo de mujeres manifestaron ser comerciantes. Conocer la ocupación es importante; ya que esto puede constituir una barrera para la toma de citología; pues para realizarse dicho examen se debe de disponer de tiempo.

CUADRO N° 12

TEMA: OCUPACION DE LAS PACIENTES QUE ASISTEN A UCSF EL ZAPOTE, SAN LUIS LA HERRADURA.

OCUPACION	N°	%
ESTUDIANTE	4	10 %
AMA DE CASA	23	57.5 %
EMPLEADA INFORMAL	8	20%
EMPLEADA FORMAL	1	2.5%
NINGUNO	4	10%
TOTAL	40	100%

FUENTE: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS: En cuanto a la ocupación de las mujeres entrevistadas, más de la mitad es ama de casa (77.5%), menos de la mitad es empleada informal (20%) y una persona es empleada formal (1%).

INTERPRETACIÓN: Más de la mitad de las mujeres en estudio son ama de casa y solo 1 mujer es empleada formal lo que es muy importante porque se analizara como influye en el estudio.

CUADRO No. 13

TEMA: NÚMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES DE LA POBLACION FEMENINA EN ESTUDIO DE LA UCSF PLANES DE RENDEROS.

OPINIÓN	N°	%
1	20	50 %
2	13	32.5 %
MÁS DE 3	7	17.5%
TOTAL	40	100%

FUENTE: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS: En el cuadro No. 11 se obtienen los datos de cuantos compañeros sexuales ha tenido. Encontrándose que el 50 % solo ha tenido 1, el 32.5% ha tenido 2, y el 17.5 % ha tenido mas de 3.

INTERPRETACIÓN: La mayoría de las mujeres mantienen una relación estable y una parte el 17.5 % ha tenido un tipo de relación promiscua, siendo este factor de riesgo que predispone al cáncer de cuello uterino.

CUADRO N° 14

TEMA: NUMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES DE LA POBLACION FEMENINA EN ESTUDIO DE UCSF EL ZAPOTE, SAN LUIS LA HERRADURA.

OPINION	N°	%
1	28	70%
2	10	25%
MAS DE 3	2	5%
TOTAL	40	100%

FUENTE: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS: En el cuadro, se obtienen los datos de cuantos compañeros sexuales ha tenido. Encontrándose que el 55.06% solo ha tenido 1, el 33.63% ha tenido 2, y el 11.3% ha tenido más de 3.

INTERPRETACIÓN: La mayoría de las mujeres mantienen una relación estable y una parte el 11.3 % ha tenido un tipo de relación promiscua, siendo este factor de riesgo que predispone al cáncer de cuello uterino.

CUADRO No. 15

TEMA: FECUNDIDAD O NÚMERO DE EMBARAZOS.

OBSERVADOS EN LA POBLACION FEMENINA DE LA UCSF DE LOS PLANES DE RENDEROS.

CATEGORÍA	No.	%
1 a 2	23	57.5%
3 a 4	9	22.5%
5 ó MAS	2	5%
NINGUNO	5	12.5%
TOTAL	40	100%

FUENTE: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS: Los datos de la tabla indican que el 57.5 % solo ha tenido de 1 a 2 embarazos, el 22.5 % ha tenido 3 a 4 embarazos, de 5 o mas 5 % y solo 12.5 % no ha tenido ninguno.

INTERPRETACIÓN: Más de la mitad de las mujeres en estudio son multíparas, lo cual constituye otro factor de riesgo a contraer cáncer de cuello uterino.

CUADRO N° 16

TEMA. FECUNDIDAD OBSERVADA EN LA POBLACION FEMENINA DE UCSF EL ZAPOTE, SAN LUIS LA HERRADURA.

NUMERO DE HIJOS	N°	%
1 a 2	21	52.5%
3 a 4	14	35%
5 o mas	4	10%
NINGUNO	1	2.5%
TOTAL	40	100%

FUENTE: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS: Los datos de indican que el 52.5% solo ha tenido de 1 a 2 embarazos, el 35% ha tenido 3 a 4 embarazos, de 5 o más 10% y solo 2.5% no ha tenido ninguno.

INTERPRETACIÓN: Más de la mitad de las mujeres en estudio son multíparas, lo cual constituye otro factor a valorar de que manera influye en dicho estudio

CUADRO No. 17

TEMA.: CONOCIMIENTO SOBRE QUE ES LA CITOTOLOGIA EN LA POBLACION FEMENINA EN ESTUDIO DE LA UCSF DE LOS PLANES DE RENDEROS.

OPINION	No.	%
Es un examen que le hacen a uno para ver como esta por dentro.	10	25%
Examen para prevenir cancer de la matriz	7	17.5%
Examen para detectar infecci3n de la matriz	3	7.5%
Examen para detectar cancer en la matriz	4	10%
Para ver si hay enfermedad de la parte	4	10%
Para detectar si hay cancer e infecci3n de la matriz	4	10%
Examen del cuello del 3tero para detectar cancer e infecci3n	3	7.5%
No se	5	12.5%
Total	40	100%

FUENTE: C3dula de entrevista aplicada a la poblaci3n femenina en estudio.

AN3LISIS:En el cuadro No. 8 se muestra que el 87.5 % de las mujeres en estudio tienen alg3n conocimiento sobre la toma de citolog3a; mientras que el 12.5% ignora la importancia de la citolog3a.

INTERPRETACI3N:La mayor3a de las mujeres tienen conocimiento a cerca de la tomade citolog3a; a pesar de que muchas tienen un nivel de escolaridad bajo. El 12.5% de mujeres que no saben sobre la importancia de la citolog3a,es comprensible, ya que muchas mujeres no han realizado ning3n tipo de estudio.

CUADRO N° 18

TEMA: CONOCIMIENTO SOBRE QUE ES LA CITOLOGIA EN LA POBLACION FEMENINA EN ESTUDIO DE UCSF EL ZAPOTE,SAN LUIS LA HERRADURA.

OPINION	N°	%
Es un examen para ver como esta uno de la parte.	7	17.5%
Es un examen que le hacen a uno para prevenir enfermedades y ver si está enfermo.	2	5%
Es algo donde le arrancan un pedacito de matriz para ver como esta de ahí	4	10%
Es lo que le hacen a uno para limpiarle la matriz.	6	15%
Para ver si hay enfermedad de la parte	12	30%
Para detectar si hay cáncer e infección de la matriz	2	5%
Es un examen que le hacen a uno para ver como esta por dentro.	3	7.5%
Ninguno	4	10%
TOTAL	40	100%

FUENTE: Cédula de entrevista aplicada a la población femenina en estudio.

ANÁLISIS: En esta tabla se observa que el 90 % de las mujeres tienen algún conocimiento de lo que es la toma de citología, y un 10% refiere no saber sobre este examen.

INTERPRETACIÓN: La mayoría de mujeres tienen algún conocimiento de lo que es la citología a pesar de su bajo nivel académico.

