



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN



DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UMF NO. 24 TEPIC, NAYARIT

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PACIENTES SOBRE FACTORES
QUE PREDISPONEN A CÁNCER CERVICOUTERINO EN LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR #24

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:



U.M.F. No. 24
TEPIC, NAY.

DR. GUILLERMO ARTURO HERRERA LARA

0352154



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Civiliano A. Herrera

FECHA: 06/10/05

FIRMA: [Handwritten Signature]

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PACIENTES SOBRE FACTORES
QUE PREDISPONEN A CÁNCER CERVICOUTERINO EN LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR # 24
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. GUILLERMO ARTURO HERRERA LARA



AUTORIZACIONES:

SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ARNULFO TRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M.

DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PACIENTES SOBRE FACTORES
QUE PREDISPONEN A CÁNCER CERVICOUTERINO EN LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR # 24
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. GUILLERMO ARTURO HERRERA LARA

AUTORIZACIONES:


DRA. VERONICA CANDELARIA RUIZ SANDOVAL
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN
UMF NO. 24, TEPIC, NAYARIT


DRA. VERÓNICA CANDELARIA RUIZ SANDOVAL
ASESOR DE TEMA DE TESIS
PROFESOR TITULAR CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES


DRA. VERÓNICA CANDELARIA RUIZ SANDOVAL
ASESOR METODOLOGICO DE TESIS
PROFESOR TITULAR CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES


DR. FEDERICO RAMIREZ CARRILLO
ENCARGADO DE COORDINACION DE EDUCACIÓN EN SALUD

1. TITULO:

Nivel de conocimiento de los pacientes sobre factores que predisponen a cáncer cervicouterino en la unidad de medicina familiar #24

1. TITULO:

Nivel de conocimiento de los pacientes sobre factores que predisponen a cáncer cervicouterino en la unidad de medicina familiar #24

2. INDICE:

3. Marco teórico.....	3
4. Planteamiento del problema.....	7
5. Justificación.....	8
6. Objetivos	
a. General.....	9
b. Específicos.....	9
7. Hipótesis.....	10
8. Metodología	
a. Tipo de estudio	10
b. Población, lugar y tipo de estudio	10
c. Tipo de muestra.....	10
d. Tamaño de la muestra.....	10
e. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.....	11
f. Información a recolectar (variables).....	11
g. Método o procedimiento para capturar la información.....	12
h. Consideraciones éticas.....	12
9. Resultados	
Descripción (análisis estadístico).....	14
Tablas (cuadros) y graficas.....	13
10. Discusión (interpretación analítica).....	22
11. Conclusiones.....	23
12. Referencias bibliográficas.....	24
13. Anexos.....	26

3. MARCO TEORICO

El cáncer cervicouterino constituye en la actualidad uno de los más importantes problemas de salud en la mujer, ya que representa la segunda causa más frecuente de muerte por neoplasias malignas en el género femenino; se diagnostica cerca de medio millón de casos nuevos por año en todo el mundo, particularmente entre los grupos de población con bajo nivel socioeconómico. Para el Instituto Mexicano del Seguro Social esta enfermedad ocupó el segundo lugar como causa de muerte por cáncer en la mujer y registro una tasa de 4.5 por 100 mil derechohabientes ⁽¹⁾

Así también en investigaciones anteriores se relaciono a la cervicovaginitis de origen infeccioso con enfermedad pélvica inflamatoria, esterilidad tubarica y CaCu ⁽²⁾

Estudios epidemiológicos indican que el consumo excesivo de energía incrementa el riesgo de cáncer en los humanos, evitar la ingesta de carnes rojas, de alimentos altos en grasa animal y no abusar del alcohol reduce el riesgo de cáncer ⁽³⁾

El sustrato social determinado por la pobreza, la inequidad de genero y el escaso acceso a la información, entre otros factores, mantiene a grandes sectores de la población femenina en condiciones de alta vulnerabilidad y riesgo de enfermar y morir por esta y otras causas. Según datos derivados del análisis de los certificados de defunción del Instituto Nacional de Estadística, geografía e Informática (INEGI), 30.6% del total de las mujeres que murieron por cáncer cervicouterino en el año 2000 eran mujeres analfabetas;21.9% cursaron menos de tres años de primaria y 13.8% únicamente de tres a cinco

años de primaria, lo que indica que 66.3% del total de defunciones por esta causa fueron de mujeres analfabetas o con primaria incompleta.

Romero JO y colaboradores en su estudio sobre factores en la no utilización de detección oportuna del cáncer cervicouterino en medicina familiar. Asoció múltiples factores en la no utilización de la detección oportuna de cáncer tales como, edad menor de 35 años y mayor de 54 años, escolaridad menor de 10 años aprobados, desconocimiento de la prueba de papanicolaou, vivir a mas de 30 minutos de la unidad, no recibir información acerca de los pasos del papanicolaou y haberse practicado la detección previamente en institución diferente⁽⁴⁾

Otras investigaciones aportaron que para inducir una respuesta inmune afectiva contra el tumor se requiere la estimulación simultanea de múltiples componentes del sistema inmune: por vías sistémica la estimulación de LTC (linfocitos t citotóxicos) y TC (linfocitos t cooperadores) contra epitopos del virus del papiloma humano y en un nivel local la inducción de la secreción de citocinas por el tumor, para aumentar el procesamiento y la presentación de blancos tumorales, así como la estimulación de los linfocitos AN y macrófago que infiltran el tumor⁽⁵⁾

Se ha visto que la operación del programa de detección oportuna del cáncer cervicouterino es socialmente deseable siempre y cuando las modificaciones se lleven a cabo, particularmente la capacitación, la notificación personalizada de los casos positivos, el incremento de cobertura, la introducción de mecanismos de control de calidad, el monitoreo continuo y el tratamiento en mujeres con anomalías detectadas⁽⁶⁾

En México el cáncer ocupa el segundo lugar como causa de mortalidad general y el cáncer cervicouterino es la principal causa de muerte por neoplasias entre las mujeres mayores de 25 años.

