



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

PROYECTO DE INTERVENCIÓN EN SALUD

Detección, seguimiento, educación y prevención
del cáncer cervicouterino en población de 25 a 45
años que acude al Centro de Salud T-III Pedregal
de las Águilas

MPSS José Alberto Herrera Marín

Coordinadora:

Dra. Adriana Clemente Herrera

Asesor interno:

Dr. José Luis Pérez Ávalos

Promoción

2022-2023

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO

INDICE

Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN	3
OBJETIVO GENERAL.....	4
PROBLEMÁTICA.....	5
MATERIAL Y MÉTODOS	5
METODOLOGÍA UTILIZADA DURANTE EL SEGUIMIENTO.....	5
MARCO DE REFERENCIA.....	7
DATOS DE LA UNIDAD DE SALUD (FICHA TECNICA).....	11
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	12
RESULTADO Y ANALISIS.....	13
→ PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN:	13
→ DETECCIÓN:.....	13
CITOLOGÍA VAGINAL	14
VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO.....	21
→ SEGUIMIENTO:	25
ANALISIS	30
EVIDENCIA FOTOGRÁFICA.....	33
ANEXOS	34
BIBLIOGRAFÍA.....	36

INTRODUCCIÓN

El cáncer cervicouterino es un inconveniente de salud pública que, pese a ser un modelo de prevención, es la segunda causa más común de cáncer en México y la tercera causa de muerte internacionalmente. Constituye el 9% (529.800) de todos los nuevos casos de cáncer y el 8% (275.100) del total de muertes de mujeres por cáncer en 2008. Desafortunadamente, perjudica a mujeres de manera económica, social y cultural; por consiguiente, es muchísimo más común en territorios en vías de desarrollo donde pasa el 85%.

Pese a los esfuerzos de detección temprana en nuestro país, la tasa de mortalidad permanece sin modificaciones importantes. Como todas las neoplasias malignas, el carcinoma de cérvix se origina a partir de una serie de alteraciones genéticas que producen una desregulación en la proliferación celular y apoptosis.

El carcinoma cervical sigue un patrón primordial de progresión subjetivamente ordenado. Se caracteriza primeramente por diseminación loco regional a los órganos pélvicos y ganglios linfáticos regionales y, más adelante, a órganos a distancia. La radioterapia y cirugía son las maneras terapéuticas primarias, no obstante, la votación del procedimiento es dependiente de componentes como el estadio clínico, la magnitud tumoral, presencia de ganglios pélvicos infiltrados, la histopatología, comorbilidades y la preferencia de la paciente.

Por todo lo descrito anteriormente, se tomó la decisión de realizar este proyecto para orientar, educar a la población con información precisa y entendible sobre el cáncer cervicouterino y realizar una promoción de todas las herramientas que se ofrecen en nuestro centro de salud, incluyendo la realización de pruebas de detección, que ayudarán a dar un seguimiento oportuno de la enfermedad en caso necesario.

JUSTIFICACIÓN

Con el presente trabajo, se busca generar un impacto positivo que permita a la población femenina del centro de salud, contar con información oportuna y fidedigna de esta patología, teniendo un enfoque preventivo, así como de captar pacientes en primeras fases de lesiones tumorales y ofrecer el seguimiento respectivo.

OBJETIVO GENERAL

Identificar el estado de salud-enfermedad de la población que asiste al Centro de Salud T-III Pedregal de las Águilas, así como los posibles factores predisponentes a ciertas enfermedades, en este caso del cáncer cervicouterino, permitiendo obtener un panorama general respecto a las áreas de oportunidad y el desarrollo de planes emergentes que favorezcan de manera adecuada para mejorar las condiciones de salud, pudiendo así obtener un enfoque preventivo, informativo y de detección sobre el cáncer cervicouterino en población de 25 a 45 años de edad dentro del periodo comprendido entre mayo y noviembre del 2022.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Detectar y dar seguimiento a la población de 25 a 45 años que acuden al centro de salud, ofreciendo un enfoque preventivo e informativo sobre el cáncer cervicouterino.

Temas de interés:

- Detección de cáncer cervicouterino.
- Información del cáncer cervicouterino en el primer nivel de atención.
- Seguimiento de lesiones posiblemente malignas.

PROBLEMÁTICA

Durante la realización del servicio social, se pudo observar la baja asistencia en el área de detecciones, así como en la entrega de resultados de citologías vaginales y detección de virus del papiloma humano. Por lo cual, se busca generar un cambio que permita a la población femenina que acude al centro de salud, tener la información y el conocimiento necesario acerca del cáncer de cuello uterino y así, adquieran la capacidad de tomar decisiones oportunas de prevención.

MATERIAL Y MÉTODOS

Prevención y educación.

- Pláticas informativas.
- Entrega de folletos informativos.
- Explicación del área de detecciones.

Detección

- Realización de citologías vaginales
- Realización de detección del virus del papiloma humano.

Seguimiento

- Realización de llamadas telefónicas para que las pacientes acudan por resultados.
- Seguimiento a pacientes con lesiones; conocer su experiencia y si les ayudó la información proporcionada.

METODOLOGÍA UTILIZADA DURANTE EL SEGUIMIENTO

Para el presente proyecto de intervención, se siguió un enfoque cualitativo el cual permite destacar la comprensión de las experiencias con respecto a las concepciones de salud que se van generando a partir de los saberes personales construidos a partir del constructo social en las cuales cada uno de nosotros nos insertamos y desarrollamos. Para ello se cuestionó sobre las percepciones que poseen las mujeres acerca de la obtención de un resultado adverso sobre las pruebas de tamizaje para la Detección de VPH-AR y/o Citología Cervical que forman parte de la estrategia de prevención oportuna del Cáncer Cervicouterino y que se llevaron a cabo en el Centro de Salud T-III Pedregal de las Águilas, en los meses de enero a noviembre de 2022, así como la continuación de su atención en el nivel correspondiente.

Se realizó una revisión epidemiológica, sobre el número de pruebas de tamizajes (citología cervical/VPH-AR) llevadas a cabo desde el 01 de enero de 2022 hasta el 24 de noviembre del mismo año, para posteriormente seleccionar a las pacientes que recibieron un resultado positivo del test del VPH-AR y/o un reporte de algún hallazgo citológico anómalo correspondiente al sistema BETHESDA (Células escamosas atípicas de significado indeterminado ASC-US; Células escamosas atípicas, no se puede descartar lesión intraepitelial escamosa de alto grado ASC-H; Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado; Lesión escamosa intraepitelial de alto grado; Carcinoma epidermoide; Células glandulares endocervicales atípicas AGC), para el caso de la Citología Cervical y que además, no contaran con expediente en la unidad.

Para este fin, se elaboró una guía de entrevista estructurada basada en el objetivo del estudio, que tuvo como objetivo averiguar las percepciones de las mujeres durante el proceso de atención posterior a la realización del Papanicolau (PAP). En nuestro instrumento decidimos tomar en cuenta los siguientes aspectos: a) datos sociodemográficos, b) factores de riesgo, c) conocimiento sobre VPH, d) percepción del resultado, e) tratamiento.