CUADRO N° 19

TEMA: OPINIÓN DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS EN LA UCSF PLANES DE RENDIDOS SOBRE SI HAN RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE LA TOMA DE CITOLOGÍA.

OPINION	N°	%
SI	36	90%
NO	4	10%
TOTAL	40	100%

FUENTE: Cédula de entrevista aplicada a la población femenina en estudio.

ANÁLISIS: En el cuadro No. 19 se muestra que el 90 % de las mujeres en estudio han recibido información sobre la importancia de la toma de la citología y un 10% negó haber recibido información de la toma de la citología.

INTERPRETACIÓN: La mayoría de las mujeres al recibir información de la toma de citología; tienen mayor interés y participación de detectar tempranamente cualquier patología a nivel genital.

CUADRO N° 20

TEMA: OPINIÓN DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS UCSF EL ZAPOTE, SAN LUIS LA HERRADURA, SOBRE SI HAN RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE LA TOMA DE CITOLOGÍA.

OPINION	N°	%
SI	33	82.5%
NO	7	17.5%
TOTAL	40	100%

FUENTE: Cédula de entrevista aplicada a la población femenina en estudio.

ANÁLISIS: En el cuadro No. 20 se muestra que el 82.5 % de las mujeres en estudio han recibido información sobre la importancia de la toma de la citología y un 17.5% negó haber recibido información de la toma de la citología.

INTERPRETACIÓN: La mayoría de las mujeres al recibir información de la toma de citología; tienen mayor interés y participación de detectar tempranamente cualquier patología a nivel genital.

CUADRO N°21

TEMA: OPINION SOBRE LA FUENTE DE INFORMACION DE LA CITOLOGIA POR PRIMERA VEZ, POBLACION FEMENINA DE UCSF DE LOS PLANES DE RENDEROS.

OPINION	N°	%
TRABAJADOR DE SALUD	28	70%
FAMILIA	2	5%
AMIGOS	6	15%
NO HA RECIBIDO	2	5%
NO SE ACUERDA	2	5%
TOTAL	40	100%

FUENTE: Cédula de entrevista aplicada a la población femenina en estudio

ANÁLISIS: En el cuadro No. 10 se muestra que el 70 % de las mujeres en estudio recibió información de la toma de la citología por parte de trabajadores de la salud, y un 5% de familiares, el 15% de amigos, otro 5% niega haber recibido información y finalmente un 5% no recuerda haber recibido información de la toma de citología.

INTERPRETACIÓN: el 90% de las mujeres han recibido información de la toma de citología y un 4% tienen una noción acerca de la toma de citología.

CUADRO N°22

TEMA: OPINION SOBRE LA FUENTE DE INFORMACION DE LA CITOLOGIA POR PRIMERA VEZ EN LA POBLACION UCSF EL ZAPOTE, SAN LUIS LA HERRADURA.

OPINION	N°	%
TRABAJADOR DE SALUD	24	60%
FAMILIA	5	12.5%
AMIGOS	1	2.5%
NO HA RECIBIDO	7	17.5%
NO SE ACUERDA	3	7.5%
TOTAL	40	100%

FUENTE: Cédula de entrevista aplicada a la población femenina en estudio

ANÁLISIS: De las mujeres en estudio el 60% recibió información de la toma de la citología por parte de trabajadores de la salud, y un 5% de familiares, el 2.5% de amigos, otro 17.5% niega haber recibido información y finalmente un 7.5% no recuerda haber recibido información de la toma de citología.

INTERPRETACIÓN: Del total de las mujeres encuestadas 33 han recibido información de la toma de citología y 7 refieren no haber recibido información a cerca de la toma de citología, este dato nos servirá para analizar de que manera influye la no educación sobre la toma de la citología.

CUADRO N° 23

TEMA: OPINION SOBRE LA IMPORTANCIA QUE TIENE LA CITOLOGIA PARA LA POBLACION FEMENINA EN ESTUDIO DE LA UCSF DE LOS PLANES DE RENDEROS.

OPINIÓN	N°	%
SENTIRSE SEGURA DE ESTAR SANA	5	12.5%
ES MUY IMPORTANTE PARA VER SI HAY ENFERDAD O INFECCION.	18	45%
ES MUY IMPORTANTE PORQUE SE PREVIENE LAS ENFERDADES.	14	35%
ES MUY IMPORTANTE PORQUE ES UNA FORMA DE DETECTAR CANCER Y PREVENIR LA MUERTE.	3	7.5%
TOTAL	40	100%

FUENTE: Cédula de entrevista aplicada a la población femenina en estudio.

ANÁLISIS: En el cuadro No. 23, se muestra que el 12.5 % de las mujeres en estudio opinan que es importante para sentirse segura de estar sana, otro 45% es muy importante para ver si hay enfermada, un 35% para prevenir enfermedades y solo un 7.5% es una forma de detectar cancer y prevenir la muerte.

INTERPRETACIÓN: Más de la mitad de las mujeres tienen conocimiento sobre que patologías se pueden diagnosticar con la toma de citología, cáncer e infecciones, que la mujer conozca la importancia de la Citología tiene mucho interés; ya que esto es lo que las motiva a consultar para que se les realice este procedimiento.

CUADRO N°24

TEMA. OPINION SOBRE LA IMPORTANCIA QUE TIENE LA CITOLOGIA PARA LA POBLACION FEMENINA EN ESTUDIO DE LA UCSF EL ZAPOTE, SAN LUIS LA HERRADURA.

OPINIÓN	N°	%
SENTIRSE SEGURA DE ESTAR SANA	9	22.5%
ES MUY IMPORTANTE PARA VER SI HAY ENFERMEDAD O INFECCION.	12	30%
ES MUY IMPORTANTE PORQUE SE PREVIENE LAS ENFERDADES.	18	45%
ES MUY IMPORTANTE PORQUE ES UNA FORMA DE DETECTAR CANCER Y PREVENIR LA MUERTE.	1	2.5%
TOTAL	40	100%

FUENTE: Cédula de entrevista aplicada a la población femenina en estudio.

ANÁLISIS: Se muestra que el 22.5 % de las mujeres en estudio opinan que es importante para sentirse segura de estar sana, seguido de un 30% es muy importante para ver si hay enfermedad o infección, un 45% para prevenir enfermedades y solo un 2.5% es una forma de detectar cáncer y prevenir la muerte.

INTERPRETACIÓN: Estos datos nos demuestran que para todas las pacientes es muy importante realizar la toma de la citología.

CUADRO N° 25

TEMA: OPINION DE LA POBLACION FEMENINA EN ESTUDIO DE LA UCSF DE LOS PLANES DE RENDEROS DE CADA CUANTO SE REALIZA LA CITOLOGIA.

OPINION	N°	%
CADA AÑO	33	82.5%
CADA 2 AÑOS	4	10%
NO RECUERDA	3	7.5%
TOTAL	40	100%

FUENTE: Cédula de entrevista aplicada a la población femenina en estudio.

