

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MEDICA FAMILIAR NO. 43
VILLAHERMOSA, TABASCO



Factores socioculturales en estudiantes adscritas a la UMF-15 que no se realizan citología cervical, para detección cáncer cervicouterino.

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

BRISEIDA HERNÁNDEZ PALACIOS

DIRECTOR:

DR. RUSVELT VÁZQUEZ ORDAZ
DRA. MA. GUADALUPE VELÁZQUEZ CUEVAS



VILLAHERMOSA, TABASCO.

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
28 FEBRERO 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**"FACTORES SOCIOCULTURALES EN ESTUDIANTES ADSCRITAS A LA
UMF-15 QUE NO SE REALIZAN CITOLOGÍA CERVICAL, PARA
DETECCIÓN CÁNCER CERVICOUTERINO"**

F.
(
7

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

15
3
N

PRESENTA

DRA. BRISEIDA HERNÁNDEZ PALACIOS

AUTORIZACIONES



DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.




DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



DR. ABEL PÉREZ PAVÓN
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
DELEGACIÓN TABASCO.

VILLAHERMOSA, TABASCO

28 FEBRERO DE 2019

2

**"FACTORES SOCIOCULTURALES EN ESTUDIANTES ADSCRITAS A LA
UMF-15 QUE NO SE REALIZAN CITOLOGÍA CERVICAL, PARA
DETECCIÓN CÁNCER CERVICOUTERINO"**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

DRA. BRISEIDA HERNÁNDEZ PALACIOS

AUTORIZACIONES



**DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

MÉXICO

Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



"2015, Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón".

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 2701
H. GRAL ZONA NUM 2, TABASCO

FECHA 21/10/2015

DR. BRISEIDA HERNANDEZ PALACIOS

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

Factores socioculturales en estudiantes adscritas a la UMF-15 que no se realizan citología cervical, para detección cáncer cervicouterino

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2015-2701-19

ATENTAMENTE


DR.(A). MARCOS DAVID CASTILLO VAZQUEZ

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 2701

IMSS

SECRETARÍA DE SALUD FEDERAL

AGRADECIMIENTOS

NO TEMAS, QUE YO SOY CONTIGO; NO DESMAYES, QUE YO SOY TU DIOS QUE TE ESFUERZO: SIEMPRE TE AYUDARÉ, SIEMPRE TE SUSTENTARÉ CON LA DIESTRA DE MI JUSTICIA.

ISAIAS 41:10

PRIMERAMENTE GRACIAS A DIOS, POR SU AMOR Y MISERICORDIA, POR PERMITIRME CULMINAR, UNA ETAPA MAS EN MI VIDA PROFESIONAL, PARA TU HONRRA Y TU GLORIA MI SEÑOR JESUCRISTO.

DEDICATORIAS

A MIS PADRES NINFA Y PEDRO:

GRACIAS, POR DARMEN LA VIDA, POR APOYARME SIEMPRE, POR TODOS SUS SABIOS CONSEJOS, POR EL APOYO INCODICIONAL QUE SOLO EL AMOR DE PADRE Y MADRE SABEN DAR, HAN CREIDO EN MI, Y SE QUE HOY SE SIENTEN ORGULLOSOS DE ESTE LOGRO PROFESIONAL, GRACIAS A USTEDES SOY LO QUE SOY, MEJOR HIJA, MEJOR HERMANA, MEJOR MADRE Y ESPOSA, MEJOR SER HUMANO Y AHORA UN MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR, LOS AMO.

A MI AMADO ESPOSO:

SE QUE FUE DIFICIL, QUE SE SACRIFICO TIEMPO VALIOSO EN FAMILIA, EN PAREJA; YO SE QUE VALIO LA PENA, Y TE AGRADEZCO TU PACIENCIA, COMPRESION, POR AYUDARME CON LOS NIÑOS EN MIS AUSENCIAS, POR QUE A PESAR DE TODOS LOS OBSTACULOS SIEMPRE ESTABAS AHÍ, GRACIAS GABRIEL, DIOS ES SABIO Y TE PUSO A MI LADO POR UN PROPOSITO, JUNTOS VEMOS CULIMINADO UNA ETAPA MAS DE NUESTRAS VIDAS, PARA LA SUPERACION Y BIENESTAR DE NUESTRA FAMILIA.

A MIS HIJOS:

BRISITA Y ALDO, SON LO MAS VALIOSO QUE TENGO EN LA VIDA, USTEDES HAN SIDO EL MOTOR Y MI INSPIRACION, HARIA CUALQUIER COSA POR SU BIENESTAR, SACRIFICAMOS TIEMPO JUNTOS, PERO MIS AMORES QUIERO QUE SEPAN QUE VALIO LA PENA, COMO SIEMPRE SE LOS DIJE ESTE ESFUERZO ES POR USTEDES, GRACIAS MIS NIÑOS, POR SU AMOR Y PACIENCIA.

A MIS HERMANOS:

GRACIAS MARITA Y PEDRO, POR APOYARME EN ESTA ETAPA DE MI VIDA PROFESIONAL, POR TODAS LAS MOLESTIAS QUE LES DI, IMPRIMIENDO SACANDO COPIAS, AYUDANDOME CON LOS NIÑOS, EN FIN, YO SE QUE SIEMPRE CUENTO CON USTEDES Y USTEDES CONMIGO. LOS AMO.

A MIS AMIGAS:

CHICAS LINDAS, GRACIAS, SIEMPRE ESTABAN AHÍ PARA NO DEJARME VENCER, CUANDO YA NO PODIA MAS USTDES SIEMPRE ENCONTRABAN PALABRAS DE ALIENTO INSPIRADAS EN EL AMOR DE DIOS, Y ME REANIMABAN, ALGUNAS DE USTEDES EN LA DISTANCIA, GRACIAS POR CREER EN MI , QUE PODIA LOGRARLO, SON MAS QUE MIS AMIGAS, MIS HERMANAS EN CRISTO, LAS QUIERO MUCHO: LUPITA, JOHANA, CARMITA, CLEOPATRA, RITA.

A MIS COMPAÑEROS:

GRACIAS CHICOS, POR BRINDARME SU AMISTAD, POR COMPARTIR CONMIGO BELLOS Y DIVERTIDOS MOMENTOS, ASI COMO DESVELOS Y ANGUSTIAS, POR SUS CONSEJOS, Y PALABRAS DE ALIENTO CUANDO ME DESANIMABA, HE ENCONTRADO EN USTEDES NUEVOS AMIGOS, DIOS LOS BENDIGA.

RESUMEN

Factores socioculturales en estudiantes adscritas a la UMF-15 que no se realizan citología cervical, para detección cáncer cervicouterino. Hernandez-Palacio B R2MF., Vázquez Ordaz R., Velázquez Cuevas G.

ANTECEDENTES: El cáncer cervicouterino es un problema de salud pública prevenible, detectable y tratable; sin embargo es causa importante de mortalidad en mujeres mayores de 25 años, ocasiona alrededor de 500.000 muertes al año en el mundo. En México el cáncer cervicouterino ocupa el primer lugar como causa de muerte, como tumores malignos en la mujer, siendo significativamente más elevada en la más jóvenes. El inicio temprano de las relaciones implica la aparición de múltiples compañeros sexuales, con el consiguiente riesgo dado por estas. Se ha demostrado también que en la adolescencia los tejidos cervicouterinos son más susceptibles a la acción de los carcinógenos, y de hecho, si existe un agente infeccioso relacionado, el tiempo de exposición a este será mucho mayor. **OBJETIVOS:** Identificar los factores socioculturales en estudiantes adscritas a la UMF-15, que no se realizan citología cervical para detección cáncer cervicouterino. **METODOLOGIA:** El estudio es transversal descriptivo y prospectivo. Se realizó en el consultorio único en la UMF-15 del IMSS, ubicada en la zona urbana de Cd. Pemex Macuspana Tabasco, en una Unidad de Medicina Familiar de primer nivel de atención para coadyuvar a las acciones coordinadas de atención integral a la salud de la población de acuerdo a la normatividad de consulta externa. En una población femenina de 10 a 25 años con vida sexual activa la cual es de 2,912, en un tiempo comprendido del 01 de Octubre del 2015 al 30 de Diciembre del 2015. **RESULTADOS:** De 320 adolescentes encuestados solamente el 22.5% (n=72) tienen vida sexual de estas adolescentes los factores socio demográficos corresponden en la edad mayores de 18 años con un 57.2% (n=41) y las de 17 años el 28.6% (n=21). De acuerdo a la religión la que mas prevaleció fue la católica de 66% (n=91) seguida del 5.5% (n=4) de la evangélica. Las adolescentes establecieron como factor para haber tenido la actividad sexual a temprana edad el 99% fue la edad y solo el 0.5% la escolaridad y religión con 1 adolescente cada uno. De los adolescentes de la UMF 15 que desconocen la prueba de papanicolaou el 92.90% (n=50.1) y el 7.10% si la conoce. Los adolescentes refieren el 100% que si se realizarían la prueba de papanicolaou para llevar una vida sexual activa. **CONCLUSIONES:** La importancia de este estudio es incluir en los programas de detección temprana del cáncer cervico uterino a estos grupos de edades y los factores que presentan dentro de los factores socioculturales para prevenir lesiones que en un futuro les puedan provocar la muerte.

PALABRAS CLAVES: Factores socioculturales, estudiantes, citología cervical, Papanicolaou.

SUMMARY

SOCIOCULTURAL FACTORS IN STUDENTS ASSIGNED TO THE UMF-15 WHO DO NOT PERFORM CERVICAL CYTOLOGY, FOR DETECTION OF CERVICAL CANCER. HERNANDEZ-PALACIO B R2MF., VÁZQUEZ ORDAZ R., VELÁZQUEZ CUEVAS G.

BACKGROUND: Cervical cancer is a preventable, detectable and treatable public health problem; However, it is an important cause of mortality in women over 25 years old, which causes around 500,000 deaths per year in the world. In Mexico, cervical cancer occupies the first place as a cause of death, as malignant tumors in women, being significantly higher in the youngest. The early start of relationships implies the appearance of multiple sexual partners, with the consequent risk given by them. It has also been shown that in adolescence the cervical tissues are more susceptible to the action of carcinogens, and in fact, if there is a related infectious agent, the time of exposure to it will be much greater.

OBJECTIVES: To identify sociocultural factors in students attached in the UMF-15, who do not perform cervical cytology for detection of cervical cancer.

METHODOLOGY: The study is cross-sectional descriptive and prospective. It was carried out in the single clinic in the UMF-15 of the IMSS, located in the urban area of Cd. Pemex Macuspana Tabasco, in a Family Medicine Unit of first level of attention to help the coordinated actions of integral attention to the health of the population according to the regulations of external consultation. In a female population of 10 to 25 years with active sexual life which is 2,912, in a time comprised from October 01, 2015 to December 30, 2015.

RESULTS: Of 320 adolescents surveyed only 22.5% (n = 72) have sexual life of these adolescents, the socio-demographic factors correspond in the age over 18 years with 57.2% (n = 41) and those of 17 years 28.6% (n = 21). According to religion, the most prevalent was the Catholic 66% (n = 91) followed by 5.5% (n = 4) of the evangelical. The adolescents established as a factor to have had sexual activity at an early age 99% was age and only 0.5% schooling and religion with 1 adolescent each. Of the adolescents of the UMF 15 who do not know the pap test 92.90% (n = 50.1) and 7.10% if they know it. Adolescents report 100% that they would undergo a pap smear to lead an active sexual life.

CONCLUSIONS: The importance of this study is to include these age groups in the programs of early detection of cervical cancer and the factors that they present within the sociocultural factors to prevent injuries that could cause death in the future.

KEYWORDS: *Sociocultural factors, students, cervical cytology, Papanicolaou.*

INDICE

RESUMEN	8
SUMMARY	9
I MARCO TEORICO	14
ANTECEDENTES	14
II PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	40
III JUSTIFICACION	41
IV OBJETIVOS	42
V MATERIALES Y METODOS	43
TIPO DE ESTUDIO	43
POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO	43
TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	43
CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMNACION	44
ANALISIS ESTADISTICO DE LAS VARIABLES	45
INSTRUMENTO DE INVESTIGACION	45
ANALISIS DE LOS DATOS	45
RECOLECCION DE DATOS	45
ASPECTOS ETICOS	46
V.I. RESULTADOS	47
V.I.I. DISCUSION	53
V.I.I.I. CONCLUSION	56
I.X. RECOMENDACION	57
X REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	58

GLOSARIO:

ADOLESCENTE: La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años.

CANCER CERVICOUTERINO: De acuerdo al instituto Mexicano del Seguro Social define el cáncer cervicouterino, también conocido como cáncer de cuello de la matriz, es un tumor maligno que inicia en el cuello de la matriz y es más frecuente en mujeres mayores de 30 años.

CITOLOGIA CERVICAL: Es una prueba diagnóstica en la que se examinan células del cuello uterino. El cuello del útero, también conocido como cérvix, es la parte inferior y más estrecha del útero y está localizado al final de la vagina.

FACTORES SOCIOCULTURALES. Lo que es normal en el medio ambiente en que vive el enfermo y le crea unos hábitos y una forma de pensar y actuar que él considera normales.

ABREVIATURAS

ADN:	Acido Desoxirribonucleico
CACU:	Cáncer cervico-uterino
CIN:	cervical intraepithelial neoplasia (neoplasia intraepitelial cervical)
DES:	Dietilestilbestrol
DOCACU:	Detección Oportuna de cáncer cervico-uterino
NIC:	Neoplasia Intraepitelial Cervical
OMS:	Organización mundial de la Salud
OPS:	Organización Panamericana de la Salud
OR:	Odds Ratio
SIL:	squamous intraepithelial lesion (lesión intraepitelial escamosa)
UMF:	Unidad Médica Familiar
VIH:	Virus de Inmunodeficiencia Humana
VPH:	Virus del Papiloma Humano

INTRODUCCIÓN

El cáncer cervicouterino es un problema de salud pública prevenible, detectable y tratable; sin embargo es causa importante de mortalidad en mujeres mayores de 25 años, ocasiona alrededor de 500.000 muertes al año en el mundo. México se ubica en los primeros lugares de mortalidad de mujeres a causa del cáncer cervicouterino y el cáncer de mama; a pesar de existir programas de prevención y detección que centran los esfuerzos en el tamizaje citológico, siguen las mujeres sin incorporar en su vida una cultura de la prevención, situación que repercute en su salud y que en algunos casos las lleva a padecer de cáncer cervicouterino. En México el cáncer cervicouterino ocupa el primer lugar como causa de muerte, como tumores malignos en la mujer, siendo significativamente más elevada en la más jóvenes.

En la práctica médica diaria, de la UMF No. 15 de Ciudad Pemex, Macuspana, Tabasco; específicamente la atención a estudiantes en edades de 10 a 25 años, con sospecha de tener vida sexual activa, existen poco interés en realizarse estudios de citología cervical, así mismo se desconocen los factores asociados e interés en la realización de estos tipos de estudios para prevención y la detección oportuna de cáncer cervicouterino.

