



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN



DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 47.
LEÓN, GUANAJUATO.

**“Promoción de detección de CACU en mujeres que acuden a la UMF
No. 51 con base en las causas de aceptación o de rechazo”.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:



UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 47
León, Gto.
COORD. CLÍNICA DE EDUC. INVEST.
EN SALUD

FRANCISCO GABRIEL LÓPEZ CRUZ.

LEÓN, GUANAJUATO.

2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**“Promoción de detección de CACU en mujeres que acuden a la UMF
No.51 con base en las causas de aceptación o de rechazo”.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

FRANCISCO GABRIEL LÓPEZ CRUZ.

AUTORIZACIONES:

DR. LUIS MIGUEL VALERIO FLORES.
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 47.
LEÓN GUANAJUATO.

DR. MIGUEL ÁNGEL LUNA RUIZ.
ASESOR METODOLÓGIA DE TESIS
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.47.
LEÓN GUANAJUATO.

DRA. BLANCA ESTHELA LOYA GARCÍA.
ASESOR DEL TEMA DE TESIS
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.51.
LEÓN GUANAJUATO

DR. MIGUEL ÁNGEL LUNA RUIZ.
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MEDICA

LEÓN, GUANAJUATO

2007

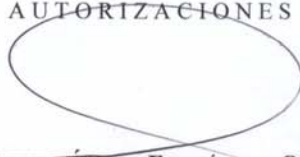
“Promoción de detección de CACU en mujeres que acuden a la UMF No. 51 con base en las causas de aceptación o de rechazo”.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

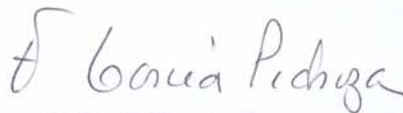
PRESENTA:

FRANCISCO GABRIEL LÓPEZ CRUZ.


AUTORIZACIONES



DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



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



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

INDICE GENERAL

TÍTULO.....	1
ÍNDICE GENERAL.....	2.
MARCO TEORICO.....	3.
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
JUSTIFICACION.....	13
OBJETIVOS.....	14
HIPÓTESIS.....	15
METODOLOGIA.....	16-18
RESULTADOS.....	19-23
DISCUSIÓN.....	24-25
CONCLUSIONES.....	26
BIBLIOGRAFÍA.....	27-29
ANEXOS.....	30-32

Marco Teórico.

En México como en otras partes del mundo en desarrollo, el carcinoma cervicouterino (CACU) persiste como un grave problema de salud pública. (1).

La historia natural del CACU está bien identificada, se inicia con cambios intraepiteliales (displasias), las cuales son lesiones precursoras que pueden conducir al carcinoma invasor. Por lo tanto al detectar en forma temprana éstas lesiones se detiene la progresión de la enfermedad. (2).

Hall y Walton informaron una tasa de progresión de displasia severa a carcinoma in situ o cáncer invasor en un periodo de uno a catorce años. (3).

El CACU representa el 15% de todas las variedades de cáncer diagnosticadas en mujeres y el segundo tipo de cáncer más común en el sexo femenino. Se calcula que su frecuencia es de aproximadamente 465,000 nuevos casos por año, de los cuales 95,000 se presentarán en los países desarrollados y 370,000 en las naciones en desarrollo (aproximadamente 80%), donde sigue siendo el tipo de cáncer más importante.(4).

En 1989 el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) reporta una incidencia de cáncer cérvico uterino de 9.7 casos por 100,000 años persona de observación. (3).

En el periodo de 1982 a 1992 se mantuvo el carcinoma cervicouterino como la segunda neoplasia en orden de frecuencia, sin embargo, para la población femenina se ubicó en el primer lugar. En el grupo de 30 a 44 años de edad fue la tercera causa de muerte y una de las primeras 10 en todos los grupos de edad hasta los 64 años de edad, se mantuvo estable con un rango de 3.3 a 4.5 defunciones por 100,000 derechohabientes usuarios. (3).

La Secretaría de Salud reporta una tendencia ascendente de cáncer cervical entre 1975 y 1992, una tasa de 9.72 por 100,000 mujeres de 15 a 69 años, y de 42.99 respectivamente. (4).

En 1992 se reconoce al carcinoma del cuello uterino como la principal causa de morbilidad y de mortalidad, Siendo los tipos histológicos más frecuentes el epidermoide y el adenocarcinoma. (3).

En 1993 se presentaron en el país 6,248 casos nuevos de CACU, cuya mayoría de concentró en los grupos de edad de 35 a 54 años de edad. (4).

En 1994, en un estudio realizado por Lazcano y Lozano refieren una tasa de incidencia de 10.2 por cada 100,000 habitantes (5).

En el 2001 en el IMSS en Guanajuato se registraron 80 nuevos casos de CaCu, con una tasa de 3.86 por 100,000 derechohabientes y a nivel nacional se detectaron 1522 nuevos casos que corresponden a una tasa de 3.34. (6).