ANÁLISIS: En el cuadro No. 25 se muestra que el 82.5 % de las mujeres en estudio opinan que cada año debe de realizarse la citología, cada 2 años un 10% y finalmente un 7.5% no sabe.

INTERPRETACIÓN: Más de la mitad de las mujeres tienen conocimiento sobre el periodo de realizarse la citología.

CUADRO N°26

TEMA: OPINIÓN DE LA POBLACIÓN FEMENINA DE UCSF EL ZAPOTE, SAN LUIS LA HERRADURA SOBRE CADA CUANTO SE REALIZA LA CITOLOGIA.

OPINION	N°	%
Cada año	29	72.5%
Cada 2 años	6	15%
No recuerda	5	12.5%
TOTAL	40	100%

FUENTE: Cédula de entrevista aplicada a la población femenina en estudio.

ANÁLISIS: Se muestra que el 72.5 % de las mujeres en estudio opinan que cada año debe de realizarse la citología, cada 2 años un 15% y finalmente un 12.5% no sabe.

INTERPRETACIÓN: Más de la mitad de las mujeres tienen conocimiento sobre el periodo de realizarse la citología, esto es importante ya que influye en la subsecuencia de la toma de este tamizaje.

CUADRO N°27

TEMA: OPINION DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO DE LA UCSF DE LOS PLANES DE RENDEROS SOBRE SI EXISTE TEMOR A REALIZARSE LA CITOLOGÍA

OPINIÓN	N°	%
SI	28	70%
NO	12	30%
TOTAL	40	100%

FUENTE: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS: Este cuadro refleja que el 70% de la mujeres dice tener temor a realizarse la citología y el 30% dijo no tener temor a la toma de citología.

INTERPRETACIÓN: Los datos de este cuadro indican que más de la mitad de las mujeres encuestadas, temen tomarse la citología por diferentes factores las que mencionan dentro de las principales, el temor al saber el resultado del examen.

CUADRO N°28

TEMA: OPINION DE LA POBLACION EN ESTUDIO DE UCSF EL ZAPOTE, SAN LUIS LA HERRADURA, SOBRE SI EXISTE TEMOR A REALIZARSE LA CITOLOGÍA

OPINIÓN	N°	%
SI	33	82.5%
NO	7	17.5%
TOTAL	40	100%

FUENTE: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS: Este cuadro refleja que el 82.5% de la mujeres dice tener temor a realizarse la citología y el 17.5% dijo no tener temor a la toma de citología.

INTERPRETACIÓN: Los datos de este cuadro indican que más de la mitad de las mujeres encuestadas (33) tienen temor al realizarse la citología ya que manifiestan es molesto y 7 de ellas refieren no temor.

CUADRO N° 29

TEMA: OPINIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO DE LA UCSF DE LOS PLANES DE RENDEROS SOBRE SI EXISTE PENA O VERGÜENZA AL REALIZARSE LA CITOLOGÍA.

OPINIÓN	N°	%
SI	31	77.5%
NO	9	22.5%
TOTAL	40	100%

FUENTE: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS: En esta tabla se observa que el 77.5% de las mujeres tienen pena o vergüenza a tomarse la citología y el 22.5% no tenían vergüenza.

INTERPRETACIÓN: La mayoría tenía vergüenza y manifiestan que se la toman solo si es mujer quien realiza el procedimiento.

CUADRO N°30

TEMA: OPINION DE LA POBLACION EN ESTUDIO DE LA UCSF EL ZAPOTE, SAN LUIS LA HERRADURA, SOBRE SI EXISTE PENA O VERGÜENZA AL REALIZARSE LA CITOLOGÍA.

OPINIÓN	N°	%
SI	25	62.5%
NO	15	37.5%
TOTAL	40	100%

FUENTE: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS: En esta tabla se observa que el 62.5% de las mujeres tienen pena overgüenza a tomarse la citología y el 37.5% si tenían vergüenza.

INTERPRETACIÓN: La mayoría tenía vergüenza y manifiestan que se la toman solo si es mujer quien realiza el procedimiento.

CUADRO N°31

TEMA: OPINION DE LA POBLACION FEMENINA EN ESTUDIO DE LA UCSF DE LOS PLANES DE RENDEROS, QUE SE HA REALIZADO LA CITOLOGIA EN CUANTO A LA PREFERENCIA DEL PERSONAL DE SALUD QUE LE REALIZA LA CITOLOGIA.

CATEGORÍA	N°	%
DOCTOR	4	10%
DOCTORA	18	45%
ENFERMERA	16	40%
NO IMPORTA GÉNERO	2	5%
TOTAL	40	100%

FUENTE: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS: En el cuadro se representa la preferencia hacia el personal de salud que toma la citología, el 45 % dijo que prefería con doctora, el 40% prefiere con enfermera, el 10% con doctor y 5% no importa.

INTERPRETACIÓN: De los datos de este cuadro se puede referir que el género del proveedor de salud es importante para decidirse a tomarse la citología, por lo que la mayor parte prefiere que sea doctora o enfermera, inclinándose por el género femenino.

CUADRO N°32

TEMA: OPINION DE LA POBLACION FEMENINA EN ESTUDIO DE LA UCSF EL ZAPOTE,SAN LUIS LA HERRADURA, QUE SE HA REALIZADO LA CITOLOGIA, EN CUANTO A LA PREFERENCIA DEL PERSONAL DE SALUD QUE LE REALIZA DICHO EXAMEN.

CATEGORÍA	N°	%
DOCTOR	0	0%
DOCTORA	24	60%
ENFERMERA	15	37.5%
NO IMPORTA GÉNERO	1	2.5%
TOTAL	40	100%

FUENTE: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS: En el cuadro se representa la preferencia hacia el personal de salud que toma la citología, el 60 % dijo que prefería con doctora, el 37.5% prefiere con enfermera y 2.5% no importa.

INTERPRETACIÓN: De los datos de este cuadro se puede referir que el género del proveedor de salud es importante para decidirse a tomarse la citología, por lo que la mayor parte prefiere que sea doctora o enfermera, inclinándose por el género femenino.

CUADRO N° 33

TEMA: OPINIÓN DE LA POBLACIÓN FEMENINA EN ESTUDIO DE LA UCSF DE LOS PLANES DE RENDEROS SOBRE SI REGRESAN PARA CONOCER EL RESULTADO DE LA CITOLOGIA.

OPINIÓN	N°	%
SI	39	97.5%
NO	1	2.5%
TOTAL	40	100%

FUENTE: Cédula de entrevista aplicada a la población femenina en estudio.

ANÁLISIS: en el cuadro N°16 se obtiene que el 97.5% “regresa para conocer el resultado de su citología”, tan solo un 2.5% “noregresa para conocer el resultado”.

