



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

**“FACTORES PARA LA DETECCIÓN TARDÍA DEL CÁNCER CERVICOUTERINO EN MUJERES
DERECHOHABIENTES DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR No. 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

TESIS

Que para obtener el título de

MÉDICO FAMILIAR

PRESENTA

Margarita Martínez Santiago

DIRECTOR DE TESIS

Doc. Eduardo Vilchis Chaparro

Ciudad Universitaria, Cd. Mx., 2019



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.

“FACTORES PARA LA DETECCIÓN TARDÍA DEL CÁNCER CERVICOUTERINO EN MUJERES DERECHOHABIENTES DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO.”

Autores: Dra. Martínez Santiago Margarita ⁽¹⁾, Dr. Espinoza Anrubio Gilberto⁽²⁾, Dr. Vilchis Chaparro Eduardo⁽³⁾, Dr. Maytorena Córdova Germán⁽⁴⁾

⁽¹⁾ Residente de Medicina Familiar HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

⁽²⁾ Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

⁽³⁾ Profesor Titular en Especialidad de Medicina Familiar HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

⁽⁴⁾ Jefe del Servicio de Oncología Ginecológica del Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 “Luis Castelazo Ayala”.

RESUMEN

Objetivo: Determinar qué factores se asocian a la detección tardía del Cáncer Cervicouterino (CaCu) en mujeres derechohabientes del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.

Material y métodos: Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo, no comparativo. Tamaño de la muestra: 91 con un intervalo de confianza de 90%. Criterios de inclusión: expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de cáncer cervicouterino, derechohabientes del HGZ/ UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo. Instrumento de medición: formato de recolección de datos elaborado para los propósitos de este estudio.

Resultados: Se estudió a 106 mujeres que tenían diagnóstico de cáncer cervicouterino. Se obtuvo una media de edad de 45 años, desviación estándar de 8.9, moda de 44, con un valor mínimo de 23 años y un máximo de 68. Casi un 65% sólo tenían escolaridad básica entre primaria y secundaria. La mayoría eran casadas (30.2%) pero las mujeres sin pareja en total sumaban 44.3%. En cuanto a severidad 36.8% se diagnosticó tardíamente. Hasta 45.3% nunca se habían realizado Papanicolau. A mayor rango de edad, mayor la frecuencia de CaCu tardío siendo más frecuente en el de 45-54 años. A mayor paridad mayor frecuencia de CaCu tardío (33.3% para >7 partos). El 76.9% de las mujeres en etapa tardía estaban desempleadas. La mayoría (25.6%) en etapa tardía estaban casadas.

Conclusiones: el CaCu tardío es un problema significativo en el Instituto. Algunos factores sociodemográficos como edad, paridad, estado civil, escolaridad y nunca haberse realizado Papanicolau fueron los factores de mayor peso en el CaCu tardío.

Palabras clave: cáncer cervicouterino, factores sociodemográficos, detección tardía.

**“FACTORES PARA LA DETECCIÓN TARDÍA
DEL CÁNCER CERVICOUTERINO EN
MUJERES DERECHOHABIENTES DEL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR NO. 8 DR. GILBERTO
FLORES IZQUIERDO.”**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR CDMX**

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA/ UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

AUTORIZACIONES

DR. CARLOS ERNESTO CASTILLO HERRERA
DIRECTOR DEL HGZ/UMF No. 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
DEL HGZ/UMF No. 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
DEL HGZ/UMF No. 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO
DIRECTOR DE TESIS
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
DEL HGZ/UMF No. 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"

DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
ASESOR METODOLÓGICO
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
DEL HGZ/UMF No. 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"

DR. GERMÁN MAYTORENA CÓRDOVA
ASESOR CLÍNICO
MÉDICO GINECOOBSTETRA, JEFE DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA GINECOLÓGICA
ADSCRITO AL HGO NO. 4 "LUIS CASTELAZO AYALA"

AGRADECIMIENTOS

Primero, agradecer a Dios por darme vida, fuerzas y la voluntad de seguir adelante, por rodearme de personas buenas que han contribuido a que éste trabajo se realizara.

A mis padres, Concepción y Primitivo, quienes han sido mi apoyo constante en cada etapa de mi vida, quienes a pesar de estar lejos nunca han faltado, gracias a ellos he logrado llegar hasta este punto. Todos mis logros son para ellos. Gracias por todos sus sacrificios.

A mis hermanos, Gisela, Sergio y César Augusto, gracias por darme ánimos para salir adelante y por su apoyo cuando lo he necesitado. Juntos hemos logrado más de lo que imaginamos y son un orgullo para mí.

A mis tías Alicia y Guadalupe, dos mujeres fuertes y de gran corazón, mis segundas madres, gracias por inculcarme los buenos valores que ahora poseo y que me han llevado a alcanzar lugares que no imaginé.

A mis amigas Karen Atzimba y Norma Alicia, dos grandes personas, quienes me brindaron su amistad y apoyo en los momentos más difíciles, estando lejos de casa han sido dos grandes sustentos para todos los retos que se me han presentado.

A mis profesores, Dr. Gilberto Espinoza Anrubio y Dr. Eduardo Vilchis Chaparro por haber contribuido en gran medida con su orientación a la realización de esta tesis así como su contribución a mi aprendizaje.

A mi asesor Dr. Germán Maytorena quien con su conocimiento me orientó a concretar mis ideas y llevar a cabo este trabajo académico.

Siempre les estaré infinitamente agradecida.

¡Gracias!

ÍNDICE

1. MARCO TEÓRICO	8
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
3. JUSTIFICACIÓN.....	16
4. OBJETIVOS	17
5. HIPÓTESIS	18
6. MATERIALES Y MÉTODOS	19
7. TIPO DE ESTUDIO	20
8. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	21
9. POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO	22
10. MUESTRA	23
11. CRITERIOS DE SELECCIÓN	24
12. VARIABLES	25
13. DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES	26
14. DISEÑO ESTADÍSTICO	28
15. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN	28
16. MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS	29
17. CRONOGRAMA	30
18. RECURSOS MATERIALES, HUMANOS, FÍSICOS Y DE FINANCIAMIENTO	31
19. CONSIDERACIONES ÉTICAS	32
20. RESULTADOS	34
21. TABLAS Y GRÁFICAS	36
22. DISCUSIONES	51
23. CONCLUSIONES	56
24. BIBLIOGRAFÍA	58
25. ANEXOS	60

MARCO TEÓRICO

Definición.

El cáncer cervicouterino (CaCu) es una alteración celular que se origina en el epitelio del cuello del útero y que se manifiesta, inicialmente, a través de lesiones intraepiteliales precursoras de bajo y alto grado, de avance lento y progresivo hacia cáncer invasor (cuando la lesión traspasa la membrana basal)^{1, 2}.

Epidemiología.

El cáncer cervicouterino es un problema de salud para todas las mujeres. La incidencia mundial anual para el año 2008 fue de 530 mil 232 casos, el índice de mortalidad anual fue de 275 mil 8 casos. 80% de los casos ocurren en países en desarrollo, en donde el cáncer cervicouterino es la segunda causa más frecuente de muerte por cáncer en mujeres. En México, el 13.9% de las defunciones en mujeres corresponden a cáncer cérvico uterino y 15% a cáncer de mama. Las tasas con mayor incidencia por CaCu se presentan en las regiones de África, sureste de Asia y las Américas. En los países de América Latina el CaCu es el segundo cáncer más frecuente entre mujeres.^{3,4}

A pesar de la existencia de métodos de prevención y detección altamente efectivos, el CaCu continúa siendo un problema de salud significativo a nivel mundial. Las investigaciones han demostrado que la infección persistente por el Virus del Papiloma Humano (VPH) es el factor más importante en el desarrollo del cáncer cervical. Se han dado grandes avances en la prevención de esta enfermedad, con el desarrollo de vacunas que inmunizan contra múltiples cepas oncogénicas de VPH. Agregado a los métodos de detección basados en la citología, las pruebas que detectan infección por VPH de alto riesgo, proveen una herramienta valiosa que puede permitir la detección temprana y el tratamiento de lesiones precancerosas y del cáncer cervicouterino. A pesar de estos avances, el CaCu es el cuarto más común entre las mujeres de todo el mundo.^{5, 6}

El sistema de salud mexicano ha emprendido grandes esfuerzos para la detección temprana del CaCu, pero a pesar de los esfuerzos la detección tardía es común, un 70.2% de los casos registrados del 2003 al 2008 se detectaron en estadios avanzados. Aún con lo anterior, desde 1990 se observa una tendencia a la baja del total de casos de CaCu, esto puede deberse a la implementación de los programas de tamizaje.^{7, 8}

Factores de riesgo.

Los factores de riesgo relacionados son el inicio de vida sexual antes de los 18 años, múltiples parejas sexuales, infección por VPH, tabaquismo, infecciones de transmisión sexual, pareja sexual masculina infectada por VPH, tener una pareja que ha tenido múltiples parejas sexuales, mujeres menores de 30 años sin antecedente de control citológico, deficiencia de ácido fólico, mujeres inmunocomprometidas, mujeres que utilizan anticonceptivos orales combinados a largo plazo.^{9, 10}

Diversos estudios han analizado los factores sociodemográficos en las mujeres con cáncer cervicouterino, y pocos la influencia de los mismos en la detección tardía del cáncer. Sin embargo, lo que es evidente en dichos estudios es que algunos factores como la edad, el estado civil, el nivel socioeconómico o la región geográfica con respecto a la unidad de salud más cercana han presentado mayor asociación con respecto a la detección tardía del CaCu. Esto en la gran mayoría, pues en algunos no se ha observado dicha relación, quizá debido a cuestiones relacionadas con el diseño de la investigación.^{11, 12, 13}

Según la OPS, en su análisis de la situación del Cáncer Cervicouterino en América Latina y el Caribe, las variaciones en la incidencia y mortalidad del CaCu pueden relacionarse con diferencias en el acceso a los servicios y en la calidad de los mismos, así como la ubicación geográfica, la situación socioeconómica, la educación, aspectos culturales y psicosociales.¹⁴

Según las evidencias, si el cáncer es detectado en estadios iniciales (tempranos), es curable, tiene mejor pronóstico, mayores tasas de supervivencia, los tratamientos son más factibles y se pueden aplicar con menos recursos. Aquí está la importancia de la prevención y detección temprana de la enfermedad, así como su tratamiento oportuno.¹⁵

Fisiopatología.

El cérvix normal se compone de diferentes tipos de células epiteliales, existiendo un pequeño potencial neoplásico para las células del epitelio columnar secretor del conducto cervical medio y cérvix superior. La unión escamo-columnar (UEC), es una zona de transformación, donde ocurre una metaplasia pues el epitelio cambia de un tipo celular maduro en otro, lo cual siempre conlleva un potencial neoplásico. La mayoría de los carcinomas de células escamosas se originan en la UEC.¹⁶

La infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH) ha sido reconocido como factor etiológico para el desarrollo del CaCu, describiéndose aproximadamente 120 tipos. Los virus capaces de infectar mucosas se dividen en genotipos de alto y bajo riesgo de acuerdo a si pueden o no desarrollar cáncer. Los VPH-ar (VPH de alto riesgo) están asociados con más del 99% de los cánceres de cérvix. Los tipos 16, 18, 31, 33, 35, 45, 51, 52, 56 y 58 conllevan constantemente un alto riesgo. Las mujeres se infectan poco después de iniciar su vida sexual, la mayoría antes de los 25 años. El CaCu presenta una fase premaligna que puede ser detectada mediante citología de células cervicales exfoliadas (Papanicolau).¹⁷

Los cambios premalignos cervicales representan un espectro de anormalidades histológicas que van desde un NIC 1 (displasia leve), NIC 2 (displasia moderada) y NIC 3 (displasia severa/carcinoma in situ) hasta cáncer invasivo. Los virus infectan los queratinocitos basales primitivos. Los factores de replicación viral se producen en células con mitosis activa. Los virus codifican proteínas del ciclo de vida viral, que reactivan la síntesis de ADN celular en células sin ciclo celular, inhibe la apoptosis y retarda el programa de diferenciación del queratinocito infectado, creando un ambiente que es permisivo para la replicación del ADN viral. Las células que contienen el virus integrado, adquieren ventajas de crecimiento sobre las que contienen episomas virales, lo cual provoca la expansión clonal de estas células. Éstas tienen inestabilidad genómica, lo que conduce a la progresión de la malignidad.¹⁸

Estadificación del cáncer cervicouterino.

De acuerdo a la Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras (FIGO), el Cáncer Cervicouterino se estadifica clínicamente en: Estadio I, confinado al cérvix; Estadio II, con extensión más allá del cérvix, pero que no alcanza la pared pélvica, incluyendo los dos tercios superiores de la vagina; Estadio III, se extiende dentro de la pared pélvica y envuelve el tercio inferior de la vagina pero no órganos adyacentes; y el Estadio IV, que se extiende fuera de la pelvis y en órganos adyacentes y distantes.^{19, 20}

Antecedentes.

Tanto a nivel internacional como a nivel nacional se han realizado estudios con respecto a las barreras para la aplicación de tamizaje del cáncer cervicouterino, prevención y detección temprana. Claramente, estos tienen mayor peso en aquellos países en desarrollo, donde aún se observan importantes porcentajes de CaCu en etapa tardía. La mayoría de estos estudios son de tipo descriptivo.