En el 2002 en el IMSS en Guanajuato se incrementaron los casos nuevos (85) al igual que la tasa (5.95 por 100,000 derechohabientes), lo que también se reportó a nivel nacional, 1522 casos nuevos que corresponden a una tasa de 4.62. (7).

En el 2003 en el IMSS se detectaron en Guanajuato 57 nuevos casos de CaCu que corresponden a una tasa de 4.07 por 100,000 derechohabientes y a nivel nacional se detectaron 1,418 nuevos casos sin precisar la tasa. (8).

En lo que se refiere a mortalidad, en 1996 en el IMSS se registraron 1,208 defunciones, con una tasa de 9.6 por 100,000 mujeres derechohabientes usuarias, lo que representó que cada

día se confirmaran 12 casos y murieran 3 mujeres derechohabientes por cáncer cérvico uterino. (2).

En 1996 los tumores genitales constituían una cuarta parte de todos los tipos de cáncer que padecían las mujeres, en ese tiempo el CACU representaba el tercer lugar como causa de muerte. En un análisis de mortalidad entre 1991 y 1995 realizado en el IMSS por Salmerón y colaboradores encontraron un incremento de la mortalidad por CACU del 12%. (9).

En el año de 1999 en el IMSS se reportó en el grupo de edad de 35 a 44 años de edad 192 muertes que corresponde a una tasa de 5.39 por 100,000 derechohabientes y en el grupo de edad de 45 a 54 años se reportaron 278 muertes que corresponden a una tasa de 11.38 por 100,000 derechohabientes. En lo que corresponde a Guanajuato se reportaron 36 muertes que corresponden a una tasa del 2.88 por 100,000 derechohabientes. (10).

En el 2002 en el IMSS en Guanajuato se reportaron 47 muertes por carcinoma cervicouterino que corresponden a una tasa de 3.2 por 100,000 derechohabientes. Correspondiendo 25 muertes a las de 25 a 59 años de edad y 22 muertes a las mayores de 60 años de edad. (11).

La mortalidad por carcinoma cervicouterino en la UMF 51 correspondió a tres muertes en el grupo de edad de 20 a 59 años de edad y una muerte a las mayores de 60 años de edad con un total de cuatro ya incluidas en las cifras de Guanajuato. (11).

En el 2002 la mortalidad por carcinoma cervicouterino a nivel nacional según fuentes de la Secretaría de Salud refiere 4 323 defunciones que correspondió a una tasa de 11.6 y en Guanajuato se reportaron 179 muertes que correspondieron a una tasa de 10.7 por 1,000 habitantes. (12).

En el 2003 en el IMSS en Guanajuato refirieron, 46 muertes que corresponden a una tasa de 3.13 por 100 000 derechohabientes. Distribuidas en el grupo de edad de 20 a 59 años con 26 muertes y en el de mayores de 60 años de edad con 20 muertes. (11).

En el 2004 en el IMSS en Guanajuato se reportaron 40 muertes que corresponden a una tasa de 2.69 por 100,000 derechohabientes. (11).

En el año 2000, en México se encontró que el promedio de mortalidad por cáncer cérvico uterino fue de 9.20 muertes por 100,000 mujeres. (13).

Los estados con altos promedios de mortalidad fueron Nayarit con 16.66 muertes por 100,000 mujeres, Morelos con 15.44, Yucatán con 14.39, Veracruz con 11.89 y Campeche con 11.42. Los cuales entre sí tuvieron algo en común que las mujeres que murieron por CACU de esos estados no contaban con una educación formal. En la ciudad de México se presentaron 8.46 muertes por 100,000 mujeres durante el periodo de 1990 a 2000 esto probablemente se deba a la mayor concentración de recursos de salud en la ciudad de México.

Durante el periodo de 1990 a 2000 siete estados de la república mexicana demostraron un aumento en la mortalidad por CACU de los cuales dos estados están localizados en la región sur y son Chiapas y Guerrero que además fueron los estados con un alto porcentaje de mujeres que murieron sin tener una educación formal con un promedio de 51.7% y 50.9% respectivamente, además de no tener cobertura de seguridad social y o centro de salud con un promedio de 59.5% y 47.7% respectivamente. Los estados con alto riesgo de mortalidad son Morelos con 3.22, Chiapas con 3.16, y Nayarit con 3.14. Los estados de

Morelos, Yucatán y Nayarit tuvieron altos promedios de mortalidad en el periodo de 1980 a 1990 y en el periodo de 1990 a 2000.

En este estudio la república mexicana se dividió en regiones para determinar que regiones presentaban riesgo de presentar mortalidad por cáncer cérvico uterino. La región norte que se conforma con siete estados que son Baja California Norte, Baja California Sur, Sonora, Coahuila, Chihuahua, Nuevo León y Tamaulipas, así como la región Central Norte integrada por los estados de Durango, Nayarit, Sinaloa, Aguascalientes, Colima, Jalisco, Guanajuato, Michoacán, Querétaro, San Luís Potosí, Zacatecas, Hidalgo, Puebla, Tlaxcala y Veracruz tuvieron un disminución de CACU durante el periodo de 1990 a 2000, el riesgo de mortalidad por cada una de éstas zonas fue de 1.56 para la región norte y para la región central fue de 1.56. (13).

