



**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN MÉDICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 13
TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS**



**“FACTORES INHERENTES A LAS PACIENTES CON RESULTADO ANORMAL
EN LA CITOLOGIA CERVICAL Y PROGRAMA CÁNCER CERVICOUTERINO
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 13”**

TESIS DE POSTGRADO

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:
DRA. NORMA PATRICIA GUTIÉRREZ GALDÁMEZ.**

TUXTLA GUTIERREZ CHIAPAS, FEBRERO 2021



BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN MÉDICA
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 13
 TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS



**“FACTORES INHERENTES A LAS PACIENTES CON RESULTADO ANORMAL
 EN LA CITOLOGIA CERVICAL Y PROGRAMA CÁNCER CERVICOUTERINO
 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 13”**

TESIS DE POSTGRADO

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
 MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
 PRESENTA**

DRA. NORMA PATRICIA GUTIÉRREZ GALDÁMEZ

ASESOR METODOLÓGICO Y ASESOR DE CONTENIDO:

DRA. TANIA BERENICE GUTIÉRREZ RÍOS

CATEGORÍA: MÉDICO EPIDEMIÓLOGA

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 13



[Handwritten signature]
 COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CHIAPAS

AUTORIZACIONES

[Handwritten signature]
DRA. ROSA DEL CARMEN GALLEGOS SANDOVAL
 COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD, DELEGACIÓN ESTATAL, CHIAPAS.

[Handwritten signature]
DR. HECTOR ARMANDO RINCÓN LEÓN
 COORDINACION AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACION EN SALUD, DELEGACIÓN ESTATAL, CHIAPAS

TUXTLA GUTIERREZ CHIAPAS, FEBRERO DE 2021



TUXTLA GUTIERREZ CHIAPAS, FEBRERO DE 2021
BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN MÉDICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 13
TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS



**“FACTORES INHERENTES A LAS PACIENTES CON RESULTADO ANORMAL
EN LA CITOLOGIA CERVICAL Y PROGRAMA CÁNCER CERVICOUTERINO
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 13”**

**TESIS DE POSTGRADO
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. NORMA PATRICIA GUTIÉRREZ GALDÁMEZ.
CATEGORÍA: MÉDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR
ADSCRIPCIÓN: UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 13
MATRICULA: 98076301 TELÉFONO: 9612258837
CORREO ELECTRÓNICO: norma_gtz9@hotmail

INVESTIGADOR RESPONSABLE Y ASESOR DE CONTENIDO

DRA. TANIA BERENICE GUTIÉRREZ RÍOS
CATEGORÍA: MÉDICO EPIDEMIÓLOGA
ADSCRIPCIÓN: UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 13
MATRICULA: 99094048 TELÉFONO: 9611774422
CORREO ELECTRÓNICO: tania.gutierrezr@imss.gob.mx

TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS; FEBRERO 2021.

DEDICATORIA

A Dios por permitir que terminara éste proyecto y por darme todas las bendiciones que he recibido a lo largo de mi vida.

A mi esposo e hija, por su apoyo incondicional, por estar presente en cada uno de mis pasos y por ser siempre mi inspiración para alcanzar ésta meta.

A mis Padres por su ayuda y sus consejos, gracias por alentarme a culminar éste logro.

A mis hermanos porque siempre están presentes en cada uno de mis logros, gracias por su amor incondicional.

AGRADECIMIENTOS

A la Benemérita Autónoma de Puebla y al Instituto Mexicano del Seguro Social porque en sus instalaciones he recibido el conocimiento intelectual y humano en cada uno de mis profesores.

A la Dra. Tania Berenice Gutiérrez Ríos, mi asesor, por su importante aporte y participación en la realización de ésta tesis, gracias por su paciencia, por ayudarme a resolver mis dudas y por brindarme su amistad.

“Dra. Gutiérrez”

ÍNDICE

Contenido

RESUMEN.....	7
I.- MARCO TEÓRICO.....	9
II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	20
III.- JUSTIFICACIÓN.....	21
IV.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	22
V.- HIPOTESIS	23
VI.- MATERIAL Y MÉTODOS	24
VII.- PROCEDIMIENTO.....	26
VIII DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	26
IX RECURSOS PARA EL ESTUDIO	28
X.- CONSIDERACIONES ÉTICAS	29
XI.- RESULTADOS	35
XII.- DISCUSIÓN	43
XIII.- CONCLUSIONES	47
XIV.- PROPUESTAS:	48
XV.- BIBLIOGRAFÍA	49
XVI.- ANEXOS	53

RESUMEN.

Título: Factores inherentes a las pacientes con resultado anormal en la citología cervical y programa cáncer cervicouterino de la Unidad de Medicina Familiar No.13.

Norma Patricia Gutiérrez Galdámez*, Tania Berenice Gutiérrez Ríos**

* Médico Residente Medicina Familiar, UMF No. 13, IMSS, Chiapas.

** Médico no familiar, Epidemióloga turno vespertino, UMF No. 13, IMSS, Chiapas.

Antecedentes: El Cáncer Cervicouterino es una neoplasia considerada como un cáncer prevenible, es por eso que es una prioridad dentro del sistema de salud en México, el diagnóstico oportuno se encuentra relacionado en un primer nivel con la oportunidad de atención y accesibilidad a los servicios de salud, además de un proceso de tamizaje que facilite la detección oportuna de lesiones precursoras, sin embargo existen factores que obstaculizan el objetivo, de los cuales se reconocen: los institucionales y factores personales como el antecedente de diagnóstico del Virus de Papiloma Humano (VPH) que es el principal agente etiológico del cáncer cervicouterino; por lo que es importante identificar los factores inherentes de las pacientes y los factores inherentes que retrasan el incumplimiento del programa e implementar estrategias que lo optimicen, a fin de diagnosticar y brindar tratamiento oportuno del cáncer cervicouterino ya que es factible brindar un mejor pronóstico si las medidas de control se aplican con oportunidad.

Objetivo: Conocer los principales factores inherentes a las pacientes con resultado anormal en la citología cervical de la UMF 13, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México.

Material y métodos: Diseño: Estudio descriptivo, observacional retrospectivo y transversal, se incluyeron 34 pacientes con alteraciones en la citología cervical adscritas a UMF No. 13, en el período comprendido del 01 de enero a 31 de diciembre 2018, la herramienta de recolección de datos se construyó de las variables del estudio de caso epidemiológico oficial del sistema de salud Mexicano para probable cáncer cervicouterino. **Resultados:** Edad mínima 20 años y máxima 62 años, media 38, Antecedentes de Citología cervical: 88% se había

realizado citología cervical “al menos una vez”, 12% no tenía “ninguna” detección”; 62% tenía “más de 3 años” sin realizarse, 23% entre “1-3 años”, 3% “menos de un año” de la previa; Antecedente de “infección por virus de papiloma humano” 12% tuvo antecedente, 88% no tuvo, los datos clínicos: 85% presentaron sintomatología ginecológica relacionada, 53% presentó sangrado postcoito, 44% dolor, 32% descarga genital, resultado de biopsia 56% presentó displasia leve y 26% cáncer cervicouterino; El MMIM 2018 El programa de CaCu de la UMF No.13, muestra “DESEMPEÑO MEDIO” en 4 de los 5 indicadores correspondientes al primer nivel de atención, el indicador de prevalencia de papanicolaou de primera vez se alcanzaron las metas, y en cuanto la tasa de incidencia de cáncer cervicouterino se reportó 14.7%. **Conclusiones:** Se particulariza que existen deficiencias en cuanto al programa CaCu de la UMF No, 13, así como una combinación de factores propios de las pacientes que presentaron alteración en la citología cervical. Es importante individualizar a cada paciente de acuerdo a sus antecedentes y de esta manera poder realizar una detección oportuna y seguimiento estricto hasta la determinación diagnóstica por biopsia que garantice a la mujer un tratamiento oportuno acorde al mismo.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO: Los datos se procesaron mediante el programa estadístico SPSS versión 23, así como estadística descriptiva para su análisis e interpretación.

Palabras clave: factores inherentes, programa de cáncer cervicouterino.

I.- MARCO TEÓRICO

“El cáncer de cuello uterino es una alteración celular que se origina en el epitelio del cérvix que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras de lenta y progresiva evolución, las cuales progresan a un cáncer in situ (confinado a la superficie epitelial) o a un cáncer invasor donde las células con transformación maligna traspasan la membrana basal”.¹

A nivel mundial el cáncer de cuello uterino es la séptima neoplasia más frecuente en la población mundial y en la mujer es el cuarto más frecuente.²

El cáncer de cuello uterino es la segunda neoplasia más frecuente en mujeres de América Latina, su incidencia es de 21.2 casos por cada 100,000 mujeres. Se considera a México como el país con la mortalidad más elevada por cáncer de cuello uterino de los países que conforman la OCDE, desde el 2006 es la segunda causa.³

En 2013 Chiapas tuvo una tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino de 17.2 por cada 100,000 mujeres, siendo el segundo lugar con tasas de mortalidad más alta después de Morelos.⁴

EPIDEMIOLOGÍA.

En 2012 hubo una incidencia de 530,000 casos de cancer y, un 7.5% de mortalidad femenina por cáncer. De las aproximadamente 270,000 defunciones por cáncer cervicouterino que se registran cada año, el 85% ocurrieron en los países en desarrollo.²

En América latina la incidencia por año es de 6,818 casos, por cada 100,000 mujeres, con una mortalidad de 8.7 defunciones por cada 100,000 mujeres. El mayor porcentaje de defunciones anuales que equivalen al 75% por cancer cervicouterino, ocurren en: Brasil, México, Colombia, Perú, Venezuela y Argentina. En México existe una prevalencia anual de 13,960 casos en mujeres, una incidencia de 23.3 por cada 100,000 mujeres y, una tasa cruda de 7 defunciones por cada 100,000 mujeres.³

En el grupo de mujeres de 25 años o más se registraron 3,771 defunciones, una tasa cruda de 11.3 por 100,000 mujeres, teniendo un promedio de edad a la

defunción de 59.03 años. Siendo Morelos (18.6), Chiapas (17.2) y Veracruz (16.4), las entidades con una mayor mortalidad por cáncer de cuello uterino..³

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en relación a sus derechohabientes que atiende, se reporta una inclinación de la mortalidad a la disminución, teniendo una tasa de 13.3 defunciones por 100,000 mujeres en el año 2000 y, 5.3 por 100,000 en el 2011, en este mismo año los estados de Morelos, Tamaulipas y Quintana Roo reportaron tasas ≥ 9 por cada 100,000 mujeres derechohabientes.⁵

En el año 2013 en Chiapas se presentó una tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino de 17.2 por cada 100,000 mujeres, posicionándose en el 2° lugar con tasas de mortalidad más alta después de Morelos.⁴

FACTORES DE RIESGO.

- Estudios epidemiológicos que se han realizado con el objetivo de encontrar asociaciones causales han reportado a el Virus de Papiloma Humano (VPH) como principal agente etiológico del cáncer cervicouterino.⁵
- Otros factores asociados son los relacionados con los cambios frecuentes de parejas, identificándose en ellas una relación con la etiología infecciosa.²
- Mujeres de 25-64 años, deficiencia de oxidantes, desnutrición y no realizarse examen citológico.⁷
- Inicio de vida sexual antes de los 18 años, primer embarazo antes de los 18 años, embarazos múltiples.⁵
- Tabaco, se han encontrado subproductos de tabaco en el cérvix de mujeres que lo consumen, cuyo efecto en éste es el daño del ADN de las células, que contribuirán al comienzo del cáncer; El consumo de tabaco hace que el sistema inmunológico disminuya su competencia en combatir infecciones por VPH.⁸
- Anticonceptivos orales, su uso por 5 años o más es considerado un factor que incrementar hasta cuatro veces el riesgo de desarrollar cáncer cervicouterino en mujeres que sean portadoras de VPH, además de una

progresión mas rápida a carcinoma insuti en pacientes con displasia que consuman anticonceptivos orales.⁹

- Un proceso inflamatorio en cérvix tiene un papel importante en el desarrollo de la carcinogénesis y la integración viral en el VPH, ya que puede ocasionar ruptura en la cadena de ADN, que permitirá la integración viral.⁵
- Los antecedentes familiares de cáncer cervicouterino significan un riesgo para el desarrollo de éste.⁹
- Otros factores relacionados con el riesgo de Cáncer Cervicouterino sobre todo en países en desarrollo son: Pobreza, baja escolaridad, desempleo, residencia en zonas rurales y falta de acceso a los servicios de salud.⁵

VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO.