Farfan Muñoz-LC et al, realizaron una encuesta transversal a 105 mujeres entre 25 a 65 años de edad habitantes de áreas de responsabilidad de la UMF 28 del IMSS en Coahuila. Aplicaron una encuesta de 31 ítems que incluían aspectos socioeconómicos como edad, escolaridad, religión, estado civil, ocupación, horario de trabajo, nivel de ingresos y servicio de salud al que acudían; así como preguntas sobre el conocimiento de las pruebas de detección, por último, interrogaron acerca la percepción con respecto a la prueba (si sentían angustia o vergüenza). En este estudio, se encontró una importante proporción de mujeres que no se habían realizado la prueba de Papanicolau, principalmente entre las mujeres menores de 34 años. Además, se evidenció que motivos como pena o vergüenza a realizarse la prueba, fueron las principales causas para no acudir a la misma. Sin embargo, el nivel socioeconómico no jugó un papel importante.²¹

Flores Hernández-YS et al, evaluaron el nivel de conocimiento con una encuesta de “Riesgo de Cáncer Cervicouterino” validada y aplicada a las mujeres en riesgo entre 25 y 65 años de edad en la comunidad de Lo de Lamedo, Nayarit, con el propósito de medir el grado de conocimiento de las mujeres que están en riesgo de adquirir o padecer cáncer cervicouterino en la población de Lo de Lamedo, Nayarit. Aplicándose a 65 mujeres de las que el 92.31% refirió haber obtenido algún tipo de información acerca del CaCu. El 67.69 % se encontró con un grado de conocimiento global medio según la escala tomada del instrumento acerca del CaCu, el 20% alto y el 12.31% con un grado de conocimiento global bajo. En este estudio más del 90% recibió información de manera verbal, evidenciándose un aprendizaje poco significativo.²²

Briseño Hanon-H, realizó un estudio retrospectivo en 96 pacientes con cáncer cervicouterino y se evaluaron factores de riesgo y su impacto en la incidencia de CaCu. Los tres factores de riesgo asociados de mayor impacto en este estudio fueron la falta y la irregularidad en la toma de Papanicolau, el inicio de vida sexual activa y el grado de escolaridad de las pacientes. Siendo en este estudio la edad media de inicio de vida sexual activa a los 17.2 años. El nivel de escolaridad predominante se encontró entre el analfabetismo y el nivel primaria, sumando entre ambos 72.9%.²³

Berraho et al, en Marruecos desarrollaron un estudio transversal en dos de sus principales centros oncológicos, en un intervalo de 2 años, encontrando en este estudio un riesgo elevado para la presencia de estadios avanzados de CaCu al momento del diagnóstico en las mujeres solteras (OR=5.0); aquéllas que vivían a más de 100 km del centro de diagnóstico; mujeres sin una historia familiar de cáncer; y en las que el primer síntoma no fue el sangrado. En este estudio se encontró que el ser ama de casa y tener síntomas iniciales diferentes del sangrado se relacionó con un retraso de la paciente en acudir a valoración médica. Por otra parte, el retraso clínico desde que la paciente acude a valoración hasta el establecimiento del diagnóstico fue mayor en el área rural. Por último, en las mujeres menores de 50 años y analfabetas se encontró un mayor retraso desde la manifestación de los primeros síntomas hasta el establecimiento del diagnóstico.²⁴

Frida et al., en 2017 en Kenya, realizaron un estudio transversal, retrospectivo, basados en los expedientes clínicos de 152 mujeres con diagnóstico histopatológico de cáncer. De los 152 pacientes, el 53,9% tenían estadio avanzado de cáncer en el momento del diagnóstico. Después del análisis de regresión logística múltiple, los siguientes factores se asociaron independientemente con el estadio avanzado de cáncer de cuello uterino: edad avanzada (50 a 75 años) (AOR = 4.25, IC 95% = 1.08-16.75, P = 0.039), ser soltera (AOR = 2.28, IC 95% = 1.03-5.06, P = 0.043), nunca haber asistido a la escuela (AOR = 5.91, IC 95% = 1.96-17.78, P = 0.002), escolaridad primaria (AOR = 4.13, IC 95% = 1.60- 10.63; P = 0.003) y mujeres VIH positivas (AOR = 2.86, IC 95% = 1.25-6.59, P = 0.013).²⁵

S. Saghari et al evaluaron los roles de los predictores sociodemográficos para el cáncer de cuello uterino tardío vs estadio temprano. Analizaron la edad al momento del diagnóstico, raza y etnia, el estrato socioeconómico dividido en categorías y el estado civil. En conclusión, evidenciaron que la edad más avanzada, el bajo nivel socioeconómico y el estado civil de soltera, predijeron el diagnóstico de cáncer de cuello en etapa tardía en cada uno de los cuatro grupos principales de etnia y raza. Los dos quintiles de estrato socioeconómico más bajos de forma independiente identificaron porcentajes más grandes de cánceres de cuello uterino en etapa tardía en cada una de las razas y grupos étnicos evaluados, particularmente entre las mujeres negras hispanas y no hispanas.²⁶

En un estudio desarrollado por Ehrenzweig-Sánchez Yamilet et al., el objetivo del estudio fue identificar la relación entre los conocimientos sobre la prevención del cáncer cervicouterino, el locus de control, y la realización de la prueba de Papanicolaou en mujeres mexicanas con diferentes niveles de escolaridad. Se estudió una muestra de 208 mujeres de entre 30 y 64 años de edad. Las mujeres con escolaridad media superior y superior sabían más sobre la utilidad de la prueba y cuándo realizarla. Pero todas sabían poco sobre los factores de riesgo del cáncer cervicouterino. La mayoría de las mujeres con educación superior se realizaron la primera prueba antes de los 30 años, y solo seis de cada diez mujeres con escolaridad básica o media superior lo hicieron después de los 30 años o no lo habían hecho. Más de la mitad de quienes tuvieron mayores conocimientos se hicieron la primera prueba antes de los 30 años. Al dividir a las mujeres en dos grupos según sus puntajes de locus de control-azar, se encontró un mayor porcentaje de mujeres que no se habían hecho la prueba o que lo habían hecho después de los 30 años.²⁷

Rashmirani Senapati et al, condujeron un estudio pionero en su país, cuyo objetivo fue el estadio en el momento del diagnóstico y los factores asociados con el diagnóstico tardío del cáncer de cuello uterino. Para lo cual realizaron un estudio transversal con 246 pacientes con diagnóstico de cáncer cervicouterino. El 78,04% de los casos se presentaron en etapa tardía (IIB y superior). El diagnóstico en etapa tardía se asoció con una edad más alta, es decir, ≥ 40 años (OR = 2.54 IC 95% = 1.11-5.83), comportamiento deficiente de búsqueda de tratamiento (OR = 2.23, IC 95% = 1.001-5.23), falta de conciencia (OR = 1.91 , IC del 95% = .43-8.41), nivel educativo más bajo (OR = 1.59, IC 95% = .73-2.45) y síntomas iniciales con sangrado / secreción sin dolor (OR = 7.38, IC 95% 3.22-16.89).²⁸

Deepak Gyenwali et al., condujeron un estudio transversal retrospectivo, basados en los expedientes clínicos de 110 mujeres en Nepal, que tenían diagnóstico de CaCu con el fin de analizar factores asociados al diagnóstico tardío. Se realizó un análisis de regresión logística multivariante para predecir las asociaciones. Obteniendo, como en otros estudios similares, que el analfabetismo fue muy frecuente en las mujeres que presentaron estadios avanzados de CaCu. Así como las pertenecientes a zonas rurales. Además, se observó que aquellas que no supieron reconocer los síntomas ginecológicos buscaron atención médica tardíamente presentando el cáncer en estadios tardíos.²⁹

Por otra parte, en éste mismo lugar, estudiaron los retrasos en cuanto al tiempo que tardó la paciente en acudir a un servicio de salud, así como en llegar al diagnóstico una vez valorada, observándose demoras más largas en todas las vías de diagnóstico, excepto por el retraso de la derivación y el tiempo de espera de diagnóstico. Entre los retrasos, el retraso del paciente es de crucial importancia debido a su mayor duración, aunque el retraso del proveedor de atención médica es igualmente importante.³⁰

Con lo revisado en la bibliografía respecto a este tema podemos observar que la mayoría de estos estudios han sido desarrollados precisamente en los países en desarrollo, en donde son reportados el mayor número de casos de cáncer cervicouterino en etapa tardía. Con el afán de encontrar los factores que influyen en esta situación. Aunque, si bien situaciones ajenas a estos factores sociodemográficos deben influir, es innegable que estos tienen relevancia pues podrían ser útiles para reenfocar los programas actuales de prevención.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer cervicouterino representa un problema de salud pública de primer orden en las Américas. Es una enfermedad con una larga historia natural por lo que ofrece múltiples oportunidades de intervención a lo largo de la vida de la mujer mediante estrategias efectivas de prevención primaria y secundaria, junto a un adecuado manejo diagnóstico y terapéutico de los casos.

En México desde el 2006 el cáncer cervicouterino constituye la segunda causa de muerte por tumores en la mujer, estimándose anualmente una ocurrencia de 13 960 casos, con una incidencia de 23.3 casos por 100 000 mujeres. En el año 2014 se registraron 3063 casos nuevos de tumores malignos del cuello uterino con una tasa de incidencia de 6.08 por 100 000 habitantes mayores de 10 años.

Existe en nuestro país un programa de detección oportuna de lesiones precancerosas y cáncer de cuello uterino. Siendo la principal la citología cervical o Papanicolau, que se aplica a mujeres entre 25 a 64 años, siendo una prueba gratuita y disponible en todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud. Mientras que en el ISSSTE y Secretaría de Salud además se realiza la detección con Prueba de Papiloma Virus para mujeres de 21 a 64 años. A pesar de ello, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud sólo una de cada 10 mujeres se ha realizado una de estas pruebas.

En relación a la clasificación por etapas clínicas de detección del CaCu, el 23.27% corresponden a carcinoma in situ, el 25.51% a etapas tempranas, el 16.61% a etapas intermedias, un 30.8% a etapas tardías y el 3.79% de los casos de CaCu son tumores no clasificables. Lo anterior demuestra que a pesar de todas las estrategias implementadas para la detección temprana gran parte de las mujeres se presentan en etapas avanzadas de la enfermedad, lo cual constituye un factor de mal pronóstico para el tratamiento de la misma y la supervivencia. Por lo que determinar cuáles son las causas de una detección tardía de esta patología resulta imperativo. En nuestro país se han estudiado diversos factores, entre ellos los sociodemográficos y propios de las técnicas de detección empleadas, sin embargo, los primeros han sido escasamente investigados, por lo que realizar un estudio enfocado en ellos es de utilidad tanto académica como para orientar los programas de prevención.

PREGUNTA CLINICA: ¿Qué factores están relacionados a la detección tardía del cáncer cervicouterino en mujeres derechohabientes del HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” del Instituto Mexicano del Seguro Social?

JUSTIFICACIÓN

El cáncer cervicouterino continúa siendo un principal problema de salud pública a nivel mundial, observándose mayor presencia en países en desarrollo. Si bien en la actualidad ha sido desplazado por el cáncer de mama en cuanto al más frecuente de los cánceres en las mujeres.

A pesar de los programas gubernamentales establecidos para la prevención y detección temprana, siguen presentándose los casos en etapa tardía en una gran proporción de mujeres. Esto conllevará a peor pronóstico y resultados en estas mujeres, lo cual a su vez representará mayores gastos no solo a las instituciones de salud sino también a las mismas familias de las pacientes.

En nuestro país, se han estudiado la mayoría de los factores reportados, sin embargo, los de tipo sociodemográfico han sido pobremente revisados, si bien la mayoría de los estudios se dedican a describir la presencia o no de los mismos. Pocos han relacionado dichas características con la detección tardía del cáncer cervicouterino. Dado que hasta un 30% se detectan en etapa tardía es conveniente investigar acerca de estos factores y determinar si existe una relación entre ellos y la detección tardía del CaCu, con el fin de mejorar los programas de detección dentro de nuestra región de trabajo.

Este estudio confinado a nuestro medio institucional y local puede contribuir a identificar áreas de oportunidad en los programas que llevamos a cabo para la detección oportuna del CaCu. Además de lo anterior, es un estudio factible pues contamos en nuestro medio con la población necesaria para su estudio, y en cuanto a recursos no se requieren materiales o equipos sofisticados para llevar a cabo la revisión de expedientes, como más adelante se detallará.

OBJETIVOS

Objetivo general.

Identificar factores para la detección tardía del cáncer cervicouterino en mujeres derechohabientes del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.

Objetivos específicos.

Identificar factores sociodemográficos para el diagnóstico tardío del cáncer cervicouterino en mujeres derechohabientes del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.

HIPÓTESIS

Las siguientes hipótesis se describen con fines de enseñanza, ya que para los estudios descriptivos no son requeridos.

H₀ = No existe relación entre los factores sociodemográficos y la detección tardía del cáncer cervicouterino en mujeres derechohabientes del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.

H₁ = Existe relación entre los factores sociodemográficos y la detección tardía del cáncer cervicouterino en mujeres derechohabientes del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo transversal, descriptivo, retrospectivo, no comparativo, basado en la revisión de expedientes clínicos de mujeres con diagnóstico de cáncer cervicouterino que reunieran los criterios de inclusión. La información concerniente a las variables de estudio se registró en un formato de recolección de datos elaborado especialmente para ello.

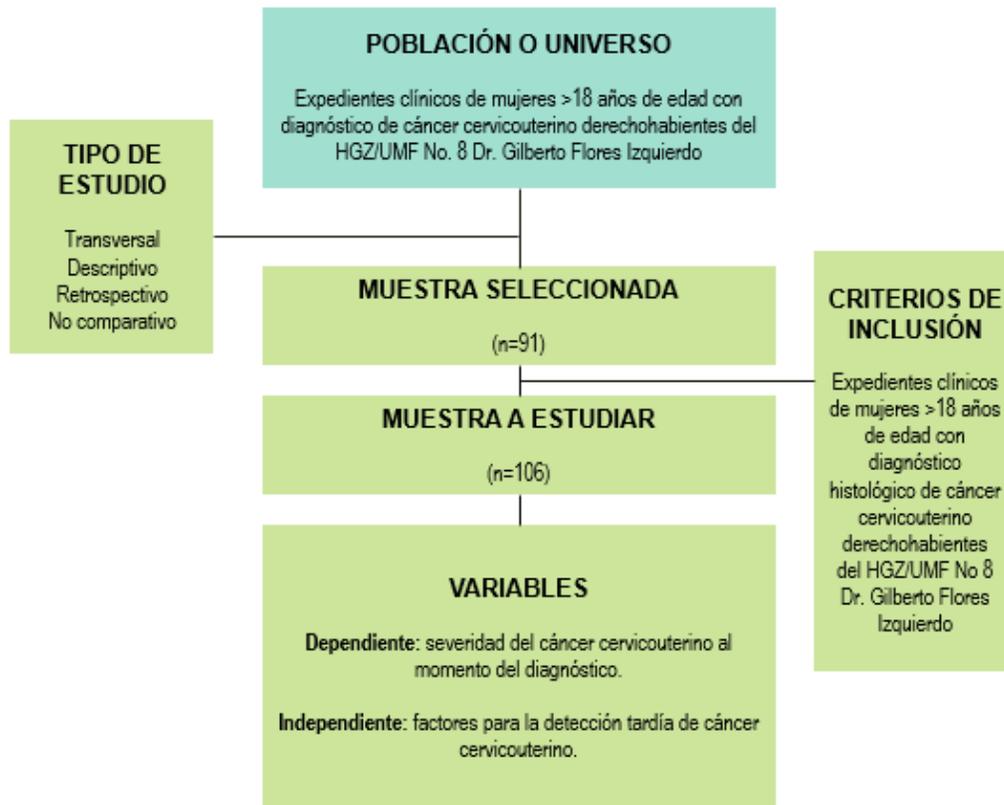
Seguidamente se llevó a cabo el análisis de la información mediante el programa estadístico SPSS versión 20 para Windows. Para lo anterior únicamente fue requerida la investigadora como recurso humano. Así mismo los materiales técnicos fueron aportados por la investigadora. Para este estudio no fue necesaria la utilización de un Instrumento de medición validado previamente puesto que el objetivo únicamente requería de información específica encontrada en los expedientes clínicos y su descripción posterior.

TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio transversal, descriptivo, retrospectivo, no comparativo.

- a) **TRANSVERSAL:** implicó una sola medición en el tiempo.
- b) **DESCRIPTIVO:** ya que se trató de un estudio observacional en el que no se manipularon las variables, únicamente se describió el comportamiento de las mismas dentro de la población de estudio con respecto a las variables establecidas.
- c) **RETROSPECTIVO:** ya que se requirieron casos ya diagnosticados de cáncer cervicouterino.
- d) **NO COMPARATIVO.**

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN



Elaboró: Dra. Margarita Martínez Santiago

POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO

El estudio se realizó a través de la revisión de expedientes de una población urbana de mujeres mayores de 18 años con diagnóstico de Cáncer Cervicouterino derechohabientes del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.

Llevándose a cabo en dicha institución cuya ubicación es calle Río Magdalena No 289 Tizapán San Ángel C.P. 01090, Delegación Álvaro Obregón, Ciudad de México.

Lo anterior durante el periodo comprendido entre Marzo-2017 a Febrero-2019.

MUESTRA

Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra para un estudio descriptivo de una variable dicotómica necesaria fue de 91 pacientes con un intervalo de confianza de 90%. Con una proporción del 0.25. Con amplitud total del intervalo de confianza 0.15. Sin embargo, finalmente se decidió estudiar la totalidad de los casos registrados en la Institución con fines de mejorar la calidad del estudio.

Definición de conceptos del tamaño de la muestra:

N= Número total de individuos requeridos.

Z alfa= Desviación normal estandarizada para alfa bilateral.

P= Proporción esperada.

(1-P)= Nivel de confianza del 90%

W= Amplitud del intervalo de confianza.

$$N = \frac{4 Z \text{ alfa}^2 P (1 - P)}{W^2}$$

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión:

Expedientes clínicos de mujeres mayores de 18 años con diagnóstico de cáncer cervicouterino, derechohabientes del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, que cuenten con reporte histopatológico.

Criterios de exclusión:

Expedientes clínicos que no cuenten con el reporte histopatológico de cáncer cervicouterino.

Criterios de eliminación:

Expedientes clínicos incompletos con respecto a las variables de estudio.

VARIABLES

Variables del estudio.

- **Variable independiente:** severidad del cáncer cervicouterino al momento del diagnóstico.
- **Variable dependiente:** factores para la detección tardía del cáncer cervicouterino

Variables sociodemográficas:

- Edad
- Edad en rangos
- Religión
- Paridad
- Escolaridad
- Ocupación
- Estado civil

Variables de la patología:

- Última realización de Papanicolau
- Estadio del cáncer cervicouterino al momento del estudio
- Severidad del cáncer cervicouterino al momento del diagnóstico

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

Definición conceptual de las variables

Variables	Definición conceptual
Edad	Tiempo que ha vivido un individuo a partir de su nacimiento
Edad en rangos	La edad en años agrupada en rangos.
Religión	Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales, principalmente la oración y sacrificio para darle culto.
Paridad	Número de partos al momento del diagnóstico
Escolaridad	Grado de estudios aprobados
Ocupación	Empleo, facultad y oficio que cada uno tiene y ejerce públicamente
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto
Última realización de Papanicolau	Tiempo desde la realización del último Papanicolau
Estadio de cáncer cervicouterino al momento del diagnóstico de acuerdo a la clasificación de la FIGO	Estadio clínico del Cáncer Cervicouterino acorde a la clasificación de la International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) (Anexo II)
Severidad del cáncer cervicouterino al momento del diagnóstico	Temprano aquéllos clasificados como estadio I y II. Tardío aquéllos clasificados como estadio III y IV

Elaboró: Dra. Margarita Martínez Santiago

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

Definición operacional de las variables

Variable	Tipo de variable	Escala de medición	Valores
Edad	Cuantitativa	Continua	Años enteros
Rango de edad	Cuantitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. 18-24 años 2. 25-34 años 3. 35-44 años 4. 45-54 años 5. >55 años
Religión	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Con religión 2. Sin religión
Paridad	Cuantitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. 0-3 partos 2. 4-6 partos 3. >7 partos
Escolaridad	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Primaria 2. Secundaria 3. Preparatoria 4. Universitario o superior
Ocupación	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Empleada 2. Desempleada
Estado civil	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Casada 2. Soltera 3. Unión libre 4. Separada 5. Divorciada 6. Viuda
Última realización de Papanicolau	Cuantitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1 año o menos 2. >1-3 años 3. Nunca
Estadio de cáncer cervicouterino al momento del diagnóstico de acuerdo a la clasificación de la FIGO (Anexo II)	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estadio I 2. Estadio II 3. Estadio III 4. Estadio IV
Severidad del cáncer cervicouterino al momento del diagnóstico	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Temprano 2. Tardío

Elaboró: Dra. Margarita Martínez Santiago

DISEÑO ESTADÍSTICO

El análisis estadístico se llevó a cabo a través del programa SPSS 20 de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizaron medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza. Además de distribución de frecuencias y porcentajes. El tipo de muestra es de una población urbana, siendo representativa y se calculó a través de su prevalencia, la cual fue de 26.1%.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

La investigadora elaboró un formato de recolección de datos para el registro de la información. El cual estuvo supervisado, fue evaluado y autorizado por los asesores del presente estudio. Consta de un apartado de identificación del expediente clínico y de 10 ítems, que corresponden al número de variables de estudio, en el siguiente orden: edad, edad en rangos, religión, paridad, escolaridad, ocupación, estado civil, estadio de CaCu al momento del diagnóstico, severidad del CaCu al momento del diagnóstico y última realización de Papanicolau.

La información recolectada de los expedientes clínicos fue registrada en la esta Hoja de Recolección de datos (Anexo I).

MÉTODO DE RECOLECCIÓN

Se realizó la revisión de los expedientes clínicos que cumplieron con los criterios de inclusión y se descartaron aquellos con criterios de exclusión o eliminación.

Dichos expedientes fueron localizados en el registro de pacientes con cáncer cervicouterino de la Unidad Médica en cuestión.

La investigadora recolectó los datos del expediente y los registró en la Hoja de recolección correspondiente (Anexo I).

MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SEGOS

Control de sesgo de información:

- El formato creado para la recolección de datos fue sometido a una revisión por los asesores de la investigación, verificándose su correcta estructura y la precisión de los datos.
- Las fuentes de información fueron similares para todos los participantes.
- Todas las pacientes tenían estudio histopatológico que confirmó el diagnóstico y estaba registrado en el expediente clínico.
- Se utilizaron artículos recientes en fuentes bibliográficas reconocidas.

Control de sesgos de selección:

- Se calculó el tamaño de la muestra en base a la prevalencia de la patología, con una población de 91 pacientes, con un intervalo de confianza de 90%.
- Se eligieron grupos representativos en base a criterios de inclusión, exclusión y eliminación definidos previamente.

Control de sesgos de medición:

- Se definieron valores específicos para las variables, los cuales fueron previamente analizados y autorizados por los asesores de esta tesis.

Control de sesgos de análisis:

- Para minimizar errores en el proceso de captura de información se verificaron los datos recabados.
- Los resultados fueron analizados mediante el programa validado: S.P.S.S versión evaluación 20 para Windows.
- No se manipularon los resultados con la intención de lograr objetivos de conclusiones.

CRONOGRAMA

TÍTULO DEL PROYECTO: FACTORES PARA LA DETECCIÓN TARDÍA DEL CÁNCER CERVICOUTERINO EN MUJERES DERECHOHABIENTES DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO".

2017-2018

FECHA	MAR 2017	ABR 2017	MAY 2017	JUN 2017	JUL 2017	AGO 2017	SEP 2017	OCT 2017	NOV 2017	DIC 2017	ENE 2018	FEB 2018
APARTADO												
Idea a estudiar												
Título												
Antecedentes												
Planteamiento del problema												
Justificación												
Objetivos												
Hipótesis												
Material y métodos												
Tipo de estudio												
Diseño metodológico												
Población												
Lugar y tipo de estudio												
Tipo y tamaño de la muestra												
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación												
Variables												
Definición de las variables												
Diseño estadístico												
Instrumentos de recolección												
Método de recolección												
Cronograma												
Recursos												
Consideraciones éticas												
Bibliografía												
Reporte de protocolo												
Aceptación												

2018-2019

FECHA	MAR 2018	ABR 2018	MAY 2018	JUN 2018	JUL 2018	AGO 2018	SEP 2018	OCT 2018	NOV 2018	DIC 2018	ENE 2019	FEB 2019
APARTADO												
Prueba piloto												
Ejecución del proyecto												
Recolección de datos												
Almacenamiento de datos												
Análisis de datos												
Descripción de datos												
Discusión de datos												
Conclusión												
Integración y revisión final												
Reporte final												
Autorizaciones												
Impresión del trabajo												
Publicación												

RECURSOS MATERIALES, FÍSICOS, HUMANOS Y DE FINANCIAMIENTO

Recursos materiales: se emplearon expedientes clínicos de las pacientes con diagnóstico de cáncer cervicouterino que cumplieron con los criterios de inclusión, así como formatos para la recolección de datos (anexo I) y material diverso para la captura de los mismos.

Los datos fueron vaciados posteriormente en un archivo Excel así como el respectivo archivo SPSS, para lo cual se utilizó equipo de cómputo, perteneciente a la investigadora.

En cuanto a recursos humanos, sólo participó la investigadora en la búsqueda y recolección de información. De igual manera, el financiamiento fue proporcionado por la investigadora.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Declaración de Helsinki

La Declaración fue originalmente adoptada en junio de 1964 en Helsinki, Finlandia, y ha sido sometida a cinco revisiones y dos clarificaciones, creciendo considerablemente de 11 a 37 párrafos. La Asociación Médica Mundial (AMM) promulgó la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables. Se agregan los párrafos más relevantes sobre los cuales se fundamenta el actual protocolo de investigación:

Párrafo 6: El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

Párrafo 7: La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

Párrafo 10: Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.

Párrafo 22: El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación. El protocolo debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración.

Párrafo 25: La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria.

Ley General de Salud

Con fundamento en lo dispuesto por los Artículos 13 Inciso A, Fracción I, 14 y 96 de la Ley General de Salud, 5o. Inciso A y 113 al 120 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y Artículo 22 Fracción V del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

RESULTADOS

Se estudió a 106 mujeres mayores de 18 años derechohabientes del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo quienes tenían diagnóstico de cáncer cervicouterino. La media de edad fue de 45 años, con una desviación estándar de 8.9, una moda de 44, con un valor mínimo de 23 años y un máximo de 68.

En la categoría **“Rango de edad”** 3 (2.8%) pacientes correspondían al rango de 18-24 años, 13 (12.3%) al de 25-34, 34 (32.1%) al de 35-44, 43 (40.6%) al de 45-54 y 13 (12.3%) al de >55 años. (Ver tabla y gráfica 1).

En cuanto a la variable **“Religión”** 54 (50.9%) se encontraron con religión y 52 (49.1%) sin religión. (Ver tabla y gráfica 2).

En lo referente a **“Paridad”** se encontró que 46 (43.4%) tenían entre 0-3 partos, 43 (40.6%) de 4-6 partos y sólo 17 (16%) hasta >7 partos. (Ver tabla y gráfica 3).

En lo correspondiente a **“Escolaridad”** se obtuvo que 24 (22.6%) tenían solo primaria, 44 (41.5%) secundaria, 22 (20.8%) preparatoria y sólo 16 (15.1%) tenían nivel universitario o superior. (Ver tabla y gráfica 4).

Con respecto a la característica de **“Ocupación”**, se evidenció que 56 (52.8%) tenían empleo y 50 (47.2%) estaban desempleadas. (Ver tabla y gráfica 5).

En relación al **“Estado civil”**, 32 (30.2%) estaban casadas, 19 (17.9%) eran solteras, 27 (25.5%) vivían en unión libre, 11 (10.4%) eran separadas, 8 (7.5%) divorciadas y 9 (8.5%) viudas. (Ver tabla y gráfica 6).

En lo concerniente a **“Severidad del CaCu”**, 67 (63.2%) se encontraban en una etapa temprana, mientras que 39 (36.8%) ya estaban en una etapa tardía. (Ver tabla y gráfica 7).

Finalmente, en la variable **“Último Papanicolau”** se encontró que sólo 18 (17%) pacientes se habían realizado el último Papanicolau hacía 1 año o menos, 40 (37.7%) hacía >1-3 años y 48 (45.3%) nunca. (Ver tabla y gráfica 8).

Con respecto al **“Rango de edad y Severidad de CaCu”** se obtuvo para la categoría **“Temprano”** en el rango de 18-24 años 3 (2.8%) mujeres, 10 (9.4%) en el de 25-34 años, 22 (20.8%) en el de 35-44 años, 29 (27.4%) en el 45-54 años y 3 (2.8%) en el de >55 años. En la categoría **“Tardío”**, ninguna en el rango de 18-24 años, 3 (2.8%) en el de 25-34 años, 12 (11.3%) en el de 35-44 años, 14 (13.9%) en el de 45-54 años y 10 (9.4%) en el de >55 años. (Ver tabla y gráfica 9).

