



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E
INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 76

**“CAUSAS DE NO REALIZACIÓN DE PAPANICOLAOU EN UNA
POBLACIÓN RURAL”.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A
DR.SERVIN DUARTE JUAN MANUEL



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.

“CAUSAS DE NO REALIZACIÓN DE PAPANICOLAOU EN UNA POBLACIÓN RURAL”.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

DR.SERVIN DUARTE JUAN MANUEL

AUTORIZACIONES



DRA. MARISOL CORNEJO PÉREZ
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES URUAPAN
MICHOCÁN



DRA. MARIA DEL PILAR ROCIO MORA CONTRERAS
ASESOR METODOLÓGICO Y DE TEMA



DR.JOSE MELQUIÁDES JERÓNIMO CAMACHO PEREZ
COORDINACIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN ZONA
URUAPAN

**“CAUSAS DE NO REALIZACIÓN DE PAPANICOLAOU EN UNA POBLACIÓN
RURAL”.**

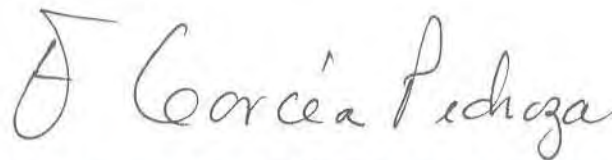
**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR**

**P R E S E N T A
DR.SERVIN DUARTE JUAN MANUEL**

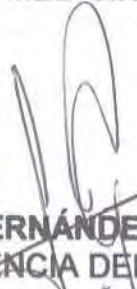
AUTORIZACIONES



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



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



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

URUAPAN, MICH.

2009

DEDICATORIA

CON TODO MI AMOR Y CARIÑO A MIS PADRES JUAN MANUEL SERVIN VALENCIA Y MA. CARMEN DUARTE CANO, POR SU APOYO INCONDICIONAL Y SER MI EJEMPLO A SEGUIR.

A MI ESPOSA ANA SOFÍA CARRILLO SANCHEZ POR SER EL MOTOR DE MI VIDA Y COMPARTIR SU VIDA CONMIGO.

A MIS HIJOS JUAN MANUEL SERVIN CARRILLO Y ANA SOFÍA SERVIN CARRILLO POR TODO SU APOYO Y COMPRENSIÓN, ASI COMO POR SER LA RAZÓN DE MI EXISTIR.

A MIS HERMANAS PATRICIA DEL CARMEN SERVIN DUARTE Y CYNTHIA SERVIN DUARTE, POR SU CARIÑO Y APOYO INCONDICIONAL.

AGRADECIMIENTOS

A MI MAESTRA Y TUTORA DRA. MARIA DEL PILAR ROCIO MORA CONTRERAS, POR SU ENSEÑANZA, APOYO CONSTANTE Y TIEMPO CONCEDIDO.

A MI MAESTRO DR. JOSÉ MELQUIADES JERÓNIMO CAMACHO PÉREZ POR SU DESEMPEÑO EN LA ENSEÑANZA Y POR SER UN GUÍA HACIA EL FINAL DE ESTA META.

AL MATEMÁTICO CARLOS GÓMEZ ALONSO, POR SU ASESORÍA EN EL ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

INDICE

I.-TITULO.....	1
II.-AUTORIZACIONES.....	2
III.-DEDICATORIA.....	4
IV.-AGRADECIMIENTOS.....	5
V.-RESUMEN.....	7
VI.-ABSTRACT.....	8
VII.-INTRODUCCIÓN.....	9
VIII.-ANTECEDENTES.....	11
IX.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	34
X.-PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	34
XI.-JUSTIFICACIÓN.....	35
XII.-OBJETIVO.....	35
XIII.-OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	35
XIV.-TIPO DE ESTUDIO.....	36
XV.- MATERIAL Y MÉTODOS.....	36
XVI.-DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES.....	39
XVII.-RESULTADOS, ANÁLISIS ESTADÍSTICO, GRÁFICAS Y TABLAS.....	42
XVIII.- DISCUSION.....	56
XIX.-CONCLUSIONES.....	59
XX.-CRONOGRAMA.....	60
XXI.-BIBLIOGRAFÍA.....	61
XXII.-ANEXOS.....	64

RESUMEN

“CAUSAS DE NO REALIZACIÓN DE PAPANICOLAOU EN UNA POBLACIÓN RURAL”

INTRODUCCIÓN: El impacto del cáncer cervicouterino es devastador, constituye actualmente uno de los más grandes problemas de salud de América latina. Aunque se dispone de una prueba eficaz para la detección precoz, y con ella el tratamiento oportuno, más de 30,000 latinoamericanas mueren anualmente por esta afección debido en gran parte a su renuencia a realizarse la prueba. México es uno de los países con mayor incidencia y mortalidad por cáncer cervicouterino; ocupa el quinto lugar a nivel mundial.

OBJETIVO: Identificar las causas de no realización de la detección oportuna de cáncer cervicouterino en una población rural, perteneciente al IMSS.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se estudiaron 217 mujeres adscritas a la UMF No. 57 de Tancítaro Mich. en el rango de edad de 25 a 64 años, las cuales nunca se habían realizado la citología vaginal o no se la habían realizado en los últimos 3 años. Con la aplicación de un cuestionario validado por una ronda de expertos, y previa prueba piloto, se determinaron las causas de no realización de la citología vaginal. También se estudiaron variables sociodemográficas.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO: Se utilizó estadística descriptiva con medidas de resumen, de dispersión y medidas de tendencia central. La asociación entre las variables y las respuestas se analizó con la prueba de X^2 . Los datos fueron analizados con el programa SPSS versión 15.

RESULTADOS: El promedio de edad de las mujeres encuestadas fue de 39 años, y el grupo de edad en el que hubo mayor renuencia a la toma de la muestra fue de los 25 a 32 años, con un 32.26%. Entre los causales mayormente encontrados se encontró que el 94.9% de las pacientes refieren que no les parecer bien que la prueba la realice un hombre, el 92.6% refiere vergüenza, al 78.8% les da miedo realizarse la prueba, el 68.7% manifestó que no les gusta hacerse la prueba y al 27.6% no les llegó el resultado.

CONCLUSIONES: Una gran parte de las actitudes y decisiones humanas tienen que ver con la influencia que ejerce la familia y el ambiente externo, en el que están inmersos una gran variedad de factores sociales, culturales, biológicos, económicos y políticos entre otros. La decisión de cuidar de uno mismo no escapa a dicha influencia y a la interacción de la persona con los múltiples factores del entorno, por lo que las causas de no realización del Papanicolaou, a pesar de que encontramos algunas respuestas, siguen siendo ambiguas.

ABSTRACT

“CAUSES NON REALIZATION OF PAPANICOLAOU IN A RURAL POPULATION”

INTRODUCTION: The impact of the cervical cancer is devastating, it constitutes one of the biggest problems in health of Latin America at the moment. Although we have an effective test for the opportune detection, and with it we can be the opportune treatment, more than 30,000 Latin Americans dies annually for this affection, its due by reluctance to be carried out the test the papanicolaou. Mexico is one of the countries with bigger incidence and mortality for cervical cancer; it occupies the fifth place at world level.

OBJECTIVE: To identify the causes of non realization of the opportune detection of cervical cancer in a rural population, belonging to the IMSS.

MATERIAL AND METHODS: 217 women were studied registers to the UMF. 57 of Tancítaro Mich. in the age range of 25 to 64 years, which had never been carried out the vaginal cytology or they had not carried out it to her in the last 3 years. With the application of a questionnaire validated by a beat of experts, and previous test pilot, the causes of non realization of the vaginal cytology were determined. Variable sociodemographic was also studied.

STATISTICAL ANALYSIS: Descriptive statistic was used with summary measures, of dispersion and measures of central tendency. The association between the variables and the answers was analyzed with the test of X². The data were analyzed with the program SPSS 15.

RESULTS: The average of the interviewed women's age was of 39 years, and the age group in which there was bigger reluctance to the taking of the sample went from the 25 to 32 years, with 32.26%. Among the causal ones mostly opposing it was found that 94.9% of the patients refers that them not to seem well that the test carries out it by man, 92.6% refers shame, to 78.8% they scares to be carried out the test, 68.7% manifested that they don't like to be made the test and 27.6% didn't receive the result.

CONCLUSIONS: A great part of the attitudes and human decisions have to do with the influence that exercises the family and the external atmosphere, in which they are wrapped up a great variety of social, cultural, biological, economic factors and politicians among others. The decision of taking care of oneself doesn't escape to this influence and the person's interaction with the multiple factors of the environment, for that that the causes of non realization of the Papanicolaou, although we find some answers, they continue being ambiguous.

INTRODUCCIÓN

El cáncer cervicouterino es una alteración celular que se origina en el epitelio del cuello del útero y que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras de lenta y progresiva evolución, que se pueden suceder en etapas de displasia leve, moderada y severa; evolucionando a cáncer in situ (circunscrito a la superficie epitelial) y/o a cáncer invasor, éste último traspasa la membrana basal.

El virus del papiloma humano juega un papel muy importante en el desarrollo del cáncer cervicouterino, cuyo contagio cada vez es en etapas más tempranas de la vida, constituyendo actualmente uno de los más grandes problemas de salud a nivel mundial.

En los países en los que se tienen campañas adecuadas de detección con el estudio citológico cervical, se ha observado una importante disminución de la incidencia y de la mortalidad, dicha disminución ha sido atribuible a la detección de las lesiones precursoras y preinvasoras, las displasias o neoplasias intraepiteliales cervicales en las que el diagnóstico oportuno ofrece la posibilidad de tratamiento exitoso a un menor costo, tanto social como para los servicios de salud. Si bien se han resuelto muchas interrogantes sobre la etiología del cáncer cervicouterino y se encuentran en desarrollo alternativas terapéuticas y de prevención, para lograr altas coberturas de detección temprana es necesario realizar el estudio citológico Papanicolaou, el cual es sugestivo y apoya la identificación de las mujeres sospechosas; su resultado determina el que las mujeres accedan a los servicios de diagnóstico definitivo, así como al tratamiento y seguimiento de las mujeres

afectadas, constituyendo el eje fundamental del programa de Prevención y Control del Cáncer Cérvicouterino. En nuestro país el perfil epidemiológico muestra incremento en la incidencia de esta enfermedad, lo que lleva a que se magnifique como un problema de salud pública, por lo que es necesario subrayar como estrategia principal la coordinación de los sectores público, social y privado para afrontar este padecimiento con mayor compromiso, interés y dedicación.

La muerte por este cáncer en nuestro país hoy en día es cuestionable, pues los conocimientos científicos y tecnológicos permiten no sólo la detección temprana de las lesiones precancerosas, sino también el tratamiento oportuno (1,4).

ANTECEDENTES

El impacto del cáncer cervicouterino en el mundo es devastador, se estima que causa alrededor de 500,000 muertes al año. En países en desarrollo, su incidencia llega hasta 40 por 100,000 mujeres. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, se estima que en el mundo existen más de 11 millones de personas con diagnóstico de cáncer al año y habrá 16 millones de casos nuevos para el año 2020.

El cáncer cervicouterino es una neoplasia que tarda en promedio, de 10 a 20 años para desarrollarse, y generalmente evoluciona de manera silenciosa, sin síntomas. Este largo período ofrece la gran oportunidad de detectarlo a tiempo, de prevenirlo, atenderlo y evitar su evolución al cáncer invasor.

A nivel mundial existe una prevalencia de 440 millones de personas con infección genital de virus del papiloma humano íntimamente relacionado con la presentación del cáncer cervicouterino; la prevalencia de infección por virus del papiloma humano (HVP) en el carcinoma cervicouterino reportada es del 97%. Los tipos más frecuentes del virus del papiloma humano asociado con la aparición del cáncer cervicouterino son el HVP-16 (ocupa el 57% de los casos) y el HVP-18 (ocupa el 14% de los casos); el 29% restante lo ocupan los tipos de HVP 31,33,35,39,45,51,66 (1)

La frecuencia de infección con este virus en mujeres entre los 15 y 25 años es de más del 50 % en los primeros tres a cuatro años de haber iniciado su vida sexual. El periodo de incubación es muy variable de tres meses en adelante, sin embargo puede durar años en etapa subclínica. Aproximadamente el 25% de

los casos que persisten, desarrollan lesiones de bajo grado, aunque la mayoría de las lesiones transcurren sin ser aparentes y desaparecen sin dejar lesión. Un porcentaje del 5 al 10 % de estos casos evoluciona a lesiones displásicas o neoplásicas (2).