Para el desarrollo de lesiones precancerosas y cancerosas es necesario la infección por el virus del papiloma humano, estudios concluyen que es el principal factor de riesgo para el carcinoma preinvasivo o invasivo de cuello uterino.¹⁰

Un 98% de los casos con diagnóstico de cáncer invasor están asociados a algún tipo de VPH.⁵

Existen más de 100 tipos de VPH, de los cuales al menos 13 son oncogénicos, se transmiten principalmente por contacto sexual.²

FISIOPATOLOGÍA.

La infección por un virus de VPH oncogénico es el paso primordial para desarrollar cáncer cervicouterino, un porcentaje amplio de infecciones por VPH se resolveran de manera espontáneamente, en otros casos persisten y, las células epiteliales progresan a células premalignas y después a carcinoma e invasión de la membrana basal.¹¹

“Uno de los eventos que parecer estar más involucrado en el origen de las células malignas, es el evento de integración del virus al genoma del huésped, relacionado también con la progresión de lesiones preinvasivas y el mantenimiento del fenotipo transformado. Actualmente el proceso de integración viral es

considerado como una alteración genética importante que caracteriza las displasias malignas”.¹¹

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

El cáncer cervicouterino en un estadio temprano los signos y síntomas pueden ser imperceptibles, en algunos casos o en estadios avanzados se presentan signos y síntomas como:

- Hemorragia vaginal
- Flujo vaginal inusual
- Dolor pélvico
- Dispareunia
- Hemorragia postcoital.¹⁰

DETECCIÓN.

“El cáncer de cuello uterino es uno de los pocos cánceres con herramientas eficaces tanto para la prevención primaria, con la vacuna contra el VPH, y la prevención secundaria, mediante la detección pruebas para facilitar la detección temprana y el tratamiento de lesiones precancerosas”.¹²

Según la Organización Panamericana de la Salud “el cáncer de cuello uterino se puede prevenir y curar a bajo costo y riesgo, siempre y cuando esté disponible un proceso de tamización que facilite la detección oportuna de lesiones precursoras, junto con un diagnóstico apropiado, tratamiento y seguimiento”.^{14,15}

Se cuentan con herramientas para una detección oportuna del cáncer cervicouterino como: Citología exfoliativa, intervalo adecuado de tamizaje, capacitación, recapacitación y certificación de los procesos, control de calidad interno y externo, estandarización de criterios morfológicos y el sistema de Bethesda (2001) para el reporte de la citología a nivel nacional y la correlación cito-colpo-histopatológica.¹³

El sistema Bethesda incluye 3 categorías:

- Calidad de la muestra
 - Adecuada

- Inadecuada
- Con anormalidades celulares, que deberá considerarse como adecuada para evaluación.
- Negativa para lesión intraepitelial o malignidad.
- Anormalidad en células epiteliales.
 - Células escamosas atípicas: Lesión intraepitelial de bajo grado, alto grado y carcinoma epidermoide”.¹³

El programa “Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino” (DOC), del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y la “Norma para la prevención, detección, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino”, tienen como objetivo principal disminuir la mortalidad por ésta enfermedad.¹⁶

Los responsables del correcto funcionamiento de un programa de cáncer cervicouterino son: Las instituciones de salud y el personal sanitario; Aunque existen debilidades como: escasez de personal, falta de áreas para toma de papanicolaou, periodos de espera prolongados, demora en la entrega de resultados, desinterés en el programa, demora en la atención; que obstaculizan el alcanzar las metas de dicho programa, también se presentan factores personales en cada paciente como: consentimiento de la pareja, miedo a ser atendidas por un médico varón, barreras psicológicas, dolor, pudor y presencia de personas extrañas, por lo que es importante la participación activa del personal de salud por medio de acciones como promoción, educación, difusión e información de factores de riesgo y sobre todo la concientización del autocuidado.¹⁶

DIAGNÓSTICO.

Para el diagnóstico del cáncer del cuello del útero se necesita la presencia de células de apariencia maligna en el reporte citológico, imágenes sugestivas de maligna en la colposcopia y por último la confirmación histopatológica.⁷

ESTADIFICACIÓN.

El objetivo primario para la estadificación es la clasificación de la extensión de la enfermedad que, permitirá instaurar el tratamiento y, catalogar a los pacientes en grupos para conocer su pronóstico; se debe tener en cuenta que la estadificación no constituye una guía absoluta para establecer el tratamiento.¹⁷

TRATAMIENTO.

El tratamiento para lesiones preinvasoras e invasoras tempranas depende de la variedad histológica, tamaño del tumor, profundidad de invasión al estroma, invasión al espacio linfovascular y de la presencia o no de metástasis ganglionares.¹⁸

“Para el carcinoma in situ en pacientes con paridad no satisfecha, la opción es resección con asa electroquirúrgica de la totalidad de la lesión en carcinomas escamosos y conización con bisturí frío o asa diatérmica para adenocarcinomas”.¹⁹

En pacientes con paridad satisfecha, posmenopáusicas, se realiza histerectomía extrafascial con rodete vaginal de 1 cm.¹⁸

Referir a los pacientes en los siguientes casos:

- Lesiones extensas, que incluyen el canal.
- Sospecha de cáncer invasor: (realizar colposcopia).
- Cáncer invasor: tratamiento por médico oncólogo
- Cuando existe falta de respuesta al tratamiento.¹¹

PREVENCIÓN.

PREVENCIÓN PRIMARIA

Población femenina de 9 a 13 años

- Vacunación contra el Virus de Papiloma Humano.

Del 22 al 26 de mayo 2018 en el IMSS se aplicaron más de 350,000 dosis contra el virus del papiloma humano.²¹

Niñas y niños, de acuerdo a las circunstancias:

- Información sobre el consumo de tabaco y las consecuencias.

- Educación sexual, de acuerdo a la edad y el entorno cultural.
- Promoción y entrega de condones.²²

Vacunación contra VPH.

Actualmente existen dos vacunas que protegen contra los PVH 16 y 18, responsables del 70% de casos de CACU, una de éstas también protege contra VPH tipo 6 y 11, que provocan verrugas anogenitales, Las vacunas funcionan mejor si se administran antes de la exposición a los VPH, la sugiere que se vacune a niñas entre 9 y 13 años de edad.²

Las vacunas contra el virus del papiloma humano ofrecen una gran promesa para el control definitivo y la posible eliminación del cáncer de cuello uterino pero, debido a las barreras para la captación y la cobertura, la prevención secundaria continúa siendo esencial para evitar las muertes innecesarias y el cáncer de cuello uterino en las próximas décadas.¹²

PRONÓSTICO.

El pronóstico del cáncer cervicouterino está determinado por diversos factores entre los que encontramos: El tamaño tumoral, extensión de la invasión miocervical, invasión parametrial, extensión de la pared pelviana, afectación de los ganglios linfáticos y la existencia de metástasis a distancia.¹⁷

En un estudio realizado la supervivencia general reportada a 5 años fue del 67%. Según la histología, la supervivencia a 5 años fue del 67.33% para el escamoso y para el adenocarcinoma del 67.13%.¹⁸

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CÁNCER CERVICOUTERINO

Un programa integral para la prevención de CaCu, deberá constar de las siguientes actividades:⁶

- Prevención primaria: Disminución del riesgo de adquirir infección por VPH.
- Prevención secundaria: Tamizaje y tratamiento de lesiones precancerosas.
- Prevención terciaria: Tratamiento del cáncer cervicouterino invasor y acceso a cuidados paliativos.⁶

GUIA TECNICA PARA LA ATENCIÓN A LA SALUD DE LA MUJER.

La detección de cáncer cérvicouterino es realizada, ya sea por el personal médico o de enfermería.

PROCEDIMIENTO:

- En mujeres de 25 a 59 años, se interroga cuándo se hizo la última detección, inicio de vida sexual activa; si lleva más de tres años sin realizarse una detección, tuvo su primera citología hace un año o nunca se la ha realizado, se indica que debe efectuarse la citología cervical.
- En menores de 25 años, se lleva a cabo la detección únicamente cuando exista indicación médica o presenta factores de riesgo como: inicio de vida sexual a edad temprana, infecciones frecuentes de transmisión sexual y paridad antes de los 18 años.
- Cuando a la exploración física observe inflamaciones graves, ulceraciones o tumores en el cuello uterino, debe informar al epidemiólogo o enfermera sanitarista para iniciar el estudio epidemiológico de caso probable de cáncer cérvicouterino. Posteriormente, debe acompañar a la mujer con su médico familiar, para su valoración y envío con carácter urgente a la clínica de colposcopia.

Conducta de acuerdo con el resultado citológico.

- ❖ Las pacientes que cuenten con un resultado correspondiente a lesión intraepitelial de bajo grado; lesión intraepitelial de alto grado o cáncer deben referirse a una clínica de colposcopia, para realizar estudio correspondiente.⁶

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE CÁNCER CERVICOUTERINO.

Las acciones del programa se evalúan en base a indicadores de proceso, resultado e impacto indicados en el Programa de Cáncer Cérvicouterino vigente (Manual Metodológico de Indicadores Médicos MMIM 2018) :

- Indicadores de desempeño de la vacunación contra el VPH:

- Cobertura de vacunación de la población destinataria: proporción de niñas que para los 15 años de edad han recibido anualmente todas las vacunas.
- Indicador de Proceso: calidad de las muestras; productividad del laboratorio de citología, de patología y de las clínicas de colposcopia, oportunidad en la entrega de resultados a la usuaria (máximo 30 días) y oportunidad en el envío de la información.

- Indicador de Resultado:

- Evalúa la cobertura de detección de primera vez en mujeres entre 25 y 64 años:

Rangos de desempeño:	Desempeño esperado ≥ 30.0	Desempeño medio 22.8 – 29.9	Desempeño bajo ≤ 22.7
----------------------	-----------------------------------	--------------------------------	-------------------------------

- Proporción de mujeres con estudios citológicos anormales (LEIBG, LEIAG y Cáncer).

Medir los casos nuevos de Displasia cervical leve o moderada.

Referencia ≤ 40.6 por 100,000 mujeres de 25 años y más.

Medir los casos nuevos de Displasia cervical severa y Carcinoma in situ 25 años y más.

Referencia: ≤ 5.2 por 100,000 mujeres de 25 años y más

- La proporción de estudios confirmados por histopatología.

Medir el tiempo de respuesta que tarda la institución en otorgar un diagnóstico de Cáncer Cérvicouterino a la mujer que cuente con resultado anormal en la citología cervical de detección

Valor meta: $\geq 80.0\%$

- Proporción de procedimientos para tratamiento según los casos.

Medir el tiempo de respuesta que tarda la institución en otorgar tratamiento oncológico a la mujer con diagnóstico histopatológico de Cáncer Cérvicouterino.

Referencia: $\geq 80.0\%$.

- Indicador de Impacto:

- Evalúa la disminución o aumento de la mortalidad por cáncer cérvicouterino.²

Referencia: $\leq -4.5\%$ o sin muertes

- Incidencia de cáncer cervicouterino: Incidencia de cáncer cervicouterino específica para la edad en una población definida en un periodo determinado.⁶

Meta: ≤ 5.9 por 100,000 mujeres de 25 años y más.

Según el manual de indicadores del programa de cáncer cervicouterino en UMF 13 en el 2017 tuvo una prevalencia de papanicolaou realizados de primera vez en mujeres de 25 a 64 años fue menor al 20%, tasa de incidencia de cáncer cervicouterino fue mayor a 7.6%, la tasa de incidencia de displasia cervical de leve a moderada fue menor de 49.7%, la tasa de incidencia de displasia severa y carcinoma in situ fue menor al 6.3 %, la tasa de mortalidad se incrementó a partir del mes de mayo.