En lo relativo a **“Religión y Severidad de CaCu”** encontramos en la etapa **Temprana** 38 (35.8%) mujeres con religión contra 29 (27.4%) sin religión. Mientras

que en la etapa **Tardía** 16 (15.1%) tenían alguna religión y 23 (21.7%) ninguna. (Ver tabla y gráfica 10).

Con relación a **“Paridad y Severidad de CaCu”**, para la etapa **Temprana** se encontraron 36 (34%) mujeres con 0-3 partos, 27 (25.5%) con 4-6 y 4 (3.8%) con >7 partos. Mientras en las de etapa **Tardía** había 10 (9.4%) con 0-3 partos, 16 (15.1%) con 4-6 partos y 13 (12.3%) con >7 partos. (Ver tabla y gráfica 11).

En el caso de las variables **“Escolaridad y Severidad de CaCu”**, de las que se encontraron en etapa **Temprana** había 17 (16%) con escolaridad Primaria, 25 (23.6%) con Secundaria, 15 (14.2%) con Preparatoria y 10 (9.4%) con nivel Universitario o Superior. De aquéllas en etapa **Tardía** 7 (6.6%) tenían Primaria, 19 (17.9%) Secundaria, 7 (6.6%) Preparatoria y 6 (5.7%) escolaridad Universitaria o Superior. (Ver tabla y gráfica 12).

Referente a **“Ocupación y Severidad de CaCu”** en el apartado de etapa **Temprana** 47 (44.3%) mujeres estaban Empleadas y 20 (18.9%) Desempleadas. En las de etapa **Tardía** 9 (8.5%) tenían Empleo y 30 (28.3%) eran Desempleadas. (Ver tabla y gráfica 13).

En cuanto a **“Estado Civil y Severidad de CaCu”** en la etapa **Temprana** 22 (20.8%) estaban Casadas, 12 (11.3%) eran Solteras, 20 (18.9%) vivían en Unión Libre, 5 (4.7%) estaban Separadas, 5 (4.7%) Divorciadas y 3 (2.8%) eran Viudas. En la etapa **Tardía** se encontraron 10 (9.4%) Casadas, 7 (6.6%) Solteras, 7 (6.6%) en Unión Libre, 6 (5.7%) Separadas, 3 (2.8%) Divorciadas y 6 (5.7%) Viudas. (Ver tabla y gráfica 14).

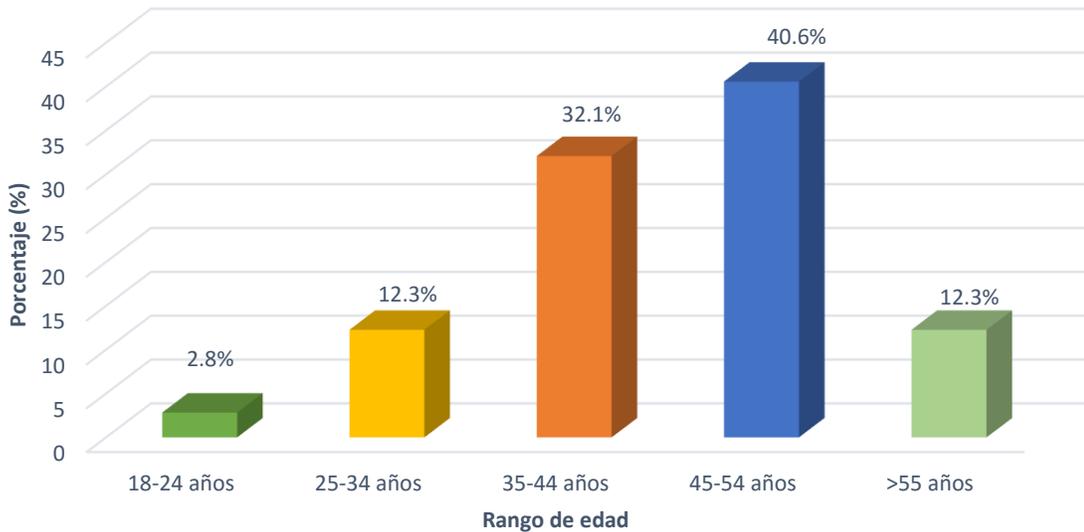
Finalmente, en cuanto a la relación **“Último Papanicolau y Severidad de CaCu”** hallamos en la etapa **Temprana** que 18 (17%) se lo habían realizado hacía 1 año o menos, 21 (19.8%) hacía >1-3 años y 28 (26.4%) Nunca se habían realizado el Papanicolau. Mientras que en aquéllas en etapa **Tardía** 19 (17.9%) se habían realizado Papanicolau hacía >1-3 años y 20 (18.9%) Nunca. (Ver tabla y gráfica 15).

TABLA 1. RANGO DE EDAD DE MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER CERVICOUTERINO DEL HGZ/UMF No. 8

Rango de edad (años)	Frecuencia	Porcentaje
18-24 años	3	2.8
25-34 años	13	12.3
35-44 años	34	32.1
45-54 años	43	40.6
>55 años	13	12.3
Total	106	100.0

FUENTE: n=106, Martínez-S M, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Maytorena-C G. Factores para la detección tardía del cáncer cervicouterino en mujeres derechohabientes del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2018.

Gráfica 1. Rango de edad de mujeres con diagnóstico de cáncer cervicouterino del HGZ/UMF No. 8



FUENTE: n=106, Martínez-S M, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Maytorena-C G. Factores para la detección tardía del cáncer cervicouterino en mujeres derechohabientes del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2018.

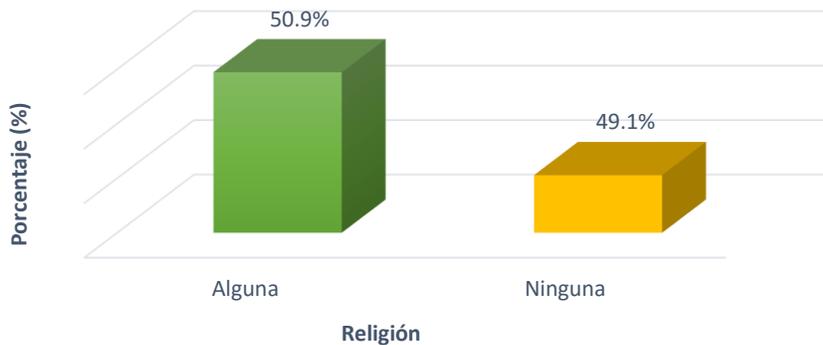
CaCu= cáncer cervicouterino.

TABLA 2. RELIGIÓN EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER CERVICOUTERINO DEL HGZ/UMF No. 8

Religión	Frecuencia	Porcentaje
Con religión	54	50.9
Sin religión	52	49.1
Total	106	100.0

FUENTE: n=106, Martínez-S M, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Maytoarena-C G. Factores para la detección tardía del cáncer cervicouterino en mujeres derechohabientes del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2018.

Gráfica 2. Religión en mujeres con diagnóstico de cáncer cervicouterino del HGZ/UMF No. 8



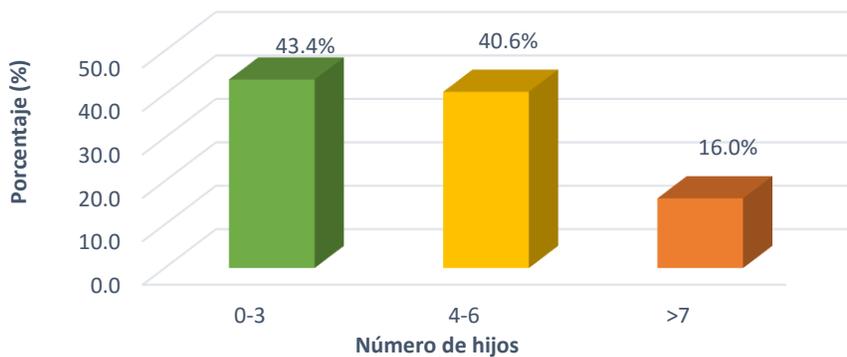
FUENTE: n=106, Martínez-S M, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Maytoarena-C G. Factores para la detección tardía del cáncer cervicouterino en mujeres derechohabientes del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2018.
CaCu= cáncer cervicouterino.

TABLA 3. PARIDAD EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER CERVICOUTERINO DEL HGZ/UMF No. 8

Número de partos	Frecuencia	Porcentaje
0-3	46	43.4
4-6	43	40.6
>7	17	16.0
Total	106	100.0

FUENTE: n=106, Martínez-S M, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Maytoarena-C G. Factores para la detección tardía del cáncer cervicouterino en mujeres derechohabientes del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2018.

Gráfica 3. Paridad en mujeres con diagnóstico de cáncer cervicouterino del HGZ/UMF No. 8



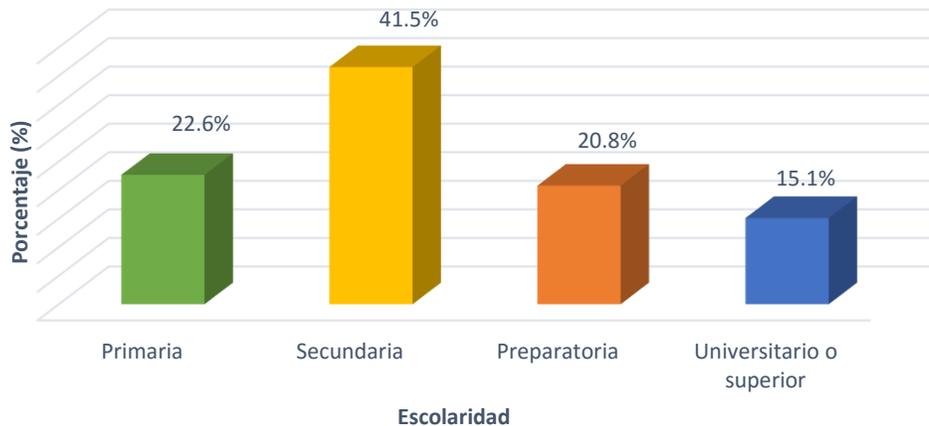
FUENTE: n=106, Martínez-S M, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Maytoarena-C G. Factores para la detección tardía del cáncer cervicouterino en mujeres derechohabientes del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2018.
CaCu= cáncer cervicouterino.

TABLA 4. ESCOLARIDAD EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER CERVICOUTERINO DEL HGZ/UMF No. 8

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	24	22.6
Secundaria	44	41.5
Preparatoria	22	20.8
Universitario o superior	16	15.1
Total	106	100.0

FUENTE: n=106, Martínez-S M, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Maytoarena-C G. Factores para la detección tardía del cáncer cervicouterino en mujeres derechohabientes del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2018.

Gráfica 4. Escolaridad en mujeres con diagnóstico de cáncer cervicouterino del HGZ/UMF No. 8



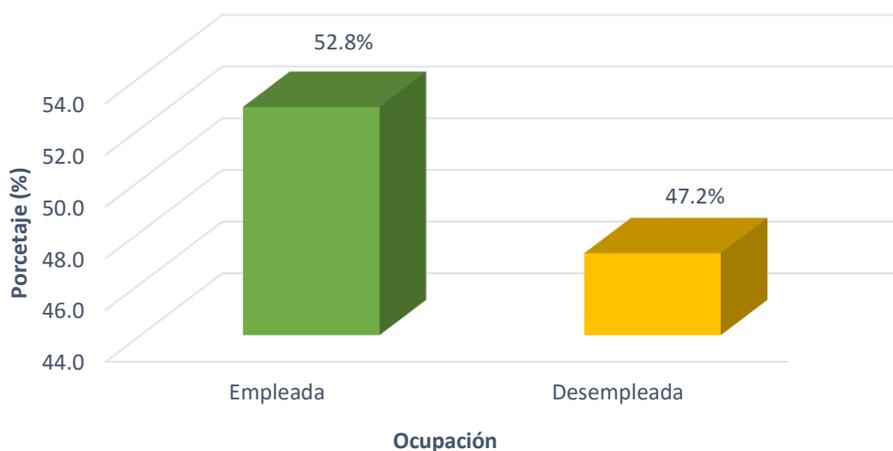
FUENTE: n=106, Martínez-S M, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Maytoarena-C G. Factores para la detección tardía del cáncer cervicouterino en mujeres derechohabientes del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2018.
CaCu= cáncer cervicouterino.

TABLA 5. OCUPACIÓN EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER CERVICOUTERINO DEL HGZ/UMF No. 8

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Empleada	56	52.8
Desempleada	50	47.2
Total	106	100.0

FUENTE: n=106, Martínez-S M, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Maytorena-C G. Factores para la detección tardía del cáncer cervicouterino en mujeres derechohabientes del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2018.

Gráfica 5. Ocupación en mujeres con diagnóstico de cáncer cervicouterino del HGZ/UMF No. 8



FUENTE: n=106, Martínez-S M, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Maytorena-C G. Factores para la detección tardía del cáncer cervicouterino en mujeres derechohabientes del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2018.

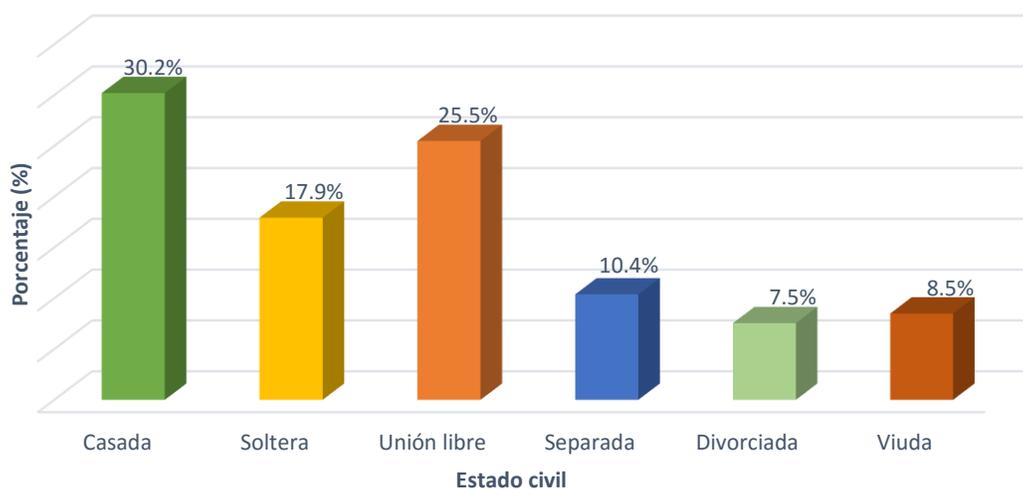
CaCu= cáncer cervicouterino.

