



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION**  
**DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**UNIDAD ACADEMICA**

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 46 IMSS**

**DR. JESUS KUMATE RODRIGUEZ**

**CULIACAN, SINALOA**

**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A CANCER  
CERVICOUTERINO EN USUARIAS DEL MODULO DE  
PLANIFICACION FAMILIAR DE LA UMF #35 DEL IMSS EN  
CULIACAN SINALOA.”**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:**

**DRA. MARIA DEL REFUGIO YEE GASTELUM**



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.

**CULIACAN, SINALOA A DICIEMBRE DE 2010**

**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A CANCER  
CERVICOUTERINO EN USUARIAS DEL MODULO DE  
PLANIFICACION FAMILIAR DE LA UMF #35 DEL IMSS EN  
CULIACAN SINALOA.”**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:**

**DRA. MARIA DEL REFUGIO YEE GASTELUM**

**AUTORIZACIONES DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO  
SOCIAL:**

**DRA. AJICHE GARCIA SAINZ  
PROFESOR TITULAR DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA  
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN UMF 46 IMSS,  
CULIACAN, SINALOA.**

**MC. PAULA FLORES FLORES  
ASESOR METODOLOGICO  
COORDINADOR DELEGACIONAL DE INVESTIGACION EN SALUD.  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DELEGACION  
SINALOA**

**DRA. AJICHE GARCIA SAINZ**  
**ASESOR DE TEMA**  
**PROFESOR TITULAR DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA**  
**FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN UMF 46 IMSS,**  
**CULIACAN, SINALOA.**

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

**DR. FELIPE JESUS GARCIA PEDROSA**  
**COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO DE**  
**MEDICINA**  
**FAMILIAR FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**

**DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES**

**COORDINADOR DE DOCENCIA**  
**DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR U.N.A.M.**

---

TITULO

---

*FACTORES DE RIESGO DE CÁNCER CERVICO UTERINO, EN  
USUARIAS DEL MODULO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR  
DE LA UMF 35 DEL IMSS EN CULIACAN, SINALOA*

## RESUMEN

Objetivo: Determinar la frecuencia de factores de riesgo, de cáncer cervicouterino, presentes en usuarias a métodos del módulo de planificación familiar de la unidad de medicina familiar # 35 del IMSS Culiacan, Sinaloa.

Material y Metodos: Se realizara un estudio, observacional, transversal y descriptivo, donde se realizara una encuesta de 15 items, a cada una de las usuarias del módulo de planificación familiar que acepten participar en el estudio.

## AGRADECIMIENTOS

A dios por darme la familia que tengo y bendecirme día a día

Agradezco a mis padres por haberme dado la vida, por tanto amor y esfuerzo realizado para que yo pudiera llegar hasta donde he llegado.

A mi esposo y mis hijos por tanta paciencia y ayuda incondicional.

A mis hermanas por compartir conmigo tantos momentos por haber tenido que prescindir de muchas cosas, para que mis padres me apoyaran para alcanzar mis logros.

A mis amigos y compañeros de curso por ser tolerantes y brindarme su apoyo en las buenas y malas.

A los maestros que han guiado mi enseñanza y me han brindado su apoyo incondicional.

## INDICE

Agradecimientos	3
Introducción	4-5
Marco De Teórico	6-14
Marco De Referencia	15-24
Justificación	25-26
Planteamiento Del Problema	27
Objetivo General	28
Objetivos Específicos	28
Hipótesis	29
Población En Estudio	29
Diseño Del Estudio	29
Criterios De Inclusión, Exclusión, Eliminación	30
Variables A Estudiar	30
Definición De Variables	31-32
Material Y Métodos	33
Presupuesto, Recursos Y Análisis Estadístico	34
Tamaño De La Muestra	35
Referencias Bibliográficas	36-40



## INTRODUCCION

El carcinoma cérvico uterino (CaCU), representa la segunda causa de mortalidad en población femenina a nivel mundial, <sup>1</sup> y es una de las principales causas de muerte en la población femenina mexicana. Este tumor representa más de 24% de todas las neoplasias malignas reportadas en México, haciendo de esta neoplasia uno de los problemas de salud más graves en México.<sup>2</sup>

En diferentes reportes de tipo epidemiológico, se han determinado diversos factores de riesgo asociados al desarrollo del CaCU, como el número de parejas sexuales, inicio temprano de vida sexual activa, multiparidad, etc.<sup>3,4</sup> Sin embargo, el factor etiológico más importante para el desarrollo del CaCU es la infección con virus de papiloma humano de alto riesgo (VPH-AR)<sup>5-8</sup> principalmente los tipos 16 y 18

Globalmente se calcula que cada año se diagnostican 466000 nuevos casos de cáncer cervicouterino (9)

Cada año 231,000 mujeres mueren de cancer cervicouterino. El 80% de ellas proceden de países en desarrollo (9)

Se calcula que la prueba del cáncer cervicouterino de la mujer cada cinco años tiene un costo de alrededor de us\$100 en los EEUU.

En 1990 se diagnosticaron 74871 mujeres con cáncer cervicouterino en las Américas. Se calcula que el 79.7 % de ellas viven en Latinoamérica y el Caribe.

## MARCO TEORICO

Según la Organización Mundial de la Salud, el cáncer cérvicouterino (CaCu) es la segunda mayor causa de mortalidad femenina por cáncer en todo el mundo, con unas 300.00 muertes al año. El 80% de los casos corresponden a los países en vías de desarrollo <sup>(11)</sup> y cerca de 500 000 casos nuevos se presentan cada año. Tan solo en el año 2002 se presentaron 493 243 y de estos, 273 505 fueron decesos <sup>(12)</sup>.

En México, en el año 2002, se presentaron 12 512 nuevos casos de cáncer cérvicouterino, de los cuales 5 777, el 46% de los casos, fueron decesos (12).

Esta enfermedad fue la primera causa de muerte entre las mujeres mexicanas con cáncer, ocupando un 16.6% de otros cánceres (Figura 1). La mayoría de las mujeres que desarrollan este cáncer tienen entre 40 y 50 años de edad. Sin embargo, cada vez es más común ver mujeres jóvenes infectadas, que a edades de 20 y 30 años se les diagnostica cáncer cérvicouterino.

### EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

Casi todos (99,8%) los casos de cáncer de cuello uterino se deben a causa de los tipos específicos de un virus DNA tumoral transmitido por vía sexual, que se denomina virus del papiloma humano (VPH). El enlace entre el CaCu y el VPH fue demostrado a principios de los años 80's por el doctor Harald zur Hausen y la infección es un requisito necesario para el desarrollo de esta enfermedad (13).

La infección por VPH puede ser causa de otros carcinomas ano genitales incluyendo de pene (25), vagina (26), vulva (27) y ano (28).

### HISTORIA DEL VPH CON EL CaCu

Por mucho tiempo se sospechó una etiología infecciosa para las verrugas, esto se demostró al fin en el siglo XIX. Uno de los primeros reportes de transmisión de verrugas en humanos fue por un accidente ocurrido en 1845 a un fabricante de

velas de cera, que mientras estaba removiendo un condiloma acicular con su instrumento se lastimó debajo de la uña.<sup>33</sup>

Tiempo después apareció en el lugar de la lesión una verruga, que luego de destruirla repetidamente reaparecía, hasta que la uña fue finalmente removida.

En otro experimento, el investigador, Ullmann inoculó extractos de papilomas laríngeos en heridas hechas por el mismo en su brazo. Después de 9 meses brotó una verruga en el sitio de inoculación (14). Las verrugas genitales y el CaCu siempre fueron referidos como manifestaciones de enfermedades venéreas comunes, tales como sífilis y gonorrea. Esta teoría fue rebatida por una escandalosa publicación hecha en 1917. Se usó un extracto de condiloma de pene, obtenido de un joven estudiante de medicina que no presentaba síntomas de enfermedad venérea alguna. Luego el extracto fue inoculado en el antebrazo del autor y el de su asistente, así como en la mucosa genital de una “virgo intacta”. Después de 2.5 meses la desafortunada mujer desarrolló condiloma genital y en los brazos de los varones aparecieron verrugas (15). Estos y otros experimentos concluyeron que las verrugas genitales representaban enfermedades distintas causadas por un agente transmisible. El concepto de que algunas verrugas pueden progresar a la malignidad fue establecido por los estudios de Shope, Rous y otros, que estudiaron la transmisión de verrugas que aparecen de manera natural en los conejos comúnmente llamados de cola de algodón. Estos investigadores descubrieron

Que las lesiones formadas en conejos domésticos, después de inocularlos con extracto de verrugas de los conejos de cola de algodón, eran sensible a la progresión maligna (16). También se demostró que tales extractos causaban la aparición de verrugas solo en conejos y no en otros animales, lo que ilustra la especificidad del virus por su hospedero. El primer virus del papiloma fue aislado de conejos por Richard Shope en 1933.

El Dr. Harald zur Hausen fue el primero en demostrar, por medio de experimentos de hibridación, que las verrugas genitales y los tejidos de cáncer de cérvix, contienen genomas del virus del papiloma humano (17, 18,19, 20).

