

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN.

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

REYNOSA, TAMAULIPAS.

**FRECUENCIA DE CANCER CERVICOUTERINO EN MUJERES
MAYORES DE 25 AÑOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
NUMERO 33 EN EL PERIODO ABRIL-AGOSTO 2008.**

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR.**

PRESENTA:

DR. SABAS AMBROCIO NANCO ORTIZ



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

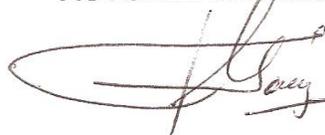
**FRECUENCIA DE CANCER CERVICO UTERINO EN MUJERES
MAYORES DE 25 AÑOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
EN EL PERIODO ABRIL-AGOSTO 2008**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

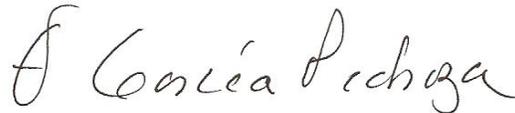
PRESENTA

DR. SABAS AMBROCIO NANCO ORTIZ

AUTORIZACIONES



**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



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

CD. REYNOSA, TAMPS.

2009

AGRADECIMIENTOS

Gracias a Dios por la vida, el don del conocimiento, ciencia y sanación por el regalo de mi familia y por todos los seres queridos que me rodean en especial a mis padres.

A MI ESPOSA MATILDE RAMOS HERNANDEZ, MIS HIJOS SOFIA MONSERRAT Y VICTOR ANDRES.

A mis hijos, gracias a su apoyo incondicional, el afecto, el amor y su gran cariño así como acompañarme en todos los momentos más difíciles , los amo que son la esencia de mi vida que Dios bendiga.

A MIS PROFESORES

A todos ustedes queridos profesores mis más sinceras gracias por su apoyo incondicional por compartir sus conocimientos y experiencias profesionales que sigan teniendo paciencia y el don de transmitir el conocimiento y la ciencia para seguir enseñando nuestra digna profesión de médico familiar.

ÍNDICE:

CAPÍTULOS	PÁGINA
I. ANTECEDENTES	5
II.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
III.JUSTIFICACION	11
IV.OBJETIVOS	13
V.MATERIAL Y METODOS	15
VI.DEFINICION DE VARIABLES	19
VII.CRONOGRAMA	21
VIII.PRESUPUESTO	23
IX.RECURSOS HUMANOS	25
X.RECURSOS FISICOS Y MATERIALES	27
XI.CONSIDERACIONES ETICAS	29
XII.RESULTADOS	31
XIII.DISCUSIONES Y CONCLUSIONES	37
XIV.RECOMENDACIONES	39
XV.BIBLIOGRAFIA	41
XVI.ANEXOS	44

CAPITULO I

ANTECEDENTES

El cáncer cervicouterino es uno de las principales causas de muerte en el mundo entre mujeres.¹ La mayoría de los países desarrollados lograron disminuir la incidencia de cáncer cervicouterino en la década de 1960; sin embargo, esto no ocurrió en países en vías de desarrollo. En algunos de estos Países aumento y en otros en el mejor de los casos se mantuvo estable dicha incidencia.^{2, 3} La Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer describe tal discrepancia entre estos países. En el 2002, los Estados Unidos de Norteamérica tuvo una incidencia de cáncer de 2.3 casos de cáncer cervicouterino por 100 mil mujeres, mientras uno de los países más pobres del continente(Bolivia) tuvo una incidencia de 30.4 casos por 100 mil mujeres.⁴ Esto describe la gran discrepancia existente entre países ricos y pobres.

México ha puesto gran interés por reducir la incidencia de cáncer cervicouterino, este esfuerzo ha llevado a que se diseñen Normas Oficiales para el diagnostico y tratamiento de esta enfermedad. La Norma Oficial Mexicana refiere que el cáncer cervicouterino(CACU) es un tumor maligno en general, es la pérdida de control del crecimiento y división de las células que pueden invadir y destruir estructuras adyacentes y propagarse a sitios alejadas para causar la muerte. Se han incorporado definiciones de la Organización Mundial de la Salud entre ellas la clasificación de este cáncer. El CaCu se clasifica como displasia leve(NIC 1), displasia moderada(NIC 2), displasia severa(NIC 3), cáncer del cuello de útero en situ, cáncer microinvasor e invasor, adenocarcinoma y maligno no especificado.⁵ En México el CaCu ha sido un problema de salud publica desde hace varios años, ya que es el cáncer mas prevalente en nuestro país.⁶