El virus del papiloma humano, es un virus pequeño de 55 nm de diámetro, cubierto por una cápside, que contiene una doble hebra de DNA circular. El genoma está formado por 10 regiones codificadoras ó de transcripción (ORF), que se designan tempranas (E1-E8) y tardías (L1-L2); y una no codificadora (NCR o URR). Se multiplica dentro de las células infectadas y se caracteriza por producir cambios morfológicos en el tejido epitelial, acantosis o hiperqueratosis, así como por la capacidad de inducir los tumores en el tejido infectado. La vía de transmisión es la sexual. Hasta hoy se han identificado más de 100 tipos de virus del papiloma humano según sus diferencias en la secuencia del ácido desoxirribonucleico (DNA), de ellos alrededor de 40 tipos pueden infectar la región ano genital. La clasificación de acuerdo con el riesgo oncogénico del virus del VPH en sus diversos tipos no esta aún bien definida, sin embargo se conocen con bajo riesgo oncogénico a los tipos 6,11,40,42,43,44,54,61,70,72 y 81. Con alto riesgo oncogénico se tienen a los tipos 16,18,31,33,35,39,45,51,52,56,58,59,68,73 y 82. Los demás tipos aún se encuentran en estudio (3).

El cáncer causa siete millones de muertes cada año, es decir, el 12.5% de la población mundial muere por esta causa. Existen cerca de 490,000 casos de cáncer cervicouterino reportados cada año en el mundo, de los cuales el 80% de los casos provienen de países en desarrollo; se estima que en Latinoamérica existen 72,000 casos por año. Con base en datos recientes de la Organización

Panamericana de la Salud (OPS), entre el año 1996 al 2001 existieron 1.56 millones de años de vida potencialmente perdidos al morir 50,032 mujeres de entre 25-64 años de edad por cáncer cervicouterino en 13 países de Latinoamérica. El cáncer cervicouterino es uno de los problemas más grandes en salud pública de América Latina. Aunque se dispone de una tecnología eficaz para la prevención de esta afección, más de 30,000 latinoamericanas mueren anualmente, y México no escapa de esta problemática; siendo uno de los países latinoamericanos con mayor incidencia, de alrededor de 12.5 por cada 100,000 mujeres, ocasionando la muerte a 4,500 mujeres cada año, por lo que ocupa el quinto lugar a nivel mundial. En México es la primera causa de muerte por cáncer en mujeres, pues aproximadamente cada 2 hs muere una mexicana (4).

La aparición de una enfermedad aguda, crónica o terminal en alguno de los miembros de la familia puede representar un serio problema tanto en su funcionamiento como en su composición, como es el caso del cáncer cervicouterino en la mujer, que es altamente prevenible mediante la prueba de tamizaje del Papanicolaou y que sin embargo continúa presentándose en cifras alarmantes debido a la negativa de su realización; podría considerarse como una crisis, dada la desorganización familiar que se produce y que impacta en cada uno de sus miembros.

Debemos entender por familia una unidad biopsicosocial, integrada por un número variable de personas, ligadas por vínculos de consanguinidad, matrimonio y/o unión estable y que viven en el mismo lugar; se entienden como una forma de organización grupal intermedia, entre la sociedad y el individuo, pero que corresponde a la clase social a la que pertenece, lo cual significa que la

participación de sus miembros en el proceso productivo responde a la forma de organización social. La familia cumple funciones vitales que otros grupos no pueden llevar a cabo tan eficazmente. Dichas funciones comprenden el afecto, socialización, cuidado y status. La concepción sistémica de la institución familiar, la representa como un subsistema social abierto, en constante interacción con el medio natural, cultural y social, y en el que cada uno de sus integrantes interactúan como un microgrupo con su entorno familiar, donde existen factores biológicos, psicológicos y sociales de alta relevancia en la determinación del estado de salud (5).

Para adaptarse a esta nueva situación de enfermedad, la familia pone en marcha mecanismos de autorregulación que le permiten seguir funcionando, de tal manera que se generan cambios en las interacciones familiares que tienen un propósito específico, consciente o inconsciente, y que pueden llevar a la familia a situaciones complejas de equilibrio o desequilibrio, poniendo en riesgo el bienestar y manejo del paciente enfermo, así como la funcionalidad del sistema familiar.

Los cambios que se producen en las familias en relación con la enfermedad no siguen un patrón específico, más bien están dados por las propias características familiares, tales como su etapa del ciclo vital, el momento de la vida del paciente, el grado de solidez de la familia, el nivel socioeconómico, la función que cubra la enfermedad para ese grupo en específico, la historia familiar, etcétera. La enfermedad que tiende a la cronicidad o que incluso se convierte en terminal, favorece que el paciente “sea etiquetado como diferente”, ya sea por el tipo de expectativas que posee, por las nuevas necesidades de cuidados y alimentación, por su aspecto físico, por su autoestima, por su capacidad de

trabajo, etc. que afectan el tipo de relación interpersonal con los miembros de la familia y con sus conocidos. Esta relación puede evolucionar lentamente hasta el deterioro irreversible. Durante todo este proceso de enfermedad, la familia sufre al igual que el paciente y se pueden generar cambios catastróficos dentro del seno familiar; ante ésto el médico debe prevenir, diagnosticar e intervenir, ya sea directamente o a través del equipo multidisciplinario de salud.

La enfermedad puede considerarse como una crisis, debido a la capacidad que tiene para desorganizar un sistema familiar, al igual que pudiera hacerlo una separación, la pérdida de algún miembro (por ejemplo: como puede ser el caso de la muerte por cáncer cervicouterino) etc. El desajuste puede tener diferentes intensidades, las cuales van a estar influenciadas por el tipo de enfermedad y la dinámica del grupo familiar en torno a ella. La eclosión de la enfermedad en la familia genera una serie de desajustes en la manera de convivir y funcionar por parte de sus miembros, lo que conlleva a un procesamiento de la información relacionada con la enfermedad a la cual se le añaden valores, costumbres, y definiciones tanto del significado de la enfermedad en sí misma, como de las necesidades que tiene la familia para enfrentarla. En función de este proceso se generan una serie de respuestas adaptativas que pueden ser funcionales o disfuncionales, que pueden llevar a mayor estrés en la familia y a una crisis todavía más severa. Por ello resulta indispensable que el médico tratante, en este caso el médico familiar, se mantenga atento para apoyar al sistema en su conjunto de manera que las respuestas adaptativas sean lo más funcionales posibles dentro del potencial de cada grupo familiar.

Dentro de las respuestas a la enfermedad adaptativas que genera la familia, se pueden observar las de orden afectivo que incluyen aspectos como negación, ira, tristeza o depresión; la negociación de roles, flexibilidad de límites, etc. También se observan los problemas o desajustes de tipo económico, en los cuales resulta indispensable considerar la pérdida de capacidad económica de la familia por concepto de consultas, medicamentos y hospitalización, además de la disminución del ingreso económico por la incapacidad del enfermo para trabajar, como en el caso del padre o algún otro miembro de la familia económicamente activo (6).

A nivel mundial la palabra Papanicolaou se ha vuelto trivial y tema de conversación en todos los ámbitos, tanto en el consultorio médico, como en un restaurante. Sin embargo son pocos los que rinden tributo al ambicioso y brillante hombre y a su devota esposa Andromache Mavroyenus, responsables del descubrimiento de una de las técnicas de escrutinio más fáciles para detección de neoplasias en el siglo XX.

En 1923 en una reunión en Nueva York el Dr. Papanicolaou, de origen griego, propuso el uso de su método para diagnóstico de cáncer uterino. Sin embargo uno de sus contemporáneos el Dr. James Ewing, conocido por su publicación de "Enfermedades neoplásicas" en 1919, se mostró escéptico ante esta posibilidad, y fue él quién cuestionó el que por este método se pudiera realizar una distinción entre el carcinoma endometrial y cervical durante una revisión. Cuando el Dr. Papanicolaou replicó que no, el Dr. Ewing anunció que este método diagnóstico era inútil debido a que era mucho más fácil y más

determinante realizar una biopsia. Sin embargo esto no desalentó a Papanicolaou para continuar su estudio sobre frotis vaginales y cervicales.

En Febrero de 1925 inició un estudio sistemático en frotis vaginales con mujeres voluntarias y trabajadoras del hospital de la mujer de Nueva York. Posteriormente, al encontrar frotis con neoplasias y adquirir pericia en la diferenciación de los frotis, es que el Dr. Papanicolaou menciona que “es una de las experiencias más emocionantes de toda su vida” (7).

Para confirmar estas observaciones es que decide continuar con estas observaciones en mujeres con diagnóstico de cáncer ya establecido, y finalmente en una conferencia del 2 al 5 de Enero de 1928 en Battle Creek Michigan, es que hace público su descubrimiento. Al término de su conferencia en el Diario Mundial de Nueva York se publicó que “el Dr. Papanicolaou no se encuentra en condiciones de mencionar qué tan útil es su descubrimiento en el actual tratamiento de la neoplasia por sí sola, pero este método promete ser una excelente herramienta pronóstica en la determinación de cáncer en etapas iniciales”. En esta conferencia es donde se describe la técnica de tinción por primera vez y que posteriormente se adoptaría solo por el epónimo de su descubridor (8).

El 11 de marzo de 1941 finalmente su trabajo fue presentado para aprobarse en publicación, y ésta vio la luz en agosto de 1941, en el American Journal of Obstetrics and Gynecology (9).

En la década de los ochenta, la terminología de displasia cambió a neoplasia intraepitelial cervical (NIC) de diferentes grados; posteriormente se encontró que la neoplasia intraepitelial cervical grado 1 difería en su conducta

biológica con los grados 2, 3, y los tipos de virus del papiloma humano, reemplazando la NIC 1 y/o la infección por VPH por la nomenclatura de lesión intraepitelial escamosa (LIE) de bajo grado, y de la misma manera al NIC 2 y 3 como LIE de alto grado (10).

En una época el cáncer cervicouterino en los Estados Unidos fue la neoplasia maligna más común del tracto genital femenino, pero después de los años 50's la incidencia y la tasa de mortalidad descendieron de forma dramática, hasta ubicarse actualmente después del carcinoma de endometrio en cuanto a incidencia, y en mortalidad después del cáncer ovárico. México a nivel mundial tiene la mayor tasa de mortalidad reportada y Grecia la menor (15.9 y 1.3 por 100,000 mujeres respectivamente). El progreso de la reducción de la mortalidad por esta neoplasia se atribuye en primer lugar a la introducción del empleo rutinario de la tinción de Papanicolaou y a las agresivas campañas a nivel nacional que han permitido educar a la población y adoptar a este método como un estudio cotidiano después del inicio de su vida sexual (11).

El cáncer cervicouterino es una patología que está matizada por múltiples factores, que han probado su asociación significativa y su influencia determinante para que el riesgo de padecer la enfermedad aumente, asociados a la presentación de cáncer cervical, ya sea en su espectro de lesiones premalignas o como neoplasia francamente invasora. En la actualidad se ha demostrado, a través de los estudios epidemiológicos, que el factor de mayor riesgo para el desarrollo de displasias y carcinomas invasores del cérvix es la infección por el virus del papiloma humano. Existen además, otros factores de riesgo que aumentan la posibilidad de presentar dicha patología y que se dividen en:

MUJERES CON BAJO RIESGO:

- Edad de 24-39 años.
- Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual (herpes tipo II y chlamydia).
- Deficiencia de folatos y vitamina A, C y E.
- Tabaquismo positivo.
- Uso de anticonceptivos hormonales por más de 5 años.
- Inmunodeficiencia congénita o adquirida
- Inflamación cervical crónica resistente a tratamiento médico convencional.
- Bajo nivel socioeconómico.
- Baja escolaridad, menor a 4 años cursados

MUJERES CON ALTO RIESGO:

- Edad de 40 a 64 años.
- Inicio temprano de las relaciones sexuales antes de los 18 años.
- Múltiples parejas sexuales (de la mujer o de su pareja).
- Infección cervical por Virus del Papiloma Humano.
- Nunca haberse practicado estudio citológico, y cursar con más de 35 años de edad.
- Primer embarazo antes de los 18 años.
- Multiparidad mayor a 5 nacimientos (ya sea por partos o cesáreas).
- Control citológico anormal.
- Sistema inmunológico comprometido.

Mediante el método del Papanicolaou o citología cervical, se puede disminuir la incidencia y mortalidad de la población femenina a nivel mundial, es el método diagnóstico de elección que permite el examen microscópico directo de las características de las células del epitelio del cérvix y del canal endocervical, utilizando una técnica de tinción conocida como técnica de Papanicolaou. Para la detección oportuna del cáncer del cuello del útero, el diagnóstico es emitido por el citotecnólogo o patólogo, incluye desde la ausencia de lesión, pasando por los cambios inflamatorios no patológicos y todo el espectro de displasias leve, moderada y severa; el cáncer in situ y el cáncer invasor. Es importante recalcar que cualquier hallazgo de patología sugestiva de cáncer cervicouterino, en la citología cervical debe ser confirmado mediante estudio colposcópico y biopsia dirigida.

El Colegio Americano de Gineco-Obstetras (ACOG) y la Federación Internacional de Gineco-Obstetras (FIGO), propusieron en 2001 el período en que se debe realizar el inicio de la detección oportuna con citología exfoliativa, así como el seguimiento de la misma de acuerdo al riesgo de cada mujer.

