



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

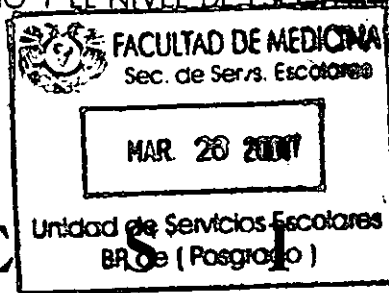
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

111

290847

"LA DETECCION OPORTUNA DEL CANCER
CERVICOUTERINO Y EL NIVEL DE ESCOLARIDAD"



T E S T S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A :

DRA. GEMMA REGALES VALLVERDU



TUTOR: DR. EDUARDO GONZALEZ MONTOYA

MEXICO, D.F.



FEBRERO 2001



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

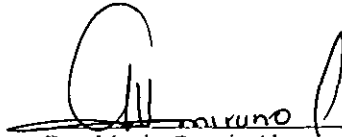
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



Dra. Rosa María Vázquez Enríquez
Jefe de Educación Médica e Investigación
Hospital General de Zona N. 8 San Ángel
Instituto Mexicano del Seguro Social



Dra. Martha Beatriz Altamirano García
Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar
Hospital General Zona N. 8 San Ángel
Instituto Mexicano del Seguro Social



Dr. Eduardo González Montoya
Médico Familiar
Hospital General de Zona N.8 San Ángel
Instituto Mexicano del Seguro Social
TUTOR



Dra. Gemma Regales Vallverdu
TESISTA

*Redescubre las cosas normales,
el encanto sencillo de la amistad,
las flores para un enfermo,
una puerta abierta,
una mesa acogedora,
un apretón de manos,
una sonrisa,
el silencio de una iglesia,
el dibujo de un niño,
una flor que se abre,
un pájaro que canta,
una hilera de álamos,
un riachuelo, una montaña...
La vida se vuelve una fiesta
cuando sabes disfrutar
de las cosas normales de cada día.*

*“No contemples las faltas de los otros, sino sus virtudes,
y piensa en tus propios defectos y debilidades”
Sta. Teresa de Jesús*

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
ANTECEDENTES.....	4
Anatomía y histología del cuello uterino	4
¿Qué es el cáncer?	6
Epidemiología del cáncer cervicouterino	7
Factores de riesgo	8
Historia natural del cáncer cervicouterino	9
Histología, diseminación, diagnóstico y tratamiento del cáncer cervicouterino	11
Prevención del cáncer cervicouterino	13
Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino	16
La influencia de la escolaridad en la toma de decisiones saludables	20
OBJETIVOS	22
HIPÓTESIS	23
MATERIAL Y MÉTODO	24
Tipo de estudio	24
Universo de trabajo	24
Criterios de selección	24
Criterios de inclusión	25
Criterios de no inclusión	25
Criterios de exclusión	25
Procedimiento para obtener la muestra	26
Determinación estadística del tamaño de la muestra	26
Definición de las variables	26
Sistema de captación de la información	28
Análisis estadístico	28

Ámbito geográfico	28
Recursos humanos	29
Aspectos éticos	29
RESULTADOS	30
DISCUSIÓN	45
CONCLUSIONES	47
ANEXO A	48
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50

RESUMEN

Objetivo: Demostrar que el nivel de escolaridad de las mujeres influye en participar en el Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino.

Material y Métodos: Se entrevistaron a 260 mujeres de 25 a 44 años de edad. Se aplicó un cuestionario que incluyó variables socioculturales, salud reproductiva, conocimiento acerca el Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino y antecedentes de participar en dicho programa. Se hizo un análisis descriptivo y la chi cuadrada, con $p < 0.001$.

Resultados: El 44% de las mujeres entrevistadas participan en el Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino. Del total de mujeres con educación primaria el 61% participa en el programa, del total con nivel medio superior el 62% no participa y del total con estudios superiores el 75% no participa.

Conclusiones: La participación adecuada en el Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino se observó en una proporción baja de mujeres con relación a la cobertura ideal. Existe asociación entre la participación en el Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino y el nivel de escolaridad. Algunos de los factores inherentes a las mujeres que favorecen la no participación en dicho programa son la edad, estado civil, embarazo y el desconocimiento acerca de la prueba y de la periodicidad de ésta.

Palabras claves: detección oportuna, escolaridad, cáncer cervicouterino.

INTRODUCCIÓN

Existen múltiples publicaciones sobre cáncer cervicouterino, sin embargo no se ha hecho aún suficiente énfasis en su prevención.

En los últimos años se ha hecho mucho hincapié en la investigación epidemiológica para identificar diversos factores de riesgo asociados a cáncer. Es importante implementar y divulgar programas de diagnóstico precoz, tales como cáncer cervicouterino y mama en mujeres, y de pulmón, próstata y estómago en hombres. Pero ¿dónde quedan los factores ligados a la población en la decisión de participar o no de estos programas?.

Debido a limitantes de tipo económico, cultural y geográfico, entre otros, anualmente, en el Instituto Mexicano del Seguro Social, sólo a dos de cada diez mujeres se les realiza la citología cervical. lo que limita la detección oportuna de las diferentes lesiones que preceden o predisponen al desarrollo del cáncer cervicouterino.

Para mejorar la cobertura de la población se necesita hasta cierto punto comprender las razones por las cuales las mujeres asisten o faltan al Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino.

En la consulta externa de medicina familiar he podido observar cómo el médico, en parte, se ve influido, modifica su conducta sobre la base de algunos factores socioculturales en el momento de orientar acerca de los programas de prevención y educación sanitaria. Así es, que frente a una persona con bajo nivel educativo se cerciora que ésta comprenda la utilidad de la prueba de la citología cervical, e insiste continuamente para que se la haga anualmente, para que no se le olvide. En cambio, delante de una mujer con nivel educativo medio-alto presupone que ésta ya conoce el significado y la importancia de la citología cervical, y por

consiguiente no insiste en que debe hacérsela periódicamente, ya que da por hecho que todas las mujeres con un nivel educativo más o menos se cuidan y se preocupan por su salud.

Por lo anterior, considero de interés realizar esta investigación, que se enfoca a la población femenina que acude a la consulta externa de medicina familiar de la clínica 8 del Instituto Mexicano del Seguro Social, donde no se conoce si el nivel de escolaridad es un factor asociado a la utilización o no de la prueba del Papanicolau como estudio preventivo para la detección del cáncer cervicouterino.

De tal manera que la información derivada pueda usarse para identificar a los grupos de mayor riesgo, y así poder ofertarles, con mayor insistencia, los programas de detección y educación sanitaria para prevenir así dicha patología. Lo que permitirá orientar las decisiones a tomar y los tipos de intervenciones necesarias para actuar sobre la situación que se pretende cambiar.

Además es importante porque afecta a la población femenina en su etapa productiva y reproductiva; y en México, como en la mayoría de países Hispanoamericanos, la mujer sigue siendo el pilar fundamental de la familia.

ANTECEDENTES

Anatomía y histología del cuello uterino

Dado que la presente investigación hace referencia al aparato genital femenino, considero importante describirlo brevemente.

Los órganos genitales de la mujer se dividen en externos e internos. Los órganos externos comprenden todas las estructuras desde el pubis hasta el perineo y genéricamente se les conoce con el nombre de vulva (monte de Venus, labios mayores y menores, clítoris, himen, vestíbulo, orificio uretral y diversas estructuras glandulares y vasculares). Los órganos genitales internos comprenden la vagina, el útero, las trompas de Falopio y los ovarios.

El útero es un órgano muscular, hueco, situado en la parte profunda de la pelvis, de forma piriforme; está invertido y aplanado ligeramente en sentido anteroposterior. La cara anterior de este órgano se relaciona con la vejiga, la posterior con el recto, las laterales con los uréteres, y la inferior con la vagina, la cual se inserta en su parte cervical, dejando una porción supravaginal y otra intravaginal. Mide de 7 a 8 cm de longitud total y de 5 a 6 cm de ancho en la parte fúndica.

El útero está formado por el cuello y el cuerpo uterino, que se unen por el istmo. Éste es una zona de transición en la que el epitelio endocervical se transforma gradualmente en epitelio endometrial.

El cuello uterino o cérvix tiene forma cilíndrica, su longitud es de unos 3 cm. Posee de un orificio interno, otro externo y un canal cervical. La parte que sobresale en la vagina es el exocérvix y está revestida de epitelio escamoso no queratinizado. Dicho epitelio escamoso

de la vagina y exocérnix tiene cuatro capas: la capa basal, capa parabasal, capa intermedia y la capa superficial. Ésta última es la base para la prueba de Papanicolaou.

El epitelio cilíndrico, situado en el canal endocervical, se compone de una sola hilera de células altas, cilíndricas, que descansan sobre una fina membrana basal. Los núcleos son basales y la porción superior de las células tiene un contenido mucinoso.

A nivel del orificio cervical externo existe un punto de transición entre dos epitelios, el escamoso (del exocérnix) y el cilíndrico (del canal endocervical), dicha zona se conoce como la unión escamocilíndrica. En la unión escamocilíndrica es común la metaplasia, que es la sustitución del epitelio glandular endocervical por otro de tipo escamoso en respuesta a diferentes estímulos (pH, endocrinos, trauma, infección, etc.). La zona de metaplasia entre el epitelio original escamoso y el endocervical se denomina zona de transformación. Hay que tener en cuenta que la zona de transformación cambia gradualmente según la edad, avanzando cada vez más hacia el endocérnix. Durante la edad reproductiva esta zona es distal al orificio cervical externo, por lo que es fácil obtener muestras. En la menopausia, en cambio, aparecen en el canal endocervical, siendo difícil de obtener material representativo. La metaplasia, por otra parte, es tan común que se considera fisiológico normal.

Toda la unión escamocilíndrica con células metaplásticas tempranas es más susceptible a los factores oncogénicos, que pueden hacer que estas células se transformen en neoplasia cervical intraepitelial.

Histológicamente el cuerpo uterino está formado por tres capas. La serosa o peritoneo (externa) cubre todo el cuerpo excepto la parte anteroinferior. Esta capa origina una serie de refuerzos que dan lugar a los elementos de fijación del útero (ligamento redondo, ligamento uterosacro, ligamento cardinal o de Mackenrodt, ligamento pubovesicouterino, ligamento ancho y el ligamento uteroovárico). La capa media o miometrio (muscular) es la más gruesa y resistente, formada por fibras musculares lisas dispuestas en capas entrelazadas y mezcladas con tejido elástico constituido por fibras circulares, longitudinales y arciformes.

La interna o endometrio, es la capa que reviste la cavidad uterina, que sufre cambios cíclicos por efecto hormonal y que al desprenderse da lugar a la menstruación. Formada por un epitelio columnar que contiene gran cantidad de glándulas y vasos sanguíneos de dos tipos: arterias rectas y arterias en espiral.^{1 2 3}

¿Qué es el cáncer?

Entendemos por neoplasia la neoformación histica resultante de la proliferación exagerada de elementos celulares de un tejido organizado, con tendencia a persistir y a crecer de forma ilimitada. En sentido estricto, el término de cáncer se refiere a las neoplasias de carácter epitelial.⁴

El cáncer se inicia en una célula del organismo (célula cancerosa), la cual se va replicando progresivamente en forma silente (durante meses, años..), y no es hasta que alcanza un tamaño de 1 cm, equivalente a mil millones de células neoplásicas, cuando se puede diagnosticar por clínica. En muchas ocasiones cuando se diagnostica ya existe diseminación a diferentes regiones del cuerpo (metástasis).

