



Mi Universidad

TESIS

NOMBRE DEL ALUMNO: LOYDA ISABEL MORALES MORALES

TEMA: CANCER CERVICAUTERINO EN MUJERES DE 30 A 40 AÑOS DEL BARRIO SAN JUAN PROGRESO

PARCIAL: 1

MATERIA: SEMINARIO DE TESIS

NOMBRE DEL PROFESOR: LIC ERVIN SILVESTRE CASTILLO

LICENCIATURA: EN ENFERMERIA

CUATRIMESTRE: NOVENO CUATRIMESTRE

AGRADECIMIENTOS

A Dios:

Tu amor y tu bondad no tienen fin, me permites sonreír ante todos mis logros que son resultados de tu ayuda, y cuando caigo, me pones a prueba, aprendo de mis errores y me doy cuenta que es para mejorar como ser humano y crezca de diversas maneras. Este trabajo de tesis ha sido una gran bendición en todo sentido, de lo agradezco padre, no cesan mis ganas de decir que es gracias a ti que esta meta está cumplida, gracias por estar presente no solo en esta etapa tan importante de mi vida, sino en todo momento ofreciéndome lo mejor y buscando lo mejor para mi persona. Gracias por darme las fuerzas suficientes en lo vivido durante todos estos años, los momentos únicos, cada oportunidad de corregir un error, la oportunidad de que cada mañana puedo empezar de nuevo, sin importar las caídas, y faltas cometidas durante el día anterior.

A mis padres:

Gracias por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad, son y serán siempre mis motores para seguir luchando en la vida y muchos de mis logros se los debo a ustedes entre los que se incluye este, me formaron con reglas, con algunas libertades, pero al final de cuentas me motivaron constantemente para alcanzar mis anhelos. Gracias mamá y papá por apoyarme en mi carrera para mi futuro y por creer en mí, aunque hemos pasado momentos difíciles siempre han estado apoyándome y brindándome todo su amor por todo esto se los agradezco de todo corazón el que estén conmigo a mi lado.

Erlinda Roblero Morales.

A DIOS:

A quien ha forjado mi camino y me ha dirigido por el sendero correcto, en el que en todo momento está conmigo ayudándome. Quien me ha permitido sonreír en todos mis logros que son resultados de su ayuda, en el que en todo momento está conmigo ayudándome a aprender de mis errores y me doy cuenta que los pones frente a mí para que mejore como persona, y crezca de diversas maneras.

Gracias por estar presente en esta etapa tan importante de mi vida y te lo agradezco padre. Gracias por darme la oportunidad de que cada mañana puedo empezar de nuevo, sin importar de los errores que he cometido durante el día anterior. Este trabajo a sido de gran bendición en todo sentido, que perdura dentro del desarrollo de nosotros conocimientos y no cesan mis ganas de decir que es gracias a ti. Eres quien guía el destino de mi vida.

A MIS PADRES:

Por el amor, la dedicación y la paciencia con la que cada día se preocupan mis padres para seguir con el proceso de mis estudios, es simplemente único y se refleja en la vida de un hijo.

Gracias por ser los principales motores de mis sueños, por haberme forjado como la persona que soy, que han formado

bases de gran importancia. Me formaron con reglas y con algunas libertades, pero al final de cuenta me motivaron constantemente para alcanzar mi anhelo, por cada día de confiar y creer en mí y en mis expectativas, gracias por cada consejo y por cada uno de sus palabras que me guiaran durante el proceso.

Gracias a dios por permitir, sin ellos es más difícil avanzar, progresar, porque ellos son ese apoyo incondicional que nos motiva y alienta. A pesar de las dificultades que presenta la vida siempre han sabido enseñarme a salir adelante y a no rendirme. Sin su apoyo incondicional en todos los ámbitos no hubiera podido llegar a donde estoy.

Beatriz Lourdes Velázquez González.

A DIOS:

Por ser tan divino por darme la vida y guiar mis pasos día con día.

A MI PADRE:

Por estar presente no solo en esta etapa de mi vida sino que también en todo momento de mi vida ofreciéndome siempre lo mejor como también buscando lo mejor, para mi persona. Así mismo que ha sabido formarme con buenos sentimientos, hábitos y valores lo cual me ha ayudado a seguir adelante en los momentos difíciles.

A MI MADRE:

Que desde el cielo me ilumina para seguir adelante con mis proyectos.

A MI FAMILIA:

Por su comprensión y estímulo constante, además su apoyo incondicional a lo largo de mis estudios.

A MIS AMIGOS:

Que son seres importantes en mi vida, son seres queridos que son benefactores de importancia en mis circunstancias de mi vida.

A MI PERSONA:

No podría sentirme feliz e inmensamente agradecida por mi persona, especialmente cuando he querido rendirme y dejar todo, por ello todas las personas que he mencionado son tan maravillosas hacia mi persona y por estar siempre cuando lo necesito. La vida se encuentra plagada de retos, y uno de ellos es la universidad, tras verme dentro de ella, me he dado cuenta que más allá de ser un reto, es una base no solo para mi entendimiento del campo en el que me he visto inmersa, sino para lo que concierne a la vida y mi futuro. Este nuevo logro es gran parte gracias a ustedes, he logrado concluir con éxito un proyecto que en un principio pensé que era tan difícil e interminable. Quisiera dedicar mi tesis a ustedes, personas de bien, seres que ofrecen amor, bienestar.

Mi gratitud también a la escuela “UNIVERSIDAD DEL SURESTE “mi agradecimiento sincero al asesor de mi tesis, MASS. ERVIN SILVESTRE CASTILLO, gracias a cada docente quienes con su apoyo y enseñanzas que constituyen la base de mi vida profesional. Gracias infinitas a todos.

Loyda Isabel Morales Morales.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	9
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
1.1.- DESCRIPCION DEL PROBLEMA	13
1.2.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	17
1.3.- OBJETIVOS.....	18
1.4.- HIPÓTESIS	19
1.5.- JUSTIFICACIÓN.....	20
1.6.- DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO.....	25
CAPITULO II: MARCO DE REFERENCIA	29
2.1. MARCO HISTÓRICO.....	29
2.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION.....	33
2.3. MARCO TEÓRICO.....	38
2.3.1. ANATOMIA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO ...	38
2.3.2. CÁNCER CERVICOUTERINO (CaCu).....	46
2.3.3. CLASIFICACIÓN	49
2.3.4. FACTORES DE RIESGO.....	52
2.3.5. SIGNOS Y SINTOMAS	55
2.3.6. DIAGNÓSTICO.....	56
2.3.7. TRATAMIENTO	60
2.3.8. PREVENCIÓN	61
2.4. MARCO CONCEPTUAL	64
CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO	68
3.1 FORMAS O TIPOS DE INVESTIGACIÓN	69

3.2 TIPOS DE ESTUDIO.....	70
3.3 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	72
3.4 ENFOQUES	74
3.5 UNIVERSO O POBLACIÓN	77
3.6 MUESTRA.....	79
3.7 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	82
3.8 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	84
CAPÍTULO IV: RESULTADOS.....	89
4.1 RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACION DEL MARCO METODOLOGICO	89
4.2 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	90
PROPUESTAS Y/O SUGERENCIAS.....	111
CONCLUSIONES.....	113
BIBLIOGRAFIAS	115
ANEXOS	118

INTRODUCCIÓN

(Bazan, 2016) Argumenta:

El cáncer cérvicouterino (CaCU) es el segundo cáncer más frecuente de distribución mundial que se presenta en la población femenina, con una estimación de 530,232 casos nuevos cada año, de los cuales aproximadamente el 86% (453,531) casos se presenta en los países en desarrollo, es una causa importante de morbilidad por las debilidades en el manejo de los programas de atención a la mujer, factores culturales, y los niveles de educación de las pacientes lo que implica un problema de Salud Pública. En México el CaCU ocupa el segundo lugar en frecuencia de morbilidad por neoplasias malignas en la mujer, después del cáncer de mama. La tasa de mortalidad en México disminuyó aproximadamente 2.5% por año en la última década de los noventa y aproximadamente 5% por año en la última década con un estimado en el 2008 de 9.7 x 100 mil mujeres (5,061 defunciones), el cual se considera todavía excesivamente alto.

Sin embargo, este tipo de cáncer es absolutamente prevenible y su tratamiento es relativamente fácil, cuando el diagnóstico es oportuno.

El CaCU es multicausal y obedece a la asociación de diferentes factores de riesgo. El principal de ellos es la infección por virus de papiloma humano (VPH), que actúa como una causa necesaria pero no suficiente. Asimismo, la interacción con otros cofactores incide en el desarrollo y la severidad de esta neoplasia. La supervivencia se encuentra relacionada con la oportunidad de atención y por lo tanto con la calidad y acceso a los servicios de salud. Se estima que podrían salvarse 150 mil vidas para el año 2030 si las medidas de control se aplican con oportunidad.

El cáncer cervicouterino (CaCu) ocurre cuando se da un crecimiento acelerado de las células del cérvix, es de lenta progresión, por lo que se considera que se pasa por un estado precanceroso largo. Es principalmente asociada a la infección persistente causada por el virus del papiloma humano (VPH) clasificados de alto riesgo, los cuales causan más del 90% de los cánceres de cuello uterino, presentando lesiones de alto y bajo grado que pueden progresar hasta llegar a cáncer, considerando que el tiempo es de años. Es considerada una enfermedad prevenible si se detectan estas lesiones y se les da tratamiento necesario. Según la Agencia Internacional para la investigación del Cáncer de la OMS y datos de GLOBOCAN 2018, esta enfermedad se ha posicionado como la cuarta causa de muerte nivel mundial en mujeres mayores de 20 años; las cifras más elevadas son en los continentes de África, Asia, Latinoamérica y el Caribe.

El CaCu se desarrolla a partir de la infección de VPH, pero existen factores de riesgo que interactúan con el virus y facilitan los cambios celulares en el cuello uterino llevando a lesiones premalignas aumentando el riesgo de progresar a cáncer. Entre los que destacan es el tabaquismo, el uso prolongado de anticonceptivos hormonales por más de 5 años, enfermedades de transmisión sexual sin tratamiento, multiparidad, inicio de vida sexual activa a temprana edad, infección por VIH y sistema inmunosuprimido, estos se relacionan con el estilo de vida y autocuidado que las mujeres llevan a lo largo de su vida.

La detección oportuna es primordial para brindar el tratamiento necesario para que la enfermedad siga progresando y para evitar complicaciones. Las estrategias implementadas por algunos países es la prueba de tamizaje llamada citología cervical, propuesta desde hace varios años, y se ha observado la disminución en la mortalidad en los países

desarrollados, en comparación con los países en vías de desarrollo no se muestra el mismo impacto.

Según la OMS, a nivel mundial el cáncer de cuello uterino es la quinta neoplasia, es decir enfermedad producida por la formación anormal de tumores malignos, más frecuente del mundo, siendo la segunda causa en las mujeres, después del cáncer de seno. En una estimación realizada, se ha reportado que anualmente aparecen aproximadamente 500 000 casos, de cancer de cuello uterino, y que de estos, un 90% de los casos ocurren en los países en desarrollo.

(Baron G. , 2011) Menciona:

El cáncer de cuello uterino, es considerado uno de los principales problemas de salud pública que amenaza la vida de las mujeres en el mundo. Según GLOBOCAN, durante el año 2018, se llegaron a reportar 569 847 nuevos casos, además se registraron 311 365 muertes a nivel mundial. A nivel nacional el INEN (Instituto Nacional de Enfermedades Neoplasia), reporto durante el 2016, un total de 1632 nuevos casos de cáncer de cuello uterino, siendo, en México la neoplásica más frecuente, por encima del cáncer de mama.

Los factores que interfieren con el cumplimiento de las metas referentes a la detección oportuna son la falta de recursos humanos y materiales para la realización del tamizaje, el compromiso de capacitación del personal hacia la promoción de la salud y el autocuidado. Las diferencias sociales, nivel socioeconómico, educativo y lugar de residencia de las mujeres, de los cuales se obtiene como consecuencia la falta de acceso a los servicios de salud, en su defecto la enfermedad prevalece en mujeres con pobreza extrema.

Estos últimos factores son un ejemplo de que la progresión de la enfermedad se ve influenciada en su mayoría por factores sociales, no solo para la detección oportuna sino también para el seguimiento del tratamiento por parte de la usuaria una vez detectada la enfermedad.

En cuanto a la información teórica, sobre las prácticas de prevención del cáncer cérvico uterino, es un tipo de cáncer, que tiene su origen en los tejidos ubicados en el cuello uterino de la mujer, el cual es el órgano que conecta el útero con la vagina. Siendo el cáncer una enfermedad genética, en la que los factores ambientales y otros de tipo no genético, tienen un papel preponderante en muchas de las etapas de la tumorigenesis, es aceptado que el cáncer se produce por las mutaciones en los genes que son susceptibles al cáncer.

Así mismo, la alteración de un gen, no es suficiente para originar el cáncer completamente, para ello se necesitan más éxitos nutricionales, por lo que el riesgo de desarrollar cáncer no solo depende de las mutaciones que originan la tumorigenesis, sino también de otras, que se dan posteriormente y que impulsan la progresión del tumor.

La prevención, es un conjunto de actividades que tiene como finalidad proteger a las personas, que son potencialmente vulnerables o amenazas potenciales, de los problemas de salud. La prevención es sinónimo de impedir o reprimir el desarrollo de una enfermedad, protegiendo al organismo de efectos futuros. Existen tres niveles de medidas preventivas, como son las medidas de prevención primaria, las medidas de prevención secundaria y las medidas preventivas terciarias.

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

“PREVENCION DE CANCER CERVICOUTERINO EN MUJERES DE 30 A 40 AÑOS”

1.1. DESCRIPCION DEL PROBLEMA

El Cáncer Cervicouterino (CaCU) es la segunda causa de muerte en la mujer por enfermedades oncológicas en el mundo. En la Región de las Américas de la Organización Panamericana de Salud (OPS), se estima que, de mantenerse las tendencias actuales, el número de muertes por esta causa aumentará 45% para el 2030.

La Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) ubicó en el 2011 a México como el país con mayor tasa de mortalidad por esa causa (11.4 por 100,000 mujeres). En ese mismo informe, se destaca que al comparar los resultados durante 2001 a 2011, la tasa disminuyó dramáticamente de 17.8 a 11.4 por cada 100,000 mujeres; sin embargo, los datos están lejos de alcanzar la cifra promedio de los 33 países de la organización, que fue de 3.7 muertes por cada 100,000 mujeres en el mismo período.

En 2016, el IMSS, reportó 2,983 pacientes en tratamiento con CaCU in situ, con un gasto total de 45 millones de pesos (14 millones en atención ambulatoria y 31 millones en hospitalaria). Asimismo, para las 12,566 mujeres con cáncer in situ, informó un gasto total de 546 millones de pesos (410 millones de pesos para la atención ambulatoria y 136 para la hospitalaria).

Las nuevas políticas internacionales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para CaCU están dirigidas a prevenir y controlar mejor la enfermedad, que si bien es una de las más mortíferas formas de cáncer en la mujer, también es una de las más fáciles de prevenir, en especial con acciones de vacunación, detección oportuna y promoción de la salud.

Es importante evaluar las necesidades y áreas de oportunidad en la paciente y el sistema de salud, para determinar cuáles son las mejores acciones médico preventivas. El monitoreo periódico de indicadores de desempeño, calidad e impacto son necesarios para la orientación de acciones que sean costo-eficaces y costo-efectivas, en cada uno de los momentos del proceso Salud-Enfermedad de las pacientes con CaCU. Lo anterior, con el fin de mejorar la calidad y la oportunidad en el tratamiento y disminuir la morbilidad, las secuelas y la mortalidad provocadas por el padecimiento.

De acuerdo a estadísticas internacionales y nacionales, dentro de las primeras causas de muerte en mujeres, se encuentra el cáncer de mama y el cáncer cervicouterino. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2012, reportó que más de 83, 000 mujeres fueron diagnosticadas con cáncer cervicouterino de las cuales casi 36, 000 fallecieron a causa de esta enfermedad en las Américas. Se calcula que si se mantiene esta tendencia el número de muertes aumentará en un 45% para el año 2030. Asimismo el Centro para Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) informó que en el año 2012, 12,042 mujeres en los Estados Unidos recibieron el diagnóstico de cáncer de cuello de útero, de las cuales 4,074 murieron por esta causa.

En lo que respecta al país de México en 2014 se reportó que el CaCu es un serio problema de salud pública, ocupó el segundo lugar como el cáncer más común, con 9% (529,800) del total de nuevos casos de cáncer

y el 8% (275,100) del total de muertes de mujeres en el año 2008. En México existe un reporte por zona de las prevalencias de CaCu en 2009, en el cual menciona que en la zona norte se presentó una prevalencia de 8.5/100 000 y en la zona sur una cifra mayor con 11.96/100 000.

Por entidad federativa Sánchez en 2012, reportó la mortalidad por CaCu en el periodo 2000- 2008 en donde se pudo observar que los estados con mayor prevalencia fueron Colima, Veracruz y Yucatan. Este mismo autor su vez comenta que, Chiapas es uno de los estados de mayor riesgo para morir por cáncer cervicouterino en el país.

Se han identificado diversos factores de riesgo para el desarrollo del CaCu entre ellos se encuentran, las infección por Virus del Papiloma Humano (VPH), el inicio de relaciones sexuales a temprana edad, la multiparidad, el uso de anticonceptivos orales por periodos prolongados, la infección por clamidia, la inmunosupresión, los antecedentes familiares de patologías de cuello uterino, muchas parejas sexuales, tabaquismo y una baja condición socioeconómica.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), existe un método eficaz, económico y fácil de realizar para la detección temprana de las lesiones precancerosas en cuello de útero, dicha prueba es denominada como Citología cervical (conocida de manera coloquial como "Papanicolaou"), la cual consiste en tomar una muestra de células del cérvix (endocervix y exocervix) o cuello del útero. Este método es más utilizado en países desarrollados y recientes estudios comprueban que el apego a dicha prueba depende de diversos factores como: el grado de conocimientos del mismo, la técnica utilizada y el reconocimiento de la utilidad de la prueba.

Todo lo expuesto anteriormente nos lleva a preguntarnos sobre nuestras acciones como personal de enfermería en la prevención de éste tipo de Cáncer, sus complicaciones y tratamiento. Por lo tanto, se establece la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las medidas de prevención del Cáncer Cervicouterino en las mujeres de 30 a 40 años del Barrio San Juan Progreso?

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

- 1.- ¿Qué es el Cáncer Cervicouterino?
- 2.- ¿Conocen las medidas de prevención del Cáncer cervicouterino las mujeres de 30 a 40 años del Barrio San Juan Progreso?
- 3.- ¿Cuáles son los factores de riesgo y las causas del Cáncer Cervicouterino?
- 4.- ¿Identifican los signos y síntomas del Cáncer Cervicouterino las mujeres de 30 a 40 años del Barrio San Juan Progreso?
- 5.- ¿Reconocen la importancia de la realización del Papanicolaou las mujeres de 30 a 40 del Barrio San Juan Progreso?
- 6.- ¿Saben cuáles son los tipos de tratamiento para el cáncer cervicouterino las mujeres de 30 a 40 años del Barrio San Juan Progreso?
- 7.- ¿Poseen información sobre el cáncer Cervicouterino las mujeres de 30 a 40 años del Barrio San Juan Progreso?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. GENERAL

Crear un programa sobre medidas preventivas del Cáncer cervicouterino y darlas a conocer a las mujeres de 30 a 40 años del Barrio San Juan Progreso para reducir el riesgo de esta enfermedad.

1.3.2. ESPECIFICOS

- Definir ampliamente el concepto de Cáncer Cervicouterino a las mujeres en estudio
- Determinar las medidas de prevención del Cáncer Cervicouterino en las mujeres de 30 a 40 años del Barrio San Juan Progreso
- Dar a conocer tanto las causas como los factores de riesgo del Cáncer Cervicouterino a las mujeres de 30 a 40 años del Barrio San Juan Progreso.
- Enlistar los signos y síntomas del Cáncer Cervicouterino en las mujeres de 30 a 40 años del Barrio San Juan Progreso.
- Mencionar la importancia de la realización del Papanicolaou como medida de prevención del Cáncer Cervicouterino
- Indicar los diferentes tipos de tratamiento del Cáncer Cervicouterino a las mujeres en estudio.
- Evaluar el nivel de conocimiento que las mujeres en estudio sobre el Cáncer Cervicouterino.

1.4.- HIPÓTESIS

Hi:

La principal medida de prevención del Cáncer Cervicouterino en las mujeres de 30 a 40 años del Barrio San Juan Progreso es la realización periódica del Papanicolaou

Ha:

A mayor información sobre las medidas de prevención del Cáncer Cervicouterino a las mujeres de 30 a 40 años del Barrio San Juan Progreso, menor será el riesgo de padecer esta enfermedad.

1.5.- JUSTIFICACIÓN

En México, el CaCU es la segunda causa de muerte por cáncer en la mujer. Anualmente se estima una ocurrencia de 13,960 casos, con una incidencia de 23.3 casos por 100,000 mujeres. En el año 2013 se registraron 3,771 defunciones lo que representó una tasa de 11.3 defunciones por 100,000 mujeres en el grupo específico de 25 años y más. Las entidades con mayor mortalidad por cáncer de cuello uterino son Morelos (18.6 por 100,000), Chiapas (17.2 por 100,000) y Veracruz (16.4 por 100,000).

A pesar de contar en nuestro país con una Norma Oficial Mexicana (NOM-014-SSA 2-1994) “para el control y tratamiento oportuno de cáncer cérvico uterino” y un Programa de Detección Oportuna de cáncer cérvico uterino implementado en 1974, México aparece como el país con la mortalidad más alta por esta causa dentro de los países que conforman la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE).

Múltiples variables se han asociado al escaso impacto de los programas en la reducción de la incidencia y mortalidad por cáncer cérvico uterino, especialmente observado en los países en vías de desarrollo. Entre estos factores destaca el estudio de la eficacia de las pruebas de tamizaje en correlación con los estudios moleculares e histopatológicos guiados por colposcopia para la confirmación diagnóstica.

