



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E
INVESTIGACION

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 59.
LOMA BONITA OAXACA.

**MOTIVOS DE LA BAJA COBERTURA DE LA DETECCIÓN
OPORTUNA DE CÁNCER CERVICOUTERINO EN LA U.M.F 59.
DEL IMSS. LOMA BONITA OAX.**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A:

AGUSTÍN CRESCENCIO MARTÍNEZ

TUXTEPEC OAXACA.

2006



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.

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

P R E S E N T A:

AGUSTIN CRESCENCIO MARTINEZ

A U T O R I Z A C I O N E S:

**DR. CARMELO LÓPEZ ANDRADE
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 64
TUXTEPEC OAXACA.**

**DR. JESÚS ELIZARRARAS
ASESOR METODOLÓGICO DE LA TESIS
JEFE DELEGACIONAL DE SERVICIOS DE INVESTIGACION
DELEGACIÓN 1 OAXACA, OAX**

**PPSS. MANUEL ROBERTO MERLÍN JUÁREZ
ASESOR METODOLÓGICO DE LA TESIS
DELEGACIÓN 21 OAXACA, OAX**

**DRA. AIDA RUGERIO OSORIO
ASESOR DEL TEMA DE TESIS
GINECO-OBSTETRA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No 3
TUXTEPEC OAXACA**

**DR JAIME CHÁVEZ SALAS
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No 3
OAXACA OAX.**

**MOTIVOS DE LA BAJA COBERTURA DE LA DETECCIÓN OPORTUNA
DE CÁNCER CERVICOUTERINO.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 59 DEL IMSS
LOMA BONITA OAXACA.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

AGUSTIN CRESCENCIO MARTINEZ

A U T O R I Z A C I O N E S

DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U N A M

DR. FELIPE DE JESÚS GARCIA PEDROZA.
COORDINADOR DE INVESTIGACION
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U N A M

DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U N A M

ÍNDICE GENERAL

ANTECEDENTES	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
HIPÓTESIS	19
HIPÓTESIS NULA	19
JUSTIFICACIÓN	20
OBJETIVO GENERAL	22
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
MATERIAL Y MÉTODOS	23
A) DISEÑO DEL ESTUDIO	23
B) UNIVERSO DE TRABAJO	23
PERIODO DEL ESTUDIO	23
DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES	24
ESCALA DE MEDICIÓN	24
VARIABLE DEPENDIENTE	24
C) SELECCIÓN DE LA MUESTRA	26
TAMAÑO DE LA MUESTRA	26
CRITERIOS DE SELECCIÓN	27
INCLUSIÓN	27
NO INCLUSIÓN	27
DE EXCLUSIÓN	27
PROCEDIMIENTO	28
ANÁLISIS ESTADÍSTICOS	29
CONSIDERACIONES ÉTICAS	30
RECURSOS PARA EL ESTUDIO	31
ANEXOS	32
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	33
RESULTADOS OBTENIDOS	35
DISCUSIÓN	107
CONCLUSIONES:	113
COMENTARIOS	116
BIBLIOGRAFÍA	117

ÍNDICE DE GRÁFICOS

RESULTADOS CUADRO I	37
EDAD CUADRO II	38
EDAD GRÁFICA 1	39
ESTADO CIVIL CUADRO III	41
ESTADO CIVIL GRÁFICA 2	42
OCUPACIÓN CUADRO IV	43
OCUPACIÓN GRÁFICA 3	44
RELIGIÓN CUADRO V	45
RELIGIÓN GRÁFICA 4	46
NIVEL SOCIOECONÓMICO CUADRO VI	47
NIVEL SOCIOECONÓMICO GRÁFICA 5	48
GRADO ESCOLAR CUADRO VII	49
GRADO ESCOLAR GRÁFICA 6	50
MENARCA CUADRO VIII	51
INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA CUADRO IX	52
NUMERO DE GESTACIONES CUADRO X	53
NUMERO DE PARTOS CUADRO X	54
ABORTOS CUADRO XII	55
CESÁREA CUADRO	56
NO. DE PAREJAS SEXUALES CUADRO XIV	57
MOTIVOS PERSONALES CUADRO XV	58
MOTIVOS PERSONALES GRÁFICA 7	61
TEMOR CUADRO XVI	62
TEMOR GRÁFICA 8.....	63
PENA CUADRO XVII	64
PENA GRÁFICA 9	65
LA PAREJA NO LA DEJA CUADRO XVIII	66
LA PAREJA NO LA DEJA GRÁFICA 10.....	67
MOTIVOS RELIGIOSOS CUADRO XIX	68
MOTIVOS RELIGIOSOS GRÁFICA 11.....	69
DESCONOCIMIENTO DEL PROGRAMA CUADRO XX	70
DESCONOCIMIENTO DEL PROGRAMA GRÁFICA 12	71
FALTA DE TIEMPO CUADRO XXI	72
FALTA DE TIEMPO GRÁFICA 13.....	73
DISTANCIA DE LA UNIDAD CUADRO XXII	74
DISTANCIA DE LA UNIDAD GRÁFICA 14	75
RIESGO DE DOLOR O SANGRADO CUADRO XXIII	76

RIESGO DE DOLOR O SANGRADO GRÁFICA 15	77
NO TIENE VIDA SEXUAL ACTIVA CUADRO XXIV	78
NO TIENE VIDA SEXUAL ACTIVA GRÁFICA 16	79
REALIZA EL ESTUDIO EN PARTICULAR CUADRO XXV	80
REALIZA EL ESTUDIO EN PARTICULAR GRÁFICA 17	81
SE HACE COLPOSCOPIA CUADRO XXVI.....	82
SE HACE COLPOSCOPIA GRÁFICA 18.....	83
MOTIVOS DE UNIDAD CUADRO XXVII	84
MOTIVOS DE UNIDAD GRÁFICA 19	86
FALTA DE PERSONAL CUADRO XXVIII	87
FALTA DE PERSONAL GRÁFICA 20	88
FALTA DE MATERIAL CUADRO XXIX	89
FALTA DE MATERIAL GRÁFICA 21	90
DEMORA EN LA TOMA CUADRO XXX	91
DEMORA EN LA TOMA GRÁFICA 22	92
DEMORA EN LA ENTREGA CUADRO XXXI	93
DEMORA EN LA ENTREGA GRÁFICA 23	94
EXTRAVIÓ DE RESULTADOS CUADRO XXXII	95
EXTRAVÍO DE RESULTADOS GRÁFICA 24.....	96
PERSONAL DESATENTO CUADRO XXXIII	97
PERSONAL DESATENTO GRÁFICA 25	98
FALTA DE PRIVACIDAD XXXIV	99
FALTA DE PRIVACIDAD GRÁFICA 26	100
FALTA DE INFORMACIÓN CUADRO XXV	101
FALTA DE INFORMACIÓN GRÁFICA 27	102
MANEJO INADECUADO DE CITOLOGÍAS CUADRO XXXVI	103
MANEJO INADECUADO DE CITOLOGÍAS GRÁFICA 28	104
FALTA DE VIGENCIA CUADRO XXXVII	105
FALTA DE VIGENCIA GRÁFICA 29	106

ANTECEDENTES

El cáncer Cervicouterino es la segunda neoplasia maligna mas frecuente en mujeres, constituye un problema de salud pública mundial debido a que es la neoplasia maligna mas frecuente en los países en vías de desarrollo. A pesar de las acciones del Programa Nacional de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino establecido en México desde el año de 1974, ha sido escaso el impacto del tamizaje del CaCu sobre la tasa de mortalidad por esta enfermedad.

En nuestro país se han notificado tasas de mortalidad por CaCu 12.5 por cada 100,000 mujeres entre 1980 y 1997. (1).

La correlación entre la disminución de la mortalidad por CaCu y la puesta en marcha de programas de DOC en los países desarrollados sugiere que, en Latinoamérica existen diversos problemas en el establecimiento de dichos programas que da lugar a las elevadas tasas de mortalidad por este padecimiento, no obstante no ha habido la suficiente incidencia en las mujeres de mayor edad, que constituyen el grupo de mas alto riesgo de contraer CaCu.

En México las deficiencias de efectividad del programa se relacionan con la baja cobertura y calidad de servicio: la obtención de especimenes para realizar citología vaginal exfoliativa por técnica de papanicolaou (PAP) es deficiente, los índices de diagnostico de falsos negativos en centros de citología ginecológicas son muy elevados, las mujeres acuden al servicio para la detección tardíamente y existe una cobertura baja del programa de DOC en áreas rurales. (2).

En México más del 36% de las neoplasias en la mujer corresponden al cáncer cervicouterino. El estado de Durango ocupa el segundo lugar por CaCu en el país.

La lesión precursora del CaCu es la neoplasia intraepitelial cervical (NIC), y dependiendo del grado de anormalidad celular son clasificados como NIC grado I (displasia leve), NIC II (displasia moderada), y NIC III (displasia severa o carcinoma in situ), y cuando las células cancerosas o neoplásicas epiteliales invaden tejidos subyacentes se le denomina carcinoma invasora actualmente se considera que si se lleva a cabo un diagnostico temprano de esta neoplasia, es potencialmente curable. La citología exfoliativa es el método diagnostico preventivo mas utilizado para detectar lesiones neoplásicas cervicouterinas a nivel poblacional. (3).

Actualmente la prevalencia del uso del papanicolau en México es del 53%, existen entonces ocho y medio millones de mujeres que nunca se han realizado la prueba, y dos y medio millones que se realizaron la prueba al menos 3 años atrás. La Norma Oficial Mexicana recomienda una prueba de detección cada 3 años, para las mujeres que presentan resultados negativos en sus dos citologías anuales previas.

Los estudios realizados en los países desarrollados a cerca del programa de DOC, como son Dinamarca, Finlandia, Islandia, Suecia, Reino Unido, Canadá, y Estados Unidos de América (EUA) han resultado eficientes y exitosos reduciendo la mortalidad.

Además la falta de recursos, en el programa nacional de detección oportuna de cáncer (PNDC) enfrenta el problema de la baja utilización de sus servicios, debido entre otros hechos, a barreras culturales y geográficas, al maltrato que reciben las mujeres por parte del personal de salud, a la mala calidad de las muestras y de su interpretación y a la baja notificación de los resultados.

Las instituciones públicas, han enfrentado serios problemas en su intento por disminuir la mortalidad por CaCu y dado que existen organizaciones no gubernamentales que también están participando en esta lucha, puede ser útil evaluar la posibilidad de que este tipo de organizaciones ofrezcan servicios de esta naturaleza mas amplios. (4).

Los factores de riesgo para cáncer cervicouterino son hasta ahora: multiparidad, inicio de vida sexual activa en edades tempranas, promiscuidad sexual de una o ambas partes de la pareja, infecciones vulvovaginales persistentes, estado inmunológico de las pacientes, (situación que se relaciona con el estado nutricional); además de la asociación de la presencia del virus del papiloma humano. (5).

La práctica de una buena técnica en la toma de muestras para la citología exfoliativa es un aspecto relevante en todo el proceso. Estudios realizados en México, revelan que no es fácil interpretar los hallazgos observados en la citología, existiendo incluso discordancia dependiendo del observador. Por lo que resulta importante partir de una buena muestra.

En un laboratorio de citología exfoliativa del departamento de patología en un HGZ, IMSS se detectó que un numero de muestras fueron inadecuadas algunas solo contenían células endocervicales en un 36.6%, un 10.6% metaplasia escamosa y un 33.8% no contenían ningún material útil. Una buena toma de la muestra debe incluir células endocervicales y metaplasia escamosa. (6).

Múltiples estudios epidemiológicos y clínicos han establecido la existencia de una fuerte relación causal entre la infección por el virus del papiloma humano (VPH) y la aparición de cáncer cervicouterino y las lesiones premalignas. En efecto, se ha descrito que el ADN del virus mencionado se encuentra en 93% de los casos de esta neoplasia o de sus formas precursoras, y se ha demostrado que los genes E6 y E7 del VPH se integran en el interior de genoma del huésped y que las proteínas transformadoras codificadas por estos genes son tumorigenas.

Se han identificado más de 70 tipos del VPH, de los cuales únicamente 23 infectan el cervix uterino y solo la mitad de ellos está asociada con lesiones del epitelio escamoso o con carcinoma invasor. Por ello estos tipos virales se han clasificado a su vez en los de bajo riesgo, como las variantes 6 y 11; y de alto riesgo, como los subtipos 16, 18, 31, y 45, los cuales están implicado en el 80% de los canceres cervicales invasores.

Si bien pudieran existir otros factores de riesgo, se considera que el virus es el factor esencial en el desencadenamiento de la desregulación del ciclo celular que lleva a la transformación maligna. De hecho, los VPH se asocian también con cáncer en otras localizaciones genitales como ano, pene, vulva y vagina, así como extragenitales como cavidad oral y esófago.

En 1989 el Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos de América del Norte generó un criterio clasificatorio ahora conocido como el Sistema Bethesda (SB). Los aspectos más importantes encontrados al informe actual de los resultados de una prueba del papanicolaou por el SB son los siguientes:

- una estimación del lo adecuado de la muestra para evaluación diagnóstica.
- La categorización de los resultados:
 - a).- dentro de límites normales.
 - b).- cambios celulares relacionados con inflamación.
 - c).- anomalías en las células epiteliales.
- la incorporación de un diagnóstico descriptivo el cual debe incluir evidencia de infección, inflamación, cambios reactivos y anomalías de las células epiteliales.

En el SB las anomalías de las células del epitelio escamoso del cervix uterino se dividen en tres categorías:

- Células escamosas atípicas de significación indeterminada (ASI).
- Lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado (LIBG). Incluyen las lesiones previamente clasificadas como displasia leve o neoplasia intraepitelial cervical (NIC-1), así como los cambios celulares indicativos de infección por VPH (atipia colocítica).
- Lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado (LIAG). Incluyen la displasia moderada (NIC-2), la displasia severa (NIC-3) y el carcinoma in situ.

A manera de referencia se muestra el siguiente cuadro con las terminologías y clasificación de los resultados de la prueba de papanicolaou, entre los diferentes sistemas mencionados en esta sección.

Descripción	NIC (Richart)	Bethesda	Papanicolaou
Normal	Atipia	Normal	Clase I
Negativo con datos de inflamación	Atipia	ASI	Clase II
Displasia leve	NIC 1	LIBG	Clase III
Displasia Moderada	NIC 2	LIAG	Clase III
Displasia severa	NIC 3	LIAG	Clase III
Carcinoma in situ	NIC 3	LIAG	Case IV
Cáncer microinvasor e invasor	Cáncer microinvasor e invasor	Cáncer microinvasor e invasor	Clase v

En virtud de lo anterior se le proporcionará al médico familiar elementos técnicos simplificados para aplicarlos en su ejercicio clínico cotidiano, tanto en los aspectos educativos como asistenciales. Identificando la población en riesgo, la detección oportuna de las lesiones premalignas y el tratamiento o referencia en forma precisa y oportuna. (7, 28).

Los requerimientos para que un programa organizado de detección oportuna del Cáncer Cervical (PDOC) sea eficiente y pueda alcanzar una elevada cobertura entre las mujeres en riesgo, así como la de introducir un control de calidad en cada uno de los elementos. Se requiere de la definición de estrategias, de búsqueda y captación de mujeres de alto riesgo, prestaciones de un servicio accesible y aceptable para la toma de especímenes, la obtención de una elevada calidad en la toma de muestras, el diagnóstico y el tratamiento, manejo apropiado de mujeres con anomalías detectadas y finalmente la realización de un monitoreo y evaluación continua del PDOC.

Una de las principales alternativas denominadas oportunistas, es la promoción del papanicolaou, en los servicios de atención médica. El hecho de que las mujeres en riesgo acudan a un servicio de atención médica, implica la oportunidad de brindarles educación a cerca de la prevención del CaCu lo que hace a su vez influye de manera importante la decisión de participar en el PDOC. (8).

Se ha demostrado que se afecta predominantemente a las clases sociales bajas estableciéndose riesgos de hasta cinco veces mas CaCu que en las clases con un nivel socioeconómico alto. (9).

Merece señalarse que en las enfermas con trastornos funcionales ováricos (excepción hecha del climaterio) y en las sometidas a terapia hormonal, especialmente si esta es insuficiente o inapropiada, los cuadros se vuelven completamente atípicos y muy difíciles de diagnosticar. En este sentido el frotis vaginal no puede competir en calidad diagnóstica con la Biopsia de Endometrio.

Stockard y papanicolaou en 1917 iniciaron estudios sistemáticos de la citología de descamación vaginal considerada como un método diagnóstico importante en el ciclo sexual femenino, actualmente es una de sus aplicaciones fundamentales para el diagnóstico precoz de cáncer cervicouterino. (10).

La inmunodeficiencia celular, congénita o adquirida, predispone al desarrollo de neoplasias malignas principalmente las asociadas a virus oncogénicos tales como linfoma no Hodgkin-virus Epstein Barr, sarcoma de Kaposi-citomegalovirus, y cáncer anogenital-VPH.

La infección por VPH es la enfermedad de transmisión sexual más frecuente a nivel mundial y comparte factores de riesgo con otros agentes transmitidos por vía sexual, principalmente el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Varios estudios han demostrado una asociación entre la infección por HIV e infección por VPH. En mujeres HIV seropositivas la frecuencia de detección de ADN-VPH se ha informado consistentemente más alta que en VIH seronegativas. Un estudio acerca de la prevalencia e incidencia de problemas ginecológicos en mujeres HIV seropositivas reveló que las alteraciones más frecuentes fueron las relacionadas con el VPH (verrugas genitales, citología cervical anormal e infección VPH oncogénicos).

En países desarrollados existen muchos informes en relación a la asociación entre VIH y neoplasia cervical, países donde el VIH-SIDA es una enfermedad importante pero el CaCu no es un problema de salud pública; pero en países subdesarrollados, con alta morbilidad y mortalidad por CaCu, no hay mucha información al respecto.

En México el CaCu es la neoplasia maligna más frecuente en la mujer y la infección por el VIH esta creciendo rápidamente entre las mujeres.

Por el impacto en la salud pública que representan estas dos enfermedades (VPH-CaCu y VIH-SIDA) en nuestro medio en forma independiente, y debido a que el CaCu es un problema serio en la mujer mexicana con aparente buen estado inmunitario se vuelve importante estudiar el papel de inmunocompromiso secundario a la infección por VIH en la presencia y desarrollo de las lesiones asociadas al VPH.

En un estudio realizado a 50 pacientes VIH seropositivas. En las cuales la transmisión sexual fue la vía más frecuente de adquisición del VIH (72%), en 22% de los casos estuvo asociada a transfusiones y en 3 mujeres la fuente de infección fue desconocida. 64% de estas pacientes tenían de 1 a 2 parejas sexuales. A las pacientes se le realizó citología cervical y evaluación colposcópica del tracto genital inferior con tomas de biopsia dirigida. Se investigó la presencia del ADN-VPH por medio de la reacción en cadena de la polimerasa y se cuantificaron los linfocitos TCD4 y CD8. Los serotipos más frecuentes encontrados del VPH fueron el 16 y el 31.

Existe una prevalencia alta de positividad para ADN-VPH y de LEI en pacientes VIH seropositivas, que las identifica con un mayor riesgo de desarrollar cáncer cervical invasor, por lo que es importante desarrollar estrategias adecuadas para su detección, diagnóstico, manejo y seguimiento.