En un estudio realizado en Colombia sobre la evaluación de detección temprana de cáncer cervicouterino en el año 2014 que aborda la cobertura de tamización, oportunidad de atención y adherencia en el direccionamiento del diagnóstico y tratamiento en seis municipios de Colombia, El estudio presentó limitantes, lo primordial relacionado con la calidad de la información de las fuentes secundarias del programa. En conclusión, se mostró las carencias presentes en los proceso de atención del programa de detección temprana de CACU examinado. Encontraron deficiencias en el cumplimiento de la cobertura de tamización de igual manera en el porcentaje de positividad de la prueba, las carencias en el cumplimiento de la oportunidad de atención y del direccionamiento adecuado en cuanto al diagnóstico y tratamiento en la mayor parte de los casos.²⁵

Otro estudio realizado en España sobre la evaluación de fallos tras el análisis de la historia de cribado en mujeres diagnosticadas de cáncer infiltrante de cuello uterino del 2000-2010, en donde se evaluó el impacto de la ausencia de cribado en la incidencia de cáncer de cuello uterino, se estudiaron 374 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de cáncer de cuello uterino. Se encontró que el

65,6% de éstas entre los 25 y 70 años de edad no se habían realizado una citología en al menos 5 años y medio antes al diagnóstico, dicho porcentaje se relacionó con un diagnóstico a mayor edad, presencia de asociación de síntomas, y un estadio tumoral avanzado en el momento del diagnóstico.²⁶

Un estudio descriptivo y transversal que incluyó a 125 pacientes, que pertenecían al área de salud del Policlínico Universitario “Municipal” de Santiago de Cuba, en 2016, su objetivo fue el de describir los principales factores que propician la presencia de cáncer cervicouterino. Prevalencio la neoplasia intracervical de grado I, la cervicitis crónica y las mujeres que iniciaron relaciones sexuales entre los 15-19 años de edad (68,8 %). Se encontró significativa la presencia de leucorrea, sangrado poscoital y el virus del papiloma humano como antecedente de infección de transmisión sexual, así como negativo el cambio frecuente de pareja. Se demostró que es preciso que los profesionales de la salud consoliden sus conocimientos tanto teóricos como prácticos acerca del cáncer cervicouterino, haciendo hincapié en la educación sexual y reproductiva de los pacientes, mediante la promoción y prevención de salud en la atención primaria.²⁷

No se encontraron estudios ni instrumentos validados que estén relacionados con los factores inherentes a las pacientes con alteración en la citología cervical y que a su vez correlacionen lo que emite el MMIM, por lo que se utilizó para éste estudio los formatos oficiales del sistema de salud en México como el estudio epidemiológico de pacientes que tienen alteraciones en el resultado de la citología cervical y las variables del programa CaCu institucional que contempla el manual metodológico de indicadores médicos.

II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

A nivel mundial, el cáncer de cuello uterino es la séptima neoplasia más frecuente y el cuarto cáncer más frecuente en la mujer, se calcula que en 2012 representaron el 7.5% de la mortalidad femenina por cáncer.

En México es la segunda causa de muerte en la mujer, Chiapas ocupa el segundo lugar con una mortalidad anual de 17.2 por cada 100000 mujeres.

El Cáncer Cervicouterino es una neoplasia considerada como un cáncer prevenible, es por eso que es una prioridad dentro del sistema de salud en México, el diagnóstico oportuno se encuentra relacionado en un primer nivel con la oportunidad de atención y accesibilidad a los servicios de salud, además de un proceso de tamizaje que facilite la detección oportuna de lesiones precursoras, sin embargo existen factores que obstaculizan el objetivo de los cuales se reconocen: los institucionales: periodos de espera prolongados, demora en la atención, escasez de personal, falta de áreas para toma de citología cervical, demora en la entrega de resultados, pérdida de interés en el programa, y factores personales como: Factores inherentes a las pacientes como antecedentes de infección por VPH, número de parejas sexual, edad del primer embarazo antes de los 18 años, multiparidad, uso de hormonales, tabaquismo, lugar de residencia entre otros.

Es importante identificar los factores que retrasan el incumplimiento del programa y los principales factores inherentes de las pacientes con probable cáncer cervicouterino e implementar estrategias que lo optimicen, a fin de diagnosticar y brindar tratamiento oportuno del cáncer cervicouterino ya que es factible brindar un mejor pronóstico si las medidas de control se aplican con oportunidad.

Por lo anteriormente citado la pregunta de investigación sería la siguiente:

¿Cuáles son los principales factores inherentes a las pacientes con resultado anormal en la citología cervical de la UMF 13, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas?

III.- JUSTIFICACIÓN.

En México el cáncer de cuello uterino es la segunda causa de muerte por cáncer en la mujer, se considera una prioridad de salud pública, si bien en el país hay una alta cobertura y existen programas de prevención basados principalmente en la práctica de la citología vaginal, no se alcanza aún el impacto de los países desarrollados, evidenciando dificultades en el proceso de tamización.

Podemos observar que a nivel mundial se encuentra en disminución la mortalidad en la mujer por cáncer cervicouterino, cabe destacar que, en Chiapas se continúa con esta problemática ya que en un porcentaje alto se sigue detectando cáncer cervicouterino en etapas tardías.

El manual de indicadores médicos rigen en un primer nivel de atención el programa de cáncer cervicouterino, en 2017 3 de los 5 indicadores estuvieron en verde es decir un cumplimiento satisfactorio, sin embargo hay áreas de oportunidad en los que se puede incidir y uno de ellos son los factores propios o inherentes a las pacientes que también afectan el incumplimiento del programa por lo cual aún se siguen reportando muertes por cáncer cervicouterino.

Se considera importante identificar los factores inherentes de las pacientes con resultado anormal en la citología cervical y equipararlos de acuerdo a los indicadores del programa de cáncer cervicouterino en el primer nivel de atención para identificar las principales deficiencias y debilidades que pudieran afectar con el objetivo de dicho programa y de esta manera mejorar las acciones oportunas para detectar lesiones premalignas, brindar un seguimiento adecuado y disminuir la mortalidad en nuestras derechohabientes.

IV.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL:

Conocer los principales factores inherentes a las pacientes con resultado en la citología cervical de la UMF 13, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar el factor inherente a las pacientes con mayor prevalencia que presentan alteraciones en el resultado de citología cervical adscritas de la UMF 13 Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.
- Conocer el tiempo que transcurrió desde la última vez que se realizaron citología cervical las pacientes que presentan alteraciones en el resultado de la citología cervical adscritas de la UMF 13 Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.
- Conocer los antecedentes ginecoobstétricos inherentes de las pacientes que presentan alteraciones en el resultado de citología cervical adscritas de la UMF 13 Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.
- Identificar la prevalencia de otros factores de acuerdo al estudio epidemiológico inherentes a las pacientes que presentan alteraciones en el resultado de citología cervical adscritas de la UMF 13 Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

V.- HIPOTESIS

- El factor inherente con mayor prevalencia es el virus de papiloma humano en las pacientes que presentan alteraciones en el resultado de citología cervical adscritas de la UMF 13 Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.
- El NIC I es la alteración de resultado de citología cervical más frecuente de las pacientes adscritas de la UMF 13 Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.
- El tiempo que transcurrió desde la última vez que se realizaron una citología cervical es mayor a 3 años en las pacientes que presentan alteraciones en el resultado de citología cervical adscritas de la UMF 13 Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.
- La edad de inicio de vida sexual activa es menos de 18 años en las pacientes que presentan alteraciones en el resultado de citología cervical adscritas de la UMF 13 Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.
- La edad del primer embarazo es menor de 18 años en las pacientes que presentan alteraciones en el resultado de citología cervical adscritas de la UMF 13 Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.
- El principal dato clínico que presentan las pacientes es sangrado genital anormal de las que presentan alteraciones en el resultado de citología cervical adscritas de la UMF 13 Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

- A pesar de ser un estudio descriptivo, transversal las hipótesis presentadas teóricamente son para fines didácticos.

VI.- MATERIAL Y MÉTODOS.

DISEÑO DEL ESTUDIO.

- Descriptivo, transversal, retrospectivo y observacional

LUGAR DEL ESTUDIO.

- Unidad de Medicina Familiar 13, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

UNIVERSO.

- Todas las mujeres derechohabientes adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 13

MUESTRA

Constituido por las mujeres que se realizaron citología cervical durante el 2018 adscritas a la Unidad de Medicina Familia No. 13

PERIODO DE ESTUDIO

- 01 de enero a 31 de diciembre 2018 de la Ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

PERIODO DE RECOLECCION DE DATOS

- 01 de enero al 30 de abril 2019

TIPO DE MUESTREO.

- No probabilístico consecutivo

CRITERIO DE SELECCIÓN.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Estudios de caso epidemiológico de mujeres derechohabientes que se realizaron citología cervical primera vez y subsecuente y que resultaron con alguna alteración citológica NIC I, NIC II, NIC III, y/o VPH, Ca Insitu o un

grado mayor, adscritas a la UMF 13 de Tuxtla Gutiérrez en el periodo de Enero a Diciembre 2018 ambos turnos.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- Resultados normales en mujeres derechohabientes que se realizaron la citología cervical primera vez y subsecuente adscritas a la UMF 13 de Tuxtla Gutiérrez en el periodo de Enero a Diciembre 2018 ambos turnos.
- Mujeres que se realizaron citología cervical de manera particular adscritas a la UMF 13 de Tuxtla Gutiérrez en el periodo de Enero a Diciembre 2018 ambos turnos.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

- Estudios de caso y formatos de solicitud de citología cervical mal llenados o incompletos.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Los datos se analizaron por el programa SPSS versión 23 en español.

Se calcularon frecuencias simples, porcentajes y medidas de tendencia central.

VII.- PROCEDIMIENTO.

Se acudir  al servicio de epidemiología para obtener los estudios epidemiológicos (formato oficial del sistema de salud en México) de pacientes que tienen alteraciones en el resultado de la citología cervical en el periodo mencionado, que cumplan con los criterios de selección y se realizara análisis descriptivo de cada variable inherente a la paciente las cuales se compararan con las variables inherentes al programa CaCu institucional que contempla el manual metodológico de indicadores médicos y de manera anual analiza el nivel de desempeño de los que corresponden al primer nivel de atención como es el caso para de esta forma saber si a pesar de tener un adecuado o regular desempeño del programa según ésta normatividad las variables propias inherentes a la paciente nos arrojen una ventana de oportunidad para mejorar el protocolo de atención a las mismas.

VIII DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

VARIABLE DEPENDIENTE: FACTORES INHERENTES A LA PACIENTE.					
VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADORES
Factores inherentes de la paciente	Cualitativa	Es una característica, condición o comportamiento que est� presente en las pacientes.	Factores inherentes del programa Cáncer cervicouterino: - Antecedente de papanicolaou en su vida. - Número de detecciones - Periodicidad - Edad de inicio de vida sexual - Edad al primer embarazo - Número de embarazos - Tratamiento hormonal	Nominal Dicotómica	

			<ul style="list-style-type: none"> - Antecedente de VPH - Tabaquismo - Antecedente de familiares con Cáncer cervicouterino - Lugar de Residencia - Datos Clínicos 		
VARIABLES INDEPENDIENTES					
VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	INDICADORES
Factores inherentes a las pacientes positivas a la detección de citología cervical del programa de Cáncer cervicouterino.					
Edad	Cuantitativa	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Mujeres con edad cronológica de 25 a 64 años	Discreta	25 a 64 años
Antecedente de Citología vaginal.					
Antecedente de citología cervical en su vida	Cualitativa	Antecedente de haberse realizado la citología cervical	Se ha realizado alguna vez una citología cervical	Nominal Dicotómica	a) Sí b) No
Número de detecciones	Cualitativo	Número de veces que se ha realizado una citología cervical	Cuántas veces se ha realizado una citología cervical	Ordinal Dicotómica	a) ninguna b) menos de 3 c) 3 o más
Periodicidad	Cualitativa	Frecuencia con la que se ha realizado la citología cervical	Cuando fue la última vez que se realizó una citología cervical	Ordinal Policotómica	a) ninguna b) menos de un año c) 1 a 3 años d) Mas de 3 años
Antecedentes ginecoobstétricos.					
Edad de inicio de vida sexual	cuantitativa	Edad de inicio de relaciones sexuales	A qué edad inicio relaciones sexuales	Nominal Dicotómica	a) Antes de los 18 años b) 18 o más años
Edad al primer embarazo	cuantitativa	Edad de la primera gestación	A qué edad fue su primer embarazo	Nominal Dicotómica	a) Antes de los 18 años b) 18 o más años
Número de embarazos	cualitativa	Número de gestaciones	Cuántos embarazos ha	Nominal Dicotómica	a) 3 o menos b) 4 o más

			tenido		
Tratamiento hormonal	cualitativo	Tratamiento con hormonas	Ha sido tratada alguna vez con tratamiento con hormonas	Nominal Dicotómica	a) Sí b) No
Antecedente de VPH	Cualitativo	Infecciones de transmisión sexual por el virus de papiloma humano.	Ha sido diagnosticada con VPH	Nominal Dicotómica	a) Si b) No
Otros factores.					
Tabaquismo	Cualitativo	Consumo frecuente de tabaco	Referente al consumo de tabaco	Nominal Dicotómica	a) Sí b) No
Antecedente de familiares con Cáncer cervicouterino	Cualitativo	Antecedente de familiar que le hayan diagnosticado cáncer cervicouterino	Referente si algún familiar ha padecido cáncer cervicouterino	Nominal Dicotómica	a) Sí b) No
Lugar de Residencia	Cualitativa	Localidad donde reside	Referente a la dirección donde habita	Nominal Policotómica	a) Residencia accesible b) Residencia de difícil acceso
Datos Clínicos	Cualitativa	manifestaciones objetivas y subjetivas encontradas en el examen físico del paciente y los elementos subjetivos percibidas únicamente por el paciente	Manifestaciones que presente la paciente al momento del diagnóstico.	Nominal Policotómica	a) Asintomática b) Hemorragia genital anormal c) Descarga genital d) Hemorragia postcoito e) Dolor f) Otros

IX RECURSOS PARA EL ESTUDIO.

