



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

TESIS

**PREVALENCIA DE PACIENTES QUE CUENTAN CON VIDA
SEXUAL ACTIVA SIN REALIZARSE PAPANICOLAOU EN LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 21**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE POSGRADO EN LA
ESPECIALIDAD DE:**

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. HUGO NOGUERÓN CASTAÑEDA

**MEDICO RESIDENTE DE 3ER AÑO DE LA ESPECIALIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR**

ASESORES CLÍNICOS Y METODOLÓGICOS:

DR. JORGE ALEJANDRO ALCALÁ MOLINA

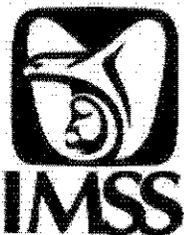
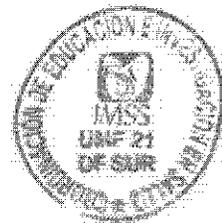
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

**COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN
SALUD UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 21**

DRA. ALYNE MENDO REYGADAS

**MEDICA ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR PROFESORA
ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 21**

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD.MX. JUNIO 2018.





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

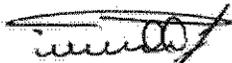
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

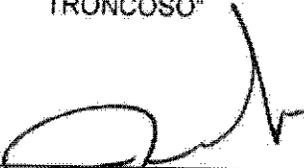
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 4 SUR
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 21 "FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO"
CIUDAD DE MÉXICO
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

**PREVALENCIA DE PACIENTES QUE CUENTAN CON VIDA SEXUAL ACTIVA SIN REALIZARSE
PAPANICOLAOU EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 21**



DRA. GLORIA MARA PIMENTEL REDONDO
DIRECTORA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.21 "FRANCISCO DEL PASO Y
TRONCOSO"



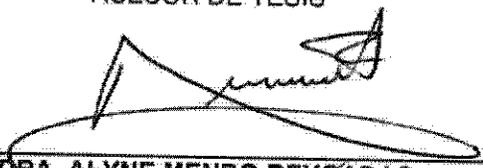
DR. JORGE ALEJANDRO ALCALÁ MOLINA
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR No.21 "FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO"



DRA. ALEJANDRA PALACIOS HERNÁNDEZ
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No.21 "FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO"



DR. JORGE ALEJANDRO ALCALÁ MOLINA
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR No.21 "FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO"
ASESOR DE TESIS



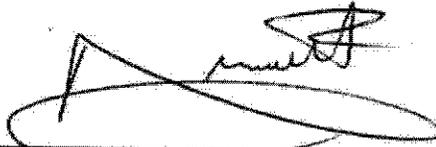
DRA. ALYNE MENDO REVGADAS
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No.21 "FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO"
ASESORA DE TESIS

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.21 "FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO"

ASESORES DE TESIS



DR. JORGE ALEJANDRO ALCALÁ MOLINA
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR No.21 "FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO"



DRA. ALYNÉ MENDO REYGADAS
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No.21 "FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO"

DEDICATORIAS

A mi amada esposa, por ser la que me impulsa a seguir adelante, por darme el aliento y confiar en mí cuando me vencía el cansancio, por ser mi compañera de vida, por compartir y comprender los retos que teníamos que superar para un fin común, por todas tus muestras de cariño y apoyo cuando más las necesitaba.

A Mauricio (Chiquí), gracias por ser un niño tan lindo conmigo, al igual que tu mamá eres mi motor para superar cualquier adversidad, por todos los tiempos que tuvimos que sacrificar y no poder hacer más guerras de almohadas.

A mis padres y suegros por apoyarnos en este camino que decidimos iniciar hace 3 años, por su tiempo sus consejos y amor a mi familia.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por la oportunidad de llegar a cumplir una meta más en la vida.

Gracias Diana por enseñarme día a día que si se quiere se puede, por nunca darte por vencida y alentarme a seguir creciendo juntos, te amo muchísimo, por tu tiempo, tus desvelos, tus consejos, tus regaños, tus críticas constructivas, tu confianza. Gracias por nunca dejarme solo en los momentos más difíciles.

Gracias mamá y papá por enseñarme a luchar por los sueños y metas que se propone, por darme las fuerzas necesarias y consejos para poder ser un buen padre y no dejar de lado las responsabilidades académicas.

Gracias mi Chiqui Mau por todo el amor que me das, por los momentos de desestres que me haces pasar, por la diversión, la complicidad, por tu inocencia, gracias por ser el Hijo más cariñoso de este mundo, sé que eres una gran personita y que cualquier meta que te propongas vas a contar conmigo.

Gracias Maestros (Dra. Ale, Dra. Alyne, Dr. Alcalá) por la formación y enseñanzas que me brindaron a lo largo de este tiempo, por darme un panorama distinto de la Medicina Familiar, por ser la mejor sede donde pude haber cursado la especialidad.

Gracias amigos (Marce, Darío, Teté, Borja, Karen, May, Ortiz) por ser parte ahora de mi familia, por las noches de desvelo, trabajo, estrés, complicidad, risas, tristezas, por el apoyo que me brindaron para lograr concluir este reto juntos.

ÍNDICE

	PÁGINA
1. Resumen	7
2. Antecedentes	8
3. Justificación	26
4. Planteamiento del problema	27
5. Pregunta de Investigación	27
6. Hipótesis del trabajo	27
7. Objetivos	
7.1 Objetivo general	28
7.2 Objetivos específicos	28
8. Variables	29
9. Criterios de Selección	31
10. Tipo y diseño del Estudio	31
11. Material y métodos	32
11.1 Descripción general del estudio	32
11.2 Procedimientos	33
12. Aspectos estadísticos	34
12.1 Muestreo	34
12.2 Tamaño de la muestra	34
12.3 Análisis estadístico	35
13. Aspectos éticos	35
14. Recursos	36
15. Factibilidad	36
16. Difusión	37
17. Trascendencia	37
18. Resultados	38
19. Discusión	54
20. Conclusiones	55
21. Cronograma de actividades	56
22. Referencias bibliográficas	57
23. Anexos	
23.1 Consentimiento informado	62
23.2. Instrumentos de aplicación	63

1. RESUMEN

“PREVALENCIA DE PACIENTES QUE CUENTAN CON VIDA SEXUAL ACTIVA SIN REALIZARSE PAPANICOLAOU EN LA UMF 21”

¹ Dr. Jorge Alejandro Alcalá Molina ² Dra. Alyne Mendo Reygadas ³ Dr. Hugo Noguerrón Castañeda

El cáncer cervicouterino ocupa el segundo lugar de muertes en México; las guías de detección y tratamiento mencionan que el tiempo entre inicio de vida sexual y el primer Papanicolaou debe ser 3 años, se ha demostrado que se eleva hasta 12 años, incrementando el riesgo. Este estudio, trata de conocer la prevalencia de mujeres con vida sexual sin toma del Papanicolaou.

Hipótesis: La prevalencia de mujeres con vida sexual sin realizarse Papanicolaou será al menos del 47.7%

Objetivos: Determinar la prevalencia de pacientes con vida sexual sin realizarse Papanicolaou.

Material y Métodos. Estudio observacional. Incluirá 379 mujeres de 14 a 45 años con vida sexual de abril a junio de 2018, con o sin toma de Papanicolaou. Excluyendo mujeres con histerectomía total, por patologías distintas de CaCu. Aplicando cuestionario sociodemográfico e instrumento basado en guías nacionales.

Plan de análisis estadístico: Análisis de variables, mediante mediana, RIC, porcentajes y frecuencias, χ^2 .

Palabras Clave: Vida sexual activa, Papanicolaou.

¹Médico Cirujano, Especialista en Medicina Familiar, Coordinador clínico de Educación e Investigación en Salud Unidad de Medicina Familiar 21, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

²Médica Cirujana, Especialista en Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar 21, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

³Residente de tercer año de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar 21, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

2. ANTECEDENTES

En el 2013 la Asamblea Mundial de la Salud refiere como prioritarias las intervenciones preventivas y de control de enfermedades no transmisibles dentro de las cuales se encuentra el cáncer cervicouterino. Esto a través de la ejecución de los programas respaldados dentro de la Estrategia Mundial del Secretario General de las Naciones Unidas para la Salud de las Mujeres y los Niños de 2010; reforzadas por las estrategias implementadas en la guía de Control Integral del Cáncer Cervicouterino – Guía de Prácticas esenciales publicada el 03 de diciembre del 2014 como marco de la Cumbre Mundial del Cáncer llevada a cabo en Melbourne Australia.¹

Dentro de esta guía también conocida como el “Libro Rosa” se plasman 5 directrices para la prevención y control de la patología en mención. Dentro de estas estrategias se encuentran:

- Administración de vacuna contra papiloma virus humanos a niñas de entre 9 y 13 años.
- Utilizar pruebas de detección de VPH como método de cribado para su prevención.
- Difundir información de forma más amplia.
- Combatir desigualdades en cuanto al acceso de los servicios de salud en cada país.

De acuerdo al Plan Nacional de desarrollo 2013 – 2018 con respecto a la segunda meta planteada como México Incluyente, donde se hace énfasis a proveer protección social a todos los mexicanos teniendo en cuenta el artículo cuarto constitucional y teniendo como estrategias el asegurar el acceso a los servicios de salud con la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal, el cual garantizara el acceso y calidad de servicios de salud sin importar la condición laboral de la población, y con ello realizar acciones de protección y prevención como eje prioritario para mejoramiento de la salud nacional, teniendo entre sus objetivos el control de infecciones de transmisión sexual, promover la salud sexual y reproductiva satisfactoria y responsable, el fortalecimiento de programas de detección oportuna de cáncer de mama, cervicouterino y de próstata.²

Nos encontramos ante una variabilidad demográfica y transición epidemiológica inherente tanto a nivel internacional como nacional donde nuestra población de mayor riesgo de padecer el cáncer cervicouterino se ha incrementado en los últimos años teniendo como marco de referencia que dicha patología se presenta en los picos de grupos etarios de 34 – 35 años y de 44 – 52 años y en estudios estadísticos más recientes se han detectado afecciones al grupo comprendido de entre 15 – 19 años. Siendo gran parte de nuestro ancho demográfico actual.

A nivel mundial de acuerdo a los últimos censos y gráficas estadísticas los grupos antes mencionados en sumatoria representan un total del 27.8% de la población, mientras que a nivel nacional este porcentaje se incrementa hasta un 29.7%, en

esto radica la importancia de los programas de detección y atención oportuna del cáncer cervicouterino para las distintas instituciones de salud ya que es considerado como un índice de desarrollo, y para combatir su incremento y afección se han creado estrategias ya antes mencionadas.

La salud reproductiva es un tema que aun cuenta con muchos tabúes y que es difícil llegar a indagar de manera directa y verosímil sobre todo al grueso de nuestra población, pero es importante conocer ciertos datos que nos sirven como determinantes de riesgo para enfermedades infecto-contagiosas y su oportuna detección, tratamiento y seguimiento.

Se han realizado múltiples estudios a nivel internacional y nacional para determinar entre otras cosas la edad de inicio de contacto sexual en adolescentes, grupo que se encuentra por las características fisiológicas in situ en vulnerabilidad de presentar mayor exposición a factores de riesgo.

Los adolescentes son un grupo etario de riesgo debido a los múltiples cambios que durante esta etapa de la vida se les presentan, en México, de acuerdo con el último Censo Nacional de Población y Vivienda (2010), la población de 12-19 años representa el 15.6% de la población total.³⁻³⁵

Como parte de los determinantes sociales, en México, la educación sexual ha carecido de una visión integral; se ha privilegiado la transmisión de conocimientos sobre aspectos biológicos de la reproducción y la promoción de la abstinencia sexual, sin una cultura de prevención desde la perspectiva de la salud sexual, la equidad de género y los derechos sexuales y reproductivos; también, se ha mostrado que existe una carencia de información basada en evidencia científica relevante y actualizada. Esto se ve reflejado en las distintas encuestas realizadas a nivel nacional donde se cuestiona de manera directa sobre su vida reproductiva, y que se describe enseguida.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID), para 2009 la mediana de edad a la primera relación sexual en mujeres de 15-19 años era de 15.4 años, y 56/1,000 adolescentes se convirtieron en madres; las mujeres que inician la vida reproductiva durante la adolescencia tienen descendencias más numerosas que aquellas que se convierten en madres a edades adultas. Mientras que con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, el 23% de los varones de 12-19 años ya habían iniciado su vida sexual y un 80.6% usó condón en su primera relación sexual. Dentro de esta información se encuentran sesgos con la bibliografía consultada ya que muchos jóvenes encuestados no responden de manera clara y específica o se abstienen de emitir su respuesta por los tabúes e idiosincrasia de nuestro medio.⁴⁻¹²

Según la CONAPO se mostró que el inicio del primer cuartil de la población se ubica entre los 16 y los 17 años. Se ha definido entonces como inicio temprano al que ocurre antes de los 16 años, edad a la que menos de 25% de la población ha tenido la experiencia de inicio.

Si bien la fecundidad en nuestro país ha disminuido a lo largo del tiempo (de 3.3 hijos entre 1989-1991 a 2.2 en 2006-2008), en adolescentes esta continúa siendo elevada. La tasa de fecundidad en mujeres de 35-39 años es de 41 hijos/1,000 mujeres, mientras que entre adolescentes (15-19) esta es de 70. En 2009, los nacimientos en madres menores de 20 años representaron el 18.8%. Las adolescentes sin escolaridad muestran la tasa más alta de fecundidad (180/1,000 mujeres), en tanto que, entre las que tienen una escolaridad de secundaria o más, esta tasa es de 60/1,000 mujeres.⁴

El 40% de las mujeres que se embarazan en la adolescencia no planean o no desean el embarazo en ese momento teniendo como incremento de estos sucesos los estratos sociales desfavorecidos en donde las razones culturales, religiosas, económicas y nivel educativo las orilla a ver como única oportunidad de crecimiento o salida de su hogar.⁴

El calendario de vida sexual de la población mexicana se está adelantando, aunque no a edades muy tempranas, como se ve a nivel mundial y que se traduce como factor de riesgo para presentar infecciones de transmisión sexual⁵, embarazos no deseados incurriendo en la manipulación para la interrupción del mismo que por ende se traducen en incremento de desarrollar cáncer cervicouterino.⁶⁻⁷

Estos resultados pueden ser útiles, por ejemplo, para estimar a qué edad es conveniente vacunar a los jóvenes contra el virus del papiloma humano o para saber cuál es el momento indicado para incluir información sobre métodos de prevención en los contenidos curriculares educativos. Asimismo, resulta útil para estimar el abastecimiento necesario de dichos métodos en los servicios de salud dirigidos a la población adolescente.

Los adolescentes que son sexualmente activos tienen los índices más altos de las tasas de infección de HPV prevalentes e incidentes con más de 50-80% con un promedio de 73%, que tenía infecciones dentro de 2-3 años de inicio de la relación sexual, viendo que el riesgo aumenta de manera direccional si tomamos en cuenta la edad de menarca y el inicio de la vida sexual.⁴⁻⁸

La mayoría de las infecciones son de naturaleza transitoria y no causan anormalidad citológica. Sin embargo, un pequeño número de adolescentes no va a eliminar la infección. La persistencia del VPH está fuertemente ligada al desarrollo de lesiones escamosa de alto grado intraepitelial y el cáncer invasor.⁸

El riesgo para una mujer de ser infectada y desarrollar un cáncer de cérvix, depende no sólo de su comportamiento sexual, sino también del de su compañero, así como del conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, el cual está significativamente aumentado en las mujeres que viven con hombres que tengan o hayan tenido numerosas parejas sexuales.⁹

Se considera importante la realización de un screening adecuado y seguimiento a las parejas de aquellos hombres que cursan con diagnóstico de condilomas

acuminados de forma conjunta con dermatología y ginecología ya que se ha visto que el 68% de esta población presenta algún tipo de infección por VPH.⁹

Uno de los temas relacionados a el inicio de vida sexual y la toma de citología vaginal se encuentra íntimamente vinculado con los programas de planificación familiar del sistema de salud, que al tratarse con carácter “prioritario” carece de costo y sin importar la derechohabencia de los solicitantes sea cual sea a la institución médica donde acuda se les brinda la orientación, el método y atención correspondiente, aunado a ello y fortaleciendo dichas intervenciones se crea la NOM – 047-SSA2-2015 para la atención a la salud del grupo etario de 10 a 19 años de edad, con el fin de que esta población pueda recibir consejería sobre salud sexual y reproductiva sin acompañamiento por un representante legal o tutor.¹⁰⁻¹¹

Dentro de las estadísticas en cuanto al tipo de método anticonceptivo empleado por parte de la población mexicana se tiene que a nivel república un 84.5% utilizaron método de planificación familiar en su primera relación sexual siendo el preservativo el más empleado. Mientras que en la Ciudad de México este mismo porcentaje aumento hasta el 89.5%.

Entre las razones por las cuales la población declaro el no uso de método de planificación familiar en su primer contacto sexual a nivel nacional con un 28.6% fue por desconocimiento de los métodos, sin discrepancia a nivel local ya que dentro de la Ciudad de México este punto obtuvo el 43.1%; otras justificaciones fueron el deseo de embarazo con un total de 28% a nivel nacional con un 34.1% local y el último rubro que se analizo fue el no haber planeado el inicio de vida sexual en ese momento con un índice de 22.9% nacional y 9.9% local, esto de acuerdo con la ENADID 2014.¹²

Por otra parte, el uso de métodos anticonceptivos en la población mexicana en comparativo del 2009 al 2014 se ha visto una reducción en el uso de los mismos de manera poco significativa sin embargo llama la atención, ya que como se ha plasmado previamente, en la actualidad la población en edad fértil sexualmente activa ha aumentado de manera significativa siendo más de la mitad de la población en edad fértil la que cuenta con relaciones sexuales, de las cuales a nivel nacional el 75.6% si cuenta con algún método de planificación familiar, a nivel local esta cifra se incrementa a un 78.6%; en cuanto a grupo etario el que hace menor uso de métodos son los adolescentes con un 68.2%.³⁵

En cuestión a qué tipo de método de planificación familiar se toma como referencia la información proporcionada por la población en la ENSANUT 2012 donde se pone de manifiesto que el mayor porcentaje independientemente de la edad el uso de preservativo ocupa el primer lugar, seguidos de un nulo uso de métodos y dependiendo del grupo etario varía entre los definitivos o el uso de hormonales.

Es necesario reforzar las estrategias de educación sexual integral sobre todo volteando a la población de mayor riesgo.⁴⁻¹³ El rejuvenecimiento del calendario de inicio sexual se traduce en una mayor demanda de servicios y de educación, a fin

de lograr que, desde el inicio de la vida sexual, los jóvenes se encuentren preparados para prevenir embarazos e infecciones. Estos servicios y educación demandados, de no estar disponibles, pueden incidir negativamente en su bienestar. Y con ello llegar a cumplir lo establecido en Plan de Desarrollo Nacional del 2013 – 2018², así como lo establecido como ya se ha mencionado antes por las diferentes organizaciones internacionales en cuestión de salud reproductiva haciendo énfasis a la población joven con mayor riesgo la cual se encuentra vulnerable por los cambios biológicos, psicológicos, sociales y emocionales de búsqueda de su aceptación y adaptación grupal.

