



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN DEPARTAMENTO DE MEDICINA
FAMILIAR

CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL
IMSS MODALIDAD SEMIPRESENCIAL

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UMF N° 58
"MANUEL AVILA CAMACHO"
DELEGACIÓN ESTADO DE MÉXICO PONIENTE

"EVALUACIÓN DEL PROGRAMA INTEGRADO
(PREVENIMSS) EN LA DETECCIÓN OPORTUNA
DEL CANCER CERVICO UTERINO"

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR

ALUMNA: DRA LAURA GUIOMAR SANTOFIMIO CASTRO

TLALNEPANTLA ESTADO DE MEXICO

2005

m346274



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**EVALUACIÓN DEL PROGRAMA INTEGRADO (PREVENIMSS) EN
LA DETECCIÓN OPORTUNA DEL CÁNCER CERVICO UTERINO.**

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

PRESENTA

DRA. LAURA GUIOMAR SANTOFIMIO CASTRO

AUTORIZACIONES

**DR. MIGUEL ANGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA UNAM**

**DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA UNAM**

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR**

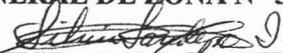
**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

ALUMNA: DRA. LAURA GUIOMAR SANTOFIMIO CASTRO

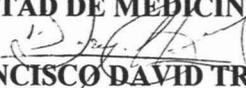
**EVALUACIÓN DEL PROGRAMA INTEGRADO (PREVENIMSS)
EN LA DETECCIÓN OPORTUNA DEL CÁNCER
CERVICOUTERINO**

AUTORIZACIONES


**DRA. MARIA DEL CARMEN CARRASCO BECERRIL
ASESOR DEL TEMA DE TESIS
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA N° 58 EDO. MEX. PTE**


**DRA. SILVIA LANDGRAVE IBAÑEZ
ASESOR DE METODOLOGÍA Y TEMA DE TESIS
COORDINADORA DE LA BIBLIOTECA "DR. JOSE LAGUNA
GARCÍA"**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNAM.**


**DR. FRANCISCO DAVID TRUJILLO GALVAN
COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA N° 58
DR. MANUEL ÁVILA CAMACHO**

AGRADECIMIENTOS.

A DIOS:

Por darme la vida y la oportunidad de cursar esta hermosa especialidad. Y de esta manera concluir mis objetivos como ser humano.

A MIS PADRES:

Amador + y Ana Josefa por el apoyo que me han brindado siempre durante toda mi vida ya que siempre han estado ahí velando por mi muchas gracias los quiero mucho.

A MI FAMILIA:

Mi esposo Noé y a mis hijos Mallory, Mellanyee, y Dereck Dylan por todos estos años de comprensión y sacrificio y por que siempre estuvieron a mi lado dándome fortaleza.

A MIS HERMANOS:

Lubin, Ismael, Rodrigo, Luz Enith, Hilba, Jesús Antonio y Alfy. Por el apoyo y comprensión que me han otorgado.

A MIS MAESTROS:

DRS: David Trujillo, Tania López, Maria del Carmen Carrasco, Hernández Murillo y demás profesores del HGZ 58 y 194, por haberme transmitido todas sus enseñanzas y experiencias, así como al resto del personal médico, enfermeras y asistentes que laboran en los mencionados hospitales.

A DRA: Silvia Landgrave por su orientación en accesoria de la tesis y a los demás asesores de la UNAM que siempre me brindaron su apoyo.

Al Licenciado bibliotecario José de Jesús Medina Sánchez, a la LIC. Enf. Gral. Aurora Arrevillaga I. y al resto del personal de enseñanza del HGZ 58. Que también me dio su apoyo incondicional cuando lo necesite.

A la profesora Marina Rosas por la ayuda que me dio al realizar mis trabajos durante la especialización.

A MIS COMPAÑEROS DE RESIDENCIA:

DRS: Eduardo Celis, Marina de la cruz, Maria Soledad Mejía, Andrea Guadalupe Martínez, Maria Evangelina Rodríguez y Oscar Martínez, por habernos apoyado mutuamente durante estos tres años.

A los pacientes por darme la oportunidad de crecer y aplicar mis conocimientos en ellos.

Marzo 2005

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo reflexional.

NOMBRE: Laura Geriomas
Santofimio Carino

FECHA: 5-07-2005

FIRMA: [Firma manuscrita]

INDICE

1. MARCO TEORICO	
1.1 Antecedentes del PREVENIMSS	1
1.1.1 Breve síntesis histórica de cáncer	2
1.1.2 Antecedentes históricos de la citología vaginal (Papanicolaou)	2
1.1.3 Perfil profesional del medico familiar	8
1.1.4 La misión del medico familiar	13
1.1.5 La visión del medico familiar	13
1.2 Planteamiento del problema	14
1.3 Justificación	14
1.4 Objetivo general	15
1.4.1 Objetivos específicos	15
2. MATERIAL Y METODOS	
2.1 Tipo de estudio	16
2.2 Diseño de investigación de estudio	16
2.3 Población, lugar y tiempo	17
2.4 Muestra	17
2.5 Criterios	18
2.5.1 Criterios de inclusión	18
2.5.2 Criterios de eliminación	18
2.5.3 Criterios de exclusión	18
2.6 Variables de estudio	18
2.7 Definición conceptual de las variables	19
2.8 Diseño estadístico	19
2.9 Instrumento de recolección de datos	19
2.10 Método de recolección de datos	20
2.11 Procedimiento estadístico	20
2.12 Cronograma	21
2.13 Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento	21
2.14 Consideraciones éticas	22
3. RESULTADOS	23
4. DISCUSION	30
5. CONCLUSION	31
Anexos	32
Referencias	37

EVALUACION DEL PREVENIMSS EN LA DETECCION OPORTUNA

DEL CANCER CERVICO UTERINO

MARCO TEORICO

1.1 Antecedentes de PREVENIMSS

El PREVENIMSS es una estrategia de prestación de servicios de la institución, que tiene como propósito general la provisión sistemática y ordenada de acciones relacionadas con la promoción de la salud, la vigilancia de la nutrición, la prevención, detección y control de enfermedades crónico degenerativas y la salud reproductiva, ordenándolas por grupos de edad.

La dirección establece 5 programas prioritarios:

Salud del niño

Salud del adolescente

Salud de la mujer

Salud del hombre

Salud del adulto mayor

La conformación de estos programas obedece a razones de índole biológica, epidemiológica y operativa, tal como se señala en las Guías Técnicas de cada programa.

Es de gran importancia señalar que además de estos 5 programas integrados de salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), lleva a cabo otros dos, de carácter preventivo que son los relacionados con Prevención y Control de Enfermedades Transmitidas por Vector (paludismo y dengue).

La razón de estos programas obedece a necesidades de naturaleza muy diversa, algunas de las principales son las siguientes:

- Cambiar el enfoque curativo de los programas que llevan a cabo las instituciones del país a un enfoque orientado más a la prevención de enfermedades y riesgos específicos.

- Ordenar y agrupar los numerosos programas de salud pública y de salud reproductiva con el fin de facilitar las tareas de los trabajadores responsables de su ejecución.
- Integrar y coordinar las acciones relacionadas con los programas antes señalados, actualmente fragmentados en múltiples servicios: consulta externa, medicina preventiva, fomento a la salud, trabajo social, nutrición y dietética, atención materno infantil, planificación familiar y estomatología preventiva.
- Ordenar, simplificar y agilizar la prestación de los servicios en las Unidades de Medicina Familiar, así como proporcionar atención integral, como una estrategia para la atención simultánea y coordinada de acciones preventivas y curativas, contribuyendo a la recuperación del paciente, fundamentando todas estas acciones con el propósito original de la medicina familiar: la atención integral de la salud de la familia.

Este programa está basado en propuestas de organismos internacionales y en el Programa de Trabajo de la Dirección de Prestaciones Médicas del IMSS¹.

1.1.1 Breve síntesis histórica de Cáncer

Los archivos históricos nos remontan a épocas tan antiguas como los imperios egipcio y romano, en donde se han hallado vestigios de lesiones mutilantes que pueden atribuirse a cáncer o algún tipo de neoplasia. En la mujer las enfermedades neoplásicas malignas más frecuentes y devastadoras son de la glándula mamaria, el ovario y el útero⁹,

1.1.2 Antecedentes históricos de la Citología Vaginal (Papanicolaou).

La valoración de material celular del cuello uterino se atribuye en general a George Papanicolaou, anatomista, siendo el primero en diseñar un sistema para notificar los resultados de la citología cervical en 1954. El ginecólogo J Ernest Ayre introdujo el uso de la espátula de madera, en 1968 se creó un sistema basado en los criterios morfológicos y fue aceptado por la Organización Mundial de la Salud

(OMS). Diez años después Richard introdujo el concepto de Neoplasia Cervical Intraepitelial (NIC), aunque este sistema describía cambios histológicos no citológicos, muchos años utilizaron los términos en forma indistinta para describir ambos tipos⁶.

