



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
FACULTAD DE MEDICINA**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N. 33
“EL ROSARIO”**

**“IDENTIFICACIÓN DE FACTORES QUE AFECTAN LA
REALIZACIÓN DE PAPANICOLAOU PARA LA DETECCIÓN
OPORTUNA DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO EN MUJERES DE
LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 33”**

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

**DRA. NELLY BELLO ORTEGA
RESIDENTE DE TERCER AÑO DE LA ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR**

TUTORA DE TESIS:

DRA. MARÍA DEL CARMEN MORELOS CERVANTES

MÉXICO, D. F.

ENERO 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TUTORA DE TESIS

DRA. MARÍA DEL CARMEN MORELOS CERVANTES

MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33

AUTORIZACIONES

DRA. MÓNICA ENRIQUEZ NERI
ENCARGADA DE LA COORDINACIÓN EN EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN
SALUD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33

DRA. MARÍA DEL CARMEN MORELOS CERVANTES
ENCARGADA TITULAR DEL CURSO DE
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 33

DRA. MÓNICA SANCHEZ CORONA
ENCARGADA PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 33

DRA. NELLY BELLO ORTEGA
RESIDENTE DE TERCER AÑO DEL CURSO DE
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 33

AGRADECIMIENTOS:

A DIOS:

Por la oportunidad de vivir y de ser madre, por guiar mi camino, por tus pruebas y enseñanzas de las que he aprendido y me han fortalecido.

A MIS PADRES:

Por darme la vida, por los sacrificios que han hecho para ser lo que ahora soy, por su apoyo incondicional en mis aciertos y tropiezos en todos estos años, porque sus abrazos siempre se abren cuando los necesito, por cuidar y adorar a mi niño, mi más grande tesoro, gracias infinitamente.

A TI GABRIEL:

Por tu amor sincero y tierno, por tu confianza, por ser parte de mi vida, por darme el mejor regalo que pude recibir, nuestro hijo, te agradezco los momentos de felicidad y también los de tristeza y nostalgia, pues hemos aprendido y superado juntos grades contratiempos que han fortalecido nuestro amor, gracias por impulsarme a seguir cada día, cuando no podía más en este largo periodo.

A MIS HERMANOS:

A Doris y mi compadre Ángel, por ser un brazo de apoyo fuerte en todo momento, gracias por todo. Gracias a Iván y Oswaldo por querer y cuidar tanto a mi niño hermoso. A Lizandro por percibir su cariño y apoyo, aun a distancia.

A LA DRA CARMELITA:

Por ser una persona humana, honesta y con excelentes valores, por su comprensión en estos años, por todo su apoyo intelectual y principalmente moral, por motivarme para concluir esta etapa.

UN AGRADECIMIENTO ESPECIAL

A MI NIÑO HERMOSO:

Porque eres la luz que ilumina mi vida, por ser mi fuerza, que hasta antes de ti era desconocida, porque desde antes de tu llegada me robaste el corazón y me has dado una felicidad inexplicable. Por tu reconocimiento, amor y ternura a pesar de mis ausencias, Por ser el motivo por el que hoy termino esta etapa de mi vida profesional. Rodriguito eres lo mejor que me ha pasado.

ÍNDICE

	Pág.
Resumen.....	7
Introducción.....	8
Material y métodos.....	12
Resultados.....	14
Análisis de resultados.....	34
Conclusión.....	36
Anexos.....	38
Biografía.....	43

Morelos-Cervantes MC*, Bello-Ortega N*. Identificación de factores que afectan la realización de Papanicolaou para la detección oportuna de cáncer cérvico uterino en mujeres de la Unidad de Medicina Familiar 33 el Rosario.

Introducción: La alta incidencia de cáncer cérvico-uterino en México podría deberse, en parte, a que un bajo porcentaje de las mujeres adultas se someten al Papanicolaou, siendo las mujeres más jóvenes las que tienen más bajo porcentaje de realización.

Objetivo: Identificar los factores que afectan la realización de Papanicolaou para la detección oportuna de cáncer Cérvico-Uterino en mujeres de 20 a 29. **Material**

y métodos: Diseño: Descriptivo, observacional y transversal en derechohabientes de la UMF 33 del IMSS a mujeres de 20 a 29 años de edad con inicio de vida sexual, sin haber realizado su Papanicolaou de tres o más años. La muestra se calculó a partir del programa estadístico Stats obteniéndose 364 pacientes. El análisis estadístico se llevó a cabo con apoyo del programa Microsoft office Excel 2007 y se aplicó la estadística descriptiva. **Resultados:** La mediana de edad fue de 25, media de 25.02 y moda de 26. Los factores relacionados que afectan la realización de Papanicolaou son miedo en 34% en mujeres que se han realizado el procedimiento y pena en un 48% en mujeres que nunca se lo han realizado.

Conclusiones: El cáncer cérvico uterino es una enfermedad prevenible, es necesario promover información eficaz en los servicios de salud y mejorar las técnicas de realización del Papanicolaou.

Palabras clave: Papanicolaou, cáncer Cérvico-Uterino, factores socioculturales.

* Dra. María del Carmen Morelos Cervantes Encargada titular de la especialización en medicina familiar de la UMF 33 El Rosario.

** Dra. Nelly Bello Ortega Residente de medicina familiar en la UMF 33 El Rosario.

ANTECEDENTES

El cáncer es una de las principales causas de muerte en todo el mundo. De los 58 millones de muertes que se registraron en el mundo en el 2005, 7.6 millones (13%) se debieron al cáncer y se estima habrá 16 millones de casos nuevos para el año 2020.

Los tipos de cáncer que más contribuyen a la mortalidad de las mujeres son los de: mama, pulmón, estómago, colon, recto y cuello uterino.

En la población femenina, el cáncer cervicouterino es la primera causa de muerte por neoplasias malignas, particularmente en el grupo de 25 a 64 años de edad.¹

El cáncer cervical es la segunda causa de cáncer más frecuente entre las mujeres del mundo. Hay más de 493 mil casos nuevos diagnosticados y 2750 mil de defunciones en el año 2000. Aproximadamente el 85% de estas muertes ocurren en países en desarrollo y en algunas partes del mundo el cáncer cervical reclama más vidas de las causas relacionadas con el embarazo. Existe evidencia que el virus del papiloma humano (HPV), está implicado etimológicamente en la aparición del cáncer cervicouterino. Existen aproximadamente 100 tipos de este virus que se encuentran clasificados por números según las lesiones que ocasionan y el sitio de infección.

Casi el 25% de los cánceres cérvico-uterinos en México, se atribuyeron a variantes asiático-americanas del HPV-16. Las mujeres mexicanas tienen una incidencia excepcionalmente elevada de cáncer cérvico-uterino, lo cual podría atribuirse a la presencia en esta población de una forma agresiva del papiloma humano (HPV) tipo 16, conocida por “variante asiático-americana” (AA).³

El conocimiento sobre la historia natural del cáncer de cérvix permite identificar los puntos críticos para la realización del tamizaje que conduzcan al diagnóstico temprano y consecuentemente a una decisión terapéutica eficaz. Esta neoplasia se encuentra precedida por una serie de lesiones celulares dentro del epitelio endocervical denominadas neoplasias

¹ Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994

intraepiteliales cervicales (NIC), o bien, lesiones escamosas intraepiteliales (LEI) de acuerdo con el método utilizado para su reporte.³

Las lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado se refieren a los cambios tempranos en el tamaño, forma y número de células que forman el tercio externo del grosor del epitelio, las cuales remiten en aproximadamente 79.2 %. El restante 20.8 % se mantendrá o progresará a lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado en un tiempo aproximado de 24 meses. Las lesiones precursoras de cáncer cervical se presentan en las pacientes con edades entre 25 y 35 años. La tasa de progresión a cáncer de cérvix invasor reportada para las lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado se encuentra alrededor de 1.5 % (0-4 %). De acuerdo con la edad, el pico de incidencia para lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado es de 35 a 38 años de edad, mientras que para el cáncer invasor es de 48 años, lo que hace evidente la progresión de la enfermedad con la edad.³

En América Latina y el Caribe tienen algunas de las tasas de incidencia y mortalidad por cáncer cérvico-uterino más altas del mundo, generalmente arriba de 20 casos por cada 100 mil mujeres. Sin embargo hay países como Finlandia donde el cáncer está prácticamente erradicado.