Además de contribuir a las estrategias epidemiológicas para la vacunación con tintes profilácticos en el ancho de edad de mayor riesgo, sin olvidar que dicha intervención no es de utilidad por sí sola, sino que se debe orientar a toda la población para la realización de tamizaje adecuado y seguimiento.¹⁴⁻¹⁵

Mundialmente es la segunda causa de muerte por cáncer en la mujer después del cáncer de mama. Cada año se reportan alrededor de 500 000 nuevos casos y cerca del 80 % corresponde a los países en desarrollo. Mueren anualmente 272 000 mujeres por esta causa.

En Latinoamérica la tasa de incidencia de este carcinoma es de 20,5 por cada 100 000 mujeres.

Respecto a la relación existente entre las relaciones sexuales precoces y la aparición del cáncer cervicouterino, pudo lograrse un cambio positivo de conocimientos en las adolescentes. La bibliografía médica refiere que esta neoplasia aparece en los grupos etarios de 34-35 y 44-52 años, como carcinoma *in situ* e invasor, respectivamente, pero llama la atención el hecho de encontrar pacientes con carcinoma *in situ* en edades tan tempranas como las de 15-19 años (2,2 por cada 100 000 mujeres).¹⁶

En México, la mortalidad por cáncer cervicouterino varía de 7.9 a 22.6 por cada 100 mil mujeres; entidades federativas como Yucatán, Oaxaca, Nayarit, Morelos y Veracruz presentan las tasas más elevadas.¹⁷⁻¹⁸

En Estados Unidos desde que se implementó el programa de protección primaria con la citología cervical (Papanicolaou), la tasa de cáncer cervical ha disminuido 70 % en las últimas cinco décadas. Sankaranarayanan y colaboradores en una recopilación bibliográfica identificaron que en Chile la mortalidad por cáncer comenzó a disminuir a partir de 1990, cuando se reorganizó el programa de prevención de cáncer y vigilancia del cumplimiento del mismo. En Puerto Rico, el apego al programa de detección precoz de cáncer instrumentado en 1960 ha permitido en las últimas tres décadas que la incidencia y la mortalidad por esta causa descieran notablemente: la tasa media anual por 100 mil mujeres normalizada por edades bajo de 38 a 19.2 y la mortalidad disminuyó de 19.1 a 5.2.¹⁷

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), las acciones del programa de detección iniciaron en 1960, sin embargo, la evaluación del impacto ha tenido innumerables complicaciones que se han traducido en una reducida calidad del programa.

Dichos programas de detección oportuna del cáncer cervicouterino no han logrado transmitir la importancia de la prueba de Papanicolaou debido a la falta de información clara a nivel poblacional, además de la actitud y resistencia de las mujeres hacia la práctica de esta, dejando a un lado su propia salud por priorizar la salud de su familia como factor cultural principal.

Dentro de las razones para la no practica de la prueba en las mujeres sin actividad sexual fueron por no tener relaciones sexuales ni infecciones vaginales y en la población con vida sexual activa lo consideraron en primer lugar innecesario. Además de considerar que el análisis de las muestras debe de realizarse por personal capacitado y que constantemente sea adiestrado en el tema.¹⁹

En la población que ignora para qué sirve la prueba de Papanicolaou las respuestas más frecuentes que brindan son que producían alteraciones en el útero y vagina además de infecciones o enfermedades peligrosas y alto porcentaje de mujeres desconoce su utilidad. Esto como resultado de un estudio que se realizó a una población mexicana estudiante y personal de nivel licenciatura de ciencias de la salud.¹³⁻²⁰⁻²¹

En Brasil por ejemplo se desarrolló un estudio transversal en un centro de atención primaria en el 2011 al 2012 donde se indago el grado de conocimiento, la actitud y la práctica de las mujeres ante el tamizaje para el CaCu, donde se obtuvieron resultados desfavorables ya que de la población estudiada que fue de 775 mujeres solo el 40.4% tiene noción de la prueba, 28% contaba con una actitud adecuada (sabían con qué fin se realiza) y el 67.7% con practica adecuada (es decir sabían tiempos de seguimiento y regresaban para ello), mostrando que la población adolescente fue la que califico inadecuado en los tres rubros.²²

Durante la adolescencia y el embarazo la zona de transición cervical se amplía, facilitando la exposición al VPH, de aquí la importancia de mantener una vigilancia correcta de tamizaje pues un diagnóstico precoz incrementa la sobrevida a 5 años del 91.5%.²³⁻²⁴⁻²⁵

El cáncer del cuello uterino es la neoplasia maligna que surge generalmente en la zona de unión escamo – columnar del epitelio cervical y mundialmente tiene un impacto negativo en la población femenina; el que es más marcado en la de los países en vías de desarrollo. Usualmente va precedido por lesiones precursoras, inclusive 10 años previos antes de presentarse el mismo.⁷⁻²⁶⁻²⁷

El cáncer cervicouterino es considerado un problema de salud pública en el país debido a que representa el tercer tumor maligno más comúnmente diagnosticado y la cuarta causa de muerte por cáncer en el mundo. Sin embargo y de acuerdo con

fuentes epidemiológicas esta patología ha tenido disminución en mortalidad debido a la intervención oportuna para su detección y atención integral, pese a ello y al ser un país en vías de desarrollo y contar con gran disparidad en el ámbito de atención a la salud aún se cuentan con huecos en el este ámbito preventivo- curativo oportuno.

De acuerdo con el diagnóstico de salud de la UMF 21 del 2015 solo se reportó una muerte por dicha patología en una paciente mayor a los 65 años.

El grupo etario con mayor numero dentro de la población que se atiende en la UMF 21 corresponde a las mujeres dentro de los 20 – 59 años, en las cuales se registraron como consulta de primer vez enfermedades inflamatorias del cuello uterino con un total de 630 casos, motivo por el cual es importante reforzar el uso de las estrategias preventivas implementadas por el instituto a manera de disminuir la incidencia en morbi-mortalidad secundaria a patologías del cérvix, sin limitarnos a solo este rango de edad, ya que si bien es importante disminuirlo conociendo esta incidencia, también es fundamental intervenir de manera oportuna haciendo conciencia en las derechohabientes en edad adolescente para el uso de estrategias preventivas.

Lo anterior se justificaría por el conocimiento de los factores de riesgo que tiene nuestra población en estudio, como son el inicio de vida sexual activa de manera temprana documentada en varios artículos de revisión con un aproximado entre los 11 años de edad hasta los 30 años y promedio de 19.2 años, así como el elevado número de parejas sexuales con un promedio de 2.5, el consumo de tabaco a edades tempranas promedio de inicio a los 11 años de edad, uso indiscriminado de anticonceptivos orales y de emergencia de manera rutinaria.²⁷

La American Cancer Society, la ACOG, Ontario Cervical Cancer Screening Program (2012) y la COMEGO A.C.; recomienda como estrategia preventiva y diagnostica oportuna la realización de citología vaginal a partir de los 21 años en todas las mujeres, o en caso de iniciar su vida sexual previamente a los 3 años del primer coito, en caso de contar con un resultado negativo en 2 años consecutivos se indicará siguiente toma con un margen de 3 años de diferencia.²⁶

Dicha recomendación en nuestro país no se lleva a cabo por un sinfín de variables que no nos proporcionan la ayuda necesaria para una correcta intervención, y que, a pesar de contar con mayor alcance de la información, no se ha generado alguna estrategia adecuada para intervenir en la población en riesgo.

Dentro de la encuesta ENSANUT 2012 se reflejan los espacios en blanco con respecto a la salud reproductiva en pacientes jóvenes y adultos jóvenes principalmente puesto que se continúan con mitos acerca de la toma de citología cervical y la exploración pélvica, como intervención primaria para screening de infección por VPH.

Aunado a ello la pobre sintomatología que se presenta en la infección por el VPH y que muchas veces el cambio es únicamente a nivel de células cervicales, la población no cree necesario la intervención o consultar a su médico de primer contacto para el seguimiento del caso, y solo acuden en caso de presentar otro estado ya sea patológico o fisiológico como es el caso del embarazo, donde nos percatamos como servidores de la salud del historial de las pacientes y que muchas de ellas no cuentan con ningún tipo de detecciones y cuentan ya con múltiples factores de riesgo para presentar infección por VPH o cambios colpohistopatológicos.²⁷ En los adolescentes se ha visto que mientras no se presenten lesiones no se cuenta con ningún tipo de enfermedad, haciendo aumentando la susceptibilidad de cuadros subclínicos o ser portadores asintomáticos de la patología, sin el correcto uso de métodos de barrera ni la detección y seguimiento adecuados como se ha manifestado previamente.²⁸

Según una investigación realizada dentro del IMSS en el estado de Veracruz en 2010 se cuenta con el dato de que el promedio entre la edad de inicio de la vida sexual y la edad al realizarse el primer Papanicolaou fue de 12 años, cuando el tiempo propuesto para tener una vigilancia adecuada es de tres años, de acuerdo con las distintas instituciones de salud nacionales e internacionales.¹⁷

Las últimas recomendaciones expuestas por la Sociedad Mexicana de Oncología, refiere que es correcto el inicio del tamizaje a partir de los 21 años, sin embargo, es de consideración especial en aquellas pacientes menores a dicha edad, que se encuentren bajo ciertas condiciones especiales como la inmunosupresión, uso crónico de esteroides, antecedente de trasplante, etc.; realizándose la pesquisa a los 6 y 12 meses del diagnóstico y con seguimiento de manera anual²⁹; y aunque se tiene en mente que el calendario de inicio de vida sexual actual es menor en comparación a años previos no se considera dicha situación para reducir la edad de inicio del tamizaje.

El uso de instrumentos para determinar el conocimiento de la población que se encuentra en riesgo de infección de VPH no se encuentra avalado por ninguna institución, tanto su aplicación así como su contenido; aunque si existe la propuesta de tales como la American Cancer Society quien en su portal de internet cuenta con una área destinada a difundir las principales dudas de los pacientes acerca de la etiología, factores de riesgo, medidas preventivas, métodos diagnósticos, edades a las cuales se deben de realizar, resultados y su evaluación, tratamiento y seguimiento; sin embargo más que un instrumento de evaluación es informativo.³⁰

Por otro lado en México se cuenta con un estudio llevado a cabo en la ciudad de Xalapa Veracruz en el 2013 donde se incluyeron a 208 mujeres de entre 30 y 64 años de edad de distinto nivel escolar donde se evaluó con ayuda de un cuestionario realizado por los mismos investigadores siendo sus principales ejes de incidencia el conocimiento de la prueba de Papanicolaou, edad a la cual se realizaron su primer citología vaginal y conocimiento de los factores de riesgo para cáncer cervicouterino, teniendo como resultado que independientemente del nivel escolar el conocimiento de la prueba de Papanicolaou es amplia, sin embargo hay

discrepancias en cuanto a la toma de la primer citología vaginal pues la mayoría de las mujeres con educación superior se realizaron la prueba antes de los 30 años, mientras que seis de cada diez mujeres con escolaridad básica o media superior la llevaron a cabo después de los 30 años o no la habían realizado. En cuanto a resultado de los conocimientos de factores de riesgo no existió desigualdad ya que fue el rubro con mayor deficiencia en ambos grupos puesto que existe aún demasiado rezago de conocimiento en cuestión a este rubro, pese a lo que por parte del personal de salud piense por la diversidad y gama de medios de información actuales.³¹

Considerando pieza fundamental este tipo de aplicativos como intervención preventiva y de retroalimentación para el personal de salud. Que ayudaría de manera directa para poder incidir en las probables fallas en programas de detección oportuna y de manera directa disminuir la incidencia y prevalencia del cáncer cervicouterino, involucrando de manera integral a población en riesgo incluyendo tanto a mujeres como hombres, que dicho sea de paso se ha dejado de lado la intervención en estos últimos, y los cuales juegan un papel fundamental en la génesis de la patología.

Además de creación de estrategias que consideren la intervención desde el nivel educativo básico, en el cual se vean implicados y sensibilizados los padres de familia, docentes y sector salud para la atención integral de carácter profiláctico ante el cáncer cervicouterino, ayudado en el retraso de inicio de vida sexual temprana, aplicación de vacuna contra papilomavirus, uso adecuado de métodos de planificación familiar, además del tamizaje y seguimiento oportuno de dicho padecimiento.

Salud sexual.

Según la OMS se refiere al estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia.³²

De acuerdo con la AMSSAC se trata de la experiencia del proceso permanente de consecución del bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad.³³

Sexualidad.

Conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas y psicológico-afectivas que caracterizan cada sexo. También es el conjunto de fenómenos emocionales y de conducta relacionados con el sexo, que marcan de manera decisiva al ser humano en todas las fases de su desarrollo, es así como lo define la OMS, además de conferirle un aspecto central para el ser humano del cual dependerá su papel e dentro de la sociedad.³²

Vida sexual activa.

La edad cumplida al inicio del debut sexual y la edad promedio de ocurrencia del inicio.

Para considerar el inicio de la vida sexual se ve influenciada en los adolescentes por varios motivos dentro de los cuales destacan la escolaridad; el estado conyugal (tipo de pareja y los años de unión); y la protección o anticoncepción.³⁴

Adolescencia.

Una de las definiciones basadas en un criterio cronológico corresponde a la elaborada por la OMS, quien concibe a la adolescencia como la etapa que comprende las edades entre los 10 y los 19 años, es decir, la segunda década de la vida.³⁵

Otra propuesta conceptual que se ciñe a la temporalidad es la planteada por la ONU, organismo internacional que define a la juventud -y que por supuesto incluye a la adolescencia como la población que se encuentra entre los 15 y 24 años.

El Instituto Mexicano de la Juventud define como joven, a un varón o a una mujer con edades comprendidas entre los 12 y 29 años.

Otras definiciones han sido acuñadas y han pretendido abarcar otros aspectos además de la variable edad. Así se han incorporado, además de los cambios físicos y psicológicos, los que ocurren en el entorno social del individuo. Otros autores definen a la adolescencia como el periodo de transición entre la infancia y la edad adulta, que se caracteriza por la sucesión de importantes cambios fisiológicos, psicológicos y sociales en el ser humano.

La adolescencia es una etapa del ciclo vital en el desarrollo humano que se caracteriza por el crecimiento y maduración biológica, fisiológica, psicológica y social del individuo.

Salud Reproductiva.

Surge a partir del cuestionamiento de los programas de planificación familiar centrados en controlar la fecundidad y proveer anticonceptivos. Diversos investigadores, grupos y organismos como la Fundación Ford, la Internacional Women's Health Coalition, la Organización Mundial de la Salud y el Population Council influyeron en la concepción de un enfoque integral de la procreación denominado salud reproductiva. La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo en 1994 coadyuvó a su legitimación y de este evento surgió lo que se conoce como la definición más completa de salud reproductiva:

“La salud reproductiva se refiere al estado de bienestar físico, mental y social de la persona para todo lo relativo al aparato genital y su funcionamiento” Implica la salud sexual, y además “Sobrepasa el aspecto técnico de la planificación familiar al

considerar los distintos factores y motivos que afectan los comportamientos reproductivos, tales como el papel de los hombres, las relaciones de poder entre los sexos, la posición de la mujer y el papel de las instituciones sociales en las estrategias de reproducción así como en las elecciones individuales. En su aplicación intenta integrar el punto de vista de la mujer en tanto que persona con necesidades específicas de salud.”

Infecciones de transmisión sexual (ITS)

Las ITS se propagan predominantemente por contacto sexual, incluidos el sexo vaginal, anal y oral. También se pueden propagar por medios no sexuales, por ejemplo, las transfusiones de sangre o productos sanguíneos. Muchas ITS en particular, la clamidiasis, la gonorrea, la hepatitis B primaria, el VIH y la sífilis, pueden transmitirse también de madre a hijo durante el embarazo o el parto.

Se estima que cada año se registran 375 millones de caso nuevos de cuatro principales infecciones de trasmisión sexual en la población de 15 a 49 años, siendo las más comunes aquellas causadas por *C. trachomatis* con 131 millones; gonorrea con 78 millones; sífilis 6 millones y la infección por *T. vaginalis* con 142 millones. La importancia de la prevención y tratamiento oportuno de dichas patologías radica en que su presencia facilita tanto la transmisión de VIH y el provocar cambios celulares precedentes de algunos tipos de cáncer. Así mismo implica una fuerte presión en el presupuesto familiar y del sector salud que afecta directamente a los países en vías de desarrollo como es México.³⁶

VPH.

Pertenece a la familia Papoviridae y se caracteriza por ser un virus pequeño que presenta una cápside compuesta de 72 capsómeros, dentro de la cual se encuentra el genoma viral, que es un DNA circular de doble cadena de aproximadamente 8000pd, dividido en tres regiones, la primera contiene una Región Larga de Control no codificante que presenta sitios de regulación de la replicación y transcripción viral. La segunda es una LCR que codifica para proteínas de expresión temprana (E1, E2, E3, E4, E5, E6 y E7); las proteínas E1 y E2 participan en la replicación del DNA viral, además de que la proteína E2 reprime la transcripción de los genes de expresión temprana, a través de unión con sitios específicos.

Esta regulación se pierde cuando el DNA viral se integra al genoma celular, ya que la secuencia se rompe como consecuencia de la integración y permite un aumento en la trasccripción de genes E6 y E7 iniciando un proceso de transformación. La proteína E4 participa en la maduración viral que al interaccionar con la citoqueratina induce un colapso en el citoesqueleto y la propagación o liberación viral.

La tercera parte es un LCR codifica para proteínas estructurales de la cápside viral considerados como L1 y L2 para continuar con el ensamblaje viral y terminar su ciclo.³⁷

Los papilomavirus humanos son la causa de la infección vírica más común del tracto reproductivo. La mayoría de las mujeres y los hombres sexualmente activos contraerán la infección en algún momento de su vida y algunas personas pueden tener infecciones recurrentes.

El punto álgido en que hombres y mujeres contraen la infección es poco después del inicio de la vida sexual. Los VPH se transmiten por vía sexual, si bien no es necesario que haya una relación sexual con penetración para que se produzca la transmisión, el contacto directo con la piel de la zona genital es un modo de transmisión reconocido.

Hay muchos tipos de VPH y una gran mayoría de ellos no causa problemas. Por lo general, las infecciones suelen desaparecer sin ninguna intervención, unos meses después de haberse contraído, y alrededor del 90% remite al cabo de dos años con margen de hasta 10 años en algunos casos. Un pequeño porcentaje de las infecciones provocadas por determinados tipos de PVH puede persistir y convertirse en cáncer.

El cáncer cervicouterino es, con mucho, la enfermedad más frecuente entre las relacionadas con los VPH. Si bien los datos sobre cánceres anogenitales distintos al cervicouterino son escasos, cada vez hay más estudios científicos que asocian los papilomavirus con el cáncer de ano, vulva, vagina y pene.

Los tipos de papilomavirus no oncogénicos (en especial el 6 y el 11) pueden provocar verrugas genitales y papilomatosis respiratoria (enfermedad caracterizada por la aparición de tumores en las vías respiratorias que van de la nariz y la boca hasta los pulmones), aunque es poco probable que dichas patologías progresen a malignidad si son muy susceptibles al contagio y aun a pesar del correcto uso del preservativo, si las lesiones llegan a tener contacto con piel lesionada se desarrollará papilomatosis.

Por otro lado, los serotipos relacionados con el desarrollo del cáncer principalmente cervicouterino son los 16, 18 y 45; para los cuales se ha desarrollado una medida profiláctica a través de la vacuna con dos presentaciones a nivel mundial y que además protegen contra serotipos causantes de lesiones precursoras como lo son 6 y 11 las cuales son seguras, se han realizado análisis a dichas vacunas en las cuales se ha reflejado una inmunidad de aproximadamente 10 años después de la administración sin embargo a pesar de que es una medida estratégica implementada por la Organización Mundial de la Salud no es la única medida a realizar, ya que se considera de vital importancia continuar haciendo consciencia en la población sobre la importancia del tamizaje y uso adecuado de métodos de planificación familiar con la finalidad de reducir la incidencia y prevalencia del cáncer cervicouterino.²³

Tricomoniasis.