En nuestro estudio participaron 8 mujeres, quienes cumplían con los criterios antes mencionados. Para la obtención de información se llevó a efecto lo siguiente:

1. Se estableció contacto telefónico con las mujeres con diagnóstico de VPH y/o grado de lesión en su PAP, a quienes se les explico el motivo de la investigación y los fines de la misma, para posteriormente solicitarles su consentimiento para su participación y la utilización de los datos recabados.
2. Para garantizar el anonimato y confidencialidad se asignaron letras y números para cada una de las participantes y de acuerdo al estudio realizado: en el caso de citología cervical se estableció la letra A como delimitación, así como la letra B en el caso de VPH-AR.
3. Se procedió a la realización de la entrevista vía telefónica con las preguntas incluidas en el anexo 1 incluidas al final del presente documento. La duración de cada una de las entrevistas fue de 25 min en promedio.
4. Se empleó el programa SPSS para la agrupación y tratamiento de los datos recabados.

Por último, se procedió al análisis de acuerdo a las necesidades de información y la consejería solicitada-expresada por las mujeres sobre el VPH, las pruebas de VPH, la citología cervical y el Cáncer Cervicouterino.

MARCO DE REFERENCIA

El cáncer cervicouterino es el décimo tumor más común en la población mundial y el cuarto tumor más común en las mujeres; se estima que cada año se diagnostican 569.847 casos nuevos, el 85% de los cuales se encuentran en países en vías de desarrollo. La incidencia es mayor en los países en desarrollo; oscila entre 42,7 en África oriental y 4,4 por 100.000 mujeres en Asia occidental (Oriente Medio).¹

La Sociedad Americana Contra El Cáncer estima que para el año 2022 en los Estados Unidos¹:

- Se diagnosticarán alrededor de 14,100 nuevos casos de cáncer invasivo del cuello uterino.
- Morirán alrededor de 4,280 mujeres a causa del cáncer de cuello uterino.

Los precánceres de cuello uterino se diagnostican con mucha más frecuencia que el cáncer de cuello uterino invasivo.

En los Estados Unidos, las mujeres hispanas tienen más probabilidad de padecer cáncer de cuello uterino, seguidas de las mujeres de raza negra, las indias estadounidenses, las mujeres oriundas de Alaska, y las mujeres de raza blanca. Por otro lado, las mujeres asiáticas y las isleñas del Pacífico tienen el menor riesgo de padecer cáncer de cuello uterino en este país.¹

En América Latina, el cáncer cervicouterino es el segundo cáncer más común, con 68.818 casos por año. La incidencia en la región fue de 21,2 casos por cada 100.000 mujeres, alcanzando valores superiores a 30 en Perú, Paraguay, Guyana, Bolivia, Honduras, Venezuela, Nicaragua y Surinam.²

La tasa de mortalidad de la región es de 8,7 muertes por cada 100.000 mujeres. Cada año mueren 28.565 personas por esta causa, el 75% de las cuales ocurren en seis países: Brasil, México, Colombia, Perú, Venezuela y Argentina. Sin embargo, Guyana (21,9), Bolivia (21,0) y Nicaragua (18,3) tuvieron las tasas de mortalidad más altas.

En México es la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres con una prevalencia de 17.93%. Se estima que anualmente se presentan 13.960 casos en mujeres, con una tasa de incidencia de 23,3 casos por 100.000 mujeres. En 2013 murieron 3.784 mujeres, lo que da una tasa bruta de mortalidad de 7,0 muertes por cada 100.000 mujeres.²

¹ Pruebas de detección para el cáncer de cuello uterino. American Cancer Society. <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/pruebas-de-deteccion.html>

² Cáncer de Cuello de Útero. Secretaría de Salud | 08 de septiembre de 2015. <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/cancer-de-cuello-uterino>

En el grupo específico de mujeres de 25 años y más fallecieron 3.771 mujeres, para una tasa bruta de mortalidad de 11,3 por 100.000 mujeres, y la edad media al fallecimiento fue de 59,03 años. Las entidades con mayor mortalidad por cáncer cervicouterino fueron: Morelos (18.6), Chiapas (17.2) y Veracruz (16.4).

"México es el país con la mortalidad más alta por cáncer cervicouterino dentro de los países de la OCDE"

○ **¿Qué es el Cáncer de Cervicouterino?**

El cáncer cervicouterino es el crecimiento, desarrollo y proliferación desordenados e incontrolados de células en el cuello uterino (o útero). El cáncer de cuello uterino está asociado con la infección por el virus del papiloma humano (VPH), que se propaga a través del contacto sexual y afecta a 8 de cada 10 personas (tanto hombres como mujeres) en algún momento de la vida. Solo 1 de cada 1000 mujeres infectadas con el virus desarrollará cáncer.³

Factores que favorecen la progresión de la infección por VPH a cáncer cervicouterino³:

- Fumar
- Infecciones de transmisión sexual concomitantes (herpes, clamidia).
- Uso de hormonas orales.
- Múltiples gestas.
- Carencias de nutrientes.
- Iniciar relaciones sexuales sin protección durante la adolescencia.

"8 de cada 10 personas en algún momento de la vida se infectan por VPH, pero sólo en 1 de cada 1,000 la infección persiste y puede progresar a cáncer"

El cáncer cervicouterino es la única neoplasia prevenible al 100%, mediante:

- Vacunación contra VPH (protege contra los tipos de VPH asociados al 70% de los cánceres)
- Uso del condón (reduce en 70% la transmisión del VPH)
- Detección y tratamiento de lesiones precancerosas
- Evitar el consumo de tabaco ³

En México existen un programa de detección de lesiones precancerosas y cáncer cervicouterino. En las instituciones del Sector salud se realizan:

³ Yelda A. Herrera, Patricia Piña-Sánchez. Historia de la evolución de las pruebas de tamizaje en el cáncer cervicouterino. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2015;53(6):670-7.

- Citología cervical para mujeres de 25 a 64 años, durante 2015 al 2017 se han realizado 4'585,327 en este grupo de edad. La prueba es gratuita y está disponible en todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud.
- Esquema de detección con prueba de VPH para mujeres de 35 a 64 años, el cual, en caso de tener un resultado normal se debe realizar cada cinco años y está disponible en el ISSSTE y la Secretaría de Salud.
- En los últimos cinco años (2013-2017) se han realizado 4'001,310 detecciones con prueba de VPH en mujeres de 35 a 64 años. En 2017 se realizaron 828,299. ⁴

“Acorde a la Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT), sólo una de cada dos mujeres mayores de 25 años se ha realizado una prueba de detección para cáncer de cuello uterino” ⁵

El tratamiento del cáncer de mama y de cuello uterino en México es gratuito en las Instituciones de Seguridad Social (IMSS, ISSSTE, SEDENA, PEMEX, SEMAR, etc.). ⁶

Anualmente se atienden cerca de 5 mil casos (3,597 para 2015) en el Seguro Popular, de las cuales sólo el 48.4% son diagnosticadas en etapas tempranas, en las que el tratamiento oncológico, es más efectivo. “3 de cada 10 casos de cáncer de cuello uterino, son detectados en etapas avanzadas”. ⁶

Estrategia global propuesta OPS/OMS para eliminar el cáncer cervical y establecer un camino hacia la eliminación futura de esta neoplasia maligna como un problema de salud pública en la Región de las Américas. ⁷

Objetivos propuestos para 2030 ⁷:

- 90% de las niñas vacunadas con el virus del papiloma humano (VPH) por la vacuna de 15 años de edad
- 70% de las mujeres tamizadas con una prueba de alta precisión* de 35 y 45 años de edad
- 90% de las mujeres identificadas con enfermedad cervical reciban tratamiento y atención

A lo largo de los años han surgido foros informativos para resolver dudas de la población en general, así como se han realizado llamados a las autoridades para poder solicitar ayuda y recibir de manera digna diferentes servicios de salud, lo cual se ha ido cumpliendo a lo largo de los años y de manera significativa.