La nomenclatura citológica cervical actual del sistema de Bethesda fue realizada por un grupo de expertos en 1988. La justificación del término lesión intraepitelial escamosa, fue el alto índice de regresión espontánea de ciertas lesiones displásicas y la falta de avance predecible de estas lesiones a carcinoma invasor. En México, el gobierno legisló a través de la Norma Oficial Mexicana N°. NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cervico uterino⁷ los criterios para reportar los resultados del laboratorio de acuerdo a la tabla de tamizaje y el control de la paciente para su toma de muestra .

Gracias a los avances científicos, tecnológicos y el profundo interés por conocer la naturaleza del cáncer y mejorar la calidad de vida de la mujer, se ha logrado acercar cada vez más a la comprensión de esta enfermedad desde los factores de riesgo, hasta el factor biomolecular y genético que intervienen en la presentación del CaCu. Sin embargo, a pesar de dichos avances, ha sido limitado al desarrollo de un método confiable que cumpla con los requisitos de una prueba de tamizaje, como son la factibilidad, sencillez, sensibilidad, reproducibilidad y bajo costo, que tenga la capacidad de detectar oportunamente lesiones tempranas o precursoras de cáncer, que nos permita hacer una evaluación completa para poder impactar en la incidencia del problema¹⁰.

La introducción del citológico de las células exfoliadas del cérvix uterino, recomendado por Papanicolaou, ha demostrado a lo largo de los últimos 50 años, ser un método valioso en el diagnóstico precoz de cáncer cervical. La posibilidad de detección oportuna permite instaurar un tratamiento adecuado y evita el desarrollo de un carcinoma.

El termino displasia, que etimológicamente procede del griego"" y significa alteración del desarrollo, fue introducido por Reagan en 1953, y fue definido en Viena como:

“todo epitelio escamoso situado sobre las superficie o en las glándulas, que muestran alteraciones en la diferenciación sin alcanzar el grado de perturbación que caracteriza el carcinoma in situ”¹².

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y Poulsera y cols¹³, en 1975 definieron a las displasias como: “Una lesión en la que una parte del epitelio escamoso, se halla reemplazado por células que muestran un grado de atipia variable.

La sensibilidad y especificidad^{2,3,4,5} de la citología es variable y continúa estando sujeta a debate, por ejemplo, Bogges J. encontró una sensibilidad de 94%, una especificidad del 77%, valor productivo positivo de 94%, Sokolowsaka J. observó una concordancia entre los hallazgos citológicos o histológicos en 92.5%, en cambio, Sideri C. encontró un valor predictivo positivo de 45% y que la combinación de cervicografía, citología y test para VPH, eran más sensibles para NIC2 y NIC3 hasta 95% y Massad reveló una lesión más severa que la sugerida por citología en 31%.

Wang H⁶ evalúa la eficacia del test de citología computarizada encontrándose una sensibilidad del 98.9% y especificidad del 90.9%.

El estudio de las lesiones premalignas del cuello uterino, neoplasia cervical intraepitelial siguen planteando grandes controversias, en 1961 se emplearon diversos términos para designar las lesiones premalignas: epitelio atípico simple, epitelio con elevada atipia o rubricas I, II, III y IV, (HINSELMAN), epitelio hiperactivo y epitelio sospechoso (R.MEYER Y TREITE) epitelio atípico simple, epitelio intranquilo y epitelio con elevada atipia no canceroso. (WESPI)¹¹

En este mismo año Bajardi en el 1er. Congreso Internacional de Citología, un comité de expertos sobre histología del cuello uterino, reunido en Viena, propuso englobar con el término displasia todo un grupo de lesiones premalignas.

El impacto del cáncer cérvico uterino (Ca Cu) es devastador, siendo la 1º causa de muerte en la mujer en México, constituye un problema importante de salud publica, motivo por el cual es necesario a través del PREVENIMSS, hacer conciencia en las mujeres para que acudan en forma temprana a realizarse la citología y exploración de mama, para identificar tempranamente la presencia de

lesiones premalignas o malignas, para manejar un tratamiento veraz, oportuno con información completa y entendida¹⁴.

El cáncer cérvico uterino constituye en la actualidad uno de los más importantes problemas de salud de la mujer, ya que representa una de las causas más frecuentes de muerte por neoplasias malignas en el género femenino; se diagnostica cerca de medio millón de casos nuevos por año en todo el mundo, particularmente entre los grupos de población con bajo nivel socioeconómico y es la primera causa en naciones en vías de desarrollo, constituye un problema importante de salud pública. La tasa de defunción ajustada por edad en los Estados Unidos es de 2.4 x100, 000 habitantes comparada con 14x100, 000 habitantes en México.

Esta enfermedad tiene una historia natural de larga evolución que inicia con los cambios en el epitelio cervical (displasia), que gradualmente van acentuándose hasta que en un término de 15 a 20 años, se transforma en carcinoma invasor. Se sabe que estos cambios están relacionados con la presencia del Virus del Papiloma Humano (VPH). No todas las displasias evolucionan al cáncer, algunos estudios han demostrado que el 30% tienen regresión espontánea principalmente las displasias leves; alrededor del 20% se mantienen en forma estacionaria y un 45% son las que progresan al cáncer. El cáncer de cervix supone aproximadamente un 25% de los cánceres ginecológicos. Los estudios internacionales han demostrado que la displasia puede evolucionar al carcinoma In situ en 5 a 7 años, que se requieren de 10 a 13 años para su progresión a cáncer micro invasor y de este a invasor, 2 años más. Sin embargo en el 10% de las pacientes las lesiones pueden progresar de In Situ a invasor en un período menor de 1 año¹⁰.

Puede ser diagnosticado de forma precoz en la población femenina utilizando periódicamente técnicas de diagnóstico como citologías y colposcopías.

Con el propósito de identificar tempranamente la presencia del carcinoma cérvico uterino, que es el más frecuente en la población femenina del país y es el

responsable de la primera causa de muerte de la mujer mexicana a partir de los 25 años de edad, se dispone de procedimientos de pesquisa y terapéuticos que en países desarrollados han abatido la mortalidad de la mujer por esta causa.

En México, la tasa de mortalidad en 1996 fue de 20.1% de defunciones, por cada 100 mil mujeres de 25 y más años, con 4,536 defunciones, el cáncer cérvico uterino es un problema de salud pública, hasta 1998 ha sido la primera causa de muerte en la mujer por neoplasias, ocupando el tercer lugar como causa de mortalidad general.

De acuerdo a la frecuencia, las mujeres con mayor riesgo de presentar dicha enfermedad y que puede ser la causa de muerte, son las de 35 a 64 años.

El objetivo de este programa ha sido regular la práctica de la citología, para reducir el elevado índice de resultados falsos negativos. En estas condiciones, el principal problema de los países de América Latina es, ineficiencia y la falta de efectividad de los programas poblacionales de Detección Oportuna de Cáncer (DOC).

El control de calidad del Papanicolau (PAP), incluye el monitoreo de lineamientos de validez y reproductibilidad adecuados, así como las características de obtención, fijación y lectura del espécimen. Todo esto contribuye a la disminución de falsos negativos y falsos positivos con la subsecuente disminución de los costos de atención de la neoplasia cervical o en estado invasor¹⁵.

En la etapa inicial se localiza en el cuello de la matriz y cuando la sintomatología aparece, significa que el tumor ya esta en etapas avanzadas y puede ocasionar la muerte.

La detección que se efectúa mediante la prueba de Papanicolaou, sigue siendo la intervención más adecuada para tamizar a la población y lograr la disminución de la morbilidad y mortalidad por cáncer cervico uterino se requieren:

- Coberturas mayores del 80%, por lo que el programa busca intencionadamente a las mujeres que nunca se han hecho la detección o con tres o mas años sin efectuarla.
- Diagnóstico y tratamiento oportuno y adecuado, lo que exige una estrecha coordinación entre el primero, segundo o tercer nivel de atención, una rápida referencia y estándares de calidad en el proceso de atención.¹
- A través de las acciones del PREVENIMSS¹, el Papanicolaou es un procedimiento de diagnóstico adecuado y seguro para identificar los signos tempranos sospechosos de malignidad, para evitar el Ca Cu .

Cabe mencionar que en México, en el primer nivel de atención se llevan a cabo los programas de DOC y PREVENIMSS y el Médico Familiar y el equipo de salud son la base de este sistema.

