



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 27**



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA
TIJUANA, BAJA CALIFORNIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
POSGRADO EN MEDICINA FAMILIAR**

TÍTULO DE TESIS:

**FACTORES ASOCIADOS A UN DIAGNÓSTICO TARDÍO DE CÁNCER
CERVICOUTERINO**

NOMBRE Y GRADO DEL INVESTIGADOR:

ROCÍO GUADALUPE SÁNCHEZ COTA

RESIDENTE DE TERCER AÑO DE MEDICINA FAMILIAR

TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO DEL INVESTIGADOR

664 1516263 rociosanchezcota@hotmail.com

LUGAR DE REALIZACIÓN DEL PROYECTO:

TIJUANA, BAJA CALIFORNIA, MÉXICO A OCTUBRE DEL 2015

NOMBRE DEL ASESOR:

DRA. MARÍA EUGENIA DUARTE MELGOZA

AGRADECIMIENTOS

Agradezco principalmente a Dios por permitirme llegar a este momento en mi vida.

Agradezco a mi Padre que aunque no esté conmigo físicamente, sé que me acompaña siempre.

Al igual a mi Madre por apoyarme en todo momento y por saber guiarme en la vida.

Agradezco además a mis hermanos por su amistad y apoyo incondicional.

Agradezco a mis amigos por serlo en esta travesía.

Agradezco también a mis asesores por compartir una parte de su sabiduría.

INDICE

Antecedentes.....	1
Planteamiento del problema.....	7
Justificación.....	8
Objetivos.....	9
Material y Métodos.....	10
Análisis Estadístico.....	12
Resultados.....	13
Tabla 1.....	15
Tabla 2.....	16
Tabla 3.....	17
Discusión.....	18
Conclusión.....	20
Bibliografía.....	21
Anexo I.....	23
Anexo II.....	25
Anexo III.....	27

ANTECEDENTES

El cáncer cérvico-uterino es una enfermedad caracterizada por el crecimiento anormal y diseminado de células que al desarrollarse en forma incontrolada, avanzan entre los tejidos normales y los destruyen, alterándose así el funcionamiento del organismo. La lesión precursora del cáncer cérvico-uterino es la neoplasia intraepitelial (NIC), y dependiendo del grado de anormalidad celular son clasificados como NIC grado I (displasia leve), NIC II (displasia moderada), y NIC III (displasia severa o carcinoma in situ), y cuando las células cancerosas o neoplásicas epiteliales invaden tejidos subyacentes se le denomina carcinoma invasor.(8)

El cáncer cérvico-uterino en el mundo ocupa el segundo lugar de incidencia seguido del cáncer de mama.(5). Se presentan 500,000 casos de cáncer cérvico-uterino cada año. Siendo el 80% en países en vías de desarrollo, principalmente América Latina y el Caribe. (9)

En México el cáncer ocupa el segundo lugar como causa de mortalidad general y el cáncer cérvico-uterino es la principal causa de muerte por neoplasias entre las mujeres mayores de 25 años.(1)

En el año 2002 se reportaron 4323 muertes en la República Mexicana, correspondientes a una tasa de 8.4. Los estados con mayor índice demográfico son el Estado de México con 462 muertes en ese año y tasa del 10.2; Veracruz con 445 muertes y tasa del 15.6 y en tercer lugar el Distrito Federal con 345 muertes y tasa del 8.4. (6)

En Baja California la mortalidad por cáncer cérvico-uterino ha disminuido, de 17.80% en el año 2001, a 12.77% en el 2005. (2)

La tasa de morbilidad en los derechohabientes del IMSS a nivel nacional ha disminuido en los últimos 10 años, con un número de casos de 4374 y una tasa de 12.78 en el año 1995 a 965 casos con una tasa de 2.76 en el 2005. En Baja California en el 2005 se presentaron 47 casos con una tasa de 3.21. (15)(16)(17)

Como en todas las neoplasias malignas, la incidencia del cáncer cérvico-uterino se incrementa con la edad. Así, los grupos más afectados por este problema de salud pública son los de 45 años en adelante.(1)

El Virus del Papiloma Humano (VPH) es una causa necesaria pero no suficiente para desarrollar la enfermedad, el cáncer cérvico-uterino invasor se asocia con la presencia de VPH en 99.7% de los casos, existen más de 100 tipos de VPH, siendo las variantes 16,18,31,33,35,39,45,51,52,56,58,59 y 68 las consideradas como de alto riesgo, por encontrarse asociadas al cáncer cérvico-uterino en más de 95% de los casos.(10). La presencia de VPH incrementa en 78 veces la probabilidad de desarrollar la enfermedad, cuando es variante 16. (10)