TABLA 6. ESTADO CIVIL EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER CERVICOUTERINO DEL HGZ/UMF No. 8

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Casada	32	30.2
Soltera	19	17.9
Unión libre	27	25.5
Separada	11	10.4
Divorciada	8	7.5
Viuda	9	8.5
Total	106	100.0

FUENTE: n=106, Martínez-S M, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Maytoarena-C G. Factores para la detección tardía del cáncer cervicouterino en mujeres derechohabientes del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2018.

Gráfica 6. Estado civil de mujeres con diagnóstico de cáncer cervicouterino del HGZ/UMF No. 8



FUENTE: n=106, Martínez-S M, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Maytoarena-C G. Factores para la detección tardía del cáncer cervicouterino en mujeres derechohabientes del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2018.

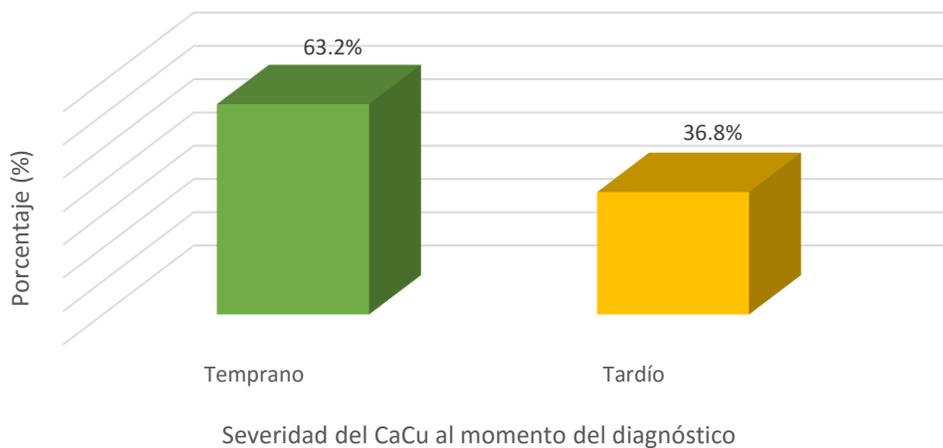
CaCu= cáncer cervicouterino.

TABLA 7. SEVERIDAD DEL CACU EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER CERVICOUTERINO DEL HGZ/UMF No. 8

Severidad	Frecuencia	Porcentaje
Temprano	67	63.2
Tardío	39	36.8
Total	106	100.0

FUENTE: n=106, Martínez-S M, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Maytoarena-C G. Factores para la detección tardía del cáncer cervicouterino en mujeres derechohabientes del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2018.

Gráfica 7. Severidad del CaCu en mujeres con diagnóstico de cáncer cervicouterino del HGZ/UMF No. 8



FUENTE: n=106, Martínez-S M, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Maytoarena-C G. Factores para la detección tardía del cáncer cervicouterino en mujeres derechohabientes del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2018.

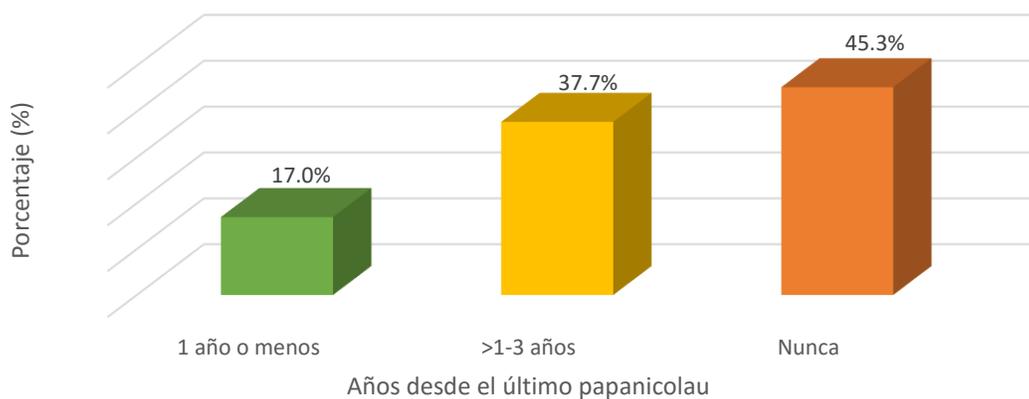
CaCu= cáncer cervicouterino.

TABLA 8. ÚLTIMO PAPANICOLAU EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER CERVICOUTERINO DEL HGZ/UMF No. 8

Último Papanicolau	Frecuencia	Porcentaje
1 año o menos	18	17.0
>1-3 años	40	37.7
Nunca	48	45.3
Total	106	100.0

FUENTE: n=106, Martínez-S M, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Maytorena-C G. Factores para la detección tardía del cáncer cervicouterino en mujeres derechohabientes del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2018.

Gráfica 8. Último papanicolau en mujeres con diagnóstico de cáncer cervicouterino del HGZ/UMF No. 8



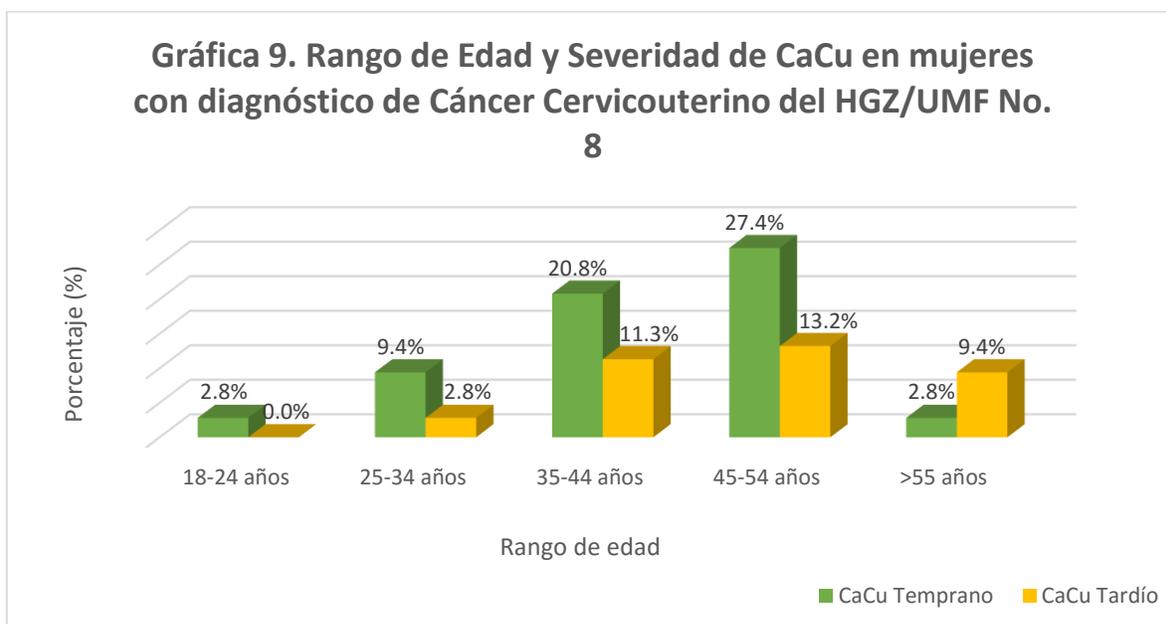
FUENTE: n=106, Martínez-S M, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Maytorena-C G. Factores para la detección tardía del cáncer cervicouterino en mujeres derechohabientes del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2018.
CaCu= cáncer cervicouterino.

TABLA 9. RANGO DE EDAD Y SEVERIDAD DE CACU EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER CERVICOUTERINO DEL HGZ/UMF No. 8

		Severidad de CaCu al momento del diagnóstico					
		Temprano	Porcentaje	Tardío	Porcentaje	Total	
Rango de edad	18-24 años	3	2.8%	0	0.0%	3	2.8%
	25-34 años	10	9.4%	3	2.8%	13	12.3%
	35-44 años	22	20.8%	12	11.3%	34	32.1%
	45-54 años	29	27.4%	14	13.2%	43	40.6%
	>55 años	3	2.8%	10	9.4%	13	12.3%
Total		67	63.2%	39	36.7%	106	100%

FUENTE: n=106, Martínez-S M, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Maytorena-C G. Factores para la detección tardía del cáncer cervicouterino en mujeres derechohabientes del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2018. CaCu= cáncer cervicouterino.

Gráfica 9. Rango de Edad y Severidad de CaCu en mujeres con diagnóstico de Cáncer Cervicouterino del HGZ/UMF No. 8



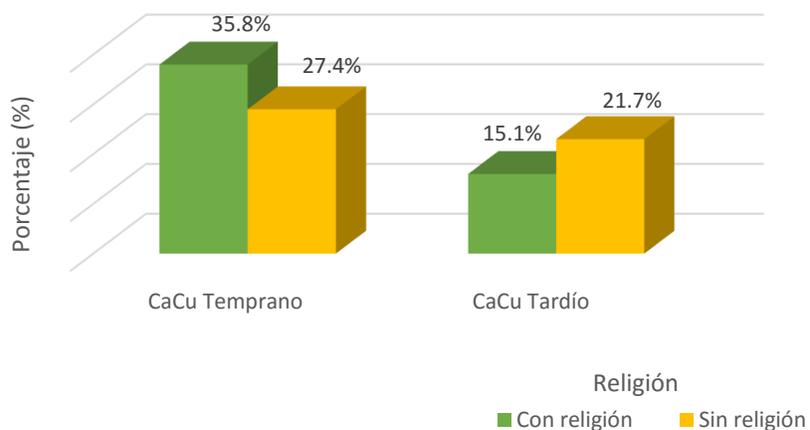
FUENTE: n=106, Martínez-S M, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Maytorena-C G. Factores para la detección tardía del cáncer cervicouterino en mujeres derechohabientes del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2018. CaCu= cáncer cervicouterino.

TABLA 10. RELIGIÓN Y SEVERIDAD DE CACU EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER CERVICOUTERINO DEL HGZ/UMF No. 8

Severidad de CaCu al momento del diagnóstico							
		Temprano	Porcentaje	Tardío	Porcentaje	Total	
Religión	Con religión	38	35.8%	16	15.1.0%	54	50.9%
	Sin religión	29	27.4%	23	21.7%	52	49.1%
Total		67	63.2%	39	36.8%	106	100%

FUENTE: n=106, Martínez-S M, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Maytoarena-C G. Factores para la detección tardía del cáncer cervicouterino en mujeres derechohabientes del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2018. CaCu= cáncer cervicouterino.

Gráfica 10. Religión y Severidad de CaCu en mujeres con diagnóstico de Cáncer Cervicouterino del HGZ/UMF No. 8



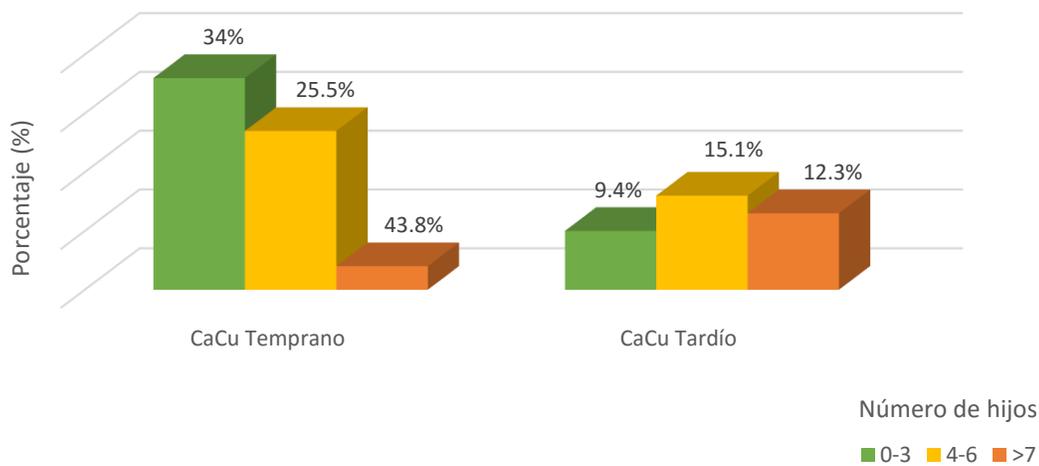
FUENTE: n=106, Martínez-S M, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Maytoarena-C G. Factores para la detección tardía del cáncer cervicouterino en mujeres derechohabientes del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2018. CaCu= cáncer cervicouterino.

TABLA 11. PARIDAD Y SEVERIDAD DE CACU EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER CERVICOUTERINO DEL HGZ/UMF No. 8

Severidad de CaCu al momento del diagnóstico							
		Temprano	Porcentaje	Tardío	Porcentaje	Total	
Número de hijos	0-3 partos	36	34%	10	9.4%	46	43.4%
	4-6 partos	27	25.5%	16	15.1%	43	40.6%
	>7 partos	4	3.8%	13	12.3%	17	16%
Total		67	63.2%	39	36.8%	106	100%

FUENTE: n=106, Martínez-S M, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Maytorena-C G. Factores para la detección tardía del cáncer cervicouterino en mujeres derechohabientes del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2018.