Infección causada por *Trichomona vaginalis*, el cual es un protozoo unicelular flagelado que se ubica en el tracto genitourinario del ser humano, de los cuales se conocen dos subtipos I y II³⁸⁻³⁹, en México el de mayor predominio es el segundo. Ocupa el 12° lugar de infecciones trasmisibles en México, afectando de manera más significativa a las mujeres que a los hombres en una proporción de 36:1 afectando al grupo etario de entre 25 – 44 años, principalmente.

Los factores de riesgo para presentar cuadros de Tricomoniasis son antecedentes de otra infección de transmisión sexual, contacto sexual con múltiples parejas y que además se trate de parejas de riesgo, uso de juguetes sexuales y principalmente el no uso de protección; la bibliografía menciona como factor de riesgo a personas portadoras asintomáticas de la enfermedad siendo característico entre el 25 al 50% de mujeres en estas condiciones e incrementándose la cifra para los varones desde el 50 al 90%.

Las manifestaciones clínicas de la enfermedad se dan una vez transcurrido el periodo de incubación del protozoo que va de 5 a 30 días, incluyendo descarga vaginal de características variables desde blanco – grisáceas, hasta verde – amarillenta espumosa de olor fétido, que se acompaña de eritema, edema, prurito e irritación cervicovaginal; se suelen asociar signos de irritación vesical.

El diagnostico se realiza con la realización de frotis de las secreciones para visualización del protozoario, así como también cultivo y exudado cervicovaginal. Se trata de una ITS de gran importancia epidemiológica y salud publica debido a las complicaciones que pueden presentarse sobre todo en mujeres embarazadas.

El tratamiento se realiza de manera conjunta con la pareja a base de metronidazol 2 gramos dosis única o tratamiento ampliado con la toma de 500mg vía oral cada 8hrs por 7 días.

Candidiasis genital.

Micosis causada por diversos géneros de levadura *Candida sp*, y de predominio la subespecie *albicans*, son integrantes de la biota normal humana y que su homeostasis depende de diversos factores entre los cuales se encuentran el pH genital, disminución de algunos otros componentes de la biota favoreciendo la replicación de comensales oportunistas como es el caso de *Candida*.⁴⁰

La forma de presentación se presenta con eritema intenso en mucosa vaginal que puede extenderse hasta pliegues inguinales y periné, además de cursar con dispareunia, leucorrea y sensación urente. A diferencia de otras descargas vaginales esta leucorrea tiene la característica de ser blanquecina grumosa, no fétida y que en ocasiones se presentan en placas adheridas a la mucosa afectada con una base eritematosa.

Con respecto a la presentación clínica en el sexo masculino las lesiones se hacen presentes en el glande con eritema, edema y presencia de leucorrea condicionando de igual manera a dispareunia y prurito.

El tratamiento habitualmente se indica de manera local con el uso de nistatina óvulos o pomadas hasta por 2 semanas, de la misma manera el tratamiento es para la pareja.

Gonorrea.

Causada por bacteria diplococica Gram negativa *Neisseria gonorrhoeae*, la cual se ubica a nivel uretral, además de boca, garganta, ojos y ano. Su vía de transmisión es por contacto directo y afecta a grupos etarios de entre 20 a 24 años, en nuestro país sigue siendo un problema de salud pública debido a que se han reportado hasta 595 casos al año; las principales manifestaciones clínicas que se presentan al presentar la infección son descarga uretral de coloración amarilla, blanca o verdosa que se hace evidente antes de la micción matutina, se puede acompañar de disuria y en algunos casos el proceso suele ascender causando epididimitis.

En el tracto genitourinario femenino las manifestaciones clínicas suelen confundirse con una cistitis o alguna otra infección vaginal hasta confirmar diagnóstico al visualizar al microscopio a los diplococos Gram negativos, al igual que en el sexo masculino la infección puede ascender y provocar una enfermedad inflamatoria pélvica.

Su tratamiento se basa en ceftriaxona 500mg intramuscular dosis única, como alternativas azitromicina 1 gramo vía oral dosis única o doxiciclina 100mg vía oral cada 12hrs por 7 días.

Citología vaginal.

La citología vaginal busca el cáncer de cuello uterino. Las células tomadas por raspado de la abertura del cuello uterino se examinan bajo un microscopio. El cuello uterino es la parte más baja del útero que desemboca en la parte superior de la vagina.

Papanicolaou.

El tamizaje que se lleva a cabo para el diagnóstico oportuno de cáncer cervicouterino se debe a dos grandes parteaguas en el mundo científico por un lado a la invención del microscopio y por otro a un resultado de arduo trabajo de varios investigadores que desde antes del año de 1923 comenzaron a utilizar la citología como diagnóstico de diversos procesos cancerosos o lesiones precursoras de ellos; dentro de estos proyectos de estudio se encuentra el utilizado para determinar el papel de los cambios celulares a nivel cervical y que tuvo relación con los cambios del ciclo hormonal femenino primero en cobayos y posteriormente realizados en mujeres de las cuales la primer paciente fue la propia esposa del Dr. George

Papanicolaou. Los resultados de estas investigaciones fueron publicados en 1933 "The Sexual Cycle in the Human Female as Revealed by vaginal Smears". Obra de George Papanicolaou quien lo lleva a cabo en el Woman's Hospital de Nueva York, reconoció células anormales malignas de un cáncer cervical, y que posteriormente se dedicó al estudio de la citología en el cáncer ginecológico.⁴¹⁻⁴²

En 1927 presentó sus resultados en una Conferencia en Battle Creek, Michigan. El trabajo titulado "New Cáncer Diagnosis", describía las células malignas en los extendidos vaginales. Fue publicado en los Proceedings del Congreso en 1928, pero no despertó mayor interés en la comunidad científica médica. Paralelamente, en 1927, el patólogo rumano Aurel Babes presentaba a la Sociedad de Ginecología de Bucarest sus observaciones sobre las características de las células tumorales obtenidas por raspado cervical con un asa bacteriológica. El trabajo fue publicado en 1928 en Presse Medicale con el título "Diagnostic du Cáncer du Col Uterine par le frotties". Como en el caso de Papanicolaou, la idea no tuvo mayor trascendencia. El único que utilizó el método fue un ginecólogo de Verona, Italia, de nombre Odorico Viana.⁴¹⁻⁴²

Papanicolaou pudo desarrollar su proyecto de detección temprana del cáncer mediante la citología cuando recibió pleno apoyo de Joseph Hinsey, quien asumió la jefatura del Departamento de Anatomía de la Universidad de Cornell. Papanicolaou se asoció con Herb F. Traut, un patólogo experto en patología ginecológica. En 1943 publicaron la clásica monografía El Diagnóstico del Cáncer Uterino por el Extendido Vaginal, en el American Journal of Obstetrics and Gynecology. Lo novedoso del método citológico de Papanicolaou fue la fijación y coloración óptimas que facilitaban la lectura de los extendidos, con la incorporación de los colorantes OG 6 y EA 36. La coloración fue ideada en 1942 y posteriormente modificada por el mismo Papanicolaou, en 1954 y 1960.⁴¹⁻⁴²

Otro hito importante en el desarrollo de la citología diagnóstica fue la publicación por Papanicolaou, en 1954, de su monumental "Atlas of Exfoliative Cytology". En 1947, la Universidad de Cornell realizó el primer curso para capacitación en citología exfoliativa y el laboratorio de Papanicolaou llegó a ser la meca para estos estudios.⁴¹⁻⁴²

Actualmente la técnica de citología cervical se realiza con la paciente en posición ginecológica y previamente a la explicación de la técnica, se procederá a la revisión de genitales externos, colocación de espejo vaginal de Graves (del tamaño adecuado para la paciente) de preferencia sin uso de lubricantes o jaleas para evitar la contaminación de la muestra, tomando el espejo con las valvas cerradas entre el dedo índice y medio, el cuerpo del espejo se sujeta con el dedo anular y meñique; mientras que con los dedos índice y pulgar de la mano contraria se separan los labios menores permitiendo la visualización del vestibulo vaginal. Con las valvas cerradas se introduce suavemente el espejo a 45 grados o de manera vertical a 90 grados con respecto al piso vaginal, en ese momento se le solicita a la paciente que puje avanzando a la vez el espejo hasta tercio medio, se gira y se hace presión

sobre la palanca para abrir las valvas de manera que se logre visualizar el cérvix sin lastimarlo.

En las pacientes mayores de 50 años o aquellas que refieran mucho dolor se puede utilizar como lubricante solución fisiológica o agua para facilitar la introducción del espejo.

Una vez visualizado el cuello uterino, se debe realizar una revisión macroscópica del mismo, en busca de lesiones, sangrados, cambios de coloración o descargas. La toma de muestra con espátula de Ayre modificada se realiza en 2 tiempos una de región exocervix utilizando el extremo bifurcado colocándola en el orificio cervical y se da un giro de 360° a la derecha con una ligera presión para obtener una muestra adecuada. Mientras que en el endocervix se utilizara el lado cónico colocándola en el orificio cervical y realizando un giro de 360° en dirección izquierda, una vez tomadas las muestras se procede a realizar el extendido en la laminilla previamente rotulada exocervix comenzando de arriba hacia abajo parte inferior de la laminilla y endocervix de abajo hacia arriba de la laminilla y se coloca en alcohol de 96% para su fijación.⁴³

La toma con hisopo o cepillo endocervical queda reservado para pacientes en periodo climatérico, posmenopáusico, adolescentes sin eversión glandular o pacientes postratamiento. En esta técnica se introduce el cepillo o hisopo con suavidad en el orificio cervical y realizando un giro a la derecha, posteriormente retirándolo para su extendido en laminilla previamente rotulada, se realizará extendido homogéneo colocando hisopo o cepillo desde el área de rotulo hacia abajo de manera lineal y con movimientos de rodamiento del instrumento recolector, posteriormente se coloca en alcohol al 96% para su fijación.⁴³

Clasificación del Diagnóstico citológico.

OMS 1961

VPH

Displasia Leve

Displasia Moderada

Displasia Severa

Ca in situ

SIC y C

NIC I

NIC II

NIC III

BETHESDA 2001

Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado

Lesión escamosa intraepitelial de alto grado

Dentro de la literatura de referencia empleada en la investigación acerca de la falta de un adecuado programa de tamizaje o que dichas estrategias no hayan tenido los resultados para las cuales fueron empleadas, se encuentran artículos como los publicados por Hidalgo – Martínez¹⁹ en el 2006 donde aborda el tema del impacto del cáncer cervicouterino dentro de la población mexicana y por qué no funciona el programa de detección oportuna, donde se encuentra con el dilema de que dicho programa no es utilizado como tamizaje sino como instrumento diagnóstico y la mayor parte de las ocasiones de manera tardía puesto que se presentan pacientes ya con lesiones o con sintomatología ginecológica, toca el punto de la economía y la alta incidencia del padecimiento en personas con bajos recursos secundario a una pobre información o accesibilidad al sistema de salud, así como barreras idiosincráticas dentro de las cuales destacan prioridad de la salud de los demás sobre la de ellas mismas, la reacción de su pareja ante el hecho de ir a revisión médica y de la mano el pudor que pueden llegar a presentar, al tratarse de una revisión de índole íntimo.

Además de contar con múltiples estudios retrospectivos para determinar los factores de riesgo y la actitud de las pacientes que presentan dicha patología, con la finalidad de intervenir de manera oportuna en aquellos factores modificables, aumentando las estrategias de prevención en cuanto a tamizaje, vacunación y seguimiento de lo ancho de la población blanco.⁴⁴

Por lo que propone al final de su discusión 4 estrategias para una mejora en el programa en cuestión, menciona que es importante el entrenamiento permanente para la educación y sensibilización de los prestadores de servicio de salud encaminados a fomentar el uso del programa, basando este punto en conocer las necesidades de la comunidad a cargo y dirigirse de manera respetuosa a la misma; en la segunda estrategia que se menciona es el incluir aparte de la realización de la citología vaginal otros estudios complementarios como son la detección de estirpe de VPH mediante híbridos y la realización de colposcopia; la creación de un cuerpo que este encargado de la capacitación y el control de calidad en cuanto a la interpretación de los resultados es el tercer punto mencionado dentro de este estudio y por ultimo sugiere que se funde un comité vigilancia epidemiológica enfocado al seguimiento de la población en riesgo y que a su vez permita el monitoreo sistemático del programa.

Un estudio transversal comparativo y prolectivo realizado en 4 unidades de medicina familiar del estado de Veracruz en 2010, por Linaldi – Yépez y Hernández – Cruz, relaciona el intervalo de tiempo entre el inicio de vida sexual activa y el primer Papanicolaou que toda mujer en edad fértil debe realizarse y que de acuerdo con normativas internacionales no debe ser mayor a 3 años. Donde se tomó como muestra a 400 pacientes las cuales acudieron a la toma de citología vaginal y que tenía por objetivo determinar los indicadores de calidad y productividad de dicho programa prioritario.¹⁷

Sin embargo, dicho sea de paso, se determinaron un sinnfín de resultados con gran valor estadístico. Entre los cuales la edad promedio de las participantes en el

proyecto oscilo entre los 40 años +/- 12.56 años, de las cuales el 68% contaba con estado civil casada, y el 52.8% con nivel secundaria a preparatoria; el 17.3% presento menarca antes de los 12 años; en cuanto al inicio de vida sexual oscilo entre 12 – 15 con un 13.5% y un 37% entre los 16 – 18 años.

El número de parejas sexuales tuvo una variable entre 2.4 +- 1.8. De las pacientes captadas solo el 52.3% acudieron de manera voluntaria a la toma de citología, 42.5% fue captado por su médico familiar y enviado a auxiliares, siendo de manera habitual el no haberse realizado la prueba como máximo durante 3 años previos y una minoría de la cual nunca se habían realizado un tamizaje cervical.

Los años promedio entre el inicio de vida sexual activa y la toma de primera citología fue de 12 años. Otro punto que desarrollan estos investigadores es la seguridad, técnica de la toma de citología vaginal y la lectura de la misma; considerando indispensable que además de contar con un órgano interno de supervisión se creara uno externo encargado de monitorizar la calidad del programa y con ello brindar una mejor atención reduciendo la incidencia y prevalencia del cáncer cervicouterino o infecciones concomitantes.¹⁷

En el 2012 dentro de la investigación “Conocimiento y creencias sobre la prueba de Papanicolaou en estudiantes universitarios” realizada en la Ciudad de Tamaulipas por parte de la Unidad Académica de Trabajo Social y Ciencias para el Desarrollo Humano, de la Universidad Autónoma de Tamaulipas⁴⁵; se determinaron por medio de cuestionarios cuatro directrices como el conocimiento y las creencias de hombres y mujeres jóvenes sobre la prueba de Papanicolaou; se obtuvo información acerca de su vida sexual; conocimiento y creencia de las ITS; y por último fue relevante la distinción entre las respuestas de la muestra de acuerdo al género. Obteniendo que solo 4 de cada 10 personas encuestadas son capaces de indicar en que consiste el Papanicolaou siendo las mujeres las más destacadas en este rubro; la mitad de la población en cuestión manifestó contar con vida sexual completa en la actualidad y sin embargo solo 6 de cada 10 utilizaban preservativo, teniendo esto como factor de riesgo para contraer ITS. Por otra parte, aunque la totalidad de la muestra estudiada manifestó contar con información y conocimiento de las ITS solo el 15% logro mencionar menos de cinco patologías.

Con respecto al tamizaje oportuno de las mujeres universitarias analizadas solo tres de cada cuatro mujeres con vida sexual activan no se ha realizado nunca el Papanicolaou siendo la vergüenza el principal factor; en general los hombres del estudio desconocen si su actual pareja o anteriores se habían realizado la citología cervical y la mitad de ellos sugirió que en caso de negativa la vergüenza seria la variable responsable. Y por último la mayor parte de la muestra masculina indico que recomendarían ampliamente la realización de un cribado oportuno a las mujeres que tuviera en contacto y que ya cuenten con vida sexual activa.

3. JUSTIFICACIÓN

El cáncer cervicouterino es la segunda causa de muerte por neoplasias a nivel mundial con el 80% de incidencia en países en desarrollo. En México este número oscila entre 7.9 a 22.6 por cada 100 000 mujeres; dichas cifras se han tratado de disminuir por medio de estrategias establecidas por parte del programa de prevención de enfermedades no infectocontagiosas, así como las acciones propuestas en las metas del Milenio sobre la amplitud en cuanto a cobertura de servicios de salud reproductiva de la Organización Mundial de la Salud y reforzado en la segunda meta del Plan Nacional de Desarrollo 2013 - 2018 dentro del apartado México Incluyente.

Representa un gran reto el lograr disminuir la incidencia del cáncer cervicouterino ya que nos enfrentamos a constantes cambios en el estilo de vida de nuestra población actual, los cuales han influido en todos los ámbitos y la salud reproductiva no es la excepción, ya que a pesar que la tasa de fecundidad se ha visto disminuida con respecto a años anteriores, inversamente se ha incrementado la prevalencia de adolescentes con vida sexual activa y que la gran mayoría carece de consejería sobre salud reproductiva. La normativa dentro de las guías internacionales y nacionales así como en la NOM – 014 – SSA2 – 1994⁴⁶ para la detección oportuna de Papanicolaou indican que la primer detección se debe realizar a los 21 años de edad, o en caso de iniciar vida sexual antes de esta edad el tiempo establecido es 3 años posteriores al primer coito; sin embargo en nuestro medio se ha detectado que este periodo no es el establecido sino que incrementa llegando a ser hasta de 12 años y con ello aumenta de manera directa el riesgo de un diagnóstico tardío de lesiones premalignas y malignas del cérvix con el incremento de la tasa de mortalidad de dicha patología.

El presente estudio ayudara a la reducción en la prevalencia de mujeres que cuentan con vida sexual activa sin toma de Papanicolaou oportuna; interviniendo de manera directa en dicha población para determinar el grado de conocimiento sobre la prueba y haciendo hincapié en la importancia de realizarla, con la ayuda del instrumento de evaluación, y que a su vez será de ayuda para determinar qué tipo de información es la causante del pobre apego al programa institucional para el diagnóstico oportuno de cáncer cervicouterino, pudiendo resolver y despejar las dudas de las usuarias de forma personalizada.

Por tal motivo y utilizando los recursos humanos y materiales designados en la Unidad de Medicina Familiar N° 21 con respecto al programa de detección oportuna de cáncer cervicouterino, e implementando el uso de un instrumento basado en la NOM - 014 - SSA2 - 1994, se busca reducir el tiempo entre el inicio de vida sexual activa y la toma de Papanicolaou, así como brindar información de la importancia de su aplicación y hacer conciencia dentro de nuestra población en riesgo de la gran relevancia de un tamizaje oportuno, así como de disminuir en la mayor medida de lo posible la falta de información y mitos sobre la toma de citología cervical.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Tomando en cuenta las recomendaciones de las distintas instituciones rectoras para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento oportuno del cáncer cervicouterino a nivel mundial y nacional se pretende intervenir brindando información de los factores de riesgo y realización del cribado en la población en riesgo de la UMF 21, reduciendo el tiempo entre el inicio de vida sexual activa y la toma de su primer Papanicolaou con el fin de contribuir a el cumplimiento de las metas establecidas por la OMS y el Plan Nacional de Desarrollo; en cuestión a salud reproductiva y reducción de la incidencia y prevalencia del cáncer cervicouterino.