HUMANOS	MATERIALES	FINANCIEROS
Asesor metodológico	Computadora	Recursos del investigador
Investigador	Impresora	
	Instrumento de recolección de datos	
	Hojas blancas	
	Lápices con goma	
	Engrapadora	

X.- CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este proyecto de investigación se apegó a la Ley General de Salud y a las normas éticas. Se sometió a evaluación por el Comité No. 7038 de Ética en investigación y comité N.703 de investigación en salud ambos del Instituto Mexicano del Seguro Social de la UMF 13 donde se analizó su factibilidad y realización. La información fue confidencial, se protegió la privacidad de los encuestados involucrados en el estudio.

De acuerdo a lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud, en materia de investigación para la salud en México (Secretaría de Salud 1986), se tomó en cuenta lo establecido en el título segundo “De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos”. La presente investigación se considera sin riesgo de acuerdo a lo establecido en el capítulo I Disposiciones comunes, Artículo 17 Párrafo 1.

Prevalecerá el respeto a la dignidad de las pacientes, protección de sus derechos y bienestar. Para proteger la privacidad de los participantes, el instrumento de recolección de datos no llevó nombre, antes de aplicarlo se brindó explicación clara y completa de tal forma que pudiera comprenderla, sobre la justificación y objetivos de la investigación, la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta, y aclaración a cualquier duda del procedimiento, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación, la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que por ello se crearan prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento según las fracciones I, VI, VII y VIII.

Respecto al consentimiento informado, se estableció lo determinado en el Artículo 23 del mismo reglamento: “En caso de investigaciones con riesgo mínimo, la Comisión de Ética, por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse escrito, y tratándose de investigaciones sin riesgo, podrá dispensar al investigador la obtención del consentimiento informado”.

Además, este estudio se basó en los principios básicos de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial; “Guía de recomendaciones para los médicos biomédica en personas” Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, Junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, Octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, Octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, Septiembre de 1989, 48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, (octubre 1996), 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, (octubre 2000), Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, (Washington 2002), Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, (Tokio 2004), 59ª Asamblea General, (Seúl, Corea, octubre 2008), 64ª Asamblea General, (Fortaleza, Brasil, octubre 2013).

En ésta declaración se enuncian los siguientes principios:

1. La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables. La Declaración debe ser considerada como un todo y un párrafo debe ser aplicado con consideración de todos los otros párrafos pertinentes.
2. Conforme al mandato de la AMM, la Declaración está destinada principalmente a los médicos. La AMM insta a otros involucrados en la investigación médica en seres humanos a adoptar estos principios.
3. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente", y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: "El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica".
4. El deber del médico es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.
5. El progreso de la medicina se basa en la investigación que, en último término, debe incluir estudios en seres humanos.

6. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas. Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

7. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

8. Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación.

9. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

10. Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.

11. La investigación médica debe realizarse de manera que reduzca al mínimo el posible daño al medio ambiente.

12. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la educación, formación y calificaciones científicas y éticas apropiadas. La investigación en pacientes o voluntarios sanos necesita la supervisión de un médico u otro profesional de la salud competente y calificado apropiadamente.

13. Los grupos que están subrepresentados en la investigación médica deben tener un acceso apropiado a la participación en la investigación.

14. El médico que combina la investigación médica con la atención médica debe involucrar a sus pacientes en la investigación sólo en la medida en que esto acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico y si el médico tiene buenas razones para creer que la participación en el estudio no afectará de manera adversa la salud de los pacientes que toman parte en la investigación.

15. Se debe asegurar compensación y tratamiento apropiados para las personas que son dañadas durante su participación en la investigación.

16. En la práctica de la medicina y de la investigación médica, la mayoría de las intervenciones implican algunos riesgos y costos. La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo y los costos para la persona que participa en la investigación.

17. Toda investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos y los costos para las personas y los grupos que participan en la investigación, en comparación con los beneficios previsibles para ellos y para otras personas o grupos afectados por la enfermedad que se investiga. Se deben implementar medidas para reducir al mínimo los riesgos. Los riesgos deben ser monitoreados, evaluados y documentados continuamente por el investigador.

18. Los médicos no deben involucrarse en estudios de investigación en seres humanos a menos de que estén seguros de que los riesgos han sido adecuadamente evaluados y de que es posible hacerles frente de manera satisfactoria. Cuando los riesgos que implican son más importantes que los beneficios esperados o si existen pruebas concluyentes de resultados definitivos, los médicos deben evaluar si continúan, modifican o suspenden inmediatamente el estudio. Grupos y personas vulnerables.

19. Algunos grupos y personas sometidas a la investigación son particularmente vulnerables y pueden tener más posibilidades de sufrir abusos o daño adicional. Todos los grupos y personas deben recibir protección específica.

20. La investigación médica en un grupo vulnerable sólo se justifica si la investigación responde a las necesidades o prioridades de salud de este grupo y la investigación no puede realizarse en un grupo no vulnerable. Además, este grupo podrá beneficiarse de los conocimientos, prácticas o intervenciones derivadas de la investigación.

21. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno. Se debe cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos.

22. El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación. El protocolo debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración. El protocolo debe incluir información sobre financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio y la información sobre las estipulaciones para tratar o compensar a las personas que han sufrido daños como consecuencia de su participación en la investigación. En los ensayos clínicos, el protocolo también debe describir los arreglos apropiados para las estipulaciones después del ensayo. Comités de ética de investigación.

23. El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación al comité de ética de investigación pertinente antes de comenzar el estudio. Este comité debe ser transparente en su funcionamiento, debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida y debe estar debidamente calificado. El comité debe considerar las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación, como también las normas internacionales vigentes, pero no se debe permitir que éstas disminuyan o eliminen ninguna de las protecciones para las personas que participan en la investigación establecidas en esta

Declaración. El comité tiene el derecho de controlar los ensayos en curso. El investigador tiene la obligación de proporcionar información del control al comité, en especial sobre todo incidente adverso grave. No se debe hacer ninguna enmienda en el protocolo sin la consideración y aprobación del comité. Después que termine el estudio, los investigadores deben presentar un informe final al comité con un resumen de los resultados y conclusiones del estudio.

En la última década, con el objeto de evitar repeticiones, surgió la necesidad de facilitar la aceptación de datos surgidos de los ensayos clínicos, aunque los mismos fueran realizados en diferentes países. Este hecho llevó a diferentes regiones a armonizar normas de buenas prácticas en investigación clínica. En la actualidad mediante la Conferencia Internacional de Armonización (ICH), la Comunidad Europea, los EEUU y Japón (y entre otros en carácter de observadores, Canadá y la Organización Mundial de la Salud), han producido guías que unifican criterios sobre diferentes temas relativos a medicamentos. En el marco de la Conferencia Internacional de Armonización surgieron las Guías de Buenas Prácticas Clínicas, que definen una serie de pautas a través de las cuales los estudios clínicos puedan ser diseñados, implementados, finalizados, auditados, analizados e informados para asegurar su confiabilidad.

XI.- RESULTADOS

Durante el período enero-diciembre 2018, se llevó a cabo el estudio en la Unidad de Medicina Familiar No. 13 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, con un tamaño de muestra de 34 estudios epidemiológicos de casos de pacientes con diagnóstico de probable Cáncer Cervicouterino.

En la población estudiada se encontró que la edad mínima fue de 20 años y la edad máxima de 62 años, con una media de 38 años, mediana de 38 años, moda de 33 años y desviación estándar de 10.7.

En la variable “grupo de edad”, el grupo con mayor porcentaje fue el de 30-39 años con 38% (12), seguido de un 32% el grupo correspondiente entre las edades de 40-49 años, siendo su contraste de menor frecuencia de 60-69 años con 6%. (Tabla 1, Gráfico 1).

EDAD	PORCENTAJE
20-29 años	15%
30-39 años	38%
40-49 años	32%
50-59 años	9%
60-69 años	6%

Tabla1. Fuente: Estudio epidemiológico de casos de Cáncer Cervicouterino UMF No. 13.

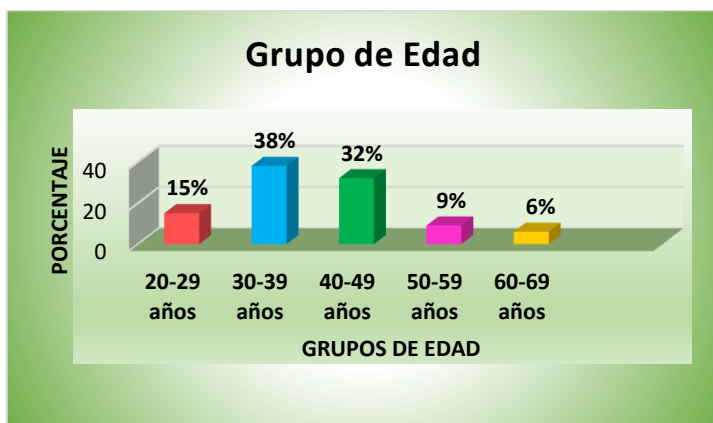


Gráfico1. Fuente: Estudio epidemiológico de casos de Cáncer Cervicouterino UMF No. 13.

En cuanto a la variable “antecedentes de citología cervical” se encontró que el 88% de las pacientes si se han realizado citología cervical “al menos una vez en su vida”, mientras que el 12% no tenía “ninguna” detección. (Gráfico 2)

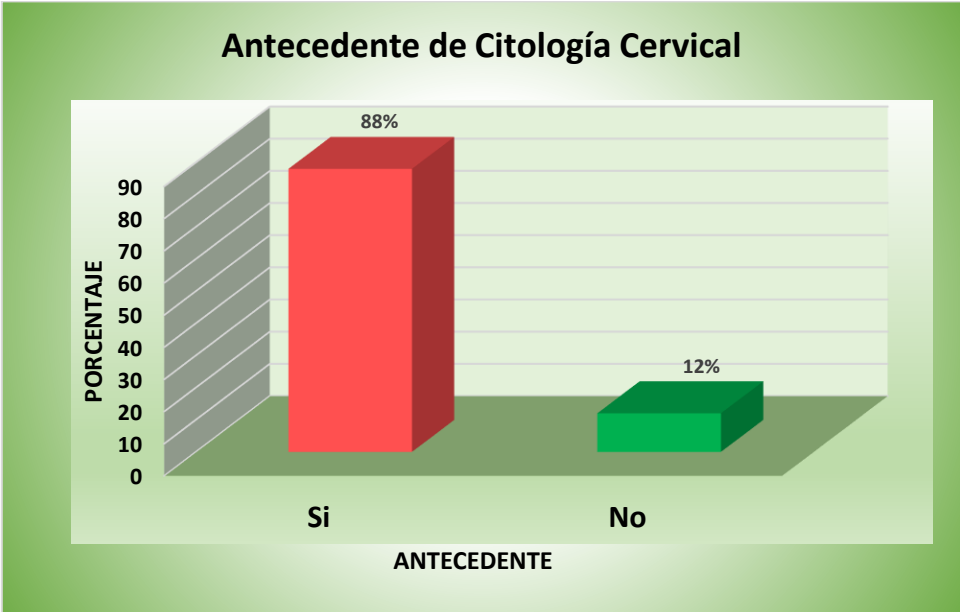


Gráfico 2. Fuente: Estudio epidemiológico de casos de Cáncer Cervicouterino UMF No. 13.