El CaCu continúa posicionándose entre las principales causas de muerte a nivel mundial, en mujeres del grupo de edad específica de 20-59 años, presenta una tasa de mortalidad de 8.1 por cada 100 mil mujeres, y una incidencia de 19.2 por cada 100 mil mujeres. Principalmente se encuentra entre las cifras más altas de incidencia y mortalidad en los continentes de África con una incidencia de 16.9 por cada 100 mil, la mortalidad de 6.0

por cada 100 mil y en América Latina y el Caribe con una incidencia de 24.3 por cada 100 mil mujeres y una mortalidad de 12.6 por cada 100 mil mujeres, estos continentes en su mayoría cuentan con países subdesarrollados.

En México en la población de mujeres de la edad de 30-59 años se encuentra como la segunda causa de muerte de tumores malignos, con una distribución porcentual de fallecimientos del 4.6 % en el año 2015. En el año 2016 tres de cada 10 muertes fueron por esta causa. En el grupo de edad de 20 a 59 años, según cifras del 2018 tiene una mortalidad de 15.1 por cada 100 mil y una incidencia de 6.2 por cada 100 mil se ve un aumento considerable de la mortalidad desde el año 2012 ya que esta fue de 11.8 por cada 100 mil mujeres, con una edad de defunción promedio de 59.03 años.

Los estados con mayor tasa de mortalidad son Colima (22.9), Oaxaca (16.0), Veracruz (15.9) y Morelos (15.7) y Chiapas (15.6) por cada 100 mil. El estado de San Luis Potosí tiene una tasa de mortalidad de 10.8 por cada 100 mil, se encuentra entre los primeros 10 estados con cifras altas. Los datos descritos anteriormente indican que esta enfermedad se caracteriza por ser una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en los grupos específicos. De igual forma es una de las pocas neoplasias considerada totalmente prevenible, debido a que es de lenta progresión pues, en la mayoría de los casos está relacionada a la infección con los virus de alto riesgo del virus del papiloma humano (VPH), la cual persiste durante los primeros 5 años, posteriormente se presentan las lesiones preneoplásicas durante los 10-15 años posteriores y sin alguna intervención se puede desarrollar cáncer invasor después a los 25 a 30 años después de la infección (20). El tiempo es relativamente largo para poder detectar la enfermedad y otorgarse un tratamiento oportuno.

Es considerada por tener un alto impacto económico al afectar a mujeres jóvenes en edad productiva y reproductiva, por lo que según la OMS estas características son pertenecientes a un problema de salud pública en el mundo, por esta razón este organismo se encarga de implementar estrategias y acciones para guiar a los países con mayor incidencia de CaCu.

Los factores de riesgo encontrados en algunos estudios son relacionados principalmente con el estilo de vida de las mujeres, como lo son el inicio de vida sexual a temprana edad, estado civil en su mayoría casadas, con educación básica o incompleta, embarazos múltiples, con un rango de edad entre 40 y 57 años, respecto a un estudio la mayoría de su muestra acudió a consulta después de presentar signos y síntomas, por el rango de edad en un porcentaje alto, eran trabajadoras antes de su diagnóstico.

La Organización de la Salud (OMS) en su publicación “Control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales” en donde refiere un método para la prevención y control del cáncer cervicouterino, representa estrategias y presenta la colaboración de diversos programas, organizaciones y asociados, estando en actualización conforme los nuevos avances científicos.

Antecedente a esto en 1974 se implementó en México el programa de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino, entre sus acciones la primordial es la citología, que es una prueba de tamizaje, utilizada para la detección oportuna del CaCu, el éxito del programa radica en la calidad y disponibilidad de los recursos, se observó una disminución en la tasa de mortalidad por 100,000 estandarizada con la población mundial en 2000 fue de 13.3, y en 2008 fue de 8.6. En el periodo 2000-2012, disminuyó en 37.6%, al pasar de 18.9 a 11.8 en la tasa y de 4,585 a 3,832 defunciones, durante este periodo se propuso como meta disminuir la tasa de

mortalidad, lo cual no se pudo conseguir, manteniéndose un punto arriba, debido a que existe desigualdad en la infraestructura y distribución de los recursos para brindar la atención dependiendo de la región o lugar ocasionando un retraso en la detección oportuna. Teniendo como consecuencia el aumento en los costos en salud, invirtiendo aún más en el tratamiento de los casos que se pudieron haber detectado con la citología.

Es por eso por lo que el sector salud continúa trabajando en la propuesta de estrategias y acciones para prevenir la enfermedad, que son implementadas se ven reflejadas en el Programa de acción específico, prevención y control del cáncer en la mujer, junto con la Norma Oficial Mexicana Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino. En donde se describen las acciones a seguir para el personal de salud referente a la prevención primaria, factores de riesgo, los grupos vulnerables y los pasos a seguir para el tratamiento.

Estos aportes permiten justificar la realización del estudio ya que confirman los beneficios que puede brindar el uso de las diferentes herramientas de la geografía en salud, como lo es el análisis espacial.

La importancia de realizar este estudio radica en que los resultados obtenidos, nos permitirá tomar acciones en beneficio de las mujeres que residen en el lugar, así mismo, al no contar con información científica de estudios actualizados y referidos al tema abordado, la investigación permite aportar información valiosa y relevante, no solo de la variable abordada, sino también de las unidades que análisis que formaron parte de la investigación. La investigación es relevante y trascendental para la comunidad en general, debido a que las prácticas preventivas de cáncer de cuello uterino, constituye un aspecto importantísimo en la lucha contra

esta enfermedad que viene siendo una de las principales causas de muerte en las mujeres, tanto a nivel mundial como a nivel nacional.

Por lo que fue pertinente la realización del estudio para contribuir a la generación de nuevo conocimiento, construcción de nuevas herramientas utilizando los datos encontrados y existentes, para poder visualizar el problema de incidencia, prevalencia y mortalidad del CaCu en el Barrio San Juan Progreso.

1.6.- DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO

(INEGI, 2019) Explica:

El cáncer es la tercera causa de muerte en México, por esta enfermedad fallecen 14 de cada 100 personas y la esperanza de vida de quienes la padecen es de 63 años. Su mortalidad está creciendo de manera acelerada, pues entre 1990 y 2019 el número de muertes se duplicó: de 41 a 89 mil personas. Además, se ha estimado que el cáncer genera costos directos e indirectos de entre 23 y 30 mil millones de pesos anuales, lo cual representa una quinta parte del presupuesto total del Instituto de Salud para el Bienestar en 2020.

Como en otras enfermedades, de acuerdo con datos de la Organización Panamericana de la Salud (2019), la prevención y la detección tempranas son clave: los programas de vacunación y tamizaje son intervenciones efectivas para prevenir los tipos de cáncer susceptibles de prevención primaria y secundaria; alrededor de 3 de cada 10 de los casos de cáncer pueden curarse si se detectan temprano y se tratan de manera adecuada; y cerca de 4 de cada 10 casos de cáncer podrían prevenirse si se evitan factores de riesgo cruciales como el tabaco, el consumo abusivo de alcohol, la dieta poco saludable y la inactividad física.

Considerando los elevados grados de incidencia y mortalidad del cáncer, así como sus consecuencias perniciosas para el bienestar económico y social de las personas, es imprescindible que como sociedad nos preguntemos ¿cómo lograr que el sistema público de salud provea atención efectiva, oportuna y de calidad a las personas con los cánceres de mayor incidencia en México?

(García, 2012) Afirma:

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

La falta de un diagnóstico oportuno se ha atribuido como principal causa de mortalidad, condicionada por factores como las barreras de accesibilidad a la atención médica, los aspectos sociales y culturales que impiden la detección y la solicitud de demanda a los servicios ante los primeros síntomas de la enfermedad. Por lo tanto, se reconoce que los servicios de salud deben fortalecer las acciones dirigidas a la educación para la salud, promover la prevención primaria por inmunización y la promoción secundaria a través de la detección oportuna, así como contar con los recursos de atención médica necesarios para atender la demanda en los casos nuevos identificados que contribuyan a disminuir la mortalidad por esta causa.

La prioridad de las políticas en salud es que toda la población, cualquiera sea su condición socioeconómica y el grupo étnico al que pertenezca, tenga las mismas oportunidades y calidad en la accesibilidad y servicios de atención preventiva y curativa. La evidencia muestra que poblaciones marginadas, en términos sociales, geográficos y económicos, tienen una mayor probabilidad de morir por cánceres prevenibles, lo cual se puede atribuir, entre otros factores, a que no reciben un diagnóstico oportuno y, por tanto, el tratamiento es tardío.

Se trata de una neoplasia de relevancia por la magnitud que presenta respecto a la morbilidad y mortalidad, sobre todo si se toma en cuenta su alto potencial de ser prevenible a fin de evitar la mortalidad por esta causa. En México, es la segunda causa de muerte por cáncer en la mujer, con una incidencia de 23.3 casos por 100,000 mujeres. En el año 2012, se registraron 3832 defunciones en mujeres con una tasa cruda de 6.4 defunciones por 100,000 mujeres. En el grupo específico de mujeres de 25 años y más, la tasa cruda es de 11.8 defunciones por 100.000 mujeres y un promedio de edad a la defunción de 59.03 años. Las entidades con mayor mortalidad por cáncer del cuello uterino son Colima, Oaxaca, Veracruz, Morelos y Chiapas.

La macro localización de la prevención del Cáncer Cervicouterino en la presente investigación se realizará en el Municipio de Bella Vista, Chiapas, reuniendo distintos tipos de datos e información de suma importancia. En cuanto a la micro localización se realizará específicamente en el Barrio San Juan Progreso de este mismo Municipio recolectando información de mujeres entre 30 a 40 años de edad.

Por lo anterior se decidió realizar el presente trabajo con la finalidad de implementar estrategias y medidas de prevención, y al mismo tiempo para informar y concientizar a la población antes mencionada.

Bella Vista es uno de los 124 municipios en que se encuentra dividido el estado mexicano de Chiapas. Se localiza en la Sierra Madre de Chiapas, por lo cual su territorio es accidentado, sus coordenadas geográficas son $15^{\circ} 35''$ N y $92^{\circ} 15''$ W. Sus límites son, al norte con los municipios de Chicomuselo y Frontera Comalapa, al sur con Siltepec y la Grandeza, al este con Amatenango de la Frontera y al oeste con Siltepec. La cabecera es Bella Vista.

El municipio fue erigido en pueblo y cabecera municipal con el nombre de San Pedro Remate, por decreto del 21 de febrero de 1887, promulgado por Adrián Culebro, gobernador sustituto de Chiapas. La formación del pueblo se hizo con los habitantes de la ranchería San Pedro Remate, del departamento de Comitán. En 1920, el gobernador Tiburcio Fernández Ruíz, jefe de la contrarrevolución en Chiapas, por conducto de la XXVIII Legislatura local descendió tanto al Municipio como al pueblo de San Pedro Remate al nivel de delegación del municipio de La Grandeza, y dos años después a simple agencia municipal. Sin embargo, con la venia de las autoridades de La Grandeza, el Municipio de San Pedro Remate continuó con su antigua categoría, nombrando regularmente a sus autoridades.

El 6 de junio de 1925, en un acto de justicia, se le restituye su categoría de Municipio libre, por disposición de Carlos A. Vidal, gobernante en turno. De ese modo, a San Pedro Remate se le agregan las delegaciones de San Pedro, Los Cimientos y Las Chicharras. Son personajes ilustres nacidos en este municipio Ricardo Alfonso Paniagua (1896-1927), político, y Héctor Eduardo Paniagua (1896-1962), poeta.⁶

La extensión territorial del municipio es de 114.3 km², la cual equivale al 5.37% de la superficie de la región Sierra y al 0.15% de la superficie estatal. Su altitud es de 1,700 msnm. En todo el municipio se encuentra zonas accidentadas por encontrarse en la Sierra Madre del Sur.

La localidad de San Juan Progreso está situada en el Municipio de Bella Vista (en el Estado de Chiapas). Hay 516 habitantes. En la lista de los pueblos más poblados de todo el municipio, es el número 11 del ránking. San Juan Progreso está a 664 metros de altitud.

CAPITULO II: MARCO DE REFERENCIA

2.1.

MARCO HISTÓRICO

(Robinson, 2010) Argumenta:

Parece indiscutible que lo que conocemos hoy bajo el término genérico de cáncer ha existido siempre en el ser humano moderno, al menos con seguridad dentro del periodo de las civilizaciones en los últimos 5000 años, como lo atestiguan los hallazgos egipcios en el papiro de Smith y de Ebers. Anterior a estas fechas aproximadas, no existe evidencia absoluta que los Homo sapiens de los últimos 200 000 años lo hayan padecido, aunque es de suponer que seguramente hace 40 000 años, en la época Cromagnon europea, existía tal condición, si se tiene en cuenta al menos la etiología genética.

Es probable que a partir de la aparición de la agricultura y la domesticación de animales, entre 12 000 y 8 500 años atrás, cuando el H. sapiens tomó contacto cercano con las plantas y los animales, y mayor número de microorganismos, hayan aparecido ciertas formas de cáncer, considerando que la alimentación humana cambió radicalmente con nuevos granos, bayas y frutos; y con la ingesta de productos lácteos de la cabra, la vaca, el carnero, y tal vez de otros animales dentro de las 5 especies primariamente domesticadas.

Hay un reciente hallazgo en el norte de Sudán, en un fósil de 3200 años de antigüedad, que muestra signos de metástasis, en especial en la escápula, considerado la documentación más antigua con respecto al cáncer. En total existen alrededor de 200 fósiles hallados que tienen alguna evidencia de haber padecido enfermedad maligna, algunos correspondientes al periodo prehispánico de México y Perú.

El papiro egipcio más antiguo es el de Smith (1600 A.C.), actualmente recopilado en la Academia de Medicina de New York, es un documento que ilustra las afecciones de la época, describiendo 8 casos de úlceras o tumores removidos con el uso de un “cauterio” y posibles osteosarcomas. En el papiro de Ebers (1500 A.C.), lamentablemente perdido durante la segunda guerra mundial, hay una mayor descripción de lesiones tumorales con referencia a órganos afectados, como la piel, el estómago, el útero, el ano, y posiblemente la tiroides, así como relatos de extirpaciones quirúrgicas.

También Hipócrates (Grecia siglo V), en su teoría de los cuatro humores: flema, sangre, bilis amarilla y bilis negra, descrita en el Corpus Hipocraticum, relaciona los excesos y desequilibrios de los humores a estados como la melancolía y su posible relación con enfermedades, recomendando para el tratamiento de tumores el aceite de rosas y la extirpación quirúrgica. Hipócrates creó el término cáncer para designar los crecimientos malignos, palabra que significa cangrejo y sugiere el avance del proceso en todas direcciones.

El origen de la palabra Cáncer (Karkinos) se le adjudica a Hipócrates (460-370 a. C). Carcinus (Καρκίνος, habitualmente denominado por su nombre en latín, Cáncer, o simplemente como el Cangrejo) es un cangrejo gigante de la mitología griega que habitaba en la laguna de Lerna. Es un personaje secundario en el mito de los doce trabajos de Heracles, a quien, por orden de Hera, ataca mientras lucha contra la Hidra de Lerna; como recompensa por esta acción, Hera lo convierte en la constelación de Cáncer. Él creía que el cuerpo tenía 4 humores o fluidos corporales en equilibrio, a saber: la sangre, la flema, la bilis amarilla y la bilis negra, y sugirió que el desequilibrio de estos humores en diversos sitios del cuerpo podría ocasionar enfermedad, entre ellas el cáncer.

Galeno, médico griego del siglo II, recomendó el cauterio y la cirugía para los crecimientos tumorales, a los que denominó “oncos”, que quiere decir “hinchazón”. Celso, en Roma, indicaba emplastos de miel, higos y col para esta condición, mientras el médico árabe Rhazes, siguiendo a Galeno, insistía en el empleo del cauterio y la cirugía. Todos conocieron la capacidad de recidiva que poseían ciertos crecimientos después de la ablación quirúrgica, complicación que era temida y con frecuencia considerada fatal.

(Bulnes, 2013) Afirma:

El cáncer cervicouterino (CaCu) es un problema de salud pública, constituye la enfermedad neoplásica más frecuente y mortal en la población femenina, siendo la primera causa de muerte por neoplasias malignas en el grupo de 25 a 64 años.

Los antecedentes de las descripciones de cáncer cervicouterino se remontan hasta los años 460 a.C. con Hipócrates, quien hace una amplia descripción del cáncer, en su “corpus Hipocraticum”, sobre todo del cáncer de seno, útero y piel, y a él se atribuye la paternidad del término cáncer para designar esta enfermedad. Aurelio Cornelio Celso, 40 años a.C., en el libro primero de su obra “Ocho Libros de la Medicina”, narra la presencia de un cáncer en los genitales de una noble dama.

Galeno, en el año 135 d.C., dedica una monografía completa al estudio del cáncer. Hans Hinselmann, en 1925, en Alemania, inventa el colposcopio y Schiller, en 1933, introdujo la prueba de lugol en el examen del cérvix uterino. El gran mérito de George Papanicolaou y su escuela fue haber sistematizado una técnica de diagnóstico con métodos de toma de muestra, fijación en fresco, tinción y nomenclatura de los diferentes tipos

de alteración citológica relacionada con el CaCu, publicando en 1954 su Atlas de Citología Exfoliativa.

A Hipócrates se le atribuye el nombre de "cáncer" como "karkinoma" (carcinoma). En el mundo moderno, la ciencia y la cirugía avanzaron a medida que los médicos volvían a la observación directa del cuerpo humano. Sin embargo, la teoría de que el cáncer fue causado por un exceso de bilis negra continuó prevaleciendo hasta el siglo XVI. La enfermedad se consideró incurable, aunque se formuló una amplia variedad de brebajes que contenían arsénico para tratar sus manifestaciones. En el siglo XVII, la vieja teoría de la enfermedad basada en humores corporales fue descartada cuando los vasos del sistema linfático fueron considerados como su principal causa. En el siglo XVIII Bernard Peyrilhe realizó algunos experimentos para confirmar o refutar la hipótesis no anatómica relacionada con el cáncer.

Celsus (28-50 a.C), traduce el término de "Karkinos" a cáncer. Galeno (130-200 d.C) utiliza el término "oncos" para señalar su capacidad de "hincharse", término del que por cierto se deriva la denominación "Oncología".

Galeno es considerado el investigador médico más completo del mundo romano; sus conceptos dominaron por mucho tiempo en medicina hasta que Wiseman (1600) cirujano del Rey Carlos I, cuestionó muchos de los conceptos de Galeno pero, su mayor contribución a la oncología, fue establecer el concepto de curación a partir del tamaño del tumor. LeDian confirmó esta observación en material de necropsia.

2.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

El tema del cáncer Cervicouterino y sobre todo de la importancia de la prevención es tan común en la población femenina, y desafortunadamente es motivo de discrepancias, ya que para muchos no existe gran relevancia en el padecimiento de este problema convirtiéndose a la larga en motivo de complicaciones. Por ello el presente trabajo se enfoca principalmente en dar a conocer la importancia de las medidas preventivas de dicha patología. Será guiada por muchas otras investigaciones previas a ésta y de las cuales se presentan algunas a continuación:

NOMBRE DE LA TESIS: “PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER CERVICOUTERINO EN EL DISTRITO DE CORACORA”

AUTOR: DIANA CAROLINA MISAGEL MENDOZA

AÑO: 2021.

OBJETIVO: Describir las prácticas de prevención de cáncer cervicouterino, según mujeres del distrito de Coracora en los meses de Julio a octubre de 2020.

RESULTADOS: En las prácticas de prevención primarias se tiene que, gran parte tienen una vida sexual activa, la mayoría refiere haber tenido ITS y el uso del preservativo es solo en ocasiones. En cuanto a las prácticas de prevención secundarias, un gran número refieren no haberse realizado la prueba de papanicolaou, un 20% indica no recordar cuando se han realizado la prueba.

DISCUSION: La discusión es el proceso de triangulación, que se realiza comparando los resultados obtenidos en el estudio, con el de los

principales antecedentes, a fin de determinar si estos se asemejan o se anteponen, finalmente se busca un respaldo teórico, consultando las fuentes teóricas citadas. Es la quinta neoplasia, es decir enfermedad producida por la formación anormal de tumores malignos o benigna, más frecuente del mundo, siendo la segunda casusa en las mujeres, después del cáncer de seno. En una estimación realizada, se ha reportado que anualmente aparecen aproximadamente 500 000 casos, y que un 90% de los casos ocurren en los países en desarrollo.

CONCLUSIONES: Las prácticas de prevención de Cáncer Cervicouterino no son las adecuadas en la mayoría de mujeres, así como el no realizarle la prueba de papanicolaou de manera oportuna.

NOMBRE DE LA TESIS: “INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA INCREMENTAR LOS CONOCIMIENTOS DE CÁNCER CERVICOUTERINO Y DE MAMA EN ESTUDIANTES DEL AREA DE LA SALUD, UV XALAPA, VERACRUZ, MÉXICO”

AUTOR: TANIA VANESA SANDOVAL MUÑIZ

AÑO: 2017.

OBJETIVO: Aplicar y evaluar la intervención educativa “CaCuCaMama” en estudiantes universitarios del Área de Ciencias de la Salud, campus Xalapa de la Universidad Veracruzana, para incrementar el nivel de conocimientos en ésta población. Considerando que es de vital importancia que los futuros profesionistas de la salud cuenten con la información necesaria referente a estas patologías, que representan un serio problema de salud pública.

DISCUSION: En un estudio realizado por Paéz y cols., en 2010, en la Facultad de Salud de la Universidad de Santander de Colombia, el cual tenía como objetivo conocer los conocimientos y frecuencia de factores de riesgo para cáncer de mama, reportó que el promedio de edad de los encuestados fue de 21 años en un rango de 16 a 33 años; datos que concuerdan con lo observado en el presente estudio, en donde el promedio de edad fue de 22 y 21 años en el grupo de estudio y grupo control respectivamente. Respecto al estado civil, en este mismo estudio de Paéz se encontró que 83% de la muestra eran solteros y el porcentaje restante convivía ya con una pareja. Dato importante de observar, ya que en este estudio más de 95% igualmente eran solteros, lo que demuestra que tanto en nuestro país como en Colombia la edad del estudiante universitario del área de la salud es similar y prevalece la soltería.

