



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 162

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE TAMIZAJE DE
CITOLOGIA CERVICAL Y CÁNCER CÉRVICO UTERINO
EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN:

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

CONCEPCIÓN DEL CARMEN CASTRO VÁZQUEZ

ASESORES:

DR. JOSÉ LUIS GARCÍA CASTILLO

MÉDICO FAMILIAR EN UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 162

DR. JOSÉ HERNÁNDEZ OCAMPO

MÉDICO NEFROLOGO EN UNIDAD MÉDICA DE ATENCIÓN
AMBULATORIA No. 162



CIUDAD UNIVERSITARIA, CD.MX.

2022



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.

INDICE

1. RESUMEN	3
2. ANTECEDENTES	4
2.1 Marco epidemiológico.....	4
2.2 Marco conceptual	6
2.3 Marco contextual	12
3. JUSTIFICACIÓN	14
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
5. HIPOTESIS.....	15
6. OBJETIVO	15
6.1 Objetivo General.....	15
6.2 Objetivo Específico	15
7. MATERIAL Y MÉTODOS.....	16
7.1 Periodo y sitio de estudio	16
7.2 Universo de trabajo.....	16
7.3 Unidad de análisis	16
7.4 Diseño de estudio	16
7.5 Criterios de selección	16
7.5.1 Criterios de inclusión.....	16
7.5.2 Criterios de exclusión.....	16
7.5.3 Criterios de eliminación.....	16
8. MUESTREO	17
8.1 Cálculo del tamaño de la muestra	17
9. VARIABLES	18
9.1 Operacionalización de variables.....	18
10. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO	20
11. ANALISIS ESTADÍSTICO	21
12. CONSIDERACIONES ETICAS	21
12.1 Aspectos de bioseguridad	22
12.2 Conflictos de interés	23
13. RECURSOS	23
13.1 Humanos.....	23
13.2 Materiales	23
13.3 Económicos	23
13.4 Factibilidad.....	23
14. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	24
15. BENEFICIOS ESPERADOS Y USO DE RESULTADOS	24
16. ANALISIS DE RESULTADOS.....	24
17. CONCLUSIONES.....	32
18. CRONOGRAMA.....	34
19. BIBLIOGRAFIA.....	35
20. ANEXOS.....	38
20.1 Consentimiento informado.....	38
20.2 Hoja de recolección de datos	39
20.3 Cuestionario.....	40

1. RESUMEN

“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE TAMIZAJE DE CITOLOGÍA CERVICAL Y CÁNCER CERVICO UTERINO EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR”

*M.R. Concepción del Carmen Castro Vázquez. ** M.F. José Luis García Castillo. *** M.N. José Hernández Ocampo

*Residente de Tercer Año de Medicina Familiar

** Médico Familiar adscrito a la UMF 162

*** Médico Nefrólogo adscrito a la UMAA 162

Antecedentes. En México en 2018 el cáncer cérvicouterino ocupó el quinto lugar de todos los cánceres, con una prevalencia del 34.68% y mortalidad del 4.9%. La distribución de los casos muestra un incremento a partir de los 35 años. El programa de “Detección Oportuna de Cáncer cérvicouterino”, tiene como objetivo reducir la mortalidad por esta enfermedad, la cual ha operado por más de tres décadas sin obtener los resultados esperados.

Las decisiones de las mujeres con respecto a la detección del cáncer cérvicouterino se ven afectadas por: Factores socioculturales, conciencia, conocimiento y actitudes sobre el cáncer cérvico uterino, creencias de las mujeres, actitudes de los proveedores y la recomendación de profesionales de la salud.

La falta de conocimientos y percepción de los riesgos que tienen las mujeres podrían ser alguna de las causas que lleven al incumplimiento de las pautas trazadas.

Objetivo: Identificar el nivel de conocimiento sobre tamizaje de citología cervical y cáncer cérvicouterino en población femenina de 25 a 64 años de la Unidad de Medicina Familiar 162.

Material y métodos: Estudio descriptivo, transversal, unicéntrico, que se realizara en 134 derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar 162 del Instituto Mexicano del Seguro Social de 25 a 64 años. Serán seleccionadas de manera no probabilístico, por cuotas. Para medir el nivel de conocimiento se aplicará un cuestionario de 20 preguntas. Se utilizarán programas estadísticos Excel y SPSS.

Recursos: Médico Residente, Asesor Clínico y Asesor Metodológico. El presente trabajo no tiene financiamiento institucional ni extrainstitucional, la unidad cuenta con las instalaciones apropiadas. Los consumibles serán financiados con los recursos económicos del propio investigador.

Experiencia del grupo: Conjuntamente se han realizado investigaciones relacionadas al tema clínico, experiencia en asesoría metodológica adquirida por adiestramiento en cursos y diplomados institucionales y por la UNAM.

Palabras clave: Conocimiento, citología cervical, cáncer cervicouterino.

2. ANTECEDENTES

2.1 Marco epidemiológico

El cáncer cervicouterino es el segundo cáncer más frecuente de distribución mundial que se presenta en la población femenina, con una estimación de 530,232 casos nuevos, de los cuales aproximadamente el 86 % (453,531 casos) se presenta en los países en desarrollo. De acuerdo con estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2008 la tasa estandarizada a nivel mundial es de 15.2 por cada 100 mil mujeres, solo por debajo del cáncer de mama (38.9 por cada 100 mil mujeres). Las tasas con mayor incidencia se presentan en las regiones de África, Sureste de Asia y las Américas, con intervalo de 30.7, 24.4 y 15.3 casos por cada 100 mil mujeres, respectivamente, que comparativamente con otras áreas geográficas de baja frecuencia llegan a ser mayores de 1.7 a 3.4 veces.(1)

En América Latina el cáncer cérvico uterino es la segunda neoplasia más común en mujeres con 68,818 casos anuales. La incidencia en la región es de 21.2 casos por 100,000 mujeres. Y la mortalidad es de 8.7 defunciones por 100,000 mujeres. El 75% de las 28,565 defunciones anuales por esta causa, ocurren principalmente en seis países: Brasil, México, Colombia, Perú, Venezuela y Argentina.(2)

En México desde el 2006 el cáncer cérvico uterino es la segunda causa de muerte por cáncer en la mujer.(3) En 2018 el cáncer cérvico uterino ocupó el quinto lugar todos los cánceres en nuestro país, con una incidencia del 4.1%, mortalidad del 4.9% y una prevalencia del 34.68%.(4) Anualmente se estima una ocurrencia de 13,960 casos, con una incidencia de 23.3 casos por 100,000 mujeres. La distribución de los casos de cáncer cervicouterino en relación a la edad, muestra un incremento a partir de los 35 años, siendo el grupo de 50 a 59 años de edad quien registra el mayor porcentaje con alrededor del 30% de todos los casos registrados, la edad promedio de presentación de los casos de cáncer cérvico uterino es a los 49.2 años.(3)

En el grupo específico de mujeres de 25 años y más, se registraron 3,771 defunciones en mujeres con una tasa de 11.3 defunciones por 100,000 mujeres(2) y un promedio de edad a la defunción de 59.15 años.(3)

La Secretaría de Salud señala que las entidades con mayor mortalidad por cáncer cérvico uterino son: Morelos (18.6), Chiapas (17.2) y Veracruz (16.4).(5)

En México, la mortalidad por cáncer cérvico uterino disminuyó un 37,6%, durante el periodo 2000-2012, al pasar de 4.585 a 3.832 defunciones. Durante este periodo se planteó la meta de disminuir la tasa de mortalidad nacional por cáncer cérvico uterino, lo cual no se consiguió al mantenerla un punto por arriba de lo planteado, lo que mantiene a México como el país con la mortalidad más alta por cáncer cérvico uterino dentro de los países de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE).(6)

El programa de “Detección Oportuna de Cáncer cervicouterino”, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y la Norma Oficial Mexicana 014-SSA2-1994 “Para la prevención, detección, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino” que tiene como objetivo reducir la mortalidad por esta enfermedad,(7) ha operado por más de tres décadas sin que ello se haya reflejado en la reducción esperada de la mortalidad por esta causa en la población femenina del país.(6)

Cada año se realiza un promedio de 7,2 millones de tamices anuales mediante citología cervical (Papanicolaou) de forma gratuita, de los cuales una fracción de 1,2% resulta positiva; sin embargo, la cobertura aun no alcanza al 80% de la población nacional.(6)

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012) reportó que 44.3% de las mujeres de 20 a 65 años acudió a un servicio médico para una prueba de Papanicolaou.(8)

En 2017 se realizaron 2 millones de citologías cervicales y hubo el 55.7% de cobertura de detección (tamizajes con citología y pruebas de VPH) realizada en mujeres de 25 a 64 años. En ese mismo año la tasa de mortalidad del cáncer cérvico uterino en mujeres por grupo de edad pasa de 9.7 muertes por cada 100 mil mujeres de 40 a 49 años de edad, a 15.0 y 26.8 por cada 100 mil mujeres de 50 a 59 años y de 60 años y más.(9)

Ledesma *et al*, realizaron un estudio epidemiológico, retrospectivo entre los años 2010 – 2015 en mujeres mexicanas con lesiones intraepiteliales cervicales, de entre las cuales se reporta que el 81% de las mujeres de ese estudio se encuentran en el rango de edad de 25 a 64 años, 14% de ellas nunca antes se habían realizado la prueba del Papanicolaou y 67.89% iniciaron su vida sexual a los 18 años de edad o menos.(10)

2.2 Marco conceptual

La NOM-014-SSA2-1994 define al cáncer como un tumor maligno originado por la pérdida de control del crecimiento de las células, que puede invadir estructuras adyacentes o propagarse a sitios alejados y tener como resultado la muerte.(11)

La Guía de Práctica Clínica IMSS-333-09 sobre “Diagnóstico y tratamiento del cáncer cervicouterino” define al cáncer cérvico uterino como una alteración celular que se origina en el epitelio del cérvix que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras de lenta y progresiva evolución las cuales progresan a un cáncer *in situ* (confinado a la superficie epitelial o un cáncer invasor en donde las células con transformación maligna traspasan la membrana basal).(12)

Factores de riesgo

Un factor de riesgo es todo aquello que aumenta la probabilidad de padecer una enfermedad, como el cáncer.(13)