En México, los informes del Registro Histopatológico de Neoplasias demuestran que la incidencia del cáncer cervicouterino invasor en el año 2000 fue de 9,801 casos, de un total de 91,913 neoplasias malignas, cifra que lo sitúa en primer lugar entre los cánceres en la mujer (20.1%) y que le permite ocupar 69.7% de los cánceres del conducto genital femenino.(21)

El virus del papiloma humano es el agente etiológico vinculado con el desarrollo del cáncer cervicouterino; se han descrito más de 100 tipos y 40 de ellos pueden

infectar la vía genital y 15 de ellos se han catalogado como de alto riesgo para el desarrollo del cáncer del cuello uterino. El tipo 16 es el responsable del 50% de las lesiones acetoblanco diagnosticadas en pacientes de riesgo que acuden a evaluación en clínicas de displasias. (22,23)

En el 25% de las mujeres mexicanas con cáncer uterino se ha identificado al VPH 16 de alto riesgo que tiene una variedad llamada asiático americana (VPH 16 AA), considerada nueve veces más oncogénica que la variante europea de este virus (VPH 16 E). El tipo VPH 16 AA-c es una variante del VPH 16 considerada como propia de la población mestiza mexicana. La infección por este tipo viral se ha relacionado en mujeres más jóvenes y con neoplasias más agresivas (24), La edad a la primera relación sexual, el número de parejas sexuales y el tiempo de vida sexual con ellas y la paridad, son factores que influyen en forma directa para el inicio de la enfermedad y su persistencia el resto de sus vidas, ya que hasta el momento no hay un tratamiento para erradicar totalmente al virus. Las pacientes que sólo mencionan tener un solo compañero sexual, es posible que el comportamiento promiscuo del compañero varón sea el causante de la infección, ya que se ha mencionado que él es un portador asintomático y no desarrolla la enfermedad, ya que son epitelios diferentes, así como el estado hormonal y la anatomía juegan un papel importante, pero no todas la mujeres infectadas con este VPH llegan a padecer la enfermedad, lo que indica que se requieren otros factores para que se inicie la carcinogénesis y la manifestación del padecimiento, por lo que la causa se considera multifactorial.(24,25,26)

## FACTORES DE RIESGO PARA LA INFECCIÓN

El riesgo de contraer un VPH genital está influenciado por la actividad sexual, por lo que el CaCu sigue un patrón típico de enfermedades transmitidas sexualmente.

- Promiscuidad. Hay una fuerte asociación entre el número de parejas que han tenido tanto la mujer como su compañero a lo largo de su vida y la adquisición del VPH (27).
- Actividad sexual a temprana edad.
- Tener historial de otras enfermedades transmitidas sexualmente.
- Verrugas genitales, test de Papanicolaou con resultados anormales.
- Pareja sexual con cáncer de cérvix o de pene.
- Edad. La infección es más común en mujeres jóvenes sexualmente activas, de 18 a 30 años de edad, después de los 30 años decrece la prevalencia.

El CaCu es más común después de los 35 años, lo que sugiere infección a temprana edad y progresión lenta a cáncer (26,27).

- Persistencia viral. Común entre los tipos virales de alto riesgo y factor determinante en el desarrollo a cáncer. La persistencia puede inducir cambios genéticos secundarios dado que las proteínas virales interfieren con los puntos de control del ciclo celular e inducen inmortalización de los queratinocitos.
- Uso prolongado de anticonceptivos orales. La región larga de control, LCR por las siglas en inglés, en el genoma viral, contiene elementos de respuesta a glucocorticoides, inducibles por hormonas esferoidales como la progesterona (componente activo de los anticonceptivos orales) y la dexametasona.

Estudios han reportado el uso de anticonceptivos orales y la alta positividad al DNA viral (27).

- Confección con otros virus, como el del herpes simple (HSV) tipo 2, citomegalovirus (CMV), herpes virus humano tipos 6 y 7 (HHV-6), detectados todos en el cérvix.
- Carga viral. Correlaciona directamente con la severidad de la enfermedad. El VPH 16 puede alcanzar una carga viral más alta que otros tipos virales.
- Predisposición genética. Representa el 27% del efecto de los factores subyacentes para el desarrollo del tumor. La herencia afecta la susceptibilidad a La infección por VPH, la capacidad para resolverla y el tiempo de desarrollo de la enfermedad (27).
- Variantes virales intratipo.

En 2000, se calculó que habría 470.606 casos nuevos y 233.372 defunciones por carcinoma del cuello uterino (cáncer cervicouterino) al año entre las mujeres de todo el mundo. Además, se calculó que más del 80 por ciento de esta carga se presentaría en los países menos desarrollados, donde esta enfermedad es la principal neoplasia maligna entre las mujeres.

En la Región de las Américas, se pronosticaron 92.136 casos y 37.640 defunciones por cáncer cervicouterino, de los cuales 83,9 y 81,2 por ciento corresponderían a América Latina y el Caribe respectivamente.

Hoy en día, el cáncer cervicouterino sigue siendo una causa preponderante de mortalidad en las mujeres a nivel mundial, aunque es la neoplasia con el mayor potencial demostrado de prevención secundaria. Esta enfermedad es totalmente prevenible y curable, a bajo costo y con un bajo riesgo, cuando se cuenta con

métodos para tamizaje en mujeres asintomáticas, junto con un diagnóstico, tratamiento y seguimiento apropiados. No obstante, los programas de prevención en América Latina y el Caribe han tenido poco o ningún éxito.

En México, donde ha estado en marcha un programa de tamizaje durante más de 20 años, se han evitado menos de 13 por ciento de los casos potencialmente prevenibles. De manera análoga, en Costa Rica, ninguno de los programas de tamizaje implantados desde 1960 ha tenido repercusión sobre la incidencia o la mortalidad.

En Cuba, donde existe un programa de tamizaje desde 1968, se han observado ligeros incrementos en la incidencia y la mortalidad, especialmente entre mujeres jóvenes.

Cuando se mide la carga de morbilidad en años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), según lo cual un AVAD es igual a la pérdida de un año de vida saludable, cálculos recientes de OMS sugieren que, en las Américas, el cáncer cervicouterino actualmente causa 471.000 AVAD.

## Morbilidad y Mortalidad

América Latina y el Caribe tienen algunas de las tasas de incidencia y mortalidad por cáncer cervicouterino más altas del mundo, sólo superadas por las de África Oriental y Melanesia.

Durante los 40 últimos años, las reducciones en la incidencia de cáncer cervicouterino han dado lugar a tasas significativamente bajas, inferiores a 10 casos por cada 100.000 mujeres, en Canadá, Estados Unidos y otras economías de mercado consolidadas. Sin embargo, en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, las tasas anuales de cáncer cervicouterino se mantienen altas, generalmente por arriba de 20 casos por cada 100.000 mujeres.

Pocos países de América Latina mostraron reducciones significativas en la mortalidad notificada durante el período de 1968 a 1993, en notable contraste con la experiencia norteamericana. Los datos anuales ajustados por edad relativos al Caribe también indican que la mortalidad por cáncer cervicouterino sigue siendo alta en esa subregión, con un promedio anual de 25 defunciones por cada 100.000 habitantes.

Los datos recientes de mortalidad de la OPS (1996- 2001) indican una mortalidad por cáncer cervicouterino estandarizada por edades (TMEE) persistentemente alta en Nicaragua, El Salvador y Perú. Si bien las tasas de mortalidad en algunos

otros países parecen menores, ningún país en particular muestra una tasa tan baja como la de Canadá, donde, en 2000, se registró una tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino estandarizada por edades de 1,17 defunciones por cada 100.000 mujeres.

El cáncer cérvicouterino (CaCu) es una mutación celular de la unión escamocolumnar en el epitelio del cuello uterino. Se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras, de lenta y progresiva evolución, producidas en etapas de displasia leve, moderada y severa; evolucionan a cáncer *in situ*, en grado variable, cuando ésta se circunscribe a la superficie epitelial, luego a micro invasor y posteriormente a invasor cuando el compromiso traspasa la membrana basal.

**FACTORES DE RIESGO:** En cada sociedad existen comunidades, grupos de individuos, familias o individuos que presentan más posibilidades que otros, de sufrir en un futuro enfermedades, accidentes, muertes prematuras, se dice que son individuos o colectivos especialmente vulnerables. A medida que se incrementan los conocimientos sobre los diferentes procesos, la evidencia científica demuestra en cada uno de ellos que: en primer lugar las enfermedades no se presentan aleatoriamente y en segundo que muy a menudo esa "vulnerabilidad" tiene sus razones. La vulnerabilidad se debe a la presencia de cierto número de características de tipo genético, ambiental, biológicas, psicosociales, que actuando individualmente o entre sí desencadenan la presencia de un proceso. Surge entonces el término de "riesgo" que implica la presencia de una característica o factor (o de varios) que aumenta la probabilidad de consecuencias adversas. En este sentido el riesgo constituye una medida de probabilidad estadística de que en un futuro se produzca un acontecimiento por lo general no deseado. El término de riesgo implica que la presencia de una característica o factor aumenta la probabilidad de consecuencias adversas. La medición de esta probabilidad constituye el enfoque de riesgo (1-4).

Un factor de riesgo es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido. Estos factores de riesgo (biológicos, ambientales, de comportamiento, socio-culturales, económicos) pueden sumándose unos a otros, aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos produciendo un fenómeno de interacción.

**Causalidad:** La presencia de un factor de riesgo no es necesariamente causal. El aumento de incidencias de una enfermedad entre un grupo expuesto en relación a un grupo no expuesto, se asume como factor de riesgo, sin embargo esta asociación puede ser debida a una tercera variable. La presencia de esta o estas terceras variables se conocen como variables de confusión. Así por ejemplo el ejercicio físico se conoce como factor de protección asociado al infarto de miocardio.

El efecto protector que pueda tener el ejercicio, se debe controlar por la edad de los pacientes, ya que la edad está asociada con el infarto de miocardio en el sentido de que a más edad más riesgo. Por otra parte la mayor dosis de ejercicio la realiza la gente más joven; por lo tanto parte del efecto protector detectado entre el ejercicio y el infarto de miocardio está condicionado por la edad. La edad en este caso actúa como variable de confusión. Expuesto a un proceso mórbido. Estos factores de riesgo (biológicos, ambientales, de comportamiento, socio-culturales, económicos) pueden sumándose unos a otros, aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos produciendo un fenómeno de interacción.

El conocimiento y la información sobre los factores de riesgo tienen diversos objetivos (5):

*Predicción:* La presencia de un factor de riesgo significa un riesgo aumentado de presentar en un futuro una enfermedad, en comparación con personas no expuestas. En este sentido sirven como elemento para predecir la futura presencia de una enfermedad.

*Diagnóstico:* La presencia de un factor de riesgo aumenta la probabilidad de que se presente una enfermedad. Este conocimiento se utiliza en el proceso diagnóstico ya que las pruebas diagnósticas tienen un valor predictivo positivo más elevado, en pacientes con mayor prevalencia de enfermedad. El conocimiento de los factores de riesgo se utiliza también para mejorar la eficiencia de los programas de cribaje, mediante la selección de subgrupos de pacientes con riesgo aumentado.