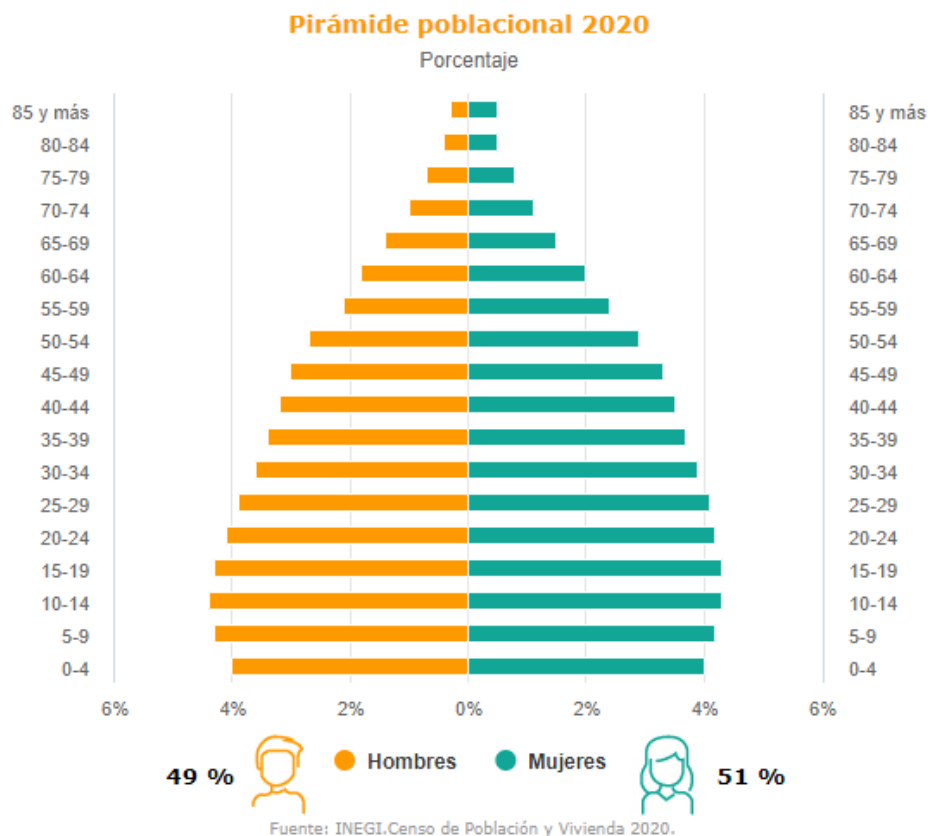
⁴ Semana de Sensibilización en Cáncer de Cuello de Útero. Hoja de datos de cáncer de cuello de Útero. CNEGSR. Agosto 2019. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/487307/Hoja_de_Datos_2019_CACU.pdf

⁵ González-Rangel MA, Mejía-Miranda N, Martínez-Ángeles J. Nivel de conocimiento sobre cáncer cervicouterino en mujeres de 15 a 49 años en una unidad de medicina familiar. Aten Fam. 2018;25(1):17-21.

⁶ Tratamiento del cáncer cervicouterino en segundo y tercer nivel de atención. Ciudad de México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 16/03/2017.

⁷ Primer consenso nacional de prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer cervicouterino. Gaceta Mexicana de Oncología. Octubre 2014, Vol. 13, Supl. 4

Sin embargo, es importante recordar que aún existe desinformación y falta de recursos en los centros de salud de la Ciudad de México, en parte por el aumento de su densidad poblacional (recordando que hay un aumento de la población femenina en comparación con la población masculina en los grupos de edad de 20-69 años, edad en la cual se deben realizar pruebas de tamizaje para cáncer cervicouterino)⁸, sin olvidar lo sucedido en años recientes con la llegada del SARS COV-2, lo cual retrasó y disminuyó la cantidad de detecciones que se realizaban en comparación con años previos⁹. Por lo tanto, este proyecto busca dejar un impacto positivo en nuestro centro de salud para nuestros pacientes, y en nosotros como futuros profesionistas, haciendo hincapié al reforzamiento y mejora en el nivel de atención primaria de salud en la población.



⁸ INEGI.Censo de Población y Vivienda 2020.

⁹ Tranche Iparraguirre, Salvador, Martín Álvarez, Remedios, & Párraga Martínez, Ignacio. (2021). El reto de la pandemia de la COVID-19 para la Atención Primaria. Revista Clínica de Medicina de Familia, 14(2), 85-92. Epub 26 de julio de 2021. Recuperado en 10 de enero de 2023, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2021000200008&lng=es&tlng=es.

DATOS DE LA UNIDAD DE SALUD (FICHA TECNICA).

El centro de salud TIII Pedregal de las Águilas se encuentra en la calle Nahoas y Mixtecos s/n Col. Pedregal de las Águilas CP: 14439 Tlalpan CDMX, con límites de área.

Estado	Ciudad de México (CDMX)
Delegación	Tlalpan
Jurisdicción sanitaria	Tlalpan
Unidad de salud	C.S.TIII Pedregal de las Águilas
Domicilio	Calle Nahoas y Mixtecos s/n Col. Pedregal de las Águilas CP: 14439 Tlalpan CDMX
Responsable de coordinar el proyecto	Dra. Verónica Ramos Nieto Directora de la unidad de salud C. S. TIII Pedregal de las Águilas.
Título del proyecto	“Detección, seguimiento y conocimiento del cáncer cervicouterino en población 25 a 45 años que acude al Centro de Salud T III Pedregal de las Águilas de Mayo- Noviembre 2022.”
Tema del proyecto	Cáncer cervicouterino
Total, de comunidades beneficiadas	1
Tipo de población beneficiada	Mujeres de 25 a 45 años
Total de población a atender	584

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Tarea	Descripción	Fecha de inicio	Tiempo previsto
1	Revisión marco de referencia.	11/04/2022	3 Semanas.
2	Identificar datos de la unidad.	16/05/2022	1 semanas.
3	Estructura de borrador de Marco Teórico.	18/05/2022	4 semanas.
4	Definir y estructurar introducción.	30/05/2022	1 Semana.
5	Definir objetivo general.	30/05/2022	1 semana.
6	Definir objetivos específicos.	09/06/2022	1 semana.
7	Reestructuración de marco teórico.	15/06/2022	4 semanas.
8	Identificar la problemática a discutir.	04/07/2022	1 semana
9	Entrega de resultados de tamizaje cervicouterino y planeación del seguimiento	11/07/2022	8 semanas
10	Seguimiento de casos determinados para su análisis.	01/09/2022	4 semanas.
11	Recopilación de datos obtenidos y análisis de los resultados.	28/09/2022	4 Semanas.
12	Determinar resultados y conclusiones del seguimiento de tamizajes realizados.	16/10/2022	4 semanas
13	Primera correcciones de formato y diseño.	01/12/2022	1 semana
14	Segunda corrección de formato, diseño y redacción.	08/12/2022	1 semana.

RESULTADO Y ANALISIS

→ **PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN:** Se realiza cada semana una plática informática dentro de las instalaciones del centro de salud, sobre el cáncer cervicouterino, se toma en cuenta el conocimiento previo de las pacientes y se complementa, se explica las medidas preventivas que existen dentro de la unidad, así como que implica la realización de la citología vaginal exfoliativa y la detención del virus del papiloma humano, así como los posibles resultados que podrían obtenerse y las medidas en caso de una alteración en los resultados. Es importante recordarles a las pacientes que siempre que realizan detecciones dentro de la unidad es importante acudir por sus resultados para que estén al tanto de una posible alteración o necesidad de repetición de la prueba.