DetECCIÓN INICIAL	Inicio a los 18 años ó inicio de vida sexual activa
Citología Inicial (-) Mujeres de alto riesgo	Anual
Citología Inicial (-) Mujeres de bajo riesgo	Después de 3 anuales (-) Cada 3 años.
Mujer expuesta a derivados de estrógenos in útero.	Iniciar la detección a los 14 años, y con VSA cada 6 o 12 meses.
Post histerectomía (por padecimiento benigno)	Cada 3 años.
Post tratamiento de Neoplasia Intraepitelial Cervical o Cáncer Invasor.	Cada 3 meses por 2 años, luego cada 6 meses por 3 años; posteriormente cada año.

Las contraindicaciones que existen para la toma de muestra son:

- A. Presencia de sangrado o hemorragia trasvaginal.
- B. La toma con cepillo colector está contraindicada en la mujer embarazada o en aquellas con cervicitis severa, y sólo se hará la toma en el exocérvix.
- C. En las mujeres con tumor visible del cuello no está indicada la citología cervical, debe enviarse inmediatamente a la clínica de displasia.
- D. En la mujer núbil deberá realizarse la citología cervical con los mismos indicadores de la norma, con previo consentimiento informado por escrito, procedimiento a realizar por el médico especialista, variando el cuidado de la técnica; se introducirá el material de toma de muestra (hisopo o espátula de Ayre), percibiendo a través del tacto el cuello uterino y se toma la muestra (exo-cervical).

Para valorar si la muestra se tomó en forma adecuada se considerará la presencia en la laminilla de células endocervicales y exocervicales, ya que esto indica que la muestra fue tomada de la zona de transición o de la unión escamocilíndrica. Se debe de tener, control de calidad en la interpretación de la citología cervical, es decir; cada citotecnólogo revisa 40 laminillas por día. El 100% de las muestras reportadas por el citotecnólogo con anomalías debe ser verificado por el médico patólogo. Del total de muestras interpretadas sin anomalías citológicas, de un 2 a 10 % tomadas al azar deben ser verificadas por el médico patólogo. Los resultados del estudio citológico por lo general están listos para regresar con el personal de salud que tomó la muestra, en promedio de una o dos semanas. El proceso completo de detección citológica oportuna incluye

la valoración del resultado de citología cervical por personal de salud calificado y la información de éstos y sus implicaciones, así como el inicio de las intervenciones terapéuticas o de referencia correspondientes; el proceso debe completarse en un lapso no mayor a 30 días a partir de la toma de la muestra inicial para la citología.

Según la Norma Oficial Mexicana las mujeres sanas entre 25 y 64 años, a quienes nunca se les haya practicado el estudio, independientemente de su actividad sexual o de ser núbiles; deben ser sometidas a tamizaje durante 2 años consecutivos; si ambas citologías resultan negativas para lesiones neoplásicas del cérvix o para infección por VPH, el estudio de tamizaje se podrá realizar cada tres años. Cualquier mujer que suspenda los estudios por más de tres años, debe someterse a tamizaje durante 2 años consecutivos nuevamente para garantizar la ausencia de lesiones en el epitelio cervical. Las mujeres con lesiones de bajo grado (displasia leve NIC 1) deberán someterse a exámenes anuales para conocer su evolución, y en las que se hayan demostrado lesiones de grado avanzado, deberán realizarse procedimientos de complementación diagnóstica como la colposcopia y la biopsia, para permitir las acciones de tratamiento y control; debiendo ser referidas y/o atendidas en clínicas de displasia y/o segundo nivel de atención.

Entre los factores que conducen a la insuficiencia en los programas de prevención y control del cáncer cervicouterino, se encuentra la ausencia de un estricto control de calidad tanto en la toma como en la interpretación de la citología, que involucra a la supervisión directa y el uso de indicadores. Las indicaciones para evitar falsos positivos o negativos en el resultado de la citología

cervical son: el que la mujer no debe someterse a la toma de muestra durante los días en los que presenta sangrado menstrual preferentemente, y tampoco debe tener relaciones sexuales durante las 24 hrs. previas a la toma de la muestra. En caso de estar utilizando tratamientos cervicales tópicos (óvulos), éstos deben suspenderse durante una semana previa a la toma de muestra. El embarazo no es una contraindicación para la citología cervical, sin embargo es muy importante que se registre la presencia de gestación y preferentemente se detalle el tiempo de embarazo y cualquier otra información de importancia clínica en la solicitud del estudio que acompañará a la muestra de laboratorio. Recuerde que en la embarazada sólo se realiza la toma de muestra del exocérvix, nunca la de cepillo colector del endocérvix. Es importante recordar que en los casos de histerectomía parcial o total, las pacientes deberán continuar con su vigilancia y control a través de la toma de Citologías Vaginales o Papanicolaou.

El resultado del estudio citológico es descriptivo, y cuando George Papanicolaou en 1941 propuso por primera vez la evaluación citológica de células obtenidas del cérvix y vagina como método para detectar cáncer cervical y sus precursores, y en 1950 se universalizó para los estudios de citología cervical; también desarrolló el sistema de clasificación de los hallazgos de acuerdo con lo que se conocía en ese momento sobre las alteraciones celulares; actualmente desde el año 2001, se utiliza la clasificación de Bethesda para el reporte de la prueba de Papanicolaou y se le categoriza en cinco clases:

Clase I: Negativo a anomalías celulares. (Normal)

Clase II: Negativo a cambios celulares sugestivos de neoplasia, con cambios sugestivos de inflamación inespecífica (Metaplasia).

Clase III: Sospechoso por la presencia de cambios celulares atípicos no concluyentes de neoplasia. (displasia leve NIC I, displasia moderada NIC 2, displasia grave NIC 3).

Clase IV: Altamente sospechoso de Carcinoma cervical. (Carcinoma in situ).

Clase V: Carcinoma invasor del cérvix.

Hallazgos adicionales: Imagen del virus del papiloma humano, imagen del virus del herpes, tricomonas, bacterias, hongos, otras alteraciones, que asociadas a Clase II, deberán ser referidas a clínica de displasia y/o especialidad médica (4).

En las instituciones del sector público la citología deberá practicarse gratuitamente, sin exclusión de ninguna mujer solicitante por razones económicas o de edad, pudiéndose brindar el servicio a quien lo solicite con mayor periodicidad. Para la toma satisfactoria de la citología cervicovaginal es necesario solicitar el consentimiento informado de la mujer, tomar una muestra correctamente, registrarla y mandarla a laboratorio para su interpretación y posterior seguimiento de acuerdo al diagnóstico. En este contexto, la educación para la salud tiene como propósito lograr la participación activa, reflexiva y entusiasta de la comunidad mediante un proceso educativo dirigido a mujeres, familia y población en general, para que puedan tomar decisiones más responsables en cuanto a su cuidado. Estas actividades educativas las realiza el personal de salud con el objeto de incrementar la cobertura de detección de

lesiones precursoras y de cáncer cervicouterino en los grupos de mayor riesgo, con relación a los factores y estilos de vida que contribuyen a la enfermedad y sobre el conocimiento de técnicas y procedimientos disponibles para la detección oportuna, con acciones concretas de educación y promoción; mediante la participación activa en la planeación, ejecución y evaluación de las actividades de prevención; principalmente por parte del personal de enfermería. Es esencial que la educación esté dirigida especialmente a las mujeres para persuadirlas a aceptarla, asegurándose que la población femenina conozca los motivos de la detección y la eficacia de los tratamientos recomendados.

La información debe ser proporcionada de acuerdo al entorno cultural local, con la participación de mujeres líderes en la comunidad, de los proveedores de servicios de salud, del magisterio, de grupos voluntarios y asociaciones civiles; así también, es necesaria la información a los hombres desde el inicio de su madurez sexual por su vinculación con los factores de riesgo, así como para impulsar a su pareja a que acuda a la detección (12).

Debido a que la principal causa de muerte por cáncer entre las mujeres de 25 a 64 años en México es el cáncer cervicouterino, se instauró en el año de 1994 la Norma Oficial Mexicana (NOM) para la prevención, tratamiento y control de dicha patología, en donde se marca el procedimiento de elección para la prevención y detección oportuna de esta neoplasia maligna, mediante el descubrimiento temprano de alteraciones citológicas y colposcópicas, las cuales deben ser corroboradas mediante el estudio histopatológico (13).

En la ciudad de México el 64.2% de las mujeres entre 15 a 49 años tienen antecedentes de realizarse el Papanicolaou, y sólo el 40% de las mujeres en edad

reproductiva en la población rural del país saben para qué sirve tal estudio; siendo que el conocimiento de la utilidad del Papanicolaou incrementa en seis veces más la posibilidad de utilización. Según estudios la prueba del Papanicolaou a la primera lectura tiene una sensibilidad de 25.5% (con intervalo de confianza del 95% de 12.7-44.0) y especificidad de 84.4. (con intervalo de confianza del 95% de 77.5-89.6) y un valor predictivo positivo de 26.8% (con intervalo de confianza del 95% de 13.4– 45.9) (14).

Como sabemos, una prueba de tamizaje permite la identificación de un factor de riesgo asociado a una enfermedad o de la misma enfermedad. Este tipo de pruebas debe presentar alta sensibilidad, especificidad, simplicidad, bajo costo, seguridad y aceptabilidad. Debido a esto, existen métodos alternativos como la aplicación de ácido acético al cérvix y la detección molecular del virus del papiloma humano (captura de híbridos y reacción en cadena de la polimerasa); todas estas pruebas se ven confirmadas por el diagnóstico histopatológico, que constituye el estándar de oro.

La técnica del ácido acético consiste en la aplicación de ácido acético al 5% del epitelio cervical al momento de la exploración ginecológica. El ácido acético penetra en el epitelio con conexiones laxas como el epitelio con alteraciones celulares. Esta reacción se debe a cambios de ionización, provocando coagulación y precipitación de algunas proteínas (citoqueratina), lo que da una apariencia blanquecina. El problema consiste en que tiene una baja especificidad, lo que incrementa el número de análisis de biopsias innecesarias.

La técnica molecular PCR-RLF (reacción en cadena de la polimerasa-polimorfismo de longitud de los fragmentos de restricción) permite la identificación

y tipificación del virus del papiloma humano con gran precisión, debido a ello se ha sugerido como un método de gran utilidad en el diagnóstico y seguimiento de la presencia y persistencia del virus del papiloma humano de alto riesgo (2).

La colposcopia es una técnica de visualización del cuello uterino mediante la inspección directa a través de un microscopio de baja resolución, además es un método para evaluar mujeres con citologías anormales, que debe operarse con un sistema de control de calidad y vigilancia para que se realice con estándares aceptables.

Las pruebas de detección del cáncer cervicouterino se consideran eficaces para reducir la incidencia y la mortalidad, sin embargo, se identifican factores que se vinculan con el fracaso del programa de detección de cáncer, como baja cobertura, tanto en disponibilidad, como en la utilización de los servicios de detección, en especial en las áreas rurales, por aspectos culturales y de ideología, también la mala calidad de los frotis y de su interpretación; así como el deficiente seguimiento de las mujeres que requieren mayor evaluación y tratamiento (15).

En un estudio clínico prospectivo, transversal y descriptivo realizado durante el periodo del 24 de abril de 1998 al 15 de diciembre de 1999, se captaron un total de 328 pacientes con el objetivo de comparar la eficacia, especificidad y sensibilidad de la citología y la colposcopia en el diagnóstico de las lesiones cervicales del virus del papiloma humano en una Clínica de Displasias, donde se encontró que la sensibilidad de la colposcopia para el diagnóstico de la infección del virus del papiloma humano es del 83%, siendo mayor que la del Papanicolaou, que es del 41%; sin embargo la citología tiene una especificidad del 86%, a diferencia del estudio colposcópico que es de un 66%; por lo que se trata de

métodos complementarios y nada puede sustituir, en casos de duda, al estudio histológico (16).