En México la Norma Oficial Mexicana para la prevención y tratamiento del cáncer cervico uterino define que la citología vaginal es el método a través el tamiz mas idóneo para detectar oportunamente las lesiones premalignas⁷.

El DOC desde hace 50 años se tomó como un tamiz, para detectar estadios celulares del cuello cervical, ha pesar del tiempo que tiene de haberse instituido los resultados no han sido satisfactorios para la población a la que se le brinda el servicio, ya que el CaCu se encuentra dentro de las diez primeras causas de mortalidad a nivel nacional, en el IMSS este padecimiento esta dentro de las primeras causas de mortalidad femenina, lo que demuestra que no se ha abatido la mortalidad en esta población.

El medico familiar es la puerta de entrada del paciente a los servicios de salud, y una de sus acciones es anticiparse al riesgo, por lo que es necesario que tenga presente el programa de DOC y actualmente, en el IMSS, se ha implementado el programa PREVENIMSS

En México, el Sistema Nacional de Salud da atención a 9.000 casos anuales de CaCu y se registran 4.000 muertes al año, el panorama mundial indica en los últimos 3 lustros que la mortalidad hasta 2001 no ha mejorado y se ubica en un rango de 3.3 a 4.7 defunciones por cada 100.000 habitantes.

1.1.3 Perfil Profesional del Médico Familiar

El médico de familia es el profesional que, ante todo, es responsable de proporcionar atención integral y continuada a todo individuo que solicite atención médica.

El médico de familia, ejerce su rol profesional proporcionando atención directamente a través de los servicios de otros profesionales, en función de las necesidades de salud y de los recursos disponibles en la comunidad en la que trabaja.

La primera responsabilidad del médico de familia, es la de prestar una atención clínica efectiva y eficiente, para ello, deberá poseer una serie de conocimientos, habilidades y actitudes, que le capaciten para llegar a conocer el origen del problema que causa la demanda (diagnóstico), darle respuesta (tratamiento) y conseguir su desaparición (curación).

El médico de familia atiende el proceso diagnóstico y terapéutico de toda una serie de problemas clínicos frecuentes, procurando que el paciente permanezca lo más cerca posible de su comunidad natural.

Ante problemas más graves y cuando lo juzgue oportuno, el médico de familia solicitará la colaboración de otros especialistas, así como el ingreso hospitalario.

En su tarea además de la practica clínica tradicional mediante la elaboración de la historia clínica, con la exploración física y las pruebas complementarias, se incluye también la practica del diagnóstico precoz y la búsqueda de factores de riesgos en individuos asintomáticos.

Los pacientes que asisten al médico de familia, generalmente muestran una compleja mezcla de factores físicos, psicológicos y sociales.

Una de las señas de identidad del médico de familia de nuestro tiempo, es su compromiso con la salud de las personas, antes de que se encuentren enfermas.

Al médico de familia le corresponde una función educadora del paciente que deposita en él su confianza, con especial énfasis en promover la responsabilidad del auto cuidado.

La Entrevista Clínica es la herramienta con que cuenta el médico, para determinar los problemas de salud y crear un clima emocional terapéutico, utilizando técnicas de comunicación que faciliten la recolección de información, la motivación para el plan terapéutico y la modificación de estilos de vida que supongan un riesgo para la salud.¹⁶

El triángulo formado por el individuo y la familia, la continuidad o seguimiento por el médico familiar y la anticipación al riesgo constituye la base de la medicina familiar.

DR. GALLO Y COL. Refieren que el médico de familia debe tener una continua actitud de observación, recogiendo a lo largo de sus múltiples entrevistas con los diversos miembros de la familia información acerca del grupo familiar, valorando la importancia que él mismo tiene como recurso inmediato en el proceso de salud-enfermedad del individuo y estando capacitado par realizar intervenciones mínimas ante crisis familiares.

Valorara la trascendencia que sobre los problemas de salud de sus pacientes, pueden tener los periodos críticos en el ciclo vital de sus familias.

El médico de familia deberá considerar el derecho de la comunidad, a participar en el proceso de atención a la salud y en la definición de problemas comunitarios.

Lleva acabo acciones de educación para la salud y promoción de la participación comunitaria.

Las distintas facetas de las actividades docentes de un médico de familia pueden resumirse en las siguientes:

El papel de médico de familia debe ser fundamental para mantenerse y mejorar el trabajo de todos los profesionales del mismo, mediante la respuesta en marcha de actividades formativas de acuerdo con las necesidades individuales y colectivas expresadas por los integrantes del equipo de salud.

Los médicos de familia en su conjunto, deben esforzarse en desarrollar actividades investigadoras que no sean fruto de la improvisación, o de necesidades personales, sino que se diseñen de acuerdo con los objetivos y metodología propios de su nivel de atención, que sean capaces de dar respuestas validas a los problemas reales de su trabajo diario, que repercutan favorablemente sobre la comunidad que atienden.

En cuanto a la docencia o formación continuada, serán necesarias actitudes tales como la disposición continua para el estudio, la curiosidad hacia los avances científicos- técnicos, así como analizar los conocimientos propios con los de otros profesionales, la sensibilidad para conocer las deficiencias formativas, la predisposición a las actividades de formación continuada dentro del equipo de salud.

El trabajo en equipo aporta una serie de ventajas, tanto para profesionales del mismo, como para los usuarios, señalándose entre otras, las siguientes:

- El enfermo recibe una mejor atención.
- Proporciona mayor satisfacción Profesional a los miembros del equipo.
- Organizar adecuadamente el tiempo diario para las diversas funciones a desarrollar (asistencia, prevención, educación para la salud, etc.).

- Evitar varias consultas para la resolución de un problema de salud o demanda que puede ser resuelto en una única consulta.
- Monitorizar la evolución de los pacientes en situación de baja laboral o invalidez provisional, adecuando la duración de las mismas a la del proceso que las origina.

El médico de familia debe conocer y saber utilizar aquellos sistemas de información sanitaria, que respondan a las necesidades de información de su equipo de atención primaria y a las suyas propias, escogiendo los más sencillos en su complementación y explotación, evitando tanto la recolección de información idéntica por múltiples causas, así como la que no vaya a ser utilizada.

Colaborar en la recolección de datos poblacionales adscrita a su cupo, así como de la población general adscrita al centro de salud.

Para conocer si el trabajo que se desempeña es realmente de calidad, se precisa analizar y monitorizar la acción que emprende, desde que esta se escoge entre otras alternativas y se le da una determinada forma, hasta cuando se ejecuta y finaliza, para conocer el efecto que realmente se ha conseguido con ella.

El médico de familia, al trabajar con familias realiza un nuevo enfoque dentro del espacio de la atención primaria, además tiene la gran ventaja de que conoce y trata por múltiples problemas de salud, a todos los miembros de la familia, es el que se responsabiliza de atender las demandas tanto por problemas físicos, psíquicos y sociales, utiliza conceptos sistémicos para generar hipótesis pero sus intervenciones son sencillas y limitadas, para formarse como un experto en la atención a la familia, con una práctica médica sustentada en la metodología educativa, centrada en la solución de problemas de manera integral, preventivo y de continuidad.

Debe responsabilizarse de la atención del proceso salud-enfermedad individual y familiar en forma integral y continua, a lo largo del ciclo vital y etapas de desarrollo del individuo y la familia dentro de su contexto comunitario; basará su ejercicio en

la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico y manejo de los problemas de salud más frecuentes bajo un enfoque de riesgo.

Además de profundizar en los conocimientos de salud mental, con capacidad para identificar las disfunciones familiares; generando acciones para que la familia encuentre sus alternativas de solución.

Según McWhinney entre las actividades del Médico de Familia encontramos a las siguientes:

- Participar en la administración de los recursos para el cuidado y atención a la salud, así como para la atención médica de las familias y comunidad a su cargo.
- Utilizar la metodología educativa adecuada para desarrollar actividades de educación a individuos, familias y comunidad, así como para las funciones docentes y de capacitación a otros médicos y miembros del equipo de salud.
- Conocer los aspectos teóricos y científicos que fundamentan el tratamiento y manejo de los principales problemas de salud en el primer nivel de atención.
- Conocer y aplicar los criterios de referencia de pacientes.
- Tener la capacidad de trabajar con familias disfuncionales y conocimientos para referirla en forma oportuna y dar seguimiento.
- Tener conocimientos de los factores de riesgo específicos, que se asocian o condicionan la aparición de los principales problemas de salud, así como mecanismos disponibles para ser abordados.
- Conocer las etapas del desarrollo familiar y aplicar las guías anticipadas cuando se presenten crisis esperadas y no esperadas, con una metodología del abordaje de la dinámica familiar para el trabajo con familias.
- Conocer y aplicar los aspectos metodológicos de la investigación en el área de la salud.
- Identificar los procesos y programas de educación para la salud.