CONCLUSIONES: Los estudiantes del área de la salud de este proyecto de intervención tienen la edad promedio y esperada para un estudiante universitario, el predominio de género en los estudiantes es de tipo femenino y a pesar de que la Universidad Veracruzana cubre al total de sus estudiantes de pregrado, con servicio médico por parte del IMSS, un alto porcentaje de alumnos no cuenta con ningún tipo de servicio médico, situación que pone de manifiesto el desconocimiento de los alumnos de acuerdo a su derecho a la salud como universitario, a pesar de que son alumnos que tienen mayor contacto con los diferentes servicios de salud. Al menos dos terceras partes de los participantes han tenido relaciones sexuales en una ocasión y cuentan con más de una pareja sexual, el método anticonceptivo que predominó fue el condón seguido de aquellos que no utilizaban ningún método, con lo que se puede concluir que a pesar de que son futuro personal de salud en formación, no son conscientes del riesgo que implica tener múltiples parejas sexuales añadiendo la ausencia de un método anticonceptivo, específicamente de barrera, los cuales son los únicos que hasta nuestros días han

demostrado prevenir, si se usan adecuadamente, el contagio de enfermedades de transmisión sexual, información que debe ser manejada por los futuros promotores de la salud.

NOMBRE DE LA TESIS: “COMPORTAMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGOS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICOS DEL CÁNCER CERVICOUTERINO.”

AUTOR: ILIANA DELIA GÓMEZ CASAUS.

AÑO: 2019.

OBJETIVO: Caracterizar el comportamiento clínico-epidemiológico del cáncer cervicouterino en mujeres de 25 a 64 años en el Policlínico Máximo Gómez, en el periodo comprendido de enero - diciembre 2018.

DISCUSION: Cuando analizamos el comportamiento de los resultados de la citología orgánica en el Policlínico Máximo Gómez en el período estudiado encontramos que de un total de 1653 citologías realizadas el 2.17 % de las pacientes tuvieron resultados alterados, representado por 36 pacientes.

No coincidimos con algunos investigadores ya que obtuvieron un predominio mayor de infección vaginal por trichomonas.^{21,32} Por otra parte Gómez y otros autores realizaron estudios similares en México, demostrando la relación existente entre las infecciones de transmisión sexuales y las patologías de cuello; reportaron una mayor incidencia en las infecciones por trichomonas, por lo que tampoco coincidimos con estos autores.

CONCLUSIONES: En el periodo estudiado, las lesiones de cuello uterino más incidentes en las citologías de las pacientes fueron las NIC I. Las lesiones pre malignas del cuello uterino se encontraron mayormente en mujeres de 30 y 39 años de edad, multíparas, en el uso de anticonceptivos hormonales y en casos de cervicitis de etiología no precisada y moniliasis vaginal; así como, en el inicio precoz de las relaciones sexuales y la práctica del hábito de fumar.

No se encontró diferencia significativa entre la incidencia de casos de citologías positivas en el periodo del estudio con las detectadas en igual periodo del 2017.

2.3. MARCO TEÓRICO

2.3.1. ANATOMIA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO

El aparato reproductor Femenino es el conjunto de tejidos, glándulas y órganos que participan en la procreación (tener hijos). En la mujer, abarca los ovarios, las trompas de Falopio, el útero, el cuello uterino y la vagina.

La comprensión básica de la anatomía y fisiología, se considera fundamental para el entendimiento de la sexualidad humana, ya que a partir del manejo adecuado de esta información, las personas pueden entender la importancia de este sistema y por ende las patologías asociadas. Los órganos genitales femeninos incluyen la vagina, el útero, las trompas uterinas y los ovarios.

2.3.1.1. VAGINA

Es un tubo musculomembranoso que se extiende desde el cuello del útero hasta el vestíbulo de la vagina (hendidura entre los labios menores en la cual también se abre la uretra). El extremo superior rodea al cuello del útero y el extremo inferior pasa anteroinferiormente a través del suelo de la pelvis para abrirse en el vestíbulo. La vagina sirve como conducto excretor para el líquido menstrual, forma la porción inferior del canal pélvico (o del parto) y recibe el pene y el eyaculado durante el coito.

La vagina perfora la membrana perineal. Normalmente se encuentra colapsada excepto en el extremo inferior donde el cuello uterino las mantiene abiertas, en esta parte se describen las porciones anterior, posterior y lateral. La porción posterior del fondo de saco es la más profunda y está íntimamente relacionada con el fondo de saco rectouterino. Esta porción es muy distensible, y permite acomodar el pene

erecto. Cuatro músculos comprimen la vagina y actúan como esfínteres: Pubovaginal, esfínter externo de la uretra, esfínter uretrovaginal y bulboesponjoso. Las relaciones de la vagina son anteriormente, la base de la vejiga y la uretra, lateralmente el músculo elevador del ano, la fascia pélvica visceral y los uréteres y posteriormente el canal anal, el recto y el fondo de saco rectouterino.

2.3.1.1.1. Vasculatura de la vagina

Para hablar de la vasculatura vaginal dividimos esta en dos porciones:

- Porción superior: a través de las arterias uterinas.
- Porción media e inferior: a través de las arterias vaginales que derivan de la arteria rectal media y de la arteria pudenda interna.

Las venas forman los plexos venosos vaginales a lo largo de las caras laterales de la vagina y dentro de la mucosa vaginal, estas comunican con los plexos venosos vesical, uterino y rectal y drenan en las venas ilíacas internas.

2.3.1.1.2. Inervación

Los nervios para la mayor parte de la vagina derivan del plexo uterovaginal situado con la arteria uterina entre las capas del ligamento ancho del útero. El plexo uterovaginal es una extensión del plexo hipogástrico inferior. Sólo del 20% al 25% inferior de la vagina es somático en términos de inervación. La inervación de esta porción inferior proviene de la rama perineal profunda del nervio pudendo. Sólo esta parte de la vagina con inervación somática simpática es sensible al tacto y la temperatura.

2.3.1.2. ÚTERO

El útero es un órgano muscular hueco piriforme y de pared gruesa, situado en la pelvis menor, normalmente en anteversión con el extremo hacia delante en relación con el eje de la vagina y flexionado anteriormente en relación con el cuello uterino. La posición del útero cambia con el grado de plenitud de la vejiga y el recto. El útero se divide en dos porciones principales:

- **El cuerpo:** forma los dos tercios superiores y tiene dos porciones, el fondo la porción redondeada del cuerpo situada por encima de los orificios de las trompas uterinas y el istmo la región del cuerpo relativamente contraída inmediatamente por encima del cuello uterino.
- **El cuello:** la porción inferior estrecha que protruye en la parte superior de la vagina.

El cuerpo del útero está situado entre las capas del ligamento ancho y es libremente móvil. Tiene dos caras, la vesical y la intestinal. Los cuernos uterinos son las regiones superolaterales donde entran las trompas uterinas. El cuello del útero está dividido en las porciones vaginal y supravaginal, esta última está separada de la vejiga por tejido conectivo laxo y del recto posteriormente por el fondo de saco rectouterino. El ligamento del ovario se fija al útero posteriormente a la unión uterotubárica. El ligamento redondo del útero se fija anteroinferiormente a esta unión. La pared del cuerpo uterino consiste en tres capas:

- **Perimetrio:** túnica serosa externa, consiste en peritoneo sostenido por una capa delgada de tejido conectivo.

- **Miometrio:** túnica muscular media, es una capa gruesa que se distiende mucho durante el embarazo, las ramas principales de los vasos sanguíneos y los nervios del útero se localizan aquí.
- **Endometrio:** túnica mucosa interna, se adhiere firmemente al miometrio.

Los principales soportes del útero son la fascia pélvica y la vejiga urinaria. El cuello uterino es la porción menos móvil del útero porque se mantiene en posición por ligamentos que son condensaciones de la fascia endopélvica:

- **Ligamentos cervicales transversos:** desde el cuello uterino y las porciones laterales del fondo de saco hasta las paredes laterales de la pelvis.
- **Ligamentos rectoureterinos:** pasan por encima y ligeramente detrás de las caras laterales del cuello del útero hacia el centro del sacro, son palpables en el examen rectal.
- **El ligamento ancho del útero:** es una doble capa de peritoneo que se extiende desde las caras laterales del útero hasta las paredes laterales y el suelo de la pelvis, ayuda a mantener el útero relativamente centrado en la pelvis, pero contiene sobre todo los ovarios, las trompas uterinas y la vasculatura que las irriga. Las dos capas del ligamento se continúan entre sí en un borde libre que rodea a la trompa uterina. Lateralmente, el peritoneo del ligamento ancho se prolonga superiormente sobre los vasos ováricos como el ligamento suspensorio del ovario. La porción del ligamento ancho por la cual se suspende el ovario es

el mesovario, la porción del ligamento ancho que forma el mesenterio de la trompa uterina es el mesosálpinx y la principal porción del ligamento ancho o mesometrio está por debajo del mesosálpinx y el mesovario.

El peritoneo cubre al útero por delante y por encima, excepto por la porción vaginal del cuello uterino. El peritoneo se repliega anteriormente del útero sobre la vejiga y posteriormente sobre la porción posterior del fondo de saco vaginal sobre el recto. El cuerpo uterino inferior (istmo) y el cuello se sitúan en contacto directo con la vejiga sin peritoneo interpuesto. Posteriormente, el cuerpo y la porción supravaginal del cuello uterino están separados del colon sigmoideo por una capa de peritoneo y la cavidad peritoneal u del recto por el fondo de saco rectouterino.

El útero está formado por dos porciones anatómicas, el cuerpo y el cuello o cérvix. Esta última, de aspecto cónico en su conjunto y 3 cm de longitud, es la parte inferior y más angosta del útero. La luz del cuello, llamada conducto endocervical, presenta dos estrechamientos, uno en cada extremo, denominados orificio interno, que se comunica con la cavidad del cuerpo y orificio externo, que se comunica con la vagina. Se le llama istmo, a una estrecha región donde el cuerpo se une con el cuello.

Este se subdivide en dos porciones, supravaginal, que es la parte superior más próximo al cuerpo del útero, y la porción vaginal, que se introduce en la parte superior de la vagina. En toda su extensión, está revestido por una mucosa que sufre grandes variaciones de una porción a otra. En la porción supravaginal (endocérvix) la mucosa es similar a la del cuerpo, estando constituida por un epitelio simple cilíndrico con células ciliadas y células secretoras de mucus. De este epitelio se originan glándulas grandes y ramificadas que se extienden por toda la lámina propia o estroma.

En la porción vaginal o exocérnix, el epitelio simple cilíndrico de la mucosa se transforma en un epitelio estratificado plano húmedo que se continúa con el de la vagina. Este epitelio posee un estrato basal de células con núcleos alargados, perpendiculares a la membrana basal y escaso citoplasma; un estrato para basal, de células poligonales y mayor cantidad de citoplasma; un estrato intermedio, con células de núcleos ovalados y abundante citoplasma y un estrato superficial, de células dispuestas horizontalmente y núcleos pequeños e hipercromáticos.

Esta variación de las características celulares al ascender hacia la superficie, corresponde a una maduración celular. Por fuera, el resto de la pared está formada por una capa de escasas fibras musculares lisas y abundante tejido conectivo denso. En la zona de transición, sitio donde el epitelio simple cilíndrico mucosecretante del conducto endocervical se transforma en el epitelio estratificado de la porción vaginal del cuello, pueden aparecer alteraciones, en especial después de los partos, que consisten en parches de epitelio simple cilíndrico en la porción vaginal del cuello.

Estas áreas anómalas llamadas erosiones, son susceptibles de desencadenar una reacción inflamatoria. La inflamación crónica no tratada que se asocia con las erosiones, puede ser un factor predisponente al cáncer de cuello uterino. Las células epiteliales del cérvix se exfolian constantemente hacia la vagina, de modo que los extendidos de células coloreados con la técnica de Papanicolaou son de gran utilidad en la detección del cáncer cervical.

2.3.1.2.1. Vasculatura

La irrigación deriva principalmente de las arterias uterinas (rama de la división anterior de la iliaca interna). Las venas uterinas discurren en el ligamento ancho, drenando en el plexo venoso uterino a cada lado del útero y la vagina, y estas venas a su vez drenan en las venas ilíacas internas.

2.3.1.2.2. Inervación

Proviene principalmente del plexo uterovaginal que se extiende hasta las vísceras pelvianas desde el plexo hipogástrico inferior. Fibras simpáticas, parasimpáticos y aferentes viscerales pasan a través de este plexo.

- **Inervación simpática:** se origina en la médula espinal torácica inferior y atraviesa los nervios espláncnicos lumbares.
- **Inervación parasimpática:** se origina en los segmentos medulares S2 a S4 y atraviesa los nervios espláncnicos pélvicos hasta el plexo hipogástrico inferior/uterovaginal.

2.3.1.3. TROMPAS DE FALOPIO

Se extienden desde los cuernos uterinos y se abren en la cavidad peritoneal cerca de los ovarios. Están situadas en el mesosápinx. Típicamente se extienden en sentido posterolateral hasta las paredes laterales de la pelvis donde ascienden y se arquean sobre los ovarios, aunque la posición de trompas y ovarios es variable durante la vida y los lados derecho e izquierdo son asimétricos a menudo. Cada trompa uterina se divide en cuatro porciones:

- **Infundíbulo:** es el extremo distal con forma de embudo que se abre en la cavidad peritoneal a través del orificio abdominal (ostium). Sus prolongaciones digitiformes, las franjas, se extienden sobre la cara medial del ovario.
- **Ampolla:** la porción más ancha y más grande, comienza en el extremo medial del infundíbulo.
- **Istmo:** la porción de pared gruesa, entra en el cuerno uterino.
- **La porción uterina:** es el segmento intramural corto que atraviesa la pared del útero y se abre a través del orificio uterino en la cavidad uterina.

2.3.1.3.1. Vascularización

Las ramas tubáricas se originan como ramas terminales que se anastomosan de las arterias uterinas y ováricas. Las venas drenan en las venas ováricas y el plexo venoso uterino.

2.3.1.4. OVARIOS

Con forma de almendra, se localizan más comúnmente cerca de las paredes laterales de la pelvis suspendidos por el mesovario (parte del ligamento ancho). El extremo distal del ovario conecta con la pared lateral de la pelvis mediante el ligamento suspensorio del ovario. Este ligamento transporta los vasos, linfáticos y nervios ováricos hacia y desde el ovario, y constituye la porción lateral del mesovario. El ovario también se fija al útero mediante el ligamento propio del ovario, que se extiende dentro del mesovario. El ligamento conecta el extremo proximal uterino del ovario al ángulo lateral del útero, por debajo de la entrada de la trompa uterina.

2.3.1.4.1. Vasculatura

Las arterias ováricas provienen de la aorta abdominal, en el reborde pelviano, las arterias ováricas cruzan sobre los vasos ilíacos externos y entran a los ligamentos suspensorios. La arteria ovárica envía ramas a través del mesovario al ovario y a través del mesosálpinx para irrigar la trompa uterina. Las ramas ováricas y tubáricas se anastomosan con las ováricas y tubáricas de la arteria uterina.

Las venas que drenan del ovario forman el plexo pampiniforme de venas cerca del ovario y la trompa uterina. La vena ovárica derecha asciende para entrar en la vena cava inferior y la vena ovárica izquierda drena en la vena renal izquierda.

2.3.1.4.1. Inervación

Los nervios descienden a lo largo de los vasos ováricos desde el plexo ovárico, que comunica con el plexo uterino. Las fibras parasimpáticas en el plexo derivan de los nervios espláncnicos pélvicos. Las fibras aferentes desde el ovario entran en la médula espinal a través de los nervios T10 y T11.

2.3.2. CÁNCER CERVICOUTERINO (CaCu)

(IMSS, 2015) Define:

Es el crecimiento anormal y acelerado de las células que se encuentran en el cuello de la matriz (cervix). Además agrego, que al inicio de la patología las lesiones son tan pequeñas que no se pueden ver a simple vista y que desafortunadamente durara así por muchos años siendo asintomática,

hasta que el cáncer se encuentre ya más avanzado se apreciara a simple vista al momento de la exploración ginecológica e incluso causara molestias.

Aunado a esto, otros institutos importantes de nuestro país también consideran que el CaCu es un tipo frecuente de cáncer en el cual las células cancerosas se encuentran en los tejidos del cervix y pueden hacer metástasis.

(GPC, 2016) Afirma:

Es una una alteración que se origina en el epitelio del cérvix que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras de lenta y progresiva evolución, las cuales progresan a cáncer in situ o un cáncer invasor en donde las células con transformación maligna traspasan la membrana basal.”

(NOM-014, 2000) Argumenta:

El Cáncer es un tumor maligno en general, es la pérdida de control del crecimiento y división de las células que puede invadir y destruir estructuras adyacentes y propagarse a sitios alejados para causar la muerte. También pueden usarse os siguientes términos:

- Carcinoma in situ: Es una lesión en la que todo el epitelio o la mayor parte de él muestra el aspecto celular de carcinoma. No hay invasión del estroma subyacente.
- Carcinoma micro invasor del cuello uterino: 1 a 1 invasión mínima al estroma no mayor a 1 mm., 1 a 2 invasión al estroma menor de 5 mm. y con una extensión horizontal no mayor de 7 mm.

El CaCu se define como el desarrollo y la multiplicación de células malignas que penetran la membrana basal e infiltración del estroma del cuello uterino. Se asocia a la infección por el virus de VPH, los tipos 16, 18, 31 y 33 son los que más se asocian al desarrollo de cáncer.

(Cardona, 2017) Explica:

El CaCu se produce de forma secundaria a la transformación viral de las células de la superficie (epiteliales) por los tipos de alto riesgo del virus del VPH, y es el único cáncer ginecológico que se puede prevenir mediante un examen de detección regular. La infección persistente con VPH de alto riesgo se ha identificado como el factor esencial en la patogenia de la mayoría de los cánceres de cuello uterino. La capacidad del virus para transformar el epitelio humano se ha asociado con la expresión de dos productos genéticos virales, E6 y E7, que interactúan con p53 (una proteína supresora de tumores) y la proteína del retinoblastoma (pRB), respectivamente, y afectan los mecanismos de control del ciclo de la célula.

La infección persistente es la condición necesaria para el desarrollo de lesiones premalignas y su progresión. El tipo viral es, sin duda, uno de los principales factores predictores de riesgo de progresión a NIC 3. Por tanto, la mayoría de las mujeres con infecciones que se expresan en forma de alteraciones citológicas menores (LSIL o ASCUS) tienden a regresar o desaparecer en los próximos meses o años. El mejor marcador subrogado de riesgo para el desarrollo de cáncer cervical es NIC 3. Las lesiones de NIC 2, aunque se consideran lesiones de alto grado y mayoritariamente se tratan (margen clínico de seguridad), constituyen un grupo heterogéneo formado tanto por lesiones regresivas causadas por VPH de bajo riesgo como por lesiones progresivas.

El tiempo entre infección por VPH oncogénicos y el desarrollo clonal de NIC 3 es difícil de calcular, ya que depende del tipo e intensidad del seguimiento y de los límites aceptados para el diagnóstico (biopsia dirigida por colposcopia).

2.3.3. CLASIFICACIÓN

(Vega, 2016) Menciona:

En el I Congreso Internacional de Citología, celebrado en 1961, se propuso utilizar el término “displasia” para designar a todas las lesiones premalignas cervicales. Posteriormente en 1967, Richart introdujo un nuevo término: “neoplasia cervical intraepitelial” (NIC), para referirse al espectro de epitelios escamosos anormales, que muestran alteraciones en la estructuración y maduración, pero que están bien diferenciados (acorde con la displasia) o que, por el contrario, muestran ausencia total de diferenciación, situados en la superficie o rellenando glándulas, pero sin invasión (acorde con el carcinoma in situ).

2.3.3.1. SEGÚN LA INTENSIDAD DE LAS LESIONES

- **NIC, grado 1:** (Equivalente a displasia leve). Las anormalidades afectan aproximadamente solo el tercio inferior del grosor del epitelio.
- **NIC, grado 2:** (Equivalente a displasia moderada). Las anormalidades afectan entre un tercio y dos tercios del espesor del epitelio.

- **NIC, grado 3:** (Equivalente a displasia grave y carcinoma in situ). Las alteraciones se extienden prácticamente a todo el espesor del epitelio.

En la práctica clínica, la introducción del concepto de NIC supuso considerar estas alteraciones del epitelio como etapas de un mismo proceso con potencial premaligno y, a la vez, la necesidad, desde el punto de vista clínico, de tratar a todas las mujeres con independencia del grado. El mejor conocimiento de la historia natural permitió, más tarde, confirmar que no siempre todas estas alteraciones celulares son potencialmente progresivas y, por tanto, no tienen que acabar en un cáncer invasor.

La confirmación de que el virus del papiloma humano (VPH) constituye el factor etiológico imprescindible en el desarrollo del cáncer de cérvix ha representado una gran revolución en el conocimiento de la historia natural, diagnóstico y tratamiento de dichas lesiones.

El Instituto Nacional del Cáncer (EE. UU.), en 1985, propuso una nueva clasificación citológica (Sistema Bethesda), que introdujo el concepto de lesión intraepitelial escamosa (SIL), que subdividió en dos grados:

- **Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (LSIL):** incluye epitelios que muestran cambios en su estructura y celularidad, análogos a la displasia leve y a la NIC 1. En general, estos cambios están asociados a infecciones transitorias por VPH, por lo que el aclaramiento viral se acompaña de la regresión lesional.
- **Lesión intraepitelial escamosa de alto grado (HSIL):** incluye epitelios con cambios idénticos a los descritos en la displasia moderada o grave, o a la CIN 2 y 3. En estos casos, las infecciones

por VPH suelen ser persistentes y, por tanto, existe un mayor riesgo de transformación maligna.