*Prevención:* Si un factor de riesgo se conoce asociado con la presencia de una enfermedad, su eliminación reducirá la probabilidad de su presencia. Este es el objetivo de la prevención primaria. Así por ejemplo se relacionan la obesidad y la hipertensión, la hipercolesterolemia y la enfermedad coronaria, el tabaco y el cáncer de pulmón, vph y cacu.

El término de riesgo implica que la presencia de una característica o factor aumenta la probabilidad de consecuencias.



## MARCO DE REFERENCIA (ANTECEDENTES CIENTIFICOS):

### Cancercervicouterino:

.La incidencia y la severidad de una enfermedad tan fácilmente detectable y prevenible deberían convertirse en un llamado a la acción para los profesionales de la salud, los formuladores de política y defensoras de género.

- El mensaje sobre el cáncer cérvicouterino debería darle prioridad a los aspectos de prevención y no al tratamiento de la enfermedad y sus consecuencias. Donde existan se deben estimular los programas de pruebas para detectar el cáncer cérvicouterino y las mujeres deben ser informadas ampliamente acerca del procedimiento y sus beneficios (6).
- La capacidad de la mujer de controlar su salud sexual y reproductiva ha sido una prioridad en la abogacía de género desde hace muchos años. Ahora también debe convertirse en una prioridad de salud pública no sólo para la protección contra el HPV y el cáncer cérvicouterino, sino también para reducir la propagación del VIH/SIDA y otras ETS.
- Los médicos y demás profesionales de la salud deben ser capacitados para reconocer que el género y el lugar de la mujer en la sociedad tienen un impacto profundo en su salud y en la atención que recibe

El cáncer cervicouterino es un problema de salud pública prevenible, detectable y tratable; sin embargo es causa importante de mortalidad en mujeres mayores de 25 años, ocasiona alrededor de 500.000 muertes al año en el mundo. México se ubica en los primeros lugares de mortalidad de mujeres a causa del cáncer cervicouterino y el cáncer de mama; a pesar de existir programas de prevención y detección que centran los esfuerzos en el tamizaje citológico, siguen las mujeres

sin incorporar en su vida una cultura de la prevención, situación que repercute en su salud y que en algunos casos las lleva a padecer de cáncer cervicouterino.

Entre los factores de riesgo, aunque existe controversia en la asociación, se reconoce en la literatura el inicio de relaciones sexuales a temprana edad, la multiparidad, historia de varias parejas sexuales, uso prolongado de anticonceptivos orales, infecciones cervicovaginales, relaciones sexuales sin protección (no uso de condón), consumo de tabaco e inmunodeficiencias, factores que en su mayoría se pueden intervenir desde los estilos de vida, en la medida en que la salud está en dependencia de hábitos y costumbres que a diario se practican y del resultado de las acciones y los esfuerzos que durante la vida cada cual hace por cuidarla y mejorarla, es decir, del autocuidado. El autocuidado es el comportamiento que incluye una combinación de experiencias sociales y cognoscitivas y es aprendido a través de relaciones interpersonales, comunicación y cultura; e incluye prácticas o destrezas aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, utilizadas por libre decisión con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad.

Por otra parte, los programas orientados al control del cáncer cervicouterino han sido pocos eficaces y de bajo impacto en países subdesarrollados; una de las causas es la falta de planeación con base en los elementos culturales de la comunidad que se interviene. En este sentido, la cultura influye en la apropiación del cuerpo y decisiones que las mujeres toman frente al mismo, en la percepción de la enfermedad y conductas de prevención, por estas razones la opinión de la

Población tiene un puesto relevante en la formulación de políticas y ejecución de programas de salud; sin embargo, comúnmente se organizan desde el punto de vista de los técnicos y se deja por fuera las necesidades y percepciones de la comunidad.

La percepción consiste en recibir estímulos del medio a través de los sentidos que se dotan de significado por medio de la mente, del conocimiento, de las experiencias y expectativas que la persona posee, desde esta mirada, primero se debe aprender a pensar en los términos de la comunidad. Antes de pedirle a un grupo de personas que asuma nuevos hábitos de salud, es necesario valorar los existentes, la relación que tienen entre sí, las funciones que cumplen y lo que significan para aquellos que los practican. (7)

El estudio de la percepción es objeto de creciente interés en el campo de la antropología médica, definida como la interpretación de los estímulos que se relacionan al plano de las actitudes, los valores sociales o las creencias. Las

experiencias percibidas de nuestro entorno adquieren significado de pautas culturales e ideológicas específicas aprendidas desde la infancia sin plena conciencia de ello y es a partir de esto que los humanos tenemos la capacidad de seleccionar y organizar las sensaciones orientadas a satisfacer las necesidades, ejempló la percepción de la salud y la enfermedad, ligada a aspectos que identifican la cultura como propios, entre ellos las creencias y teorías míticas que responden al concepto de enfermedad, tratamiento y curación; por tanto cobra sentido las concepciones, percepciones y prácticas de la población relacionadas con la salud y la enfermedad , señalando que la salud y la enfermedad son construcciones sociales.

En la actualidad, las investigaciones sobre el Cáncer cervicouterino están más orientadas a aspectos moleculares y epidemiológicos con el propósito de profundizar en el comportamiento del papiloma virus humano, -microorganismo comprendido en la citología del cáncer- y los factores de riesgo. Estos estudios han arrojado inconsistencias en la asociación de los factores de riesgo que comparten la infección por el virus y cáncer cervicouterino. Se han establecido como factores predisuestos y significantes para el cáncer: el inicio de relaciones sexuales a temprana edad, las infecciones genitales recurrentes, los anticonceptivos orales, el hábito de fumar y el estado nutricional. Para atender a tiempo los factores de riesgo antes referidos es importante ampliar en las mujeres el rango de edad a estudiar, para saber el nivel de conocimientos sobre el autocuidado de la salud y sus estrategias de prevención, con ello generar información que permita identificar los

Factores de riesgo a los que más se expone este grupo social.

Actualmente los seres humanos estamos sujetos a transitar el ritmo acelerado que marca el diario vivir en la sociedad actual, donde, tal pareciera que todo es prioritario, excepto el cuidado de la salud.

La cultura de la salud, así como la del autocuidado, y de la prevención de enfermedades mortales, parece estar lejos del imaginario social de las personas, al no figurar en la vida cotidiana como una preocupación, ni como una necesidad de incorporarla en su existencia como factor de calidad de vida.

En este escenario trágico por falta de hábitos a favor de una vida saludable se presenta el cáncer cervicouterino, considerado como un problema de salud preocupante por presentar altos índices de mortalidad en la población femenina a nivel mundial (500.000 mujeres mayores de 15 años mueren al año) a pesar de ser uno de los tipos de cáncer que se puede prevenir, detectar y tratar, según la Organización Panamericana de la Salud (2009).

Factores de riesgo de cáncer cervicouterino:

Indicios hasta la fecha

Paridad elevada: Un cofactor

Los datos compartidos de ocho estudios de casos y testigos sobre el cáncer invasivo del cuello uterino y dos estudios sobre el carcinoma *in situ* (CIS), efectuados en cuatro continentes, sugieren que las mujeres con tres o cuatro embarazos de término tenían un riesgo 2,6 veces más alto de aparición de cáncer cervicouterino que aquellas que nunca habían dado a luz; las mujeres con siete partos o más, presentaron un riesgo 3,8 veces mayor.<sup>5</sup>

Otros estudios corroboran esta relación positiva encontrada entre la paridad elevada y el cáncer de cuello uterino.<sup>6</sup>,

El motivo fisiológico de esta asociación está poco claro; las posibilidades incluyen factores hormonales vinculados

Al embarazo o traumatismo cervical asociado con el parto., 35, 45, 52 y 58—daban razón del 95 por ciento de los cánceres de cuello uterino.<sup>2</sup>

El tipo 16, el de mayor prevalencia, respondía por el 50 a 60 por ciento de los casos de cáncer cervicouterino.

El VPH 18, segundo en orden de prevalencia, daba cuenta de un 10 a 12 por ciento.<sup>3</sup> En los diferentes países y

Regiones varían los tipos de VPH de alto riesgo que tienen mayor prevalencia.

El VPH es una de las infecciones de transmisión sexual más comunes. Sin embargo, la infección desaparece o se torna indetectable en uno o dos años en la gran mayoría de los casos. Por ejemplo, entre una cohorte de mujeres universitarias seronegativas al VPH, el 46 por ciento contrajo una infección por el VPH dentro de los tres años. Después de una mediana de seguimiento de 60 meses, la mayoría de estas infecciones por el VPH no progresaron a lesiones cervicales.<sup>4</sup>

Se ha demostrado que la infección por el papiloma virus humano (VPH) es la causa necesaria, pero no la única suficiente, del cáncer cervicouterino<sup>1</sup>. La gran mayoría de las mujeres infectadas por algún tipo de VPH oncógeno nunca presenta cáncer cervicouterino. Esto sugiere que otros factores adicionales que actúan conjuntamente con el VPH influyen en el riesgo de aparición de la enfermedad. Cofactores como la paridad, el uso de anticonceptivos orales, el tabaquismo, La inmunosupresión particularmente la relacionada con el virus de la

inmunodeficiencia humana (VIH), la infección por otras enfermedades de transmisión sexual y la desnutrición se han asociado, en grado variable, con la aparición de cáncer invasivo del cuello uterino. Sin embargo, su función específica en la aparición del cáncer cervicouterino es poco clara aún. La edad de comienzo de las relaciones sexuales, el número de compañeros sexuales que se han tenido, los antecedentes de infecciones de transmisión sexual y otras características de la actividad sexual se vinculan con la probabilidad de contraer el VPH. No se los considera cofactores para la progresión de la infección por el VPH a cáncer cervicouterino.

#### Acción de la infección por el VPH

Si bien existen más de 50 tipos del VPH que infectan el aparato genital, se han identificado 15 de ellos (tipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 y 82) como tipos oncogénos de alto riesgo vinculados al cáncer cervicouterino. Un análisis de los datos compartidos de 11 estudios de casos y testigos de nueve países (todos menos dos, países en desarrollo), que incluyen a 1918 mujeres con cáncer cervicouterino, reveló que ocho tipos 16, 18, 31, 33, “Muchos casos de cáncer cervicouterino pueden prevenirse mediante prácticas de tamizaje apropiadas.