- Tener conocimientos del proceso administrativo en los servicios de salud y del uso adecuado de los recursos.
- Analizar los aspectos teóricos, conceptuales y filosóficos de la Medicina Familiar y de la atención primaria a la salud.
- Conocer la estructura del sistema de salud en México así como el modelo de atención a la salud de la Institución a que pertenece.¹⁷

1.1.4 La Misión del Médico Familiar:

Médico especialista que otorga atención médica integral, oportuna y continua en el proceso salud-enfermedad del individuo y su familia, con un enfoque preventivo y de riesgo, para mantener y / o recuperar su salud con un alto sentido humanista, apegado a la ética profesional, bajo una sólida conciencia social.

1.1.5 La Visión del Médico Familiar:

Médico especialista comprometido con la filosofía y valores de la Medicina Familiar de alto nivel, de competencia profesional ,con interés en su educación continua, con enfoque holístico, que responda a las necesidades de salud del individuo y la familia contribuyendo a elevar la calidad de vida, y cuya práctica profesional institucional y privada, goza de reconocimiento social.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Programa PREVENIMSS, se encuentra establecido en la Unidad de Medicina Familiar No. 58 del Instituto Mexicano del Seguro Social desde el año 2001.

No obstante, no hay evidencia escrita de un análisis evaluatorio del impacto de este programa para la detección oportuna del CaCu que permita identificar si las derechohabientes conocen dicho Programa, si lo han utilizado adecuadamente y que beneficios les ha redituado,

Considerando, que una de las principales causas de muerte de la mujer en México es el Cáncer Cérvico Uterino y tomando en cuenta la alta certeza diagnóstica, especificidad, bajo costo y facilidad de aplicación del Papanicolaou, no se ha logrado disminuir la mortalidad por esta causa y conociendo que el 100% de los casos afectados se pudieron haber prevenido surge la pregunta.

¿En que grado ha influido el PREVENIMSS, en la detección oportuna de cáncer cervico uterino en la Unidad de Medicina Familiar número 58 del IMSS?

1.3 JUSTIFICACIÓN

Considerando que el cáncer cérvico uterino está dentro de las primeras causas de mortalidad en México, hecho que debe ser considerado inaceptable ya que este cáncer puede prevenirse al 100%, en el programa PREVENIMSS una de sus metas es disminuir la morbimortalidad por esta patología, teniendo en cuenta que las mujeres con edades comprendidas entre 20 a 59 años de edad derechohabientes, representan el 34 % de la población que se atiende en la UMF 58 del Estado de México Delegación Poniente, el PREVENIMSS desea lograr coberturas mayores del 80%, por lo que el programa hace énfasis de su detección en mujeres que nunca se han efectuado su Papanicolaou o que hay un lapso mayor a 3 años de su realización.

Por lo anterior, se busca en esta Unidad con el presente estudio, evaluar la acción del PREVENIMSS, en el Programa de Detección Oportuna de Cáncer Cervico

Uterino, conociendo que la toma del Papanicolaou es un procedimiento de diagnóstico adecuado y seguro para identificar los signos sospechosos cuando es realizado en forma oportuna y los resultados se dan a conocer tempranamente para evitar la presentación del cáncer cervico uterino.

1.4.- OBJETIVO GENERAL

Identificar como ha influido el PREVENIMSS en la detección oportuna de cáncer cervico uterino.

1.4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

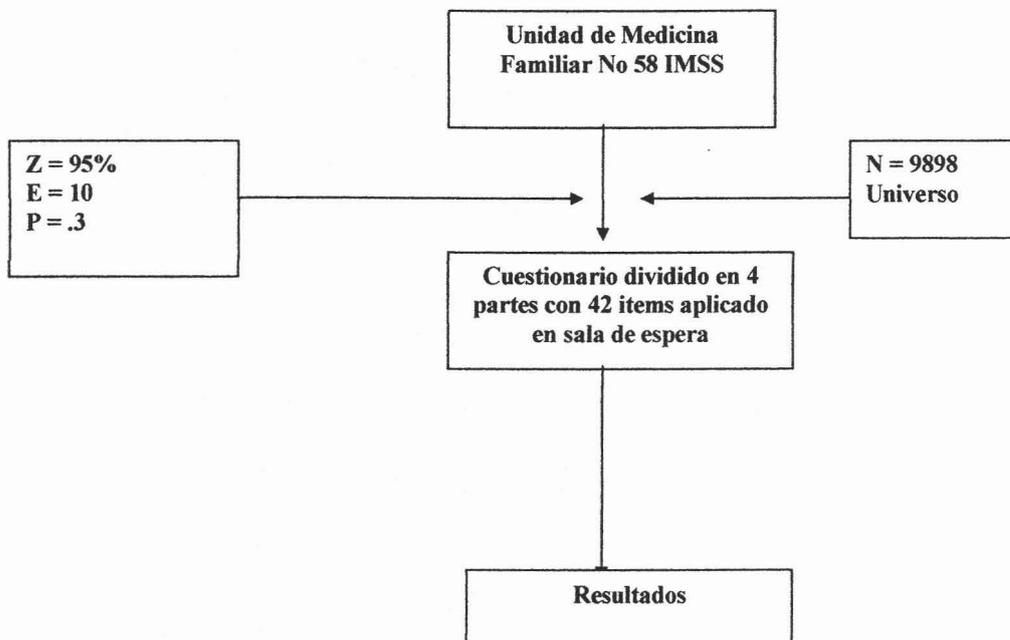
1. Identificar la satisfacción de las usuarias del Programa de Detección Oportuna de cáncer cervico uterino.
2. Identificar el conocimiento que tienen del programa las derechohabientes que acuden a la detección de cáncer cervico uterino.
3. Determinar el conocimiento que tiene la derechohabiente sobre la importancia de realizarse oportunamente la detección de cáncer cervico uterino.
4. Identificar las coberturas de detección de cáncer cervico uterino con el PREVENIMSS.
5. Determinar el porcentaje de la detección oportuna de cáncer cervico uterino en pacientes que acuden al servicio de medicina preventiva.
6. Identificar el tiempo que ha disminuido en la entrega de los resultados.
7. Identificar si la paciente ha utilizado adecuadamente el Programa.

2 MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 TIPO DE ESTUDIO:

Se realizó un estudio Descriptivo, Transversal y Observacional.

2.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN DEL ESTUDIO



Para realizar el presente estudio se tomó como base la "Guía para la tutoría de Proyectos de Investigación en Medicina Familiar".¹⁸

Se diseñó un estudio descriptivo en la Unidad de Medicina Familiar número 58 del IMSS con una población de base de 9,898 mujeres con edades de 20 a 59 años de edad, derechohabientes vigentes en la mencionada Unidad.

Se investigó a un grupo, se midieron las variables cuantitativas y cualitativas, se utilizó estadística descriptiva (medidas de tendencia central, de dispersión, medidas de razón) con una distribución no paramétrica.

La muestra es no aleatoria, no representativa, con un 95% de nivel de confianza, con un error del 10% y una p de .3

Se revisó la libreta del servicio de Medicina Preventiva correspondiente al año 2003, se eligieron a 160 pacientes a las cuales se les aplicó el instrumento realizado para el presente estudio, la encuesta consta de tres secciones y preguntas cerradas y abiertas, las cuales fueron aplicadas en la sala de espera del mencionado servicio por parte de tres encuestadores capacitados previamente. Se aplicaron 160 encuestas sobre el Programa de Detección Oportuna de cáncer cérvico uterino con el PREVENIMSS, la entrevista fue dirigida.

2.3 POBLACION, LUGAR Y TIEMPO.

Se incluyeron en el estudio mujeres de 20 a 59 años de edad derechohabientes de la UMF 58, con expediente vigente, que asistieron al servicio de Medicina Preventiva para realizarse la prueba de detección oportuna de cáncer cervico uterino durante Enero a Diciembre del 2003.

2.4 MUESTRA.

Se calculó una muestra con el 95% de confianza, 10% de error, una probabilidad de .3, la muestra obtenida fue de 160 mujeres de 20 a 59 años de acuerdo con los parámetros mencionados en el programa y fue no aleatoria.

$$No = \frac{Z^2 q}{\Sigma^2 p} \quad (\text{formula para población menor de 10,000 para variables cualitativas})$$
$$1 + \frac{1}{N} \frac{(Z^2 q - 1)}{\Sigma^2 p}$$

2.5 CRITERIOS

2.5.1 DE INCLUSION

- 1.- Mujeres con edades comprendidas entre 20 a 59 años que acudieron a Medicina Preventiva durante Enero a Diciembre del 2003.
- 2.- Que sean derechohabientes vigentes de ambos turnos de la UMF 58 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- 3.- Todas las mujeres que acepten contestar de manera voluntaria y completa el cuestionario del Programa de Detección Oportuna de cáncer cervico uterino.
- 4.- Reporte sin ningún tipo de Displasia Cervical.