El tiempo entre el inicio de vida sexual activa y la realización del tamizaje para cáncer cervicouterino en nuestro país difiere hasta 4 veces más del establecido por parte de las diferentes guías y normas internacionales y nacionales para la detección oportuna de dicha patología. Además de contar con barreras idiosincráticas propias de la población que interfieren con el adecuado desempeño de programas de salud encaminados a la reducción de incidencia y prevalencia del cáncer cervicouterino.

Diversas investigaciones y encuestas han demostrado que la población actual ha sufrido cambio en cuanto a la conducta sexual, disminuyendo la edad de inicio e incrementando así el factor de riesgo de presentar infecciones de transmisión sexual y con ello a su vez para cáncer cervicouterino; estos cambios nos han brindado la oportunidad de contar con mayor acceso a la información en salud reproductiva, sin embargo y pese a ello aún existe deficiencia en cuanto a la oportuna realización del Papanicolaou dentro de nuestra población y la cual no depende del nivel académico de nuestras pacientes, sino de la adecuada orientación sobre salud reproductiva a los grupos etarios en riesgo.

5. PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuál es la prevalencia de pacientes con vida sexual activa sin realización Papanicolaou en la Unidad de Medicina Familiar 21?

6. HIPOTESIS DE TRABAJO

La prevalencia de mujeres con vida sexual activa sin realizarse Papanicolaou en la Unidad de Medicina Familiar 21 será al menos de 47.7%

7. OBJETIVO

7.1 Objetivo general:

Determinar la prevalencia de pacientes que cuentan con vida sexual activa sin realizarse Papanicolaou en la Unidad de Medicina Familiar N° 21.

7.2 Objetivos específicos:

- Identificar mujeres de edad comprendida entre 14 y 45 años con vida sexual activa de abril a junio de 2018 de la UMF N°21.
- Aplicar el instrumento basado en las NOM – 014 – SSA2 – 1994, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cervicouterino, NOM - 005 - SSA2 - 1993 de los servicios de Planificación Familiar; así como en la NOM - 039 - SSA2 - 2002 Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual.
- Identificar el conocimiento sobre métodos de planificación.
- Identificar el conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual.

8. VARIABLES

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR
Papanicolaou	Toma de muestra celular de endo y exocervix para su visualización con tinción específica y determinar cambios histopatológicos.	Formato institucional de detección oportuna de cáncer cervicouterino.	Cualitativa Ordinal	-Clasificación Bethesda 2001 1. Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (NIC I) 2. Lesión escamosa intraepitelial de alto grado (NIC II) 3. Lesión escamosa intraepitelial de alto grado (NIC III)
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Número de años cumplidos al inicio de la aplicación del instrumento (14 - 45 años). Obtenido de instrumento de evaluación a aplicar.	Cuantitativa continua.	Número de años expresados en números enteros. 1. 14 - 19 2. 20 - 25 3. 26 - 30 4. 31 - 35 5. 36 - 40 6. 41 - 45
Inicio de Vida sexual activa	Edad en años a la cual se realizó primer coito.	Número de años cumplidos al iniciar vida sexual, referido en entrevista con la paciente.	Cuantitativa continua.	Número de años expresados en números enteros. 1. 11 - 15 2. 16 - 20 3. 21 - 25 4. 26 - 30 5. 30 o mas
Tiempo entre 1er coito y toma de citología vaginal	Tiempo transcurrido a partir de iniciar contacto sexual por primera ocasión hasta la toma del primer Papanicolaou	Número de años transcurridos. Obtenido del instrumento de evaluación a aplicar.	Cuantitativa continua	Número de años expresado en números enteros. 1. Nunca 2. 1-2 3. 3 4. 6 5. 9 6. 12
Razones por las cuales no se realizan toma de citología vaginal	Factores personales por los cuales no realizan tamizaje de cáncer cervicouterino.	Factores intrínsecos y extrínsecos obtenidos del instrumento de evaluación a aplicar.	Cualitativa ordinal.	1.No me interesa 2.Es doloroso 3.Vergüenza 4.A mi pareja no le parece correcto
Escolaridad	Definición conceptual Tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela o	El último grado escolar que la paciente reporte haber concluido dentro de la entrevista personal.	Cualitativa ordinal.	1. Analfabeta. 2. Primaria. 3. Secundaria

	a cualquier centro de enseñanza.			4. Bachillerato. 5. Licenciatura 6. Posgrado
Estado civil	Situación de las personas físicas determinadas por la relación de familia.	Estado civil que refiere el paciente durante la entrevista directa.	Cualitativa nominal	1. Soltera. 2. Casada. 3. Divorciada. 4. Viuda. 5. Unión Libre. 6. Otro
Menarca	Edad fisiológica de la primera menstruación.	Número de años a los cuales se presentó su primera menstruación. Obtenido del instrumento empleado.	Cuantitativa continua	Número de años expresado en números enteros. 1. 9 2. 10 3. 11 4. 12 5. 13 6. 14 7. 15
Número de parejas sexuales	Número de parejas sexuales que refiere la usuaria, desde su inicio de relaciones sexuales hasta la fecha de entrevista.	Número de personas con las cuales ha mantenido relaciones sexuales. Obtenido del instrumento aplicado.	Cuantitativa continua	1. 1 2. 2 3. 3 4. 4 5. 5 6. 6 7. 7 o mas
Método de planificación familiar	Conjunto de prácticas utilizadas por una persona de manera individual o en pareja con la finalidad del control de la reproducción.	Practica tomada por la persona entrevistada para el control de la reproducción. Obtenida en el instrumento aplicado.	Cualitativa nominal	1. Preservativo 2. DIU T cobre 3. DIU Hormonal 4. Hormonales orales 5. Hormonales inyectable 6. Hormonal subdérmico 7. Hormonal parches 8. Definitivos 9. Ninguno 10. Otros
Edad de la toma del primer Papanicolaou	Edad en años cumplida en el momento del primer tamizaje para cáncer cervicouterino.	Número de años a los cuales se realizó por primera vez el Papanicolaou, obtenido del instrumento empleado.	Cuantitativa continua.	1. Nunca 2. 16 - 20 3. 21 - 25 4. 26 - 30 5. 31 - 35 6. 36 o más
Número de embarazos	Total, de periodos fisiológicos de la mujer en gestación, independientemente de la resolución del mismo.	Número de veces en las cuales ha cursado con un periodo de gestación llevada o no a término. Obtenido de entrevista personal.	Cuantitativa continua.	1. 0 2. 1-2 3. 3-4 4. 5 o más.
Número de abortos	Cantidad de interrupciones de la gestación voluntaria o involuntariamente antes de la semana 20.	Número de veces en las cuales ha presentado interrupciones de la gestación previa a la semana 20. Obtenido del instrumento aplicado.	Cuantitativa continua.	1. 0 2. 1 - 2 3. 3 - 4 4. 5 o más
Número de partos	Culminación del embarazo humano, aquel que comienza de manera espontánea, entre las semanas 37 y 41 de gestación y que culmina con	Número de veces que ha presentado culminación del embarazo de manera espontánea por vía vaginal. Obtenido del instrumento empleado.	Cuantitativa continua.	1. 0 2. 1 - 2 3. 3 - 4 4. 5 o más

	la obtención del producto por vía vaginal.			
Numero de cesáreas	Culminación del embarazo humano, por intervención quirúrgica abdominal, independientemente de la causa.	Número de veces que se ha presentado la culminación del embarazo por intervención quirúrgica. Obtenido del instrumento aplicado	Cuantitativa continua.	1. 0 2. 1 - 2 3. 3 - 4 4. 5 o más
Fuma	Hábito del consumo de cigarrillos de manera eventual o continua.	Afirmación o negación al hábito de fumar, obtenido de la entrevista personal	Cualitativa nominal.	1. Si 2. No
Numero de cigarrillos	Cantidad de cigarrillos consumidos de manera habitual al día.	Numero de cigarrillos consumidos al día, obtenido del instrumento aplicado	Cuantitativa continua.	1. 0 2. 1 -3 3. 4 -6 4. 7 o más

9. CRITERIOS DE SELECCIÓN

9.1 Criterios de Inclusión:

- Mujeres entre 14 – 45 años adscritas a la Unidad de Medicina Familiar N° 21.
- Pacientes que cuenten con vida sexual activa.
- Que acepte participar mediante un proceso de consentimiento informado por escrito.
- Con o sin toma de Papanicolaou.
- Con o sin comorbilidades.
- Con instrumento respondido al 100%

9.2 Criterios de Exclusión:

- Mujeres con el antecedente quirúrgico de histerectomía total abdominal, siempre y cuando la causa no sea por tratamiento de cáncer cervicouterino.

10. TIPO Y DISEÑO DEL ESTUDIO

10.1 Tipo y Características del Estudio:

Se planea realizar un estudio observacional, transversal, Descriptivo, Ambilectivo en pacientes mujeres entre 14 a 45 años derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar N°21 con vida sexual activa que deseen realizarse tamizaje oportuno para cáncer cervicouterino.

11. MATERIAL Y METODOS

Lugar de estudio: El estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar N° 21.

Población de estudio: Derechohabientes mujeres entre 14 - 45 años con vida sexual activa de la Unidad de Medicina Familiar N°21.

Periodo del estudio: El estudio se realizará de abril a junio de 2018.

11.1 DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

El presente estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar N° 21 del IMSS, Delegación 4 sur de la Ciudad de México durante el periodo comprendido de abril a junio de 2018. Con el objetivo de determinar la prevalencia de mujeres entre 14 y 45 años con vida sexual activa que no cuenten con la toma de Papanicolaou.

Se realizó una revisión bibliográfica sobre el tema estudiado identificando la importancia del tamizaje oportuno en la población femenina en edad reproductiva, el impacto sobre el diagnóstico, tratamiento y costo del cáncer cervicouterino.

Se realizó la estructuración del marco de referencia y el diseño del estudio, solicitando por escrito permiso para obtener la información estadística sobre la población derechohabiente de esta unidad de pacientes en edad reproductiva con vida sexual activa con y sin toma de citología cervical en un determinado tiempo.

Para iniciar la recolección de datos, previa entrevista individual, utilizando un documento sobre datos sociodemográficos como es la edad, estado civil y escolaridad. Se realizó un consentimiento informado para la aplicación de un instrumento basado en la NOM - 014 - SSA2 - 1994 prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer cervicouterino, NOM - 005 - SSA2 - 1993 De los servicios de planificación familiar, así como de la NOM - 039 - SSA2 - 2002 para la prevención y control de infecciones de transmisión sexual, con el fin de recabar información de los conocimientos de la población a cerca de los temas concernientes a cada norma mencionada.

En el caso de que la paciente entrevistada no contará con la toma de Papanicolaou conforme a lo indicado en la NOM - 014 - SSA2 - 1994, se elaboró el formato correspondiente para el envío a Medicina Preventiva donde previo consentimiento de la participante fue tomada la prueba diagnóstica.

La aplicación de dichos instrumentos se llevó a cabo a partir del mes de abril de 2018 con un total de 3 meses de recolección de los datos y cumpliendo con la muestra establecida.

11.2 PROCEDIMIENTOS

Recolección de información:

Una vez obtenida la autorización por parte del Comité de Investigación de la Unidad de Medicina Familiar N°21, se procedió de manera ordenada y respetando los lineamientos éticos a recolectar la información.

Al contar con la información, se vertió en una base de datos en programa operativo SPSS; y se posteriormente se analizó de acuerdo con estadística descriptiva, una vez concluido el análisis se procedió a presentar los resultados obtenidos en forma de tesina a la directora de la unidad, así como al departamento de Coordinación en Investigación en Salud. Se le brindo asesoría y consejería para reducir al máximo áreas de oportunidad que modifiquen el uso de programas preventivos institucionales, si al momento de la aplicación del instrumento de recolección de datos tuvieron alguna duda las participantes.

Maniobras para evitar y controlar sesgo

Control de sesgos de información: Las entrevistadas no tuvieron conocimiento de la hipótesis de investigación ni el objetivo del protocolo, el instrumento se encontraba adecuadamente estructurado y fue claro para verter respuestas fidedignas.

Control de sesgos de selección: Se realizó una breve entrevista previa a la aplicación del instrumento de recolección, identificando que la paciente se encuentra en rango de edad, así como los criterios de inclusión y exclusión.

Control de sesgos de medición: El instrumento de recolección se encontraba apegado a las Normas Oficiales Mexicanas, el cual fue aplicado por el médico investigador de forma objetiva, con vocabulario claro, preciso y conciso.

Control de sesgos de recolección: Se registraron los datos correctamente en la base de datos estadística SPSS; se cotejaron los datos de las participantes con su cartilla nacional de salud.

Control se sesgos de análisis: Se registraron los datos correctamente y se analizaron de forma cautelosa y objetiva en la interpretación de datos.

12. ASPECTOS ESTADISTICOS

12.1 Muestreo:

Tipo de muestreo: Probabilístico.

12.2 Tamaño de Muestra.

$$n = \frac{N * Z^2_{\alpha/2} * p * q}{d^2 * (N-1) + Z^2_{\alpha/2} * p * q}$$

Donde:

N = 32 474 Mujeres en edad fértil adscritas a la Unidad de Medicina Familiar N°21.
 $Z^2_{\alpha/2}$ = Área bajo la curva de lo normal para un nivel de confiabilidad de 95% = 1.96.

d = Margen de error de 5% (valor estándar de 0.05)

p = 0.477 Prevalencia estimada

q = 1-0.477 = 0.523

Resolviéndose de la siguiente manera:

$$n = \frac{[32474 * 1.96^2] * [0.477 * 0.523]}{[(0.05)^2 * (32474-1)] + [1.96^2 * 0.477 * 0.523]}$$

$$n = \frac{[124,752.1184] * [0.249471]}{[81.1825] + [0.958367]}$$

$$n = \frac{31,122.035729}{82.140867} = 378.88$$

Análisis estadístico

La presentación de resultados obtenidos se utilizó estadística descriptiva en la cual se reportaron por medio de cuadros y gráficos, con el uso del programa SPSS. Para variables de tipo cualitativo como Estado civil, escolaridad, razones por las cuales no se realizan Papanicolaou, uso de método de planificación familiar en la primera relación sexual, uso de método de planificación familiar actual, conocimiento del uso del Papanicolaou, conocimiento de métodos de planificación familiar y conocimiento de infecciones de transmisión sexual se analizaron por medio de frecuencias y porcentajes. Mientras que para las variables cualitativas (edad, inicio de vida sexual activa, número de parejas sexuales, gestas, paras, cesáreas, abortos) se presentaron por medio de medias y medidas de tendencia central con rango intercuartilar por ser de libre distribución. Se utilizó la prueba X^2 para determinar la existencia de diferencias entre los grupos de mujeres que contaban con toma de papanicolaou y aquellas que no lo habían realizado, considerando significativo un valor de $p < 0.05$.

13. ASPECTOS ÉTICOS

Se considera la presente investigación como de bajo riesgo y se adecua a las recomendaciones para investigación biomédica de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial que establece las normas académicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Se aplicará un cuestionario previamente realizado el cual contiene datos sociodemográficos del paciente, un instrumento basado en NOM - 014 - SSA2 - 1994, NOM - 005 - SSA2 - 1993 y NOM - 039 - SSA2 - 2002, el cual se estructuró para su aplicación en la población femenina en edad fértil con vida sexual activa adscritas a la Unidad de Medicina Familiar N° 21 del IMSS perteneciente a la Delegación 4 Sur ubicada en el Distrito federal, para determinar la prevalencia entre el inicio de vida sexual activa y realización del Papanicolaou.

Para que un paciente sea incluido en el presente estudio, es indispensable que lo haga de manera voluntaria y formalice su aceptación con la firma del consentimiento informado (Ver Anexos), previa información y aclaración de dudas sobre las características de la investigación; proceso realizado por el investigador. En todo momento de la investigación se tomarán las medidas necesarias para respetar la privacidad del paciente (la información del trabajo solo será conocida por los investigadores; se mantendrán en custodia a través del acceso restringido y el uso de códigos para respetar privacidad, estrictamente anónima y respetando los principios fundamentales de respeto a las personas, beneficencia, justicia, no maleficencia).

Los procedimientos propuestos anteriormente están de acuerdo con el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud y con la

declaración Helsinki de 1975 enmendada en 1989 y Códigos y Normas internacionales vigentes de las buenas prácticas de la investigación clínica. Se apega, a las normas y reglamentos institucionales. La seguridad y el bienestar de los pacientes se respetarán cabalmente de acuerdo con los principios contenidos en el código de Núremberg, la declaración de Helsinki, la enmienda de Tokio, el informe Belmonte, el código de reglamentos federales de Estados Unidos Mexicanos.

14. RECURSOS

Los procedimientos de la investigación serán efectuados por personas calificadas y competentes desde el punto de vista clínico. La responsabilidad del estudio recae en el investigador principal, quien cuenta con los recursos técnicos y científicos para hacerlo clínicamente competente.

Recursos humanos.

- Pacientes deseen y acepten participar en estudio.
- El propio investigador.
- Asesores metodológicos.

Recursos físicos y materiales.

- Computadora y papelería de oficina.
- Software Windows, paquete estadístico.
- Cuestionario creado en base a NOM - 014 - SSA2 -1994, NOM - 005 - SSA2 - 1993 y NOM - 039 - SSA2 - 2002 y base de datos.

Recursos financieros.

Financiado por el propio investigador.

15. FACTIBILIDAD

Utilizando los recursos humanos y materiales designados en la Unidad de Medicina Familiar N° 21 con respecto al programa de detección oportuna de cáncer cervicouterino, e implementando el uso de un instrumento basado en la NOM - 014 - SSA2 - 1994, se busca reducir el tiempo entre el inicio de vida sexual activa y la toma de Papanicolaou, así como brindar información de la importancia de su aplicación y hacer conciencia dentro de nuestra población en riesgo de la gran relevancia de un tamizaje oportuno, así como de disminuir en la mayor medida de lo posible la falta de información y mitos sobre la toma de citología cervical.

16. DIFUSIÓN

A través de invitación directa por el personal implicado y con apoyo de los médicos de la unidad se brindará información a las mujeres de entre 14 a 45 años con vida sexual activa para la participación de la investigación presente, así como despejar sus dudas y apoyados en el servicio de medicina preventiva para la toma de citología vaginal. Se brindará la información obtenida al área de epidemiología y medicina preventiva de la unidad, así como a todo el personal médico con la finalidad de reducir la brecha entre el inicio de vida sexual y la toma de citología vaginal, brindando el seguimiento adecuado y pertinente.

17. TRASCENDENCIA

El presente estudio ayudara a la reducción en la prevalencia de mujeres que cuentan con vida sexual activa sin toma de Papanicolaou oportuna; interviniendo de manera directa en dicha población para determinar el grado de conocimiento sobre la prueba y haciendo hincapié en la importancia de realizarla, con la ayuda del instrumento de evaluación, y que a su vez será de ayuda para determinar qué tipo de información es la causante del pobre apego al programa institucional para el diagnóstico oportuno de cáncer cervicouterino, pudiendo resolver y despejar las dudas de las usuarias de forma personalizada.