Es importante mencionar que en la Guía Técnica de Atención no se hace énfasis en la importancia de la detección del cáncer cervicouterino a las edades detectadas en nuestra población de estudio. Por lo que se pueden establecer nuevos protocolos de investigación en el Instituto Mexicano del Seguro Social para reforzar este grupo de edad e incluirlas.

I.

MARCO TEÓRICO

Antecedentes del cáncer cervicouterino

En la actualidad se sabe que los cánceres que más afectan a la mujer a nivel mundial son el de mama, el cervicouterino y el de ovario, los cuales provocan miles de muertes prematuras. El cáncer cervicouterino a nivel mundial es el segundo cáncer más frecuente entre las mujeres y cada año más de 270, 000 mujeres mueren por este tipo de cáncer y el 85% de estas defunciones ocurren en países de ingresos bajos y medianos (OMS 2013).¹

Según La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el 2008, más de 80,000 mujeres fueron diagnosticadas con cáncer cervicouterino y casi el 36,000 fallecieron por esta enfermedad en países de América Latina, si se continuara con esta tendencia en estos países el número de muertes aumentará hasta casi el doble en el 2030 es por eso que la OPS diseñó una estrategia para el control y prevención del cáncer cervicouterino en este mismo año, el objetivo de esta estrategia es mejorar la capacidad de los países para implementar programas para la prevención de esta patología y lograr un abordaje integral y control del cáncer cervicouterino (OPS 2008)¹

En México, el cáncer cervicouterino fue la primera causa de muerte por tumores malignos en la mujer hasta el año 2005; a partir de entonces, el cáncer de mama es el que tiene la tasa más elevada. Sin embargo, en 13 estados de la República Mexicana sigue siendo la primera causa de muerte por cáncer en la mujer.²

En nuestro país, los estados del sur (Veracruz, Colima, Querétaro, Guerrero, Campeche, Puebla, Oaxaca, Chiapas, Tabasco, Yucatán y Quintana Roo), son en los que se presentan un mayor número de casos de cáncer uterino: a nivel nacional, cada año mueren 4,600 mujeres por este padecimiento, 380 cada mes, 12 cada día y una cada hora.³

1

52² Arellano Ceballos Aideé C., Chávez Méndez Ma. Guadalupe El cáncer cervicouterino: el nivel de conocimiento, el autocuidado de la salud y las estrategias de prevención en las jóvenes de 18 a 29 años del estado de Colima, México. VIII congreso Iberoamericano de Ciencia, Tecnología y Género, abril 2010

53³ Prevención y detección oportuna del cáncer cervico uterino en el primer nivel de atención, México: Secretaría de Salud; 2008

La infección por Papillomavirus Humano (VPH) es uno de los factores más importantes para presentar Ca Cu, es una infección de transmisión sexual que en muchos es asintomática por lo que puede transcurrir mucho tiempo antes de que se detecte.

El inicio temprano de las relaciones implica la aparición de múltiples compañeros sexuales, con el consiguiente riesgo dado por estas. Se ha demostrado también que en la adolescencia los tejidos cervicouterinos son más susceptibles a la acción de los carcinógenos, y de hecho, si existe un agente infeccioso relacionado, el tiempo de exposición a este será mucho mayor. El riesgo de lesión intraepitelial cuando el primer coito se tiene a los 17 años o menos es 2,4 veces mayor que cuando este se tiene a los 21 años.⁴

El autocuidado es el comportamiento que incluye una combinación de experiencias sociales y cognoscitivas y es aprendido a través de relaciones interpersonales, comunicación y cultura; e incluye prácticas o destrezas aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, utilizadas por libre decisión con el propósito de fortalecer o reestablecer la salud y prevenir la enfermedad.⁵

En el trabajo de Urrutia (2010)⁶ ¿Por qué las mujeres no se toman el Papanicolaou?, encontró los siguientes resultados: Los esfuerzos por aumentar el número de mujeres que se practican rutinariamente la prueba de Papanicolaou debieran estar centrados en dos grandes aspectos: potenciar el conocimiento de las mujeres sobre el Papanicolaou y mejorar las influencias del entorno que limitan a las mujeres a realizarse el examen. En este sentido, esta investigación entrega información importante sobre la percepción de un grupo de profesionales de la salud, que trabaja directamente con estas mujeres, en torno a cuáles son las causas por las cuales ellos creen que las mujeres no se realizan el Papanicolaou. Llama la atención que el sub-tema que más frecuentemente emergió del análisis de contenido es la percepción de los profesionales sobre la falta de conocimiento de las mujeres, resultado que concuerda con las principales razones por las cuales las mujeres chilenas refieren no tomarse el Papanicolaou. Esta convergencia en

54⁴ Torres-Lobatón A, Bustamante-Iglesias JI, Torres-Rojo A, Olivia-Posada JC y col. Cáncer cervicouterino. Perfil epidemiológico en 1,217 pacientes, seguro Popular. Ginecol Obstet Mex 2013; 81:71-7-6.

55⁵ Llanes Castillo A, Torres Fernán I., Barrientos C. y cols El cáncer cervicouterino, enemigo número uno de la salud de la mujer: Rev. Elect Vol. 1,N 3Mexico.2011

56⁶ Urrutia S., María Teresa, ¿Por qué las mujeres no se toman el Papanicolaou? respuestas entregadas por los profesionales del programa cáncer cervicouterino - auge del servicio de salud metropolitano sur oriente, Revista chilena de obstetricia y ginecología. v.75 n.5 Santiago 2010

los resultados, por dos fuentes distintas, nos lleva a pensar que este es un problema real, que necesita ser abordado, para incrementar los niveles de conocimiento sobre la importancia del Papanicolaou en las mujeres que asisten al consultorio, para establecer un mayor énfasis, en aquella población que no se realiza el Papanicolaou. Falta de conocimiento asociado al procedimiento tales como: vergüenza, pudor, dolor, abriendo una línea importante de educación a las mujeres en torno al procedimiento de la toma del Papanicolaou, de manera de desmitificar creencias en torno al procedimiento que puedan estar obstaculizando que las mujeres acudan a realizarse el Papanicolaou. Los centros de salud junto con los profesionales que atienden a las mujeres deben ser sensibles para prevenir y evitar situaciones de incomodidad y vergüenza hacia las usuarias, el segundo sub-tema reportado por los profesionales fue el miedo, coincidiendo con otros estudios en donde el miedo ha sido reportado como una de las razones explícitas que las mujeres refieren para no tomarse el Papanicolaou.⁷.

Por ejemplo, el miedo de las mujeres a recibir un diagnóstico de cáncer, los resultados de esta investigación en conjunto con la información extraída de las mujeres debieran ser incorporados para actualizar y/o desarrollar intervenciones educativas efectivas en este grupo de mujeres que aborden principalmente la falta de conocimiento de este grupo así como también sus miedos

En un trabajo de Campero (2014), sobre “Detección temprana de cáncer de mama y cervicouterino en localidades con concentración de población indígena en Morelos”, cuyo objetivo, fue analizar la percepción de mujeres y proveedores de salud sobre cuándo y cómo realizar acciones para la detección temprana del cáncer de mama y cervicouterino en localidades de Morelos con presencia de población indígena. Material y métodos. Se entrevistó a 10 proveedores de salud y 58 usuarias en unidades médicas del primer nivel de atención de cinco localidades; luego se analizó la información con base en el paradigma de la teoría fundamentada. Resultados. El personal de salud está deficientemente familiarizado con los lineamientos oficiales para la detección de cáncer cervicouterino y de mama. Pocos practican sus labores bajo una perspectiva de sensibilización intercultural. Las usuarias tienen nociones imprecisas o equivocadas de las acciones de detección. Conclusiones. La necesidad de capacitación con apego a las normas es evidente. Urge asumir un abordaje con pertinencia cultural que permita la

57⁷ Abercrombie PD. Improving adherence to abnormal Pap smear follow-up. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2001; 30(1):80-8.

comunicación eficiente y alfabetización en salud para la detección oportuna de estos dos cánceres.⁸

En un trabajo de Castro Rosaelia (2005), sobre el “Nivel de conocimiento sobre el cáncer cervical y el Papanicolaou en relación al temor, estrés o vergüenza al tamizaje: estudio transversal en una comunidad pobre”, a continuación se presentan, los hallazgos más importantes de este estudio: la mayoría de mujeres que nunca se había tomado una prueba de Papanicolaou desconocía el significado de esta prueba, la presencia de miedo, estrés o vergüenza al tamizaje estuvo asociado a ser adolescente, no haber tenido pareja sexual durante el último año, bajo o regular conocimiento del Papanicolaou y del cáncer de cérvix. En esta población, es evidente que el contacto continuo con el sistema de salud aumentó el nivel de conocimiento de algunas mujeres con respecto al cáncer cervical y a la prueba del Papanicolaou. Este hallazgo sugiere la importancia que tiene el informar a las mujeres acerca de estos temas mientras asisten a atenderse por alguna molestia. Sin embargo, esto no se hace regularmente debido al escaso tiempo que los profesionales de salud brindan durante la atención de sus pacientes. Es lamentable que aun exista un grupo de mujeres que no tiene la oportunidad de conocer acerca del Papanicolaou o cáncer cervical, lo cual las coloca en riesgo de morir. Sus hallazgos también sugieren que la falta de conocimiento del Papanicolaou lleva a una baja utilización del tamizaje para cáncer cervical. Este resultado es compatible con estudios en mujeres mexicanas, en el que la falta de uso del Papanicolaou estuvo relacionada al poco conocimiento de la prueba (OR35,2)⁸¹ Según los resultados del estudio, los establecimientos de salud son la principal fuente de información en este tema y existiendo una gran proporción de mujeres que no tiene buen conocimiento acerca del Papanicolaou y del cáncer cervical, se infiere que estos establecimientos son poco eficaces en informar a las mujeres acerca de estos temas. Un mayor número de Papanicolaous tomados previamente disminuyó la probabilidad de tener actitudes negativas con respecto a su toma, lo cual es un tanto lógico debido a la desaparición de los temores existentes antes de la toma del primer Papanicolaou mientras que las pacientes que nunca se habían tomado un Papanicolaou tenían significativamente mayor probabilidad de tener actitudes negativas. Entonces, es necesario trabajar más en educación de las mujeres jóvenes que nunca se han tomado un Papanicolaou, de tal manera que se despojen de sus temores y así aumentar la cobertura del Papanicolaou y por ende diagnosticar precozmente el cáncer de cérvix y evitar

58⁸ Campero, D., Lourdes, Detección temprana de cáncer de mama y cervicouterino en localidades con concentración de población indígena en Morelos, Salud Pública México 2014; Vol. 56(5):511-518

muerdes por esta causa. En conclusión, la falta de conocimiento acerca del Papanicolaou y del cáncer cervical está relacionada al miedo y estrés de tomarse un Papanicolaou. Esto está produciendo una subutilización de los servicios de prevención del cáncer de cérvix.⁹

También se encontró un trabajo de (Vega, Gutiérrez y Terán, 2009)¹⁰, sobre el grado de satisfacción de las mujeres que acuden a la detección oportuna de cáncer cervicouterino mediante el uso del Papanicolaou.

Una de las líneas de investigación de este tema es la de los sistemas de salud, en donde se utilizan indicadores de gestión de la calidad, como la evaluación, en este caso, del programa de detección oportuna de cáncer cervicouterino (DOCACU), que incluye la satisfacción de las usuarias, entendida como el grado de congruencia entre sus expectativas acerca de una atención idónea de salud y su percepción sobre el servicio recibido; o bien, como la medida en que los profesionales de salud resuelven las necesidades y colman las expectativas del cliente. La importancia de evaluar la satisfacción en diversos programas consiste en la posibilidad de modificar y mejorar en los aspectos deficientes y reforzar las fortalezas, según la opinión y la perspectiva de los pacientes.

Se llevó a cabo un estudio descriptivo, prospectivo, entre junio y julio de 2007, en San Luis Potosí, México, en los centros de salud urbanos de la Jurisdicción 1 de la Secretaría de Salud.

En él participaron 101 mujeres, que acudieron a tomarse la prueba de Papanicolaou durante el periodo señalado y voluntariamente aceptaron participar en el estudio después de explicarles los objetivos del mismo y garantizarles la confidencialidad de la información.

La mayoría de las mujeres que acudieron para someterse al Papanicolaou, se encuentran en el rango de edad de 31 a 40 años, lo que coincide con un estudio realizado

59⁹ Castro, Rosaelia, Nivel de conocimiento sobre el cáncer cervical y el Papanicolaou en relación al temor, estrés o vergüenza al tamizaje: estudio transversal en una comunidad pobre, Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia Perú, 2009; 51(2):94-99

60¹⁰ Vega Chávez J, Gutiérrez Enríquez SO, Terán Figueroa Y. Uso del Papanicolaou en mujeres que acuden a la detección oportuna de cáncer cervicouterino: un acercamiento a la satisfacción en el servicio. Inv. Educ Enferm. 2011; 27(2):201-208.

en Madrid en 2002¹¹, en el cual un factor relacionado con el uso de la prueba es la edad, de manera que las mujeres mayores se realizan menos la citología que las jóvenes; no obstante, en el estudio de Escandón-Romero y cols¹², se afirma que las mujeres menores de 35 años son las que menos se realizan la detección. En función de lo anterior, es relevante señalar que el CaCu afecta cada vez a mujeres más jóvenes e incluso hay presencia de displasias severas en mujeres menores de 25 años. Por lo tanto, es importante que los servicios de salud promuevan entre las mujeres más jóvenes con vida sexual activa el uso del Papanicolaou, porque las rápidas transformaciones sociales y culturales han llevado a un inicio temprano de la actividad sexual y, como consecuencia, se ha incrementado la posibilidad de contraer una infección de transmisión sexual, como la causada por el virus del papiloma humano (VPH).

En este estudio, la edad está asociada con la cita del Papanicolaou, es así como vemos que las mujeres más jóvenes, acuden con mayor frecuencia a hacer uso del servicio.

El nivel de satisfacción general es alto en la mayoría de las mujeres; sin embargo en el indicador tiempo de espera se observa cierta inconformidad porque este supera los 30 minutos señalados en las normas oficiales mexicanas, ya que ellas consideran el tiempo de espera desde el momento en que llegan al Centro de Salud hasta que se satisface su necesidad.

El trato, así como la información completa, veraz y oportuna, obtuvo un nivel alto; sin embargo las usuarias desean que la información proporcionada por el personal de salud que toma las muestras sea más clara y comprensible, sobre todo respecto a la periodicidad del tamizaje y los factores de riesgo; también sugieren que el procedimiento sea menos doloroso, que haya mayor privacidad y que el personal esté más capacitado en lo humano y técnico.

61¹¹ Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS), Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Sanidad y Consumo. Uso de la mamografía y de la citología de Papanicolaou para la detección precoz del cáncer de mama y cérvix uterino en España. Madrid: AETS, Instituto de Salud Carlos III; 2010.

62¹² Escandón-Romero C, Benítez Martínez MG, Navarrete-Espinoza J, Vázquez-Martínez JL, Martínez-Montañez OG, Escobedo De la Peña J. Epidemiología del cáncer cérvicouterino en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Salud Pública Méx. 2009;34(6): 607-614

Estas expectativas están acordes con lo que señalan William y cols¹³, ya que se considera la satisfacción de la usuaria como un resultado clave de la calidad de la atención, así como un componente esencial de la continuidad.