La carcinogénesis es un proceso multifactorial. En dicho evento intervienen diversos factores, tal como la susceptibilidad genética individual (factor endógeno) y agentes ambientales (factores exógenos).⁵

Aunque no es la causa más frecuente de mortalidad en el ámbito mundial, el cáncer (en general) es muy temido ya que aún no existe un tratamiento eficaz cuando se diagnostica en un estadio avanzado (mayoría ocasiones al ser sintomático).

¹ Scott RJ y cols. *Tratado de Obstetricia y Ginecología de Danforth*, pp. 1-39.

² Bereck JS y cols. *Ginecología de Novak*, pp. 71-122.

³ Pernoll ML y Benson RC. *Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricas*, pp. 67-111.

⁴ Hossfeld DK y cols. *Manual de Oncología Clínica*, pp. 22-33.

El mejor conocimiento de la historia natural del cáncer orienta el desarrollo de nuevas pautas, para prevenir y para tratar los cánceres.

Epidemiología del cáncer cervicouterino

El cáncer representa uno de los mayores problemas de salud pública y la medicina en general, por la gran magnitud tanto en la morbilidad como en la mortalidad de esta enfermedad.

En el ámbito mundial cada año hay más de seis millones de muertes por algún tipo de neoplasia.⁶

México no es la excepción, desde 1990 el cáncer es la segunda causa de mortalidad en la población general, y la primera en mayores de 35 años.⁷

En los últimos años, en México se ha observado una tendencia al aumento de la mortalidad por cáncer cervicouterino, a diferencia de lo reportado en otros países.⁸ En 1997 la tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino fue de 4.8 por 100,000 habitantes de México, con un total de 4,534 defunciones. Por lo que representó la tercera causa de mortalidad del total de neoplasias malignas.⁹ Para el grupo de mujeres con edad entre 25 y 64 años, el cáncer cervicouterino ocupó el primer lugar de defunciones por neoplasias malignas.¹⁰

⁵ Ibidem, p. 292-294.

⁶ Piédrola Gil G. *Medicina Preventiva y Salud Pública*, pp. 851-856.

⁷ Dirección General de estadística e Información de la Secretaría de Salud, México, *Estadística sobre tumores malignos en México*.

⁸ Vargas M y cols. *Magnitud del cáncer cérvico uterino en México*.

⁹ Dirección General de Estadística e Informática de la Secretaría de Salud, *Principales resultados de la estadística sobre mortalidad en México, 1997*.

¹⁰ Cisneros de Cárdenas y cols. *Mortalidad por cáncer de la mujer mexicana*.

Asimismo, en la población derechohabiente de la República Mexicana en 1995 se notificaron 2,034 muertes por cáncer cervicouterino con una tasa de mortalidad de 19 por 100,000 derechohabientes.¹¹

La incidencia del cáncer cervicouterino a nivel mundial varía considerablemente en los países desarrollados (menor del 5%) en relación con los países de América Latina, donde es mayor del 20%.¹² En México sigue ocupando el primer lugar dentro de los tumores malignos.¹³

Factores de riesgo

Aunque la etiología permanece desconocida, existen algunos factores asociados a una mayor probabilidad de desarrollar cáncer cervicouterino, los cuales han sido bien estudiados a nivel mundial.^{14 15}

Inicio de las relaciones sexuales a edad temprana (antes de los 18 años). La zona de transformación del epitelio cervical es la más proliferativa durante la pubertad y la adolescencia, es susceptible a alteraciones que pueden ser inducidas por agentes infecciosos transmitidos sexualmente y por el trauma cervical.

Promiscuidad (dos o más parejas sexuales). Debido a la mayor exposición a enfermedades de transmisión sexual.

Enfermedades de transmisión sexual. Sobre todo el virus del papiloma humano (VPH tipo 16, tipo 18) y el virus del herpes simple tipo 2.

Multiparidad (mayor de 5 embarazos). A consecuencia del traumatismo obstétrico.

Tabaquismo. Por la existencia de sustancias químicas en el tabaco que actúan como oncogenes.

¹¹ Salmerón Castro J y cols, *Panorama epidemiológico de la mortalidad por cáncer en el Instituto Mexicano del Seguro Social: 1991-1995*.

¹² OPS/OMS, *Manual de normas y procedimientos para el control del cáncer del cuello uterino*, p. 5.

¹³ Cisneros de Cárdenas y cols, ob. cit. (10).

¹⁴ OPS/OMS, ob. cit. (12), pp. 3-4.

¹⁵ Berek JS y cols, ob. cit. (2), pp. 71-122.

Se sospecha también del uso prolongado de anticonceptivos orales y la ingesta baja de vitamina A, aunque aún no está del todo documentado.

En algunos estudios realizados en América Latina se ha postulado el bajo nivel educativo como riesgo de padecer cáncer cervicouterino. Sin embargo está en controversia, ya que algunos autores han encontrado dicha asociación estadísticamente significativa, pero otros no.¹⁶

También la clase social baja se ha relacionado con mayor riesgo, debido a la mayor promiscuidad y más cervicovaginitis repetidas. Pero hoy en día, dicho factor se ha quedado como un concepto clásico, ya que tanto tener múltiples parejas sexuales como las enfermedades de transmisión sexual son propias también de otras clases sociales.

La edad no es considerada como tal un factor de riesgo. Se tiene bien conocido que la incidencia de presentación del cáncer cervicouterino es a partir de los 35 años, pero debemos tener en cuenta que, las lesiones intraepiteliales aparecen antes, con una máxima incidencia entre los 25 y 30 años.¹⁷

Historia natural del cáncer cervicouterino

El cáncer cervicouterino es la neoplasia que se origina en la llamada zona de transición, es decir en la unión del epitelio escamoso con el epitelio cilíndrico del endometrio. Dicha unión escamocilíndrica es muy inestable, ya que está sometida continuamente a transgresiones hormonales, inflamatorias y traumáticas.

La historia natural del cáncer cervicouterino es compleja y continua, desde su inicio hasta el momento en que se produce la muerte del portador, se desarrolla en diferentes estadios de

¹⁶ Castañeda Iñiguez M y cols. *Factores de riesgo para cáncer cervicouterino en mujeres de Zacatecas.*

un proceso que dura varios años. En un principio, la lesión es simplemente una zona de displasia (neoplasia cervical intraepitelial o NIC), pérdida de la armonía normal en los procesos de diferenciación sin que existan datos de malignidad, y se clasifican en tres grados según el porcentaje de células afectas. Si esta alteración continúa progresando, las células cada vez se diferencian menos, perdiendo entonces sus características escamosas hasta que todo el espesor del epitelio está constituido por células indiferenciadas, atípicas, de morfología basalioide, es el carcinoma in situ. El paso siguiente es el cáncer invasor, donde existe invasión a tejidos circunscritos.¹⁸

Dicha evolución es continua y progresiva, es decir la afectación tisular va aumentando con el transcurso del tiempo. Así, por medio de diferentes estudios se ha llegado a conocer la evolución desde la displasia leve hasta el carcinoma clínico, y se divide en:

NIC I. Displasia leve, afecta a un tercio basal, la edad media de aparición es a los 21 años, en un 50% evoluciona tardando unos 5 años aproximadamente.

NIC II. Displasia moderada, afecta a dos tercios basales.

NIC III. Grave. Carcinoma in situ. Afecta a más de dos tercios. La edad media en América Latina, son los 35 años y en un 60% avanza a carcinoma invasor, tarda unos 10 años aproximadamente.

Carcinoma microinvasor. Afecta un espesor menor de 5x7mm. La edad media son los 41 años, y en un 100% evoluciona a formas clínicas en dos años.

Carcinoma invasor oculto. Tamaño mayor de 5x7mm, asintomático. Edad promedio los 43 años.

Carcinoma clínico. Independientemente del tamaño, sintomático. Aproximadamente a los 51 años.

Cabe mencionar que no todas las displasias evolucionan hasta carcinoma invasor, existe un porcentaje de éstas que experimentan regresión espontánea sin tratamiento. Pero cuanto más avanzada es la enfermedad, más probablemente progresarán y menos probablemente

¹⁷ OPS/OMS, ob. cit (12), pp. 5-6.

regresarán. La duración total de la enfermedad, desde displasia leve a carcinoma invasivo, puede ser de 10 a 20 años.¹⁹

Histología, diseminación, diagnóstico y tratamiento del cáncer cervicouterino^{20 21}

La mayoría de las neoplasias del cuello uterino son carcinomas epidermoides (85-97%) y el resto son adenocarcinomas, carcinomas indiferenciados y, excepcionalmente, sarcomas.

A medida que la enfermedad avanza se extiende por continuidad, limitándose, en la mayoría de los casos a la pelvis. A través de los linfáticos de los parametrios puede metastaziar a cadenas ganglionares a distancia. No son frecuentes las metástasis hematológicas.

Es importante aclarar que los signos y síntomas del cáncer cervicouterino son inespecíficos y generalmente tardíos, es decir, cuando se presentan es, por lo general, en estadios avanzados. Entre ellos encontramos: sangrado transvaginal (80%), escurrimiento transvaginal fétido (30%), sangrado postcoito (25%), dispareunia, dolor pélvico, pérdida de peso, astenia y adinamia, síntomas rectales (dolor, tenesmo y hemorragia). Las lesiones preinvasivas son asintomáticas.

El diagnóstico se realiza, básicamente, mediante los siguientes estudios: citología cervical con la técnica de Papanicolaou, exploración ginecológica exhaustiva que incluye la inspección vaginal y el tacto rectal, biopsia de la lesión cervical cuando existe infiltración, ulceración o tumoración, colposcopia, ureterocistografía, ultrasonido hepático, rectoscopia, tomografía computerizada, radiografías de tórax.

¹⁸ Lázaro M. JM y cols, *Citología exfoliativa cervicovaginal (Método de Papanicolaou)*.

¹⁹ Berek JS y cols, ob. cit. (2), pp. 447-455.

²⁰ *Ibidem*, pp. 1111-1124.

²¹ Hossfeld DK y cols, ob. cit. (4), pp. 295-299.

El cáncer cervicouterino se clasifica en estadios según la extensión de la neoplasia, se sigue el sistema TNM de la UICC o bien, el propuesto por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO).

Clasificación FIGO:

- Etapa 0 Carcinoma in situ, neoplasia intraepitelial cervical.
- Etapa I Carcinoma limitado al cérvix:
 - Ia carcinoma microinvasor (preclínico, menor de 5x7mm).
 - Ib lesiones que miden más de 5 mm.
- Etapa II Sobrepasa el cuello, pero no afecta la pared pélvica ni el tercio inferior de la vagina:
 - IIa afecta a 2/3 superiores de la vagina.
 - IIb afecta parametrios.
- Etapa III El carcinoma afecta tercio inferior de la vagina, pared torácica o vías urinarias:
 - IIIa no hay extensión hacia la pared pélvica.
 - IIIb extensión hacia la pared pélvica o compresión de vías urinarias (riñón no funcional o hidronefrosis).
- Etapa IV El carcinoma invade la mucosa de la vejiga o el recto y/o se extiende más allá de la pelvis:
 - IVa afecta clínicamente a vejiga o recto.
 - IVb metástasis a distancia.