Los factores de riesgo para desarrollar cáncer cérvico uterino son: Inmunodeficiencias, nunca haberse practicado el estudio citológico, tener de 25 a 64 años de edad, haber iniciado relaciones sexuales antes de los 16 años, tener antecedentes de enfermedades de transmisión sexual, infección cervicovaginal por virus de papiloma humano (VPH), múltiples parejas sexuales, tabaquismo, embarazo a corta edad, desnutrición y deficiencia de antioxidantes.(14)

La inmunodeficiencia ocasiona que las mujeres estén en un mayor riesgo de infecciones por VPH, ya que el sistema inmune es incapaz de destruir células cancerosas, por lo cual una lesión precancerosa en cérvix puede transformarse en un cáncer invasivo con mayor rapidez.(13)

Los antecedentes sexuales como: inicio de vida sexual antes de los 16 años, múltiples parejas sexuales o tener una pareja sexual de alto riesgo (con infección por VPH o con múltiples parejas sexuales) incrementa el riesgo de adquirir el virus del papiloma humano.(13,14)

Fumar genera un estado subsecuente de estrés oxidativo, debido a la formación de productos de la peroxidación de lípidos en la circulación sanguínea. Es probable que los efectos del tabaquismo en las enfermedades cervicales se atribuyan a los potentes carcinógenos del tabaco presentes en altas concentraciones en el moco cervical de mujeres fumadoras en combinación con el VPH.(15)

El factor de riesgo más importante para el desarrollo de cáncer anogenital y responsable de aproximadamente 95% del cáncer cérvico uterino es la infección por el virus del papiloma humano (VPH).(15)

Virus del Papiloma Humano (VPH)

Es una de las enfermedades de transmisión sexual más común en todo el mundo, con una prevalencia de hasta 80% de mujeres que se infectan en algún momento de su vida; sin embargo, la infección por sí sola no es suficiente para el desarrollo del cáncer, ya que es necesario la presencia de cofactores que modulan esta progresión.(15)

Hace dos décadas se reconoció como agente causal del cáncer cérvico uterino a un grupo de virus pertenecientes a la familia de los *Papillomaviridae*; es un virus ADN de doble hélice(16), con 39 géneros y más de 200 subtipos; no poseen envoltura y tienen un diámetro aproximado de 52 - 55 nm. Se replican en el núcleo de células epiteliales escamosas, en piel y mucosas (epiteliotrópico), y se clasifican en tipos cutáneos y mucosos.(17)

El genoma del Virus del Papiloma Humano, lo conforman dos tipos de genes, los genes tempranos (E1, E2, E4, E5, E6 y E7) y los genes tardíos (L1 y L2). Los genes tempranos codifican proteínas involucradas en la replicación y regulación viral, así como en su capacidad carcinogénica. Por otro lado, los genes tardíos codifican las proteínas estructurales que conforman la cápside viral.(17)

Atendiendo a su capacidad transformante y a su asociación con el desarrollo del cáncer cérvico uterino, los mismos son clasificados como de alto (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 52, 56, 58 y 59) y de bajo (6 y 11) riesgo de desarrollar cáncer. Los genotipos 16 y 18 son responsables de aproximadamente el 80% de los casos. Este tumor tiene su origen en la unión escamo-columnar, la cual es altamente sensible a la acción de estos virus.(18)

La infección por VPH habitualmente tiene un curso transitorio (80 – 90%) siendo eliminadas dentro de dos años post infección; cuando esto no ocurre se denomina infección persistente.(16) La persistencia de la infección por VPH es necesaria para el desarrollo de las lesiones precursoras de cáncer cérvico uterino; los factores inmunológicos tienden a ser de gran importancia en el establecimiento de dicha persistencia debido a que los cánceres relacionados con el VPH son, en última instancia, provocados por la incapacidad del huésped para eliminar la infección viral.(15)

La infección originada por el virus del papiloma humano (VPH) se ha incrementado de forma exponencial en las últimas décadas y se ha llegado a considerar un grave problema de salud pública que afecta principalmente a grupos de adolescentes y mujeres jóvenes, y condiciona la aparición de lesiones precursoras y cáncer cervicouterino, lo cual nos habla del comportamiento de las actividades en las prácticas sexuales a temprana edad. El cáncer cervicouterino puede evitarse, siempre y cuando se realice un diagnóstico y un manejo adecuado de las lesiones precursoras.(19)

Historia natural del cáncer cervicouterino

Al iniciar su actividad sexual, la mujer puede ser contagiada por un virus de alto riesgo, que en la gran mayoría de los casos dará lugar a una infección transitoria, haciéndose indetectable en 6 - 12 meses. Ocasionalmente, esta infección desarrollará una lesión denominada Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC) visible mediante el microscopio óptico.(20)

- NIC grado 1: Indica una infección activa por VPH, estas lesiones se consideran de bajo grado con una alta tasa de regresión espontánea.
- NIC grado 2: Se considera una lesión de alto grado, pero tiene una tasa de regresión espontánea de hasta 40%.
- NIC grado 3: Tienen mayor probabilidad de progresión a invasión.(21)

Estas lesiones regresan espontáneamente en la mayor parte de casos. Cuando el virus no es eliminado y persiste la infección por VPH de alto riesgo, la lesión precursora se mantiene y cierto número de estas lesiones progresarán hasta Neoplasia Intraepitelial Cervical grado 3 (NIC 3), la lesión más grave con mayores posibilidades de progresar a cáncer invasor.(20)

En ciertas circunstancias este tipo de lesiones podrían inducirse directamente, sin progresar a través de estadios intermedios. Los Virus del Papiloma Humano de alto riesgo ejercen su actividad oncogénica tras integrarse en el genoma celular. El mecanismo mejor conocido de inducción neoplásica por VPH se produciría a partir de la síntesis de las proteínas virales E6 y E7. Estas proteínas se ligan a las proteínas producidas por los genes supresores de tumores p53 y Rb respectivamente, degradándolas e inutilizándolas funcionalmente. Esta interacción en células proliferativas, como son las del cuello uterino y especialmente de la zona de unión escamo-cilíndrica con un epitelio inestable, impide la correcta reparación del ADN, conduce a una inestabilidad genómica y aumenta la probabilidad de desarrollar mutaciones específicas, esenciales para la progresión a cáncer invasor. Ocasionalmente, hay lesiones malignas en las

que el virus no está integrado en el genoma celular sugiriendo la presencia de mecanismos oncogénicos múltiples.(20)

Se ha reportado que las Lesiones Escamosas Intraepiteliales de bajo grado (LEI - BG) pueden llegar a presentar tasas de regresión espontánea sin tratamiento en más del 60% de los casos en una mediana de seguimiento de 12 a 18 meses y también pueden llegar a alcanzar tasas de 91% a los tres años de seguimiento. Mientras que el riesgo de desarrollar Lesiones Escamosas Intraepiteliales de alto grado (LEI – AG) o Neoplasia Intraepitelial Cervical 3 (NIC 3) es de 3 a 5 %.(1)

Se considera que es necesario que transcurran alrededor de diez años en promedio a partir de detectarse alteraciones de bajo grado para que se llegue a presentar un cáncer invasor *in situ*. Según la edad, el pico de incidencia para NIC 3 se ha reportado de 27 hasta 35 años de edad promedio, mientras que para el cáncer invasor se presenta al menos diez años más tarde (con una media de 48 años), lo que hace evidente la progresión de la enfermedad con la edad.(1)

Prevención

La medicina preventiva se define como: “El cuerpo de conocimientos y prácticas que contribuyen al mantenimiento de la salud y a la prevención de la enfermedad, ya sea en el individuo o en la colectividad”.(22)

La Guía de Práctica Clínica S-14608 sobre “Prevención y detección oportuna del cáncer cérvico uterino en el primer nivel de atención”, nos refiere los aspectos a seguir sobre prevención primaria y secundaria.(23)

Las estrategias implementadas para el manejo del cáncer cervicouterino en el Sistema Nacional de Salud mexicano son:(6)

Prevención primaria:

- *Promoción de la salud:* Elaboración de materiales educativos y publicidad educativa.(6)
- *Vacuna contra infección por Virus del Papiloma Humano (VPH):* Existen dos vacunas contra el virus del papiloma humano que tienen licencia: una vacuna tetravalente, HPV4 (Gardasil®), para la prevención de cáncer cérvico uterino (en mujeres) y las verrugas genitales (en mujeres y hombres), y una vacuna bivalente, HPV2 (Cervarix®), para la prevención del cáncer de cuello uterino en las mujeres. Están autorizados para las edades de 9 a 26 años.(12)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda:

- Vacunar contra VPH a las niñas de 9 a 13 años de edad.
- Las que reciben una primera dosis de vacuna contra VPH antes de los 15 años pueden utilizar un régimen de dos dosis.
- El intervalo entre ambas dosis debe ser de seis meses. Aunque no hay un intervalo máximo entre ambas dosis, se sugiere que no sea mayor de 12 a 15 meses.
- Si el intervalo entre las dosis es de menos de cinco meses, la tercera dosis debe darse al menos seis meses después de la primera.
- Las personas inmunodeprimidas, incluidas las infectadas por VIH y las mayores de 15 años de edad, también deben recibir la vacuna y necesitan tres dosis (calendario de 0, 1 a 2, y 6 meses) para estar plenamente protegidas.(24)

En 2012, México incluyó en el esquema nacional la vacuna contra el VPH, el cual consiste actualmente en la aplicación de dos dosis de la vacuna, aplicadas a niñas de quinto año de primaria u once años (no escolarizadas).(25)

El esquema de inmunización de dos dosis con un intervalo de 0 y 6 meses, esta dirigido a niñas de quinto año de primaria y de 11 años de edad no escolarizadas, idealmente antes del inicio de sus relaciones sexuales.(26)

En mujeres VIH positivas asintomáticas o no, con edades entre 11 a 49 años de edad, el esquema de vacunación consta de tres dosis a intervalos de 0, 1 y 6 meses o de 0, 2 y 6 meses para la vacuna bivalente y tetravalente respectivamente.(26)

Prevención secundaria:

- *Tamizaje: Citología cervical:* La NOM-014-SSA2-1994 la define como la toma de muestra de las células del endocérvix y exocérvix. También conocida como Papanicolaou.(11)