En el 2004 se realizó en una Unidad de Medicina Familiar No 28 de Monterrey Nuevo León perteneciente al IMSS un estudio a 105 mujeres de entre 25 y 64 años de edad, habitantes de 15 regiones. Se aplicó una encuesta con 31 ítems; 24 de opción múltiple, 7 preguntas abiertas, 21 de carácter personal y 10 de orden institucional. Su objetivo fue determinar los factores personales y psicosociales que influyeron en la decisión de realizarse o no una citología vaginal. Los resultados que se obtuvieron fueron: en cuanto al conocimiento sobre el programa de detección oportuna del cáncer cervicouterino el 70% obtuvo una calificación menor al 70%. En cuanto a los aspectos culturales y psicológicos se encontró que el 70% “sentía pena” para la realización de la detección; el 63% refirió angustia; el 36% dijo creer que podría ser doloroso; el 21% creyó que el realizárselo podría ocasionar alguna infección; el 75% refirió que su pareja estaba de acuerdo en que se realizara la prueba y un 34% manifestó que la duda de conocer el resultado del examen sería angustiante. En los aspectos institucionales se encontró que sólo 41% de las mujeres recibieron información sobre la importancia de la detección, el 22% de las encuestadas fueron enviadas al servicio de medicina preventiva para la detección, el 32% refirió haber recibido información sobre los horarios en los que se lleva a cabo la detección, el 59% evaluó como bueno el trato en el servicio de medicina preventiva, el 73% manifestó conocer los resultados de su examen, y a 5 mujeres se les negó el servicio: a 4 de ellas por no ser derechohabientes y a una por falta de material. Se pudo concluir que es indudable que gran parte de las actitudes y decisiones

humanas tienen que ver con la influencia que ejerce el ambiente externo, en el que están inmersos una gran variedad de factores sociales, culturales, biológicos, económicos y políticos entre otros. Pero siguió vigente la pregunta de por qué no acuden las mujeres a realizarse la prueba para la detección oportuna del cáncer cervicouterino. Es muy probable que no se hayan superado algunas cuestiones culturales: creencias arraigadas y transmitidas de generación en generación, mismas que le dan significado a los sentimientos y pensamientos de cada una de ellas. Entre las barreras institucionales que se identificaron la más importante fue la falta de integración y trabajo en equipo del personal de salud, ya que el médico envía a la mujer a la detección, pero no le informa sobre su utilidad ni la educa; tampoco se aprovecha la presencia de la mujer en la Unidad para que sea orientada por el resto del personal de salud cuando el médico no lo hace (12).

En un estudio de casos y controles que se realizó en el Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI, del Instituto Mexicano del Seguro Social de julio de 2000 a enero de 2003, para identificar los factores sociales y reproductivos asociados con la falta de cumplimiento al programa de detección oportuna de cáncer cervical, se encontró que aproximadamente la mitad de los casos no tenía antecedente de citología cervical antes del proceso diagnóstico (46.5 %), comparado con 9.9 % de las mujeres control quienes se habían efectuado la prueba alguna vez. La mayoría de las mujeres, tanto casos como del grupo control, refirió que habían transcurrido más de 10 años después de haber iniciado vida sexual para la realización del primer estudio (29.7 % en casos y 41.1 % en control). Si consideramos que el intervalo de tiempo para realizar la citología cervical no debe ser mayor a tres años, sólo 23.3 % de los

casos tuvo este antecedente, comparado con 70.4 % del grupo sin cáncer, cifras que corresponden a cumplimiento adecuado del programa para detección de cáncer de cérvix, conforme la definición utilizada en este estudio.

Al reclasificar a la población de estudio de acuerdo con el cumplimiento del programa para detección oportuna de cáncer cervical y ajustar por variables sociales y demográficas, se observó que las mujeres con cáncer de cérvix tuvieron un riesgo 10 veces mayor (7.4-16.2) de incumplimiento al tamizaje, 4.8 (3.4-6.7) más probabilidades de no haberse realizado el estudio en los tres años previos al diagnóstico y 6.7 veces (4.7-9.7) de no habérselo efectuado nunca antes. En todos los grupos de edad se mostró alta frecuencia de incumplimiento, pero el grupo de mayor edad presentó la tasa más alta (ORa = 2.9, 1.6-5.3). Las pacientes que refirieron lugar de residencia en el área conurbada de la ciudad de México tuvieron mayores probabilidades de incumplimiento (ORa = 2.5, 1.7-3.5); 70 % de las mujeres sin escolaridad mostró falta de adherencia al programa de tamizaje, comparado con 32.2 % de las mujeres con mayor nivel educativo (ORa = 3.8, 1.7-6.0). Las mujeres con múltiples embarazos (más de cinco) mostraron mayor incumplimiento (ORa = 3.0, 1.6-5.3). Por otro lado, las mujeres con antecedente de uso de anticonceptivos presentaron menores probabilidades de incumplimiento (ORa = 0.6, 0.4-0.8). La frecuencia de mujeres que emplearon menos de 30 minutos para trasladarse a la unidad de primer nivel de atención médica fue muy similar entre quienes tuvieron cumplimiento y quienes no (76 versus 80 %). La población que llegaba caminando a su clínica o utilizaba el transporte público tuvo mayor riesgo de incumplimiento al tamizaje en relación con quienes contaban con automóvil particular (ORa = 2.3, 1.2-3.4). Lo que nos hace concluir que la tasa de

incumplimiento cercana al 30% es alta; los factores sociales y culturales fueron los de mayor relevancia (17).

En diversos estudios se mencionan actitudes y conductas que influyen en las mujeres para no realizarse el Papanicolaou como son: preferencia por una clínica especializada o con un ginecólogo, no les gusta el examen, tienen miedo a descubrir que padecen cáncer, prefieren que sea una mujer quien realice la toma de la muestra, creen que sólo se practica a mujeres con vida sexual activa, sienten temor de que se les lastime durante la toma, consideran que es una prueba poco importante, viven a más de 30 minutos de camino del centro donde se realiza la toma del estudio, tienen secreciones vaginales anormales o dolor abdominal durante el coito; les falta tiempo para realizársela, o sólo se la practican en ausencia de síntomas ginecológicos o urinarios.

En la Unidad de Medicina Familiar No. 57 de Tancítaro Michoacán, es grande la dificultad para la realización de la prueba de Papanicolaou por diversas razones, entre otras por la negativa de las propias pacientes para aceptarla realizársela; negativa que hasta el momento no se ha explicado. La cobertura de la detección del cáncer cervicouterino en mujeres susceptibles en la Unidad de Tancítaro Michoacán llegó a sólo del 7% en el 2007; siendo el indicador delegacional o la meta a alcanzar, del 25%.

La única Unidad que alcanzó y superó dicha meta fue la Unidad de Medicina Familiar de la Huacana Michoacán, que también es una población rural; su cobertura llegó al 27%. Cabe mencionar que en el año 2007 incluso en las áreas urbanas tales como Uruapan, Morelia y Zamora, la cobertura fue todavía menor que en Tancítaro; lo que aumenta las interrogantes de las razones por las

que no es aceptada la realización de la prueba para la detección oportuna del cáncer cervicouterino en las unidades del IMSS. La Unidad de Tancítaro Michoacán quedó en el décimo lugar de cincuenta (18), según se observa en el Anexo 4.

Para la comprensión del contexto en el que se realizó el presente estudio fue necesario conocer los siguientes aspectos socioculturales: Tancítaro es un pueblo de origen prehispánico. Por su ubicación entre la sierra y la tierra caliente, fue elegido para que ahí se entregaran los productos de los pueblos, tanto de la costa como de tierra caliente, como tributo a la clase dominante del imperio purépecha.

Es una población que se asienta en las faldas del pico de mismo nombre, figura entre una de las poblaciones más antiguas del estado de Michoacán. Su historia se remonta hasta épocas prehispánicas, entre los años 1400 y 1440, cuando en su expansión los herederos de Tariácuri, sus hijos Hiripan y Tanganxoan I, ocuparon el territorio que comprende todos los valles en las faldas del cerro de Tancítaro, habitado entonces por los aguerridos “Tecos” de origen Náhuatl. Existen indicios de que el Señor Cura Don José Ma. Morelos y Pavón estuvo en Tancítaro, ya que el 12 de octubre de 1814 se promulgó la primera Constitución de México, y en los días 2, 3 y 6 del mes de noviembre del mismo año se dictaron tres órdenes con sede en Tancítaro, firmando Don José Ma. Morelos como presidente.

Por los años 1933 y 1934 se formaron los primeros ejidos en Tancítaro, con afectaciones sobre los terratenientes. En el año 1960, por gestiones del general Lázaro Cárdenas se construyó la brecha Tancítaro-San Juan Nuevo; en ese año

se plantaron las primeras huertas de aguacate, cultivo que con el tiempo alcanzaría mayor auge, ya que actualmente Tancítaro es el municipio que tiene mayor extensión de área sembrada de este producto, por lo menos en el estado de Michoacán.

La población de Tancítaro se encuentra compuesta por mestizos y descendientes directos de indígenas purépechas. Sus habitantes conservan costumbres o tradiciones prehispánicas. El grueso de la población lo conforman los llamados “rancheros” que son personas que se encargan del cuidado de algunas huertas, o bien son propietarios de pequeñas áreas de terreno en las que cultivan diferentes tipos de productos, predominando el aguacate. Son personas trabajadoras que se dedican principalmente a la agricultura y ganadería. En sus ratos libres o días de descanso acostumbran reunirse para ingerir bebidas embriagantes. También gustan de los juegos de azar y peleas de gallos, así como de celebrar festejos con motivo de bautizos, bodas y santos patronos de las rancherías; donde abundan la comida, la música, el alcohol y en ocasiones también los actos violentos. Como deporte practican principalmente el básquetbol, realizando competencias entre las rancherías. Existen en el lugar otros centros de diversión como la plaza de toros, discoteca y cafeterías del pueblo. En las fiestas populares se conmemoran actos cívicos y religiosos. Puede decirse que la religión católica es la única existente.

La región del Tancítaro tiene una población estimada de 25 mil personas distribuidas en un total de 81 localidades, entre ciudades pequeñas como Peribán de Ramos, al noroeste del Tancítaro, y rancherías como La Escondida en pleno parque nacional.

La población tiene un fuerte componente rural y tiene altos índices de marginación y pobreza a pesar de las huertas de aguacate que dan pingües ganancias; debido a que sus propietarios no son los oriundos del pueblo, sino que en su gran mayoría son residentes de Uruapan. Además la población sufre los efectos colaterales de dicha condición social, entre otros un bajo nivel educativo pues la mayoría de los habitantes sólo ha llegado a terminar la primaria (19).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer cervicouterino es la primera causa de muerte por cáncer entre las mujeres mexicanas, y por la incidencia de esta patología nuestro país ocupa uno de los primeros lugares a nivel mundial; pese a que con un diagnóstico precoz y con tratamiento oportuno la mortalidad es altamente abatible. En ello tiene un importante papel la no realización masiva del estudio citológico. Sin embargo se desconocen con exactitud los factores que intervienen para la no realización de esta tan importante detección, pese a ser una prueba que está al alcance de todas las mujeres de nuestro país, y que hasta el momento no tiene costo alguno en nuestro sistema de salud.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las causas de no realización del estudio de Papanicolaou en una población rural?

JUSTIFICACIÓN

El cáncer cervicouterino, es uno de los tipos de cáncer que es altamente curable si se detecta oportunamente; lo único que se requiere para disminuir la mortalidad por esta causa es que se haga extensiva la prueba para su detección precoz a toda la población vulnerable. Gracias a la alta sensibilidad de la prueba de Papanicolaou una gran cantidad de muertes podrían evitarse, sin embargo existen diferentes obstáculos que evitan que la detección sea realmente masiva. Es necesario identificar las causas por las que las mujeres no se realizan la detección, especialmente en una población rural; para tratar de eliminarlas y cambiar con ello la perspectiva ominosa de la muerte por cáncer en las mujeres mexicanas cuando se descubre en etapa avanzada.

OBJETIVO

Identificar las causas de no realización de la detección oportuna del cáncer cervicouterino en una población rural.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.-Identificar los factores socioculturales de las pacientes que no acuden a la realización de la prueba del Papanicolaou.
- 2.-Identificar las causas de no realización de la prueba de Papanicolaou mediante la aplicación de una encuesta.

TIPO DE ESTUDIO

- Descriptivo
- Prospectivo
- Transversal
- Observacional.

MATERIAL Y METODOS

El universo de estudio se constituyó por todas las derechohabientes adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No 57, del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el rango de edad de los 25 a los 64 años, que habían tenido vida sexual activa, y que nunca se habían realizado la citología vaginal ó que no se la habían realizado en los últimos 3 años. Para obtener el tamaño de la muestra a estudiar se realizó, mediante la fórmula para una población finita y la selección de las mujeres fue por cuota:

TAMAÑO DE MUESTRA PARA POBLACIÓN FINITA

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2} \quad (*)$$

Donde :

n es el tamaño de la muestra a obtener

N población finita ó número de casos de mujeres sin estudio de Papanicolaou

e error de estimación que está en condiciones de aceptar.

El error que el autor estuvo dispuesto a aceptar fue del 0.05, es decir, del 5% de manera que una vez aplicada la fórmula las pacientes estudiadas fueron 217 mujeres, a las que, - previa firma del consentimiento informado (Anexo 1), - se les entregó un cuestionario para ser respondido por las propias pacientes en el interior de la clínica, el cual constó de 26 ítems (Anexo 2) de enero a febrero de 2009.

Dicho instrumento fue elaborado por el autor y su tutor, fue validado por una ronda de expertos, y con la aprobación del Comité Local de Investigación en Salud del Hospital General de Zona No 8 se aplicó, con el fin de identificar los probables factores determinantes de la no realización de la prueba de Papanicolaou.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes derechohabientes de la UMF No. 57 que nunca se habían realizado la prueba del Papanicolaou o que no lo habían hecho en los últimos tres años.
- Pacientes con rango de edad de 25 a 64 años.
- Pacientes del sexo femenino que aceptaron participar en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes del sexo femenino que no aceptaron participar en el estudio.
- Pacientes menores de 25 años y mayores de 64 años de edad.