Quienes utilizan anticonceptivos orales en lugares en los que se cuenta con servicios de detección deberían recurrir a ellos, tal como se aconseja a otras mujeres. Sin embargo, en muchos entornos se carece de estos servicios; a menudo, los riesgos de morbilidad y mortalidad en embarazo son altos en estos entornos y los anticonceptivos orales combinados son uno de los pocos métodos anticonceptivos ampliamente disponibles. Incluso, dado que la paridad, parece ser un factor de riesgo de cáncer cervicouterino, el uso de los anticonceptivos orales puede reducir el riesgo de cáncer cervicouterino atribuible a la paridad. No debe negarse a la mujer el uso de anticonceptivos orales combinados simplemente porque la mujer no puede obtener acceso a los servicios de detección. Probablemente, el riesgo de mortalidad materna por la falta de uso de anticonceptivos sobrepasaría ampliamente cualquier riesgo adicional de cáncer cervicouterino para la mayoría de la mujer.

#### El uso prolongado de anticonceptivos orales: Un posible cofactor

Las investigaciones indican que hay una relación potencial a largo plazo entre el uso prolongado de anticonceptivos orales y la aparición de cáncer cervicouterino.

Un análisis de los datos compartidos de diez estudios de casos y testigos, de pacientes con cáncer invasivo del cuello uterino o con CIS, sugiere que el uso a

largo plazo de los anticonceptivos orales podría aumentar hasta cuatro veces el riesgo de cáncer cervicouterino en las mujeres infectadas con el VPH.<sup>9</sup>

A la espera de los resultados de varios estudios actualmente en marcha, la OMS convocó una reunión de expertos que se centró en el cáncer cervicouterino, los anticonceptivos orales y la paridad.

El grupo publicó recomendaciones que se oponen a cambiar la práctica de prescribir anticonceptivos orales.<sup>8</sup>

#### Otros cofactores

El tabaquismo parece estar firmemente asociado con la aparición de lesiones cervicales precancerosas y cáncer.<sup>10,11</sup> El tabaquismo se encuentra entre los cofactores ambientales más uniformemente identificados con la probabilidad de influir en el riesgo de padecer cáncer cervicouterino; los estudios revelan que el riesgo para las fumadoras actuales al menos duplica el de las no fumadoras.<sup>10,11,12</sup> Las mujeres infectadas por el VIH contraen más fácilmente los tipos del VPH de alto riesgo y tienen mayor probabilidad de presentar lesiones precancerosas (y de aparición más rápida), que las mujeres seronegativas para VIH, del mismo grupo etario.<sup>13,14,15</sup> Sin embargo, hasta la fecha, está poco claro la magnitud del incremento del riesgo de cáncer cervicouterino entre estas mujeres.

Las mujeres con infección por el VPH y otro agente de transmisión sexual, como *Chlamydia trachomatis* o virus-2 de herpes simple (HSV-2), tienen mayor probabilidad de presentar cáncer cervicouterino que las mujeres sin coinfecciones.

Un análisis compartido de siete estudios de casos y testigos, que examina el efecto de la infección con HSV-2 en la etiología del cáncer invasivo del cuello uterino, encontró que entre las mujeres con seropositividad para el ADN de VPH, el HSV-2 se asociaba a un riesgo unas tres veces superior de presentar cáncer cervicouterino, después del ajuste para posibles variables de confusión.<sup>16</sup>

Se considera que una baja condición socioeconómica es un factor de riesgo de numerosos problemas de salud, incluido el cáncer cervicouterino; en particular, en entornos de bajos recursos. Las mujeres con una baja condición socioeconómica a menudo tienen bajos ingresos, limitaciones para acceder a los servicios de atención de salud, nutrición deficiente y escasa concientización acerca de los temas de salud y de una conducta preventiva. Todos estos factores pueden hacerlas más proclives a enfermarse o a padecer enfermedades que pueden prevenirse, como el cáncer cervicouterino.<sup>17</sup> Si bien algunos investigadores han postulado que las prácticas higiénicas deficientes o las malas condiciones

higiénicas pueden aumentar el riesgo de infección por el VPH o de cáncer cervicouterino, no existen pruebas uniformes que sustenten esta aseveración.18,19

En México, los informes del Registro Histopatológico de Neoplasias demuestran que la incidencia del cáncer cervicouterino invasor en el año 2000 fue de 9,801 casos, de un total de 91,913 neoplasias malignas, cifra que lo sitúa en primer lugar entre los cánceres en la mujer (20.1%) y que le permite ocupar 69.7% de los cánceres del conducto genital femenino.3

El virus del papiloma humano es el agente etiológico vinculado con el desarrollo del cáncer cervicouterino; se han descrito más de 100 tipos y 40 de ellos pueden infectar la vía genital y 15 de ellos se han catalogado como de alto riesgo para el desarrollo del cáncer del cuello uterino. El tipo 16 es el responsable del 50% de las lesiones acetoblancas diagnosticadas en pacientes de riesgo que acuden a evaluación en clínicas de displasias.15, 17

En el 25% de las mujeres mexicanas con cáncer uterino se ha identificado al VPH 16 de alto riesgo que tiene una variedad llamada asiático americana (VPH 16 AA), considerada veces más oncogénica que la variante europea de este virus (VPH 16 E). El tipo VPH 16 AA-c es una variante del VPH 16 considerada como propia de la población mestiza mexicana. La infección por este tipo viral se ha relacionado

En mujeres más jóvenes y con neoplasias más agresivas.16

La edad a la primera relación sexual, el número de parejas sexuales y el tiempo de vida sexual con ellas y la paridad, son factores que influyen en forma directa para el inicio de la enfermedad y su persistencia el resto de sus vidas, ya que hasta el momento no hay un tratamiento para erradicar totalmente al virus.

Las pacientes que sólo mencionan tener un solo compañero sexual, es posible que el comportamiento promiscuo del compañero varón sea el causante de la infección, ya que se ha mencionado que él es un portador asintomático y no desarrolla la enfermedad, ya que son epitelios diferentes, así como el estado hormonal y la anatomía juegan un papel importante, pero no todas la mujeres infectadas con este VPH llegan a padecer la enfermedad, lo que indica que se requieren otros factores para que se inicie la carcinogénesis y la manifestación del padecimiento, por lo que la causa se considera multifactorial.10,11,1

## JUSTIFICACION:

El cáncer cérvicouterino es uno de los tipos de cáncer más fáciles de detectar y prevenir debido a que su desarrollo es gradual. Por lo tanto, el examen periódico lo puede detectar antes de que se propague. Este tipo de cáncer es más visible que, por ejemplo, el cáncer de mama. En lugar de tener que observar las células mediante rayos X o biopsia, el ginecólogo puede raspar el interior del cuello uterino y analizar las células utilizando un microscopio (5).

La prevención es la herramienta más importante en la lucha contra el cáncer cérvicouterino (1). Esto representa desafíos importantes para las mujeres, especialmente las pobres.

- Las mujeres, en particular las de países en desarrollo, no tienen acceso a los servicios de salud gratuitos, o no tienen dinero para pagar los análisis. Además, si estos servicios están disponibles probablemente están en los centros urbanos, limitando su acceso a las mujeres que viven en zonas rurales.
- Comúnmente, la mujer le da prioridad a la salud de su familia que a la propia. Si hay dinero para servicios médicos, ella lo gastará en sus hijos y no en sí misma.
- El temor a su pareja también puede desalentar a la mujer de hacerse las pruebas periódicas para detectar el cáncer cérvicouterino. Él puede oponerse a que visite al ginecólogo, a pagar por la prueba o por el costo del transporte a la clínica o al hospital.
- En muchas sociedades la mujer no controla sus relaciones sexuales. El que la mujer tenga o no control de cuándo, cómo y con quien tiene contacto sexual es de suma importancia para poder protegerse contra el HPV.



- Las experiencias negativas con médicos u otros profesionales de la salud en general pueden también ser un impedimento a someterse a los exámenes periódicos (6).
- En Latinoamérica los exámenes normalmente tienden a estar vinculados a los programas de planificación familiar, beneficiando primordialmente a mujeres menores de 30 años. Dado que el grupo de mujeres que corre el mayor riesgo de cáncer cérvicouterino es de 25-60 años de edad, estos programas no son muy eficaces (1).
- La falta de información sobre el procedimiento, o el temor a los resultados puede disuadir a la mujer de hacerse los exámenes periódicos (6).

Cuando analizamos los factores de riesgo es útil concentrarnos principalmente en aquellos que podemos controlar, sin embargo los que no podemos modificar, pueden servirnos para recordarle a las mujeres la importancia de realizarse las pruebas de Papanicolaou en tiempo y forma.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la frecuencia de factores de riesgo para cáncer cervicouterino en mujeres que acuden al módulo de planificación familiar de la UMF 35 del IMSS en Culiacán, Sinaloa?

## OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL

Describir la frecuencia de los factores de riesgo, de cáncer cervicouterino presentes en usuarias a métodos del módulo de planificación familiar de la unidad de medicina familiar # 35 del IMSS Culiacán, Sinaloa.

### OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1.-Identificar el número de mujeres con inadecuado control citológico.
- 2.-registrar la edad, antecedentes ginecobstetricos de las usuarias de planificación familiar de la unidad de medicina familiar #35.
- 3.-identificar los factores de riesgo de mayor frecuencia en usuarias de planificación familiar.

## HIPOTESIS

Tienen las usuarias del módulo de planificación familiar de la unidad medicina familiar #35 del IMSS en Culiacan, Sinaloa factores de riesgo para desarrollar cáncer cervicouterino.

## METODOLOGIA

### POBLACION EN ESTUDIO:

Todas las usuarias de métodos de planificación familiar que acudan al módulo planificación familiar en los meses de agosto, septiembre y octubre del 2010.

### DISEÑO DEL ESTUDIO:

Descriptivo, observacional, transversal tipo encuesta

### POBLACION EN ESTUDIO:

Todas las usuarias que acudan al módulo de planificación familiar de agosto, septiembre y octubre 2010.