Mientras que las regiones con alto riesgo de mortalidad fueron la región Sur integrada por los siguientes estados Morelos, Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Campeche, Quintana Roo, Tabasco y Yucatán que presentó el 2.03 y la región sureste que presentó el 2.04. El porcentaje de mortalidad en la región central que corresponde al Distrito Federal y al Estado de México fue de 8.31 muertes por 100,000 mujeres, siendo más alto en la región sureste con 11.77 muertes por 100,000 mujeres durante el periodo de 1990 a 2000. (13).

Para el periodo de 1990 a 2000 se reportaron oficialmente un total de 48 761 defunciones por CACU en México, iniciando en 1990 con 4 280 muertes en el año y terminando con 4 620 en el 2000, lo que representa en promedio 12 mujeres que fallecen cada 24 horas, con un crecimiento promedio anual de los casos absolutos de mortalidad por CACU de 0.76%. (13).

Los resultados muestran que la mortalidad por CACU se encuentra relacionada con los factores presentes en la pobreza como son la falta de escolaridad, el desempleo, el bajo nivel socioeconómico, la residencia en áreas rurales y la falta de acceso efectivo a los servicios de salud por eso es necesario eliminar disparidades regionales en la detección de cáncer.(13).

La posibilidad de detectar en forma temprana ésta neoplasia hace factible reducir la mortalidad secundaria al padecimiento. (3).

En un estudio realizado en Monterrey, Nuevo León en una unidad de medicina familiar se encontraron barreras que influyen en la detección oportuna del CACU en las mujeres mayores de 25 años y en la no realización de la detección del carcinoma cervicouterino siendo barreras cognitivas, psicológicas e institucionales. (14).

Según el estudio de factores de riesgo para CACU en mujeres de Zacatecas en un estudio realizado en 1995 a 1998 determinó que los factores de riesgo presentes en ese estudio fueron los relacionados con el número de gestaciones, alta paridad, inicio precoz de relaciones sexuales así como también las que consumen anticonceptivos de tipo hormonal.(4).

En México, la lucha contra el CACU involucra la modificación de ciertos patrones culturales, entre los que podemos citar la multiparidad y una inadecuada educación sexual, que dificulta no sólo la aceptación de la prueba de detección. (3).

En otro estudio realizado en una unidad de medicina familiar de Ciudad Guadalupe, Nuevo León se concluyó que el temor influye en la no realización de la detección oportuna de CACU en una serie de 290 encuestas.

Señalan como principales motivos del temor, no saber lo que le van a realizar 15%, el saberse enfermas 5%, a que las lastimen 54% y el perder su intimidad 26%. (15).

El nivel de educación formal de las mujeres que murieron de cáncer cervical en áreas urbanas fue tan alto como las áreas rurales. Entre las mujeres que residen en áreas urbanas el 25% de todas no tuvieron educación formal pero el 94% tuvieron educación secundaria o menos. (13).

Las tasas de mortalidad por cáncer cervical en diferentes países es notable, con tasas que llegan a ser ocho veces más altas en los países de alto riesgo en Latinoamérica, el sureste asiático y África, respecto de otras naciones de Europa, Japón y Australia. (4).

Escandón y colaboradores informaron que la cobertura en el Instituto Mexicano del Seguro Social pasó de 12 % en 1975 a 19% en el año de 1999. (16,17). Por su parte, en 1990 la SSA estimaba que la cobertura de detección por medio del estudio citológico era de 14% en 1990, la cual aumentó a 20% en el año de 1997. (9).

La baja cobertura de los programas de detección oportuna del CaCu contribuye de forma importante a esa alta prevalencia. La cobertura se distribuye de manera desigual entre mujeres de diferente estrato socioeconómico, siendo las más pobres y con acceso inadecuado a los servicios de salud, las que tienen menos oportunidad de que un carcinoma cervicouterino sea detectado a tiempo. (2).

El promedio de detecciones realizadas en los últimos 10 años es cercano al millón de estudios anuales; sin embargo esto representa una cobertura apenas del 10 al 20 por ciento de las mujeres mayores de 25 años amparadas por el instituto. (3).

Si se desea impactar en la mortalidad por ésta neoplasia, es necesario modificar en forma sustancial los programas de control existentes, dado que las coberturas actuales no están hechas en función de las mujeres en riesgo, sino de la disponibilidad de citotecnólogos en las unidades de atención médica. (3).

En la unidad de medicina familiar No. 51, se han identificado los siguientes datos:

- La cobertura de detección del CACU durante el año 2004 fue del 20.63%. (16).
- En cuanto a los casos registrados en displasias grados I, II, III y CA in situ se identificaron en la UMF 51 ocho hasta noviembre del 2004. (16).
- No hay datos concernientes por muertes de CaCu de 25 a 59 años, en la UMF No 51 en cuanto a CaCu detectados del tipo in situ NIC3 es de 1 en la semana epidemiológica No. 42. (17).
- La conducta del CACU para el 2004 fue de una tasa de 1.03 por 10,000 derechohabientes mujeres de 25 a 59 años con un máximo de 1, un mínimo de 0, un promedio de 0.09 casos por semana con un porcentaje de desviación del 24% (17).