En México el tamizaje citológico puede tener serias limitaciones en mujeres infectadas con VIH principalmente por el índice de falsos negativos informado en la población general, que se calcula 35% en promedio y por la alta prevalencia del LEI de alto grado en particular 18% en dicho estudio. (11).

Estudios diversos han demostrado la presencia de receptores estrogénicos (RE) y receptores de progesterona (RP) en tejido cervical normal con lesión escamosa intraepitelial (LEI) y con cáncer cervicouterino.

La conducta actual de no instituir ningún tratamiento de las lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado (LEIBG), a virus del papiloma humano (VPH) y neoplasia intraepitelial grado I (NIC I), en una situación en donde la mayoría de las mujeres expuestas de infección por VPH tienden a eliminar la infección de un periodo, mientras un pequeño porcentaje continua como infección latente.

Conforme a la clasificación en mujeres pre y posmenopáusicas este estudio coincide en la cantidad de RP positivos con lo informado por Potish et al. En su estudio sobre la importancia pronóstica de los RE y RP en cáncer de cuello uterino, en que encontró que los RP positivos son mayores en las premenopáusicas que en las posmenopáusicas; no así en los RE positivos que en este estudio no fueron significativas.

Las mujeres con niveles de RE fueron significativamente altos en cervix normal cuando había LEI no mostrando los niveles de RE positivos, RP positivos, valor pronóstico en el manejo clínico de LEIBG y el estado menopáusico. (12).

Otros factores deben coincidir con el VPH, ya que se notifica una prevalencia de infección por VPH en mujeres sanas jóvenes, misma que pueden remitir con el tiempo. Entre esos factores se encuentran el nivel socioeconómico bajo; el inicio temprano de la vida sexual; el antecedente de haber tenido dos o más parejas sexuales; edad temprana del primer embarazo; tres o más partos; el uso de anticonceptivos hormonales y el tabaquismo; antecedente de circuncisión (en la pareja). Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual y la presencia o antecedentes de flujo o descarga cervicovaginal. Así como también las deficiencias de folatos vitaminas A, C y E, también se consideran factores que aumentan la posibilidad de un cáncer del cuello del útero. (13).

La incidencia del cáncer cervical varía mucho y depende de la naturaleza de grupos étnicos y técnicas de detección empleadas. Son importantes la edad, raza y grupo social. Actualmente el cáncer cervical afecta a mujeres entre 40 y 50 años, con incidencia global de 400 000 casos nuevos diagnosticados cada año.

Varios estudios han demostrado el riesgo de padecer cáncer cervicouterino en mujeres que inician su vida sexual durante la adolescencia lo que sugiere una susceptibilidad del cuello uterino a agentes carcinógenos relacionados con el coito. (14, 15).

Las infecciones por VPH de los serotipos de alto riesgo identificado como 16 y 18 conocidos como principal causa de cáncer cervical y sus lesiones precursoras. El polimorfismo del codón 72 del antioncogén P53 se han vinculado recientemente al riesgo de desarrollar CaCu; Storey y colaboradores demostraron que la variante de P53-arginina es más susceptible a la degradación mediada por la proteína E6 del VPH que la variante P53-prolina. Encontraron que el riesgo relativo para el genotipo arg-rg es de 7. La frecuencia de los alelos P53-arginina y P53-prolina varía entre distintas poblaciones y entre diversas latitudes.

Puesto que en México y en general en toda Latinoamérica la infección cervical por VPH y la prevalencia del CaCu se hace imperativa la realización de más estudio de riesgo genético como el presente en aras de que, de confirmarse las relaciones causales aquí comentadas, se puedan ofrecer medidas preventivas con mayor cobertura y mejor enfocadas a las poblaciones de alto riesgo para este tipo de padecimiento. (16).

La importancia del estudio del NIC es de gran trascendencia poblacional, ya que su detección representa una oportunidad para tomar acciones terapéuticas de éxito y así evitar el desarrollo de cáncer invasor y, por lo tanto disminuir la tasa de mortalidad por esta causa. De ahí que el mayor factor de servicios de salud relacionado con NIC y carcinoma invasor sea justamente la falta de utilización regular de la citología cervicovaginal conducta altamente relacionada con factores sociales y educativos, (17).

El tratamiento de las lesiones displásicas es común con crioterapia, el procedimiento por excisión electroquirúrgica, ablación láser, y cono biopsia, aunque a la fecha son deficientes desde una larga escala de estudios sobre el efecto que estos procedimientos pueden tener en relación a la fertilidad y embarazo. (18).

Epidemiológicamente los reportes del IMSS indican que en 1995 que el cáncer cervical fue la causa de muerte más elevada en la mujer. Si una mujer recibía un resultado de papanicolaou anormal se refieren con el ginecólogo quien realiza un examen pélvico y biopsia dirigida con el uso del colposcopio. (19).

La detección de anticuerpos séricos contra E4, E7 y Ras en combinación con otras técnicas de diagnóstico podría ser de utilidad para detectar oportunamente a mujeres con lesiones tempranas asociadas al VPH y el riesgo de desarrollar cáncer. Sin embargo ha servido como marcador de estadios avanzados del CaCu, con base en la presencia de anticuerpos anti-E7 de VPH16 que se han asociado a cáncer epidermoide. De la misma manera la presencia de anticuerpo anti-E6 del VPH16 puede ser un marcador para cáncer invasor.

Recientemente se han desarrollado técnicas como el hybrid capture y el sistema de reverse line-blot detection method, las cuales han sido utilizadas como sistemas mas sensibles en la detección de secuencias del ADN del VPH. Sin embargo la desventaja de estos sistemas es que no se puede determinar si la infección por el VPH en los individuos positivos a este se refiere a una infección activa o a un virus latente, que en el caso del papiloma el proceso, desde la infección inicial hasta el desarrollo del cáncer, puede llevarse hasta en un periodo de 20 años. (20).

El IMSS- Solidaridad, junto con el PATH y el Instituto Nacional de Salud Pública emprendieron un estudio en la ciudad de Oaxaca para la detección oportuna de cáncer basado en la detección y seguimiento con inspección visual del cervix para la prevención del cáncer caracterizado por inspección visual con ácido acético (IVAA) e inspección visual con ácido acético y magnificación (IVAM) con el aparato AviScope y el método tradicional de detección por citología y confirmaciones por biopsia y .

Sin embargo no se tuvieron los resultados que se esperaban en relación al IVAA puede tener un igual o mejor desempeño que el observado con el IVAM. En relación con países como China, Zimbabwe y Sudáfrica. Con sensibilidades desde el 81%. Concluimos que el IVAM tuvo un mejor desempeño que el IVAA. (21).

Estudios recientes han informado de prevalencias de infección por VPH en mujeres embarazadas que van desde el 5 al 80%, con mayor riesgo en menores de 26 años, lo que sugiere la posibilidad de que el proceso fisiológico del embarazo modifique alguna característica del hospedero e incremente el riesgo tanto de infección como de persistencia de la infección por VPH. Recientemente, un estudio multicentrico en 1660 mujeres con cáncer cervicouterino de 4 continentes indico que un mayor numero de embarazos es factor de riesgo para cáncer cervical (7 embarazos previos).

Se ha postulado que los cambios fisiológicos e inmunológicos que ocurren en el epitelio cervical durante el embarazo predisponen a un incremento del riesgo de infección por el VPH y su progresión, sin embargo, no se encuentran bien documentados los mecanismos por medio de los cuales el embarazo modifica el riesgo de la infección y la persistencia y progresión a lesiones clínicas. La prevalencia fue observada en menores de 26 años durante el primer trimestre 27.3% y en el tercer trimestre 39.7%. (22).

Las instituciones públicas, han enfrentado serios problemas en su intento por disminuir la mortalidad por CaCu y dado que existen organizaciones no gubernamentales que también están participando en esta lucha, puede ser útil evaluar la posibilidad de que este tipo de organizaciones ofrezcan servicios de esta naturaleza más amplios. (4).

Es importante individualizar para cada enfermedad el costo de cada una de las acciones realizadas. La escasez de la información relativa a los costos, en México constituye un problema prioritario para la organización de los sistemas de salud. Mediante este tipo de estudios se establece control a través con costos previamente establecidos, se establecen presupuestos sobre bases razonables se descubren y corrigen deficiencias o métodos empleados, lo cual resulta en el aumento de la eficiencia y la generación de información oportuna para tomar decisiones.

El costo unitario promedio general en pesos fue de \$ 227.67 por intervención. A la que correspondió el costo más bajo con \$ 134.25 en tanto el más alto fue el tratamiento para la infección vaginal \$ 372.15, seguido por la terapia con asa diatérmica \$ 354.00. (Estudio realizado en una clínica de displasias del IMSS de Colima). El incremento acelerado de los costos podrían limitar la prestación de los servicios. La práctica médica no puede seguir conservando las tradiciones y conceptos que han envejecido. El cambio comprende la actualización y la búsqueda de caminos probados en otras sociedades. Esto evitaría los efectos complicados e inevitables en la progresión del cáncer cervicouterino ya que el costo de la detección oportuna y el tratamiento temprano de las alteraciones cervicales equivale a menos de la mitad del requerido para tratar el cáncer invasor.

Es necesario realizar más investigaciones en sistemas de salud, para que las clínicas de displasia publicas y privadas logren ofrecer un catalogo de costos e indicadores y brinden servicios con equidad, oportunidad, eficiencia y eficacia. (23).

En un estudio de PAP realizado a 72 pacientes 26 de ellas tenían diagnostico citológico LIBG, al ser estudiada se encontró 8 sin patología (30.7%) 11 (42.3%) con LICBG, 7 (26.9%) con lesión cervical de alto grado por lo que podemos concluir que el papanicolaou es un método de pesquisa, no permite certificar diagnostico, por lo que toda paciente con lesión intrapitelial cervical requiere de estudio complementario: biopsia dirigida por mas citología del conducto endocervical. (24).

Existen varias formas aceptadas de manejo de las displasias cervicales, una de ellas es el manejo expectante principalmente en lesiones de bajo grado, debido a su baja frecuencia de progresión a cáncer invasor y con el objeto de reducir la morbilidad de los manejos quirúrgicos convencionales.

Se realizó un estudio experimental en pacientes con control citológico y colposcopico con biopsias confirmatorias de lesión de bajo grado con indicaciones de no fumar y dieta rica en carotenos llevando su seguimiento a los seis y doce meses resultando una elevada frecuencia de regresiones espontánea en el 66% y no progresiones, en pacientes seleccionadas con lesiones de bajo grado confirmadas por biopsia, lo cual debería considerarse a sugerir el manejo de este tipo de lesiones para disminuir la ansiedad de las pacientes y sobre tratamientos y complicaciones de los métodos quirúrgicos convencionales. (25).

El tratamiento de cáncer cervicouterino dependerá de la variedad y la extensión en los que algunos se resolverán quirúrgicamente y con radioterapia.

La radioterapia podemos afirmar sin ningún eufemismo que el radium es el agente terapéutico que mas cánceres de cuello uterino ha curado; la continuidad de su efecto sobre el tumor, la homogeneidad y penetrabilidad de su radiación, son, todo ello, factores favorables podemos resumir que el tratamiento fundamental y de elección en el cáncer cervicouterino es la combinación de radium-roent genterapia. Ella es capaz de curar todo los casos que puede curar la cirugía, más otros, ante los cuales la cirugía es totalmente impotente. (26).

Es importante la profesión de la pareja sexual ya que se ha visto que la presencia de neoplasia es cuatro veces mayor en parejas de campesinos que en las de obreros y profesionales.

Tomando en cuenta el método de pesquisa como indispensable para el diagnostico de la enfermedad en etapas curables, mejorando los métodos de sensibilidad y especificidad del papanicolaou.

Por último la utilización de una cartilla estatal de DOC y de migración (mujeres latinas en otro país) en salud, con aplicación basada en un consentimiento informado a toda población femenina que haya iniciado vida sexual activa después de los 15 años que servirá para un mejor control del bienestar de la mujer latinoamericana. (27)

El desconocimiento del programa y la no aceptación de la práctica del DOC, en las mujeres con vida sexual activa, ha provocado baja cobertura en el programa establecido y una elevada incidencia en el cáncer cérvico uterino. En la U.M.F. No 59 de Loma Bonita Oax.

Por lo que me motiva saber cual es la causa o razón por lo cual las pacientes no acuden con oportunidad a realizarse su detección, y a la vez buscar estrategias que motiven el interés por realizarse su DOC, y con esto evitar mayor incidencia del CaCu.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Hay falta de aceptación para la toma de PAP en las mujeres con vida sexual activa en la U.M.F No 59 de Loma Bonita Oaxaca?

El Cáncer Cervico uterino cada año causa 4 000 muertes en mujeres menores de 25 años y mayores de 45 años.

El cáncer cervicouterino (CaCu) es la forma mas común de cáncer entre las mujeres de los países en desarrollo y es, después del cáncer de mama, el segundo tipo mas común de cáncer en el mundo. Por esta razón se han creado programas específicos de detección oportuna. Estos programas han sido particularmente exitosos en Dinamarca, Islandia, Finlandia, Suecia, el Reino Unido, Canadá y Estados Unidos de América (EUA). En otros países no ha tenido el éxito esperado, debido en gran parte de los casos, a la implantación inadecuada de las políticas.

En México, la prueba del Papanicolaou comenzó a utilizarse en 1949 en el Hospital de la Mujer. Sin embargo su uso masivo se inició en 1974 con el Programa Nacional de Detección Oportuna de Cáncer (PNDC). (1, 2, 3, 4).

Por medio de estudios epidemiológicos se ha demostrado que el factor de mayor riesgo para el desarrollo de displacias y carcinomas invasores del cervix es la infección por el virus del papiloma humano (VPH) y se mencionan como cofactores principales la edad de la mujer, la edad de inicio de relaciones coitales, el numero de parejas de la mujer, las practicas sexuales de la pareja de la mujer y el menor peso también descritos: la predisposición genética, el tabaquismo, los anticonceptivos hormonales por mas de 5 años, algunas enfermedades de transmisión sexual, la deficiencias de folatos y vitaminas A, C y E, inmunodeficiencia congénita y adquirida y nunca haberse realizado el estudio psicológico. (13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 22, 27, 29).

En países desarrollados existen muchos informes en relación con la asociación entre el VIH y neoplasia cervical, países donde el HIV-SIDA es una enfermedad importante pero el CaCu no es un problema de salud publica; pero en países subdesarrollados, con alta morbilidad y mortalidad por CaCu, no hay mucha información al respecto.

Una revisión sobre VIH-SIDA en mujeres mexicanas describe un incremento tanto en el porcentaje de casos nuevos (desde el 3% en 1985 hasta un 14% en 1991), como en la frecuencia de transmisión heterosexual (desde 0% en 1986 hasta 64% en 1994), siendo el grupo de edad mas afectado el comprendido entre los 20-49 años con 60% de los casos.

La tendencia mundial es hacia el aumento de los casos de infección con VIH, por lo que habrá cada vez mas mujeres seropositivas aumentando a su vez las pacientes con infección por VPH, LEI y CaCu que requerirán ser detectadas, diagnosticadas y manejadas. (11, 13, 14, 15,16).

En México se han encontrado una baja participación en los programas de detección oportuna de Cáncer, ocupando el primer lugar en mortalidad por CaCu, en todo América Latina, relacionándose la baja cobertura y calidad del Servicio: la obtención de especímenes, para realizar las citología vaginal exfoliativa por técnica de Papanicolau es deficiente, los índices de Diagnósticos de falsos negativos en centros de lectura son muy elevados.

En el 2003, la tasa de mortalidad fue de 18.2/100 000 mujeres menores de 24 años. La baja cobertura de la detección oportuna de Cáncer a nivel Estatal y Nacional en el 2005 fue baja.

Las Estadísticas del Servicio de Medicina Preventiva de la UMF No. 59, demostraron que el 2004 se realizaron 286 citologías exfoliativas, 18 (6.29%) fueron positivas para VPH, NIC-1, 3 (1.04%) y NIC -3, 1 (1.04%).

En las últimas evaluaciones del programa de DOC en esta UMF han evidenciado una baja cobertura ignorándose las causas.

Dado lo anterior el objetivo del presente estudio es para evaluar la baja cobertura asiduidad, diagnóstico y seguimiento del programa así como detectar las causas e implementar estrategias para aumentar la cobertura de mujeres con riesgo elevado de CaCu.

HIPÓTESIS.

Es alta la frecuencia de mujeres en edad fértil y posmenopáusicas que no acuden a la UMF No. 59 para la detección oportuna de cáncer

HIPÓTESIS NULA.

No es baja la frecuencia en la detección oportuna de cáncer en mujeres en edad fértil y posmenopáusicas de la UMF No. 59.

JUSTIFICACIÓN.

La baja cobertura del DOC en la población de riesgo de la UMF No. 59 de Loma Bonita, Oax., puede incrementar la incidencia de lesiones precancerígenas o displasia.

Aunque la incidencia de esta enfermedad en la población estudiada se encuentra en la media nacional.

El cáncer cervicouterino es uno de los carcinomas más comunes en la mujer a nivel mundial y es una de las causas de mayor mortalidad más frecuente en los países en desarrollo. En países como Dinamarca, Islandia, Finlandia, Suecia, El Reino Unido, Canadá y Estados Unidos de América, el programa de detección oportuna de cáncer ha sido exitoso. (1, 2, 3, 4).

En México más del 36% de las neoplasias en la mujer corresponden al cáncer cervicouterino lo cual representa un problema de salud pública muy importante (3).

El cáncer cervicouterino (CaCu) es la segunda neoplasia maligna más frecuente en mujeres.

Entre las causas de esta prevalencia, podemos considerar la educación como un factor básico. Tanto del área médica, paramédica y de la población en general, así como la actitud ante el problema que aún a pesar de las cifras reportadas no cuantificamos su verdadera magnitud.

Los factores de riesgo que están relacionados con esta neoplasia son: multiparidad, inicio de vida sexual activa en edades tempranas, promiscuidad sexual de una o ambas partes de la pareja, infecciones vulvovaginales persistentes, además de la asociación con la presencia del VPH. (2, 3, 8, 9,11, 13, 14, 15).

La lesión precursora del CaCu es la neoplasia intraepitelial cervical (NIC) y dependiendo del grado de anormalidad celular son clasificados como NIC grado I (displasia leve), NIC II (displasia moderada) y NIC III (displasia severa o carcinoma in situ), y cuando las células cancerosas o neoplásicas epiteliales invaden tejidos subyacentes se les denomina carcinoma invasor. Actualmente se considera, que si se lleva a cabo un diagnóstico temprano de esta neoplasia, es potencialmente curable (3, 4, 5).

A pesar de las acciones del Programa Nacional de Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino establecido en México desde 1974, ha sido escaso el impacto del tamizaje sobre la tasa de mortalidad por esta enfermedad. (1).

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, el CaCu constituye la primera causa de muerte en mujeres derechohabientes; la tasa de mortalidad a nivel nacional se estimó en 4.65 (9).

En el IMSS el DOC a propiciado la identificación de factores relacionados con la efectividad del programa; factores inherentes a los Servicios de salud, ubicación geográfica, retraso en la entrega de resultados, bajo nivel de escolaridad, desconocimiento de los beneficios del Papanicolaou.

El motivo de realizar este trabajo de investigación es para prevenir o detectar en forma oportuna los cambios celulares de alto y de bajo grado por medio del Papanicolaou y poder brindar un manejo adecuado, reduciendo el riesgo de muerte.