2.5.2 CRITERIOS DE ELIMINACION

- 1.- Pacientes que contesten el cuestionario en forma incompleta.
2. Pacientes que se nieguen a colaborar

2.5.3 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- 1.- Pacientes no derechohabientes.

2.6 VARIABLES DE ESTUDIO

Variable independiente: Detección Oportuna del Cáncer cervico uterino

Variable dependiente: Programa PREVENIMSS.

2.7 DEFINICION CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

VARIABLES DE ESTUDIO

NOMBRE DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	VALORES QUE TOMA LA VARIABLE
Edad	cuantitativa	continua	De 20 a 29 De 30 a 39 De 40 a 49 De 50 a 59
Sexo	cualitativa	nominal	Femenino.
Edo. Civil	cualitativa	nominal	soltera casada unión libre separada viuda
Escolaridad	cuantitativa	continua	0 a 3 años 4 a 6 años 7 a 9 años 10 a 12 años Más de 12 años.
Detección Oportuna de Cáncer cervico uterino	cualitativa	nominal	si no
IVSA	cuantitativa	continua	1. -20años , 2. de 20 a 30 años, 3. +30años

2.8 DISEÑO ESTADISTICO

Describir y evaluar el programa de PREVENIMSS para la detección oportuna de cáncer cervico uterino, se estudió un solo grupo de mujeres de acuerdo al programa, se hizo una medición con un instrumento realizado para el propósito del estudio y esta dividido en 3 secciones y consta de 42 ítems , con variables cuanti y cualitativas, con una distribución no paramétrica, con una muestra no aleatoria y no representativa.

2.9 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Se aplicó una encuesta realizada por el investigador y estuvo dividida en tres secciones (Consentimiento de participación voluntaria, Ficha de Identificación, Cuestionario sobre el Programa de Detección Oportuna de cáncer cervico uterino en el PREVENIMSS), con 42 ítems.

2.10 METODO DE RECOLECCION DE DATOS

Revisión de Resultados en la Libreta de Medicina Preventiva.

De cada expediente se recabaron los resultados de las pacientes que no presentaban resultados positivos a la patología, de las cuales se identificó: edad, paridad, IVSA, parejas sexuales, tabaquismo activo y pasivo, asociación con VPH, reporte de citología y estudio de colposcopia e histopatología y tratamiento en caso de que lo tuviera el expediente clínico.

2.11 PROCEDIMIENTO ESTADÍSTICO

Se investigó a un grupo de mujeres en edades de 20-59 años. Se realizó una medición independiente con variables cuanti-cualitativas, se utilizó la escala de medición continua y nominal, los datos obtenidos tuvieron una distribución no paramétrica, con una muestra no aleatoria y se realizaron 160 encuestas.

2.12 CRONOGRAMA

ETAPA / ACTIVIDAD 2004 – 2005.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
- Planeación.	*													
- Marco teórico.		*	*	*										
- Material y Métodos.				*	*	*								
-Registro.							*							
-Prueba piloto.							*							
-Recolección de datos.				*	*	*	*	*						
-Almacenamiento de datos.									*					
-Análisis estadístico.									*					
-Descripción de resultados.									*					
-Discusión de resultados.										*				
-Conclusiones.										*				
-Integración.										*				
-Revisión.											*			
-Reporte final.													*	
-Impresión del trabajo.												*		
-Examen de Tesis.														*

2.13 RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y FINANCIAMIENTO

Recurso humanos:

- El investigador
- Dos asistentes capacitadas por el investigador como encuestadoras

Recursos materiales:

- 650 copias de los cuestionarios
- Lápices
- Borradores
- Grapas
- Programa SPSS12 (Ambiente Windows)
- 8 Diskettes
- 1 Computadora compaq (procesador pentium 3, Windows 98)
- Una impresora minolta (PagePro 1100)

Recursos físicos:

- Área de medicina preventiva (sala de espera)

Financiamiento:

- Por parte del investigador se cubrió el financiamiento completo del proyecto de investigación

2.14 CONSIDERACIONES ETICAS

Este estudio se realizo en la UMF núm. 58 a pacientes femeninas con edades comprendidas entre 20 a 59 años de edad se aplicó una encuesta con 3 secciones. De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud¹⁹, vigente en nuestro país, se clasifica como categoría uno en base al Título Segundo, artículo 17, que lo clasifica como una Investigación sin riesgo debido a que los individuos participantes en el estudio

solamente aportarán datos a través de una entrevista y se revisarán expedientes clínicos, lo que no provoca daño físico ni mental, además la investigación no viola y está de acuerdo con las recomendaciones contenidas en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, enmendada en la 52ª. Asamblea General Mundial celebrada en Edimburgo, Escocia en Octubre 2000, que guía a los médicos en la investigación biomédica, donde participan seres humanos.²⁰

Nota de clarificación del párrafo 29 agregado por la Asamblea General Medica Mundial Washington 2002

3. RESULTADOS

En la variable edad del paciente se observó una media de 36 años, una moda de 35 años, con una edad mínima de 20 años y una máxima de 59 años como se muestra en el cuadro 1

CUADRO 1

Edad cronológica de las pacientes encuestadas en la UMF 58 IMSS
ambos turnos Septiembre 2004

Edad	Frecuencia	Porcentaje
20	8	5.0
21	5	3.1
22	3	1.9
23	2	1.3
24	2	1.3
25	4	2.5
26	4	2.5
27	5	3.1
28	2	1.3
29	4	2.5
30	10	6.3
31	4	2.5
33	8	5.0
34	4	2.5
35	13	8.1
36	5	3.1
37	3	1.9
38	6	3.8
39	7	4.4
40	6	3.8
41	1	.6
42	5	3.1
43	2	1.3
44	1	.6
45	6	3.8
48	3	1.9
49	1	.6
50	4	2.5
51	3	1.9
53	2	1.3
54	1	.6
55	4	2.5
56	5	3.1
57	4	2.5
58	6	3.8
59	7	4.4
Total	160	100.0

Fuente: encuestas realizadas en la UMF 58
n=160

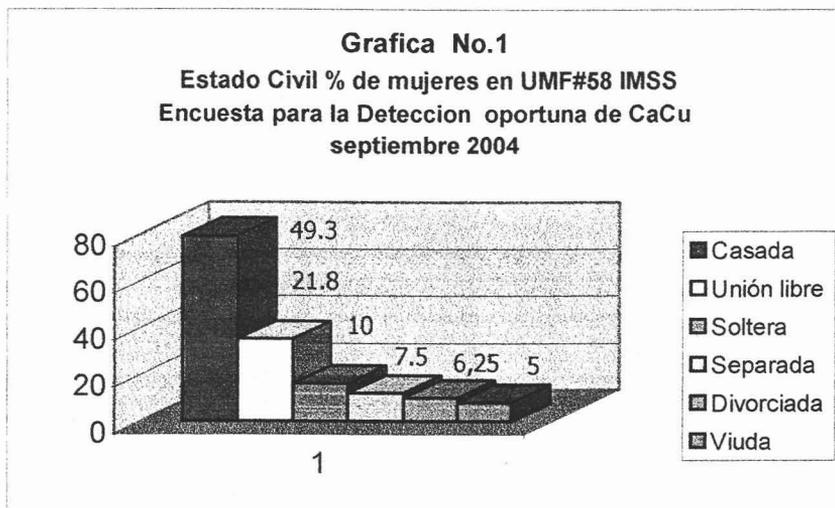
En la variable escolaridad se encontró una media de 9 años y una moda de 6 años con un mínimo de 0 años (analfabetas) y un máximo de 17 años de estudio , como se puede observar en el cuadro 2

CUADRO 2
Escolaridad de las pacientes encuestadas en la UMF 58 IMSS para la detección oportuna del CACU, ambos turnos, Septiembre 2004

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
0	2	1.3
1	4	2.5
2	10	6.3
3	3	1.9
4	2	1.3
5	7	4.4
6	44	27.5
7	2	1.3
8	1	.6
9	41	25.6
10	2	1.3
11	1	.6
12	25	15.6
13	4	2.5
14	1	.6
15	6	3.8
16	3	1.9
17	2	1.3
Total	160	100.0