El número de casos de CACU en la UMF No 51 se presenta de manera irregular ya que fue ascendiendo hasta el año 1999 para posteriormente descender hasta un caso en el 2000 aunque se volvió a incrementar en el 2004.(17).

Frecuencia de mortalidad de Cáncer Cervicouterino en UMF No.51 de 1994 al 2004(17).

AÑO	NÚMERO DE CASOS.
1994	4
1996	5
1997	10
1998	7
1999	7
2000	1
2004	3

Fuente: Informe Anual de la Coordinación Delegacional de Estadística e Informática en Salud.

Planteamiento del problema.

En la actualidad la presencia de un caso de CACU debe considerarse como un fracaso en el primer nivel de atención, ya que el CACU es prevenible a través de la detección oportuna.

Existe un porcentaje de mujeres que acuden sistemáticamente a realizarse el examen, de ellas queremos conocer las causas que las motivan, para utilizar esos argumentos en las que los rechazan, principalmente aquellas pacientes que tienen riesgo de desarrollar CACU y determinar si ésta medida las convence de realizarse la detección, con esto esperamos incrementar la cobertura a corto plazo de la detección de CACU y a mediano y largo plazo disminuir la tasa de morbilidad por CaCu, por lo que la pregunta a resolver es si el médico familiar, utilizando los argumentos de las que se realizan la detección puede convencer a las que no se han realizado su detección.

Justificación.

En todo el mundo y en el país, a pesar de los recursos de salud con los que se cuentan, se siguen presentando casos y muertes de CACU.

La cobertura de Cáncer Cervicouterino es tan sólo del 20% a pesar de todos los años que tiene en función la UMF 51., por lo que no es de extrañarse que la mortalidad en esta unidad se siga presentando a pesar de ser una unidad que se encuentra en la ciudad y que cuenta con todos los servicios de apoyo del primer nivel de atención y que se han realizado diferentes estrategias para incrementar la cobertura y disminuir la mortalidad por estas causas, por lo que se pretende identificar los motivos que refieren las mujeres que si se lo realizan y utilizar esos argumentos en las mujeres que no se realizan esta detección.

Objetivos.

Objetivo General.

Determinar si la promoción de la detección de CACU por el médico familiar con base en las causas de aceptación de la detección, incrementa la cobertura de esta detección en las mujeres de la UMF 51.

Objetivos Específicos.

- Determinar la cobertura de detección en la población identificada.
- Identificar causas de aceptación y rechazo de la detección de CACU.
- Promocionar la detección de CACU en las mujeres que no aceptan con base en los resultados de las causas de aceptación.
- Verificar la realización de la detección de CACU en las mujeres que se envían a medicina preventiva.

Hipótesis de trabajo.

La realización de la detección de CACU se incrementa cuando menos en el 50% de las mujeres que se entrevistaron y que se enviaron a medicina preventiva.

Hipótesis conceptual.

El convencimiento por el médico familiar por medio de los argumentos de aceptación incrementará la realización de la detección de CACU en las mujeres que no han aceptado.

Metodología.

Tipo de estudio: Descriptivo.

Fecha. En los meses de junio a agosto del 2005 se aplicó un cuestionario a las mujeres 25 a 60 años que acudían a la UMF 51 para identificar las causas por las que se realizaban la detección de CACU o bien las causas por las que no se realizaban la detección. Anexo 1.

Población. Mujeres con vida sexual activa de 25 a 60 años de consultorios de medicina familiar que acudieron a la unidad y a los grupos formados por TMS de: embarazo, DM, HTA, CNS.

Lugar. Unidad de Medicina Familiar No. 51 del IMSS. León, Guanajuato.

Tiempo de estudio. Se realizó el estudio desde el 5 de noviembre del 2004 hasta el mes de septiembre del 2006.

Tamaño de la muestra.

Actualmente se tiene una cobertura del 20% en mujeres de 25 a 60 años de edad de la UMF 51, con ésta estrategia se espera que de las mujeres entrevistadas y que no tengan la detección de CACU se la realicen por lo menos el 50% de ellas.

Con un nivel de confianza del 95% y una potencia del 90% para una prueba de hipótesis de dos proporciones unilateral de la población (18) el tamaño de la muestra es de 1194.

A las pacientes que acudían a la consulta con su médico familiar o a los grupos formados por trabajo social, se les pedía su autorización para contestar a un cuestionario (anexo1), acerca de las causas de aceptación o rechazo de la detección de CACU, los argumentos que

mencionan las derechohabientes que aceptan se utilizaron en las pacientes que no aceptaban, posteriormente se les llevaba a medicina preventiva donde les realizaban en ese momento las detecciones, o bien se les proporcionaba una cita para acudir posteriormente en caso de no estar indicado en ese momento, o no poder hacerlo la paciente en ese mismo día.

