

## Impacto de las acciones que realiza el personal de enfermería para la detección oportuna del cáncer cérvico uterino en Iguala, Gro.

**José Félix Nava Nava**

Universidad Autónoma de Guerrero

[jnava2\\_uag@yahoo.com.mx](mailto:jnava2_uag@yahoo.com.mx)

**Víctor Hugo Alzúa Ramírez**

Universidad Autónoma de Guerrero

[valzua\\_med@yahoo.com.mx](mailto:valzua_med@yahoo.com.mx)

**Rosalinda Villa Juárez**

Universidad Autónoma de Guerrero

[rosy\\_master20@hotmail.com](mailto:rosy_master20@hotmail.com)

**Raquel Ruiz Camacho**

Universidad Autónoma de Guerrero

[raqruc@hotmail.com](mailto:raqruc@hotmail.com)

### Resumen

**Objetivo:** evaluar el impacto de las acciones que realiza el personal de enfermería sobre la información, orientación y autocuidado en la prevención del cáncer cérvico uterino en mujeres de 25 a 49 años de edad. **Metodología:** de tipo descriptivo, transversal, con una muestra de 160 mujeres de la colonia Insurgentes de Iguala, Guerrero, se utilizó un cuestionario de 12 reactivos. **Resultados:** la gran mayoría 77.5% en mujeres en edad reproductiva han recibido información y orientación del personal enfermero. Aproximadamente la mitad de ellas no acude a practicarse el papanicolau por temor al

resultado, del resto que acuden a realizárselo la mitad no lo recogen por el mismo motivo.

**Conclusiones:** Para la disminución de la incidencia, las acciones del personal enfermero deben de ser cada día con mayor sensibilidad y calidad, ya que a mayor información-mayor cobertura; a mayor edad-mayor temor; a mayor temor-mayor descuido; a mayor descuido-mayor incidencia, fenómenos que pueden reducirse si el profesional de enfermería valora su labor extensiva y continua con la aplicación del programa de detección oportuna de Ca.Cu.

**Palabras clave:** calidad, acciones de enfermería, cáncer cérvico uterino.

---

## Introducción

Hoy, el cáncer afecta a todos los países del mundo, a veces de forma profundamente perturbadora. Ha llegado el momento de que la lucha contra el cáncer sea considerada una prioridad del desarrollo. Por desgracia, no hay prácticamente un solo país que haga lo suficiente para prevenir el cáncer. (OMS, 2008).

Mundialmente, el cáncer es una de las principales causas de mortalidad. Este flagelo es resultado de la interacción de factores genéticos y externos (físicos, químicos y biológicos) que produce la degeneración de las células, con lo que se originan lesiones precancerosas y finalmente tumores malignos. Dichos tumores suelen estar localizados, pero eventualmente pueden diseminarse a otros órganos (metástasis) (OMS, 2011).

El cáncer se diagnostica cada vez con mayor frecuencia en el mundo en desarrollo (Solís, 2007). Los tumores malignos representan aproximadamente 13% de las defunciones mundiales, 7.9 millones de muertes por año, de las cuales más del 72% se registran en países de ingresos bajos y medios (OMS, 2008). La Organización Mundial de la Salud (OMS) prevé que entre 2007 y 2030, aumentará 45% la mortalidad por cáncer a nivel mundial, pues estima que pasara de 7.9 a 11.5 millones de defunciones por año, resultado

del crecimiento demográfico y el envejecimiento de la población; además, estima que durante el mismo periodo, el número de casos nuevos de cáncer aumentará de 11.3 a 15.5 millones (OMS, 2007).

El Cáncer de Cuello de Útero constituye un problema social porque afecta la salud individual y colectiva en el contexto mundial. Esta neoplasia refleja las desigualdades entre países pobres y ricos y las diferencias de acceso a los servicios de salud (Arzuaga, Sousa y Azevedo, 2012). El cáncer cérvico uterino es el segundo cáncer más frecuente en mujeres y una de las principales causas de muerte en mujeres de países en vías de desarrollo, donde la enfermedad frecuentemente se diagnostica en etapas avanzadas y afecta a mujeres jóvenes (promedio 47 años) dando como resultado un elevado número de años de vida perdidos por cada paciente (Solís, 2007).

El CaCu fue responsable de más de 250 000 muertes en 2005, cerca del 80% de las cuales ocurrieron en países en desarrollo. Si no se toman medidas urgentes, se prevé que las defunciones a causa del cáncer cérvico uterino aumentarán casi un 25% en los próximos 10 años. El cáncer cérvico uterino afecta raramente a las mujeres menores de 30 años de edad; es más frecuente en las mujeres de más de 40 años. El número más elevado de fallecimientos suele registrarse en las quincuagenarias y sexagenarias (OMS, 2007).