La alteración celular se presenta en la mucosa vagina y ectocervical, la cual está constituida por epitelio plano, escamoso, estratificado, no queratinizado. Esta zona presenta una maduración ininterrumpida desde su las células de la base hasta las más maduras y

diferenciadas en la superficial. El proceso de maduración desde la base tiene una duración de aproximadamente 4 a 5 días. Al observar la muestra citológica lo que se observa es predominantemente las células de la superficie.⁷ la técnica de Papanicolaou cervical a permitido a través de su masificación disminuir la incidencia de cáncer de forma espectacular, esto sobre todo por medio de programas preventivos efectivos.^{8,9}

Actualmente se tiene documentado que los factores que influyen en la aparición del cáncer cervicouterino son múltiples, pero el que más riesgo representa en conjunto es el virus del papiloma humano. Esto es contundente ya que la infección siempre precede a la enfermedad y nunca la enfermedad a la infección.^{10,11}

El Virus del Papiloma es un virus heterogéneo, existen aproximadamente 80 tipos, pero solamente 30 pueden infectar el tracto vaginal. Los número 16, 18, 31 y 45 son los que más tienen la capacidad de generar neoplasia o cambios celulares en el cuello del útero. En si estos son los que en su presencia tienen más probabilidad de ser un factor para cáncer cervicouterino.¹² En México también se han hecho esfuerzos por determinar la asociación entre la presencia del virus y el cáncer cervicouterino. Los datos revelan que existe la presencia del virus en más del 40% de las lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado y en casi 70% de las mujeres que padecieron cáncer. El número 16 ha sido el más frecuentemente encontrado en estas mujeres.¹³ El virus es un factor de riesgo importante para el desarrollo de cáncer; sin embargo, no es el único que se ha identificado como tal. La población femenina de los países pobres tienen características similares que hacen a su población vulnerable para la enfermedad. Estas características compartidas son: nivel socioeconómico bajo (pobreza), inicio temprano de relaciones sexuales, múltiples parejas

sexuales, cervicitis y cervicovaginitis recurrentes, además de las enfermedades de transmisión sexual.¹⁴

La importancia de la prevención y detección consiste en identificar al padecimiento temprano en su evolución; sin embargo, en muchos casos se diagnostica el cáncer cuando se encuentra en fases avanzadas, esto hace que solo se puedan hacer esfuerzos para paliar la sintomatología y las complicaciones.¹⁵

Es de vital importancia como se sabe por la gran mayoría de los gobiernos de los países disminuir la incidencia del cáncer cervicouterino ya que los costos para tratamiento de estas pacientes son muy alto. La sintomatología y los medicamentos tienen un alto costo familiar y social. Las mujeres afectadas por este padecimiento también sufren de ansiedad, depresión, miedo a la muerte, duelo anticipatorio, insuficiencia renal, fistulas besico-vaginales y hemorragia transvaginal. Además los roles familiares se trastocan, el costo del tratamiento se incrementa.¹⁶ El cáncer cervicouterino y sus complicaciones son prevenibles si se realiza una promoción del Papanicolaou por parte de los prestadores de servicios de salud, y así evitar la muerte de una gran proporción de mujeres.^{17, 18}

Los médicos familiares tienen la responsabilidad de la promoción, en su caso toma y referencia de estas pacientes, de ahí la importancia de conocer la frecuencia del cáncer cervicouterino.¹⁹

En la práctica médica el paciente también tiene un rol, este consiste en acudir a su cita con el médico, para la detección tanto de cáncer cervicouterino como de mama, de ahí la importancia relevante de la educación por parte del médico familiar hacia esta población.²⁰⁻

CAPITULO II

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer cervicouterino tiene una alta prevalencia en el mundo, de hecho es la principal causa de muerte por cáncer en todo el mundo. México no es la excepción, este cáncer es uno de las principales causas de muerte en mujeres mexicanas. Se sabe que esta enfermedad es prevenible ya que de identificarse en etapas tempranas estas mujeres no morirían. Existen diversos factores sociodemográficos, culturales y genéticos que predisponen a estas mujeres a desarrollar la enfermedad. Entre ellas se encuentra la infección por el virus del papiloma humano. El VPH 16, 18, y 31 son los que más se relacionan con cáncer cervicouterino.¹² La pobreza, la baja escolaridad, la desnutrición, la multiparidad, múltiples parejas sexuales y en no realizarse el Papanicolaou son factores que predisponen al desarrollo del cáncer.¹⁴ Estos factores en conjunto hace que las mujeres de la frontera tengan alta probabilidad de desarrollarla ya que persisten la mayoría de las condiciones antes mencionadas.