INTERPRETACIÓN: la mayoría de la población femenina en estudio toma mucho interés en la respuesta de la citología.

CUADRO N° 34

TEMA: OPINIÓN DE LA POBLACIÓN FEMENINA EN ESTUDIO DE LA UCSF EL ZAPOTE, SAN LUIS LA HERRADURA, SOBRE SI REGRESAN PARA CONOCER EL RESULTADO DE LA CITOLOGIA.

OPINIÓN	N°	%
SI	27	67.5%
NO	13	32.5%
TOTAL	40	100%

FUENTE: Cédula de entrevista aplicada a la población femenina en estudio.

ANALISIS: En este cuadro se obtiene que el 67.5% “regresa para conocer el resultado de su citología”, tan solo un 32.5% “noregresa para conocer el resultado”.

INTERPRETACIÓN: La mayoría de la población femenina en estudio toma mucho interés en la respuesta de la citología y la población restante manifiesta que esperan a su próximo control para conocer su resultado.

CUADRO N° 35

TEMA: RESULTADO DE LA ULTIMA CITOLOGIA DE LA POBLACION FEMENINA EN ESTUDIO DE LA UCSF DE LOS PLANES DE RENDEROS.

OPINION	N°	%
SALI BIEN	11	27.5%
SALI CON INFECCION	10	25%
SALI CON INFLAMACION	16	40%
SALI CON LESION EN LA MATRIZ	1	2.5%
NO ME ACUERDO DEL RESULTADO	2	5%
TOTAL	40	100%

FUENTE: Cédula de entrevista aplicada a la población femenina en estudio.

ANALISIS: en el cuadro n° 17, se muestra que un 27.5% sale bien el el resultado de citologia, un 25% con inflamacion, otro 40% con infeccion,un 2.5% con lesion en la matriz y finalmente un 2% no frecuerda el resultado.

INTERPRETACIÓN: Como reflejan los datos se puede ver que un total de 11 mujeres salieron bien en su resultado de citologia, 16 con inflamacion,10 de ellas con infeccion y solo 1 con leison en cervix y 2 no recuerdan respuesta de citologia.

CUADRO N°36

TEMA: RESULTADO DE LA ULTIMA CITOLOGIA DE LA POBLACION FEMENINA EN ESTUDIO DE LA UCSF EL ZAPOTE, SAN LUIS LA HERRADURA.

OPINION	N°	%
Sali bien	29	72.5%
Sali con infección	3	7.5%
Sali con inflamación	7	17.5%
Sali con lesión	1	2.5%
TOTAL	40	100%

FUENTE: Cédula de entrevista aplicada a la población femenina en estudio.

ANALISIS: Se muestra que un 72.5% sale bien en el resultado de citología, un 17.5% con inflamacion, otro 7.5% con infección,un2.5% con lesion en la matriz .

INTERPRETACIÓN: Como reflejan los datos se puede ver que un total de 29 mujeres salieron bien en su resultado de citología, 7 con inflamacion,3 de ellas con infeccion y solo 1 con leison en cervix.

CUADRO N° 37

TEMA: RAZON POR LA CUAL HA SUSPENDIDO LOS CONTROLES DE CITOLOGIA LA POBLACION EN ESTUDIO DE LA UCSF DE LOS PLANES DE RENDEROS.

OPINION	N°	%
Porque tengo trabajo que hacer en la casa y cuidar los niños	3	27.2 %
No tengo tiempo por mi trabajo	3	27.2 %
Por problemas económicos	2	18.1%
Porque no me he enfermado	1	9.0%
Por que mucho tiempo se tardan en la unidad	2	18.1%
TOTAL	11	100%

FUENTE: Cédula de entrevista aplicada a la población femenina en estudio.

ANALISIS: cuadro N° 37, de las 40 pacientes entrevistada solo 11 han suspendido sus controles de citología,

INTERPRETACIÓN:Podemos apreciar que de 40 mujeres 2 refieren mucho tiempo se tardan en unidad de salud , 3 mujeres por actividades en el hogar y 2 refieren problemas economicos para trasladarse a unidad de salud por lo que deben suspender sus controles.

CUADRO N°38

TEMA: RAZON POR LA CUAL HA SUSPENDIDO LOS CONTROLES DE CITOLOGIA LA POBLACION EN ESTUDIO DE LA UCSF EL ZAPOTE, SAN LUIS LA HERRADURA.

OPINION	N°	%
Porque tengo trabajo que hacer en la casa y cuidar los niños	11	27.5 %
No tengo tiempo por mi trabajo	3	7.5 %
Por problemas económicos	8	20%
Porque no me he enfermado	3	7.5%
Por que mucho tiempo se tardan en la unidad	15	37.5%
TOTAL	40	100%

FUENTE: Cédula de entrevista aplicada a la población femenina en estudio.

ANALISIS: De las 40 pacientes entrevistadas un 37.5% han suspendido sus controles de citología porque mucho tiempo se tardan, seguido de un 27.5% que lo suspenden por actividades en el hogar, además un 20% por motivos económicos.

INTERPRETACIÓN: Podemos apreciar que de 40 mujeres 15 refieren mucho tiempo se tardan en unidad de salud ,11 mujeres por actividades en el hogar y 8 refieren problemas económicos para trasladarse a unidad de salud por lo que deben suspender sus controles.

CUADRO N°39

TEMA: OPINIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO SOBRE SI CONSIDERA NECESARIO VOLVER A LOS CONTROLES DE CITOLOGIA EN LA UCSF PLANES DE RENDEROS.

OPINION	N°	%
Si, para prevenir alguna enfermedad	4	36.3%
Si, para saber cómo estoy	5	45.4%
Si, ya tiempo no me la hago	2	18.1%
No me interesa los controles	0	0%
TOTAL	11	100%

FUENTE: Cédula de entrevista aplicada a la población femenina en estudio.

ANALISIS: Se puede observar que 45.4% refiere interes sobre continuar los controles, seguido de un 36.3% como prevencion, finalmente un 18.1% refieren interes de retornar a control.

INTERPRETACIÓN: Vemos que el total de las mujeres encuestadas refieren interes por continuar con sus controles de citologia .

CUADRO N°40

TEMA: OPINIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO SOBRE SI CONSIDERA NECESARIO VOLVER A LOS CONTROLES DE CITOLOGIA EN LA UCSF EL ZAPOTE, SAN LUIS LA HERRADURA.

OPINION	N°	%
Si, para prevenir alguna enfermedad	11	36.3%
Si, para saber cómo estoy	22	45.4%
Si, ya tiempo no me la hago	7	18.1%
No me interesa los controles	0	0%
TOTAL	40	100%

FUENTE: Cédula de entrevista aplicada a la población femenina en estudio.

ANALISIS: Se puede observar que un 45.4% refiere interes sobre continuar los controles, seguido de un 36.3% como prevencion, finalmente un 18.1% refieren interes de retornar a control.