Por desgracia, la mayoría de las mujeres que viven en los países en desarrollo todavía carecen de acceso a programas de prevención de cáncer cérvico uterino. El resultado es que, a menudo, dicho cáncer se detecta cuando ya es demasiado tarde para curarlo. Se requiere un esfuerzo urgente si lo que se pretende es normalizar esta situación. Todas las mujeres tienen el derecho a servicios de prevención de cáncer cérvico uterino accesibles, económicos y eficaces. Dichos servicios deben prestarse en el marco de un programa amplio para mejorar la salud sexual y reproductiva. Además, se necesita un esfuerzo concertado y coordinado para acrecentar la sensibilidad acerca del cribado en la comunidad a fin de prevenir y detectar el cáncer cérvico uterino (OMS, 2007).

El CaCu interfiere en las condiciones de salud y en la calidad de vida de las mujeres, porque las afecta en su totalidad, incluyendo sexualidad, trabajo y producción económica y cultural, comprometiendo inclusive las relaciones familiares y sociales (OMS, 2009).

El CaCu puede ser controlado si es detectado precozmente, porque las posibilidades de cura son directamente proporcionales a la precocidad del diagnóstico y el inicio del tratamiento. O sea, cuanto más precoz el diagnóstico, mayor las posibilidades de cura. Se estima que cerca del 90 % de las mujeres que viven en países en desarrollo nunca se han realizado un examen orientado a la detección precoz de CaCu (Arzuaga, Sousa y Azevedo, 2012).

El acceso a los servicios de salud es un derecho de todas las personas en general (Leyva y González, 2012).

La Enfermera o el enfermero: toma en consideración todas las dimensiones del individuo y su entorno; se debe tener en cuenta, pues, las necesidades fisiológicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales del ser humano. Cualquier factor que impida o dificulte la satisfacción de tales necesidades, ya sea interno (individual) o bien externo (ambiental), priva al individuo de su total autonomía y puede requerir una actuación de Enfermería destinada al restablecimiento de la salud en su sentido más amplio (Leyva y González, 2012).

Los profesionales del área, tienen un rol clave en la promoción de una calidad de vida (CV) satisfactoria en las mujeres con CaCu, en la prevención de alteraciones en la CV y en la recuperación de la CV deteriorada por las secuelas de esta enfermedad. Se requiere un rol activo para enfrentar esta problemática, para entregar un cuidado realmente de calidad brindándoles la ayuda necesaria para sobrellevar, y en lo posible mejorar, las múltiples alteraciones que sufren con esta patología (Montes, Mullins y Urrutia, 2006).

Los programas de detección y control del CaCu son fundamentados en la epidemiología y en las acciones de prevención propuestas.

Un programa eficaz de prevención y control del cáncer de cuello uterino debe abordar varios aspectos: la cobertura y la calidad de los servicios de tamizaje y detección temprana, la disponibilidad de diagnóstico, tratamiento y seguimiento rápidos, fiables y asequibles. Contar con infraestructura de apoyo como servicios de orientación y sistemas de información para mejorar la calidad de la atención y facilitar la gestión eficaz de pacientes y programas. el desarrollo de los recursos humanos es esencial para la calidad de los programas (Noreña y Tamayo, 2010).

La OMS (2007) postula que: en un programa nacional de lucha contra el cáncer existen cuatro elementos básicos para combatir contra el cáncer cérvico uterino: prevención primaria; detección precoz, mediante una mayor sensibilización y programas de cribado sistemático; diagnóstico y tratamiento; cuidados paliativos en la enfermedad avanzada. Por **prevención primaria** se entiende la prevención de la infección por el VPH y de los cofactores que incrementan el riesgo de cáncer cérvico uterino; incluye: la educación y el aumento de sensibilidad a efectos de reducir las conductas sexuales arriesgadas; la puesta en práctica de estrategias localmente adecuadas para modificar las conductas; el desarrollo y la puesta en circulación de una vacuna eficaz y asequible contra el VPH; esfuerzos para desalentar el uso del tabaco, incluido el tabaquismo (que es un conocido factor de riesgo de cáncer cérvico uterino y de otros tipos de cáncer). La **detección precoz** incluye: programas de cribado sistemático orientados hacia los grupos adecuados de edad, con vínculos eficaces entre todos los niveles de atención; la educación de los dispensadores de atención sanitaria y de las mujeres del grupo indicado, haciendo hincapié en los beneficios del cribado, en la edad a la que normalmente se manifiesta el cáncer cérvico uterino y en sus signos y síntomas. El **diagnóstico y tratamiento** incluye: el seguimiento de las pacientes con resultados positivos en el cribado, para garantizar el diagnóstico y el tratamiento apropiado de la enfermedad; el tratamiento del pre-cáncer con métodos relativamente sencillos para prevenir el desarrollo de cáncer;• el tratamiento del cáncer invasor (comprende la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia).

"Es indispensable que el personal se capacite en forma continua y esté totalmente comprometido con los objetivos del servicio"; contar con el personal suficiente, calificado y motivado para desarrollar las actividades le suma a la proyección del Programa, situación que no fue detectada en esta investigación al identificarse limitaciones en cantidad y calidad del personal de salud asignado a las actividades del tamizaje citológico. (Noreña y Tamayo, 2010).