Uno de los causantes de las altas tasas de incidencia son la baja proporción de mujeres que se realizan el Papanicolaou y es por eso que los médicos familiares deben de conocer las principales variables involucradas para poder promover y educar a estas pacientes.¹⁵ Por ellos se realiza la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la prevalencia de cáncer cervicouterino en la Unidad de Medicina Familiar numero 33 de Ciudad Reynosa, Tamaulipas?

CAPITULO III

JUSTIFICACION

El cáncer cervicouterino es un padecimiento que a pesar de los esfuerzos realizado continua siendo alta su incidencia. La Organización Mundial de la Salud menciona que los países desarrollados tienen una incidencia considerablemente en países ricos comparados contra países en vías de desarrollo como el nuestro. En la década de 1960 los países ricos iniciaron este descenso. México ha realizado esfuerzos a través de campañas permanentes de tamizaje como son la toma de citología del cuello uterino. La mayoría de las unidades medicas tienen este tipo de tamizaje, cuenta con interpretación del mismo y seguimiento de la paciente. Esto ha hecho que disminuyan los casos pero no a la velocidad deseada. El presente estudio tiene como principal propósito determinar la prevalencia de este padecimiento y esto es factible gracias a que se posee la técnica y personal capacitado para la interpretación de la citología. El determinar la frecuencia tendrá un impacto o trascendencia importante, ya que a partir de estos datos se podrán implementar o reforzar los programas de prevención, detección y educación para disminuir la incidencia de esta enfermedad. La información o datos que se obtengan podrán ser utilizados por trabajadoras sociales y enfermeras para incidir en su perspectiva hacia esta enfermedad. Se ha documentado que los costos de esta enfermedad no solamente son desde el punto de vista económico sino también a nivel familiar. Las mujeres afectadas con esta patología cambian de rol. Las complicaciones de la enfermedad son amplios, por eso es importante que se inicie el presente estudio para poder estimar la frecuencia, distribución del mismo; sin embargo, no se podrá estimar riesgo relativo ni asociado, siendo lo anterior la principal vulnerabilidad del mismo.

CAPITULO IV

OBJETIVOS

GENERAL:

Determinar la frecuencia de cáncer cervicouterino en la Unidad de Medicina Familiar numero 33, Cd. Reynosa, Tamaulipas. México. En el periodo Abril-Agosto 2008.

ESPECIFICOS:

Identificar el estrato de edad más afectado.

Estratificar el grado de displasia

Mencionar el lugar de origen de las afectadas.

Identificar los principales variables sociodemográficas y ginecológicas de las mujeres

CAPITULO V

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO:

Observacional descriptivo encuesta transversal no comparativo.

UNIVERSO DE ESTUDIO:

Todas las mujeres mayores de 25 años de edad, sexualmente activas que acudan a la UMF 33.

POBLACION; Todas las mujeres mayores de 25 años, sexualmente activas que firmen el consentimiento informado y acepten participar en el estudio

CRITERIOS DE INCLUSION:

- .- Mujeres mayores de 25 años, sexualmente activas
- .-Todas las encuestas que fueron contestadas y completadas.
- .-Todas las mujeres que quieran participar en el estudio.
- .-Todas las mujeres que firmen el consentimiento informado.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Que padezcan una enfermedad que les impida emitir la palabra

MUESTRA

Técnica muestral

Se realizó muestreo no probabilístico, por conveniencia.

Calculo del tamaño de muestra

$$N = z^2 p Q / d^2$$

$$(3.8416)^2 (.8) (.92) / .0025 = 113$$

N= Tamaño de muestra que se requiere

P= Proporción de sujetos portadores del fenómeno en estudio

Q=1-p (complementario, sujetos que tienen una variable en estudio).

- d= magnitud del error dispuesto a aceptar.

Z= Distancia de la media del valor de significación propuesto. Se obtiene de tablas de distribución normal de probabilidades.

CAPITULO VI DEFINICION DE VARIABLES ESTUDIADAS

1. Variable dependiente

Cáncer cervicouterino

Definición conceptual. Pérdida de control del crecimiento y división de las células que pueden invadir y destruir estructuras adyacentes y propagarse a sitios alejados para causar la muerte.

Definición operacional. Resultado del reporte de la citología del cuello uterino: negativo a cáncer, negativo con proceso inflamatorio, displasia leve(NIC 1), displasia moderada(NIC 2), displasia severa(NIC 3), cáncer del cuello uterino in situ, cáncer microinvasor e invasor, adenocarcinoma y maligno no especificado.

Escala de medición: Cualitativa nominal.

2. Variable independiente

Edad. Tiempo transcurrido, medido en años desde el nacimiento hasta la fecha en que se realiza el estudio.

Escolaridad. Número de años académicos cursados por un individuo al momento del estudio.

Escala de medición: Cuantitativa discreta

Prevalencia. Proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o un periodo de tiempo determinado.