INTERPRETACIÓN: Vemos que el total de las mujeres encuestadas refieren interes por continuar con sus controles de citología .

CUADRO N° 41

TEMA: OPINIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO DE LA UCSF DE LOS PLANES DE RENDEROS SOBRE SI LE DA PERMISO SU ESPOSO O COMPAÑERO DE VIDA PARA LA TOMA DE CITOLOGÍA.

OPINIÓN	N°	%
SI	31	94 %
NO	2	6.0 %
TOTAL	33	100%

FUENTE: Cédula de entrevista aplicada a la población femenina en estudio.

ANÁLISIS: El 93.3% de la mujeres dijeron que si su compañero de vida les daba permiso para la toma de citología y sólo un 6.0 % dijo que no.

INTERPRETACIÓN: El patrón cultural machismo no interfiere para la toma de citología en la población en estudio. El machismo esta muy difundido en la sociedad; pero no influye en la toma de la citología.

CUADRO N°42

TEMA: OPINIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO DE LA UCSF EL ZAPOTE, SAN LUIS LA HERRADURA, SOBRE SI LE DA PERMISO SU ESPOSO O COMPAÑERO DE VIDA PARA LA TOMA DE CITOLOGÍA.

OPINIÓN	N°	%
SI	36	90 %
NO	4	10 %
TOTAL	40	100%

FUENTE: Cédula de entrevista aplicada a la población femenina en estudio.

ANÁLISIS: El 90% de la mujeres dijeron que si su compañero de vida les daba permiso para la toma de citología y sólo un 10 % dijo que no les daba permiso.

INTERPRETACIÓN: El patrón cultural machismo no interfiere para la toma de citología en la población en estudio, ya que las pacientes que opinaron que no les daban permiso manifiestan acudir solas a la unidad de salud y no lo comentan con su esposo.

CUADRO No. 43

TEMA: OPINIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO DE LA UCSF PLANES DE RENDIDOS, EL GRUPO RELIGIOSO AL QUE ASISTE LE PERMITE LA TOMA DE LA CITOLOGÍA

OPINIÓN	Nº	%
SI	38	95 %
NO	2	5%
TOTAL	40	100%

FUENTE: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS: El 95 % dijo que el grupo religioso al que asiste le permite la toma de citología; y el 5 % dijo que no se lo permitía el grupo.

INTERPRETACIÓN: A partir de los datos de este cuadro se puede deducir que los grupos no son una barrera, las costumbres religiosas, no son una barrera para no aceptación de la toma de citología.

CUADRO N°44

TEMA: OPINIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO DE LA UCSF EL ZAPOTE, SAN LUIS LA HERRADURA, EL GRUPO RELIGIOSO AL QUE ASISTE LE PERMITE LA TOMA DE LA CITOLOGÍA

OPINIÓN	N°	%
SI	40	100%
NO	0	0%
TOTAL	40	100%

FUENTE: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS: El 100% dijo que el grupo religioso al que asiste le permite la toma de citología.

INTERPRETACIÓN: Las costumbres religiosas no son una barrera para no aceptación de la toma de citología.

DISCUSSION

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

En cuanto a las características socio-culturales de las 40 mujeres entrevistadas en la unidad de salud de Los Planes de Renderos así como las 40 entrevistadas en la UCSF del municipio de San Luis la Herradura El Zapote; encontramos que en la unidad de salud de Los Planes de Renderos el 47.5% se encuentra acompañada y en cuanto a la UCSF El Zapote más de la mitad 60% refieren estar acompañadas , seguidos de un 25% y un 22.5% respectivamente refieren estar casadas y la mayoría se encuentran entre los 30 y 39 años en ambos establecimientos.

En la UCSF Los Planes de Renderos más de la mitad de las mujeres entrevistadas viven en la ciudad y en la UCSF El Zapote más de la mitad son de procedencia rural, lo que puede sugerir que la accesibilidad geográfica puede ser un factor contribuyente a que las mujeres se realicen o no la citología.

Asimismo en la UCSF Los Planes de Renderos el 35% de las mujeres entrevistadas tienen un nivel educativo básico, en cuanto a la UCSF El Zapote el 45% no han recibido ninguna educación y en relación a la religión la mayoría de las mujeres entrevistadas profesan la religión católica.

Cuando se indago acerca de los conocimientos sobre de que era la citología en la UCSF Los Planes de Renderos el 25% opina “que es un examen que sirve para ver como esta por dentro y de la parte”, seguido de un 17.5% que refiere “que es un examen para prevenir el cáncer” , mientras que en la UCSF El Zapote el 30% refieren “que es un examen para ver si hay enfermedad en la parte, con el anterior resultado podemos decir

que en los dos establecimientos de salud las mujeres tienen conocimiento de que la citología se relaciona con el aparato reproductor femenino.

En los dos centros de salud las mujeres han recibido información alguna vez, principalmente de un recurso capacitado como lo es un trabajador de salud (medico y enfermera) lo que hace pensar, que la información recibida ha sido adecuada.

En lo referente a cada cuanto se realizan la citología las mujeres encuestadas, en las dos UCSF, la mayoría respondió que asisten a su tamizaje cada año, esto es importante ya que se evidencia la subsecuencia de la toma de citología en la población en estudio.

Cuando se les pregunto si existe un temor al realizarse la citología en las dos unidades de salud la mayoría respondió que tienen temor y lo relacionan al hecho que provoca dolor, tienen que ver factores culturales como la vergüenza durante la toma del examen y en lo referente al sexo del personal que prefiere que le realice la citología en las dos unidades de salud, más de la mitad prefieren que se las haga una mujer (enfermera, doctora) porque le tiene más confianza y con un hombre les da vergüenza. El género del recurso humano que realiza la citología puede ser un factor determinante a la hora que una mujer decide realizársela ya que en las dos unidades la mayoría refirió haber sido atendida por mujeres.

Lo que respondieron las mujeres, en cuanto así regresan a conocer su resultado de la citología, las dos unidades respondieron que la mayoría si regresa a conocer su resultado y lo recuerda posteriormente. Esto puede reflejar que no toda la orientación es deficiente ya que la mayoría de mujeres tienen conciencia de regresar y conocer su resultado.

A la pregunta sobre la razón por la cual han suspendido los controles de citología contestaron en la UCSF Los Planes de Renderos (27.2%) se la ha dejado de hacer porque “no le queda tiempo para ir”; Mientras que en la UCSF El Zapote, más de la mitad la ha suspendido por “falta de tiempo y dinero”; 37.5% ya que en dicha unidad refieren “mucho tiempo de espera”.

En cuanto a si consideran necesario volver a sus controles de citología ambas UCSF opinan que si es necesario.