Gráfica 11. Paridad y Severidad de CaCu en mujeres con diagnóstico de Cáncer Cervicouterino del HGZ/UMF No. 8



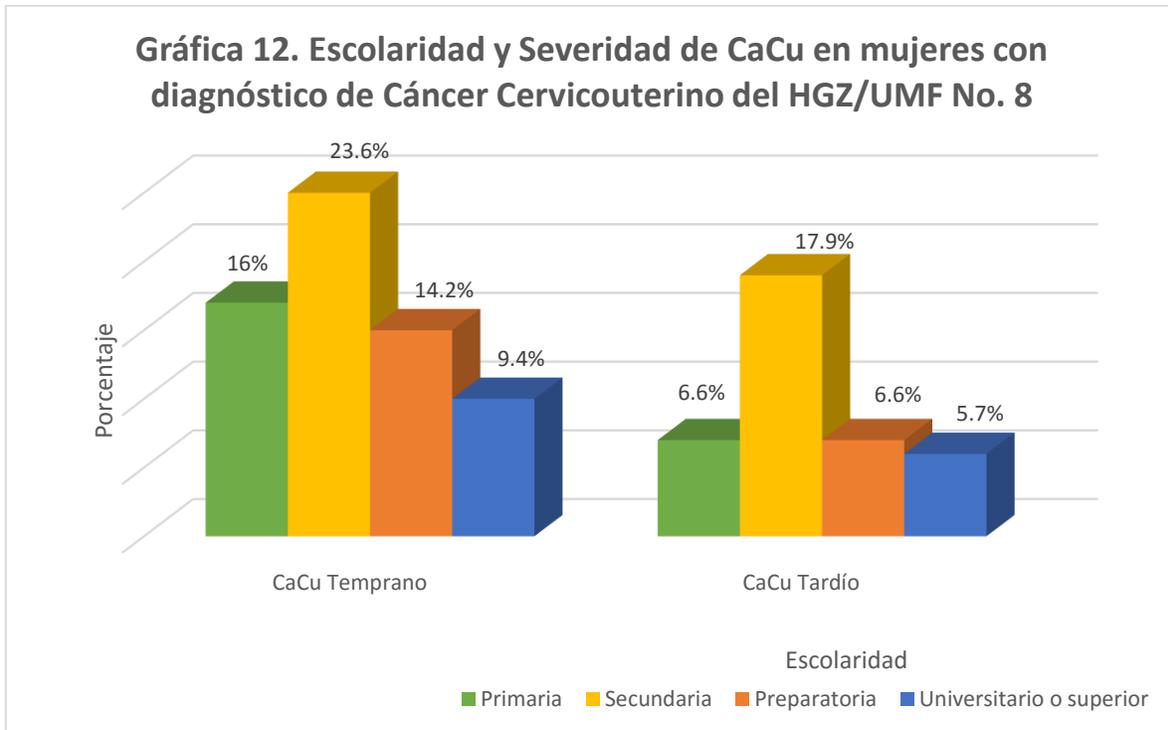
FUENTE: n=106, Martínez-S M, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Maytorena-C G. Factores para la detección tardía del cáncer cervicouterino en mujeres derechohabientes del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2018. CaCu= cáncer cervicouterino.

TABLA 12. ESCOLARIDAD Y SEVERIDAD DE CACU EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER CERVICOUTERINO EDL HGZ/UMF No. 8

		Severidad de CaCu al momento del diagnóstico					
Escolaridad		Temprano	Porcentaje	Tardío	Porcentaje	Total	
		Primaria	17	16%	7	6.6%	24
	Secundaria	25	23.6%	19	17.9%	44	41.5%
	Preparatoria	15	14.2%	7	6.6%	22	20.8%
	Universitario o superior	10	9.4%	6	5.7%	16	15.1%
	Total	67	63.2%	39	36.8%	106	100%

FUENTE: n=106, Martínez-S M, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Maytorena-C G. Factores para la detección tardía del cáncer cervicouterino en mujeres derechohabientes del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2018. CaCu= cáncer cervicouterino.

Gráfica 12. Escolaridad y Severidad de CaCu en mujeres con diagnóstico de Cáncer Cervicouterino del HGZ/UMF No. 8



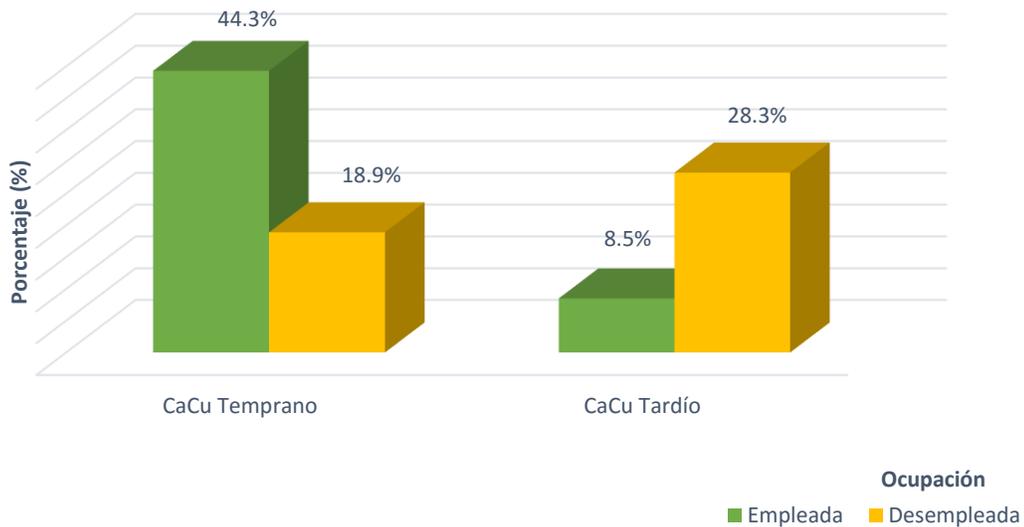
FUENTE: n=106, Martínez-S M, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Maytorena-C G. Factores para la detección tardía del cáncer cervicouterino en mujeres derechohabientes del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2018. CaCu= cáncer cervicouterino.

TABLA 13. OCUPACIÓN Y SEVERIDAD DE CACU EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER CERVICOUTERINO DEL HGZ/UMF No. 8

		Severidad de CaCu al momento del diagnóstico						
		Temprano	Porcentaje	Tardío	Porcentaje	Total		
Ocupación	Empleada	47	44.3%	9	8.5%	56	52.8%	
	Desempleada	20	18.9%	30	28.3%	50	47.2%	
Total		67	63.2%	39	36.8%	106	100%	

FUENTE: n=106, Martínez-S M, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Maytorena-C G. Factores para la detección tardía del cáncer cervicouterino en mujeres derechohabientes del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2018. CaCu= cáncer cervicouterino.

Gráfica 13. Ocupación y Severidad de CaCu en mujeres con diagnóstico de Cáncer Cervicouterino del HGZ/UMF No. 8



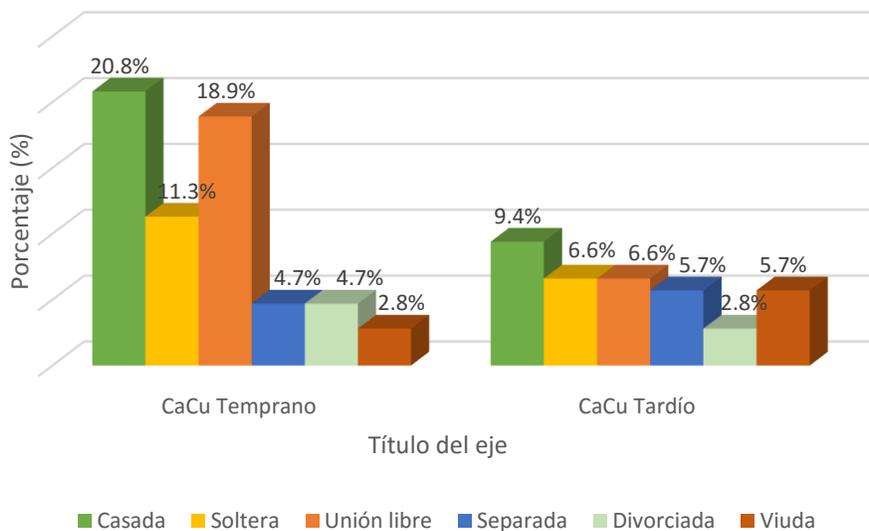
FUENTE: n=106, Martínez-S M, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Maytorena-C G. Factores para la detección tardía del cáncer cervicouterino en mujeres derechohabientes del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2018. CaCu= cáncer cervicouterino.

TABLA 14. ESTADO CIVIL Y SEVERIDAD DE CACU EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER CERVICOUTERINO DEL HGZ/UMF No. 8

		Severidad de CaCu al momento del diagnóstico					
		Temprano	Porcentaje	Tardío	Porcentaje	Total	
Estado civil	Casada	22	20.8%	10	9.4%	32	30.2%
	Soltera	12	11.3%	7	6.6%	19	17.9%
	Unión libre	20	18.9%	7	6.6%	27	25.5%
	Separada	5	4.7%	6	5.7%	11	10.4%
	Divorciada	5	4.7%	3	2.8%	8	7.5%
	Viuda	3	2.8%	6	5.7%	9	8.5%
	Total	67	63.2%	39	36.8%	106	100%

FUENTE: n=106, Martínez-S M, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Maytorena-C G. Factores para la detección tardía del cáncer cervicouterino en mujeres derechohabientes del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2018. CaCu= cáncer cervicouterino.

Gráfica 14. Estado Civil y Severidad de CaCu en mujeres con diagnóstico de Cáncer Cervicouterino del HGZ/UMF No. 8



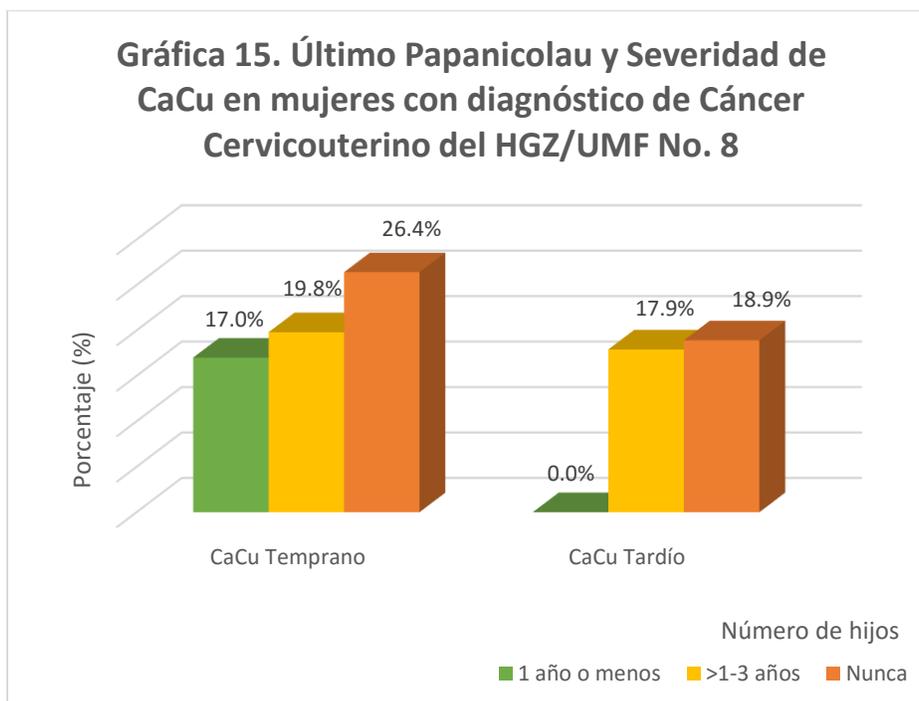
FUENTE: n=106, Martínez-S M, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Maytorena-C G. Factores para la detección tardía del cáncer cervicouterino en mujeres derechohabientes del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2018. CaCu= cáncer cervicouterino.

TABLA 15. ÚLTIMO PAPANICOLAU Y SEVERIDAD DE CACU EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER CERVICOUTERINO DEL HGZ/UMF No. 8

		Severidad de CaCu al momento del diagnóstico					
		Temprano	Porcentaje	Tardío	Porcentaje	Total	
Último Papanicolau	1 año o menos	18	17%	0	0.0%	18	17%
	>1-3 años	21	19.8%	19	17.9%	40	37.7%
	Nunca	28	26.4%	20	18.9%	48	45.3%
Total		67	63.2%	39	36.8%	106	100%

FUENTE: n=106, Martínez-S M, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Maytorena-C G. Factores para la detección tardía del cáncer cervicouterino en mujeres derechohabientes del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2018.

Gráfica 15. Último Papanicolau y Severidad de CaCu en mujeres con diagnóstico de Cáncer Cervicouterino del HGZ/UMF No. 8



FUENTE: n=106, Martínez-S M, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Maytorena-C G. Factores para la detección tardía del cáncer cervicouterino en mujeres derechohabientes del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2018. CaCu= cáncer cervicouterino.

DISCUSIONES

Es importante destacar que en nuestro país existe poca información específica con respecto a la relación entre el “Diagnóstico tardío del Cáncer Cervicouterino y Factores Sociodemográficos”, a diferencia de países con mayor desarrollo, como Estados Unidos, en donde debido a la gran variabilidad de los grupos étnicos y raciales es posible observar diferencias significativas entre dichos grupos. Por otra parte, países con menor nivel de desarrollo que México, donde los retos de salud y en específico, la mortalidad por Cáncer Cervicouterino es considerablemente mayor, el encontrar los factores que predisponen a esta situación conducen a la realización de este tipo de estudios.

De acuerdo al reporte de 2016 del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, hasta un 30.8% de los casos de CaCu se detectan en etapas tardías, lo cual al menos en nuestro estudio fue concordante, puesto que el 36.8% se encontró en dicha etapa, discretamente mayor a lo reportado a nivel nacional. Mientras que la edad media reportada a nivel nacional es de 49.2 años, en nuestro estudio fue de 45 años. En relación al rango de edad con mayor reporte de incidencia de CaCu a nivel nacional es el de 50-59 años, nosotros encontramos mayor frecuencia en el de 45-54 años, que queda incluido en el rango anterior. Lo anterior demuestra bastante similitud con los reportes nacionales.

En el estudio de Briseño-Hanon (2013) estudiaron 96 casos de carcinomas cervicales, encontrando hasta 42.71% en estadios tardíos, la mayor incidencia se encontró entre el grupo de 35-39 años, mientras que en el nuestro se observó en el grupo de 45-54 años. Ellos también observaron que la paridad fue más alta en los casos de CaCu invasor y de igual manera el 56% de las mujeres que tuvieron CaCu invasor nunca se habían realizado el Papanicolau. Algo que también pudimos observar en nuestro estudio, ya que hasta un 45.3% nunca se lo había realizado, siendo mayor la frecuencia en aquellas que tuvieron diagnóstico temprano (26.4% vs 18.9%), sin embargo, dentro del grupo de mujeres con CaCu tardío 20 (51.3%) de las 39 mujeres nunca se había realizado el Papanicolau. En el caso de la escolaridad, que también fue evaluada en este estudio, se encontró un 72.9% entre analfabetismo y primaria, predominando en las mujeres con CaCu invasor con un 87.8%. En nuestro caso no se encontraron mujeres con analfabetismo, sin embargo, sí predominaron los niveles básicos de primaria y secundaria tanto en las mujeres en etapa temprana como en las de etapa tardía (39.6% y 24.5% respectivamente). Esto último puede deberse al tipo de población estudiada, puesto que en el primero se trató de una población suburbana mientras que en el nuestro predomina el medio urbano, así como a que en la Ciudad de México existe el menor porcentaje de población analfabeta de 15 años y más con respecto al resto del país, lo cual podría estar reflejándose en este estudio.