Entre los factores de riesgo relacionados son : inicio temprano de la vida sexual activa, múltiples compañeros sexuales, multiparidad (5 o más partos), primer parto antes de los 18 años, pobre higiene genital, inflamación cérvico vaginal persistente, infecciones sexuales intercurrentes, enfermedades de transmisión sexual, uso de anticonceptivos hormonales, así como el tabaquismo, nivel socioeconómico bajo, escolaridad, y deficiencias nutricionales de folato, vitamina A, C y E, que actúan como cofactores.(6)(9). La circuncisión masculina se asocia al disminuir la incidencia de infección por VPH en el pene, reduciendo el riesgo de cáncer cérvico-uterino en la pareja. Han ligado la exposición al humo del cigarrillo a un alto riesgo ya que los agentes carcinógenos se concentran en el moco cervical y puede interferir con la inmunidad.(5). Uno de los aspectos que más se vinculan con la existencia de neoplasia

intraepitelial cervical y virus del papiloma humano es la exposición a estrógenos; por esta razón, al embarazo se le considera un factor de riesgo importante debido a la persistencia estrogénica durante este periodo, de la misma manera al uso prolongado de anticonceptivos orales se le atribuye el mismo riesgo. Refieren que los estrógenos en una línea celular, podrían transactivar el genoma viral del virus del papiloma humano promoviendo su oncogenicidad, a los oncogenes E6 y E7. (6). El riesgo incrementa al utilizarse de 5 a 9 años, actuando como cofactor en mujeres que portan el VPH. (13) Las infecciones de transmisión sexual que se asocian son las provocadas por *Chlamydia trachomatis*, virus del herpes simple tipo 2 y virus de la inmunodeficiencia humana. (10)

En un estudio realizado en México por Tirado-Gómez y cols. de casos y controles con población reclutada entre los años 2000 y 2001 con diagnóstico de cáncer cérvico uterino invasor se encontraron los siguientes factores asociados con un incremento en la probabilidad de desarrollar cáncer cérvico-uterino: analfabetismo, ausencia de escolaridad, falta de seguridad social, consumo de tabaco en algún momento de su vida, nivel socioeconómico bajo, más de tres partos, uso de anticonceptivos hormonales, presencia de infección vaginal (leucorrea) en los últimos tres meses, e inicio de la vida sexual activa antes de los 20 años, que puede deberse a la inmadurez del cuello uterino y a que tienen mayor exposición y probabilidades de estar en contacto con el VPH o bien tienen mayor cantidad de inóculo. (10)

El Programa de Detección Oportuna de cáncer cérvico-uterino se realiza particularmente en el grupo de mujeres de 25 a 64 años de edad, que representa casi el 90% del total de mujeres de 25 años o más(aproximadamente 24 millones de mujeres).(1) Para la cobertura de Detección de cáncer cervicouterino se aplica de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana. El estudio de citología exfoliativa cervical (Papanicolaou), es el método de tamizaje de elección. Se realizará cada 3 años en mujeres con 2 citologías previas anuales consecutivas, con resultados negativos

a Virus del Papiloma Humano, displasias o cáncer; si están asociados a ellos se dará seguimiento en clínica de displasias, al darse de alta, se realizará con periodicidad anual. Si es positivo a proceso inflamatorio inespecífico se realizará el examen anual, hasta que haya 2 resultados consecutivos negativos. Se realizará gratuitamente en el sector público, sin excluir por razones económicas o de edad. Se brindará el servicio con mayor periodicidad a quien lo solicite.(7). Su sensibilidad global fue del 51% y su especificidad del 98%.

El tamizaje mediante colposcopía es un procedimiento que permite identificar las lesiones preinvasoras cervicales. En este método se aplica solución diluida de ácido acético al cuello uterino antes de proceder al examen visual. Las células anormales adquieren un aspecto blanquecino temporal al ponerse en contacto con esta solución. Estas zonas son las convenientes para muestreo histopatológico. Su sensibilidad es similar y su especificidad es discretamente menor a la del estudio citológico. Las lesiones cervicales acetoblancas se asocian con infecciones de VPH oncogénicos. Con el uso de la colposcopía los procedimientos quirúrgicos en lesiones preinvasoras, se realizan en forma ambulatoria. Se tratan las lesiones precancerosas de grado alto (NIC II y III), frecuentemente con asa electroquirúrgica y vigilar periódicamente las lesiones de bajo grado (NIC I). (5)

