



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 94

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN TITULADO:

**“EFICACIA DE LA DIFUSION SELECTIVA DE
INFORMACION SOBRE CANCER
CERVICOUTERINO
EN MEDICOS FAMILIARES”**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

Jaqueline Martínez Hernández
Residente de la especialidad en medicina familiar
Matricula: 99367473
Jamahe.bafi@hotmail.com
Tel 5531926889

INVESTIGADOR RESPONSABLE:

Dra. María Del Carmen Pacheco Gamiño

Médico Familiar,
Máster En Políticas Públicas Contra La Desigualdad Sexual.
Directora UMF 11
C. Caruso SN, Col Vallejo, Del. GAM, Mex. DF.
Matricula; 3235149
Carmelita619@Hotmail.Com
[Tel:5518072904](tel:5518072904)





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.

I.	INDICE	Página
	Resumen	1
	Marco teórico	2
	Antecedentes Científicos	12
	Justificación	13
	Planteamiento del problema	14
	Pregunta de investigación	15
	Objetivos del estudio	15
	Hipótesis	15
	Identificación de variables de estudio	15
	Diseño del estudio	16
	Determinación estadística del tamaño de la muestra y tipo de muestreo	16
	Criterios de selección de la muestra	17
	Consideraciones éticas del estudio	20
	Financiamiento y factibilidad	20
	Resultados	20
	Discusión	28
	Conclusiones	29
	Sugerencias	29
	Bibliografía	30
	Anexos	33

AUTORIZACIONES

Protocolo presentado ante el comité local de investigación # 3515 con el número de registro: R-2010-3515-21.

Dr. Víctor Manuel Aguilar
Coordinador Delegacional de Investigación en Salud

Dr. Humberto Pedraza Méndez
Coordinador Delegacional de Educación en Salud

Dr. Ángel Muñoz Valero
Encargado de la Dirección UMF 94

Dra. Patricia Ocampo Barrio
Coordinador Clínico de Educación de Investigación en Salud UMF 94

Dra. María del Carmen Pacheco Gamiño
Investigador Responsable

Porque “La Gratitude es la Memoria del Alma”.....

Gracias;

A la vida por el aquí y el ahora, por hacerme vibrar en la dicha y en el dolor porque solo me ha hecho más fuerte y sé que a pesar de todo aun puedo sentir, reír, soñar y esperar.....

A mis padres y hermanos porque es mejor una familia chiquita y rota pero que siempre esta cuando la necesitas, te ayudan a mantener la frente en alto y recordar tus orígenes para sentir solo orgullo.....

A mis sobrinos (as) (Osi, Ari, Vanne, Cris, Said) porque en sus ojos sé que hay una nueva esperanza....

A mi hijo que es el Sol de mi vida, gracias por esas mil horas de su tiempo en que me llena de alegría y olvida las ausencias, porque con tan pequeña edad y tan grande entusiasmo me enseña a redescubrir y desear un mejor mundo.... ..

A Sau por estar ahí todo este tiempo, sencillamente esperando, por su aliento para que sea mejor, por los buenos tiempos y por todo lo increíble en tan pocas líneas.....

A Lupita, Cuchinni, Mary, Edgar, Leo y Maru más allá de su ayuda invaluable por su paciencia, saber escuchar y dar confort con sus palabras.

A los peques Leo, Isacc, Hak por que conserven y nos enseñen un poco de su inocencia y pureza de espíritu.....

A mis abuelos (Martha, Jesús, Ruti y la morenita Chive☐) por sembrar la semilla y heredar la fortaleza, porque incluso cuando ya no está presente su recuerdo es ejemplo de vida y sobre todo de amor.....

A mis amigas de Resi Gaby y Miros por compartir los buenos y malos tiempos, por dar siempre una palabra de aliento, por escucharme por llegar al final.....

A todos nuestros profesores Médicos que nos dieron más que solo conocimientos de Medicina, porque la vida no es solo eso, por compartirnos sus experiencias de vida y confiar en nosotros.....

A mi Asesora la Dra. Pacheco por su apoyo incondicional, paciencia, ejemplo de fortaleza y decisión.....

A las Doctoras Paty Ocampo y Lidia Bautista por su infinita paciencia, su voluntad para ayudarnos a superar esta etapa de vida profesional y por darnos lo más valioso, su tiempo.

“EFICACIA DE LA DIFUSION SELECTIVA DE INFORMACION SOBRE CANCER CERVICOUTERINO EN MEDICOS FAMILIARES”

Martínez Hernández J¹ Pacheco Gamiño MC²
Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Unidad de Medicina familiar (UMF) No 94

Resumen.

Antecedentes: El Cáncer cervicouterino (CaCu) causa la muerte a medio millón de mujeres en el mundo (Organización Mundial de la Salud, 2005), México ocupó el primer lugar en incidencia durante el 2001. En la UMF 94 se reportaron 70 casos de CaCu en el 2009, lo que hace necesario emplear estrategias como la Difusión Selectiva de Información, que si bien no determina el nivel de conocimientos del Médico Familiar respecto al CaCu, su presencia podría contribuir a una mejoría.

OBJETIVO; Comparar el nivel de conocimientos de los médicos familiares antes y después de realizar la difusión selectiva de información sobre cáncer cervicouterino.

Material y métodos; Se realizó un estudio cuasiexperimental en 58 médicos familiares de la UMF 94 durante septiembre-diciembre 2010 mediante un cuestionario construido ex profeso en dos tiempos que exploró; a) preguntas de interés, b) definición y epidemiología, d) factores de riesgo, e) diagnóstico, f) Tratamiento y g) prevención. Se difundieron cuatro boletines sobre CaCu. El análisis estadístico se realizó mediante χ^2 y prueba de Wilcoxon.

Resultados: De la muestra de 50 médicos familiares (se excluyeron 8 médicos) el 52% fueron mujeres. El nivel de conocimientos pre-Difusión Selectiva de Información (DSI) sobre CaCu fue suficiente (43.8%-p 0.000) mientras que en la pos-DSI se obtuvo un nivel bueno (43%- p 0.025) seguido de excelente (29.4% p- 0-001)

Conclusiones. La Difusión Selectiva de Información sobre CaCu demostró ser eficaz al elevar el nivel de conocimientos en los médicos familiares, por lo que se considera una alternativa para reducir los obstáculos del médico familiar en su práctica clínica.

Palabras clave: Difusión selectiva de información, Cáncer cervicouterino, Prevención primaria.

1. Médico Residente del Curso de especialización en Medicina Familiar. UMF 94.

2. Jefe de Departamento clínico UMF 11.

1. Marco Teórico.

Cáncer Cérvico-Uterino

1.1 Definición:

El término «cáncer» según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se caracteriza por el crecimiento maligno, autónomo y desregulado de células humanas.¹ Dicho crecimiento da lugar a metástasis vía hematógena o linfática pudiendo causar la muerte. En el cérvix las alteraciones van desde una lesión pre cancerosa, una neoplasia Intraepitelial o un carcinoma epidermoide invasor (invasión mínima al estroma menor a 1 mm, 1 a 2 mm de invasión al estroma pero menor de 5 mm y extensión horizontal menor de 7 mm) que aparece desde el segundo decenio de la vida hasta la vejez. La progresión hacia cáncer invasor en las lesiones de bajo grado es de 1%; en cambio las lesiones de alto grado la progresión es lenta y se deben, entre otros factores, a la persistencia e integración del genoma viral del VPH (virus del Papiloma Humano) en la doble hélice del ADN del huésped.²

1.2 Epidemiología

La OMS reportó en 2005 cerca de 500 000 casos nuevos de CaCu, el 90% correspondía a países en vías de desarrollo,³ del mismo modo en el 2002 había medio millón de casos nuevos a nivel mundial⁴ con 273 mil 500 defunciones, el 80% registradas en América Latina, sudeste Asiático y África.⁵ Por su parte México tuvo en el 2001 una tasa elevada de mortalidad anual con 8 a 19 casos por cada 100 000, lo que corresponde a 50: 100 000 mujeres mayores de 24 años^{3,4,6,7,}

En Estados Unidos la incidencia de esta neoplasia maligna presenta una tendencia a disminuir en las últimas décadas, sin embargo ocupa el segundo lugar de neoplasias en la población femenina.⁸

Existe una diferencia geográfica y cultural en el conocimiento y cumplimiento del programa de detección del CaCu. En el Distrito Federal 64.2% de las mujeres de 15-49 años tienen antecedente de realizarse la citología cervicovaginal en contraste con el área rural donde sólo el 40 % de las mujeres en edad reproductiva no saben para qué sirve el Papanicolaou.⁹

De acuerdo a algunos estudios del 20 a 60% de las muertes por cáncer cervical invasivo (CCI) pudieron prevenirse mediante la detección mediante el Programa de Tamizaje del Cáncer Cervical (Cervical Cancer Screening Program, CCSP) con el cual es posible prevenir hasta un 13% de los casos potenciales de CaCu en México.¹⁰

2. Clasificación del Cáncer Cervicouterino.

El sistema de clasificación internacional de los estadios del Cáncer cervicouterino ha evolucionado desde el siglo XIX hasta la clasificación de BETHESDA difundida en 1988, modificada en 1991 y actualizada en el 2001 la cual se presenta en la tabla 1.

Clasificación de Bethesda 2001

Negativo para lesión intraepitelial o malignidad.
Microorganismos
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tricomonas vaginales. ✓ Organismos consistentes con Candida sp. ✓ Desviación en la flora sugestivo de vaginosis bacteriana. ✓ Bacterias consistentes morfológicamente con Actinomyces sp. ✓ Cambios celulares consistentes con Herpes.
Otros cambios no neoplásicos
<input type="checkbox"/> Cambios celulares reactivos asociados a: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Inflamación y reparación. ✓ Cambios por radiación. ✓ Cambios asociados a dispositivo intrauterino. ✓ Presencia de epitelio glandular en mujeres hysterectomizadas. ✓ Atrofia. ✓ Presencia de células endometriales fuera de ciclo en mujeres mayores de 40 años.
<input type="checkbox"/> Anomalía de células epiteliales
Célula escamosa:
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Células escamosas atípicas de significado incierto. (ASCUS.) ✓ Células escamosas atípicas no se puede descartar lesión intraepitelial de alto grado. (ASC -H.) ✓ Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (L -LIE.) ✓ Lesión escamosa intraepitelial de alto grado (H-LIE.) ✓ Carcinoma invasivo de células escamosas.
Células Glandulares:
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Células glandulares atípicas: ✓ Endocervicales, no especificadas. ✓ Endometriales, no especificadas. ✓ Glandulares, no especificadas ✓ Células glandulares atípicas, probablemente neoplásicas (endocervicales o glandulares en general) ✓ Adenocarcinoma in situ ✓ Adenocarcinoma: Endocervical, endometrial, extrauterino, no especificado.
<input type="checkbox"/> Otras neoplasias malignas.

Fuente: Solomon D, Nayar R. El Sistema Bethesda para el Reporte de la Citología Cervical. Segunda Edición. 2004. Springer-Verlag New York, Inc.

3. Diagnostico del Cáncer Cervicouterino

Existen métodos convencionales o moleculares para detectar lesiones cervicales los cuales se resumen a continuación:

- a) *Citología cervicovaginal convencional y su variante* de base-liquida se caracterizan por tener una sensibilidad del 50-72%, reducen la incidencia de CaCu¹¹ por si solos al favorecer la detección de carcinomas potencialmente curables o en combinación con pruebas serológicas para VPH aumentando su sensibilidad hasta 100%, así como la detección y erradicación de lesiones pre infiltrantes.
- b) *Colposcopia*; Tiene una mayor sensibilidad que la citología, pero menor especificidad, puede conducir a procedimientos diagnósticos invasivos (biopsias y conizaciones) innecesarios, esto aunado a un mayor costo son sus principales limitaciones. Se basa en la Inspección visual simple con acético y lugol que permiten reconocer niveles celulares anormales con bajos niveles de malignidad. Combinadas la citología y la colposcopia brindan una seguridad diagnóstica que excede el 95%.
- c) *Biopsia cervical*. Esta puede ser dirigida idealmente por colposcopia u orientada mediante la Prueba de Schiller. Se aplica solución de yoduro de potasio sobre el cuello uterino y se toman los fragmentos de cérvix de las zonas yodo negativas, es decir, en donde el yodo no fue fijado por ausencia del glucógeno del epitelio normal alterado.¹²
- d) *Reconocimiento de Niveles celulares anormales de P16INK4 A y detección antigénica del VPH*.¹³

4. Factores de riesgo para cáncer cervicouterino.

Los factores relacionados con aparición de acuerdo a la NOM -014 para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer Cérvico-uterino 1994 y su modificación (2006) son¹; Nivel socioeconómico bajo; tener dos o más parejas sexuales; edad temprana del primer embarazo; tres o más partos y uso de anticonceptivos hormonales,¹⁵ Otros estudios han reconocido un incremento de riesgo para CaCu invasor si se asocia analfabetismo, falta de seguridad social, consumo de tabaco en algún momento de la vida, presencia de infección vaginal tres meses previos, infección por el VPH, inicio de vida sexual activa antes de los veinte años,¹⁵ desnutrición, deficiencia de antioxidantes, pacientes con inmunodeficiencias y el nunca haberse practicado el estudio citológico.