No existe edad para iniciar el tamizaje, pero de manera óptima se realiza de los 25 a 65 años.(7) La única contraindicación es la presencia de sangrado menstrual y (27) en caso de estar en tratamiento por infección cérvico vaginal (óvulos o cremas vaginales), por lo que se deberá posponer la toma.(28)

La citología cervical se realizará anualmente, si el resultado es negativo por dos años consecutivos, la periodicidad de la detección será cada 3 años.(26)

Toma de la muestra de citología cervical:

1. Solicite que se coloque en posición ginecológica sobre la mesa de exploración; cubra las piernas de la mujer con una sábana
2. Coloque la luz de tal forma que permita visualizar el campo donde se hará la toma
3. Póngase cubrebocas y guantes
4. Lubrique el espejo con solución fisiológica
5. Indique a la mujer que respire lentamente con la boca abierta para que relaje el cuerpo y tenga menos molestias al introducir el espejo
6. Separe los labios mayores con los dedos pulgar e índice de la mano izquierda enguantada
7. Tome el espejo vaginal con la mano derecha y colóquelo lateral y cerrado
8. Indique a la mujer que puje e introduzca el espejo vaginal; gírelo con un movimiento suave, seguro y ligeramente hacia atrás y abajo; abra el espejo
9. Eleve lentamente la punta del espejo sin sacarlo, a fin de visualizar el cuello del útero; cuando lo observe en su totalidad, asegure el espejo
 - a. Retire el moco o exudado abundante con una gasa
 - b. Observe las condiciones del cuello y de la vagina, buscando anomalías como ulceraciones, sangrado o tumoraciones
 - c. Efectúe la primera toma con el extremo irregular de la espátula de Ayre o el abatelenguas, para obtener material de la unión escamo cilíndrica (zona de transformación)
 - d. Extienda la muestra uniformemente en el tercio medio de la laminilla, con movimientos circulares
 - e. Tome la segunda muestra del endocérnix con el cepillo colector; introdúzcalo hasta que desaparezcan las cerdas a través del orificio cervical, girándolo suavemente 180 grados en el sentido de las manecillas del reloj
 - f. Retire el cepillo y extienda la muestra en el tercio externo de la laminilla, inclinando las cerdas ligeramente y girando el cepillo en sentido contrario a las manecillas del reloj; cierre el espejo
 - g. La toma con cepillo está contraindicada en las mujeres embarazadas
10. Fije la muestra con aerosol, mediante rociado fino y uniforme, a una distancia de 50 cm. Espere a que se seque la laminilla y guárdela en la caja porta laminillas
11. Solicite a la mujer que baje de la mesa y se cambie
12. Informe la fecha aproximada de entrega de resultados, para que acuda al servicio o con su médico familiar.(28)

Las mujeres con Virus del Papiloma Humano, displasias o cáncer, serán objeto de un seguimiento en una clínica de displasias y, cuando sean dadas de alta, reiniciarán la periodicidad anual(11) por lo menos durante 20 años, por el riesgo de persistencia o recurrencia que presentan.(12)

En los casos de mujeres infectadas con VIH se deberán realizar la citología cervical dos veces en el primer año, después del diagnóstico y anualmente en los siguientes años.(12)

En las instituciones del Sector Público la citología deberá practicarse gratuitamente, sin exclusión de ninguna mujer solicitante por razones económicas o de edad, pudiéndose brindar el servicio a quien lo solicite con mayor periodicidad.(11)

Ghare *et al*, refiere que las decisiones de las mujeres con respecto a la detección del cáncer cérvico uterino se ven afectadas por muchos factores, entre los que se incluyen: Factores socioculturales, conciencia, conocimiento y actitudes sobre el cáncer cérvico uterino, creencias de las mujeres, actitudes de los proveedores y la recomendación de profesionales de la salud.(29)

2.3 Marco contextual

En México la morbilidad y mortalidad son altas, siendo favorecidas por diferencias sociales, nivel socioeconómico, el lugar de residencia, acceso a instituciones de salud, etcétera.(7) La evidencia muestra que poblaciones marginadas, en términos sociales, geográficos y económicos, tienen una mayor probabilidad de morir por cánceres prevenibles, lo cual se puede atribuir, entre otros factores, a que no reciben un diagnóstico oportuno y, por tanto, el tratamiento es tardío.(6)

La falta de conocimientos y percepción de los riesgos que tienen las mujeres podrían ser alguna de las causas que lleven al incumplimiento de las pautas trazadas por el "Programa Nacional de Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino".(14)

Son varias las razones que influyen en la adherencia a la citología cervical, entre las que se describen las experiencias previas, la falta de información, influencias familiares y creencias. La recomendación por parte del profesional de la salud tiene una influencia positiva en la adherencia al tamizaje. (30)

El médico de familia debe considerar cada encuentro con el paciente como una oportunidad para la educación o la prevención; si consideramos que, en promedio, cada paciente ve a su médico al menos dos veces al año, las posibilidades de poder implementar servicios preventivos se multiplican.(19)

Lo anterior nos llevaría a un diagnóstico temprano y a la referencia oportuna, contribuyendo a disminuir las cifras tan elevadas de morbilidad y el saldo social, del cual no podemos ver cifras pero podemos inferir que la orfandad y la desintegración familiar forman parte del lastre de esas patologías, que lejos de disminuir van a la alza.(19)

González, Mejía y Martínez realizaron un estudio en una Unidad de Medicina Familiar del IMSS en el estado de Hidalgo, los cuales identificaron que un porcentaje importante de mujeres tenían un nivel bajo de conocimiento sobre el cáncer cérvico uterino, además el 61.22% indico no haber recibido información previa sobre la enfermedad.(14)

En nuestra clínica contamos con una población total para el año 2019 de 62,624 usuarios, con una población con grupo de edad entre 25 - 64 años total de 35,184, en el sexo masculino de 16,180 usuarios mientras que, en el sexo femenino de 19,004 que podríamos definir como una población en riesgo.(31)

En relación con la población derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), institución de salud que atiende a cerca de la mitad de la población en México, se reporta que la tasa de mortalidad en el año 2011 corresponde al 5.3 x 100 mil. La media nacional fue de 5.4 x 100 mil mujeres en el mismo año.(1)

La tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino reportada en el 2011 en la delegación Sur de la Ciudad de México reporta 2.30 defunciones x 100,000 mujeres derechohabientes de 25 años o más.(1)

En la delegación sur en el periodo de 2015 a 2018 se reportaron 118 casos de pacientes con cáncer cervicouterino.(31)

El conocer esta información nos permite ubicar como se encuentra nuestra población, tenemos la noción sobre la importancia del cáncer cérvico uterino y las repercusiones que este representa, sin embargo, desconocemos que tanto sabe nuestra población sobre cáncer cervicouterino y si logran identificar la importancia y el objetivo de la citología cervical como tamizaje, tomando en cuenta que una de las características del médico familiar es educar a la población y promover

acciones preventivas con el fin de disminuir la morbilidad y mortalidad, impactando en la calidad de vida de los pacientes, a corto, mediano y largo plazo.

3. JUSTIFICACIÓN

El cáncer cervicouterino continúa siendo un problema de salud pública que afecta a las mujeres de nuestro país, a pesar de que actualmente existe una mayor facilidad de acceso a la información, en relación con décadas anteriores, y de la existencia del Plan Nacional de Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino (PNDOC) que opera en México desde 1974, cuyo objetivo es disminuir la tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino, así como incrementa la cobertura de detección en el grupo de mujeres de 25 a 64 años.

En la actualidad, el cáncer cervicouterino sigue siendo la segunda causa de muerte por neoplasia en mujeres, esto desde 2006, y que actualmente se sabe, es una enfermedad prevenible, que muchas veces por falta de información o información incorrecta lleva a las mujeres a su fallecimiento.

La investigación que se presenta, busca identificar el conocimiento que posee nuestra población femenina de 25 a 64 años respecto al tamizaje de citología cervical y cáncer cérvico uterino con el fin de conocer si es uno de los factores que condiciona que las pacientes no se realicen la toma de citología cervical, para así en proyectos futuros se puedan realizar intervenciones de promoción y prevención que puedan impactar en el cambio de los estilos de vida, que incluyan promoción del sexo seguro, vacunación para prevenir la infección de los principales serotipos de virus de papiloma humano (VPH), control del tabaco y realización de citología cervical, promoviendo de esta manera la detección oportuna y disminución de factores de riesgo.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer cervicouterino se ha mantenido como la segunda causa de muerte por cáncer en las mujeres mexicanas, si bien durante el periodo de 2000 – 2012 esta mortalidad logro disminuir un 37.6%, en los años posteriores esto no fue posible mantener, lo que convierte a México como el país con la mortalidad más alta por cáncer cervicouterino dentro de los países de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE).

Durante el 2017, la cobertura para la detección de cáncer cervicouterino (citología cervical y pruebas de virus de papiloma humano) solo abarco el 55.7% en mujeres de entre 25 a 64 años, dejando fuera de la cobertura a un alto porcentaje de la población femenina, lo que implicó que no se hubiese detectado de manera oportuna neoplasias en estadios tempranos y por lo tanto continuar con una alta mortalidad.

La falta de conocimiento sobre cáncer cervicouterino y toma de citología cervical podría ser una limitante para la cobertura eficaz de los programas de detección oportuna que ya existen en el país.

Por lo anterior, nos hacemos la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre tamizaje de citología cervical y cáncer cervicouterino en usuarias de 25 a 64 años de edad de la Unidad de Medicina Familiar 162?

5. HIPOTESIS

Ho: El nivel de conocimiento sobre tamizaje de citología cervical y cáncer cérvico uterino en usuarias de la Unidad de Medicina Familiar No. 162 del IMSS será bajo en al menos el 40%.

H1: El nivel de conocimiento sobre tamizaje de citología cervical y cáncer cervicouterino en usuarias de la Unidad de Medicina Familiar No. 162 del IMSS será alto en al menos el 40%.

6. OBJETIVO

6.1 Objetivo General

Identificar el nivel de conocimiento sobre tamizaje de citología cervical y cáncer cérvico uterino en población femenina de 25 a 64 años de la Unidad de Medicina Familiar 162.

6.2 Objetivo Específico

- Relacionar el nivel de conocimiento de cáncer cervicouterino con la escolaridad.

7. MATERIAL Y MÉTODOS

7.1 Periodo y sitio de estudio

Se realizará estudio en un periodo de 3 meses, en la Unidad de Medicina Familiar No. 162 “Tláhuac” del Instituto Mexicano del Seguro Social.