### CRITERIOS DE INCLUSION.-

Todas las usuarias del módulo de planificación familiar de la unidad medicina familiar #35 del IMSS, Culiacán, Sinaloa, que acudan en el mes agosto, septiembre y octubre 2010.

## CRITERIOS DE EXCLUSION:

Todas aquellas usuarias a metodos de planificacion familiar que acudan al módulo de planificación familiar en la UMF 35 del IMSS en Culiacán, Sinaloa que no deseen participar en la encuesta.

## CRITERIOS DE ELIMINACION:

Todas las encuestas que estén incompletas.

## VARIABLES A ESTUDIAR:

Variables sociodemográficas: Edad, Domicilio, Ocupación, Estado Civil y Escolaridad.

Variables ginecobtetricas: multigestacion, multiparidad, sexarquia temprana, número de parejas sexuales, método anticonceptivo, antecedente oncológico familiar, nivel de conocimiento sobre prevención de patología cervical y factores de riesgo (tabaquismo, falta de control citológico, etc.)

Descripción del procedimiento:  
Se realizara una encuesta previo consentimiento informado de manera verbal a todas las pacientes que acudan al módulo de planificación familiar de la unidad de medicina familiar # 35 del IMSS Culiacán, Sinaloa. Durante los meses de agosto, septiembre y octubre del 2010. La cual se llevara a cabo por el médico del curso de la especialidad en medicina familiar modalidad semipresencial, enfermera, y trabajadora social del módulo.

## DEFINICION DE VARIABLES

Variables	Definicion operacional	Indicador	Escalade medicion
Variables sociodemograficas			
Edad	Años cumplidos en números enteros	Años	Cuantitativa
Ocupación	Actividad a la que se dedica	Ama de casa, empleada, profesionista	Cualitativa
Ginecobstetricas			
Multigestación	embarazos	>De 2 embarazos	Cuantitativa
Multiparidad	Más de dos partos por via vaginal	>De 2 partos por via vaginal	Cuantitativa
Sexarquia temprana	Inicio de relaciones sexuales antes de los 18 años	Antes de los 18 años	Cuantitativa
Número de parejas sexuales	Más de una pareja sexual	>2 o más parejas sexuales	Cuantitativa
Metodo anticonceptivo	Uso de anticonceptivos h.orales >3 años	Uso por >mas de 3 años de hormonales orales	Cuantitativa
inadecuado control citológico	No realizarse citología vaginal por >3 años o nunca	Inadecuado control citológico	Cualitativa nominal
Antecedente oncológico familiar	Historia de cacu en familiar directo, madre, hermanas	Predisposición para cacu por antecedente familiar	Cualitativa nominal
Nivel de conocimiento sobre patologia cervical y factores de riesgo	Que tanto saben sobre cancer cervicouterino y como prevenirlo	Conocimiento bueno, regular, malo sobre cacu y factores de riesgo	Cualitativa nominal

## MATERIAL Y METODOS

Estudio observacional, transversal y descriptivo, se realizara una encuesta de 14 ítems, a cada una de las usuarias del módulo de planificación familiar que acepten participar en el estudio. Con el apoyo de la enfermera y trabajadora social del módulo.

### RECURSOS

Humanos: Médico del curso de especialidad en medicina familiar, modalidad semipresencial, Enfermera y Trabajadora Social del módulo.

Materiales: Computadora, impresora, fotocopidora, formato de encuesta, lápices y plumas.

### PRESUPUESTO

El gasto de transporte y materiales fueron sufragados por el investigador.

### DISEÑO ESTADISTICO

Para variables nominales y ordinales se calculara frecuencia y porcentaje.

Para variables numéricas se utilizara medidas de tendencia central y de dispersión.

Se presentaran cuadros y tablas con resultados de las siguientes variables a estudiar.

### TAMAÑO DE LA MUESTRA

$$n = (2268) (0,25) / (1.96)^2$$

$$n = (576) / (3,8416)$$

$$n = 147.57$$

## CONSIDERACIONES ETICAS

El presente estudio no interfiere con los principios éticos establecidos en el código internacional de ética medica, la asociación medica mundial y la declaración de Helsinki. Se obtendrá el consentimiento informado de manera verbal de todas las usuarias a métodos de planificaccion familiar del modulo de la UMF#35, que deseen participar en el estudio.

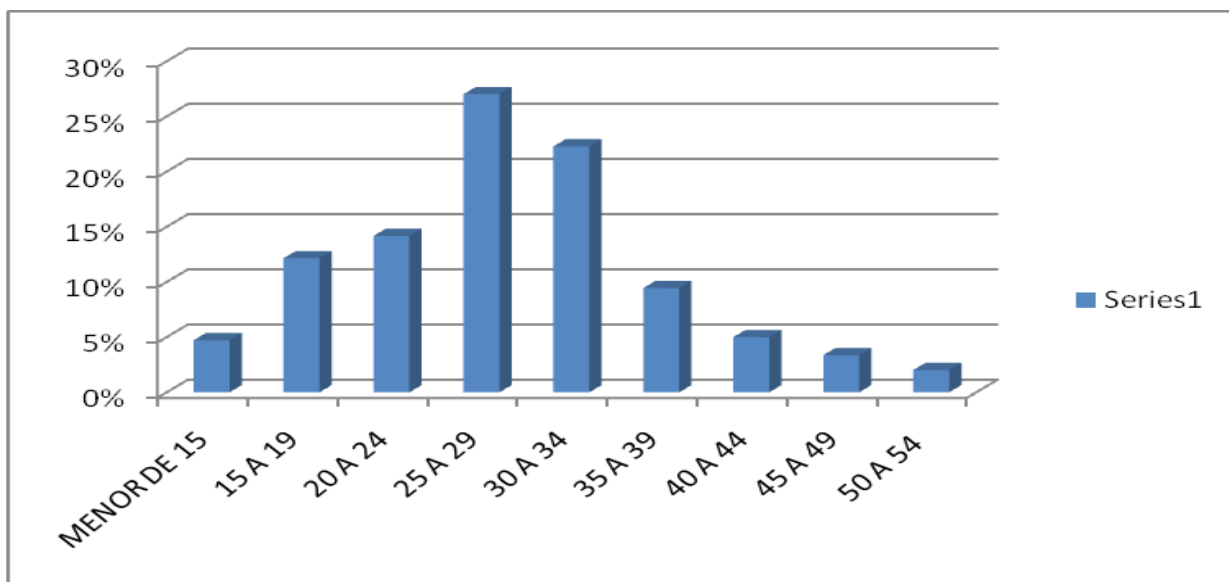


## RESULTADOS

Las usuarias del modulo de planificación familiar de la UMF 35 se presentaron por grupo de edad, siendo el grupo prioritario el de 25 a 29 años de edad con un 27%, siguiéndole el de 30 a 34 con un 22% en de 20 a 24 años con 14%, el de 15 a 19 12%, el de 35.

**Tabla 1:** Grupos De Edad De Mujeres Encuestadas

GRUPOS DE EDAD		
EDAD	FREC. ABSOLUTA	PORCENTAJE
MENOR DE 15	7	5%
15 A 19	18	12%
20 A 24	21	14%
25 A 29	40	27%
30 A 34	33	22%
35 A 39	14	9%
40 A 44	7	5%
45 A 49	5	3%
50 A 54	3	2%
TOTAL	148	100%

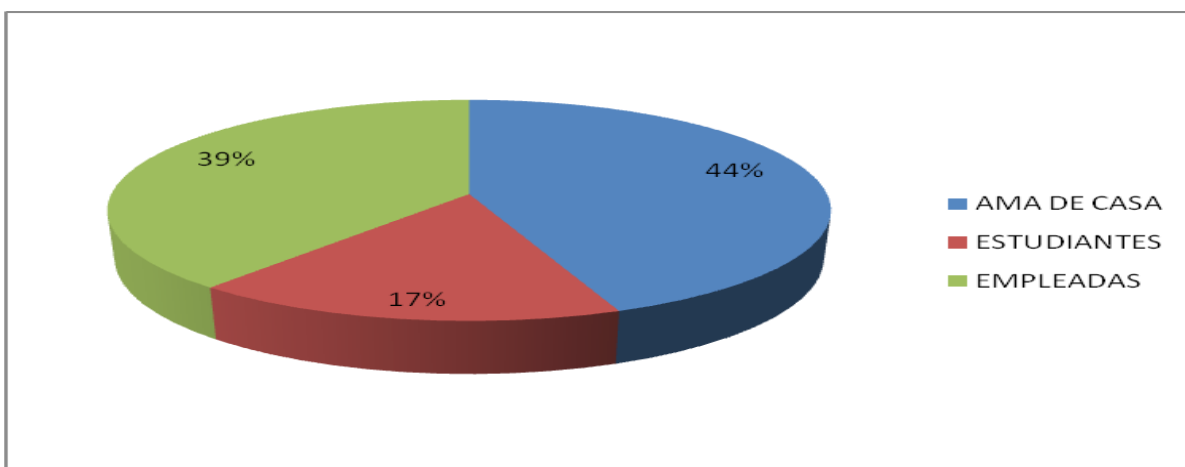


Fuente: encuesta.

En el tema de distribución por ocupación predominó el grupo de las amas de casa con un porcentaje, del 44%, estudiantes en un 17% y empleadas en un 39%.