En México durante 2008, según la tasa de mortalidad observada de tumores malignos para la población de 60 años y más, los tumores en tráquea, bronquios y pulmón presentan la tasa más alta (60.19 por cada 100 mil habitantes), seguidos por los tumores de hígado y de las vías biliares intrahepáticas, y los de estómago (44.11 y 42.30 por cada 100 mil habitantes, respectivamente). Resulta preocupante que la población masculina presente la tasa de defunciones por tumores más alta, por la elevada mortalidad por tumor de próstata (121.57 por cada 100 mil hombres). Mientras que en las mujeres, el cáncer del cuello del útero tiene una tasa de 41.82 por cada 100 mil mujeres. En 2008, la incidencia de cáncer cérvico uterino en México fue de 10.06 en las mujeres de 15 años y más, siendo las veracruzanas las que tienen la mayor incidencia (25.28), seguidas de las residentes en Coahuila (19.56) y Oaxaca (15.25); por su parte, las mujeres que viven en Morelos (2.73), Quintana Roo (2.74) y Tabasco (3.55) son las que presentan las incidencias más bajas. incidencia de tumor maligno del cuello de útero en el estado de Guerrero fue de 12.95 por cada 100 mil mujeres de quince años y más, con una media nacional de 10.06, Guerrero ocupó el octavo lugar nacional (INEGI, 2011).

La muerte por cáncer cérvico uterino en nuestro país hoy en día es inaceptable, pues los conocimientos científicos y tecnológicos actuales permiten no sólo la detección temprana de lesiones precancerosas, sino además, el tratamiento oportuno y curativo; sin embargo, hay que reconocer que disminuir la mortalidad, reducir el costo efectividad del programa y mejorar la oportunidad de la atención, no están determinados únicamente por el avance tecnológico y científico, sino que inciden además factores sociales, culturales,

económicos, institucionales y conductuales que pueden favorecer u obstaculizar esta tarea.

Actualmente, la operación del Programa de Acción para la Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino, cuenta con un sustento normativo y técnico caracterizado por los siguientes aspectos:

\_ Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia

Epidemiológica del Cáncer Cérvico Uterino (NOM-014-SSA2-1994), actualizada el 6 de marzo de 1998.

\_ Sistema de información uniforme y compatible en el sector salud.

\_ Sistema de control de calidad para los procesos de detección y tratamiento.

\_ Manuales y guías de operación para laboratorios y clínicas de displasias.

\_ Programa para sensibilización y desarrollo individual e interpersonal de los recursos humanos (SSA, 2006).

El estado de Guerrero, es uno de los estados con mayor rezago económico y educativo en la República Mexicana, donde las condiciones de salud en muchos casos son precarias, el estado no escapa a este problema de salud pública.

En el municipio de Iguala, Gro., Según el SIS (2012) durante 2012, se practicaron 2891 citologías, de las cuales 1906 fueron de primera vez y 985 subsecuentes. Donde 205 resultaron casos positivos (7.1%). De estos fueron 5 VPH, 66 NIC1, 107 NIC1+VPH, 14 displasia moderada, 3 displasia grave, 3 cáncer insitu, cáncer invasor.

De los 205 casos positivos, sólo se han atendido 98 (49%); 3 de VPH, 34 de NIC1, 50 de NIC1+VPH, displasia grave1, CA insitu 4, CA invasor 1.

La finalidad de esta investigación fue: **determinar el impacto de las acciones que realiza el personal de enfermería para la detección oportuna del cáncer cérvico uterino en Iguala, Gro.**

## MATERIALES Y MÉTODOS

**Tipo de Estudio:** se trata de un diseño de estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. **Método estadístico:** se hizo una distribución de frecuencias, con frecuencias relativas expresadas en porcentaje.

**Población:** Se incluyeron: mujeres en edad reproductiva de la Colonia Insurgentes de la ciudad de Iguala., Guerrero. **Muestra:** El tamaño de la muestra fue de 160 mujeres en edad reproductiva de 25 a 49 años en la colonia Insurgentes. **Criterios de exclusión:** Mujeres mayores de 25 años y menores de 50 años que no quisieron participar en el estudio. Se uso el consentimiento informado.

### Situación Geográfica.

La Colonia Insurgentes se encuentra situada en la Ciudad de Iguala a los 13º 60' latitud Norte y a los 99º 53' longitud Occidente del Meridiano de Greenwich y tiene una altitud de 744 m/s/n/m.

**Extensión Geográfica:** Tiene una extensión territorial de 332, 966.25 m<sup>2</sup>, fraccionados en 1,010 lotes.

### Cuestionario

Se aplicó un instrumento de investigación de doce ítems con variables categóricas, con cuatro categorías.