En virtud de lo anterior se le proporcionará al médico familiar elementos técnicos simplificados para aplicarlos en su ejercicio clínico cotidiano, tanto en los aspectos educativos como asistenciales.

Por lo que se buscaran los motivos por los que la población derechohabiente del la UMF No. 59 no se realiza su DOC oportunamente.

OBJETIVO GENERAL.

Conocer las causas de la no aceptación de mujeres en edad fértil y posmenopáusicas para la detección oportuna de cáncer cervicouterino.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Asociar los parámetros de edad, escolaridad, nivel socio-económico, estado civil, ocupación, inicio de vida sexual activa, método de planificación familiar, embarazo, pareja y menopausia con la falta de detección oportuna de cáncer.
- Valorar la participación del personal operativo involucrado en el proceso de la detección oportuna de cáncer.
- Identificar a mujeres que ya iniciaron vida sexual activa sin detección oportuna de cáncer.
- Conocer que información y orientación tienen, así como la frecuencia con que se deben realizar la detección oportuna de cáncer las mujeres con vida sexual activa.
- Vigilar la suficiencia logística para la oportuna entrega del servicio y evitar la demanda insatisfecha.
- Identificar las patologías que limitan la realización del PAP.

MATERIAL Y MÉTODOS.

A) DISEÑO DEL ESTUDIO:

El estudio será observacional, prospectivo, transversal y descriptivo.

(ENCUESTA DESCRIPTIVA)

B) UNIVERSO DE TRABAJO:

Pacientes con vida sexual activa que acudan a la consulta externa de la UMF No 59 de Loma Bonita, Oax., para atención médica.

PERIODO DEL ESTUDIO:

Del 1º Noviembre del 2004 al 30 de Noviembre del 2005

C) DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES.

VARIABLE INDEPENDIENTE:

PACIENTES CON VIDA SEXUAL ACTIVA QUE ACUDAN A LA UMF No. 59 EN LOMA BONITA, OAX. PARA ATENCIÓN MÉDICA.

Para efecto de este estudio se tomara en consideración a las pacientes que iniciaron vida sexual activa y posmenopáusicas que acudan a la consulta externa en la UMF No. 59 en Loma Bonita, Oax., para atención médica de cualquier tipo, que acepten efectuarse la encuesta y/o la toma de Papanicolaou.

ESCALA DE MEDICIÓN:

Cualitativa, nominal, discreta y finita.

VARIABLE DEPENDIENTE:

Causas de no aceptación para la toma del papanicolaou:

Motivos personales:

- Temor
- Por pena
- Falta de tiempo
- Distancia excesiva desde el domicilio a la UMF.
- Falta de información del estudio
- Presencia de embarazo
- Riesgo de presentar sangrado o dolor en el momento de la toma
- Se prefiere en forma particular
- La pareja no lo permite
- Por motivos religiosos
- Prefiere una

Causas atribuibles a la unidad medica:

- Ausencia de personal para toma, por prestar otros servicios
- Falta de material para la toma
- Tardanza en la toma del estudio
- Retrazo en la entrega de resultados
- Extravío del resultado
- El personal es desatento y poco amable
- Falta de privacidad
- Falta de información para el procedimiento
- Manejo inadecuado de las citologías alteradas

Por indicación medica:

- Patología gineco-obstetricia: Amenaza de aborto, amenaza de parto prematuro, placenta previa sangrante. Prolapso uterino, sangrado uterino.
- Patología no ginecológica

C) SELECCIÓN DE LA MUESTRA:

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Todas las pacientes derechohabientes que acudieron a la consulta externa de la UMF No. 59 de Loma, Bonita Oax., para atención médica del 1º de Noviembre del 2004 al 30 de Noviembre del 2005.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

INCLUSIÓN:

Todas las mujeres con vida sexual activa que acudan a la consulta externa de la UMF 59 en Loma Bonita, Oax.

NO INCLUSIÓN:

Las pacientes que no acepten participar en el estudio.

DE EXCLUSIÓN:

Las mujeres que no terminaron de contestar la encuesta. No se tomará en cuenta para los resultados el nombre de las pacientes ni número de afiliación.

PROCEDIMIENTO.

El estudio se realizara en la Clínica No 59 de Loma Bonita Oaxaca, del Instituto Mexicano del Seguro Social. En el periodo comprendido de 1º noviembre del 2004 al 30 de noviembre del 2005.

El tema se seleccionó de Marzo a Julio del 2004, el motivo fue por la baja cobertura de programa de DOC, en la unidad U.M.F No. 59, por lo que mi interés es conocer las razones por las cuales no acuden a la realización de este estudio.

De agosto a Septiembre del 2004 se lleva a cabo investigación bibliografía relacionada con el tema y selección de artículos. Se elabora protocolo de 1º al 26 de Octubre del 2004.

Del 28 al 30 de octubre se informará a las autoridades de la unidad de medicina familiar sobre la realización del presente trabajo, recalando su importancia y solicitando su apoyo y colaboración a través de su autorización para la aplicación de las encuestas entregándole al Director una copia del estudio que se efectuará y la fecha en que dé inicio, contando con la participación de los Servicios de: Rayos X, Laboratorio, Servicio de Urgencias y Medicina Preventiva.

Los responsables de la investigación adiestraran a los colaboradores técnicos en la recolección de datos, verificando que su capacitación sea adecuada y satisfactoria. Del 28 al 30 de octubre del 2004, se imprimirán las encuestas debidamente foliadas.

A partir del 1º de noviembre del 2004 al 30 de noviembre del 2005 se les aplicará cuestionario de encuesta a las pacientes que acudan a la U.M.F No. 59 a recibir atención de cualquier servicio.

El investigador responsable y sus colaboradores se reunirán todos los sábados de cada semana durante el periodo de captación de la muestra con la finalidad de conocer los avances del estudio y encontrar soluciones a la problemática presentada durante el desarrollo del trabajo.

Del 1º al 31 de diciembre del 2005 el investigador responsable efectuara la concentración de datos en la "Cedula de captación de datos". El análisis e interpretación de resultados se realizará en enero del 2006.

La estructuración del informe final y conclusiones se efectuará del 1º al 8 de febrero del 2006. Todas las actividades del procedimiento quedarán debidamente programadas en el "Cronograma de actividades".

El 28 de febrero del 2006 se hará la presentación pública de los resultados del trabajo de investigación en el Seminario programado anticipadamente para ello.

ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Se realizará mediante técnicas de estadística descriptiva (medidas de tendencia central y de dispersión).

Los datos obtenidos se procesarán en el programa computacional S.P.S.S. Es el mismo que describe a la Statistica Package. For Social Sciences. (Paquete estadístico para las ciencias sociales).

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para realizar dicho estudio se les informa a los participantes la finalidad del mismo y la manera de cómo contestar correctamente, y que sus respuestas sean verdaderas para poder determinar y modificar las variables obtenidas en dicho estudio en beneficio de la población derechohabiente, este estudio no se contrapone a lo establecido por los Códigos de ética, ya que no se realizan procedimientos progresivos que puedan poner en riesgo la vida.

RECURSOS PARA EL ESTUDIO:

Personal de Salud:

- 2 Médicos
- 1 Enfermeras de la Consulta Externa de la UMF
- 1 Enfermera de Medicina Preventiva.

Recursos Materiales:

- Los propios de la institución

Recursos Financieros:

- No se requiere erogación especial por parte del Instituto Mexicano del Seguro Social. Los gastos que se generen serán por cuenta del investigador.

ANEXOS:

Anexo 1

Cronograma de actividades

Anexo 2

Hojas de Encuestas.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	MARZO JULIO 2004	AGOSTO SEPTIEM BRE 2004	OCTUBRE 1ro. AL 26	OCTUBRE 28 - 30	OCTUBRE 28-30	1ro NOV.200 4 AL 30 NOV 2005	DICIEMBRE 2005	ENERO 2006	FEBRERO 2006
SELECCIÓN DEL TEMA									
REVISIÓN BIBLIO- GRÁFICA									
ELABORA- CIÓN DEL PROTOCOLO									
PRESENTA- CIÓN DEL PROGRAMA DE TRABAJO. U.M.F 59									
CAPACITA- CIÓN DE LOS COLABORA- DORES									
CAPTACIÓN DE LA MUESTRA									
ANÁLISIS E INTERPRE- TACION DE LOS RESULTADO									
ESTRUCTURAC IÓN DEL ESCRITO CIENTÍFICO									
PRESENTA- CIÓN DEL TRABAJO									

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
UNIDAD MEDICO FAMILIAR No 59
LOMA BONITA OAXACA.

ENCUESTA FOLIO: _____

Nombre.....No. De Afiliación..... Edad.....
Estado civil: (casada)..... (Soltera)..... (Viuda)..... (Unión libre).....
Ocupación.....Religión.....Nivel socioeconómico:.....
Grado escolar.....horario de trabajo..... turno de consulta. No.
de consultorio.....Fecha;.....

ANTECEDENTE: Diabetes Mellitus (si) (no) Tabaquismo (si) (no)
Hipertensión Arterial (si) (no) Alcoholismo (si) (no)
Artritis reumatoide (si) (no)
Secuelas de embolia (si) (no)
Cáncer Cervico-uterino (si) (no) Madre Hermana Abuela
Cáncer de mama (si) (no)

CIRUGÍAS GINECOLÓGICAS:

Cesárea (si) (no) Histerectomía (si) (no) Colpoperineoplastia (si) (no)

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS:

Edad de primera menstruación..... Inicio de vida sexual activa No de embarazos.....
No de partos..... Abortos..... Cesáreas..... Fecha de último parto
Fecha ultima cesárea: Método de planificación familiar
No de parejas sexuales..... Edad del primer embarazo:

CITOLOGÍAS CERVICO-VAGINALES:

Conoce el programa de DOC: (si) (no) Se ha hablado del programa en el consultorio:
Ha recibido pláticas o información escrita sobre la DOC:
No. de citologías previas:..... Resultados:..... Infección vaginal (Si) (No)
Tipo: VHP Herpes virus Fecha de la última citología:
Resultado:..... Tratamiento:

No se ha realizado ninguna citología previa:

MOTIVOS PERSONALES:

..... Por temor
..... Por pena
..... Su pareja no lo permite
..... Por motivos religiosos
..... Desconocimiento del programa
..... Falta de tiempo
..... Gran distancia a la U.M.F
..... Por riesgo de padecer dolor o sangrado
..... No se tiene vida sexual activa
..... Prefiere hacerlo en forma particular
..... Se hace

MOTIVOS DE LA UNIDAD:

..... Falta de personal
..... Falta de material
..... Tardanza en la toma
..... Retraso en la entrega del resultado
..... Extravío de los resultados
..... El personal en desatento
..... Falta de privacidad
..... Falta de información
..... Manejo inadecuado
de las citologías alteradas

POR MOTIVOS MÉDICOS:

..... Amenaza de aborto Prolapso uterino Placenta previa
..... Amenaza de parto Placenta previa sangre

Otros:.....
Encuestador:.....

RESULTADOS OBTENIDOS.

Se realizo estudio a 245 pacientes de 16 a 78 años de edad con una media de 38 años (cuadro 1) en la cuadros de resultados estadísticos se presentan las características Sociodemográficas y socioeconómicas de las usuarias en las que se tomo en cuenta edad, estado civil, ocupación, religión, nivel socioeconómico y grado escolar. El 55.2% (136 de las mujeres estudiadas) predomino entre los 16 a 38 años de edad. Gráfica 1.

En relación al estado civil: 162 pacientes (66.1%) casadas, 33 (13.5%) unión libre, 30 (12.2%) solteras, 18 (7.3%) viudas, 2 (.8%) divorciadas. cuadro y gráfica 2.

En relación a la ocupación: 154 (62.9%) hogar, 44 (18.0%) obreras, 19 (7.8%) empleadas, 28 (11.3%) otros. Cuadro y gráfica 3.

Religión: 186 (75.9%) católica, 59 (24.1%) otras. cuadro y gráfica 4.

En relación al nivel socioeconómico: 195 (79.6%) bajo, 46 (18.8%) medio, 3 (1.2%) regular, 1 (0.4%) alto. Cuadro y gráfica 5.

Grado escolar: 89 (36.3%) analfabeta, 72 (29.4%) primaria, 58 (23.7%) secundaria, 19 (7.8%) preparatoria, 7 (2.9%) profesionista. Cuadro y gráfica (6).

Antecedentes Gineco Obstétricos:

Menarca: 206 (84.08%) iniciaron antes de los 15 años de edad, y 39 (15.91%) entre los 15-18 años. Cuadro 7.

Inicio de vida sexual activa: 196 (80%) entre los 10-20 años y 49 (20%) entre los 21-35 años. Cuadro 8.

Numero de gestas: 160 (65.30%) de 1-3 gestas, 73 (29.79%) de 4 y mas, 12 (4.89%) 0 gestaciones. Cuadro 9.

Numero de partos: 118 (48.16%) 1-3, 72 (29.38%) 4 y mas, 55 (22.44%) 0. cuadro 10. Abortos: 60 (24.48) 1-4, 185 (75.51%) 0. cuadro 11. Cesárea: 64 (26.12%) 1-3, 181 (63.88%) 0. cuadro 12.

Numero de parejas sexuales: 175 (71.42%) 1 pareja, 52 (21.22%) 2 parejas, 16 (6.53%) 3 parejas, 2 (0.81%) 4 parejas. Gráfica 7.

Motivos personales por lo que no se realizan el papanicolaou:

47 (19.2%) Por temor, 57 (23.3%) por pena, 3 (1.2%) la pareja no lo permite, 213 (86.9%) desconocimiento del programa, 69 (28.2%) falta de tiempo, 6 (2.4%) distancia a la unidad, 6 (2.4%) riesgo de sangrado y dolor, 13 (5.3%) no tiene vida sexual activa, 47 (19.2%) se lo realiza en forma particular, y 34 (13.9%) se hace.

Motivos de la unidad por lo que no acuden a realizar papanicolaou:

16 (6.5%) por falta de personal, 7 (2.9%) por falta de material, 38 (15.5%) por demora en la toma, 110 (44.9%) demora en la entrega de resultados, 80 (32.7%) por extravió de resultados, 35 (14.3%) por personal desatento, 4 (1.6%) por falta de privacidad, 11 (4.5%) por falta de información, 1 (.4%) manejo inadecuado de citología.

RESULTADOS.

Cuadro I

Datos estadísticos características sociodemográficas y socioeconómicas en mujeres de la UMF 59 de Loma Bonita. Oax.

	FOLIO	EDAD	ESTADO CIVIL	OCUPACIÓN	RELIGIÓN	NIVEL SOCIOECONÓMICO	GRADO ESCOLAR
Válidos	245	245	245	245	245	245	245
Perdidos	0	0	0	0	0	0	0

Características de las usuarias estudiadas para la atención de el programa del DOC. Variables semejantes realizados en otros estudios con el mismo fin. (2).

Fuente: encuesta sobre los motivos que tienen las mujeres para no realizarse el estudio del papanicolaou.

Cuadro II

Prevalencia de edad de las pacientes estudiadas para el uso de PAP en la UMF
59 de Loma Bonita, Oax.

EDAD

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	16.00	2	.8	.8	.8
	17.00	1	.4	.4	1.2
	18.00	2	.8	.8	2.0
	19.00	3	1.2	1.2	3.3
	20.00	3	1.2	1.2	4.5
	21.00	8	3.3	3.3	7.8
	22.00	3	1.2	1.2	9.0
	23.00	13	5.3	5.3	14.3
	24.00	7	2.9	2.9	17.1
	25.00	15	6.1	6.1	23.3
	26.00	6	2.4	2.4	25.7
	27.00	5	2.0	2.0	27.8
	28.00	6	2.4	2.4	30.2
	29.00	7	2.9	2.9	33.1
	30.00	6	2.4	2.4	35.5
	31.00	6	2.4	2.4	38.0
	32.00	7	2.9	2.9	40.8
	33.00	8	3.3	3.3	44.1
	34.00	6	2.4	2.4	46.5
	35.00	5	2.0	2.0	48.6
	36.00	4	1.6	1.6	50.2
	37.00	3	1.2	1.2	51.4
	38.00	10	4.1	4.1	55.5
	39.00	6	2.4	2.4	58.0
	40.00	3	1.2	1.2	59.2
	41.00	7	2.9	2.9	62.0
	42.00	10	4.1	4.1	66.1
	43.00	2	.8	.8	66.9
	44.00	4	1.6	1.6	68.6
	45.00	3	1.2	1.2	69.8
	46.00	2	.8	.8	70.6
	47.00	3	1.2	1.2	71.8
	48.00	5	2.0	2.0	73.9
	49.00	7	2.9	2.9	76.7

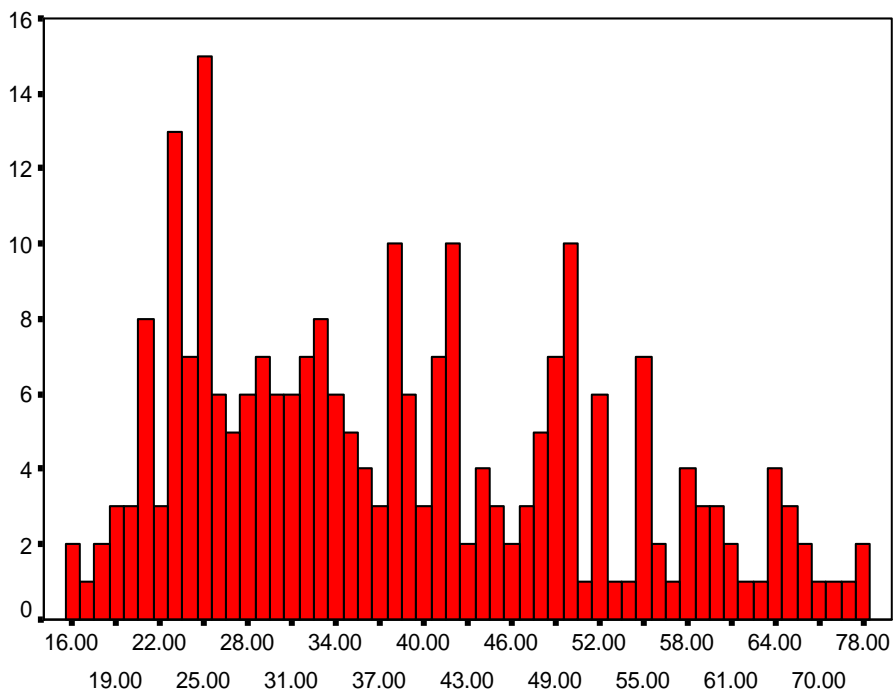
	50.00	10	4.1	4.1	80.8
	51.00	1	.4	.4	81.2
	52.00	6	2.4	2.4	83.7
	53.00	1	.4	.4	84.1
	54.00	1	.4	.4	84.5
	55.00	7	2.9	2.9	87.3
	56.00	2	.8	.8	88.2
	57.00	1	.4	.4	88.6
	58.00	4	1.6	1.6	90.2
	59.00	3	1.2	1.2	91.4
	60.00	3	1.2	1.2	92.7
	61.00	2	.8	.8	93.5
	62.00	1	.4	.4	93.9
	63.00	1	.4	.4	94.3
	64.00	4	1.6	1.6	95.9
	66.00	3	1.2	1.2	97.1
	69.00	2	.8	.8	98.0
	70.00	1	.4	.4	98.4
	72.00	1	.4	.4	98.8
	75.00	1	.4	.4	99.2
	78.00	2	.8	.8	100.0
	Total	245	100.0	100.0	

La prevalencia de edad con factores de mayor riesgo esta representada en este estudio con un 76.3% entre los 16 a 49 años. Variables semejantes a otros estudios realizados. La mayor parte de las displasias son diagnosticadas en la mujer después de los 20 años, sin embargo la población blanco entre los 16-26 años requiere mayor promoción para la DOC. (2, 9).