Cuando se les pregunto a las mujeres si su pareja le da permiso de la toma de citología en los dos establecimientos de salud el 90% opino que están de acuerdo a que se la realicen. Este resultado puede inferir en la influencia que ejerce la opinión de la pareja en la decisión de las mujeres de realizarse el examen.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Con base al estudio realizado se concluye que:

Los factores limitantes en la subsecuencia de la toma de citología se dividen en 2 grupos, los cuales están presentes en diferente proporción e influencia sobre las mujeres entre 20 – 59 años de edad de la UCSF de los Planes de Renderos y la UCSF El Zapote, San Luis la Herradura.

FACTORES CULTURALES

GRUPO RELIGIOSO: se concluye que este factor cultural no influye de manera significativa ya que el grupo religioso al que pertenece no ejerce influencia para que no se tome la citología y además la mayor parte de las mujeres encuestadas pertenecen a un grupo religioso católico.

MACHISMO: se determinó que este factor cultural no influye en la no toma de citología. las personas encuestadas su estado civil es acompañadas o casadas de estas dijeron que su compañero de vida o esposo le permite que se tomen la citología.

EL PUDOR DE LA MUJER: en el estudio se encontró que en ambas UCSF en estudio las mujeres encuestadas preferirían tomarse la citología con una Doctora o enfermera, portener vergüenza al tomársela con un médico del género masculino por lo que concluimos que este factor influye en la toma de la citología.

EL CONOCIMIENTO A CERCA DE LA TOMA DE CITOLOGÍA:

encontramos que la mayoría de mujeres encuestadas a pesar de tener un conocimiento inadecuado de la toma de citología acuden a sus controles; por lo que concluimos esto no influye en la subsecuencia de la toma del PAP.

NÚMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES: de las mujeres en estudio cerca de la mitad han tenido 2 compañeros sexuales o más, por lo que la promiscuidad no es un factor que influye en la toma de la citología, pero si es un factor de riesgo para el cáncer de cuello uterino.

MULTIPARIDAD: el 50 % de las mujeres en estudio son multíparas, el cual constituye un factor de riesgo para el cáncer de cuello uterino.

FACTORES SOCIALES

NIVEL DE ESCOLARIDAD: se identifico que la poblacion en estudio poseen un nivel educativo basico y a pesar de eso no influye en la toma de citologia.

ESTADO FAMILIAR: las mujeres encuestadas se encuentran casadas o acompañadas; se determinó que las mujeres que se encuentran activas sexualmente, con pareja estable creen que es necesario tomarse la citología frecuentemente, debido a que el cáncer o infecciones se presentan mas frecuentemente en ellas porque es transmitido sexualmente a su pareja por lo que concluimos que el estado familiar: acompañada o casada influye para que la mujer se tome la citología mas frecuentemente.

OCUPACIÓN: la mayoría de las mujeres encuestadas realizan oficios domésticos;

Se concluye que la ocupación no es factor determinante en la no aceptación de la toma de la citología, ya que sea de cualquier ocupación se toman la citología.

EDAD: la mayoría de la mujeres estudiadas se encuentran en los rangos de edades entre 30-39 años , muchas de ellas habiendo iniciado su actividad sexual a temprana edad, este factor no afecta en la aceptación de la toma de citología, pero si es un factor de riesgo para la aparición de cáncer de cuello uterino.

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

1. Al Gobierno de El Salvador:

- Promueva programas (Televisión, Radio, Periódicos) sobre la toma de Citología, invitando a las mujeres a la realización de PAP.

2. Al Ministerio de Salud:

- A través de sus promotores de salud, médicos enfermeras para impartir charlas a las mujeres del área de influencia; para que conozcan la técnica, procedimiento y la importancia de la toma de citología
- Capacitar Periódicamente al Médico y Enfermera, sobre la técnica de la toma de Citología y manejo adecuado de la muestra.

3. A la Unidad de Salud:

- A realizar campañas en forma periódica de toma de Citología, llevando los servicios de salud a lugares accesibles para las usuarias.

4. los proveedores de Salud:

- Se les sugiere brindar una atención con calidad y calidez a las mujeres que soliciten toma de Citología.
- Brindar charlas: por parte de los profesionales de la Salud a las usuarias de la unidad que consulten por otro motivo para incentivarla a que se toma la Citología.

- Dar la oportunidad a paciente para que decida con quien desea tomarse la Citología.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

. Farfán-Muñoz Laura Cecilia, 1Barrón-Treviño Esther, 1Jiménez-Domínguez María Elena, 2Vázquez-Morán Elizabeth, 3Ayala-Atrián Sara Silvia Documento disponible en www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/C31BCB1B.../3_123130.

. GLOBOCAN 2008: Organización Mundial de la Salud. <http://globocan.iarc.fr/>

Asociación Española Contra el Cáncer (aecc). IINK Citología Documento disponible en www.unab.edu.sv/bvirtual/4163/capituloI.pdf.

. Citología de cérvix o test de Papanicolaou Documento disponible en www.fisterra.com/material/tecnicas/citoCervix/citoCervix.asp

-*Ginecología de Novack*. Estados Unidos: Mc Graw-Hill. Lawrence H. Bannister, W. P. (1998). *Anatomía de Gray. Bases anatómicas de la medicina y cirugía. Vol 2*. Estados Unidos: HarcourtBrace.

-American cáncersociety. (2013). Cáncer de cuello uterino: detección y prevención. American cáncersociety

-OMS, Control integral del cáncer cérvico uterino, guía de prácticas esenciales 2007.

ANEXOS

ANEXO 1

CEDULA DE ENTREVISTA

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

Cédula de entrevista con mujeres en edad reproductiva que no/si se hayan realizado el examen de Citología o que suspendieron sus controles subsecuentes.

OBJETIVO: Identificar los Factores que limitan el control subsecuente en la toma de citología en mujeres entre las edades de 20 – 59 años que consultan las UCSF de los Planes de Renderos, San Salvador y El Zapote San Luis la Herradura, La Paz periodo de marzo-mayo 2015.

Datos generales del entrevistado:

Edad _____

Domicilio: _____ Rural _____ Urbano _____

Nivel de escolaridad: _____

Religión: _____

Estado civil: _____

Ocupación: _____

Nº de compañeros: _____

Nº de hijos _____

1. ¿Según sus conocimientos que tenga de la citología?

2. ¿Ha recibido información sobre la toma de citología?: SI _____ , NO _____

3. ¿De quien recibió información sobre la citología por primera vez?

4. ¿Qué importancia tiene la toma de la citología?

5. ¿Cada cuanto se realizan la toma de citología?
6. existe temor al realizarse la citología:
7. ¿existe pena o vergüenza?: SI_____NO_____
8. ¿Qué personal de salud prefiere que le realice la citología?
9. ¿Regresa para conocer el resultado de su citología?
10. ¿Cuál fue el resultado de su última citología?
11. ¿Porque ha suspendido los controles de la citología?
12. ¿Le gustaría volver a los controles de citología?
13. ¿Qué piensa su pareja de la toma de citología?
14. ¿El grupo religioso al que asiste le permite la toma de citología?