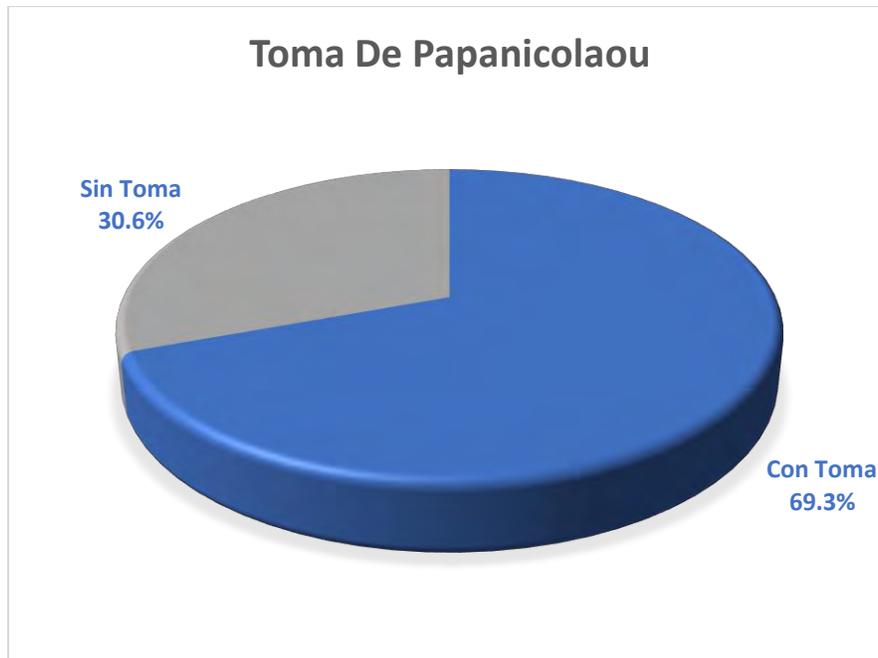
18. RESULTADOS

Se incluyeron un total de 379 pacientes. En la tabla 1 se describen las características generales de la población incluidas edad, estado civil, escolaridad, antecedentes gineco – obstétricos y presencia de comorbilidades. Se encontró que la mediana de edad de las participantes fue de 30 años, (RIC 23, 38). El estado civil que prevaleció fue soltera con 108 (28.4%) participantes. Dentro del nivel de estudios que se encontró con mayor frecuencia fue el bachillerato con 118 (31.1%) participantes. Con respecto a los antecedentes gineco – obstétricos la mediana de edad para menarca fue de 12 años, (RIC 11, 13), con una mediana de edad para el inicio de vida sexual activa de 19 años, (RIC 16, 26). Se determinó que la mediana de número de parejas sexuales en nuestra población fue de 3, (RIC 2, 5).

TABLA 1. GENERALIDADES DE LA POBLACIÓN				
VARIABLE	MEDIANA	RIC	FRECUENCIA	%
Edad (años)	30	23, 38		
Estado civil				
Soltera			108	28.4
Casada			106	27.9
Divorciada			41	10.8
Viuda			10	2.6
Unión libre			83	21.8
Otro			31	8.2
Escolaridad				
Analfabeta			8	2.1
Primaria			50	13.2
Secundaria			72	18.9
Bachillerato			118	31.1
Licenciatura			89	23.4
Posgrado			42	11.1
Antecedentes Gineco-obstétricos				
Menarca (años)	12	11, 13		
Inicio de Vida Sexual Activa (años)	19	16, 26		
Número de Parejas Sexuales	3	2, 5		
Número de embarazos	1	0, 2		
Toma de papanicolaou				
Sin toma de PAP			116	30.6
Con toma de PAP			263	69.3
Comorbilidades				
Tabaquismo activo			173	45.6

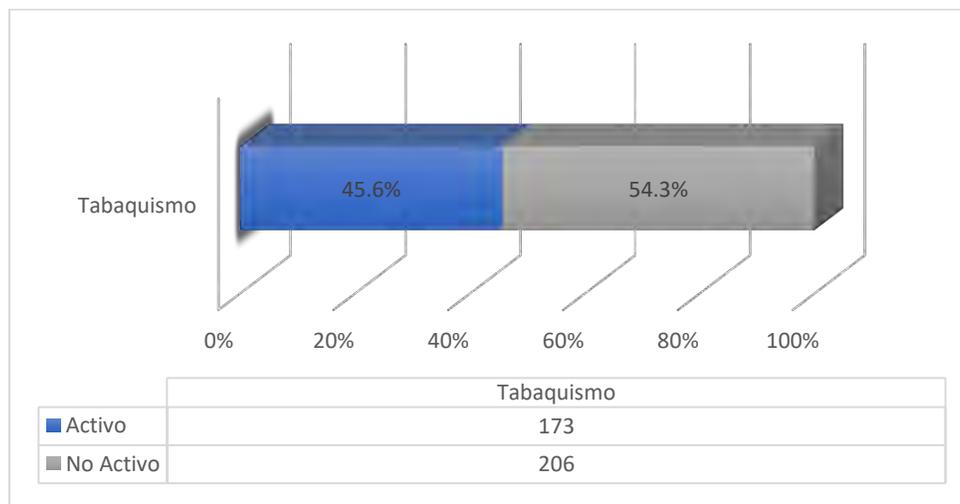
Fuente: Prevalencia de mujeres entre 14 a 45 años con vida sexual activa sin toma de Papanicolaou en la UMF 21. Hugo Nogueroń Castañeda.

Se encontró que únicamente 263 (69.3%) participantes ya se habían realizado su papanicolaou al momento del estudio, mientras que 116 (30.6%) de las pacientes aún no se realizaban el papanicolaou (Gráfica 1).



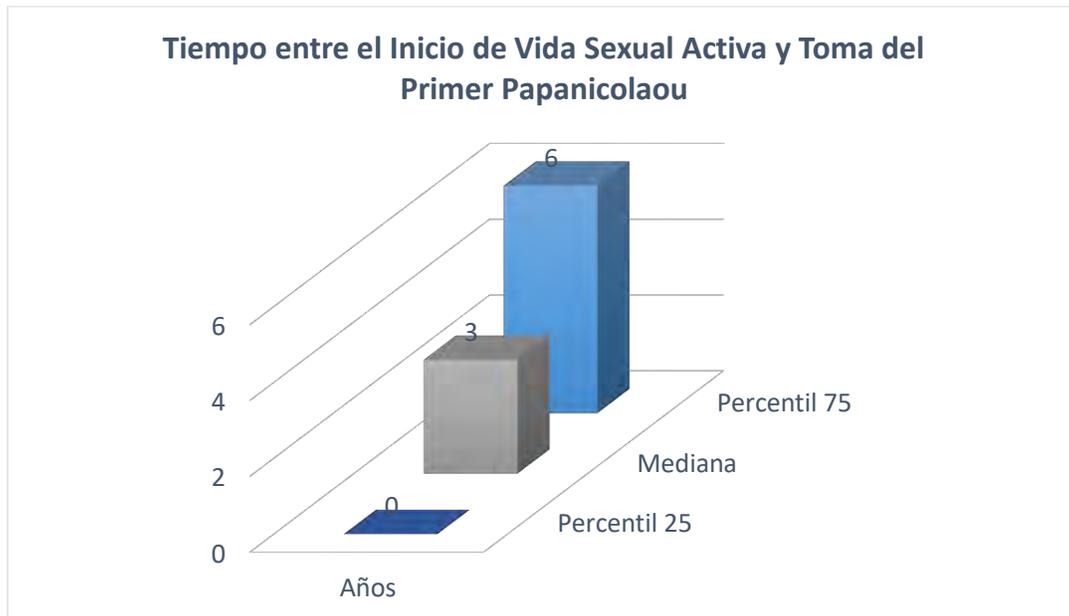
Gráfica 1. Toma de Papanicolaou en la población de la UMF 21. Fuente: Prevalencia de mujeres entre 14 a 45 años con vida sexual activa sin toma de Papanicolaou en la UMF 21. Hugo Noguerrón Castañeda.

En cuanto a la presencia de comorbilidades se encontraron 173 (45.6%) participantes con tabaquismo activo. (Gráfica 2).



Gráfica 2. Comorbilidades. Fuente: Prevalencia de mujeres entre 14 a 45 años con vida sexual activa sin toma de Papanicolaou en la UMF 21. Hugo Noguerrón Castañeda.

La mediana de edad entre el inicio de vida sexual activa y toma de papanicolaou fue de 3 años, (RIC 0, 5). (Gráfica 3).



Gráfica 3. Tiempo entre el Inicio de Vida Sexual Activa y Toma de Primer Papanicolaou. Fuente: Prevalencia de mujeres entre 14 a 45 años con vida sexual activa sin toma de Papanicolaou en la UMF 21. Hugo Noguerrón Castañeda.

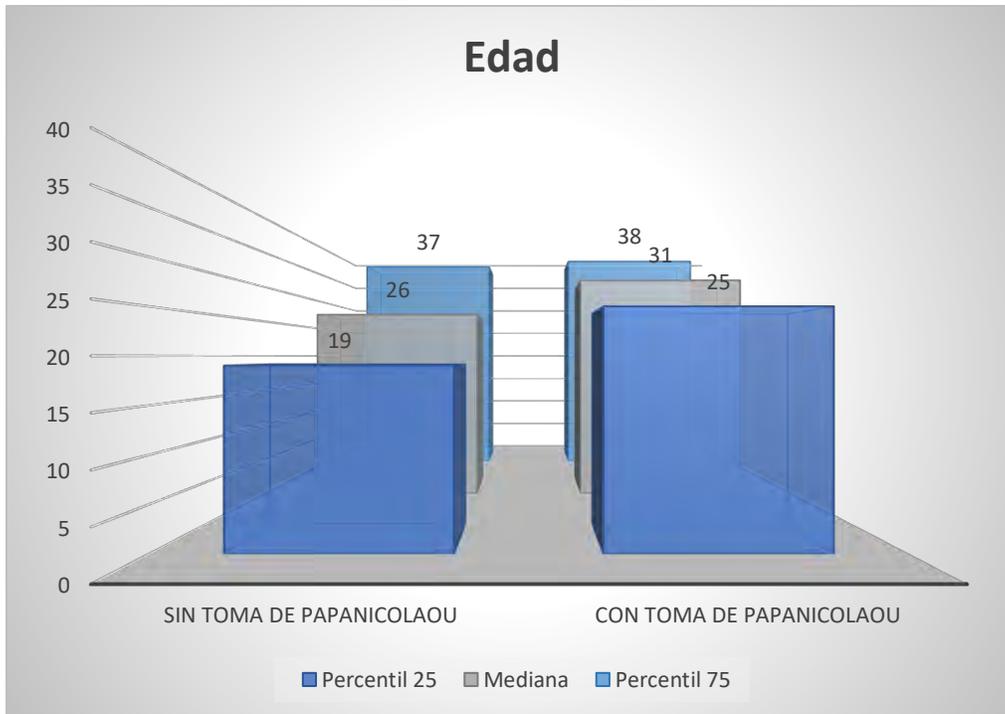
La tabla 2 muestra la diferencia entre las características que presentan las participantes con toma de papanicolaou en contraste con las participantes que no contaban con dicho estudio.

Se determinó que la mediana de edad para las participantes sin toma de papanicolaou fue de 26 (RIC 19, 37), en contraste con las pacientes que si contaban con la toma de papanicolaou en donde la mediana de edad fue de 31 (RIC 25, 38), con una diferencia de 5 años ($p < 0.05$). (Gráfica 4).

TABLA 2. DIFERENCIAS COMPARATIVAS

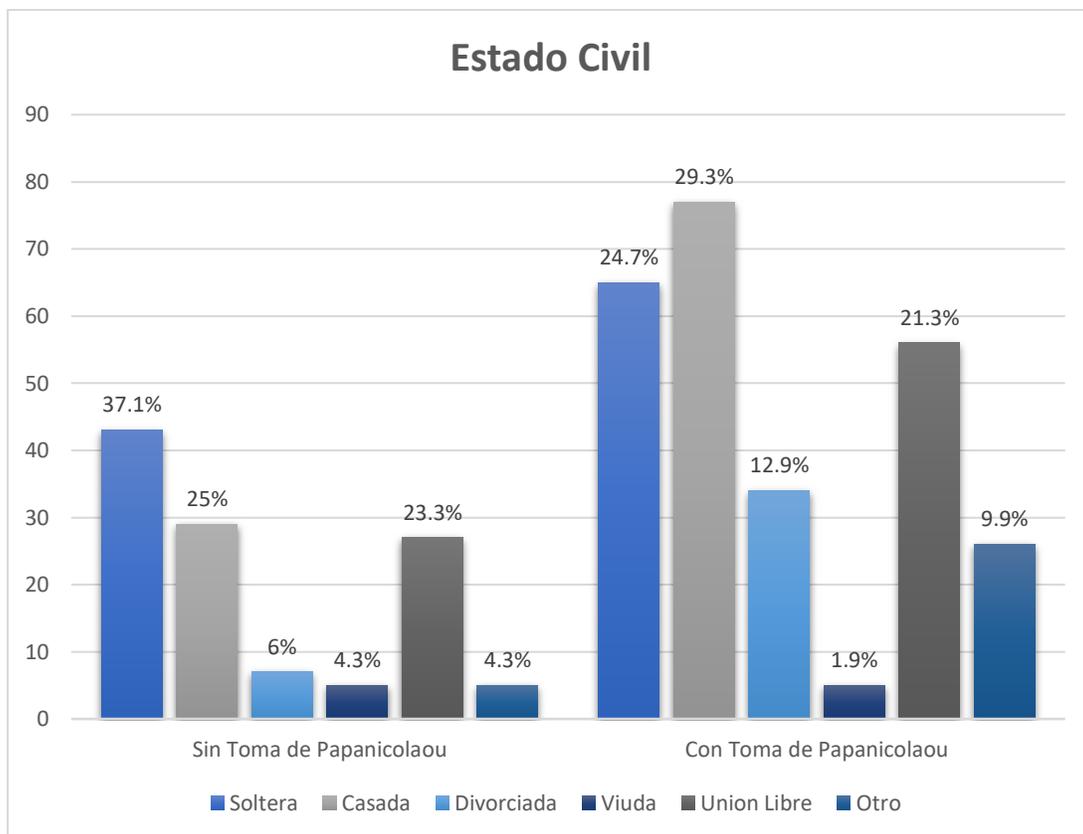
	<i>Sin toma</i>		<i>Con toma</i>		<i>P</i>
	<i>N= 116</i>		<i>N= 263</i>		
	Mediana	RIC	Mediana	RIC	
Edad (años)	26	19, 37	31	25, 38	0.001
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Estado civil					
Soltera	43	37.1	65	24.7	
Casada	29	25	77	29.3	
Divorciada	7	6	34	12.9	
Viuda	5	4.3	5	1.9	
Unión libre	27	23.3	56	21.3	
Otro	5	4.3	26	9.9	
	Mediana	RIC	Mediana	RIC	
NPS	3	2, 5	3	2, 5	0.935
IVSA (años)	18	15, 26	20	17, 26	0.012
Tiempo entre IVSA y toma de PAP (años)		NA	3	2, 6	0.001
Edad de toma de PAP		NA	25	20, 31	0.001

Tabla 2. Diferencias comparativas entre pacientes con y sin toma de Papanicolaou. Fuente: Prevalencia de mujeres entre 14 a 45 años con vida sexual activa sin toma de Papanicolaou en la UMF 21. Hugo Noguerrón Castañeda.



Gráfica 4. Edad comparativa entre grupos de acuerdo a . Fuente: Prevalencia de mujeres entre 14 a 45 años con vida sexual activa sin toma de Papanicolaou en la UMF 21. Hugo Noguerrón Castañeda.

Se encontró que para las participantes sin toma de papanicolaou el estado civil que más prevaleció fue soltera con 43 (37.1%) participantes, mientras que para las pacientes que si contaban con toma de papanicolaou el estado civil que más prevaleció fue casadas con 77 (29.3%). (Gráfica 5).



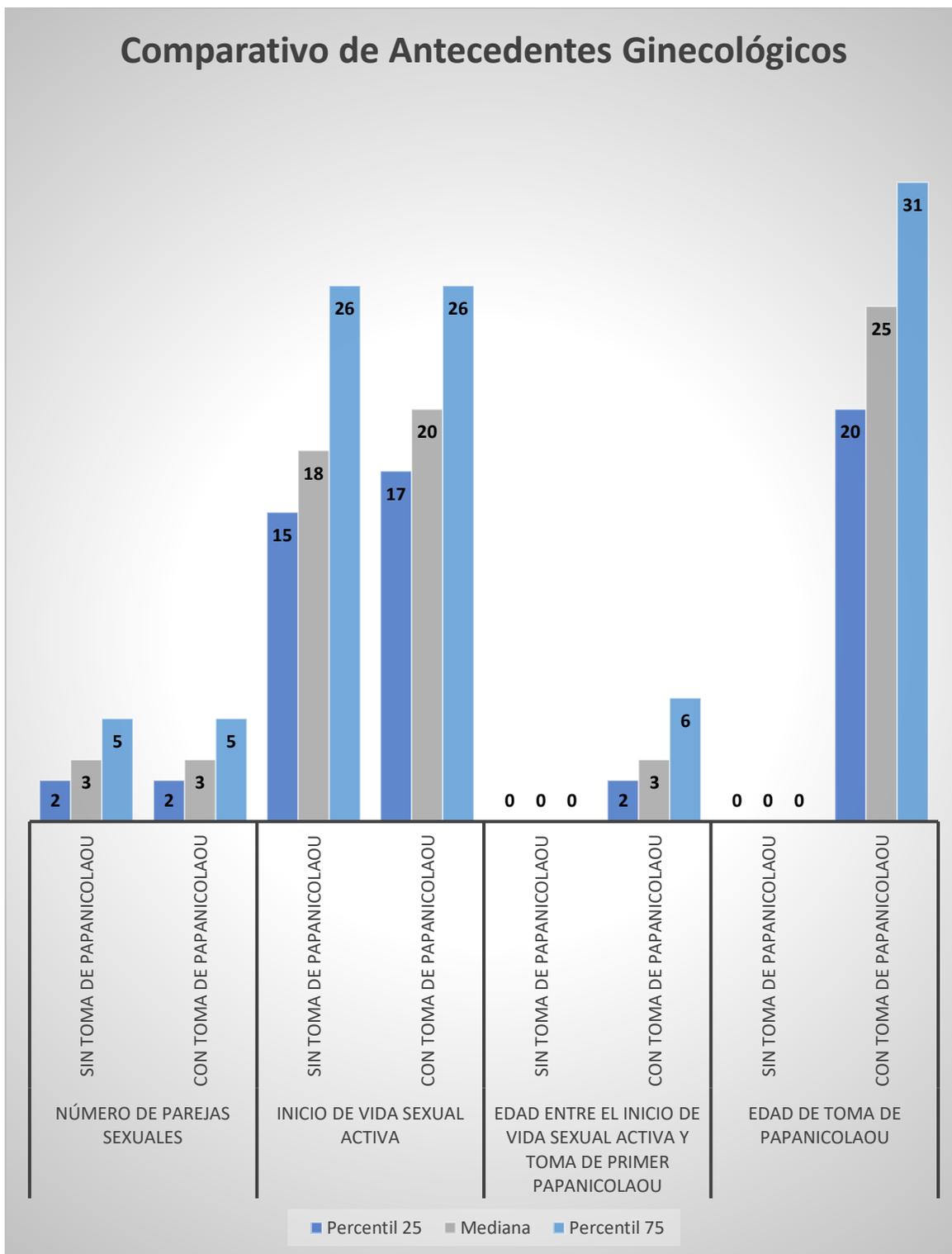
Gráfica 5. Estado Civil comparativo de acuerdo con la toma de Papanicolaou. Fuente: Prevalencia de mujeres entre 14 a 45 años con vida sexual activa sin toma de Papanicolaou en la UMF 21. Hugo Noguerrón Castañeda.