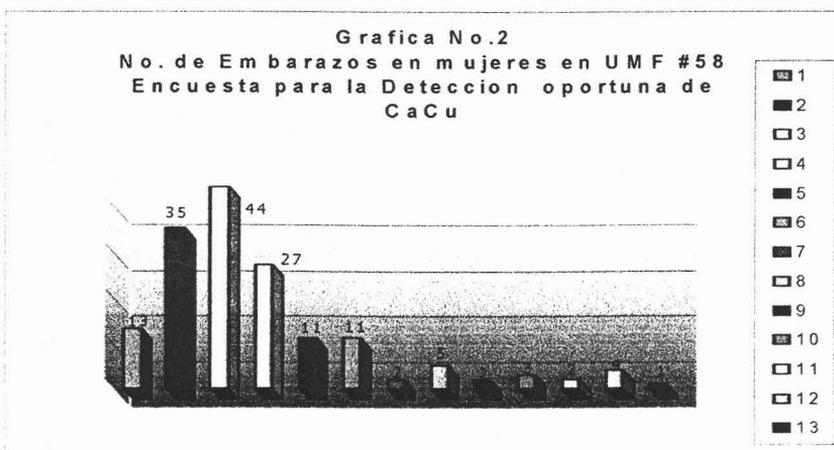
Fuente: Encuesta realizadas en la UMF 58
n= 160

En la variable estado civil de las pacientes encuestadas se encontró el mayor porcentaje en las pacientes casadas siendo el 49 % y el menor porcentaje corresponde a viudas, como se observa en la grafica 1.



Fuente: Encuesta realizadas en la UMF 58
n= 160

En la variable número de embarazos se observó que la mayor cantidad de mujeres tienen un 2.91 hijos en promedio con un mínimo de cero y un máximo de 13, como se observa en la gráfica número 2.



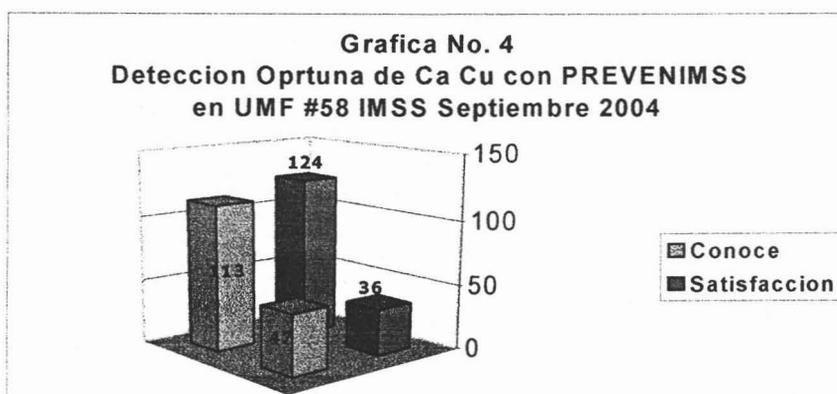
Fuente: Encuesta realizadas en la UMF 58
n= 160

En la variable número de parejas sexuales se encontró el mayor porcentaje tiene una sola pareja sexual y el menor porcentaje tiene 2 o más parejas como se muestra en la gráfica número 3



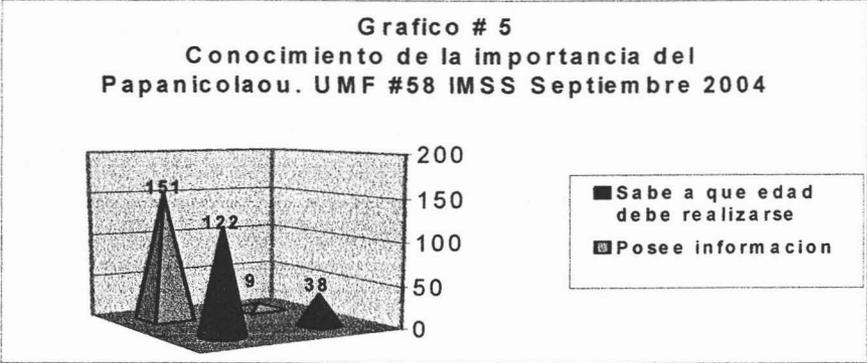
Fuente: Encuestas realizadas en la UMF 58
n = 160

En las variables conocimiento del PREVENIMSS y satisfacción con la detección oportuna del CACU se encontró que 113 pacientes, si conocen el programa y las demás no, también se observó que 124 pacientes si están satisfechas con la detección oportuna, así como se muestra en la gráfica número 4.



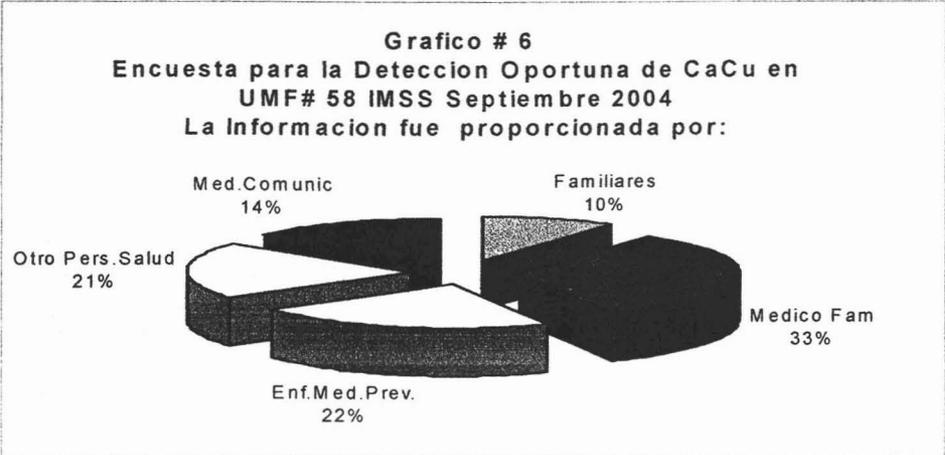
Fuente: Encuestas realizadas en la UMF 58
n = 160

En la variable conocimiento sobre la edad a que debe de realizarse el Papanicolaou se encontró que 122 pacientes si saben a que edad y 38 no lo saben, y en la variable posee información sobre la importancia de realizarse su Papanicolaou, se encontró que 151 pacientes si conocen de la importancia de hacerlo y 9 pacientes no lo sabían como se muestra en la gráfica numero 5.



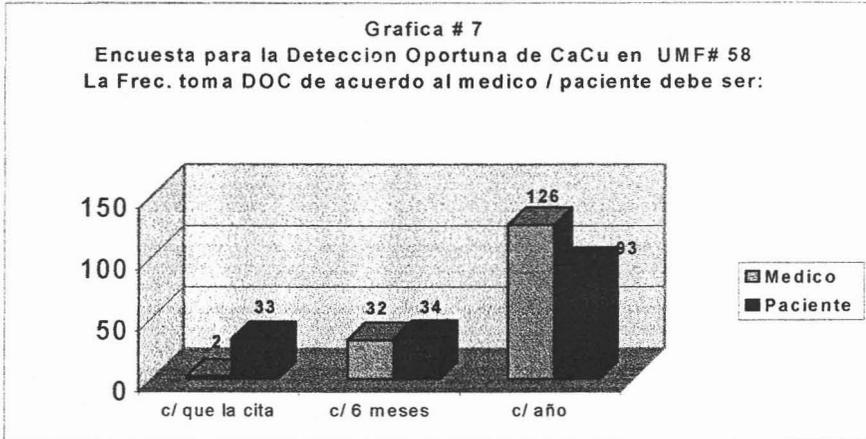
Fuente: Encuestas realizadas en la UMF 58
n=160

En la variable quién le ha informado sobre la importancia de realizarse el Papanicolaou se observó que los mayores porcentajes corresponden de la siguiente manera, 33% al medico familiar, un 22% a enfermeras de medicina preventiva, un 21% a otro personal de salud, como se muestra en la gráfica numero 6.



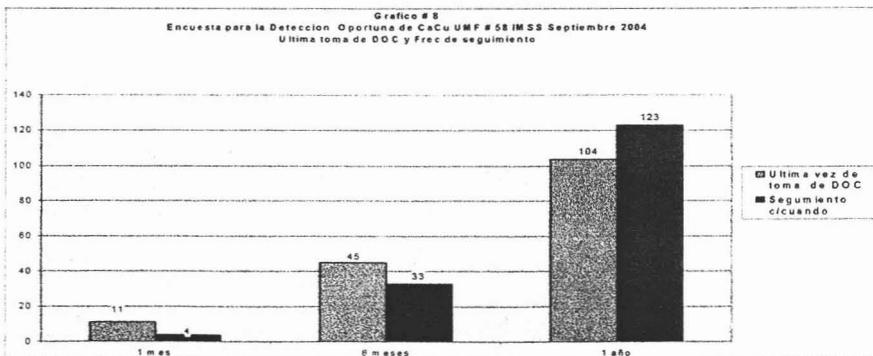
Fuente: Encuestas realizadas en la UMF 58
nN=160

En la variable cada cuándo su médico la envía a su toma de DOC se encontró que 128 pacientes el médico las envía cada año 32, cada 6 meses y en la variable le interesa a usted realizarse el papanicolaou con que frecuencia, se observó que 93 cada año 34 cada 6 meses como se aprecia en la gráfica numero 7.