Posterior a los seis meses se volvió a revisar los expedientes de las pacientes para identificar si se habían realizado la detección, mediante la revisión de la hoja de vigilancia epidemiológica del CACU, que se anexa en el expediente posterior al reporte por el histotecnólogo.

Criterios de inclusión.

Pacientes del sexo femenino.

Grupo de edad de 25 a 60 años.

Pacientes adscritas a la UMF No. 51.

Criterios de no inclusión.

Pacientes con CACU.

Variable Independiente: Promoción de la detección del CACU con base en las causas de aceptación.

Variable Dependiente: Realización de la detección de cáncer cérvicouterino en mujeres de 25 a 60 años de edad enviadas a medicina preventiva.

VARIABLES DE CONTROL: Nivel socioeconómico, escolaridad, ocupación, lugar de residencia, número de embarazos.

VARIABLES DE ESTUDIO: Causas de aceptación y rechazo de la detección de CaCu. Temor, saberse enfermas, perder la intimidad, edad temprana de relaciones sexuales, uso de anticonceptivos por más de cinco años continuos.

Instrumento. Encuesta para identificar las causas de aceptación y rechazo para promover la detección del CaCu en mujeres de 25 a 60 años de edad. Anexo 1.

Análisis estadístico.

Se realizó un análisis de frecuencia de las causas investigadas y la relación de factores con aceptación de la detección de CACU, mediante el programa estadístico para computadora NCSS (Number Cruncher Statistical System and Power analysis sample size). (19).

Cuestiones éticas y normativas del estudio.

Se solicitó el consentimiento a las derechohabientes para contestar la encuesta.

El estudio fue autorizado por el comité local de investigación y ética considerándose que está de acuerdo a los principios sobre investigación en seres humanos de la declaración de Helsinki y las modificaciones posteriores, así como al marco de la investigación en humanos de la Ley General de Salud.

Resultados

Se evaluaron 1,200 mujeres susceptibles, el promedio de edad fue de 39.2± años (rango 16-65).

El 15% de las derechohabientes tienen una escolaridad mínima (analfabetas y primaria incompleta) como se muestra en el cuadro 1.

Cuadro 1. Escolaridad de las mujeres entrevistadas

ESCOLARIDAD	NÚMERO	PORCENTAJE.
ANALFABETAS	49	4.08
PRIMARIA	133	11.08
SECUNDARIA	500	41.67
PREPARATORIA	446	37.17
PROFESIONAL	72	6.0

La mayoría de las mujeres estaban casadas (cuadro 2).

Cuadro 2. Estado civil de las derechohabientes entrevistadas

ESTADO CIVIL	NUMERO	PORCENTAJE
SOLTERA	74	6.17
CASADA	1001	83.42
VIUDA	79	6.58
DIVORCIADA	25	2.08
UNION LIBRE	21	1.75

El 80.3% eran originarias de León, Guanajuato cuadro 3.

Cuadro 3 Ciudad de origen de las derechohabientes entrevistadas

ORÍGEN	NÚMERO	PORCENTAJE
LEÓN	964	80.33
JALISCO	79	6.58
MÉXICO, D.F.	45	3.75
SAN FCO. DEL RINCÓN	27	2.25
OTROS	85	7.08

El 21.9% iniciaron vida sexual antes de los 16 años cuadro 4.

Cuadro 4. Inicio de vida sexual activa de las derechohabientes entrevistadas

I.V.S.A.	NÚMERO	PORCENTAJE
11-15	263	21.9
16-20	712	59.3
21-25	163	13.6
26-30	47	3.9
31-y más	15	1.3
Total	1200	100

El 95% tenían vida sexual activa, y la mayoría refería tener actividad sexual cada siete días, (cuadro 5) 4.41% estaban embarazadas. El 22.9% tiene dos o más parejas sexuales. El 38% refirió tener cuatro o más embarazos previos.

Cuadro 5. Frecuencia de relaciones sexuales de las derechohabientes entrevistadas

FRECUENCIA EN DÍAS	NÚMERO	PORCENTAJE.
ACTUALMENTE NO	2	0.17
UNO A CUATRO	65	5.42
CADA SIETE	479	39.92
CADA OCHO	253	21.08
MÁS DE OCHO	401	33.42
TOTAL	1200	100

El 31.7% mencionó tener alguna enfermedad principalmente hipertensión arterial y diabetes mellitus.

El tabaquismo fue positivo en 21.7% de ellas.

El 82% no saben que las mujeres mueren por CaCu.

El 34% no lleva ningún método de planificación familiar, pero el 48% utiliza métodos de alta continuidad, cuadro 6.

Cuadro 6 Métodos anticonceptivos utilizados.

MÉTODO	NÚMERO	PORCENTAJE
DIU	412	34.33
OTB	167	13.92
PRESERVATIVO	111	9.25
HORM. ORALES	80	6.67
HORM. INYECTABLES	12	1.00
IMPLANTES	5	0.42
VASECTOMÍA	6	0.50
NINGUNO	407	33.92
TOTAL	1200	100.00

Los hormonales orales no se utilizaron por más de dos años.