De acuerdo a la variable “número de citología cervical que se han realizado”, el 56% de las pacientes se han hecho “3 veces o más en la vida”, el 32% “menos de 3 veces” y solo un 12% no lo había realizado nunca en la vida. (Grafica 3)

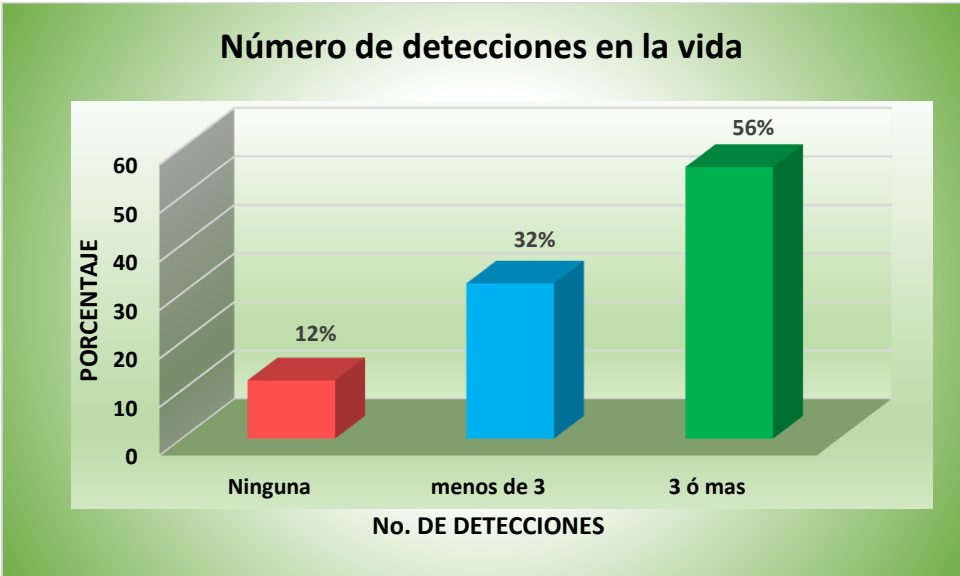


Gráfico 3. Fuente: Estudio epidemiológico de casos de Cáncer Cervicouterino UMF No. 13.

En relación a la variable “periodicidad de citología cervical”, un 62% de las pacientes tenía “más de 3 años” sin realizarse una citología cervical, un 23% entre “1 a 3 años”, un menor porcentaje de 12% “nunca” se había realizado una citología cervical y tan solo el 3% se había realizado citología cervical en “menos de un año” de la previa (Gráfico 4).

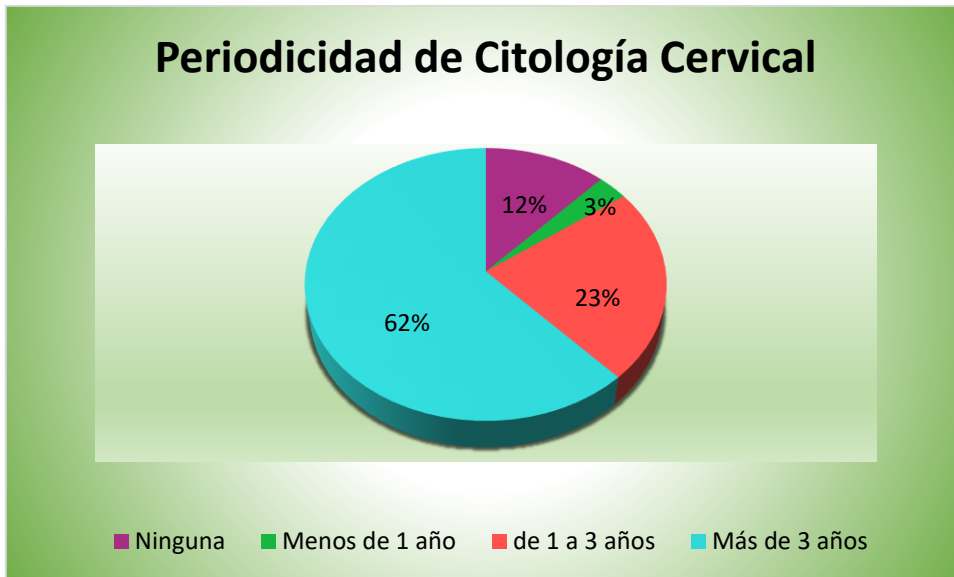


Gráfico 4. Fuente: Estudio epidemiológico de casos de Cáncer Cervicouterino UMF No. 13.

Respecto a la variable “edad de inicio de vida sexual activa” no se observa mayor diferencia entre ambas categorías ya que ambas tienen 50% como se observa en la gráfica 5.

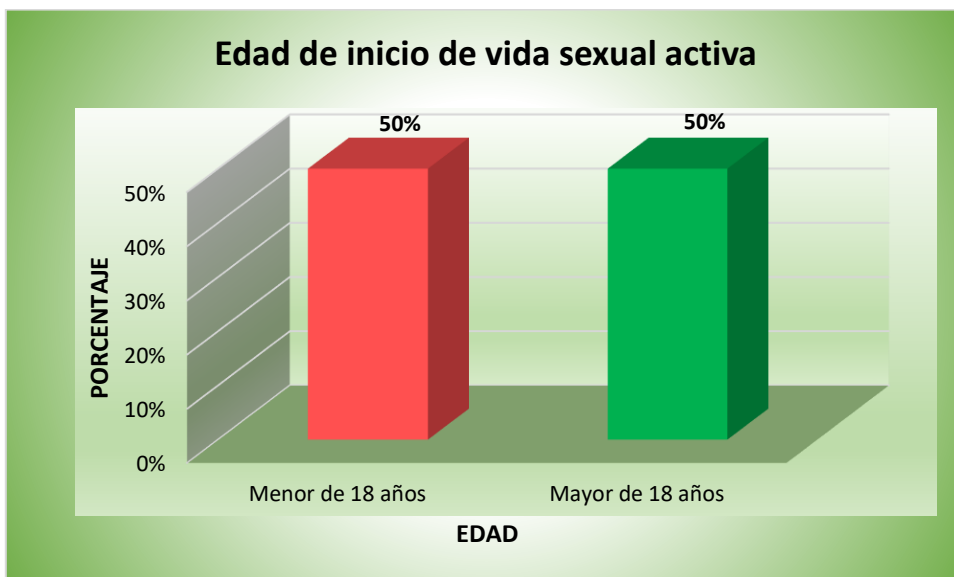
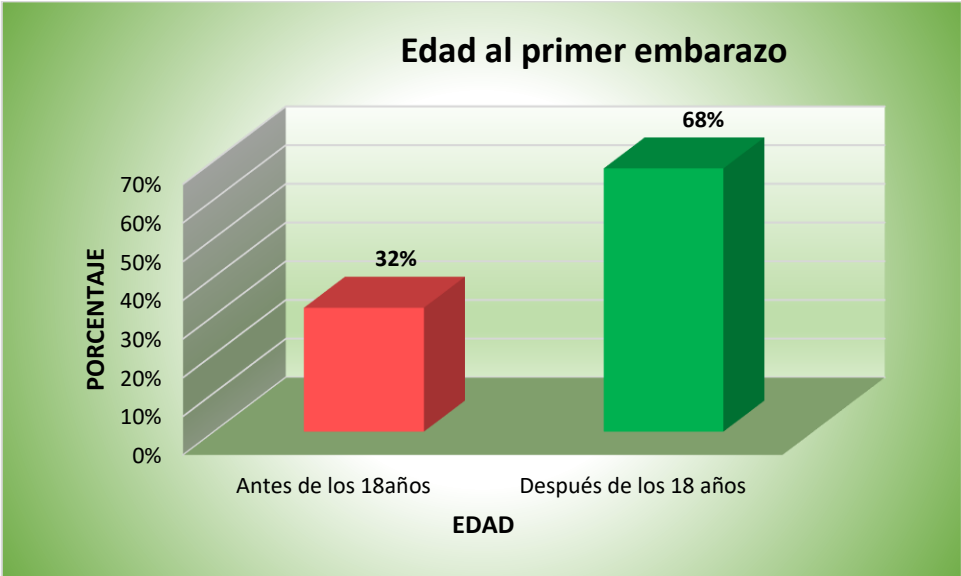


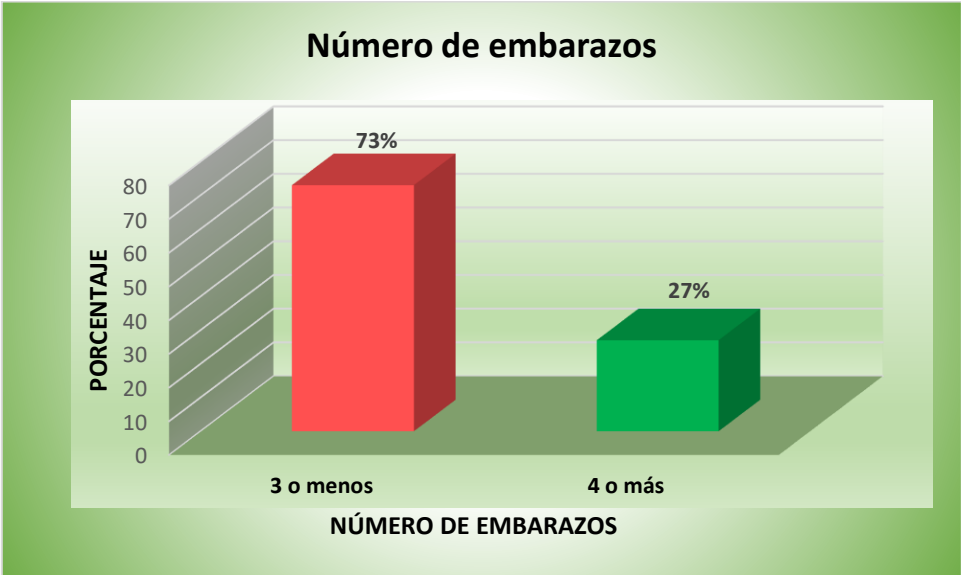
Gráfico 5. Fuente: Estudio epidemiológico de casos de Cáncer Cervicouterino UMF No. 13.

En cuanto a la variable “Edad al primer embarazo” se observa que un 68% tuvo su primer embarazo después de los 18 años de edad, mientras que un 32% antes de los 18 años de edad. (Gráfica 6)



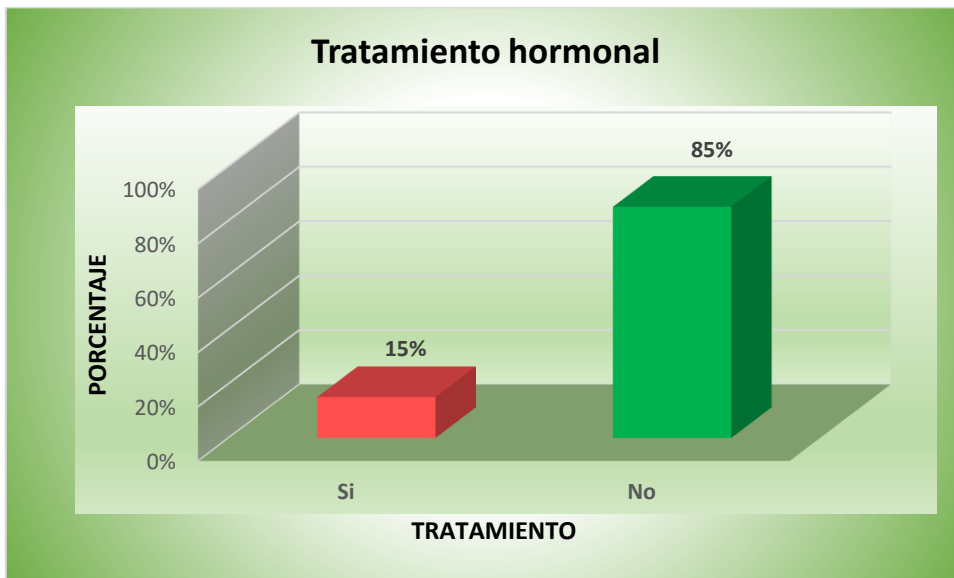
Gráfica 6. Fuente: Estudio epidemiológico de casos de Cáncer Cervicouterino UMF No. 13.

En la variable “número de embarazos” se encontró que el 73% de las pacientes tuvo “3 embarazo o menos” y solo un 27% fue multípara es decir “4 embarazos o más”. (Gráfica 7)



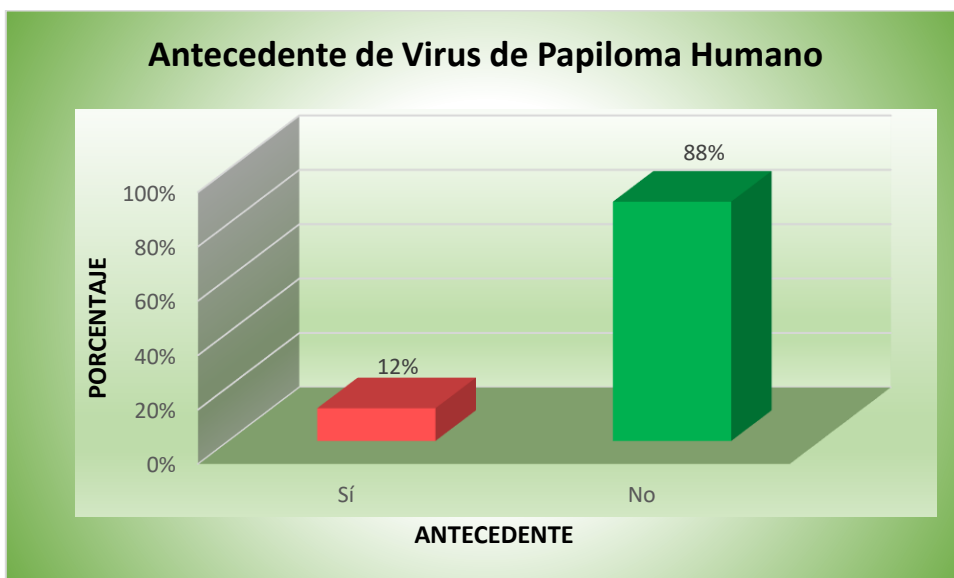
Gráfica 7. Fuente: Estudio epidemiológico de casos de Cáncer Cervicouterino UMF No. 13.