Con respecto al número de parejas sexuales se encontró que la mediana para ambos grupos fue 3 (RIC 2, 5).

Para la variable de inicio de vida sexual activa en el grupo sin toma de papanicolaou la mediana de edad fue 18 (RIC 15, 26), comparado con el grupo con toma de papanicolaou donde la mediana fue de 20 (RIC 17, 26), con una diferencia de 2 años ($p=0.12$).

Se encontró que la mediana del tiempo entre IVSA y toma de papanicolaou fue de 3 años (RIC 2, 6), la mediana de edad de la toma del papanicolaou fue de 25 años (RIC 20,31). (Gráfica 6).

Comparativo de Antecedentes Ginecológicos



Gráfica 6. Comparación de Antecedentes Ginecológicos entre ambos grupos. Fuente: Prevalencia de mujeres entre 14 a 45 años con vida sexual activa sin toma de Papanicolaou en la UMF 21. Hugo Noguerrón Castañeda.

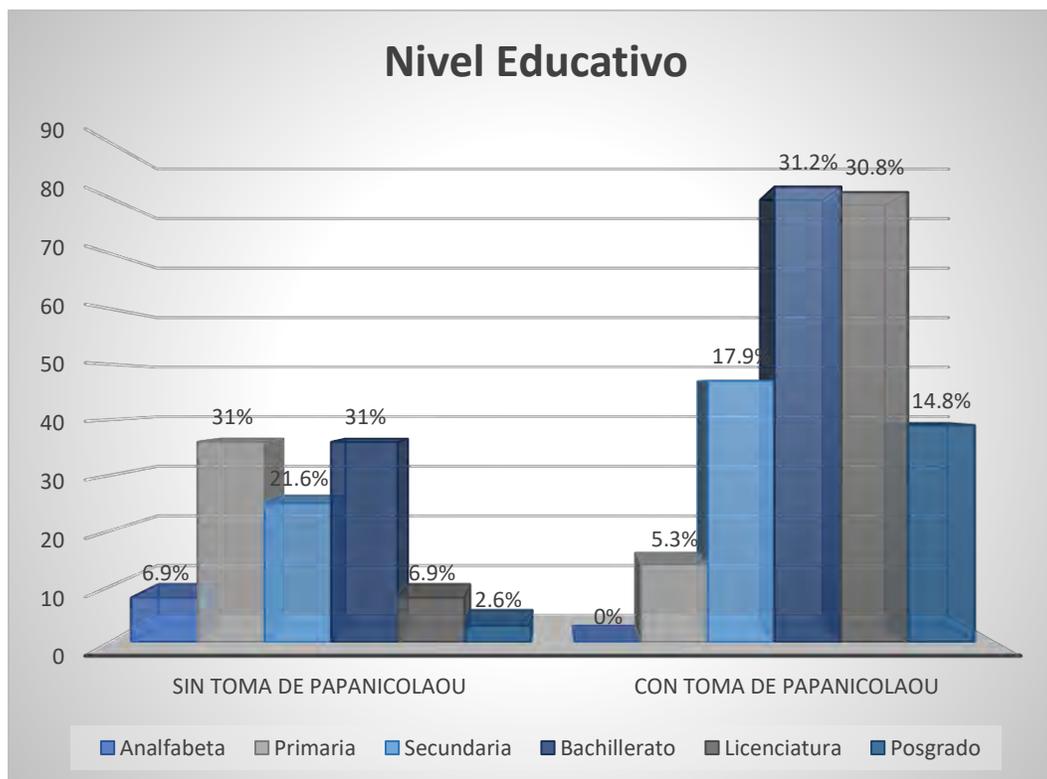
En la tabla 3 se muestra el nivel educativo, así como, el conocimiento sobre la toma de papanicolaou, y el motivo por el cual no se realizó el estudio.

TABLA 3. NIVEL EDUCATIVO Y TOMA DE PAPANICOLAOU

	<i>Sin toma de PAP</i>		<i>Con toma de PAP</i>	
	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>
<i>Escolaridad</i>				
Analfabeta	8	6.9	0	0
Primaria	36	31	14	5.3
Secundaria	25	21.6	47	17.9
Bachillerato	36	31	82	31.2
Licenciatura	8	6.9	81	30.8
Posgrado	3	2.6	39	14.8
<i>Conocimiento de la utilidad del Papanicolaou</i>				
Sin conocimiento	71	61.2	35	13.3
Con conocimiento	45	38.8	228	86.7
<i>Razón por la que no se realiza Papanicolaou</i>				
No me interesa	51	44	14	5.3
Es doloroso	12	10.3	108	41.1
Es vergonzoso	41	35.3	113	43
A mi pareja no le parece correcto	12	10.3	28	10.6

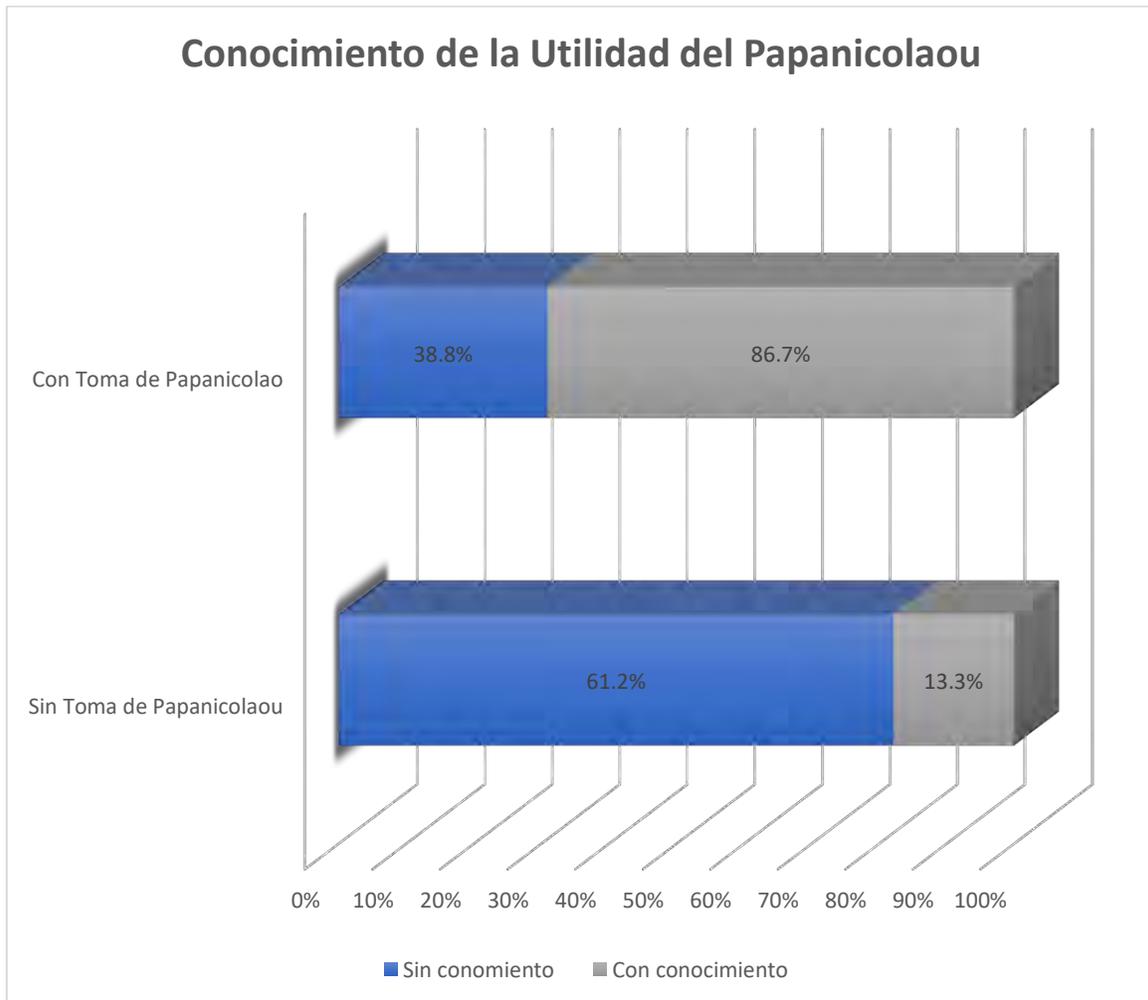
Tabla 3. Nivel educativo y de conocimiento sobre el Papanicolaou. Fuente: Prevalencia de mujeres entre 14 a 45 años con vida sexual activa sin toma de Papanicolaou en la UMF 21. Hugo Noguerrón Castañeda.

Dentro del grupo de participantes sin toma de papanicolaou el grado de estudios con mayor número de participantes fue primaria y bachillerato con 72 (62%) participantes. El grado de estudios que se presentó con mayor frecuencia en el grupo de pacientes con toma de PAP fue bachillerato con 82 (31.2%) participantes (Gráfica 7).



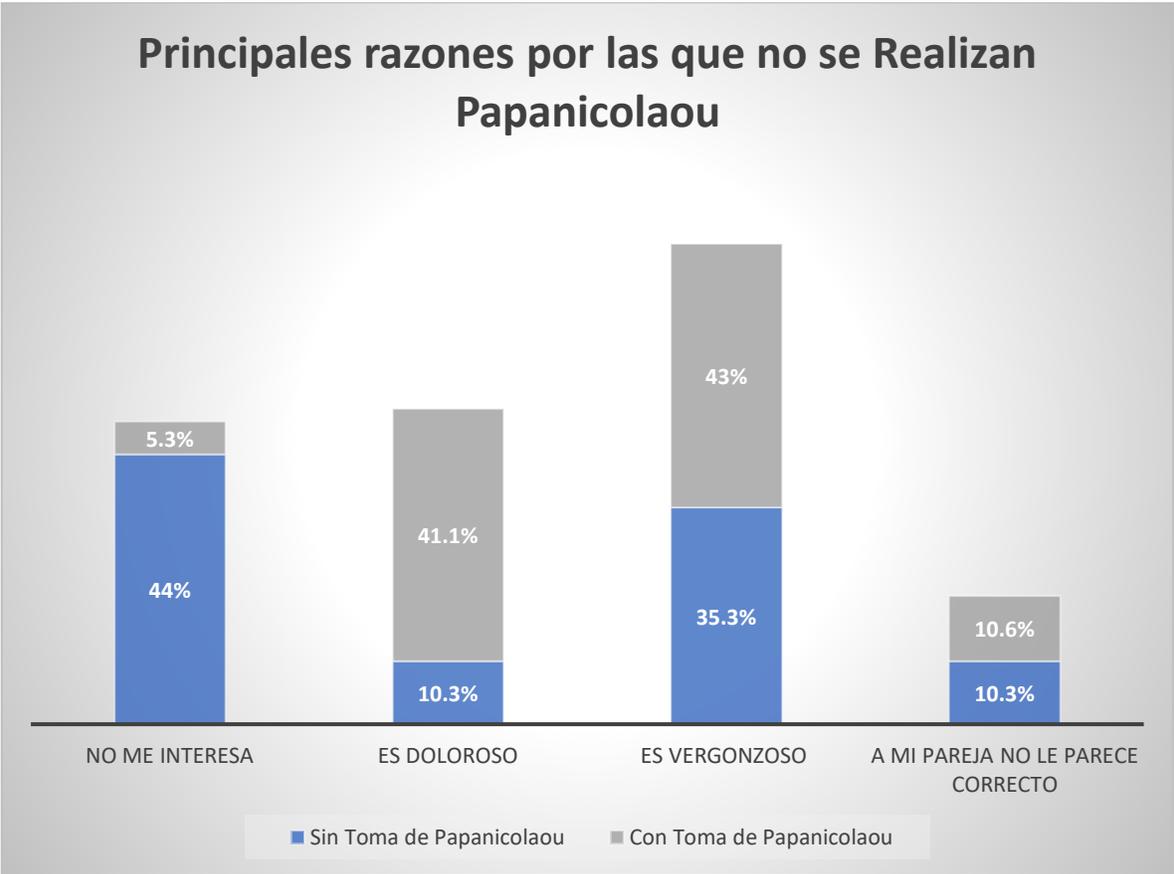
Gráfica 7. Nivel educativo y toma de Papanicolaou. Fuente: Prevalencia de mujeres entre 14 a 45 años con vida sexual activa sin toma de Papanicolaou en la UMF 21. Hugo Nogueroń Castañeda.

Para la variable de, conocimiento de la utilidad del PAP, se encontró que 71 (61.2%) participantes desconocen la utilidad de dicho estudio. Se determinó que la mayoría de las pacientes conocían la utilidad del PAP con 228 (86.7%) participantes que se habían realizado el mismo.



Gráfica 8. Conocimiento de la utilidad del Papanicolaou. Fuente: Prevalencia de mujeres entre 14 a 45 años con vida sexual activa sin toma de Papanicolaou en la UMF 21. Hugo Noguerrón Castañeda.

Dentro de las razones más comunes por las que no se realizaron el PAP fueron el nulo interés con 51 (44%) participantes que no contaban con dicho estudio. Por el contrario, de las participantes que contaban con citología cervical comentaron que las razones por las cuales en alguna ocasión no se lo hacían es por vergüenza con 113 (43%) (Gráfica 9).



Gráfica 9. Principales razones por las cuales no se realizan Papanicolaou. Fuente: Prevalencia de mujeres entre 14 a 45 años con vida sexual activa sin toma de Papanicolaou en la UMF 21. Hugo Noguerrón Castañeda.

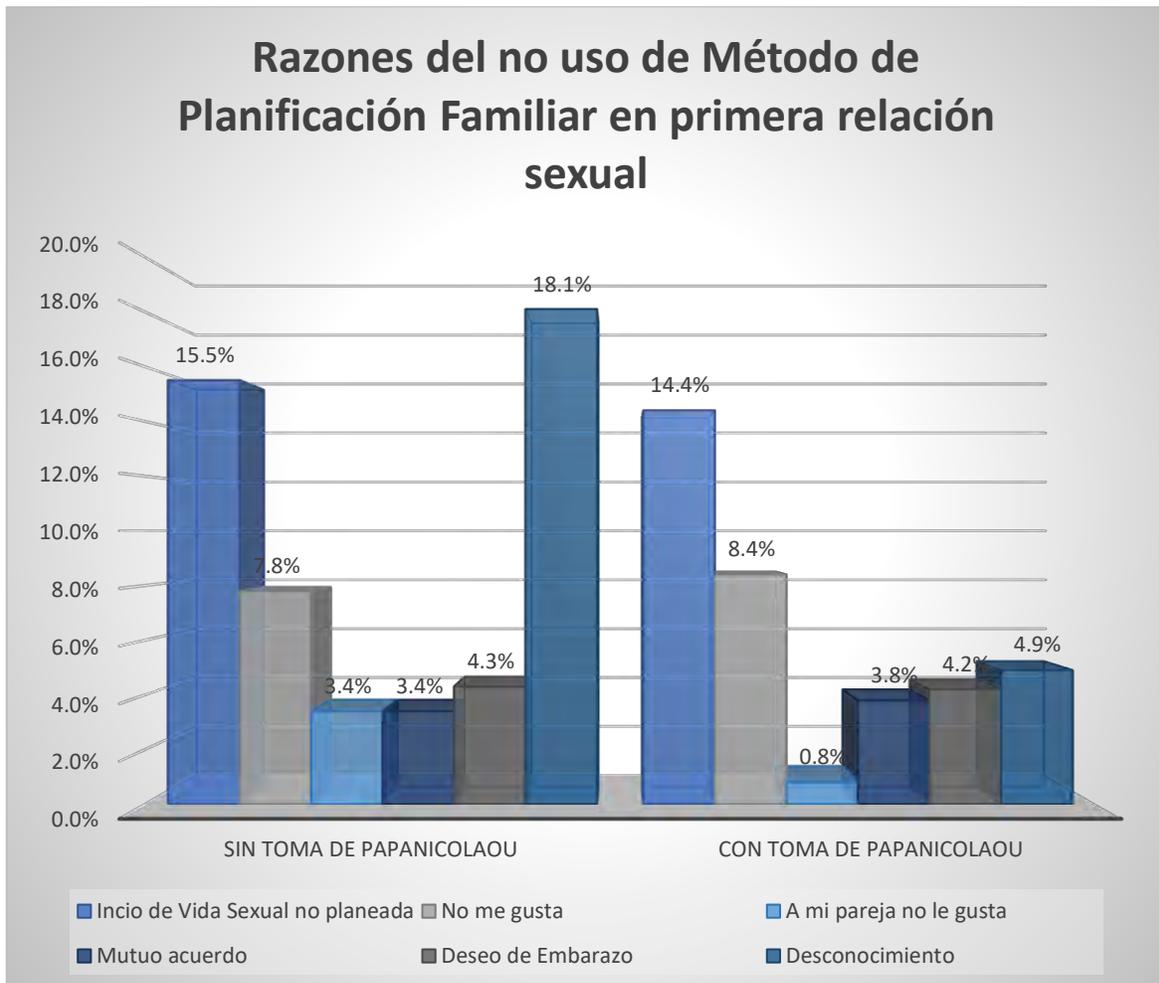
En la Tabla 4, se muestra de forma comparativa el uso y conocimiento de métodos de planificación familiar obteniendo que durante la primera relación sexual el grupo que no contaba con la toma de papanicolaou 62 (53.4) no utilizaron ninguno, mientras que de las participantes que si se habían realizado papanicolaou 158 (60.1) si utilizaron algún tipo de protección. Observando mayor uso del preservativo para ambos grupos 49 (42.2) y 133 (50.6) respectivamente.