En relación al número de parejas sexuales y la realización de la detección de CACU se encontró que las que tenían una pareja sexual el 39% se realizan la detección mientras que las tenían más de una pareja sexual, se lo realizaron el 30.6% ($p > 0.05$).

De las 1,200 mujeres a las que se aplicó la encuesta inicialmente, 443 mujeres (36.9%) tenían entre uno y tres años de haberse realizado la detección de CACU, las causas por las que se aceptaron se refieren en el cuadro 7. Lo principal que refirieron fue **“le preocupa su salud”** el (77.1%).

Cuadro 7. Causas de aceptación de la detección de cáncer cérvicouterino.

CAUSAS	n	%
LE PREOCUPA SU SALUD	434	77.1
LO ESCUCHÓ EN LA TELEVISIÓN	39	6.9
ANTECEDENTES DE CACU. EN LA FAMILIA	35	6.3
OTRAS	55	9.8

Las causas por las que se refirieron no aceptar las mujeres que no se lo hicieron se muestran en el cuadro 8, lo principal que refirieron fue **“le da pena”**

Cuadro 8. . Causas de rechazo de la detección de cáncer cérvicouterino

CAUSAS	n	%
LE DA PENA	290	37.86
NO LO CONSIDERÓ NECESARIO	132	17.23
DESIDIA	125	16.32
SE LO ACABA DE HACER	56	7.31
FLOJERA	13	1.70
OTROS	150	19.58

A las 757 mujeres que no se habían realizado el Papanicolaou se les explicó la importancia de detectarlo oportunamente: porque es una causa de muerte en las mujeres y aún hay más riesgo si hay en su familia alguien que ya padeció cáncer del cuello del útero. Se les mencionó que si no habían visto en la televisión la importancia de realizarse la detección, o si no habían escuchado la radio.

Posterior de ocho meses se revisaron los 1,200 expedientes de las mujeres a las que se habían entrevistado. Los resultados fueron los siguientes: 611 (50.9%) se habían realizado la detección, de éstas, 325 (35.2%) no se la habían realizado nunca, de las 443 iniciales, 286 (46.8%) se habían identificado desde el inicio del estudio que ya se lo habían realizado y se lo volvieron a hacer en el transcurso de los ocho meses, las otras 157 mujeres que se lo habían realizado (443 iniciales), ya no se hicieron la detección porque aún estaban vigentes. En total a los ocho meses se habían realizado la detección de CACU, 286 subsecuentes, 157 mujeres que ya se lo habían hecho y 325 mujeres de primera vez, haciendo un total de 768 (64%) de 1,200 mujeres estudiadas cuadro 4.

En análisis multivariado de regresión logística para identificar cual de las variables había influido para la realización de la detección, no se identificó ninguna predominantemente.

La estrategia en la población estudiada de 1,200 mujeres, incrementó la cobertura de 36.9% inicialmente a 64% ($p= 0.00001\chi^2$) de la población estudiada.

Discusión.

Las tasas de mortalidad por cáncer cervicouterino siguen siendo mayores en nuestro país (7-11) al igual que en los países en vías de desarrollo. El papel que desempeña el personal del primer nivel de atención es muy importante para convencer a las derechohabientes para que se realicen la detección de manera oportuna y así reducir el riesgo de morir por esta causa.

En el presente estudio el médico familiar en conjunto con la trabajadora social, enfermera y asistente médica fueron claves para incrementar la cobertura de la población estudiada, ya que con base a los argumentos que referían las mujeres que habían aceptado la detección se utilizaron para convencer a las mujeres que no se lo habían realizado.

Los resultados obtenidos coinciden con la investigación de Enriquez Flores y cols. (15) y con la investigación de Farfán Muñoz y cols (20) en que los factores principales para no realizarse el examen de detección oportuna de CACU son el sentir pena y la falta de información. Al igual que el estudio de Farfán, (20) el médico familiar, en conjunto con el equipo de salud realizó un papel importante en proporcionar información, para el convencimiento de las derechohabientes para que aceptaran realizarse la detección.

A pesar de haber logrado un incremento en la cobertura, no se logró convencer a una buena proporción de la población.

Si consideramos que se presentan factores importantes en la población estudiada, que incrementan el riesgo de CACU, como inicio de relaciones sexuales a edades tempranas, el tener más de una pareja sexual, la mutiparidad, la baja escolaridad, el tabaquismo y si a esto se agrega la poca información con respecto al cáncer cervicouterino, de un porcentaje importante de la población, nos obliga a buscar estrategias que impacten más en la

población e incrementen la cobertura de detección y poder influir mejor en la disminución de la mortalidad por CACU.

El 53.2% de pacientes que nunca se habían realizado la detección o que tenían más de tres años de habérsela realizado nos indica la falta de información que tiene la población con respecto al CACU, lo que también se relaciona con el porcentaje de pacientes que refirieron no conocer que la muerte por CACU se puede evitar con una detección oportuna o el tener vida sexual a temprana edad, la no realización de estudios previos de citología cervical (21).