En cuanto a **la orientación de CaCu por el personal enfermero**, se tomaron como variables dependientes: *el número de veces, la percepción de cantidad de información y la calidad de la orientación.*



Por otro lado se tomó la **edad** donde sus variables dependientes fueron: *se practicó la citología, motivos porque no se la practicó, asistió por sus resultados, motivos porque no asistió por sus resultados, confianza en el personal de salud para que le practiquen la prueba, reconocen signos y síntomas.*

## RESULTADOS

### Distribución de frecuencias de la orientación y calidad del personal de salud

En el presente trabajo, 77.5% de la orientación sobre la prevención y detección oportuna del cáncer cérvico uterino, quedó a cargo del personal de enfermería. El 22.5% lo efectuaron personal del Centro de Salud. Sin embargo, resalta que las mujeres que han sido orientadas por el personal de enfermería, un poco más del 50% recibieron poca orientación y más del 47.5% han sido orientadas más de cinco veces, aunado a estos componentes, la calidad de la orientación fue buena con un 46.7%, cerca del 30% muy buena, de las cuales el 21 % manifestaron fueron atendidas con calidad de excelencia. Esto quiere decir que la calidad de muy buena a excelente estuvo por arriba de la mitad, mientras que de buena a excelente la calidad se acercó al total. **Sólo el 1.6% resultó de mala calidad**, esto se aprecia en el cuadro 1.

Respecto a la información, orientación y calidad por parte del personal del centro de salud (22.5%). En el área médica, se observó una proporción considerable de 17.5%, no obstante, un 57% de ésta correspondió a de mucha a demasiada orientación y un 42.8% ha sido orientada poco, mientras que la calidad fue de muy buena en un 46.5% y simplemente buena tuvo la mayoría que recibieron orientación del médico con el 53.5%.

A menor escala se encontró la información y orientación por parte del **departamento de trabajo social con un 4.3%** y por parte del promotor de salud nos encontramos que la información es mínima con un 0.6% (ver cuadro 1).

Cuadro 1. Frecuencia de la información orientación y calidad que brinda el personal de salud a mujeres en edad reproductiva en la prevención del cáncer cérvico uterino en la colonia insurgentes, de Iguala, Gro.

Personal	fr. (%)	Orientación	fr (%)	No. Veces	fr (%)	Calidad	fr.(%)
Enfermera	77.5	Nunca	0.8	0	0.8	Mal	1.6
		Poco	50.0	1 a 2	15.3	Bien	46.7
		Mucho	39.5	3 a 4	36.2	Muy bien	29.8
		Demasiado	9.6	5 a +	47.5	Excelente	21.7
Médico	17.5	Nunca	0	0	0	Mal	0
		Poco	42.8	1 a 2	21.4	Bien	53.5
		Mucho	46.4	3 a 4	35.7	Muy bien	28.5
		Demasiado	10.7	5 a +	42.8	Excelente	17.8
Promotor	0.6	Nunca	0	0	0	Mal	0
		Poco	100.0	1a2	100.0	Bien	100.0
		Mucho	0	3 a 4	0	Muy bien	0
		Demasiado	0	5 a +	0	Excelente	0
T. Social	4.3	Nunca	0	0	0	Mal	0
		Poco	57.1	1 a 2	28.5	Bien	57.1
		Mucho	42.8	3 a 4	0	Muy bien	42.8
		Demasiado	0	5 a +	71.4	Excelente	0