Por lo tanto, medirla puede ser útil para evaluar ciertos aspectos de la calidad, y de esta manera mejorar las expectativas de adhesión y apego a la prueba de tamizaje.

Cabe mencionar que las variables relacionadas con el confort, como la comodidad del lugar, la iluminación, el espacio y la limpieza, son consideradas por las usuarias como limitadas porque encuentran que falta limpieza en los sanitarios; así mismo señalan que el espacio físico para la realización del Papanicolaou es muy reducido y que algunos lugares no tienen la privacidad que ellas necesitan.

Aunque de manera global, en este estudio el nivel de satisfacción no resultó asociado al uso de la prueba de Papanicolaou, sin embargo, algunas variables sociodemográficas, como la edad y el estado civil, están asociadas al uso del servicio de detección oportuna de cáncer cérvico-uterino. Estos hallazgos, sin duda, son importantes para la administración de los servicios de salud porque orientan el diseño de estrategias dirigidas a la población femenina, tales como el aumento de la cobertura en la realización del Papanicolaou por primera vez.

Cáncer cervicouterino (cervical)

El cáncer de cuello uterino se origina en las células que revisten el cuello del útero. El cuello del útero es la parte inferior del útero (la matriz). Algunas veces se le llama *cérvix uterino*. El cuerpo del útero (parte superior) es el lugar donde se desarrolla un el feto. El cuello uterino conecta el cuerpo del útero con la vagina (el canal por donde nace el bebé). La parte del cuello uterino más cercana al cuerpo del útero se llama *endocérvix*. La parte próxima a la vagina, es el *exocérvix* (o *ectocérvix*). Los dos tipos principales de células que cubren el cuello del útero son las células escamosas (en el *exocérvix*) y las células glandulares (en el *endocérvix*).¹⁴ (Ver figura 1)

63¹³ Lazcano PE, Castro R, Allen B, Nájera P, Alonso de Ruiz P, Hernández AM. Resistencias a la utilización del programa de detección oportuna de cáncer de cuello uterino: cáncer cérvico-uterino diagnóstico, prevención y control. México: Editorial Médica Panamericana; 2000.

64¹⁴ Sociedad Americana Contra (SAC), El Cáncer, Prevención y detección temprana del cáncer de cuello uterino, Last Medical Review: 11/10/2014

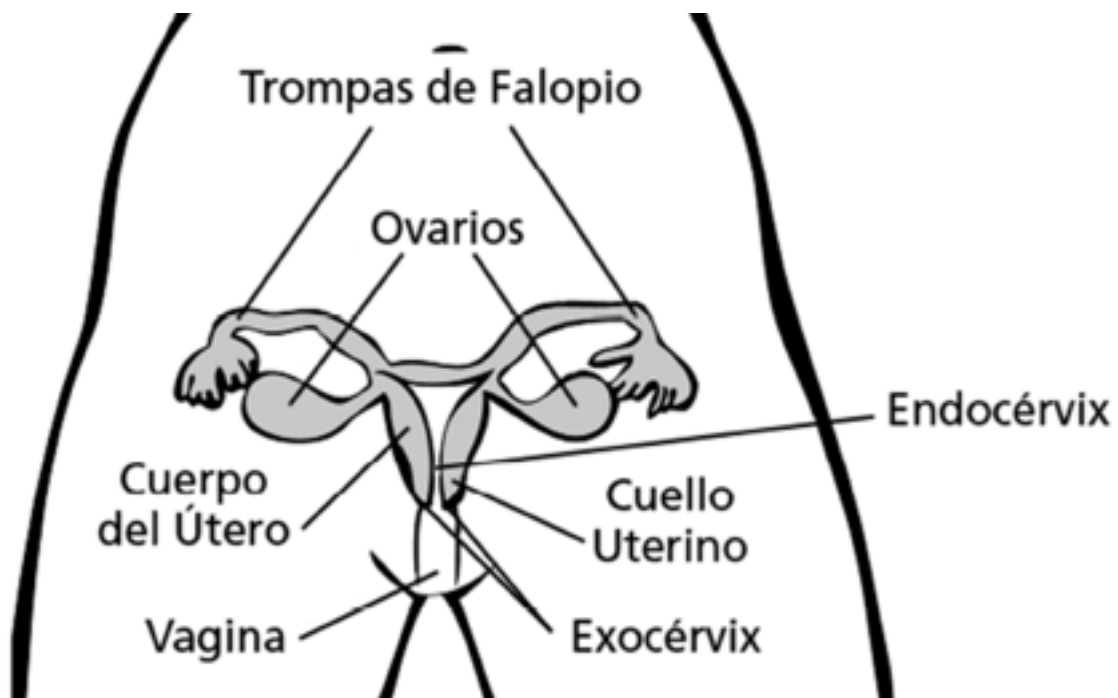


Figura 1 Fuente: Sociedad Americana Contra El Cáncer (2014)

Estas células no se tornan en cáncer de repente, sino que las células normales del cuello uterino se transforman gradualmente en cambios precancerosos, los cuales se convierten en cáncer. Los doctores usan varios términos para describir estos cambios precancerosos, incluyendo neoplasia intraepitelial cervical (cervical intraepithelial neoplasia, CIN), lesión intraepitelial escamosa (squamous intraepithelial lesion, SIL) y displasia. Estos cambios se pueden detectar mediante la prueba de Papanicolaou y se pueden tratar para prevenir el desarrollo de cáncer.

El cáncer cervicouterino es causado por una infección por el virus del papiloma humano (VPH). Es necesaria la infección por VPH para que aparezcan el cáncer cervicouterino de células escamosas (y su lesión precursora, la neoplasia intraepitelial cervical o NIC de grados 1 y 2/3) y el adenocarcinoma cervicouterino (y su lesión precursora, el adenocarcinoma in situ AIS).¹⁵

El cáncer cervicouterino es causado por el VPH de transmisión sexual, que es la infección vírica más frecuente del aparato reproductor. Casi todos los individuos sexualmente activos serán infectados por VPH en algún momento de sus vidas, y algunos pueden ser infectados reiteradamente. El período de mayor número infecciones se

⁶⁵ Aranda Flores, Carlos Eduardo, Prevención primaria del cáncer cervicouterino, Publicación Oficial de la Sociedad Mexicana de Oncología, GAMO Vol. 8 Núm. 1, enero-febrero 2009, México

presenta poco después de la iniciación de la vida sexual activa. La mayoría de las infecciones por VPH remiten espontáneamente y no causan síntomas ni enfermedad. Sin embargo, la infección repetida por tipos específicos de VPH (con mayor frecuencia los tipos 16 y 18) puede conducir a lesiones precancerosas. Si no se las trata, esas lesiones pueden evolucionar hacia un cáncer cervicouterino.¹⁶

El principio central de un método integral de prevención y control del cáncer cervicouterino consiste en actuar durante todo el ciclo vital utilizando la evolución natural de la enfermedad para identificar en los grupos de edad pertinentes las oportunidades de efectuar intervenciones eficaces. (Figura 2)

¹⁶ OPS/OMS, Prevención y control integrales del cáncer cervicouterino: un futuro más saludable para niñas y mujeres. Washington, D.C.: OPS, 2013.

Panorama de intervenciones programáticas durante todo el ciclo vital para prevenir la infección por VPH y el cáncer cervicouterino.

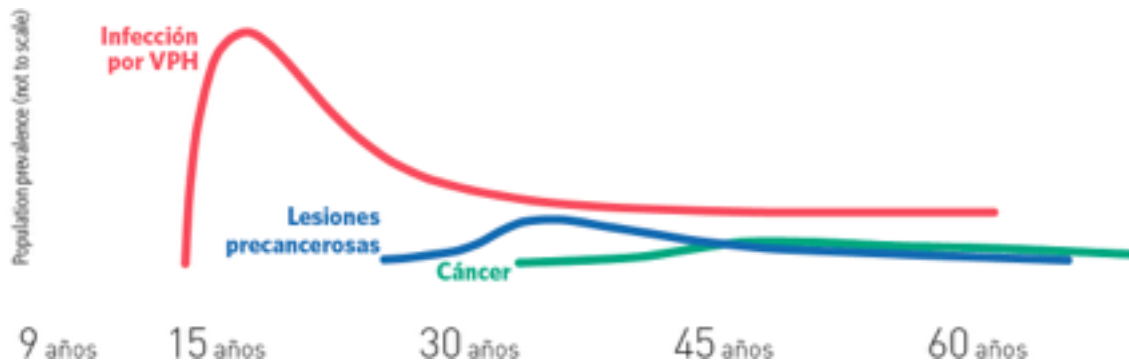


Figura 2 Fuente: Organización Panamericana de la Salud (2013).

Factores de riesgo del cáncer de cuello uterino

Según la Sociedad Americana Contra El Cáncer (2014), dentro de los factores de riesgo del cáncer de cuello uterino, se establecen los siguientes:¹⁷

Un factor de riesgo es aquel que aumenta las probabilidades de que padezca una enfermedad como el cáncer. Los distintos tipos de cáncer tienen diferentes factores de riesgo.

Varios factores de riesgo aumentan sus probabilidades de padecer cáncer de cuello uterino, las mujeres sin estos factores de riesgo raramente padecen dicha enfermedad, aunque estos factores aumentan las probabilidades de padecer cáncer de cuello uterino, muchas mujeres con estos factores de riesgo no padecen esta enfermedad.

Al considerar estos factores de riesgo, es útil enfocarse en los que se pueden cambiar o evitar (tales como fumar o una infección con el virus del papiloma humano), en vez de enfocarse en los que no se pueden cambiar (tales como su edad y antecedentes familiares). Sin embargo, sigue siendo vital conocer los factores de riesgo que no se pueden cambiar ya que resulta aún más importante para las mujeres que tienen estos factores hacerse la prueba de Papanicolaou para detectar el cáncer de cuello uterino en las primeras etapas. Los factores de riesgo del cáncer de cuello uterino incluyen:

⁶⁷17 Sociedad Americana Contra (SAC), El Cáncer, Prevención y detección temprana del cáncer de cuello uterino, Last Medical Review: 11/10/2014

Infección por el virus del papiloma humano

El factor de riesgo más importante para el cáncer de cuello uterino es la infección con el virus del papiloma humano (VPH o HPV, por sus siglas en inglés). El VPH es un grupo de más de 150 virus relacionados, algunos de los cuales causan un tipo de crecimiento llamado papilomas, lo que se conoce más comúnmente como verrugas. El VPH puede infectar a las células de la superficie de la piel, y aquellas que revisten los genitales, el ano, la boca y la garganta, pero no puede infectar la sangre o los órganos internos como el corazón o los pulmones. El VPH se puede transmitir de una persona a otra durante el contacto con la piel. Una forma en la que el VPH se transmite es mediante el sexo, incluyendo el sexo vaginal, anal y hasta oral.¹⁸

Aunque los científicos creen que es necesario haber tenido VPH para que se origine el cáncer de cuello uterino, la mayoría de las mujeres con este virus no desarrollan cáncer. Los doctores creen que otros factores tienen que surgir para que se origine el cáncer. Algunos de estos factores se presentan a continuación.

La infección por VPH ocurre principalmente en las mujeres más jóvenes y es menos común en las mujeres mayores de 30 años. La razón para esto no está clara. Ciertos tipos de comportamientos sexuales aumentan el riesgo de una mujer de contraer una infección por VPH, tales como: tener relaciones sexuales a temprana edad y tener muchas parejas sexuales.

Las mujeres que han tenido muchas parejas sexuales tienen una mayor probabilidad de infectarse con el VPH, aunque una mujer que haya tenido solo una pareja sexual también puede infectarse con el virus. Esto es más probable que ocurra si ella tiene una pareja que ha tenido muchas parejas sexuales o si su pareja es un hombre que no ha sido circuncidado.

Esperar hasta una mayor edad para tener relaciones sexuales puede ayudar a evitar el VPH. También ayuda el limitar su número de parejas sexuales y el evitar las relaciones sexuales con alguien que haya tenido muchas otras parejas sexuales. Aunque el virus con más frecuencia se propaga entre un hombre y una mujer, la infección con VPH y el cáncer de cuello uterino también se han visto en mujeres que sólo han tenido

68¹⁸ Smith EK, White MC, Weir HK, et al. Higher incidence of clear cell adenocarcinoma of the cervix and vagina among women born between 1947 and 1971 in the United States. *Cancer Causes Control*. 2012;23:207–211

sexo con otras mujeres. Recuerde que alguien puede tener el VPH por años sin aún presentar síntomas (no siempre causa verrugas o cualquier otro síntoma). Una persona puede tener el virus y transmitirlo sin saberlo.

Aun así, debido a que todo lo que se requiere para transmitir el virus de una persona a otra es el contacto de piel a piel con un área del cuerpo infectada por VPH, incluso el no haber tenido sexo no garantiza que usted nunca será infectada con el virus. Podría ser posible prevenir el contagio anal y genital del VPH al no permitir nunca que otra persona tenga contacto con dichas zonas del cuerpo.

Tabaquismo

Las fumadoras tienen aproximadamente el doble de probabilidades respecto a las no fumadoras de padecer cáncer de cuello uterino. Fumar expone al cuerpo a numerosas sustancias químicas cancerígenas que afectan a otros órganos, además de los pulmones. Estas sustancias dañinas son absorbidas a través de los pulmones y conducidas al torrente sanguíneo por todo el cuerpo. Se han detectado subproductos del tabaco en la mucosidad cervical de mujeres fumadoras. Los investigadores creen que estas sustancias dañan el ADN de las células en el cuello uterino y pueden contribuir al origen del cáncer de cuello uterino. Además, fumar hace que el sistema inmunológico sea menos eficaz en combatir las infecciones con VPH.

Inmunosupresión

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH o HIV, en inglés), el virus que causa el SIDA (AIDS), ocasiona daño al sistema inmunológico y provoca que las mujeres estén en un mayor riesgo de infección con VPH. Esto podría, en parte, explicar el riesgo aumentado de cáncer de cuello uterino en las mujeres con AIDS. También que el sistema inmunológico podría ser importante para destruir las células cancerosas, así como para retardar su crecimiento y extensión. En las mujeres con un sistema inmunológico que se encuentra deteriorado debido al VIH, un pre cáncer de cuello uterino podría transformarse en un cáncer invasivo con mayor rapidez de la normal. Otro grupo de mujeres en riesgo de cáncer de cuello uterino son aquellas

Que reciben medicamentos para suprimir sus respuestas inmunes, como aquellas mujeres que reciben tratamiento para una enfermedad autoinmune (en la cual el sistema

inmunológico ve a los propios tejidos del cuerpo como extraños, atacándolos como haría en el caso de un germen) o aquéllas que han tenido un trasplante de órgano.

Infección con clamidia

La clamidia es una clase relativamente común de bacteria que puede infectar el sistema reproductor. Se transmite mediante el contacto sexual. La infección con clamidia puede causar inflamación de la pelvis que puede conducir a la infertilidad. Algunos estudios han indicado que las mujeres cuyos resultados de los análisis de sangre indican una infección pasada o actual con clamidia tienen mayor riesgo de cáncer de cuello uterino que las mujeres con un análisis de sangre normal. A menudo, las mujeres que están infectadas con clamidia no presentan síntomas. De hecho, puede que no sepan que están infectadas a menos que se les practique un examen de clamidia durante un examen pélvico.