El cáncer cervicouterino invasor puede ser encontrado al evaluarse las anormalidades citológicas en la colposcopía. La presencia de vasculatura anormal es sugestiva de un proceso invasor. La conización cervical se indica cuando se presentan anormalidades citológicas de alto grado durante la colposcopía, cuando la lesión cervical no se puede evaluar completamente (extensión endocervical o curetaje endocervical positivo), o cuando las biopsias dirigidas con colposcopía revelan el adenocarcinoma in situ o el carcinoma microinvasivo. La conización es innecesaria y está contraindicada cuando el cáncer es microinvasor. (5)

La cobertura nacional de detección de cáncer cérvico-uterino en el Sector Salud en el 2000 fue del 57.8%, siendo la tercera parte de la población total de mujeres de 25 años o más, de las cuales el 2.5% mostraron alteraciones, en el 61% fueron displasias leves, 18.4% moderadas, 8.64% graves, 6.5% cáncer in situ y 5.47% cáncer invasor. (1)

Debido a su prolongada fase preclínica, el carcinoma cervical de células escamosas permite su detección temprana a través del estudio citológico cervical, el cual es efectivo para reducir la morbilidad y la mortalidad por la patología. De hecho, se ha estimado que el tiempo entre la aparición de las lesiones premalignas cancerosas y el desarrollo de carcinoma invasor es de ocho a nueve años, y que en 50% de los casos nuevos de este último existe antecedente de no haberse practicado un estudio citológico en los 10 años previos. (11)

La pobreza, la inequidad de género y el escaso acceso a la información, entre otros factores mantiene a la población femenina en condiciones de alta vulnerabilidad, riesgo a enfermar y morir por esta causa, según datos derivados de certificados de defunción del INEGI. En el año 2000, el 30.6% del total de mujeres que fallecieron por cáncer cérvico-uterino eran analfabetas, 21.9% cursaron menos de 3 años de primaria y 13.8%, únicamente de 3 a 5 años cursados; por lo que el 66.3% fueron analfabetas o con primaria incompleta.(1)

Los principales factores de ineficiencia del programa es su baja cobertura en mujeres de alto riesgo. El 55% de los casos de cáncer cérvico-uterino se realizan el Papanicolaou cuando ya existen síntomas. Se estima que en áreas rurales solo el 30.2% tienen una historia previa de al menos un Papanicolaou. La ausencia de síntomas, el pudor y la falta de información sobre el Papanicolaou en la pareja son barreras para su utilización. (1). En un estudio con mujeres mexicanas realizado por Valdespino y Cols., los principales obstáculos encontrados para asistir a los programas de tamizaje fueron: falta de información acerca del cáncer cérvico-uterino o sobre las pruebas de Papanicolaou, la idea de que el cáncer es una enfermedad incurable, las

dificultades que sienten en la relación con el personal de atención de salud, la oposición de sus parejas sexuales para ser exploradas y su negativa personal de aceptar el tacto vaginal.(9).

En un estudio realizado en Chiapas por Altuzar y cols. en busca de los factores asociados para un diagnóstico tardío en pacientes diagnosticadas con cáncer cérvico-uterino en el periodo de 1994 a 1995, se les realizó un cuestionario directo a 159 paciente, encontrándose un porcentaje elevado de mujeres con diagnóstico tardío (65.9%), cuyos factores son ser mayor de 46 años, tener de 0 a 6 años aprobados de escolaridad, profesar religión diferente a la católica (evangelista, testigo de Jehová) y sin antecedente de estudio citológico previo al diagnóstico. Los signos y síntomas que se asociaron al diagnóstico tardío fueron: sangrado transvaginal y dolor abdominal bajo intenso. De las 65.9% tuvieron contacto previo al diagnóstico con los servicios de salud, a través de consultas o por citologías realizadas. Los motivos de resistencia a la detección referidos fueron: no conceder importancia a la sintomatología, falta de costumbre, vergüenza o negligencia. Los obstáculos de los servicios más frecuentemente referidos fueron: consultas previas con médico institucional, particular o ambos, sin indicación de la prueba citológica, aún en presencia de sintomatología, retraso en la entrega de resultados y pérdida de tiempo en el servicio.(14)