Fuente: encuesta sobre los motivos que tienen las mujeres para no realizarse el estudio del papanicolaou.

Gráfica 1

EDAD



**Estadísticos
EDAD**

N	Válidos	245
	Perdidos	0
Media		38.3959
Mediana		36.0000
Moda		25.00
Mínimo		16.00
Máximo		78.00

De las 245 pacientes estudiadas el 22.84% menores de 25 años tiene mayor prevalencia para CaCu. Estadísticas que nacionalmente no se han modificado a la fecha. (1, 2, 6, 9, 11).

Fuente: encuesta sobre los motivos que tienen las mujeres para no realizarse el estudio del papanicolaou.

Cuadro III

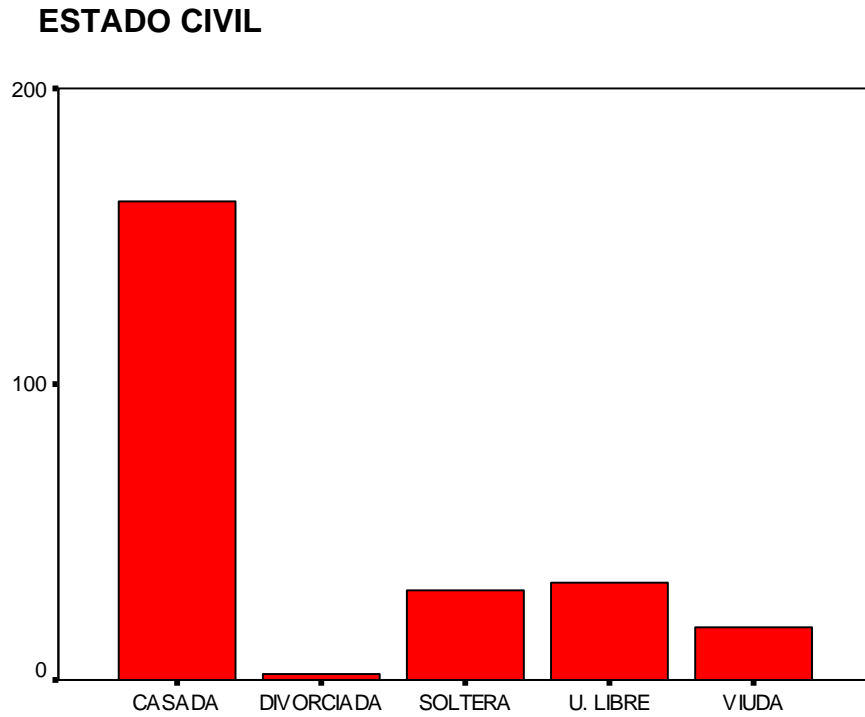
ESTADO CIVIL

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	CASADA	162	66.1	66.1	66.1
	DIVORCIADA	2	.8	.8	66.9
	SOLTERA	30	12.2	12.2	79.2
	UNIÓN LIBRE	33	13.5	13.5	92.7
	VIUDA	18	7.3	7.3	100.0
	Total	245	100.0	100.0	

En este estudio predominaron las mujeres casadas, 162 que equivalen a 66.1%. Comparados con otros estudios ya realizados en donde destacan casadas y unión libre. (17).

Fuente: encuesta sobre los motivos que tienen las mujeres para no realizarse el estudio del papanicolaou.

Gráfica 2



Predomina un porcentaje elevado de mujeres casadas y en menor proporción las solteras y unión libre. El estado civil no es un factor determinante para la realización del DOC, con resultados semejantes a estudios realizados. (7, 9)

Fuente: encuesta sobre los motivos que tienen las mujeres para no realizarse el estudio del papanicolaou.

Cuadro IV

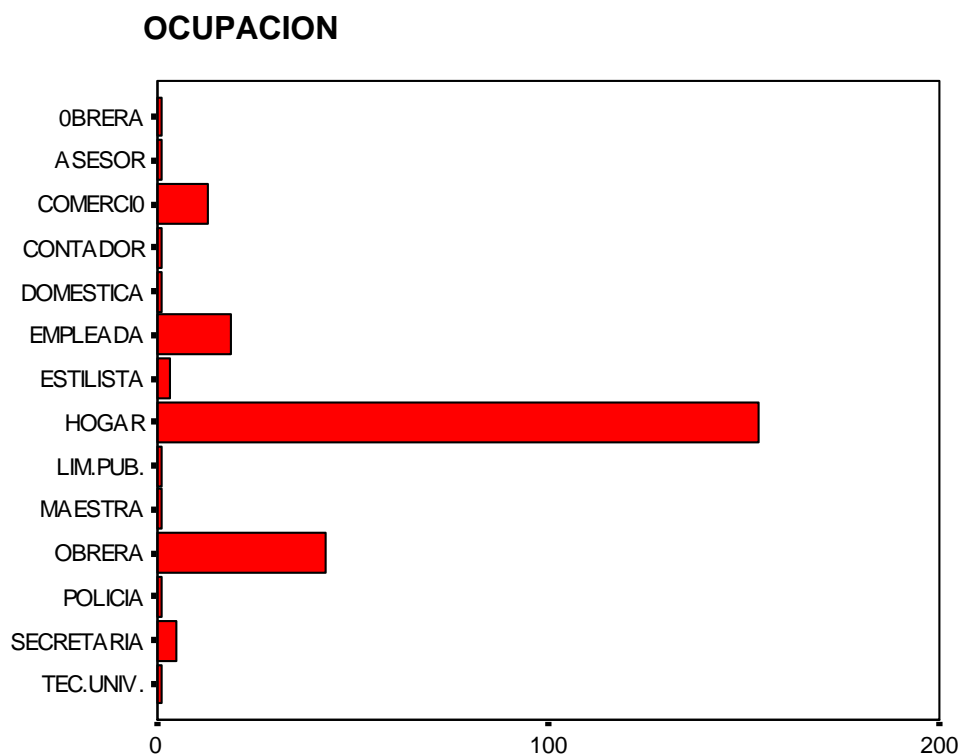
OCUPACIÓN

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	ASESOR	1	.4	.4	.4
	COMERCIÓ	13	5.3	5.3	5.7
	CONTADOR	1	.4	.4	6.1
	DOMESTICA	1	.4	.4	6.5
	EMPLEADA	19	7.8	7.8	14.3
	ESTILISTA	3	1.2	1.2	15.5
	HOGAR	154	62.9	62.9	78.4
	LIMPIEZA PÚBLICA.	1	.4	.4	78.8
	MAESTRA	1	.4	.4	79.2
	OBRAERA	44	18.0	18.0	97.1
	POLICÍA	1	.4	.4	97.6
	SECRETARIA	5	2.0	2.0	99.6
	TÉCNICO UNIVERSITARIO.	1	.4	.4	100.0
	Total	245	100.0	100.0	

Predomina las mujeres dedicadas al hogar 154 (62.9%), obreras 44 (18.0%), y el resto representada por otros. Relacionado con estudio realizado de cáncer cervicouterino (17).

Fuente: encuesta sobre los motivos que tienen las mujeres para no realizarse el estudio del papanicolaou.

Gráfica 3



Gráficamente predominan las mujeres dedicadas al hogar similar a otros estudios realizados para detectar displasias. (17).

Fuente: encuesta sobre los motivos que tienen las mujeres para no realizarse el estudio del papanicolaou.

Cuadro V

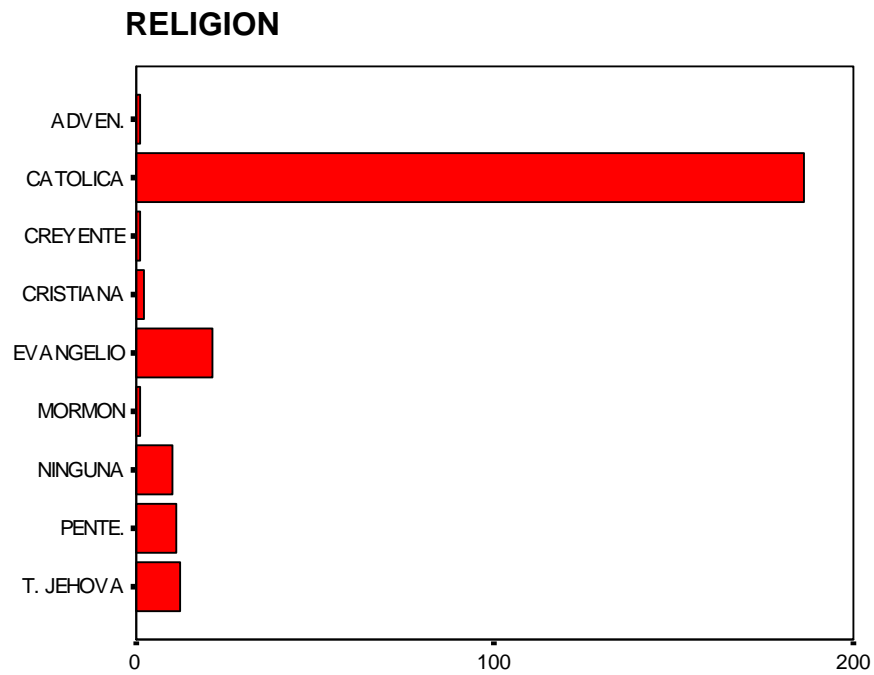
RELIGIÓN

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	ADVENTISTA.	1	.4	.4	.4
	CATÓLICA	186	75.9	75.9	76.3
	CREYENTE	1	.4	.4	76.7
	CRISTIANA	2	.8	.8	77.6
	EVANGELIO	21	8.6	8.6	86.1
	MORMON	1	.4	.4	86.5
	NINGUNA	10	4.1	4.1	90.6
	PENTECOSTÉS.	11	4.5	4.5	95.1
	TESTIGO DE JEHOVÁ	12	4.9	4.9	100.0
	Total	245	100.0	100.0	

Predomino en las pacientes estudiadas el catolicismo 186 (75.9%), 21 (8.6%) evangelio, 38 (15.5%) otras. No tuvo ninguna relevancia en dicho estudio ya que no existen evidencias bibliográficas que apoyen si la religión interviene para la no realización del DOC.

Fuente: encuesta sobre los motivos que tienen las mujeres para no realizarse el estudio del papanicolaou.

Gráfica 4



Se observa que en dicho estudio predomino la religión católica pero que no es predominante para la no realización de DOC.

Fuente: encuesta sobre los motivos que tienen las mujeres para no realizarse el estudio del papanicolaou.

Cuadro VI

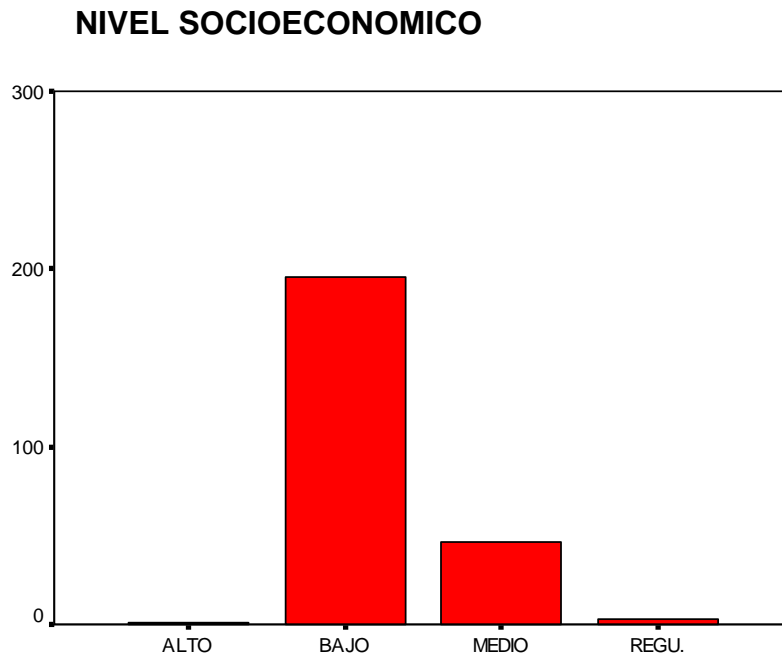
NIVEL SOCIOECONÓMICO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	ALTO	1	.4	.4	.4
	BAJO	195	79.6	79.6	80.0
	MEDIO	46	18.8	18.8	98.8
	REGU.	3	1.2	1.2	100.0
	Total	245	100.0	100.0	

Predomina el nivel socioeconómico bajo en un 79.6% que representa un factor relevante para la no realización de el DOC. Y mayor riesgo para CaCu. Como lo refiere en estudios de riesgo para cáncer cervicouterino (15).

Fuente: encuesta sobre los motivos que tienen las mujeres para no realizarse el estudio del papanicolaou.

Gráfica 5



Gráficamente predominó el nivel socioeconómico bajo, que sigue siendo un factor de riesgo para el CaCu. Como lo señala investigaciones realizadas (15).

Fuente: encuesta sobre los motivos que tienen las mujeres para no realizarse el estudio del papanicolaou.

Cuadro VII

GRADO ESCOLAR

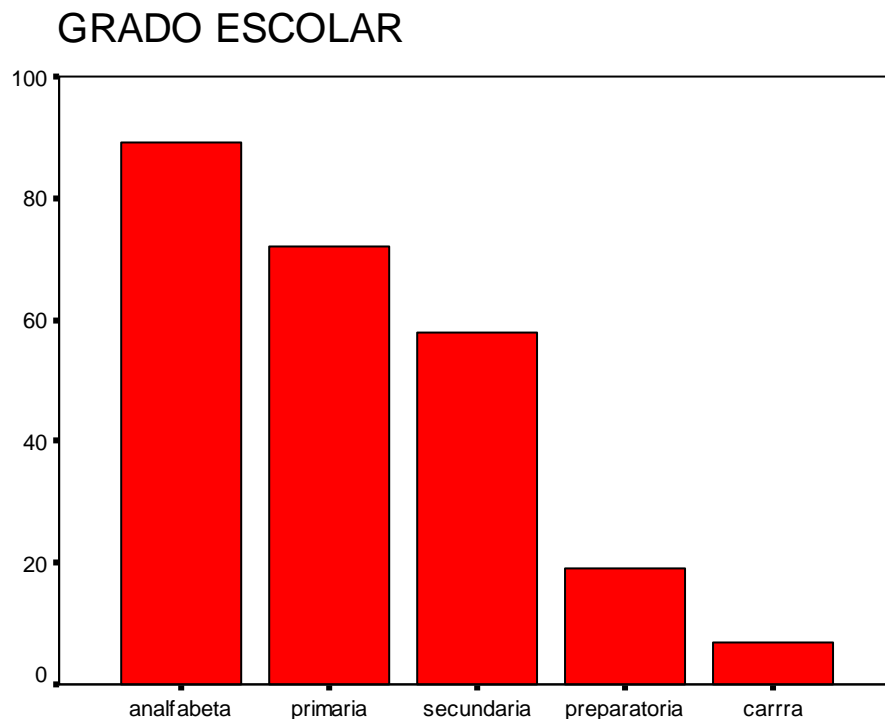
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	analfabeta	89	36.3	36.3	36.3
	primaria	72	29.4	29.4	65.7
	secundaria	58	23.7	23.7	89.4
	preparatoria	19	7.8	7.8	97.1
	carrera	7	2.9	2.9	100.0
	Total	245	100.0	100.0	

El bajo nivel cultural sigue siendo un factor de riesgo importante para la no realización del DOC y el mayor riesgo del CaCu.

El analfabetismo en este estudio representó el mayor porcentaje 89 (36.6%) y 72 (29.4%) con nivel primaria. Que tiene similitud con estudio previo realizado con la misma variable. (2, 3, 6, 9).

Fuente: encuesta sobre los motivos que tienen las mujeres para no realizarse el estudio del papanicolaou.

Gráfica 6



La gráfica muestra en dicho estudio predominio el analfabetismo 36.3%, seguido de la primaria con un 29.4% y secundaria un 23.7%. siendo un factor importante para riesgo de CaCu. (7)

Fuente: encuesta sobre los motivos que tienen las mujeres para no realizarse el estudio del papanicolaou.

ANTECEDENTES GINECO OBSTETRICOS

Cuadro VIII

MENARCA

EDAD DE INICIO	No. PROMEDIO	%
Menores de 15 años	206	84.8
Mayores de 15 años	39	15.92
total	245	100

En relación a la menarca la mayoría de las pacientes estudiadas inició antes de los 15 años (84.8%), y 15.92% después de los 15 años.

Fuente: encuesta sobre los motivos que tienen las mujeres para no realizarse el estudio del papanicolaou.

CUADRO IX

INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA

EDAD	No. PACIENTES	%
10-20	196	80
21-30	47	19.18
31-35	2	0.82
total	245	100

De las 245 pacientes estudiadas 196 (80%) iniciaron VSA entre los 10-20 años de edad el cual es un factor importante para CaCu. Como lo muestra estudios anteriores. (1, 2, 3, 5, 7, 14).

Fuente: encuesta sobre los motivos que tienen las mujeres para no realizarse el estudio del papanicolaou.

CUADRO X

No. DE GESTACIONES

No. DE GESTAS	No. DE PARTOS	%
0	12	4.89
1-3	160	65.30
4	21	8.6
5	19	7.75
mayores de 5	33	13.46
total	245	100

Predominaron de 1-3 embarazos, en 160 mujeres (65.30%), y con multiparidad 73 (29.81%), como lo mencionan estudios realizados son las de mayor riesgo para CaCu. (1, 2, 5, 6, 7).

Fuente: encuesta sobre los motivos que tienen las mujeres para no realizarse el estudio del papanicolaou.

CUADRO XI

No. DE PARTOS

No. DE HIJOS	No. PACIENTES	%
0	55	22.44
1-3	118	48.16
4-5	39	15.91
mas 5	33	13.49
total	245	100

De 1-3 partos 118 (48.16%), y las que representan el mayor riesgo de CaCu son las que han tenido mas de 4 partos, 72 (29.4%). Como lo mencionan estudios realizados. (1, 2, 5, 6, 7).

Fuente: encuesta sobre los motivos que tienen las mujeres para no realizarse el estudio del papanicolaou.

CUADRO XII

ABORTOS

No. DE ABORTOS	No. DE PACIENTES	%
0	185	75.51
1	50	20.43
2	7	2.85
3	2	0.81
4	1	0.40
total	245	100

El 24.11% que representan a 59 mujeres tuvo entre 1-3 abortos de las pacientes estudiadas.

Fuente: encuesta sobre los motivos que tienen las mujeres para no realizarse el estudio del papanicolaou.

CUADRO XIII

CESÁREA.

No. DE CESÁREA	No. PACIENTES	%
0	181	73.87
1	43	17.57
2	19	7.75
3	2	0.81
total	245	100

64 (26.13%) de las pacientes tuvo entre 1-3 cesáreas, no son datos significativos.

Fuente: encuesta sobre los motivos que tienen las mujeres para no realizarse el estudio del papanicolaou.

CUADRO XIV

No. DE PAREJAS SEXUALES.