*fr = frecuencia relativa*

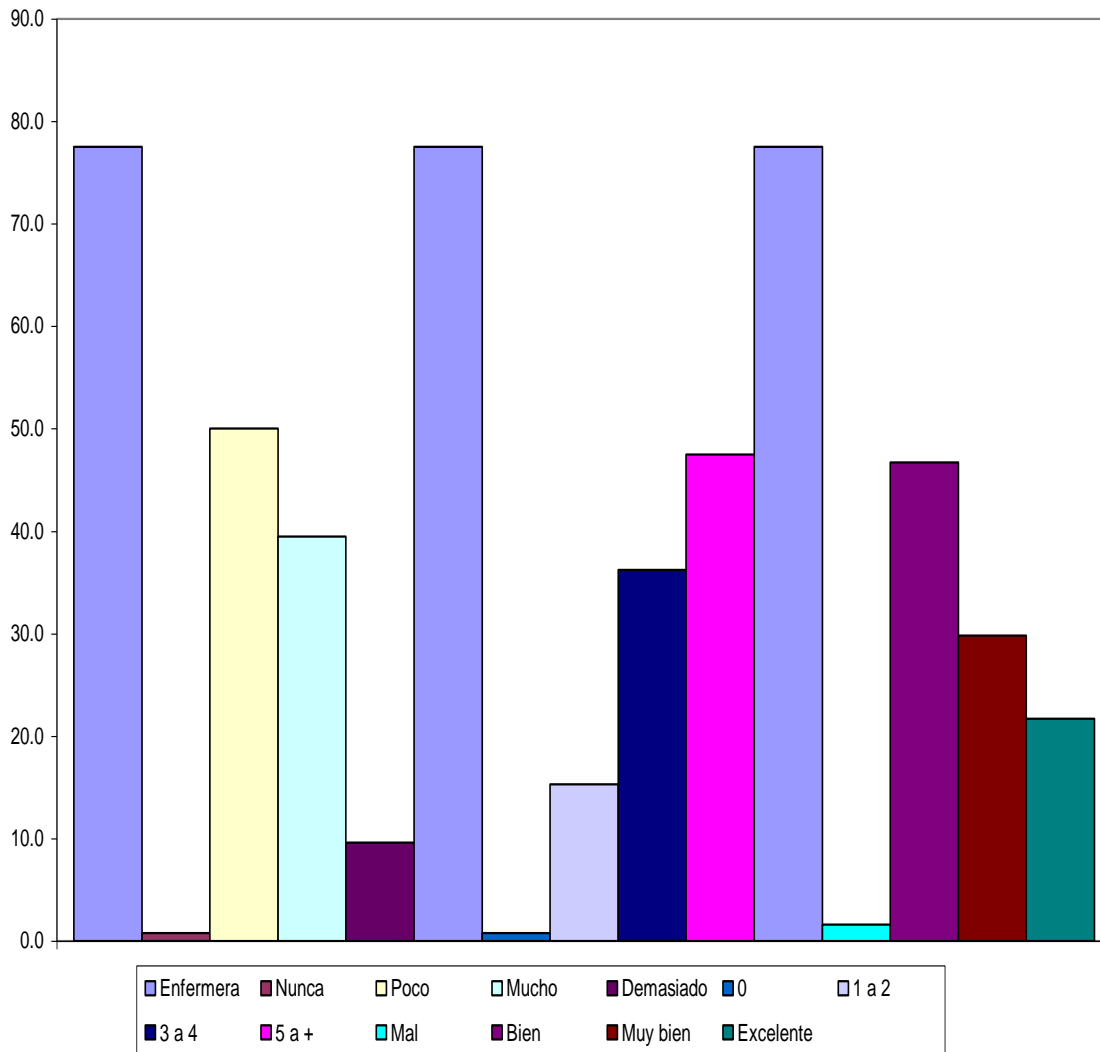


Figura 1. Distribución de frecuencias de la información, orientación y calidad que brinda el personal de salud a mujeres en edad reproductiva en la prevención del cáncer cérvico uterino en la colonia insurgentes, de Iguala, Gro.

### **Autocuidado, signos y síntomas de cáncer cérvico uterino**

En este estudio, en relación a las mujeres que se efectúan autocuidado y reconocen los signos y síntomas de CaCu por la buena orientación; se observó que entre las edades de veinticinco a veintinueve años corresponde a un 31.8% de esta población. Menos de la mitad (45%) si asistió a que le practicaran su Papanicolaou, mientras que el resto no se hizo la prueba (55%), algunas porque manifestaron que no sabían que tenían que hacerse la citología (17.6%), otras por temor a los resultados (27.4) y una buena proporción no se efectuó el examen debido a la mala calidad de la atención (9.8%). De las que se hicieron la toma de Papanicolaou; la gran mayoría que fue del 74.5% asistió por sus resultados, mientras que una cuarta parte de éstas no asistió por los resultados, por olvido (9.8%) o no tuvo tiempo (2%). De este grupo etario el 56.8% no saben reconocer los signos y síntomas del cáncer cérvico uterino y una proporción considerable (23.5%) si saben reconocerlos, y en menor escala los reconocen poco, se observa en el cuadro 2 y se ilustra en la figura 2.

Cuadro 2. Distribución de frecuencias de grupos etarios de mujeres en edad reproductiva que tienen el autocuidado y reconocen signos y síntomas del cáncer cérvicouterino en la Colonia Insurgentes de Iguala, Guerrero.

EDAD	fr (%)	MOTIVOS	fr (%)	RESULTADOS	fr (%)	RECONOCEN	fr (%)
25-29	31.8	No sabía	17.6	Nunca fue	13.7	No	56.8
		si asistió	45.0	Si asistió	74.5	Si	23.5
		por temor	27.4	Se le olvidó	9.8	Poco	19.6
		mala atención	9.8	No tuvo tiempo	1.9	Mucho	0.0
30-34	14.3	No sabía	17.3	Nunca fue	13.0	No	56.5
		si asistió	34.7	Si asistió	73.9	Si	21.7
		por temor	39.1	Se le olvidó	13.0	Poco	17.3
		mala atención	8.6	No tuvo tiempo	0.0	Mucho	4.3
35-39	23.7	No sabía	18.4	Nunca fue	13.1	No	60.5
		si asistió	36.8	Si asistió	81.5	Si	23.6
		por temor	39.4	Se le olvidó	5.2	Poco	10.5
		mala atención	5.2	No tuvo tiempo	0.0	Mucho	5.2
40-44	15.1	No sabía	16.6	Nunca fue	4.1	No	58.3
		si asistió	33.3	Si asistió	83.3	Si	25.0
		por temor	50.0	Se le olvidó	12.5	Poco	16.6
		mala atención	0.0	No tuvo tiempo	0.0	Mucho	0.0
45-49	15.1	No sabía	12.5	Nunca fue	4.1	No	58.3
		si asistió	70.8	Si asistió	95.8	Si	29.1
		por temor	12.5	Se le olvidó	0.0	Poco	12.5
		mala atención	4.1	No tuvo tiempo	0.0	Mucho	0.0