**Tabla 2:** Distribución De Ocupación De Mujeres Usuarias

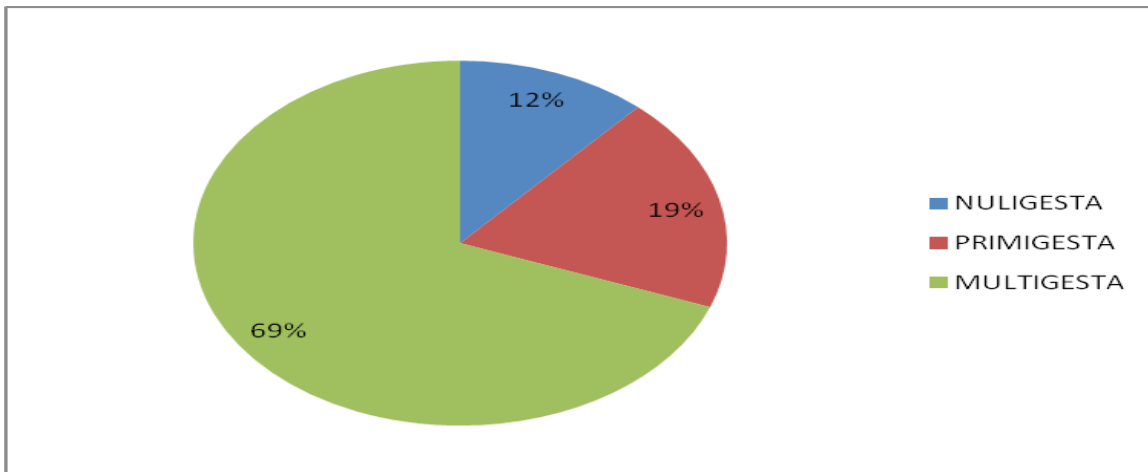
<b>OCUPACION</b>	<b>FREC ABSOLUTA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
AMA DE CASA	65	44%
ESTUDIANTES	25	17%
EMPLEADAS	57	39%
TOTAL	147	100%



En esta variable estudiada, se observó lo siguiente: 12% fueron nuligestas, 19% primigestas y 69% multigestas, se plantea como factor de riesgo luego de 2 embarazos, aunque la literatura menciona 6 a 12, sin embargo, en el estudio este límite lo define el concepto de multigestación y de partos en más de 2 oportunidades por vía vaginal.

**Tabla 3:** Numero De Embarazos

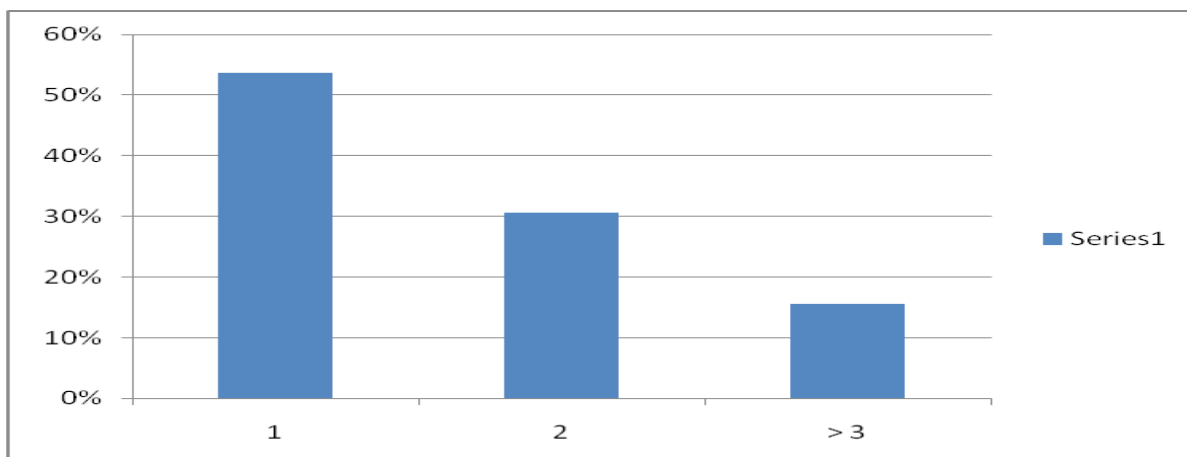
NUMERO DE EMBARAZO	FEC. ABSOLUTO	PORCENTAJE
NULIGESTA	17	12%
PRIMIGESTA	28	19%
MULTIGESTA	102	69%
TOTAL	147	100%



El numero de parejas sexuales el cual se asume como riesgo luego de tres parejas sexuales se observo de la siguiente manera en las usuarias al modulo de planificacion familiar, 54% aquellas con una sola pareja sexual, 31% 2 parejas sexuales y 16% 3 o mas parejas sexuales.

**Tabla 4:** Numero De Parejas Sexuales

<b>NUMERO DE PAREJAS SEXUALES</b>	<b>FREC. ABSOLUTA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
1	79	54%
2	45	31%
≥ 3	23	16%
TOTAL	147	100%

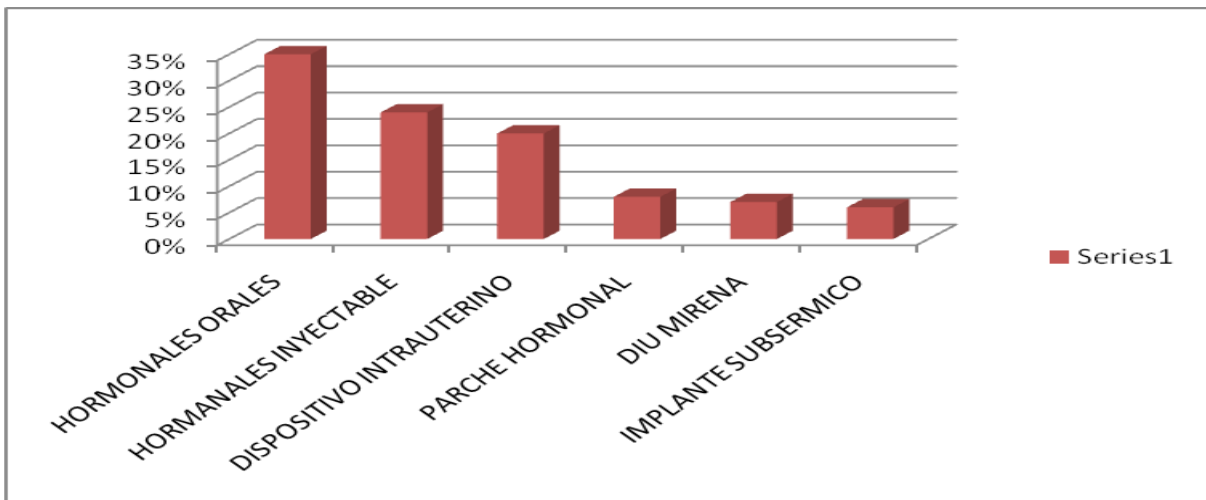


El uso de anticonceptivos orales y por cuanto tiempo, de donde el riesgo se considero a hormonales con un uso continuo por mas de 3 años.

Se observo de la sig: manera, hormonales orales 35%, hormonal inyectable 24%, dispositivo intrauterino 20%, parche hormonal 12%, dispositivo intrauterino hormonal 7% y implante subdermico 6%.

**Tabla 5: Uso De Anticonceptivos Orales**

<b>METODOS ANTICONCEPTIVOS</b>	<b>FREC ABSOLUTA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
HORMONALES ORALES	52	35%
HORMONALES INYECTABLE	36	24%
DISPOSITIVO INTRAUTERINO	30	20%
PARCHE HORMONAL	12	8%
DIU MIRENA	10	7%
IMPLANTE SUBSERMICO	7	6%
TOTAL	147	100%

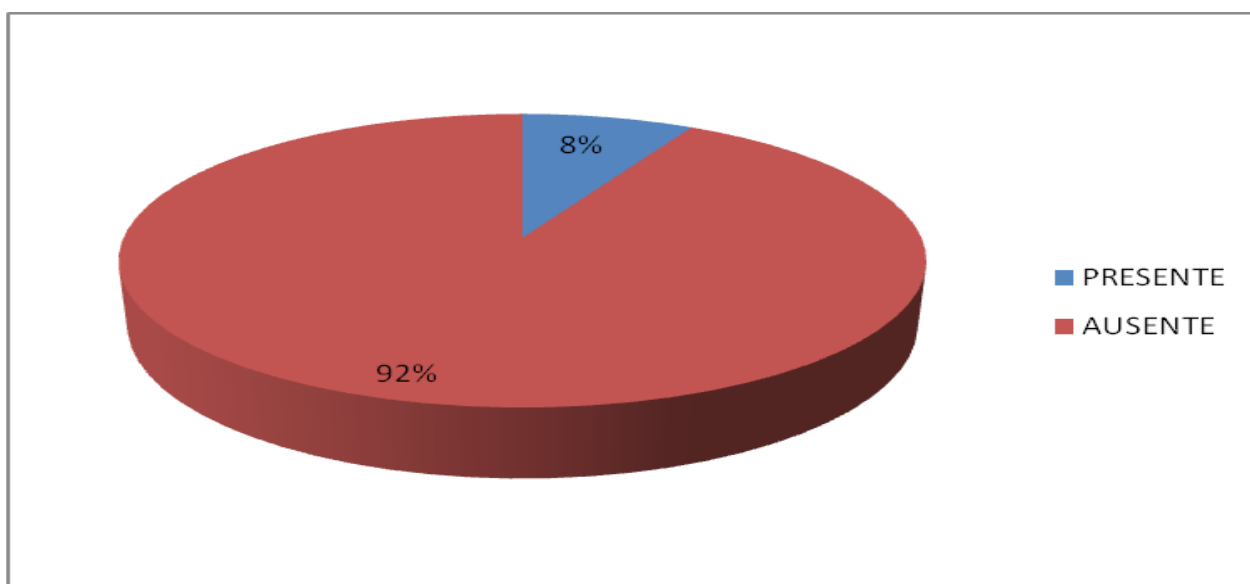


Antecedente familiar femenino de primera linea que halla padecido cancer cervicouterino, aceptandoce aquellas culla madre o hermanas hubiese sufrido la enfermedad.