7.2 Universo de trabajo

Usuaris de la UMF 162 “Tláhuac” con un grupo de edad entre los 25 – 64 años, estas comprenden una población de 19,004

7.3 Unidad de análisis

Pacientes adscritas a la unidad que cumplan con los criterios de inclusión.

7.4 Diseño de estudio

No experimental, descriptivo, transversal, unicéntrico.

7.5 Criterios de selección

7.5.1 Criterios de inclusión

- Pacientes derechohabientes de la UMF 162
- Pacientes que pertenezcan al turno matutino o vespertino
- Pertenecientes al grupo de edad entre 25 y 64 años.
- Que acudan a la consulta de medicina familiar de la UMF

7.5.2 Criterios de exclusión

- Pacientes derechohabientes del sexo masculino
- Pacientes que no acepten contestar el cuestionario
- Padecimientos físicos o mentales que le impidan contestar el cuestionario.

7.5.3 Criterios de eliminación

- Cuestionarios incompletos.

8. MUESTREO

No probabilístico, por cuotas.

8.1 Cálculo del tamaño de la muestra

Para el cálculo del tamaño de la muestra se requieren los siguientes datos:

- Proporción esperada: Dato que proviene de la proporción mundial reportada.
- Nivel de confianza: Grado de confianza del 95%,
- Precisión: Grado de error que pudiera ser tolerado hacia cada lado de la media, correspondiente al 0.08.

Se realizará un estudio de tipo no probabilístico, por cuotas, donde se presenta una población infinita en la Unidad de Medicina Familiar No. 162 y una prevalencia de 34% de cáncer cérvico uterino en México por lo que se decide utilizar la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 \times p \times q}{d^2}$$

En donde:

N = Tamaño de la muestra

Z_{α}^2 = Nivel de confianza 95% $\rightarrow Z_{\alpha}^2 = 1.96$

p = Prevalencia del fenómeno en estudio

q = 1 - p

d = Precisión del estudio 0.08.

Datos:

n = Muestra

$Z_{\alpha}^2 = 1.96$

p = 0.34

q = 1 - 0.34 = 0.66

d = 0.08

Sustitución:

$$n = \frac{(1.96)^2 \times (0.34 \times 0.66)}{(0.08)^2}$$

$$n = \frac{(3.8416) \times (0.2244)}{(0.0064)}$$

$$n = \frac{0.8620}{0.0064}$$

n = 134 mujeres

9. VARIABLES

Variable dependiente: Nivel de conocimiento

Variables independientes: Cáncer cérvico uterino, Tabaquismo, Virus del Papiloma Humano (VPH), Múltiples parejas sexuales, Inicio temprano de relaciones sexuales, Vacuna contra VPH, Citología cervical (Papanicolaou).

Variables sociodemográficas: Edad, Escolaridad, Estado civil, Ocupación.

9.1 Operacionalización de variables

Variable dependiente

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Indicador
Nivel de conocimiento	Grado de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje.	Cuestionario	Cualitativa	Ordinal	1 = SUFICIENTE, 2 = INSUFICIENTE, 3 = DEFICIENTE

Variables independientes

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Indicador
Cáncer cérvico uterino	Alteración celular que se origina en el epitelio del cérvix que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras de lenta y progresiva evolución.	Cuestionario	Cualitativa	Nominal	1 = SI 2 = NO
Tabaquismo	Adicción al consumo del tabaco.	Cuestionario	Cualitativa	Nominal	1 = SI 2 = NO
Virus del Papiloma Humano (VPH)	Virus que afecta a las personas y que causa lesiones contagiosas en la piel y las mucosas.	Cuestionario	Cualitativa	Nominal	1 = SI 2 = NO
Múltiples parejas sexuales	Dos o más parejas sexuales de manera simultánea o progresiva.	Cuestionario	Cualitativa	Nominal	1 = SI 2 = NO
Inicio temprano de relaciones sexuales	Inicio de relaciones sexuales antes de los 18 años	Cuestionario	Cualitativa	Nominal	1 = SI 2 = NO
Vacuna contra VPH	Sustancia compuesta por una suspensión de microorganismos atenuados o muertos que previene la infección por ciertos tipos de virus del papiloma humano.	Cuestionario	Cualitativa	Nominal	1 = SI 2 = NO
Citología cervical (Papanicolaou).	Prueba o examen que se realiza en mujeres, con el fin de detectar en forma temprana alteraciones del cuello del útero, que posteriormente pueden llegar a convertirse en cáncer.	Cuestionario	Cualitativa	Nominal	1 = SI 2 = NO

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Indicador
Edad	Periodo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual.	Años cumplidos al momento del cuestionario.	Cuantitativa	Discontinua	Número de años
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	Cuestionario	Cualitativa	Ordinal	1 = Primaria, 2 = Secundaria, 3 = Preparatoria, 4 = Licenciatura, 5 = Posgrado
Estado civil	Es la relación en que se encuentran las personas que viven en sociedad respecto a los demás miembros de esta misma.	Cuestionario	Cualitativa	Nominal	1 = Soltero, 2 = Casado, 3 = Unión libre, 4 = Viudo, 5 = Divorciado
Ocupación	Actividad o trabajo que realiza a diario	Cuestionario	Cualitativo	Nominal	1 = Empleada, 2 = Comerciante, 3 = Hogar, 4 = Desempleada, 5 = Jubilada o pensionada, 6 = Otro

10. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Se realizará un estudio descriptivo transversal en un periodo de 3 meses, con muestreo de tipo no probabilístico por cuotas, el cual se efectuará a las pacientes derechohabientes de 25 a 64 años de la Unidad de Medicina Familiar No. 162. Se acudirán a la sala de espera de los servicios de medicina preventiva y consulta de medicina familiar, se les invitará a las pacientes participar en el estudio a aquellas que cumplan los criterios de inclusión. Se explicará a la participante el proceso del estudio de la investigación, la finalidad y los beneficios de dicha investigación, así mismo se comentará que los datos obtenidos serán manejados con confidencialidad y solo serán conocimiento del investigador y del paciente. Posterior a la firma del consentimiento informado se iniciará con el llenado del cuestionario, comentando que no es necesario analizar las

respuestas y que en caso de presentar dudas lo hagan saber. Una vez terminado el cuestionario se identificará a las pacientes que tengan más de 3 años sin detección, tuvieron su primera citología hace 1 año o nunca se hayan realizado citología cervical e invitarlas al servicio de medicina preventiva para su realización explicando la importancia del estudio.

La duración del procedimiento se llevará a cabo en un lapso de 10 a 15 minutos. La recolección de datos se realizará de lunes a viernes en un horario de 12:00 a 16:00 horas. Realizando de 5 - 8 cuestionarios en promedio por día.

El instrumento de recolección a utilizar, se trata de un cuestionario publicado en la Revista Venezolana de Oncología, en el año 2013, bajo el título "*Conocimiento del cáncer de cuello uterino y hallazgos citológicos en mujeres de estratos socioeconómicos bajos*", el cual –de acuerdo con la propia publicación- demostró contar con un índice de confiabilidad del instrumento resultante por el cálculo de estabilidad de 0,946, que se traduce en un alto grado de confiabilidad (32), tomando en consideración que, para Hogan (2004), una prueba con alta confiabilidad ronda entre los 0,90 (mínimo aceptable) y 0,95 (deseable).(33)

Este cuestionario, consiste en un listado de veinte interrogantes encaminados a determinar el grado de conocimiento con el que cuentan las personas encuestadas respecto del cáncer cérvico uterino en relación con su definición, factores de riesgo y medidas de prevención. Cada interrogante contará con dos opciones de respuesta cerradas dicotómicas, consistente en SI (valor de 1 punto) o NO (valor de 0 puntos), con un valor máximo de 20 puntos y una puntuación mínima de cero puntos. (32)

11. ANALISIS ESTADÍSTICO

Para el análisis de los datos se utilizarán los programas estadísticos Excel y SPSS. Los resultados se reportarán como medidas de tendencia central (media, mediana, moda, porcentaje o proporción) de acuerdo a la característica de la variable, y se realizara análisis univariado.

12. CONSIDERACIONES ETICAS

Se considera este estudio de acuerdo al "Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud", publicado en el Diario Oficial de la Federación el 07 de febrero de 1984 lo establecido en el Título Segundo "De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres

Humanos”, Capítulo I, Artículo 17, en su categoría: I.- Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta. Debido a que sólo se realizara un cuestionario donde se recabaran datos sociodemográficos, nivel de conocimiento sobre tamizaje de citología cervical y cáncer cérvico uterino, no siendo considerados temas sensibles para la población, cuidando el anonimato y la confidencialidad de los datos obtenidos durante la investigación.

Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial sobre “Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos”, de la 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013, en su Apartado 3, el deber del médico es la de velar ante todo por la salud del paciente; Apartado 6, el propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas; Apartado 9 y 24, es deber del médico proteger la vida, salud, dignidad, integridad, intimidad y confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación.

Se consideran los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en las “Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos”. Se considera una investigación de bajo riesgo, ya que en el cuestionario se evitarán temas que las hagan sentir vulnerables, corresponde solo a su nivel de conocimiento y no a sus conductas sexuales, así como no se realizara la toma de muestras, ni ningún procedimiento invasivo que pueda afectarlas.

Se expresarán los beneficios y garantías de seguridad que se brindara a los participantes ampliamente comentados en el consentimiento informado. Se establecerá que la investigación se llevará a cabo cuando se obtenga la autorización del participante y del instituto; el consentimiento informado de los participantes; y la aprobación del proyecto.

12.1 Aspectos de bioseguridad

La presente investigación no implica ningún riesgo a la bioseguridad.

12.2 Conflictos de interés

No se recibe financiamiento externo y no se encuentra en conflicto de interés al realizar la presente investigación.

13. RECURSOS

13.1 Humanos

Médico Residente.

Asesor Clínico.

Asesor Metodológico.

13.2 Materiales

Computadora. (1 equipo)

Plumas (2 plumas)

Hojas (500 hojas)

Tabla con clip (1)

Consentimiento Informado.

13.3 Económicos

El presente trabajo no tiene financiamiento institucional ni extrainstitucional, la unidad cuenta con las instalaciones donde se puede entrevistar al paciente. Los consumibles serán financiados con los recursos económicos del propio investigador.