→ **DETECCIÓN:** Se acude a diversas ferias organizadas por el área de trabajo social, donde se ofrece el servicio de detecciones, el cual incluye realización de citología vaginal exfoliativa.

También se realiza la invitación a las pacientes que pasen al módulo de detecciones para realización de citología vaginal a las pacientes que tengan 21 años cumplidos o han pasado 3 años del inicio de su vida sexual activa, así como aplicación de detección de virus del papiloma humano a pacientes con 35 años cumplidos.

Se trabajo en conjunto con la licenciada en enfermería Araceli Martínez Cardoso, la cual se encuentra en el área de detecciones para la realización en conjunto, recordando que también se acude a diversas ferias de salud (mercado de Tlalcoligia/ ESCA Tepepan).

Detección del Virus del Papiloma Humano	195
Citología Vaginal Exfoliativa	389
Total	584

Se realiza la detección de virus del papiloma humano y citología vaginal exfoliativa, en un periodo de ocho meses, tanto dentro como fuera de la unidad de salud. Se tiene registro de un total de 584 detecciones de los cuales, 195 pruebas son de detección del virus del papiloma humano y 389 de citología vaginal exfoliativa, estos números se deben ante la diferencia de edad en las que se permite la realización de dicha de detección. (Tabla 1.)

CITOLOGÍA VAGINAL

Durante las pláticas informativas, pudimos resolver dudas de la población que asiste al centro de salud y la cual asistió a ferias de salud, como es el caso de la ESCA de Tepepan y el mercado de Tlalcoligia; así podemos ver que una proporción de la población que se realizó citología vaginal se centró en grupos de 20 a 29 años y 30 a 39 años. Fue menor el número de menores de 19 años, un total de 28 mujeres, de igual manera en 60 y más, un total de 35 años (Tabla 2).

Grupo de Edad	Número de Mujeres	Porcentaje
15-19 años	28	7.19%
20-29 años	115	29.56%
30-39 años	93	23.90%
40-49 años	78	20.05%
50-59 años	40	10.28%
60 y más.	35	8.99%
Total	389	100%

De las 389 pacientes que acudieron a realizarse citología vaginal exfoliativa, solo un 6.42%, tuvo una muestra inadecuada (Tabla 3.), por lo cual el citotecnólogo, anexa motivo para repetición de la muestra, donde podemos encontrar que un 72%, de las muestras se encontraba escasa células en la muestra y un 7% el frotis se encontraba muy grueso (Tabla 4). Por lo cual es importa conocer las características en las cuales se encontraba la paciente, hasta la técnica de recolección de celularidad de endocérvix y exocérvix.

Característica	Número de Muestras	Porcentaje
Adecuada	364	93.57%
Inadecuada	25	6.42%
Total	389	100%

Motivo para Repetir Estudio		
Artificios, hemorragia, inflamación y/o necrosis en más del 75%	0	0%
Laminilla rota	0	0%
Frotis grueso	7	28%
Muestra mal fijada	0	0%
Escasas células en la muestra	18	72%
Total	25	100%

Un 40% de las pacientes que tuvieron una muestra inadecuada se encuentra en el grupo de 60 y más, se puede interpretar que en este grupo se encuentran pacientes en su menopausia y falta de lubricación vaginal, por lo que tomar muestras en este tipo de población puede generar muestras con escasa células (Tabla 5).

Muestras Inadecuadas por Grupo de Edad.		
15-19 años	0	0%
20-29 años	5	20%
30-39 años	4	16%
40-49 años	2	8%
50-59 años	4	16%
60 y más	10	40%
Total	25	100%

Un 80.46% de las mujeres que se realizaron citología vaginal exfoliativa, tuvieron un resultado favorable al obtener interpretación negativa para lesión intraepitelial o malignidad, por lo cual no requirió seguimiento posterior, se les explico que tenía que acudir el siguiente año para la repetición del mismo, y al juntar dos resultados negativos, podrían esperar a repetir la prueba cada 3 años (Tabla 6).

Tabla 6.			
Categoría General de Diagnostico Bethesda			
1	Negativa para lesión intraepitelial o malignidad	313	80.46%
2	Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US)	8	2.05%
3	Células escamosas atípicas, no se puede descartar lesión intraepitelial de alto grado (ASC-H)	10	2.57%
4	Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado	42	10.79%
5	Lesión escamosa intraepitelial de alto grado	15	3.85%
6	Carcinoma epidermoide	0	0%
7	Células glandulares endocervicales atípicas (AGC)	0	0%
8	Células glandulares endometriales atípicas (AGC)	0	0%
9	Células glandulares atípicas	0	0%
10	Adenocarcinoma endocervical in situ	1	0.25%
11	Adenocarcinoma (endocervical, endometrial o extrauterino)	0	0%
	Total	389	100%

Dentro de la población femenina que se realiza citología, dando como resultado negativo para lesión intraepitelial se ve una gran participación de pacientes de 20 a 29 años de edad, que es la tapa inicial en la realización de citologías vaginales. (Tabla 7).

Tabla 7.		
Negativa para lesión intraepitelial o malignidad por Grupo de Edad.		
15-19 años	25	7.98%
20-29 años	90	28.75%
30-39 años	82	26.19%
40-49 años	63	20.12%
50-59 años	31	9.90%
60 y más	22	7.02%
Total	313	100%

Solo 4 pacientes obtuvieron un resultado indeterminado de células escamosas atípicas, por lo cual se les solicita la repetición de la citología cervical y una colposcopia, para tener resultados más precisos (Tabla 8).

Tabla 8.		
Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US) por Grupo de Edad.		
15-19 años	0	0%
20-29 años	1	25%
30-39 años	2	50%
40-49 años	1	25%
50-59 años	0	0%
60 y más	0	0%
Total	4	100%

Solo 8 de las pacientes tuvo un resultado de células escamosas atípicas, en las cuales se les solicito repetición del estudio en 6 meses y realización de colposcopia para descartar o afirmar la presencia de lesión intraepitelial de alto grado (Tabla 9).

Tabla 9.		
Células escamosas atípicas, no se puede descartar lesión intraepitelial de alto grado (ASC-H) por Grupo de Edad.		
15-19 años	0	0%
20-29 años	2	25%
30-39 años	3	37.5%
40-49 años	2	25%
50-59 años	0	0%
60 y más	1	12.5%
Total	8	100%

De un total de 389 de las pacientes que se realizaron citología vaginal, solo 29 de ellas tuvo un resultado para lesión escamosa intraepitelial de bajo grado, donde 15 mujeres tenían entre 20 y 29 años, por lo cual se solicita repetir la citología y si llegara a repetirse el resultado se mandaría a realización de colposcopia y una biopsia en caso de ser necesario (Tabla 10).

Tabla 10.		
Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado por Grupo de Edad.		
15-19 años	2	6.89%
20-29 años	15	51.72%
30-39 años	1	3.44%
40-49 años	8	27.58%
50-59 años	2	6.89%
60 y más	1	3.44%
Total	29	100%

Se contabilizo solo 9 mujeres con lesión de intraepitelial de alto grado, por lo cual en ellas fue importante mandarlas a colposcopia sin importar edad para una resolución y evitar el avance en la lesión encontrada; en el caso de la única lesión encontrada para adenocarcinoma endocervical in situ fue importante enviarla de manera inmediata al servicio de ginecología para el tratamiento debido por esta especialidad (Tabla 11 y 12).