2.3.3.1. SEGÚN SU GRADO DE EXTENSIÓN

(OMS, 2012) Describe:

Se describe brevemente la clasificación clínica, propuesta por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Union for International Cancer Control (IUCC).

1. **Estadio I:** Carcinoma de cérvix está limitado solo en cuello uterino.
 - **IA:** Carcinoma invasivo diagnosticado solo con microscopio. La invasión está en el estroma con un máximo de 5mm de profundidad y 7mm de extensión horizontal.
 - **IA1:** Invasión estromal ≤ 3 mm en profundidad y ≤ 7 mm de diámetro en horizontal
 - **IA2:** Invasión estromal entre 3 mm y ≤ 5 mm en profundidad y ≤ 7 mm en extensión horizontal. La afectación del espacio vascular, venoso o linfático no altera el estadio
 - **IB:** Lesión clínicamente visible confinada al cérvix o lesión preclínica mayor que el estadio IA.
 - **IB1:** Lesión clínicamente de tamaño máximo de 4cm.
 - **IB2:** Lesión clínicamente de tamaño superior a 4 cm.

2. **Estadio II:** El tumor invade más allá del cérvix, pero no invade la pared pélvica, y afecta la vagina en solo en sus dos tercios superiores.
 - **IIA:** Afecta el tercio inferior de la vagina.

- **IAB:** Invasión parametrial, pero la pared pelviana no está afectada.
3. **Estadio III:** El tumor se extiende a la pared pélvica, afecta el tercio inferior de la vagina, causa hidronefrosis o disfunción renal.
- **IIIA:** El tumor invade el tercio inferior de la vagina, pero no la pared pélvica
 - **IIIB:** El tumor se extiende a la pared pelviana, hidronefrosis o disfunción renal.
4. **Estadio IV:** El tumor invade la mucosa de la vejiga o el recto y/o se extiende más allá de la pelvis verdadera.
- **IVA:** Extensión del tumor a los órganos pelvianos cercanos.
 - **IVB:** Extensión a los órganos distantes.

2.3.4. FACTORES DE RIESGO

(Arce, 2011) Menciona:

Los estudios epidemiológicos han demostrado que existen diversos factores de riesgo que interaccionan con el VPH en la etiología de las lesiones premalignas y del cáncer del cuello uterino:

2.3.4.1. Tabaquismo

El consumo de tabaco está asociado con el CaCu, se ha detectado nicotina y carcinógenos específicos en el moco cervical de las fumadoras, lo que comprueba que el humo del tabaco aumenta el riesgo de desarrollar esta enfermedad. La presencia de estos carcinógenos hace un efecto miogénico que, afecta la capacidad del huésped para desarrollar

una respuesta inmunitaria (reducción de las células de Langerhans) local contra las infecciones, en este caso la infección por VPH, que tiene como consecuencia la persistencia viral.

2.3.4.2. Anticonceptivos hormonales orales

El uso de anticonceptivos orales durante más de 5 años incrementa el riesgo de lesiones premalignas y cáncer cervical invasor. A medida que aumenta el uso aumenta el riesgo y disminuye tras suspenderlo. El riesgo aumenta a medida que aumenta su uso y disminuye gradualmente tras suspenderlos. El mecanismo no es bien conocido, pero parece que las hormonas potencian la expresión de determinados genes del VPH. El riesgo de cáncer cervical en mujeres que han utilizado anticonceptivos por períodos extensos aumenta de forma consistente, del orden de 2 a 3 veces comparado con las mujeres no usuarias.

2.3.4.3. Infecciones del cuello uterino

Diversas cervicitis, especialmente las producidas por Chlamydia trachomatis, gonococo, virus del herpes simple o tricomonas vaginales, pueden incrementar el riesgo de padecer una infección por VPH y, probablemente, aumentar así el riesgo de una neoplasia cervical.

2.3.4.4. Inmunosupresión

Se ven implicados la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), así como la inmunosupresión farmacológica a consecuencia de trasplantes y enfermedades autoinmunes, incrementan el riesgo de desarrollar CaCu. Estar en esta condición aumenta la susceptibilidad a la infección y un mayor riesgo de persistencia viral, lo que se traduce en mayor riesgo de lesiones premalignas y cáncer.

2.3.4.5. Multiparidad

A consecuencia de los embarazos múltiples en la mujer, se favorece la constante transformación durante un largo tiempo del ectocérvix, lo que facilita su exposición al VPH. También se ha sugerido que determinados factores hormonales asociados a la gestación pueden incrementar la replicación del VPH. En mujeres VPH positivas con antecedente de cinco embarazos o más, el riesgo de presentar NIC 3 o cáncer invasivo se multiplica por tres en relación con mujeres con menos de cinco embarazos.

2.3.4.6. Múltiples parejas sexuales

Considerado de alto riesgo, como consecuencia aumenta la exposición al virus del VPH y otras infecciones de transmisión sexual.

2.3.4.7. Exposición a partículas generadas por la combustión asociadas a cáncer.

En estudios anteriores se ha encontrado la relación entre el cáncer cervicouterino y el uso de leña como un factor que aumenta el riesgo de CaCu aunado a la infección con VPH. En un estudio de casos y controles, el riesgo aumento 5.7 veces en los casos, encontrándose una relación significativa en el tiempo de exposición y la edad, siendo las mujeres de más de 45 años las que presentaron mayor riesgo.

El producto que se libera al ocurrir la combustión de la leña es el monóxido de carbono, óxidos de sulfuro y nitrógeno, mezclas de hidrocarburos aromáticos policíclicos y otras partículas, asociadas con el cáncer.

La constante exposición al humo de leña es un cofactor de riesgo para neoplasia cervical principalmente en mujeres con VPH. Por varios años puede tener efecto biológico en la progresión de las lesiones neoplásicas del epitelio cervical, provocando la acumulación de daño genético con mutaciones genéticas, como se ha planteado para otros carcinógenos ambientales, teniendo como consecuencia la aparición de lesiones en las mujeres VPH positivas.

2.3.4.8. Dificil acceso a los servicios de salud de las mujeres que viven en zonas de alta marginación

Las características sociodemográficas de las mujeres que viven en zonas de alta marginación son más vulnerables a la transmisión de la infección por el VPH y el potencial desarrollo de CaCu, por sus condiciones sanitarias que impactan en sus estilos de vida y costumbres, con respecto a la demás población. La población indígena femenina ubicada en 500 municipios de alta y muy alta marginación, no cuentan con los servicios de saneamiento ambiental, que afecta su calidad de vida.

El Consejo Nacional de Población (CONAPO), clasifica a los municipios según su grado de marginación en cinco niveles: 1 (muy alto), 2 (alto), 3 (media), 4 (bajo) y 5 (muy bajo).

2.3.5. SIGNOS Y SINTOMAS

(Arillo, 2016) Describe:

Generalmente aparecen cuando las lesiones se vuelven cancerosas e invaden el estroma cervical, uno de los primeros síntomas puede ser el manchado poscoital. Posteriormente cuando avanza más la enfermedad la masa tumoral puede ulcerarse causando dolor, metrorragia y leucorrea.

El síntoma más asociado a esta enfermedad es el sangrado transvaginal (fuera del periodo menstrual) posterior a la relación sexual, que se presenta indoloro, silencioso, de color rojo rutilante, acompañado de coágulos cuando hay hemorragia. Y que a medida que avanza la enfermedad oncológica, los sangrados se hacen más frecuentes, de mayor duración hasta que prácticamente no cesan y se pueden tener olor fétido. Los signos y síntomas, cuando la enfermedad se encuentra más avanzada, incluye rectorragia (sangrado por el recto), hematuria (orina con sangre) y disuria (dolor al orinar) que hacen pensar en la existencia de fistula o metástasis de las células cancerígenas a vejiga o recto; secundario a obstrucción del uréter por extensión de la neoplasia a parametrios también puede encontrarse dolor en el ángulo costovertebral; hasta encontrar dolor o edema de miembros inferiores por compromiso del nervio ciático y bloqueo del retorno linfático y venoso.

2.3.6. DIAGNÓSTICO

(Baron, 2008) Explica:

Entre los diferentes de estudios que se realizan para diagnosticar estas patologías se encuentran:

2.3.6.1. Examen clínico

Su diagnóstico precoz es de verdadera importancia para este tipo de cáncer, debido a que en algunas etapas, desgraciadamente no ofrece manifestaciones clínicas. No obstante, debe conocerse su cuadro clínico. Descritos sus síntomas, ahora se referirán los posibles hallazgos durante el examen físico, los que estarán en relación con la etapa clínica en que

se encuentre el cáncer. En la mayoría de los casos, cuando hay manifestaciones en el examen físico, se encontrará por lo menos en la etapa clínica Ib. Es posible que al tacto se aprecie un pequeño nódulo indurado, a veces con pequeña ulceración, pero esto también puede corresponder a irregularidades o erosiones del cuello, motivadas por otra causa.

2.3.6.2. Citología Cervical

La citología cervical es el método de elección para la detección oportuna del CaCu. En México se utiliza el sistema Bethesda (modificado en 2001) el cual actualmente se emplea en los programas de detección a nivel nacional.

Es la toma de muestra de las células del endocérvix y exocérvix. Es uno de los métodos para detectar en etapas tempranas el cáncer cérvico uterino. También conocida como Papanicolaou.

Existen otros métodos de diagnóstico de lesiones precursoras y cáncer cervicouterino, pero en México no pueden utilizarse de manera rutinaria en todo el sector salud debido a su alto costo.

El cáncer cervical puede ser detectado mediante la citología cervical y reevaluar a las que presenten alguna anomalía mediante una colposcopia y eventualmente una biopsia dirigida. En los últimos años, se han incorporado al cribado y al diagnóstico de estas lesiones las pruebas de detección del VPH y la tipificación del virus. Se debe realizar la prueba anualmente a mujeres con actividad sexual.



Técnica para la toma de la muestra citológica

(Serrano, 2012) Explica:

Se interrogará a la paciente sobre los temas siguientes: si ha utilizado ducha vaginal dentro de las 72 horas precedentes. Esto constituye un invalidante para tomar la muestra; así como el haber utilizado medicamentos por la vía vaginal durante la semana anterior. Si ha mantenido relaciones sexuales 24 horas antes, tampoco debe recogerse la muestra. Si ha sido sometida a una exploración bimanual o a manipulaciones sobre el cuello uterino (legrados, colocación o retirada de dispositivos intrauterinos, etcétera) durante las 48 horas anteriores, la muestra carece de valor. Para la recolección de la muestra:

- Debe tenerse preparado previamente el material necesario para la toma y fijación inmediata del material; las láminas deben estar previamente identificadas. Todo el material que se va a usar debe estar limpio, seco y estéril.
- Se debe colocar a la paciente en posición ginecológica y exponer correctamente el cuello, mediante un espéculo.
- Retirar el exceso de secreción o de moco, si fuera necesario, sin tocar la superficie del cuello. Cuando se coloque el espéculo, no se debe utilizar lubricante.
- Deben tomarse 2 muestras, una del exocérvix y otra del endocérvix. Para la toma en el conducto cervical, se utilizará la espátula de Ayre, introduciendo bien el extremo más prominente en el orificio cervical y haciéndola girar con cierta presión en el sentido de las manecillas del reloj.

2.3.6.3. Colposcopia

La colposcopia, ideada por Hinselmann en 1925, consiste en una exploración más minuciosa del cuello del útero, realizada por medio de un sistema óptico que proporciona una visión estereoscópica y aumentada. Hasta el momento este es un equipo que se utiliza al nivel de las consultas especializadas de patología de cuello, por lo que a los fines de este texto es suficiente con el conocimiento de su existencia.

Es un procedimiento exploratorio instrumentado, en el que se emplea un aparato con sistema óptico, de aumento, a través del cual se puede observar la vulva, vagina y cérvix uterino, visualizándose en este último las condiciones de su epitelio, al cual se le pueden realizar tinciones de orientación diagnóstica.

2.3.6.4. Prueba de Schiller

Constituye un método muy simple, al alcance del médico general, y consiste en impregnar el cuello con solución de Lugol. Se basa en el principio de reacción del yodo con el glucógeno que contienen las células normales del epitelio cervicovaginal, el que en condiciones normales tomará una coloración caoba oscuro homogénea. No se trata de una prueba de malignidad que por sí sola sea suficiente, pero suministra una orientación interesante para el establecimiento de un diagnóstico posterior.

2.3.6.5. Biopsia

Este método se practica, sobre todo, siempre que se traten de confirmar los resultados de los distintos métodos de diagnóstico precoz (prueba citológica, prueba de Schiller o colposcopia); es el método que dará el

diagnóstico de certeza. Es la extracción y examen microscópico con fines de diagnóstico, de tejidos u otras materias procedentes de un organismo vivo.

2.3.7. TRATAMIENTO

(Arenas, 2017) Argumenta:

El tratamiento para el cáncer cervicouterino dependiendo de la estadificación en que se encuentra es manejado por el Instituto de Cancerología de la siguiente manera:

- **Etapa Ia1.** Se trata como un carcinoma in situ: histerectomía extrafascial o cono terapéutico.
- **Etapa Ia2.** Los pacientes con tumores de 3 a 5mm de profundidad se tratan con histerectomía radical o radioterapia radical.
- **Etapa Ib1.** Se hace histerectomía radical o radioterapia radical.
- **Etapa Ib2.** Los tumores Ib2 de acuerdo con algunos autores, se tratan mejor con radioterapia radical.
- **Etapa IIa.** La terapéutica que se utiliza con más frecuencia es la radioterapia radical. Sin embargo, algunos casos con invasión incipiente de la vagina sin afección parametrial se tratan con histerectomía radical y linfadenectomía pélvica.
- **Etapa IIb-III3.** Estos casos se tratan mejor con radioterapia radical, que comprende la tele terapia de pelvis, usualmente a razón de 5

000 a 6 000 cGy y 1 o 2 tiempos de braquiterapia, que produce una sobre dosis con el objeto de alcanzar 10 000 a 12 000 cGy. Se inicia con teleterapia si existe un tumor cervical voluminoso que altera la anatomía regional cuando hay infección agregada o sangrado activo.

- **Etapas IVa.** Se aplica radioterapia paliativa a la pelvis. Casos muy seleccionados con invasión vesical o rectal pero sin afección parametrial, en ausencia de ganglios pélvicos metastásica y enfermedad extra pélvica, son candidatos a exenteración pélvica total o parcial supra elevadora.
- **Etapas IVb.** Estos casos se tratan de forma paliativa con radioterapia o quimioterapia o ambas si existe un buen estado funcional”.

2.3.8. PREVENCIÓN

(NOM-014, 2000) Establece:

La prevención se hace por medio de la detección oportuna y la promoción a la salud, la cual está orientada a la disminución de los factores de riesgo y detectar alteraciones en la prueba de tamizaje tempranamente. La promoción a la salud involucra acciones de educación a la salud en grupos principalmente en mujeres y sus parejas, como alentar a la población a realizarse la detección, orientar en el autocuidado a las mujeres, y a los varones sobre su participación en los factores de riesgo de la enfermedad. Incitar a la participación ciudadana, en la vigilancia de la calidad, organizar campañas intensivas de detección oportuna del CaCu entre su población femenina.

2.3.8.1. Actividades de Educación para la Salud.

- Informar a la población en general sobre la importancia de la enfermedad, los factores de riesgo y las posibilidades diagnósticas y terapéuticas.
- Alentar la demanda de atención médica oportuna, periódica y de alta calidad con fines de detección y en su caso de tratamiento, garantizando la información suficiente de la usuaria acerca de lo que significa la intervención para la detección y/o tratamiento, así como el consentimiento informado de las mujeres, aunque no sea por escrito, en los casos que señalan los artículos 80 y 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.
- Orientar a las mujeres sobre su responsabilidad en el autocuidado de su salud y a los varones sobre su participación en los factores de riesgo de la enfermedad.

2.3.8.2 Actividades de Participación Social.

- Promover la participación de grupos organizados y de líderes de la comunidad para que actúen como informadores y promotores ante su núcleo de influencia.
- Concertar y coordinarse con el sector educativo, especialmente de nivel medio y superior, para que el tema se trate en el ámbito de la educación formal.

- Invitar a las agrupaciones gremiales y centros laborales a organizar campañas intensivas de detección oportuna de cáncer cérvico uterino, entre su población femenina.
- Impulsar a que asociaciones de profesionales del campo de la salud, de la comunicación y organismos no gubernamentales, participen en la vigilancia de la calidad, oportunidad y veracidad de la información que se proporcione a la población, conforme a lo establecido en las disposiciones aplicables.

2.4. MARCO CONCEPTUAL

- **TELETERAPIA:** Es la forma de radioterapia que utiliza la radiación procedente de un equipo generador situado a cierta distancia de la zona a irradiar.
- **BRAQUITERAPIA:** Es un tipo de radioterapia utilizada para tratar el cáncer. Se coloca una fuente de material radioactivo adentro del paciente para matar células cancerosas y achicar tumores.
- **CGY:** Centigray (Unidad de dosis de radiación absorbida equivalente a un rad).
- **HISTERECTOMÍA:** Operación quirúrgica que consiste en extirpar el útero total o parcialmente.
- **LINFADENECTOMIA:** Procedimiento quirúrgico para extirpar ganglios linfáticos; luego se observa una muestra del tejido al microscopio para determinar si hay signos de cáncer.
- **NÓDULO:** Crecimiento o masa que puede ser maligna (cancerosa) o benigna (no cancerosa).
- **FISTULA:** Conducto anormal que se abre en una cavidad orgánica y que comunica con el exterior o con otra cavidad.
- **FÉTIDO:** Se dice de lo que despide un olor fuerte y desagradable. Sinónimos: apestoso, maloliente.
- **DISURIA:** Dolor al Orinar.

- **RECTORRAGIA:** Pérdida de sangre roja por vía anal, la mayor parte de las veces asociado al acto de la defecación.
- **HEMATURIA:** Presencia de sangre en la orina.
- **RUTILANTE:** Que rutila o brilla.
- **METRORRAGIA:** Cualquier tipo de sangrado de origen uterino no atribuible a la menstruación sin importar su intensidad.
- **LEUCORREA:** flujo vaginal y es el principal síntoma de las infecciones genitales bajas.
- **MIOGÉNICO:** Que da origen a tejido muscular, o bien que se origina en la musculatura.
- **VPH:** Virus del Papiloma Humano.
- **CITOLOGÍA:** Estudio de las células mediante un microscopio.
- **DISPLASIA:** Término que describe la presencia de células anormales en un tejido o un órgano. La displasia no es cáncer, pero a veces se vuelve cáncer.
- **COLPOSCOPIA:** Es un estudio que se usa para detectar células cancerosas o células anormales que se pueden volver cancerosas en el cuello uterino, la vagina o la vulva.
- **BIOPSIA:** Examen microscópico de un trozo de tejido o una parte de líquido orgánico que se extrae de un ser vivo.

- **CACU:** Cáncer Cervicouterino.
- **PLEXO:** Red formada por nervios o vasos sanguíneos o linfáticos que se cruzan entre sí.
- **AFERENTE:** Que transmite sangre o linfa, una secreción o impulso nervioso desde una parte del organismo a otras que respecto a ellas son consideradas internas.
- **VÍSCERAS:** Órganos internos blandos del cuerpo, como los pulmones, el corazón, los órganos del aparato digestivo, y de los sistemas excretor y reproductivo.
- **DENSO:** Que tiene mucha materia o masa con relación a su volumen.
- **EPITELIO:** Se refiere a las capas de células que recubren los órganos huecos y las glándulas.
- **ESTROMA:** Tejido conjuntivo que constituye la matriz o sustancia fundamental de un órgano y sostiene los elementos celulares que lo conforman.
- **PERITONEO:** Es el tejido que recubre la pared abdominal y cubre la mayor parte de los órganos en el abdomen. Un líquido, fluido peritoneal, lubrica la superficie de este tejido.
- **VESTÍBULO:** Cavidad que precede a otra más amplia.
- **NOMENCLATURA:** Sistema de nomenclatura basado en yuxtaposición de términos elementales cuya aglomeración describe

y nombra con exactitud una entidad bien precisa. Lexema: prefijos, sufijos y raíces.

- **NEOPLASIA:** Formación anormal en alguna parte del cuerpo de un tejido nuevo de carácter tumoral, benigno o maligno.
- **CAUTERIO:** Medio o agente, usado como procedimiento curativo, que se emplea para quemar o destruir un tejido orgánico, por su acción cáustica o corrosiva o por efecto del fuego.
- **OSTEOSARCOMA:** es el tipo más común de cáncer que se origina en los huesos.
- **METÁSTASIS:** Se refiere al cáncer que se ha propagado del lugar donde se originó hacia otras partes del cuerpo.
- **ERIGIDO:** Fundar, instituir o levantar.
- **PERNICIOSA:** Que causa mucho daño o es muy perjudicial.

CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

(Ponce & Jiménez, 2015) argumentan:

Para diseñar una investigación es importante especificar las características del diseño metodológico (tradicionalmente se conoce como la sección de material y métodos o metodología de un proyecto de investigación). El diseño metodológico le dará identidad propia, única y muy particular a la investigación que se desea realizar y ayudará al lector a comprender adecuadamente en qué consistirá la investigación.

El diseño metodológico es la descripción detallada y precisa de las estrategias y procedimientos de cómo se va a realizar la investigación. Los elementos que deben incluirse en el diseño metodológico deben estar relacionados de forma lógica, congruente, presentados y ordenados de manera coherente y sencilla.

(Peña, 2009) señala:

El Diseño metodológico, es una relación clara y concisa de cada una de las etapas de la intervención. El diseño metodológico es la descripción de cómo se va a realizar la propuesta de intervención.

El diseño metodológico son los pasos a seguir para generar una información que mi proyecto de investigación requiere, a la luz de una temática y unos objetivos que se problematizan.