13.4 Factibilidad

Se realizará dentro de las instalaciones de la UMF 162, previo consentimiento informado y de manera directa al interrogar a los pacientes que decidan participar en el estudio, el cuestionario se hará de manera directa a las pacientes en un lapso no mayor a 15 minutos, al terminar la muestra necesaria se analizarán resultados y se dará una conclusión del mismo. Por lo que la presente investigación se considera factible y con capacidad para ser realizado por el investigador.

14. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La limitación más importante de este estudio será la fidelidad y veracidad de los datos que nos proporcionen los pacientes.

15. BENEFICIOS ESPERADOS Y USO DE RESULTADOS

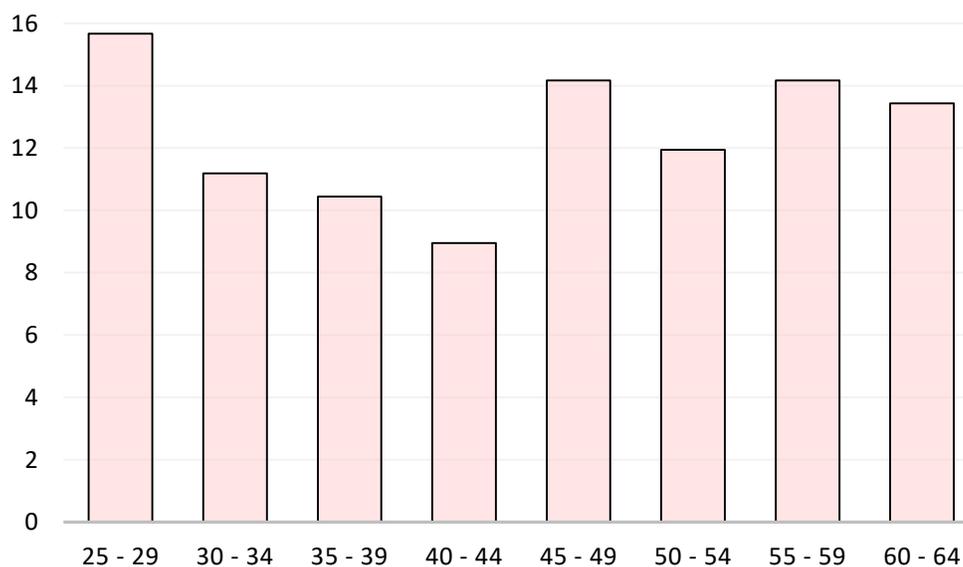
- Identificar el conocimiento de nuestras pacientes respecto al tamizaje de citología cervical.
- Conocer si nuestras pacientes identifican la gravedad del cáncer cérvico uterino y sus factores de riesgo.
- Promover la realización de la citología cervical.
- Derivación a los servicios de medicina preventiva en caso de que tengan más de 3 años sin detección, tuvieron su primera citología hace 1 año o nunca se hayan realizado citología cervical.
- Generar un precedente en nuestra clínica sobre citología cervical y cáncer cérvico uterino.

Se presentarán los resultados en las sesiones generales de la Unidad de Medicina Familiar No. 162, así como en los congresos nacionales e internacionales de medicina familiar y en los foros.

16. ANALISIS DE RESULTADOS

Se presenta el análisis de los datos obtenidos a través de las 134 encuestas practicadas de manera indiscriminada en ambos turnos del servicio, a un número igual de mujeres de edad que van desde los 25 años hasta los 64 años, cuyo grupo de edad más numeroso fue el de 25 años con una frecuencia de 9, representando el 6.7% del total de las mujeres. El segundo grupo de edad más numeroso fue el de 64 años, con una frecuencia de 8, representando un 6% del total (Gráfico 1). La mediana de edad para las usuarias que respondieron el cuestionario fue de 46 años.

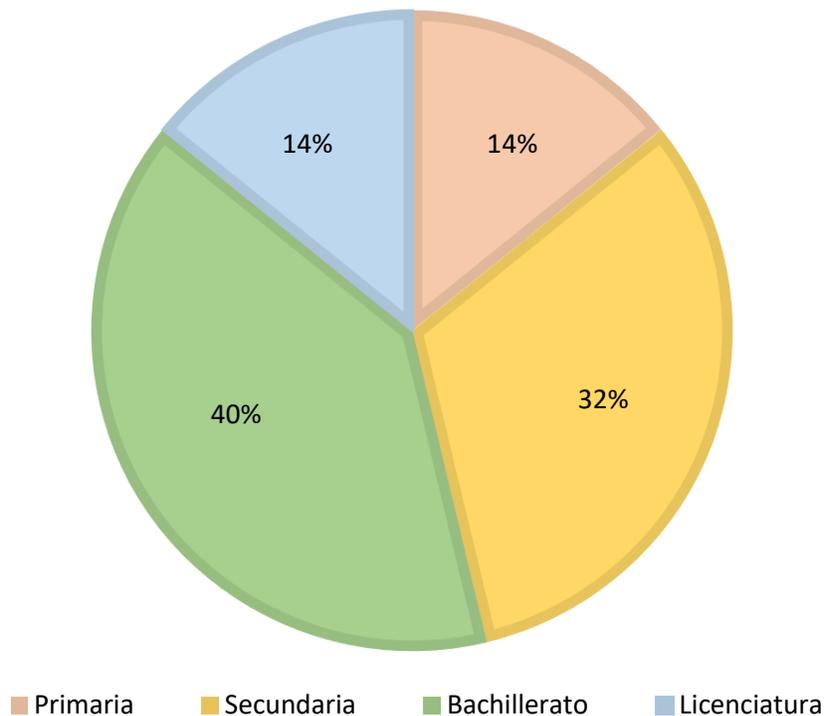
Gráfico 1. Distribución de grupos de edad.



Respecto a las variables sociodemográficas, al momento de la recolección de datos, el Cuadro 2 muestra que el 51.5% (n=69) de las usuarias dijo estar casada; el 39.6% (n= 43) curso hasta el grado de preparatoria; el 42.5% (n= 57) señaló encontrarse empleada; 38.1% (n= 51) de las usuarias refirió haber tenido tres o más embarazos; con una última toma de Papanicolaou de hace más de un año para el 20.9% (n= 28).

Tabla 1. Características sociodemográficas.		n	%
Estado Civil	Soltera	18	13.4
	Casada	69	51.5
	Unión libre	36	26.9
	Viuda	7	5.2
	Divorciada	4	3
Escolaridad	Primaria	19	14.2
	Secundaria	43	32.1
	Preparatoria	53	39.6
	Universidad	19	14.2
	Posgrado	0	0
Ocupación	Empleada	57	42.5
	Comerciante	8	6
	Hogar	55	41
	Desempleada	3	2.2
	Jubilada o pensionada	4	3
	Otro	7	5.2
Número de embarazos	Ninguno	14	10.4
	Uno	27	20.1
	Dos	42	31.3
	Tres o más	51	38.1
Última toma de Papanicolaou	Hace menos de 1 año	49	36.6
	Hace 1 año	20	14.9
	Hace más de 1 año	28	20.9
	Hace más de 3 años	17	12.7
	No recuerdo	10	7.5
	Nunca	10	7.5

Gráfico 2. Nivel de escolaridad



La tabla 2 contiene las veinte preguntas del cuestionario practicado, en donde se muestra el análisis frecuencial y porcentual de las respuestas proporcionadas por las usuarias. El cuestionario medirá tres rubros: el nivel de conocimiento acerca del cáncer cervicouterino; los factores de riesgo; y el saber de las medidas preventivas respecto a la enfermedad.

Ahora bien, por cuanto hace al nivel de conocimiento que se tiene acerca del cáncer cervicouterino en relación con la definición propiamente de la enfermedad, se observó que un amplio número de mujeres (95.5%) tienen conocimiento de que el cáncer cervicouterino es una enfermedad sumamente mortal y agresiva para su salud, que a pesar de ser altamente prevenible (95.5%), puede terminar con la extracción del útero (89.6%), que anterior al desarrollo de la enfermedad suelen presentarse lesiones preinvasoras en el cuello uterino (83.6%), las que pueden ser tratadas (92.5%).

Al evaluar los conocimientos sobre las definiciones de los factores de riesgo, se reveló que si bien, la mayoría de las mujeres conoce que presentar infecciones de manera frecuente (63.4%), el Virus del Papiloma Humano (89.6%), haber tenido múltiples parejas sexuales (83.6%), el

tabaquismo (56.7%), no acudir regularmente a consulta ginecológica (75.4%), constituyen factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad, no ocurre así con la causa relacionada con la multiparidad (31.3%), en donde hubo un alto número de mujeres que desconoce la relación que tiene con la enfermedad. Respecto al inicio precoz de la vida sexual, hubo un número igual de mujeres que conoce e ignora este factor (50%).

Por último, sobre las medidas preventivas de la enfermedad, la mayoría de las mujeres demostró saber que la citología cérvico-vaginal es la prueba idónea para la detección de este tipo de cáncer (92.5%), la cual deberá realizarse anualmente tras el inicio de la vida sexual (91.8%), considerando ciertas condiciones como haber transcurrido el período menstrual (94.8%), no haber tenido relaciones sexuales (88.8%), la no realización de duchas vaginales o aplicación de talcos o geles (88.8%). Además, reconocen que para la detección oportuna del cáncer cervicouterino, se debe practicar la colposcopia de manera complementaria a la citología (93.3%), y que de presentarse alguna anomalía en estas pruebas lo apropiado es la toma de una biopsia. Se destaca que un gran porcentaje de las mujeres (92.5%) está consciente de la vacunación en niñas y adolescentes como una medida preventiva frente al cáncer cervicouterino.