Las muertes por cáncer cérvico-uterino en toda la región de América latina representan un gran número de años de vida potencial perdidos. En 1995 murieron de cáncer cérvico-uterino 6065 mujeres entre los 25 y 64 años de edad en 16 países, lo cual ocasiono la pérdida de 18,3487 años de vida potencial.

Las variaciones en la incidencia y la mortalidad de cáncer cérvico-uterino pueden relacionarse con diferencias en el acceso a los servicios y en la calidad de los mismos. Otros factores que influyen en ellas pueden ser la ubicación geográfica, la situación socio-económica y la educación, así como aspectos culturales y psico-sociales.

En México, el cáncer cérvico-uterino constituye la primera causa de mortalidad por neoplasia maligna entre mujeres de 25 años y más. Diariamente en México mueren 12

mujeres por esta causa, con mayor incidencia en las entidades federativas del sureste del país, lo que representa un impacto social importante debido a los años de vida productiva perdidos por cada mujer que muere. Del total de muertes registradas en el 2002, 40.91% corresponden a mujeres sin seguridad social, 42.62% eran derechohabientes del IMSS y 6.95% eran derechohabientes del ISSSTE.

La mayoría de los casos de cáncer cérvico-uterino corresponde a mujeres que no cuentan con seguridad social, por lo que el tratamiento de las complicaciones de esta enfermedad representa enormes costos para la Secretaría de Salud que en la mayoría de los casos asume el tratamiento de estas pacientes.

En México, las variaciones dentro del país parecieron ligadas a los niveles de pobreza, aunque no es claro si la pobreza es un obstáculo importante para el acceso a los servicios o si las autoridades sanitarias no han sido capaces de dar servicio a las poblaciones destinatarias en estas áreas.²

Un análisis de los datos sobre la mortalidad por cáncer cérvico-uterino notificados por los países de América Latina y el Caribe indican que las mujeres entre los 35 y 54 años de edad conforman la mayor proporción de las defunciones anuales. Un estudio en una zona rural de México reveló que sólo 40% de las mujeres en edad reproductiva sabían lo que era la prueba de Papanicolaou. Las perspectivas religiosas, socio-culturales y de género de las mujeres pueden influir profundamente en la efectividad de los programas.³

La alta incidencia de cáncer cérvico-uterino en México podría deberse, en parte, al hecho de que apenas el 30% de las mujeres adultas se someten al Papanicolaou.

Durante 2006, las mujeres de 50 a 54 años son quienes solicitan dicha detección con mayor frecuencia (48.2 por ciento); le siguen las mujeres de 45 a 49 años (47.1%), las de 35 a 44 (46.6%) y las de 55 a 59 (46.0 por ciento).⁵

2 Who.Cancer Control Knowledge into Action: Guide for Effective Programme. 2006. p 12

3 Hernández, Factores Asociados con incumplimiento para tamizaje en cáncer de cervix. IMSS 2007 p. 312-320.

A partir de los 60 años el porcentaje de mujeres que acudieron al módulo de medicina preventiva para realizarse la prueba de Papanicolaou está por debajo del 40%, igual que en el grupo de mujeres más jóvenes (20 a 24 años), que sólo llega a 18.2% y las de 25 a 29 con 34.8 por ciento. ³

Los resultados anteriores se pueden deber principalmente a los siguientes factores:

-Retraso: Las mujeres que acuden tardíamente a los servicios de diagnóstico presuntivo, por desconocimiento de la utilidad de la prueba de citología cérvico vaginal.

- Cobertura insuficiente: Se estima que el programa solo cubre el 20% de las mujeres en riesgo, sobresaliendo entre otras cosas la falta de profesionales técnicos para el diagnóstico presuntivo.

- Inadecuada calidad: Factores asociados con la prestación del servicio, que se realiza sin ninguna intervención de garantía de calidad en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

Entre los obstáculos a la participación de los pacientes destacan factores predisponentes tales como conciencia y conocimientos sobre problema; creencias, valores, actitudes y temores respecto a la salud; factores facilitadores, como los costos, la accesibilidad, la aceptación de los servicios; y factores de refuerzo; como las expectativas sociales y de salud.⁴

El perfil de riesgo en el cáncer cérvico-uterino es la mujer con edad de 25 a 64 años, con vida sexual activa o antecedente de haber tenido vida sexual, que no se ha realizado estudios previos de citología cervical y presenta cuadros repetitivos de infecciones transmitidas sexualmente.

⁴ Secretaría de Salud Morelos. Panorama del cáncer cervicouterino en México. 2006. p. 1

⁵ SSA. INSP. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2006. Base de datos. Procesó INEGI.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio descriptivo, observacional y transversal a 364 mujeres de 20 a 29 años de edad, derechohabiente del IMSS, adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “el Rosario” con el objetivo de Identificar los factores que afectan la realización de Papanicolaou para la detección oportuna de cáncer Cérvico-Uterino en este grupo de mujeres, realizado por la Dra. Nelly Bello Ortega, con asesoría para la realización del protocolo de investigación y tesis de la Dra. María del Carmen Morelos Cervantes, Médico especialista en medicina familiar y encargada titular del curso de especialización en medicina familiar de la UMF 33. Se inició con la búsqueda de referencias bibliográficas, continuando con la realización y estructuración del protocolo en el que se establecieron los siguientes criterios de inclusión para el estudio: Mujeres usuarias de 20 a 29 años de edad de la Unidad de Medicina Familiar No. 33 el Rosario que acepten participar en el estudio, que vivan en el área de influencia de la Unidad de Medicina Familiar No. 33, con inicio de vida sexual activa, alfabetas y analfabetas; criterios de exclusión: Mujeres que no hayan iniciado vida sexual y fuera del grupo de edad de 20 a 29 años de edad; y los criterios de eliminación: Mujeres que no acepten firmar la carta de consentimiento informado, que no sean derechohabiente del IMSS y que no contesten en forma completa la cédula de encuesta. Se determinó una muestra de 364 pacientes mediante el programa estadístico STATS. También se determinaron las variables a estudiar que fueron las siguientes: Ocupación, estado civil, escolaridad, edad, miedo, calidad de la atención, pudor, dolor, maltrato (durante la toma), referencia negativa por parte de la pareja, inicio de vida sexual, conocimiento sobre el Papanicolaou. Posteriormente se presentó el protocolo al Comité de Ética e Investigación para su autorización, posteriormente se procede a la obtención de datos mediante la aplicación de la cédula de encuesta, continuando con la recolección de datos, la evaluación y el análisis de los resultados.