*fr = frecuencia relativa*

De los 30 a 34 años de las mujeres en estudio, que corresponde al 14.3% del total, se encontró que sólo el 34.7% si asistía a tomarse el Papanicolaou, entretanto el resto no lo hacía. El 17.3% no sabía que se tenía que hacer, 39.1% por temor y similar al grupo anterior (8.6%) por mala calidad de atención en la prueba. De las que si se realizaron la citología, análogo al anterior asistieron por sus resultados cerca de las tres cuartas partes (74%), donde el olvido es un motivo importante (13%) para no ir por su veredicto. De este subconjunto la mayoría (56.5%) no reconocen signos y síntomas (consultar cuadro 2 y figura 2).

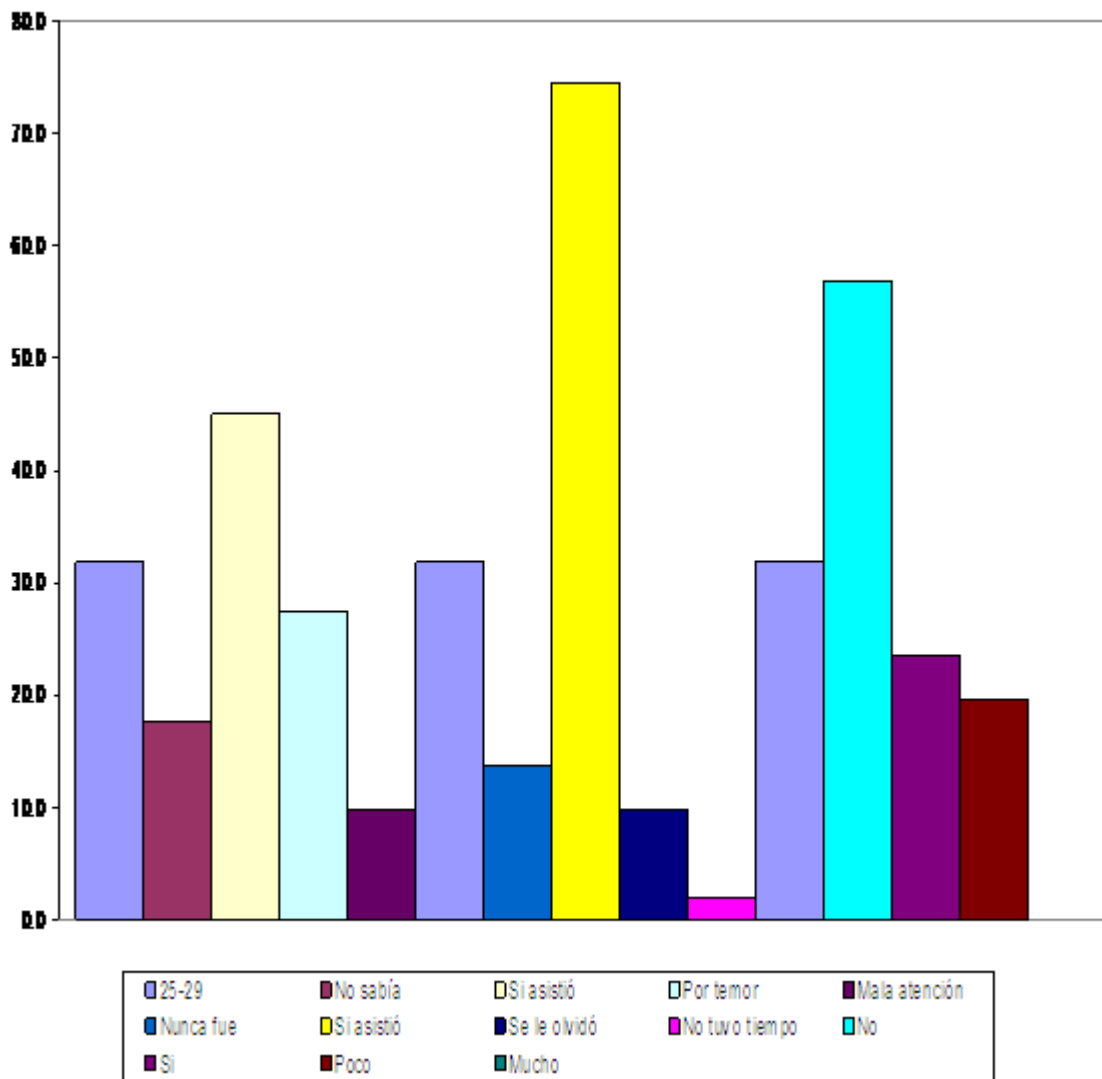


Figura 2. Distribución de frecuencia de edades en mujeres en edad reproductiva que tienen el autocuidado y reconocen signos y síntomas del cáncer cérvico uterino en la colonia Insurgentes de la ciudad de Iguala, Guerrero.