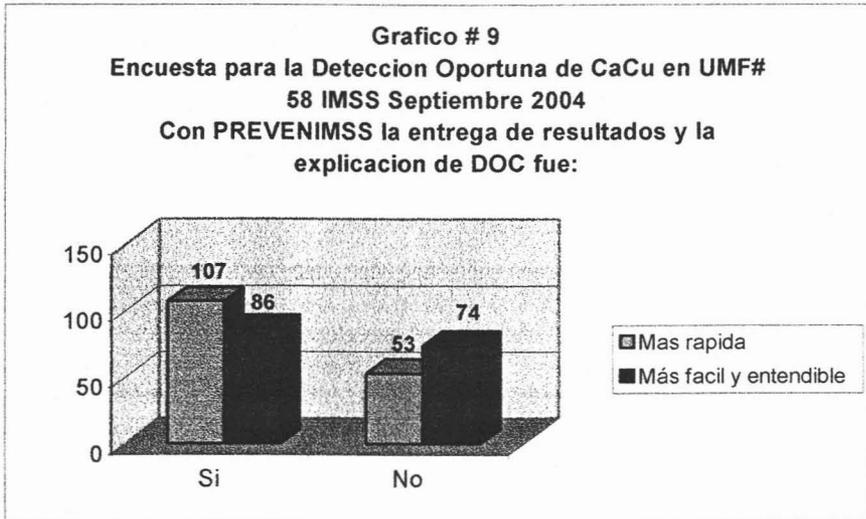
Fuente: Encuestas realizadas
 N=160

En las variables cuando fue la ultima vez que le tomaron el papanicolaou se encontró que 104 pacientes contestaron que hace un año y 45 hace 6 meses, y en la variable cada cuándo se le citó para seguimiento se encontró que 123 pacientes contestaron que cada año y 33 cada 6 meses, como se muestra en la gráfica número 8.



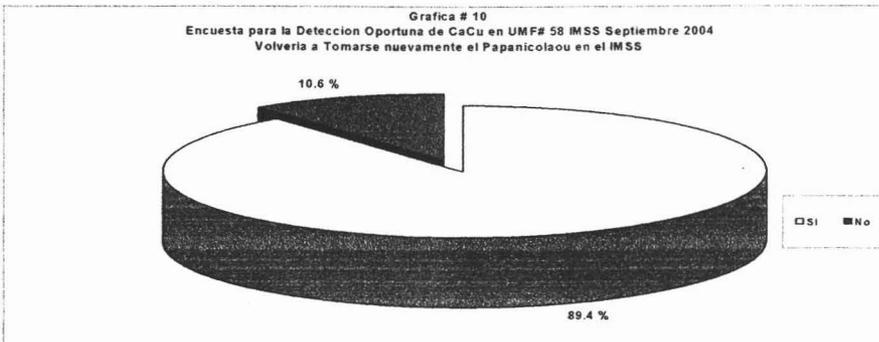
Fuente: Encuestas realizadas
 N=160

En la variable con el PREVENIMSS le ha entregado sus resultados más rápido se observó que 107 pacientes contestaron que si y 53 que no, y en la variable le explicaron de manera fácil y entendible los resultado de su citología, se encontró que 86 pacientes contestaron positivamente y 74 dijeron que no. Como se muestra en el gráfico número 9.



Fuente: Encuestas realizadas
 N=160

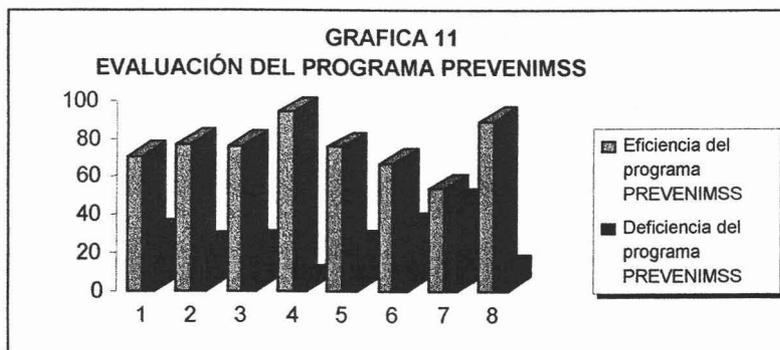
En la variable volvería a tomarse nuevamente el papanicolaou en el IMSS se observó que el 89.4% de las pacientes contestaron que si, y el 10.6 que no, como se observa en la gráfica número 10.



Fuente: Encuestas realizadas

4. DISCUSIÓN

De acuerdo con los resultados obtenidos en este estudio, se observó que la mayoría de la población estudiada tiene conocimiento del programa PREVENIMSS y están de acuerdo en que la detección oportuna es de gran beneficio para la prevención y/o curación de esta enfermedad.



Fuente: datos de los resultados de las gráficas 4, 5, 6, 9 y 10 del punto anterior

Sin embargo, aunque la mayoría de la población estudiada tiene como máximo un año (93.12%) de haberse realizado el examen de DOC, conoce el programa PREVENIMSS y está de acuerdo con dicho programa, hace falta labor de difusión del mismo ya que aproximadamente un 29.4% de dicha población dijo desconocerlo, además, el programa hace énfasis de detección en mujeres que nunca se han efectuado el examen de DOC, o que hay un lapso mayor a 3 años de su realización, por lo que se puede considerar que el programa PREVENIMSS debe orientarse más acentuadamente hacia estos grupos y hacia las generaciones jóvenes que a corto plazo formaran parte de dicho programa.

Se sabe que actualmente el Instituto Mexicano del Seguro Social tiene el 80% de la cobertura de mujeres en el nuevo programa institucional PREVENIMSS, el programa tiene el control de un 31.5% en el año 2001, 32.6% durante 2002 y 34% para el año 2003 que sumados nos dan un porcentaje de 98.1% lo que habla de un crecimiento importante.

Por otra parte en los últimos tres lustros hasta el año de 2001 la mortalidad a nivel mundial para el CaCu no ha mejorado se ha mantenido en un rango de 3.3 a 4.7 defunciones por cada 100.000 habitantes.²¹

5. CONCLUSIÓN

Considerando que el cáncer cérvico uterino puede prevenirse al 100%, pero sigue dentro de las primeras causas de mortalidad en el IMSS, debe darse mayor difusión al programa PREVENIMSS y concientizar a la población con acciones de orientación e información que coadyuven a la modificación de hábitos nocivos para la salud y de la importancia de realizar la DOC, para cumplir el objetivo con el que el programa fue creado.

Si tomamos en cuenta que el CaCu es una enfermedad curable, es necesario considerar que es indispensable el control de las mujeres jóvenes asintomáticas con lesiones precursoras, mejorando los métodos de sensibilidad y especificidad del papanicolaou.

Actualmente las defunciones por CaCu en México se incrementan ya que existe deficiencia en cuanto a la cobertura para atacar este mal. De la gran mayoría de estudios epidemiológicos persisten los registros de las principales causas de muerte en la mujer en edad reproductiva y no deja de ser un reto para los servicios de salud en México.²² Por lo que sería conveniente que no solo las derechohabientes del IMSS sino toda la población en el rango de edad establecido deberían tener acceso a este tipo de exámenes en cualquier institución del sector salud y hacer más difusión al respecto a través de los diferentes medios de comunicación.

Como ya se ha dicho a través del programa PREVENIMSS actualmente se hace conciencia a todas las mujeres en edad para que acudan en forma temprana a realizarse la citología y exploración de mama para poder identificar a tiempo la presencia de lesiones premalignas y malignas para poder dar un mejor seguimiento y tratamiento para contrarrestar esta patología.