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO:

Humanos:

- Investigador: Dra. Nelly Bello Ortega.
- Asesor de Tesis: Dra. María del Carmen Morelos Cervantes

Materiales:

- Computadora
- Unidad de Almacenamiento USB
- Papel, lápices, plumas.
- Servicio de fotocopiado/impresiones
- Software: Windows XP
- Programas: Excel y Word

Financiamiento:

- Por cuenta del investigador.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

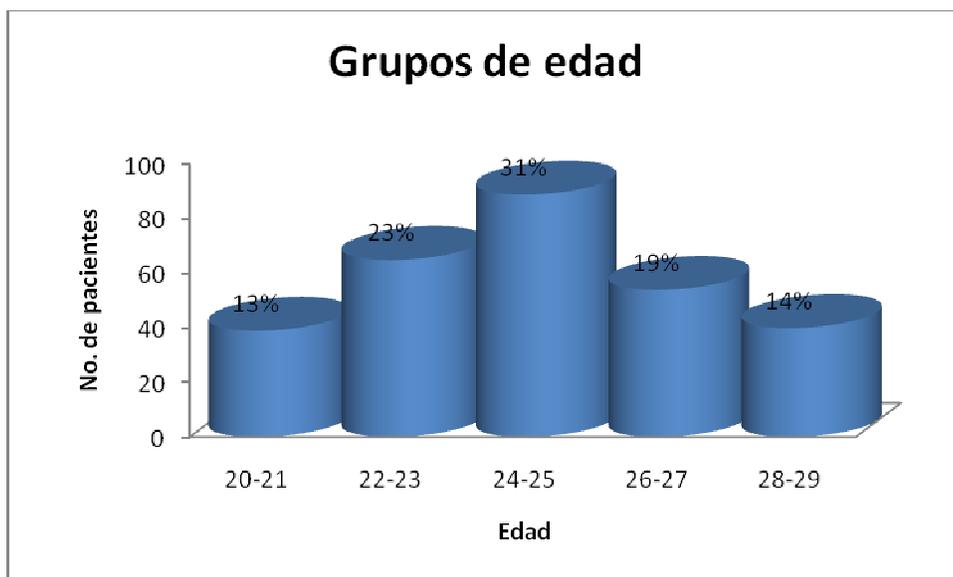
El presente protocolo cumple con los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos emitidos en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial.

Este estudio y su metodología se clasifica en la fracción III del artículo 96 capítulo quinto de la Ley General de Salud, y según el artículo 17 del reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud en nuestro país y con la declaración de Helsinki en 1975 enmendada en 1989, es considerada como una investigación en categoría I, sin riesgo alguno para la población estudiada.

RESULTADOS

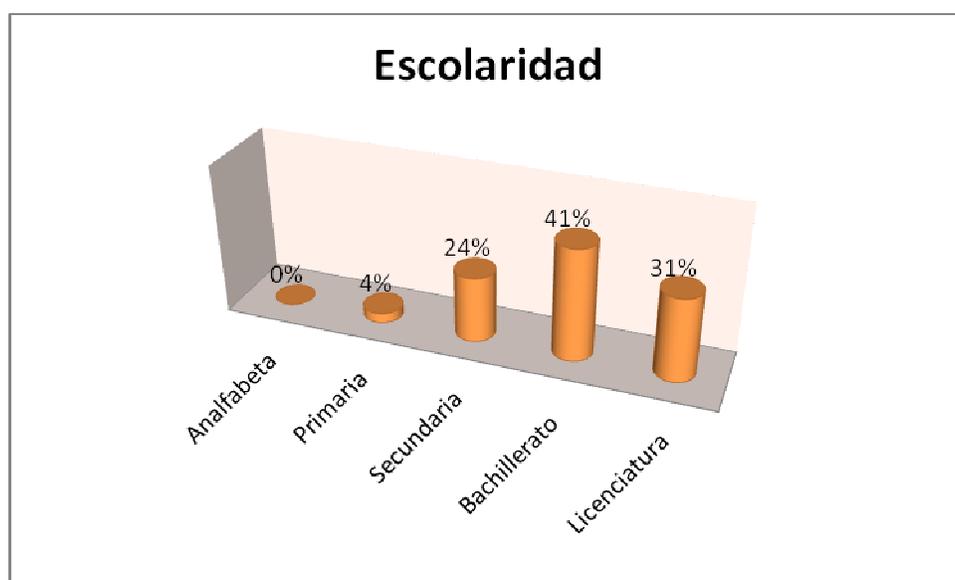
Se realizó un estudio descriptivo y transversal, que incluyó a un total de 364 pacientes, los cuales cumplieron con todos los criterios de inclusión.

De las 364 pacientes estudiados 13 fueron de 20 años, 26 de 21 años, 46 de 22 años, 19 de 23 años, 37 de 24 años, 52 de 25 años, 54 de 26 años, 46 de 27 años, 40 de 28 años y 31 de 29 años, se graficaron en 5 grupos como se indica en la grafica, el de mayor frecuencia fue de 24-25 años con 89 pacientes. Gráfica 1. La mediana de edad fue de 25, media de 25.02 y moda de 26.



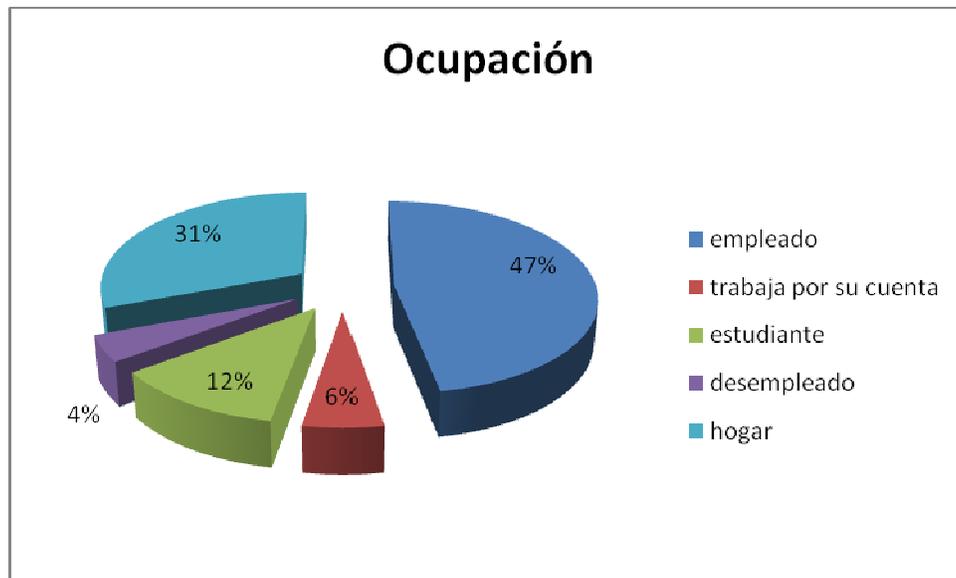
Gráfica 1. Fuente Cuestionario Sociodemográfico.

El nivel de escolaridad que predominó fue el de bachillerato, con una frecuencia de 151 mujeres (41%); donde el mínimo grado de escolaridad fue de primaria y máximo licenciatura, no se observó analfabetismo Gráfica 2.