Tabla 4. Uso y Conocimiento de Métodos de Planificación Familiar

	<i>Sin Toma de Papanicolaou</i>		<i>Con Toma de Papanicolaou</i>	
	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>
<i>Uso de Método de planificación familiar en primera relación sexual</i>				
Si	54	46.6	158	60.1
No	62	53.4	105	39.9
<i>Método de Planificación Familiar Utilizado</i>				
Preservativo	49	42.2	133	50.6
DIU T de cobre	2	1.7	6	2.3
DIU Hormonal	1	0.9	6	2.3
Hormonal oral	2	1.7	8	3
Hormonal inyectable	0	0	1	0.4
Hormonal subdérmico	0	0	3	1.1
Hormonal parche	0	0	1	0.4
Definitivos	0	0	0	0
Otros	0	0	0	0
<i>Razones por las cuales no utilizo método de planificación familiar</i>				
Activa				
No planeado Inicio de Vida Sexual	18	15.5	38	14.4
No me gusta	9	7.8	22	8.4
A ni pareja no le agrada	4	3.4	2	0.8
Mutuo acuerdo	4	3.4	10	3.8
Deseo de embarazo	5	4.3	11	4.2
Desconocimiento	21	18.1	13	4.9
<i>Grado de Conocimiento sobre Métodos de Planificación Familiar</i>				
Nada	18	15.5	12	4.6
Poco	45	38.8	82	31.2
Regular	46	39.7	121	46
Mucho	7	6	48	18.3

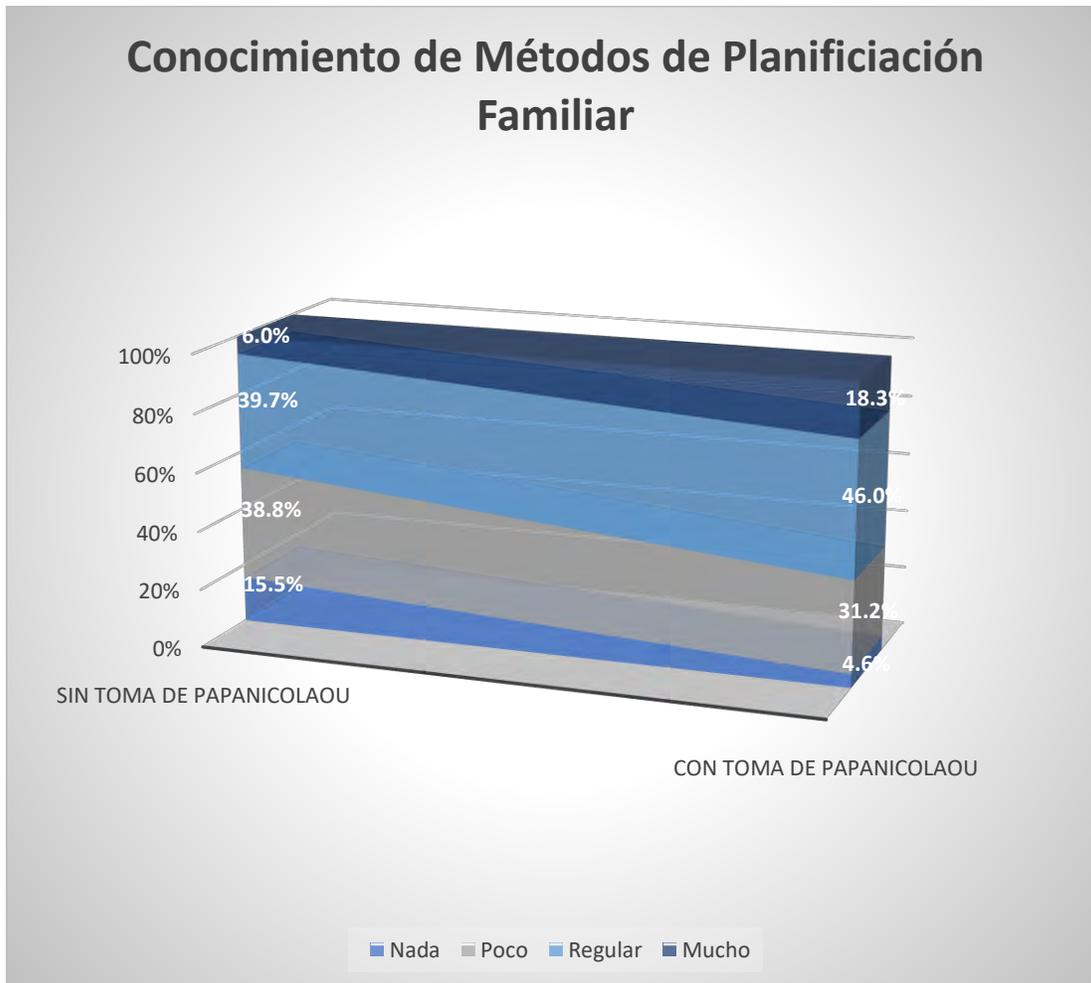
Tabla 4. Uso y Conocimiento sobre Métodos de Planificación Familiar. Fuente: Prevalencia de mujeres entre 14 a 45 años con vida sexual activa sin toma de Papanicolaou en la UMF 21. Hugo Nogueroń Castañeda.

De las participantes con respuesta a nulo uso de método de planificación familiar en primera relación sexual, sus razones principales se determinó el desconocimiento para el grupo que no contaba con papanicolaou 21 (18.1), mientras que aquellas con toma de papanicolaou mencionaron inicio de vida sexual no planeado con 38 (14.4) (Gráfica 10).



Gráfica 10. Razones por las cuales no utilizaron Método de Planificación Familiar en su primera relación sexual. Fuente: Prevalencia de mujeres entre 14 a 45 años con vida sexual activa sin toma de Papanicolaou en la UMF 21. Hugo Noguérón Castañeda.

El conocimiento de métodos de planificación familiar en el grupo de estudio se refirió con un nivel regular siendo para aquellas sin papanicolaou 46 (39.7) y para aquellas con toma de papanicolaou 121 (46) (Grafica 11).



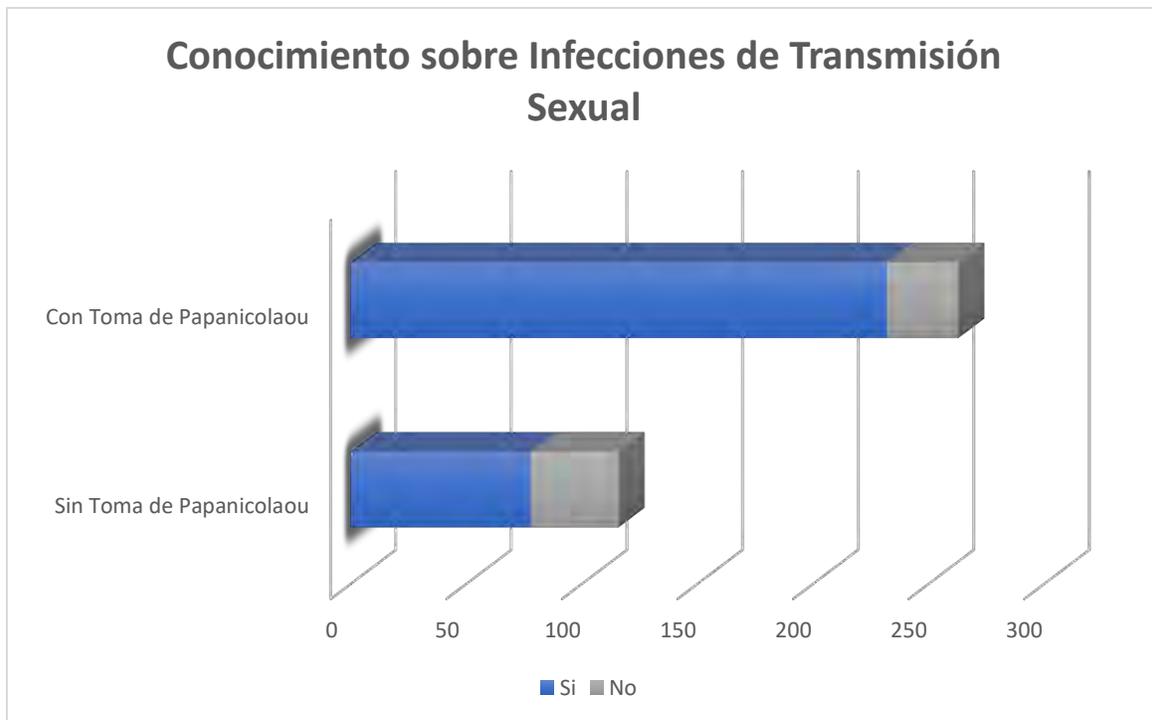
Gráfica 11. Grado de conocimiento sobre Método de Planificación Familiar. Fuente: Prevalencia de mujeres entre 14 a 45 años con vida sexual activa sin toma de Papanicolaou en la UMF 21. Hugo Noguerrón Castañeda.

En la tabla 5 se muestran las diferencias entre la población con respecto al conocimiento e incidencia de infecciones de transmisión sexual, destacando que el grupo de participantes que contaban con toma de Papanicolaou mostro mayor conocimiento 232 (61.2), así mismo en este grupo se presento mayor incidencia en haber cursado con infecciones venéreas 22 (5.8). (Gráficas 11 y 12).

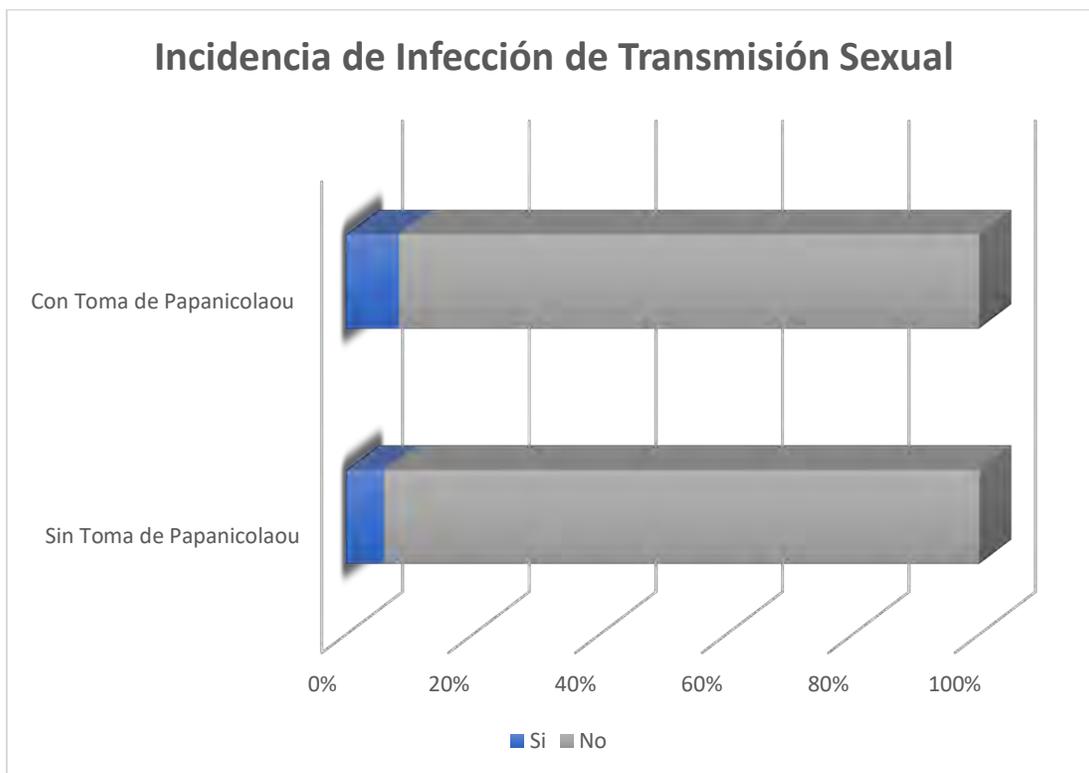
Tabla 5. Conocimiento e Incidencia de Infecciones de Transmisión Sexual

	Sin Toma de Papanicolaou		Con Toma de Papanicolaou	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Conocimiento de Infecciones de Transmisión Sexual				
Si	78	20.5	232	61.2
No	38	10	31	8.1
Ha presentado Infecciones de Trasmisión Sexual				
Si	7	1.8	22	5.8
No	109	28.7	241	63.5

Tabla 5. Conocimiento e Incidencia de Infecciones de Transmisión Sexual. Fuente: Prevalencia de mujeres entre 14 a 45 años con vida sexual activa sin toma de Papanicolaou en la UMF 21. Hugo Noguerrón Castañeda.



Gráfica 11. Conocimiento de Infecciones de Transmisión Sexual. Fuente: Prevalencia de mujeres entre 14 a 45 años con vida sexual activa sin toma de Papanicolaou en la UMF 21. Hugo Nogueroń Castañeda.



Gráfica 12. Incidencia de Infecciones de Transmisión Sexual. Fuente: Prevalencia de mujeres entre 14 a 45 años con vida sexual activa sin toma de Papanicolaou en la UMF 21. Hugo Nogueroń Castañeda.

19. DISCUSIÓN

De los resultados obtenidos en la presente investigación se logró determinar que la prevalencia de mujeres con vida sexual activa sin toma de Papanicolaou en la Unidad de Medicina Familiar 21 fue menor en 1.5 veces, comparado con lo publicado por Lindaldi F., Hernández L., Apresa T., Hernández D, et al, así como Ehrenzweig Y., Marván M. y Acosta E, el cual puede presentar dicha variación debido a que en ambos estudios el número de muestra fue distinto, además de que las características generales de la población difieren por la región geográfica en la cual se llevó a cabo, así como que sus investigaciones se centraron en el actuar del médico familiar con respecto a los indicadores institucionales para el cumplimiento o falla en los mismos. En cuanto a las similitudes con los resultados previamente reportados fue el grado de conocimiento de la prueba y los factores que influyen en la toma de esta, siendo el de mayor importancia la falta de información, seguidos del pobre interés y de la idiosincrasia propia de las participantes, así como de las expectativas o experiencia previa en el momento de la toma.

El conocimiento de la prueba juega un papel fundamental dentro de la realización oportuna, como se muestran en los resultados obtenidos en el presente estudio y que son similares en lo reportado por Arguero B., García L., Álvarez M., Montañó C., Duran A. y Contreras R., Magaly A., Jiménez E., Gallegos R., Xequé A., Palomé G., García A., indicando que aquellas participantes que contaban con un nivel escolar medio o alto, acudían a valoración, considerando la prueba de gran importancia, sin embargo a diferencia de los estudios previos, en la población que se estudio dentro de la Unidad de Medicina Familiar 21 de las pacientes que refirieron conocer la utilidad de la prueba un tercio de ellas al hacer la pregunta dirigida , refirió el diagnóstico de infecciones de transmisión sexual; además de desconocer el tiempo de seguimiento, siendo un factor crucial dentro de la detección de infección por virus de papiloma humano y que por los cambios en el estilo de vida, individual, familiar y social, viéndose reflejado en calendario de vida sexual, siendo menor la edad de primer coito descrito previamente por Allen B, Villalobos A, Hernández M, Suárez L, et al. y por Sam S., Osorio M., Rodríguez R., Pérez N., siendo semejantes las cifras obtenidas en el presente estudio, al igual que el uso de métodos de planificación familiar y siendo la Ciudad de México de las que encabezan la lista concordando con lo publicado en los resultados de las encuestas ENSANUT.

Aun cuando no se logra cumplir con las metas establecidas, la prevalencia obtenida favorece a la disminución en la incidencia de cáncer cervicouterino en la población blanco y contribuye a incidir con las metas planteadas por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud consideradas en la Cumbre Mundial del Cáncer llevada a cabo en Melbourne Australia en 2014.¹ Que son reflejo de son las diversas estrategias que han implementado los sistemas de salud de nuestro país, basados en el cumplimiento del Plan Nacional de Desarrollo que actual, aun con grandes deficiencias como lo reportan Hidalgo A., ayudando a

determinar cuáles son las posibles causas de la pobre cobertura a nivel de la Unidad de Medicina Familiar 21.

De acuerdo a las diversas normativas y guías establecidas para el inicio y seguimiento de la toma de Papanicolaou en la población de riesgo, establece cierto rango de edad y tiempo posterior a el inicio de vida sexual activa, el resultado mostrado en este estudio fue que de las pacientes que contaban con la toma de citología vaginal mas de la mitad cumplían con el tiempo establecido, sin embargo de aquellas que refirieron nunca haber realizado la prueba de tamizaje el tiempo transcurrido oscila de meses hasta un total de 11 años mostrando similitud reportada en el estudio realizado por Ehrenzweig Y., Marván M. y Acosta E., aun cuando la población de estudio fue menor a la del presente.

Las principales limitaciones del estudio radicarón en el uso de cuestionario de recolección de datos únicamente basado en parámetros de las distintas Normas Oficiales Mexicanas y que sus variables a determinar se trataban de tipo cualitativo de las cuales su resultado depende completamente de la honestidad y lo verosímil que las participantes emitían su respuesta.

Dentro de las fortalezas del estudio, se encuentran la supervisión y aclaración de dudas de las participantes por parte del entrevistador, evitando de esta manera la presencia y reducción de sesgos.

La población de riesgo que puede desarrollar cáncer cervicouterino se ha visto modificada por los diversos cambios en el estilo de vida y comportamiento sexual, por lo que es importante determinar estrategias encaminadas en la prevención, ya que al existir lesiones premalignas que regularmente son asintomáticas y que como se ha reportado por diversos autores como Tamayo L., Gil P., Tamayo L, y que la mayor parte de los afectados son adolescentes y adultos jóvenes, es necesario plantear estrategias dirigidas a ellos, además de poder realizar investigaciones futuras de tipo prospectivo, de forma que se pueda documentar la importancia del conocimiento y tiempo de seguimiento del tamizaje oportuno.

20. CONCLUSIÓN

A pesar de que se presentó una menor prevalencia de participantes con vida sexual activa, sin toma de Papanicolaou, dentro de la población de muestra en la Unidad de Medicina Familiar 21, es necesario reforzar las estrategias educativas a la población, desde la adolescencia y que, apoyados por la vacunación contra el virus del papiloma humano, se puede llegar a la reducción en la tasa de mortalidad tratando de igualar a la de los países desarrollados e incidir de forma directa en los indicadores y de esta forma disminuir el problema de salud pública que representa el cáncer cervicouterino, siendo una enfermedad altamente prevenible.

21. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

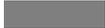
“PREVALENCIA DE PACIENTES QUE CUENTAN CON VIDA SEXUAL ACTIVA SIN REALIZARSE PAPANICOLAOU EN LA UMF 21”

* Dr. Jorge Alejandro Alcalá Molina **Dra. Alyne Mendo Reygadas ***Dr. Hugo Noguérón Castañeda

FECHA	Marco teórico y planteamiento del problema	Hipótesis y definición de variables	Cálculo del tamaño de la muestra	Aprobación del protocolo de investigación	Realización y aplicación del instrumento	Organización y recolección de datos	Análisis de resultados	Conclusión
Agosto 2016	Realizado	No realizado	No realizado	No realizado	No realizado	No realizado	No realizado	No realizado
Septiembre 2016	No realizado	Realizado	No realizado	No realizado	No realizado	No realizado	No realizado	No realizado
Septiembre 2016	No realizado	No realizado	Realizado	No realizado	No realizado	No realizado	No realizado	No realizado
Marzo 2018	No realizado	No realizado	No realizado	Realizado	No realizado	No realizado	No realizado	No realizado
Abril 2018	No realizado	No realizado	No realizado	No realizado	Realizado	No realizado	No realizado	No realizado
Mayo / Junio 2018	No realizado	No realizado	No realizado	No realizado	Realizado	No realizado	No realizado	No realizado
Junio 2018	No realizado	No realizado	No realizado	No realizado	No realizado	Realizado	No realizado	No realizado
Junio 2018	No realizado	No realizado	No realizado	No realizado	No realizado	No realizado	Realizado	No realizado
Junio 2018	No realizado	No realizado	No realizado	No realizado	No realizado	No realizado	No realizado	Realizado

* Asesor, Médico Cirujano, Especialista en Medicina Familiar Coordinador clínico de Educación e Investigación en Salud UMF 21, del Instituto Mexicano del Seguro Social.** Asesor, Médica Cirujana, Especialista en Medicina Familiar, Adscrito a la Unidad de Medicina Familiar N° 21, del Instituto Mexicano del Seguro Social.*** Residente de tercer año de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar N° 21, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Realizado

 No realizado


22. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OPS/OMS. Control integral del cáncer cervicouterino guía de prácticas esenciales, 2ed, Washington D.C., 2016.
2. Plan Nacional De Desarrollo 2013 – 2018. Diario Oficial De La Federación.
3. Censo Población Y Vivienda [base de datos en línea]. México: Instituto Nacional De Estadística Y Geografía; 2010. [Fecha de acceso 30 agosto 2016]. Disponible en: <http://www.beta.inegi.org.mx>
4. Campero L, Atienzo E, Suárez L, Hernández B. y Villalobos A. Salud Sexual Y Reproductiva De Los Adolescentes En México: Evidencias Y Propuestas. Gac Med Mex. 2013; 149:299-307.
5. Caixera R, Ribeiro A, Segatti K, Saddi V, Figueiredo R, Dos Santos M, et al. Association Between The Human Papillomavirus, Bacterial Vaginosis And Cervicitis And The Detection Of Abnormalities In Cervical Smears From Teenage Girls And Young Women. Diagn Cytopathol. 2015;43(10):780 –785.
6. Gayet C, Gutiérrez J. Calendario De Inicio Sexual En México: Comparación Entre Encuestas Nacionales Y Tendencia En El Tiempo. Salud Publica de México.2014;56:638-647.
7. Malagón L, Pérez Y, Acuña A, Fuentes G. Estudio Comparativo De Factores De Riesgo En Mujeres Con Citología Vaginal Positiva. Rev Cubana Med Gen Integr.2015;31(3):286–294.
8. Moscicki A. HPV Infections in Adolescents. Disease Markers. 2007;23: 223-229.
9. Ferra T, Ramírez I. Atención Integral A Parejas De Hombres Con Condilomas Acuminados Y Diagnóstico Precoz Del Cáncer Cervicouterino. Rev. Arch Medico De Camagüey.2013;17(6).
10. Kavita M, Anjel P, Kelli P, Brady T, Caldwell A, Bell J, et al. Cancer Screening, Pelvic Examinations, And Contraceptive Use Among Adolescent and Young Adult Females. J. Adolesc. Health. 2015;57:169 – 173.
11. NOM – 047-SSA2-2015 Para La Atención A La Salud Del Grupo Etario De 10 A 19 Años De Edad/ Diario Oficial De La Federación. [Fecha de acceso 14 de agosto de 2016] Disponible en <http://www.dof.gob.mx>
12. Allen B, Villalobos A, Hernández M, Suárez L, De La Vara E, Del Castro F, et al. Inicio De Vida Sexual, Uso De Anticonceptivos Y Planificación Familiar En Mujeres Adolescentes Y Adultas En México. Salud Pública México. 2013;55(2): 235-240.
13. Bustamante G, Martínez A, Tenahua I., Jiménez C., López Y. Conocimiento Y Practicas De Prevención Sobre El Virus Del Papiloma Humano En Universidades De La Sierra Sur, Oaxaca. Ac Fac Med 2015;76(4):369-76.
14. Higgins L., Dirksing K., Ding L., Morrow Ch., Widdice L. and Kahn J. Adolescents’ Intention and Self-Efficacy to Follow Pap Testing Recommendations After Receiving the HPV Vaccine. Human Vaccines & Immunotherapeutics. 2016;12(6):1498–1503.
15. Medina I., Gallegos R., Cervera M., Cob R., Jiménez J., Ibarra O. Conocimiento Del Virus Del Papiloma Humano Y Su Vacuna Por Parte De Mujeres En Una Zona Rural De Querétaro, México. Revista Electrónica Enfermería Actual En Costa Rica.2017;32:1-14.

16. Díaz A., Cedeño M., González E., Beltrán J. Acciones Educativas Para La Prevención Del Cáncer Cervicouterino En La Adolescencia. *Medisan* 2011;15(2):219.
17. Lindaldi F., Hernández L., Apresa T., Hernández D., Martínez J. Indicadores De Calidad En La Detección Oportuna De Cáncer Cervicouterino En Unidades De Primer Nivel De Atención. *Rev Med IMSS* 2010;48(3):243-252.
18. Givaudan M., Leenen I., Pick S., Angulo A., and Poortinga H. Enhancement of Underused Cervical Cancer Prevention Services In Rural Oaxaca, Mexico. *Rev. Panam Salud Publica*.2008;23(2):135-143.
19. Hidalgo A. El Cáncer Cervicouterino, Su Impacto En México Y Por Qué No Funciona El Programa Nacional De Detección Oportuna. *Revista Biomed* 2006; 17:81 – 84.
20. Arguero B., García L., Álvarez M., Montañó C., Duran A. Información Y Actitudes Relacionadas Con El Papanicolaou En Estudiantes De Licenciatura, Mujeres Docentes Y Personal Administrativo. *Revista Facmed UNAM* 2006;49(1):8-14.
21. Contreras R., Magaly A., Jiménez E., Gallegos R., Xequé A., Palomé G., García A., Perea G. Nivel De Conocimientos En Adolescentes Sobre El Virus Del Papiloma Humano. *Revista Enfermería Universitaria*. 2017;14(2):104-110.
22. Pinho N., Moreira C., Oliveira A., Oliveira O., Neyva P., Bezerra A. Conocimiento, Actitud Y Práctica Sobre La Prueba Colpocitológica Y Su Relación Con La Edad Femenina. *Revista Latino Americana De Enfermagem*. 2016; 24:1-7.
23. Ochoa F., Guarneros D., Velasco M. Infección Del Virus Del Papiloma Humano En Mujeres Y Su Prevención. *Gaceta Mexicana De Oncología*. 2015; 14 (3):157-163.
24. Aranda C., López C. Cáncer Cervicouterino Y Embarazo Guía COMEGO. *COMEGO* 2008; 1:151-170.
25. Korkldakls A., Bryson P., Jamleson M. Outcomes of A Decade of Routine Cervical Screening in A Canadian Adolescent Obstetrics Clinic. *J Obstet Gyneacol Can* 2016;38(1): 51- 55.
26. Sanabria J., Fernández Z., Cruz I., Oriolo L., Llanuch M. El Cáncer Cervicouterino Y Las Lesiones Precursoras: Revisión Bibliográfica. *Rev. Ciencias Médicas* 2011;15(4): 295-319.
27. Alaníz A., Ortuño M., Cruz M., Alaníz T. Lesión Escamosa Intraepitelial De Bajo Grado Y Su Correlación Citocolpohistopatológica. *Rev. Facmed UNAM* 2011;54(6):13-17.
28. Tamayo L., Gil P., Tamayo L. Lo Que No Se Ve, No Existe: Percepciones Sobre Cáncer Y Papilomavirus Humano En Jóvenes Universitarios, Medellín, Colombia, 2014. *Aquichan Colombia* 2015; 15(2):253-270.
29. Espinosa R., Arreola R., Velázquez N., Rodríguez E. Métodos De Detección Oportuna Del Cáncer Cervicouterino. *Gaceta Mexicana De Oncología*. 2014;13(4):48-52.
30. Guevara C., Guevara C., Medina C., Mera S., Torres L. Prevalencia De La Toma De Citología Vaginal En Estudiantes De Una Universidad Pública De Colombia. *Revista Científica Salud Uninorte* 2008;24(1):23-30.
31. Ehrenzweig Y., Marván M. y Acosta E. Conocimientos Sobre La Prevención Del Cáncer Cervicouterino, Locus De Control Y Realización Del Papanicolaou. *Psicología Y Salud* 2013;23(2):161-169.

32. OMS/ Temas de Salud sexual [Definición de Salud sexual] [Fecha de acceso 20 de agosto de 2016]. Disponible en www.who.int/topics/sexual_health/es
33. AMSSAC/ Definiciones básicas [Definición de salud sexual, vida sexual activa]. Mexico: Asociación Mexicana para la Salud Sexual A.C. [Fecha de acceso 20 de agosto de 2016]. Disponible en www.amssac.org/Biblioteca/Definiciones-Basicas
34. Welti C. Inicio De La Vida Sexual Y Reproductiva. *Papeles de Población* 2005;11(45):143-176.
35. Sam S., Osorio M., Rodríguez R., Pérez N. Comportamiento Sexual y Anticoncepción En La Adolescencia. *Acta Pediátrica De México* 2014; 35:490-498.
36. OMS. Estrategias Del Sector De La Salud Contra Las Infecciones De Transmisión Sexual 2016 -2021. 2016.
37. Torres K., Cruz A., Madrid V. Epidemiología Del Cáncer Cervicouterino. *Gaceta Mexicana De Oncología* 2014;13(4):4-17.
38. Hawksworth J., Levy M., Smale C., Cheung D., Whittle A., Longhurst D., Muir P., Gibson W. Population Structure and Genetic Diversity of The Parasite *Trichomonas Vaginalis* In Bristol, Uk. *Infect Genet Evol* 2015. 5;34:36-43.
39. Conrad M., Gorman A., Schillinger J., Fiori P., Arroyo R., Malla N., Dubey M., Gonzalez J., Blank S., Secor W., Carlton J. Extensive Genetic Diversity, Unique Population Structure and Evidence of Genetic Exchange in The Sexually Transmitted Parasite *Trichomonas Vaginalis*. *Plos Neglected Tropical Diseases* 2012;6(3):1-11.
40. Microbiología UNAM. Candidiasis [Definición, fisiopatología y tratamiento de Candidiasis] [Fecha de acceso 28 de agosto de 2016]. Disponible en www.facmed.unam.mx/deptos/microbiologia/micologia/candidosis
41. Romero N. Reseña Histórica De La Citología Y Los Orígenes Del Papanicolaou. *Anales De La Fac De Med Universidad Nacional Mayor De San Marcos* 2001;62(4):342-346.
42. Herrera A., Piña P. Historia De La Evolución De Las Pruebas De Tamizaje En El Cáncer Cervicouterino. *Rev Med Inst Mex Seg Soc* 2015;53(6):670-677.
43. Loustalot M., Espinosa R., Blas I, Vite G., Jerezano O. Manual De Procedimientos Para La Toma De Muestra De Citología Cervical. Centro Nacional De Equidad De Género Y Salud Reproductiva. Secretaria De Salud 2006. 1ª Ed. México, D.F. pp 1-33.
44. Briseño H. Impacto Y Prevalencia De Los Factores De Riesgo En Cáncer Cervicouterino. *Archivos Médicos De Actualización En Tracto Genital Inferior* 2010;2(2):5-9.
45. Ybarra J., Pérez B., Romero D. Conocimiento Y Creencias Sobre La Prueba De Papanicolaou En Estudiantes Universitarios. *Psicología Y Salud* 2012; 22(2):185-194.
46. NOM – 014 – SSA2 – 1994, Para La Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Control Y Vigilancia Epidemiológica Del Cáncer Cervicouterino. *Diario Oficial De La Federación*. [Fecha de acceso 14 de agosto de 2016] Disponible en <http://www.dof.gob.mx>
47. Winer L., Hughes P., Feng Q., O'Reilly S., Kiviat N., Holmes K., and Koustky L. Condom Use and The Risk of Genital Human Papillomavirus Infection Un Young Women. *The New England Journal or Medicine* 2006;354(25):2645-2654.

48. NOM – 005 – SSA2 – 1993 De Los Servicios De Planificación Familiar. Diario Oficial De La Federación. [Fecha de acceso 14 de agosto de 2016] Disponible en <http://www.dof.gob.mx>

49. NOM – 039 – SSA2 – 2002 Para La Prevención Y Control De Infecciones De Trasmisión Sexual. Diario Oficial De La Federación. [Fecha de acceso 14 de agosto de 2016] Disponible en <http://www.dof.gob.mx>

23.ANEXOS



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:	“PREVALENCIA DE PACIENTES QUE CUENTAN CON VIDA SEXUAL ACTIVA SIN REALIZARSE PAPANICOLAOU EN LA UMF 21”						
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica						
Lugar y fecha:	Ciudad de México, 2018.						
Número de registro:	Pendiente						
Justificación y objetivo del estudio:	El investigador me ha informado que el presente estudio es necesario debido a la alta incidencia en la población femenina de infección por virus del papiloma humano que es uno de los factores de riesgo para padecer cáncer cervicouterino. Por lo que entiendo que el objetivo del trabajo es dar a conocer la importancia que tiene la realización del Papanicolaou y el seguimiento de acuerdo a mis características y factores de riesgo que presente ante dichas enfermedades.						
Procedimientos:	Estoy enterado que se me realizará una encuesta para determinar factores de riesgo y en caso necesario mi médico tratante me enviará a medicina preventiva para realización oportuna del papanicolaou.						
Posibles riesgos y molestias:	El responsable del trabajo me ha explicado que, derivado de responder encuesta, no tendré molestias, lo que pueda sentir está relacionado con mi padecimiento de fondo o el tratamiento que recibo, pero no habrá una intervención por parte de los investigadores, excepto quizá un poco de molestia-malestar-tristeza al tener que responder preguntas que puedan llegar a tocar mis sentimientos.						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Los beneficios inmediatos que obtendré será información de la importancia del papanicolaou, su periodicidad con la que lo debo realizar, así como conocimiento de enfermedades de transmisión sexual y métodos anticonceptivos a los cuales puedo acceder en pro de mi bienestar y salud sexual y reproductiva. No se obtiene ningún otro beneficio.						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	En caso necesario se me enviará a realización de papanicolaou bajo mi consentimiento además de que yo contestaré preguntas, relacionadas con el tema de toma de citología cervical, métodos de planificación familiar y enfermedades de transmisión sexual.						
Participación o retiro:	Sé que mi participación es voluntaria, por lo que podré retirarme del estudio en el momento en el que yo lo desee, sin que esto afecte la atención que recibo por parte del instituto.						
Privacidad y confidencialidad:	Se me ha asegurado que no se mencionará mi nombre, ni se me identificará de otras formas, en este trabajo o cualquier otro derivado del mismo.						
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>No autoriza que se tome la muestra.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.						
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	Si aplica explicar / o No aplica						
Beneficios al término del estudio:	Debido a que se trata solamente de analizar datos de mi expediente-laboratorio-escala contestada-etc., entiendo que los beneficios se tendrán para un futuro...						
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:							
Investigador Responsable:	JORGE ALEJANDRO ALCALÁ MOLINA Médico Cirujano, Especialista en Medicina Familiar Matrícula: 99381023 Lugar de trabajo: Coordinador clínico de Educación e Investigación en Salud UMF 21. Adscripción: Unidad de Medicina Familiar N° 21, del Instituto Mexicano del Seguro Social. Teléfono: 55 52 56 43, conmutador 57 68 66 00 extensión: 112 alcalamedfam@gmail.com						
Colaboradores:	ALYNE MENDO REYGADAS Médica Cirujana. Especialista en Medicina Familiar. Matrícula: 99386975. Lugar de trabajo: Médico Familiar. Adscripción: Unidad de Medicina Familiar N° 21, del Instituto Mexicano del Seguro Social. Teléfono: 55 52 56 43, conmutador 57 68 66 00 extensión: 112, enyla@hotmail.com HUGO NOGUERÓN CASTAÑEDA Médico Residente en la especialidad de Medicina Familiar. Matrícula. 9838968 Lugar de trabajo: Unidad de Medicina Familiar No. 21 Adscripción: Delegación 4 Sur, D.F. IMSS Teléfono. 57 68 60 00 ext. 21407, drhugonogueron@gmail.com						
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:	Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores, México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx						
Nombre y firma del sujeto	Hugo Nogueroón Castañeda						
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento							
Testigo 1	Testigo 2						
Nombre, dirección, relación y firma	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							



IMSS
DELEGACION 4 D.F. SUR

UMF 23 FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO

INSTRUMENTO

"PREVALENCIA DE PACIENTES QUE CUENTAN CON VIDA SEXUAL ACTIVA SIN REALIZARSE PAPANICOLAOU EN LA UMF 23"
Dr. Jorge Alejandro Alcalá Moine Drs. Silvia Mendo Reygadas Dr. Hugo Noguera Castañeda

1.- FECHA DE IDENTIFICACION:		EDAD:
Nombre:		Edad:
IMSS:		
Edo. Civil:	Religion:	
Educación:	Ocupación:	

2.- ANTECEDENTES GINECO OBSTETRICOS:			
Ménarca (edad de primera regla):	Ciclo:	Fecha de última menstruación:	
Edad de primera relación sexual:	Nº de Parejas Sexuales:	Método de Planificación Familiar:	
Edad de primer Papanicolaou:	Nº de Embarazos:	Abortos:	
Partos:	Cesáreas:		
Fecha de último Papanicolaou:			
Resultado de último Papanicolaou:			
3.- FACTORES DE RIESGO:			
Fuma:	Nº de cigarrillos al día:		
4.- USO Y CONOCIMIENTO DE MÉTODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR:			
¿Qué tanto conoce los métodos anticonceptivos?			
<input type="checkbox"/> Nada	<input type="checkbox"/> Poco	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Mucho
¿Qué métodos de planificación familiar conoce?			
<input type="checkbox"/> Preservativo (condón)	<input type="checkbox"/> Jau de cobre	<input type="checkbox"/> Jau Medicado	
<input type="checkbox"/> Hormonales Orales	<input type="checkbox"/> Hormonales inyectables	<input type="checkbox"/> Hormonal subdérmico	
<input type="checkbox"/> Hormonal Parches	<input type="checkbox"/> Definitivos	<input type="checkbox"/> Otros	
¿En su primer relación sexual uso algún método de planificación familiar?	(SI)		(NO)

¿Cuál?		
<input type="checkbox"/> Preservativo (condón)	<input type="checkbox"/> DIU de Cobre	<input type="checkbox"/> DIU Medicado
<input type="checkbox"/> Hormonales Orales	<input type="checkbox"/> Hormonales Inyectables	<input type="checkbox"/> Hormonal Subdérmico
<input type="checkbox"/> Hormonal Parches	<input type="checkbox"/> Definitivos	<input type="checkbox"/> Otros

En caso de ser su respuesta NO mencione un motivo.

<input type="checkbox"/> Desconocía los métodos	<input type="checkbox"/> No fue planeado el inicio de vida sexual	<input type="checkbox"/> No me gusta
<input type="checkbox"/> A mi pareja no le agrada	<input type="checkbox"/> Múltip acuerdo	<input type="checkbox"/> Deseos de embarazo
<input type="checkbox"/> Otro		

¿Actualmente utiliza algún método de planificación familiar?	(SI)	(NO)
--	------	------

¿Cuál?		
<input type="checkbox"/> Preservativo (condón)	<input type="checkbox"/> DIU de Cobre	<input type="checkbox"/> DIU Medicado
<input type="checkbox"/> Hormonales Orales	<input type="checkbox"/> Hormonales Inyectables	<input type="checkbox"/> Hormonal Subdérmico
<input type="checkbox"/> Hormonal Parches	<input type="checkbox"/> Definitivos	<input type="checkbox"/> Otros

E - COGNICIÓN DEL PAPANICOLAOU

¿Conoce la utilidad del Papanicolaou?	(SI)	(NO)
---------------------------------------	------	------

Menciónela:

¿A partir de su primera relación sexual cuando se debe realizar la toma del Papanicolaou?

<input type="checkbox"/> Inmediatamente	<input type="checkbox"/> 1 mes	<input type="checkbox"/> 1 año	<input type="checkbox"/> 3 años	<input type="checkbox"/> Otra _____
---	--------------------------------	--------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------

¿Alguna vez se ha realizado el Papanicolaou?	(SI)	(NO)
--	------	------

¿Razón por la cual no se ha realizado el Papanicolaou?

No me interesa <input type="checkbox"/>	Es doloroso <input type="checkbox"/>	Es vergonzoso <input type="checkbox"/>	A mi pareja no le parece correcta <input type="checkbox"/>
---	--------------------------------------	--	--

¿Considera importante la realización de esta prueba?	(SI)	(NO)
--	------	------

¿Recomendaría la realización del estudio?	(SI)	(NO)
---	------	------

F - INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

¿Conoce alguna infección de Transmisión Sexual?	(SI)	(NO)
---	------	------

¿Ha presentado alguna infección de Transmisión Sexual?	(SI)	(NO)
--	------	------

Mencione algunas infecciones de Transmisión sexual que conoce.