En lo relativo a la religión, son muy pocos los estudios que incluyen este factor en sus análisis, por ejemplo, Padela et al. (2014) condujeron un estudio pionero en su tipo, ya que buscaron asociaciones entre factores religiosos y tamizaje para Cáncer Cervicouterino en mujeres musulmanas en Chicago, EUA. Encuestaron a 254 mujeres, de las cuales hasta 84% se habían realizado un Papanicolau en su vida y aquellas que consideraban la enfermedad como un castigo de Dios eran las que tenían menos probabilidad de hacerse el estudio. Sin embargo, concuerdan en que deben hacerse más estudios para que los valores religiosos puedan abordarse adecuadamente. En nuestro estudio encontramos un predominio de mujeres sin religión en el grupo de CaCu tardío con respecto al grupo de CaCu temprano (21.7% vs 27.4%).

En un estudio de casos y controles sobre factores de riesgo para cáncer cervicouterino en mujeres de Zacatecas realizado por Castañeda-Iñiguez et al. (1998) se encontró que un aumento en el número de embarazos y partos, mostraban una tendencia lineal con el riesgo de neoplasia, con riesgo cinco veces mayor para aquellas con más de 12 partos. En nuestro estudio encontramos que para estadios más avanzados de CaCu se relacionaban con un mayor número de hijos, en nuestro caso >7 , mientras que en los estadios tempranos se registraron entre 0-3 hijos. Lo cual es concordante con la literatura. Una probable explicación se fundamenta en que el embarazo provoca un estado de inmunosupresión que podría aumentar la susceptibilidad del organismo a los agentes infecciosos. Por otra parte, se ha señalado que la neoplasia cervical aparece con mayor frecuencia en el labio anterior del cérvix, zona donde el traumatismo obstétrico es más intenso, por lo que es plausible considerar al parto vaginal como un factor de riesgo de cáncer cervicouterino.

En estudios internacionales sí se ha evaluado de forma más dirigida la asociación entre los factores sociodemográficos y el diagnóstico tardío de CaCu, por ejemplo, en un estudio realizado por Saghari et al. (2015), en California E.U.A., se buscó evaluar y distinguir los predictores sociodemográficos para el cáncer cervical en etapa tardía vs temprana, esto mediante una prueba de Regresión Logística, estudiaron a 13624 mujeres obteniendo la información del Registro de Cáncer de California. Se analizaron datos específicos entre edad, estado socioeconómico y estado civil, entre las distintas razas y etnias que componen dicha población. Y encontraron que la probabilidad de presentar CaCu en etapa tardía era mayor en las categorías de edad más avanzadas dentro de cada raza y grupo étnico. Con respecto al estado socioeconómico se observó que la probabilidad de tener un diagnóstico tardío aumentaba conforme disminuían los quintiles de Estado Socioeconómico. De igual manera, en el caso de las mujeres solteras su probabilidad de tener CaCu tardío fue mayor. En nuestro estudio podemos observar que los casos de CaCu en etapa tardía se fueron incrementando conforme aumentaban los rangos de edad.

Sin embargo, con respecto al estado civil en nuestro estudio no se evidenció lo reportado por Saghari, ya que predominaron las casadas tanto en el grupo de CaCu temprano (20.8%) como en el tardío (9.4%) y el estado de soltera fue mayor en el grupo de CaCu temprano (11.3% vs 6.6%). Aunque en conjunto, las mujeres sin una pareja ya sea porque fueran solteras, divorciadas, viudas o separadas, en total, correspondían a 22 (56.4%) de las mujeres con etapa tardía de CaCu, y en el caso de las de etapa temprana correspondían a 25 (37.4%). En el caso del grupo con CaCu tardío, porcentaje mayores al de casada y unión libre. En nuestro estudio no medimos el estado socioeconómico, por lo que este no pudo ser comparado.

En países subdesarrollados, son más frecuentes los estudios que evalúan estas asociaciones y también los resultados suelen ser más significativos, puesto que las condiciones sociales y de salud están más rezagadas.

Se realizó un estudio en Marruecos por Berraho et al., (2012), con el objetivo de identificar factores asociados al retraso en el diagnóstico de CaCu, para ello recabaron información de todas las mujeres con diagnóstico de CaCu de dos centros oncológicos, incluyendo factores sociodemográficos, fechas de los primeros síntomas, primera consulta y primer diagnóstico de CaCu y otros antecedentes. La edad media de las pacientes fue de 51.98 años, mayor con respecto a la población de nuestro estudio (45 años), aunque el rango de edad de su grupo (28-83 años) fue más alto que el nuestro (23-68 años). El nivel de escolaridad en su estudio fue predominantemente analfabeto (79.5%), el 57% reportó estar casada, 95% eran amas de casa, hasta un 39.2% residían en áreas rurales, el 88% tenían un ingreso económico bajo y sólo 5.3% tenían seguro de salud. Algo llamativo es que ellos reportan una incidencia de hasta 54.5% de CaCu tardío, bastante elevado, pero concordante con la literatura que apunta a que en países subdesarrollados las tasas de incidencia y mortalidad son aún mayores que en el resto. En resumen, en este estudio ser ama de casa, vivir en un área rural, ser analfabeta e incluso menor de 50 años supusieron un mayor retraso en el diagnóstico, así mismo las mujeres no casadas tenían mayor probabilidad de ser diagnosticadas con CaCu tardío, así como aquéllas sin antecedentes heredofamiliares de cáncer. Ellos suponen que en el caso de las mujeres casadas el tener pareja podría incentivarlas a buscar atención médica más temprana al presentarse los primeros síntomas y de igual manera tener antecedentes heredofamiliares podría poner sobre alerta a las mujeres para acudir a tamizaje o a consulta de presentar síntomas ginecológicos. Comparando con nuestro estudio, nuevamente se hace evidente la relación con escolaridad, pues entre más baja, mayor frecuencia de CaCu tardío, mientras que el estado civil de casada se asoció a menor frecuencia. Aunque específicamente nosotros no pudimos observar esta relación en nuestro estudio, quizá debido a las categorías en las cuales se reportó el estado civil, puesto que el porcentaje de mujeres sin pareja fue mayor con respecto a las casadas y en unión libre.

En lo relativo a la realización de Papanicolau, en un estudio realizado por Farfán-Muñoz et al. (2004) en Monterrey, NL, se intentó determinar los factores socioculturales en mujeres que no acuden a detección oportuna de CaCu, encuestando a 105 mujeres entre 25 a 65 años de edad. Se reportó que un 25% nunca se había realizado el Papanicolau. Si bien, el diseño del estudio difiere con respecto al nuestro, también pudimos detectar un alto porcentaje de mujeres que no se habían realizado nunca este estudio (45.3%). Siendo más alto en el grupo de mujeres con etapa tardía vs temprana (51.3% vs 41.8%). En la encuesta de Farfán et al., las respuestas más frecuentes con respecto al sentimiento que les generaba realizarse el Papanicolau fueron pena, angustia por el método y por conocer el resultado, temor de que fuera doloroso y a contraer una infección. Considerándolas como posibles barreras para la detección oportuna de CaCu al no realizarse el principal tamizaje para esta enfermedad. Aunque en nuestro estudio no se investigaron posibles causas para la no realización de Papanicolau, el resultado insta a investigar las posibles causas, puesto que fue muy evidente que en la etapa tardía casi la mitad de las pacientes nunca se lo habían realizado. Sin embargo, no podemos generalizar diciendo que las creencias culturales sean responsables, puesto que otros factores pueden contribuir.

Nuestro estudio corrobora varias de las asociaciones observadas en estudios previos, si bien algunos, como el estado civil no fueron similares mucho podría tener que ver con el diseño del estudio. Dentro de las limitaciones de este estudio está el haber obtenido la información únicamente de los expedientes clínicos, puesto que no se podía explorar las causas de la no realización del Papanicolau o su retraso en éste. Así como el diseño descriptivo del mismo, que si bien nos da un panorama de la situación actual de nuestro medio de trabajo no nos permite establecer asociaciones más certeras.

Estos resultados son de aplicabilidad en el ámbito de la Medicina Familiar. Debido a que esta especialidad se encarga de la atención en el primer nivel, por lo que corresponde a ella principalmente la difusión, orientación, educación y detección oportuna, así como la derivación pronta de las pacientes que lo ameriten a los servicios correspondientes. Debemos tener presentes los factores de riesgo para CaCu, y en el caso de las etapas tardías, este estudio remarca la importancia de factores como la edad, escolaridad, estado civil, mayor número de hijos y la no realización de Papanicolau. Por lo que los médicos familiares deben poner especial atención a las mujeres con estas características.

Con respecto al eje asistencial recalcamos la importancia de educar a las pacientes con respecto a los factores de riesgo, la detección oportuna a través de la realización del Papanicolau una vez iniciada la vida sexual, así como las medidas preventivas que a la fecha existen para el CaCu, las vacunas antiVPH. Dar seguimiento a cada mujer para que no retrasen el Papanicolau y derivar oportunamente a aquellas con lesiones de riesgo. Lo anterior en el primer nivel de atención. En el segundo y tercer nivel, realizar el análisis de las muestras de Papanicolau en tiempo y forma y comunicar los resultados a la brevedad posible, tanto aquellos alterados como los normales, así como aplicar los tratamientos de forma oportuna. Todo lo anterior es con el fin de evitar llegar a etapas tardías.

Dentro del eje educativo, se debe continuar con la difusión de la información entre todo el personal que forma parte del sistema de salud, esto con el fin de que comuniquen a la población factores de riesgo, datos de alarma y lleguemos a detectar oportunamente los casos de CaCu. Promover programas de capacitación a personal de salud de primer nivel de atención, principalmente, sobre los protocolos de actuación para la prevención y detección oportuna de CaCu.

En cuanto al eje de investigación, el presente estudio demuestra que aún existen vacíos en el conocimiento de los factores que orillan a la detección tardía del Cáncer Cervicouterino, por lo que se debería continuar la línea de investigación, con el fin de impactar positivamente en la disminución de la incidencia y mortalidad de esta patología en nuestro país, que, si bien ha ido disminuyendo con respecto al pasado, aún es un problema significativo. Así mismo, aún hay mucho campo de investigación en el área de tratamientos e inclusive de detección, quizá a través de métodos menos invasivos.

Finalmente, en el eje administrativo, los resultados de este estudio deberían instar a las autoridades correspondientes a evaluar las estrategias de detección oportuna, para detectar si existen retrasos en el análisis de muestras de Papanicolau o en la referencia oportuna de las pacientes tanto a la realización de este estudio como a los servicios de displasia, cuál sea el caso.

CONCLUSIONES

En el presente estudio pudimos corroborar que el Cáncer Cervicouterino en etapa tardía continúa siendo un problema de salud en nuestro medio, aún con una incidencia considerable, acorde a lo que se reporta a nivel nacional. Por lo tanto, todos los esfuerzos por disminuir el daño por esta patología son aceptables.

Los objetivos de este estudio, consideramos que fueron alcanzados, aunque de forma parcial, puesto que pudimos evidenciar la relación de algunos de los factores con el diagnóstico tardío de Cáncer Cervicouterino, así mismo observamos, acorde a reportes previos, que algunos como la edad, el número de hijos, el estado civil y la escolaridad tienen más peso que otros, pero que sin lugar a dudas existe una relación positiva con el CaCu tardío. Claro que nuestro estudio tiene limitaciones, puesto que se trata de un estudio puramente descriptivo por lo que la línea de investigación debería continuarse a fin de realizar estudios de tipo analíticos. Otra limitación fue la obtención de la información, al ser adquirida solo de los expedientes clínicos, por lo que no se pudo ahondar en las causas de la no realización del Papanicolau.

Por todo lo anterior, podemos decir que, en cuanto a las hipótesis, que fueron planteadas solo con fines académicos, se acepta la hipótesis alterna.

De este estudio podemos concluir que:

- El rango de edad más frecuente en mujeres con CaCu es el de 45-54 años (40.6%). Seguido del rango de 35-44 años (32.1%), en ambos grupos de CaCu, tardío y temprano.
- Que no hay diferencias en cuanto a religión en mujeres con CaCu.
- El número de partos más frecuente en mujeres con CaCu es de 0-3 hijos (43.4%). Pero en el grupo en etapa tardía aumenta el número de partos, siendo más frecuente el de 4-6 hijos (15.1%), seguido del de >7 hijos (12.3%).
- El grado escolar que predominó fue el de primaria y secundaria, poco más del 60% entre los dos.
- El desempleo fue más frecuente en las mujeres con CaCu tardío (28.3%).
- El estado civil más frecuente fue el de casada (30.2%) y unión libre (25.5%), en tercer lugar el estado de soltera (17.9%).
- Los casos de CaCu tardío aún son frecuentes en nuestro medio, hasta 36.8%, cuando la media nacional es de 30.8%.
- La mayoría (45.3%) nunca se han realizado un Papanicolau. Tanto en el grupo de CaCu temprano, como en el tardío.

Con respecto a este último, es de mayor urgencia contestar al ¿Por qué las mujeres no se realizan el Papanicolau o lo retrasan? Ya que hubo una proporción considerable de mujeres que nunca se habían realizado el Papanicolau o habían pasado más de tres años en realizárselo. Consideramos que esta línea de

investigación es aún más interesante y definitivamente podrían obtenerse resultados que ayuden a mejorar las estrategias de detección oportuna del CaCu.

Las propuestas derivadas de este estudio instan a continuar la investigación del Cáncer Cervicouterino en etapa tardía, con el fin de mejorar las estrategias de salud y disminuir la incidencia de la enfermedad en nuestro país. Exhorta a las personas integrantes del primer nivel de atención a incrementar los esfuerzos para prevenir y detectar oportunamente la enfermedad. Ya que esto impactará no solo en la calidad de vida de las mujeres, sino que también disminuirá costos de tratamiento para el Instituto.