4.1 Infecciones genitales

4.1.1 Infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH) y Cáncer Cervicouterino.

La infección del epitelio cervicovaginal por el VPH se considera el principal factor de riesgo para la aparición y progresión de lesiones malignas. Es virus de ADN (familia *papoviridae*) compuesto por una capsula y una parte central encargada de su replicación intracelular, resiste la desecación lo que aumenta su infectividad. La infección se adquiere a través de una microabrasión o disrupción tisular¹⁷ en la capa de células basales (zona de transformación) del epitelio que se caracteriza por tener mayor capacidad mitótica y menor número de capas, lo que la hace más susceptible a la infección. Una vez adquirida la infección suele ocurrir que se repliquen pocas copias y se eliminen por el sistema inmunológico en el 80% de los casos; que limite su replicación y no se incorpore al ADN celular teniendo entonces una portadora sana; o bien que el sistema inmune no sea capaz de eliminarlo, se incorpore al genoma humano y cause transformación de alto o bajo grado.^{3, 6, 7, 10, 16, 17, 19,20}

Se calcula que del 5-40% de las mujeres adultas tendrán infección por el VPH en algún momento de su vida. A excepción de las verrugas genitales (causadas por los virus 6 y 11 de bajo riesgo) la infección es asintomática. La asociación entre infección por VPH y el número de parejas sexuales proporciona una alta probabilidad de exposición por alguno de los contactos sexuales y no existe evidencia clara de que los métodos de contracepción principalmente el condón proteja contra el contagio.²¹

Se considera a esta la Infección de Transmisión sexual más común en adolescentes y mujeres jóvenes sin poder precisar cuando ocurre el contagio. Algunos expertos han reportado hasta 20 millones de mujeres americanas de 15-49 años infectadas por este virus, además prevalece en este grupo de edad y declina hacia la quinta década de la vida. Aunque en algunas poblaciones existe un incremento de infecciones por VPH no oncogénicos o inclasificables en grupos en edad pos menopáusica.^{22,23}

La posibilidad de adquirir la infección por el VPH está directamente relacionada con los hábitos sexuales, embarazo a edad temprana (menos de 16 años), déficit de antioxidantes, infecciones del aparato genital y otras formas de infección no precisamente sexuales como fómites.¹⁸

En el intento por prevenir la transmisión de este virus se han investigado vacunas con las sepas mas oncogénicas (divalentes contra VPH 16 y 18 o tetravalentes VPH 6, 16, 18, 11,) para generar anticuerpos hasta en un 91,6% para la prevención del VPH 18 y 100% para VPH 16. Lo cual es muy prometedor debido a que el 70% de los CaCu se relacionan con estos serotipos, sin embargo se el impacto sobre la economía y mortalidad será en 10-20 años pues la IVPH aparece en jóvenes y el Ca Cu en mayores de 35 años en promedio. Por otro lado se sabe que protege solo contra dos serotipos y seguramente otros tomarían su lugar.¹⁸

Estas vacunas son notablemente inmunogénicas y producen respuestas inmunitarias humorales significativas, e intensas respuestas mediadas por células en grados superiores a

los observados en las infecciones adquiridas naturalmente. La vacuna va destinada a niñas de 9 a 12 años de edad.^{21, 24,25}

4.1.2 INFECCION POR CITOMEGALOVIRUS (CMV) Y CaCu.

Se asocia la infección por CMV con CaCu debido a que persiste en el tracto genital siendo posible aislarlo del semen y biopsias del cuello uterino. Estudios serológicos como PCR de pacientes con cáncer cervical han mostrado anticuerpos contra CMV en el 61%, sin embargo no se descarta que este virus sea una infección secundaria.²⁶

4.2 Factores sociodemográficos asociados:

4.2.1 Nivel socioeconómico bajo.

Se asocia la presencia de cáncer cervical con el nivel socioeconómico bajo y para esto existen varias teorías que buscan dar explicación, la más aceptada es que las mujeres pertenecientes a estos grupos presentan una menor edad de inicio de las relaciones sexuales, parejas inestables y mayor incidencia de infecciones de transmisión sexual.²⁶

4.3 Características de la conducta sexual.

4.3.1 Número de compañeros sexuales.

Existe relación directamente proporcional entre el riesgo de lesión intraepitelial y número de parejas sexuales relacionada básicamente con la probabilidad de exposición al VPH. Considerando entonces que las mujeres solteras, viudas o separadas tienen más riesgo de infectarse por VPH dado que tienen más compañeros sexuales permanentes u ocasionales.²⁶

4.3.2 Edad del primer coito.

El inicio temprano de las relaciones sexuales implica la aparición de mayor número de compañeros sexuales con el consiguiente riesgo dado por estas. Se ha demostrado también que en la adolescencia el tejido cervicouterino es más susceptible a la acción de los carcinógenos. Por otro lado la presencia de un patógeno adquirido a edad más temprana aumenta su periodo de exposición; por lo que el riesgo de lesión intraepitelial cuando el primer coito se tiene a los 17 años es de 2.4 veces más que cuando este se tiene a los 21 años.²⁶

4.3.3 Características del compañero sexual.

Se considera que las características del compañero sexual en cuanto a su historial de parejas sexuales, se relacionan directamente proporcional con la edad precoz de inicio de relaciones

sexuales y con mayor número de enfermedades de transmisión por esta vía, así como mayor número de visitas a prostitutas y el hábito de fumar.²⁶

4.4 Factores relacionados con la reproducción.

4.4.1 Paridad.

Las mujeres con dos o más hijos tienen un riesgo de 80% más con respecto a la nulíparas de presentar lesión Intraepitelial; después de cuatro hijos el riesgo se triplica, después de siete hijos se cuadruplica y con doce aumenta hasta cinco veces. A pesar de no existir una explicación definitiva para esta asociación se cree que la inmunosupresión propia del embarazo o su influjo hormonal aumentan la susceptibilidad a la infección por el VPH aunque sin relaciones consistentes.²⁶

4.4.2 Partos vaginales.

Se ha encontrado que la presencia de dos o más partos antes de los 22 años cuadruplica el riesgo de neoplasia del cuello uterino; además que las mujeres con uno o más partos vaginales tienen un riesgo del 70% más de padecer una lesión Intraepitelial, comparadas con aquellas que solo tuvieron cesáreas. La razón para esta asociación es el traumatismo repetido sobre el epitelio de transición al momento del parto, sin embargo no se encuentra evidencia suficiente para considerarlo como un factor determinante.²⁶

4.5 Tabaquismo.

Se asocia al tabaquismo de forma dosis dependiente en la carcinogénesis del CaCu y el VPH debido a que se ha demostrado la presencia de *cotidina* (una de las 200 sustancias carcinogénicas presentes en el humo de tabaco) en altas concentraciones en el epitelio cervicovaginal de mujeres fumadoras activas o pasivas aunque no se ha explicado el mecanismo exacto de la carcinogénesis.

Estudios epidemiológicos han mostrado una asociación de tabaquismo y citología cervical anormal y cáncer generalmente con metaplasia, neoformación vascular, proliferación del epitelio, sobre expresión del gen p 53 y marcadores de proliferación celular.

Al tabaco y sus subproductos también se les atribuye influencia en la modulación de la inflamación e inmunidad local con perturbación en la apoptosis.

A largo plazo el tabaquismo se asocia con la formación de inductores químicos sobre el ADN en el epitelio cervical causando inestabilidad genética.

Estudios epidemiológicos bien controlados han demostrado que las pacientes con CaCu positivo al VPH tienen el doble de probabilidad de haber sido fumadoras que las testigos positivas al VPH^{27, 28}

4.6 Métodos anticonceptivos.

El uso de anticonceptivos orales se ha considerado un factor con implicaciones en el desarrollo de la neoplasia Intraepitelial cervical, atribuyéndoseles un papel muy importante en la carcinogénesis cervical y en la transformación oncogénica del ADN viral. El cuello uterino es regulado por hormonas que poseen receptores específicos para estrógenos y progesterona, por lo que la existencia de dichas proteínas en el epitelio escamoso, dependiendo de la fase del ciclo menstrual en que se encuentre, pudieran promover la proliferación celular e integración del ADN viral al genoma celular, con la subsiguiente expresión de sus oncogenes E6/E7 o E5 los cuales están en relación directa con la gravedad de la neoplasia.²⁵

4.7 Factores nutricionales.

Aunque los estudios científicos no son concluyentes se considera que una dieta baja en antioxidantes, ácido fólico y vitamina A, C y E, favorece la persistencia de la infección por virus de papiloma humano y la evolución hacia la malignidad.^{24, 25, 27}

4.8 Factores psicosociales.

4.9.1 Condición socioeconómica y cultura.

Las mujeres de mas bajo nivel social, cultural y educativo, así como las inmigrantes tienen mayor incidencia del cáncer del cuello uterino, sin embargo también en el otro extremo, se encuentra a las universitarias como parte del grupo que mas padece esta neoplasia; estos dos extremos se han relacionado por un lado con menor acceso a los servicios de salud y por el otro lado mayor exposición al VIH (virus de inmunodeficiencia humana) En Uruguay por ejemplo se sabe que l 60% de las mujeres de 20-30 años no acuden al tamizaje, mas por temor a trabas administrativas que a tener que vivir en condiciones que as expone mas al VIH. En EEUU las mujeres hispanas o africanas tienen más riesgo de adquirir VIH y presentar lesiones premalignas y malignas del cuello uterino (tienen una mayor prevalencia de VPH y esto se relaciona directamente con el conteo de CD4²⁹ sin embargo este marcador se considera más un factor de riesgo que un evento causal.

4.9.2 Educación en salud.

Se ha encontrado que mujeres con menor nivel académico acuden hasta 2.5 veces menos a clínicas ambulatorias que su contraparte con mayor nivel educativo lo que se relaciona directamente con el nivel de conocimientos generales de salud. Lo que quiere decir que en la medida en que la mujer entienda las razones por las que se debe realizar en forma periódica las citologías por lo que hay dificultad para que acudan regularmente a sus controles o sigan instrucciones en caso de algunas lesiones, por lo que estos hechos hacen evidente la necesidad de educación para las pacientes más susceptibles.²⁶

4.9.3 Rol que recibe la mujer de su feminidad.

Existen diferencias entre las diferentes regiones geográficas a cerca de la identidad personal de las mujeres, su sexualidad y su capacidad de toma de decisiones, así mismo podemos decir que por ejemplo en las regiones de Latinoamérica se acepta como normal que las mujeres tengan una sola pareja y los hombres muchas, lo que se traduce en rol femenino pasivo donde el principal papel de la mujer se centra en la reproducción y crianza de los hijos, el cuidado del hogar, es decir todo lo que implica el papel de la mujer dentro de una familia tradicional; esto se traduce en un mayor riesgo de infección y diagnóstico tardío.²⁶

5 Factores asociados con la calidad de la atención.

Como hemos mencionado el CACU es una neoplasia totalmente detectable en fases tempranas, incluso en países desarrollados donde la detección de NIC es del 80%. Por el contrario en países en vías de desarrollo las tasas de morbilidad y mortalidad aumentan. Otros factores con el acceso que tienen las usuarias de los servicios de salud; donde las mujeres incluidas en los programas de control prenatal, planificación familiar y en general las que utilizan mas los servicios de salud son las que más se captan para la toma de citología vaginal lo que traduce la existencia de una población flotante que no acuden o lo hacen con muy poca frecuencia a las unidades de atención medica tanto en México como en Estados Unidos.²⁶

6 La educación continúa en el adulto.

Se considera educación de los adultos a toda actividad de aprendizaje emprendida a lo largo de la vida (escolarización, vida laboral, tiempo de ocio y la tercera edad), con el ánimo de mejorar el saber, las destrezas y aptitudes desde una visión personal, cívica, social, laboral y en este caso de salud la cual debe ser permanente.³⁰

Los orígenes de la educación Continua se explican por dos visiones de la función educativa:

La concepción de que la educación es un proceso permanente que involucra integralmente a la persona con infinitas necesidades de aprender la cual relacionada con actividades productivas para el ser humano encaminadas a seguir el ritmo de la civilización.

La interpretación sobre la evolución de acuerdo a las profesiones y las estrategias para formar nuevos profesionales que garanticen su calidad en todo lo largo de su ejercicio profesional.

Los rasgos decisivos de la madurez son la conciencia de responsabilidad y la aspiración a ella, concibiendo a la persona responsable como aquella que responde por su comportamiento, por el contenido de su vida y lo hace, en primer lugar, ante sí mismo y ante otras personas. En el hombre maduro influye la historia de su vida, su experiencia vital como resultado de la actividad que ha realizado ininterrumpidamente durante toda la etapa anterior. Otras características de los adultos son la autonomía e iniciativa.³¹

La educación continua moderna incluye el concepto de Andragogía, término acuñado en 1833 por Alexander Kapp; hace referencia a los métodos, técnicas, fines y en general, a todo el currículum diseñado para llevar a cabo la educación integral en la población adulta.³² Esta ciencia de la educación tiene la finalidad facilitar los procesos de aprendizaje en el adulto a lo largo de toda su vida. La operatividad de la educación de adultos se fundamenta en los principios de *Horizontalización y Participación*.

La Horizontalización se refiere a la relación entre iguales desde el punto de vista de sus actitudes, responsabilidades y del compromiso hacia el logro de resultados exitosos, de dicho principio se desprenden dos características, una cualitativa y otra cuantitativa.

- Cualitativa: considera las cualidades del facilitador (como guía) y del participante en iguales condiciones por ser ambos adultos y tener experiencia (madurez, aspiraciones, necesidades, vivencias e interés de grupo)
- Cuantitativa: tiene relación con cambios físicos experimentados en las personas adultas.

La horizontalidad, permite a los participantes y al facilitador interaccionar su condición de adulto, aprendiendo recíprocamente, respetándose mutuamente y valorando la experiencia de individual en el proceso educativo de permanente enriquecimiento y retroalimentación. La Participación se define como la acción de tomar decisiones en conjunto o tomar parte con otros en la ejecución de una tarea determinada.³¹

En este contexto entendemos que al participante le interesa la aplicación, como esencia de la tarea educativa.³³

El IMSS como formador de recursos humanos para la atención de las necesidades de salud, ha transitado por una serie de corrientes educativas como la corriente conductista, que si bien se dice que ha sido abandonada, sigue representando la corriente educativa que impera en las instituciones educativas que forman a los recursos humanos que posteriormente serán integrados al instituto. El cognoscitismo privilegia el aprendizaje significativo basado en la construcción del conocimiento a partir de las relaciones de los conceptos e ideas nuevos con los ya existentes en el individuo, en esta corriente se vislumbra ya la importancia de la experiencia como parte fundamental en el conocimiento, sin embargo esta corriente tuvo poca influencia en el desarrollo de la educación en el IMSS, más recientemente la introducción de la

enseñanza basada en el desarrollo de competencias profesionales aparece como respuesta a las exigencias del mercado laboral más que a las necesidades de conocimiento del propio individuo. Esta corriente represento una etapa dentro del instituto en la que se realizaron grandes esfuerzos para su implementación con, desafortunadamente, escasos resultados en la mejora del desarrollo del conocimiento.

La propuesta actual en educación, dentro de nuestra institución, representada por la crítica de la experiencia, propone la perspectiva de la educación participativa que tiene como fundamento epistemológico: que “El conocimiento no se consume, se elabora; dicha elaboración se lleva a cabo por medio de la crítica y la autocrítica. El alumno es el protagonista de su propia aventura en el conocimiento.”³⁴

Desde esta perspectiva para el desarrollo de la aptitud clínica se parte del principio de que sus componentes se relacionan con las habilidades para reconocer indicios clínicos, factores de riesgo, pronósticos o de gravedad del padecer del enfermo, habilidad en la apropiada selección y acertada interpretación de los procedimientos de laboratorio y gabinete, habilidad para seleccionar entre distintas posibilidades diagnósticas y terapéuticas, habilidad para decidir acciones preventivas y terapéuticas apropiadas encaminadas a conservar o recuperar la salud.

El desarrollo de la aptitud clínica implica el acceso a información de calidad que será analizada por el alumno y confrontada con su propio conocimiento para de esta manera construir un conocimiento propio, acorde a sus necesidades y ambiente en que se desarrolla. En este sentido pretendemos facilitar el acceso a esta información como una estrategia para subsanar las dificultades impuestas por el ambiente laboral en el que se desempeña el médico familiar.

La difusión de la información puede definirse como el proceso por el cual se transmite al usuario la información que necesita o en darle la posibilidad de obtenerla.

En su sentido más amplio engloba todas las modalidades de transmisión de documentos o referencias informativas: desde la comunicación verbal de una referencia concreta hasta la edición de boletines bibliográficos periódicos o el libre acceso a los fondos de acervo para su consulta por el usuario.