El tratamiento recomendado en cada paciente depende fundamentalmente de la extensión de la enfermedad. Las dos modalidades del tratamiento primario son resección quirúrgica y radioterapia. Aunque se puede emplear la radioterapia en todas las etapas de la enfermedad, la intervención quirúrgica se limita por sí sola a las pacientes con enfermedad de etapas I y IIa, siendo la histerectomía simple o radical el procedimiento empleado. En los últimos años, la quimioterapia se ha utilizado cada vez más en los estadios avanzados del cáncer de cérvix.

También, a veces se recomienda su uso tras la cirugía o la radioterapia con carácter adyuvante.

El pronóstico depende sobre todo de la extensión de la enfermedad.

Prevención del cáncer cervicouterino

Es increíble que hoy en día, aún el cáncer cervicouterino sea una de las primeras causas de mortalidad en la población femenina, ya que existen medidas de prevención con tratamiento efectivo.

Se establece una clasificación de la prevención según el nivel de actuación en relación al curso natural del cáncer.²²

Prevención primaria. Actúa sobre los factores de riesgo de enfermedad tratando de evitar la aparición de la misma.

Prevención secundaria, sólo se alcanza si el cáncer es diagnosticado en un estadio en el que puede interrumpirse la evolución natural de la enfermedad. Una intervención eficaz pasa por la aplicación de procedimientos para detectar, entre individuos aparentemente sanos, aquellos que presumiblemente presentan un estadio presintomático o están en riesgo de presentar un tumor maligno.

Las enfermedades crónicas, degenerativas o tumorales son la principal causa de muerte o incapacidad y una vez establecidas son poco sensibles a los tratamientos, de aquí la importancia de actuar en los niveles previos.

En relación al cáncer cervicouterino, la prevención primaria se ha considerado ineficaz, debido a que los principales factores de riesgo conocidos son de difícil control y manejo. Sin

²² Piédrola Gil G, ob. cit. (6), pp. 867-877.

embargo, lo anterior no es razón justificada para no fomentar la educación e insistir en dichos factores predisponentes a la población femenina.²³

De acuerdo con la historia natural del cáncer de cérvix en la que encontramos lesiones precancerosas con distinto grado de malignidad, es posible la prevención secundaria al descubrir tempranamente alteraciones citológicas mediante la citología cervical.²⁴ Ésta es el método de elección para la detección oportuna del cáncer del cuello uterino, ya que ésta cumple con lo requisitos necesarios para ser aplicable (simplicidad, seguridad, aceptabilidad, reproductibilidad y validez).

Existen algunas causas de defunción que son consideradas como evitables sanitariamente, entre las cuales se incluyen los accidentes de tráfico, el SIDA, la mortalidad materna, así como los tumores malignos del cérvix y de mama, entre otras. Referente a las neoplasias cervicouterinas son muertes prevenibles ya que, hoy en día, contamos con medidas efectivas de prevención secundaria, diagnóstico precoz y tratamiento, que evita la progresión de la enfermedad hacia estadios intratables e incurables.²⁵ ²⁶ Así mismo, las muertes innecesariamente precoces y evitables, sobre todo en la población femenina, tienen transcendencia con la dinámica familiar, ya que en México la mujer aún es considerada como el pilar fundamental de la familia.

Por tanto, la finalidad del diagnóstico oportuno del cáncer cervicouterino es la disminución de la morbilidad y mortalidad de dicha enfermedad, mediante la detección precoz y el tratamiento en personas asintomáticas.²⁷

²³ OPS/OMS, ob. cit. (12), p. 4.

²⁴ *Ibidem*, p. 7.

²⁵ Hernández Peña P y cols. *Análisis costobeneficio del programa de detección oportuna del cáncer cervicouterino*.

²⁶ Hernández Ávila M y cols. *Evaluación del programa de detección del cáncer del cuello uterino en la Ciudad de México. Un estudio epidemiológico de casos y controles con base poblacional*.

²⁷ OPS/OMS, ob. cit. (12), p. 41.

George N. Papanicolaou (1883-1962) describió un procedimiento de toma citológica consistente en la obtención de exfoliación o rascado suave de células procedentes del endocérvix, exocérvix y vagina. Mediante esta prueba se permitiría determinar la existencia o no de lesiones, llamadas displasias (atipias celulares), que preceden al carcinoma in situ.

Al inicio de la década de los cuarenta el Papanicolaou (citología exfoliativa cervicovaginal o frotis cervicovaginal) es una prueba aceptada para la detección de lesiones precursoras del cáncer invasor del cérvix uterino y es propuesta para practicarse de forma anual a mujeres con vida sexual activa.²⁸

En México desde 1942 se realiza la detección del cáncer cervicouterino, introducido en la “Campaña de lucha contra el cáncer” por la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Posteriormente se introdujo en el Hospital de la Mujer. Más tarde, en 1962 se implantó el Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y dos años después en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).²⁹

Con la introducción de campañas de detección adecuada con la citología cervical, se ha observado una disminución de la incidencia y mortalidad por cáncer de cérvix en países desarrollados (en un período de 20 años, en Estados Unidos hasta un 70%, en los países nórdicos un 60%, entre otros), atribuible a la detección de las lesiones precursoras y preinvasivas, displasias o neoplasias intraepiteliales en las que el diagnóstico oportuno ofrece la posibilidad de tratamiento exitoso.³⁰ De ahí que, en los países desarrollados el cáncer más frecuente es el de pulmón, seguido del cáncer de colon y recto, quedando el cáncer cervicouterino en el décimo lugar. En cambio en los países en vías de desarrollo el cáncer más frecuente sigue siendo el de cérvix.³¹

²⁸ Papanicolaou GN y Traut HF, *The diagnostic value of vaginal smears in carcinoma of the uterus.*

²⁹ Lazcano P y cols, *Cáncer del cuello uterino. Una perspectiva histórica.*

³⁰ Hossfeld DK y cols, ob. cit. (4), pp. 91-93

³¹ Piédrola Gil G. ob. cit. (6), pp. 851-856.

Estas diferencias de incidencia del cáncer cervicouterino son, en buena parte, debido a la poca cobertura del Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino en los países en vías de desarrollo. Así, en México se ha calculado que la cobertura a nivel nacional que tiene dicho programa es del 35%.³² Y en el período de 1991 a 1995 la cobertura en la población derechohabiente era del 25% (para dicho programa).³³ Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para que un programa de detección oportuna tenga impacto, es decir disminuya la morbilidad y mortalidad de la enfermedad, ha de tener una cobertura mínima del 80% de la población.³⁴

En México, diferentes estudios han analizado las áreas que requieren de un cambio para ampliar las metas del Programa de Detección Oportuna del cáncer cervicouterino. Entre ellas constan: citología trianual en mujeres con resultados negativos previos, fortalecimiento del programa de divulgación, elevación de la calidad de las muestras y su interpretación, etcétera.³⁵

Además considerando la diferencia que encontramos en el índice de supervivencia relativo de cinco años para el cáncer cervicouterino según si es diagnosticado en etapa I o en etapa IV, del 97% al 7% respectivamente, el Papanicolaou (citología cervical) tendría que ser una motivación per se.³⁶

Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino

Existen evidencias que apoyan la efectividad de la citología cervical para el diagnóstico precoz del cáncer del cuello uterino, pues es notable la importancia de lesiones precursoras potencialmente detectables.

³² Hernández Ávila y cols. ob. cit. (26).

³³ Romero Cancio J. *Factores en la no utilización de detección oportuna del cáncer cervicouterino en medicina familiar.*

³⁴ OPS/OMS, ob. cit. (12), p. 38.

³⁵ Austoker J. *Screening for cervical cancer: Cancer prevention in primary care*

³⁶ Berek JS y cols. ob. cit. (2), pp. 447-455.

Los programas de detección no son universales, varían de un país a otro en función de las condiciones de riesgo y de los recursos.³⁷

Extrayendo algunos elementos comunes de las informaciones provenientes de diversas fuentes (Canadian Task Force on Screening, American Cancer Society, Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Cervicouterino), puede formularse, referente a la **periodicidad** de realización de las citologías las siguientes recomendaciones:

Primera citología a toda mujer con vida sexual activa o mayor de 18 años, si el resultado es negativo se repetirá un año después, si esta también es negativa se repetirá cada tres años. En la mujer de más de 65 años, que no se haya realizado citología previa en los últimos cinco años, es recomendable realizar dos consecutivas, con un año de intervalo entre ellas y, si ambas son normales, no debe someterse a nuevas citologías. Aunque algunas fuentes defienden que no existe una edad límite para la prueba de Papanicolaou.

La citología debe acompañarse de la visión del cuello uterino, y sólo puede considerarse un diagnóstico de sospecha, que requerirá biopsia posterior para confirmar la malignidad.

La **técnica de la citología cervical** comienza con la recogida de material cervicovaginal, que se realiza por el método de la triple toma de Weid, y es muy importante que ésta sea correcta. Una muestra adecuada requiere de visión directa del cuello uterino a través de un espéculo vaginal, no haber empleado medicamentos intravaginales 24 horas antes de la toma y remover con algodón húmedo moco, exudado o sangre del cuello (en los casos que exista). Idealmente, el frotis debe incluir tanto de endocérvix como de exocérvix. El

³⁷ OPS/OMS, ob. cit. (12), pp. 10-11, 20, 33-34.

dispositivo empleado con mayor amplitud para obtención de muestras es un hisopo con punta de algodón humedecida con solución salina.

Primero colocar el cepillo endocervical o hisopo con punta de algodón en el interior del endocérvix, y girarlo con firmeza contra las paredes del conducto. Retirar el hisopo y colocar la muestra en una laminilla portaobjetos. A continuación colocar la espátula contra el cuello uterino con la protusión más larga en el conducto cervical. Girar la espátula en el sentido de las manecillas del reloj 360° con firmeza contra el cuello uterino y colocar inmediatamente la muestra de la espátula en la laminilla portaobjetos haciendo girar a este instrumento contra la laminilla en el sentido de las manecillas del reloj. Después fijar de inmediato el material extendido en la laminilla con una nebulización fijadora aplicada a una distancia de 23 a 30 cm. de la laminilla, o colocando esta última en fijador de etanol al 95%.

El frotis debe de tener el espesor suficiente para no ser transparente. Son cuatro los factores principales que producen error en la muestra: recolección inapropiada, transferencia deficiente desde el dispositivo de recolección hacia la laminilla, secado al aire y contaminación con lubricante.³⁸

Existen diferentes **clasificaciones** para expresar el resultado final de la muestra de citología cervical. La clásica es la denominada de *Papanicolaou*, representada por números del I al V, también existe el *sistema descriptivo* (displasia) y el *NIC*. Pero la clasificación más aceptada internacionalmente es el *sistema Bethesda*, recomendada en 1989 por el Instituto Americano del Cáncer (NCI) (Bethesda, Maryland, EE.UU.) que tiene en cuenta tres elementos: calidad de la muestra, características del contenido celular y el diagnóstico descriptivo. El siguiente cuadro muestra una comparación de las relaciones entre las diversas clasificaciones:³⁹

³⁸ OPS/OMS, ob. cit. (12), pp. 12-15.

³⁹ Berceck JS y cols. ob. cit. (2), pp. 453-454.