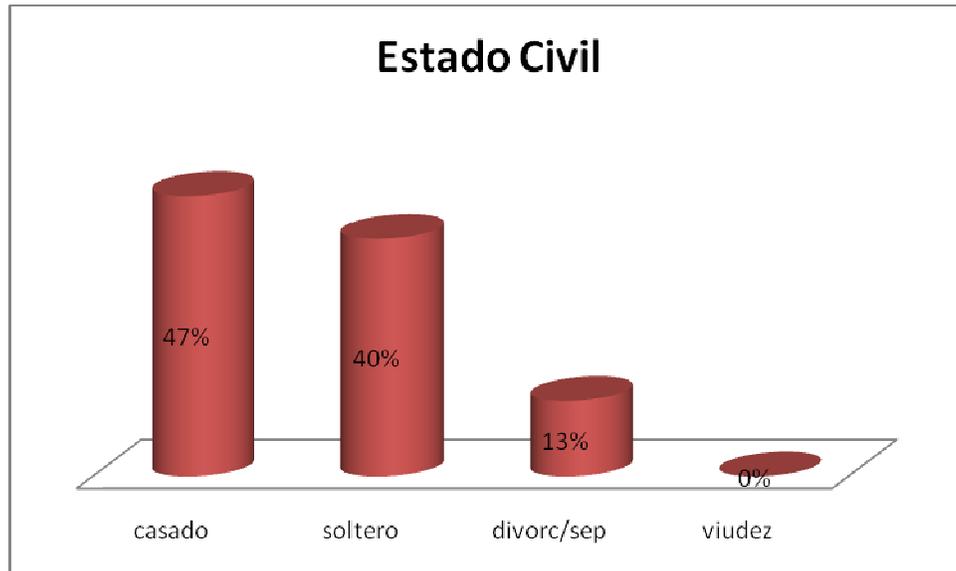
Gráfica 2. Fuente Cuestionario Sociodemográfico

La ocupación predominante fue la de una población femenina empleada, con una frecuencia de 172 pacientes (47%), seguida de ama de casa con una frecuencia de 112 (31%). Gráfica 3.



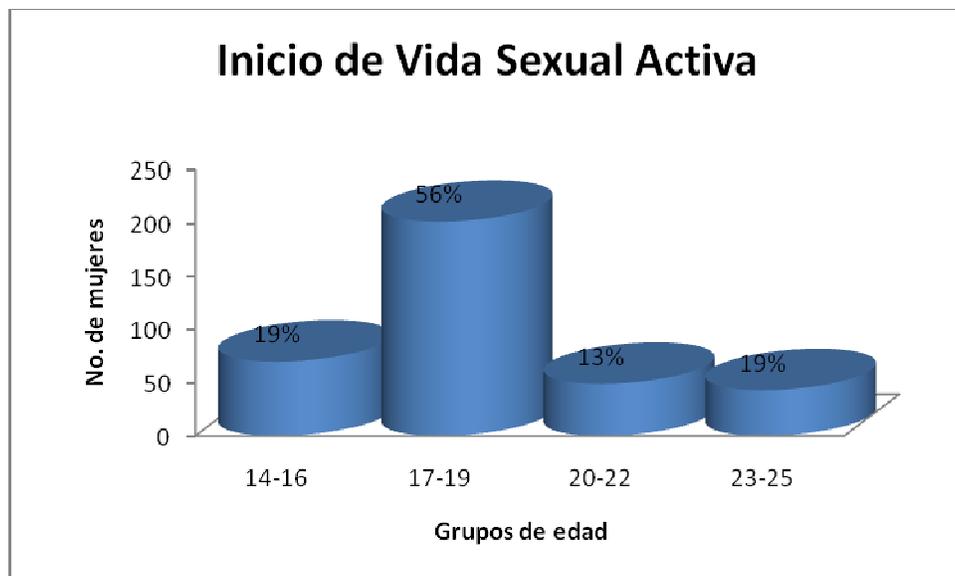
Gráfica 3. Fuente Cuestionario Sociodemográfico

Respecto al estado civil, la categoría más frecuente fue la de casado, con una frecuencia de 124 (34%), seguida de soltera con 105 mujeres (29%) y en unión libre con 102 mujeres (28%). Gráfica 4.



Gráfica 4 Fuente Cuestionario Sociodemográfico.

Con relación a factores de riesgo que afectan la realización de la toma de Papanicolaou se encuentra el inicio de vida sexual activa, donde se observó que la mayor frecuencia de inicio de vida sexual activa es en el grupo de edad de 17 a 19 años con 202 mujeres, seguido del grupo de mujeres de menor edad, de 14 a 16 años. Gráfica 5



Gráfica 5. Fuente Cuestionario Sociodemográfico.

Se observó en este estudio que 137 mujeres no se han realizado en ninguna ocasión el Papanicolaou, representando a un 38% de esta población. Gráfica 6.



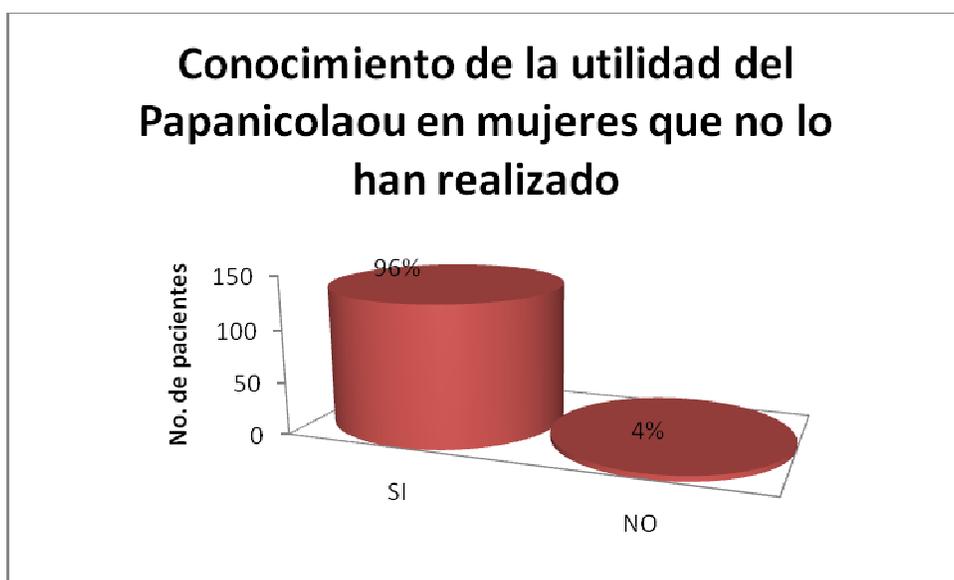
Gráfica 6. Fuente Cuestionario Sociodemográfico.

En relación al conocimiento del Papanicolaou como una prueba eficaz para la detección oportuna del cáncer cérvico uterino, se observó que hasta en un 11% de las mujeres que se han realizado la prueba alguna vez en su vida, refirieron que esta no es una prueba para detección de cáncer cérvico uterino, en contraste con el 4% en mujeres que nunca se han realizado el Papanicolaou. Gráficas 7 y 8.