Una alimentación con pocas frutas y verduras

Las mujeres con una alimentación que no incluya suficientes frutas, ensaladas y verduras pueden tener un mayor riesgo de cáncer de cuello uterino.

Tener sobrepeso

Las mujeres que tienen sobrepeso tienen una mayor probabilidad de padecer adenocarcinoma del cuello uterino.

Uso prolongado de anticonceptivos orales (píldoras para el control de la natalidad)

Existe evidencia de que el uso de píldoras anticonceptivas por períodos prolongados aumenta el riesgo de cáncer de cuello uterino. La investigación sugiere que el riesgo de cáncer de cuello uterino aumenta mientras más tiempo una mujer tome las píldoras, pero el riesgo se reduce nuevamente después de suspender las píldoras. En un estudio, el riesgo de cáncer de cuello uterino se duplicó en las mujeres que tomaron píldoras anticonceptivas por más de 5 años, pero el riesgo regresó a lo normal después de 10 años de haber dejado de tomarlas. La Sociedad Americana Contra El Cáncer opina que una mujer y su doctor deben considerar si los beneficios de usar píldoras anticonceptivas superan este muy ligero riesgo potencial. Una mujer con múltiples parejas sexuales, independientemente de que use otro tipo de contraceptivo, debe usar preservativos para reducir el riesgo de infecciones de transmisión sexual.

Uso de un dispositivo intrauterino

Un estudio encontró que las mujeres que en algún momento han usado un dispositivo intrauterino tenían un menor riesgo de cáncer de cuello uterino. El efecto en el riesgo se observó incluso en mujeres que tuvieron un dispositivo intrauterino por menos de un año, y el efecto protector permaneció después que los dispositivos fueron removidos. El uso de un dispositivo intrauterino también podría reducir el riesgo de cáncer de endometrio (uterino). Sin embargo, los dispositivos intrauterinos presentan algunos riesgos. Una mujer interesada en el uso de un dispositivo intrauterino debe primero hablar con su médico sobre los riesgos y beneficios potenciales. Además, una mujer con múltiples parejas sexuales, independientemente de qué otro tipo de contraceptivo use, debe usar condones para reducir el riesgo de enfermedades de transmisión sexual.

Tener muchos embarazos a término

Las mujeres que han tenido tres o más embarazos a término (completos) tienen un riesgo aumentado de padecer cáncer de cuello uterino. Nadie sabe realmente la razón de esto. Una teoría consiste en que estas mujeres pudieron haber tenido relaciones sexuales (coito) sin protección para quedar embarazadas, por lo que pudieron haber estado más expuestas al VPH. Además, algunos estudios han indicado que los cambios hormonales durante el embarazo podrían causar que las mujeres sean más susceptibles a infección con VPH o crecimiento tumoral. También se cree que las mujeres embarazadas podrían tener sistemas inmunológicos más débiles, lo que permite la infección con VPH y crecimiento tumoral.

Menor de 17 años en el primer embarazo a término

Las mujeres que tuvieron su primer embarazo a término a la edad de 17 años o menos son casi dos veces más propensas a llegar a tener cáncer de cuello uterino posteriormente en la vida que las que tuvieron su primer embarazo a los 25 años o después.

Pobreza

La pobreza es también un factor de riesgo para el cáncer de cuello uterino. Muchas mujeres con bajos ingresos no tienen acceso fácil a servicios adecuados de atención a la salud, incluyendo las pruebas de Papanicolaou. Esto significa que es posible que no se

hagan las pruebas de detección ni reciban tratamiento para pre cánceres y cánceres de cuello uterino.

Dietilestilbestrol (DES)

El dietilestilbestrol (DES) es un medicamento hormonal que se administraba a algunas mujeres para prevenir el aborto espontáneo entre 1940 y 1971. A las mujeres cuyas madres tomaron DES cuando estaban embarazadas se les llama hijas del DES. Estas mujeres padecen adenocarcinoma de células claras de la vagina o del cuello uterino con más frecuencia de lo que normalmente se esperaría. Este tipo de cáncer se presenta en muy pocas ocasiones en mujeres que no sean hijas del DES. Existe alrededor de un caso de este tipo de cáncer en cada 1,000 mujeres cuyas madres tomaron DES durante el embarazo. Esto significa que aproximadamente 99.9% de las hijas del DES no padecen estos cánceres.¹⁹

El adenocarcinoma de células claras relacionado con DES es más común en la vagina que en el cuello uterino. El riesgo parece ser mayor en mujeres cuyas madres tomaron el medicamento durante sus primeras 16 semanas de embarazo. La edad promedio de las mujeres al momento del diagnóstico de adenocarcinoma de células claras relacionado con el DES es 19 años. Como la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. (FDA) prohibió en 1971 el uso de DES durante el embarazo, hasta las hijas más jóvenes de madres que tomaron DES son mayores de 35 años - pasada la edad de mayor riesgo. Aun así, no hay una edad límite en la que estas mujeres estén a salvo de desarrollar cáncer relacionado con DES. Los médicos no saben con exactitud cuánto tiempo estas mujeres estarán en riesgo. Las hijas del DES también pudieran tener un riesgo aumentado de cánceres de células escamosas y pre cánceres de cuello uterino asociados con el VPH. Aunque las hijas del DES tienen un mayor riesgo de carcinomas de células claras, las mujeres no tienen que haber estado expuestas a DES para padecer carcinoma de células claras. A pesar de presentarse en muy pocas ocasiones, antes de crear el DES, las mujeres eran diagnosticadas con la enfermedad.

⁶⁹19 Saslow D, Solomon D, Lawson HW, et al. American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology screening guidelines for the prevention and early detection of cervical cancer. *CA Cancer J Clin.* 2012; 62:147–172.

Antecedente familiar de cáncer de cuello uterino

El cáncer de cuello uterino puede presentarse con mayor frecuencia en algunas familias. Si la madre o hermana de una mujer tuvieron cáncer de cuello uterino, sus probabilidades de padecer esta enfermedad aumentan de dos a tres veces en comparación a si nadie en la familia lo hubiera padecido. Algunos investigadores sospechan que algunos casos de esta tendencia familiar son causados por una condición hereditaria que hace que algunas mujeres sean menos capaces de luchar contra la infección con VPH que otras. En otros casos, una mujer de la misma familia, al igual que una paciente que ha sido diagnosticada, podría estar más propensa a tener uno o más de los otros factores de riesgo no genéticos descritos anteriormente en esta sección.

Prevención del cáncer cervicouterino

La puesta en práctica de los programas de prevención y control del cáncer cervicouterino contribuye al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio mediante el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva para mejorar la salud de la mujer, y contribuye asimismo a la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, establecida en la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, de 2011.²⁰

Actualmente podemos prevenir el cáncer de cuello uterino con tres estrategias: la primera es abstinencia sexual; retrasar la vida sexual después de los 20 años, monogamia y el uso de condón; la segunda, a través de la prevención primaria (antes de la adquisición del virus del papiloma humano, vacunas profilácticas), en la etapa pre sexual y; la tercera, basada en la citología vaginal con tinción de Papanicolaou y pruebas de ADN.²¹

Prácticas de prevención del cáncer cervicouterino

Las prácticas de prevención depende de la visión que se tengan de la prevención y si la consideran conveniente y efectivo. Actualmente se puede prevenir el cáncer de cuello uterino con tres estrategias: la primera es abstinencia sexual; retrasar la vida sexual

²⁰ Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, de 2011.

²¹ Monsonogo J, Bosch FX, Coursaget P, Cox JT et al. Cervical cancer control, priorities and new directions. Int J Cancer 2009; 108:329-33.

después de los 20 años monogamia y el uso de condón; la segunda, a través de la prevención primaria (antes de la adquisición del virus del papiloma humano, vacunas profilácticas), en la etapa presexual y; la tercera, basada en la citología vaginal con tinción de Papanicolaou y pruebas de ADN. 32

Medidas para prevenir los pre cánceres y los cánceres

La Sociedad Americana Contra El Cáncer (2014) recomienda:²²

Vacunarse

Hay vacunas disponibles para protegerse contra la infección con el VPH. Todas estas vacunas ofrecen protección contra la infección de los subtipos 16 y 18 del VPH. Algunas también pueden ofrecer protección contra la infección de otros subtipos del VPH, incluyendo algunos tipos causantes de verrugas anales y genitales.

Las vacunas funcionan solamente para prevenir la infección con el VPH (no son un tratamiento de una infección ya existente). Por esta razón, para una óptima eficacia, la vacuna contra el VPH se debe aplicar antes de que una persona se exponga al VPH (por ejemplo, antes de que la persona sea sexualmente activa).

Estas vacunas pueden ayudar a prevenir los casos de pre cáncer y cáncer del cuello uterino. Algunas de las vacunas del VPH también han sido aprobadas para prevenir otros tipos de cáncer, así como de las verrugas anales y genitales.

Las vacunas requieren una serie de tres inyecciones por un periodo de seis meses. Por lo general, los efectos secundarios son leves. Los más comunes son enrojecimiento breve, inflamación e irritación en el área de la piel donde se administra la inyección. Rara vez alguna mujer puede sentir que va a desmayarse tras recibir la inyección. El Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunizaciones (Federal Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP) recomienda de forma rutinaria que las niñas de 11 a 12 años se vacunen contra el VPH con la serie completa de las 3 inyecciones. Las niñas pueden también recibir la vacuna contra el VPH a una edad tan temprana como a los 9 años a discreción

⁷²22 Sociedad Americana Contra (SAC), El Cáncer, Prevención y detección temprana del cáncer de cuello uterino, Last Medical Review: 11/10/2014

de los doctores. El ACIP también recomendó que las mujeres entre 13 y 26 años de edad que no hayan sido vacunadas reciban las vacunas para “ponerse al día”.²³

Prevención primaria

La vacunación contra el VPH está dirigida a las niñas de 9 a 13 años de edad. Se requieren estrategias de aplicación eficaz, asequible y equitativa para llegar a las niñas de 9 a 13 años de edad tres veces en el curso de 6 meses. Donde la matriculación escolar de las niñas sea elevada, la vacunación en las escuelas es una posibilidad; sin embargo, se necesitan diferentes enfoques para alcanzar a las niñas no escolarizadas que quizá sean especialmente vulnerables (por ejemplo niños de la calle o migrantes).

En las campañas educativas nacionales para la introducción de la vacuna se debe sensibilizar a la comunidad acerca del cáncer cervicouterino y su prevención. Es esencial que los mensajes estén bien formulados para educar a las comunidades, los progenitores, los docentes, los adolescentes y otros interesados directos acerca de la vacuna contra el VPH, la infección por el VPH y el cáncer cervicouterino, y la disponibilidad de servicios.

El panel independiente que hace las recomendaciones a nombre de la Sociedad reportó que no existe evidencia suficiente que muestre que “ponerse al día” con las vacunas para toda mujer entre 19 y 26 años sea beneficioso. Como resultado, la Sociedad Americana Contra El Cáncer (2014), recomienda que las mujeres entre 19 y 26 años consulten con sus médicos antes de decidir si deben recibir las vacunas para conocer el riesgo de exposición previa al VPH y el beneficio potencial de vacunarse. Actualmente, las guías de la Sociedad Americana Contra El Cáncer no abordan el uso de la vacuna en mujeres u hombres de más edad.

Es importante entender que ninguna vacuna provee protección completa contra todos los tipos de VPH causantes de cáncer. Por lo tanto, las pruebas rutinarias de detección de cáncer de cuello uterino aún siguen siendo necesarias.

⁷³23 Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP), Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), Vacuna del Virus de Papiloma Humano (VPH), <https://www.passporthealthglobal.com/mx/vacunas/virus-de-papiloma-humano-vph/>. (Consultado el 20 de mayo de 2015)

Relacionados con la conducta sexual

Retrasar del inicio de las relaciones sexuales Ortiz Serrano, Ricardo y Colbs. Se refieren que “el inicio temprano de las relaciones implica la aparición de múltiples compañeros sexuales, con el consiguiente riesgo dado por estas. Se ha demostrado también que en la adolescencia los tejidos cervicouterinos son más susceptibles a la acción de los carcinógenos, y de hecho, si existe un agente infeccioso relacionado, el tiempo de exposición a este será mucho mayor. El riesgo de lesión intraepitelial cuando el primer coito se tiene a los 17 años o menos es 2,4 veces mayor que cuando este se tiene a los 21 años”.²⁴

Mongrut Steane, sustenta que “Investigaciones epidemiológicas han demostrado que la precocidad en las relaciones sexuales significan un factor de riesgo. El coito realizado desde edad temprana en la adolescencia y la continuación de su práctica, predisponen a la mujer hacia el cáncer de cuello uterino. Coppleson postula que el epitelio cervical en la adolescencia se encuentra en período dinámico de metaplasma, muy susceptible a patrones atípicos metaplásicos, cuando se expone al contacto del pene y del semen”.²⁵

Castañeda Iñiguez, Maura y Colbs. plantean “el riesgo de neoplasia cervical es mayor en la medida en que el inicio de la vida sexual activa es más temprano; así, al tomar como referencia a las mujeres que iniciaron su vida sexual después de los 20 años, se estima que aquellas que lo hicieron antes de los 15 años tienen un riesgo dos veces mayor”.²⁶

Limitar del número de compañeros sexuales

Ortiz Serrano, Ricardo y Colbs. Plantean “existe una relación directamente proporcional entre el riesgo de lesión intraepitelial y el número de parejas sexuales. Esta

74²⁴ Ortiz. Serrano Ricardo y col. Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino En Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol.55 No.2 Colombia. 2009 Pág. 148

75²⁵ Mongrut Steane Andrés. Tratado de Ginecología 4ta Edición Perú, 2010, Pág. 303

76²⁶ Castañeda Iñiguez Maura y col. El cáncer cervical como problema de Salud Pública en mujeres mexicanas y su relación con Virus del Papiloma Humano. En tesis para optar el grado de Doctor en Salud Pública y Metodología de la Investigación Biomédica. Año 2011. Págs. 42-.

exposición se ha relacionado básicamente con la probabilidad de exposición al Papiloma Virus Humano.”²⁷

Según Mongrut Steane, Andrés manifiesta: “el número de compañeros sexuales es un factor de riesgo, no por el hecho de la variación, ni por la frecuencia con que se practica el coito, sino porque la promiscuidad generalmente tiene el antecedente de la precocidad sexual y el alto riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual, en cuya etiología participan virus oncógenos.”²⁸

Castañeda Iñiguez, Maura y Colbs. Plantean: “respecto al número de compañeros sexuales no se observan diferencias significativas entre aquellas que indicaron haber tenido una pareja sexual y aquellas que notificaron más de una”.²⁹

Conocer las características sexuales de la pareja

Cada vez hay más datos que sugieren que una mujer puede correr mayor riesgo debido a las características de su compañero sexual, aunque no satisfaga las condiciones de relaciones sexuales precoces y múltiples compañeros; de hecho, la historia sexual de su compañero podría ser tan importante como la propia.³⁰

En mujeres monogámicas, si el marido o el compañero sexual es promiscuo, este aportará el factor de riesgo para la mujer.