Escala de medición: cuantitativa continúa.

Estado Civil. Condición de un individuo con respecto a sus derechos y obligaciones civiles con su cónyuge.

Ocupación. Actividad u otro oficio económico remunerable de una persona.

Escala de medición: Cualitativa nominal

CAPITULO VII

CRONOGRAMA

ABRIL-AGOSTO 2008

ACTIVIDADES	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto
Planeación del	X				
Estudio					
Elaboración		X			
Del protocolo					
Elaboración			X		
De instrumento					
De recolección de					
Información y prueba					
Piloto					
Selección de			X		
La muestra					
Recolección de			X		
Información					
Captura de datos				X	
Análisis de información				X	
Presentación de información					X

CAPITULO VIII

PRESUPUESTO

Insumos	Cantidad	Costo Unitario	Costo total
Encuestadores	2	2000	4000 pesos
Caja porta documentos	3	35 pesos	105 pesos
Grapadora manual	1	70 pesos	70 pesos
Caja de grapadora manual	1	20 pesos	20 pesos
Cartucho de tinta para Impresora Lexmark Z23	2	250 pesos	500 pesos
Impresora Lexmark Z23	1	900 pesos	900 pesos
Computadora de escritorio Marca Samsung	1	10,000 pesos	10,000 pesos
Total			15,595 pesos

CAPITULO IX

RECURSOS HUMANOS

El investigador principal dedicó el 60% de su tiempo, además conto con el apoyo en todo momento con el asesor de tesis y las autoridades de la unidad médica en donde se realizo el estudio.

CAPITULO X RECURSOS FISICOS Y MATERIALES

Se cuenta con sillas, mesas, lápices, plumas, encuesta en hojas de papel bond blancas, además de grapadora, impresora, computadora portátil entre otros, por lo tanto el costo de este estudio no tuvo costo alguno para el investigador.

CAPITULO XI

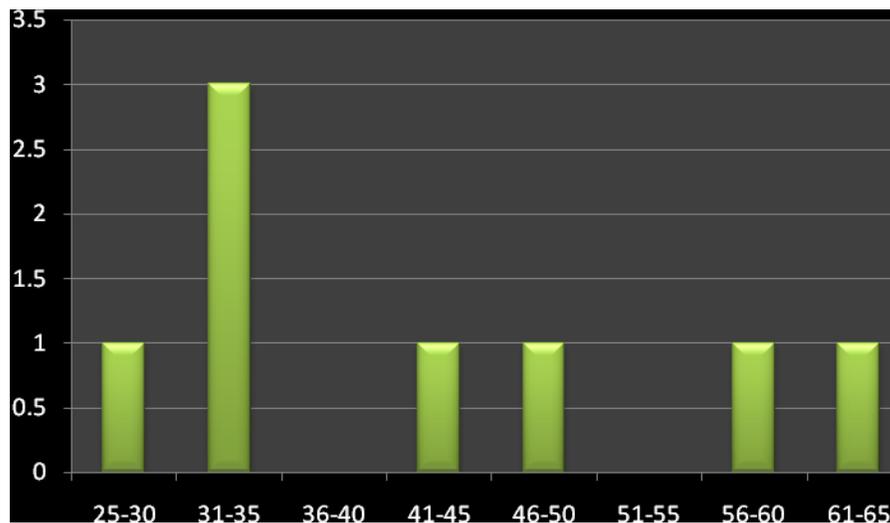
CONSIDERECIONES ETICAS

El presente estudio se realizó de acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para salud artículo 96 y a la Declaración de Helsinki, así como a las normas e instructivos institucionales en materia de investigación científica, por lo que el estudio se realizó con la previa aprobación del comité local de investigación.