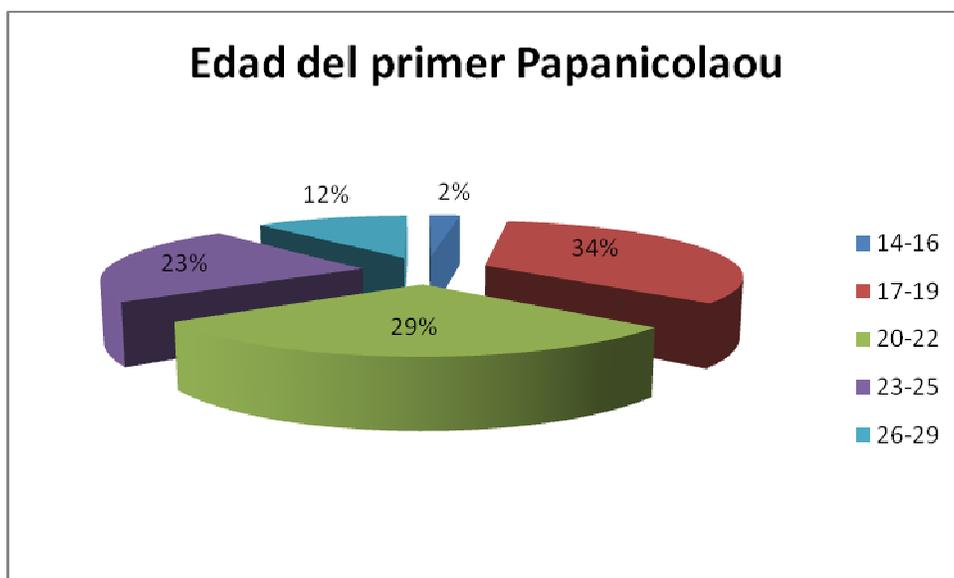
Gráfica 7. Fuente Cuestionario Sociodemográfico.

En mujeres que nunca se han realizado el Papanicolaou, se observó que el 96% refirieron que esta es una prueba para detección de cáncer cérvico uterino, mientras que el 4% dijo que no. Gráfica 8.



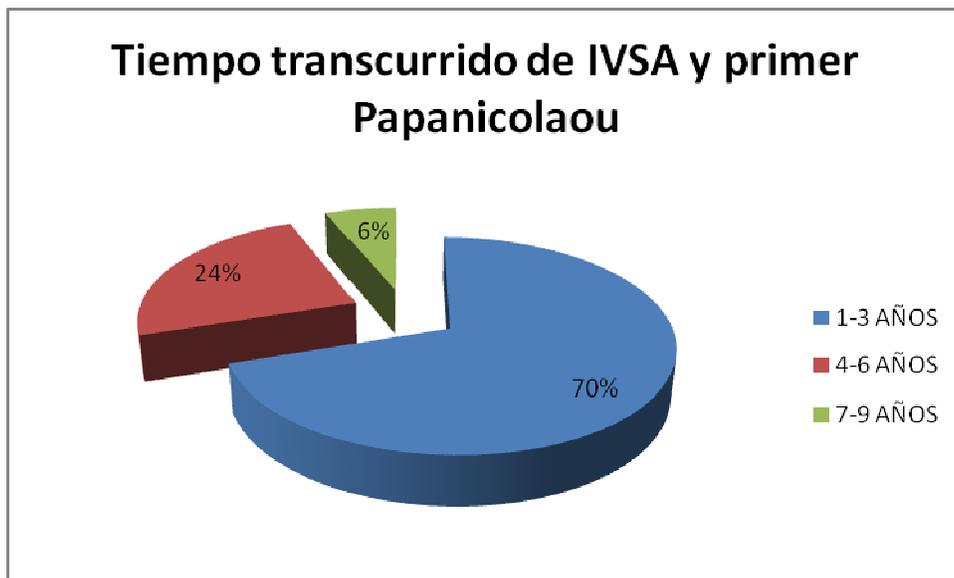
Gráfica 8. Fuente Cuestionario Sociodemográfico.

Con respecto a la edad en que se realizaron el primer Papanicolaou, se observó en este estudio que las edades más frecuentes fueron en el grupo de 17 a 19 años con 44 pacientes, le siguió el de 20 a 22 años con 38 pacientes. Gráfica 9.

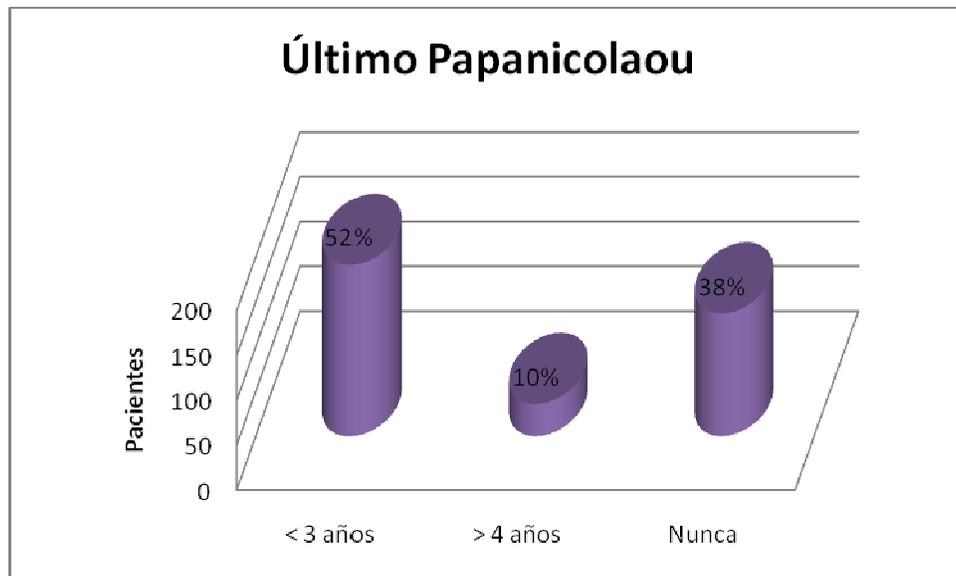


Gráfica 9. Fuente Cuestionario Sociodemográfico.

En relación a el tiempo que transcurrió entre el Inicio de vida sexual activa y su primer Papanicolaou se observó que un 40% lo realizaron en el 1 año, seguido del 33% a los 2 años, el 2% a los 6 años, 3% a los 8 años y 2% a los 9 años, despues de haber iniciado vida sexual activa. Se graficaron en tres grupos. Gráfica 10.

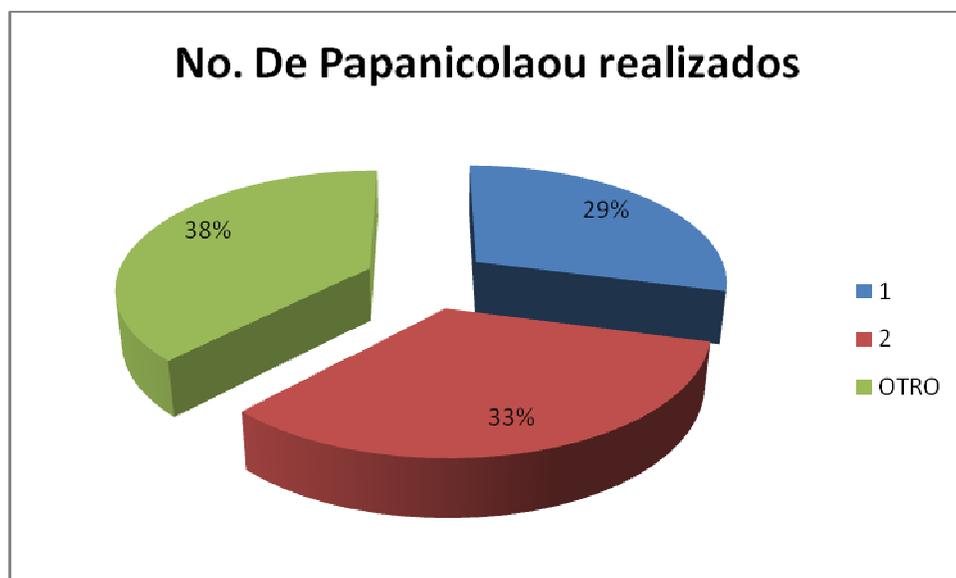


Con respecto a la última realización de Papanicolaou en este grupo de mujeres, el 52% refieren haberlo realizado en un periodo menor a 3 años, 10% fue realizado hace más de 4 años y el 38% nunca ha realizado su Papanicolaou. Gráfica 11.