La población femenina de 25 años y mas en México se encuentra en un momento demográfico de expansión, según proyecciones del Consejo Nacional de Población en el año 2000 el volumen de este grupo poblacional ascendió a cerca de 23.9 millones y alcanzara los 38.8 millones para el año

2002-2006 este grupo crecerá en 4.48 millones de mujeres. Enfocando sus acciones de detección oportuna particularmente en el grupo de mujeres de 25 a 64 años de edad, que representa casi el 90% del total de mujeres de 25 años o mas de edad ⁽⁷⁾

La tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino, muestra una tendencia descendente de 25.0 por 100 000 mujeres de 25 años y mas en 1990, a 19.3 en el año 2000; sin embargo, el numero de defunciones por esta causa muestra una ligera tendencia a la alza; en el año 2000 hubo 4 601 defunciones lo que representa 8.7% mas que en 1990. Como en todas las neoplasias malignas, la incidencia de cáncer cervicouterino se incrementa con la edad. Así los grupos más afectados por este problema de salud pública son los de 45 años en adelante.

Durante el año 2000, el 61% de las defunciones por cáncer cervicouterino ocurrieron en 10 entidades federativas del país: Estado de México, Veracruz, Distrito Federal, Jalisco, Puebla, Oaxaca, Michoacán, Guanajuato, Chiapas y Guerrero, sin embargo los estados con mayores tasas de mortalidad por cada 100 000 mujeres de 25 años y mas fueron: Nayarit, Morelos, Yucatán, Chiapas, Campeche, Veracruz, Michoacán, Guerrero y San Luis Potosí, con cifras superiores a 22 defunciones por 100 000 mujeres de 25 años y mas⁽⁷⁾

La muerte de una mujer puede provocar graves desajustes en la integración y dinámica familiar, ya de por si deteriorada, a causa de sus condiciones materiales de vida, en términos sociales, el impacto representa una gran perdida de vida productiva que contribuye al deterioro económico del país y a la ruptura de su tejido social. Es frecuente además, que ciertos sectores de la sociedad y de los propios prestadores de servicios de salud, asuman la actitud de culpar a las mujeres, quienes además de ser victimas de la marginación y desigualdad, deben cargar sobre sus hombros con la estigmatización social e institucional.

El costo institucional que representa la atención de este problema esta determinado por la oportunidad en su detección y prevención, el cual se reduce significativamente cuando mas temprana es la intervención, del total de

muerter por cáncer cervicouterino registradas en el año 2000, 40.91% correspondieron a mujeres sin seguridad social, 42.62% eran derechohabientes del IMSS y el 6.95% eran derechohabientes del ISSSTE.

Durante el año 2000, el numero de detecciones realizadas en el sector salud ascendió a 4 594 672 que corresponde al 57.8% de la población objetivo del programa para esta año; es decir, a la tercera parte del total de mujeres de 25 años o mas dado que la citología debe practicarse cada 3 años. Es importante considerar que el examen citológico se realizara cada 3 años, con la infraestructura y los recursos existentes, se obtendría un nivel de cobertura satisfactorio, se debe insistir en focalizar la detección en los grupos de edad con mayor riesgo (45-64 años) y entre las mujeres que nunca se han realizado una citología, pues en estos grupos se presentan el mayor numero de defunciones.

Como resultado de los estudios citológicos efectuados en el sector salud en el año 2000, se detectaron 125 959 muestras con alteraciones; es decir 2.5% del total, de las cuales 61% correspondieron a displasias leves, 18.4% a moderadas, 8.64% a displasias graves, 6.5% a cáncer in situ y 5.47% a cáncer invasor. (7) El cáncer de cervix constituye un problema importante de salud pública y es él más común en el mundo, después del de mama. Aproximadamente 80% de los 500 000 casos que se calcula que se presentan anualmente en el mundo, corresponde a los países en desarrollo⁽⁸⁾ Actualmente se revisa la evidencia epidemiológica que relaciona al virus del papiloma humano con el cáncer de cervix. Se ha concluido que el 90% de los canceres de cervix pueden atribuirse a ciertos tipos de VPH. Así el VPH 16 representa la mayor proporción (50%), el VPH no constituye causa suficiente, son necesarios cofactores para que un porcentaje de infecciones persistentes de infecciones por VPH logre en alguna momento progresar y dar lugar al cáncer; entre ellos están los factores del huésped como los tipos de antígenos de histocompatibilidad y la respuesta inmunológica, las influencias que ejercen las hormonas y otros agentes de transmisión sexual, como por ejemplo la clamidia tracomatis. Por otra parte los resultados de los estudios que se

llevaron a cabo en España y en Colombia permiten sostener la hipótesis de que los portadores masculinos de VPH desempeñan un papel importante en el desarrollo del cáncer del cervix que presentan sus esposas ⁽⁹⁾

García G dice que el tratamiento por radiaciones es el método de elección del cáncer cervicouterino tomando en cuenta su tipo histológico, la apariencia del estroma, de la vascularización en suma de todos los elementos de la arquitectura tisular neoplásica ⁽¹⁰⁾ Radium como tratamiento del tumor inicial completando con roentgenterapia, la irradiación parametrial en sus segmentos mas laterales y próximos a las paredes pélvicas. Radiumterapia es el agente terapéutico que mas canceres de cuello uterino ha curado ⁽¹¹⁾