Existen diversas formas de productos y servicios capaces de vehicular la información hacia los sujetos, con fines didácticos, se pueden considerar dos formas básicas:

- *Difusión bajo demanda*; es una forma de difusión pasiva que depende de la iniciativa de la persona que solicita la información al personal encargado que le recupera la información (por ej. búsquedas bibliográficas y documentales)
- *Difusión documental*; esta implica la participación activa del difusor hacia los usuarios de productos analizados según las necesidades del público a quien van dirigidos según su perfil. (Pueden ser documentos primarios, secundarios o referencias de documentos y la difusión selectiva de la información)

7 La Difusión Selectiva de Información (DSI)

El término " difusión selectiva de información" fue acuñado en 1958 por Hans Peter Luhn. Es un sistema de difusión "a la carta", por el cual se ofrece a cada usuario las referencias de documentos correspondientes a sus temas de interés seleccionados a partir de documentos analizados durante un determinado período. Proporciona a los usuarios una información personalizada, periódica y selectiva, sobre temas concretos.

Es un proceso activo de comunicar periódicamente nueva información sobre un tema de interés para el usuario.

Puede ser individual o colectiva: la individual responde al perfil de un solo usuario y la colectiva a un grupo homogéneo de usuarios.

Diseminar información es enviarla a los usuarios que la requieren.

Hacerlo selectivamente es enviarla a cada usuario con la forma y los contenidos que se adaptan a su perfil, sus intereses y sus necesidades.

Es claro que el acceso a la información per se no determina el desarrollo de la aptitud clínica, sin embargo, su presencia si facilitará dicha aptitud, representando un punto de partida para su ulterior refinamiento.

8 ANTECEDENTES CIENTIFICOS

Refugio González-Losa, María MD MS Ph y cols realizaron un estudio para evaluar el conocimiento sobre la etiología y la prevención del CaCu entre los médicos de familia que trabajan en IMSS de Yucatán, durante el mes de abril de 2009. Se realizó un cuestionario de 10 ítems cada uno con valor de un punto; a 187 médicos familiares. Se calificó en la escala de 0-10.

Resultados; El promedio de conocimiento fue 6,93 puntos. Menos del 50% sabía qué hacer con las mujeres cuyo resultado para virus del papiloma humano fuera positivo sin una lesión cervical precancerosa y el rango de edad adecuado para la prueba de Papanicolaou. El 61,1% de los Médicos familiares identificó al CaCu como un problema de salud importante en México. El 95,1% identificó al CaCu como causa de muerte entre las mujeres de México y reconoció al virus del papiloma Humano como principal agente etiológico. El 90,3% mencionó la prueba de Papanicolaou como principal método de diagnóstico del CaCu. Por lo que según sus resultados consideran que los médicos de familia deben tener un conocimiento adecuado de los elementos prácticos del Programa de detección del Cáncer Cervical para dar una atención eficiente a sus pacientes.³⁸

En el 2000, Arillo-Santillán E, Lazcano-Ponce E. y Colls, publicaron un estudio para evaluar el nivel de conocimientos que diversos tipos de profesionales de la salud tienen sobre la prevención del cáncer cervical. Durante 1998 y mediante un diseño transversal con una muestra de 520 profesionales de la salud del primero y segundo nivel de atención entre ellos; 141 especialistas en medicina familiar, 82 especialistas de áreas clínicas, 78 médicos residentes de especialidad, 135 enfermeras generales, 71 enfermeras especialistas y 13 trabajadoras sociales del Hospital General Dr. José Parres, del Hospital del Niño Morelense, de la Secretaría de Salud y la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado del estado de Morelos.

Resultados: el promedio de conocimiento global fue 4.74 puntos (IC95% 4.57-4.88) en una escala máxima de 10; el grado de conocimiento entre los médicos de especialidades clínicas fue mayor, en comparación con las trabajadoras sociales. La mayor diferencia en el índice de conocimiento acerca del diagnóstico, prevención y el tratamiento del cáncer cervical se observó entre los médicos de especialidades clínicas (IC95% 4.81-5.60), en comparación con las trabajadoras sociales (IC95% 2.31-3.82). En la mayoría de los casos, la periodicidad con la que una mujer debe hacerse la prueba de Papanicolaou se postula menor a un año, y existe un pobre consenso en relación con el periodo de edad en que debe obtenerse dicha prueba. El nivel de conocimientos es menor conforme se tratan de identificar aspectos etiológicos y perspectivas de tratamiento.³⁹

En el 2000 Blanca Patricia Cumpián-Loredo realizó un estudio para identificar el nivel de conocimiento y la frecuencia de los exámenes sobre detección oportuna del CaCu y Cáncer de mama en personal del sector salud del HGZ 11, Piedras Negras Coahuila del IMSS. A través de un estudio comparativo, transversal y descriptivo en 291 trabajadoras del HGZ 11 y UMF 79 del IMSS, Hospital General de la Secretaría de Salud, Hospital del ISSSTE, y por último Hospital de la Clínica México y Hospital de la Clínica de Especialistas de Piedras Negras, Coahuila. El período fue de mayo a julio de 1999. Se construyó un instrumento de medición para evaluar el nivel de conocimiento y frecuencia en la práctica de exámenes sobre detección oportuna de CaCu y de mama, obtenido a través de rondas de expertos en oncología, ginecología, epidemiologías y docencia. Aplicaron una prueba piloto con Kuder Richardson para medir consistencia y confiabilidad.

Resultados: El 88.6% de la población estudiada tuvo conocimiento sobre detección oportuna de CaCu. La Prueba de correlación Spearman demostró que no existe correlación entre conocimiento y práctica del examen de cáncer cervicouterino (0.28) Por lo que según este estudio la primera causa para no realizarse la citología cervicovaginal es el descuido y la segunda son factores culturales relacionados con la intimidad y vergüenza.⁴⁰

9 Justificación.

El CaCu se encuentra en las primeras causas de enfermedad a nivel mundial. En países desarrollados la tasa de incidencia, prevalencia y mortalidad disminuyen más rápidamente en contraste con los países en vías de desarrollo como México. Las diversas instituciones u organizaciones entre ellas la Organización Panamericana de la Salud, la Organización Mundial de la Salud, la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social (mediante la guía de práctica clínica para la prevención y detección oportuna del Ca Cu en el 2009) que emiten recomendaciones importantes encaminadas a disminuir la incidencia, prevalencia y mortalidad por esta patología.

Entre las recomendaciones más importante está la capacitación continua del equipo de salud y de ello deriva la necesidad de retomar el papel del Médico de Familia como parte fundamental de este equipo encaminado a prevenir, diagnosticar, tratar y dar seguimiento a mujeres en riesgo de padecer CaCu.¹ Es conveniente promover la educación continua del profesional de salud entendida como toda actividad de aprendizaje emprendida a lo largo de la vida, con el ánimo de mejorar el saber, destrezas y aptitudes medicas para el ejercicio de su profesión. Una forma de hacer llegar conocimiento nuevos y adaptables al ambiente laboral es la Difusión Selectiva de Información la cual es un proceso activo de comunicación periódicas en forma individual o colectiva sobre un tema de interés como en este caso el CaCu reconociendo que existe descuido en la prevención por parte del personal de salud y un mayor énfasis en el tratamiento curativo sobre los programas de detección precoz.^{35, 36,37}

En la UMF 94 se reportaron en el 2009 70 casos de tumores malignos del Cuello Uterino sin otra especificación⁶, por lo que se deben reforzar las estrategias para combatir el CaCu en las Unidades medicas entendiendo que resulta difícil durante la jornada laboral que el medico realice otras actividades educativas, lo que hace necesario valerse de estrategias educativas como la Difusión selectiva de Información.

10 Planteamiento del Problema.

A pesar de que las neoplasias del cuello uterino tienden a disminuir su incidencia en países desarrollados con respecto a las décadas anteriores continúan afectando la salud de las mujeres en el mundo originando un efecto negativo para las familias y comunidades al perderse de manera prematura jefas de familia, madres, esposas, hermanas, abuelas que representan un papel importante e irremplazable.³⁶

Este fenómeno ha sido reconocido por la OMS en su reporte del 2005 con más de medio millón de casos nuevos de CaCu de los cuales el 90% corresponde a países en vías de desarrollo² (donde ocupó el segundo lugar de incidencia en 2002 con 29 /100,000 mujeres afectadas y 13/100,000 muertes) principalmente en América Latina, el Caribe, sudeste Asiático y África.³ En México, el CaCu es el más frecuente en mujeres mayores de 25 años y la undécima causa de mortalidad en la población femenina con 4 270 defunciones en 2005, equivalentes a una tasa de mortalidad de 8:100 000 mujeres de este grupo etario.⁵

En la UMF 94 se reportaron en el 2009 70 casos de tumores malignos del Cuello Uterino sin otra especificación⁶, lo que hace necesario reforzar las estrategias para combatir el CaCu entendiendo la dificultad que presenta el médico familiar durante su jornada laboral para realizar actividades educativas. La Difusión selectiva de Información es un proceso activo de comunicar periódicamente nueva información personalizada, periódica y selectiva, sobre temas concretos.

En la UMF 94 se encuentran adscritos 68 Médicos Familiares de los cuales se desconoce la forma y tiempo que dedican para su actualización, sin embargo, sabemos que las características propias del desempeño de sus actividades como médico familiar y las necesidades propias de su vida personal y familiar limitan el tiempo disponible para la realización de actividades de actualización lo que destaca la necesidad de encontrar estrategias que faciliten el desarrollo de la aptitud clínica.

Todos los profesionales de la salud debe ser guiados por bases firmes para optimizar los resultados en cuanto a concepto, aspectos epidemiológicos, diagnóstico, tratamiento y prevención del CaCu ya que el éxito o fracaso de los la salud de la población femenina de 25 a 64 años depende de ayudar al personal sanitario a adoptar una actitud de salud pública en la detección y el tratamiento, lo que implica entrar en contacto con el mayor número de personas posibles con un conjunto básico de servicios, y capacitar a dicho personal de manera que esté en condiciones de ofrecer servicios y asesoría de alta calidad.

11 Pregunta de Investigación.

- ¿Cuál será la eficacia de la Difusión Selectiva de Información sobre el nivel de conocimiento de los médicos familiares sobre Cáncer Cervicouterino?

12 Objetivo general.

- Evaluar la eficacia de la Difusión Selectiva de Información sobre Cáncer cervicouterino en Médicos Familiares de la UMF 94.

13 Objetivos Específicos.

- Identificar el nivel de conocimientos en médicos familiares antes y después de realizar la Difusión selectiva de información sobre Cáncer cervicouterino.
- Comparar el nivel de conocimiento sobre Cáncer cervicouterino en los médicos familiares antes y después de implementar una difusión selectiva de información.

14 Hipótesis.

- La difusión selectiva de información mejora el nivel de conocimientos sobre cáncer cervicouterino en médicos familiares adscritos a la UMF 94 del IMSS.

15 Identificación de las Variables (Anexo 3)

14.1 Dependiente

- Nivel de conocimientos de los médicos familiares sobre cáncer cervicouterino.

14.2 Independiente

- Difusión selectiva de información sobre cáncer cervicouterino.

14.3 Universales

- Sexo
- Edad

14.4 Confusoras

- Antigüedad como médico familiar.
- Participación en actividades académicas previas sobre cáncer cervicouterino.
- Antecedente de lectura de artículos científicos sobre el cáncer cervicouterino por el participante.

16 Diseño del Estudio.

15.1 Tipo de estudio

- Cuasiexperimental de series temporales con un solo grupo.
- Longitudinal, comparativo, prolectivo y prospectivo.

15.2 Universo de trabajo

- Médicos con categoría de Médico Familiar adscritos al IMSS.

15.3 Población de estudio.

- Médicos con categoría de Médico Familiar adscritos a la unidad de medicina familiar No 94 del IMSS.

15.4 Muestra

- Médicos con categoría de médico familiar adscritos a la UMF 94 del IMSS en desarrollo de sus funciones en los turnos matutino y vespertino durante la realización del estudio.

15.5 Determinación estadística del tamaño de muestra

- En la UMF 94 existen 68 médicos familiares adscritos y activos en consulta externa en los turnos matutino y vespertino. Para obtener el tamaño de la muestra se utilizó la fórmula mediante el programa estadístico Adobe Shockwave Player 2,37 MB Versión de Adobe 11.5.8.612 Windows, MSIE obteniendo un resultado para el valor de alfa 0.5 de 58 médicos familiares:

$$n = \frac{0.25N}{\left(\frac{\alpha}{z}\right)^2 (N-1) + 0.25}$$

15.6 Tipo de muestreo

- Por intención

17 Criterios de selección

- Médico Adscrito a la UMF 94 con categoría de Médico Familiar
- Asignado a la consulta externa de medicina familiar.
- Que acepte participar en el estudio.

16.1 Criterios de Exclusión.

- Médicos que por cualquier motivo no respondieron en forma completa el instrumento de evaluación.

16.5 Procedimiento para la integración y recolección de la muestra

- Se llevó a cabo por medio de la tarjeta de checado de los 68 médicos en activo durante el estudio. El investigador responsable selecciono 58 tarjetas al azar, se localizó al médico correspondiente y se le hizo la invitación al estudio.
- Se realizó la firma del consentimiento informado (anexo 2).
- En caso de que algún médico seleccionado no aceptara participar se tomó otra tarjeta al azar de las no seleccionadas.

18 Descripción y validación del instrumento

El instrumento empleado (anexo 3) consistió en un cuestionario el cual contiene tres apartados: El **primer apartado** corresponde a los datos de identificación del participante que consignara: Sexo, edad, turno laboral, antigüedad como médico, especialidad o no en medicina familiar, así como 4 preguntas abiertas a fin de determinar los elementos que pueden influir en el nivel de conocimiento sobre el tema en cuestión. El **segundo apartado** corresponde a las instrucciones para resolver el cuestionario y el **tercer apartado** contendrá una serie de enunciados guía (aseveraciones 1-4) seguidos de ítems con respuestas del tipo Falso-Verdadero- No se compuesto por 41 reactivos que exploran los aspectos de:

- Definición y epidemiología del Cáncer cervical, ítems; 5 a 9
- Factores de riesgo para el cáncer cervicouterino, ítems: 10 a 22

- Diagnóstico del cáncer cervicouterino; ítems 23 a 32
- Tratamiento: 33 a 38
- Prevención; ítems 39 a 46

Construido ex profeso para la presente investigación y sometido a validación mediante ronda de 4 expertos el instrumento original constaba de 55 reactivos los cuales se modificaron o eliminaron después de la ronda de expertos, se incluyeron únicamente aquellos reactivos en los que se presentó un acuerdo de 4/4; el instrumento en su versión final quedó integrado por 46 ítems (36 verdaderos y 10 falsos)

Los niveles de conocimiento se establecieron de la siguiente manera:

- Insuficiente (< 23 aciertos)
- Suficiente (24 a 28 aciertos)
- Regular (29-33 aciertos)
- Bueno (34 - 37 aciertos)
- Excelente (38-41 aciertos)

19 Descripción de la maniobra del trabajo de campo.

- Posterior a su aprobación por el Comité Local de Investigación 3515 con No de Registro: R-2010-3515-21, se procedió a invitar a los 58 médicos familiares de la UMF 94 para formar parte del proyecto de investigación.
- Durante esta invitación se explicó el objetivo del estudio y la forma de participación durante el mismo.
- Confirmación a través del formato de consentimiento informado de la participación (anexo 2)
- Evaluación del nivel de conocimientos sobre definición, aspectos epidemiológicos, diagnóstico, tratamiento y prevención del CaCu mediante un instrumento diseñado antes y después de la Difusión Selectiva de Información al médico al inicio de su jornada para ser devuelto al final de la misma.