El mayor porcentaje de mujeres que no acuden a realizarse la detección de CACU se encontró en el rango de edad entre 21 y 30 años de edad lo cual coincide con lo expuesto por Romero Cancio, (22) que menciona que las mujeres menores de 35 años de edad son las que menos se realizan la detección; siendo éste último de gran importancia ya que según lo refiere Lazcano Ponce que el CACU es más frecuente en mujeres entre 35 y 44 años de edad (23).

En relación a la escolaridad el resultado obtenido coincide con la investigación realizada por Guerra Salazar y cols (14) en que predomina el nivel educativo de secundaria.

En relación al promedio de edad que fue de 39.2 años coincide con lo reportado por Guerra Salazar y cols (14) en el que el promedio de edad fue de 39 años.

Conclusiones

1. La estrategia incrementó en buena medida la detección de CACU en la población estudiada, aunque aparentemente no es suficiente.
2. La población estudiada requiere de información más efectiva que lleve al convencimiento de un número mayor de mujeres que acepten realizarse la detección, ya que los factores de riesgo para cáncer cervicouterino, se encuentran en un porcentaje importante de la población estudiada.
3. Estas conclusiones anteriores llevan a pensar que es necesario difundir y promover la detección del CACU, por el equipo de salud, pero es necesario implementar otras estrategias para revertir las costumbres y aspectos socioculturales arraigados en las propias mujeres, como es el sentir pena para realizarse el estudio.
4. Habría que hacer un estudio con mayor profundidad, relacionado a identificar el perfil de la mujer e incidir sobre las causas por las que no aceptan realizarse la detección a fin de incrementar la cobertura y poder influir de manera más contundente en la disminución de la mortalidad por ésta causa.

Bibliografía

1. Mohar A. Prevención del cáncer cervical: el caso de los países en desarrollo. Salud Pública de México 2003(45) supp.3 Editorial. Cuernavaca 2003.
2. Programa para la vigilancia. Prevención, diagnóstico, tratamiento y control de Cáncer Cérvicouterino. 31 de julio de 1998, pág.6.
3. Escandón-Romero C., Benítez-Martínez MG., Navarrete-Espinoza J., Vázquez-Martínez OG., Escobedo- De la Peña J. Epidemiología del CACU en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Salud Pública de México. 1992, 34:607-714.
4. Maura Sara Castañeda-Iñiguez., M.C., Rebeca Toledo-Cisneros, M.C., Aguilera-Delgadillo M.M.C. Factores de riesgo para el cáncer cérvicouterino de mujeres de Zacatecas. Salud Pública Mex.1998; 40:330-338.
5. Lazcano E-Lozano R., Tendencia de la mortalidad por cáncer cérvicouterino en México. Instituto Nacional de Salud Pública 1994.
6. Boletín Epidemiológico 2001. Coordinación Salud Comunitaria IMSS.
7. Boletín Epidemiológico 2002 Coordinación Salud Comunitaria IMSS.
8. Boletín Epidemiológico 2003 Coordinación Salud Comunitaria IMSS.
9. Torres-Cosme J.L., Tapia-Yáñez J.R., Dorantes J. Mortalidad por CACU en México, Perinatol Reprod Hum vol. 161 (1) No. 3, 35 – 42.
10. Boletín Epidemiológico 1999 Coordinación Salud Comunitaria IMSS.
11. Diagnóstico de Salud 2002 – 2004 IMSS Dirección Regional Occidente Delegación Estatal de Guanajuato.
12. Fuente Base de datos INEGI Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud 2002.
13. Palacio-Mejía L.S., M.Sc., Hernández-Ávila M.DR. Sc., Lazcano-Ponce E. DR. Sc.

Cáncer cervical, una enfermedad de la pobreza. Diferencias en la mortalidad por áreas urbanas y rurales en México. Salud Pública Méx. Vol. 45 supp 133 Cuernavaca 2003.
<http://www.insp.mx/salud/index.html>

14. Guerra-Salazar SI Campos-Jasso MC. Pérez-López L. Barreras que influyen en la detección oportuna del CACU. V Reunión Delegacional de Investigación Médica Monterrey, N.L. Febrero 2001. Edición Especial No.1 2001. IMSS.
15. Enriquez-Flores R. Granados-Gutiérrez M.G. Alanís-Niño G. El temor influye en la no realización de la detección oportuna del CACU VIII Reunión Delegacional de Investigación Médica Monterrey N.L. Febrero 2004. Edición Especial No.4, 2004. IMSS.
16. Reunión Delegacional de evaluación Diciembre 2004. Guanajuato.
17. Informe Anual de la Coordinación Delegacional de Estadística e Informática en Salud. Informes de Mortalidad. De 1994 a 2004. Instituto Mexicano del Seguro Social.
18. Wanga S.K. Lemeshow S. Determinación del tamaño de las muestras en los estudios sanitarios. Organización Mundial de la Salud. Ginebra 1991 Págs. 7-8 y 36.
19. NCSS 2001 AND PASS.TEXT. HINTZE J.2001 NCSS AND PASS.(Number Cruncher Statistical System and Power analysis sample size) Kaysville, UTAH. www.ncss.com
20. Farfán-Muñoz C. Barrón-Treviño E. Jiménez-Domínguez ME. Vázquez-Morán E. Ayala- Atrián SS. Factores socioculturales en mujeres que no acuden a detección oportuna de CACU. Rev Enferm IMSS 2004; 12(3): 123-130.
21. Dobler-López IF. Guía normativa, diagnóstica y terapéutica para el médico en el primer nivel de atención. Ed. El Manual Moderno, 2001; 193-203.
22. Romero-Cancio JA. Factores en la no utilización de la detección oportuna del CACU en