No. DE PACIENTES	No. DE PAREJAS SEXUALES	%
175	1	71.42
52	2	21.22
16	3	6.53
2	4	0.82
245		100

70 de las pacientes tuvieron entre 2-4 parejas (28.57%), que representan el grupo de mayor riesgo para CaCu como lo mencionan estudios realizados. Y 175 pacientes (71.42%) solo con una pareja.

Fuente: encuesta sobre los motivos que tienen las mujeres para no realizarse el estudio del papanicolaou.

**CUADRO XV
MOTIVOS PERSONALES**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Temor	8	3.3	3.3	3.3
	temor, pena y desconocimiento de programa	21	8.6	8.6	11.8
	temor, pena, desconocimiento, y lo hace en particular	1	.4	.4	12.2
	temor, pena, desconocimiento del programa y se hace	2	.8	.8	13.1
	temor, pena, desconocimiento del programa y no tiene tiempo	1	.4	.4	13.5
	temor, pena, desconocimiento del programa, gran distancia	1	.4	.4	13.9
	temor, pena, desconocimiento y riesgo de dolor y sangrado	2	.8	.8	14.7
	temor, pena y falta de tiempo	1	.4	.4	15.1
	temor y desconocimiento del programa	4	1.6	1.6	16.7
	temor, desconocimiento del programa, prefiere particular	1	.4	.4	17.1
	temor, desconocimiento se hace	2	.8	.8	18.0
	temor, desconocimiento, falta de tiempo	2	.8	.8	18.8
	Temor, desconocimiento, falta de tiempo, prefiere particular	2	.8	.8	19.6
	prefiere hacerlo en particular	2	.8	.8	20.4
	Pena	4	1.6	1.6	22.0

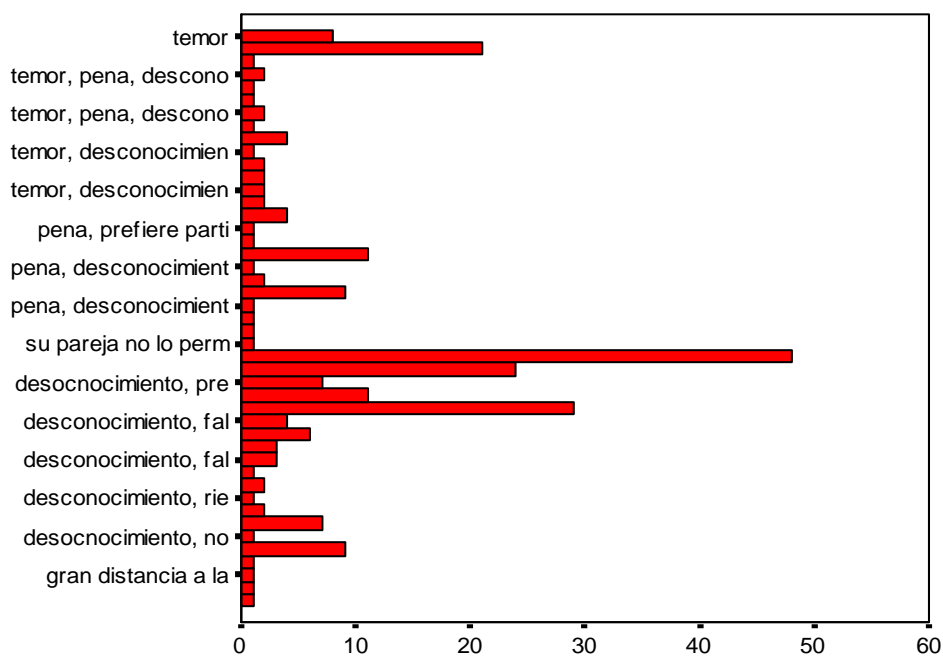
	pena, prefiere particular	1	.4	.4	22.4
	pena, su pareja no lo permite, desconocimiento	1	.4	.4	22.9
	pena desconocimiento del programa	11	4.5	4.5	27.3
	pena, desconocimiento, prefiere particular, temor	1	.4	.4	27.8
	pena, desconocimiento, se hace	2	.8	.8	28.6
	pena, desconocimiento, falta de tiempo	9	3.7	3.7	32.2
	Falta de tiempo, desconocimiento, no tiene vida sexual activa	1	.4	.4	32.7
	pena, gran distancia del la UMF	1	.4	.4	33.1
	su pareja no lo permite, desconocimiento	1	.4	.4	33.5
	su pareja no lo permite. desconocimiento, se hace colposcopía	1	.4	.4	33.9
	desconocimiento del programa	48	19.6	19.6	53.5
	desconocimiento, prefieren particular	24	9.8	9.8	63.3
	desconocimiento, prefieren particular, se hacen colposcopía	7	2.9	2.9	66.1
	desconocimiento, se hace colposcopía	11	4.5	4.5	70.6
	desconocimiento, falta de tiempo	29	11.8	11.8	82.4

	desconocimiento, falta de tiempo, se hace colposcopía	6	2.4	2.4	86.5
	desconocimiento, falta de tiempo, gran distancia de la UMF	3	1.2	1.2	87.8
	desconocimiento, falta de tiempo, distancia, prefiere particular	3	1.2	1.2	89.0
	desconocimiento, falta de tiempo, riesgo de dolor o sangrado	1	.4	.4	89.4
	desconocimiento, gran distancia	2	.8	.8	90.2
	desconocimiento, riesgo de dolor o sangrado	1	.4	.4	90.6
	desconocimiento, riesgo de dolor o sangrado, prefiere particular	2	.8	.8	91.4
	desconocimiento, no se tiene VSA	7	2.9	2.9	94.3
	desconocimiento, no se tiene VSA, se hace colposcopía	1	.4	.4	94.7
	falta de tiempo	9	3.7	3.7	98.4
	falta de tiempo, no se tiene VSA, prefiere particular	1	.4	.4	98.8
	gran distancia a la UMF	1	.4	.4	99.2
	por riesgo de dolor o sangrado	1	.4	.4	99.6
	no tiene VSA	1	.4	.4	100.0
	Total	245	100.0	100.0	

Fuente: encuesta sobre los motivos que tienen las mujeres para no realizarse el estudio del papanicolaou.

GRÁFICA 7

MOTIVOS PERSONALES



Los factores que contribuyen a la no realización del DOC se muestran en la gráfica y son similares a los que se han encontrado en estudios previos de base poblacional en un área predominante urbana en la ciudad de México, y en un área rural del estado de Oaxaca. Se identificó como principal barrera, la poca o nula información y conocimiento que tienen sobre el programa de detección oportuna de cáncer cervicouterino. (2, 13).

Fuente: encuesta sobre los motivos que tienen las mujeres para no realizarse el estudio del papanicolaou.

CUADRO XVI

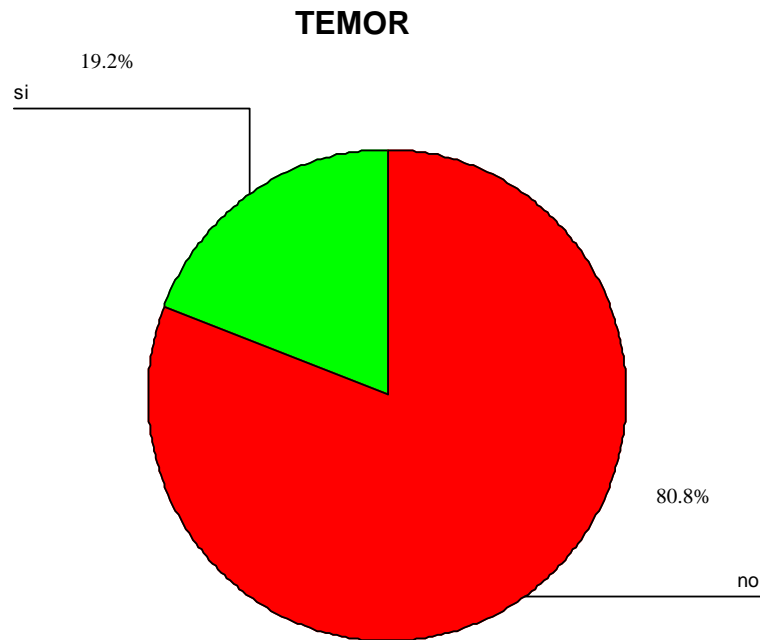
TEMOR

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	198	80.8	80.8	80.8
	si	47	19.2	19.2	100.0
	Total	245	100.0	100.0	

De las 245 pacientes estudiadas 47 (19.2%) refirieron temor y 198 (80.8%) no fue esta la causa. Comparado con estudio realizado en una UMF No. 28 del IMSS en donde el temor represento el 63% como causa de la no realización de PAP.

Fuente: encuesta sobre los motivos que tienen las mujeres para no realizarse el estudio del papanicolaou.

GRÁFICA 8



Se muestra en la gráfica que el temor representa un bajo porcentaje para la no realización de PAP comparado con otros estudios que utilizaron la misma variable en donde el porcentaje fue mayor. (13).

Fuente: encuesta sobre los motivos que tienen las mujeres para no realizarse el estudio del papanicolaou.

CUADRO XVII

PENA

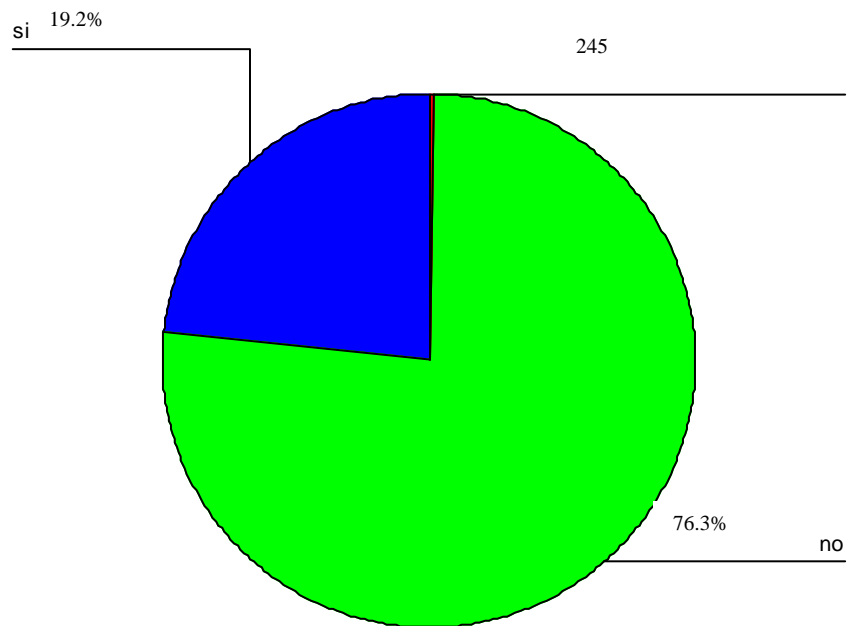
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos		1	.4	.4	.4
	no	187	76.3	76.3	76.7
	si	57	23.3	23.3	100.0
	Total	245	100.0	100.0	

De las 245 pacientes estudiadas 57 (23.3%) refirieron pena para la realización del PAP, en relación con otros estudios la pena represento un mayor porcentaje (70%). 13.

Fuente: encuesta sobre los motivos que tienen las mujeres para no realizarse el estudio del papanicolaou.

GRÁFICA 9

PENA



La gráfica muestra que la pena en el 76.3% de las pacientes estudiadas no fue la causa para la no realización de PAP.

Fuente: encuesta sobre los motivos que tienen las mujeres para no realizarse el estudio del papanicolaou.

CUADRO XVIII

LA PAREJA NO LA DEJA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	242	98.8	98.8	98.8
	si	3	1.2	1.2	100.0
	Total	245	100.0	100.0	

El 1.2% (3 pacientes) refirieron su pareja no les permitía la realización del PAP. Cifra no significativa en relación a las 245 pacientes estudiadas.

Fuente: encuesta sobre los motivos que tienen las mujeres para no realizarse el estudio del papanicolaou.

GRÁFICA 10



El 98.8% de las 245 pacientes estudiadas refirieron su pareja no interfiere para realizarse el PAP.

Fuente: encuesta sobre los motivos que tienen las mujeres para no realizarse el estudio del papanicolaou.

CUADRO XIX

MOTIVOS RELIGIOSOS

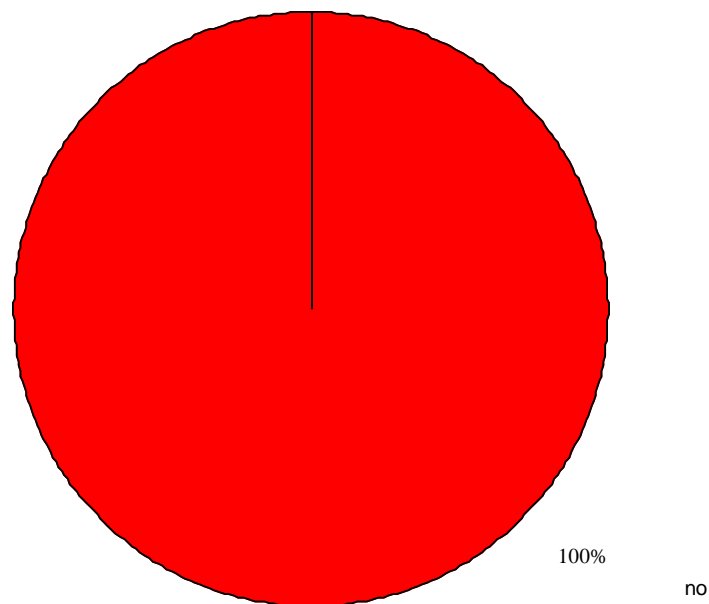
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	245	100.0	100.0	100.0

De las 245 pacientes estudiadas el 100% se encontró que la religión no es un factor que impida la realización del PAP.

Fuente: encuesta sobre los motivos que tienen las mujeres para no realizarse el estudio del papanicolaou.

GRÁFICA 11

MOTIVOS RELIGIOSOS



Gráficamente se muestra que en el 100% de las pacientes la religión no es un factor determinante para la realización de PAP.

Fuente: encuesta sobre los motivos que tienen las mujeres para no realizarse el estudio del papanicolaou.

CUADRO XX

DESCONOCIMIENTO DEL PROGRAMA

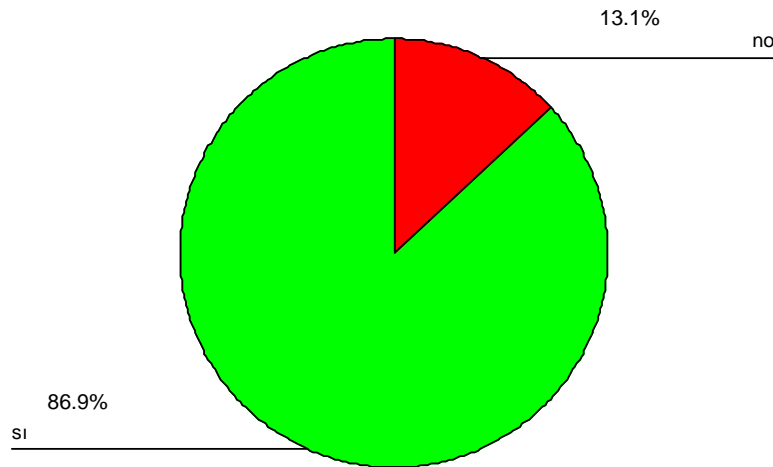
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Es	Válidos	no	32	13.1	13.1
		si	213	86.9	100.0
		Total	245	100.0	100.0

elevado el porcentaje de las pacientes estudiadas que desconocen el programa de DOC. 213 (86.9%), y 32 (13.1%) que tienen conocimiento del mismo.

Fuente: encuesta sobre los motivos que tienen las mujeres para no realizarse el estudio del papanicolaou.

GRÁFICA 12

DESCONOCIMIENTO DEL PROGRAMA



La gráfica muestra que el 89.9% de las 245 pacientes estudiadas el desconocimiento del programa de DOC es uno de los principales motivos para no realizarse su detección.

Fuente: encuesta sobre los motivos que tienen las mujeres para no realizarse el estudio del papanicolaou.

CUADRO XXI

FALTA DE TIEMPO

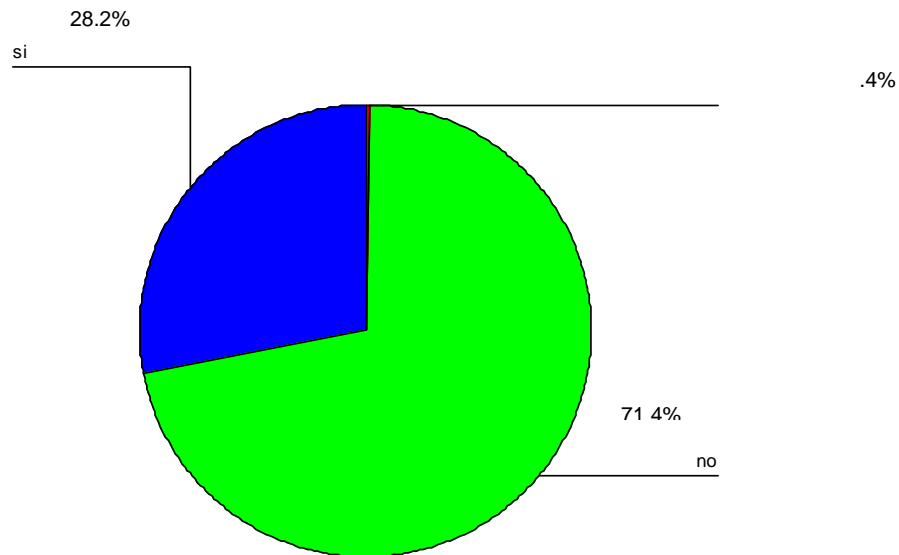
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos		1	.4	.4	.4
	no	175	71.4	71.4	71.8
	si	69	28.2	28.2	100.0
	Total	245	100.0	100.0	

De las 245 pacientes 69 (28.2%) no se realiza su PAP por falta de tiempo siendo una muestra significativa, en relación al 71.4% que si acude a realizárselo.

Fuente: encuesta sobre los motivos que tienen las mujeres para no realizarse el estudio del papanicolaou.

GRÁFICA 13

FALTA DE TIEMPO



La falta de tiempo para realizarse el PAP en este estudio representa el 28.2%. Una muestra poco significativa y se relaciona con otros estudios ya descritos.

Fuente: encuesta sobre los motivos que tienen las mujeres para no realizarse el estudio del papanicolaou.

CUADRO XXII

DISTANCIA DE LA UNIDAD

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	239	97.6	97.6	97.6
	si	6	2.4	2.4	100.0
	Total	245	100.0	100.0	

De las 245 pacientes solo el 2.4% no acude a realizarse el PAP por la gran distancia que existe entre su domicilio y la UMF. Porcentaje que no es significativo en este estudio.

Fuente: encuesta sobre los motivos que tienen las mujeres para no realizarse el estudio del papanicolaou

GRÁFICA 14



En el 97.6% de las pacientes estudiadas la distancia entre su domicilio y la UMF no es un motivo que impida acudir a realizarse su PAP.

Fuente: encuesta sobre los motivos que tienen las mujeres para no realizarse el estudio del papanicolaou.