De acuerdo a la variable “antecedente de uso de tratamiento hormonal” un porcentaje menor los utilizó correspondiente al 15% y en una mayor proporción, el 85% refirió no haberlo utilizado. (Gráfica 8)



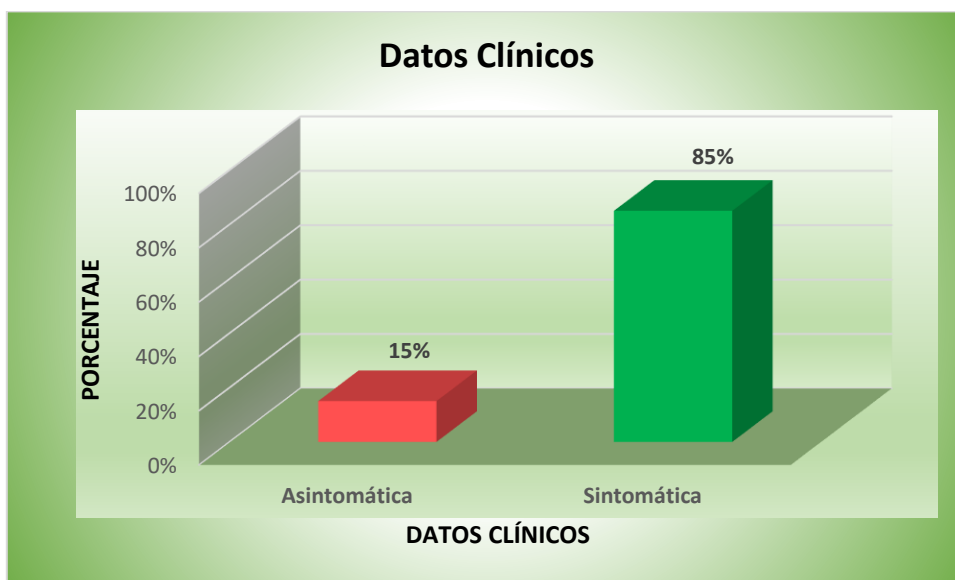
Gráfica 8. Fuente: Estudio epidemiológico de casos de Cáncer Cervicouterino UMF No. 13.

Ahora bien, de acuerdo a la variable “antecedente de infección por virus de papiloma humano” solo un 12% tuvo antecedente del mismo, mientras que en un mayor porcentaje no lo tuvo. (Gráfica 9)



Gráfica 9. Fuente: Estudio epidemiológico de casos de Cáncer Cervicouterino UMF No. 13.

En cuanto a la variable “presencia de datos clínicos” un 85% presentaron alguna sintomatología ginecológica relacionada, y en menor frecuencia con un 15%, fueron asintomáticas. (Gráfica 10)



Gráfica 10. Fuente: Estudio epidemiológico de casos de Cáncer Cervicouterino UMF No. 13.

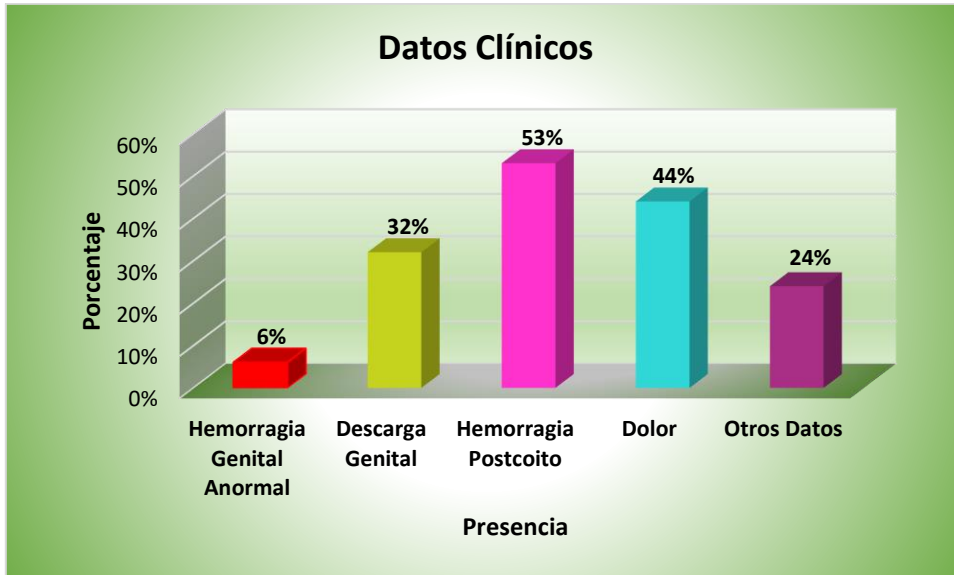
En las pacientes con alteración en la citología cervical se encontró que los principales factores inherentes que presentaron fueron que el 85% tenían alguna sintomatología, un 74% presentó “periodicidad de citología cervical mayor a 3 años” y un 50% inició vida sexual antes de los 18 años. (Tabla 2)

Factor Inherente	Factores de menor riesgo*		Factores de mayor riesgo*	
Datos Clínicos	asintomática	15%	Sintomática	85%
Periodicidad de Citología cervical	menor de 3 años	26%	mayor de 3 años	74%
Inicio de vida sexual	mayor de 18 años	50%	menor de 18 años	50%
Número de detecciones	mayor de 3 detecciones	50%	menor de 3 detecciones	50%
Edad del primer embarazo	Mayor de 18 años	53%	Menor de 18 años	47%
Número de embarazos	menor de 3 embarazos	74%	4 o más	26%
Tratamiento hormonal	No	85%	Si	15%
Antecedente de citología cervical	Si	88%	No	12%

Tabla 2. Fuente: Estudio epidemiológico de casos de Cáncer Cervicouterino UMF No. 13.

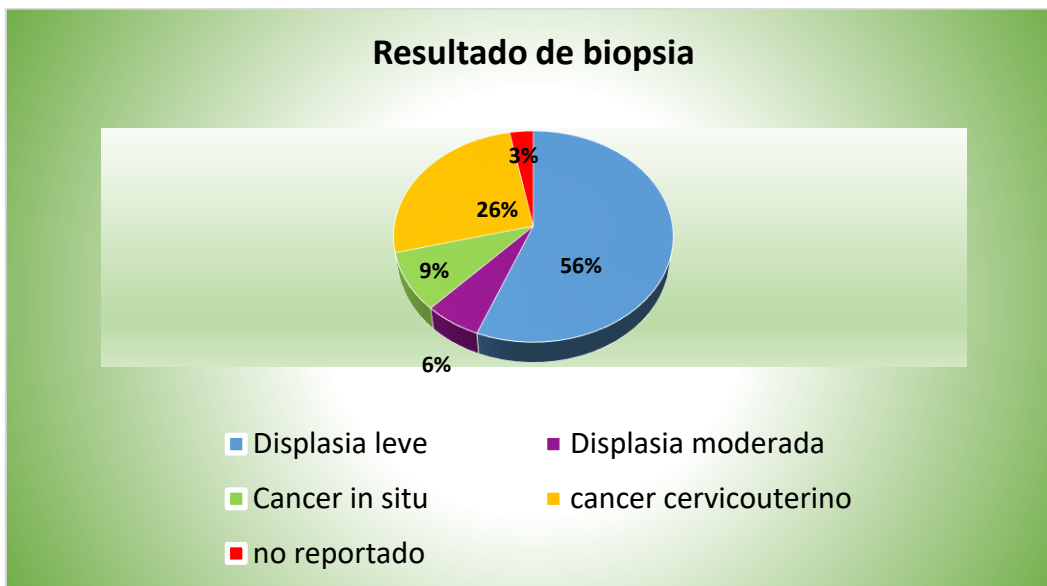
*Factores asociados a presencia de alteraciones en la citología cervical de acuerdo a la literatura reportada.

En relación a la variable “datos clínicos” presentados en las pacientes con alteración en la citología cervical la sintomatología predominante fue el sangrado postcoito en un 53%, seguido de un 44% y 32% de dolor y descarga genital respectivamente, y en un porcentaje menor en 6% fue de hemorragia genital anormal. (Grafica 11)



Gráfica 11. Fuente: Estudio epidemiológico de casos de Cáncer Cervicouterino UMF No. 13.

Con base en los resultados de toma de biopsia en las pacientes con alteraciones en la citología cervical, la variable “lesión cervical” de predominio fue la “displasia leve” con un 56%, seguida de “cáncer cervicouterino” con un 26% y en menor porcentaje cáncer insitu con un 9%. (Gráfica 12)



Gráfica 12. Fuente: Estudio epidemiológico de casos de Cáncer Cervicouterino UMF No. 13.

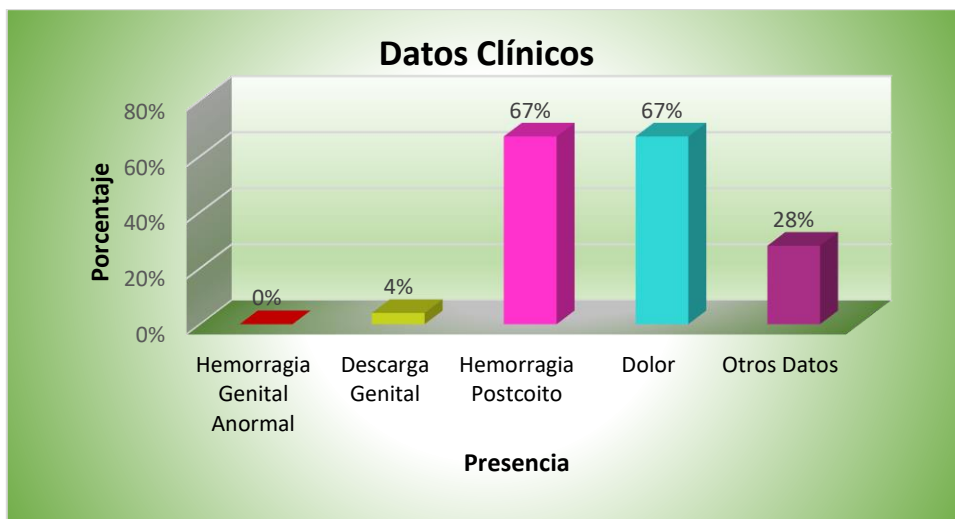
Se encontró en las pacientes con resultado en la biopsia con cáncer cervicouterino que el principal factor inherente que presentaron en un 100% de las pacientes fue la “sintomatología”, un 77% presento “periodicidad de citología cervical mayor a 3 años” y un 44% inició vida sexual antes de los 18 años. (Tabla 3)

Factor Inherente	Factores de menor riesgo*		Factores de mayor riesgo*	
Datos Clínicos	asintomática	0%	Sintomática	100%
Periodicidad de Citología cervical	menor de 3 años	23%	mayor de 3 años	77%
Inicio de vida sexual	mayor de 18 años	56%	menor de 18 años	44%
Número de detecciones	mayor de 3 detecciones	56%	menor de 3 detecciones	44%
Edad del primer embarazo	Mayor de 18 años	56%	Menor de 18 años	44%
Número de embarazos	menor de 3 embarazos	89%	4 o más	11%
Tratamiento hormonal	No	89%	Si	11%
Antecedente de citología cervical	Si	89%	No	11%
Antecedente de VPH	No	100%	Si	0%

Tabla 3. Fuente: Estudio epidemiológico de casos de Cáncer Cervicouterino UMF No. 13.

*Factores asociados a presencia de alteraciones en la citología cervical de acuerdo a la literatura reportada.