ANEXO 2







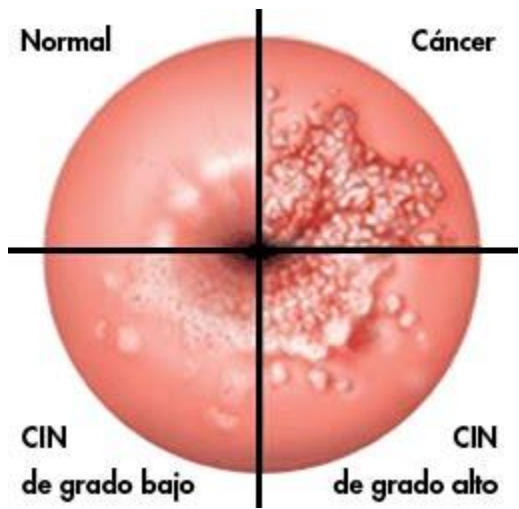


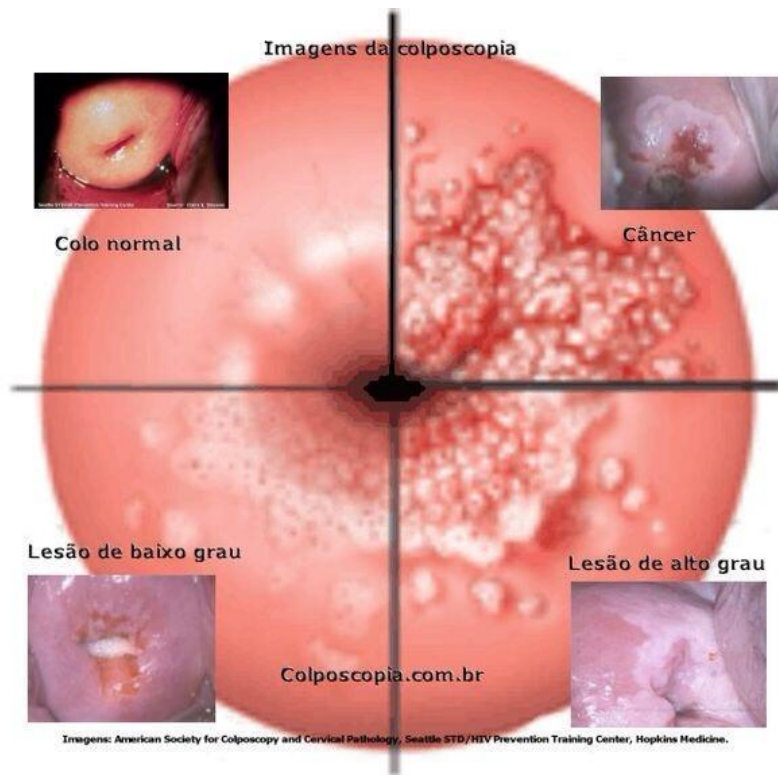
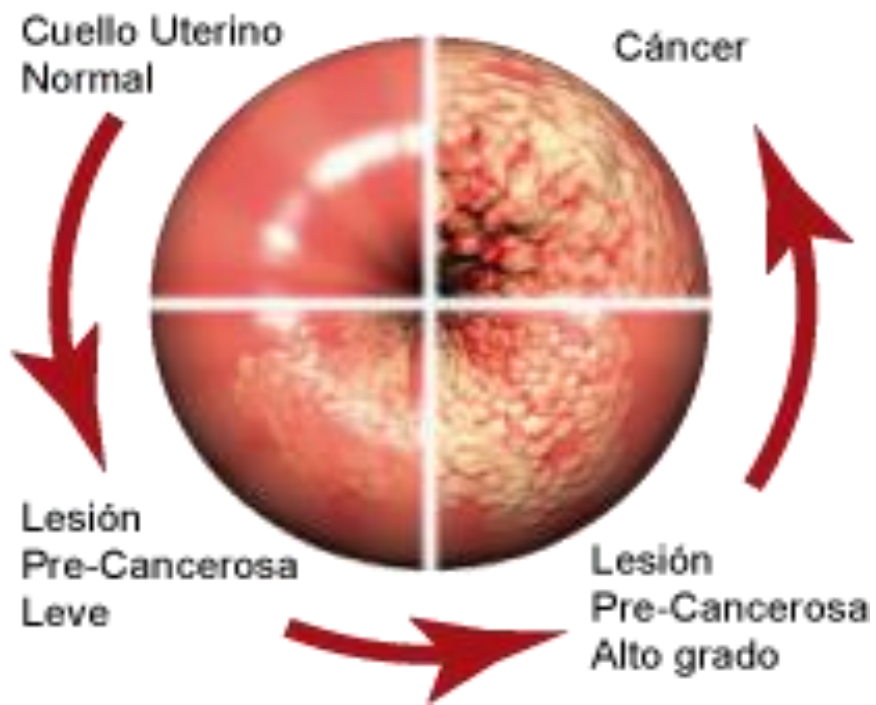


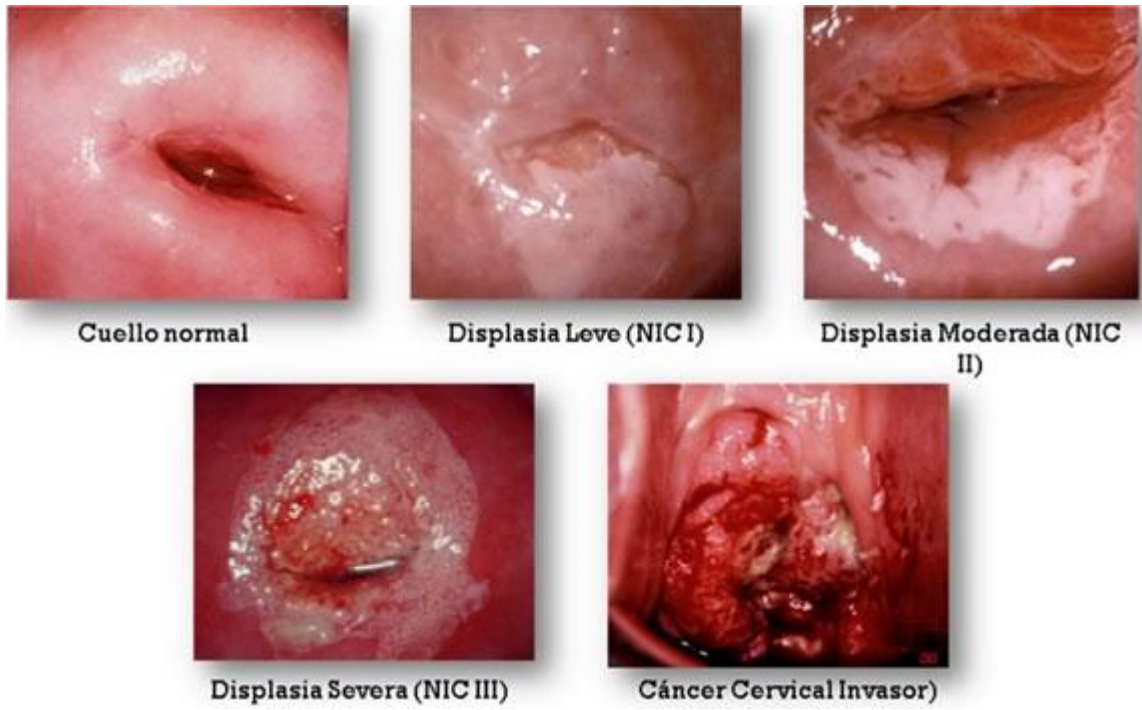
Cervix sano, con zona de transformación normal.