CUADRO XXIII

RIESGO DE DOLOR O SANGRADO

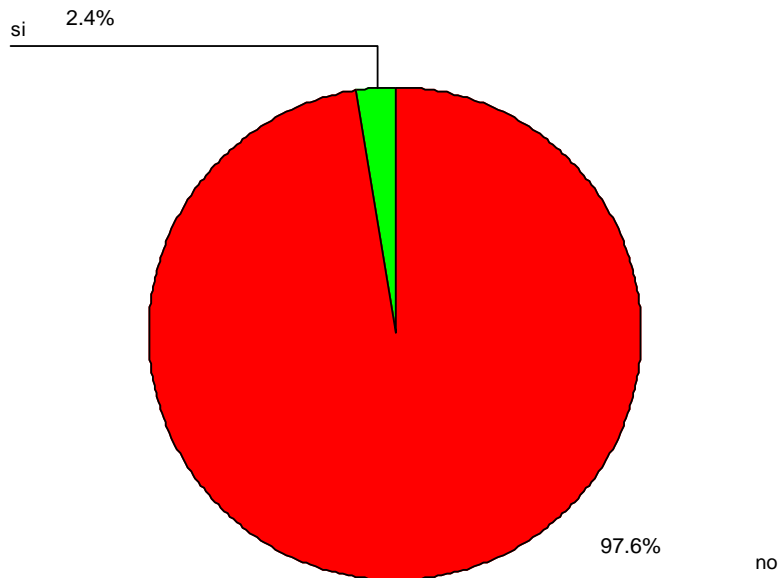
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	239	97.6	97.6	97.6
	si	6	2.4	2.4	100.0
	Total	245	100.0	100.0	

De las 245 pacientes estudiadas un porcentaje del 2.4% no acude a realizarse su PAP por riesgo de dolor o sangrado. Muestra no significativa.

Fuente: encuesta sobre los motivos que tienen las mujeres para no realizarse el estudio del papanicolaou.

GRÁFICA 15

RIESGO DE DOLOR O SANGRADO



El 97.6% de las pacientes estudiadas el riesgo de dolor o sangrado no es ningún motivo para la no realización de PAP.

Fuente: encuesta sobre los motivos que tienen las mujeres para no realizarse el estudio del papanicolaou.

CUADRO XXIV

NO TIENE VIDA SEXUAL ACTIVA

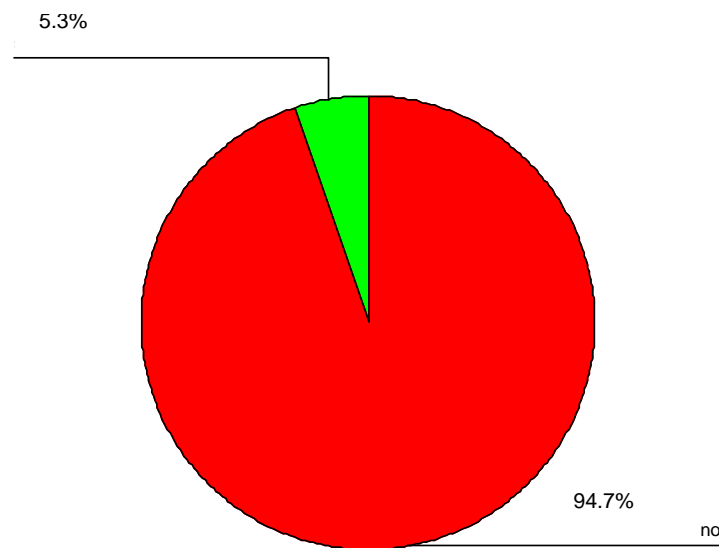
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	232	94.7	94.7	94.7
	si	13	5.3	5.3	100.0
	Total	245	100.0	100.0	

La no actividad de vida sexual no es una causa que impida la realización de PAP, en las 245 pacientes representa un 5.3%, muestra no significativa.

Fuente: encuesta sobre los motivos que tienen las mujeres para no realizarse el estudio del papanicolaou.

GRÁFICA 16

NO TIENE VIDA SEXUAL ACTIVA



El 5.3% de las pacientes estudiadas el no tener VSA es un motivo para la no realización de PAP, no tiene valor significativo, con porcentajes semejantes a estudios ya realizados con los mismos parámetros.

Fuente: encuesta sobre los motivos que tienen las mujeres para no realizarse el estudio del papanicolaou.

CUADRO XXV

REALIZA EL ESTUDIO EN PARTICULAR

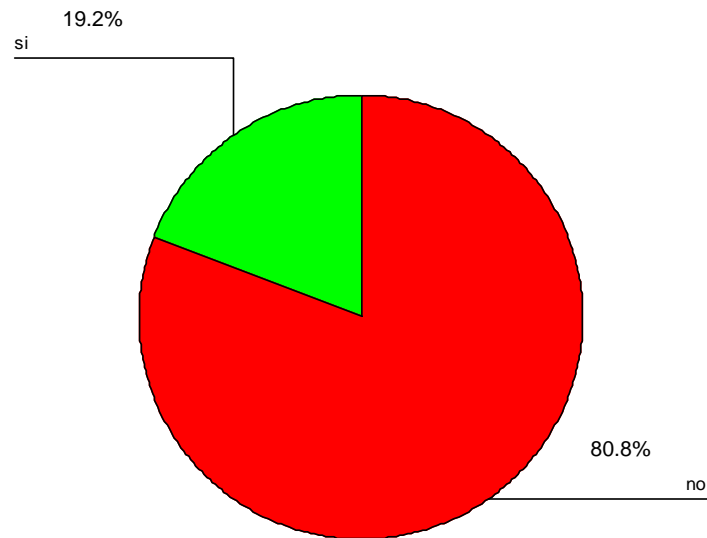
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	198	80.8	80.8	80.8
	si	47	19.2	19.2	100.0
	Total	245	100.0	100.0	

De las 245 pacientes estudiadas 47 de ellas (19.2%) prefiere realizarse el estudio en forma particular representando una muestra significativa en este estudio.

Fuente: encuesta sobre los motivos que tienen las mujeres para no realizarse el estudio del papanicolaou.

GRÁFICA 17

REALIZA EL ESTUDIO EN PARTICULAR



El 80.8% de las pacientes estudiadas se realizan el PAP en la UMF y el 19.2% en forma particular. Porcentaje no significativo.

Fuente: encuesta sobre los motivos que tienen las mujeres para no realizarse el estudio del papanicolaou.

CUADRO XXVI

SE HACE COLPOSCOPIA

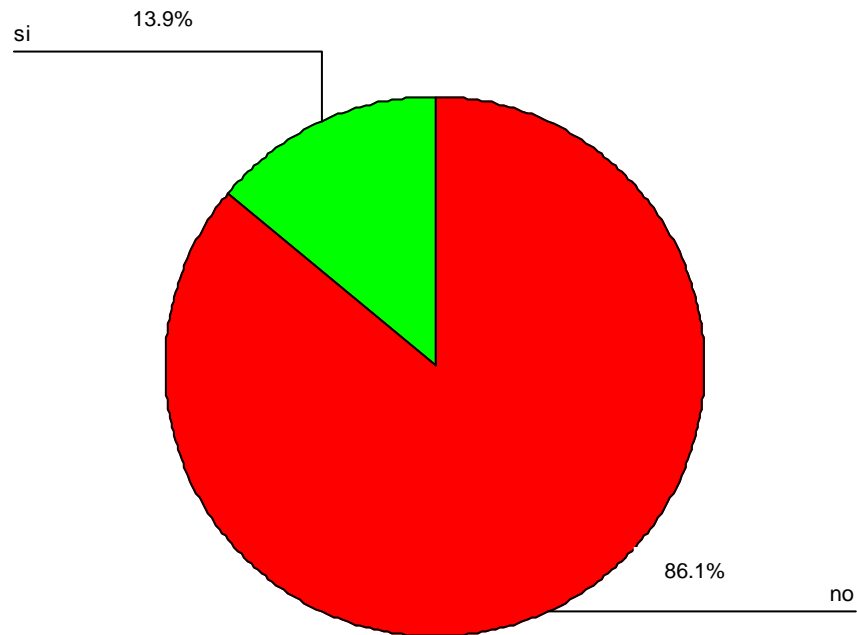
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	211	86.1	86.1	86.1
	si	34	13.9	13.9	100.0
	Total	245	100.0	100.0	

El estudio de colposcopia en forma particular para el 13.9% de las pacientes estudiadas tiene mas certeza que realizarse el PAP en la UMF.

Fuente: encuesta sobre los motivos que tienen las mujeres para no realizarse el estudio del papanicolaou.

GRÁFICA 18

SE HACE COLPOSCOPIA



Para el 83.1% de las pacientes estudiadas la particular no fue ningún motivo que impida realizarse el PAP en la UMF.

Fuente: encuesta sobre los motivos que tienen las mujeres para no realizarse el estudio del papanicolaou.

CUADRO XXVII

MOTIVOS DE LA UNIDAD

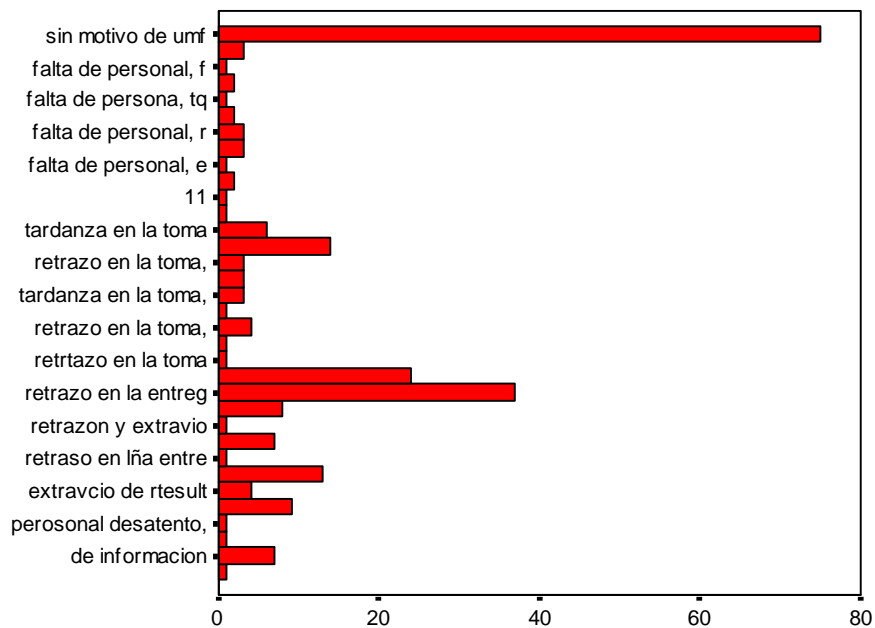
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	sin motivo de UMF	75	30.6	30.6	30.6
	falta de personal	3	1.2	1.2	31.8
	falta de personal, falta de material, retraso en resultados	1	.4	.4	32.2
	falta de personal, tardanza en al toma	2	.8	.8	33.1
	falta de persona, tardanza en la toma, retraso en al entrega	1	.4	.4	33.5
	falta de personal, retraso en la entrega de resultados	2	.8	.8	34.3
	falta de personal, retraso y extravío en la entrega de resultados	3	1.2	1.2	35.5
	falta de personal, extravío de resultados	3	1.2	1.2	36.7
	falta de personal, extravío de resultados, falta de informa	1	.4	.4	37.1
	falta de personal, personal desatento	2	.8	.8	38.0
	11	1	.4	.4	38.4
	falta de material, retraso en la entrega, extravío de resultados	1	.4	.4	38.8
	tardanza en la toma	6	2.4	2.4	41.2
	tardanza en al toma, retraso en la toma de resultados	14	5.7	5.7	46.9
	retraso en la toma, retraso en la entrega, extravío de resultados	3	1.2	1.2	48.2
	tardanza en la toma, retraso y extravío, personal desatento	3	1.2	1.2	49.4
	tardanza en la toma, retraso en entrega, personal desatento	3	1.2	1.2	50.6
	retraso en la toma, y entrega, falta de privacidad y conocimiento	1	.4	.4	51.0
	retraso en la toma, y extravío de resultados	4	1.6	1.6	52.7
	retraso en la toma, extravío de resultados, personal desaten	1	.4	.4	53.1
	retratazo en la toma y falta de información	1	.4	.4	53.5

	retrazo en la entrega de resultados	24	9.8	9.8	63.3
	retrazo en la entrega, extravío de resultados	37	15.1	15.1	78.4
	retrazo y extravío de resultados, personal desatento	8	3.3	3.3	81.6
	Retrazo en y extravío de resultados, falta de privacidad y conocimiento	1	.4	.4	82.0
	retrazo en la entrega de resultados, personal desatento	7	2.9	2.9	84.9
	retrazo en la entrega de resultados, falte de privacidad	1	.4	.4	85.3
	Extravío d resultados	13	5.3	5.3	90.6
	Extravío de resultados, personal desatento	4	1.6	1.6	92.2
	personal desatento	9	3.7	3.7	95.9
	Personal desatento, falte de privacidad	1	.4	.4	96.3
	personal desatento falta de información	1	.4	.4	96.7
	de información	7	2.9	2.9	99.6
	manejo inadecuada de las citologías	1	.4	.4	100.0
	Total	245	100.0	100.0	

Fuente: encuesta sobre los motivos que tienen las mujeres para no realizarse el estudio del papanicolaou.

GRÁFICA 19

MOTIVOS DE LA UNIDAD



La gráfica muestra los principales motivos de la UMF por los que no les realizan su PAP a las pacientes.

Fuente: encuesta sobre los motivos que tienen las mujeres para no realizarse el estudio del papanicolaou.

CUADRO XXVIII

FALTA DE PERSONAL

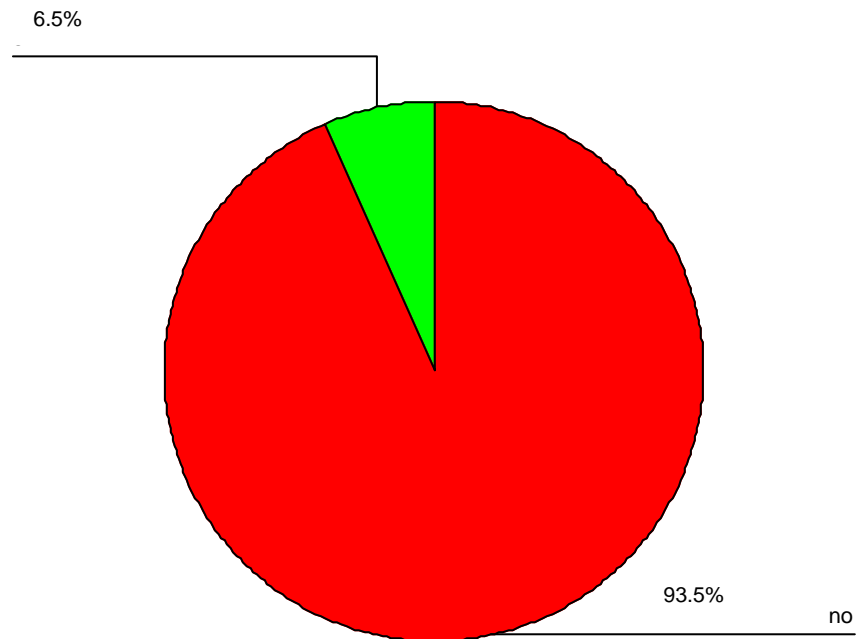
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	229	93.5	93.5	93.5
	si	16	6.5	6.5	100.0
	Total	245	100.0	100.0	

La falta de personal en la UMF es un motivo para que el 6.5% de las pacientes estudiadas no se les realice el PAP muestra no significativa.

Fuente: encuesta sobre los motivos que tienen las mujeres para no realizarse el estudio del papanicolaou.

GRÁFICA 20

FALTA DE PERSONAL



Para el 93.5% de las pacientes la falta de personal en la UMF no fue un motivo para la no realización de PAP.

Fuente: encuesta sobre los motivos que tienen las mujeres para no realizarse el estudio del papanicolaou.

CUADRO XXIX

FALTA DE MATERIAL

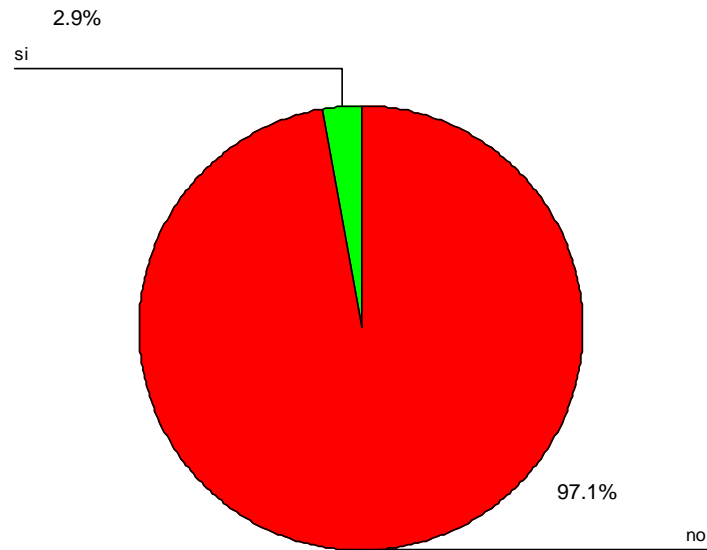
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	238	97.1	97.1	97.1
	si	7	2.9	2.9	100.0
	Total	245	100.0	100.0	

La falta de material en la UMF no es un motivo para la no realización de PAP. Representa el 2.9% del total de pacientes estudiadas, muestra no significativa.

Fuente: encuesta sobre los motivos que tienen las mujeres para no realizarse el estudio del papanicolaou.

GRÁFICA 21

FALTA DE MATERIAL



El 97.1% de las pacientes estudiadas la falta de material en la UMF no fue motivo para la realización de PAP.

Fuente: encuesta sobre los motivos que tienen las mujeres para no realizarse el estudio del papanicolaou.

CUADRO XXX

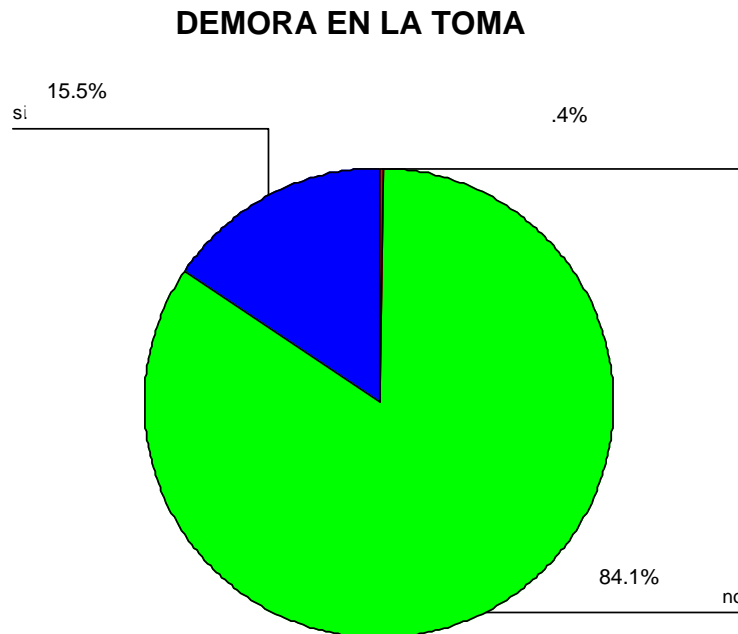
DEMORA EN LA TOMA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos		1	.4	.4	.4
	no	206	84.1	84.1	84.5
	si	38	15.5	15.5	100.0
	Total	245	100.0	100.0	

La tardanza en la toma del PAP muestra que el 15.5% de pacientes estudiadas no se lo realiza por este motivo, muestra significativa.