CRITERIO DE ELIMINACIÓN

- Pacientes que no terminaron de contestar las preguntas del instrumento de evaluación.

VARIABLES

INDEPENDIENTE

- PRUEBA DE PAPANICOLAOU

DEPENDIENTE

- CAUSAS DE NO REALIZACIÓN DE LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU EN UNA POBLACIÓN RURAL

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

VARIABLES	CONCEPTUALIZACIÓN	SISTEMA DE EVALUACIÓN
SOCIODEMOGRÁFICAS		
EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la edad actual.	ORDINAL
SEXO	Diferenciación entre hombre y mujer.	NOMINAL
GRADO ESCOLAR	Último año que acudió a la escuela	NOMINAL
OCUPACIÓN	Trabajo u oficio	NOMINAL
NIVEL SOCIOECONÓMICO	Alto, medio o bajo según si el ingreso familiar alcanza para satisfacer las necesidades básicas (medio), bajo si no alcanza, y alto si además de cubrirlas queda un excedente.	NOMINAL
ESTADO CIVIL	Casada, soltera, viuda, divorciada o unión libre.	NOMINAL
RELIGIÓN	Creencia espiritual particular.	NOMINAL
MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	El derecho de las personas a ser informadas y a la elección libre de los métodos anticonceptivos disponibles.	NOMINAL

VARIABLES	CONCEPTUALIZACIÓN	SISTEMA DE EVALUACIÓN
DEPENDIENTE CAUSAS DE NO REALIZACIÓN DE LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU EN UNA POBLACIÓN RURAL	Son las razones por las cuales las pacientes no aceptan la toma de la muestra, en una población menor a 2,500 habitantes.	NOMINAL
INDEPENDIENTE PRUEBA DE PAPANICOLAOU	Citología vaginal con el método de Papanicolaou que es la utilizada para el tamizaje del cáncer cervicouterino en el Instituto Mexicano del Seguro Social apegado a la Norma Oficial Mexicana.	NOMINAL

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

El instrumento de evaluación fue elaborado por el autor y su tutor, fue validado por una ronda de expertos, con la aprobación del Comité Local de Investigación en Salud del Hospital General de Zona No 8. El instrumento cuenta con 25 ítems con las posibles razones de no realización de la prueba; de los cuales la paciente subrayó la o las propias, y para complementar, el ítem número 26 se dejó como respuesta abierta. Este documento además contiene variables sociodemográficas, mismas que las pacientes tuvieron que contestar.

Previo a ello, con el consentimiento informado debidamente requisitado, y apegándose a las normas de ética de la Declaración de Helsinki pertinentes para el presente estudio, se procedió a otorgar dicho instrumento a las pacientes, el cual fue contestado por ellas; y sólo en unos pocos casos, cuando la paciente era analfabeta, se les ayudó leyéndoles en voz alta las preguntas, procediendo a subrayar las respuestas que ellas verbalmente indicaron, no teniendo ninguna otra interacción durante la aplicación de esta encuesta. Todo ello se realizó dentro de la Unidad de Medicina Familiar No 57 de Tancítaro Michoacán. Todas las pacientes que respondieron el instrumento acudieron a la Unidad, no hubo necesidad de buscar a ninguna en su domicilio. Se tuvo el cuidado de llevar un censo nominal de las que ya habían participado para que no lo volvieran a hacer, y así evitar sesgos en la investigación.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizó estadística descriptiva con medidas de resumen, de dispersión y medidas de tendencia central. La asociación entre las variables y las respuestas se analizó con la prueba de X^2 . Los datos fueron analizados con el programa SPSS versión 15. Los resultados se reportan en tablas y gráficos.

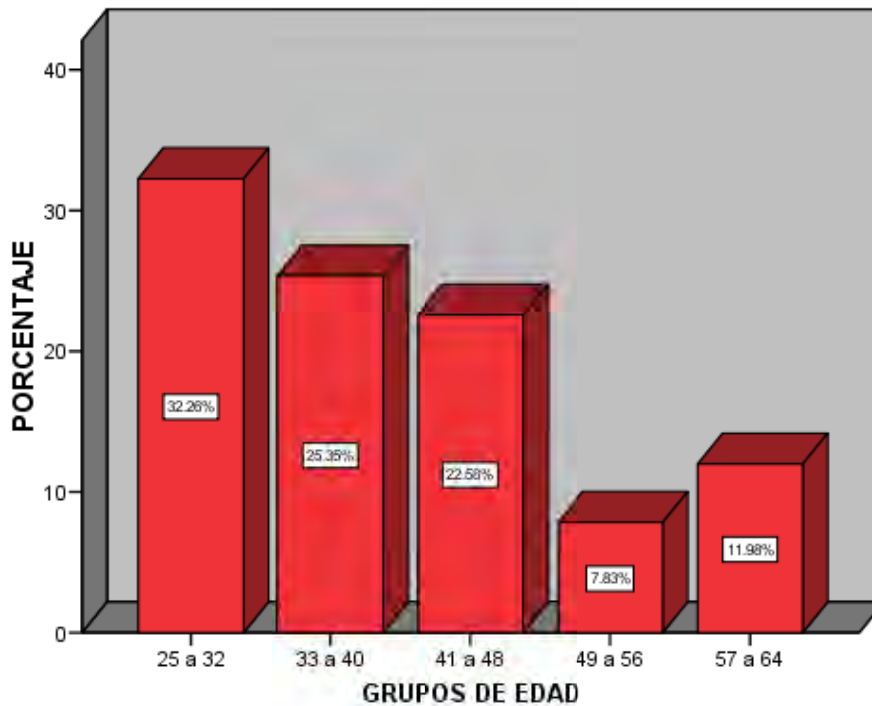
ASPECTOS ÉTICOS

El protocolo de este estudio fue sometido a la evaluación por el Comité Local de Investigación en Salud (CLIS) del Hospital General de Zona 8 de Uruapan Michoacán y se apegó a las normas de ética de la Declaración de Helsinki pertinentes al presente estudio (Anexo 3).

RESULTADOS

El promedio de edad de las mujeres encuestadas fue de 39 años, y el grupo de edad en el que hubo mayor renuencia a la toma de la muestra fue de los 25 a 32 años con un 32.26%, según se observa en la gráfica número 1. Esto último sugiere que las mujeres más jóvenes son las más necesitadas de orientación y convencimiento, con el objeto de que sean receptivas a esta medida de diagnóstico precoz.

GRÁFICA 1

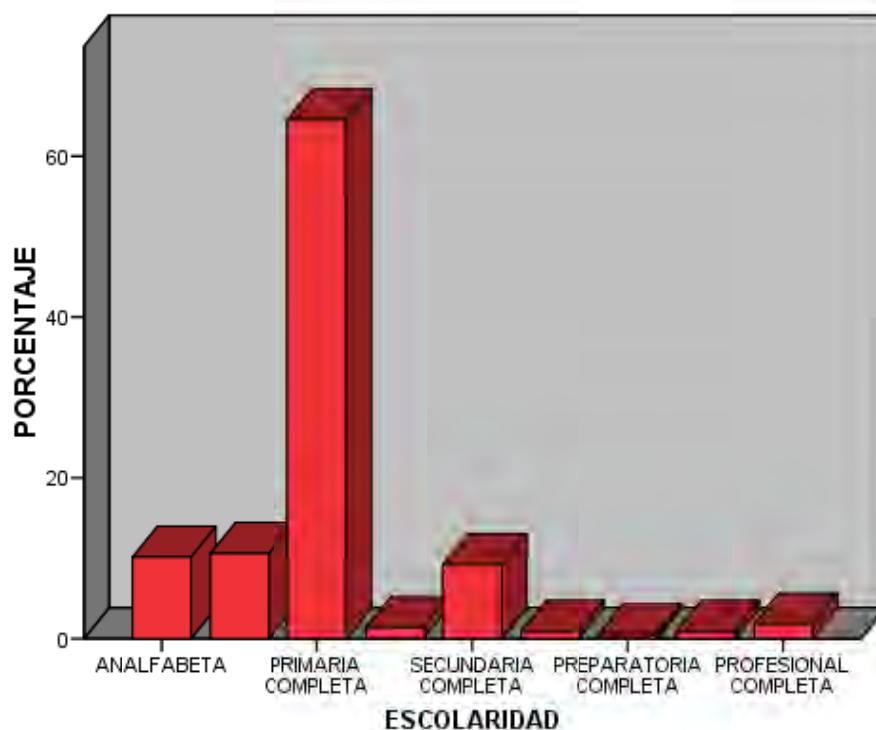


Con respecto a la escolaridad la mayor proporción tiene primaria completa (64.5%) y son analfabetas sólo el 10.1%. La mayor escolaridad encontrada fue de profesional completa con 1.8% según se observa en la tabla 1 y se ilustra en la gráfica 2.

TABLA 1. ESCOLARIDAD

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
ANALFABETA	22	10.1	10.1
PRIMARIA INCOMPLETA	23	10.6	20.7
PRIMARIA COMPLETA	140	64.5	85.3
SECUNDARIA INCOMPLETA	3	1.4	86.6
SECUNDARIA COMPLETA	20	9.2	95.9
PREPARATORIA INCOMPLETA	2	.9	96.8
PREPARATORIA COMPLETA	1	.5	97.2
NIVEL TECNICO COMPLETO	2	.9	98.2
PROFESIONAL COMPLETA	4	1.8	100.0
Total	217	100.0	

GRÁFICA 2



Lo anterior resulta hasta cierto punto inesperado dado que el analfabetismo nacional es más alto (19), pero el encontrarlas con al menos primaria constituye una oportunidad para que sean susceptibles de recibir la orientación que determine el que acepten realizarse el estudio.

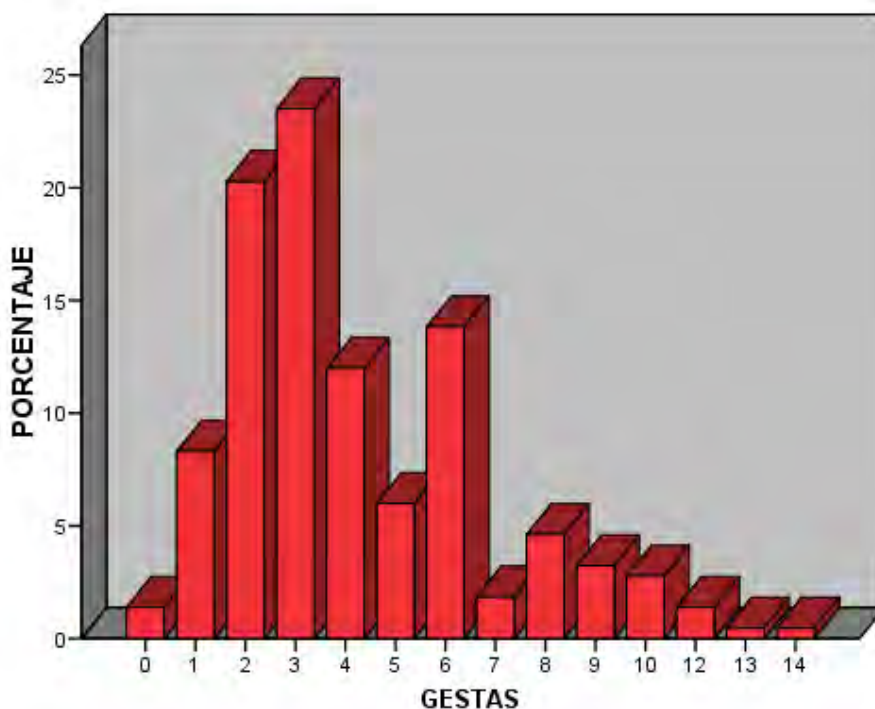
Como ya se había anticipado en la introducción se encontró que el 84.3% de las mujeres se ocupan en el hogar, y la mayoría de ellas tienen un nivel socioeconómico bajo (84.8%).

El 90.3% de las mujeres están casadas y sólo un 2.3% son solteras.

El 100% de las encuestadas se declaró católica, lo que conlleva a la predominancia de los valores y el respeto al pudor propios de sus creencias.

Con respecto al número de gestas la media fue de 4.16 con una predominancia de 3 gestas (24%). No despreciable es el hallazgo de que un 14.8% de las mujeres tuvieron 6 gestas, lo que constituye un factor de riesgo para cáncer cervicouterino (gráfica 3).