Sin lugar a dudas este tema concientiza acerca de que el Cáncer Cervicouterino sigue siendo un tema relevante, que a pesar de todos los avances en detección y tratamiento seguimos viendo una considerable cantidad de mujeres en etapa tardía, por lo que evidentemente, existen áreas de oportunidad para mejorar e impactar positivamente en la enfermedad. Que los esfuerzos deben seguirse haciendo puesto que al reducir nuestras tasas de incidencia en etapa tardía reducimos también la mortalidad, mejorando la calidad de vida de las mujeres mexicanas.

BIBLIOGRAFÍA

1. GPC Prevención y detección oportuna del cáncer cérvico uterino en el primer nivel de atención. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010. Actualización: diciembre de 2011. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Pages/guias.aspx>
2. C. Marth et al. Cervical cancer: ESMO clinical practice guidelines. *Ann Oncol* 2017; 28 (4): iv72–iv83.
3. Hernández-Hernández DM *et al.* Panorama epidemiológico del cáncer cervicouterino. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2015; 53 (2): S154-S161.
4. Pereira-Scalabrino Ana et al. Country-level correlates of cervical cancer mortality in Latin America and the Caribbean. 2013. *Salud pública de México.* 55 (1). 5-15.
5. S. Arrosi et al. Primary prevention of cervical cancer: American Society of Clinical Oncology Resource-Stratified Guideline. *Journal of Global Oncology.* 2017; 3 (5): 611-634.
6. Ogilvie-Gina et al. Optimizing secondary prevention of cervical cancer: Recent advances and future challenges. 2017. In *J Gynecol Obstet.* 138 (Suppl. 1). 15-19.
7. Linus T. Chang et al. Management and Care of Women With Invasive Cervical Cancer: American Society of Clinical Oncology Resource-Stratified Clinical Practice Guideline. *Journal of Global Oncology.* 2016; 2 (5): 311-340.
8. José-Jerónimo et al. Secondary Prevention of Cervical Cancer: ASCO Resource-Stratified Clinical Practice Guideline. 2017; 3 (5): 635-657.
9. Moonan DJ et al. Cervical cáncer, Versión 2.2015. Featured Updates to the NCCN Guidelines. *JNCCN.* 2015; 3:4. 395-204.
10. Knaul, M., Arreola-Ornelas H. Numeralia sobre Cáncer de cérvix y mama en México. Basado en datos de la Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de defunciones generales 1979-2012. 2014. Disponible en: <http://www.tomateloapecho.org.mx/Pdfs/Numeralias/2014/CAMA-CACU2014.pdf>.
11. Martínez-Sánchez YL et al. Epidemiología del cáncer en pacientes adultos del Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social. 2013- *Cir Cir.* 81 (6). 508-516.
12. Mlange R et al. Patient and disease characteristics associated with late tumour stage at presentation of cervical cancer in northwestern Tanzania. 2016. *BMC Women's Health.* 16:5.
13. Deogratus-Mwaka Amos et al. Social, demographic and healthcare factors associated with stage at diagnosis of cervical cancer: cross-sectional study in a tertiary hospital in Northern Uganda. 2016. *BMJ Open.* 6.

14. Lewis Merle J. Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe. 2012. Organización Panamericana de la Salud.
15. Knaul FM, Bhadelia A, Gralow J, Arreola-Ornelas H, Langer A, Frenk J. Meeting the emerging challenge of breast and cervical cancer in low-and middle-income countries. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*. 2012;119 (1): S85-S88.
16. Chavarro-Vicuña N et al. Cáncer cervicouterino. 2012. *Anales de Radiología México*; 1: 61-79.
17. Partridge EE et al. NCCN Guidelines Insights. Cervical cancer screening: Featured updates. *JNCCN*. 2014; 2 (3): 333-341.
18. Zaldívar-Lelo de Larrea G et al. Cáncer cervicouterino y virus del papiloma humano. 2012. *Rev Chil Obstet Ginecol*; 77(4): 315-321.
19. Benedet-JL et al. FIGO staging classifications and clinical practice guidelines in the management of gynecologic cancers. 2000. 70. 29-262.
20. Álvarez, Claudia et al. Actualización de la estadificación del cáncer de cuello uterino. 2012. 76(2). 168-171.
21. Farfán-Muñoz LC et al. Factores socioculturales en mujeres que no acuden a detección oportuna de cáncer cervicouterino. 2012. *Rev Enferm IMSS*; 12(3): 123-130.
22. Flores-Hernández YS et al. Evaluación del conocimiento acerca del riesgo de padecer cáncer cervicouterino en las mujeres de la comunidad de Lo de Lomedo, Nayarit. 2013. 1 (2); 29-33.
23. Briseño-Hanon H. Impacto y prevalencia de los factores de riesgo en Cáncer Cervicouterino. 2013. *Arch Med Actual Trac Gen Inf*. 2 (2); 7-9.
24. Berraho-M et al. Sociodemographic factors and delay in the diagnosis of cervical cancer in Morocco. 2012. *Pan African Medical Journal*. 12:14.
25. Frida et al. Socio-Demographic Factors Associated with Advanced Stage of Cervical Cancer at Diagnosis in Kenyatta National Hospital, Kenya: A Cross Sectional Study. 2017. *J Cancer Sci Ther*. 9 (7). 554-561.
26. Saghari S et al. Sociodemographic predictors of delayed- versus early-stage cervical cancer in California. 2015. *Annals of Epidemiology*. 25. 250-255.
27. Ehrenzweig Sánchez-Yamilet. Conocimientos sobre la prevención del cáncer cervicouterino, locus de control y realización del Papanicolau. 2013. *Psicología y Salud*. 23 (2). 161-169.
28. Rashmarani Senapati et al. Why cervical cancer cases are being lately diagnosed in Eastern India? An analysis of the associated factors. 2016. *Indian Journal of Obstetrics and Gynecology Research*. 3 (4). 418-421.
29. Deepak Gyenwali et al. Factors associated with late diagnosis of Cervical Cancer in Nepal. 2013. *Asian Pac J of Cancer Prev*. 14 (7). 4373-4377.
30. Deepak Gyenwali et al. Estimates of delays in diagnosis of cervical cancer in Nepal. 2014. *BMC Women's Health*. 14 (9).

ANEXOS



ANEXO I

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS



Proyecto de investigación
Factores asociados a la detección tardía del cáncer cervicouterino en mujeres derechohabientes del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo".

Investigador: Dra. Margarita Martínez Santiago, Residente de Segundo Año de Medicina Familiar

Nombre: _____ NSS: _____

- a. Edad: _____
1: 18-24 años _____ 2: 25-34 años _____ 3: 35-44 años _____ 4: 45-54 años _____
5: >55 años _____
- b. Religión:
1: Alguna _____ 2: Ninguna _____
- c. Paridad:
1: 0-3 _____ 2: 4-6 _____ 3: >7 _____
- d. Escolaridad:
1: Primaria _____ 2: Secundaria _____ 3: Preparatoria _____ 4: Universitario o superior _____
- e. Ocupación:
1: Empleada _____ 2: Desempleada _____
- f. Estado civil:
1: Casada _____ 2: Soltera _____ 3: Unión libre _____ 4: Separada _____
5: Divorciada _____ 6: Viuda _____
- g. Estadio de CaCu al momento del diagnóstico de acuerdo a la clasificación de la FIGO (para clasificación de severidad).
1: I _____ 2: II _____ 3: III _____ 4: IV _____
- h. Severidad del cáncer cervicouterino al momento del diagnóstico (los estadios I y II corresponden a Temprano, y los estadios III y IV a Tardío).
1: Temprano: _____ 2: Tardío: _____
- i. Última realización de Papanicolau:
1: 1 año o menos _____ 2: más de 1 y menos de 3 años: _____ 3: nunca _____

ANEXO II

Clasificación de FIGO de los carcinomas cervicouterinos.

Estadio I. El carcinoma de estadio I se limita estrictamente al cuello uterino. No se debe tomar en cuenta la extensión al cuerpo uterino. El diagnóstico de los estadios IA1 y IA2 debe hacerse a partir de los exámenes microscópicos de un tejido extirpado, preferentemente un cono, que rodee la lesión entera.

- **Estadio IA:** cáncer invasor identificado a través de un examen microscópico únicamente. La invasión se limita a la invasión del estroma medida con un máximo de 5 mm de profundidad y 7 mm de extensión horizontal.
- **Estadio IA1:** la invasión medida en el estroma no supera 3 mm de profundidad y 7 mm de diámetro.
- **Estadio IA2:** la invasión medida en el estroma está entre 3 y 5 mm de profundidad y no supera 7 mm de diámetro.
- **Estadio IB:** las lesiones clínicas se limitan al cérvix, o las lesiones preclínicas son mayores que en el estadio IA. Toda lesión microscópicamente visible incluso con una invasión superficial es un cáncer de estadio IB.
- **Estadio IB1:** lesiones clínicas de tamaño máximo de 4 cm.
- **Estadio IB2:** lesiones clínicas de tamaño superior a 4 cm.

Estadio II. El carcinoma de Estadio II se extiende más allá del cérvix, pero sin alcanzar las paredes pelvianas. Afecta la vagina, pero no más allá de sus dos tercios superiores.

- **Estadio IIA:** ninguna afección parametrial evidente. La invasión afecta los dos tercios superiores de la vagina.
- **Estadio IIB:** afección parametrial evidente, pero la pared pelviana no está afectada.

Estadio III. El carcinoma de Estadio III se extiende hacia la pared pelviana. En el examen rectal, todas las zonas están invadidas por el cáncer entre el tumor y la pared pelviana. El tumor afecta el tercio inferior de la vagina. Todos los cánceres con una hidronefrosis o una disfunción renal son cánceres de estadio III.

- **Estadio IIIA:** ninguna extensión en la pared pelviana, pero afección del tercio inferior de la vagina.
- **Estadio IIIB:** extensión a la pared pelviana, hidronefrosis o disfunción renal.

Estadio IV. El carcinoma de Estadio IV se extiende más allá de la pelvis verdadera o invade la mucosa de la vejiga y/o recto.

- **Estadio IVA:** extensión del tumor a los órganos pelvianos cercanos.
- **Estadio IVB:** extensión a los órganos distantes.

Álvarez Claudia, Castro Nessim Ernesto, Virginillo Juan Martín, Bruno Gabriel, González Christian, Vallejos Javier et al . Actualización de la estadificación de cáncer de cuello uterino. Rev. argent. radiol. [Internet]. 2012 Jun [citado 2018 Ene 17]; 76(2): 169-171. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-99922012000200013&lng=es.

ANEXO III



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: "Factores asociados a la detección tardía del cáncer cervicouterino en mujeres derechohabientes del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo"

Patrocinador externo (si aplica): No aplica

Lugar y fecha: Ciudad de México de marzo del 2017 a febrero del 2019

Número de registro: En trámite

Justificación y objetivo del estudio:

A pesar de los programas gubernamentales establecidos para la prevención y detección temprana, el cáncer cervicouterino en estadios avanzados sigue presentándose hasta en un 30% de todos los casos. Esto conllevará a peor pronóstico y resultados en estas mujeres, lo cual a su vez representará mayores gastos no solo a las instituciones de salud sino también a las mismas familias de las pacientes. Pocos estudios en nuestro país han investigado la asociación de factores como los sociodemográficos y el diagnóstico tardío del CaCu, por lo que conocer si existe una asociación podría ayudar a mejorar los programas de detección en nuestro medio.

Objetivo: Determinar qué factores se asocian a la detección tardía del cáncer cervicouterino en mujeres derechohabientes del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.

Procedimientos: **POR SER UN ESTUDIO DE TIPO RETROSPECTIVO, NO LLEVA
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Posibles riesgos y molestias:

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

Participación o retiro:

Privacidad y confidencialidad:

En caso de colección de material biológico (si aplica):

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

Colaboradores:

Eduardo Vilchis Chaparro Profesor Titular MF del HGZ/UMF#8 Matricula 99377278 Cel. 5520671563 Fax: No Fax

Correo: eduardo.vilchisch@imss.gob.mx

Gilberto Espinoza Anrubio CCEIS HGZ/UMF#8 Matricula 99374232 Cel. 5535143649 Fax: No fax

Correo: gilberto.espinozaa@imss.gob.mx

Margarita Martínez Santiago. Médico Residente MF HGZ/UMF#8 Matricula: 97371461 Cel: 5583572342 Fax: No fax

Correo: wings_of_eternity@hotmail.com

Germán Maytorena Córdoba GYO JSGO del HGO # 4 Matrícula: 11270896 Cel: 5545254830 Fax: No Fax

Correo: bibliotecauniversal/69@gmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Margarita Martínez Santiago

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

ANEXO IV

CRONOGRAMA

TÍTULO DEL PROYECTO: FACTORES ASOCIADOS A LA DETECCIÓN TARDÍA DEL CÁNCER
CERVICOUTERINO EN MUJERES DERECHOHABIENTES DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO".

2017-2018

APARTADO	FECHA	2017-2018											
		MAR 2017	ABR 2017	MAY 2017	JUN 2017	JUL 2017	AGO 2017	SEP 2017	OCT 2017	NOV 2017	DIC 2017	ENE 2018	FEB 2018
Idea a estudiar													
Título													
Antecedentes													
Planteamiento del problema													
Justificación													
Objetivos													
Hipótesis													
Material y métodos													
Tipo de estudio													
Diseño metodológico													
Población													
Lugar y tipo de estudio													
Tipo y tamaño de la muestra													
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación													
Variables													
Definición de las variables													
Diseño estadístico													
Instrumentos de recolección													
Método de recolección													
Cronograma													
Recursos													
Consideraciones éticas													
Bibliografía													
Reporte de protocolo													
Aceptación													

2017-2018

APARTADO	FECHA	2017-2018											
		MAR 2018	ABR 2018	MAY 2018	JUN 2018	JUL 2018	AGO 2018	SEP 2018	OCT 2018	NOV 2018	DIC 2018	ENE 2019	FEB 2019
Prueba piloto													
Ejecución del proyecto													
Recolección de datos													
Almacenamiento de datos													
Análisis de datos													
Descripción de datos													
Discusión de datos													
Conclusión													
Integración y revisión final													
Reporte final													
Autorizaciones													
Impresión del trabajo													
Publicación													