CAPITULO XII

RESULTADOS

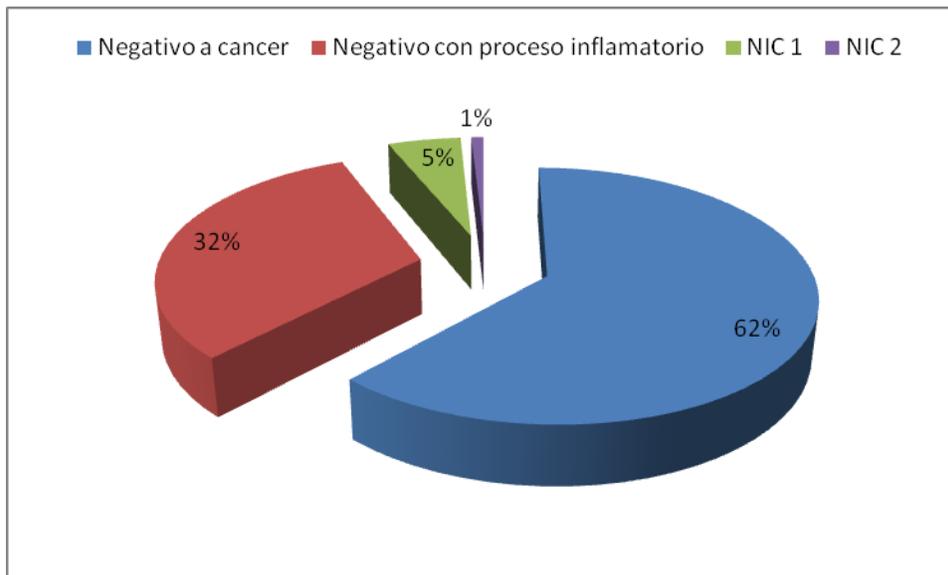
Grafica 1: Frecuencia de cáncer cervicouterino por grupos de edad.



Fuente: Fuente: Formato institucional para la toma de citología cervical.

La frecuencia de cáncer cervicouterino se mantuvo más o menos constante en los diferentes grupos de edad. Existió un caso por grupo de edad, excepto en el grupo de 31 a 35 años donde se pudo observar un incremento de dos casos. La frecuencia es la esperada ya que es en el grupo de edad entre los 31 y 35 años donde se presenta la mayoría de los casos de la enfermedad en los diferentes estudios elaborados tanto nacionalmente como internacionalmente.

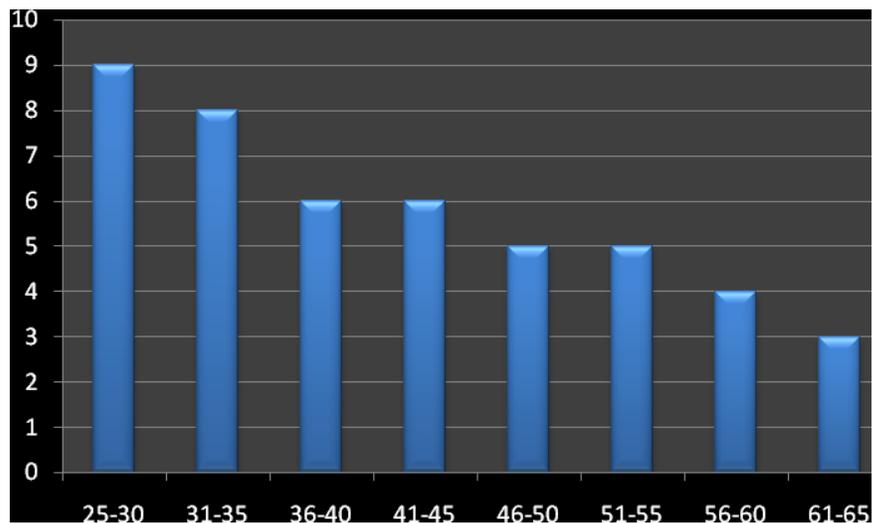
Grafica 2: Resultado citológico de las muestras.



Fuente: Formato institucional para la toma de citología cervical.

La Norma Oficial Mexicana refiere que de acuerdo a la citología debe mencionarse si es negativo para cáncer, negativo con cáncer inflamatorio NIC 1, NIC 2, NIC 3, etc. En este estudio se encontró que el 62% de las participantes presentaban un resultado negativo para cáncer cervicouterino. El 32% se reportó como negativo para cáncer con proceso inflamatorio. 5 % para NIC 1 y NIC 2 con uno por ciento. La mayoría de los casos reportados de neoplasia no es grave.

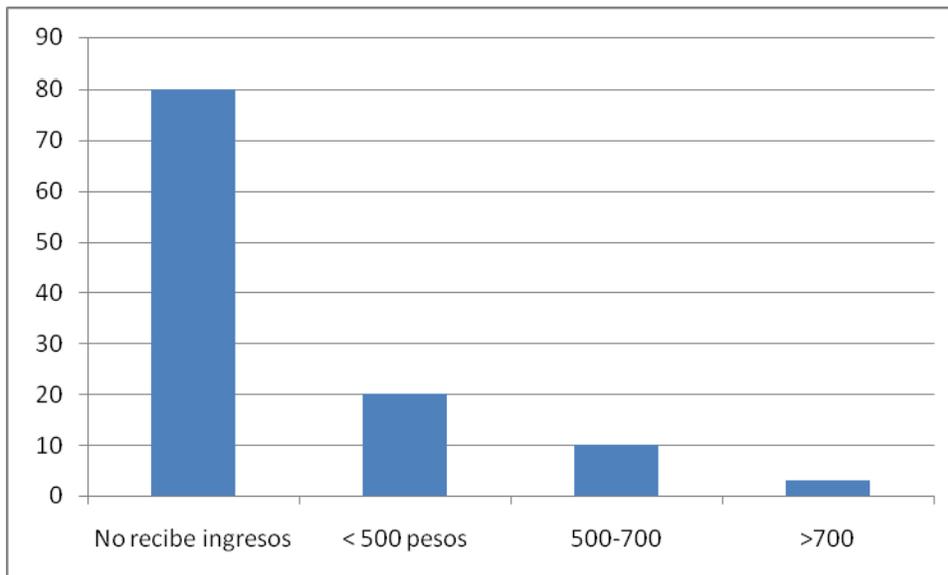
Grafica 3: Años de escolaridad por grupo de edad.