GRÁFICA 3

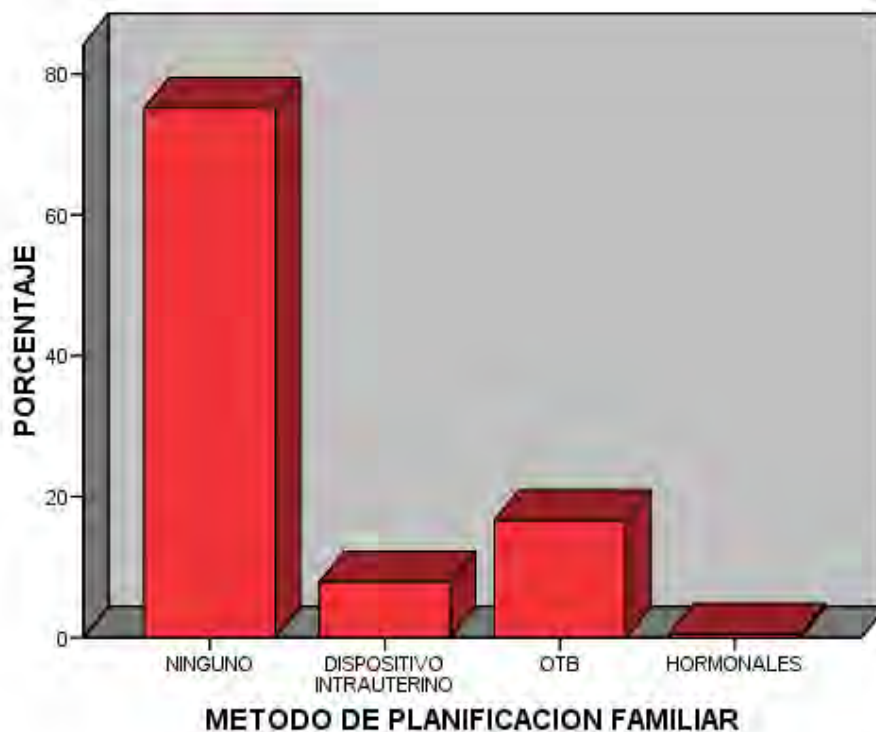


El 75.1% de las encuestadas no están utilizando ningún método de planificación familiar, se realizaron OTB el 16.6% y muy pocas utilizan otros métodos, según se observa en la tabla 2 y se ilustra en la gráfica 4. La baja cobertura de planificación familiar es otro problema asociado existente en este grupo poblacional; hay poca penetración para las actividades educativas que incidan en lo concerniente a la vida sexual.

TABLA 2. METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
NINGUNO	163	75.1	75.1
DISPOSITIVO INTRAUTERINO	17	7.8	82.9
OTB	36	16.6	99.5
HORMONALES	1	.5	100.0
Total	217	100.0	

GRÁFICA 4

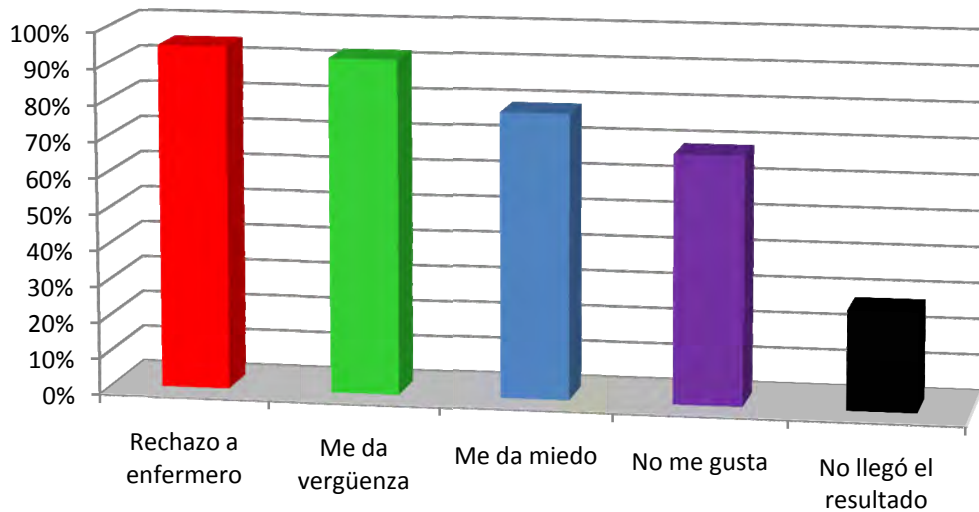


Con respecto al tiempo transcurrido desde la última citología, el 76.5% se lo había realizado hace más de 3 años y el 23.5% nunca se lo había hecho. Lo anterior nos permite inferir que por lo menos en alguna ocasión la mayoría de las mujeres aceptaron realizarse la prueba, pero que la experiencia tal vez les fue desagradable.

De todas las posibles razones que las mujeres señalaron como motivo para no realizarse la prueba las principales señaladas fueron:

La primera “no me parece bien que me la haga un hombre”, con el 94.9%; la segunda “me da vergüenza”, con el 92.6%; la tercera “me da miedo”, con el 78.8%; la cuarta “no me gusta”, con el 68.7% y la quinta “no llegó el resultado la última vez”, con el 27.6%; según se ilustra en la gráfica número 5.

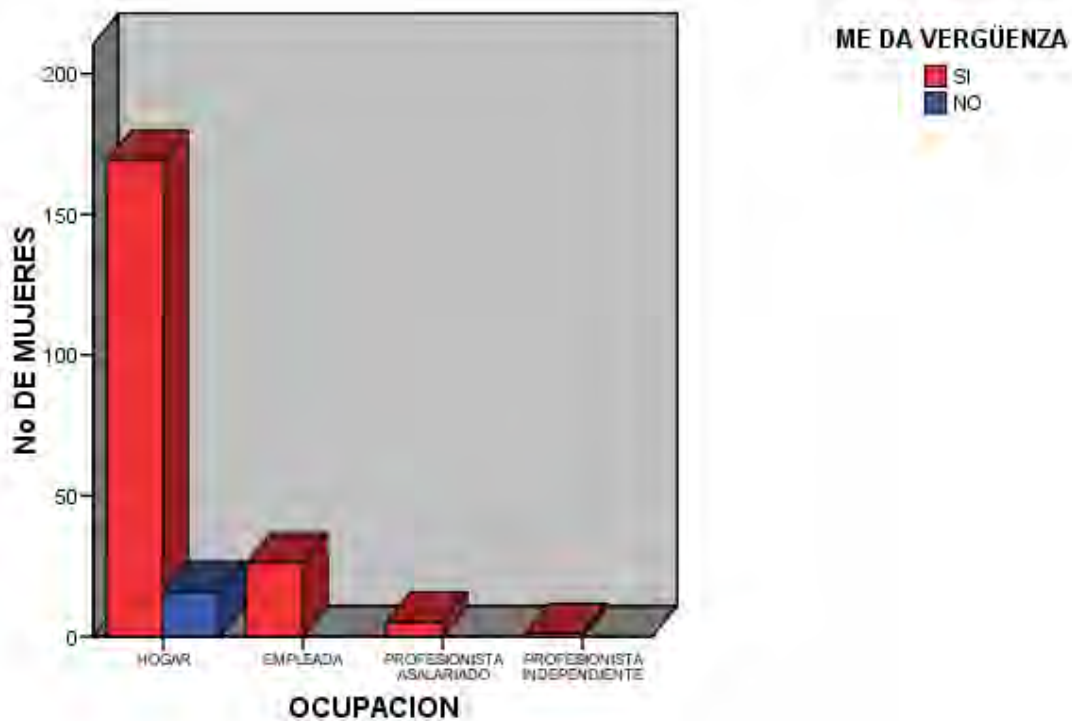
GRÁFICA 5. CAUSAS DE NO REALIZACIÓN DE PAPANICOLAOU



Con respecto al rechazo a que la prueba fuera realizada por un varón (enfermero), vale la pena señalar que a pesar de la multiparidad (las pacientes con 6 gestas dieron esta respuesta en su totalidad, es decir el 100%) esta barrera siguió existiendo, no obstante la alta probabilidad de que algunos de los partos hubiera sido atendido por un varón, y de que teóricamente la inhibición debería haber desaparecido.

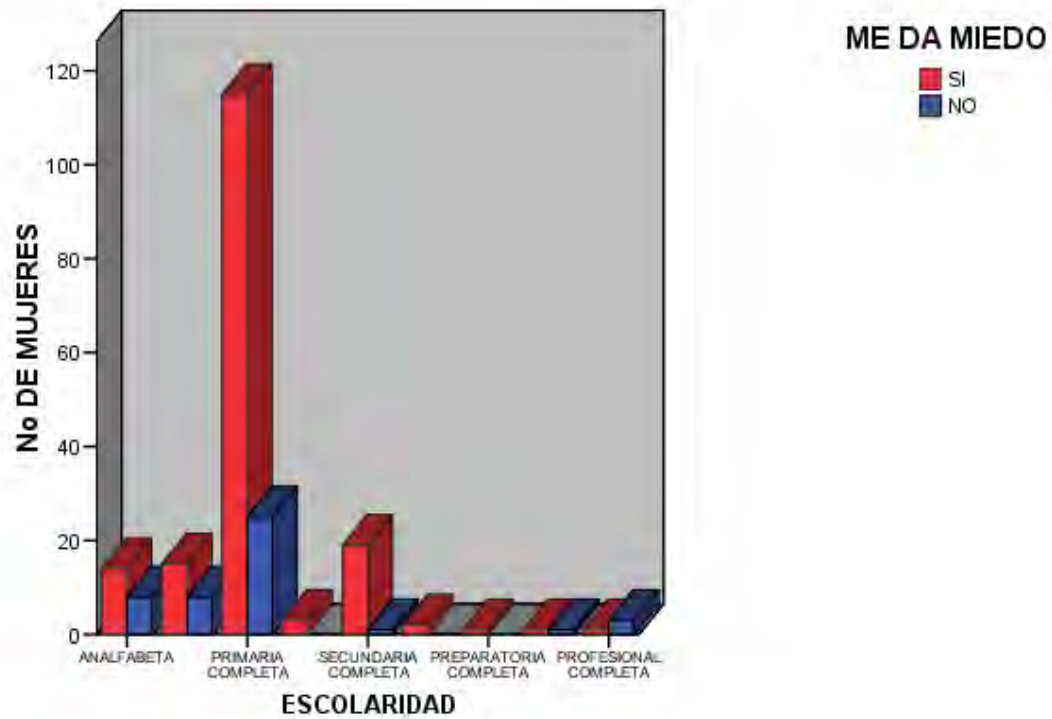
En cuanto a “me da vergüenza” asociada a la ocupación, se denotó que 91.4% de la totalidad de las mujeres de todas la ocupaciones la refieren y sólo el 8.6% de las mujeres dedicadas al hogar no la presentan, por lo que se puede inferir que esta desagradable sensación representa una importante causa para la no realización de la prueba citológica, como se observa en la gráfica número 6.

GRÁFICA 6.



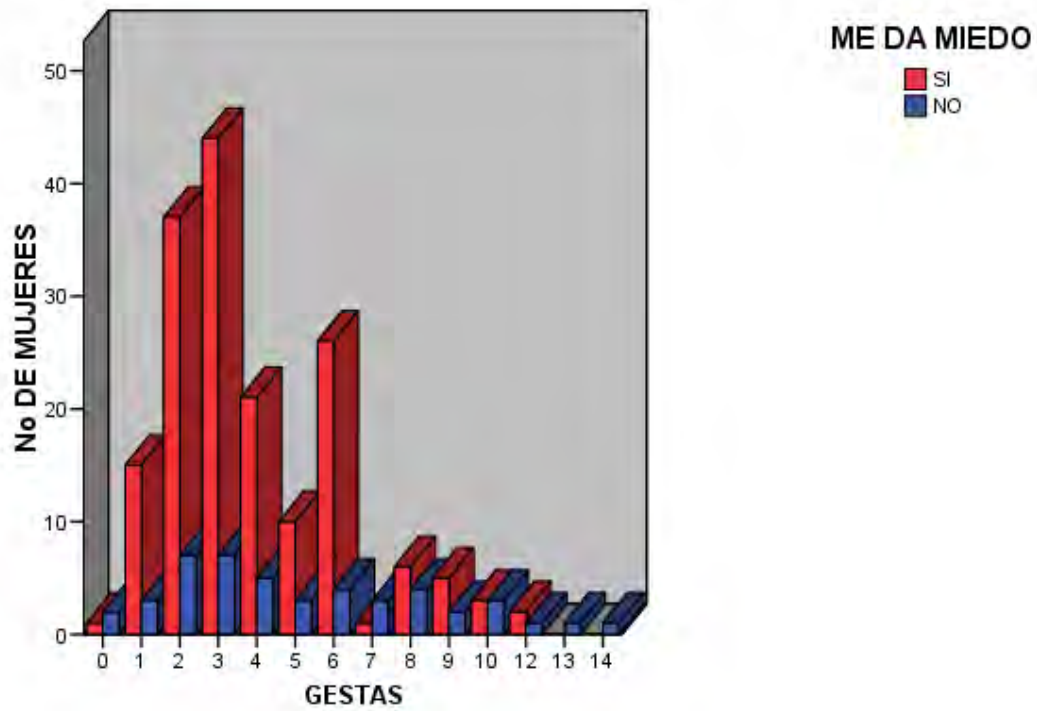
En relación a la respuesta “me da miedo”, relacionándola con la escolaridad se encontró que con mucho la mayor proporción de las que lo admitieron habían cursado la primaria completa, según se observa en la gráfica número 6 ($p=0.011$).