<i>Sistema Bethesda</i>	<i>Sistema Displasia y NIC</i>	<i>Sistema Papanicolaou</i>
Dentro de límites normales	Normal	I
Infección	Atipia inflamatoria	II
Cambios reactivos y de Reparación		
Anomalías de células		
Escamosas		
Células escamosas atípicas	Atipia escamosa	} ————— III
Importancia no determinada	Atipia por VPH	
Lesión intraepitelial Escamosa de grado bajo (LIEGB)	Displasia leve	NIC 1
Lesión intraepitelial Escamosa de grado elevado (LIEGE)	Displasia moderada	NIC 2
	Displasia grave	NIC 3
	Carcinoma in situ	IV
Carcinoma células escamosas	Carcinoma células escamosas	V

La **conducta a seguir** de acuerdo a los resultados de la citología es la siguiente:

1. Muestras inadecuadas para el diagnóstico, se debe repetir la toma.
2. Negativo a cáncer, si es la primera vez entonces cita en un año, pero si es subsecuente cita en 3 años.
3. Negativo con proceso inflamatorio, dar tratamiento médico específico para el germen. Cita en 10 días para valoración. Si no hay respuesta satisfactoria, frotis o cultivo de secreción y cita en 2 semanas después de tratamiento.

4. Citología anormal (displasia, NIC, carcinoma in situ, invasivo, o virus papiloma humano) envío a clínica de displasia.

La influencia de la escolaridad en la toma de decisiones saludables

“La forma en que la gente se comporta, el tipo de alimentos que ingiere, sus hábitos de ejercicio, el cuidado que tiene de sus dientes, los cigarrillos y el alcohol que consume influyen en un modo decisivo en su estado de salud.”⁴⁰ De este modo, la falta de información sobre las condiciones perjudiciales para la gente es un obstáculo para que los individuos adopten comportamientos saludables o se impliquen en acciones beneficiosas para ellos.

El proceso de **búsqueda de la salud** es complejo y depende de multitud de factores individuales, sociales y de los propios servicios sanitarios, así como igualmente está afectado, lógicamente, por la evolución en el concepto de salud.⁴¹

La **necesidad de salud** aparece para el individuo cuando reconoce un nivel de salud no satisfactorio para lo que él desea o espera. Esta percepción no tiene por qué seguirse de demanda, pues existen condicionantes que pueden condicionar o anular dicha necesidad (creencias, culturas, autocuidados, paramedicina, etcétera).

Así pues, existen diversos elementos que intervienen en la utilización de servicios de salud, fundamentalmente son los siguientes: el *individuo* (en relación a la autopercepción del estado de salud), la *familia* (refiriéndose a los aspectos biomédicos, a la cultura familiar del proceso salud-enfermedad y a las características de las familias), el *médico* (haciendo hincapié en la relación médico paciente), y en la *organización del servicio* (en relación a la accesibilidad, aceptación y disponibilidad). De todos ellos, es la propia percepción del individuo la más influyente en su decisión de contactar con el médico y seguir sus

⁴⁰ Costa Miguel y López Ernesto, *Salud Comunitaria*. p. 139.

⁴¹ Taylor BR. *Medicina de Familia. Principios y práctica*. pp. 3-21.

indicaciones. Por lo que, el conocimiento que la educación aporta es básico para la decisión de utilizar los servicios de asistencia sanitaria y el cumplimiento de las recomendaciones médicas prescritas, incluso cuando éstas entran en conflicto con las creencias tradicionales.⁴²

Datos epidemiológicos han reflejado que la utilización de servicios preventivos se relaciona, fundamentalmente, con el nivel socioeconómico más alto; por el contrario, las clases sociales más bajas, así como otros factores étnicos y de edad (niños y ancianos) están más en consonancia con una mayor utilización de servicios curativos. Por lo que tendríamos que esperar, en este estudio, que las mujeres con menor escolaridad acudieran con menor frecuencia a la Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino.

Se han realizado algunos estudios para determinar los factores que pueden modificar la probabilidad de utilizar de forma adecuada el Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino. Entre ellos constan: las características propias de la mujer y las características de los servicios de salud. Entre los primeros se han considerado la edad, el nivel de escolaridad, el estrato socioeconómico, conocimiento sobre beneficios de la prueba, entre otros. En cuanto a las características de los servicios de salud se encuentra la ubicación geográfica, tiempo de espera para consulta, costo de transporte y actitud del personal que recibe a los pacientes.^{43 44}

⁴² Behm Rosas H. *Las desigualdades sociales ante la muerte en América Latina*. pp. 18-19.

⁴³ Romero Cancio J, ob. cit. (33).

⁴⁴ Kartz and Hofer. *Socioeconomic disparities in preventive care*.

OBJETIVOS

GENERAL

- Demostrar que el nivel de escolaridad de las mujeres influye en participar en el Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino.

ESPECÍFICOS

- Describir la relación entre el nivel de estudios básicos y la participación en el Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino.
- Describir la relación entre el nivel de estudios medio superior y superior y la participación en el Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino.

HIPÓTESIS

Hipótesis Nula (H₀): La participación en el Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino es independiente del nivel de escolaridad.

Hipótesis Alternativa (H_A): La participación en el Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino depende del nivel de escolaridad.

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de estudio

Estudio analítico, se estudian uno o más grupos de individuos con el propósito de inferir acerca de la asociación entre dos o más variables.

Observacional, los registros observacionales se hacen sobre conductas humanas o características del individuo, acontecimientos u objetos.

Histórico, ya que comienza con la manifestación de la variable dependiente en el presente y después vincula este efecto con la supuesta causa que surgió en el pasado.

Transversal, porque el estudio está basado en observaciones de grupo de edades o desarrollo de diferente en un punto cronológico particular, con el fin de deducir tendencias cronológicas.

Universo de trabajo

Todas las mujeres de edades comprendidas entre los 25 y 44 años que acuden a consulta externa de medicina familiar en el HGZ-UMF N. 8, San Ángel, de la Ciudad de México, del Instituto Mexicano del Seguro Social, durante el periodo de Octubre de 2000 a Diciembre de 2000.

Criterios de inclusión

- Mujeres.
- De 25 a 44 años de edad.
- Haber mantenido relaciones sexuales.
- Derechohabientes que acuden a consulta externa de medicina familiar en el HGZ-UMF N. 8, San Ángel, de la Ciudad de México, del Instituto Mexicano del Seguro Social, durante el periodo de Octubre de 2000 a Diciembre de 2000.
- Aceptan participar voluntariamente en la investigación.

Criterios de no inclusión

- Hombres.
- Menores de 25 años de edad.
- Mayores de 44 años de edad.
- Aquellos que por problemas mentales y/o psicomotores no puedan contestar
- Derechohabientes que acuden a la consulta externa de medicina familiar del HGZ-UMF N. 8, San Ángel, de la Ciudad de México, del Instituto Mexicano del Seguro Social, antes del 1 de Octubre de 2000.
- Derechohabientes que acuden a la consulta externa de medicina familiar del HGZ-UMF N. 8, San Ángel, de la Ciudad de México, del Instituto Mexicano del Seguro Social, después del 31 de Diciembre de 2000.

Criterios de exclusión

- Antecedente de diagnóstico de displasia cervical, infección por virus del Papiloma Humano y/o cáncer cervicouterino.
- Antecedente de algún familiar con cáncer cervicouterino.
- No aceptan ser encuestadas.

Procedimiento para obtener la muestra

La muestra se obtuvo a través de un procedimiento de muestreo no probabilístico. Se realizó un muestreo de casos consecutivos, es decir eligiendo a cada una de las personas que cumplía con los criterios de selección durante el período que duró la investigación y hasta alcanzar el número de personas requeridas.

Determinación estadística del tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra para el presente estudio se determinó según la fórmula estadística para una población menor de 10,000 personas, resultando 259.6, por lo que se tomó una muestra de 260 mujeres.

Definición de las variables

VARIABLE DE ESTUDIO	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN
DEPENDIENTE		
Participación del Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino	En el último año previo a la encuesta, la mujer se hubiese practicado la citología cervical al menos una vez.	Catagórica nominal: si, no.
INDEPENDIENTE		
Nivel de escolaridad	Último grado escolar que esté cursando o haya terminado.	Catagórica ordinal: analfabeta, primaria, secundaria, nivel medio superior, nivel superior.
UNIVERSALES		
Edad	Años cumplidos al momento de la encuesta.	Númerica discontinua.
Estado Civil	Tipo de unión civil.	Catagórica ordinal: soltera, unión libre, casada, divorciada o separada, viuda.
Ocupación	Tipo de actividad a la que se dedica la mayor parte del tiempo.	Catagórica ordinal: hogar, fuera hogar, estudiante.
INTERCURRENTES		
Conocimiento sobre citología cervical (Papanicolaou)	Conocimiento sobre los beneficios y utilización del Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino.	Catagórica nominal: si (puntaje 4-7) no (puntaje mayor de 7).
Edad inicio relaciones sexuales	Años cumplidos cuando tuvo la primera relación sexual.	Númerica discontinua.
Número de parejas sexuales	Número de compañeros sexuales hasta la fecha.	Númerica discontinua.
Embarazos	Número de gestaciones.	Númerica discontinua.
Partos	Número de partos por vía vaginal	Númerica discontinua.
Cesáreas	Número de partos por vía abdominal.	Númerica discontinua.
Abortos	Número de gestaciones que no han sobrepasado las 28 semanas.	Númerica discontinua.
Uso de anticonceptivos orales	Ingesta de fármaco hormonal como método de planificación familiar.	Catagórica nominal: si, no.

Sistema de captación de la información

Se capturó la información por medio de un cuestionario, previamente diseñado y probado, (ver anexo A). En la elaboración de este cuestionario se incluyeron preguntas que miden todas las variables en estudio.

Análisis estadístico

Los datos se recabaron en una hoja previamente preparada para recolección de datos. La estadística descriptiva se realizó por medio de frecuencia y porcentaje, medidas de tendencia central de acuerdo al nivel de medición de las variables.

Como prueba de hipótesis se calculó el chi cuadrado, con su respectivo intervalo de confianza, con una significancia de 0.10 bimarginal.

Ámbito geográfico

La sala de espera de los consultorios de medicina familiar del turno matutino y vespertino del Hospital General de Zona N.º 8, San Ángel, en México D. F., del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Dirección: Río Magdalena, 289
Colonia San Ángel, Tizapan
Delegación Álvaro Obregón
01000 México, D. F.
Tel. 55.50.64.22

Recursos humanos

El investigador responsable aplicó los cuestionarios y realizó la recolección de la información.

Aspectos éticos

El estudio fue autorizado por el Comité de Investigación del Hospital General de Zona N. 8, San Ángel, de la Ciudad de México, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Las derechohabientes que participaron en el estudio consintieron participar de forma voluntaria.

En ningún momento se violaron las siguientes consideraciones éticas:

- Declaración de Helsinki.
- Consideraciones éticas de las normas e instructivos institucionales en materia de investigación científica.

RESULTADOS

Ninguna de las mujeres seleccionadas se rehusó a ser entrevistada o solicitó interrumpir la entrevista.