Fuente: Encuesta.

Se puede observar que la mayoría de estas participantes tienen pocos años de escolaridad. El grupo de edad que presenta más escolaridad es entre los 25-30 años. Ellas presentaban 9 años de escolaridad promedio. Conforme fue avanzando la edad entre estas mujeres se puede observar que hay un decremento en los años de escolaridad, probablemente a las oportunidades y posibilidades de adquirir educación básica.

Grafica 4: Ingreso económico semanal.



Fuente: Encuesta.

La gran mayoría de las participantes son amas de casa y por lo tanto no tienen ingresos económicos, dependen totalmente de los ingresos de sus esposos. 20 participantes ganaban menos de 500 pesos, 10 entre 500 y 700 y solo una pequeña proporción más de 700 pesos.

Tabla 1: Factores ginecológicos y no patológicos de las participantes.

Variable	N	Frecuencia	%
Antecedente de cáncer cervicouterino	113	5	4.4
Antecedente de cáncer	113	2	1.76
Tabaquismo	113	1	.88
Citologías realizadas	113	50	44.24
Antecedente de ETS	113	20	17.6
Más de una pareja sexual	113	15	13.27
Cervicitis previa	113	15	13.27
Anticoncepción hormonal	113	5	4.4

Fuente: Encuesta.

Las diferentes variables utilizadas fueron para explorar los factores de riesgo más comunes en esta muestra. Se observa que el 44 % de las mujeres ya se había realizado una citología previa, también las enfermedades de transmisión sexual eran frecuentes, ya que casi un 20% de la muestra lo tenía. La cervicitis es frecuente aunque la esperada. Solamente una mujer tiene el hábito tabáquico y 15 de ellas tenía más de una pareja sexual. Estas variables no son muy diferentes a las observadas en otros estudios, se comportaron de forma homogénea entre los diferentes grupos y se vio solamente el uso de anticoncepción hormonal en 5 de dichas mujeres.

CAPITULO XIII

DISCUSIONES Y CONCLUSIONES

El cáncer cervicouterino continúa siendo un problema en México, ya que las características sociodemográficas de nuestra población lo propician. En primer término la prevalencia de cervicovaginitis, citologías realizadas y el antecedente genético es importante, pero también el ingreso económico y la educación de las mujeres son factores de importancia para adquirir el cáncer cervicouterino. Casi la mitad de las mujeres no se había realizado la detección de cáncer cervicouterino. Aunque es muy similar lo aquí reportado con otros estudios, es de importancia conocer los factores de riesgo más frecuentes en nuestra población femenina. Las mujeres están en riesgo de desarrollar el cáncer tanto por factores propios así como desventajas de género, por el ingreso económico bajo y por la baja escolaridad, aunque estas son variables sociales el médico debe de influir en esto y dar consejería y cerciorarse que efectivamente estas mujeres ya se han realizado el Papanicolaou al año correspondiente, también es de importancia vital que estos médicos realicen detección de cáncer de mama y se les hable a las pacientes sobre la importancia de todos ellos y así evitar muertes que tienen un alto impacto en la vida personal de estas mujeres, así como en las familias que generan disfunción y un impacto económico social.

CAPITULO XIV

RECOMENDACIONES

El presente estudio por ser descriptivo y observacional no puede explorar probables asociaciones entre una variable y otra. Lo que el presente estudio aporta es el describir las principales variables que se encontraron en una muestra representativa de las mujeres de esta unidad médica; sin embargo, sería importante explorar si alguna de estas tiene alguna asociación y a cuanto asciende su odd ratio para identificar probables factores de riesgo y así hacer inferencias estadísticas. Una desventaja que el presente estudio ofrece es el no poder catalogar el virus del papiloma humano presente ya que esto requiere de técnicas especiales de ADN, esto sería importante para averiguar si es el 16, el 18 u otro el más frecuente en los casos de mujeres con cáncer cervicouterino.