- Difusión de material didáctico correspondiente uno el primer día hábil de la semana y otro el último día hábil de la semana, de acuerdo con el programa realizado ex profeso para la presente investigación (anexo 4) hasta un total de cuatro distribuidos de la siguiente manera; boletín 1. Concepto y Factores de Riesgo, Boletín 2.Diagnóstico, Clasificación y Pronostico, Boletín 3.Tratamiento y Boletín 4. Prevención del CaCu, que se entregaron en forma personal a cada médico.
- Al término del programa educativo se aplicó nuevamente el instrumento de evaluación a cada participante.
- Los resultados del instrumento de medición fueron vaciados en hoja electrónica y sometidos a análisis estadístico con ayuda del programa SPSS Versión 17.0 para Windows.
- Se elaboró el informe de investigación y difusión del mismo.

20 Análisis estadístico

Los datos recolectados se someterán a determinación de porcentajes, medidas de tendencia central y dispersión de acuerdo al tipo de variable, la presentación de los datos a través de cuadros y figuras. Para estimar la significancia estadística de las diferencias encontradas en el nivel de conocimientos pre y post intervención mediante χ^2 y prueba de rangos signados de Wilcoxon.

21 ASPECTOS ETICOS Y RECURSOS

Se propone a la comisión de ética, bioseguridad e investigación del INSP y del IMSS el presente proyecto para que sea revisado y se cerciore que se cumplan las pautas establecidas por el documento de Principios Éticos Para Las Investigaciones médicas en Seres Humanos precedido por la declaración de Helsinki (1964) lo que garantiza la confidencialidad y beneficio para los participantes.

22 FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD.

Los recursos económicos necesarios para este estudio serán utilizados para material de papelería básicamente y aplicación de instrumentos de evaluación los cuales correrán a cargo del investigador.

23 . Resultados

23.1 Características sociodemográficos de la muestra.

La muestra se integró por 58 médicos familiares de la UMF 94 del IMSS en ambos turnos de los cuales se excluyeron 8 por no concluir el estudio. El 52% fueron mujeres, la edad promedio fue de 42.6 años con un mínimo de 30 y un máximo de 59 años. (Cuadro 1) El 100 % de la población fueron especialistas en Medicina familiar y el mismo porcentaje nunca ha realizado alguna maestría o doctorado relacionadas con el CaCu. El promedio de antigüedad fue de 13.3 años con un mínimo de 1 año y un máximo de 29 años.

Cuadro1.

Características sociodemográficas de la población; Sexo y Edad.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje (%)	Porcentaje valido (%)
Mujeres	26	52	52
Hombres	24	48	48
Total	50	100	100
Edad			
Media	42.6	Mínimo	30
Mediana	41.5	Máximo	59

Fuente. Cuestionario aplicado a médicos familiares de la UMF 94.

23.2 Factores que pueden influir en el nivel de conocimientos sobre Cáncer Cervicouterino.

Del total de la muestra el 74% (38) respondió no haber realizado alguna actividad académica relacionada con CaCu en el último año contra el 23% (12) que si realizó actividades académicas sobre este tema (Cuadro 3) El 51% (26) de la población ha leído algún artículo sobre CaCu en el último año contra el 47% (24) que respondió no haber realizado dicha actividad (Cuadro 3) El 72% (37) de los Médicos familiares no han leído algún libro sobre CaCu en el último año, contra el 25% (13) que si han leído algún libro sobre este tema en el último año (Cuadro 3)

Se encontró relación directamente proporcional entre lectura de artículos científicos y el nivel de conocimientos. No se encontró relación significativa entre los años de antigüedad y el nivel de conocimientos.

Cuadro 3.

Realización de actividades académicas, lectura de artículos médicos y libros sobre CaCu en el último año por médicos familiares de la UMF 94. 2010

Realización de actividades académicas sobre CaCu en el último año		
	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	12	23.5
No	38	74.5
Revisión de artículos en el último año.		
Si	26	51
No	24	47
Revisión de libros sobre CaCu en el último año.		
Si	13	25.5
No	37	72.5

Fuente. Cuestionario realizado a médicos familiares de la UMF 94.

23.3 Nivel de conocimientos sobre CaCu en la Pre-Difusión selectiva de Información.

El nivel de conocimientos previos a la Difusión Selectiva de Información (DSI) sobre CaCu en la población estudiada fue suficiente en el 43.24% (22 médicos, seguido de nivel de conocimientos bueno con un 23.5% (12), insuficiente en un 17.6% (9), regular 7.8% (4) y excelente en 3% de la población (3) (Cuadro 4) (Figura 1)

Cuadro 4.

Nivel general de conocimientos pre- Difusión selectiva de Información sobre CaCu

Nivel de conocimientos pre- DSI	Frecuencia	Porcentaje (%)
Excelente (9.0-9.9)	3	5.9
Bueno (8.0-8.9)	12	23.5
Regular (7.0-7.9)	4	7.8
Suficiente (6.0-6.9)	22	43.1
Insuficiente (<6,0)	9	17.6
Total	51	100

Fuente: Cuestionario aplicado a Médicos Familiares de la UMF 94.

23.4 Nivel de conocimientos sobre Cáncer cervicouterino en la pos-Difusión Selectiva de información.

En la evaluación pos Difusión Selectiva de Información se obtuvo un nivel de conocimientos bueno en un 43% (22) ($p=0.025$) de la población, excelente en un 29.4%(15) ($p=0.001$) y regular en un 25.5% (13) ($p=0.038$) (Cuadro 5) (Figura 3 y 5)

Cuadro 5.

Comparación del Nivel de conocimientos sobre CaCu en la Pos-Difusión Selectiva de Información.

Nivel de conocimientos	Frecuencia	Porcentaje (%)	Valor de p*
Excelente (9.0-9.9)	15	29.4	0.001
Bueno (8.0-8.9)	22	43.1	0.025
Regular(7.0-7.9)	13	25.5	0.038
Suficiente	0	0	0.000
Insuficiente	0	0	0.000
Total	50	98	

Fuente: Cuestionario realizado a médicos familiares de la UMF 94

*Prueba de rangos asignados de Wilcoxon.

23.5 Nivel de conocimientos sobre CaCu pre y pos-Difusión selectiva de información por áreas.

El nivel de conocimiento sobre prevención del cáncer cervical fue excelente en el 66.8% pre-difusión y 79% en la pos difusión con un valor de p 0.003. En contraste con el área de definición y epidemiología donde el nivel de conocimientos pre-difusión selectiva fue suficiente con 66% en la pre-difusión y 16.6 en la pos-difusión con un valor de p de 0.018(Figura 2y 5)

En cuanto al nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo para CaCu en la pre-difusión se obtuvo un nivel calificado como bueno en el 50% y 28% en la pos-difusión con un valor de p 0.01. Los conocimientos sobre diagnóstico de cáncer cervical se calificaron como regular en el 36.7% en la pre-difusión selectiva de información y 23% en la pos-difusión con un valor de p 0.029. En cuanto al nivel de conocimientos sobre tratamiento de esta neoplasia en la primera prueba se obtuvo en el 39.1% suficiente y 20.9 en pos difusión con un valor de p-0.55

(Cuadro 6) (Figura 4)

Cuadro 6. Nivel de conocimientos sobre CaCu por áreas pre y pos-DSI.

Nivel de conocimientos	Frecuencia		Porcentaje (%)		Chi 2
	Pre-DSI	Pos-DSI	Pre-DSI	Pos-DSI	
Excelente (9.0-9.9)	3	15	5.9	29.4	0.025
Buena (8.0-8.9)	12	22	23.5	43.1	0.038
Regular (7.0-7.9)	4	13	7.8	25.5	0.001
Suficiente (6.0-6.9)	22	0	43.8	0	0.000
Insuficiente (<6.0)	9	0	17.6	0	0.000

Fuente: Cuestionario aplicado a médicos familiares de la UMF 94.

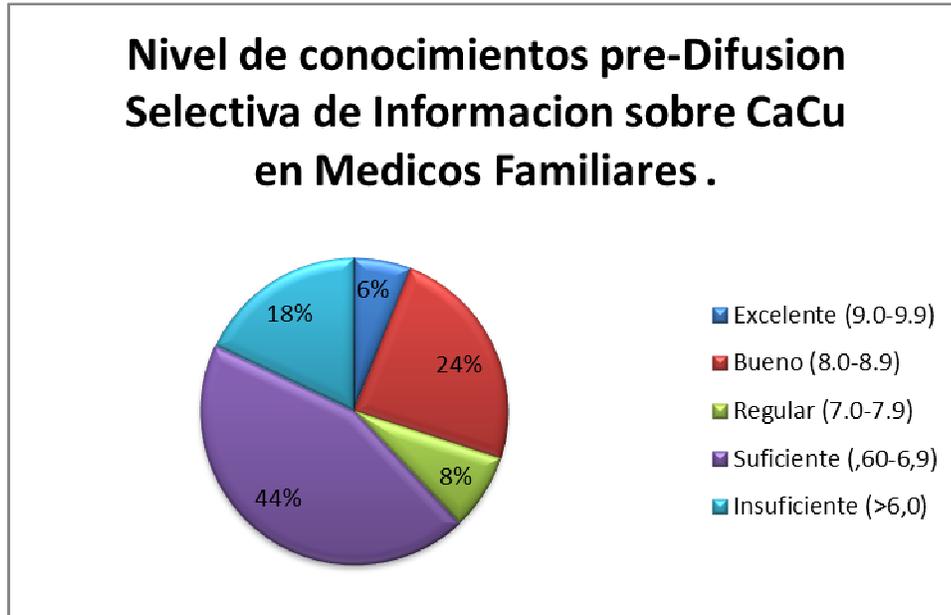
Cuadro 7. Comparación del Nivel de conocimientos sobre CaCu por áreas Pos Difusión Selectiva de Información (DSI)

Área del conocimiento	Definición y epidemiología	Factores de riesgo	Diagnóstico	Tratamiento	Prevención
Nivel de conocimientos					
Excelente (%)	16.4	32	35	18	79
Buena (%)	30.8	28	32	34	15
Regular (%)	36	30	23	28	6
Suficiente (%)	0	10	10	20	0
Insuficiente (%)	0	0	0	0	0
*Valor de P	0.018	0.019	0.029	0.055	0.003

Fuente: Cuestionario aplicado a médicos familiares de la UMF 94.

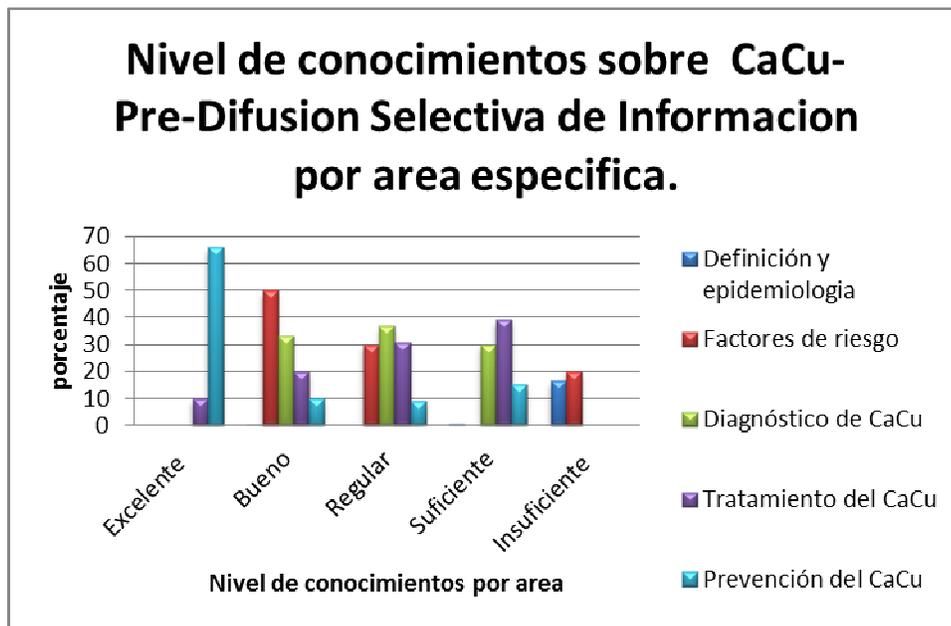
* Valor de P para α 0.5 en la prueba de rangos asignados de Wilcoxon

Figura 1.



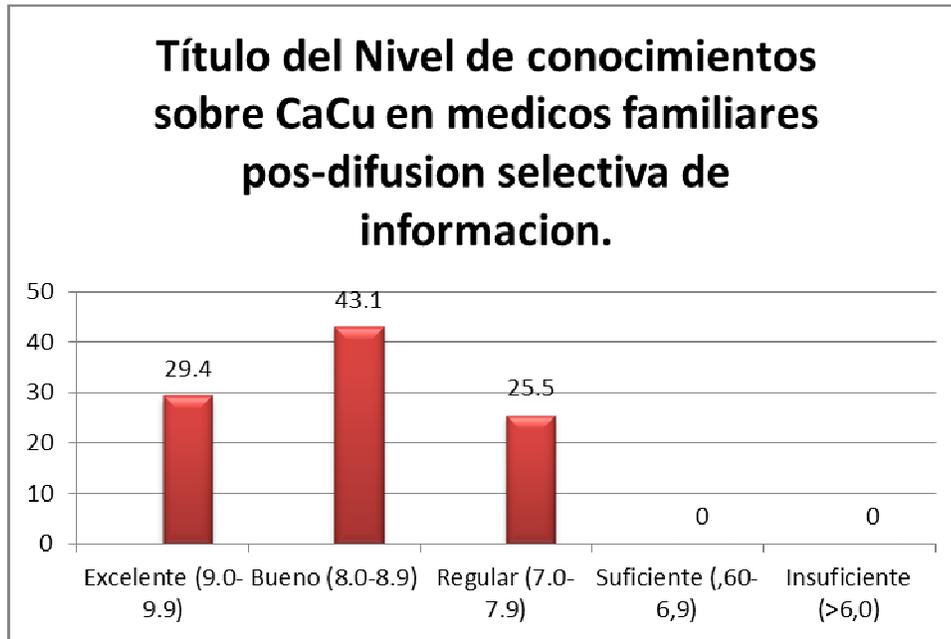
Fuente. Datos obtenidos del cuestionario aplicado a medicos familiares de la UMF 94.

Figura 2.