Evitar el contagio de una Infección de Transmisión Sexual

Se ha demostrado la asociación de cáncer de cuello uterino con Infecciones de Transmisión Sexual tipo sífilis o blenorragia, así como con la historia de infección a repetición del aparato genital; sin embargo, no se ha demostrado relación con antecedentes de infección por Chlamydia trachomatis o herpes simplex. Adicionalmente,

77²⁷ ORTIZ Serrano Ricardo y col. Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino En Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol.55 No.2 Colombia. 2009 Pág.148.

78²⁸ Mongrut Steane Andrés. Tratado de Ginecología 4ta Edición Perú, 2010, Pág. 312

79²⁹ Castañeda Iñiguez Maura y col. El cáncer cervical como problema de Salud Pública en mujeres mexicanas y su relación con Virus del Papiloma Humano. En tesis para optar el grado de Doctor en Salud Pública y Metodología de la Investigación Biomédica. Año 2010. Pág. 52.

80³⁰ GESTIÓN MÉDICA. Enfrentarán preocupante avance del cáncer con Plan Nacional de Control. En Gestión Médica, periódico para los Profesionales de la Salud. 4ta Edición. Semana del 5 al 11 de Setiembre. Perú. 2009. Págs. 2-5.

la coinfección con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) facilita el desarrollo de la neoplasia, con un aumento del riesgo de cáncer entre las infectadas por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana de hasta 3,2 veces el riesgo de las mujeres sin Virus de la Inmunodeficiencia Humana.³¹

Uso de preservativos durante las relaciones sexuales

Los preservativos protegen solo parcialmente del contagio de Papiloma Virus Humano, dado que puede haber virus en las superficies corporales no cubiertas por el preservativo, como son la zona perianal y el ano en los varones y mujeres, la vulva y el perineo en las mujeres y el escroto en los varones.

A pesar de ello, se ha visto que el uso sistemático y correcto de preservativos disminuye la posibilidad de cáncer cervicouterino, al parecer por su efecto sobre la transmisión del Papiloma Virus Humano.³²

Además brinda importantes beneficios:

Permite una eliminación más rápida del Papiloma Virus Humano tanto en los varones como en las mujeres.

Aumenta la regresión de las lesiones cervicouterinas.

Reduce el riesgo de verrugas genitales.

Reduce el riesgo de precáncer cervicouterino y de cáncer cervicouterino.

Protege contra otras Infecciones de Transmisión Sexual, incluidas las infecciones por clamidias y el Virus del Herpes Simple Tipo II, que son posibles cofactores del cáncer cervicouterino.

Protege contra la infección por el VIH, un conocido facilitador tanto de la infección por Papiloma Virus Humano oncógenos como de la progresión a lesiones de alto grado.

81³¹ Ortiz Serrano Ricardo y col. Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino En Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol.55 No.2 Colombia. 2009 Pág.154.

82³² León Cruz Grettell y Col. Mecanismos moleculares de los cofactores asociados con el cáncer de cuello uterino En Ginecología Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología - Revista Cubana Obstetricia y Ginecología Volumen 30 / N° 3, 2011

Prevención secundaria mediante la prueba de Citología Cérvico Uterina

Citología cervical

Existen métodos eficaces para la detección temprana de las lesiones precancerosas utilizando citología (prueba de Papanicolaou), y esos métodos han demostrado su eficacia en los países de ingresos altos. Sin embargo, las prioridades en pugna de la atención de salud, la insuficiencia de recursos financieros, la fragilidad de los sistemas de salud y el número limitado de proveedores capacitados hacen difícil alcanzar una cobertura alta de detección del cáncer cervicouterino en la mayoría de los países de ingresos bajos y medianos.

Las pruebas de citología o de Papanicolaou de alta calidad, como tamizaje secundario en la detección del cáncer cervicouterino, han reducido notablemente la tasa de mortalidad de la variedad de células escamosas, que es el tipo más frecuente y constituye de 80 a 90% de todos los cánceres cervicales.¹⁰⁻¹² Esta reducción de la tasa de mortalidad es resultado de la detección de cáncer cervicouterino en etapas tempranas, cuando la tasa de supervivencia a cinco años es de 92%. Asimismo, la detección y tratamiento de lesiones intraepiteliales escamosas del cuello uterino también disminuye la incidencia de este tipo de cáncer.³³

La prevención secundaria, en contraste, tiene que ver con la detección temprana de la enfermedad para prevenir su diseminación, incluyendo el tamizaje de cérvix en busca de anormalidades. Su propósito, además de la detección en etapas tempranas, es permitir el manejo de las lesiones de alto grado y así prevenir su potencial progresión a cáncer cervical.³⁴

Una de las principales alternativas para la prevención del cáncer cervicouterino es la promoción de la citología vaginal en los servicios de atención médica, en los medios de comunicación y en el trabajo con los colectivos desde su entorno; sumado al hecho de

83³³ Muñoz N, Bosch FX, de Sanjosé S, Herrero R, Castellsagué X, Shah KV, et al. International Agency for Research on Cancer Multicenter Cervical Cancer Study Group. Epidemiologic Classification of Human Papillomavirus Types Associated with Cervical Cancer. *N Engl J Med* 2013;348(6):518-527

84³⁴ Amaya, Jairo y Restrepo, Sonia. Tamizaje para cáncer de cuello uterino: cómo, desde y hasta cuándo. *Rev. Colomb Obstet Ginecol* [online]. 2010, vol. 56, no. 1, p. 59-67. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342005000100007&lng=es&nrm=iso. (Consultado 11 de mayo de 2015)

que las mujeres potencialmente en riesgo que acudan a un servicio de atención primaria en salud, permite ampliar la oportunidad de brindarles educación acerca de la prevención del cáncer cervicouterino.

Los esfuerzos de prevención del cáncer cervicouterino en todo el mundo se han centrado en el tamizaje de las mujeres en situación de riesgo de contraer la enfermedad, empleando las pruebas de Papanicolaou y el tratamiento de las lesiones pre cancerosas.

En algunos países desarrollados, los programas de tamizaje de Papanicolaou, también conocidos como programas de tamizaje citológico, han dado resultados notables en cuanto a la reducción de la incidencia de cáncer cervicouterino y de la mortalidad. La incidencia del cáncer cervicouterino puede reducirse hasta un 90% si los procedimientos de tamizaje son buenos y se logra una cobertura elevada.³⁵

Se requieren programas organizados de detección temprana de cáncer cervicouterino, para alcanzar una elevada cobertura entre las mujeres en riesgo, con los requerimientos necesarios como la disponibilidad de un diagnóstico, tratamiento y atención subsiguiente rápida, fiable con una infraestructura de apoyo, como servicios de orientación y sistemas de información, para mejorar la calidad de la atención y facilitar una gestión eficaz de pacientes y programas, diversas estrategias para promover la participación de las mujeres en riesgo dentro del tamizaje en cáncer cervicouterino.

El procedimiento de tamizaje mediante la prueba de Papanicolaou se desarrolló en los años treinta y se le dio el nombre de su inventor, el Dr. George Papanicolaou. Este es un examen citológico que permite la detección de la neoplasia de la cerviz; una buena muestra requiere de la toma de células vivas, metabólicamente activas, de dos sitios: la superficie del ectocérvix y el canal endocervical.

La toma ectocervical debe ser la inicial para evitar la desecación de la mucosa y su posible contaminación con sangre proveniente del canal endocervical; se realiza raspando en forma circular, con una espátula; a fin de desprender células de toda la zona de transformación. La toma endocervical debe hacerse con cepillo para que la muestra sea de todo el canal endocervical; ambas tomas deben desprender células vivas sin provocar sangrado que contamine la muestra, lo que dificultaría su lectura.

85³⁵ OPS. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, Planificación de programas apropiados para la prevención del cáncer Cervicouterino 6ª. edición 2012.

El material obtenido debe aplicarse de inmediato, sobre una lámina de vidrio, buscando obtener una capa delgada, uniforme y sin grumos, de inmediato, debe fijarse teniendo en cuenta las recomendaciones del producto en aerosol (25-30 cm de distancia) para evitar que la fuerza propelente aglutine el material o lo dañe.³⁶

El objetivo de ésta prueba es el diagnóstico de lesiones precursoras de cáncer de cuello de útero invasor en mujeres con vida sexual activa, e incluso en edad geriátrica justificándose su uso hasta ésta edad porque el cáncer cérvico uterino y sus precursores pueden presentar una latencia por largos períodos que pueden ser de 10 o más años entre el transcurso de una lesión de bajo grado (NICI) hasta un cáncer invasor. Los hallazgos se clasifican de acuerdo a la clasificación de Bethesda.³⁷

El tamizaje supone analizar a un grupo destinatario, en este contexto las mujeres, que tienen riesgo de padecer una enfermedad dada, en este caso, las lesiones precancerosas de cérvix. El objetivo del tamizaje es detectar y tratar a las personas en las que se han identificado signos tempranos de la enfermedad, generalmente por medio de una prueba barata, precisa y fiable que pueda aplicarse ampliamente. Hay varias pruebas de tamizaje del cáncer cérvico uterino, entre ellas la citología cervical.

La citología vaginal de acuerdo con la Sociedad Americana de Cáncer se recomienda sea tomada anualmente a "Todas las mujeres que sean o hayan sido activas sexualmente o que hayan alcanzado los 18 años de edad, conjunto con un examen pélvico. Después que una mujer haya tenido tres o más exámenes anuales consecutivos normales satisfactorios, el PAP puede ser hecho menos frecuente a discreción de su médico más aún si es catalogada de bajo riesgo".³⁸

86³⁶ Alonso de Ruiz Patricia, Lazcano Ponce Eduardo, Hernández Ávila Eduardo. Cáncer cérvico uterino, diagnóstico, prevención y control. 2da edición, Editorial Médica Panamericana. Argentina. 2005. Biblioteca Universidad Libre de Barranquilla. 124

87³⁷ Sosa Montiel, Max; Rivera López, Roberto. Importancia de la citología vaginal (papanicolaou) para detectar cáncer cérvico uterino en mujeres mayores de 15 años a nivel de una Clínica Privada. Rev. Med Honduras 2010; 68:86-88 <http://www.bvs.hn/RMH75/pdf/2000/pdf/Vol68-3-2010-3.pdf>. (Consultado el 28 de marzo de 2015)

88³⁸ Bosch, F.X., Manos, M.M., Muñoz, N, Sherman M, Jansen, A.M., Peto, J., Schiffman, M.H., Moreno, V., Kurman, R., Shah, K.V. & The IBSCC Study Group (1995) Prevalence of human papillomavirus in cervical cancer : a worldwide perspective. J. Natl Cancer Inst., 87, 796-802

Son consideradas pacientes de alto riesgo para desarrollar lesiones intraepiteliales y cáncer cervical todas aquellas mujeres que iniciaron relaciones sexuales antes de los 18 años, tuvieron múltiples compañeros sexuales, su compañero sexual es promiscuo, antecedente de infección por virus del papiloma humano y tabaquismo.

Se recomienda a las mujeres realizarse la primera prueba de Papanicolaou poco después de convertirse en sexualmente activas y luego en forma anual o trienal.

Programa de Salud del Adolescente

La mayor dificultad para cumplir con el programa preventivo en esta edad, es la baja asistencia y la reticencia de los adolescentes para acudir a las unidades de salud. Por tal motivo se debe recurrir a estrategias como la formación de promotores voluntarios y el programa de PREVENIMSS en escuelas.

Promoción de la Salud

- A partir de los diez años realice la educación directamente con el adolescente.

Utilice un lenguaje claro y accesible, apóyese en la Guía para el Cuidado de la Salud y responsabilícelo en el cuidado de su salud. Invítelo a que estudie la Guía.³⁹

- Cuando sea posible y lo considere necesario, invítelo a sesiones educativas o a grupos de ayuda.

- Recomiende el estudio de los temas relacionados con alimentación, ejercicio, salud sexual, prevención de accidentes, adicciones y violencia. 6

Detección Oportuna de Enfermedades

- Detección de cáncer cérvico uterino, realice la prueba de Papanicolaou cada tres años.⁴⁰

Haga seguimiento de los casos con citología anormal.

⁸⁹³⁹ Instituto Mexicano del Seguro Social. Programas Integrados de Salud. Guía para el Cuidado de la Salud del Adolescente. 2005

⁹⁰⁴⁰ Instituto Mexicano del Seguro Social. Programas Integrados de Salud. Guía Técnica del Programa de Salud de la Mujer. 2003.

La comunicación constituye una piedra angular para propiciar que las personas reflexionen sobre los beneficios y dificultades que conlleva cualquier práctica relacionada con la salud. El flujo de información continua facilita la toma de decisiones encaminadas a prevenir enfermedades y, para esto, el rol de los proveedores de salud es sustantivo. En el trabajo en comunidades rurales o con presencia de grupos indígenas es preciso que éstos sean culturalmente competentes.⁴¹

91⁴¹ Vázquez M, Siqueira E, Kruze I, Da Silva A, Leite I. Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina. Gaceta Sanitaria 2012; 16:30-38.

II.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer cervicouterino es un problema de salud pública prevenible, detectable y tratable; sin embargo es causa importante de mortalidad en mujeres mayores de 25 años, ocasiona alrededor de 500.000 muertes al año en el mundo. México se ubica en los primeros lugares de mortalidad de mujeres a causa del cáncer cervicouterino y el cáncer de mama; a pesar de existir programas de prevención y detección que centran los esfuerzos en el tamizaje citológico, siguen las mujeres sin incorporar en su vida una cultura de la prevención, situación que repercute en su salud y que en algunos casos las lleva a padecer de cáncer cervicouterino.⁴²

En México el cáncer cervicouterino ocupa el primer lugar como causa de muerte, como tumores malignos en la mujer, siendo significativamente más elevada en la más jóvenes. El riesgo de neoplasia cervical es mayor en la medida en que el inicio de la vida sexual activa es más temprano; así, al tomar como referencia a las mujeres que iniciaron su vida sexual después de los 20 años, se estima que aquellas que lo hicieron antes de los 15 años tienen un riesgo dos veces mayor.⁴³

Por lo anterior surge la siguiente pregunta en la presente de investigación:

¿De qué manera los factores socioculturales se relacionan con las actitudes que influyen para no realizarse la prueba de citología cervical (Papanicolaou) por parte de las estudiantes con vida sexual activa adscritas a la UMF.15?

⁹²⁴² Prevención y detección oportuna del cáncer uterino en el primer nivel de atención, México: Secretaría de Salud; 2008

⁹³⁴³ Castañeda Iñiguez Maura y col. El cáncer cervical como problema de Salud Pública en mujeres mexicanas y su relación con Virus del Papiloma Humano. En tesis para optar el grado de Doctor en Salud Pública y Metodología de la Investigación Biomédica. Año 2011. Págs. 42-.

III.-JUSTIFICACIÓN

El carcinoma de cuello uterino es el segundo tipo de cáncer que afecta con mayor frecuencia a mujeres de países con bajo desarrollo económico, en los cuales los programas para prevención y diagnóstico precoz de cáncer de cuello uterino no han tenido un adecuado impacto en la reducción de la mortalidad.