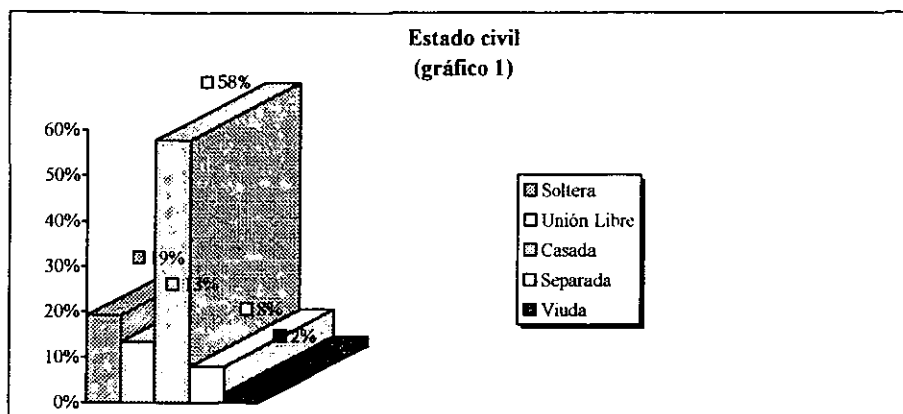
En primer lugar describiré el comportamiento de cada una de las variables que han intervenido en este estudio para mostrar el perfil de población estudiada.

El primer hallazgo significativo se refiere a la distribución de la muestra según la edad (tabla 1). Las derechohabientes encuestadas fueron jóvenes, con una mediana de 27 años.

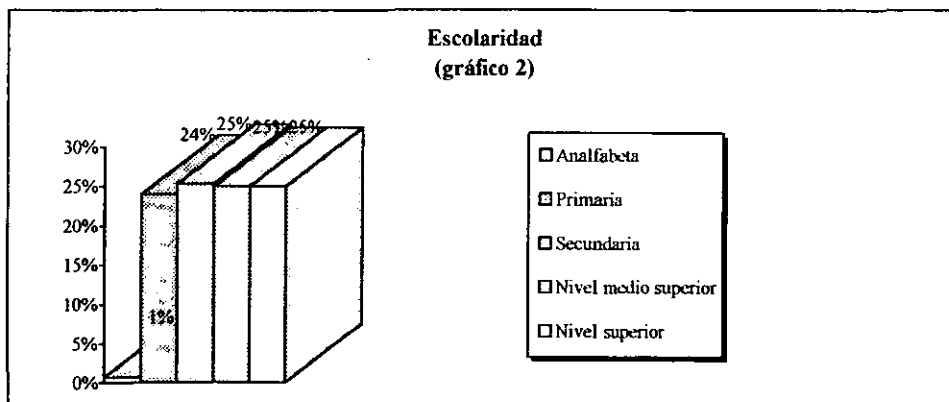
Distribución de la edad
(tabla 1)

Edad	Frecuencia	Porcentaje
25-29	103	40%
30-34	53	20%
35-39	36	14%
40-44	68	26%

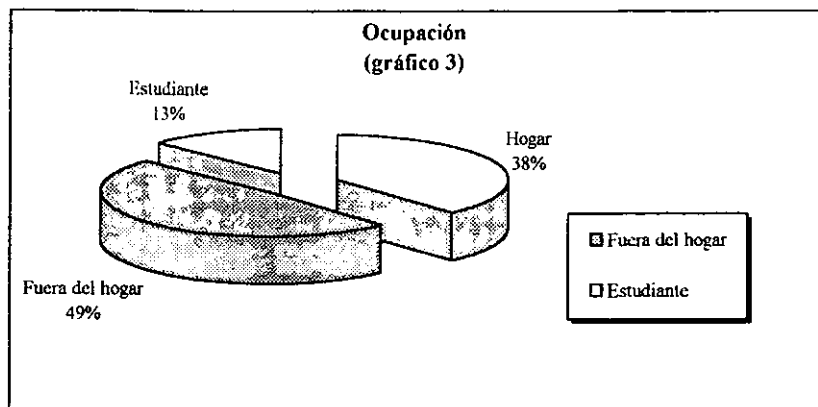
Respecto al estado civil se pone de manifiesto que el 58% son casadas, siguiendo un 19% de solteras (gráfico 1).



Referente a la escolaridad de las mujeres entrevistadas se observó que presentaban una distribución semejante, casi 25% primaria, 25% secundaria, 25% nivel medio superior y 25% nivel superior (gráfico 2). Más adelante observaremos la distribución de esta variable dependiendo si participan o no en el Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino.



En el gráfico 3 se destaca que el 49% de las mujeres trabaja fuera del hogar.



En cuanto a la salud reproductiva, la edad de inicio a la vida sexual presentó una media de 19 años, con un intervalo de 13 a 38 años. El 52% se había embarazado en una o dos ocasiones, el 32% tres o más veces y el resto no se había embarazado nunca. De ellas, el 25% no había tenido ningún parto vaginal y el 52% entre uno y dos partos. El 19% dijo haber tenido algún aborto y el 36% entre una y tres cesáreas. El 67% no había ingerido anticonceptivos orales (tabla 2).

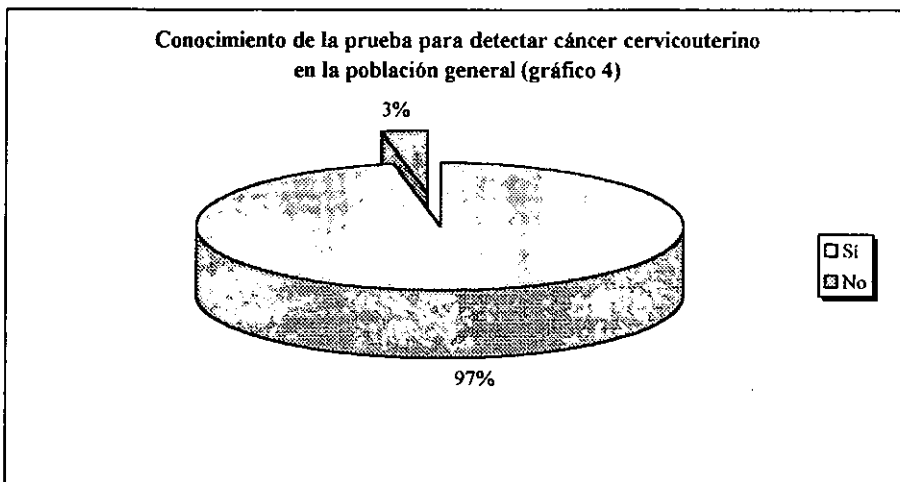
Salud Reproductiva
(Tabla 2)

	Frecuencia	Porcentaje
Inicio vida sexual		
Media	19.9 años (13-38)	
Embarazos		
0	42	16%
1-2	135	52%
Más de 2	83	32%
Partos		
0	55	25%
1-2	113	52%
Más de 2	50	23%
Cesáreas		
0	139	64%
1	54	25%
Más de 1	25	11%
Abortos		
0	176	81%
1 o más	42	19%
Anticonceptivos orales		
Sí	86	33%
No	174	67%

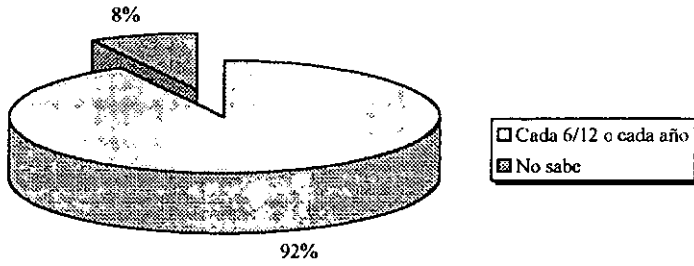
El número de compañeros sexuales no se tomó en consideración en este estudio, para evitar el sesgo de información, ya que en México el número de parejas sexuales es un tema tabú (donde la monogamia entre las mujeres suele ser la regla).

En cuanto al conocimiento que tiene el total de la población entrevistada sobre el Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino, el 97% expresó conocer la prueba para detectar cáncer cervical (gráfico 4). El 92% conocía acerca de la periodicidad adecuada de dicha prueba (gráfico 5). El 54% refirió como indicación de realizar el Papanicolaou por primera vez el tener relaciones sexuales, el 15% a partir de los 18 años y el resto no conocía (gráfico 6). El 49% no sabía hasta cuando se debía realizar la citología, el 38% refirió que toda la vida y el 5% hasta tener 65 años con dos citologías previas normales (gráfico 7).

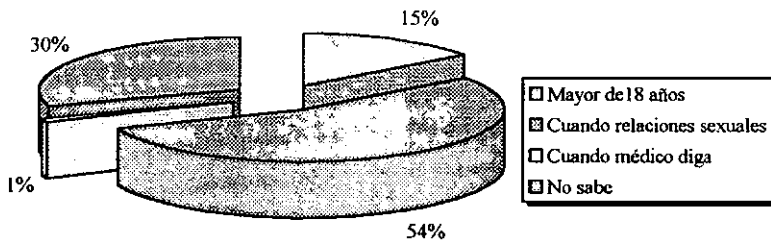
Conocimiento acerca del Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino

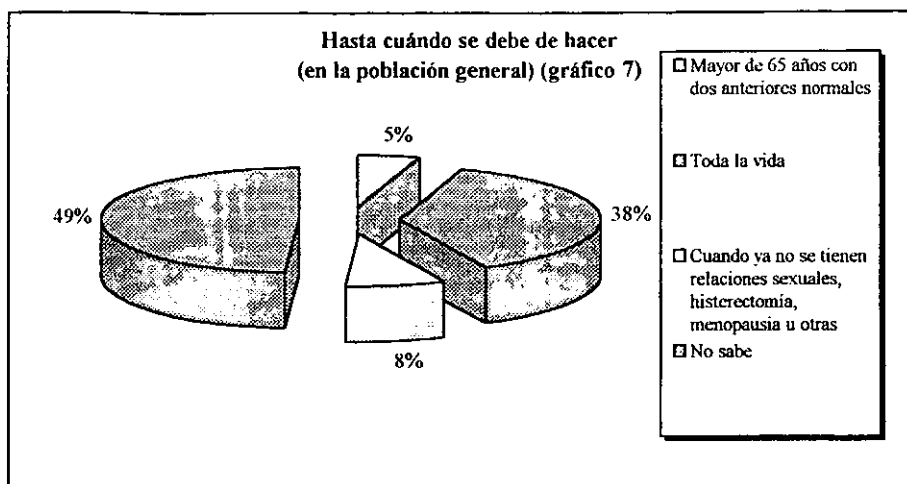


**Cada cuánto debe realizarse el Papanicolaou
(en la población general) (gráfico 5)**

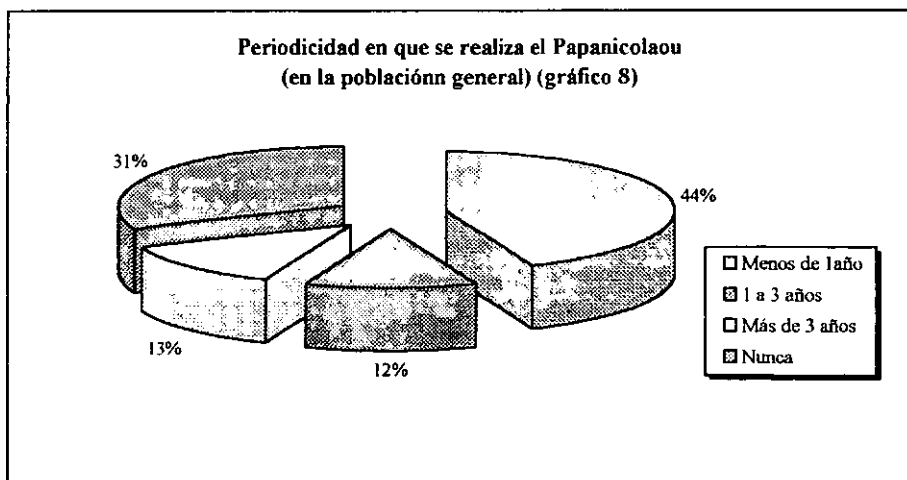


**Cuándo se debe realizar por primera vez
(en la población general) (gráfico 6)**



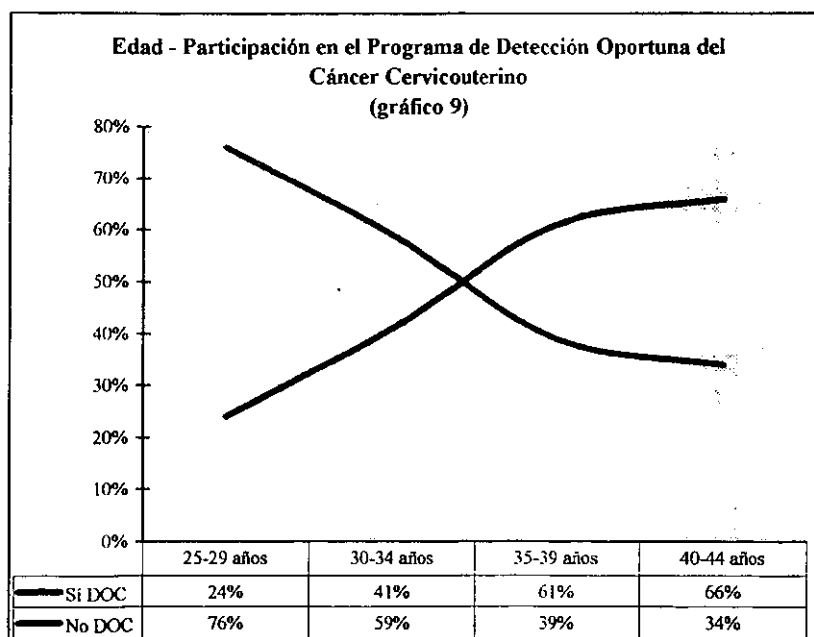


El 44% de las mujeres se han hecho el Papanicolaou hace menos de 1 año, el 12% entre 1 y 3 años, el 13% más de 3 años y el resto nunca se lo han hecho (gráfico 8).

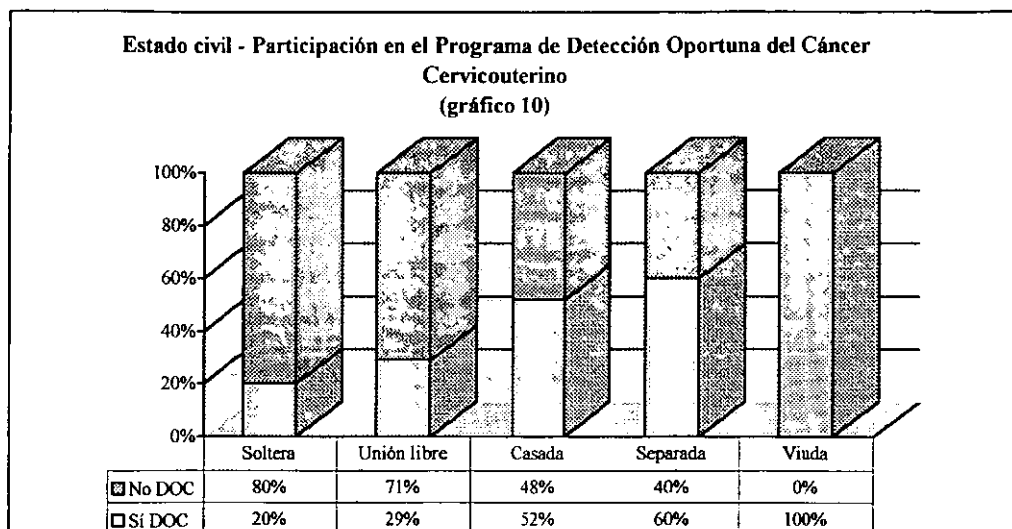


Una vez revisados los datos arrojados por cada una de las variables que se han analizado en esta investigación analizaré la información obtenida de la correlación de variables, el cruce de variables entre ellas. Como no todas nos dan información relevante, sólo graficaré aquellas variables que cruzadas entre sí dan resultados significativos.

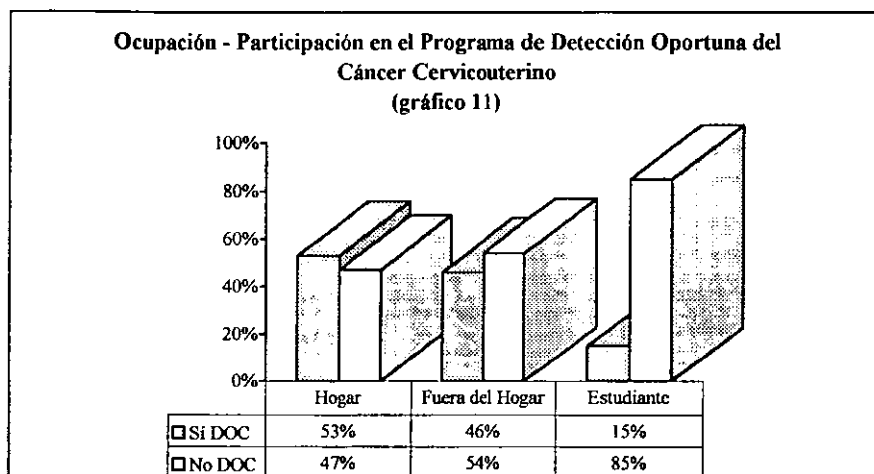
Respecto a la edad, el 75% de las mujeres que están en el rango de edad de 25 a 29 años no participa en el Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino, en cambio el 66% que están en el rango de edad de 40 a 44 años si participan en dicho programa (gráfico 9).



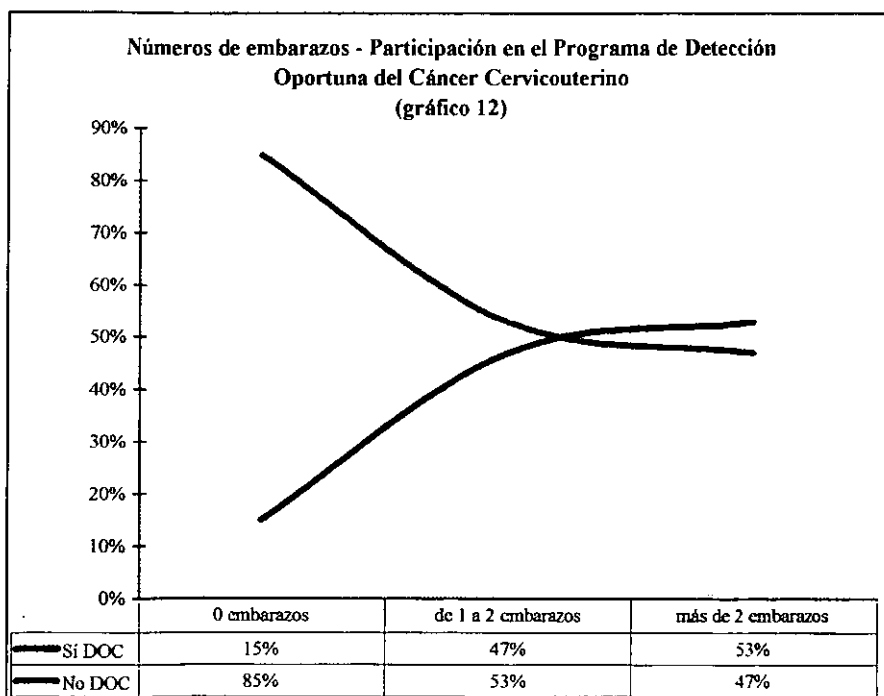
De las mujeres solteras el 80% no participan en el Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino, así como las que están en unión libre (71%); a diferencia de las separadas, donde el 60% participan de dicho programa (gráfico 10).



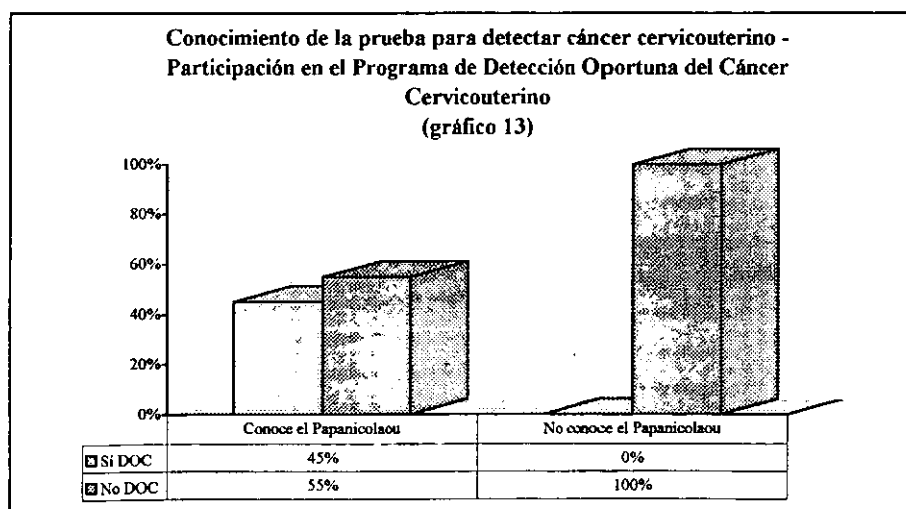
Referente a la ocupación, el 85% de las mujeres estudiantes no participan en el Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino (gráfico 11).



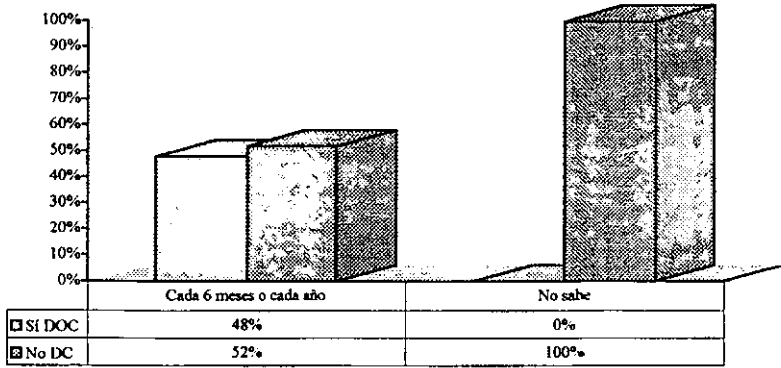
Respecto al número de embarazos, observamos que a mayor número de éstos existe una mayor participación en el Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino. Vemos en el gráfico 12 que el 85% de mujeres que nunca se han embarazado no participan de dicho programa, mientras que un 53% que han tenido más de 2 embarazos si participan.