Medicina Familiar, Rev Med IMSS 1997; (35) 3: 227-232.

23. Lazcano-Ponce E. Factores que determinan la participación en el tamizaje de cáncer cervical en el estado de Morelos. Salud Pública de México, 1999 (41) 4: 178-285.

ANEXO 1

ENCUESTA DE SALUD PARA DETECCION DE
CANCER CERVICO UTERINO

02

DATOS GENERALES: NO. AFILIACION.

CONSULTORIO: TURNO NOMBRE:

EDAD:

ESTADO CIVIL: OCUPACION:

ESCOLARIDAD:

DE DONDE ES ORIGINARIA:

FUMA: SI NO.

USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS: ¿CUÁLES?

¿POR CUÁNTO TIEMPO?

RELACIÓN SEXUAL: SI NO CADA CUANDO_____.

¿A QUÉ EDAD EMPEZÓ?

¿CUÁNTAS PAREJAS SEXUALES HA TENIDO?

¿ESTÁ USTED ENFERMA?: SI NO ¿DE QUE?_____.

INGRESO MENSUAL.

¿CUÁNTOS SON DE FAMILIA?

¿ESTA EMBARAZADA?: SI NO

GESTAS:_____. PARAS_____. CESAREAS_____. ABORTOS:_____

1.-Se ha hecho el papanicolaou en los últimos dos años.

SI NO

2.- Si respondió afirmativamente fue por:

A) Le preocupa su salud.

B) Porque tiene antecedentes en su familia.

C) Porque lo escuchó en la televisión.

D) Otros. Especifique_____.

3.- Si respondió usted negativamente o NO a la primera pregunta esto se debe:

A) Le da pena.

B) No lo consideró necesario.

C) Es que me lo acabo de hacer.

D) Otros especifique_____.

4.- Sabe usted o conoce usted cuántas mujeres se mueren cada año por Cáncer cervicouterino en León Guanajuato.

SI NO

5.-Después de contestar ésta encuesta y en caso de no haberse realizado el papanicolaou, usted se realizaría la detección de Cáncer cervicouterino.

SI NO

ACUDIO A MEDICINA PREVENTIVA SI_____. NO_____.

YA SE REALIZO EL PAPANICOLAOU: SI_____. NO_____.

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO _____ declaro libre y voluntariamente que acepto participar en el estudio "PROMOCION DE DETECCION DE CANCER CERVICO UTERINO EN MUJERES QUE ACUDEN A LA UMF 51"

Que se realizará en la Unidad de Medicina Familiar No. 51 perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social, cuyo objetivo es identificar las causas de aceptación o de rechazo por las que las mujeres se realizan el papanicolaou, después de haber recibido una sesión grupal y tener seguimiento por parte del servicio de medicina preventiva y medicina familiar.

Estoy conciente de que este procedimiento consistirá en la toma de una muestra de moco cervical, me ha sido explicada la importancia del autocuidado de mi salud reproductiva así como los posibles riesgos y beneficios.

Es de mi conocimiento que seré libre de retirarme de la investigación en el momento que así lo desee. También que puedo solicitar información adicional acerca de los riesgos y beneficios de mi participación en el estudio. En caso de que decidiera retirarme, la atención que como paciente recibo en esta institución no se verá afectada.

Nombre: _____ Firma: _____

Dirección _____

Fecha: _____

Testigo: _____ Firma: _____

Testigo: _____ Firma: _____

Menu

Tareas como Invest

Registro de Proyectos

Estatus de Proyectos

Financiamiento FOFOI

XIV Foro Nacional

Tareas comunes

MI perfil

Proyectos Personales

En Borrador

Título

Última Modificación

Enviados a Comité Local de Investigación en Salud

Título

Situación

Dictaminados

No. de Folio	Título	Fecha de Dictamen	Dictar
F-2005-1007-7	Promoción de detección de cáncer cérvico-uterino en mujeres que acuden a la UMF 51 con base en las causas de aceptación o de rechazo	2005-11-25	Proyecto Acept Registro: R-20

R-2005-1007-6

Usuario: Francisco Gabriel López Cruz Rol: Investigador

Lunes, 28 de noviembre de 2005 | 19:39

TITULO: “*Promoción de detección de CACU en mujeres que acuden a la UMFNo. 51 con base en las causas de aceptación o de rechazo*”.