En relación a la variable “datos clínicos” presentados en las pacientes con cáncer cervicouterino la sintomatología predominante fue el sangrado postcoito en un 67%, al igual que el dolor en un mismo porcentaje, seguido de un 44% y 22% de descarga genital y “otros síntomas” respectivamente, (Grafica 13)



Gráfica 13. Fuente: Estudio epidemiológico de casos de Cáncer Cervicouterino UMF No. 13.

XII.- DISCUSIÓN

A nivel mundial el cáncer cervicouterino (CaCu) es el 4to cáncer más frecuente en la mujer, existen pruebas de detección que permiten que las lesiones precancerosas puedan detectarse en fases en las que aún pueden ser tratadas, pueden llegar a prevenir hasta un 80% de los casos por CaCu (según OMS).

Sin embargo es importante destacar que son necesarios diferentes factores inherentes a las pacientes para que se presenten alteraciones en la citología cervical a pesar de una detección oportuna realizada por parte de las mismas, por lo que en este estudio realizado a la población derechohabiente de la Unidad de Medicina Familiar No. 13.

Se encontraron los siguientes resultados:

Como se pudo observar la edad mínima en la población estudiada fue de 20 años y la edad máxima 62 años, con una media de 38 años, en comparación al estudio realizado en La Habana, Cuba, por MSc. Lazara Malagón Montano y cols de tipo descriptivo retrospectivo sobre las lesiones premalignas y el cáncer cérvicouterino, así como el comportamiento de los diferentes factores de riesgo asociados a dichas patologías, en el periodo 2011-2013, la muestra consistió en 193 pacientes en donde la edad comprendida fue de 25 a 39 años, relativamente mujeres en edades más tempranas.

La principal alteración citológica reportada en este estudio fue “displasia leve” con un 53%, un porcentaje mayor en comparación con un estudio realizado en Cuba según Yamilda Montero Lora y cols, estudio de tipo observacional, descriptivo y transversal, que incluyo en la muestra 125 pacientes, durante el 2016 en el cual la displasia leve ocupó la principal alteración en un 39%; la población estudiada fue en una clínica de especialidad sobre patología de cuello al contrario a la de este estudio que se realizó en una clínica de primer nivel.

De acuerdo a los antecedentes de citología cervical un 62% de las pacientes tenía “más de 3 años” sin realizarse una citología cervical, porcentaje parecido a lo reportado por Martha Castillo y cols realizado en el Principado de Asturias durante el periodo 2000-2010, estudio retrospectivo, que incluye 374 mujeres, en él, él

65,6% de las pacientes no constaba en su historia clínica ninguna citología al menos en los 5 años y medio anteriores al diagnóstico.

En cuanto a los antecedentes ginecoobstetricos en este estudio no se observó mayor diferencia en la “edad de inicio de vida sexual activa” ya que las variables “menor de los 18 años” y “mayor de 18 años” ambas tiene un 50%, contrario a lo reportado en un estudio tipo analítico de casos y controles realizado en Cuba en el período de 2012 a 2014 por Cabrera Guerra y cols donde la muestra estuvo constituida de 50 pacientes con diagnóstico de cáncer cervicouterino en el cual se reporta que el inicio de las relaciones sexuales antes de los 17 años se consideró un factor de riesgo para desarrollar cáncer cervicouterino, cabe destacar el inicio de relaciones sexuales en edades tempranas predisponen a lesiones cervicales, según la bibliografía ampliamente reportada.

Con respecto a la variable “edad al primer embarazo” un 68% de las pacientes tuvo su primer embarazo después de los 18 años de edad, dato contrario según el estudio de Cabrera Guerra y cols que considera factor de riesgo la edad del primer parto antes de los 18 años, con un riesgo 2 veces mayor, Moré Vega *et al*, plantearon que las relaciones sexuales a edad temprana constituyen un importante factor de riesgo para la aparición del cáncer cervicouterino.

En el número de embarazos se encontró que el 73% de las pacientes tuvo “3 embarazo o menos”; y según Cabrera Guerra y cols constató que la multiparidad, no está asociada con la aparición de Cáncer Cervicouterino, al no reportar riesgo aumentado.

Por otra parte la infección por VPH que se considera actualmente como el oncovirus causante de cambios epiteliales en la zona de transición, es importante reconocer que es la enfermedad viral más comúnmente transmitida por el coito, según lo descrito por Alonso Triana, en este estudio se encontró una cifra inferior a un 12% de las pacientes que tenía antecedente de infección por virus de papiloma humano, en comparación al estudio realizado por Yamilda Montero Lora y cols con solo un 20,8 % quienes presentaron infección por el virus del papiloma humano; así podemos observar que esta relación vph y desarrollo de lesiones cervicales tiene una prevalencia baja en este estudio realizado.

De todas las variable independientes se encontró que un 82% de las pacientes presentaban datos clínicos al momento del diagnóstico, la sintomatología predominante fue el sangrado postcoito en un 53%; de las pacientes con diagnóstico por biopsia de cáncer cervicouterino el 100% presentaban sintomatología del cual el 67% fue hemorragia postcoito, en contraste con Martha Castillo y cols el porcentaje de pacientes que presentaban sintomatología en el momento de detección de su enfermedad correspondió a un 89,1% en el periodo 2000-2003, frente al 77,8% en el periodo 2008-2010, en comparación con Yamilda Montero Lora y cols el 94,4 % de las pacientes presentaron antecedentes de leucorrea, por lo que observamos que la mayor parte de las pacientes presentan sintomatología como antecedente al diagnóstico de cáncer cervicouterino.

En cuanto a la variable “uso de anticonceptivos hormonales” solo un 15% de las pacientes tenían antecedentes de su uso, en contraste con un metanálisis realizado en 2017 de estudios de casos y controles, incluidos 15 619 participantes no se encontró que las personas con uso de anticonceptivos orales tuvieran un riesgo de cáncer de cuello uterino, cabe destacar que se estudió a una población más amplia a comparación de este estudio.

Diversos estudios han demostrado que los antecedentes patológicos familiares de cáncer constituyen un factor de riesgo de desarrollar cáncer cervicouterino así como el hábito de fumar, Según Cabrera Guerra y cols en su estudio en cuanto a los antecedentes patológicos familiares de cáncer se obtuvo un riesgo de nueve veces mayor probabilidad de desarrollarlo, en comparación con las que no presentaban antecedentes. En cuanto al hábito de fumar las pacientes que consumieron al menos un cigarrillo diario y hubiera fumado al menos por 6 meses tuvieron cinco veces más riesgo de desarrollar cáncer cervicouterino que aquellas no fumadoras, en este estudio no se contó con esta variable ya que la información se tomó de estudios de caso del programa de cáncer cervicouterino y por lo tanto representa una de las debilidades de éste estudio.

En cuanto al reporte de los indicadores del programa de cáncer cervicouterino de la UMF 13 en el 2018 correspondientes a primer nivel de atención se puede observar que el indicador de prevalencia de papanicolaou de primera vez se

alcanzaron las metas, y en cuanto la tasa de incidencia de cáncer cervicouterino se reportó 14.7% en comparación a la cifra menor reportada de manera anual en México con un 23.3%.

A pesar de estas cifras, aun se siguen presentando lesiones cervicales, por lo que se observa debilidad en la mayoría de los indicadores analizados, se particulariza que existen deficiencias en cuanto al programa CaCu de la UMF No, 13 así como una combinación de factores propios a la población estudiada.

Por último, Es necesario reconocer que el diseño de este estudio tiene fortalezas como el haber contado con una recopilación de una base de datos confiable de las pacientes notificadas por el servicio de epidemiología que teóricamente son las derivadas a 2do nivel, y que fueron correctamente llenadas a excepto de un caso de estudio que se encontraba incompleto por lo q no hubo mayor pérdida de información. A su vez dentro de las limitaciones se identifica el no contar con información de variables inherentes importantes según la bibliografía referente al hábito de fumar y los antecedentes personales heredofamiliares que hubieran sido de gran utilidad para los objetivos del presente estudio, si bien el estudio epidemiológico de CaCu es el que se maneja de manera oficial a nivel nacional y, se sigue ocupando el mismo de años atrás a la fecha, sería pertinente incluir otras variables que también se han venido documentando a través de los años relacionados a CaCu para tener una visión más integral en cada paciente.

Como se mencionó la población estudiada fue de 34 pacientes confirmadas, que teóricamente resulta ser una población muy pequeña y que de buscar alguna medida de efecto en futuras investigaciones se tendrían necesariamente que reenfocar los objetivos de las mismas o aumentar el número de la población para evitar sesgos de información.

Por lo anteriormente citado es que la presente investigación se perfila como parteguas o referencia para futuras investigaciones en dicha unidad médica o ámbito institucional.

XIII.- CONCLUSIONES

Podemos darnos cuenta que los beneficios de un cribado eficiente pueden ser alcanzados si existe una calidad tanto en cada uno de los procedimientos que integran el programa de detección de cáncer cervicouterino como de los propios factores inherentes de la población blanco en la que se enfocó el presente estudio, mismo que identificó lo siguiente:

- El Principal factor inherente presente en las pacientes con alteraciones en la citología cervical fueron la presencia de “datos clínicos” por lo que se rechaza la primera hipótesis planteada.
- La infección por virus de papiloma humano en este estudio tuvo un porcentaje bajo de presentación en las pacientes confirmadas.
- La alteración citológica con mayor número fue la displasia leve.

Por lo anterior podemos considerar que en este estudio se encontraron datos importantes que aunque no lo fueron en la mayoría de las variables estudiadas resultan relevantes dentro de la población tan vulnerable para CaCu como la estudiada.

Como se reportó en el MMIM 2018 El programa de CaCu de la UMF No.13, muestra “DESEMPEÑO MEDIO” en 4 de los 5 indicadores correspondientes al primer nivel de atención, sumándose a esto los factores inherentes a las pacientes.

Debido a esto es indispensable que se individualice a cada paciente de acuerdo a sus antecedentes y de esta manera poder realizar una detección oportuna y seguimiento estricto hasta la determinación diagnóstica por biopsia que garantice a la mujer un tratamiento oportuno acorde al mismo.

XIV.- PROPUESTAS:

Partiendo de los resultados obtenidos, se aconseja implementar estrategias que amplíen el conocimiento de las pacientes respecto al Cáncer Cervicouterino, enfatizando en aquellas con mayor riesgo, así como también el personal de primer nivel que se encuentre involucrado en el proceso de atención de Cacu, por lo que se propone lo siguiente:

- Promoción del programa de Cáncer Cervicouterino a través de pláticas en la salas de espera impartido por personal de primer nivel de atención para aumentar el tamizaje de pacientes.
- Realizar campañas de educación sexual y capacitación periódicamente en las unidades médicas familiares por los médicos donde se realice la aplicación de vacunas así como la toma de citologías y otorgamiento de preservativos por medicina preventiva
- Otorgar en las consultas médicas información sobre la importancia de la citología cervical, y de esta manera se realice el compromiso por parte de Médicos Familiares del envío obligatorio de pacientes en edad reproductiva al módulo de medicina preventiva.

XV.- BIBLIOGRAFÍA.