El grupo etario de treinta y cinco a treinta y nueve años correspondió al 23.7%, de los cuales el 36.8% sí asistían al examen, sin embargo, cerca del 82% si asistieron por los resultados y el olvido disminuyó. Aquí se mantiene la tendencia al temor de practicarse la prueba y la misma porción de las informantes siguió la tendencia (alrededor de una quinta parte) de ignorar la importancia de la prueba para la detección oportuna de CaCu. Semejante a los subconjuntos anteriores la mayoría no reconoce signos y síntomas los reconoce de poco a mucho con pocas diferencias respecto a los anteriores, se distingue en el cuadro 2.

El 15% de las mujeres estuvieron en edades de cuarenta a cuarenta y cuatro años, donde las dos terceras partes no asistieron a tomarse la citología, la mitad de este grupo no lo hizo por temor, aquí también sigue la misma proporción que no sabían que se tenían que practicar el Papanicolaou. De las que si se efectuaron la prueba fue una tercera parte, pero de ellas la gran mayoría (83.3%) asistieron por sus resultados; sin embargo más del 4% nunca asistieron por sus resultados y el olvido también fue un factor, se les olvidó a más del 12%. En este grupo de edad el 58.3% no reconocen los signos y síntomas del cáncer cérvico uterino y menos de la mitad sí los reconocen.

En el grupo etario de mayor edad, de cuarenta y cinco a cuarenta y nueve años (15%), donde la asistencia a la prueba de citología incrementó su frecuencia respecto a los anteriores subconjuntos, alcanzó un 70.8%. Ahí mismo el temor al examen bajó drásticamente, en cambio, la ignorancia por practicarse la prueba también disminuyeron con menos intensidad, sigue persistiendo en una buena porción la desconfianza a la prueba por mala calidad. De las que se practicaron el examen, cerca del total (95.8%)

asistió por sus resultados, un 58.8% no reconoce los signos y síntomas, pero el 29.1% si los reconoce (véase cuadro 2).

## **DISCUSIONES**

Dentro del personal de salud, el papel del profesional de enfermería es trascendental, debido a que está más cercano con este tipo de mujeres, su labor de orientador va más allá de un simple contacto laboral o de metas cumplidas, su labor humanitaria y solidaria ayuda a salvar vidas, con esto se logra mantener la estabilidad familiar de muchas mujeres. Según Arzuaga, De Souza y Vera (2012) la trascendencia del CaCu es entendida como el costo personal y social que la enfermedad impone a las personas, los agravios a las familias y el impacto que provoca en las sociedades.

La calidad de su trabajo, debe estar orientada hacia una buena ilustración, concientización y desvanecer tabúes en las usuarias, que el cáncer cérvico uterino es incurable. En un estudio de análisis de la calidad de un programa de CaCu en Colombia, Noreña y Tamayo (2010) encontraron resultados similares: «la orientación y educación fue evaluada como excelente y buena por el 69,6% de las usuarias, con esta información uno está más prevenido y tiene más salud. En contraste con el 27,2% que la calificaron entre regular y deficiente. Todas las usuarias reconocen la importancia del programa, la mayoría expresó satisfacción con la atención».

Hay una proporción de las usuarias que acusa una falta de conocimiento, que no reconoce los signos y síntomas del padecimiento. «El programa de detección temprana y control de cáncer de cuello uterino debe fortalecer todos sus componentes con mayor eficiencia y eficacia para lograr mejor impacto en la salud de las mujeres, disminuyendo la morbilidad y mortalidad por este cáncer» (Noreña y Tamayo, 2010).

Un pequeño fragmento de las informantes manifiesta su desconfianza por una mala atención en la toma de la citología. Mientras que, Noreña y Tamayo (2010) encontraron



que: el 87,5% (328 usuarias) calificó las indicaciones recibidas durante la toma de la citología como excelente y buena, predominando la excelente, 58,4%. El 69,6% (261 usuarias) calificó la orientación y educación entre excelente y buena, siendo mayor la valoración buena, 44,5%. Se resalta el porcentaje de usuarias que calificaron este aspecto como deficiente 19,4% (56 usuarias).

## Conclusion

Dentro del personal de salud, el profesional de enfermería en su gran mayoría de veces, es el encargado de dar orientación para la prevención y detección oportuna de CaCu.

No sólo basta dar una buena orientación, es necesario mejorar la calidad de las acciones de enfermería en la técnica de la toma de Papanicolaou.

Es imperante reforzar la promoción a la salud a través de la orientación de enfermería para abatir y disipar el temor de tener un resultado adverso, y concientizar a la mujer respecto a que el CaCu es curable y que es fundamental la detección oportuna.