La prevención del cáncer cervicouterino forma parte de las estrategias de salud pública para mejorar la salud de la mujer. Cuando no se detecta y se trata a tiempo, este tipo de cáncer es mortal. Por ello es necesario informar a las mujeres con vida sexual activa, para estimular que se realicen la prueba y que acudan a los servicios de detección para su seguimiento y tratamiento, a fin de asegurar que exista el tratamiento correcto de las lesiones precancerosas detectadas. Los programas de detección de cáncer cervical necesitan abordar los obstáculos culturales, psicosociales y clínicos que influyan en las mujeres para el uso o no de los servicios de programas de detección oportuna de cáncer

El control de factores de riesgo específicos modificables, así como una prevención integrada eficaz de las enfermedades no transmisibles que promueva los alimentos saludables, la actividad física y el control del consumo de alcohol, el sobrepeso y la obesidad, podrían llegar a tener un efecto de reducción de la incidencia de cáncer del cáncer cervicouterino a largo plazo.(OMS 2013).

En la práctica médica diaria, de la UFM No. 15 de ciudad Pemex Macuspana, Tabasco; específicamente la atención a estudiantes en edades de 10 a 25 años, con sospecha de tener vida sexual activa, existen poco interés en realizarse estudios de citología cervical, así mismo se desconocen los factores asociados e interés en la realización de estos tipos de estudios para prevención y la detección oportuna de cáncer cervicouterino.

VI.-OBJETIVOS

Objetivo General

Identificar los factores socioculturales en estudiantes adscritas a la UMF-15, que no se realizan citología cervical para detección cáncer cervicouterino.

Objetivos Específicos

Identificar la población de estudiantes con inicio de actividad sexual, adscritas a la UMF-15 para determinar la muestra representativa del presente estudio.

Determinar los factores socioculturales mediante una encuesta en estudiantes que no se realizan la prueba de citología cervical (Papanicolaou), con inicio de actividad sexual.

Analizar la relación existentes entre estudiantes activas sexualmente y los aspectos determinantes por los que no quieren realizarse la citología cervical.

HIPÓTESIS

Si los factores socioculturales influyen en las estudiantes con vida sexual activa, para no realizarse la prueba de citología cervical, entonces; existe un alto grado en el aumento de cáncer cervicouterino en mujeres jóvenes adscritas a la UMF. 15; ciudad Pemex Macuspana, Tabasco.

VII.-MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio

El estudio es transversal descriptivo y prospectivo.

Población, lugar y tiempo de estudio

El presente estudio se realizará en el consultorio único en la UMF-15 del IMSS, ubicada en la zona urbana de Cd. Pemex Macuspana Tabasco, es una Unidad de Medicina Familiar de primer nivel de atención para coadyuvar a las acciones coordinadas de atención integral a la salud de la población de acuerdo a la normatividad de consulta externa. En una población femenina de 10 a 25 años con vida sexual activa la cual es de 2,912, en un tiempo comprendido del 01 de Octubre del 2015 al 30 de Diciembre del 2015.

Tipo de muestra y tamaño de la muestra

Utilizando la fórmula para población infinita, $n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot P \cdot Q}{(N-1) \cdot D^2 + Z^2 \cdot P \cdot Q}$. En donde N representa el total de individuos que componen una población; Z representa el intervalo de confianza; Q es la contraparte del porcentaje de observaciones de una categoría y es igual a 1-P y D que corresponde al error estándar o margen de error.

$$N = \frac{n \cdot Z^2 \cdot P \cdot Q}{(N-1) \cdot D^2 + Z^2 \cdot P \cdot Q}$$

$$2,912 \times (1.96)^2 \times 0.10 \times 0.90 / (2912 - 1) \times 0.01 + 3.8416 \times .10 \times .90$$

$$2,912 \times 3.8416 \times .10 \times .90 / 2,911 \times 0.01 + 3.8416 \times .10 \times .90$$

$$1,006.806528 / 2.965644 = 339.49$$

Se obtuvo un total de 340 pacientes a estudiar sin embargo se recopilaron 380 encuestas, la selección se realizó a través de un muestreo aleatorio simple sin reemplazo.

Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Criterios de inclusión

Estudiantes femeninas de 10 a 25 años de edad, adscritas a la UMF 15 de Cd. Pemex, Macuspana, Tabasco, Con vida sexual activa y acepten contestar el cuestionario.

Criterios de exclusión

Masculinos y Mujeres que no estén en el rango de edad de 10 a 25 años de edad, que no estén adscritas a la UMF No. 15, Que no tengan vida sexual activa, que no acepten contestar el cuestionario. Que presenten enfermedad mental.

Criterios de eliminación

Estudiantes que no terminaron el cuestionario o no lo contestaron.

Variables

La medición se realizó de manera independiente, las variables en estudio fueron cuantitativas continuas y cualitativas nominales. Una vez con los resultados se elaboró una base de datos y se analizó mediante estadística descriptiva.

Variable dependiente.

Factores socioculturales

Variable independiente

Citología cervical

Instrumento de investigación

Se diseñó un cuestionario de 14 preguntas, 2 preguntas referentes a datos sociodemográficos de la encuestadas y 12 preguntas dicotómicas para conocer su opinión sobre el tema de estudio.

Análisis de los datos

Para el análisis de la información se utilizará una hoja de cálculo (MS Excel), con esta herramienta se tabularán los resultados en forma de tabla de datos, para obtener los datos de unidad, frecuencia y porcentaje correspondientes a cada partida de la muestra. Posteriormente se elegirá el tipo de gráfico que se desea utilizar y se enlazará con los cálculos obtenidos para obtener la representación gráfica de los resultados.

Recolección de datos

Plan de recolección de datos

Para llevar a cabo el presente estudio se realizó la presentación de un oficio dirigido a la Dra. María de los Ángeles Mora Solís directora de microzona de la Unidad de Medicina Familiar 15 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad Pemex, Macuspana.

Para darle a conocer los fines del estudio e iniciar la recolección de datos a partir del mes octubre a diciembre de 2015, aprovechando cuando se presenten las adolescentes a consulta externa

Se aplicará un cuestionario estructurado, auto-desarrollado, anónimo, previo consentimiento informado, constituido en 3 bloques: a) Datos personales, b) Conocimientos sobre la prueba (citología cervical CCU) y c) Actitudes sobre la prueba CCU, a las mujeres que autorizaron su participación en el estudio. Se utilizará estadística descriptiva para el análisis de los datos.

VIII.-ASPECTOS ÉTICOS

Este estudio se realizó bajo la participación de los usuarios acentuándolo en el formato de consentimiento informado plasmado en la normativa institucional IMSS y según lo marca la Ley General de Salud en materia de experimentación de seres humanos (declaración de Helsinki.). Trata de lo correcto e incorrecto, según lo establecido por una profesión y se relaciona más con los procedimientos de la investigación. Privacidad, en el proyecto se garantiza la privacidad, confidencialidad y anonimato de cada uno de los encuestados con el fin de asegurar por completo la integridad de la persona.

Para la realización de la presente investigación se realizó un oficio dirigido Al Jefe de la unidad solicitando su autorización para llevar efecto el estudio en cuestión.

La presente investigación de acuerdo al reglamento de la ley General de Salud en materia de Investigación de la salud, se clasifica como riesgo de tipo 1.

Al personal médico de urgencias de la unidad se le solicitó su consentimiento para autorizar y responder la encuesta ya mencionada.

A los familiares de los usuarios se les solicito su autorización para la aplicación de la encuesta.

IX.-RESULTADOS

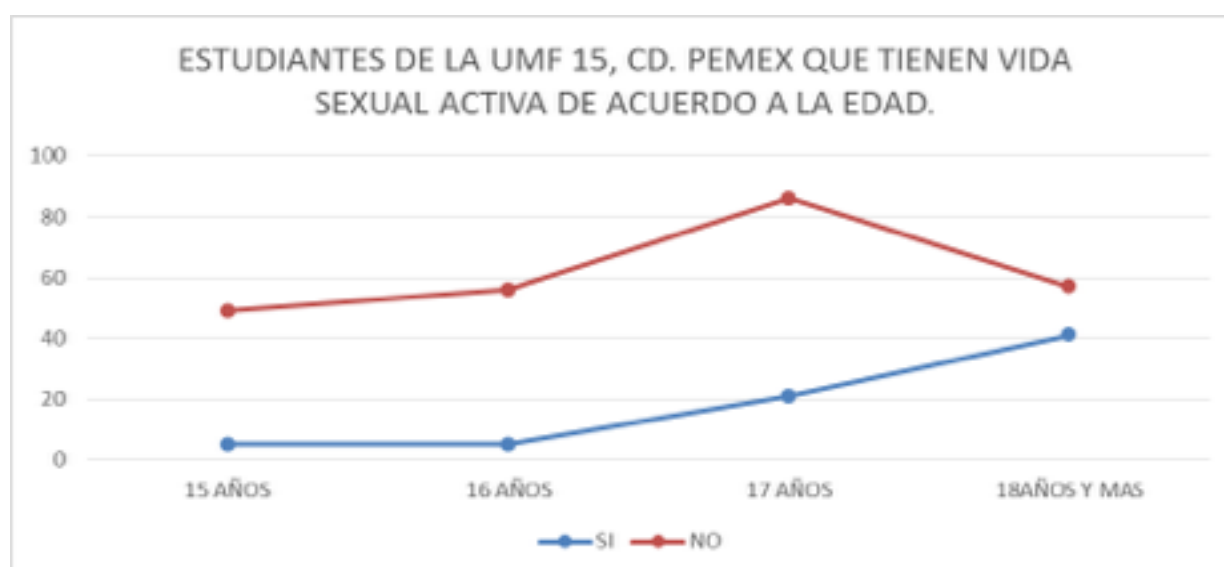
El presente estudio se realizó en el consultorio único en la UMF-15 del IMSS, ubicada en la zona urbana de Cd. Pemex Macuspana Tabasco, es una Unidad de Medicina Familiar de primer nivel de atención para coadyuvar a las acciones coordinadas de atención integral a la salud de la población de acuerdo a la normatividad de consulta externa. En una población femenina de 15 a 18 años con vida sexual activa la cual es de 320 derechohabientes, en un tiempo comprendido del 01 de enero a diciembre del 2016. Del total de la población de Estudiantes de preparatoria adscritas a la UMF No.15 de acuerdo a su vida sexual activa el 22.5% mantienen relaciones sexuales el 77.5% niega tener vida sexual activa. (Ver tabla 1 y gráfico 1)

TABLA 1.-ADOLESCENTES DE LA PREPARATORIA DE LA UMF 15 QUE TIENEN VIDA SEXUAL ACTIVA

TIENEN VIDA SEXUAL ACTIVA	15 AÑOS	16 AÑOS	17 AÑOS	18 AÑOS Y MAS	TOTAL	
SI	5	5	21	41	72	22.5%
NO	49	56	86	57	248	77.5%
TOTAL	54	61	107	98	320	100%

Fuente: Información del Sistema de Información de Medicina Familiar.

Gráfico 1.



Fuente: Información del Sistema de Información de Medicina Familiar.

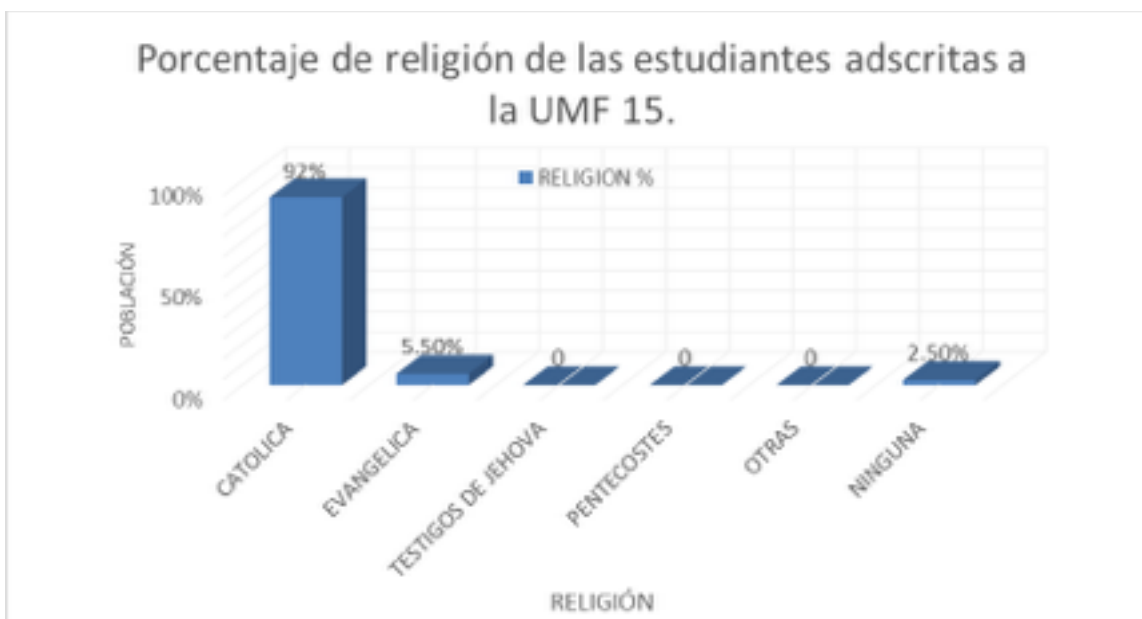
De acuerdo a la religión de las adolescentes que tienen vida sexual activa el 92% fue de la católica con 66 estudiantes, el 5.5 evangélica con 4 estudiantes y el 2.5% con 2 estudiantes que no tienen ninguna religión. (Ver tabla 2 y Gráfico 2)

TABLA 2.- RELIGIÓN DE LAS ESTUDIANTES DE PREPARATORIAS ADSCRITAS A LA UMF 15 QUE NO SE REALIZAN CITOLOGIA CERVICAL

RELIGION	%	CANT
CATOLICA	92	66
EVANGELICA	5.5	4
TESTIGOS DE JEHOVA	0	0
PENTECOSTES	0	0
OTRAS	0	0
NINGUNA	2.5	2
TOTAL	100	72

Fuente: información del Sistema de información de medicina familiar del IMSS

Grafica 2.