Tabla 2. Listado de preguntas contenidas en el cuestionario.	Sí n (%)	No n (%)
1. El cáncer cérvico uterino es una enfermedad sumamente mortal y agresiva para la salud de las mujeres.	128 (95.5%)	6 (4.5%)
2. El cáncer cérvico uterino es un problema de salud potencialmente prevenible.	128 (95.5%)	6 (4.5%)
3. Antes del desarrollo de cáncer cérvico uterino suelen presentarse lesiones previas conocidas como Neoplasia Intraepitelial Cervical o NIC.	112 (83.6%)	22 (16.4%)
4. Existen tratamientos que pueden controlar las lesiones que me podría ocasionar el cáncer cérvico uterino.	124 (92.5%)	10 (7.5%)
5. El cáncer cérvico uterino puede llevar a una mujer a tener que someterse a una histerectomía.	120 (89.6%)	14 (10.4%)
6. Aquellas mujeres que iniciaron las relaciones sexuales más tempranamente tienen más chance de padecer cáncer cérvico uterino.	67 (50%)	67 (50%)
7. Las mujeres que presentan con frecuencia infecciones vaginales (flujo) tienen mayor probabilidad de presentar cáncer cérvico uterino.	85 (63.4%)	49 (36.6%)
8. El Virus del Papiloma Humano es uno de los agentes causales del cáncer de cérvico uterino.	120 (89.6%)	14 (10.4%)

9. Las mujeres con múltiples parejas sexuales tienen mayor riesgo de presentar cáncer cérvico uterino.	112 (83.6%)	22 (16.4%)
10. Mientras más hijos tenga una mujer mayor riesgo tendrá de desarrollar cáncer cérvico uterino.	42 (31.3%)	92 (68.7%)
11. En las mujeres fumadoras es más frecuente el cáncer cérvico.	76 (56.7%)	58 (43.3%)
12. Las mujeres que no acuden regularmente a la consulta ginecológica son las que con mayor frecuencia presentaran cáncer cérvico uterino.	101 (75.4%)	33 (24.6%)
13. La citología cérvico-vaginal es la prueba ideal para la detección oportuna del cáncer cérvico uterino.	124 (92.5%)	10 (7.5%)
14. La citología cérvico-vaginal deben realizársela anualmente todas las mujeres luego de haber iniciado la actividad sexual.	123 (91.8%)	11 (8.2%)
15. Para la realización de la citología cérvico-vaginal debo esperar que haya pasado mi periodo menstrual.	127 (94.8%)	7 (5.2%)
16. En caso de que acuda a realizarme la citología cérvico-vaginal no debo tener relaciones sexuales los días previos a la toma de muestra.	119 (88.8%)	15 (11.2%)
17. Antes de que me sea tomada la citología cérvico-vaginal debería evitar la realización de duchas vaginales o aplicación de talcos o geles.	119 (88.8%)	15 (11.2%)
18. Para la detección oportuna del cáncer cérvico-uterino, la citología cérvico-vaginal debe complementarse con la realización de la colposcopia.	125 (93.3%)	9 (6.7%)
19. En caso de presentar alguna anomalía en la citología o en la colposcopia debo permitir me sea tomada una biopsia.	128 (95.5%)	6 (4.5%)
20. En las niñas y adolescentes debería colocarse antes del inicio de las relaciones sexuales la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH).	124 (92.5%)	10 (7.5%)

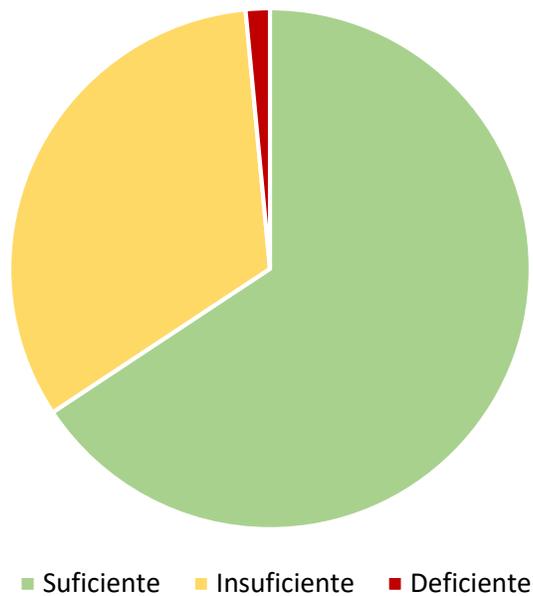
Para la evaluación de los resultados del cuestionario, se establecieron como parámetros de evaluación: *Suficiente* (16 a 20 puntos), *Insuficiente* (10 a 15 puntos) y *Deficiente* (menor a 10 puntos); obteniéndose que el nivel de conocimiento conseguido por las usuarias que respondieron el instrumento, fue de *Suficiente* (65.7%), con lo cual se confirma la hipótesis alternativa planteada para el presente protocolo de investigación, la cual establece que por lo menos el 40% de las mujeres tendrán un nivel alto de conocimiento sobre tamizaje de citología cervical y cáncer cervicouterino (Tabla 3).

Tabla 3. Nivel de conocimiento sobre tamizaje de citología cervical y cáncer cervico uterino.

Resultados	Fa	%
Suficiente (16 a 20 puntos)	88	65.7
Insuficiente (10 a 15 puntos)	44	32.8
Deficiente (menor a 10 puntos)	2	1.5

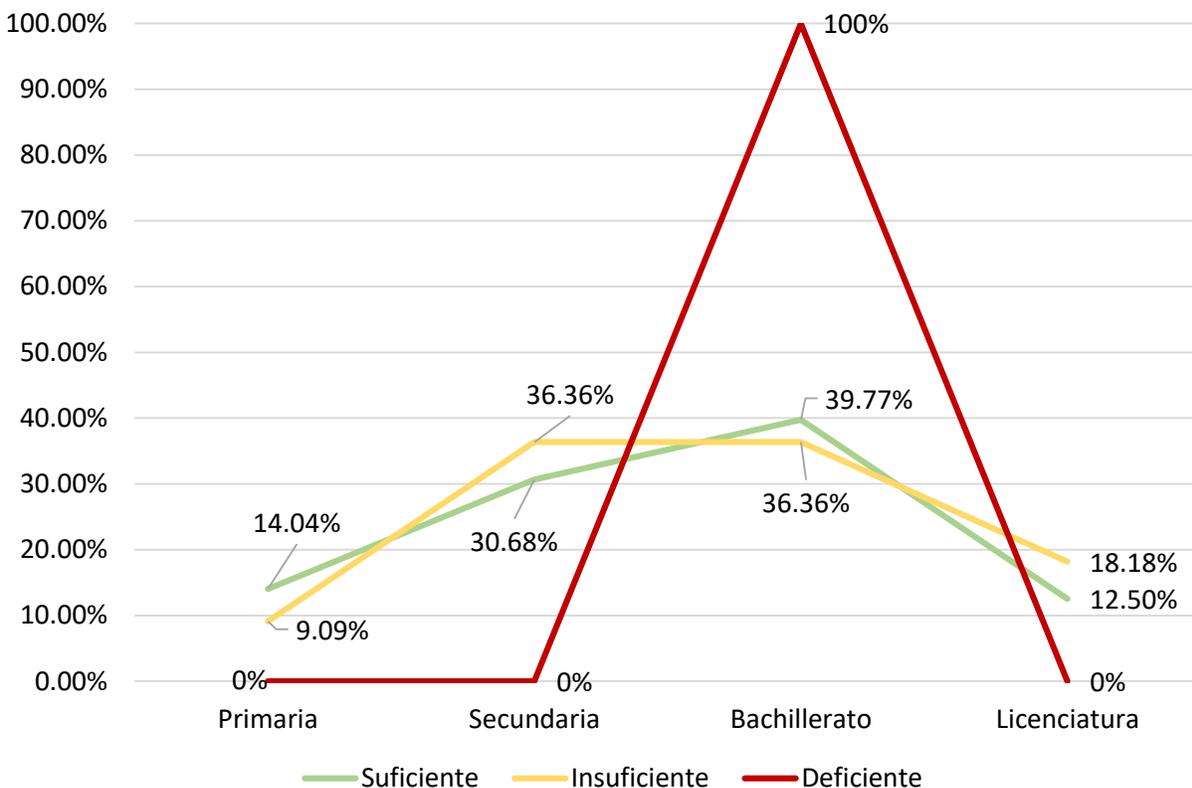
N= 134

Gráfico 3. Nivel de conocimiento sobre tamizaje de citología cervical y cáncer cervico uterino.



Es interesante observar que, de las mujeres que respondieron el instrumento, solo dos usuarias obtuvieron puntuaciones deficientes, lo que se traduce en el 1.5% del total evaluado. Asimismo, que la cantidad de mujeres que obtuvieron calificaciones insuficientes, se encuentra por debajo del 40% planteado en la hipótesis nula.

Gráfico 4. Relación entre la escolaridad y el nivel de conocimiento sobre tamizaje de citología cervical y cáncer cervico uterino.



En aquellas usuarias con un nivel de conocimiento suficiente, se observó que el 39.77% (n= 35) cursaron bachillerato, mientras que en aquellas con un nivel de conocimiento insuficiente cursaron la secundaria y el bachillerato en un 36.36% (n= 16) por igual; siendo el 100% (n= 2) de las usuarias con un nivel de conocimiento deficiente aquellas que cursaron hasta el bachillerato,

La mayoría de las usuarias con un nivel de conocimiento suficiente contaban con un nivel de escolaridad básico completo, el cual corresponde hasta el bachillerato, y solo el 12.50% (n= 11) tenían un grado de escolaridad superior; estos datos demuestran que no existe relación entre el nivel de escolaridad y el nivel de conocimiento sobre tamizaje de citología cervical y cáncer cérvico uterino, pues para los niveles de conocimiento suficiente, insuficiente y deficiente, los grados escolares que concentraron los mayores porcentajes fueron para escolaridad bachillerato.