**Tabla 6:** Antecedente Familiar Linea Directa De Cancer Cervicouterino

	FREC.ABSOLUTA	PORCIENTO
PRESENTE	6	8%
AUSENTE	141	92%
TOTAL	147	100%

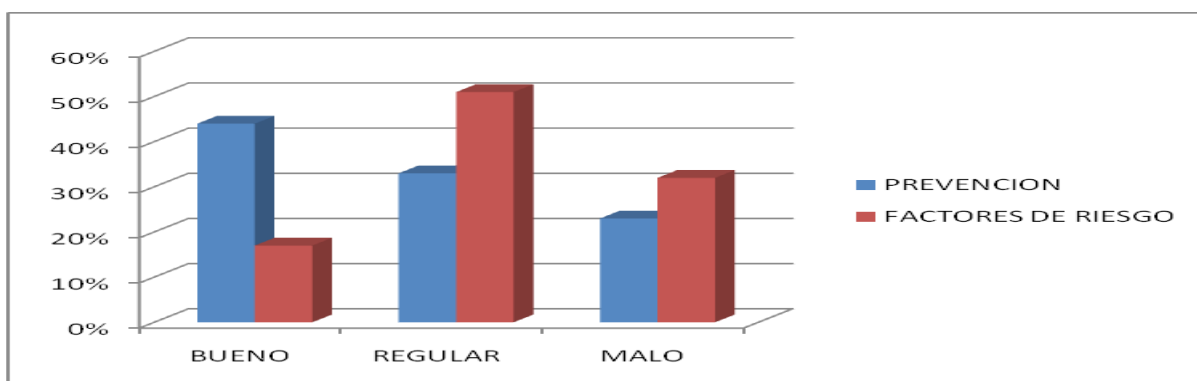
**Grafica 6:** Presencia De Antecedentes Oncologicos En Familiares Directos



Nivel de conocimiento sobre control y prevención de patología cervical y factores de riesgo de las usuarias al modulo de planificación familiar se observo lo sig: que un 17% tiene un bueno, 51% regular,32% malo, lo cual nos indica que a pesar de la difusión e implantación de programas dirigidos al control y prevención de esta patología aun tenemos mucho por trabajar en este rubro.

**Tabla 7:** Nivel De Conocimiento Y Prevención De Las Usuarias Sobre Cancer Cervicouterino

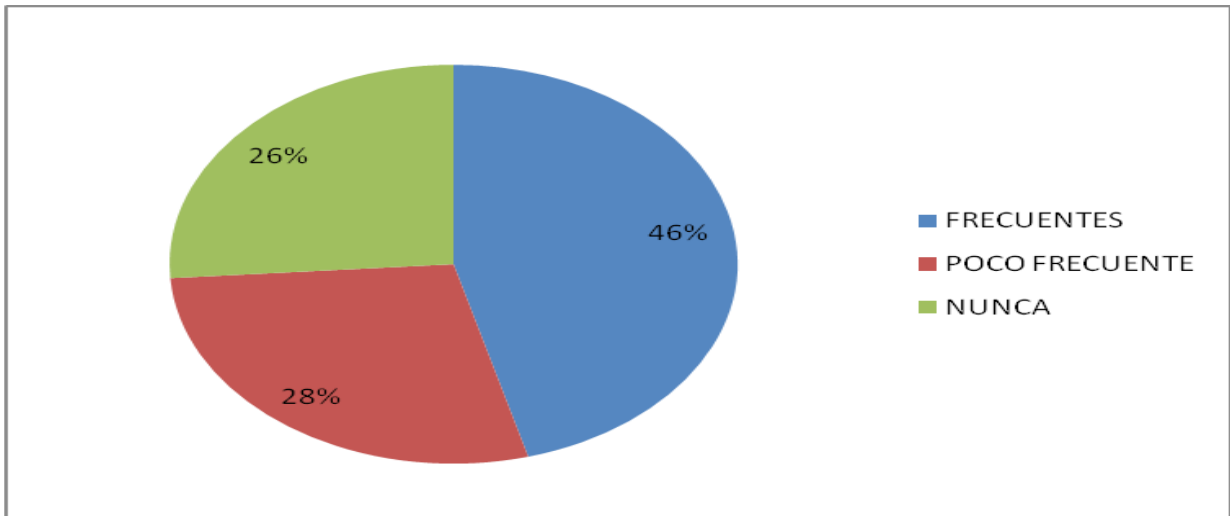
NIVEL DE CONOCIMIENTOS	PREVENCION		FACTORES DE RIESGO	
	FREC. ABSOLUTA	PORCENT AJE	FREC. ABSOLUTA	PORCENT AJE
BUENO	65	44%	25	17%
REGULAR	48	33%	75	51%
MALO	34	23%	47	32%
TOTAL	147	100%	147	100%



Se indago sobre la frecuencia de infecciones vaginales reportando los siguientes resultados 46% han padecido frecuentemente infecciones vaginales y 28% con menos frecuencia y 26% no reportaron haber sufrido infecciones vaginales nunca.

**Tabla 8:** Infecciones Cervicovaginales Presentes En Las Usuaris

<b>INFECCIONES CERVICOVAGINALES</b>	<b>FREC. ABSOLUTA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
FRECIENTES	67	46%
POCO FRECUENTE	41	28%
NUNCA	39	26%
TOTAL	147	100%

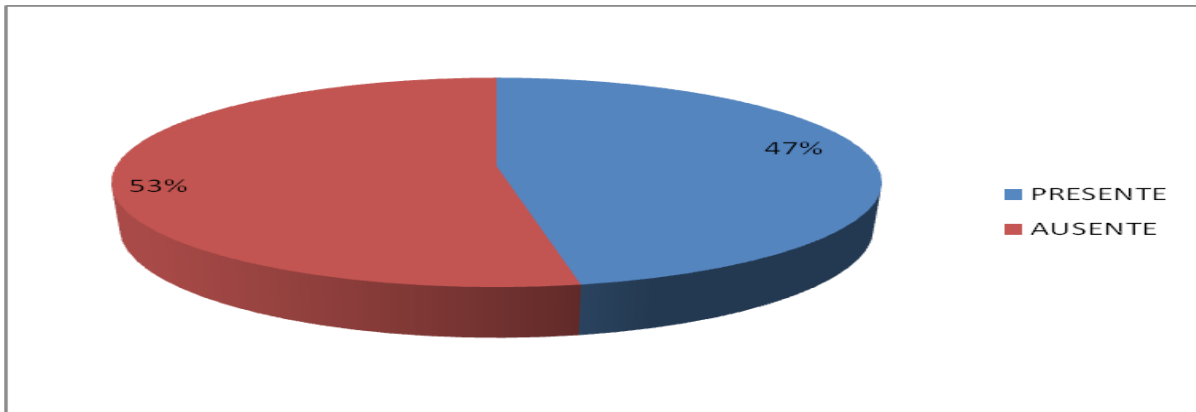




Se investigo sobre el habito tabaquico activo asumiendo la posibilidad de riesgo para aquellas que fumaban actualmente o que hubiesen fumado alguna vez en su vida sin importar el tiempo obteniendo los siguientes resultados: tabaquismo presente 47% y ausente 53%.

**Tabla 9:** Indice De Tabaquismo De Las Ususrias Encuestadas

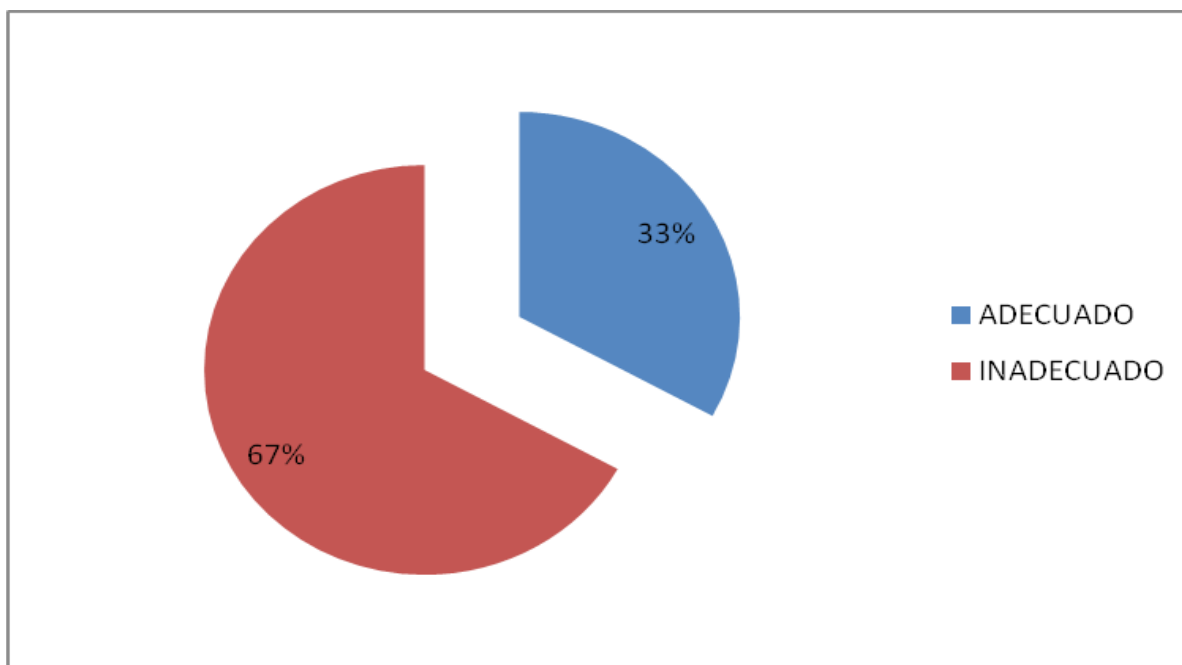
<b>TABAQUISMO</b>	<b>FREC. ABSOLUTA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
PRESENTE	69	47%
AUSENTE	78	53%
TOTAL	147	100%



Se indago sobre la frecuencia del control citologico y la fecha de la ultima citologia, partiendo del precepto que la predisposicion para cancer cervicouterino es un inadecuado control citologico de mas de un año o nunca, con los reultados sig: 33% se realizaban en tiempo y forma el estudio citologico y 67% en forma inadecuada o nunca.

**Tabla 10:** Control Citologico De Las Usuaris Encuestadas

CONTROL CITOLOGICO	FREC. ABSOLUTA	PORCENTAJE
ADECUADO	49	33%
INADECUADO	98	67%
TOTAL	147	100%



## RESUMEN

El cáncer cervicouterino es la patología mas fácil de detectar y prevenir debido a su gradual desarrollo, la prevención es la herramienta fundamental en la lucha contra esta enfermedad.

Sin embargo siguen existiendo limitantes para su prevención y detección temprana debido a las deficiencias en los sistemas de salud, sobre todo, en los países subdesarrollados, donde prevalecen la pobreza, la inequidad en la distribución de los servicios de salud, la inequidad de género, y la pobre educación.