Estudios realizados en el occidente de México, correlacionaron hallazgos moleculares de virus de papiloma humano tipos 16 18 35 y 58 en cáncer cervicouterino y lesiones escamosas intra epiteliales de alto grado, siendo similares a aquellos informados en otras regiones de México ⁽¹²⁾

Así también estudios realizados por Salmeron-Castro (1997). Dieron el siguiente panorama epidemiológico: mortalidad global por cáncer. En los hombres se incremento de 76.2 en 1991 a 94.8 por 100.000 derechohabientes en 1995. En mujeres se incremento de 85.6 a los 105.8 siendo las neoplasias mas comunes en mujeres colon, mama, páncreas, leucemias e hígado ⁽¹³⁾

El potencial uso de vacunas de virus del papiloma humano en la prevención y tratamiento del cáncer cervical posiblemente será implementado durante los próximos años. Cerca de los 20 genotipos de VPH de los 75 que se encuentran identificados infectan el tracto genital femenino, pero son 4 subtipos 16,18,31 y 45 los que se asocian en 80% a cáncer cervical. La vacuna se diseña a través de cuatro metas: A) activación de antígenos presentes en la célula. B) superar la respuesta del huésped y la variabilidad genética viral en la respuesta de células T ⁽¹⁴⁾

C) generación de altos niveles de células T y B de memoria.

D) persistencia de antígenos.

La Unidad de Medicina Familiar # 24 del IMSS en el Estado de Nayarit, cuenta con un universo de 106.340 DHU, 15 consultorios de consulta externa por

turno, con una población que oscila entre 4000 y 5000 DHU por consultorio en promedio, con una población de 4742 derechohabientes en el consultorio 8 vespertino, ocupando la Detección Oportuna de Cáncer (DOC) en el periodo comprendido del 1/1/2003 al 31/5/2003 los siguientes datos:

Muestras con resultado: calidad adecuada y limitada	1,756	98.1%
Muestras con células endocervicales o Metaplasia epidermoide;	941	53.6%
Muestras sin células endocervicales o Metaplasia epidermoide calidad limitada	815	46.4%
Muestras inadecuadas para interpretación citológica	34	1.9%
Resultados negativos revisados por el patólogo	4	0.2%
Resultados con VIP, displacias y positivos revisados Por el patólogo.	8	66.7%

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El cáncer cervicouterino es una enfermedad que cada día va en aumento a pesar de todas las campañas que se han establecido ocupando el cuarto lugar como programa prioritario en la UMF 24.

El conocimiento de los factores de riesgo y de las medidas de prevención son los pilares más importantes para el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de esta enfermedad evitando las complicaciones graves de la enfermedad e incluso la muerte.

Es probable que los derechohabientes de la UMF no. 24 tengan un mal conocimiento acerca de estos factores de riesgo, motivo por el cual el problema es de difícil control.

El cáncer cervicouterino es una enfermedad localizada a nivel de cervix y cuello uterino en la cual existe degeneración tisular y ataque a la cadena ganglionar con proliferación a otros órganos. Los factores de riesgo son todas las causas que pueden en un momento dado hacer que se presente la enfermedad. Es por eso importante saber cual es el nivel de conocimiento que

tienen los derechohabientes del consultorio 8 turno vespertino de la UMF no. 24 acerca del CaCu para evaluar la probable relación entre ambas cosas.

5. JUSTIFICACIÓN.

El cáncer cervicouterino es un problema grave de salud ya que ocupa por incidencia y mortalidad el primer lugar en las mujeres en edad productiva, por lo que es importante evaluar el nivel de conocimiento sobre las campañas de detección oportuna de cáncer (DOC). Estas nos reflejan solo el número de personas que se han hecho la detección, por lo que existe un alto porcentaje de mujeres en etapas avanzadas de la enfermedad. Las bajas coberturas de la pesquisa del cáncer cervicouterino en la población con nivel económico bajo, la sobrepoblación, la desnutrición y la falta de educación sexual a los grupos de alto riesgo son las principales causas de falla para mejorar la supervivencia, en la Unidad de Medicina Familiar # 24 ocupa el cuarto lugar de importancia en los programas prioritarios de salud, con un total de 3 casos, tasa por 1000 DHU (número de casos sobre población usuaria por 1000). Por eso se realiza este estudio de investigación el cual aportara datos acerca del nivel de conocimiento de los pacientes sobre factores que predisponen a cáncer cervicouterino

6. OBJETIVOS:

a. OBJETIVO GENERAL:

Evaluar el nivel de conocimiento que tienen los pacientes del consultorio 8 turno vespertino de la UMF 24, Tepic, Nayarit sobre las causas que originan cáncer cervicouterino,

b. OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar la escolaridad de los pacientes que acudan a la consulta externa en el turno vespertino a la UMF 24.

2. Conocer el sexo de los pacientes que acudan a la consulta externa en el turno vespertino a la UMF 24.
3. Conocer la edad de los pacientes que acudan a la consulta externa en el turno vespertino a la UMF 24 edad.
4. Comparar el nivel de conocimiento que tienen los pacientes sobre cáncer cervicouterino que acudan a la consulta externa en el turno vespertino a la UMF 24.

7. HIPÓTESIS

No requiere probar una hipótesis.