Fuente: encuesta sobre los motivos que tienen las mujeres para no realizarse el estudio del papanicolaou.

GRÁFICA 22



Para el 84.1% de las pacientes estudiadas la tardanza en la toma del PAP no es un motivo para la no realización del mismo.

Fuente: encuesta sobre los motivos que tienen las mujeres para no realizarse el estudio del papanicolaou.

CUADRO XXXI

DEMORA EN LA ENTREGA

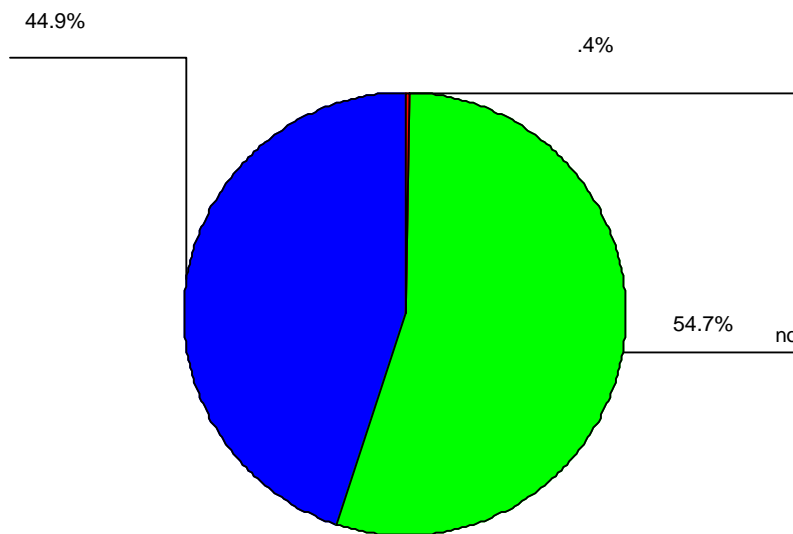
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos		1	.4	.4	.4
	no	134	54.7	54.7	55.1
	si	110	44.9	44.9	100.0
	Total	245	100.0	100.0	

La demora en la entrega de resultados en este estudio muestra que un 49.9% de las pacientes estudiadas no acudan a realizarse su PAP por este motivo, porcentaje significativo.

Fuente: encuesta sobre los motivos que tienen las mujeres para no realizarse el estudio del papanicolaou.

GRÁFICA 23

DEMORA EN LA ENTREGA



Un 44.9% de las pacientes estudiadas no se realizan el PAP por la tardanza en la entrega de resultados. Siendo una muestra significativa para el programa de DOC en la UMF.

Fuente: encuesta sobre los motivos que tienen las mujeres para no realizarse el estudio del papanicolaou.

CUADRO XXXII

EXTRAVIÓ DE RESULTADOS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos		4	1.6	1.6	1.6
	no	161	65.7	65.7	67.3
	si	80	32.7	32.7	100.0
	Total	245	100.0	100.0	

El extravío de los resultados del PAP es un motivo trascendente para la no realización del DOC, como lo muestra el 32.7% de las pacientes estudiadas.

Fuente: encuesta sobre los motivos que tienen las mujeres para no realizarse el estudio del papanicolaou.

GRÁFICA 24



Para el 65.7% del total de pacientes estudiadas recibieron su resultado oportunamente y el 32.7% no lo recibieron por extravío. Lo que condiciona la baja cobertura del DOC.

Fuente: encuesta sobre los motivos que tienen las mujeres para no realizarse el estudio del papanicolaou.

CUADRO XXXIII

PERSONAL DESATENTO

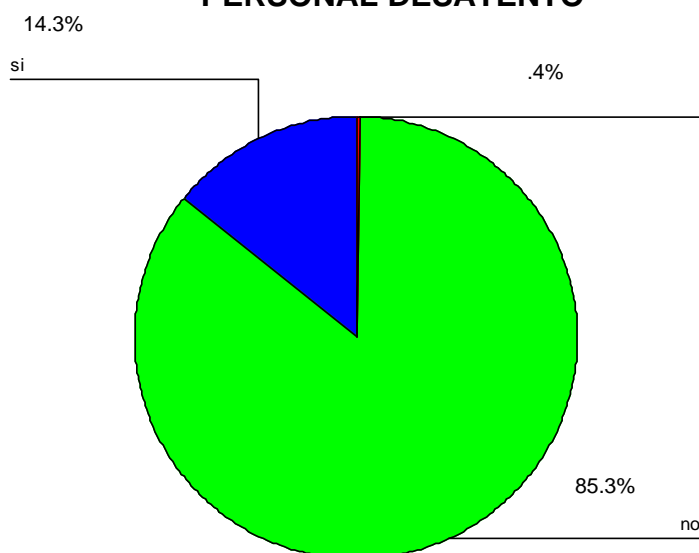
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos		1	.4	.4	.4
	no	209	85.3	85.3	85.7
	si	35	14.3	14.3	100.0
	Total	245	100.0	100.0	

El 14.3% de las pacientes estudiadas no se realiza su PAP porque el personal de la unidad les brinda poca atención, siendo una muestra representativa.

Fuente: encuesta sobre los motivos que tienen las mujeres para no realizarse el estudio del papanicolaou.

GRÁFICA 25

PERSONAL DESATENTO



De las 245 pacientes para el 85.3% la falta de atención del personal de la unidad no fue un motivo para realizarse su PAP.

Fuente: encuesta sobre los motivos que tienen las mujeres para no realizarse el estudio del papanicolaou.

CUADRO XXXIV

FALTA DE PRIVACIDAD

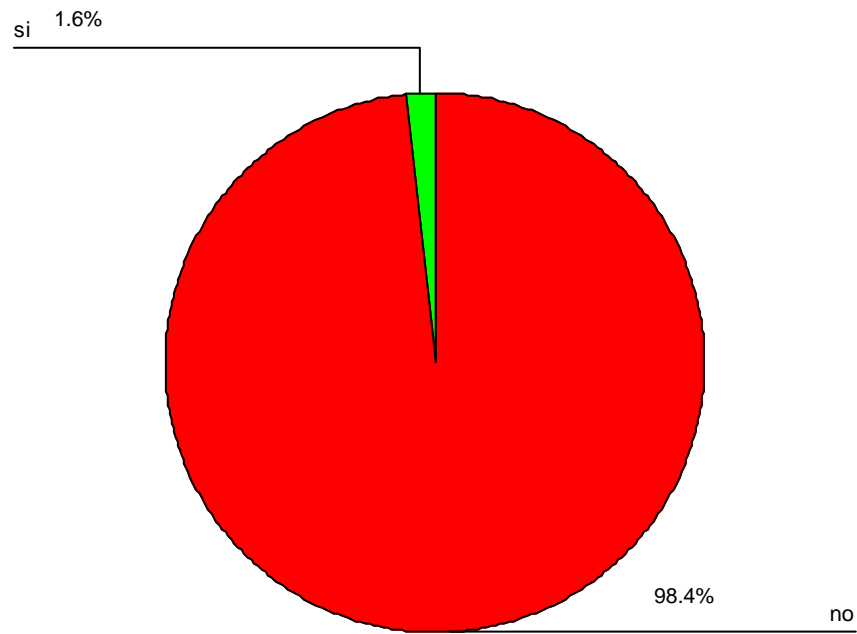
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	241	98.4	98.4	98.4
	si	4	1.6	1.6	100.0
	Total	245	100.0	100.0	

La falta de privacidad para la no realización del PAP en este estudio fue de 1.6% del total de pacientes, muestra no significativa.

Fuente: encuesta sobre los motivos que tienen las mujeres para no realizarse el estudio del papanicolaou.

GRÁFICA 26

FALTA DE PRIVACIDAD



Un 98.4% del total de pacientes refirieron la UMF cuenta con un lugar adecuado para realizarse su PAP.

Fuente: encuesta sobre los motivos que tienen las mujeres para no realizarse el estudio del papanicolaou.

CUADRO XXXV

FALTA DE INFORMACIÓN

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	234	95.5	95.5	95.5
	si	11	4.5	4.5	100.0
	Total	245	100.0	100.0	

El 4.5% de las pacientes estudiadas no acudieron a realizarse su PAP, por falta de información, muestra no significativa.

Fuente: encuesta sobre los motivos que tienen las mujeres para no realizarse el estudio del papanicolaou.

GRÁFICA 27



EL 95.5% refirió que la falta de información del personal de la UMF no es un motivo para que no se realice el PAP.

Fuente: encuesta sobre los motivos que tienen las mujeres para no realizarse el estudio del papanicolaou.

CUADRO XXXVI

MANEJO INADECUADO DE CITOLOGÍAS

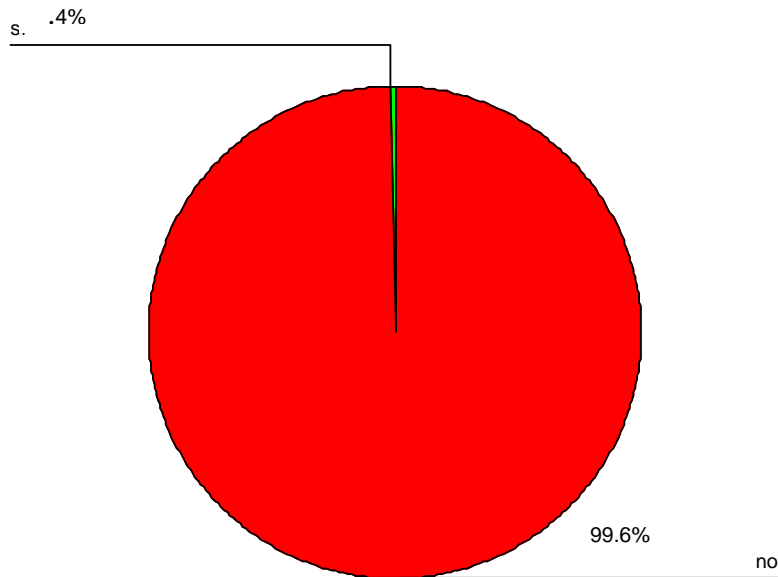
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	244	99.6	99.6	99.6
	si	1	.4	.4	100.0
	Total	245	100.0	100.0	

El .4% del total de pacientes estudiadas refirieron no recibir el resultado del PAP, por haberles tomado una muestra inadecuada. Además el reporte del citotecnólogo hace referencia a que la muestra fue tomada con mala técnica.

Fuente: encuesta sobre los motivos que tienen las mujeres para no realizarse el estudio del papanicolaou.

GRÁFICA 28

MANEJO INADECUADO DE CITOLOGÍAS



El 99.6% de las pacientes estudiadas refirieron que la técnica en la toma del PAP fue adecuada y no fue necesario una segunda toma.

Fuente: encuesta sobre los motivos que tienen las mujeres para no realizarse el estudio del papanicolaou.

CUADRO XXXVII

FALTA DE VIGENCIA

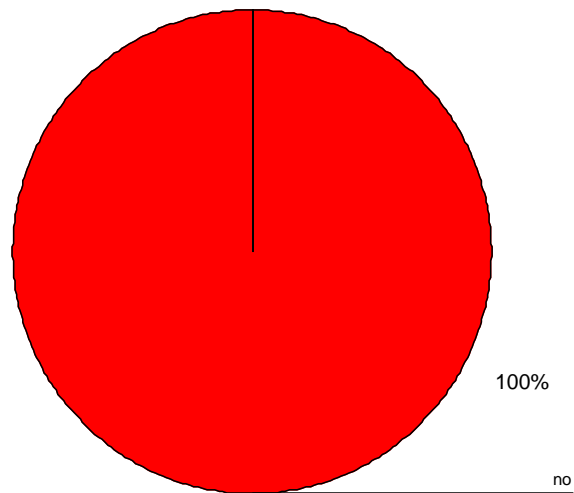
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	245	100.0	100.0	100.0

En relación a la falta de vigencia no se presentó ningún problema ya que el 100% de las pacientes refirieron que este no es un motivo para realizarse el PAP, y que cuando no tienen vigencia acuden a otras instituciones de salud.

Fuente: encuesta sobre los motivos que tienen las mujeres para no realizarse el estudio del papanicolaou.

GRÁFICA 29

FALTA DE VIGENCIA



El 100% de las pacientes refiere que la falta de vigencia no es un motivo para que no se realicen su PAP.

Fuente: encuesta sobre los motivos que tienen las mujeres para no realizarse el estudio del papanicolaou.

DISCUSIÓN.

Los determinantes de la participación de las usuarias en el programa de DOC en el presente estudio son complejos, pero uno de los más importantes fueron: el desconocimiento del programa, la falta de tiempo, la pena, el temor, el retraso en la entrega de resultados, el extravío de resultados y el personal desatento.

En México se le ha atribuido el bajo impacto del programa de la detección oportuna de cáncer a tres factores: a).- la escasa cobertura poblacional del programa (15%), b).- a que solo se previene 13% de los casos potencialmente prevenibles, c).- a la deficiente calidad de las muestras citológicas.

En el Reino Unido se han alcanzado captaciones del 85% de las pacientes debido a que utilizan un sistema computarizado para recordarles telefónicamente la necesidad de realizar el escrutinio.

En relación a la edad manejamos una media de 38 años (pacientes estudiadas de 16 a 78 años de edad) que se comparara con estudios previos ya realizados en donde abarca edades semejantes en donde además se pudo detectar que sigue ocupando la mayor prevalencia de no realizarse PAP en las edades de mayor riesgo.(1,21)

El estado civil que predominó fueron las casadas, 66.1%, semejante a porcentaje de estudio en una UMF. No 28, del IMSS, con el 67%.

No es significativo el estado civil, para la realización de PAP, ya que la mayoría de las pacientes no se había realizado un DOC reciente. (13)

La ocupación que predominó en 154 pacientes (62.9%) fue el hogar, semejante a estudio realizado en una UMF del IMSS en donde el hogar predominó en un (67%), y en otro estudio que reporta el 50% de 150 mujeres se dedicaban al hogar. En relación a este concepto la ocupación fue una variable muy significativa ya que se relaciona con la baja cobertura del programa de DOC, aunado a su bajo nivel de escolaridad, ya que tener estudios profesionales no es un factor que determine acudir a la DOC como habría de esperarse. (13, 17)

La religión está representada en este estudio por 186 pacientes con un 75.9%, con estadísticas semejantes reportadas en otros estudios en donde reportan a la población católica hasta en un 91%. La religión no es un factor determinante para la realización del DOC, si no más bien sus costumbres arraigadas y transmitidas de generación en generación mismas que le dan significado a los sentimientos y pensamientos de cada una de ellas. (1, 2,13)

En relación a el nivel socioeconómico de este estudio predominó nivel socioeconómico bajo en 195 mujeres (79.6%) representando una muestra altamente significativa, para la no realización del DOC.

Relacionándose con otros estudios que investigaron la misma variable, representando el mayor porcentaje de las mujeres que no acuden al DOC, entre las mujeres de 20 a 35 años, lo cual coincide con lo expuesto por Romero Cancio, que menciona que las mujeres menores de 35 años son las que menos se realizan la detección, así como también mencionado por Lazcano Ponce.

Esto hace evidente lo que otros autores mencionan como una mayor prevalencia de CaCu en mujeres jóvenes, epidemiológicamente comparado con estudios realizados en Morelos México. (13, 15, 17, 22)

En relación al grado escolar de las 245 pacientes predominó el analfabetismo en 89 mujeres (36.3%), y primaria 72 mujeres (29.4%), que continúa siendo una variable altamente significativa para la no realización del DOC, comparado con estudio realizado en los estados de México, Morelos, Veracruz y el Distrito Federal en donde en grado escolar de las pacientes se encontraron entre 1 y 6 años representando un 53.3%. (15, 22)

El analfabetismo se sigue asociando con los factores de mayor incremento en la posibilidad de desarrollar CaCu. (13, 14, 15)

En relación a los motivos personales:

En relación al temor y a la pena el porcentaje fue similar entre un 19.2% y un 23.3%. Muestra no significativa en comparación con otros estudios en donde el porcentaje fue mayor, por temor el 63% y por pena el 70% de las pacientes que no se realizan el PAP por este motivo. Este estudio, comparado al realizado en una UMF del IMSS de Colima, no fueron significativos. (1,13)

El 1.2% de las mujeres que no se realizan el PAP debido a que su pareja no se lo permite no es una muestra significativa, ya que en otros estudios demuestran que en una UMF del IMSS de Torreón Coahuila un 75% de las parejas está de acuerdo en que la mujer se realice el PAP. (2, 13)

Con respecto a la religión en este estudio no tiene representación significativa y que no es motivo para la realización del PAP. (14, 17)

El factor principal para utilizar el programa de detección de CaCu es el desconocimiento de la utilidad de la prueba del PAP (86.9%), en la UMF 59 de Loma Bonita, Oax.

Este hallazgo es similar con los que se han encontrado en estudios previos en una población urbana de la ciudad de México y en un área rural del estado de Oaxaca. (2)

Considerando lo anterior, la educación para fomentar el uso de la prueba del PAP es una de las principales acciones que deben llevarse a cabo con las mujeres que corren un gran riesgo de padecer displasia cervical.

La falta de tiempo en nuestro estudio representa un 28.2% para la no realización del DOC, y que no se relaciona con otros estudios en donde no tuvo relevancia, con 7% no significativa. (1)

La distancia a la UMF para realizarse el DOC tuvo un porcentaje del 2.4% no significativo de las que no acuden ya que la clínica esta accesible.

Comparado con un estudio realizado en la UMF No. 4 de Zacatecas en donde la accesibilidad a la clínica es difícil, 31% no se realiza DOC por este motivo. (3,13)

El riesgo de dolor o sangrado no fue significativo en este estudio, ya que solo 2.4%, no se realiza su PAP por este motivo. Sin embargo otro estudio realizado en una UMF del IMSS, de Torreón Coahuila el 36% de la población derechohabiente no se lo realiza por esta causa. (1,13)

El no tener vida sexual activa, para la realización del DOC, no fue significativa, ya que solo 13 pacientes (5.3%) no se lo realizaban. Sin embargo no quedan exentas de desarrollar CaCu, ya que se sabe que con el primer coito se puede adquirir el VPH. (12, 14, 15, 22)

Realizarse el DOC en forma particular fue significativa en este estudio, ya que 47 pacientes (19.2%) se realizan en forma privada. Porcentaje similar a estudio realizado en una UMF del IMSS, en donde el 20% de esa población se lo realizaba en forma particular, un 40% en SSA, y un 5% en el ISSSTE. (9)

De las pacientes que prefieren realizarse la en forma particular fueron 34 (13.9%) muestra poco significativa. En relación a las 211 pacientes (86.1%) que prefiere seguirse realizando el PAP.

Lo que las pacientes desconocen que el HGZ No. 3 a donde son referidas cuando presentan una citología anormal (ejem. VPH) ya cuenta con una clínica de displasia desde el 2005, donde es posible la realización de y/o biopsia dirigida, cono con asa diatérmica y criocirugía y seguimiento y tratamiento. (3,11,)

Otros estudios han demostrado que la citología cervical no es confiable ya que puede presentar falsos negativos por lo que seria prudente realizar citología y inicial en todos los casos, y después de citología y anormales, realizar vigilancia citologica exclusivamente.