Tabla 11.		
Lesión escamosa intraepitelial de alto grado por Grupo de Edad.		
15-19 años	1	11.11%
20-29 años	2	22.22%
30-39 años	1	11.11%
40-49 años	1	11.11%
50-59 años	3	33.33%
60 y más	1	11.11%
Total	9	100%

Tabla 12.		
Adenocarcinoma endocervical in situ por Grupo de Edad.		
15-19 años	0	0%
20-29 años	0	0%
30-39 años	0	0%
40-49 años	1	100%
50-59 años	0	0%
60 y más	0	0%
Total	1	100%

Dentro de los resultados, podemos encontrar un apartado donde encontramos “Otros Hallazgos”, desde la presencia de Trichomonas vaginales, cambio en la flora sugestivo a vaginosis bacteriana hasta atrofia de la mucosa, donde solo se encontraron estos hallazgos en un total de 143 pacientes (Tabla 13).

Tabla 13.			
Otros Hallazgos			
1	Trichomonas vaginales	2	1.39%
2	Microorganismos micóticos morfológicamente compatibles con cándida sp	3	2.09%
3	Cambio en la flora sugestiva de vaginosis bacteriana	45	31.46%
4	Microorganismos morfológicamente compatibles con actinomicas sp.	0	0%
5	Cambios celulares compatibles con virus herpes simple	0	0%
6	Cambios celulares compatibles con citomegalovirus	0	0%
7	Metaplasia escamosa tubular o cambios queratolíticos	0	0%
8	Cambios asociados al embarazo	5	3.49%
9	Inflamación (No incluye reparación atípica)	35	24.47%
10	Atrofia	53	37.06%
11	Radioterapia	0	0%
12	Células glandulares post-histerectomía	0	0%
	Total	143	100%

En el caso de cambio sugestivo de vaginosis bacteriana, un 40% de las pacientes en una edad entre 30 a 39 años presento esta alteración, donde se les pregunto de manera aleatoria si eran sexualmente activas y si sus parejas tenían una adecuada higiene, por lo cual se les dio recomendaciones pertinentes, así como el tratamiento específico (Tabla 14).

Tabla 14.		
Cambio en la flora sugestiva de vaginosis bacteriana por Grupo de Edad.		
15-19 años	4	8.88%
20-29 años	12	26,66%
30-39 años	18	40%
40-49 años	8	17.77%
50-59 años	2	4.44%
60 y más	1	2.22%
Total	45	100%

En el caso de las que tuvieron un hallazgo relacionado con Inflamación y Atrofia, las alteraciones se enfocaron en la edad entre 50 y más, por lo que se puede suponer que pueden ser cambios relacionados con la entrada a la climaterio y menopausia,

por lo cual se le explico a las pacientes de estos posibles cambios, así como las medidas que deben de seguir (Tabla 15 y 16).

Tabla 15.		
Inflamación (No incluye reparación atípica) por Grupo de Edad.		
15-19 años	1	2.85%
20-29 años	3	8.57%
30-39 años	7	20%
40-49 años	9	25.71%
50-59 años	12	34.28%
60 y más	3	8.57%
Total	35	100%

Tabla 16.		
Atrofia por Grupo de Edad.		
15-19 años	0	0%
20-29 años	0	0%
30-39 años	1	1.88%
40-49 años	2	3.77%
50-59 años	19	35.84%
60 y más	31	58.49%
Total	53	100%

VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

Para la realización de la detección del virus del papiloma humano, dependimos completamente de la licenciada en enfermería Araceli Martínez Cardoso, la cual tiene el conocimiento y realiza la técnica para la realización del mismo dentro de la unidad de salud. Se realizó la detección del virus del papiloma humano, en todos los grupos que entran dentro de esta detección, pero pudimos observar que un 40% de estos eran mujeres entre 40 a 49 años (Tabla 17).

Detección de Virus del papiloma humano por Grupo de Edad.		
35-39 años	33	16.92%
40-49 años	78	40%
50-59 años	59	30.25%
60 y más.	25	12.82%
Total	195	100%

Se realizaron pláticas informativas, y se pidió ayuda al personal médico y de enfermería para promover la realización de la detección del virus del papiloma humano. Un 64% fue derivada dentro del centro de salud al área de detecciones, desde ser la primera vez que se hacían esta detección hasta haber pasado más de 5 años desde su última detección, un 11% fue mediante las pláticas organizadas y el resto fue de manera espontánea, desde la investigación en internet o por televisión. Importante reconocer la labor del personal de enfermería en este tipo de detección, ya que un 100% de las muestras fueron realizadas de manera adecuada (Tabla 18 y 19).

Motivo de la detección (Tamizaje)		
Invitación organizada	22	11.28%
Derivada por personal de salud	125	64.10%
Espontanea (de la mujer)	48	24.62%
Total	195	100%

Característica de la Muestra (Detección de Virus del Papiloma Humano).		
Adecuada	195	100%
Inadecuada	0	0%
Total	195	100%

De las 195 muestras realizadas, solo un 44% obtuvieron un resultado positivo por lo cual se hizo el seguimiento oportuno (Tabla 20).

Tabla 20.		
Resultado de Detección de Virus del Papiloma Humano.		
Positivo	87	44.62%
Negativo	108	55.38%
Total	195	100%

La detección del virus del papiloma humano con resultado negativo, obtuvimos que un 30.55% estaba entre los 35 y 39 años (Tabla 21).

Tabla 21.		
Detección de Virus del papiloma humano por Grupo de Edad. (Negativo)		
35-39 años	33	30.55%
40-49 años	25	23.16%
50-59 años	31	28.70%
60 y más.	19	17.59%
Total	108	100%

La detección del virus del papiloma humano con resultado positivo, obtuvimos que un 29.88% estaba entre los 40 y 49 años (Tabla 22).

Tabla 22.		
Detección de Virus del papiloma humano por Grupo de Edad. (Positivo)		
35-39 años	11	12.64%
40-49 años	26	29.88%
50-59 años	23	26.43%
60 y más.	27	31.05%
Total	87	100%

Dentro de los resultados podemos encontrar la genotipificación PCR, que nos indicia el tipo de genotipo de virus del papiloma humano que tiene la paciente, esto es importante ya que dependiendo de su genotipo es el seguimiento y las probabilidades de que lleguen a malignizar. Dentro de las pacientes un 50.57% obtuvo un pool de alto riesgo, por lo cual es importante conocer, la categorización por medio de Bethesda para conocer si es importante referirlos a especialista y las medidas a seguir (Tabla 23).

Tabla 23.			
Genotificación PCR			
1	Genotipo 16	22	25.28%
2	Genotipo 18	13	14.94%
3	Pool de alto riesgo	44	50.57%
4	Genotipo 16 + pool	3	3.44%
5	Genotipo 18 + pool	1	1.14%
6	Genotipo 16 ,18 + pool	2	2.29%
7	Genotipo 16 +18	2	2.29%
	Total	87	100%

Es importante quien se encuentra en pool de alto riesgo, ya que son pacientes que corren más riesgo de presentar lesiones cancerígenas, por lo cual es importante explicarles a las pacientes que involucra su resultado y medidas de control a seguir como la realización de la detección del virus cada 5 años y citología vaginal cada 3 años. Un 56.81% obtuvo pool de alto riesgo en las que encontramos a pacientes de 40 a 49 años (Tabla 24).