8. METODOLOGIA

a. TIPO DE ESTUDIO

El diseño de la investigación será descriptivo, observacional y transversal, prospectivo.

b. POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO

Derechohabientes del IMSS adscritos al consultorio 8 turno vespertino de la Unidad de Medicina Familiar # 24, de Tepic, Nayarit, del mes de Febrero de 2004 al mes de Junio de 2004.

c. TIPO DE MUESTRA: probabilística

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Se tomó del antecedente del año anterior del periodo comprendido de Febrero a Junio de 2003 en el que se atendieron en el consultorio # 8, la cantidad de 418 pacientes: Se aplicó una fórmula estadística para un tamaño de muestra con una confiabilidad del 95% y un error del 5%; obteniendo un total de 200 pacientes.

Unidades de observación

Derechohabientes que acudan a la consulta de medicina familiar del consultorio 8 turno vespertino UMF 24 durante los meses de febrero de 2004 a junio de 2004.

d. CRITERIOS DE SELECCIÓN:

CRITERIOS DE INCLUSION:

Hombres y mujeres de entre 15 y 40 años, sin importar estado civil, escolaridad, o vida sexual.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

Niños menores de 14 años y 11 meses de edad..

Personas mayores de 40 años de edad..

CRITERIOS DE ELIMINACION:

Los cuestionarios que no se hayan contestado en forma total.

e) INFORMACION A RECOLECTAR (VARIABLES)

Variable dependiente

Conocimiento de factores de riesgo

Variable independiente

Cáncer cervicouterino

Variable antecedente

Edad

Sexo

Número de hijos

Inicio de vida sexual activa

Años cursados de escuela

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Nombre de la variable	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Índice
Edad	Numero de años cumplidos	Cuantitativa	Discontinua	Ítem: 1
Escolaridad	Numero de años cursados de escuela	Cuantitativa	Discontinua	Ítem: 3
Sexo	Identificación genotípica entre hombre y mujer	Cualitativa	Nominal	Ítem: 2
Inicio de vida sexual	Edad en que tuvo su primera relación sexual	Cuantitativa	Discontinua	Ítem: 4
Numero de hijos de la pareja	Cantidad de hijos de la pareja	Cuantitativa	Discontinua	Ítem: 5
Conocimiento sobre cáncer cervicouterino	Conocimiento de cáncer	Cualitativa	Discontinua	Ítem: 6 8 9 10 11 12 13 15 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26
Conocimiento sentido sobre cáncer cervicouterino	Percepción que tienen los pacientes acerca de lo que cree saber acerca del cáncer cervicouterino	Cualitativa	Nominal	Item:7 14 16

f. MÉTODO O PROCEDIMIENTOS PARA CAPTURAR LA INFORMACIÓN

Cuestionario anexo. Se usará la computadora con el programa Excel.

Pruebas estadísticas a utilizar

Medidas de tendencia central: Media , mediana, varianza, desviación estándar,

Presentación:

Se utilizaran cuadros y gráficas.

g. CONSIDERACIONES ETICAS Y FACTIBILIDAD

El presente estudio es factible de poder realizarse, no atenta contra la ética de los pacientes según la Ley de Helsinki y modificada en 1987.

RECURSOS HUMANOS, FISICOS Y FINANCIEROS

HUMANOS: Investigador, asesores, asistente médica, enfermera.

FISICOS: computadora, discos de 3 ½ , hojas blancas, lápices, borradores, sacapuntas, plumas, carpetas, impresora

FIINANCIEROS: Serán cubiertos por el investigador

PROCEDIMIENTOS PARA CAPTURAR LA INFORMACION.

Por medio de encuesta a los derechohabientes que acudan a la consulta externa de medicina familiar del consultorio No. 8 del turno vespertino de la UMF No 24 de Tepic, Nayarit

9.- RESULTADOS:

La población presentó una media para la edad de 28.24 años con una desviación estándar de 7,67; una escolaridad de años cursados de 11.40 con desviación estándar de 3.34; el inicio de la vida sexual activa fue a los 18,94 años y desviación estándar de 3,48; en promedio tuvieron 2.12 parejas sexuales; y son padres de 2,12 hijos, (Cuadro 1)

Al analizar por género las mismas variables resultó que las mujeres presentaron más edad, tuvieron más parejas sexuales y un número mayor de hijos que los hombres. Sin embargo el inicio de la vida sexual para los dos géneros fue de 18.94 años. (Cuadro 2 y 3.)

Cuando se preguntó sobre el cáncer cervicouterino 168 (84%) contestó que si sabía lo que era; 140 (70%) dijo que el condón no la protegía contra el CaCu; también manifiestan que la edad y la población latina que vive en USA tienen más riesgos de padecer CaCu. (Grafica 1 Cuadro 4).

122 pacientes (61%) dice que en el CaCu participan tanto el hombre como la mujer, y que con tratamientos oportunos en enfermedades vaginales disminuye la frecuencia de la enfermedad 160 80%. También 119 (59,5%) manifiestan que el nivel de escolaridad influye en su frecuencia, (Grafica 2 Cuadro 5).

Tener varios hijos no es un factor para padecerlo, en cambio tener varias parejas sexuales aumenta el riesgo de la enfermedad e iniciar la IVSA por arriba de los 20 años retarda la presencia de la misma. (Grafica 3 Cuadro 6).

El origen de la enfermedad 104 (52%) lo atribuye a un virus, tener hijos antes de los 16 años no aumenta los riesgos de padecer la enfermedad; 124; en cambio 103 (51.5%) consideran que aumenta el riesgo si el parto ocurre en el primer año de iniciada la vida sexual. (Grafica 4 Cuadro 7).

Los resultados nos indican que en lo referente a conocimientos médicos resulta que la población estudiada no sabe lo que es un papanicolau, ni cada cuando se debe de realizar, y desconoce los factores como una mala nutrición y el tabaquismo. (Grafica 5 cuadro 8).