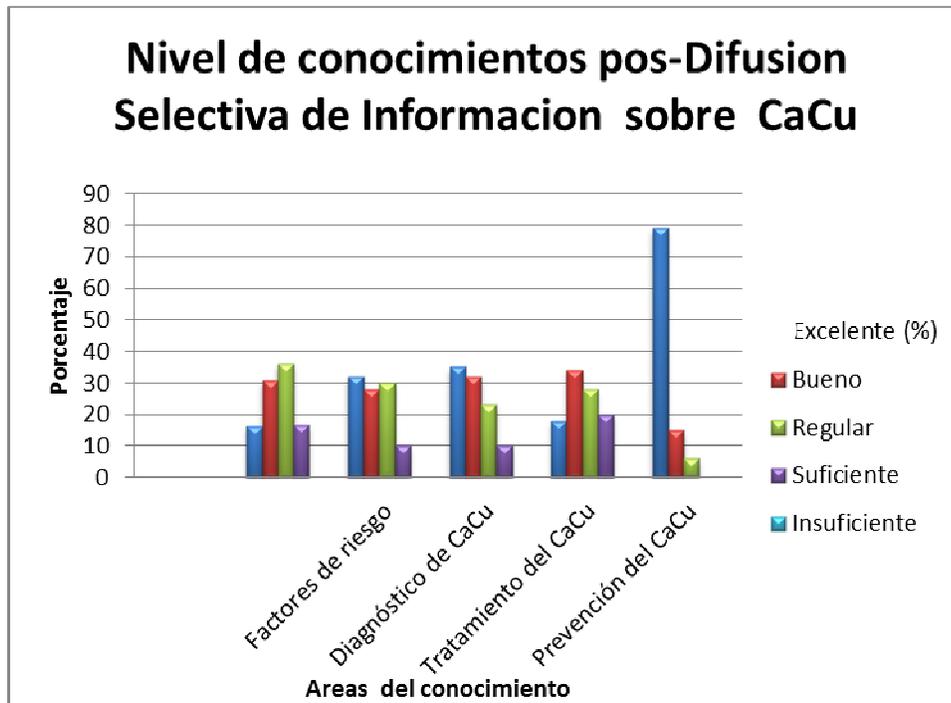
Fuente. Datos obtenidos del cuestionario aplicado a medicos familiares de la UMF 94.

Figura 3.



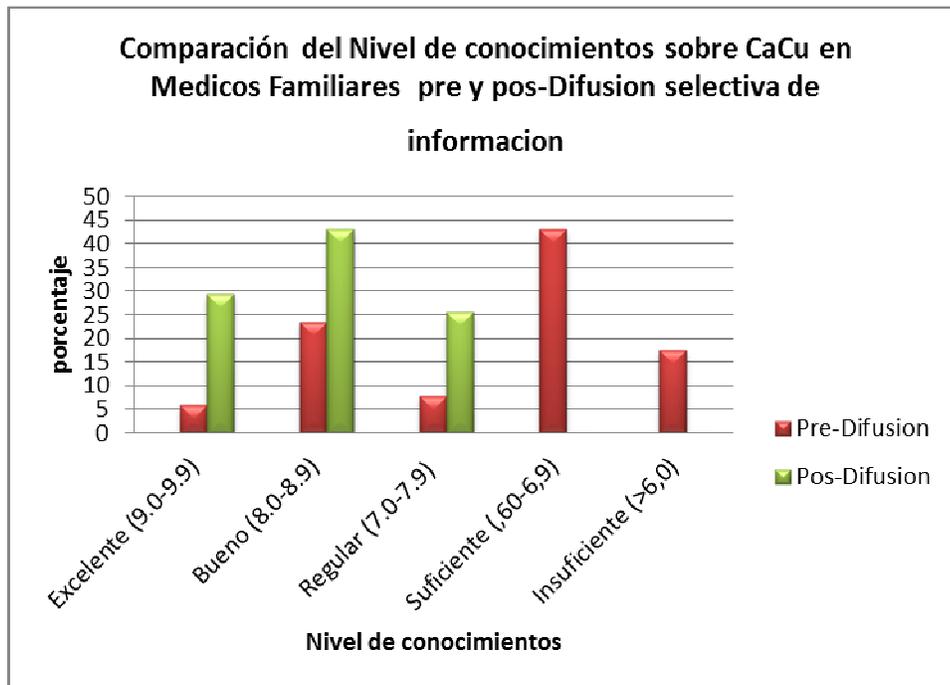
Fuente. Datos obtenidos del cuestionario aplicado a medicos familiares de la UMF 94.

Figura 4.



Fuente. Datos obtenidos del cuestionario aplicado a medicos familiares de la UMF 94.

Figura 5.



Fuente. Datos obtenidos del cuestionario aplicado a medicos familiares de la UMF 94.

24 Discusión de los resultados.

Durante la evaluación pre difusión selectiva de información específicamente en el área de prevención del cáncer cervical se obtuvo un nivel de conocimientos suficiente en el 66.8% de médicos (calificación entre 6 y 6.9) similar a los encontrado por Refugio González-Losa y colls en su estudio para evaluar el conocimiento sobre la etiología y prevención del CaCu entre los médicos de familia que trabajan en IMSS de Yucatán (2009) donde obtuvo un promedio de conocimientos de 6.93 puntos. Por otro lado Arillo-Santillán E, Lazcano-Ponce E. y Colls (2000) en el estudio para evaluar el nivel de conocimientos que diversos tipos de profesionales de la salud tienen sobre la prevención del cáncer cervical reportaron un nivel de conocimientos global del 4.74 puntos (IC95% 4.57-4.88) menor al encontrado en el presente estudio lo cual es de esperarse si tomamos en cuenta que no solo fue realizado en personal médico. También encontraron que el nivel de conocimientos es menor conforme se tratan de identificar aspectos etiológicos y perspectivas de tratamiento.

En el rubro de prevención sobre el CaCu en este estudio se encontró un nivel de conocimientos excelente en la pre-Difusión Selectiva de Información con un 66.6% de los médicos familiares logrando una elevación a 79% en la pos-Difusión con un valor de p 0.003 comparado con el estudio realizado por Blanca Patricia Cumpián-Loredo (2000) al evaluar el conocimiento sobre detección oportuna de cáncer cervicouterino y mamario encontró que el

88.6% de la población tenía conocimiento sobre detección oportuna de CaCu clasificado como bueno, estos resultados son mayores a los encontrados en este estudio, sin embargo, habrá que tomar en cuenta que se trató de un estudio multicéntrico y no solo fue realizado en médicos sino que incluyó personal de áreas básicas, servicios asistenciales y administrativos, por lo tanto la muestra fue mayor, aunque con homogénea en cuanto a edades con este estudio (291 trabajadores)

25 Conclusiones

La Difusión Selectiva de Información sobre cáncer cervicouterino demostró ser eficaz para elevar el nivel de conocimientos sobre CaCu en los médicos familiares elevando el nivel de conocimientos a excelente, bueno y regular logrando eliminar los niveles de conocimientos suficiente e insuficiente. Por lo que se puede considerar a esta estrategia como una generosa alternativa para menguar los obstáculos a los que se enfrenta el médico familiar en su práctica clínica.

26 Sugerencias

Se sugiere ampliamente la utilización de la Difusión Selectiva de Información sobre cáncer cervicouterino y otros temas de interés para el Médico Familiar en su práctica cotidiana con el fin de disminuir los inconvenientes principalmente el escaso tiempo para realizar actividades de educación continua durante la jornada laboral.

Además la Difusión Selectiva de Información debe encaminarse en un sentido más amplio a elevar el nivel de conocimientos de todo el personal de salud favoreciendo indirectamente a los derechohabientes en el cuidado de su salud.

27 Bibliografía

1. Hernández DM, Linaldi YF, Apresa GT, Escudero RP, Alvarado CL, Ornelas BA, "et al", Factores Asociados con incumplimiento para tamizaje en cáncer de cérvix. Revista Médica del IMSS 2007; 45; 4: 313-20.
2. Tirado GL, Mohar BA, López CM, García CA, Franco MF, Factores de Riesgo de Cáncer Cervicouterino Invasor en Mujeres Mexicanas. Revista de Salud Pública de México 2005 sept-oct 47:5.
3. Harry MD. Factors related to counseling Asian patients by primary care physicians on cancer prevention and screening recommendations Kwon, Public and Community Health 2007 Sppl 3.
4. Parkin DM, Bray F, Pisani P, Ferlay J, Globocan, Cancer incidence, mortality and prevalence worlswidw. IARC. Cancer Base No5, Versión 2.0 Lyon; IARC Press;2004.
5. Gutiérrez DC, Báez MC, González PE, Prieto RA, Whitlen R, Relación Costo-Efectividad De Las Intervenciones Preventivas Contra El Cáncer Cervical En Mujeres Mexicanas. Revista de Salud Pública de México 2008; 50: 2:107-11.
6. ARIMAC Reporte anual de pacientes con Tumor Maligno del Cuello Uterino en la UMF 94 dic 2009
7. Proyecto de Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino 2006 DIARIO OFICIAL (Segunda Sección).
8. Ramzis C, Vinay K, Tucker C. Patología estructural y Funcional. 9a ed. McGraw-Hill Interamericana p. 1074-77.
9. Ashley SM, Rocconi RP, Straughn JM Jr, Wang W, Roark K, Waltman E, Huh, Warner K, Cervical Intraepithelial Neoplasia in Adolescent Women: Incidence and Treatment Outcomes Case, The American College of Obstetricians and Gynecologists 2006;108(6):1369-74.
10. Hernández GC, Smith J, Lorinez A, Arreola E, Lozano E, Hernández M "et al". Prevalencia de la Infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH) de alto riesgo y factores asociados en embarazadas derechohabientes del IMSS en el estado de Morelos 2005 Revista de Salud Pública de México; 47(6) Nov-Dic.
11. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Epidemiologia. 2000; 16(23) Sem16.
12. Lazcano-Ponce EC, Nájera-Aguilar P, Alonso-de Ruiz P, Buiatti E, Hernández-Avila M. Programa de detección oportuna de cáncer cervical en México: Diagnóstico situacional. Cancerología 1996;42:123-140.

13. Lazcano E, Alonso P, Ruiz JA, Hernández AM. Recommendations for cervical cancer screening programs in developing countries. The need for equity and technological development. *Salud Publica Mex* 2003;45 suppl 3:S449-S462.
14. Lőrincz AT. Screening for cervical cancer: New alternatives and research. *Salud Publica de Mexico* 2003;45 sppl 3:S376-S387.
15. Gallegos EM, Villaruel A, Loveland CL, Ronis D, Zhou Y, Intervención para reducir el Riesgo en Conductas Sexuales de adolescentes: Un ensayo Aleatorizado y Controlado. *Revista de salud Pública de México*; 50(1) enero- febrero 2008.
16. Curiel VJ, *Virus del Papiloma Humano, Una Versión para Todos*. 2006, Masson Doyma, México.
17. Franco EL, Duarte-Franco E, Ferenczy A. Prospects for controlling cervical cancer at the turn of the century. *Salud Publica Mex* 2003;45 suppl 3:S367-S375
18. Alejandro Moha, Prevención del cáncer cervical: el caso de los países en desarrollos. *Salud Pública de México* 2003 ;45 (sppl 3)
19. Franceschi S, Clifford G, Plummer M. Prospects for primary prevention of cervical cancer in developing countries. *Salud Publica México* 2003;45 suppl 3:S430-S436
20. Wiley, Dorothy PhD, MPH; Masongsong Emmanuel BS, *Human papillomavirus; The Burden of Infection*. *Obstetrical and Gynecological Survey*; 61 (6) Sppl 1, june 2006, ppS3-S14.
21. Koutsky L, *Epidemiología. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica*. 2005;15(22) p: 1-4 ; Sem15.
22. *Epidemiology of genital human papillomavirus infection*. *Am J Med*. 1997;102:3-8.
23. Lazcano PI, *Epidemiología del Virus Papiloma Humano VPH*. *Revista Paceyña de Medicina Familiar* 2006; 3(4): pp 67-70.
24. Marle L. Lewis. Dr. PH. Organización Mundial de la Salud. Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe. Texto preparado por 2004.
25. Salazar E Lucía, J Luis González, Alejandro Olmos, Leobardo Calzada. Influencia del uso de anticonceptivos orales como factores de riesgo para infección por virus del papiloma humano y neoplasia intraepitelial cervical
26. Jamrozik RH, Joossens LJ, Muller T, Kotzias D, *Lifting the smokescreen: 10 reasons for smoke-free Europe, Belgium*, European Respiratory Society, 2006.

27. San Felippo J. Cáncer Cérvico Uterino. Organización Panamericana de la Salud. Unidad de Enfermedades no Transmisibles. Seminario. Facultad de Medicina. UNAM. 2006. 525 23 rd St, NW . Washington, Dc 20037-2895.
- 28.2 García A. Hamid O. Cervical Cáncer. 2006. Disponible en: <http://www.emedicine.com/med/topic324.htm>),
29. Arriba JD de, Educar para participar en educación de personas adultas mediante una alfabetización científica con orientación. CTS. Revista Iberoamericana de Educación, Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura (OEI) Centro Público de Educación de Personas Adultas “Concepción Arenal”, 2007 España: 44(2): 1681-5653
30. El Proceso de enseñanza-aprendizaje para adultos en la educación posgraduada Revista Iberoamericana de Educación ISSN: n.º 44/7 – 10 de enero de 2008 EDITA: Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura (OEI)
31. Instituto Electoral del Estado de México. Manual del facilitador. Facilitador electoral 2006; 1(25)
32. Fernández Sánchez N. Andragogía. Su ubicación en la educación continua. Universidad Nacional Autónoma de México 2001; 1-6.
33. Quesada CR. Evaluación de programas de formación de profesores. México: Perfiles educativos, CISE-UNAM 1980; 31.
34. Viniegra Velásquez L. Educación y evaluación. Rev Med IMSS 2005; 43 (2): 93-95.
35. Boletín epidemiológico, Servicios de Salud de Oaxaca. Sistema estatal de vigilancia epidemiológica. El conocimiento de profesionales de la salud sobre la prevención del cáncer cervical. Alternativas de educación médica; 2 (1) Sem. Enero 2003.
36. Secretaría de salud subsecretaría de prevención y promoción de la salud programa de acción específico 2007-2012 Cáncer cervicouterino 2008 D.R.© Secretaría de Salud Lieja 7, Col. Juárez 06696 México, D.F.
37. Organización Mundial de la Salud, Control integral del cáncer cervicouterino Guía de prácticas esenciales 2007.
38. González Loza
- 39.. Arillo-Santillán E, Lazcano-Ponce E. y Colls. Nivel de conocimientos que diversos tipos de profesionales de la salud tienen sobre la prevención del cáncer cervical 2000.
40. Cumpian Loredo BC.