Tabla 24.		
Detección de Pool de Alto Riesgo por Grupo de Edad.		
35-39 años	10	22.72%
40-49 años	25	56.81%
50-59 años	6	13.63%
60 y más.	3	6.81%
Total	44	100%

Al momento de realizar la detección del virus del papiloma humano, en caso de dar positivo se realiza un estudio complementario de diagnóstico Bethesda en base líquida, donde se encontró que un 43.67% tuvo una lesión de escamosa intraepitelial de alto grado dependiendo su genotipificación se decide o no su envió a colposcopia y posible biopsia para la resolución del mismo; y solo un 25.28% no fue negativa para lesión intraepitelial o malignidad por lo cual se le informa a la paciente la presencia del virus del papiloma humano y repetir su detección cada 5 años para evaluar la evolución del mismo (Tabla 25).

Tabla 25.			
Categoría General de Diagnostico Bethesda (Base líquida)			
1	Negativa para lesión intraepitelial o malignidad	22	25.28%
2	Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US)	2	2.29%
3	Células escamosas atípicas, no se puede descartar lesión intraepitelial de alto grado (ASC-H)	1	1.14%
4	Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado	24	27.58%
5	Lesión escamosa intraepitelial de alto grado	38	43.67%
6	Carcinoma epidermoide	0	0%
7	Células glandulares endocervicales atípicas (AGC)	0	0%
8	Células glandulares endometriales atípicas (AGC)	0	0%
9	Células glandulares atípicas	0	0%
10	Adenocarcinoma endocervical in situ		0%
11	Adenocarcinoma (endocervical, endometrial o extrauterino)	0	0%
	Total	87	100%

Dentro de los resultados, podemos encontrar un apartado donde encontramos "Otros Hallazgos", desde la presencia de Trichomonas vaginales, cambio en la flora sugestivo a vaginosis bacteriana hasta atrofia de la mucosa, donde solo se encontraron estos hallazgos en un total de 48 pacientes, un 29.16% obtuvo cambios sugestivos para vaginosis bacteriana, un 31.25% inflamación (no incluye reparación atípica) y 25% atrofia, por lo cual se le dio el seguimiento respectivo a cada caso (Tabla 26).

Tabla 26.			
Otros Hallazgos			
1	Trichomonas vaginales	4	8.34%
2	Microorganismos micóticos morfológicamente compatibles con cándida sp	3	6.25%
3	Cambio en la flora sugestiva de vaginosis bacteriana	14	29.16%
4	Microorganismos morfológicamente compatibles con actinomicas sp.	0	0%
5	Cambios celulares compatibles con virus herpes simple	0	0%
6	Cambios celulares compatibles con citomegalovirus	0	0%
7	Metaplasia escamosa tubular o cambios queratolíticos	0	0%
8	Cambios asociados al embarazo	0	0%
9	Inflamación (No incluye reparación atípica)	15	31.25%
10	Atrofia	12	25%
11	Radioterapia	0	0%
12	Células glandulares post-histerectomía	0	0%
	Total	48	100%

SEGUIMIENTO: Cada jueves de mes, en coordinación médica se hace entrega de los resultados obtenidos de diferentes pruebas diagnósticas que hacen dentro del área de detecciones, ahí podemos encontrar los resultados de citología vaginal exfoliativa y detección del virus del papiloma humano.

Se realizan llamadas telefónicas a cada paciente, sin importar el resultado, para que puedan acudir por los mismo. Se le solicita una identificación oficial y carnet del centro de salud, en caso que sea necesario.

Pacientes con resultado positivo o con lesiones, se realizan llamadas cada tercer día con la finalidad que acudan lo más pronto posible para poder hacer entrega del mismo y explicar que debe de realizar a continuación.

Como podemos apreciar (Tabla 27), se da a conocer el grupo de pacientes que fueron incluidas en nuestro estudio, quienes accedieron a la realización de la encuesta, el cual estuvo conformado por un total de ocho mujeres, cuyas edades van desde los 31 a los 61 años, teniendo una media de 39.75 años (Tabla 28). Para el presente estudio se incluyó a de manera equitativa la cantidad de participantes que contaban con un estudio de tamizaje que correspondía tanto a Citología Cervical, así como para la Detección de VPH-AR (Tabla 29).

Resumen de caso

	Casos	
	Válidos	Porcentaje
N		
Mujeres encuestadas	8	100.0%

a. Grupo

Tabla 27 N° participantes

Edad

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	31	2	25.0
	37	3	37.5
	38	1	12.5
	46	1	12.5
	61	1	12.5
Total		8	100.0

Tabla 18 Edad de las Participantes

Estudio realizado

	Frecuencia	Porcentaje
Citología cervical	4	50.0
Detección VPH-AR	4	50.0
Total	8	100.0

Tabla 29 Pruebas de tamizaje hechas a las participantes

Como podemos observar la mayoría de las participantes desarrolla una actividad económica informal, hecho que se constituye frecuentemente como una limitante para una atención oportuna ya que las características de dicha actividad productiva obstaculizan el aproximarse a los servicios de atención médica (Tabla 30).

Ocupación

	Frecuencia	Porcentaje
Trabajo formal	2	25.0
Trabajo informal	4	50.0
Desempleada	1	12.5
Hogar	1	12.5
Total	8	100.0

Tabla 30 Ocupación

Dentro de los principales factores de riesgo para adquirir una infección por VPH y las consecuencias que surgen debido a un retraso en su diagnóstico (Tabla 32), se encuentran los que están asociados a un elevado número de parejas sexuales, sin embargo, como se puede apreciar, ello no excluye que las parejas con menor número de parejas sexuales también lleguen a tener la misma probabilidad de presentar un diagnóstico de este tipo (Tabla 31).

Parejas Sexuales			Diagnostico citológico		
	Frecuencia	Porcentaje		Frecuencia	Porcentaje
1-2	3	37.5	Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado	6	75.0
2-4	2	25.0	Lesión escamosa intraepitelial de alto grado	1	12.5
más de 5	3	37.5	Células glandulares endocervicales atípicas AGC	1	12.5
Total	8	100.0			

Tabla 32 Tipo de diagnostico

La vacunación contra el VPH es la principal estrategia de prevención para evitar la infección por este agente, sin embargo, a pesar de los esfuerzos que se han llevado a cabo para procurar una mayor cobertura a través de dicha estrategia, aún no se han podido alcanzar las metas idóneas (Tabla 33), al mostrar que solo una de nuestras participantes cuenta con un esquema de vacunación para la prevención de la enfermedad causada por la infección del VPH-AR.

Vacuna para VPH		
	Frecuencia	Porcentaje
Dos	1	12.5
Ninguna	7	87.5
Total	8	100.0

Tabla 33. Vacunación contra VPH

En cuanto a lo señalado por parte de las mujeres que participaron en el estudio, la representación que se le dio al resultado del tamizaje (Tabla 34), revelo que existe al momento de recibir la noticia, un sentido que orienta hacia la confusión-incomprensión del mismo, probablemente porque se constituye como una situación muy estresante, lo que sin duda contribuye a que las mujeres lleguen a plantearse en la mayoría de los casos escenarios muy catastrófico, a decir de ellas mismas.

Significado del resultado		
	Frecuencia	Porcentaje
Comprendido	2	25.0
Sobrestimado	3	37.5
No comprendido-confusión	3	37.5
Total	8	100.0

Tabla 34 Interpretación del resultado

Se muestra la asociación con diferentes tipos de emociones surgidas a partir de haber recibido un resultado adverso sobre el Papanicolau realizado, circunstancia que nos permite reconocer esta situación como un suceso generador de emociones perjudiciales las cuales pueden conducir a generar una inadecuada interpretación y/o comprensión del mismo, pues se tiende a asignar un significado de mayor gravedad de la reportada en el resultado, alterando en ellas cuidados, actitudes y sentimientos a partir de esto (Tabla 35).