CAPITULO XV

BIBLIOGRAFIA

1. International Agency for Research on Cancer. Cervical cancer screening. *IARC handbooks of cancer prevention*, vol 10. Lyon: IARC/WHO, 2005:302.
2. Organización Panamericana de la Salud. Manual de normas y procedimientos para el control del cáncer de cuello uterino. Washington, DC: Serie PALTEX No. 6; 1990.
3. World Health Organization, International Agency for Research on Cancer. Mortality databank (online resource). Disponible en: <http://www-dep.iarc.fr> (citado el 19 de mayo de 2006).
4. World Health Organization, International Agency for Research on Cancer. Globocan 2002 (online resource). Disponible en: <http://www-dep.iarc.fr> (citado el 19 de mayo de 2006).
5. Norma Oficial Mexicana NOM:014, SSA-2. 1994 para la Prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cervicouterino. Diario Oficial, 6 de Marzo de 1998. Pags. 50-67.
6. Escandón-Romero C, Benitez-Martínez MG, Navarrete-Espinoza J, Vazquez-Martínez JL, Martínez-Montaña OG, Escobedo-de la Peña J. Epidemiología del cáncer Cervicouterino en el Instituto Mexicano del Seguro social. *Salud Publica Mex* 1992;34:607-614.
7. Lazaro MJM, Muniesa SJA, Pardo MA. www.opolanco.es/Apat/Boletin2/CITOLOGIA.html (Pags. 1, 6).
8. Nygard JF, Skare GB, Thoresen SO. The cervical cancer screening programme in Norway, 1992 – 2000: changes in Pap smear coverage and incidence of cervical cancer. *J Med Screen* 2002 ; 9 : 86 – 91.
9. Devesa SS, Silverman DT, Young JL Jr, Pollack ES, Brown CC, Horm JW, et al. Cancer incidence and mortality trends among whites in the United States, 1947 – 84. *J Natl Cancer Inst* 1987 ; 79 : 701 – 70.
10. Wallin KL, Wiklund F, Angström T, et al. Type-specific persistence of human papillomavirus DNA before the development of invasive cervical cancer. *N Engl J Med* 1999;341:1633-8.
11. Bosch FX, Lorincz A, Muñoz N, Meijer CJ, Shah KV. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. *J Clin Pathol* 2002;55:244-65.
12. Castellano-Morales MR. El virus del papiloma humano y el cáncer cervicouterino. *Rev Fac med UNAM* 47 (1), 2004:35-36.
13. Montoya FH, Suarez RAE, Ramirez MMp, ARevalo LI, et al. Detección de papilomavirus humano tipos 16, 18, 35 y 58 en cáncer cervicouterino y lesiones

escamosas intraepiteliales de alto grado en el occidente de México: correlación clínico molecular *Ginecol Obstet Mex* 2001; 69:137.

14. Tamayo ALS. Asociación y predicción del riesgo de lesión intraepitelial escamosa y cáncer cervicouterino en función de los factores: infección por el virus del papiloma humano, ginecoobstétricos, comportamiento sexual, sociodemográficos y antecedentes genéticos en mujeres mayores de 15 años. Estado de Colima, México, 2002. Tesis doctoral, Universidad de Colima, 2002.

15. Organización Panamericana de la Salud. Cuidados paliativos: Guías para el manejo clínico, Marzo 1998.

16. Allende-Perez S, Flores-Chavez P, Castañeda de la Lanza Celina. Cuidados paliativos domiciliarios en pacientes con cáncer cervicouterino en etapas avanzadas. *Rev Inst Nal Cancerol (Mex)* 2000; 46 (1).

17. Harlan LC, Bernstein AB, Kessler LG. Cervical cancer screening: Who is not screened and why? *Am J Public Health* 1991;81:885-890.

18. Peters RK, Bear MB, Thomas D. Barriers to screening for cancer of the cervix. *Prev Med* 1989;18:133-146.

19. National Cancer Institute of Canada. *Canadian Cancer Statistics*. Toronto: National Cancer Institute of Canada; 1996.

20. American Academy of Family Physicians Summary of Policy Recommendations for Periodic Health Examination. *AAFP Policy Action* 1997:1-14.

21. Seow A, Wong ML, Smith WCs, Et al. Beliefs and attitudes as determinants of cervical-cancer screening-A community-based study in Singapore. *Prev. Med* 1995;24(2):134-141.

22. Marteau TM, Senior V, Sasieni P. Women's understanding of a "normal smear test result": Experimental questionnaire based study. *BMJ* 2001;322:526-528.