114 (57%); pacientes consideran, que las enfermedades de transmisión sexual no tienen relación con el aumento de riesgos de presentar CaCu, y que la enfermedad se presenta en todos los países de América, que las mujeres

latinas a nivel mundial no presentan una incidencia mayor que las otras mujeres (Grafica 6 cuadro 9).

La escolaridad que tuvieron los pacientes fue: secundaria (71)(35.5%); preparatoria 68 (34%); otros estudios (45) (22.5%) y primaria 16 (8%).(Cuadro10).

Cuadro 1. Características de los pacientes de la UMF 24

Variables	N	Media	Varianza	Dev. Std.
Edad	200	28.24	58.93	7.67
Escolaridad	200	11.40	11.15	3.34
IVSA	175	18.94	12.14	3.48
Sexo/parejas	175	2.12	5.55	2.35
#de hijos	175(223hijos)	2.12	5.55	2.35

Cuadro 2. Características de mujeres de la UMF 24.

Variables	N	Media	Varianza	Dev. Std.
Edad	179	28.42	57.31	7.57
Escolaridad	179	11.41	11.50	3.39
IVSA	157	18.94	12.07	3.47
Sexo/parejas	157	1.30	.47003	.685588
#de hijos	157	2.19	5.97	2.44

Cuadro 3. Características de los Hombres de la UMF 24

Variables	N	Media	Varianza	Dev. Std.
Edad	21	26.66	73.43	8.569
Escolaridad	21	11.28	8.61	2.935
IVSA	18	18.94	13.46	3.669
Sexo/parejas	18	1.00	.11765	.3429
#de hijos	18	1.55	1.67	1.293

Handwritten notes and calculations:

1. $\frac{120}{12} = 10$

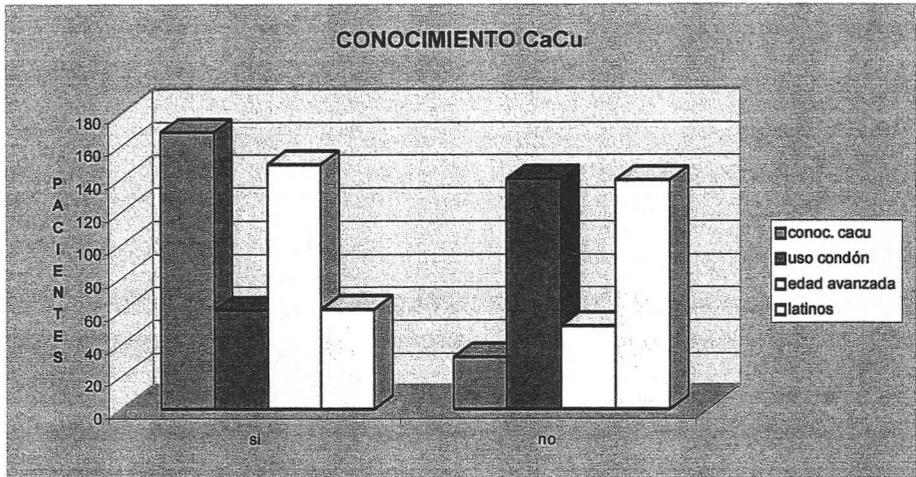
127 127

$\frac{127}{12} = 10.58$

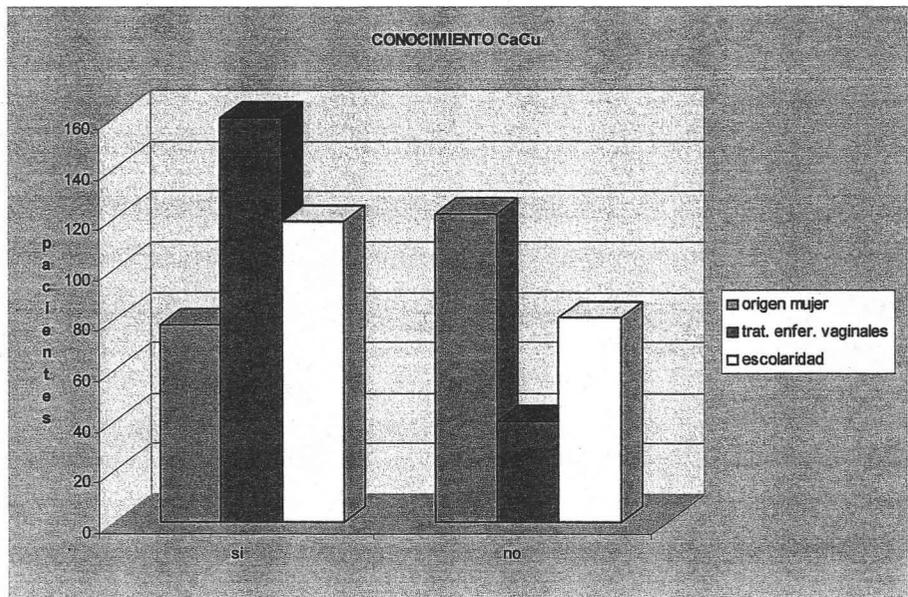
1.6

1.6

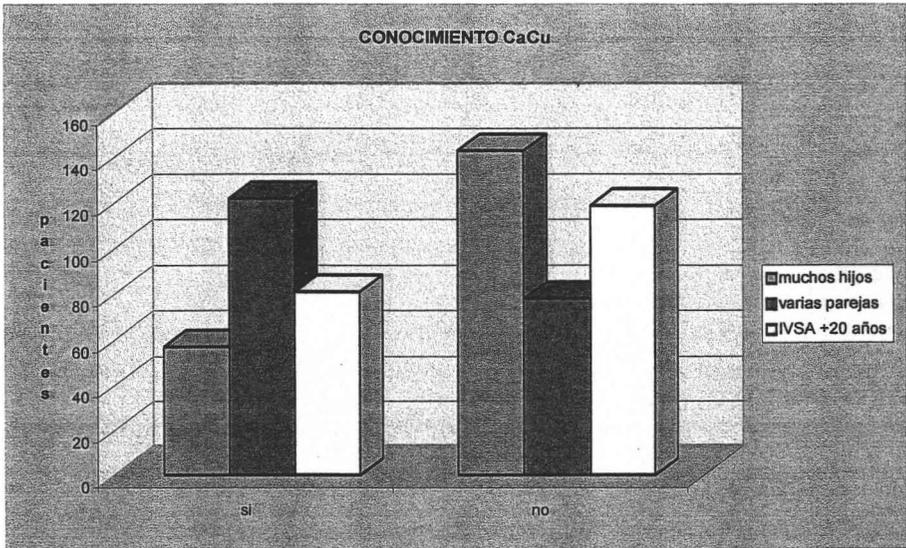
Grafica 1



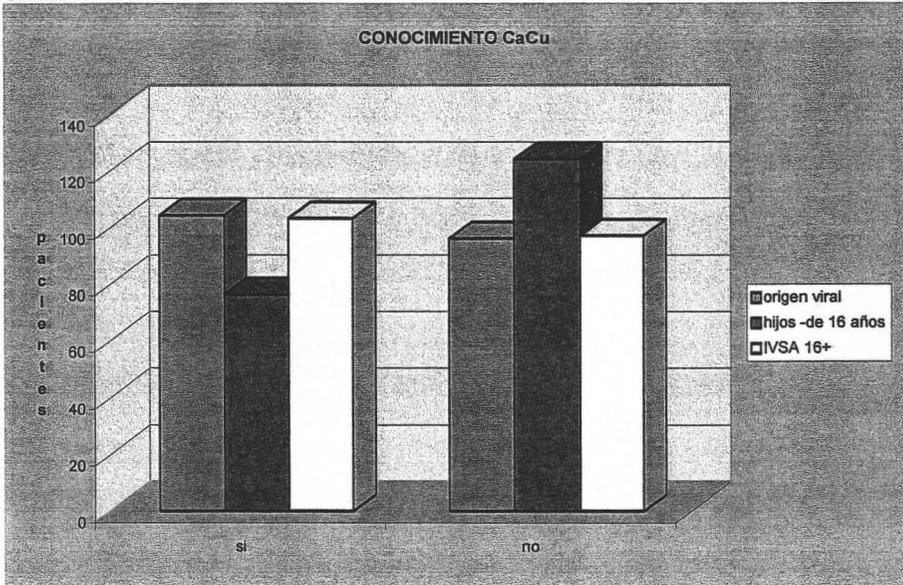
Grafica 2



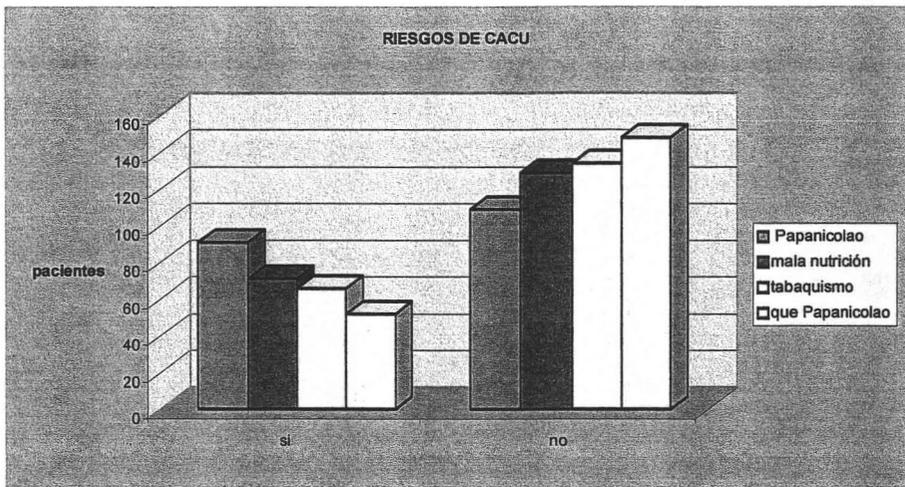
Grafica 3



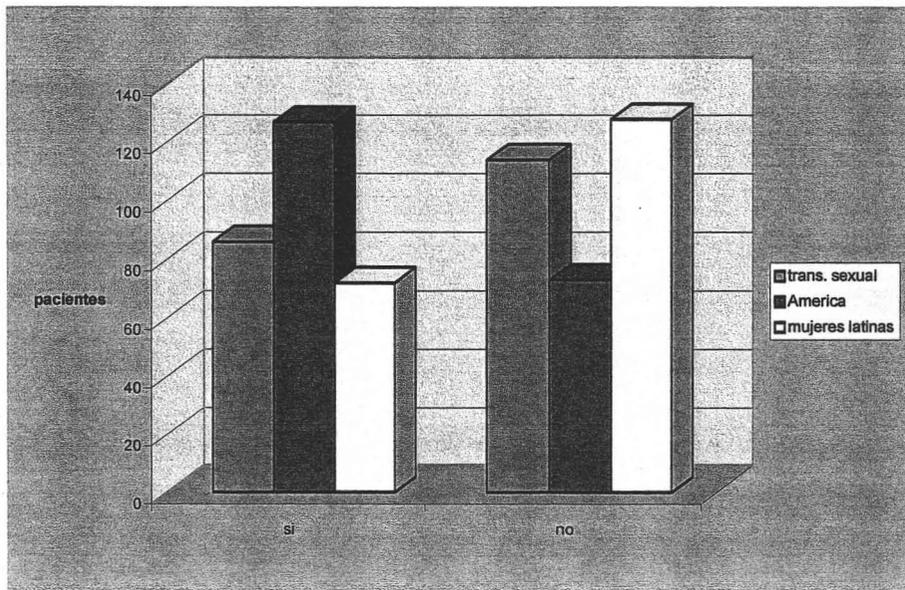
Grafica 4



Grafica 5



Grafica 6



Cuadro 4

	respuestas	Porcentajes (%)
Si	168	84
No	32	16
Total	200	100
Si	60	30
No	140	70
Total	200	100
Si	149	74.5
No	51	25.5
Total	200	100
Si	61	30.5
No	139	69.5
Total	200	100

cuadro 5

	respuestas	Porcentajes (%)
Si	78	39
No	122	61
Total	200	100
Si	160	80
No	40	20
Total	200	100
Si	119	59.5
No	81	40.5
Total	200	100

Cuadro 6

	respuestas	Porcentajes (%)
Si	57	28.5
No	143	71.5
Total	200	100
Si	122	61
No	78	41
Total	200	100
Si	81	40.5
No	119	59.5
Total	200	100

Cuadro 7

	respuestas	Porcentajes (%)
Si	104	52
No	96	48
Total	200	100
Si	76	38
No	124	62
Total	200	100
Si	103	51.5
No	97	48.5
Total	200	100

Cuadro 8

	respuestas	Porcentajes (%)
Si	91	45.5
No	109	54.5
Total	200	100
Si	71	35.5
No	129	64.5
Total	200	100
Si	66	33
No	134	67
Total	200	100
Si	52	26
No	148	74
Total	200	100

Cuadro 9

	respuestas	Porcentajes (%)
Si	86	43
No	114	57
Total	200	100
Si	127	63.5
No	73	36.5
Total	200	100
Si	72	36
No	128	64
Total	200	100

Cuadro 10 Nivel académico de los pacientes encuestados en UMF 24

Escolaridad	Pacientes	Porcentajes (%)
Primaria	16	8
Secundaria	71	35.5
Preparatoria	68	34
Otros	45	22.5
Total	200	100

10. DISCUSION

Como se puede observar en los resultados anteriores, las mujeres continúan demandando mayor atención médica en comparación con los hombres, ya que del total de la muestra el 89.5% corresponde a mujeres, esta se preocupa mas por su salud.

También se encontró que el nivel de estudios de la población presentó niveles altos para secundaria y preparatoria.

En cuanto al inicio de la vida sexual activa, el 12,5 refirió que la inició a los 16 años de edad, sin embargo encontramos 25 pacientes menores de 13 años que aún no han iniciado con su sexualidad, lo cual es esperado por la edad en que se encuentran.

Por lo que se refiere al número de hijos encontramos que la mayoría de los encuestados refirieron tener entre 2 (29.5%) y 1 (17.5%) hijo, lo que nos confirma la tendencia actual que va hacia el número menor de hijos por pareja.