Un diseño metodológico es la forma particular de cómo cada interventor/a organiza su propuesta de intervención. Lo metodológico debe estar soportado por la postura epistemológica, conceptual y ontológica del interventor/a; es decir, cada diseño metodológico ha de responder con

coherencia interna a la concepción de ser humano, a la concepción de educación y a los principios pedagógicos que orientan a cada interventor/a en su quehacer. Por lo tanto, la estrategia de intervención depende del tipo de estudio que se elija (el enfoque), ya que éste determina el diseño, el proceso propuesto a la comunidad, la información generada, la forma como se trabajará con la comunidad y el lugar del profesional interventor.

3.1 FORMAS O TIPOS DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación realizada sobre la “Prevención del Cáncer Cervicouterino en mujeres de 30 a 40 años en el Barrio Sn Juan Progreso, Municipio de Bellavista”, es aplicada debido a que la investigación se llevará a la práctica mediante medidas de prevención con nuestra muestra que son las personas del lugar antes mencionado por medio de los instrumentos más factibles y de esta forma poder comprobar hipótesis planteada al inicio.

3.1.1 INVESTIGACION PURA

(Tamayo, 1999) Menciona:

Recibe también el nombre de pura y fundamental, tiene como fin la búsqueda del progreso científico, mediante el acrecentamiento de los conocimientos teóricos, sin interesarse directamente en sus posibles aplicaciones o consecuencias prácticas; es de orden formal y busca las generalizaciones con vista al desarrollo de una teoría basada en principios y leyes.

3.1.2 INVESTIGACIÓN APLICADA

(Bunge, 1969) Afirma:

La investigación aplicada busca o perfecciona recursos de aplicación del conocimiento ya obtenido mediante la investigación pura, y, por tanto, no busca la verdad, como la investigación pura, sino la utilidad. En otras palabras, se trata aquí de investigar las maneras en que el saber científico producido por la investigación pura puede implementarse o aplicarse en la realidad para obtener un resultado práctico (p.683).

3.2 TIPOS DE ESTUDIO

(Cazau, 2006) señala:

La investigación es un proceso por el cual se enfrentan y se resuelven problemas en forma planificada, y con una determinada finalidad.

El tema de investigación “Prevención del Cáncer Cervicouterino en mujeres de 30 a 40 años en el Barrio Sn Juan Progreso, Municipio de Bellavista”, es un estudio de tipo explicativa y descriptiva. Es explicativa porque como personal de Enfermería y del área de Salud se expondrá y se explicara las medidas preventivas de la patología en estudio, así como los factores desencadenantes. Por otro lado, también es un estudio de tipo descriptivo porque se describirá y se dará a conocer el proceso fisiopatológico del Cáncer Cervico uterino, los factores de riesgo, manifestaciones clínicas, diagnóstico, tratamiento, prevención y complicaciones.

3.2.1 ESTUDIO CORRELACIONAL

Cortés e Iglesias (2004) Mencionan:

Los estudios correlacionales tienen como propósito evaluar la relación que existe entre dos o más conceptos, categorías o variables. La utilidad principal de los estudios correlacionales cuantitativos es saber cómo se puede comportar un concepto o una variable conociendo el comportamiento de otras variables relacionadas.

3.2.2 ESTUDIO DESCRIPTIVO

Cortés e Iglesias (2004) Señalan:

Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Describen situaciones, eventos o hechos, recolectando datos sobre una serie de cuestiones y se efectúan mediciones sobre ellas, buscan especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice.

3.2.3 ESTUDIO EXPLICATIVO

Sampieri, Fernández y Baptista (2006) Reafirman:

Los estudios explicativos van más allá de la descripción de conceptos o fenómenos o del establecimiento de relaciones entre conceptos; es decir, están dirigidos a responder por las causas de los eventos y fenómenos físicos o sociales. Como su nombre lo indica, su interés se centra en

explicar por qué ocurre un fenómeno y en qué condiciones se manifiesta, o porque se relacionan dos o más variables.

3.2.4 ESTUDIO EXPLORATORIO

Sampieri, Fernández y Baptista (2006) Explican:

Los estudios exploratorios se realizan cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes. Es decir, cuando la revisión de la literatura reveló que tan solo hay guías no investigadas e ideas vagamente relacionadas con el problema de estudio, o bien, si deseamos indagar sobre temas y áreas desde nuevas perspectivas.

3.3 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente tema “Prevención del Cáncer Cervicouterino en mujeres de 30 a 40 años en el Barrio Sn Juan Progreso, Municipio de Bellavista”, es una investigación de tipo no experimental, y sobre todo específicamente de corte transversal, debido a que solo se estudiará el fenómeno o la patología una sola ocasión sin modificar conductas, exceptuando las medidas de prevención que en la mayoría de los casos, las personas no practican y sobre todo porque solo se observará la situación actual tal y como está sucediendo en su contexto natural.

3.3.1 INVESTIGACIÓN EXPERIMENTAL

Malagar, (2008) Considera:

En este método los tratamientos de la variable independiente han sido manipulados por el investigador-X- por lo que se tiene el mayor control y evidencia de la causa y efecto.

Sampieri (2006) Señala:

En los experimentos se diseñan pruebas en las cuales se inducen cambios es decir se manipulan las variables que intervienen en un proceso o sistema deliberadamente (supuestas causas), de manera que sea posible observar, identificar y analizar las causas en la respuesta obtenida. En un experimento, el investigador construye deliberadamente una situación a la que son expuestos varios individuos. Esta situación consiste en recibir un tratamiento, condición o estímulo bajo determinadas circunstancias, para después analizar los efectos de la exposición o aplicación de dicho tratamiento o condición. Por decirlo de alguna manera, en un experimento se „construye” una realidad.

3.3.2 INVESTIGACIÓN NO EXPERIMENTAL

Malagar, (2008) Refiere:

En este método, existe un grupo de sujetos a los cuales se realiza una prueba-O- de medición de la variable dependiente, pero los tratamientos de la variable independiente-X- no fueron manipulados o controlados por el investigador. También se denomina investigación ex - post - facto.

Sampieri (2006) Indica:

La investigación no experimental es la que no manipula deliberadamente las variables a estudiar. Lo que hace este tipo de investigación es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto actual, para

después analizarlo. En un estudio no experimental no se construye ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes.

3.3.2.1

INVESTIGACIÓN TRANSVERSAL

(Sampieri, 2010), Menciona:

Los diseños de investigación transeccional o transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Es como tomar una fotografía de algo que sucede.

3.3.2.2

INVESTIGACIÓN LONGITUDINAL

(Sampieri, 2010), Señala:

Son estudios que recaban datos en diferentes puntos del tiempo, para realizar inferencias acerca de la evolución, sus causas y sus efectos.

3.4 ENFOQUES

Toda investigación necesita contar con enfoques que orienten su realización, que permitan diseñar y/o elegir los instrumentos que nos servirán para la recolección de los datos y las características que éstos deben tener.

La investigación que se viene mencionando hasta este momento tiene un enfoque mixto debido a que combinamos el enfoque cuantitativo con el cualitativo; es decir que se describirán cualidades o características del fenómeno (patología) y posteriormente se usaran datos numéricos.

3.4.1 ENFOQUE CUALITATIVO

(Patton 1980,1990), Menciona:

Los datos cualitativos como descripciones detalladas de situaciones, eventos, personas, interacciones, conductas observadas y sus manifestaciones. Por lo expresado en los párrafos anteriores, el investigador cualitativo utiliza técnicas para recolectar datos como la observación no estructurada, entrevistas abiertas, revisión de documentos, discusión en grupo, evaluación de experiencias personales, registro de historias de vida, interacción e introspección con grupos o comunidades.

La investigación cualitativa evita la cuantificación. Los investigadores cualitativos hacen registros narrativos de los fenómenos que son estudiados mediante técnicas como la observación participante y las entrevistas no estructuradas. La diferencia fundamental entre ambas metodologías es que la cuantitativa estudia la asociación o relación entre variables cuantificadas y la cualitativa lo hace en contextos estructurales y situacionales. La investigación cualitativa trata de identificar la naturaleza profunda de las realidades, su sistema de relaciones, su estructura dinámica.

3.4.2 ENFOQUE CUANTITATIVO

(Sampieri 2006), Menciona:

Cuando hablamos de una investigación cuantitativa damos por aludido al ámbito estadístico, es en esto en lo que se fundamenta dicho enfoque, en analizar una realidad objetiva a partir de mediciones numéricas y análisis estadísticos para determinar predicciones o patrones de comportamiento

del fenómeno o problema planteado. Este enfoque utiliza la recolección de datos para comprobar hipótesis, que es importante señalar, se han planteado con antelación al proceso metodológico; con un enfoque cuantitativo se plantea un problema y preguntas concretas de lo cual se derivan las hipótesis.

3.4.3 ENFOQUE MIXTO

(Sampieri s/f) Menciona:

Los métodos mixtos representan un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implican la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias producto de toda la información recabada (meta inferencias) y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio.

(Cortés e Iglesias, 2004), Afirman:

La investigación es mixta porque se utilizará tanto el enfoque cualitativo como el cuantitativo, en el cualitativo se observará las reacciones de la gente a la hora de responder la encuesta; es cuantitativo porque realizaremos encuestas para cuantificar el problema.

En un enfoque mixto el investigador utiliza las técnicas de cada uno por separado, se hacen observaciones, entrevistas, se realizan encuestas para saber las opiniones de cada cual sobre el tema en cuestión, se trazan lineamientos sobre las políticas a seguir según las personas que intervengan, además esas encuestas pueden ser valoradas en escalas medibles y se hacen valoraciones numéricas de las mismas, se obtienen rangos de valores de las respuestas, se observan las tendencias

obtenidas, las frecuencias, se hacen histogramas, se formulan hipótesis que se corroboran posteriormente.

3.5 UNIVERSO O POBLACIÓN

La población de estudio sera en el Barrio San Juan Progreso, Municipio de Bellavista, Chiapas.

Como profesionales de la salud surge el interés de abordar este tema ya que es un problema que va en aumento en nuestros días y específicamente en este Municipio la incidencia es mucho más alta debido a la falta de conocimientos sobre las medidas preventivas para disminuir el porcentaje de esta enfermedad y por ende evitar defunciones a causa del Cáncer Cervico uterino.

(Leon, 2007) Menciona:

La población de una investigación está compuesta por todos los elementos (personas, objetos, organismos, historias clínicas) que participan del fenómeno que fue definido y delimitado en el análisis del problema de investigación. La población tiene la característica de ser estudiada medida y cuantificada.

(Selltiz, 1980), Recalca:

Una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones.

3.5.1 DELIMITACIÓN ESPACIAL

Bella Vista es uno de los 124 municipios en que se encuentra dividido el estado mexicano de Chiapas. Se localiza en la Sierra Madre de Chiapas, por lo cual su territorio es accidentado, sus coordenadas geográficas son 15° 35" \square ™ N y 92° 15" \square ™ W. Sus límites son, al norte con los municipios de Chicomuselo y Frontera Comalapa, al sur con Siltepec y la Grandeza, al este con Amatenango de la Frontera y al oeste con Siltepec. La cabecera es Bella Vista.

El municipio fue erigido en pueblo y cabecera municipal con el nombre de San Pedro Remate, por decreto del 21 de febrero de 1887, promulgado por Adrián Culebro, gobernador sustituto de Chiapas. La formación del pueblo se hizo con los habitantes de la ranchería San Pedro Remate, del departamento de Comitán. En 1920, el gobernador Tiburcio Fernández Ruíz, jefe de la contrarrevolución en Chiapas, por conducto de la XXVIII Legislatura local descendió tanto al Municipio como al pueblo de San Pedro Remate al nivel de delegación del municipio de La Grandeza, y dos años después a simple agencia municipal. Sin embargo, con la venia de las autoridades de La Grandeza, el Municipio de San Pedro Remate continuó con su antigua categoría, nombrando regularmente a sus autoridades.

El 6 de junio de 1925, en un acto de justicia, se le restituye su categoría de Municipio libre, por disposición de Carlos A. Vidal, gobernante en turno. De ese modo, a San Pedro Remate se le agregan las delegaciones de San Pedro, Los Cimientos y Las Chicharras. Son personajes ilustres nacidos en este municipio Ricardo Alfonso Paniagua (1896-1927), político, y Héctor Eduardo Paniagua (1896-1962), poeta.⁶

La extensión territorial del municipio es de 114.3 km², la cual equivale al 5.37% de la superficie de la región Sierra y al 0.15% de la superficie estatal. Su altitud es de 1,700 msnm. En todo el municipio se encuentra zonas accidentadas por encontrarse en la Sierra Madre del Sur.

La localidad de San Juan Progreso está situada en el Municipio de Bella Vista (en el Estado de Chiapas). Hay 516 habitantes. En la lista de los pueblos más poblados de todo el municipio, es el número 11 del ránking. San Juan Progreso está a 664 metros de altitud.

3.6 MUESTRA

(M. I. Ortego), Afirma:

Se denomina muestra a un subconjunto de unidades estadísticas extraído del universo del cual se quiere conocer ciertas características. Es a partir de los resultados observados sobre la muestra que se va a extrapolar para producir estimaciones de dicho universo.

La muestra de nuestra investigación serán quince personas del “Barrio San Juan Progreso, Municipio de Bellavista, Chiapas”.

3.6.1 TIPOS DE MUESTREO

La investigación que se presenta es no probabilística de tipo de muestreo accidental o bola de nieve, es no probabilística debido a que solo se encuestarán a un número determinado de personas de la población general del Municipio y es accidental o bola de nieve ya que se encuestarán a personas de la población general que se encuentren

disponibles en ese momento en el lugar acordado. A continuación, se describen los diferentes tipos de muestreo.

3.6.1.1 PROBABILÍSTICO

Es requisito que todos y cada uno de los elementos de la población tenga la misma probabilidad de ser seleccionados (azar). Se debe tener disponible un listado completo de todos los elementos de la población, a esto se le llama Marco de Muestreo. (s/p).

3.6.1.1.1 Aleatorio Simple

(Velázquez A. P.) Señala:

El muestreo aleatorio es una técnica que permite obtener una muestra representativa de la población. Ésta se basa en el concepto de probabilidad, el cual marca que cualquier elemento de la población tiene la misma probabilidad de ser elegido y que la elección de cada elemento es independiente de cualquier selección previa. Los muestreos probabilísticos son de varios tipos.

3.6.1.1.2 Estratificado

(Otzen T. , 2017) Define:

Aleatorio estratificado: Se determina los estratos que conforman la población blanco para seleccionar y extraer de ellos la muestra (se define como estrato a los subgrupos de unidades de análisis que difieren en las características que van a ser analizadas).

3.6.1.1.3 Sistemático

(Velázquez M. e.), Menciona:

En este caso se elige de manera aleatoria el sitio de muestreo para un estrato determinado, mientras que en los estratos restantes el sitio de muestreo se determina a partir de la misma posición relativa. Un caso típico de esto consiste en elegir el centro de cada estrato como sitio de la muestra.

3.6.1.1.4 Por Conglomerado

(Otzen T. , 2017) Menciona:

Consiste en elegir de forma aleatoria ciertos barrios o conglomerados dentro de una región, ciudad, comunidad etc., para luego elegir unidades más pequeñas como cuadras, calles, etc. y finalmente otras más pequeñas, como escuelas, consultorios, hogares (una vez elegido esta unidad, se aplica el instrumento de medición a todos sus integrantes).

3.6.1.2 NO PROBABILÍSTICO

(Sampieri, 2010), Argumenta:

En las muestras no probabilísticas, la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o de quien hace la muestra. Aquí el procedimiento no es mecánico ni con base en fórmulas de probabilidad, sino que depende del proceso de toma de decisiones de un investigador o de un grupo de investigadores y, desde luego, las muestras seleccionadas obedecen a otros criterios de investigación.

3.6.1.2.1 Muestreo por Conveniencia

(Casal, 2003) Explica:

Consiste en la elección por métodos no aleatorios de una muestra cuyas características sean similares a las de la población objetivo. En este tipo de muestreos la “representatividad” la determina el investigador de modo subjetivo, siendo este el mayor inconveniente del método ya que no podemos cuantificar la representatividad de la muestra.

3.6.1.2.2 Muestreo por Cuotas

Todos los elementos conocidos de la población tienen que aparecer en la muestra. Se debe asegurar que estos aparezcan en la misma proporción que en la población. El investigador entrevista a todas las personas de cada categoría que pueda encontrar hasta que haya llenado la cuota.

3.6.1.2.3 Accidental o Bola de Nieve

Espinoza (s/f) señala: Se aprovecha o utiliza personas disponibles en un momento dado que se corresponda con el propósito del estudio.

3.7 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Las técnicas que principalmente se aplicarán en esta investigación son, la observación y la encuesta, ésta última a partir de la aplicación de un cuestionario compuesta de preguntas abiertas y cerradas con la finalidad de obtener opiniones o respuestas más precisas y hacer mucho más fácil la tabulación de los resultados.

Las técnicas que se usaron en la investigación son la observación directa en la que observaremos las actitudes de las personas a la hora de encuestarlas, así como la técnica de la encuesta para recopilar datos indispensables para comprobar hipótesis.

3.7.1 OBSERVACIÓN

Tradicionalmente el acto de "observar" se asocia con el proceso de mirar con cierta atención una cosa, actividad o fenómeno, o sea concentrar toda su capacidad sensitiva en algo por lo cual estamos particularmente interesados.

En la investigación se hará uso de esta técnica, apoyándose del instrumento ficha de observación.

3.7.2 ENCUESTA

Para algunos investigadores no es otra cosa que la recolección sistemática de datos en una población o en una muestra de la población, mediante el uso de entrevistas personales y otros instrumentos para obtener datos. Habitualmente a este tipo de estudio se le denomina así, cuando se ocupa de grupos de personas, numerosas y dispersas. Para otros, la encuesta es solo una pluralidad de técnicas que se utilizan a nivel masivo.

En la investigación se utilizará la encuesta para recopilar datos de la muestra apoyándose del instrumento cuestionario, el cual consta de tres apartados con un total de 15 preguntas, dicho cuestionario se aplicará a quince personas que se encuentren disponibles en el "Barrio San Juan Progreso, Municipio de Bellavista, Chiapas".

3.8 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.8.1 CUESTIONARIO

A continuación, se presenta el modelo de cuestionario que se aplicará a nuestra muestra, el cual se llevará a cabo en el “Barrio San Juan Progreso, Municipio de Bellavista, Chiapas” a 15 personas que se encuentren disponibles en ese momento. La encuesta se llevará a cabo el día 21 de mayo del año 2022 a las 13:00 hrs.

CUESTIONARIO

Fecha: _____ N° De Cuestionario: _____.

A continuación se presenta un cuestionario elaborado para fines de investigación, por lo que te pedimos de la manera más respetuosa y sincera responder cada una de ellas o en su caso apoyarnos con los datos solicitados.

Nota: Es importante aclarar que los datos y las respuestas obtenidas serán tratadas con respeto y sobre todo con confidencialidad.

Instrucciones: Lee detenidamente cada una de las preguntas que se te presentan o datos que se te solicitan y posteriormente marca con una línea la respuesta que tu consideres.

I.- DATOS PERSONALES

Nombre: _____

Edad: _____ Ocupación: _____

Escolaridad: _____.

II.- DATOS DE CONOCIMIENTO

1.- ¿SABE QUE ES EL CANCER CERVICOUTERINO?

- a) Si
- b) No

2.- ¿CONOCE LAS CAUSAS O FACTORES DE RIESGO DEL CANCER CERVICOUTERINO?

- a) Si
- b) No

3.- ¿CONOCE LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL CANCER CERVICOUTERINO?

- a) Si
- b) No

4.- ¿SABE CUALES SON LOS METODOS PARA DIAGNOSTICAR EL CANCER CERVICOUTERINO?

- a) Si
- b) No

5.- ¿HA RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS DEL CANCER CERVICOUTERINO?

- a) Si
- b) No

6.- ¿CONOCE ALGUNAS DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS DEL CANCER CERVICOUTERINO?

- a) Si
- b) No

7.- ¿SABE QUE ES EL PAPANICOLAU?

- a) Si
- b) No

III.- DATOS DE SALUD SEXUAL

8.- ¿CON QUE FRECUENCIA SE REALIZA EL PAPANICOLAU?

- a) Cada seis meses
- b) Cada año
- c) Cada dos años
- d) Cada que el medico lo solicite

9.- ¿SE HA REALIZADO EL PAPANICOLAU EN LOS ULTIMOS 12 MESES?

- a) Si
- b) No

10.- ¿CON QUE FRECUENCIA ACUDE AL GINECOLOGO?

- a) Cada mes
- b) Cada dos meses
- c) Cada seis meses
- d) Cada año

11.- ¿TIENE ANTECEDENTES FAMILIARES DE CÁNCER CERVICOUTERINO?

- a) Si
- b) No

12.- ¿A QUE EDAD TUVO SU PRIMERA MENSTRUACIÓN?

13.- ¿A QUE EDAD INICIO SU VIDA SEXUAL ACTIVA?

14.- ¿CONSUME ALGUN TIPO DE DROGA Y/O TABACO?

- a) Si
- b) No

15.- ¿HA TENIDO ALGUNA INFECCION VAGINAL EN LOS ULTIMOS 12 MESES?

- a) Si
- b) No

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4.1 RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACION DEL MARCO METODOLOGICO

El día sábado 21 de mayo del año en curso se realizó la aplicación de las encuestas y fichas de observaciones a las personas previstas de acuerdo a la muestra establecida. La muestra utilizada fue de 15 personas que se encontraban disponibles en el Barrio San Juan Progreso, Municipio de Bella Vista, Chiapas.

La encuesta se llevó a cabo en un promedio de 3 horas por parte de los tesisas profesionales de Enfermería del 9° cuatrimestre, modalidad semiescolarizada de la Universidad del Sureste, Campus de la Frontera.

Cabe destacar que el proceso de investigación se llevó a cabo de manera satisfactoria obteniendo los resultados de la participación deseada.