CAPITULO XVI

ANEXOS

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLINICA

Lugar y Fecha: _____

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: **Prevalencia de cáncer cervicouterino en la Unidad de Medicina Familiar numero 33 de Reynosa, Tamaulipas. México.**

Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número:

El objetivo del estudio es:

Determinar la prevalencia de cáncer cervicouterino en la unidad de medicina familiar numero 33 de ciudad Reynosa, Tamaulipas. México. En el periodo Abril-Agosto 2008.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: responder cuestionario de 67 preguntas.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

- El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.
- Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.
- El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Nombre, firma y matrícula del Investigador Responsable.

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio: _____

Testigos

Firma

Firma

CUESTIONARIO**TITULO: PREVALENCIA DE CANCER CERVICOUTERINO EN LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR NUMERO 33.****FICHA DE IDENTIFICACION:**

Numero de seguridad
social _____

Iníciales de la
participantes _____

1. Turno: Matutino () Vespertino ()

2. Número de consultorio: _____

3. ¿De donde es originaria?

4. ¿Hasta qué año fue a la escuela?

5. ¿Qué religión profesa?

6. ¿Cuánto gana por semana?

7. ¿Cuál es su estado civil?

a) Casada b) soltera c) viuda d) Unión libre e) Divorciada.

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES:

8. ¿Usted tiene algún familiar con cáncer? si() No ()

9. ¿Usted tiene algún familiar con antecedente de cáncer cervicouterino?

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS:

10. ¿Usted fuma o fumo? Si () No ()

11. ¿Usted toma o tomó alcohol? Si () No ()

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS:

12. ¿Es usted alérgica a algún medicamento?
13. ¿Es usted diabética?
14. ¿Sufre de presión alta?
15. ¿Sufre de alguna otra enfermedad?



**SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
PROGRAMA NACIONAL DE CÁNCER CÉRVICO-UTERINO
SOLICITUD Y REPORTE DE RESULTADOS DE CITOLOGÍA CERVICAL**

Formulario No. 001-2011-000000000000

1. Identificación de la Unidad		
Unidad médica _____	Clase de la Unidad _____	
Municipio _____	Jurisdicción _____	
Comidad o delegación _____	Instalación _____	
2. Identificación de la solicitante		
Fecha <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Fecha, número de afiliación o equivalente _____	
Nombre _____	Edad <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Lugar de residencia _____	Municipio delegación _____	
_____	_____	
En caso de necesidad puede realizarse a través de		
Nombre _____	_____	
Domicilio _____	_____	
3. Detección de cáncer del cérvix		
Última Citología: _____		
(1) Primera vez en la vida		
(2) Un año o menos		
(3) 2-3 años		
(4) Más de 3 años		
4. Antecedentes ginecoobstétricos		(5) Paro brusco en la _____
(1) Puerperio postparto o postaborto		(7) Histerectomía
(2) OMI en vivo		(8) Fecha de la última regla
(3) Tratamiento hormonal		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
(4) Otros tratamientos ginecoobstétricos posibles		On Mes Años
(5) Embarazo actual		
5. Actualización presentas:		
(1) Sangrado anormal	(1) Cuello apareado en este examen	(1) Espátula de Ayre
(2) Prurito vaginal o ardor	(2) Cuello normal	(2) Citobrush
(3) Fiebre	(3) No se observó cuello	(3) Pipeta
(4) Ninguno		(4) Agua jabonosa
	7. ¿Derivada con el médico? (1) Sí (2) No	(5) Uretra
9. Nombre del responsable de la toma citológica: _____		

RESULTADO CITOLOGÍA CERVICAL

Datos de la citología cervical		
10. Fecha de interpretación <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	11. Número citológico _____	
	12. Laboratorio: _____	
13. Características de la muestra	(1) Presencia de células anómalas	(2) Insuficiente para diagnóstico
	(2) Metaplasia epitelial	
14. Diagnóstico citológico	(3) Displasia leve (NIC I)	16. Hallazgos microbianos
(1) Negativo a cáncer	(4) Displasia moderada (NIC II)	(1) Imagen del virus del papiloma humano
(2) Negativo con proceso inflamatorio	(5) Displasia grave (NIC III)	(2) Imagen del virus del herpes
	(6) Cáncer in situ (NIC IV)	(3) Tricomonas
	(7) Cáncer invasor	(4) Bacterias
	(8) Adenocarcinoma	(5) Hongos
	(9) Maligno no especificado	(6) Otros alteraciones (especificar): _____
15. Repetir estudio ()	17. Motivo: _____	
18. Nombre del citocentrólogo _____		

19. ¿La muestra fue revisada por el patólogo? (1) Sí (2) No	Firma del patólogo _____	
20. Nombre del patólogo _____		

21. Observaciones _____		