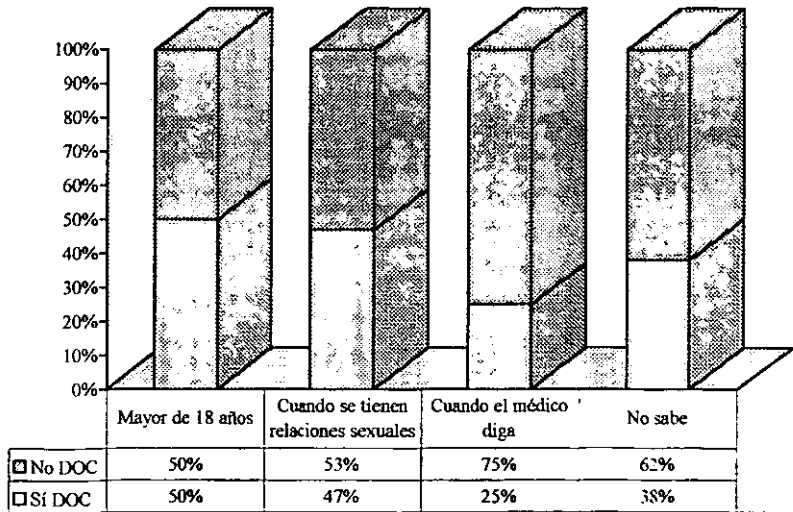
Referente al conocimiento acerca del Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino se reflejan los siguientes datos: el 55% de las mujeres que refieren conocer la prueba para detectar cáncer cervicouterino (Papanicolaou) no participan en el Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino (gráfica 13). Al preguntar sobre la periodicidad de dicha prueba, el 52% de las mujeres que dicen que debe realizarse cada 6 meses o bien cada año no participan en el Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino (gráfico 14). El 50% de las mujeres que refieren que debe realizarse por primera vez a toda mujer mayor de 18 años no participan, mientras que el 38% de las que refiere no saber cuando debe hacerse por primera ocasión participan en dicho programa (gráfico 15). El 92% de las mujeres que contestaron que debe realizarse el Papanicolaou hasta los 65 años si se tienen dos exámenes previos normales, no participan en el Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino, en cambio el 37% que refería no saber acerca de la pregunta si participan del programa (gráfico 16).



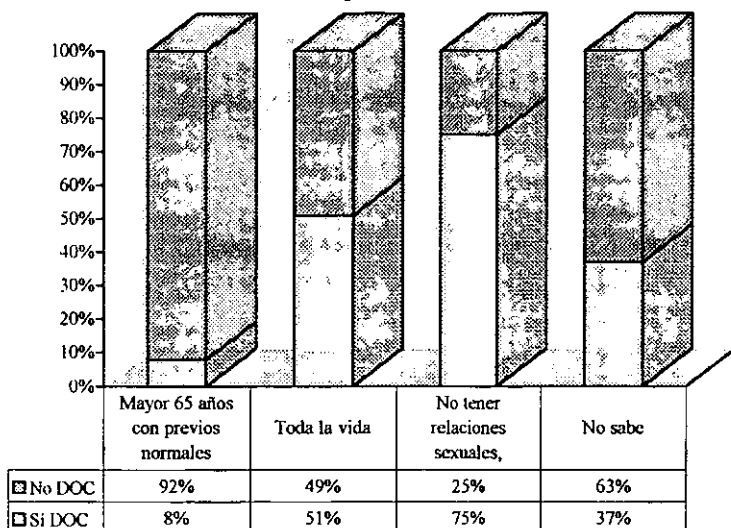
Cada cuánto debe realizarse el Papanicolaou - Participación en el Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino (gráfico 14)



Cuándo se debe de realizar por primera vez - Participación en el Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino (gráfico 15)

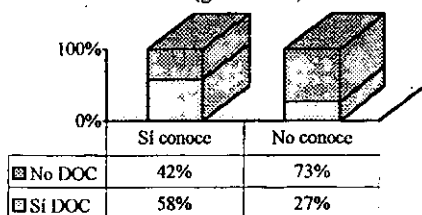


Hasta cuándo debe hacerse - Participación en el Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino (gráfico 16)

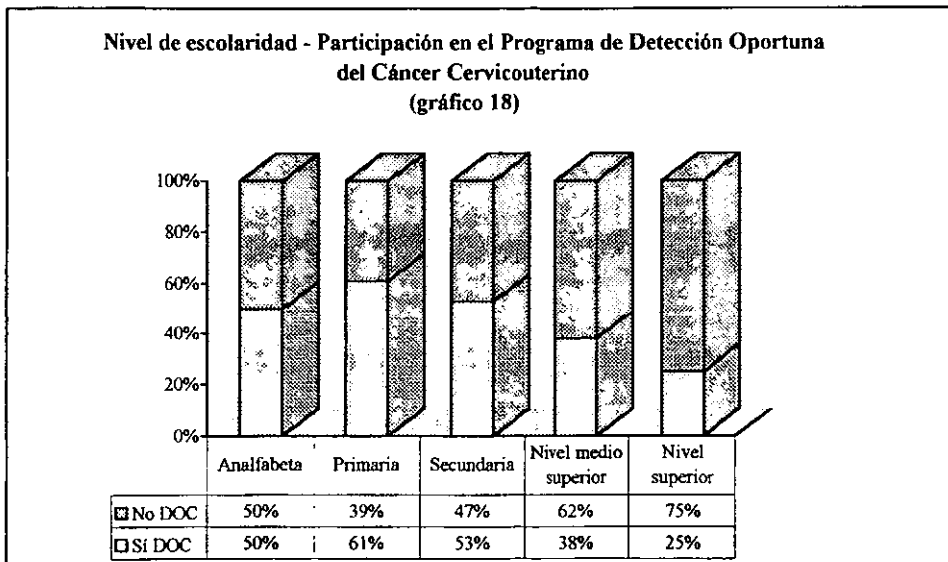


Al utilizar el indicador de conocimiento y conducta de participar de forma adecuada en el Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino, el 58% de las que tienen conocimiento del programa participó de dicho programa y el 73% de las mujeres que no conocen sobre dicho programa no participa de éste (gráfico 17).

Conocimiento del Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino - Participación en el Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino (gráfico 17)



Llegamos finalmente a correlacionar la variable independiente y la variable dependiente. Encontramos que del total de mujeres con educación primaria el 61% participa en el Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino, del total con nivel medio superior el 62% no participa de dicho programa y del total con estudios superiores el 75% tampoco participa del programa (gráfico 18).



Para valorar si existe asociación entre participación en el Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino y el nivel de escolaridad se calculó la chi cuadrada, dando como resultado 16.86, por lo que se rechaza la hipótesis nula (ya que el valor calculado es superior al tabulado para una $p < 0.001$ y un grado de libertad de 1).

DISCUSIÓN

A pesar que contamos con un programa de prevención y diagnóstico precoz de lesiones precursoras del cáncer cervicouterino, accesible a todas las derechohabientes, no se alcanza la cobertura que se recomienda a nivel mundial.⁴⁵ En la población encuestada fue del 44%, proporción muy baja en comparación con otros estudios realizados en la Ciudad de México.⁴⁶

En cuanto a la edad, a mayor edad mayor participación en el Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino. Esta afirmación queda clara al analizar el gráfico 9, donde la población que tiene el porcentaje más elevado en la participación en el Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino (66%) es el que tiene el rango de edad de 40 a 44 años. El porcentaje más bajo en la participación de dicho programa (24%) recae en la población de entre 25 y 29 años, como lo muestran estudios diversos.⁴⁷

En un estudio realizado en 1997⁴⁸ no se encontró relación con el estado civil, mientras que en el presente estudio más de la mitad de las mujeres solteras y que están en unión libre no participan en el Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino; dicho dato también se reflejó en un estudio hecho en Florida⁴⁹. En cambio entre las mujeres casadas no se encontró diferencias.

Con relación a la ocupación, no se encontró que influyera en la participación en el Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino el trabajar en el hogar o bien fuera del mismo, aunque si hubo diferencias con relación a las mujeres estudiantes, las cuales la mayoría (85%) no participaban del programa.

⁴⁵ OPS/OMS, ob. cit. (12).

⁴⁶ Lazcano Ponce EC y cols. *Programa de Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino en México. I Diagnóstico situacional.*

⁴⁷ Romero Cancio J. ob. cit. (33).

⁴⁸ Ibidem.

⁴⁹ Ferrante JM y cols. *Clinical and demographic predictors of late-stage cervical cancer.*

El número de embarazos presentó una relación directa en la participación en el Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino (gráfico 12).

Resultan congruentes los resultados del presente trabajo en relación con el conocimiento acerca de la prueba del Papanicolaou, ya que la totalidad de entrevistadas que refirieron no conocer sobre la prueba no participan en el programa, así como aquellas que dijeron no conocer la periodicidad con que se debe realizar la citología cervical. No afectó en la participación o no en el Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino el conocer o no cuándo debe de realizarse por primera vez, como el saber hasta cuando debe de hacerse el Papanicolaou. Por otro lado, sólo la mitad de las mujeres que refieren conocer la prueba participan del programa. Pero quién no está de acuerdo en que lo que la gente sabe sobre lo bueno para su salud es lo que muchas veces no pone en practica. ¿Cuántas personas obesas conocen los efectos perjudiciales para su salud, e incluso para su estética, del exceso de comer y de la falta de ejercicio y sin embargo persisten en una vida sedentaria y en seguir dietas alimenticias poco adecuadas?

La participación en el Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino resultó ser dependiente del nivel de escolaridad (al rechazarse la hipótesis nula). Las mujeres con estudios de nivel medio superior y superior participan menos en el Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino que las mujeres con estudios de primaria. Como también lo confirma Romero, el tener estudios profesionales no se comportó como un factor protector como había de esperarse. Mientras que en otros estudios^{50 51 52} resultó lo opuesto, refiriéndose, en uno de ellos, a una población sin derecho a servicios de seguridad social. Aunque también pudiera estar influido, como se ha demostrado en algunos trabajos⁵³, que las personas poco instruidas muestran mayor predisposición a padecer problemas de salud, y a la vez una peor autovaloración de su estado de salud, por lo que tiene más frecuentemente contacto con el médico de atención primaria, y éste a su vez, insiste más en los programas preventivos con relación a la salud.

⁵⁰ Irigoyen Coria A y cols. *Pobreza y daños a la salud familiar*.

⁵¹ Kartz and Hofer. ob. cit. (44).

⁵² Hsia J y cols. *The importance of health insurance as a determinant of cancer screening: evidence from the Women's Health Initiative*.

⁵³ Martín A y Caro JF. *Manual de atención primaria*. pp. 94-109.

CONCLUSIONES

La cobertura del Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino en la población blanco no es la deseable, ya que ni siquiera alcanzó el 80% de la población estudiada.

Existe asociación entre la participación en el Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino y el nivel de escolaridad. Siendo esta asociación que a mayor nivel de escolaridad menor participación en el Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino, y a menor grado de escolaridad existe mayor participación en dicho programa.

Los factores inherentes a las mujeres derechohabientes adscritas que mostraron influencia en la no participación en el Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino fueron la edad menor de 30 años, el estado civil (solteras y en unión libre), no haber estado embarazadas, y el pobre o nulo conocimiento acerca de la prueba del Papanicolaou y de la periodicidad de éste.

Por lo anterior, podemos preguntarnos ¿qué tipo de conocimiento necesita la gente para ser capaz de tomar decisiones racionales acerca de sus comportamientos relacionados con la salud?

Cabe mencionar que este estudio está realizado a la población derechohabiente de un hospital de segundo nivel que acude a consulta médica, quedando al descubierto un alto porcentaje de población femenina sin servicio médico.

Con todo lo mencionado es prioritario reorganizar el Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino para aumentar la cobertura, no confiar en “supuestos factores protectores” como son el nivel de escolaridad, e insistir a todas las mujeres susceptibles de participación a la realización del estudio citológico.