ANEXOS

Anexo 1

Cuadro de variables

Variables universales

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Tipo de variable	Escala de medición	Categoría de la Variable
Sexo	Diferencia física y constitutiva del hombre y de la mujer determinada genéticamente.	Características fenotípicas observadas en el participante	No necesario	Cualitativa	Nominal	Masculino Femenino
Edad	Tiempo de vida transcurrido de un individuo a partir de la fecha de su nacimiento	Años cumplidos hasta la fecha actual del médico participante	Edad referida por el médico participante	Cuantitativa continua	Numérica	De acuerdo a lo referido por el participante

Variable independiente

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Tipo de variable	Escala de medición	Categoría de la Variable
Difusión selectiva de información	Proceso activo de comunicar nueva información sobre un tema de interés para el usuario.	Participación en actividad que se realiza con el fin de actualizar los conocimientos y habilidades en este estudio mediante la lectura de boletines informativos elaborados ex profeso.	No necesario	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Si No

Variable dependiente

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Tipo de variable	de Escala de medición	Categoría de la Variable
Nivel de conocimientos sobre cáncer cervicouterino.	Información acumulada durante el estudio de una disciplina.	Información acumulada por el participante sobre el cáncer cervicouterino medido mediante la aplicación del instrumento diseñado ex profeso.	Número de aciertos obtenidos en el instrumento de medición.	Cualitativa	Ordinal	Insuficiente (< 23 aciertos) Suficiente (24 a 28 aciertos) Regular (29-33 aciertos) Bueno (34 - 37 aciertos) Excelente (38-41 aciertos)

Variables Confusoras

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Tipo de variable	de Escala de medición	Categoría de la Variable
Especialidad como médico familiar	Conocimientos específicos de una disciplina científica reconocida oficialmente.	Nivel de escolaridad referida por el participante	Referida por el participante	Cualitativa	Nominal	Si No
Antigüedad como médico familiar	Tiempo transcurrido desde el inicio de la práctica médica laboral institucional hasta el momento actual	Tiempo transcurrido en años laborales como médico expresado por el participante	No necesario	Cuantitativa	Razón	Número de años completos en escala de 0 a 28
Actividades académicas	Forma de adquirir información y experiencias que impulsan el conocimiento, desarrollan	Participación previa en actividades formadoras de conocimiento acerca del síndrome	Lo referido por el participante	Cuantitativa	Razón	Numero referido por el participante

		habilidades y fomentan aptitudes estableciendo hábitos de comportamiento	metabólico referidas por el participante				
Lectura de artículos científicos	de	Adquisición de información a través de material impreso o electrónico que permite ampliar los conocimientos en un área en específico	Información obtenida a través de la lectura de artículos referentes a cáncer cervicouterino referidos por el médico participante	Lo referido por el participante	Cuantitativa	Razón	De acuerdo al número referido

Anexo 2

Folio: _____

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACION Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACION DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACION.

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: **EFICACIA DE LA DIFUSIÓN SELECTIVA DE INFORMACIÓN EN EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE CÁNCER CERVICOUTERINO EN MÉDICOS FAMILIARES** Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud con el Número: 3515. Con el número R-3515-2010- 3515-21

El objetivo del estudio es **evaluar la eficacia de la difusión selectiva de información sobre cáncer cervicouterino en los Médicos Familiares Adscritos a la UMF 94 Aragón.**

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: responder un cuestionario para evaluar los conocimientos generales sobre **Cáncer Cervicouterino**, aceptando revisar y analizar los boletines proporcionados por el investigador con relación al mismo tema, dedicando el tiempo necesario según mis ocupaciones hasta finalizar la etapa informativa.

Riesgos: Por no tener que realizar intervención en mi cuerpo aplicar o administrar algún fármaco para esta investigación no corro riesgos.

Inconvenientes: El llenado del cuestionario y lectura de los boletines requiere tiempo por lo que no voy a invertir costo monetario.

Beneficios: Enriquecer mis conocimientos sobre CaCu, el cual forma parte de mi práctica clínica.

El investigador Responsable se ha comprometido a darme información y responder cualquier pregunta y aclarar dudas que le plantee a cerca de los procedimientos relacionados con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte mi relación con el instituto.

El investigador responsable me ha dado seguridad de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán tratados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar mi parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del participante

María Del Carmen Pacheco Gamiño
Investigador responsable

Puede comunicarse para dudas y aclaraciones relacionadas con el protocolo al tel: 0445531926889 con Dra. Jaqueline Martínez Hernández. Residente.

Nombre y Firma del Testigo

Anexo 3



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION NORTE DEL DISTRITO FEDERAL
COORDINACION DE INVESTIGACION EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 94 ARAGON**

Folio:

El siguiente es un cuestionario que forma parte de un estudio de investigación que tiene como objetivo evaluar la eficacia de una estrategia educativa en el nivel de conocimientos del médico familiar sobre el Cáncer Cervicouterino (CaCu) su definición, aspectos epidemiológicos, diagnóstico, tratamiento y prevención.

- A.** Las siguientes preguntas fueron realizadas con fines estadísticos para determinar los elementos que pueden influir en el nivel de conocimiento sobre el tema en cuestión. Por favor responda cada una de ellas de la forma más sincera posible.

Fecha: _____

Turno: (M) (V)

Sexo: (M) (F)

Edad: _____ años

Especialidad en Medicina Familiar: (Si) (No)

1. ¿A cuántas actividades académicas (congresos, conferencias simposios, etc.) Sobre cáncer cervicouterino ha asistido en el último año? _____
2. ¿Cuántos artículos relacionados con CaCu ha leído en el último año?

3. ¿Cuántos títulos de libros referentes a CaCu recuerda haber leído en el último año?

4. ¿Ha realizado alguna maestría o doctorado relacionada con el CaCu (SI) (NO).

B. INSTRUCCIONES PARA RESPONDER CUESTIONARIO

A continuación encontrará un cuestionario el cual cuenta con un total de 45 preguntas, cada una de ellas acompañada de una aseveración la cual puede ser falsa (**F**), verdadera (**V**) o No Se (**NS**) según considere correcto. Utilice el paréntesis que aparece a la derecha del enunciado para anotar sus respuestas. **NO DEJE ENUNCIADOS SIN RESPONDER.**

Agradecemos de antemano su colaboración para el desarrollo del presente estudio, recordándole que sus respuestas serán manejadas en forma confidencial.

ASEVERACION		F	V	N S
I. Cáncer cervicouterino; definición y epidemiología				
5.	El Cáncer cervicouterino (CaCu) se considera un crecimiento maligno, autónomo y desregulado de las células del epitelio de transición cervicovaginal.			
6.	Con respecto al CaCu es cierto que afecta únicamente a mujeres más pobres y vulnerables.			
7.	En Estados Unidos el CACU ha ocupado el segundo lugar de neoplasias en las mujeres mayores de 24 años.			
8.	Con respecto a México el CaCu alcanzó el primer lugar de incidencia en el 2001.			
9.	Según la OMS de los casos registrados de CaCu el 90% corresponden a países en vías de desarrollo como los de América latina, sudeste Asiático y África.			
II. En relación a los Factores de Riesgo para CaCu se puede afirmar que:				
10.	Se considera a las mujeres de 25 a 64 años el grupo de mayor riesgo para el CaCu.			
11.	La promiscuidad de la pareja se considera un factor de riesgo para CaCu			
12.	Nunca haberse realizado la citología cervicovaginal no tiene que ver con los factores de riesgo.			
13.	La presencia de dos o más partos antes de los 22 años aumenta cuatro veces el riesgo de CaCu.			
14.	El cáncer invasor se asocia con la presencia de VPH en un 99.7% de los casos.			
15.	Los principales serotipos de VPH implicados en el CaCu son los tipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58 y 68 y son considerados como de alto riesgo.			
16.	El virus de Epstein Bar, herpes simple tipo II y Citomegalovirus están relacionados con la progresión hacia CaCu.			
17.	Las personas con VIH tienen más riesgo de contraer infecciones más persistentes por el VPH.			
18.	El tabaquismo se asocia aunque en forma no consistente con la formación de inductores químicos sobre el ADN causando inestabilidad genética en las capas del epitelio cervicovaginal.			
19.	Una dieta baja en antioxidantes, ácido fólico, vitamina A, C y E favorece la persistencia de la infección por papilomavirus y evolución a la malignidad			
20.	El uso de anticoncepción oral por más de 5 años se considera un factor de			

	riesgo para CaCu.			
21.	Se ha asociado al nivel socioeconómico bajo con esta neoplasia			
22.	Las mujeres de más bajo nivel social, cultural y educativo así como las inmigrantes tienen mayor incidencia de CaCu.			
III. En relación al diagnóstico de esta neoplasia es posible decir:				
23.	Los síntomas clínicos se presentan cuando las lesiones son de tamaño considerable en etapas tempranas.			
24.	Citología cervicovaginal convencional; es el test estándar que tiene una sensibilidad del 50 al 72% en el tamizaje cervical.			
25.	El Papanicolaou combinado con pruebas serológicas para VPH aumenta su sensibilidad hasta un 100%			
26.	Actualmente se acepta tomar la citología en cualquier momento del ciclo menstrual excepto en los días primero o ultimo de la menstruación.			
27.	. Las relaciones sexuales y la leucorrea son contraindicación para la toma de la citología cervicovaginal.			
28.	El sistema Bethesda 2001 existen dos categorías generales para el reporte citológico; Negativa para lesión intraepitelial y Anormalidades de las células epiteliales.			
29.	Los microorganismos contemplados en Bethesda 2001 son Virus de herpes, candida, actinomices, desviación de la flora compatible con vaginosis bacteriana y tricomona vaginalis.			
30.	Al hablar de lesión de alto o bajo grado se está haciendo referencia a una lesión de significado incierto (ASCUS)			
31.	El estadio III según la clasificación TNM hace referencia al Carcinoma que se extiende más allá del cuello uterino, pero no hasta la pared pélvica; a la vagina tercio medio y superior.			
32.	El porcentaje de curación en las pacientes que se detectan en Estadios 0 y I va del 80 al 100%.			
IV. En relación al Tratamiento del CaCu es cierto que:				
33.	En caso de no detectarse Atipia de Células Escamosas de Significado Incierto (ASCUS) en la biopsia de debe repetir la citología cada 6 a 12 meses.			
34.	En la etapa de Posmenopausia al reportarse un Diagnostico de ASCUS y Atrofia está indicado un ciclo corto de estrógenos intravaginales seguido de nueva toma de citología en 4 a 6 meses.			
35.	Las pacientes portadoras de VIH con o sin terapia antiretroviral con diagnóstico de lesión de alto o bajo grado se refieren directamente a			

	colposcopia.			
36.	las pacientes embarazadas se debe realizar el mismo procedimiento terapéutico según el tipo de lesión que las no embarazadas.			
37.	Se puede identificar NIC 3 (neoplasia intraepitelial cervical) en 24 a 94% de las lesiones de alto grado (ASC H)			
38.	En caso de que en una lesión de alto o bajo grado la biopsia no confirme el diagnóstico se debe revisar la citología, la colposcopia y la biopsia en caso de no ser posible se realizara biopsia escisional.			
V. En cuanto a la prevención del CaCu el médico familiar debe:				
39.	Educación y sensibilización a la población sobre factores de riesgo para el CaCu, higiene, y educación sexual.			
40.	Los grupos de adolescentes son otra población blanco para el médico familiar en cuanto al cáncer cervical y su prevención.			
41.	No se debe tomar la citología cervicovaginal durante los días de mayor sangrado menstrual sino al principio o final de esta.			
42.	Las relaciones sexuales, abundante flujo genital o duchas vaginales recientes; son contraindicación absoluta para la toma de la citología.			
43.	La presencia de metrorragias, es una razón para no realizar la citología sin excepciones.			
44.	Las mujeres embarazadas deben realizarse el Papanicolaou en caso de nunca haberse realizado la detección o hayan pasado más de 3 años de su última citología.			
45.	La citología cervicovaginal se realiza cada tres años en mujeres con dos citologías previas anuales consecutivas, cuyo resultado ha sido Negativo para lesión intraepitelial, malignidad o VPH			
46.	En caso de que la mujer refiera que su pareja presenta lesiones verrucosas en genitales es recomendable que el hombre acuda a la unidad médica para su revisión			

Anexo 4.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION NORTE DEL DF
COORDINACION DE INVESTIGACION EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 94 ARAGON

**EFICACIA DE LA DIFUSION SELECTIVA DE INFORMACION EN EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS
SOBRE CANCER CERVICOUTERINO
EN MEDICOS FAMILIARES”**

Programa

Introducción

El Modelo educativo se define como el proceso del aprendizaje y la estructura académica que requiere la Institución para formar a sus egresados y se refiera a la forma en que debe desarrollarse el proceso de enseñanza-aprendizaje bajo el principio de que aprender consiste en estudiar el objeto del conocimiento, en pensar, en tener experiencias, en relacionar éstas con el contexto, en tener interacción humana y en la transferencia y uso del conocimiento para aprender a aprender, a ser, aprender haciendo, pensando y colaborando.

Los modelos educativos actuales están cambiando su orientación para enfocarse en el aprendizaje individual a través de experiencias cognoscitivas que ayudan al que estudia a comprender y entender mejor su campo de estudio. Uno de los factores que ha cobrado relevancia en el ámbito educativo es el reconocimiento de los estilos de aprendizaje de cada persona. Tradicionalmente, se consideraba a todos los estudiantes por igual y los profesores impartían su cátedra sin considerar las necesidades, capacidades y habilidades de los estudiantes.

La evaluación de los esquemas educativos han propuesto modelos muy innovadores, dónde el aprendizaje se centra en el alumno y éste deja de ser un mero espectador pasivo para convertirse en un actor dinámico en el proceso de enseñanza aprendizaje. Bajo éste modelo, se tiene la flexibilidad para que los estudiantes aprendan a través de sus propios estilos, siempre y cuando se logren los objetivos de aprendizaje que pueden ser conocimientos, habilidades y actitudes.

Se pretende a través de estos métodos de enseñanza ubicar al médico familiar dentro del contexto actual del Cáncer Cervicouterino, una de las patologías mas frecuentes, curable al 100% si se detecta a tiempo y sobre todo prevenibles por el médico familiar y su equipo de salud desde el primer nivel de atención.

Propósitos

El Proyecto de Investigación con título: Eficacia de la difusión selectiva de Información en el nivel de conocimiento sobre cáncer cervicouterino en un grupo de médicos familiares, pretende aportar algunos elementos de aprendizaje con el propósito de mejorar el nivel de conocimientos del médico familiar acerca del Cáncer Cervicouterino, logrando una mejor comprensión de la enfermedad, con la capacidad para resolver las necesidades de las pacientes.

El fin de la estrategia es Promover la educación activa y actualización del médico familiar a cerca de temas de interés profesional.

Aplicación de los conocimientos obtenidos para mejorar el nivel de salud de la población.

Evaluar la eficacia de aplicar una estrategia informativa hacia el médico familiar.

La evaluación tiene como objetivo medir el aprendizaje obtenido por los médicos que participan en el proyecto de investigación a través del programa de información activa dentro de la institución a la que pertenecen.

Estrategia informativa

Mediante la realización de una guía rápida y práctica con los conocimientos actuales del síndrome metabólico se pretende que el médico familiar reconozca la importancia del síndrome metabólico como un estadio previo, el cual puede ser revertido si se corrige a tiempo.

Estas guías, que serán llamadas: boletines informativos para fines de este estudio, serán elaboradas por el investigador responsable bajo la supervisión de su Director de Tesis y serán difundidos entre el personal médico familiar con una frecuencia de una vez por semana, siendo entregados directamente al médico familiar por el investigador.

El contenido de los boletines informativos se distribuye en 5 partes las contienen la siguiente información: (Anexo 5)

Boletín Informativo I: Definición, epidemiología y Factores de Riesgo del cáncer Cervicouterino.