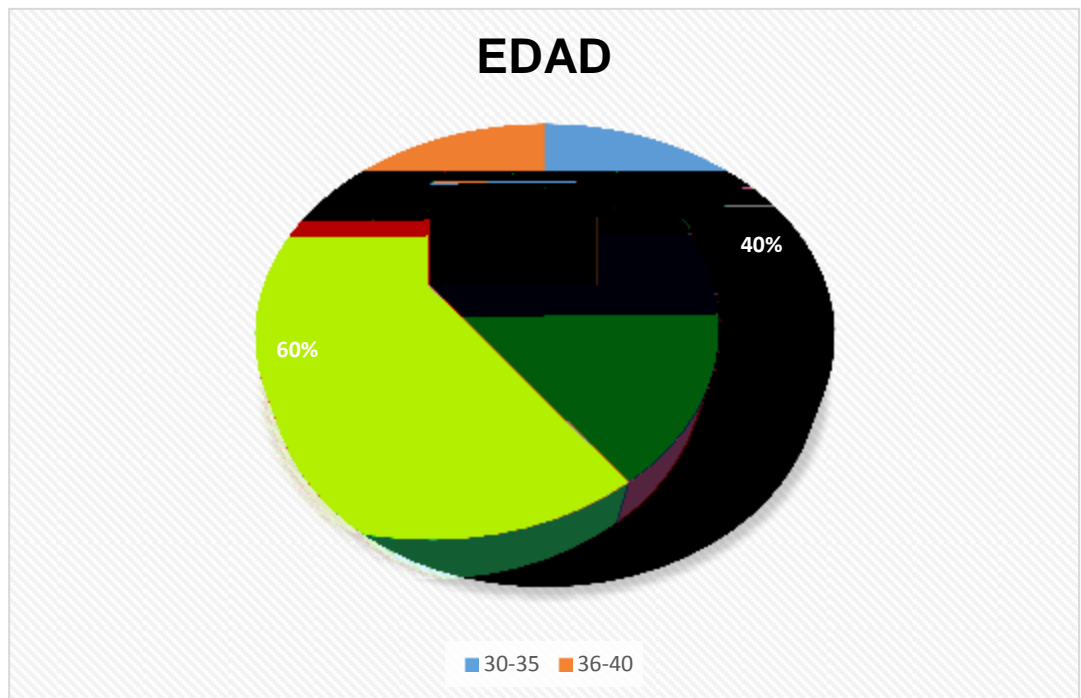
En el siguiente apartado se presenta los resultados a través de graficas que nos permitieron realizar un análisis e interpretación de la información para conocer la situación que prevalece respecto al fenómeno Prevención de Cáncer Cérvico uterino en mujeres de 30 a 40 años del Barrio San Juan Progreso, Municipio de Bellavista, Chiapas, que a su vez fue la base para la construcción de las recomendaciones y propuestas.

4.2 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

TABLA 1: DATOS PERSONALES

EDAD	30-35	6	40%
	36-40	9	60%
	TOTAL	15	100%
OCUPACION	AMA DE CASA	15	100%
	TOTAL	15	100%
ESCOLARIDAD	PRIMARIA	12	80%
	SECUNDARIA	3	20%
	TOTAL	15	100%

GRÁFICA 1



ANÁLISIS: La grafica presentada nos muestra que el 60% de la población encuestada corresponde a personas de 36 a 40 años de edad, mientras que el 40% son personas de 30 a 35 años de edad.

INTERPRETACIÓN: La información obtenida de esta variable indica que la mayoría de las personas encuestadas están entre las edades de 36 a 40 años de edad, lo que se relaciona con el riesgo de padecer cáncer cervicouterino, ya que la edad es un factor determinante para esta patología.

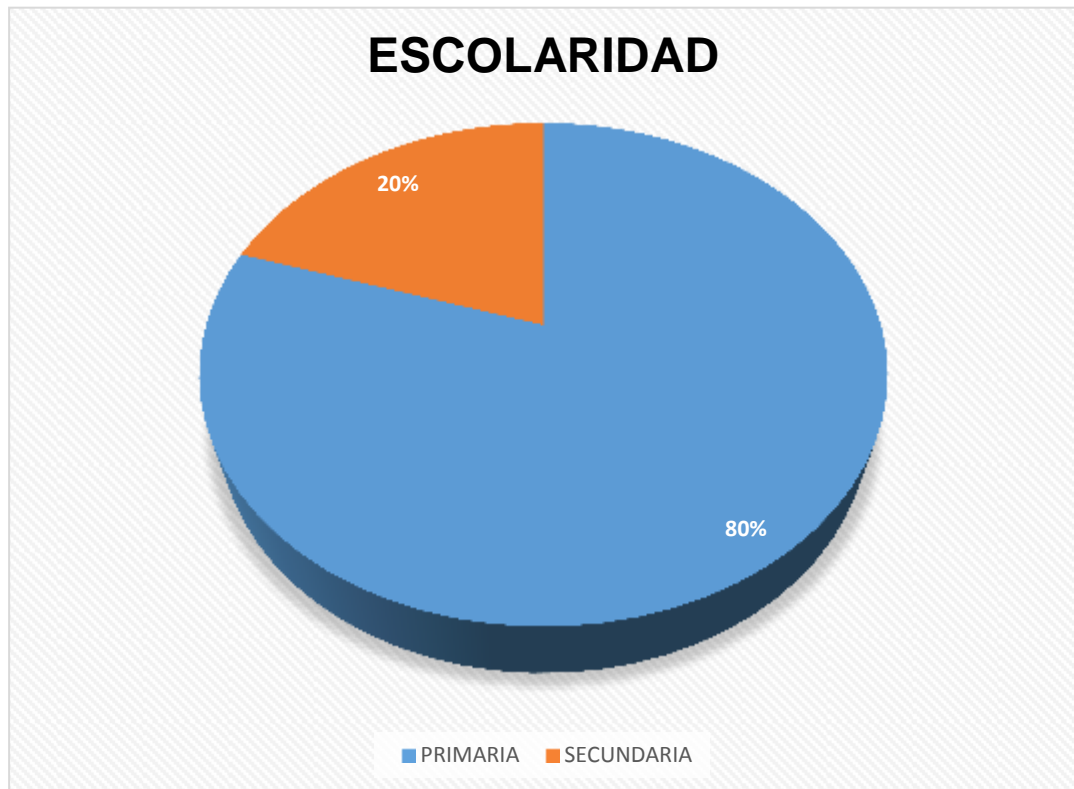
GRÁFICA 2



ANÁLISIS: La grafica que se presenta arriba nos revela los porcentajes de la variable ocupación. Nos damos cuenta que en su totalidad, específicamente con el 100% se dedica a las labores del hogar, es decir todas son amas de casa.

INTERPRETACIÓN: La ocupación es una de las variables más importantes dentro de la investigación, ya que las madres encargadas del hogar por sus actividades diarias tienen menos tiempo de acudir a algún centro de salud o a escuchar pláticas de prevención del Cáncer cervicouterino, además también son las que menos reciben información sobre medidas preventivas.

GRÁFICA 3



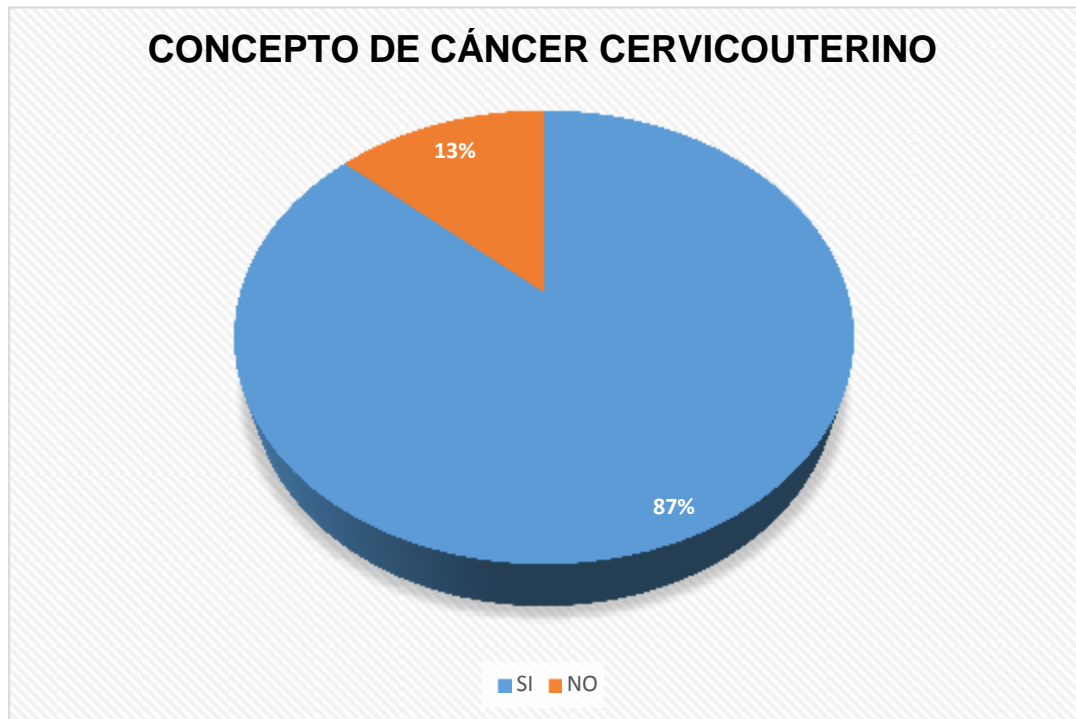
ANÁLISIS: La grafica presentada nos muestra que el 80% cuenta con el nivel primaria y el resto con un 20% cuentan con el nivel básico de secundaria.

INTERPRETACIÓN: En la gráfica de arriba se puede notar que la mayoría de las personas de la muestra cuentan por lo menos con primaria terminada, lo que nos ayuda a que las personas conozcan las medidas preventivas del cáncer cervicouterino.

TABLA 2: DATOS DE CONOCIMIENTO

VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CONCEPTO DE CANCER CERVICOUTERINO	SI	13	87%
	NO	2	13%
	TOTAL	15	100%
CAUSAS DEL CANCER CERVICOUTERINO	SI	13	87%
	NO	2	13%
	TOTAL	15	100%
SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL CANCER CERVICOUTERINO	SI	12	80%
	NO	3	20%
	TOTAL	15	100%
METODOS DIAGNOSTICOS DEL CANCER CERVICOUTERINO	SI	10	67%
	NO	5	33%
	TOTAL	15	100%
INFORMACION SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS	SI	9	60%
	NO	6	40%
	TOTAL	15	100%
CONOCIMIENTO DE MEDIDAS PREVENTIVAS	SI	9	60%
	NO	6	40%
	TOTAL	15	100%
CONCEPTO DE PAPANICOLAU	SI	15	100%
	NO	0	0%
	TOTAL	15	100%

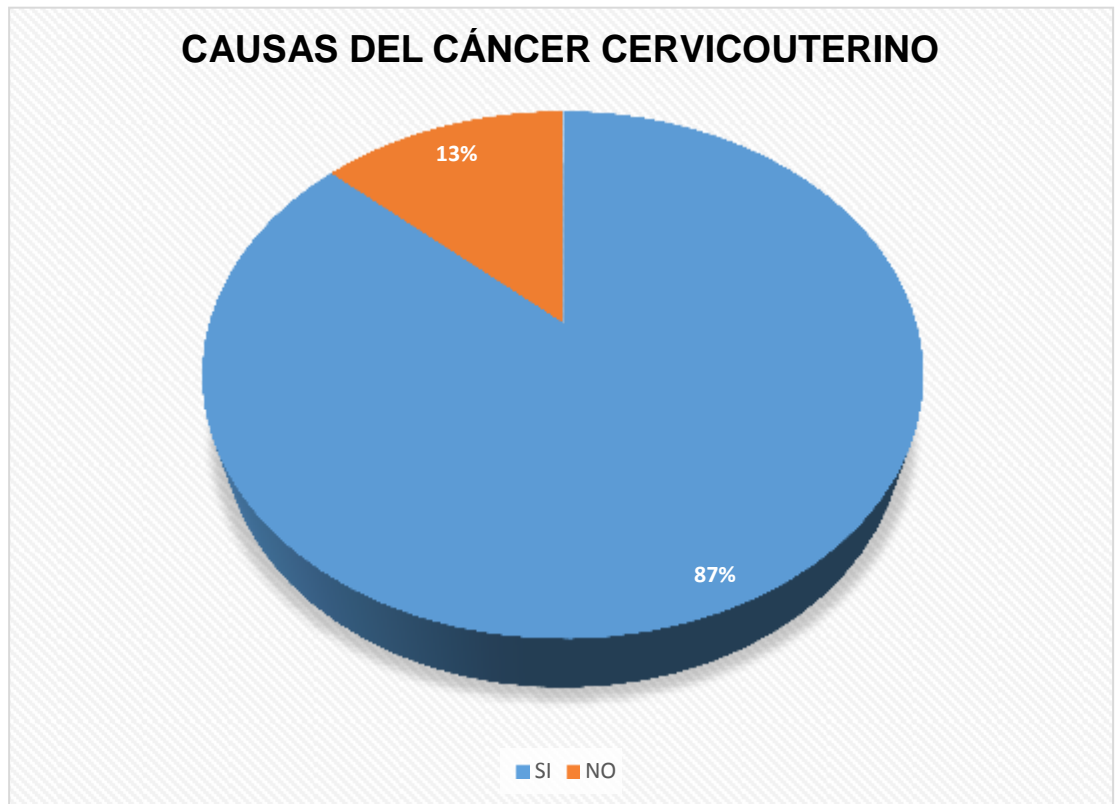
GRÁFICA 4



ANÁLISIS: La grafica anterior muestra que, de la población encuestada para el trabajo de investigación, el 87% si conoce el concepto de cáncer cervicouterino y solo el 13% no conoce el concepto de esta patología.

INTERPRETACIÓN: En esta grafica podemos darnos cuenta que la mayoría de las personas encuestadas si conoce el concepto de cáncer cervicouterino, y han escuchado este término, y realmente si conocen el concepto y solo menos de la mitad no conoce el concepto, lo que nos indica que para nuestra investigación quizás no sea tan necesaria la promoción de las medidas preventivas con la mayoría de la población, pero si con el pequeño grupo que desconoce la patología.

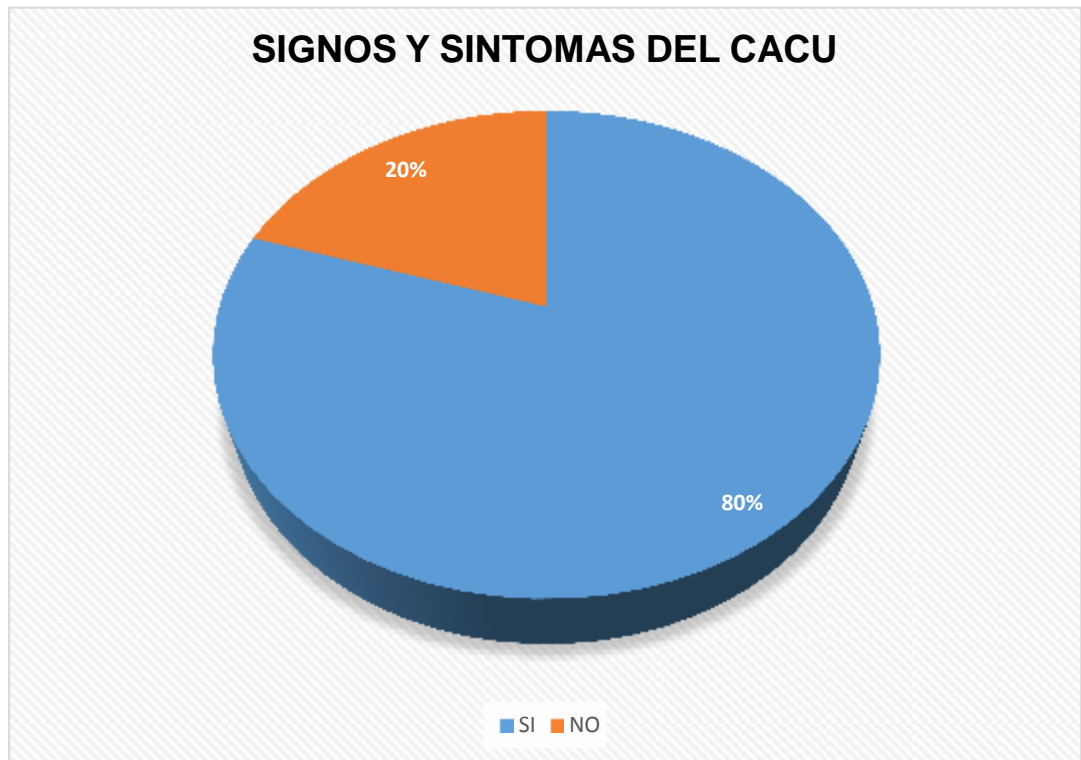
GRÁFICA 5



ANÁLISIS: La grafica de arriba nos muestra la variable conocimiento de las causas del cáncer cervicouterino y como resultado el 87% de la muestra encuestada si conoce las causas y solo un 13% no las conoce.

INTERPRETACIÓN: En esta grafica podemos darnos cuenta que la mayoría de las personas encuestadas si conoce las causas de dicha patología y solo una mínima cantidad desconoce de estas. Esto nos indica que dentro de la investigación fue prudente llevar a cabo la promoción de las medidas preventivas para esta enfermedad y reducir el riesgo de padecerla en un futuro.

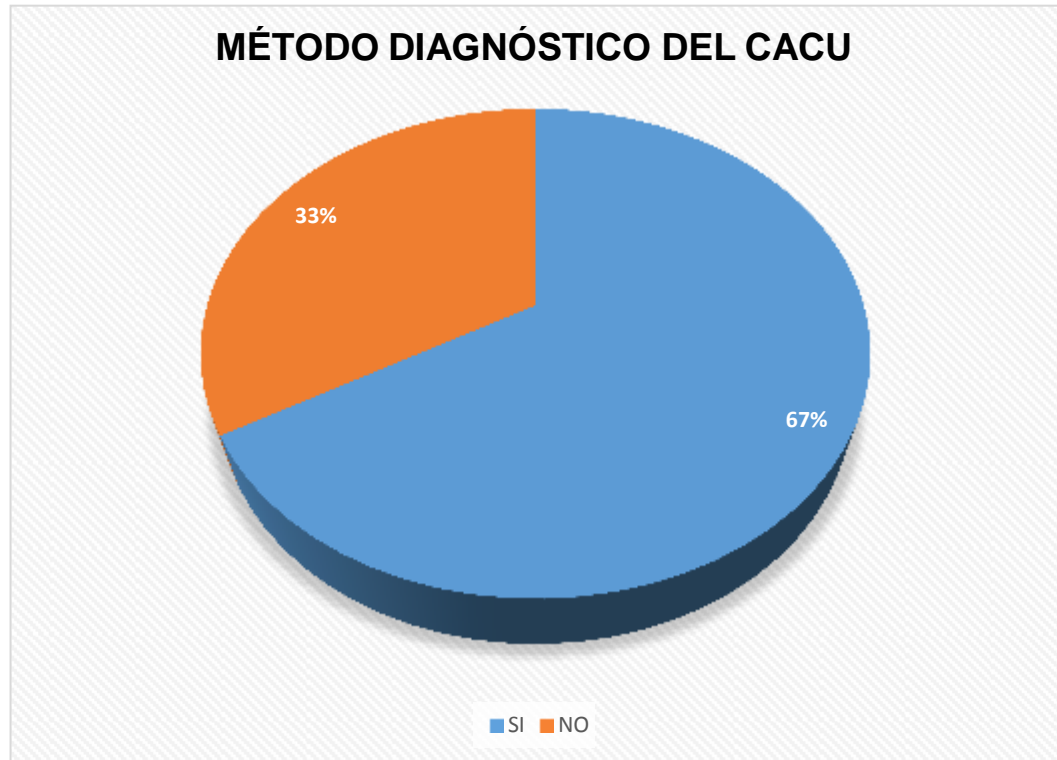
GRÁFICA 6



ANÁLISIS: La grafica anterior muestra que, de la población encuestada para el trabajo de investigación, el 80% si conoce e identifica los signos y síntomas que pueden aparecer en el cáncer cervicouterino, pero un 20% que es considerable desconoce la forma clínica de este fenómeno.

INTERPRETACIÓN: Las manifestaciones clínicas del cáncer cervicouterino son un punto clave en el proceso de investigación, ya que ya mayoría de la población encuestada respondió que si las conoce y que incluso las ha visto con personas cercanas y una mínima parte desconoce de este cuadro; lo que nos hace pensar que la información que tienen sobre esta variable quizás sea errónea ya que como todos sabemos esta patología presenta signos y síntomas solo cuando hay una fase avanzada.