Emociones más frecuentes

		Respuestas	
		N	Porcentaje
Emociones surgidas a partir del Dx ^a	Angustia	6	31.6%
	Pena	1	5.3%
	Preocupada	8	42.1%
	Triste	3	15.8%
	Otra	1	5.3%
Total		19	100.0%

Tabla 35. Emociones asociadas a resultado negativo de PAP

La mayoría de las pacientes han podido acceder de manera pronta a los servicios de especialidad que se requieren para su tratamiento, así como a la realización del mismo, lo que las hace especificar sentir como adecuado y efectivo el resultado de su tratamiento, a pesar de en algunas ocasiones puede verse incompleto por diversas razones que muy comúnmente pueden asociarse a dificultades administrativas (Tabla 36, 37 y 38).

Acceso al servicio de especialidad

	Frecuencia	Porcentaje
Complicado	3	37.5
Lento	1	12.5
Rápido	4	50.0
Total	8	100.0

Tabla 36 Ingreso a especialidad

Realización del tratamiento

	Frecuencia	Porcentaje
Si	6	75.0
No	2	25.0
Total	8	100.0

Tabla 37 Consumación del tratamiento

Resultado del tratamiento

	Frecuencia	Porcentaje
Efectivo	2	25.0
Inefectivo	1	12.5
Incompleto	2	25.0
Adecuado	3	37.5
Total	8	100.0

Tabla 38 Producto del tratamiento

Para finalizar les preguntamos cuál es su percepción en general después de hacer una mirada global sobre todo el proceso que tuvieron que llevar a cabo desde la realización del citología vaginal hasta su tratamiento y lo que ocurrió durante su trayectoria por los servicios de salud de la CDMX, lo que nos permitió identificar que a pesar de las dificultades que se pudieron haber llegado a tener, la mayoría de ellas se considera estable en su estado de salud en este momento de su vida (Tabla 39).

Autopercepción

	Frecuencia	Porcentaje
Estable	6	75.0
Saludable-sana	2	25.0
Total	8	100.0

Tabla 39 Autopercepción

ANALISIS

El cáncer cervicouterino sigue siendo un problema de salud pública en el mundo. La mortalidad por esta enfermedad se ha visto disminuida por el crecimiento y mejora de los métodos de detección temprana, sobre todo en países desarrollados. En México, desafortunadamente no se ha logrado aún un impacto importante en la disminución de la morbilidad por esta enfermedad. La información obtenida a partir del instrumento elaborado y conforme a lo que las pacientes que obtuvieron algún resultado anormal en la prueba de la citología vaginal nos mencionaban, nos ha permitido tener un mayor panorama del porqué.

Hay demasiados factores que intervienen en la toma de decisión de una mujer para realizarse el tamizaje y para tener un seguimiento adecuado y oportuno en caso necesario. Sin embargo, para este proyecto y conforme la información recabada, podemos englobar cinco: características sociodemográficas, posición económico-social, falta de información, efecto psicosocial del estrés ante la entrega de algún resultado y la falta de infraestructura hospitalaria, así como de insumos.

En la mayor parte de la población que acude a nuestro centro de salud, su principal fuente de ingresos es a partir de trabajos informales que no les brindan prestaciones médicas y, aunado al contexto socioeconómico complejo en el que se encuentran, muchas de las pacientes tienen como prioridad su trabajo sobre su salud. Esta necesidad de trabajo aunado a la dificultad de acceso a los servicios de atención médica, son factores que retrasan y que, en algunos casos, evitan que las mujeres acudan a realizarse un estudio de tamizaje oportuno.

Por otra parte, aunque la mayoría de la población encuestada tiene mayor cercanía y accesibilidad a servicios de salud, aún hay pacientes que viven en zonas rurales o en vías de urbanización, lo cual impide que puedan acudir de manera periódica a controles de salud semestrales o anuales. Hablando específicamente de los métodos de tamizaje para cáncer cervicouterino, las características sociodemográficas en las que se encuentran algunas pacientes, pueden llegar a ser una limitante que esté evitando que las mujeres que viven alejadas de los servicios de salud, no acudan a realizarse pruebas de tamizaje, a recoger resultados de dichas pruebas o a continuar con un tratamiento y seguimiento especializado en caso necesario.

Ahora bien, una vez que las pacientes acceden a los servicios de atención médica para el tamizaje correspondiente, el personal tanto médico como de enfermería, en ocasiones, infiere que las pacientes que acuden a realizarse las pruebas de tamizaje tienen información precisa tanto de la prueba a realizar como del porqué deben realizarse dichos estudios. Lo anterior ocasiona que no se establezca una comunicación asertiva entre médico-paciente, que las pacientes tenga inseguridad para preguntar cualquier duda y que no se brinde información precisa acerca de cómo se realiza el procedimiento, la periodicidad con la que se debe realizar, qué detectan las pruebas y cuáles son los pasos a seguir en caso de un resultado desfavorable.

Todos estos factores crean un ambiente en donde las pacientes pudieran no sentirse cómodas durante el procedimiento, un ambiente en donde no se realicen un tamizaje dentro de un periodo de tiempo adecuado y, por tanto, retrasen el seguimiento y tratamiento oportuno; incluso, puede propiciar que no acudan por su resultado.

Una vez que las pacientes acuden a la entrega e interpretación del resultado de cualquiera de los dos estudios citados en el presente escrito, las mujeres encuestadas mencionan que la explicación brindada por los médicos contenía, en algunas ocasiones, muchos tecnicismos que evitaban la total comprensión de los estudios. Debido a lo anterior, es necesario reflexionar sobre el abordaje que, como profesionales de la salud, debemos implementar para que las pacientes puedan comprender los resultados e incentivarlas a no dejar de realizarse pruebas de tamizaje para cáncer cervicouterino.

Por otro lado, la comunicación de resultados no favorables, por la propia naturaleza de la conversación, puede resultar desagradable o estresante tanto para el profesional como para el paciente o sus familiares, tal y como lo confirmó prácticamente la totalidad de las pacientes encuestadas a partir de diferentes sentimientos como angustia, preocupación, tristeza e incluso, pena. Saber manejar las malas noticias a partir de la empatía y la amabilidad, puede disminuir el impacto emocional sobre el paciente en el momento de ser informado, permitiendo ir asimilando la nueva realidad poco a poco y, al mismo tiempo, afianzar la relación médico-paciente.

Por último, durante el seguimiento que se les pudo dar en cuanto a su experiencia en el segundo nivel de atención, la mayoría manifestó haber podido llevar a cabo su tratamiento. Sin embargo, sabemos que en algunas ocasiones, la saturación del servicio, la falta de insumos o de personal médico, entre otros, pueden llegar a dificultar y/o retrasar la atención de las pacientes en dicho nivel, lo que hace necesario optar por continuar con un seguimiento estrecho vía telefónica para verificar en qué estado se encuentra su atención en este nivel y evaluar la necesidad que se tiene para procurar una mejor y más oportuna resolución de cualquier imprevisto que pudiera haber surgido y favorecer la resolución del mismo.