17. CONCLUSIONES

Los resultados del instrumento practicado a las usuarias de la Unidad de Medicina Familiar No. 162, demostraron que cuentan con un nivel de conocimiento suficiente sobre tamizaje de citología cervical y cáncer cervicouterino. Lo anterior, es de suma importancia considerando que en el año 2019 la tasa de mortalidad del cáncer cervicouterino en mujeres de 25 a 65 años de edad fue de 10.4 defunciones por cada 100 mil mujeres.(9)

De los datos obtenidos, se observa la relevancia de contar con información sobre el tamizaje de citología cervical y los distintos factores de riesgo del cáncer cervicouterino, pues si bien, en términos generales la mayoría de la población encuestada obtuvo los resultados esperados, lo cierto es que, por ejemplo, como pudo observarse en las respuestas a la pregunta 10 del cuestionario, que trata sobre la relación existente entre el número de embarazos y el riesgo de padecer la enfermedad; solo el 31.3% de las mujeres acertó en la respuesta, y aquéllas que lo hicieron de manera errónea, el 86.96% afirmó contar con al menos 1 embarazo, lo que se traduce en que este grupo de mujeres se encuentra dentro de la población de riesgo con grado de predisposición al desarrollo de cáncer cervicouterino (neoplasia cervical) relacionado con el número de gestaciones, que va incrementándose en proporción al número de los embarazos.(32)

Es importante señalar que, la mayoría de las mujeres participantes, respondió haberse practicado la toma de papanicolaou cuando menos hace un año (51.5%); cifra que es bastante alentadora y que muy probablemente sea resultado de la campaña realizada por el Instituto Mexicano del Seguro Social, nombrada “*100 días para mover al IMSS*”, llevada a cabo en cuatro Jornadas Nacionales (la primera del 16 al 18 de abril; la segunda del 14 al 16 de mayo; la tercera del 11 al 13 de junio y la cuarta del 2 al 4 de julio), que tuvo como objetivo la recuperación de los servicios médicos ordinarios; lo que vendría a reafirmar la relevancia de las campañas de salud para detección de enfermedades y de difusión entre la población de información relacionada con la enfermedad y las distintas maneras de prevenirla.

Por otra parte, se debe reconocer la importancia de contar con datos como los obtenidos a través del presente trabajo de investigación, por una parte, para identificar los factores de riesgo dentro de las distintas poblaciones y por otra, para actualizar la información existente, o bien, generarla en el caso de no contarse con ella; con el propósito de disminuir la morbimortalidad del cáncer cervicouterino.

Si bien no existe una manera absoluta de prevenir el cáncer, lo cierto es que se pueden tomar ciertas acciones para procurar minar el riesgo entre la población. Dentro estas acciones podemos destacar la importancia de que las instituciones de salud y educativas, brinden a los profesionales de la salud información y actualización recurrente, con la intención de promover la competencia profesional que ayudara de manera innegable a incrementar la calidad de la atención médica que se desarrolle; asimismo, procurar el acercamiento de las personas a los servicios de salud para proveerles de información relevante que sirva para la prevención e identificación de posibles enfermedades, esto a través de programas o jornadas de salud, como parte de un proceso integral de prevención, detección y tratamiento oportuno del cáncer cervicouterino.

Por último, debido a la evidencia obtenida respecto a que poco más de la tercera parte de la población femenina derechohabiente participante en el estudio, no cuenta con el conocimiento básico necesario para la prevención de cáncer cervicouterino, se considera que la capacidad de difundir información debe ser tomada como punto de partida donde se deben de centrar los esfuerzos para reducir los porcentajes de vulnerabilidad de las mujeres ante la enfermedad

Por tanto, se propone realizar una mayor difusión, con especial énfasis en los factores de riesgo menos conocidos (multiparidad y el inicio precoz de la vida sexual), a través de pláticas en sala de espera, consultorios de medicina familiar y de enfermera especialista, en conjunto con la transmisión mediante carteles, trípticos y medios digitales, haciendo uso de los valiosos recursos con los que cuenta la UMF 162, que son los médicos y enfermeros pasantes del servicio social, así como médicos residentes.

18. CRONOGRAMA.

Cronograma de actividades

“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE TAMIZAJE DE CITOLOGÍA CERVICAL Y CANCER CERVICO UTERINO EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR”

Investigador responsable: M.F. José Luis García Castillo¹. Colaboradores: M.R. Concepción del Carmen Castro Vázquez² y M.N. José Hernández Ocampo³.

1. Médico Familiar adscrito en UMF 162, 2. Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar, 3. Médico Nefrólogo adscrito en UMAA 162.

Actividades	Programado	Realizado
Planteamiento del problema y marco teórico.	X	Marzo, abril y mayo 2020
Hipótesis y variable	X	Mayo y junio 2020
Objetivos	X	Mayo y junio 2020
Cálculo de muestra	X	Junio 2020
Hoja de registro	X	Junio 2020
Presentación ante el comité	X	Julio y agosto 2020
Trabajo de campo	X	Mayo, junio, julio y agosto 2021
Análisis de resultados	X	Septiembre y octubre 2021
Elaboración de conclusiones	X	Noviembre y diciembre 2021
Presentación de tesis	Septiembre 2022	NA

Elaborado: M.R. Concepción del Carmen Castro Vázquez

19. BIBLIOGRAFIA

1. Hernández Hernández DM, Apresa García T, Patlán Pérez RM. Panorama epidemiológico del cáncer cervicouterino. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2015;53(Supl 2):S154–61.
2. Secretaría de Salud. Información Estadística. Estadísticas de Cáncer de Mama y Cáncer Cérvico Uterino [Internet]. [gob.mx](http://www.gob.mx). 2015 [citado el 16 de abril de 2020]. Disponible en: <http://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/informacion-estadistica>
3. Subsecretaria de Prevención y Promoción de la Salud. Hoja de Datos sobre Cáncer del Cuello Uterino [Internet]. 2016 [citado el 16 de junio de 2020]. Disponible en: <http://cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/CaCu/HojadatosCancerdeCuelloUterino2016.pdf>
4. International Agency for Research on Cancer. Mexico [Internet]. 2018 [citado el 24 de junio de 2020]. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/484-mexico-fact-sheets.pdf>
5. Secretaría de Salud. Cáncer de Cuello Uterino [Internet]. [gob.mx](http://www.gob.mx). 2015 [citado el 17 de abril de 2020]. Disponible en: <http://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/cancer-de-cuello-uterino>
6. Mendoza González Z. Programa de detección del cáncer cervicouterino: políticas públicas y experiencias de los actores que implementan el programa en el estado de Veracruz, México. *Salud Colect.* 2017;13(3):521–35.
7. Cuevas Martínez ML, Vega Pérez ML, Tamez Rodríguez AR, Castañeda Sánchez O. Factores de riesgo que retrasan la participación en el programa “Detección oportuna de cáncer cervicouterino”. *Aten Fam.* 2016;23(4):134–8.
8. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. 2012.
9. Instituto Nacional de las Mujeres. Cáncer de mama y cérvico-uterino [Internet]. [citado el 17 de abril de 2020]. Disponible en: http://estadistica.inmujeres.gob.mx/formas/tarjetas/cama_cacu.pdf
10. Ledesma López V, López Casamichana M, Fragozo Sandoval F, Sierra Martínez M, Chávez Ocaña S, Reyes Hernández OD, et al. Perfil epidemiológico y algunas determinantes sociales de mujeres mexicanas con lesiones intraepiteliales cervicales en el Hospital Juárez de México y la Clínica Integral de la Mujer. *Rev Hosp Juárez México.* 84(2):70–6.
11. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino [Internet]. [citado el 17 de mayo de 2020]. Disponible en: <http://www.dof.gob.mx/normasOficiales/2383/SALUD/SALUD.htm>
12. Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer Cérvicouterino. México: Secretaría de Salud, 2010

13. American Cancer Society. Factores de riesgo para el cáncer de cuello uterino [Internet]. [citado el 20 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/causas-riesgos-prevencion/factores-de-riesgo.html>
14. González Rangel MA, Mejía Miranda N, Martínez Ángeles J. Nivel de conocimiento sobre cáncer cervicouterino en mujeres de 15 a 49 años en una unidad de medicina familiar. *Aten Fam.* 2017;25(1):17–21.
15. Hernández Sánchez JA, García Amaya CV, Muñoz Zurita G. Tabaquismo y atipias celulares cérvico-vaginales. *Aten Fam.* 2017;24(1):3–7.
16. Subsecretaría de Salud Pública. Guías Clínicas AUGE. Cáncer Cérvico Uterino [Internet]. Minsal; 2015 [citado el 17 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/GPC-CaCU.pdf>
17. Rocha Zavaleta L. Virus del Papiloma Humano [Internet]. Departamento de Microbiología y Parasitología. 2018 [citado el 24 de junio de 2020]. Disponible en: http://microypara.facmed.unam.mx/?page_id=754
18. Domínguez Bauta SR, Trujillo Perdomo T, Aguilar Fabrè K, Hernández Menéndez M. Infección por el virus del papiloma humano en adolescentes y adultas jóvenes. *Rev Cuba Obstet Ginecol.* 2018;44(1):1–13.
19. Flores Pulido JJ, Martínez Correa M. Cáncer cervicouterino y virus del papiloma humano. Una mirada desde el enfoque médico familiar. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2015;53 Supl 2:S162–4.
20. Llongueras S de S, García García AM. Virus del papiloma humano y cáncer: epidemiología y prevención. España: EMISA;
21. Sawaya GF, Huchko MJ. Cervical Cancer Screening. *Med Clin North Am.* 2017;101(4):743–53.
22. Secretaría de Salud. Anuario de Morbilidad 1984 - 2018 [Internet]. [citado el 20 de junio de 2020]. Disponible en: <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/glosario.html>
23. Prevención y detección oportuna del cáncer cérvico uterino en el primer nivel de atención. México: Secretaria de Salud, diciembre de 2011.
24. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Control integral del cáncer cervicouterino. Guía de prácticas esenciales [Internet]. Segunda edición. 2016 [citado el 20 de junio de 2020]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/144785/1/9789241548953_eng.pdf?ua=1
25. Instituto Nacional de Salud Pública. La investigación detrás de... [Internet]. 2019 [citado el 17 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.insp.mx/avisos/5120-investigacion-detras-vph-cancer>