Boletín Informativo II: Diagnóstico y Pronostico del cáncer cervicouterino.

Boletín Informativo III: Manejo de las lesiones según el reporte Bethesda.

Boletín Informativo IV: Prevención primaria del cáncer cervicouterino.

Boletín Informativo V: Prevención secundaria del cáncer cervicouterino.

Consideramos que dadas las características del ambiente laboral en que se desenvuelve el médico familiar es requisito indispensable que estas guías contengan información precisa, clara y suficiente y que a su vez permitan una lectura rápida y de fácil comprensión.

Lugar de aplicación del programa de información

Unidad de Medicina Familiar 94 Aragón.

Contenidos de la información educativa sobre el Cáncer Cervicouterino.

1. Definición del Cáncer Cervicouterino
 - a. Definición según la Organización Mundial de la Salud (OMS)
 9. Norma oficial mexicana **NOM-014-SSA2-1994**, para la prevención, tratamiento y control de cáncer del cuello del útero y de la mama en la atención primaria.
2. Epidemiología del Cáncer cervicouterino.
3. Factores de riesgo. (Modificación a la NOM-014-SSA2-1994)
4. Diagnóstico de CaCu
 - 4.1. Citología Cérvico vaginal
 - 4.2. Colposcopia
 - 4.3. Biopsia
 - 4.4. Métodos moleculares para la detección de VPH de alto riesgo.
5. Pronostico según el estadio de CaCu.
6. Reporte de la citología.
 - 6.1. Clasificación según el reporte de la citología cervicovaginal Bethesda 2001
 - 6.2. Comparación entre los reportes de citología previos.
 - 6.3. Estatificación del Ca CU
7. Manejo según el tipo de lesión reportada por el sistema Bethesda 2001.
 - 7.1. ASCUS (atipia de células escamosas de significado incierto), incluyendo situaciones especiales.
 - 7.2. LIEBG (lesión intraepitelial de bajo grado) incluyendo situaciones especiales.
 - 7.3. LIEAG (lesión intraepitelial de alto grado) incluyendo situaciones especiales.
8. Prevención primaria
 - 8.1. El papel del médico familiar.
9. Prevención secundaria

ANEXO 5. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

1er año Y 2o año	Tiempo	2009	2010 / 2011												
	Actividad	Marzo-Diciembre	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene / Feb
	Selección del tema de investig	*****													
	Realización de proyecto de investigación	++++ *****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****					
3er año	Aprobación por el Comité Local de Investigación										++				
	Notificación a jefes de departamento clínico.											+++			
	Integración de la muestra											+++			
	Preevaluación											+			
	Desarrollo de la de Estrategia Educativa											++++			
	Postevaluación											++	+		
	Análisis de datos y elaboración de resultados											++	+		
	Revisión de Trabajo terminado por Comité Local de Investigación												+++	++	++
	Elaboración del escrito medico												+++		
	Impresión de trabajo final y difusión del trabajo												+	++	+++

+ Programado * Realizado



BOLETÍN INFORMATIVO- MEDICINA FAMILIAR

CANCER CERVICOUTERINO

Concepto y Factores de Riesgo

1. **Concepto.**

El cáncer del Cuello Uterino se refiere al crecimiento y transformación maligna, autónoma y desregulada de las células del epitelio cervicovaginal.¹⁾

2. **Aspectos Epidemiológicos.**

- ✓ En el mundo, este padecimiento ocasiona la muerte prematura de aproximadamente 274,000 mujeres cada año; afecta principalmente a las mujeres más pobres y vulnerables.
- ✓ La OMS registro en el 2005 más de 500 000 casos nuevos de CaCu, de los cuales el 90% correspondía a países en vías de desarrollo. (2)
- ✓ En Estados Unidos el CACU ocupa el segundo lugar de neoplasias en las mujeres mayores de 24 años. (2)
- ✓ México alcanzo el primer lugar mundial de incidencia del CaCu en el 2001 con 50: 100 000 y una tasa anual de mortalidad de 4% (19: 100 000 mujeres) en mujeres mayores de 24 años. (2)

3. **Factores de Riesgo para cáncer cervicouterino.**

En la modificación a la NOM-014SSA2-1994 se consideran factores de riesgo las siguientes condiciones:

- a) Edad mayor de 25 años.
- b) Inicio temprano de las relaciones sexuales (antes de los 19 años)

- c) Promiscuidad de la pareja.
- d) Nunca haberse realizado la citología cervicovaginal.
- e) Multiparidad (más de cuatro partos)
- f) Embarazo temprano Y edad del primer parto (antes de los 18 años)
- g) Infección Cervical por Virus del Papiloma Humano.
- h) Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual. (principalmente *Virus del Herpes tipo II*, *Virus de Epstein Bar* y *Citomegalovirus*)
- i) Estado inmunológico deprimido.
- j) Habito tabáquico en algún momento de la vida.
- k) Deficiencias nutricionales (folatos, vitaminas A, C y E)
- l) Uso de Métodos anticonceptivos por más de 5 años.
- m) Factores psicosociales

✓ México alcanzo el primer lugar en incidencia del CaCu en el 2001 (mortalidad anual 4%) con una incidencia de 50: 100 000 mujeres mayores de 24 años.

- n) Nivel socioeconómico bajo.
- o) Condición Cultural

Los principales VPH implicados en el CaCu son los tipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58 y 68 y son considerando como de alto

- p) Educación en salud
- q) Rol que recibe la mujer de su feminidad

Del 30-60 % de las mujeres están expuestas al VPH en algún momento de su vida y dicha infección está asociada hasta en un 99.7% de los casos de CaCu.

- r) Factores asociados con la calidad de la atención.

Bibliografía.

1. Norma oficial mexicana **NOM-014-SSA2-1994**, para la prevención, tratamiento y control de cáncer del cuello del útero y de la mama en la atención primaria.
2. Lewis, MJ. Análisis de la Situación del cáncer cervical en América Latina y el caribe. Washington, D,C OPS: 2004
3. APGAR. Colposcopia Principios y práctica. Mac Graw=Hill 2002.
4. Hernández HD, Linaldi YF, Apresa GT, Escudero RP, Alvarado Cabrero Laura A, Ornelas BA et all. Factores Asociados con incumplimiento para tamizaje en cáncer de cérvix.
5. Gutiérrez Delgado Cristina, Báez Mendoza Camilo, González-Pier Eduardo, y colls. Relaciona costo Efectividad de las intervenciones preventivas contra el Cancer cervicouterino en mujeres

Agradecimiento a la Dra. Carmen Pacheco Gamiño Medico Familiar Dir. UMF 11 y al Dr. Saulo Mendoza Ramírez Patólogo Oncólogo del INNSZ por la ayuda en la realización de este material

Pública de México, Vol 50, No
2, marzo-abril 2008 pp 107-
111



BOLETÍN INFORMATIVO- MEDICINA FAMILIAR CANCER CERVICOUTERINO

DIAGNOSTICO, CLASIFICACION Y PRONÓSTICO.

1. Síntomas clínicos

Se presentan cuando las lesiones son de tamaño considerable en etapas tardías y puede presentarse alguno de los siguientes síntomas;

- Sangrado transvaginal anormal.
- Sangrado intermenstrual en caso de mujer en edad fértil.
- Sangrado poscoital o pos examen pélvico.
- Opsomenorrea con polimenorrea.
- Sangrado pos menopausia

2. Diagnostico.

Entre los métodos convencionales y moleculares para detectar lesiones del cervix se encuentran:

- a) Citología cervicovaginal convencional; presenta una sensibilidad de 50 al 72% en el tamizaje cervical, provee efectividad al reducir la incidencia de CaCu. Su variante es la Citología de base-líquida.

El Papanicolaou por si solo favorece la detección de carcinomas potencialmente curables o en combinación con pruebas serológicas para VPH aumenta su sensibilidad hasta un 100%, así como la detección y erradicación de lesiones preinfiltrantes.

- b) Reconocimiento de Niveles celulares anormales de *P16INK4* A y *detección antigénica del VPH*.
- c) Colposcopia; utiliza la Inspección visual simple por el reconocimiento de niveles celulares anormales con bajos niveles de malignidad con acido acético y lugol.

La colposcopia tiene una mayor sensibilidad que la citología, pero su menor especificidad de conducir a procedimientos diagnósticos invasivos (biopsias y conizaciones) innecesarios y su mayor costo, son sus principales limitaciones. Combinadas la citología y la colposcopia brindan una seguridad diagnóstica que excede el 95%.

- d) Reconocimiento de tejidos con niveles anormales basada en propiedades físicas/observadas.
- e) Pruebas moleculares para VPH.
- f) **Biopsia cervical.**

La biopsia puede ser dirigida, idealmente por colposcopia, o al menos orientada mediante la Prueba de Schiller. Se aplica solución de yoduro de potasio sobre el cuello uterino y se toman los fragmentos de cervix de las zonas yodo negativas, es decir, en donde el yodo no fue fijado por ausencia del glucógeno del epitelio normal ausente.

3. Criterios para el reporte citológico según el Sistema Bethesda 2001.

Esta nomenclatura se originó en el Instituto Nacional del Cáncer en Bethesda Maryland, en 1988. Fue modificada en 1991 y 2001. Se creo para estandarizar o unificar criterios en el reporte citopatológico cervicovaginal.

La relevancia de esta nomenclatura consiste en separar dos tipos de lesiones precursoras del carcinoma que son de evolución biológica diferente: LEIBG y LEIAG. En la tabla 3 se enuncia la nomenclatura utilizada por este sistema y en la tabla 2 se comparan los sistemas de clasificación anteriores.

4. INTERPRETACION DEL RESULTADO

Bethesda además integra el reporte de la calidad de la muestra como satisfactoria y no satisfactoria.

El reporte histopatológico hablara de muestra satisfactoria cuando en la citología convencional se observen 8000 a 12000 células y en la de base líquida existan 5000 células y 10 células endocervicales o metaplásicas escamosas bien preservadas.

Una muestra NO satisfactoria se caracteriza por especímenes con más del 75% de las células epiteliales oscurecidas, laminillas no marcadas o rotas y finamente < 10% de células escamosas.

El sistema Bethesda facilita la interpretación por medio de dos categorías en general (tabla 4):

- ✓ Negativa para lesión intraepitelial.
- ✓ Anormalidades de células epiteliales.

El grupo de riesgo son mujeres de 25 a 64 años con vida sexual activa o antecedente de haber tenido vida sexual y que nunca se han tomado una citología vaginal además de presentar infecciones de transmisión por vía sexual.

La relevancia de esta nomenclatura consiste en separar dos tipos de lesiones precursoras del carcinoma que son de evolución biológica diferente: LEIBG y LEIAG.

4. Pronostico.

La tasa de supervivencia a los 5 años del carcinoma escamoso depende del estadio (tabla 1)

ASCUS	Células escamosas atípicas de significado incierto.
ASCH	Células escamosas atípicas sugestivas de alto grado.
AGC	Células escamosas atípicas.
LSIL (L-LIE)	Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado.
HSIL (H-LIE)	Lesión intraepitelial escamosa de alto grado.
ACIS	Adenocarcinoma <i>in situ</i> (endocervical)

Tabla 1 Nomenclatura para el reporte de citología cervicovaginal según el sistema Bethesda 2001.

Estadio	% de Curación
0	100%
I	80-90%
II	75%
III	35%
IV	10-15%

tablas con las categoría descritas (2

*Tabla .3
Pronóstico en el CaCu . A continuación se muestran*

Tabla 2. Sistema Bethesda 2001.

<p>Negativo para lesión intraepitelial o malignidad.</p> <p>Microorganismos</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tricomonas vaginales. ✓ Organismos consistentes con Candida sp. ✓ Desviación en la flora sugestivo de vaginosis bacteriana. ✓ Bacterias consistentes morfológicamente con Actinomicces sp. ✓ Cambios celulares consistentes con Herpes. <p>Otros cambios no neoplásicos</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Cambios celulares reactivos asociados a: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Inflamación y reparación. ✓ Cambios por radiación. ✓ Cambios asociados a dispositivo intrauterino. ✓ Presencia de epitelio glandular en mujeres histerectomizadas. ✓ Atrofia. ✓ Presencia de células endometriales fuera de ciclo en mujeres mayores de 40 años. ☐ Anomalía de células epiteliales <p>Célula escamosa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Células escamosas atípicas de significado incierto. (ASCUS.) ✓ Células escamosas atípicas no se puede descartar lesión intraepitelial de alto grado. (ASC -H.) ✓ Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (L -LIE.) ✓ Lesión escamosa intraepitelial de alto grado (H-LIE.) ✓ Carcinoma invasivo de células escamosas. <p>Células Glandulares:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Células glandulares atípicas: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Endocervicales, no especificadas. ✓ Endometriales, no especificadas. ✓ Glandulares, no especificadas ✓ Células glandulares atípicas, probablemente neoplásicas (endocervicales o glandulares en general) ✓ Adenocarcinoma in situ ✓ Adenocarcinoma: Endocervical, endometrial, extrauterino, no especificado. ☐ Otras neoplasias malignas.
--

Tabla 4. Estatificación del Cáncer cervicouterino.

Estadio	Descripción		
0	Carcinoma in situ (NIC III)		
I	Carcinoma confinado al cuello uterino.	IA Carcinoma preclínico diagnosticado solo por morfología.	IA1. Menor de 3mm de profundidad por 7mm de longitud. IA2. De 3-5mm de profundidad.
		IB	Carcinoma Invasor, histológicamente mayor de 5mm de profundidad.
II	Carcinoma que se extiende más allá del cuello uterino, pero no hasta la pared pélvica; a la vagina tercio medio y superior.		
III	Carcinoma que se extiende a la pared pélvica o al tercio inferior de la vagina.		
IV	Carcinoma que se ha extendido más allá de la pelvis.		

Tabla 5. Comparación de los sistemas para la interpretación del resultado de la citología.

Sistema	NEG. A MALIGNIDAD	CAMB. REPARA.	ANORMALIDADES				CA. INVASOR
			EPITELIALES		INTRA EPITELIAL		
BETHESDA (2001)			ASC-US	LESION INTRA EPITELIAL ESCAMOSA			
			AS-H	LIEBG (VPH)	LIEAG		
			AGC				
RICHART (1993)	NORMAL	INFLAMATORIO		NEOPLASIA CERVICAL INTRA EPITELIAL	NIC III		
				NIC I	NIC II		
O.M.S (1979)	NORMAL	INFLAMATORIO	DISP. LEVE	DISP. MOD.	DISP. GRAVE	CA. IN SITU	
PAPANICO LAOU (1972)	I	II	III	IV	V		

Bibliografía.