GRÁFICA 7.



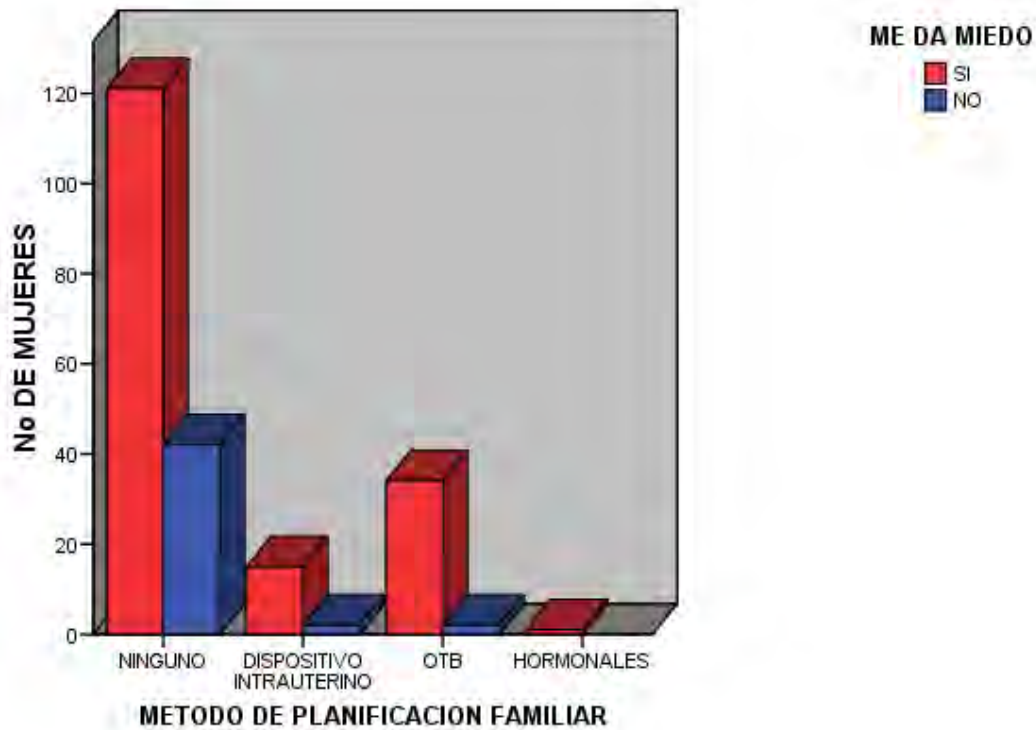
La misma respuesta de “me da miedo”, relacionándola con el número de gestas, puso de relieve que las que tenían 2 y 3 presentaban con mucho más temor, sin que lo anterior tenga alguna explicación plausible aparente, según se aprecia en la gráfica 7 ($p=0.011$).

GRÁFICA 8



Igualmente, el no utilizar algún método de planificación familiar, se asoció significativamente con la misma respuesta, según se observa en la gráfica 8 ($p=0.037$).

GRÁFICA 9



Tomando en cuenta la asociación del grado de escolaridad con la respuesta “no me gusta”, resalta que el 100% de las mujeres profesionistas la expresaron como razón para no realizársela, es decir las 4 encuestadas ($p=0.008$).

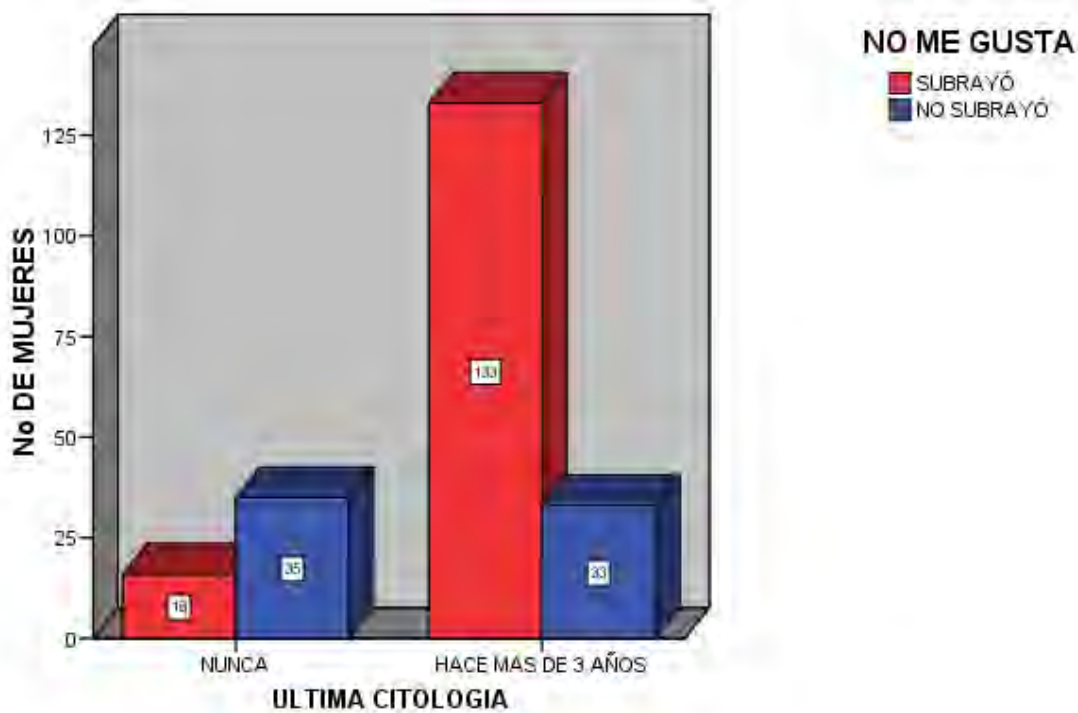
Asociando además la misma respuesta “no me gusta” con la realización de la última citología, que pudo ser nunca o hace más de 3 años, resultó significativa ($p=0.000$) la diferencia en la respuesta, con una mayor frecuencia de tal respuesta

por parte de las mujeres que ya habían tenido la experiencia, según se observa en la tabla 3 y se ilustra en la gráfica 10.

TABLA 3. ÚLTIMA CITOLOGÍA

			NO ME GUSTA		Total
			SI	NO	
ULTIMA CITOLOGIA	NUNCA	Recuento	16	35	51
		% de ULTIMA CITOLOGIA	31.4%	68.6%	100.0%
		% de NO ME GUSTA	10.7%	51.5%	23.5%
		% del total	7.4%	16.1%	23.5%
	HACE MAS DE 3 AÑOS	Recuento	133	33	166
		% de ULTIMA CITOLOGIA	80.1%	19.9%	100.0%
		% de NO ME GUSTA	89.3%	48.5%	76.5%
		% del total	61.3%	15.2%	76.5%

GRAFICA 10

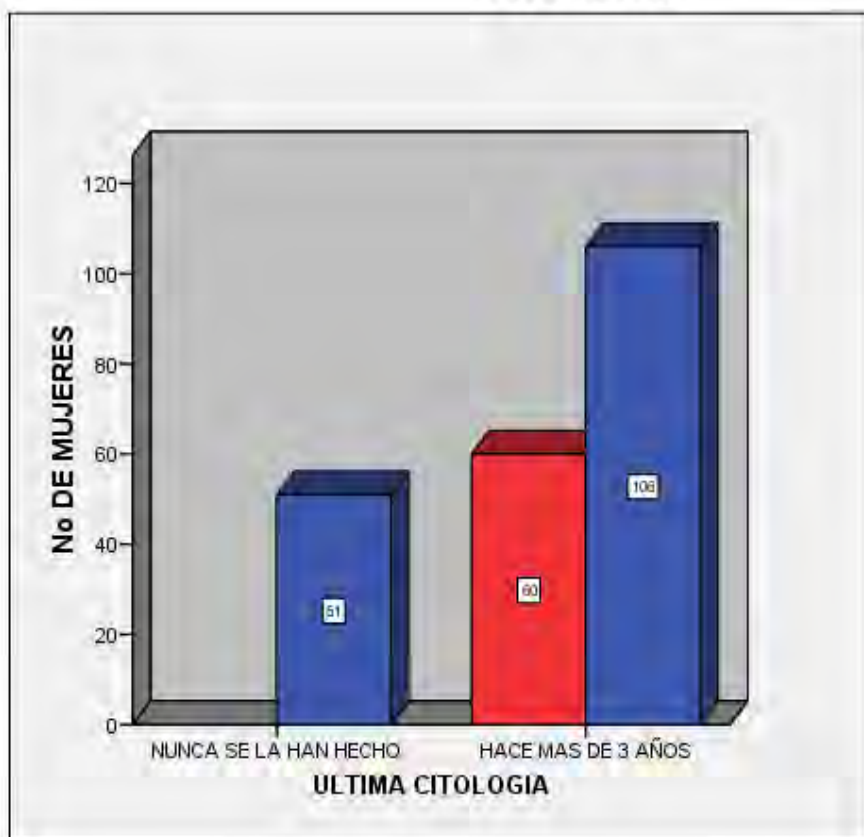


Una importante proporción de las mujeres que ya se había hecho la citología en alguna ocasión (el 36.14%), después de 3 años no se la habían vuelto a hacer debido a que “no llegó el resultado”, según se aprecia en la gráfica 11 ($p=0.000$). Lo anterior refleja la importancia de que las mujeres reciban la retroinformación necesaria de su estado con el fin de que continúen realizándose la prueba.

GRÁFICA 11.

LLEGO RESULTADO

SI
NO



Otras respuestas agregadas, emitidas en la opción de respuesta libre que no habían sido contempladas al momento de elaborar el instrumento fueron: “siempre he salido bien”, “no quieren hacérmela” y “no tenía la edad para hacerme prueba”, con el 1.4% cada una; otra respuesta expresada fue “me acaban de asegurar”, con el 0.9%.

DISCUSIÓN

En nuestro estudio los dos primeros motivos de rechazo a la realización de la prueba de Papanicolaou son tanto el rechazo a que la realice un enfermero, como el sentimiento de vergüenza; ambos pueden traducirse como “pena”, que fue la razón citada en el estudio de Farfán y cols. realizado en la UMF No 28 del IMSS en Monterrey en el 2004(12).

En nuestro trabajo la tercera causa fue el miedo a la prueba; puede equipararse también con las respuestas de angustia y dolor, referidos por los regiomontanos.

Sin embargo una gran diferencia encontrada corresponde a la calidad del sistema de entrega de resultados, dado que en el estudio realizado en Monterrey dejaron de recibirlos solamente el 26%, y en nuestro estudio no lo recibieron un 36.14%, lo que constituye una diferencia de más del 10%.

Otro dato que llama la atención en nuestro estudio es el alto porcentaje de no realización del Papanicolaou en el grupo de edad de 25 a 32 años, por lo que inferimos que es hasta después de una década del inicio de la vida sexual activa que acuden a realizarse la citología, lo cual concuerda con lo descrito en un estudio realizado en el Centro Médico Nacional Siglo XXI (17); y tal tardanza es alarmante, puesto que evita la detección oportuna del cáncer cervicouterino en mujeres jóvenes y resalta la importancia no sólo del conocimiento de la realización de la prueba del Papanicolaou sino también del inicio de la misma.

Si en esta comunidad el principal motivo de no realización de la citología es que no les parece bien que la toma de la muestra sea realizada por un varón deberá considerarse el excluir de esta actividad al personal de enfermería del sexo masculino, con lo que sería de esperarse un incremento en la realización de esta detección, dado que en nuestro estudio se evidenció esta razón, que no había sido expresada con anterioridad.

El que “les da vergüenza” es una razón que está estrechamente ligada con la primera respuesta, aunque no siempre es un varón el que toma la muestra; por ello es necesario sensibilizar al personal de salud que realiza esta toma, de tal manera que se ganen la confianza de las mujeres con una actitud de empatía y profesionalismo tratándolas con mucho tacto, respeto y paciencia a fin de que accedan a realizarse la prueba.

En cuanto a la entrega de los resultados debemos investigar en qué parte del proceso estamos teniendo problemas, con el fin de implementar estrategias para obtener el 100% de la retroinformación para las mujeres y de esta manera alentarlas para su siguiente realización.

Los aspectos psicológicos y morales son muy de tomarse en cuenta en vista de que las mujeres siguen teniendo miedo, pena o angustia al realizarse la detección, tienen la creencia de que es dolorosa, o que se está invadiendo su intimidad.

La falta de conocimiento sobre la prueba y su utilidad no se manifestó como una causa frecuente, lo que contrasta con los resultados de otro estudio (12).

La respuesta “no me gusta” que expreso el 100% de las mujeres profesionistas y las mayor parte de las que ya se habían hecho la prueba puede evidenciar una falta de cuidado y de tacto en el personal de salud involucrado, que hace que la experiencia les sea desagradable.