Se encontró que el promedio de parejas sexuales es de 1.12, que nos habla de la tendencia a la monogamia, debido probablemente a la información sobre el incremento de las enfermedades de transmisión sexual que se presenta con la poligamia.,

En cuanto al conocimiento de los factores de riesgo, los pacientes saben que es el Cáncer Cervicouterino; sin embargo no saben que es el Papanicolao, ni tampoco saben cada cuando se tiene que realizar lo que nos habla de que los encuestados no contestaron honestamente este ítem..

Por otra parte se encontró que la muestra estudiada tiene un mal conocimiento de la relación del cáncer Cervicouterino en relación con factores como: edad, paridad, alimentación, tabaquismo y uso del condón;. Sin embargo a mayor escolaridad los conocimientos como: el inicio temprano de la vida sexual y la presencia de enfermedades de transmisión sexual, se pueden considerar como suficientes.

.También se pude destacar que tanto los hombres como las mujeres inician en la actualidad muy temprano su vida sexual por lo que aumenta con esto el riesgo de padecer esta enfermedad.

11. CONCLUSIONES

Encontramos que la población de la UMF no. 24 turno vespertino tiene un conocimiento regular acerca del cáncer cervicouterino, pero aún hay desconocimiento del daño del tabaco, de la importancia del uso del preservativo como preventivo para evitar el virus del papiloma Humano que actualmente se le ha vinculado en forma estrecha con el desarrollo de cáncer, por lo que es necesario se insista en las campañas de educación a la población. Se propone en un futuro realizar una estrategia educativa con este enfoque para que la población identifique los factores de riesgo, realice su detección oportuna para tratar de abatir esta enfermedad. Además si la enfermedad se presenta, hacer que la población reciba su tratamiento lo más pronto posible para así tener mayores índices de curación.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1.- Velasco V El cáncer cervicouterino. El medico familiar frente al problema. Rev Med IMSS2001;39(6)::509-515.

2.- Velasco V et al. Cervicovaginitis. Diagnostico y Tratamiento. Rev Med IMSS1999;37(3):185-191.

3.- Willectt WC Nutricion y cáncer. Salud Publica Mex1997;39:198-309.

4.- Romero JO et al Factores en la no utilización de detección oportuna del cáncer cervicouterino en medicina familiar. Unidad de investigación Epidemiológica y en Servicios de salud IMSS 1997 227-232.