Fuente: información del Sistema de información de medicina familiar del IMSS

De acuerdo a la edad el porcentaje de las adolescentes con vida sexual activa de 15 años fue de 7.1% (total:5) al igual que las de 16 años, con un 28.6% las de 17 años y en mayor porcentaje de 18 años y más fue el 57.2% con un total de 182 adolescentes. Tabla 3 y Grafico 3

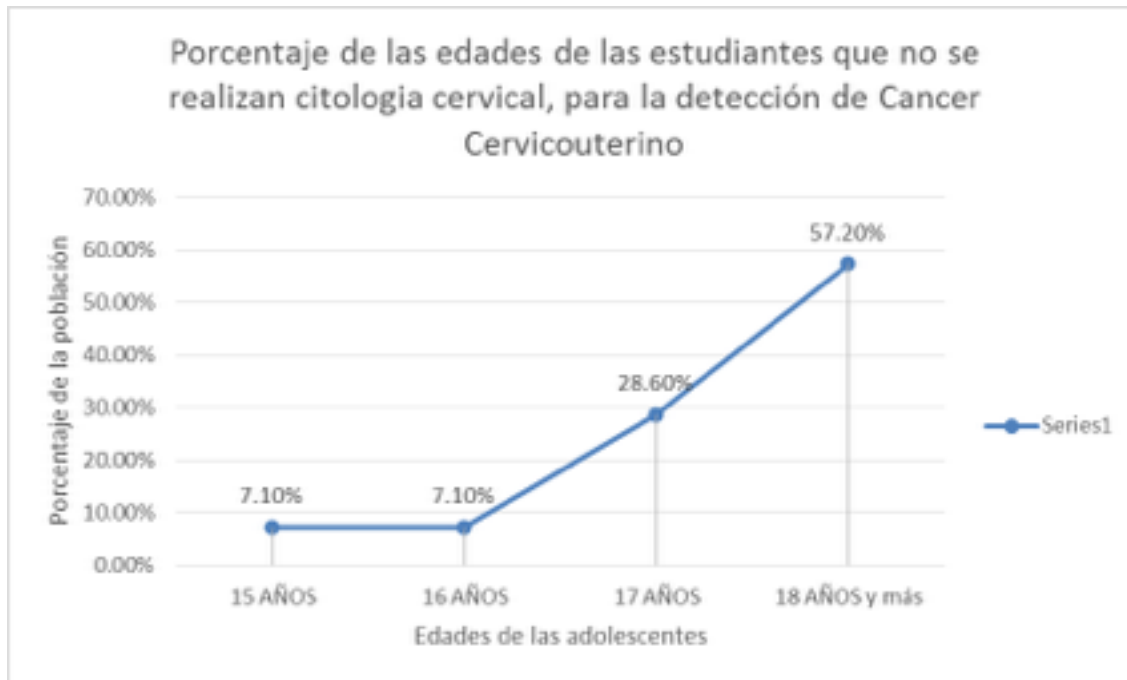
TABLA 3.-EDAD DE LOS ESTUDIANTES DE PREPARATORIAS ADSCRITAS A LA UMF 15 QUE NO SE REALIZAN CITOLOGIA CERVICAL

EDAD	%	CANT
------	---	------

15 AÑOS	7.1	5
16 AÑOS	7.1	5
17 AÑOS	28.6	21
18 AÑOS y más	57.2	41
TOTAL	100	72

Fuente: información del Sistema de información de medicina familiar del IMSS

Grafica 3.



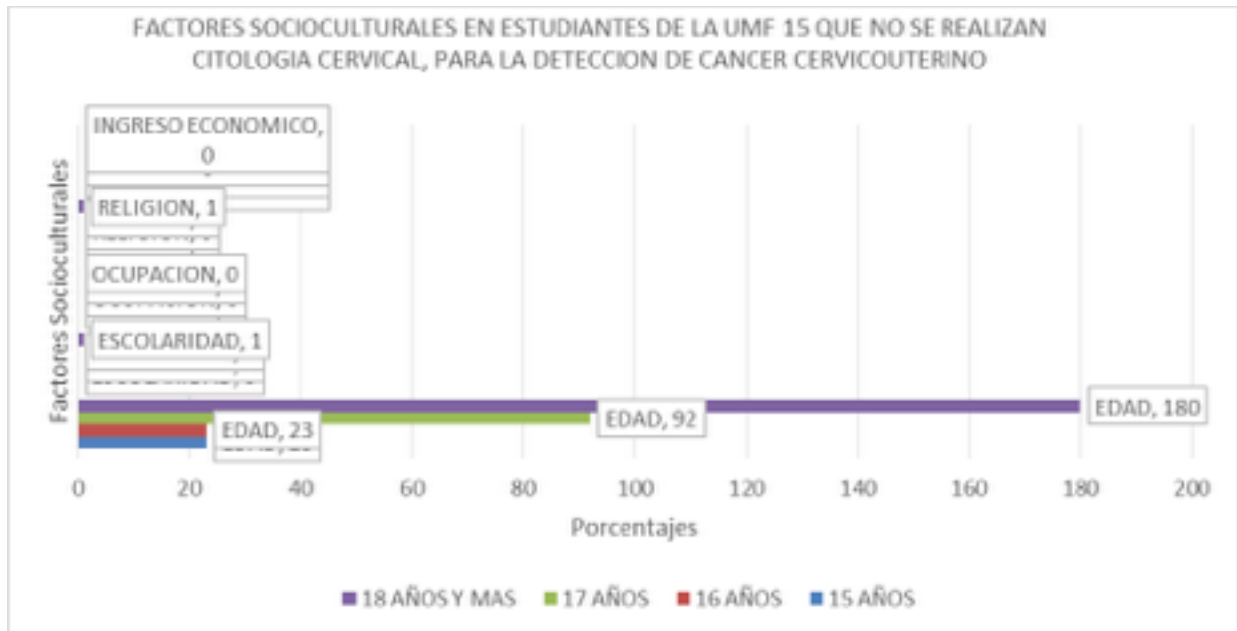
Fuente: información del Sistema de información de medicina familiar del IMSS

De los factores socioculturales que se mostraron en la encuesta se tomó la edad, escolaridad, ocupación, religión, ingresos económicos de los cuales prevaleció la edad en un 99% con 0.5% la religión y escolaridad, las adolescentes le dan más peso a la edad. (Tabla 4 y gráfico 4)

TABLA 4.-FACTORES SOCIOCULTURALES POR EDAD QUE PREVALECE EN LAS ESTUDIANTES DE PREPARATORIA ADSCRITAS A LA UMF 15 PARA NO SE REALIZAN CITOLOGIA CERVICAL						
FACTORES SOCIOCULTURALES	15 AÑOS	16 AÑOS	17 AÑOS	18 AÑOS Y MAS	TOTAL	%
EDAD	23	23	92	180	318	99
ESCOLARIDAD	0	0	0	1	1	0.5
OCUPACION	0	0	0	0	0	0
RELIGION	0	0	0	1	1	0.5

INGRESO ECONOMICO	0	0	0	0	0	0
TOTAL					320	100
Fuente: información del Sistema de información de medicina familiar del IMSS						

Grafico 4.



Fuente: información del Sistema de información de medicina familiar del IMSS

Las adolescentes de la preparatoria de la UMF 15 que conocen la prueba de Papanicolaou de acuerdo a la edad el 92.9% desconocen la prueba de Papanicolaou, las edades de 16 y 17 años tienen el 14.2%, de 18 años y más ocupan el 57.4% y en menor porcentaje las de 15 años con un 7.1% y el 7.15 desconocen. De las estudiantes que conocen la prueba solo las de 18 años y más fue en un 7.1%. Las cuales refieren que conocen por las dependencias de salud. (ver tabla 5 y Grafico 5)

TABLA 5.-ADOLESCENTES DE LA PREPARATORIA DE LA UMF 15 QUE CONOCEN LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU					
CONOCIMIENTO DE LA PRUEBA	15 AÑOS	16 AÑOS	17 AÑOS	18AÑOS Y MAS	TOTAL
NO	7.1	7.1	28.6	50.1	92.90%
SI	0	0	0	7.1	7.10%
TOTAL	7.1	7.1	28.6	57.2	100%

Fuente: información del Sistema de información de medicina familiar del IMSS

Grafico 5.



Fuente: información del Sistema de información de medicina familiar del IMSS

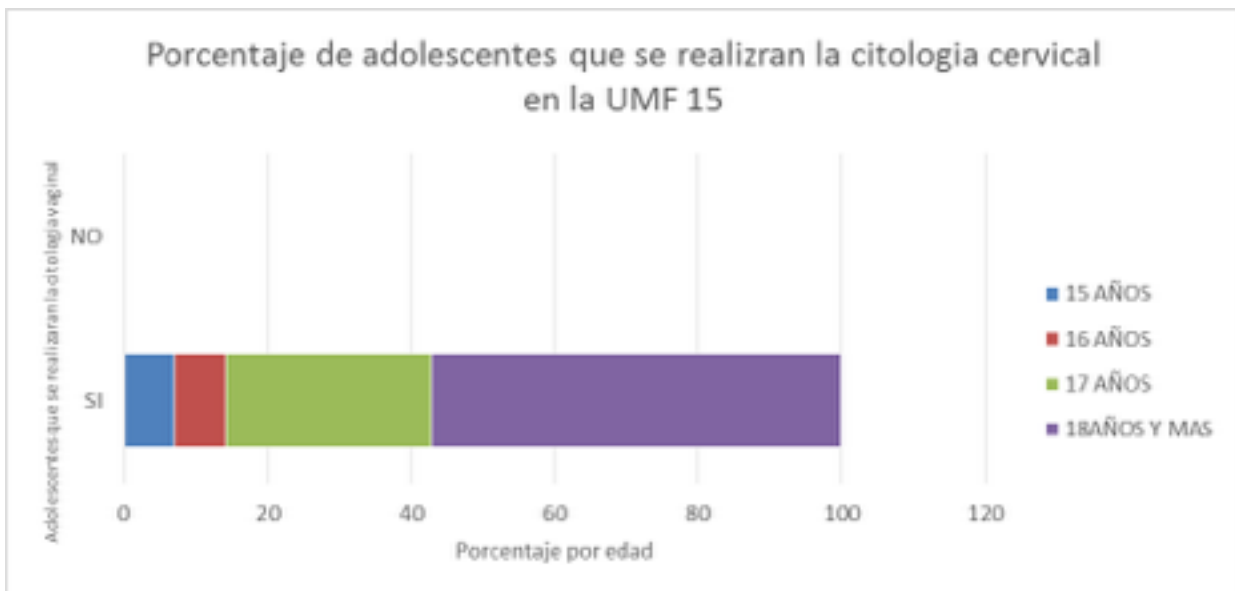
Las Adolescentes que se les preguntó si han pensado realizarse el Papanicolaou en la encuesta refieren que si el 100% por situaciones de salud. Las 72 adolescentes estudiantes de la preparatoria de la UMF 15.

TABLA 6.- ADOLESCENTES DE LA PREPARATORIA DE LA UMF 15 QUE HAN PENSADO REALIZARSE LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU

SE REALIZARAN LA PRUEBA	15 AÑOS	16 AÑOS	17 AÑOS	18AÑOS Y MAS	TOTAL
SI	7.1	7.1	28.6	57.2	100%
NO	0	0	0	0	00%
TOTAL	7.1	7.1	28.6	57.2	100%

Fuente: información del Sistema de información de medicina familiar del IMSS

Gráficos 6.



Fuente: información del Sistema de información de medicina familiar del IMSS

X.-DISCUSION

Olmedo Buenrostro y Cols en su artículo El cáncer cérvico-uterino: Implicaciones de la edad de inicio de vida sexual y el Papilomavirus humano refiere que en estudios realizados en la población mexicana, demuestran que iniciar las relaciones sexuales a los 19 años o menos incrementa 4 veces el riesgo de padecer cáncer cérvico-uterino. El inicio de la vida sexual es muy importante a nivel poblacional. Se ha estimado, que si todas las mujeres comenzaran su vida sexual a los 20 años o más, se evitaría un 40% la aparición del cáncer cérvico-uterino en nuestra población. Así de simple y así de impactante a nivel de salud pública (Delgado-Enciso I y cols., 2006; Baltasar-Rodríguez LM y cols., 2008). Sin embargo, la edad de inicio de la actividad genital (vida sexual activa) es una decisión muy personal, aunque como vemos, influye a nivel poblacional en muchos aspectos, incluyendo la aparición del cáncer cérvico-uterino. Probablemente la edad de inicio de vida sexual activa influye en la generación del cáncer cérvico uterino debido a la “inmadurez” que las células del cuello uterino tienen en los adolescentes (19 años o menos). Esto hace que se infecten más fácilmente con el Papilovirus humano durante la relación genital. Si se infectan más fácilmente con este virus, más fácilmente pueden llegar a desarrollar cáncer, pues la presencia del Papilomavirus es un factor importantísimo en este sentido (Baltasar-Rodríguez LM y cols., 2008).

Por otro lado, si se tienen diversas parejas sexuales, existe más probabilidad de infecciones de transmisión sexual, por ende más probabilidades de adquirir el Papilomavirus y consecuentemente más riesgo de un cáncer cérvico-uterino. Lo que coincide con nuestro estudio donde las adolescentes demostraron que llevan una vida sexual activa de 16 años (28.6%) en un porcentaje significativo a las de 15 años que fue de 7.1% y las adolescentes de 17 años y mayores de 18 años con una media de 17+ . * Lo que coincide con Farfán Muñoz y Cols. Donde refiere la edad promedio, de las 105 mujeres incluidas en la investigación fue de 39.4, y una desviación estándar de 13.19. El 42% oscila entre 25 y 34 años de edad. De las mujeres encuestadas, 25% nunca ha acudido a la prueba de detección oportuna de cáncer cervicouterino; y el resto solamente una vez, con un rango de tiempo de 3 a 27 años.

El cáncer cérvico-uterino: Implicaciones de la edad de inicio de vida sexual y el Papilomavirus humano Bertha Alicia Olmedo Buenrostro¹ , Víctor Ángel Zepeda Pamplona² , Irma Gabriela Enríquez Maldonado³ , Alejandrina Rodríguez Hernández⁴ , Iván Delgado Enciso⁴ Revista Fuente Año 3 No. 8 Julio - Septiembre 2011 ISSN 2007 - 0713

Farfán-Muñoz Laura Cecilia y Cols en su artículo científico Factores socioculturales en mujeres que no acuden a detección oportuna de cáncer cervicouterino de la revista de enfermería refiere en cuanto a la escolaridad con mayor porcentaje fue primaria en 36%, así mismo, la práctica de religión católica 91%. El estado civil que predominó fue la mujer casada con 67%; dedicadas al hogar 67%; de las 35 mujeres que trabajan fuera del hogar 80% perciben una remuneración económica de nivel medio, predominan las que laboran en el turno matutino. De acuerdo a la religión de las adolescentes que tienen vida sexual activa el 92% fue de la católica con 66 estudiantes, el 5.5 evangélica con 4 estudiantes y el 2.5% con 2 estudiantes que no tienen ninguna religión. Coincidiendo con los 91% que maneja Farfan Muñoz y Cols.

Respecto al conocimiento sobre el programa de detección de cáncer cervico-uterino 70% tuvo calificación inferior a 70; con un promedio de conocimiento de 53 y desviación estándar de 23.08. En cuanto a los aspectos culturales y psicológicos de las mujeres se encontró que 70% manifestaron sentir pena a la realización de la detección; 63% refirió angustia y 36% dijo creer que podría ser doloroso; 21% cree que el realizárselo podría ocasionar alguna infección, 75% refiere que su pareja está de acuerdo en que se realice dicha detección. Un 34% de las mujeres manifestó que la duda de conocer el resultado del examen es angustiante.

En aspectos institucionales se encontró, que solo 41% de las mujeres recibieron información sobre la importancia de realizarse la detección, de ellas 18% la recibió del personal de De las mujeres encuestadas 22% fueron enviadas por el médico familiar al servicio de medicina preventiva para la detección. El 32% refirió haber recibido información respecto a los horarios en los que se lleva a cabo la detección; 59% evalúa como bueno el trato en el servicio de medicina preventiva.