- 1.- Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer Cervicouterino. México: secretaría de salud, 2010, [consultado 12 marzo 2018]. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/433_GPC_Ca_cervicouterino/GER_Cxncer_cervicouterino.pdf
- 2.- Papilomavirus humano (PVH) cáncer cervicouterino [en línea]. [consultado:28 marzo 2018]. Disponible en: [http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hpv\)-and-cervical-cancer](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer)
- 3.- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Cáncer de cuello uterino [en línea]. 21 julio 2018 [consultado 30 marzo 2018]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud%7Ccnegsr/acciones-y-programas/cancer-de-cuello-uterino-132755>
- 4.- Secretaría de Salud. Defunciones de mujeres de 25 años y mas por tumor maligno del cuello uterino (C53), 2000-2013 [en línea]. 08 septiembre 2015 [consultado 03 abril 2018]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/estadisticas-cancer-cervico-uterino?state=published>
5. D. Hernández, T. Apresa, R. Patlán. Panorama epidemiológico del cáncer cervicouterino. Rev. Med Inst. Mex. Seguro Soc. [en línea] 2015 (consultado 3 abril 2018); 53(supl 2): S154-611. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2015/ims152f.pdf>
- 6.- Control Integral del Cáncer Cervicouterino: guía de prácticas esenciales [en línea] Washington, DC: OPS, 2016 [consultado 15 abril 2018]. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28512/9789275318799_spa.pdf
- 7.- para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino [internet] [consultado 15 abril 2018]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/m014ssa24.html>
- 8.- American Cancer Society. Guías de la Sociedad Americana Contra El Cáncer para la prevención y la detección temprana del cáncer de cuello uterino [en línea]

- 20 noviembre 2016 [consultado 15 abril 2018]. Disponible en:
<https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/prevencion-y-deteccion-temprana/guias-de-deteccion-del-cancer-de-cuello-uterino.html>
9. J. Cordero, M. García. Citologías alteradas y algunos factores de riesgo para el cáncer cervicouterino. *Rev. Cubana de Ginecología y Obstetricia*. [en línea] 2015 (consultado 16 de abril 2018); 41(4): p:350-364. Disponible en:
<http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v41n4/gin05415.pdf>
- 10.- Instituto Nacional del Cáncer. Cáncer de Cuello Uterino [en línea] [consultado 16 abril 2018]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino/pro>
- 11.- Guía técnica: Guía de práctica clínica para la prevención y manejo del cáncer de cuello uterino / Ministerio de Salud [en línea]. Junio 2017 [consultado 16 abril 2018]. Disponible en:
ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Prevencion_salud/guia_tecnica_cancer_cuello_uterino.pdf
12. G. Ogilvie, C. Nakisige, W.Huh, R Mehrotra, E. Franco, J. Jeronimo. Optimizing secondary prevention of cervical cancer: Recent advances and future challenges. *Int J Gynecol Obstet*. 2017; 138 (Suppl. 1): p:15-19. DOI:10.1002/ijgo.12187
- 13.- Manual para tamizaje del cáncer cervicouterino [en línea].Disponible en:
https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&alias=226-manual-para-tamizaje-del-cancer-cervico-uterino&category_slug=temas-de-salud&Itemid=518
- 14.- Organización Panamericana de la Salud. Cáncer Cervicouterino [en línea] [revisado 16 abril 2018]. Disponible en:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5521:2011-how-cervical-cancer-develops&Itemid=3962&lang=es
15. B. Carvajal, G. Guzmán, C. Zapata. Efectividad de un plan de mejoramiento en tamización cervical en un hospital de primer nivel. *Rev. CSE Salud Pública*. [en línea] 2017 (consultado 16 de abril 2018); 8(1): p:108-120. Disponible en:
http://revistas.ces.edu.co/index.php/ces_salud_publica/article/viewFile/4426/2823

16. M. Cuevas, M. Vega, A. Tamez, O. Castañeda. Factores de riesgo que retrasan la participación en el programa "Detección oportuna de cáncer cervicouterino". *Aten Fam.* 2016 (consultado 16 de abril 2018); 23(4): p:134-138. Disponible en https://ac.els-cdn.com/S1405887116301481/1-s2.0-S1405887116301481-main.pdf?_tid=2835ac06-4431-4385-b8c5-ac5727b95001&acdnat=1539478466_0007398f28762c4516586361bff9607b
17. M. Machado, R. Jiménez, A. Blanco, N. Chavaro. Estadificación y evaluación inicial del cáncer cervicouterino. *Gaceta Mexicana de oncología.* 2014 (consultado 20 de abril 2018); 13(Supl 34): p:53-58. Disponible en: <http://www.gamo-smeo.com/temp/SUPLE%20%20CANCER%20CERVICOUTERINO.PDF>
18. A. Torres, S. Ávila, H. Rico, A. Caballero, F. García, R. García, Et Al. Tratamiento de cáncer cervicouterino en estadios clínicos. *Gaceta Mexicana de oncología.* 2014 (consultado 20 de abril 2018); 13(Supl 4): p:59-66. Disponible en: <http://www.gamo-smeo.com/temp/SUPLE%20%20CANCER%20CERVICOUTERINO.PDF>
19. J. Coronel, L. Rivera, H. Azuara, E. Floriano. Tratamiento en cancer cervicouterino localmente avanzado. *Gaceta Mexicana de oncología.* 2014 (consultado 25 de abril 2018); 13(Supl 4): p:67-70. Disponible en: <http://www.gamo-smeo.com/temp/SUPLE%20%20CANCER%20CERVICOUTERINO.PDF>
20. A. Dueñas, C. Cano, I. Cruz, C. Flores. Tratamiento adyuvante y neoadyuvante en cáncer cervicouterino. *Gaceta Mexicana de oncología.* 2014 (consultado 25 de abril 2018); 13(Supl 4): p:71-74. Disponible en: <http://www.gamo-smeo.com/temp/SUPLE%20%20CANCER%20CERVICOUTERINO.PDF>
- 21.- Instituto Mexicano del Seguro Social. Cáncer cervicouterino [en línea] 16 julio 2015 [consultado 15 abril 2018]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/cancer-cervico-uterino>
- 22.- Organización Panamericana de la Salud. Prevención y control integrals del cáncer cervicouterino: un futuro más saludable para niñas y mujeres [en línea]. 2013 [consultado 25 abril 2018]. Disponible en:

<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/WHO-Comprehensive-CC-prevention-women-2013-Spa.pdf>

23. M. Villalobos, C. Wendling, C. Sierra, O. Valencia, M. Cárcamo, P. Gayán. Supervivencia de cáncer cervicouterino escamoso y adenocarcinoma en pacientes atendidas en el Instituto Nacional del Cáncer, 2009-2013. *Gaceta Mexicana de oncología*. 2016 (consultado 28 de abril 2018); 15(5): p:263-267. Disponible en: [https://ac.els-cdn.com/S166592011630075X/1-s2.0-S166592011630075X-main.pdf?_tid=2a7e49ae-0ba9-4d8c-904c-](https://ac.els-cdn.com/S166592011630075X/1-s2.0-S166592011630075X-main.pdf?_tid=2a7e49ae-0ba9-4d8c-904c-e6b8aab97789&acdnat=1539481053_adc461506cdcc854fb3e084c60730e5e)

[e6b8aab97789&acdnat=1539481053_adc461506cdcc854fb3e084c60730e5e](https://ac.els-cdn.com/S166592011630075X/1-s2.0-S166592011630075X-main.pdf?_tid=2a7e49ae-0ba9-4d8c-904c-e6b8aab97789&acdnat=1539481053_adc461506cdcc854fb3e084c60730e5e)

24.- Manual Metodológico de Indicadores Médicos 2017 [en línea] [consultado 30 abril 2018]. Disponible en: http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/profesionalesSalud/investigacionSalud/normativaInst/MMIM_2017.pdf

25.- M. Ramírez Vallez, J. Sanabria Negrín, V. Salgueiro Medina. *Evaluación del programa de detección precoz de cáncer cervicouterino en Consolación del Sur*. *Rev. Ciencias Médicas*. [en línea] Ene.-feb 2013 (consultado 15 mayo 2018); 17(1): 36-48. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942013000100005

26.- M. Castillo, A. Astudillo, O. Clavero, J. Velasco, R. Ibañez y S. de Sanjosé. Evaluación de fallos tras el análisis de la historia de cribado en mujeres diagnosticadas de cáncer infiltrante de cuello uterino. *Aten Primaria*. [en línea] 2018 (consultado 20 mayo 2018); 50(3):151-158. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656716302694>

27.- Y. Montero, R. Ramón, C. Valverde, F. Escobedo y E. Hodelín; Principales factores de riesgo en la aparición del cáncer cervicouterino. *MEDISAN* [en línea] 2018 (consultado 08 de agosto 2018); 22(5):539-546. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192018000500010

XVI.- ANEXOS.



Instituto Mexicano del Seguro Social
Coordinación Delegacional de Investigación Médica
Unidad de Medicina Familiar Número 13
Tuxtla Gutiérrez, Chiapas



INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

No. De Folio: _____

CUESTIONARIO DE FACTORES INHERENTES A LAS PACIENTES CON RESULTADO ANORMAL DE CITOLOGIA CERVICAL Y PROGRAMA CÁNCER CERVICOUTERINO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 13

1.- Edad: _____

2.- Domicilio: _____

FACTORES INHERENTES:

Antecedente de Citología:

3.- ¿Es la primera vez que se realiza una citología cervical?

___ Si

___ No

(Si la respuesta es: Sí, pase a la pregunta 4)

4.- ¿Cuántas veces se ha realizado la citología cervical?

a) menos de 3

b) más de 3

5.- ¿Cuándo fue la última vez que se realizó una citología cervical?

a) Menos de un año

b) de 1 a 3 años

c) Mas de 3 años

6.- Resultado de citología cervical:

___ Displasia cervical leve-moderada

___ Displasia cervical severa y carcinoma in situ

ANTECEDENTE GINECOOBSTETRICOS:

7.- ¿A qué edad inicio relaciones sexuales?

- a) Antes de los 18 años
- b) 18 años o más

8.- ¿A qué edad fue su primer embarazo?

- a) Antes de los 18 años
- b) 18 años o más

9.- ¿Numero de embarazo?

- a) 3 o menos
- b) 4 o más

10.- ¿Alguna vez ha sido tratada con hormonas?

- a) Sí
- b) No

11.- ¿Alguna vez le han diagnosticado VPH?

- a) Si
- b) No

OTROS FACTORES:

12.- ¿Alguna vez ha consumido o consume tabaco?

- a) Sí
- b) No

13.- ¿Algún familiar ha padecido cáncer cervicouterino?

- a) Sí
- b) No

14.- ¿Qué datos clínicos presenta?

- a) Asintomática
- b) Hemorragia genital anormal
- c) Descarga genital
- d) Hemorragia postcoito
- e) Dolor
- f) Otros: _____

Gracias.

Tomado del estudio epidemiológico de casos del programa de Cáncer Cervicouterino.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	2018						2019							
	MAR	ABR- MAY	JUN- JUL	AGO SEPT	OCT NOV	DIC	ENE	FEB	MAR ABRIL	MAY JUN	JUL	AGO SEPT	OCT NOV	DIC
ELECCION DEL TEMA	■													
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	■													
REVISION BIBLIOGRAFICA		■	■											
ELABORACION DEL PROTOCOLO		■	■	■	■									
REVISION DEL PROTOCOLO POR EL COMITÉ LOCAL DEL C.L.I					■									
APLICACIÓN DE ENCUESTA PILOTO					■	■	■							
RECOLECCION DE DATOS						■	■	■	■					
TABULACION DE DATOS										■	■			
ANALISIS DE DATOS											■	■	■	
PRESENTACION DE RESULTADOS													■	■



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN
SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS
DE INVESTIGACIÓN**

Nombre del estudio:	Factores inherentes a las pacientes con resultado anormal de citología cervical y programa cáncer cervicouterino de la Unidad de Medicina Familiar No. 13
Patrocinador externo (si aplica)*:	No aplica
Lugar y fecha:	Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Enero-Abril 2019
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Conocer los factores inherentes a las pacientes con resultado anormal de citología cervical y programa cáncer cervicouterino de la unidad de medicina familiar no. 13
Procedimientos:	Se realizará aplicará una serie de preguntas que tomaran aproximadamente 10 min.
Posibles riesgos y molestias:	Sin Riesgo
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	No aplica
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	No aplica
Participación o retiro:	No aplica
Privacidad y confidencialidad:	Sus datos personales serán codificados y protegidos de tal manera que solo pueden ser identificados por los Investigadores de este estudio.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

No autorizo que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en
derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dra. Norma Patricia Gutiérrez Galdámez. Cel 9612258837

Unidad de adscripción: UMF 13 Tuxtla Gutiérrez, Chiapas

Colaboradores:

Dra. Tania Berenice Gutiérrez Ríos. Epidemióloga

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:
Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso
Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono
(55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Dra. Norma Patricia Gutiérrez Galdámez
Nombre y firma de quien obtiene el
consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

* En caso de contar con patrocinio externo, el protocolo deberá ser evaluado por la Comisión Nacional de Investigación Científica

Clave: 2810-009-013

CARTA DE AUTORIZACION DEL ASESOR (ES) DE TESIS

Ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, 14 de diciembre del 2020

Dra. Yunis Lourdes Ramírez Alcántara
Coord. Clínico de Educación en Salud
Unidad de Medicina Familiar No. 13

En atención:

Dra. Aida Murillo Chávez.
Profesor Titular de la Especialidad de Medicina Familiar

Por este medio informo a Usted que el trabajo de Tesis denominado "Factores inherentes a las pacientes con resultado anormal en la citología cervical y programa cáncer cervicouterino de la Unidad de Medicina Familiar No. 13" con registro SIRELCIS No.R-2019-703-016 elaborado por Dra. Norma Patricia Gutiérrez Galdámez, para obtener el título de Especialista en Medicina Familiar, ha sido realizado bajo mi asesoría y considero que ha sido concluido satisfactoriamente, por lo que se autoriza impresión.

Sin otro particular, quedo a su disposición para cualquier aclaración adicional.


Atentamente:

Dra. Tania Beatriz Gutiérrez Ríos
(Nombre y firma del asesor (es))