Gráfica 11. Fuente Cuestionario Sociodemográfico.

En relación al número total de Papanicolaou realizados en este grupo de mujeres, se observó que el más frecuente fue la opción otros con un 38%, en donde las mujeres contestaron un mayor número de detecciones realizadas de 3 hasta 7 en total, le sigue la opción 2 con un 33%. Gráfica 12.



Gráfica 12. Fuente Cuestionario Sociodemográfico.

Los factores relacionados con la no realización de Papanicolaou son distintos en las mujeres que se lo han realizado de las que no, observando que en las primeras el miedo predomina con 34%, seguido de pena con 32%. En contraste en las mujeres que nunca se lo han realizado se observa que la pena es el factor más frecuente con 48%, seguido del miedo con 26%. Gráficas 13 y 14.



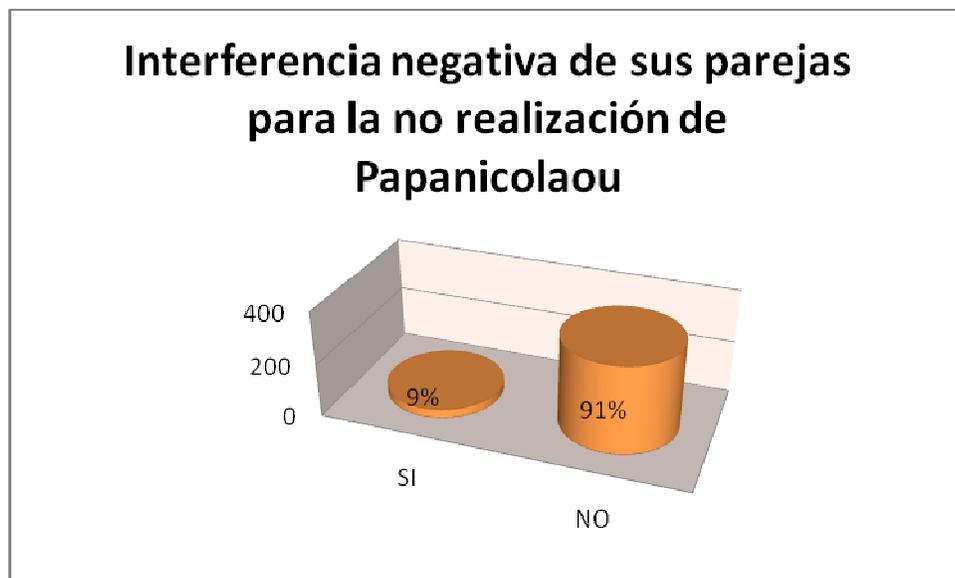
Gráfica 13. Fuente Cuestionario Sociodemográfico.

Los factores más frecuentes relacionados con la no realización de Papanicolaou en las mujeres que nunca se lo han realizado es la pena con 48%, seguido del miedo con 26%. Gráfica 14.



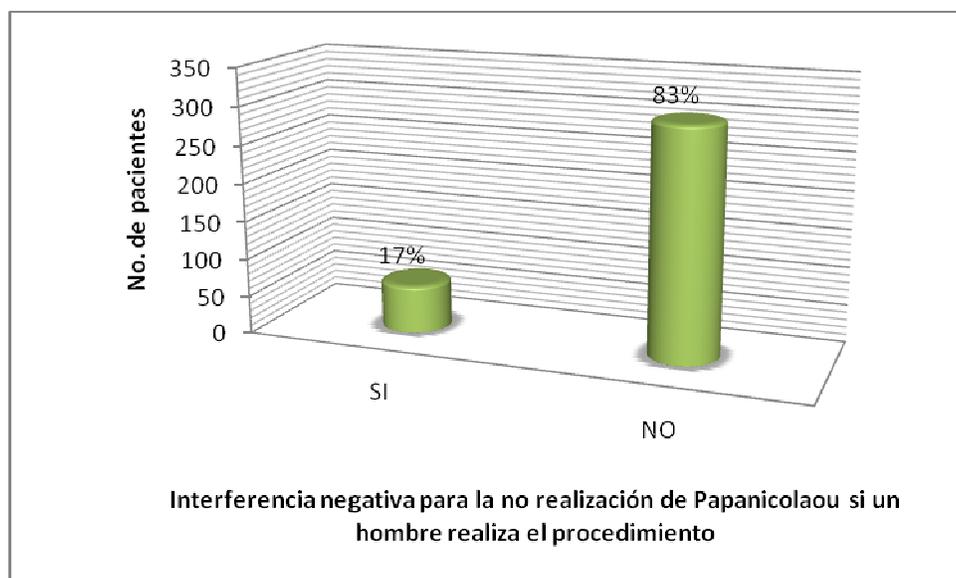
Gráfica 14. Fuente Cuestionario Sociodemográfico.

En relación a la interferencia negativa de las parejas/esposos de la mujeres en estudio, para la no realización del Papanicolaou, se observó que 33 mujeres refirieron que sus esposos no estan de acuerdo en la realización del Papanicolaou siendo un 9%. Gráfica 15.



Gráfica 15. Fuente Cuestionario Sociodemográfico.

Se observó interferencia negativa para realizar el Papanicolaou en un 17% de las mujeres estudiadas, si el que realiza el procedimiento es un hombre. Gráfica 16.

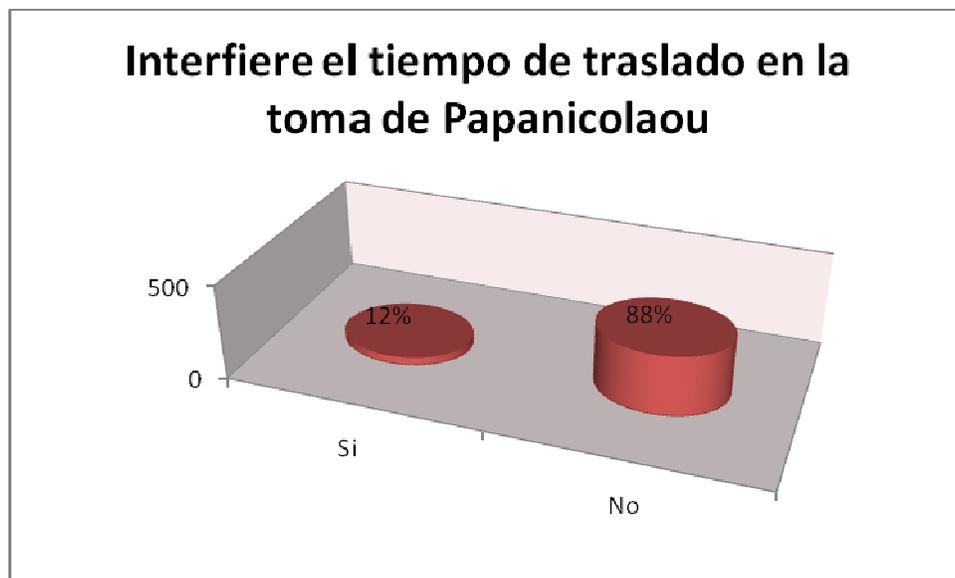


Gráfica 16. Fuente Cuestionario Sociodemográfico.