5.- Berumen JA et al. Vacunas terapéuticas recombinantes contra el cáncer del cuello uterino, salud Publica de Mex1997;(39):288-297.

6.- Hernández P et al. Análisis costo beneficio del programa de detección oportuna del cáncer cervicouterino1997;(39):379-387.

7.- Programa Nacional de salud (2001-2006) Programa de acción cáncer cervicouterino. SSA Subsecretaria de Prevención y protección de la salud. CONAPO:17-21.

8.- Muñoz N, Bosch FX. Cáncer del cervix y virus del papiloma humano, evidencia epidemiológica y perspectivas para su prevención. Salud Publica Mex1997;(39):274-282.

9.- Programa de Acción: Cáncer cervicouterino. Secretaria de Salud, Subsecretaria de prevención y protección de la salud. (INEGI),30.6:20-21

10.- García G Tratamiento del cáncer cervicouterino 2001 Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia de México;30-48(69)

11.- Montoya et al. Detección de papilomavirus Humano tipo 16 18 35 y 58 en cáncer cervicouterino y lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado en el occidente de México correlación clínico-molecular. Ginec Obst Mex. 2001;69:37

12.- Salmeron-Castro J, et al. Panorama epidemiológico de la mortalidad por cáncer en el Instituto Mexicano del Seguro Social: 1991-1995 Salud Publica Mex 1997;39:266-273.

13.- Wheeler CM Vacunas para prevenir el cáncer cervical. Salud Publica Mex 1997;39:283-287.

14.- Novoa Vargas A, Echegollen Guzmán A. Epidemiología del cáncer de Cerviz en Latinoamérica. Ginec Obstet Mex 2001;69:243

ANEXO 1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV
INVESTIGADOR	Termino del protocolo	X												
COMITÉ DE INVESTIGACION	Autorización por el comité		X											
ASISTENTE MEDICA	aplicación de prueba piloto			X										
INVESTIGADOR	Recolección de datos				X	X	X	X	X					
INVESTIGADOR Y ASESOR	Análisis de la información									X	x			
INVESTIGADOR	Contacto con autoridades sobre avances									x				
INVESTIGADOR	resultados										X			
INVESTIGADOR ASESOR	Redacción del escrito											X	X	
INVESTIGADOR	PRESENTACIÓN FINAL												X	

ANEXO 2

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE EDUCACIÓN UMF 24

CUESTIONARIO NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PACIENTES DE LA UMF
24 EN RELACION A FACTORES QUE PREDISPONEN AL CANCER
CERVICOUTERINO.

NOMBRE _____ 1. EDAD _____

2. SEXO ___ 3. ESCOLARIDAD _____ 4. INICIO DE VIDA SEXUAL _____

5. NO. DE HIJOS ___ 6. NO. DE COMPAÑEROS SEXUALES _____

de saber
7.- ¿Sabe que es el cáncer cervicouterino?

Si no

8 ¿El cáncer cervicouterino es una enfermedad en donde en su origen participa únicamente la mujer?

Si no

9-¿Cree que el tener muchos hijos es un factor para tener cáncer cervicouterino

Si no

10.- ¿El uso del condón la protege contra el cáncer cervicouterino?

Si no

11¿Sabia usted que el tener diferentes parejas sexuales aumenta su riesgo a contraer cáncer cervicouterino?

Si no

12. ¿El inicio de la vida sexual en una mujer por arriba de los 20 años hace mas tardía la aparición de cáncer cervicouterino?

Si no

13. ¿Sabe que es el papanicolao?

Si no

14. ¿Dando tratamientos oportunos a mujeres con enfermedades vaginales frecuentes disminuya la incidencia de cáncer cervicouterino?

Si no

15.- ¿Las personas de edad avanzada tienen mayor riesgo de tener cáncer cervicouterino?

Si no

16.- ¿Sabe cada cuanto hay que hacerse el Papanicolao una vez iniciada la vida sexual?

Si no

17.- ¿La población latina que vive en USA padecen menos cáncer cervicouterino?

Si no

18.- ¿El origen viral es hoy, la más importante teoría en relación a origen de cáncer cervicouterino?

Si no

19.- ¿El tener un hijo antes de los 16 años aumenta su riesgo de padecer cáncer cervicouterino?

Si no

20.- ¿El riesgo de padecer cáncer cervicouterino aumenta si el parto ocurre en el primer año de iniciada la vida sexual después de los 16 años?

Si no

21.- ¿Una mala Nutrición la puede hacer padecer cáncer cervicouterino?

Si no

22.- ¿El fumar además de ser un riesgo de cáncer pulmonar también te predispone a cáncer cervicouterino?

Si no

23.- ¿Las enfermedades de transmisión sexual han sido relacionadas con el aumento en el riesgo de presentar cáncer cervicouterino?

Si no

24.- ¿El cáncer cervicouterino se presenta igual en todos los países de América?

Si no

25.- ¿A nivel mundial la incidencia de cáncer cervicouterino es mayor en las mujeres latinas?

Si no

26.- ¿En la frecuencia de cáncer cervicouterino tiene que ver el nivel de escolaridad?

Si no

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

ANEXO 3



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACION DELEGACIONAL DE EDUCACION EN SALUD
UMF NO 24 TEPIC, NAYARIT**

CONSENTIMIENTO

INFORMADO:

El paciente _____ de _____ años de edad autoriza al Dr. Guillermo Arturo Herrera Lara que aplique su cuestionario en mi persona, ya que esto no representa ningún daño para mi.

Atentamente