1. The 2001 Bethesda System: Terminology for Reporting Results of Cervical Cytology Diane Solomon; Diane Davey; Robert Kurman; Ann Moriarty; Dennis O'Connor; Marianne Prey; Stephen Raab; Mark Sherman; David Wilbur; Thomas Wright Jr; Nancy Young; for the Forum Group Members and the Bethesda 2001 Workshop JAMA. 2002; 287:2114-2119.
2. Patología Estructural y Funcional. Richart N Michel MD, PhD. Editorial ELSEVIER SAUNDERS. 7ª edición, 2006.
3. Salomon D Nayar R. The Bethesda Sistem For Reporting Cervical Citology, Second edition 2004. Springer-Verlag New York.Inc



GUÍA DE MANEJO EN ASC-US

CITOLOGÍA DE BASE LÍQUIDA O CITOLOGÍA CONVENCIONAL



JAMA 2002; 287 (16): 2114-30

1. Las mujeres con diagnóstico de ASCUS (Atipia de Células Escamosas de Significado Incierto) ya sea por citología convencional o de base líquida deben enviarse a colposcopia, repetir la citología y realizar toma de biopsia si estas son negativas para NIC, malignidad o IVPH se repite la citología cada 4 a 6 meses. Si estas son negativas en dos ocasiones subsecuentes la paciente regresa al programa anual. Si el resultado es ASC (Atipia de Células Escamosas) o mayor. En caso de LAG o LBG (lesión de alto o bajo grado) confirmar con biopsia. En caso de no detectarse lesión por biopsia se repite la citología cada 6 a 12 meses.
2. Si la citología de control continua siendo negativa para lesión intraepitelial o malignidad con pruebas para VPH negativas la paciente regresa al programa de detección anual. En caso de ser positiva se envía a la paciente para nueva realización de colposcopia y/o biopsia.
3. En mujeres con ASCUS y pruebas negativas para VPH de alto riesgo se debe repetir la citología a los 12 meses. Si son negativas regresa al programa de tamizaje anual. De lo contrario se envía a colposcopia; en caso de encontrar ASCUS o más se realizara biopsia.
4. Para los casos especiales de ASCUS como en la Posmenopausia donde además de este diagnóstico se reporta Atrofia esta indicado iniciar un ciclo corto de estrógenos intravaginales seguido de nueva toma de citología en 4 a 6 meses.
5. Para las pacientes embarazadas se debe realizar el mismo procedimiento que las no embarazadas, teniendo en cuenta el tiempo posible de evolución de la lesión y los riesgos para el binomio.
6. Para las pacientes inmunosuprimidas como es el caso de portadoras de VIH con o sin terapia antiretroviral se refieren directamente a colposcopia.

Las mujeres con ASC tienen 5% a 17% de riesgo de progresar a NIC 2 y se identifican del 24 a 94% de NIC 3 en ASC H (lesiones de alto grado) sin embargo el riesgo de cáncer cervical invasivo en ASC es aproximadamente del 1 al 2%.



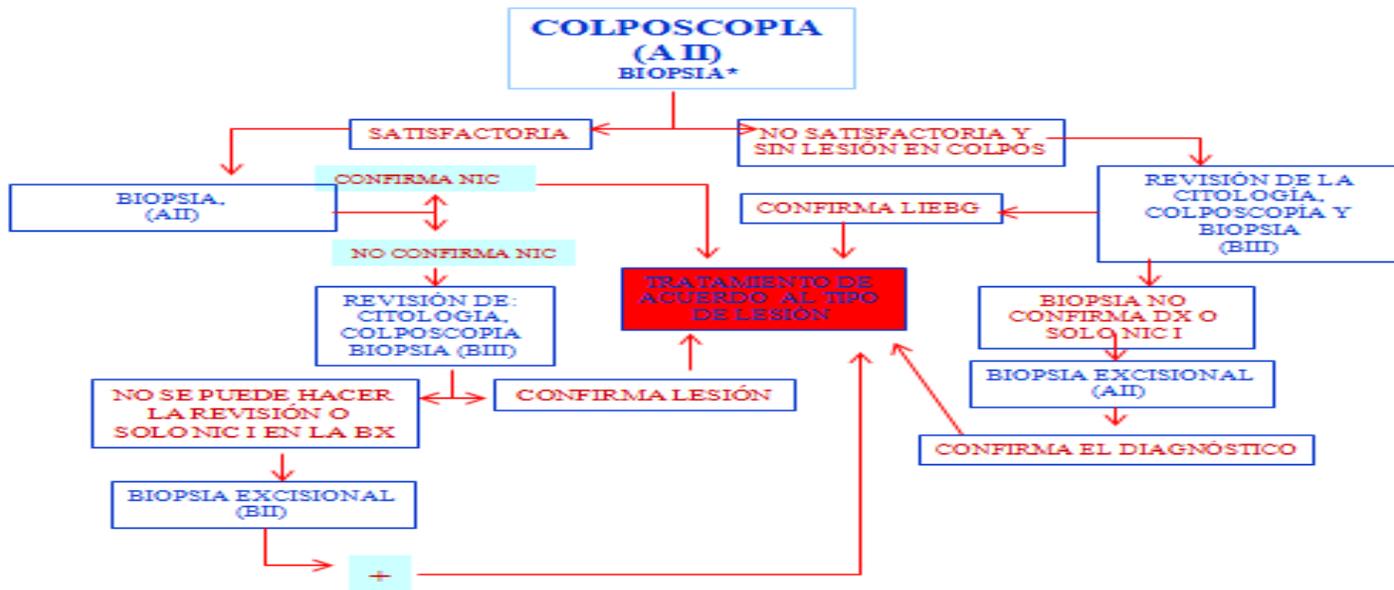
Manejo de las lesiones Intraepiteliales de bajo grado (LIBG)

1. En mujeres con reporte de lesión intraepitelial de bajo grado (LIG) por citología convencional o de base líquida debe confirmarse por colposcopia (la cual debe ser satisfactoria). La biopsia en este caso se realiza por escisión con ASA diagnóstica por electrocirugía con o sin muestreo endocervical por lesión en la zona de transformación. Si se encuentra lesión la paciente debe recibir tratamiento según el tipo específico.
2. Si la Biopsia es negativa se repite la citología a los 6 y 12 meses de ser negativas para lesión intraepitelial o malignidad se regresa al programa de tamizaje anual. De Diagnosticarse ASCUS o más se realizan pruebas de detección de ADN a los 12 meses y se repite la colposcopia de ser negativas las dos pruebas se regresara al programa anual, de lo contrario se da tratamiento para el caso especial.
3. En caso de colposcopia no satisfactorias se realiza biopsia en las mismas condiciones que la satisfactoria si esta no confirma el diagnóstico se realiza seguimiento con citología a los 6 y 12 meses. Si el reporte es ASCUS o más se realizan pruebas para ADN del VPH a los 12 meses.
4. En caso de las mujeres embarazadas se realiza seguimiento según la lesión de alto grado.
5. En las mujeres posmenopáusicas con reporte de LIBG y atrofia se inicia tratamiento con estrógenos intravaginales durante una semana después de la cual es posible repetir la citología; en caso de que el reporte fuera ASCUS o más se envía a colposcopia.
6. En el caso de adolescentes con reporte de LIBG se realiza seguimiento cada 6 y 12 meses o pruebas de ADN para VPH.



GUÍA DE MANEJO EN LIEAG

CITOLOGÍA DE BASE LÍQUIDA O CITOLOGÍA CONVENCIONAL



Manejo de la Lesión Intraepitelial de Alto grado (LIEAG).

En caso de reporte de Citología convencional o de base líquida con LIEAG se deriva a la paciente para colposcopia (satisfactoria o no satisfactoria) y biopsia si esta confirma Neoplasia Intraepitelial cervical (NIC) se da tratamiento según el tipo de lesión, si no confirma el diagnóstico se debe revisar la citología, la colposcopia y la biopsia en caso de no ser posible se realizara biopsia excisional. En caso de confirmarse la lesión se iniciara tratamiento específico.

Bibliografía.

1. **The 2001 Bethesda System: Terminology for Reporting Results of Cervical Cytology**
Diane Solomon; Diane Davey; Robert Kurman; Ann Moriarty; Dennis O'Connor; Marianne Prey; Stephen Raab; Mark Sherman; David Wilbur; Thomas Wright Jr; Nancy Young; for the Forum Group Members and the Bethesda 2001 Workshop
JAMA. 2002;287:2114-2119.
2. **2001 Consensus Guidelines for the Management of Women With Cervical Cytological Abnormalities**
Thomas C. Wright Jr; J. Thomas Cox; L. Stewart Massad; Leo B. Twigg; Edward J. Wilkinson; for the 2001 ASCCP-Sponsored Consensus Conference
JAMA. 2002;287:2120-2129.



Prevención del Cáncer cervical

Componentes del control del cáncer cervicouterino:

En un programa nacional contra el CaCu existen elementos básicos para luchar contra el cáncer cervicouterino que se engloban en:

- a) Prevención primaria; detección precoz, mediante una mayor sensibilización y programas de cribado sistemático.
- b) Prevención secundaria; diagnóstico y tratamiento; cuidados paliativos en la enfermedad avanzada.

A. Prevención primaria.

Se entiende la prevención de la infección por el VPH y de los cofactores que incrementan el riesgo de cáncer cervicouterino.

Se enfoca en:

Promoción de la salud.

- El médico de Familia proporcionara información, educación y sensibilización sobre los factores de riesgo para el CaCu, higiene, y educación sexual a la población en forma no sentenciosa.
- Sensibilizar a la población en general y en particular a los adolescentes sobre el uso sistemático y correcto de preservativos que si bien no evitan la infección por el VPH si pueden reducir el riesgo de contraer enfermedades relacionadas con este ya que disminuyen la cantidad de VPH transmitidos o reducen la posibilidad de reexposición. Hasta la fecha se desconoce si los preservativos femeninos (que cubren parte de la vulva)

ofrecen la misma protección contra el VPH que los masculinos o si ofrecen una protección mayor.

- El médico familiar debe promover el programa entre la población usuaria a fin de que sugiera a las mujeres de 25 años y más se realicen la detección de CaCu sin importar el motivo que la lleve a la unidad de salud.
- Aplicar el esquema de vacunación completo contra el VPH 16 y el VPH 18 a las niñas y adolescentes entre los 9 y 14 años de edad.
- Promover la ingesta de alimentos que contengan VITAMINAS A, B y C.
- Promover la reducción del tabaquismo en la mujer.
- **Orientación higiénica:**
 - En ningún caso se recomiendan las duchas vaginales.
 - Procurar el baño diario con aseo genital con jabón neutro.
 - No usar detergentes ni sustancias microbicidas.
 - En infecciones recidivantes debe incluirse el estudio de la pareja.
 - Evitar la humedad y el empleo rutinario de toallas sanitarias y tampones vaginales.
 - Abstenerse de tener relaciones sexuales durante el tratamiento de alguna cervicocaginitis.
 - Continuar el manejo de las cervicovaginitis durante la menstruación.

Actividades de detección.

- La citología cervicovaginal se

El médico familiar debe promover el programa entre la población usuaria a fin de que sugiera a las mujeres de 25 años y más se realicen la detección de CaCu sin importar el motivo que la lleve a la unidad de salud.

Para lograr una mayor aceptación del programa de tamizaje para el control del CaCu por las usuarias, los requisitos para la toma de la citología se han reducido, solo se hacen algunas recomendaciones.

realiza cada tres años en mujeres con dos citologías previas anuales consecutivas, cuyo resultado ha sido Negativo para lesión intraepitelial, malignidad o VPH.

- A toda mujer sin enfermedad cervicovaginal actual, cuya última detección haya sido Negativa a proceso inflamatorio o malignidad y se la haya efectuado en un lapso de tres años o más se debe enviar al servicio de medicina preventiva para la toma de la citología cervical, requisitando el formato correspondiente.
- A las pacientes que se deriven al servicio de Medicina preventiva para toma de citología cervicovaginal se les

debe informar sobre las condiciones adecuadas para efectuarse la detección y el tiempo en que debe acudir a su consulta médica para que se le informe el resultado.

- Para lograr una mayor aceptación del programa de tamizaje para el control del CaCu por parte de las usuarias, los requisitos para la toma de la citología se han reducido. Solo se deben hacer las siguientes recomendaciones:
- Realizar la citología cervicovaginal al principio o final de la menstruación.
- Las relaciones sexuales, abundante flujo genital o duchas vaginales recientes; no son contraindicación absoluta para la toma de la citología.
- Las metrorragias son una razón para realizar la citología excepto si el sangrado es profuso.
- Mujeres con frecuentes enfermedades de transmisión sexual, múltiples parejas y que nunca se hayan realizado su detección.

B. Prevención secundaria.

Se basa en la detección temprana y tratamiento oportuno de las lesiones intraepiteliales del cérvix. Toma de citología exfoliativa (Papanicolaou), las pruebas biomoleculares como captura de híbridos y la reacción de polimerasa en cadena (RPC) pueden ser utilizadas como complemento de la citología.

- El personal de salud promoverá la detección temprana mediante la orientación-consejería y la toma de citología cervical a todas las mujeres de 25 a 64 años de edad que hayan iniciado vida sexual. En especial a aquellas con factores de

riesgo, y a quien la solicite independientemente de su edad.

- Toda mujer embarazada debe realizarse el Papanicolaou en caso de no tenerlo vigente. Preferentemente tomarlo en el primer trimestre siempre que no exista ninguna contraindicación ó después de 12 semanas posparto.
- Si el reporte citológico es NIC, malignidad o Infección por VPH debe llevar seguimiento en clínica de displasias y en cuanto se dé su alta se reiniciara la periodicidad anual de las citologías.
- Las mujeres con resultados positivos a procesos inflamatorios inespecíficos continuaran con citologías anuales hasta lograr dos resultados negativos consecutivos.
- Cuando el resultado de la citología sea anormal se deberá referir a la mujer a la clínica de colposcopia en donde se confirmará el diagnóstico mediante dicho estudio más toma de biopsia dirigida; y de acuerdo con el resultado histopatológico será tratada en la clínica o referida al centro oncológico.
- En caso de que la mujer refiera que su pareja presenta lesiones verrugosas en genitales es recomendable que el hombre acuda a la unidad médica para su revisión.
- El tratamiento oportuno de las lesiones intraepiteliales previene el desarrollo de cáncer invasor

Para garantizar una atención de calidad se deben contemplar los siguientes aspectos:

- Toma correcta de citología cervical (exocervix y endocervix)
- Lectura e interpretación citológicas con calidad.

- Registro de la información en el Sistema de Información de Cáncer de la Mujer (SICAM) o en el sistema de información de la institución correspondiente.

Cuidados paliativos

- Alivio sintomático de la hemorragia, el dolor y otros síntomas de cáncer avanzado, así como de los efectos secundarios de los tratamientos;
- Cuidado compasivo general de las mujeres que padecen de cáncer incurable;
- Participación de la familia y de la comunidad en el cuidado de las pacientes cancerosas.

Bibliografía.

1. Boletín de Práctica Médica Efectiva. Noviembre 2007. INSP México.
2. Organización Mundial de la Salud. Control Integral del Cáncer Cérvico Uterino, Guía de prácticas esenciales 2007. Disponible en: <http://>
3. www.who.int/reproductive-health/publications/es/cervical_cancer_gep/index.html.
4. Secretaría de Salud. Modificación a la Norma Oficial Mexicana 014 SSA2-1994 Para la Prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y Vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino publicada en el Diario Oficial Mexicano de la Federación el 31 de mayo de 2007. Disponible en: www.salud.gob.mx.
5. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud. 2007-2012. Disponible en: www.salud.gob.mx.