De las mujeres que contestaron haberse realizado su Papanicolaou, 21 refirieron haber sido maltratadas durante el procedimiento, siendo el 6% de la población. Gráfica No. 17.



Con respecto a el tiempo de traslado de su domicilio a la UMF, las mujeres en estudio refirieron en su mayoría (88%) no interferir en relación a la decisión de realizar el Papanicolaou. Gráfica 18.



De las 227 mujeres que se han realizado el Papanicolaou, solo 147 se lo han realizado en el IMSS. Gráfica 19.



Gráfica 19. Fuente Cuestionario Sociodemográfico.

En relación a la evaluación de los servicios médicos en esta unidad, con respecto al Papanicolaou, la mayoría de mujeres en estudio refirieron ser buenos hasta en un 60%, regulares en un 39%, y 1 paciente los evaluó como malos, haciendo referencia en la cédula de encuesta a que cambiaron su numero de folio en los resultados. Gráfica 20.



Gráfica 20. Fuente Cuestionario Sociodemográfico.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Los resultados en el presente estudio indican que la edad más frecuente en este estudio fue de 24 a 25 años del rango estudiado de 20 a 29 años.

Es conocido que tener un adecuado nivel sociocultural y económico contribuye a un mejor conocimiento de la problemática respecto a la enfermedad y conlleva a mejores resultados sobre la calidad de vida en general. En el presente estudio, el mayor número de pacientes cuentan con bachillerato, hecho que aumenta la posibilidad de un mejor entendimiento y concientización de la importancia de la detección oportuna de cáncer cérvico uterino por medio del Papanicolaou, sin embargo llama la atención que mujeres con escolaridad hasta de licenciatura, desconozcan la utilidad del Papanicolaou. Dicho resultado muestra que es necesario mantener acciones que permitan que todas las mujeres tengan información fidedigna y veraz del Papanicolaou. En el artículo de nombre “Incumplimiento para el tamizaje de cáncer cérvico-uterino” se observó que el desconocimiento acerca de la prevención, etiología o pronóstico del cáncer cérvico uterino fue mayor en la población con falta de adherencia al programa de tamizaje a diferencia de nuestro estudio, en donde un porcentaje del 11% que se ha realizado desconoce su utilidad en relación a la detección oportuna de cáncer cérvico uterino, 4% de las pacientes que nunca han realizado el Papanicolaou desconocen su utilidad. El artículo antes comentado encontró hasta un 26% de analfabetismo, a diferencia de nuestro estudio donde el mínimo nivel de escolaridad fue de primaria.

En cuanto al inicio de vida sexual activa se observó que la mayoría de mujeres la iniciaron en el grupo de 17-22 años y que la mayoría de ellas, refirieron menos de 3 años de haber iniciado vida sexual activa para la realización del primer estudio, a diferencia del artículo “Incumplimiento para el tamizaje de cáncer cérvico-uterino”, donde encontraron que el 41% de mujeres realizaron su primer Papanicolaou después de 10 años del inicio de vida sexual activa.

Es importante señalar que un gran número de esta población, el 38% no ha realizado su Papanicolaou. Dentro de las causas relacionadas en estas pacientes son pena en un 52%, le siguen miedo, desidia o no estar afiliadas al Seguro Social. A diferencia de las mujeres que se han realizado su Papanicolaou, la causa principal fue por miedo en un 34%.

Si consideramos que el intervalo de tiempo para realizar el Papanicolaou no debe ser mayor a 3 años, el 52% de las mujeres tuvieron este antecedente, comparado con el artículo

“Incumplimiento para el tamizaje de cáncer cérvico-uterino”, donde el 70.4% tuvieron este antecedente. Cabe señalar que el 10% de nuestras pacientes tiene más de 4 años de no realizar dicho procedimiento.

En nuestro estudio no se encontró interferencia negativa del tiempo de traslado de su domicilio a la UMF y la decisión de realizar el Papanicolaou.

Encontramos que aun en nuestros días existe ignorancia y machismo en las parejas de las mujeres en estudio, al encontrar interferencia negativa para no realizar la prueba de Papanicolaou en un 9% de las pacientes.

Se observó en este estudio que un bajo porcentaje de nuestra población femenina, que se ha realizado el Papanicolaou, ha percibido maltrato durante el procedimiento, por lo que deberemos poner mayor énfasis en capacitar y mejorar a personal del equipo de salud, para un mejor procedimiento y con esto un mayor cumplimiento en la realización del Papanicolaou.

En relación a la calidad de los servicios de salud, con respecto al Papanicolaou, un 60% calificó a esta unidad como buenos, solo una persona los calificó como malos, haciendo referencia al cambio de folio en sus resultados, no se hace referencia a más datos.

CONCLUSIONES

El cáncer cérvico uterino es una enfermedad prevenible, mediante pruebas de detección oportuna como el Papanicolaou, este procedimiento está estrechamente vinculado a la situación social, económica y escolaridad, que contribuyen al diagnóstico y tratamiento oportuno, esta enfermedad genera grandes costos al sector salud, al país ya que es población joven económicamente activa, y principalmente porque se pierde de una vida invaluable para una familia.

En esta investigación se cumplió con el objetivo general que fue el identificar los factores que afectan la realización de Papanicolaou para la detección oportuna de cáncer Cérvico-Uterino en las mujeres de la Unidad de Medicina Familiar No. 33 el Rosario, concluyendo que los principal factores relacionados para la no realización de Papanicolaou en mujeres que nunca lo han realizado es pena, y en mujeres que ya se lo han realizado, los factores relacionados de no realización de nueva toma es por miedo en su mayoría. Por lo que es necesario promover los medios de información adecuada para que se realicen su Papanicolaou y tengan la confianza de volver a realizárselo, esto principalmente en los servicios de salud, en donde se involucre a todo el equipo de salud, en el caso de trabajo social enfatizar la impartición de pláticas referentes al tema, las asistentes médicas deberán orientar adecuadamente a las mujeres y enviarlas a medicina preventiva, las enfermeras deberán capacitarse para mejorar las técnicas de realización del Papanicolaou y el médico familiar debe informar en forma fidedigna al grupo de mujeres jóvenes que han iniciado o no una vida sexual activa, así como realizar un manejo integral.

En relación al número total de mujeres encuestadas, es preocupante que el 15% de esta población no tenga conocimiento de la utilidad de el Papanicolaou, por lo que es muy importante informar, incluso en medios de comunicación como radio y televisión, para que este grupo de edad tenga la posibilidad de hacer conciencia que la consecuencia más grave de no realizárselo es el cáncer cérvico uterino.

Si mejoramos en este sentido lograremos una mayor cobertura en los Papanicolaou en nuestra población, ya que se observó en este estudio que solo el 40% lo ha realizado en el IMSS y que el 38% nunca lo han realizado.

Con respecto al 6% de mujeres que refirieron sensación de maltrato, es necesario mejorar la atención de la salud en todas instituciones, promoviendo el humanismo y de realizar el procedimiento de Papanicolaou con calidad y calidez.

Se observó que un 19% de las pacientes tienen un IVSA a edades de 14-16 años, por lo que en algunas han pasado 9 a 11 años para llevar a cabo su primera prueba de Papanicolaou, por lo que se corren el riesgo en ellas de tener modificaciones cervicales. Además el 34% se realizó el primer Papanicolaou a los 17-19 años, 40% de la población que ha realizado su Papanicolaou lo realizó en el primer año de IVSA, en estos casos las pacientes hacen referencia que su estudio de Papanicolaou fue realizado en el medio privado y evaluado por su médico familiar. Por lo que proponemos considerar estos casos de inicio temprano de vida sexual activa para incluirlas en las detecciones en forma temprana.