ANEXO A

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 8 "SAN ANGEL"**

**LA DETECCIÓN OPORTUNA DEL CÁNCER CERVICOUTERINO
Y EL NIVEL DE ESCOLARIDAD**

Este cuestionario es confidencial, por lo que no se utilizará su nombre o alguna señal para identificarlo, solo se ocupará para fines estadísticos. Si usted desea contestarlo sea lo más veraz posible. 1. FOLIO

Nombre: _____

A). ASPECTOS SOCIOCULTURALES

2. Edad: ____ años	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Estado Civil: (1) Soltera (2) Unión Libre (3) Casada (4) Separada o Divorciada (5) Viuda	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Escolaridad: (1) analfabeta (2) primaria (6 años) (3) secundaria (3 años) (4) nivel medio superior (bachillerato, preparatoria, nivel técnico, carrera corta) (3a) (5) nivel superior (universidad) (5-6 años)	4	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Ocupación: (1) Hogar (2) Fuera del hogar (3) Estudiante	5	<input type="text"/>	<input type="text"/>

B) SALUD REPRODUCTIVA

6. ¿A qué edad tuvo las primeras relaciones sexuales? _____	6	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7. ¿Cuántas veces se ha embarazado? _____	7	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8. ¿Cuántos han sido parto normal? _____	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9. ¿Cuántos han sido cesárea? _____	9	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10. ¿Cuántos han sido abortos? _____	10	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11. ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido? _____	11	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12. ¿Toma o ha tomado alguna vez anticonceptivos orales? (1) Sí (2) No	12	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13. ¿Algún familiar de usted ha tenido o tiene cáncer cervicouterino? (1) Sí (2) No		<input type="text"/>	<input type="text"/>

C) CONOCIMIENTO DEL DOC

14. ¿Sabe cuál es la prueba para saber si tiene cáncer en el cérvix? (1) Sí (8) No	14	<input type="text"/>	<input type="text"/>
15. ¿Cada cuándo se debe realizar? (1) cada 6/12 o cada año (2) cada 3 años (3) cuando hay molestias (4) sólo una vez en la vida (5) no sabe	15	<input type="text"/>	<input type="text"/>
16. ¿Cuándo se debe de realizar por primera vez? (1) mayor de 18 años (2) cuando ya se tienen relaciones sexuales (3) cuando el médico lo diga (4) no sabe	16	<input type="text"/>	<input type="text"/>
17. ¿Hasta cuando se debe de hacer? (1) mayor de 65 años con 2 anteriores normales (2) toda la vida (3) cuando ya no tenga relaciones sexuales, histerectomía, menopausia u otras (4) no sabe	17	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TOTAL	18	<input type="text"/>	<input type="text"/>

D) ANTECEDENTES DE DOC

19. ¿Le han hecho un estudio para saber si tiene cáncer en el cérvix? (1) Sí (2) No	19	<input type="text"/>	<input type="text"/>
20. ¿Cuándo fue la última vez que se lo hizo? (1) Un año o menos (2) 1 a 3 años (3) más de 3 años	20	<input type="text"/>	<input type="text"/>
21. ¿Se reportó alguna alteración no infecciosa (excepto VPH)? (1) No (2) Sí		<input type="text"/>	<input type="text"/>

**ESTA TESIS NO PUEDE
SALIR DE LA BIBLIOTECA 40**

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Austoker J. Screening for cervical cancer. *Cancer prevention in primary care. BMJ* 1994; 309: 241-248.
2. Behm Rosas H. Las desigualdades sociales ante la muerte en América Latina. Serie B. n°96. Santiago de Chile: CELADE; 1992. 50 pp.
3. Benítez Bribiesca L y Quiñónez Silva G. El cáncer. ¿Un problema de salud en México?. *Rev Med IMSS (Mex)* 1991; 29(3): 195-214.
4. Berek JS, Hillard PA, Adashi EY. *Ginecología de Novak*. 12ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 1997. 1357 pp.
5. Castañeda Iñiguez MS, Toledo Cisneros R, Aguilera Delgadillo M. Factores de riesgo para cáncer cervicouterino en mujeres de Zacatecas. *Sal Publ de Mex* 1998; 40(4): 330-338.
6. Cisneros de Cárdenas MT, Espinosa Romero R, Pineda Corona BE, González Camaño A. Mortalidad por cáncer de la mujer mexicana. *Sal Publ de Mex* 1987; 29(4): 299-312.
7. Costa Miguel y López Ernesto. *Salud Comunitaria*. Barcelona: Biblioteca de psicología psiquiatría y salud. Serie salud 2000; 1986. 235 pp.
8. Escandón Romero C, Benítez Martínez MG, Navarrete Espinoza J, Vázquez Martínez OG, Martínez Montañés OG, Escobedo de la Peña J. Epidemiología del cáncer cervicouterino en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Sal Pub Mex* 1992; 34(6): 607-614.
9. Ferrate JM, González EC, Roetzheim RG, Pal N, Woodard L. Clinical and demographic predictors of late-stage cervical cancer. *Arch Fam Med* 2000; 9 (5): 439-445.
10. García G. Detección de cáncer del cuello uterino en 74.855 mujeres. *Gac Med Mex* 1970; 100(2): 154-167.
11. Gómez Clavelina FJ, Irigoyen Coria A, Ponce Rosas E y cols. Bases para la investigación en las especialidades médicas. Guías para el seminario de Investigación del PUEM. 1ª ed. México: Editorial Medicina Familiar Mexicana; 1999.

12. Hernández Ávila M, Lazcano Ponce EC, Alonso de Ruiz P, López Carrillo L, Rojas Martínez R. Evaluación del programa de detección oportuna del cáncer del cuello uterino en la Ciudad de México. Un estudio epidemiológico de casos y controles con base poblacional. *Gac Med Mex* 1994; 130: 201-209.
13. Hernández Peña P, Lazcano Ponce EC, Alonso de Ruiz P, Cruz Valdez A, Meneses González F, Hernández Ávila M. Análisis costo beneficio del Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino. *Sal Publ de Mex* 1997; 39(4): 379-389.
14. Hsia J, Kemper E, Kiefe C, Zapka J, Sofaer S, Pettinger M, Bowen D, Limacher M, Lillington L, Mason E. The importance of health insurance as a determinant of cancer screening: evidence from the women's Health Initiative. *Prev Med* 2000; 31(3): 261-270.
15. Hulley Stephen B y Cummings Steven R. *Diseño de la Investigación Clínica*. 1ª ed. Barcelona: Doyma;1993. 264 pp.
16. Instituto Mexicano del Seguro Social. *Atlas epidemiológico del Instituto Mexicano del Seguro Social 1990-1995*.
17. Instituto Mexicano del Seguro Social. Dirección de Prestaciones Médicas. *Metodología de la investigación clínica*. Coordinación de Investigación Médica. 2ª ed. 149 pp.
18. Irigoyen Coria A y cols. Fundamentos Teóricos del índice simplificado de marginación familiar. *Arch Med Fam* 1999; 1(3): 89-95.
19. Irigoyen Coria A y cols. Pobreza y daños a la salud a nivel familiar. *Arch Med Fam* 1999; 1(1): 27-34.
20. Kartz and Hofer. Socioeconomic disparities in preventive care. *JAMA* 1994; 272(7): 530-534.
21. Lázaro M. JM, Muniesa S. JA, Pardo M. A. Citología exfoliativa cervicovaginal (Método de Papanicolaou). *Boletín Oncológico de Polanco de Teruel* 1998; 8(1).
22. Lazcano Ponce ED y Hernández Avila M. Editorial: Cáncer: frecuencia, factores de riesgo y medidas de prevención. *Sal Pub de Mex* 1997; 39(4): 251-252.
23. Lazcano Ponce EC, Nájera AP, Alonso de RP. Programa de Detección Oportuna de Cáncer Cervical en México. I Diagnóstico situacional. *Rev Inst Nal Cancerol (Mex)* 1996; 42(3): 123-140.
24. Lazcano Ponce ED, Alonso de Ruiz P, López Carrillo L y Hernández Ávila M. Cáncer de cuello uterino. Una perspectiva histórica. *Gin Obs Mex* 1994; 62: 40-47.

25. Macías Martínez CG, Kuri Morales P. Resultados del registro histopatológico de neoplasias en México 1995. *Gac Med Mex* 1998; 134(3): 337-342.
26. Martín A, Cano JF. *Manual de atención primaria*. Barcelona: Doyma; 1988. 94-104 pp.
27. Mohar A, Frías Mendivil M, Súchel Bernal, Mora Macías T, G. de la Garza J. Epidemiología descriptiva de cáncer en el Instituto Nacional de Cancerología de México. *Sal Pub de Mex* 1997; 39(4): 253-258.
28. Olvera Rodríguez A, Quiróz Pérez S, Pérez López JCJ, De la Rosa Morales V. Displasia cervical y carcinoma cervicouterino: un reto para los servicio de salud. *Gin Obs Méx* 1998; 66: 232-236.
29. OPS/OMS. *Manual de normas y procedimientos para el control del cáncer del cuello uterino*. Serie PALTEX. OPS/OMS, 1990
30. Papanicolaou GN, Trault HF. The diagnostic value of vaginal smears in carcinoma of the uterus. *Am J Obstet Gynecol* 1941; 42: 193-205
31. Penroll Martin L y Benson Ralph C. *Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricas*. 6ª ed. México: Manual Moderno; 1989. 1190 pp.
32. Piédrola Gil G. *Medicina Preventiva y Salud Pública*. 9ª ed. Barcelona: Masson-Salvat; 1991. 1476 pp.
33. Polit D y Hungler B.. *Investigación Científica en Ciencias de la Salud*. 4ª ed. México: Interamericana; 1994. 701 p.
34. Romero Cancio JA, Guiscafré Gallardo H, Santillana Macedo MA. Factores en la no utilización de detección oportuna del cáncer cervicouterino en medicina familiar. *Rev Med IMSS (Méx)* 1997; 35(3): 227-231
35. Salmerón Castro J, Franco Marina F, Salazar Martínez E, Lazcano Ponce EC. Panorama epidemiológico de la mortalidad por cáncer en el Instituto Mexicano del Seguro Social: 1991-1995. *Sal Pub de Mex* 1997; 39: 266-273.
36. Scott RJ, DiSaia JP, Hammond BC y Spellacy NW. *Tratado de Obstetricia y Ginecología*, de Danforth. 6ª ed. México: McGraw-Hill-Interamericana; 1990. 1296 pp.
37. Secretaría de Salud, Dirección General de Estadística e Informática de la Secretaría de Salud, México. *Estadísticas sobre tumores malignos en México*. *Sal Pub de Mex* 1997; 39(4): 388-394.

38. Secretaría de Salud, Dirección General de Estadística e Informática de la Secretaría de Salud, México. Principales resultados de la estadística sobre mortalidad en México, 1997. *Sal Pub de Mex* 1998; 40(6): 517-521.
39. Secretaría de Salud. Dirección General de Salud Reproductiva. Norma Oficial Mexicana NOM-014a-SSA2-1996, "Para la Prevención, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Cérvico Uterino". Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades. México. 1997. 24 p.
40. Taylor BR. Medicina de Familia. Principios y práctica. 4ª ed. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; 1995. 1072 pp.
41. Vargas M, Palacios E, Kuri P, Méndez R. Magnitud del cáncer cérvico uterino en México. *Gac Med Mex* 1998; 134(3): 365-368.
42. Walsh CB, Kay EW, Leader MB. Histopatología del cáncer cervicouteino. En: *Clínica Obstétricas y Ginecológicas*, vol 3/1995, ed. español. México: Interamericana; 1995.