ANEXOS

ANEXO 1

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional
EDAD	Tiempo que transcurre desde el nacimiento.	Edad en años cumplidos de las pacientes en el presente estudio.
SEXO	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer	FEMENINO: sólo se captarán mujeres.
ESTADO CIVIL	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles	Soltero, casado, divorciado, separado, viudo, unión libre, viudez
ESCOLARIDAD	Nivel educativo logrado	Número de años escolares cursados.
DETECCIÓN OPORTUNA DE CACU	Acciones preventivas para la detección oportuna de Cáncer cervico uterino	Detección anual de Cáncer cervico uterino

En la encuesta que se aplicó directamente a las pacientes y en la cédula de evaluación a la libreta de Medicina Preventiva de las mismas, se utilizaron estos ITEMS. (Anexo 2)

ANEXO 2 CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

IDENTIFICACIÓN DE LA DETECCIÓN OPORTUNA DE CANCER CERVICOUTERINO

El presente cuestionario tiene como propósito identificar la detección oportuna de Cáncer cervico uterino con el Programa PREVENIMSS.

Esta investigación tiene la autorización para realizarse en esta Unidad Médica Número 58 del Instituto Mexicano del Seguro Social, la información que usted proporcione mediante sus respuestas será de carácter confidencial, anónima y será obtenida de manera voluntaria.

Doy por cierto de que he sido informada de que se trata el presente estudio y que si lo deseo puedo no aceptar intervenir en el mismo y si es mi deseo recibir información del resultado, se me informará al término del mismo y recibiré indicaciones en cuanto a manejo y tratamiento si resulto con gran alteración en el resultado que pueda afectar mi salud.¹⁸

FECHA: _____ FOLIO ENCUESTA: _____

Consultorio _____ Turno _____

Nombre Iniciales _____ Municipio _____

Edad años vividos _____ SEXO: Fem__ Masc_____

Estado Civil: Casada. Soltera. Unión Libre. Separada. Divorciada. Viuda.

Escolaridad:: _____ Ocupación: _____

Tipo de Familia: Nuclear Extensa Extensa Compuesta

Número de integrantes en su familia: _____ Escolaridad de su pareja: _____

Ocupación de su pareja _____

TIENE FAMILIARES CON:

Antecedente De Cáncer Cérvico Uterino: SI NO

Edad en que inició su menstruación: _____ Edad a la que inicio vida sexual activa _____
ritmo _____

Embarazos _____ Partos _____ Abortos _____ Cesáreas _____

Número de Parejas Sexuales _____ Fecha de Último Parto _____ Fecha de Última Regla _____

Tiene actualmente Infecciones Vaginales: Si _____ No _____ Tiene Tratamiento
Si _____ No _____

1- ¿Tiene usted conocimiento del Programa PREVENIMSS en la Detección Oportuna del Cáncer cervico Uterino a través del papanicolaou ?

Si No

2- ¿Está satisfecha con la Detección Oportuna de Cáncer cervico uterino que se le realiza en esta Unidad de Medicina Familiar número 58 del IMSS?

Si No Porqué _____

3- ¿Con el PREVENIMSS le han entregado sus resultados más rápido?

Si No Porqué _____

4- ¿Le han informado por vía telefónica o le han buscado en su domicilio para solicitarle que acuda por sus resultados?

Si No Porqué _____

5- ¿Cada cuándo su medico la envía a realizarse su papanicolaou?

Cada 6 meses Cada año Cada vez que se le cita

6- ¿Tiene usted información sobre la importancia de realizarse el Papanicolaou?

Si no

7- ¿Quién le ha informado sobre la importancia del Papanicolaou?

Parientes. Médico Familiar. Enfermera de Medicina Preventiva.

Otro personal de la salud. Medios de Comunicación.

8- ¿Sabe usted desde que edad debe acudir a su clínica para que le realicen el Examen del Papanicolaou?

Si _____ no _____

9- ¿En cuanto tiempo se le entregaron sus resultados, después de que acudió a su toma de DOC PREVENIMSS?

En un mes dos meses más de dos meses

10- ¿Está satisfecha con el tiempo en que tardaron en entregarle sus resultados?

Si No ¿Por qué? _____

11- La toma de su papanicolaou se realiza en un lugar adecuado, con respeto y limpieza.

Si No Especifique _____

12- ¿Cuándo fue la última vez que le tomaron su papanicolaou?

Un mes 6 meses Un año

13- ¿El trato que recibió del personal de Medicina Preventiva que le atendió en la toma de su Papanicolaou fue?

Muy bueno bueno regular malo

14- ¿Volvería a tomarse nuevamente su Papanicolaou en el IMSS.?

Si No Por que _____

15- ¿Esta de acuerdo en que se le localice por teléfono para informarle de sus resultados de Papanicolaou

Si No Por que _____

16- ¿Le explicaron de manera fácil y entendible los resultados de su citología?

Si No Por que _____

17- ¿Cada cuándo se le cito para seguimiento?

Cada mes Cada seis meses Cada año

18- Medidas le indicaron para prevenir el avance de su padecimiento.

Toma de DOC Medidas en hábitos Higiénico-Dietéticos ninguna

19.- Acudió a recoger sus resultados del Papanicolaou:

Cuando se le indicó. Cuando tuvo oportunidad. Hasta que acudió a consulta.

20.- Le interesa a usted realizarse el Papanicolaou con que frecuencia:

Cada 6 meses. Cada año. Cada que le indica su médico.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. **Dirección General de prestaciones Medicas.** Programa Integrado de Salud: síntesis ejecutiva PREVENIMSS. 2001. p. 6-31.
2. **Giuliano, Anna.** Cervical carcinogenesis: the role of co-factors and generation of reactive oxygen species. Salud Pub Méx 2003; 45(3 Supl):S 354-.
3. **Sankaranarayanan, R. [et.al.]** Early detection of cervical cancer with visual inspection methods : a summary of completed and on-going studies in india. Salud Púb Méx 2003; 45(3 Supl): 399-.

4. **Castillejos, S. G.** Historia natural del cáncer del cuello uterino. México: Sector Salud 1994; SSA: 59.
5. **Ponce Lazcano, Eduardo. [et.al.]**. Recommendations for cervical cancer screening programas in developing countries: the need for equity and technological development. Salud Pub Méx 2003; 45(3 Supl): S499 – S461.
6. **Flores Paz, Roció. [et.al.]**. Etiología de la infección cervico vaginal en pacientes del Hospital Juárez de México. Salud Pub Méx 2003; 45(3 Supl): S694 – S697.
7. NOM-014-SSA2-1994. Secretaría de Salud, México.
8. **Lazcano Ponce, Eduardo Cesar.** Factores que determinan la participación en el tamizaje de cáncer cervical en el Estado de Morelos. Salud Púb Méx 1994; 41(4): 278 – 285.
9. **Villa, Luisa Lina. 2003.** Vaccines against papilomavirus infections and disease. Salud Púb Méx 2003; 45(3 Supl):443-.
10. **Palacio Mejía, Lina. Sofía. [et.al.]**. Cervical cancer a disease of poverty : mortality differences between urban and rural areas in México. Salud Pub Méx 2003; 45(3 Supl): S315 – S325.
11. **Salud Pública de México. (editorial)**. Prevención del cáncer cervical : el caso de los países en desarrollo.2003; 45 (3 Supl): S302 – S303.
12. **Cárdenas, C. T.** Programa Nacional de Prevención y control del cáncer cervico uterino y mamario. México: Sector Salud. 2000;???? : 52.
13. **Salinas Martínez, AM, et.al.** Calidad del programa de detección oportuna de cáncer cervico uterino en el Estado de Nuevo León. Salud Púb Méx 1997; 33(3): 187 – 193.
14. **Juárez Vergara, Pino.** Cáncer cervico uterino: histología normal y citología exfoliativa. 1986. Jefatura de Servicios de Medicina Preventiva H.G.Z. 58. Instituto Mexicano del Seguro Social.???? Pp. 65 – 106.
15. **Flores, I et al.** Improving cervical cancer screening in México: results from the Morelos HPV study. Salud Pub. Méx.2003; 45(3 Supl): S388 – S389.
16. **Irigoyen Coria, Arnulfo.** Fundamentos de Medicina Familiar. 1985. México: Manual Moderno. Pp. 149 – 152.
17. **Taylor B, Robert.** Medicina de familia: principios y practica.5a ed. España. Springer-Verlag Iberica 2004; p:1-7.

18. **Ponce ER.** Guía para la tutoría de proyectos de Investigación en Medicina Familiar. UNAM. 2003. México.
19. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud 1987. p: 8-13.
20. **Declaración de Helsinki de la Asociación Medica Mundial.** Gac Med Méx 2001; 137: 387 – 389
21. **Novoa Vargas, Arturo.** Epidemiología del cáncer de cérvix en Latinoamérica. Ginecol Obstet Mex 2001; 69 (6) : 243-246.
22. **Castañeda Iñiguez Sara.** Factores de riesgo para cáncer cervicouterino. Salud Pub Mex 1998; 40 (4) : 330 – 337.