Condiloma plano en cervix de contornos irregulares.







Progresión a Cáncer de Cuello Uterino

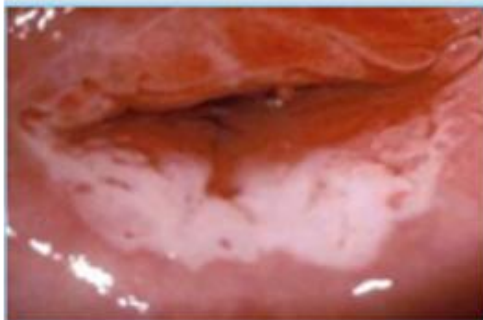




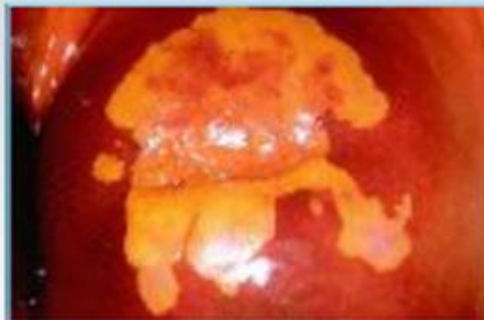
Cuello uterino sano



Cervicitis o úlcera



Displasia o precáncer



Displasia o precáncer

ANEXO 3

GLOSARIO

Anormal: Una lesión o crecimiento anormal pueden ser cánceres, premalignos (que posiblemente se conviertan en cánceres) o benignos (no son cánceres).

ASC-US: Células anormales en la pared exterior del cuello uterino (la parte baja y estrecha del útero). Se encuentran células escamosas anormales (células delgadas, planas que lucen como escamas) en pequeñas cantidades en los frotis de Papanicolaou (procedimiento que se usa para detectar el cáncer de cuello uterino) y podría indicar una infección con el papilomavirus humano (VPH) o cualquier otro agente de infección.

Cáncer: es un conjunto de enfermedades en las cuales el organismo produce un exceso de células malignas (conocidas como cancerígenas o cancerosas), con crecimiento y división más allá de los límites normales, (invasión del tejido circundante y, a veces, metástasis).

Cáncer invasivo: Una enfermedad invasiva es la que se propaga a los tejidos circundantes.

Cándida: Albicans. Hongo patógeno existente en la piel, cavidad bucal, vagina e intestino.

Cervicitis: Inflamación-infección del cuello del útero.

Cérvix: Cuello del útero o matriz. Cilindro de unos 3 cm. de longitud que comunica la cavidad uterina con la vagina.

Citología: Papanicolaou. Preparación de un frotis celular para su estudio al microscopio.

cervicitis, enfermedad inflamatoria pélvica, salpingitis, peri hepatitis, conjuntivitis y linfogranuloma inguinal.

Colposcopia: Observación con una óptica de aumento del cérvix y vagina.

Condiloma: Acuminado. Verrugas de diferentes tamaños y localizaciones genitales causadas por un tipo del virus del papiloma.

Cuello uterino: Cérvix. Cilindro de unos 3 cm. de longitud que comunica la cavidad uterina con la vagina.

Endocérvix: Canal del cuello uterino.

Endometrio: Mucosa que tapiza la cavidad uterina que se modifica durante las fases del ciclo, expulsándose su capa superficial durante la menstruación.

Enfermedades de transmisión sexual: ETS. Incluyen las enfermedades venéreas clásicas (sífilis, gonorrea, chancro blando y linfogranuloma inguinal) y la tricomoniasis, candidiasis, infecciones genitales inespecíficas, clamidias, papiloma virus humano, herpes, SIDA, etc.

Espátula de Ayre: material de madera con bordes atraumáticos para la recolección de muestras del fómex y del ectocérvix.

Espéculo vaginal: Instrumento en forma de embudo que se introduce en la vagina para su exploración y la del cérvix.

Gardnerella vaginalis: Haemophilus vaginalis. Bacilo gramnegativo presente en vaginitis y uretritis inespecíficas.

Herpes genital: es la infección de transmisión sexual causada por virus, que se caracteriza por episodios repetidos que se desarrollan con una erupción de pequeñas ampollas, generalmente dolorosas, sobre los genitales.

Histerectomía: Extirpación del útero por vía abdominal o vaginal.

Neoplasia intracervical: Crecimiento de células anormales en la superficie del cuello uterino. Se pueden usar los números de 1 a 3 para describir que tan anormales son dichas células y su grado de extensión en el tejido uterino.

Papanicolaou: Método de tinción especial para el diagnóstico citológico.

Papilomavirus: Género de virus tipo ADN que se transmite por contacto y producen diferentes patologías (verrugas, papilomas y lesiones precancerosas).

Tamizaje: Implica la aplicación de una prueba relativamente simple y barata a sujetos asintomáticos con el objeto de clasificarlos como portadores probables o no de la enfermedad objeto del tamizaje. Los casos positivos pueden someterse a subsiguientes procesos convencionales de diagnóstico.

Trichomonas vaginalis: es un protozoo patógeno flagelado perteneciente al orden Trichomonadida que parasita el tracto urogenital tanto de hombres como de mujeres, pero únicamente en humanos.

Vagina: Conducto conectivo que conecta el útero con el exterior.

Vaginismo: Intensa sensibilidad al contacto que impide la práctica del acto sexual.

Vaginosis bacteriana: Vaginitis por bacterias generalmente producida por Gardnerella.

ANEXO 4

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

		Febrero		Marzo		Abril		Mayo		Junio		Julio		Agosto		Septiembre		Octubre		
1	Reunión general con la coordinación del proceso de graduación		x																	
2	Inscripción del proceso		x																	
3	Elaboración del perfil de investigación			x	x															
4	Entrega del perfil de investigación					x	x													
5	Elaboración del protocolo de investigación							x	x											
6	Entrega del protocolo de investigación									x	x									
7	Ejecución de la investigación										xx									
8	Tabulación, análisis e interpretación de los datos										x	X								
9	Redacción del informe final													x	x					
10	Entrega de informe final y exposición															x	x			