Es necesario reforzar la orientación a mujeres jóvenes, para que se practiquen la citología sin ningún temor y se genere una cultura por el Autocuidado a lo largo de sus vidas. Para la disminución de la incidencia de CaCu, las acciones del personal de enfermería deben de ser cada día con mayor sensibilidad y calidad, debido que a mayor información-mayor cobertura; a mayor edad-mayor responsabilidad sin que se erradique el temor; a mayor temor-mayor descuido; a mayor descuido-mayor incidencia, es necesario reforzar la orientación de enfermería hacia el conocimiento de CaCu, para que reconozcan y sepan identificar los signos y síntomas de la enfermedad, fenómenos que pueden reducirse si el personal de enfermería valora su labor extensiva y continua con la aplicación del programa de detección oportuna de CaCu.

A pesar de que con el paso de los años las mujeres adquieran una mayor responsabilidad en su Autocuidado es necesario reforzar la orientación que proporciona el personal de enfermería, con el Programa de detección, tratamiento y prevención oportuna del CaCu. Para que reconozcan y sepan identificar los signos y síntomas de la enfermedad y acudan oportunamente a su centro de salud.

## Bibliografía

Arzuaga, M. A. De Souza, M. de L. Vera, L. (2012) El cáncer de cuello de útero: un problema social mundial. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. Revista Cubana Enfermería, Vol. 28. No. 1. Enero.-Marzo. Ciudad de la Habana, Cuba. Universidad Federal de Santa Catarina.

Leiva, V. y González, M. (2012) Creación de la Consulta de Enfermería Pediátrica en los Centros Infantiles de la Asociación de Roble Alto. Revista Redalyc, Sistema de Información Científica. Enfermería Actual en Costa Rica, núm. 22, abril-septiembre, ISSN (Versión electrónica): 1409-4568 San José, Costa Rica. Universidad de Costa Rica: de:  
<http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=44823378006>

Montes L. M. Mullins M. J. Urrutia M. T. (2006) Calidad de Vida en Mujeres con Cáncer Cérvico Uterino. Revista Chilena Obstetricia Ginecología. pp. 129-134. Departamento Salud de la Mujer. Escuela de Enfermería. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

Noreña, C. y Tamayo, L. S. (2010) Cáncer de cuello uterino: análisis de la calidad de un programa. Revsta Aquichán Vol.10 No.1 Enero-Abril. Version impresa ISSN 1657-5997. Bogotá, Colombia.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2007) Control integral del cáncer cervicouterino, Guía de prácticas esenciales, ISBN 978 92 4 354700 8. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2008) La lucha contra el cáncer tiene que ser una prioridad del desarrollo. Documento revisado el 23 de diciembre de 2010, de:<http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2008/s09/es/index.html>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2009) Mejor detección, tratamiento y vacunas asequibles para prevenir muertes por cáncer cervicouterino. Temas de salud [Internet]; [21 de octubre de 2009], de: [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&task=view&id=142&Itemid=259&lang=es](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=142&Itemid=259&lang=es).

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2009) Salud de la mujer. Nota descriptiva No.334, Noviembre de 2009. Documentos revisado el 6 de enero de 2011, de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs334/es/index.html>.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2011) Cáncer. Nota descriptiva No. 297. Documento revisado el 7 de Noviembre de 2011, de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html>.

Secretaría de Salud [SSA]. (2008) Programa de Acción Específico 2007-2012. Cáncer de mama. Documento revisado el 7 de noviembre de 2011, de <http://www.spps.gob.mx/programas-y-proyectos/cancer-de-mama.html>

**Solís, J. A. Silva, Bravo, M. León, E. Merino, M. Díaz, G. Franck, R. Egaña, Ch. Martínez Javier. Rosso. (2007) Pronóstico del Cáncer Cérvico Uterino Estadios IIB-IIIB Tratados con Radio Quimioterapia: Experiencia Hospital Van Buren, Valparaíso,**

**Chile. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, Vol. 58, No. 4, ISSN: 0034-7434, 2007, pp. 268-276. Colombia. Federación Colombiana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología.**

**Sistema de Información Sanitaria [SIS]. Jurisdicción Sanitaria Zona Norte del Estado de Guerrero. Iguala, Gro. México: Secretaría de Salud.**

Secretaría de Salubridad y Asistencia [SSA]. (2006) Programa de Acción: Cáncer Cérvico Uterino, D.R. © Secretaría de Salud ISBN 970-721045. D.F, México.

Tirado, L. L. Mohar, A. López, M. García, A. Franco, F. Borges, G. (2005) Factores de Riesgo de Cáncer Cervicouterino Invasor en Mujeres Mexicanas. Revista Salud Pública de México, Vol. 47, No. 5, septiembre-octubre, 2005, ISSN: 0036-3634 pp. 342-350. D. F., México: Instituto Nacional de Salud Pública.