CONCLUSIONES

El cáncer cérvico uterino es una alteración celular que se origina en el epitelio del cuello del útero debido a la persistencia de serotipos oncogénicos del virus del papiloma humano y que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precancerosas de lenta y progresiva evolución. Sigue siendo la primera causa de morbimortalidad en mujeres de países en vías de desarrollo, incluyendo México.

Con lo recopilado, tanto en el microdiagnóstico como en el proyecto de intervención, se pudo analizar que la mayor parte de los factores de riesgo y todos aquellos factores que evitan que las mujeres acudan a realizarse pruebas de tamizaje para cáncer cervicouterino, resultan prevenibles si se fomenta la creación y cumplimiento de programas y protocolos específicos que gestionen las acciones de los equipos de salud.

Es importante reconocer que las condiciones sociodemográficas, culturales, económicas y de educación son desiguales dentro de la población mexicana, ocasionando que todas aquellas mujeres que viven en poblaciones de riesgo sigan muriendo por esta enfermedad, que es definitivamente prevenible y curable en sus etapas tempranas.

Si bien es prioritario el compromiso, desde gobiernos estatales hasta federales, para generar las condiciones óptimas para el desarrollo de programas y la intervención en dichas poblaciones, nuestro papel como profesionales de la salud es brindar la mejor calidad de servicios con los recursos materiales y humanos con los que se cuenten al momento de dar nuestra atención. Pero no solo eso, es importante generar las condiciones para que las mujeres se apropien del cuidado de su salud, promoviendo acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades y transformar las representaciones sobre el autocuidado y bienestar.

EVIDENCIA FOTOGRÁFICA



ANEXOS

**CENTRO DE SALUD T-III PEDREGAL DE LAS AGUILAS
PROYECTO FINAL PASANTIA EN MEDICINA
CUESTIONARIO SOBRE ENTREGA, INTERPRETACION Y SEGUIMIENTO DE
MUJERES CON TAMIZAJE PAPANICOLAU FEB-NOV 2022**

1. Participante
2. Edad
3. ¿Pertenece/profesas alguna Religión? SI/NO
¿Cuál?
1Cristiana 2Catolica 3Testigos de Jehová 4Protestante 5Mormon 6 Adventista 7Otra
8Sin religión
4. ¿Cuál es tu máximo grado de estudios?
1Primaria Completa 2Primaria Incompleta 3Secundaria Completa 4Secundaria
Incompleta 5Bachillerato completo 6Bachillerato Incompleta 7Licenciatura completa
8Licenciatura trunca 9Posgrado 10Ninguna
5. ¿A qué te dedicas?
1Estudiante 2Trabajo formal 3Trabajo Informal 4Desempleada 5Hogar 6Otro
6. ¿Cuál es tu estado civil?
c Casada d Divorciada se Separada so Soltera u Unión libre v Viuda
7. ¿Tienes hijos? SI / NO
8. ¿Cuántas parejas sexuales has tenido?
A 1-2 B 3-4 C >5
9. ¿Cuentas con vacuna para Virus del Papiloma Humano? SI / NO
¿Cuántas dosis?
A 1 B 2 C 3
10. ¿Cuentas con Información sobre el VPH? SI / NO
11. ¿Quién o de donde la obtuviste?
1 Amiga 2 Vecina 3 Médico 4 Enfermera 5 Medios de comunicación 6
Otro
12. ¿Sabes que estudio te detecta VPH?
1 Citología cervical 2 Detección VPH-AR
13. ¿Recuerdas que tipo de lesión presentaste?
1 Negativa para lesión intraepitelial o malignidad 2 Células escamosas atípicas de
significado indeterminado ASC-US 3 Células escamosas atípicas, no se puede
descartar lesión intraepitelial escamosa de alto grado ASC-H 4 Lesión escamosa

-
- Intraepitelial de bajo grado 5 Lesión escamosa intraepitelial de alto grado 6
Carcinoma epidermoide 7 Células glandulares endocervicales atípicas AGC
14. ¿Desde hace cuánto tiempo cuentas con diagnóstico de Virus del Papiloma Humano?
1 <1m 2 3-6m 3 6-9m 4 9-12m 5 >1a
15. ¿Cuál fue tu Interpretación del resultado?
1 Comprendido 2 Subestimado 3 Sobrestimado 4 No comprendido-confusión
16. ¿Qué emoción le generó saber tenía VPH lesión?
Ag Angustia E Enojada O Otra PE Pena PR Preocupada T Triste
17. ¿Cómo ha sido el trato por el personal de salud en este nivel?
1 Malo 2 Regular 3 Bueno 4 Excelente
18. ¿Estas satisfecha con la Información proporcionada por el personal salud?
SI / NO
19. Si responde NO ¿Por qué?
1 No es clara 2 Es Insuficiente 3 Emplea mucho lenguaje técnico
20. ¿Cómo considera que ha sido el acceso a los servicios de especialidad?
C Complicado L Lento R Rápido S Sencillo
21. ¿Ha podido llevar a cabo su Tratamiento?
SI / NO
22. En caso NO mencione la causa:
1 Falta de insumos 2 Falta de personal médico 3 Motivos personales 3.1
Resistencia al dx-tratamiento 3.2 Distancia del centro médico 3.3 Falta de recursos
económicos
23. ¿Cómo calificaría el resultado del tratamiento?
1 Efectivo 2 Inefectivo 3 Completo 4 Incompleto 5 Adecuado 6 Inadecuado
24. ¿Cada cuánto realiza sus controles?
1 Cada 6 meses 2 Anualmente 3 A los 18 meses 4 No sabe
25. ¿Te indicaron los cuidados a seguir?
1SI 2NO 3ALGUNOS
26. ¿Cómo te percibes ahora?
1 Estable 2 Recuperada 3 Enferma 4 Saludable-sana 5 Curada

BIBLIOGRAFÍA

- Primer consenso nacional de prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer cervicouterino. Gaceta Mexicana de Oncología. Octubre 2014, Vol. 13, Supl. 4
- González-Rangel MA, Mejía-Miranda N, Martínez-Ángeles J. Nivel de conocimiento sobre cáncer cervicouterino en mujeres de 15 a 49 años en una unidad de medicina familiar. Aten Fam. 2018;25(1):17-21.
- Yelda A. Herrera, Patricia Piña-Sánchez. Historia de la evolución de las pruebas de tamizaje en el cáncer cervicouterino. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2015;53(6):670-7.
- Tratamiento del cáncer cervicouterino en segundo y tercer nivel de atención. Ciudad de México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 16/03/2017.
- Semana de Sensibilización en Cáncer de Cuello de Útero. Hoja de datos de cáncer de cuello de Útero. CNEGSR. Agosto 2019.
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/487307/Hoja_de_Datos_2019_CACU.pdf
- Cáncer de Cuello de Útero. Secretaría de Salud | 08 de septiembre de 2015.
<https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/cancer-de-cuello-uterino>
- Pruebas de detección para el cáncer de cuello uterino. American Cancer Society.
<https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/pruebas-de-deteccion.html>
- Tranche Iparraguirre, Salvador, Martín Álvarez, Remedios, & Párraga Martínez, Ignacio. (2021). El reto de la pandemia de la COVID-19 para la Atención Primaria. Revista Clínica de Medicina de Familia, 14(2), 85-92. Epub 26 de julio de 2021. Recuperado en 10 de enero de 2023, de
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2021000200008&lng=es&tlng=es.
- Panorama sociodemográfico de Ciudad de México. Censo de Población y Vivienda 2020 (2.a ed.). (2021). INEGI. Recuperado en 20 de diciembre de 2023, de
https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825197827.pdf