Sin embargo si observamos los resultados obtenidos en este estudio nos damos cuenta que ya predomina la cultura de asistencia a solicitar servicios de salud en los grupos de mayor riesgo como son adolescentes, y principalmente las mujeres del grupo de edad sexualmente mas activo como son las mujeres de 15 a 44 años de edad, así como las amas de casa.

Sin embargo uno de los factores de riesgo y a pesar de los programas de prevención familiar sigue siendo el de multiparidad el cual ocupó el mayor porcentaje en esta muestra con un 69%.

El factor de riesgo que considero de alta relevancia por el riesgo de enfermedades de transmisión sexual y principalmente el virus del papiloma humano como lo es múltiples compañeros sexuales ocupó el 16% en esta muestra considerando que la mayoría aceptó no utilizar protección contra estas enfermedades.

El uso de hormonales por mas de 3 años fue un resultado muy representativo ya que ocupó el 35%, a pesar de recibir consejería sobre diferentes métodos de menor riesgo así como métodos definitivos, para aquellas que presentaban multiparidad.

El antecedente familiar en línea directa, de cáncer cervicouterino ocupó un 8 % , por lo que considero que siendo un factor de riesgo no

modificable, cuando ya esta presente se debe hacer mas énfasis en la detección oportuna de la enfermedad.

Asi mismo los factores de riesgo como infecciones vaginales frecuentes, bajo conocimiento de factores de riesgo y el no tener conocimiento adecuado sobre la enfermedad en una muestra tan representativa deberian motivar para reforzar los programas preventivos.

Lo mas gravemente observable es el inadecuado control citológico el cual obtuvo un porcentaje de 67%, nos debería de poner en alerta a los trabajadores de la salud, acedores de políticas publicas y defensores de equidad de genero y en este caso en particular a los directivos y encargados de los programas de detección del modulo de planificacion familiar y medicina preventiva de la UMF 35 del IMSS, en Culiacan, Sinaloa.

ENCUESTA PARA DETECTAR FACTORES DE RIESGO PARA  
CANCER CERVICOUTERINO.

1.-NOMBRE:

2.-EDAD:

3.-OCUPACION:

4.-N° DE GESTACIONES

5.-N° DE PARTOS

6.-SEXARQUIA TEMPRANA.

7.-NUMERO DE PAREJAS SEXUALES

8.-METODO ANTICONCEPTIVO

9.-HORMONALES ORALES POR MAS DE 3 AÑOS

10.-HISTORIA DE CACU EN FAMILIARES DIRECTOS SI O NO

11.-NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCION DE CACU

BUENO

REGULAR

MALO

12.-NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE FACTORES DE RIESGO

BUENO

REGULAR

MALO

13.-FUMO O FUMA ACTUALMENTE

14.-ANTECEDENTES DE INFECCIONES CERVICOVAGINALES FRECUENTES.

**IDENTIFICAR FACTORES DE RIESGO PARA CANCER CERVICOUTERINO EN USUARIAS DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR DE LA UMF # 35 DE INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DE CULIACAN SINALOA**

**11. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

ACTIVIDADES	2008			2009-2010												2010												2011		
	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	
BUSQUEDA DE LITERATURA	x	x	x																											
ELABORACION DE PROTOCOLO				x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x							
ENVIAR A COMITÉ DE INVESTIGACION DELEGACIONAL																					x	x								
RECOLECCION DE DATOS																							x	x	x					
ANALISIS DE DATOS																										x	x	x		
ELABORACION DE INFORME FINAL																												x		
PRESENTACION DE UNAM																												x		

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Programa de prevención y control del cáncer cérvico-uterino. México: Secretaría de Salud; 1992.
2. Brisson J, Morín C, Fortier M, et al. Risk factors for cervical intraepithelial neoplasia: differences between low- and high-grade lesions. *Am J Epidemiol* 1994; 140: 700-10.
3. - Schiffman M, Bauer H, Hoover R, Epidemiologic evidence showing that human papillomavirus infection causes most cervical intraepithelial neoplasia. *J Natl Cancer Inst* 1993; 85: 958-64.
4. - Muñoz N. Human papillomavirus and cancer: the epidemiological evidence. *J Clin Virol* 2000; (1-2): 1-5.
- 5.- Walboomers J, Jacobs M, Manos M, Bosch F, Kummer K, et al. Human Papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. *J Pathol* 1999; 189: 12-19.
6. - Bosch F, Lorincz A, Muñoz N, Meijer C, Shah K. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. *J Clin Pathol* 2002; 55: 244-65.
7. - Lorincz A, Temple G, Kurman R, Jenson A, Lancaster W. Oncogenic association of specific human papilloma virus types with cervical neoplasia. *J Int Cancer Inst* 1987; 79: 671-7.
- 8.-Parkin, D.M., Pisani, P. y Ferlay, J. "Globocan: Cancer Incidence and Mortality in 1990." International Agency for Research on Cancer. <http://www-dep.iarc.fr/dataava/globocan/globoJava.html>
- 9.-"Natural History of Cervical Cancer: Even Infrequent Screening of Older Women Saves Lives." Cervical Cancer Prevention Fact Sheet. Program for Appropriate Technology in Health (PATH); noviembre 2000. <http://www.path.org>

- 10.- Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM: GLOBOCAN 2002; cancer incidence, mortality and prevalence worldwide, iarc cancer base no. 5. Version 2.0, IARC Press, Lyon, 2004. (<http://www-dep.iarc.fr>).
- 11.-Ullmann EV, 1923: On the aetiology of the laryngeal papilloma. *Acta Oto-laryngol*, 5:317-334. •
- 12.- Waelsch L, 1917: Übertragungsversuche mit spitzem Kondylom. *Arch, Dermatol. Syph*, 124:625-646•
- 13.-Rous P, Beard JW, 1935: Progression to carcinoma of virus-induced rabbit papillomas. *J. Exp. Med.* 62: 523-545•
- 14.-de Villiers, EML, Zur Hausen H, 1981: Molecular cloning of viral DNA from human genital warts. *J. Virol*, 40: 932 – 935•
- 15.-Zur Hausen H, 1982: Human genital cancer; synergism between two virus infections and/or synergism between a virus infection and initiating events? *Lancet II*, 1370–1372•
- 16.-Magnusson PKE, Lichtenstein P, Gyllenstein UB, 2000: Heritability of cervical tumors. *Int. J. Cancer*, 88: 698-701•
- 17.-Schiffman MH, 1992: Recent progress in defining the epidemiology of human papillomavirus infection and cervical neoplasia. *J. Natl. Cancer Inst.* 84 (6): 394–8•
- 18.-Franco EL, Villa LL, Sobrinho JP, 1999: Epidemiology of acquisition and clearance of cervical human papillomavirus infection in women from a high-risk area for cervical cancer. *J. Infect Dis.* 1
- 19.-Burk RD, Ho GY, Beardsley L: Sexual behavior and partner characteristics are the predominant risk factors for genital human papillomavirus infection in young women. *J. Infect. Dis.* 1996; 174(4): 679 – 89•
- 20.-Adam E, Berkova Z, Daxnerova Z, 2000: Papillomavirus detection: demographic and behavioral characteristics influencing the identification of cervical disease. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 182: 257-264•



- 21.-Negrini BP, Schiffman MH, Kurgan RJ. 1990: Oral contraceptive use, human papillomavirus
- 22.-Moscicki AB, et al. Risks for incident human papillomavirus infection and low-grade squamous intraepithelial lesion development in young females. *Journal of the American Medical Association* 285:2,995–3,002 (2001).
- 23.-Thomas DB, Qin Q, Kuypers J, et al. Human papillomavirus and cervical cancer in Bangkok.
- 24.- Risk factors for *in situ* and invasive squamous cell cervical carcinomas. *American Journal of Epidemiology* 153:732–739 (2001).
- 25.- World Health Organization. *Cervical cancer, oral contraceptives and parity*. Geneva, WHO, (Weekly Epidemiological Record, No. 20) (2002).
- 26.- Moreno V, Bosch FX, Muñoz N, et al. Effect of oral contraceptives on risk of cervical cancer in women with human papillomavirus infection: the IARC multicentric case-control study. *Lancet* 359(9312):1085–1092 (March 30, 2002).
- 27.-Hildesheim A, Herrero R, Castle PE, et al. HPV co-factors related to the development of cervical cancer: results from a population-based study in Costa Rica. *British Journal of Cancer* 84(9): 1219–1226 (May 4, 2001).
- 28.-Szarewski A, Cuzick J. Smoking and cervical neoplasia: a review of the evidence. *Journal of Epidemiological Biostatistics* 3:229–256 (1998).
- 29.-Castellsagué X, Bosch FX, Muñoz, N. Environmental co-factors in HPV carcinogenesis. *Virus Research* 89(2):191–199 (November 2002).
- 30.-de Sanjose S, Palefsky J. Cervical and anal HPV infections in HIV positive women and men. *Virus Research* 89(2):201–211 (November 2002).
- 31.-Clarke B, Chetty R. Postmodern cancer: the role of human immunodeficiency virus in uterine cervical cancer. *Molecular Pathology* 55(1):19–24 (February 2002).

- 32.-Gaffikin L, Ahmed S, Chen YQ, et al. Risk factors as the basis for triage in low-resource cervical cancer screening programs. *International Journal of Obstetrics and Gynecology* 80:41–47 (2003).
- 33.-Smith JS, Herrero R, Bosetti C, et al. Herpes simplex virus-2 as a human papillomavirus cofactor in the etiology of invasive cervical cancer. *Journal of the National Cancer Institute* 94(21):1604–1613 November 6, 2002).
- 34.-Dos Santos IS, Beral V. Socio-economic differences in reproductive behaviour. IARC Scientific Publications 138:285–308 (1997).
- 35.-Murthy NS, Matthew A. Risk factors for precancerous lesions of the cervix. *European Journal of Cancer Prevention* 9:5–14 (2002).
- 36.-Franceschi S, Rajkumar T, Vaccarella S et al. Human papillomavirus and risk factors for cervical cancer in Chennai, India: A case-control study. *International Journal of Cancer* 107: 127–133 (2003)