De 79 mujeres que en alguna ocasión se han realizado la detección 73% manifestaron conocer los resultados de su examen; de las cuales la mayoría refirió acudir con el médico familiar para conocer dicho resultado. En cuanto a cuál institución de salud creen que realiza mejor la detección oportuna del cáncer cervicouterino, 75% de las mujeres encuestadas lo ignoran que el 25% de las mujeres encuestadas entre 41 años y 58% y 25 y 29 nunca se habían realizado la prueba de detección oportuna de cáncer cervicouterino. Entre los factores encontrados se identificó que 70% de las mujeres sienten vergüenza y 63% dice sentir angustia. Con respecto a si recibieron información sobre la prueba, 43% lo refiere y 42% la recibieron por personal de enfermería. Ellos concluyen que el tener

estudios profesionales no es un factor para acudir a la prueba como habría de esperarse, así como en mujeres menores de 34 años que no acuden a la realización de la detección oportuna de cáncer. El aspecto socioeconómico no fue considerado una barrera para su realización, no así los aspectos psicológicos y cognoscitivos que son las principales barreras presentes en mujeres que no acuden a la detección oportuna de cáncer cervicouterino a diferencia que nuestro estudio donde los factores sociodemográficos demostraron tomar más peso que el socioeconómico en cuanto al conocimiento de la prueba. De los factores socioculturales que se mostraron en la encuesta se tomó la edad, escolaridad, ocupación, religión, ingresos económicos de los cuales prevaleció la edad en un 99% con 0.5% la religión y escolaridad, las adolescentes le dan más peso a la edad. Las adolescentes de la preparatoria de la UMF 15 que conocen la prueba de Papanicolaou de acuerdo a la edad el 92.9% desconocen la prueba de Papanicolaou, las edades de 16 y 17 años tienen el 14.2%, de 18 años y más ocupan el 57.4% y en menor porcentaje las de 15 años con un 7.1% y el 7.15 desconocen. De las estudiantes que conocen la prueba solo las de 18 años y más fue en un 7.1%. Las cuales refieren que conocen la técnica del Papanicolaou por las dependencias de salud.

Farfán-Muñoz LC, Barrón-Treviño E, Jiménez-Domínguez ME, Vázquez-Morán E, Ayala-Atrián S.S., (2004) Factores socioculturales en mujeres que no acuden a detección oportuna de cáncer cervicouterino Rev Enferm IMSS 2004; 12(3): 123-130.

XII.- CONCLUSIONES

- De 320 adolescentes encuestados solamente el 22.5% tenía vida sexual que corresponde a 72 adolescentes y el 77.5% no que corresponde a 248 adolescentes.
- De acuerdo a los factores socio demográficos la edad de mayor frecuencia en adolescentes es los mayores de 18 años con un 57.2% con 41 adolescentes seguida de los 17 años que fue el 28.6% con 21 adolescentes. La religión que mas prevaleció fue la católica con 92 adolescentes con una cantidad de 66% seguida del 5.5% de la evangélica con 4 adolescentes y solo el 2.5% las que no contaban con ninguna relación con 2 adolescentes.
- De los factores socio demográficos que los adolescentes establecieron como factor para su actividad sexual fue en el 99% la edad con 318 adolescentes y solo el 0.5% la escolaridad y religión con 1 adolescente cada uno.
- De los adolescentes de la UMF 15 que conocen la prueba de Papanicolaou el 92.90% con 50.1 adolescentes dijeron que no y solo el 7.10% refiere que si la conoce. Los adolescentes refieren el 100% que si se realizarían la prueba de papanicolaou para llevar una vida sexual activa para una mejor calidad de vida.

IX. RECOMENDACIONES

- Actualizar a todo el personal que labora en la Unidad de Medicina Familiar No. 15 sobre el programa de detección oportuna de cáncer cervicouterino de acuerdo a la norma oficial NOM-014-SSA2-1994 para la prevención, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cervicouterino.
- Fomentar platicas en estudiantes que Acuden a la Unidad Médica Familiar No. 15 para que conozcan la responsabilidad de iniciar una vida sexual activa así como el cuidado de la pareja.
- Promocionar y difundir el programa, enviando a todos los adolescentes al servicio de medicina preventiva para requisitos y horarios de la realización del procedimiento del Papanicolaou.
- Diseñar proyectos de trabajo educativos con adolescentes en escuelas secundarias y preparatorias pertenecientes a las áreas de responsabilidad de la UMF No 15 elaborando planes de trabajos educativos a los derechohabientes de la importancia de la detección oportuna del cáncer cervico-uterino.

XIV. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.-Prevención y detección oportuna del cáncer uterino en el primer nivel de atención, México: Secretaria de Salud; 2008
- 2.-Ortiz. Serrano Ricardo y col. Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino En Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol.55 No.2 Colombia. 2009 Pág. 148
- 3.-Mongrut Steane Andrés. Tratado de Ginecología 4ta Edición Perú, 2010, Pág. 303
- 4.-Castañeda Iñiguez Maura y col. El cáncer cervical como problema de Salud Pública en mujeres mexicanas y su relación con Virus del Papiloma Humano. En tesis para optar el grado de Doctor en Salud Pública y Metodología de la Investigación Biomédica. Año 2011. Págs. 42-.
- 5.-World Health Organization (2001a) Cervical cancer screening in developing countries. Report of a WHO consultation 27-30 March 2009.
- 6.-Jamison D, Mosley W, Measham A, Bobadilla J. Disease control priorities in developing countries. World Bank Report 12384. New York: Oxford; 2009
- 7.-Jamison D, Mosley W, Measham A, Bobadilla J. Disease control priorities in developing countries. World Bank Report 12384. New York: Oxford; 2010
- 8.-José A Aguilar-Pérez, Ahidé Gpe Leyva-López, Tamizaje en cáncer cervical: conocimiento de la utilidad y uso de citología cervical en México Mexicano del Seguro Social. Delegación Iztapalapa, México DF, México 2013
- 9.-Quezada Solís Santana BuchholzP, Lagos Marifil G, y cols. Evaluación del conocimiento de los factores de riesgo y de las medidas de prevención de cáncer cervicouterino en mujeres estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de la frontera. REMS Dic 2009;3(2):
- 10.-Arellano Ceballos Aideé C., Chávez Méndez Ma. Guadalupe El cáncer cervicouterino: el nivel de conocimiento, el autocuidado de la salud y las estrategias de prevención en las jóvenes de 18 a 29 años del estado de Colima, México. VIII congreso Iberoamericano de Ciencia, Tecnología y Genero, abril 2010
- 11.-Prevención y detección oportuna del cáncer cervico uterino en el primer nivel de atención, México: Secretaria de Salud; 2008
- 12.-Torres-Lobatón A, Bustamante-Iglesias JI, Torres-Rojo A, Olivia-Posada JC y col.

Cáncer cervicouterino. Perfil epidemiológico en 1,217 pacientes, seguro Popular. Ginecol Obstet Mex 2013; 81:71-7-6.

13.- Llanes Castillo A, Torres Fernán I., Barrientos C. y cols El cáncer cervicouterino, enemigo número uno de la salud de la mujer: Rev. Elect Vol. 1,N 3Mexico.2011

14.-Urrutia S., María Teresa, ¿Por qué las mujeres no se toman el Papanicolaou? respuestas entregadas por los profesionales del programa cáncer cervicouterino - auge del servicio de salud metropolitano sur oriente, Revista chilena de obstetricia y ginecología. v.75 n.5 Santiago 2010

15.-Abercrombie PD. Improving adherence to abnormal Pap smear follow-up. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 20011; 30(1):80-8.

16.-Campero, D., Lourdes, Detección temprana de cáncer de mama y cervicouterino en localidades con concentración de población indígena en Morelos, Salud Pública México 2014; Vol. 56(5):511-518

7.-Castro, Rosaelia, Nivel de conocimiento sobre el cáncer cervical y el Papanicolaou en relación al temor, estrés o vergüenza al tamizaje: estudio transversal en una comunidad pobre, Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia Perú, 2009; 51(2):94-99

18.-Vega Chávez J, Gutiérrez Enríquez SO, Terán Figueroa Y. Uso del Papanicolaou en mujeres que acuden a la detección oportuna de cáncer cérvicouterino: un acercamiento a la satisfacción en el servicio. Inv. Educ Enferm. 2011; 27(2):201-208.

19.-Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS), Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Sanidad y Consumo. Uso de la mamografía y de la citología de Papanicolaou para la detección precoz del cáncer de mama y cérvix uterino en España. Madrid: AETS, Instituto de Salud Carlos III; 2010.

20.-Escandón-Romero C, Benítez Martínez MG, Navarrete-Espinoza J, Vázquez-Martínez JL, Martínez-Montañez OG, Escobedo De la Peña J. Epidemiología del cáncer cérvicouterino en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Salud Pública Méx. 2009;34(6): 607-614

21.-Lazcano PE, Castro R, Allen B, Nájera P, Alonso de Ruiz P, Hernández AM. Resistencias a la utilización del programa de detección oportuna de cáncer de cuello uterino: cáncer cérvico-uterino diagnóstico, prevención y control. México: Editorial Médica Panamericana; 2000.

22.-Sociedad Americana Contra (SAC), El Cáncer, Prevención y detección temprana del cáncer de cuello uterino, Last Medical Review: 11/10/2014

23.-Aranda Flores, Carlos Eduardo, Prevención primaria del cáncer cervicouterino, Publicación Oficial de la Sociedad Mexicana de Oncología, GAMO Vol. 8 Núm. 1, enero-febrero 2009, México

- 24.-OPS/OMS, Prevención y control integrales del cáncer cervicouterino: un futuro más saludable para niñas y mujeres. Washington, D.C.: OPS, 2013.
- 25.-Sociedad Americana Contra (SAC), El Cáncer, Prevención y detección temprana del cáncer de cuello uterino, Last Medical Review: 11/10/2014
- 26.-Smith EK, White MC, Weir HK, et al. Higher incidence of clear cell adenocarcinoma of the cervix and vagina among women born between 1947 and 1971 in the United States. Cancer Causes Control. 2012;23:207–211
- 27 Saslow D, Solomon D, Lawson HW, et al. American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology screening guidelines for the prevention and early detection of cervical cancer. CA Cancer J Clin. 2012; 62:147–172.
- 28 Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, de 2011.
- 29 Monsonego J, Bosch FX, Coursaget P, Cox JT et al. Cervical cancer control, priorities and new directions. Int J Cancer 2009; 108:329-33.
- 30 Sociedad Americana Contra (SAC), El Cáncer, Prevención y detección temprana del cáncer de cuello uterino, Last Medical Review: 11/10/2014
- 31 Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP), Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), Vacuna del Virus de Papiloma Humano (VPH), <https://www.passporthealthglobal.com/mx/vacunas/virus-de-papiloma-humano-vph/>. (Consultado el 20 de mayo de 2015)
- 32 Ortiz. Serrano Ricardo y col. Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino En Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol.55 No.2 Colombia. 2009 Pág. 148
- 33 Mongrut Steane Andrés. Tratado de Ginecología 4ta Edición Perú, 2010, Pág. 303
- 34 Castañeda Iñiguez Maura y col. El cáncer cervical como problema de Salud Pública en mujeres mexicanas y su relación con Virus del Papiloma Humano. En tesis para optar el grado de Doctor en Salud Pública y Metodología de la Investigación Biomédica. Año 2011. Págs. 42-.
- 35 ORTIZ Serrano Ricardo y col. Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino En Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol.55 No.2 Colombia. 2009 Pág.148.
- 36 Mongrut Steane Andrés. Tratado de Ginecología 4ta Edición Perú, 2010, Pág. 312
- 37 Castañeda Iñiguez Maura y col. El cáncer cervical como problema de Salud Pública en mujeres mexicanas y su relación con Virus del Papiloma Humano. En tesis para optar el grado de Doctor en Salud Pública y Metodología de la Investigación Biomédica. Año 2010. Pág. 52.

38 GESTIÓN MÉDICA. Enfrentarán preocupante avance del cáncer con Plan Nacional de Control. En Gestión Médica, periódico para los Profesionales de la Salud. 4ta Edición. Semana del 5 al 11 de Setiembre. Perú. 2009. Págs. 2-5.

39 Ortiz Serrano Ricardo y col. Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino En Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol.55 No.2 Colombia. 2009 Pág.154.

40 León Cruz Grettell y Col. Mecanismos moleculares de los cofactores asociados con el cáncer de cuello uterino En Ginecología Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología - Revista Cubana Obstetricia y Ginecología Volumen 30 / N° 3, 2011

41 Muñoz N, Bosch FX, de Sanjosé S, Herrero R, Castellsagué X, Shah KV, et al. International Agency for Research on Cancer Multicenter Cervical Cancer Study Group. Epidemiologic Classification of Human Papillomavirus Types Associated with Cervical Cancer. N Engl J Med 2013;348(6):518-527

42 Amaya, Jairo y Restrepo, Sonia. Tamizaje para cáncer de cuello uterino: cómo, desde y hasta cuándo. Rev. Colomb Obstet Ginecol [online]. 2010, vol. 56, no. 1, p. 59-67. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342005000100007&lng=es&nrm=iso. (Consultado 11 de mayo de 2015)

43 OPS. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, Planificación de programas apropiados para la prevención del cáncer Cervicouterino 6ª. edición 2012.

44 Alonso de Ruiz Patricia, Lazcano Ponce Eduardo, Hernández Ávila Eduardo. Cáncer cérvico uterino, diagnóstico, prevención y control. 2da edición, Editorial Médica Panamericana. Argentina. 2005. Biblioteca Universidad Libre de Barranquilla. 124

45 Sosa Montiel, Max; Rivera López, Roberto. Importancia de la citología vaginal (papanicolaou) para detectar cáncer cérvico uterino en mujeres mayores de 15 años a nivel de una Clínica Privada. Rev. Med Honduras 2010; 68:86-88 <http://www.bvs.hn/RMH75/pdf/2000/pdf/Vol68-3-2010-3.pdf>. (Consultado el 28 de marzo de 2015)

46 7. Bosch, F.X., Manos, M.M., Muñoz, N, Sherman M, Jansen, A.M., Peto, J., Schiffman, M.H., Moreno, V., Kurman, R., Shah, K.V. & The IBSCC Study Group (1995) Prevalence of human papillomavirus in cervical cancer : a worldwide perspective. J. Natl Cancer Inst., 87, 796-802

47 Instituto Mexicano del Seguro Social. Programas Integrados de Salud. Guía para el Cuidado de la Salud del Adolescente. 2005

48 Instituto Mexicano del Seguro Social. Programas Integrados de Salud. Guía Técnica del Programa de Salud de la Mujer. 2003.

49 Vázquez M, Siqueira E, Kruze I, Da Silva A, Leite I. Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina. Gaceta Sanitaria 2012; 16:30-38.

50 Prevención y detección oportuna del cáncer uterino en el primer nivel de atención, México: Secretaria de Salud; 2008

51 Castañeda Iñiguez Maura y col. El cáncer cervical como problema de Salud Pública en mujeres mexicanas y su relación con Virus del Papiloma Humano. En tesis para optar el grado de Doctor en Salud Pública y Metodología de la Investigación Biomédica. Año 2011. Págs. 42-.