CONCLUSIONES

Es indudable que gran parte de las actitudes y decisiones humanas tienen que ver con la gran influencia que ejerce la familia y el ambiente externo, en el que están inmersos una gran variedad de factores sociales, culturales, biológicos, económicos y políticos entre otros. La decisión de cuidar de uno mismo no escapa a dicha influencia y a la interacción de la persona con los múltiples factores del entorno.

La no realización del Papanicolaou a pesar de que encontramos algunas respuestas siguen siendo ambigüas. Esto quiere decir que no sabemos con certeza por qué no acuden las mujeres a su realización, al parecer porque no se han superado algunas cuestiones culturales: creencias religiosas y costumbres arraigadas transmitidas de generación a generación, mismas que le dan significado a los sentimientos y pensamientos de cada una de ellas. Sin embargo es a través de la labor cotidiana de convencimiento, con paciencia y gentileza del personal de salud con el que puede lograrse la penetración necesaria en la idiosincrasia de las mexicanas para que accedan a cooperar en evitar el riesgo de morir por algo tan fácil de tratar, haciendo un diagnóstico oportuno del cáncer cervicouterino mediante la prueba del Papanicolaou. Con estas acciones se preservará la vida tan valiosa de las madres mexicanas que son pilares del núcleo de la sociedad, que es la familia.

CRONOGRAMA DE TRABAJO

Elaboración del protocolo de investigación: Hasta diciembre del 2008.

Presentación y aprobación del proyecto: Diciembre del 2008.

Aplicación del instrumento de evaluación: De enero a febrero del 2009.

Análisis de los resultados: De marzo a julio del 2009.

Elaboración del reporte final: Agosto del 2009.

Envío de la tesis: Noviembre del 2009.

BIBLIOGRAFIA

- 1).Castellsague X, Bosch FX, Muñoz N, Meijer CJ, Ngelangel CA, Smith JS, Herrera R, Moreno VR, International Agency for Research on Cancer Multicenter cervical Cancer Study Group. Male circumcision, penile human papillomavirus infection and cervical cancer in female partners. N Engl J Med.2002;346(15):1105-1112(a).
- 2).Rodríguez RR, Cerda FR, Quiñones PJ, Cortés GE. Validez de tres métodos utilizados para la detección incipiente del cáncer cervicouterino, Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2008; 46(3):267-272.
- 3).Chabalud M, Le CP, Mayelo V, Diallo AS, Afoutou JM. Deteccion by PCR of human papillomavirus genotypes in cervical lesions of Senegalese women. J Med Virol 1996; 49(4):259-263.
- 4).ISSEMYM. Guías Clínico Terapéuticas Para Servicios del Primer Nivel de Atención Médica. Cáncer Cervicouterino. Coordinación de Servicios de Salud; 2005.
- 5).Gómez Clavelina FJ, Irigoyen CA. Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar. 7ª Ed. México. Medicina Familiar Mexicana. 2000:103-105.
- 6). Fernández OM. El impacto de la enfermedad en la familia. Rev Fac Med UNAM 2004; 47(6):251-254.
- 7).Papanicolaou GN. The sexual cycle in the human female as revealed by vaginal smear. American Journal of Anatomy 1933; 52: 519-637.
- 8).Berkow SG. A visit with Dr.George N. Papanicolaou. Obstetrics and Gynecology 1960: 16; 243:252.

- 9).Papanicolaou GN: The diagnostic value of vaginal smears in carcinoma of the uterus. Am J Obstet Gynecol. 1941. 42: 193-205, 1941.
- 10).Berek SJ, Neville HF. Gynecologic oncology. 3ªedición. Philadelphia ,USA: Lippincott Williams and wilkins.2000:271.
- 11).Rock A J. Thompson J.D. Ginecología Quirúrgica. Editorial Médica Panamericana. 9ª edición. España. Capítulo 48 .Pag 1408-1413.
- 12).Farfán MC, Barrón TE, Jiménez DM, Vázquez ME, Ayala AS. Factores socioculturales en mujeres que no acuden a detección oportuna de cáncer cervicouterino. Rev Enferm IMSS 2004; 12(3): 123-130.
- 13).Modificación de la norma oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer del cuello uterino.
- 14).Secretaría de Salud de Morelos. Boletín epidemiológico, departamento de epidemiología; año 2006. 24º semana epidemiológica No. 24.
- 15).Hernández AM, Lazcano-Ponce EC, De Ruiz PA, Romieu I. Evaluation of the cervical cancer screening programme in Mexico: A population based case control study. Int J Epidemiol 1998; 27(3):370-376.
- 16).Aristides ZA, Zepeda ZJ, Rodríguez BB, Rafael TF. Evaluación del Papanicolaou y la colposcopia en el diagnóstico de la infección por el virus del papiloma humano. Rev Fac Med UNAM 2001;44 (1): 25-32.
- 17). Hernández HD, Linaldi YF, Apresa GT, Escudero DP, Alvarado CI, Ornelas BL. Factores asociados con incumplimiento para tamizaje en cáncer de cérvix. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2007; 45(4):313-320.

18).Sistema de Información de Atención Integral para la Salud (SIAIS). Informe de actividades realizadas en la Delegación Michoacán durante el año 2007, presentado en enero del 2008.

19).INEGI 2005.

ANEXOS

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Lugar y fecha, Tancítaro Michoacán a _____ de _____ del 2008.

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado “**CAUSAS DE NO REALIZACIÓN DE PAPANICOLAOU EN UNA POBLACIÓN RURAL**”.

Registrado ante el Comité local de investigación Médica con el número _____.

EL objetivo de este estudio es:

Identificar las causas de no realización de la detección oportuna del cáncer cervicouterino en la unidad de Medicina Familiar No 57 de Tancítaro Michoacán perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:

Contestar una encuesta relacionada con los motivos de la no realización de la prueba de la detección oportuna del cáncer cervicouterino.

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:

No hay riesgos, ya que solo consiste en contestar preguntas previamente elaboradas y que son con fines de investigación.

El investigador principal se ha comprometido a darme la información oportuna de cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi prevención, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le planteo acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

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 del Instituto.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que se deriven del estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en una forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente _____

Nombre y firma del investigador _____

Testigo _____ Testigo _____

ANEXO 2: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

Edad_____Escolaridad_____Ocupación_____Nivel
Socioeconómico_____ Estado Civil_____ Religión_____

Número de embarazos_____ Método de Planificación (en caso de estar
utilizando alguno) _____ Fecha de la última citología_____.

“En caso de no haberse realizado la prueba de Papanicolaou nunca, ó hace más de 3 años, subraye la o las razones por las que no se la ha hecho:”

1. Me da miedo que me la realicen.
2. Quien hace la prueba es un hombre y no me parece bien.
3. No sé que es esa prueba.
4. Nadie me ha informado que debo realizármela.
5. La enfermera de Medicina Preventiva es muy corajuda, o me trata mal.
6. No me gusta realizármela.
7. Me da vergüenza que me la realicen.
8. Me lastimaron mucho la primera vez.
9. Me lastimaron mucho la última vez que me la realice.
10. Nunca me llegó el resultado de la prueba.
11. Mi esposo no me deja.
12. No quiero tener problemas con mi esposo si se entera.
13. Para qué realizarla si ya no tengo esposo.
14. Solo tengo una pareja sexual.
15. Ya no tengo matriz.

16. No le veo razón para hacerme la prueba, sin no tengo síntomas.
17. Me da miedo que me digan que tengo cáncer.
18. No había material cuando me la quería realizar.
19. Con los instrumentos que manejan me pueden contagiar alguna enfermedad.
20. No confío en que el material con el que me la realizan esté esterilizado.
21. El área donde se realiza la toma de la muestra esta sucia.
22. Mi religión no me lo permite.
23. No tengo tiempo.
24. Soy virgen nunca he tenido relaciones sexuales y me perjudicaría.
25. Vivo muy lejos de la Unidad y no tengo dinero para tantos pasajes.
26. Otra causa_____.

ANEXO 3: CONSIDERACIONES ÉTICAS APLICABLES AL PRESENTE ESTUDIO TOMADAS DE LA DECLARACIÓN DE HELSINKI

2. Es deber del médico promover y velar por la salud de las personas. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

5. En investigación médica en seres humanos, la preocupación por el bienestar de los seres humanos debe prevalecer sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad.

6. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, así como comprender la etiología y patogenia de las enfermedades. Incluso los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles deben ponerse a prueba continuamente a través de la investigación para que sean eficaces, efectivos, accesibles y de calidad.

7. En la actual práctica de la medicina y de la investigación médica, la mayoría de los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos implican algunos riesgos y costos.

8. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son vulnerables y necesitan protección especial. Se deben reconocer las necesidades particulares de los que tienen desventajas económicas y médicas. También se debe prestar

atención especial a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos, a los que pueden otorgar el consentimiento bajo presión, a los que no se beneficiarán personalmente con la investigación y a aquéllos sometidos a investigación combinada con su atención médica.

10. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.

14. El protocolo de la investigación debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso, y debe indicar expresamente que se han observado los principios enunciados en esta Declaración.

16. Todo proyecto de investigación médica en seres humanos debe estar precedido por una cuidadosa comparación de los riesgos calculados con los beneficios previsibles para el individuo o para otros. Esto no impide la participación de voluntarios sanos en la investigación médica. El diseño de todos los estudios debe estar disponible para el público.

19. La investigación médica sólo está justificada si existen posibilidades razonables de que la población que es objeto de la investigación, podrá beneficiarse de sus resultados.

20. Las personas objeto del proyecto de investigación deben ser participantes voluntarios e informados.

21. Siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad. Deben tomarse toda clase de precauciones para respetar

la intimidad de la persona y la confidencialidad de la información del paciente y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental y su personalidad.

22. En toda investigación en seres humanos, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiación, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento. La persona debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico debe obtener entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede obtener por escrito, el proceso para obtenerlo debe ser documentado formalmente ante testigos.

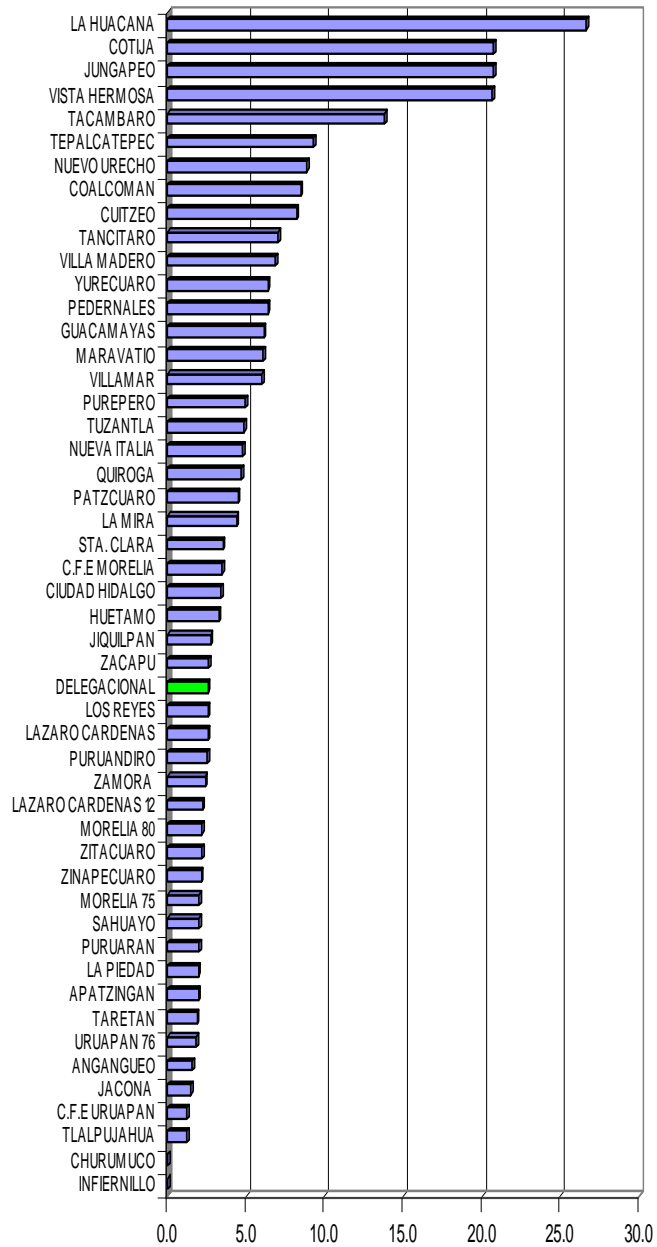
28. El médico puede combinar la investigación médica con la atención médica, sólo en la medida en que la investigación esté justificada por su potencial valor preventivo, diagnóstico o terapéutico. Cuando la investigación médica se combina con la atención médica, se aplican normas adicionales para proteger a los pacientes que son sujetos pasivos de la investigación.

31. El médico debe informar con detalle al paciente de los aspectos de la atención que tienen relación con la investigación. La negativa del paciente a participar en una investigación nunca debe perturbar la relación médico-paciente.

ANEXO 4.

**COBERTURA DE
DETECCION DE
CaCu**

Indicador 25%



FUENTE: SIAIS Ene. 2008