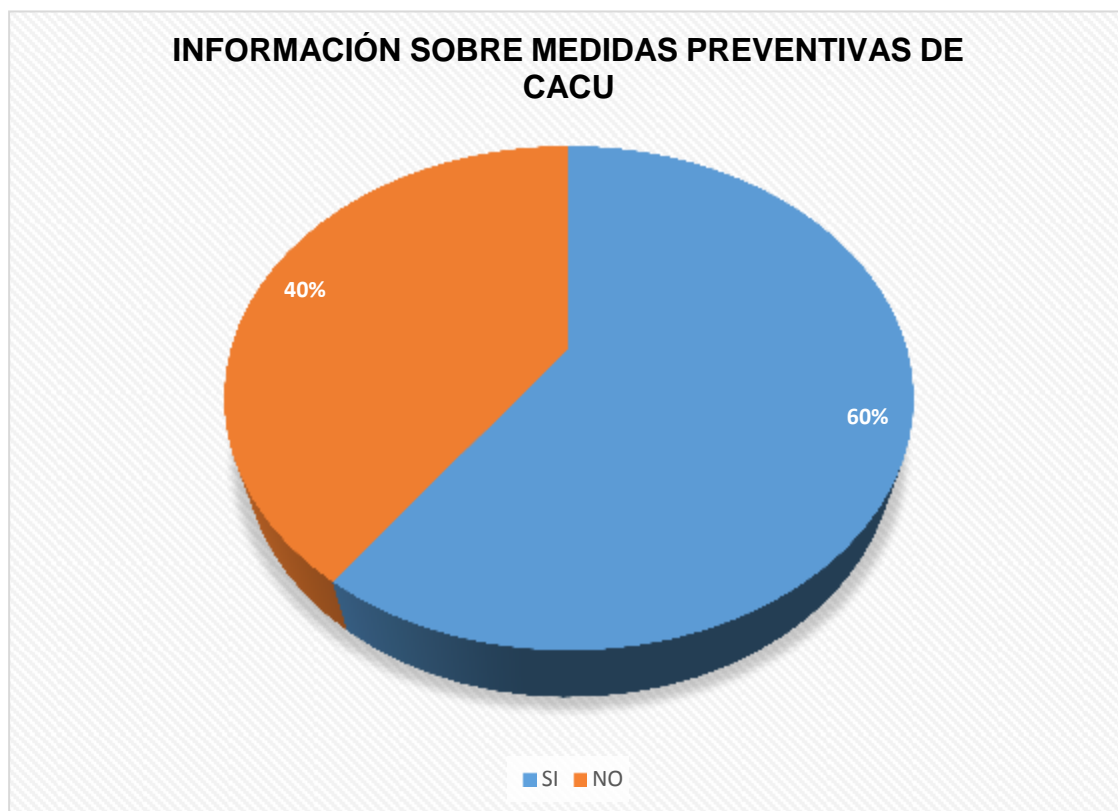
GRÁFICA 7



ANÁLISIS: El 67% de toda la muestra que se encuesta representa a los que si saben cuáles son los métodos para diagnosticar si una persona tiene cáncer cervicouterino y solo el 33% no las conoce.

INTERPRETACIÓN: En esta grafica podemos darnos cuenta que la mayoría de las personas encuestadas ya conoce los métodos o las formas de diagnosticar el cáncer cervicouterino y eso nos ayuda a reducir los factores de riesgo de padecerla, sin embargo hay que seguir haciendo énfasis en ese mínimo porcentaje sobre la importancia de conocer los métodos diagnósticos para esta patología.

GRÁFICA 8



ANÁLISIS: En la gráfica presentada se observa claramente que el 60% de la muestra encuestada si tiene información sobre las medidas preventivas del cáncer cervicouterino, mientras que con muy poca diferencia y con un 40% se encuentran las personas que no tiene información.

INTERPRETACIÓN: En la presentación de la tabla anterior se observa claramente la desigualdad en cuanto a porcentaje entre las personas que si tienen información sobre el cáncer cervicouterino y las que no la tienen y por eso mismo se debe seguir insistiendo en dar la información de la forma que sea a las personas sobre las medidas a tomar para prevenir este problema de salud.

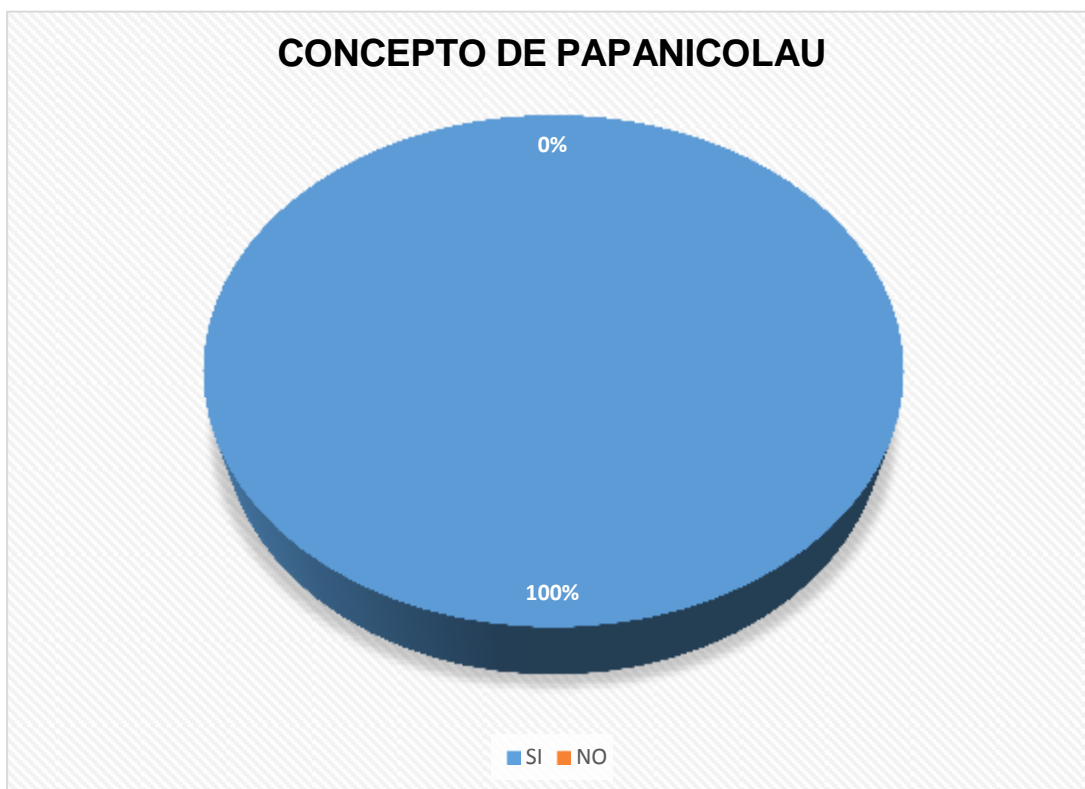
GRÁFICA 9



ANÁLISIS: En la gráfica presentada se observa claramente que el 60% de la muestra encuestada si tiene conocimiento sobre las medidas preventivas del cáncer cervicouterino, mientras que con muy poca diferencia y con un 40% se encuentran las personas que no tienen estos conocimientos.

INTERPRETACIÓN: En la presentación de la tabla anterior se observa claramente la desigualdad en cuanto a porcentaje entre las personas que si tienen conocimiento sobre el cáncer cervicouterino y las que no la tienen y por eso mismo se debe seguir insistiendo en dar la información de la forma que sea a las personas sobre las medidas a tomar para prevenir este problema de salud.

GRÁFICA 10



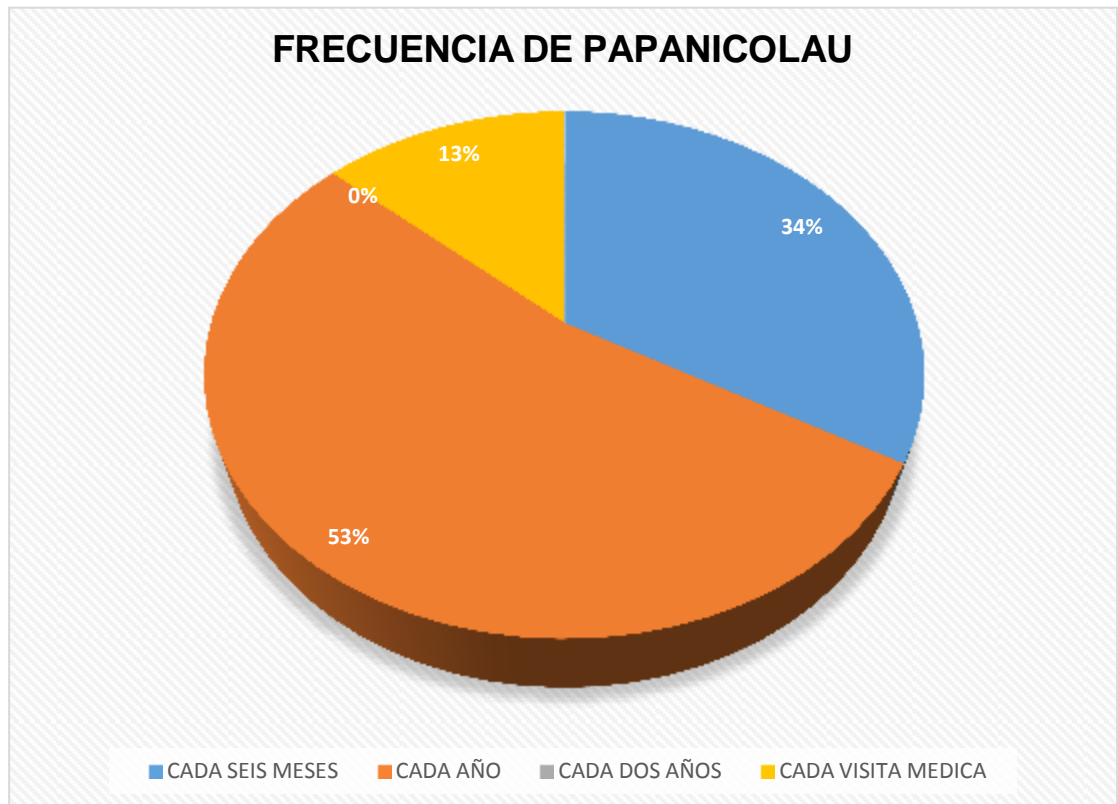
ANÁLISIS: La grafica anterior muestra como un 100% de la población conoce que es el Papanicolau, es decir que no existe ninguna persona que desconozca de esta prueba de diagnóstico.

INTERPRETACIÓN: La variable concepto de Papanicolau es la que se presenta en la gráfica de arriba y definitivamente todas las mujeres encuestadas saben que es la prueba del Papanicolau, por lo que es un punto a favor de que las mujeres sepan que es y para qué sirve, pero es necesario insistir en la promoción, ya que muchas saben su concepto, pero aun así no tienen la cultura de realizarlo.

TABLA 3: DATOS DE SALUD SEXUAL

VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FRECUENCIA DE PAPANICOLAU	CADA SEIS MESES	5	33%
	CADA AÑO	8	54%
	CADA DOS AÑOS	0	0%
	CADA VISITA MEDICA	2	13%
	TOTAL	15	100%
PAPANICOLAU EN EL ULTIMO AÑO	SI	4	27%
	NO	11	73%
	TOTAL	15	100%
FRECUENCIA DE VISITA AL GINECOLOGO	CADA MES	0	0%
	CADA DOS MESES	0	0%
	CADA SEIS MESES	6	40%
	CADA AÑO	9	60%
	TOTAL	15	100%
ANTECEDENTES DE CACU	SI	3	20%
	NO	12	80%
	TOTAL	15	100%
MENARCA	DE 12 -14	13	87%
	DE 15 A 17	2	13%
	TOTAL	15	100%
INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA	DE 12-15	2	13%
	DE 16-20	9	60%
	DE 21-24	4	27%
	TOTAL	15	100%
TOXICOMANIAS	SI	0	0%
	NO	15	100%
	TOTAL	15	100%
INFECCION VAGINAL EN EL ULTIMO AÑO	SI	1	7%
	NO	14	93%
	TOTAL	15	100%

GRÁFICA 11



ANÁLISIS: La grafica que se presenta arriba nos revela que el 53% de las mujeres estudiadas, se realizan la prueba de Papanicolau por lo menos cada año, el 34% cada seis meses y el 13% cada que visita a su ginecólogo.

INTERPRETACIÓN: En la presentación de la gráfica anterior se observa la variable de frecuencia de realización del Papanicolau y definitivamente la población estudiada revela que la gran mayoría se realiza este estudio una o dos veces al año, mientras que solo una mínima parte lo realiza cada que visita al ginecólogo, lo que nos da la pauta para indicar que hay buena aceptación por parte de las mujeres y esto nos ayuda para disminuir el riesgo de un cáncer cervicouterino

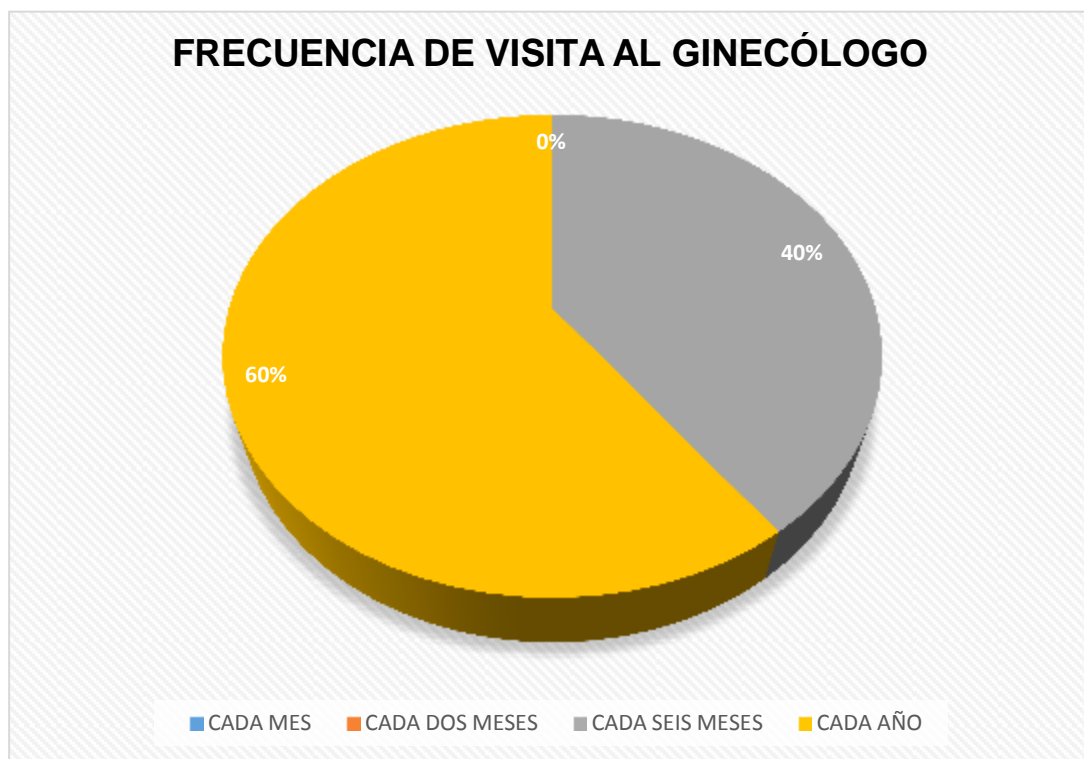
GRÁFICA 12



ANÁLISIS: La imagen de arriba muestra los resultados de la variable realización del Papanicolau en el último año y definitivamente el 73% de las mujeres en estudio si se han hecho este estudio en los últimos 12 meses mientras que el 27% no se lo ha realizado por motivos diferentes.

INTERPRETACIÓN: La variable presentada anteriormente y demostrada en la gráfica, expresa que la gran mayoría de las mujeres se han realizado su Papanicolau en el último año y solo una pequeña parte aún no se la ha realizado lo que nos ayudara a seguir con la promoción y la toma de conciencia sobre la importancia de realizarse este estudio para reducir el riesgo de problemas cervicouterinos dentro de estos, el cáncer.

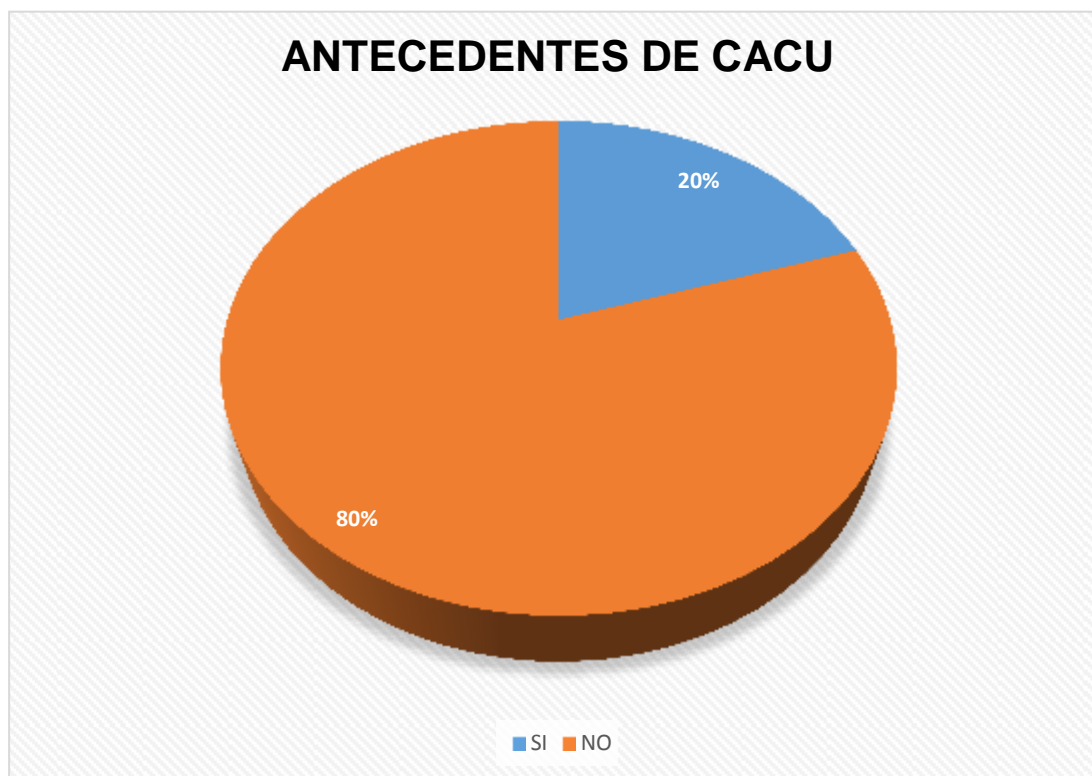
GRÁFICA 13



ANÁLISIS: La grafica presentada en esta sección muestra la frecuencia de la visita al ginecólogo, donde vemos que el 60% realiza su visita cada año y el 40% cada seis meses.

INTERPRETACIÓN: La frecuencia de visitas al médico también es un factor preponderante en este trabajo de investigación y observamos que la mayoría acude al ginecólogo cada año, seguido de un pequeño grupo que acude cada seis meses, lo que se expresa en que casi todos al no ir al especialista se aumenta el riesgo de padecer este problema de salud tan común en nuestra población en estudio.

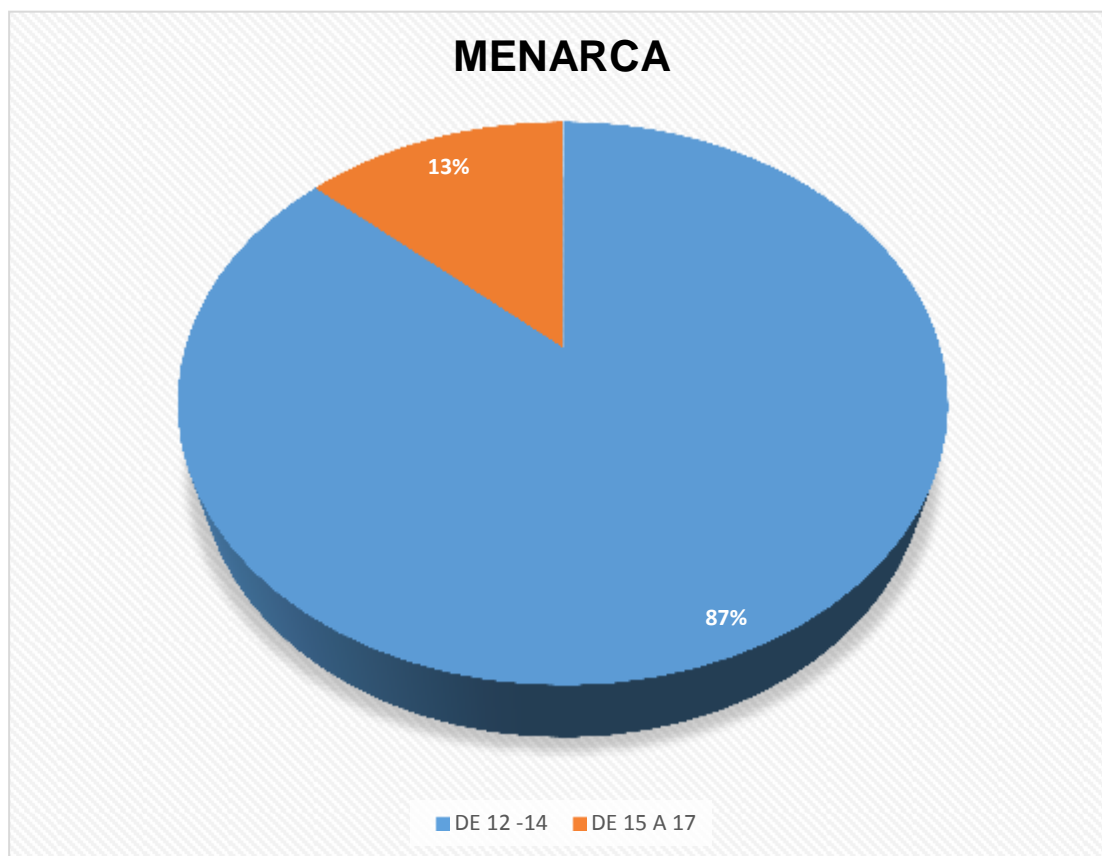
GRÁFICA 14



ANÁLISIS: La grafica presentada en esta sección muestra los antecedentes de cáncer en la familia, donde vemos que el 80% hace mención de que no tienen ningún antecedente de esta enfermedad, pero un 20% si tiene.

INTERPRETACIÓN: La grafica de arriba nos enseña como la gran mayoría de las mujeres encuestadas no tienen antecedentes familiares de algún tipo de cáncer, en especial el cervicouterino, aunque aún existe una pequeña parte de la población que si tiene antecedentes lo que nos hace poner atención en este grupo para tratar de reducir en lo más posible los factores que puedan ocasionar la aparición de esta enfermedad.