26. Prevención, detección, diagnóstico y tratamiento de lesiones precursora del cáncer de cuello uterino en primer y segundo nivel de atención. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, CENETEC: 2018 [29 de mayo de 2020]. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-SS-146-18/ER.pdf>
27. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud. Manual de Procedimientos para la Toma de la Muestra de Citología Cervical [Internet]. 2006 [citado el 24 de junio de 2020]. Disponible en: http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/CaCu/toma_muestra.pdf
28. Instituto Mexicano del Seguro Social. Programas Integrados de Salud. Guía Técnica. 2010.
29. Saei Ghare Naz M, Kariman N, Ebadi A, Ozgoli G, Ghasemi V, Rashidi Fakari F. Educational Interventions for Cervical Cancer Screening Behavior of Women: A Systematic Review. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2018;19(4):875–84.
30. Urrutia MT, Gajardo M. Características del Papanicolaou y de la atención recibida como factores para adherir (o no) al tamizaje. Estudio cualitativo en mujeres chilenas. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2018;83(5):471–7.
31. Diagnóstico de Salud 2019 - 2020. Unidad de Medicina Familiar No. 162. 2019.
32. Castañeda-Iñiguez MS, Toledo-Cisneros R, Aguilera-Delgadillo M. Factores de riesgo para cáncer cervicouterino en mujeres de Zacatecas. *Salud Publica Mex [Internet].* 10 de julio de 1998 [citado 09 de enero de 2022];40(4):330-8. Disponible en: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6096>
33. Urdaneta Machado JR, Nava Suarez ML, García J, Cepeda de Villalobos M, Baabel Zambrano N, Salazar J, et al. Conocimiento del cáncer de cuello uterino y hallazgos citológicos en mujeres de estratos socioeconómicos bajos. *Revista Venezolana de Oncología.* 2013; 25:211–28.
34. Hogan, Thomas P. (2004). Pruebas Psicológicas: Una introducción práctica. México. Manual Moderno

20. ANEXOS.

20.1 Consentimiento informado.

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
	CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN	
Nombre del estudio:	"NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE TAMIZAJE DE CITOLOGÍA CERVICAL Y CÁNCER CERVICO UTERINO EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR"
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No. 162 ubicada en Av. Tláhuac No. 5662, Col. Los Olivos C.P. 13360, Tláhuac, Ciudad de México. A ___ de _____ 2020.
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Identificar en nivel de conocimiento sobre tamizaje de citología cervical y cáncer cérvico uterino en usuarias de 25 a 64 años de la Unidad de Medicina Familiar No. 162
Procedimientos:	Se seleccionarán a las derechohabientes de la UMF No 162 que cumplan con los criterios de inclusión para la presente investigación, se les explicará en qué consiste el estudio y se les pedirá que den lectura y firmen la carta de consentimiento informado, posteriormente se aplicarán los instrumentos de investigación.
Posibles riesgos y molestias:	No representa ningún riesgo para mi salud e integridad, las molestias que pueden existir son en la demora de tiempo en la realización del cuestionario.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Con mi participación se obtendrán datos estadísticos para la unidad, los cuales servirán para aplicar estrategias y con ello disminuir las tasas de morbimortalidad.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Una vez obtenidos los resultados, se darán las conclusiones y recomendaciones necesarias.
Participación o retiro:	Se me ha informado que puedo retirarme en cualquier momento de la investigación sin causar ningún tipo de consecuencia, así como también no se afectará mi atención en la unidad de medicina familiar.
Privacidad y confidencialidad:	Los datos que proporcione serán comentados únicamente con mi persona de forma discreta y confidencial.
Beneficios al término del estudio:	Generar un precedente en la UMF sobre citología cervical y cáncer cérvico uterino. Promover la realización de la citología cervical. Derivación a los servicios de medicina preventiva en caso necesario.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	José Luis García Castillo: Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 162; Lugar de trabajo: Consulta externa. Matricula: 98389641 Correo electrónico: joseluisgarcas@gmail.com_Teléfono: 5534292822
Colaboradores:	Concepción del Carmen Castro Vázquez: Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 162; Lugar de trabajo: Consulta externa. Matricula: 97385709 Correo electrónico: concepcioncastrovazq@gmail.com Teléfono: 5538750312 José Hernández Ocampo: Adscripción: Unidad Médica de Atención Ambulatoria No. 162; Lugar de trabajo: Diálisis Matricula: 99387824 Correo electrónico: josehern12@yahoo.com.mx Teléfono 5510158180.
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación del IMSS: Hospital General Regional No. 1 "Dr. Carlos MacGregor Sánchez Navarro", Calle Gabriel Mancera 222, Colonia del Valle, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, CP 31000. Teléfono (55) 50 87 58 71, Correo electrónico conbioetica@gr@gmail.com,	
<hr/> Nombre y firma del sujeto	Concepción del Carmen Castro Vázquez <hr/> Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
<hr/> Nombre, dirección, relación y firma	<hr/> Nombre, dirección, relación y firma
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio	
Clave: 2810-009-013	

20.2 Hoja de recolección de datos



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE TAMIZAJE DE CITOLOGÍA CERVICAL Y CANCER CERVICO UTERINO EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR”

Investigador responsable: M.F. José Luis García Castillo¹.

Colaboradores: M.R. Concepción del Carmen Castro Vázquez² y M.N. José Hernández Ocampo³.

1. Médico Familiar adscrito en UMF 162, 2. Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar, 3. Médico Nefrólogo adscrito en UMAA 162.

RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SI CUENTA CON LOS SIGUIENTES CRITERIOS DE INCLUSION			
1. Paciente femenino.			
2. Derechohabiente de la Unidad de Medicina Familiar 162, cualquier turno.			
3. Edad entre 25 y 64 años.			
4. Que acuda a la consulta de Medicina Familiar.			
HOJA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS			
1			Folio: () <input type="text"/>
2			Fecha: (dd/mm/aa) ___/___/___ <input type="text"/>
3	Nombre: _____		<input type="text"/>
	Apellido Paterno	Apellido Materno	
4	NSS: _____	5	Teléfono: _____ <input type="text"/>
6	Turno: 1. Matutino () 2. Vespertino ()	7	Número de Consultorio: (____) <input type="text"/>
8	Edad: _____ años cumplidos		<input type="text"/>
9	Estado civil: 1. Soltero () 2. Casado () 3. Unión libre () 4. Viudo () 5. Divorciado ()		<input type="text"/>
10	Escolaridad: 1. Primaria () 2. Secundaria () 3. Preparatoria () 4. Licenciatura () 5. Posgrado () 6. Ninguna () 1. Completa () 2. Incompleta ()		<input type="text"/>
11	Ocupación: 1. Empleada () 2. Comerciante () 3. Hogar () 4. Desempleada () 5. Jubilada o pensionada () 6. Otro _____		<input type="text"/>
12.	Número de embarazos: 1. Ninguno () 2. Un embarazo () 3. Dos embarazos () 4. Tres o más embarazos ()		<input type="text"/>
13.	Última toma de Papanicolaou: 1. Hace menos de 1 año () 2. Hace 1 año () 3. Hace más de 1 año () 4. Hace más de 3 años () 5. No recuerdo () 6. Nunca ()		<input type="text"/>

GRACIAS POR SU COLABORACION

20.3 Cuestionario

El instrumento de recolección a utilizar, se trata de un cuestionario publicado en la Revista Venezolana de Oncología, en el año 2013, bajo el título “*Conocimiento del cáncer de cuello uterino y hallazgos citológicos en mujeres de estratos socioeconómicos bajos*”, el cual –de acuerdo con la propia publicación- demostró contar con un índice de confiabilidad del instrumento resultante por el cálculo de estabilidad de 0,946, que se traduce en un alto grado de confiabilidad (33), tomando en consideración que, para Hogan (2004), una prueba con alta confiabilidad ronda entre los 0,90 (mínimo aceptable) y 0,95 (deseable).(34)

Este cuestionario, consiste en un listado de veinte interrogantes encaminados a determinar el grado de conocimiento con el que cuentan las personas encuestadas respecto del cáncer cérvico uterino en relación con su definición, factores de riesgo y medidas de prevención. Cada interrogante contará con dos opciones de respuesta cerradas dicotómicas, consistente en SI (valor de 1 punto) o NO (valor de 0 puntos), con un valor máximo de 20 puntos y una puntuación mínima de cero puntos. (33)

Instrucciones: Lea detenidamente cada pregunta y seleccione la opción que considere más adecuada.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 162**

‘NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE TAMIZAJE DE CITOLOGIA CERVICAL Y CÁNCER CERVICO UTERINO EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR’

1.	El cáncer cérvico uterino es una enfermedad sumamente mortal y agresiva para la salud de las mujeres	Si	No
2.	El cáncer cérvico uterino es un problema de salud potencialmente prevenible	Si	No
3.	Antes del desarrollo de cáncer cérvico uterino suelen presentarse lesiones previas conocidas como Neoplasia Intraepitelial Cervical o NIC	Si	No
4.	Existen tratamientos que pueden controlar las lesiones que me podría ocasionar el cáncer cérvico uterino	Si	No
5.	El cáncer cérvico uterino puede llevar a una mujer a tener que someterse a una histerectomía	Si	No
6.	Aquellas mujeres que iniciaron las relaciones sexuales más tempranamente tienen más chance de padecer cáncer cérvico uterino	Si	No
7.	Las mujeres que presentan con frecuencia infecciones vaginales (flujo) tienen mayor probabilidad de presentar cáncer cérvico uterino	Si	No
8.	El Virus del Papiloma Humano es uno de los agentes causales del cáncer de cérvico uterino	Si	No
9.	Las mujeres con múltiples parejas sexuales tienen mayor riesgo de presentar cáncer cérvico uterino	Si	No
10.	Mientras más hijos tenga una mujer mayor riesgo tendrá de desarrollar cáncer cérvico uterino	Si	No
11.	En las mujeres fumadoras es más frecuente el cáncer cérvico	Si	No
12.	Las mujeres que no acuden regularmente a la consulta ginecológica son las que con mayor frecuencia presentarían cáncer cérvico uterino	Si	No
13.	La citología cérvico-vaginal es la prueba ideal para la detección oportuna del cáncer cérvico uterino	Si	No
14.	La citología cérvico-vaginal deben realizársela anualmente todas las mujeres luego de haber iniciado la actividad sexual	Si	No
15.	Para la realización de la citología cérvico-vaginal debo esperar que haya pasado mi periodo menstrual	Si	No
16.	En caso de que acuda a realizarme la citología cérvico-vaginal no debo tener relaciones sexuales los días previos a la toma de muestra	Si	No
17.	Antes de que me sea tomada la citología cérvico-vaginal debería evitar la realización de duchas vaginales o aplicación de talcos o geles	Si	No
18.	Para la detección oportuna del cáncer cérvico-uterino, la citología cérvico-vaginal debe complementarse con la realización de la colposcopia	Si	No
19.	En caso de presentar alguna anomalía en la citología o en la colposcopia debo permitir me sea tomada una biopsia	Si	No
20.	En las niñas y adolescentes debería colocarse antes del inicio de las relaciones sexuales la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH)	Si	No

16-20 puntos: Suficiente; 10-15 puntos: Insuficiente; 0-9 puntos: Deficiente (33)