La rutinaria aunado a la citología disminuiría la posibilidad de no identificar lesiones anormales, lo que permitiría además realizar una evaluación de todo el tracto genital inferior y no solo el del cervix.

Este seguimiento que actualmente ya se realiza ante un estudio de citología anormal es similar al realizado en una clínica del IMSS de Gómez Palacio Durango, en donde pacientes con un PAP alterado se refirieron a la clínica de displasia. (3, 5, 11, 21)

En relación a los motivos de la unidad:

La falta de personal y de material en la UMF para la realización del PAP no fue relevante ya que solo 16 (6.5%) no se lo realizaron por falta de personal y 7 (2.9%) por falta de material (guantes, cepillos, espátulas, espejos vaginales y laminillas).

En relación a la falta de personal hay controversia ya que no hay estudios en donde se mencione la falta de personal como causa de la no realización del DOC.

Comparado con un estudio realizado en Cuernavaca Morelos en el SSA, la falta de material presento un mayor porcentaje hasta un 50% en donde las participantes en este estudio en muchas ocasiones ellas compraban los guates de látex faltantes. (4)

El tiempo de espera para la toma del DOC es un factor importante ya que en este estudio 38(15.5%) no se lo realizan contribuyendo con esto de que la cobertura no llegue al 100% y con mayor riesgo de CaCu.

En relación al tiempo de espera en un estudio realizado en el SSA de Cuernavaca Morelos, el 60% de las pacientes esperaron de 15 minutos hasta 2 horas para que se le realizara el PAP, quedando insatisfechas de dicho servicio.

En nuestro estudio no se investigo el tiempo de espera por lo que no es una muestra significativa pero que si favorece al riesgo de displasia.

Comparado con un grupo pionero CIDHAL (Comunicación, Intercambio y Desarrollo Humano en América Latina) el tiempo de espera fue de 15 a 40 minutos. (4)

La demora en la entrega de resultados en nuestro estudio se obtuvo una muestra muy significativa ya que 110 que representan el 44.9% por este motivo no se lo realizan, en algunas pacientes el tiempo para recibir el resultado fue mayor de 3 meses, con resultados semejantes a estudio realizado en SSA en donde también tardaban de 2 a 3 meses en entregarlo, y en una organización no gubernamental CIDHAL el tiempo de espera es de 8 a 15 días.

Comparado con un estudio realizado en una UMF del IMSS de Zacatecas el tiempo de espera para recibir sus resultados fue mayor de un mes 22% haciendo notar que en esta UMF la demora en la entrega de resultados no es significativa, no así en nuestro estudio. (9)

El extravío de resultados también representa un factor importante para la baja cobertura del programa, de 80(32.7%) refirieron extravío de resultado, y que en ocasiones les han realizado una segunda toma con el mismo resultado lo que ha generado la poca confianza para acudir a su DOC, comparado con un estudio realizado en el IMSS de Zacatecas el extravío de los resultados tuvo un porcentaje menor no significativo esta clínica cuenta con citotecnólogo. (9)

En relación al personal desatento en este estudio 35(14.3%) refirieron no hacerse el PAP por este motivo y 209(85.3%) califican al personal como un buen servicio por lo que esta muestra se considera no significativa y tiene una relación semejante con un estudio realizado en una UMF del IMSS de Torreón Coahuila en donde el 59% refirió buen trato por el servicio de medicina preventiva. (13)

La falta de privacidad tuvo una muestra no significativa de 1.6%, porcentaje incongruente ya que el cubículo que se utiliza para realizar el PAP, realizan otros tipos de actividades como vacunación, planificación familiar y detecciones. (13)

Comparado con otro estudio realizado en Cuernavaca Morelos el 80% de las usuarias del SSA reportaron un espacio limitado en la clínica ya que no se cuenta con un espacio exclusivo y privado para la toma de citologías, solo existe una habitación destinada, tanto a la realización de la prueba como vacunación, control prenatal y vacunaciones. (4)

En relación a la falta de información el resultado no fue significativo ya que solo 11 pacientes (4.5%) refirieron falta de información, porcentaje incongruente ya que en la unidad no se realizan carteles o folletos alusivos al CaCu. La información se las brindan en el momento en que son recibidas en dicho servicio. Y solo se cuenta con un personal que cubre el servicio durante 8 horas para las diversas actividades que ahí se realizan.

Y un estudio realizado en una UMF del IMSS de Torreón Coahuila el cual es más congruente ya que 41% de las mujeres recibieron información sobre la importancia de realizarse la detección. (13)

En el manejo inadecuado de las citologías el resultado no fue significativo ya que solo una paciente (.4%) la refirieron como muestra inadecuada en relación a las 245 pacientes 99.6% reportadas como toma adecuada. Resultado incongruente ya que la persona que toma las citologías no tiene ninguna supervisión de la técnica y es el citotecnólogo el que detecta tomas inadecuadas siendo necesario una segunda toma.

En un estudio realizado en una HGZ del IMSS en Tlaxcala de acuerdo a las normas establecidas, se detecto que de 4260 laminillas revisadas solo el 19% de las muestras fueron tomadas apropiadamente conteniendo células endocervicales y de metaplasia escamosa. Un numero importante de muestras carecían de todos los elementos celulares que se requieren para su interpretación y de 1435 (33.8%) no contenían ningún material útil.

Por lo que se les realizó una encuesta a las encargadas de tomar las muestras abarcando puntos como uso de material, identificación de laminillas, sitios de toma de la muestra, eliminación de exudado abundante antes de la toma, el resultado de la evaluación fue adecuada en un 100% de las entrevistadas en aspectos: conocimientos de material y equipo, sitio de identificación de la laminilla, uso de abatelengua o cepillo en el orificio cervical. Y posterior a una capacitación del personal llama la atención que de 3711 muestras obtenidas, solo el 46% tuvieron material adecuado y después de capacitarlas nuevamente durante seis meses de 4527 laminillas solo 41% contenían material adecuado. (6, 4, 10,7)

En relación a la falta de vigencia no tuvo relevancia ya que todas las pacientes durante el estudio no tuvieron ningún problema de vigencia.

Esto da soporte a la necesidad de concentrar recursos en los grupos que necesitan la prueba, mujeres con menos educación, menores de 25 años y mujeres de edad madura quienes nunca se han realizado la prueba de citología cervicovaginal. (3)

La información utilizada para realizar el análisis se recopiló entre noviembre 2004 a noviembre 2005, participando 245 pacientes.

CONCLUSIONES.

De los factores relacionados con una baja utilización del servicio de medicina preventiva para la DOC en la UMF 59 del IMSS, de los motivos personales predominó el desconocimiento del programa como principal causa para no acudir a realizarse su DOC, ya que de las 245 pacientes 213(86.9%) dijeron desconocerlo y solo un porcentaje menor dijeron conocerlo, 32(13.1%) parámetros semejantes como se ha comentado en otros estudios realizados.

El temor, la pena y la falta de tiempo, siguen siendo hasta la fecha causas de la baja cobertura del programa, con porcentajes similares en investigaciones realizadas con los mismos parámetros. El resto de los motivos no fue relevante.

En relación a su estado civil 162 mujeres (66.1%) casadas, 154(62.9%) dedicadas a las labores del hogar, 195(79.8%) de nivel socioeconómico bajo, 89(36.3%) eran analfabetas, 72(14.4%) con primaria y solo 7 pacientes (2.9%) profesionistas. El resto 77 pacientes (31.5%) contaban con secundaria y bachillerato.

Siendo más frecuente el desconocimiento del programa en los grupos de edad de 20 a 39 años, lo cual nos podría indicar que los programas de educación e información no están llegando a las mujeres jóvenes. Pero también se tendrá que tomar en consideración a las mujeres de edad madura que también representan mayor riesgo de neoplasia cervical.

En relación a los motivos de la unidad la demora en la entrega de resultados sigue siendo una de las principales causas para la baja cobertura del DOC. Con un porcentaje de 44.9%, seguida del extravió de resultado con 32.2% y por demora en la toma del DOC 15.5%, por parte del personal de la UMF. El resto de los motivos no fue relevante. Aunque en relación a la falta de personal así como de el material el resultado es incongruente ya que hay carencias en ambos factores. En el manejo de las citologías inadecuadas se relaciona con la falta de capacitación del personal del servicio de medicina preventiva para realizar una toma adecuada ya que hay reportes por parte del citotecnólogo que interpreta las laminillas de que algunas no fueron tomadas adecuadamente o no contenían ningún material. Siendo necesario realizar otra toma lo que ocasiona molestias en las pacientes.

La multiparidad sigue siendo un factor importante para el desarrollo de CaCu. En nuestro estudio 160 pacientes tuvieron de 1 a 3 embarazos, 65.30% y 118 tuvieron de 1 a 3 hijos 48.16% y las que tuvieron más de 3 hijos fueron 72 (29.37%), de 4 o más embarazos 73 (29.81%).

El inicio de la vida sexual activa en este estudio también fue un factor importante para riesgo de CaCu o VPH. Ya que en las 245 pacientes 139 (56.73%) iniciaron entre los 14 y 18 años de edad. Parámetros semejantes a otros estudios ya realizados.

A pesar de que el programa sigue teniendo baja cobertura, a la fecha se ha logrado un incremento poco visible ya que a través de otorgarle la tarjeta de salud a las pacientes a la vez se les invita a realizarse el DOC.

También en el medio rural se ha logrado un incremento en el tamizaje del PAP a través del programa oportunidades ya que les exigen la realización del DOC.

La sensibilización de la población blanco debe ser una actividad cotidiana de los prestadores de servicios con el fin de incrementar la utilización de servicios de medicina preventiva para la DOC por las usuarias de unidades de medicina familiar.

Es indiscutible que el compromiso de la UMF 59 determinen algunas estrategias concretas de reorganización y monitoreo continuo de los programas de DOC que permitan la mejoría de los procesos apegados a los indicadores estándares internacionales.

Las causas detectadas que hacen que los resultados del PAP no se reciban oportunamente en esta unidad son:

- No se cuenta con citotecnólogo en la unidad.
- Las muestras se envían al HGZ No.3 en donde cuentan con este personal pero solo labora sábado y domingo.
- El retraso y el extravió de las muestras se debe a que no hay una persona encargada de llevar y traer las muestras, por lo que lo realiza cualquier personal de la UMF 59 que acude al HGZ No. 3
- El citotecnólogo del HGZ No. 3 interpreta entre sábado y domingo aproximadamente 500 muestras lo que pudiera generar un posible error en los resultados.
- la falta de personal en el servicio de medicina preventiva ocasiona desinterés para dar pláticas de orientación o motivación relacionada con las detecciones. Solo se cuenta con una enfermera que se encarga de realizar todas las actividades de detecciones, vacunación, seguimiento de pacientes con TBP, planificación familiar y una promotora que sale fuera de la unidad para aplicación de vacunas.
- El horario asignado para la toma de DOC es de las 8:00 a 16:00 hrs. Ocasionando desinterés por parte de las pacientes.
- Por parte del área médica también encontramos desinterés para enviar a las pacientes a su DOC ocasionando con esto la baja productividad del programa.
- La falta de capacitación de la enfermera de medicina preventiva para el procedimiento de la toma de muestras de la citología vaginal.

Los obstáculos para avanzar en los programas de DOC incluyen la falta de prioridad que se da a las cuestiones de salud de la mujer, el insuficiente conocimiento público sobre el CaCu y un escaso entendimiento acerca de las limitaciones de la prevención secundaria.

Los resultados del estudio indican la necesidad de llevar a cabo intervenciones educativas para incrementar la cobertura en las mujeres de alto riesgo. A este respecto, varios autores han estudiado de manera extensa las campañas educativas para promover la participación en los programas de DOC.

No obstante ante estos resultados previos ya se inicio en la UMF 59 del IMSS de esta localidad una promoción del programa más intensiva, dirigido a todos los grupos de edad.

COMENTARIOS.

Como solución para mejorar la cobertura de este programa se puede lograr llevando a cabo las siguientes estrategias:

- Incrementar la plantilla del personal de medicina preventiva cubriendo turno matutino y vespertino.
- Distribuir información acerca del programa de DOC destacando los beneficios del mismo.
- Garantizar un seguimiento epidemiológico, con los criterios específicos de cobertura, seguimiento diagnóstico y tratamientos especializados específicos para cada paciente.
- Mejorar la calidad de las muestras mediante el uso de nuevas técnicas como: Thinprep.
- Mejorar la interpretación del PAP implementando nuevas tecnologías computarizadas.

La incorporación y capacitación de la nueva tecnología podría incrementar la exactitud del diagnóstico, disminuyendo los falsos negativos, permitiendo con esto la reducción de las tasas de morbilidad por CaCu en nuestro país.

BIBLIOGRAFÍA.

- 1 Álvarez-González MG. Et al. "Tamizaje de cáncer cervicouterino en trabajadoras de Salud. Un análisis comparativo con derechohabientes" *Ginecología y Obstetricia de México*. 69; 2001: 227- 232.
- 2 Lazcano Ponce EC, Moss S. Cruz-Valdez A, Alonso de Ruiz P. Cesares Queratl S, Martínez León Cj. Hernández Ávila M. "Factores que determinan la participación en el tamizaje de cáncer cervical en el estado de Morelos". *Salud Pública de México*. 41; 1999: 278-285.
- 3 Rodríguez Reyes ER. Et al. "Evaluación del Programa de detección oportuna del cáncer cervicouterino (DOC) en Durango, México". *Ginecología y Obstetricia de México*. 70; 2002: 3-6.
- 4 Gómez Jáuregui J. A., M. en Econ. S. "Costos y Calidad de la prueba de detección oportuna del Cáncer cervicouterino en una clínica pública y en una organización no gubernamental". *Salud Pública de México* 43; 2001: 279-288.
- 5 Dr. Rodríguez Reyes ER, Dr. Quiñones Pérez JM, Dr. Cerda Flores RM, Dr. Cortés Gutiérrez EF. "Programa de detección oportuna del Cáncer Cervicouterino (DOC): cobertura, asiduidad, diagnóstico y seguimiento en Gómez Palacio, Durango". *Ginecología y Obstetricia de México*, 68; 2000: suplemento 1. 25-26.
- 6 Ct. Gómez Macias M.J Ct. Díaz Barranco I, Ct. Quiroz Pérez S, Ct. Olvera Rodríguez A. Dr. De la Rosa Morales V. "Evaluación de una intervención educativa en la mejora de procedimiento para DOC". *Rev. Enferm. IMSS* 10 (3); 2002: 137-144.
- 7 Velasco Murillo V. "El cáncer Cervicouterino, El médico familiar frente al problema". *Rev. Med. IMSS*, 39 (6); 2001: 509-515.
- 8 Arillo Santillán E. Lascano- Ponce E., Periz M, Salazar- Martínez E. Salmeron Castro J. Alonso- de Ruiz P. "El conocimiento de profesionales de la salud sobre la prevención del Cáncer cervical. Alternativas de educación Médica". *Salud Pública de México*. 42; 2000: 34-42.

- 9 Hernández Hernández CI. Girón Carrillo JI. Correa Chacón Aj. Hernández Lara JI. Esquivel Adame A. Jacobo Saucedo Am. "Limitantes en la utilización del Servicio de Medicina Preventiva para la DOC". Rev. Enferm. IMSS. 10(1); 2002: 7-10.
- 10 Dr. José Pedro Arzac. "Valor de la citología de descamación vaginal en el diagnóstico de la fisiología ovárica y del cáncer uterino". Ginecología y Obstetricia de México. 69; 2001:453-460.
- 11 Suárez Rincón A. E. Et al "Lesiones escamosas intraepiteliales en pacientes VIH seropositivas. Su frecuencia y asociación con factores de riesgo para neoplasia cervical". Ginecología y Obstetricia de México. 71; 2003, 32-42.
- 12 Dr. Gonzáles Sanchez J. L. Et al, "Valor de los receptores a estrógeno y a progesterona en el manejo de las lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado". Ginecología y Obstetricia de México. 69; 2001: 1-5.
- 13 Fartan Muñoz LC. Et al. "Factores socioculturales en mujeres que no acude a detección oportuna de cáncer cervicouterino". Rev. Enferm. 12; 2004: 123-130.
- 14 Zamara Vázquez FA. Et al "Factores de riesgo para el cáncer de cervix". Ginecología y Obstetricia de México. 71; 2003: 112-117.
- 15 Tirado Gómez LL. Et al. "Factores de riesgo de cáncer cervicouterino invasor en mujeres mexicanas". Salud Pública de México. 47; 2005: 342-350.
- 16 Dr. Sifuentes Alvarez A. Dr. Reyes Romero M. "Factores de riesgo para cáncer cervicouterino por IVPH: polimorfismo del condón 72 del gen oncosupresor p53 en mujeres que acuden a atención hospitalaria". Ginecología y Obstetricia de México. 71; 2003: 12-15.
- 17 Hernández Hernández DM. "Cáncer de cuello uterino. Factores sociales, clínicos y reproductivos asociados con lesiones precursoras". Rev. Med. 39; 2001: 325-333.

- 18 George F. Samaya. Et al. "CURRENT APPROACHES TO CERVICAL-CANCER SCREENING". The New Journal of Medicine. 344; 2001: 1603-1607.
- 19 Flores Y. Shan K. Et al. "Design and methods of the evaluation of an HPV-based cervical cancer screening strategy in Mexico: The Morelos HPV Study". Salud Publica de Mexico. 44; 2002: 335-344.
- 20 Vázquez Corzo S. Et al. "Asociación entre la presencia de anticuerpos anti-Ras y anti-VP16 E4/E7 y lesiones intraepiteliales del cervix". Salud Pública de México. 45; 2003: 335-344.
- 21 Pérez Cruz E. Et al. "Detección y seguimiento con inspección visual del cervix para la prevención del cáncer cervicouterino en las zonas rurales de México. Salud Pública de México. 47; 2005: 39-47.
- 22 Hernández Jirón C, Smith JS. "Prevalencia de infección por virus del papiloma humano (VPH) de alto riesgo y factores asociados en embarazadas derechohabientes del IMSS en el estado de Morelos". Salud Pública de México. 47; 2005: 423-429.
- 23 MCM Núñez Navarro C. MCM Molina Padilla J. MCM Canales Muñoz JL. "El costo económico de la atención en la clínica de displasias de Colima". Ginecología y Obstetricia del México. 70; 2002:66-70.
- 24 Soberano AJG. Hernández MMT. "Estudio de la lesión intraepitelial cervical de bajo grado detectada por citología". Ginecología y obstetricia de México. 70; 2002: 36.
- 25 Suárez RE. Vázquez VE. Ramírez RM. Montoya FH. Cobarrubias RMP. Sanchez CJ. "Manejo expectante de displasias cervicales". Ginecología y Obstetricia de México. 70; 2002: suplemento 1: 39.
- 26 Dr. German García. "Tratamiento del cáncer Cervico Uterino. Ginecología y Obstetricia de México. 69; 2001: 30-48.
- 27 Dr. Novoa Vargas A. Dr. Echegollen Guzmán A. "Epidemiología del cáncer de cervix en Latinoamérica". Ginecología y Obstetricia de México. 69; 2001: 243-246.

- 28 Alonso de Ruiz P. Et al. "Cáncer Cervicouterino Diagnostico, Prevención y Control". Editorial Médica Panamericana. 1ª. Edición; 2000: 121-151.
- 29 Cesar Lacruz Pelea. "Nomenclatura de las lesiones cervicales (de Papanicolaou a Bethesda 2001)". REV. ESP. PATOL. 36; 2003: 5-9.