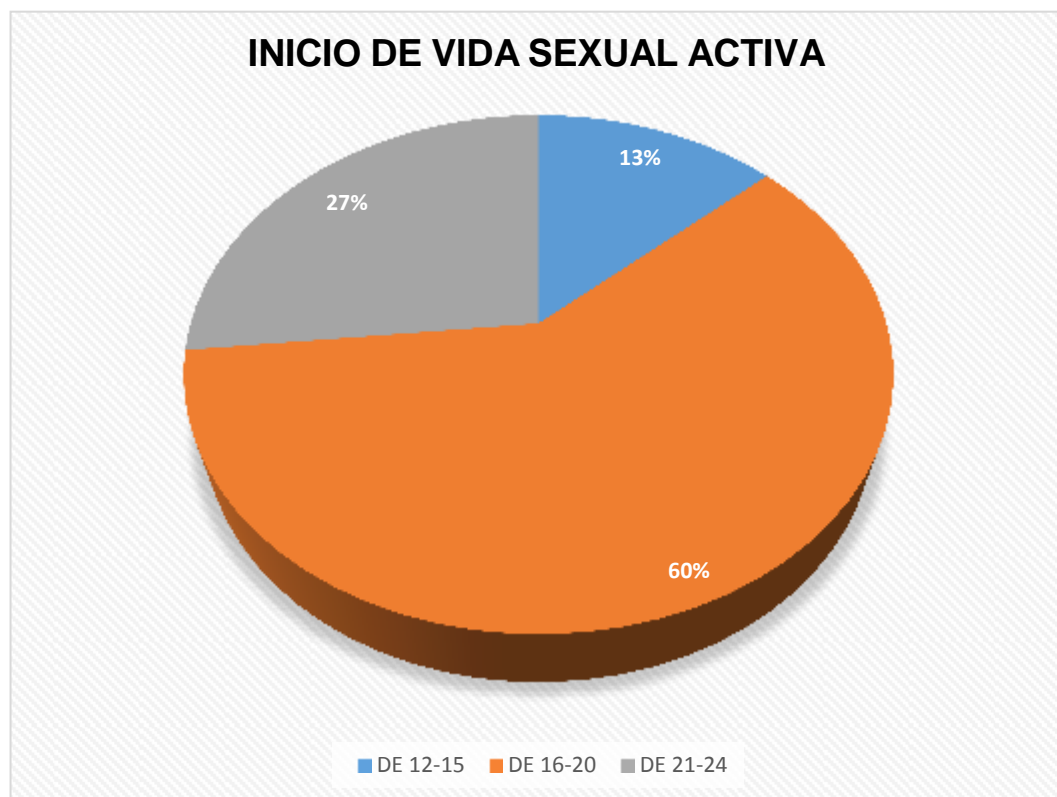
GRÁFICA 15



ANÁLISIS: La grafica de arriba nos enseña la gran diferencia que existe entre las mujeres que tuvieron su primera menstruación a muy temprana edad y las que la tuvieron a una edad considerable o normal. El 87% tuvo su primera regla alrededor los 12 a los 14 años y el resto con un 13% de 15 a 17 años.

INTERPRETACIÓN: La grafica anterior revela que la gran mayoría de las mujeres encuestadas tuvieron su primera menstruación alrededor de los 12 a 14 años de edad. Recordemos que uno de los factores de riesgo para padecer cáncer cervicouterino es la menarca o primera menstruación precozmente, lo que nos lleva a trabajar en las medidas preventivas con el grupo vulnerable.

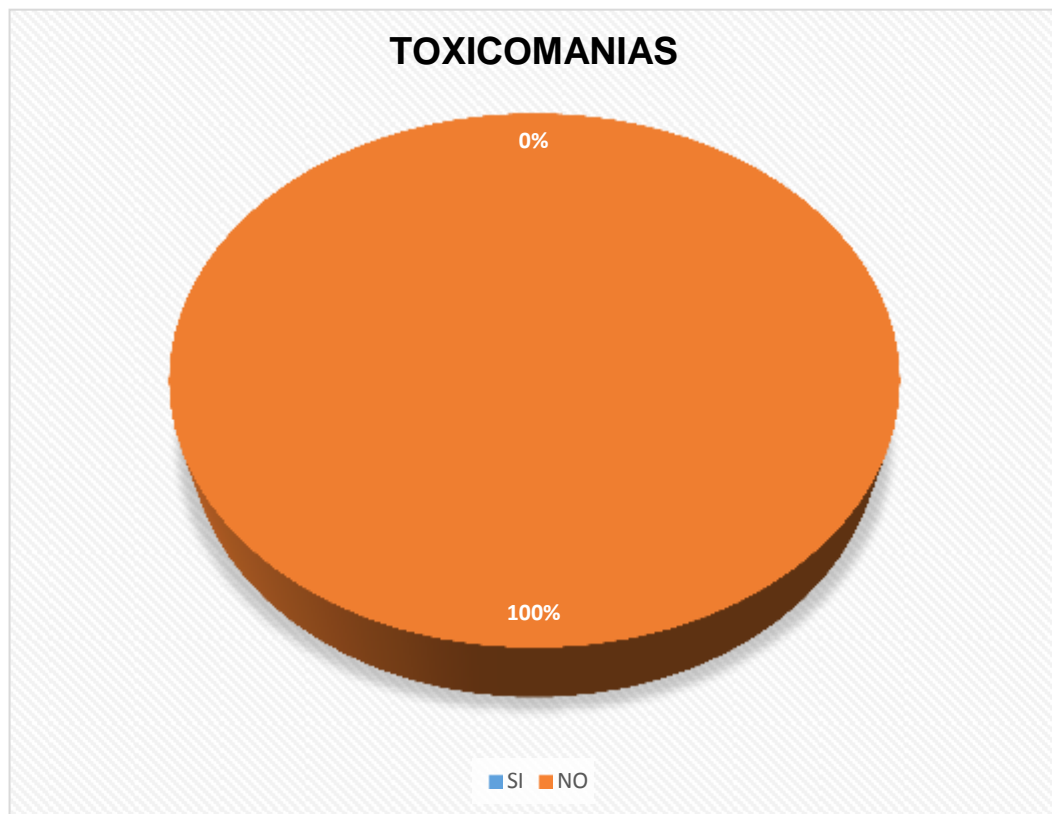
GRÁFICA 16



ANÁLISIS: La grafica presentada en esta sección muestra el inicio de vida sexual activa de las mujeres en estudio y con un 60% iniciaron entre los 16 a 20 años, un 27% lo inició de los 21 a los 24 años y finalmente un 13% de 12 a 15 años de edad.

INTERPRETACIÓN: La grafica anterior demuestra una vez más que la mayoría de las mujeres encuestadas inició su vida sexual a partir de los 16 a los 20 años, una edad considerable y aceptable, pero existe una pequeña parte que lo inició precozmente y en ese grupo hay que tener cuidado para darles a conocer que esta situación aumenta el riesgo de infección por VPH y finalmente quizás un riesgo de Cáncer cervicouterino.

GRÁFICA 17



ANÁLISIS: La grafica presentada arriba, muestra que definitivamente el total de las mujeres encuestadas con un 100% no consumen ningún tipo de bebidas alcohólicas, tabaco y drogas.

INTERPRETACIÓN: Las toxicomanías, es decir el consumo de bebidas alcohólicas, tabaco y drogas son factores preponderantes en la mayoría de las patologías, entonces en esta variable al ver que toda la población no consume este tipo de sustancias se reduce en gran medida el riesgo de padecer este problema tan común en la sociedad y que puede ser causa de muerte.

GRÁFICA 18



ANÁLISIS: La grafica anterior muestra claramente que el 93% de la población no ha tenido ningún tipo de infección vaginal en el último año y solamente una persona con un 7% si ha tenido este problema en los últimos 12 meses.

INTERPRETACIÓN: La variable de aparición de infecciones vaginales en los últimos 12 meses se ve reflejada en la gráfica de arriba y apreciamos que casi en su totalidad de las mujeres no han tenido algún tipo de infección vaginal en este tiempo lo que nos ayuda a pensar en que el riesgo de un cáncer cervicouterino será un poco menos, comparado con las que frecuentemente padecen estas infecciones.

PROPUESTAS Y/O SUGERENCIAS

El fenómeno de investigación llamado prevención de Cáncer Cervicouterino en mujeres de 30 a 40 años de edad, es un tema definitivamente tan conocido en nuestra sociedad actual y no precisamente por lo bueno que es sino por el gran problema de salud pública que implica. Por esta razón se considera imprescindible dar a conocer algunas sugerencias y/o propuestas para ayudar a prevenir este problema.

Sugerencias:

- Se sugiere que exista una transversalidad de los temas revisados en este proyecto de intervención dentro de las diversas materias que conforman el plan curricular de las escuelas con licenciaturas correspondientes al área de la salud.
- Vacunarse contra el VPH entre los 9 y los 26 años. La vacuna es eficaz si se administra antes de que se vuelvan sexualmente activos
- Prácticas sexuales seguras como el uso de condones.
- Evite fumar y tomar bebidas alcohólicas.
- Evite usar medicamentos, específicamente aquellos que disminuyen el sistema inmunitario.
- Cambiar el estilo de vida o los hábitos de alimentación.

- Incluir la revisión de los temas: cáncer cervicouterino, citología cervical, cáncer de mama y técnica de autoexploración mamaria, ya que son de vital importancia, debido a las cifras de morbimortalidad que se están presentando en la población.

Propuestas:

- Instalar campañas de Pruebas de Papanicolaou regulares para detectar las condiciones cancerosas del cuello uterino después de 35 años.
- Consolidar el trabajo de los Equipos Básicos de Salud, a fin de trazar estrategias multisectoriales, encaminadas a fortalecer las acciones de educación sanitaria dirigidas a las familias en relación al conocimiento y modificación de los factores de riesgo que inciden con mayor frecuencia en la aparición del cáncer cervicouterino, además del cumplimiento estricto del Programa de Prevención de este cáncer con el objetivo de estudiar la totalidad de pacientes en el tiempo y forma correspondientes.

CONCLUSIONES

El cáncer cervicouterino es una enfermedad prevenible, detectable y, generalmente, curable si se diagnostica en sus estadios iniciales. La disminución de su mortalidad a partir de la introducción de la citología de Papanicolaou es buena muestra de ello. Una tasa nacional elevada de mortalidad por cáncer cervicouterino es no sólo un fracaso de los sistemas de salud sino una tragedia económica, familiar y afectiva que refrenda las evidencias de una inequidad social.

Se ha demostrado que el cáncer cervicouterino en sus primeras etapas no da síntomas, algunas mujeres pueden presentar leucorrea, dolor y dispareunia, en esta etapa el tumor es pequeño y les falta cierta cualidad a las células que no les permite penetrar en los tejidos subyacentes y dar metástasis hasta en una etapa en la que se debe atacar, sino es así, el tumor se vuelve invasor y comienza a crecer causando la muerte entre 2 y 5 años.

La prevención primaria a través de la educación sexual dirigida a los adolescentes es la base para evitar futuras conductas de riesgo. La administración de la vacuna frente al VPH está recomendada por las principales organizaciones sanitarias a nivel mundial. Aunque todavía es pronto para evaluar los resultados a largo plazo, los estudios realizados hasta el momento revelan un éxito unánime en cuanto a su eficacia y seguridad. Es preciso seguir estudiando el impacto de la vacuna del VPH en la incidencia y morbimortalidad del CACU, ya que los próximos años serán decisivos para probar su resultado con datos y números reales de todas las mujeres inicialmente vacunadas.

Los avances científicos en el campo de la prevención del cáncer cervicouterino no están terminados. Hay un futuro lleno de posibilidades, donde se encuentra el desarrollo de vacunas recombinantes elaboradas con la proteína L2 de los VPH-AR, las vacunas polivalentes que abarquen más genotipos de los 15 responsables de provocar el cáncer cervicouterino, así como el campo de las vacunas terapéuticas.^{23,24} Son avances que tienen, ya, buena parte del camino recorrido.

El papel de enfermería es fundamental en el control del cáncer de cérvix debido a su implicación directa con la población y a que muchas de las intervenciones preventivas, tanto en la prevención primaria como en la secundaria, son realizadas por estos profesionales. La enfermera debe informar a las familias y participar en campañas educativas para fomentar hábitos de vida saludables que intervengan en los factores de riesgo asociados al cáncer de cérvix. Es uno de los profesionales clave a la hora de sensibilizar a la población femenina sobre la importancia de realizarse las pruebas de cribado y la detección precoz del cáncer de cérvix.

Finalmente es importante concluir que la información que se le proporciono a la población en estudio tubo una relevancia tan importante ya que la gran mayoría solo había escuchado el tema, pero realmente la información no era suficiente para poder lograr nuestros objetivos.

BIBLIOGRAFÍAS

1. Arce, L. A. (2011). *Cáncer cervicouterino. Diagnostico, prevención y control*. México : Editorial Panamericana.
2. Arenas, R. (2017). Cáncer de cuello uterino en mujeres menores de 35 años y mayores de 60 años. *RevObstetGinecol*, 71-72.
3. Arillo, B. (2016). Oncología ginecologica clínica. *Rev Invest Clin*, 65-106.
4. Baron, G. (2011). *Medicina nuclear en la clinica oncologica* . Mexico: McGraw-Hill Interamericana.
5. Baron, R. G. (2008). *Medicina nuclear en la clinica oncologica* . México:. México: McGraw-Hill Interamericana.
6. Bazan, A. (2016). Cáncer cervicouterino. Diagnostico, prevención y control. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 120.
7. Bulnes, R. (2013). El cáncer en Centroamérica. Reseña Historica. *Rev/Med Hondur*, 54-63.
8. Callejas Monsalve DE. Caracterización de la respuesta inmunitaria-inflamatoria en el cuello uterino en pacientes con displasias de cervix. [Tesis]. España: Universidad De Alcalá; 2011.
9. Cardona, T. (2017). Prevalencia de citología anormal e inflamación y su asociación con factores de riesgo para neoplasias del cuello uterino. *Rev salud pública*, 16-19.
10. Castillo, E. (2013). Intervención educativa sobre cáncer de mama. *Revista Médica Electrónica*. Recuperado el 1 de Diciembre de 2015.
11. Díaz, A. (2011). Acciones educativas para la prevención del cáncer cervicouterino en la adolescencia. *Medisan*, 15 (2), pp. 209-214. Recuperado el 25 de Noviembre de 2015, desde: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v15n2/san10211.pdf>.
12. Disaia. (2002). *Oncología ginecologica clínica*. España: Ediciones Harcourt.
13. García, A. (2012). Subsecretaría de Prevención y Promoción a la Salud. Programa de acción específico 2007-2012 cáncer cervicouterino. *Revista medica del IMSS*, 154-161.

14. GPC, G. d. (2016). Concepto de Cancer cervicouterino. *Guía de Práctica Clínica*, 9-11.
15. Granados, M., & Herrera, á. (2010). Manual de Oncología. Procedimientos médico quirurgicos. México: McGrawHill.
16. Guevara, R. (2016) Introducción a la Universidad Veracruzana. Recuperado el 20 de septiembre del 2016, desde: <https://www.uv.mx/universidad/info/introduccion.html>.
17. Guyton. (1991). Tratado de fisiología médica. México: Interamericana.
18. IMSS. (2015). Concepto y Generalidades del Cancer Cervicouterino. *Instituto Mexicano del Seguro Social*, 12-14.
19. INEGI. (2019). Programa de acción específico: Prevención y control del cáncer de la mujer . *INEGI*, 6-9.
20. Lazo Piña PF. Relación entre factores de riesgo reproductivo de mujeres con citología cervical uterina alterada, atendidas en el consultorio. Perú: Universidad Nacional de san Martín; 2012.
21. Mendoza LA, Pedroza ML, Hernando Micolta P, Ramírez A, Ramiro Cáceres C, López DV, et al. Prevalencia de lesiones de bajo y alto grado de cuello uterino en una ciudad colombiana. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2012; 77(2): 129 – 136.
22. Mora M, Hernando Ruiz C, Miranda A, Rodríguez RE. Manejo actual del cáncer micro invasor. *RepertMed Cir*. 2010; 19(1): 35-40.
23. NOM-014. (2000). PREVENCIÓN, DETECCIÓN, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, CONTROL Y VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER CERVICO UTERINO. *Norma Oficial Mexicana- 014-SSA*, 5-6.
24. OMS. (2012). clasificación del Cáncer Cervicouterino. *Organización Mundial de la Salud*, 6-7.
25. Pérez Martínez LJ, Mantilla González Y, Pérez Buchillón R. Relación de algunas variables epidemiológicas en pacientes con el diagnóstico de NIC asociado a VPH.

26. Robinson, V. (2010). The Story of Medicine. New Home Library. *Revista medica de Peru*, 16-20.
27. Serrano, D. L. (2012). Lesiones preinvasivas del cuello uterino. *Rev Cubana de Obst y Ginecol.*, 136-141.
28. Suárez E, Prieto M, Rojas I y Cols: Programa nacional de Cáncer Cervicouterino *RevChil. Obstet Ginecol* 2001; 66(6):480-91(Medline).
29. Vega, A. M. (2016). Comportamiento de las lesiones intraepiteliales de alto grado en la consulta de patología de cuello. *Rev de Ginecol y Obstet*, 39-42.

ANEXOS



FOTOGRAFÍA 1: La imagen muestra el momento en que las tesisas realizan el proceso de encuestas a la población estudiada.



FOTOGRAFÍA 2: Fotografía de una persona respondiendo el cuestionario para el proceso de investigación.



FOTOGRAFÍA 3: En esta Fotografía se observa como las personas del grupo de estudio responde al instrumento cuestionario.



FOTOGRAFÍA 4: En esta Fotografía se observa la entrega de trípticos para información a la población estudiada.

CUESTIONARIO

Fecha: 21 mayo 2022 N° De Cuestionario: 1

A continuación se presenta un cuestionario elaborado para fines de investigación, por lo que te pedimos de la manera más respetuosa y sincera responder cada una de ellas o en su caso apoyarnos con los datos solicitados.

Nota: Es importante aclarar que los datos y las respuestas obtenidas serán tratadas con respeto y sobre todo con confidencialidad.

Instrucciones: Lee detenidamente cada una de las preguntas que se te presentan o datos que se te solicitan y posteriormente marca con una línea la respuesta que tu consideres.

I.- DATOS PERSONALES

Nombre: Graciela Gomez Gomez

Edad: 30 Ocupación: ama de casa

Escolaridad: _____

II.- DATOS DE CONOCIMIENTO

1.- ¿SABE QUE ES EL CANCER CERVICOUTERINO?

a) Si

b) No

2.- ¿CONOCE LAS CAUSAS O FACTORES DE RIESGO DEL CANCER CERVICOUTERINO?

a) Si

b) No

3.- ¿CONOCE LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL CANCER CERVICOUTERINO?

a) Si

b) No

4.- ¿SABE CUALES SON LOS METODOS PARA DIAGNOSTICAR EL CANCER CERVICOUTERINO?

a) Si

b) No

5.- ¿HA RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS DEL CANCER CERVICOUTERINO?

a) Si

b) No

6.- ¿CONOCE ALGUNAS DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS DEL CANCER CERVICOUTERINO?

a) Si

b) No

7.- ¿SABE QUE ES EL PAPANICOLAU?

- a) Si
- b) No

III.- DATOS DE SALUD SEXUAL

8.- ¿CON QUE FRECUENCIA SE REALIZA EL PAPANICOLAU?

- a) Cada seis meses
- b) Cada año
- c) Cada dos años
- d) Cada que el medico lo solicite

9.- ¿SE HA REALIZADO EL PAPANICOLAU EN LOS ULTIMOS 12 MESES?

- a) Si
- b) No

10.- ¿CON QUE FRECUENCIA ACUDE AL GINECOLOGO?

- a) Cada mes
- b) Cada dos meses
- c) Cada seis meses
- d) Cada año

11.- ¿TIENE ANTECEDENTES FAMILIARES DE CÁNCER CERVICOUTERINO?

- a) Si
- b) No

12.- ¿A QUE EDAD TUVO SU PRIMERA MENSTRUACIÓN?

12 años

13.- ¿A QUE EDAD INICIO SU VIDA SEXUAL ACTIVA?

16 años

14.- ¿CONSUME ALGUN TIPO DE DROGA Y/O TABACO?

a) Si

b) No

15.- ¿HA TENIDO ALGUNA INFECCION VAGINAL EN LOS ULTIMOS
12 MESES?

a) Si

b) No

Definición

Crecimiento, desarrollo y multiplicación anormal de las células que se encuentran en el cuello de la matriz.



Síntomas

El VPH no presenta síntomas

En fases avanzadas:

- **Sangrado vaginal anormal**
- **Secreción vaginal anormal**
- **Dolor durante las relaciones sexuales**



Factores de riesgo

- **Inicio de vida sexual**
- **Múltiples parejas sexuales**
- **Déficit de vitaminas**
- **Nunca haberse realizado Papanicolaou**
- **Tabaquismo**

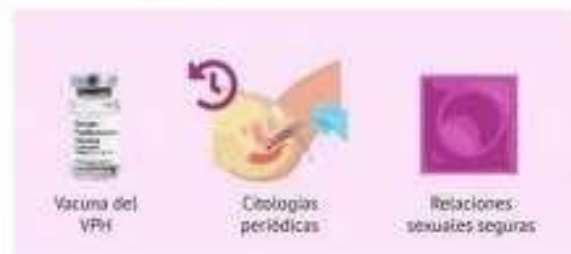
Prevención

El Papanicolaou: identifica lesiones precancerosas para tratarlas de inmediato y evitar que se convierta en cáncer.

Debe efectuarse a partir de los 25 años de edad en todas las mujeres que han tenido relaciones sexuales



Tratamiento



Los tratamientos incluyen cirugía radioterapia y quimioterapia.

Dependen del tipo y etapa de si cáncer

Temprana etapa de cáncer: se emplea cirugía o radiación combinada con quimioterapia

Etapa avanzada: se emplea radiación con quimioterapia como tratamiento principal



La prevención es salud



El Papanicolaou puede detectar el cáncer de forma temprana



Escuela profesional en enfermería

Estudiantes:

Morales morales Ioyda Isabel,
Roblero Morales Erlinda,
Velázquez González Beatriz
Lourdes

Cuatrimestre:

Noveno cuatrimestre



**La prevención
esta en tus manos**



Prevención del cáncer cervicouterino



**Tus actitudes
determinan tu salud**