Con respecto a la interferencia negativa en el tiempo de traslado de su domicilio a esta unidad para la toma de Papanicolaou, se observó en este estudio en un 12%, siendo desidia la causa relacionada, en este sentido es necesario motivar a nuestras pacientes logrando cubrir sus expectativas, en atención a sus necesidades, en mejorar tiempos de espera y de resultados para esta prueba.

En relación al 9% de las mujeres que refirieron interferencia negativa por parte de sus parejas para la toma del Papanicolaou, se propone incentivar a la familia, en especial a sus parejas, para que asistan a pláticas donde se oriente en forma adecuada, haciendo énfasis en aclarar los mitos y tabúes, que rodean al tema.

Los resultados obtenidos son un punto de partida para futuras investigaciones, donde se pretenda mejorar y aumentar en forma oportuna la realización de Papanicolaou, reducir con ello la morbi-mortalidad por cáncer cervical, mediante nuevas estrategias que generen una cobertura de información oportuna y eficaz a este grupo de mujeres, en quienes podemos encontrar lesiones cervicales que permiten un tratamiento oportuno. Así mismo de realizar evaluaciones continuas que permitan tomar mejores decisiones en políticas preventivas de salud en nuestra unidad y posiblemente a nivel institucional.

ANEXOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACION 1 NOROESTE UMF 33

DEPARTAMENTO DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA FOLIO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO [____]

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado **“Identificación de factores que afectan la realización de Papanicolaou para la detección oportuna de cáncer cérvico uterino en mujeres de la Unidad de Medicina Familiar 33 El Rosario”**

El objetivo del estudio es: Identificar los factores que afectan la realización de Papanicolaou para la detección oportuna de cáncer Cérvico-Uterino en las mujeres de la Unidad de Medicina Familiar No. 33 el Rosario.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:

1. Otorgar datos personales como: edad, sexo, estado civil, empleo, escolaridad,
2. Permitir la aplicación de un cuestionario para poder identificar los factores que afectan la realización de Papanicolaou para la detección oportuna de cáncer Cérvico-Uterino

Declaro que se me ha informado ampliamente que no se tienen riesgos, ni inconvenientes, ni molestias y si beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes: Identificar los factores que afectan la realización de Papanicolaou para la detección oportuna de cáncer Cérvico-Uterino. El investigador principal se ha comprometido 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.

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 otorgo en el instituto.

El investigador principal me ha dado seguridad 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.

Nombre y firma de conformidad _____

Nombre, firma y matrícula del investigador _____

Dra. Nelly Bello Ortega Mat.99352593

CLAVE 2810-003-002

CÉDULA DE ENCUESTA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 33 EL ROSARIO

A. IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____ **Edad:** _____

B. DATOS GENERALES

1. ¿A qué se dedica?

- a) Empleado
- b) Trabaja por su cuenta
- c) Hogar
- d) Estudiante
- e) Desempleado

2. ¿Cuál es su estado civil?

- a) Casado
- b) Soltero
- c) Unión libre
- d) Divorciado / separado
- e) Viudez

3. ¿Cuál es su grado máximo de escolaridad?

- a) Analfabeta
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Bachillerato
- e) Licenciatura

C. IDENTIFICACION DE FACTORES QUE AFECTAN LA REALIZACION DEL PAPANICOLAOU

4. ¿A qué edad inició vida sexual? _____

5. ¿Se ha realizado el Papanicolaou alguna vez?

- a) Si b) No

6. ¿Es el Papanicolaou una prueba eficaz en la detección de cáncer cervicouterino?

- a) Si b) No

7. ¿A qué edad se realizó el Papanicolaou por Primera vez?

8. ¿Cuánto tiempo trascurrió entre su inicio de vida sexual y su primer Papanicolaou?

9. ¿Cuándo se realizó el último Papanicolaou?

- a) Menor a 3 años b) Más de 4 años c) Nunca

10. Cuantas veces ha realizado la prueba de Papanicolaou:

- a) 1 b) 2 c) otro

Especifique_____

11. ¿Cuál es la causa que impide que usted no se realice la prueba de Papanicolaou?

- a) Miedo b) Pena c) Otro

Especifique_____

12. ¿Considera que su pareja Interfiere con la decisión de realizar de su Papanicolaou?

- a) Si b) No

Especifique_____

13. ¿Alguna vez se ha sentido maltratada durante la realización del Papanicolaou?

- a) Si b) No

Especifique_____

14. ¿Usted considera que ser atendida por un hombre en la toma de Papanicolaou es un impedimento para realizarse la prueba?

- a) Si b) No

15. Considera que el tiempo para el traslado a la unidad de atención médica Interfiere con la decisión de realizar su Papanicolaou:

- a) Si b) No

16.- ¿Se ha realizado el Papanicolaou en el IMSS?

- a) Si b) No

17. Usted considera que los servicios de salud que presta la unidad médica respecto a la realización del Papanicolaou:

- a) Buenos b) Regulares c) Malos

Especifique _____

BIBLIOGRAFÍA

- 1.-Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de cáncer del cuello del útero y de la mama en la atención primaria.
- 2.-OMS. Consejo Ejecutivo 120a reunión. 2 de enero del 2007. Aplicación de resoluciones: Informe sobre los progresos realizados. Disponible en:
[http:// www.who.int/gob/ebwha/pdf_files](http://www.who.int/gob/ebwha/pdf_files)
- 3.-D.G. Altman and J M Bland (1994) Statistics Notes: Diagnostic tests 1: sensitivity and specificity. *British Medical Journal*;308
- 4.-*Los tumores malignos en población derechohabiente, 1990-2003*. El IMSS en cifras, División Técnica de Información en Salud. Año 2005. Disponible en:
www.imss.gob.mx/nr/imss/dpm/dties
- 5.-*Lewis, Merle J, (2004) Análisis de la situación del Cáncer Cervicouterino en América latina y el Caribe*, OPS, Washington, D.C.
- 6.-Méndez R. Ignacio et. al, (2006) El protocolo de Investigación, lineamientos para su elaboración y análisis. p. p 5-13 Ed. Trillas, 2da edición.
- 7.-Boletín epidemiológico. (2006) Panorama del cáncer cervicouterino en México Secretaria de salud de Morelos. / Volumen 24/Semana Epidemiológica no. 24, del 11 al 17 de junio, 2006.
- 8.-Who. Cancer Control Knowledge into Action: Guide for Effective Programme. Ginebra, 2006. Disponible en:
<http://www.paho.org/Spanish/AD/DCP/NC/pcc-fact-sheet-LAC.pdf>
9. -Health Situation in the Americas. Basic Indicators. 2007 Disponible en:
<http://www.ops.org/Project.asp>
- 10.- Plan de Acción de la OPS de prevención y control del cáncer. El cáncer en América Latina y El Caribe. Washington D.C. 11-12 junio 2008. Disponible en:
<http://www.paho.org/Project.ast>
- 11.- Farfán M. Laura C, et al (2004) Factores socioculturales en mujeres que no acuden a detección oportuna de cáncer cervicouterino. *Revista Médica del IMSS* 2004; 12(3): 123-130
- 12.-Hernández H Dulce M. et al. (2007), Factores Asociados con incumplimiento para tamizaje en cáncer de cérvix. *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*.