El cáncer cérvico-uterino puede evolucionar durante cierto tiempo sin producir alguna molestia o cursar con alteraciones leves que no motivan a las mujeres a solicitar atención médica, o bien al personal de salud a indicar la prueba para su detección; esto condiciona que el padecimiento sea frecuentemente detectado cuando ha alcanzado etapas avanzadas, lo que limita la posibilidad de éxito de las maniobras terapéuticas: el cáncer cérvico-uterino cuando es in situ (estadio 0) es curable en 100 por ciento de los casos, mientras en el otro extremo, el cáncer en etapas avanzadas y el que presenta diseminaciones (estadios IV y V) tienen mucho menos posibilidades de curación (25 y 10%, respectivamente).(12)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer cérvico-uterino es un problema de salud pública no solo en México sino mundial, a pesar de que ha disminuido discretamente su tasa de mortalidad y morbilidad en la población derechohabiente del IMSS tanto a nivel nacional como en el Estado de Baja California en los últimos 10 años, la muerte por cáncer cérvico-uterino en nuestro país es inaceptable, pues los conocimientos científicos y tecnológicos permiten no solo la detección temprana de lesiones precancerosas, sino además el tratamiento oportuno y curativo, sin embargo se reconoce que para disminuir la mortalidad se requiere la detección oportuna de dicha patología. Hay factores inherentes a la mujer como sociales, culturales, económicos, conductuales, así como factores relacionados al sistema de salud que influyen en el diagnóstico tardío de cáncer cérvico-uterino. Por lo que es necesario conocer ¿Cuáles son los factores relacionados al diagnóstico tardío de cáncer cérvico-uterino en la población derechohabiente del IMSS? para poder implementar programas que mejoren dichos procesos y con esto aumentar la oportunidad en el diagnóstico y disminuir la mortalidad por dicha patología.

JUSTIFICACION

El programa de detección oportuna de cáncer cérvico-uterino en México data de 1970, y no ha tenido el impacto deseado, a pesar de ser un programa ofrecido por todas las instituciones de salud, de manera gratuita, y de contar con medios diagnóstico sensibles y económicos que permiten aumentar la cobertura de detección en población vulnerable. El cáncer cérvico-uterino ocupa el segundo lugar, en morbilidad y mortalidad en derechohabientes del IMSS, precedido del cáncer de mama. La cobertura del Programa de detección oportuna solo llega a la mitad de la población en riesgo, además de que el 55% de los casos de cáncer cérvico-uterino acudieron a la realización del papanicolaou cuando ya presentaban síntomas.

Es necesario determinar los factores que se asocian a un diagnóstico tardío en la población derechohabiente del IMSS, entre los cuales se han descrito factores relacionados con la mujer y con los sistemas de salud, mismo que nos permitirá conocer cual es la magnitud del problema.

OBJETIVO GENERAL

Identificar los factores asociados a un diagnóstico tardío de cáncer cervicouterino.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar los factores asociados a diagnóstico tardío inherentes a la mujer.
- Identificar los factores asociados a diagnóstico tardío inherentes al sistema de salud.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio de casos y controles, se tomaron como casos aquellas pacientes con diagnóstico histológico de cáncer cérvicouterino invasor, que acudieron a consulta de Oncología en el Hospital General Regional #20 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en la Ciudad de Tijuana, B.C.

Se tomaron como control aquellas pacientes que se encuentran en control en las Clínicas de Displasia en HGR 1 y UMF 7. Se parearon por edad ± 5 años.

Se incluyeron en el estudio como casos a todas las pacientes con diagnóstico histológico de cáncer cérvico-uterino invasor, que otorgaron el consentimiento informado. Y para control a pacientes que se encontraron en las Clínicas de Displasias de HGR1 y UMF 7, que otorgaron consentimiento informado.

Se excluyeron a aquellas pacientes que no respondieron a un interrogatorio directo, o que no otorgue el consentimiento informado.

Se aplicó un interrogatorio directo mediante un cuestionario, el cual fue extraído y modificado de la Autopsia verbal para la mortalidad por cáncer cérvico-uterino. Se incluyeron:

- Datos generales del paciente: como edad, estado civil, religión, ocupación, nivel socioeconómico, medio de transporte, etc.
- Factores de riesgo para CaCu: antecedente familiar de CaCu, tabaquismo, inicio de vida sexual activa, número de parejas sexuales, numero de hijos, presencia de menopausia, edad de inicio de menopausia, uso de terapia hormonal de reemplazo, historia de infecciones vaginales, uso de hormonales anticonceptivos, realización de citología exfoliativa, sintomatología presentada.

- Aspectos relacionados con el Diagnóstico: fecha de última toma de PAP, tiempo transcurrido de la realización a la entrega del resultado.

ANALISIS ESTADISTICO

Para analizar los datos se realizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y de dispersión para variables numéricas y proporciones para variables nominales. Se calculó la razón de momios y estimación de intervalos de confianza.

Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 12.

ASPECTOS ETICOS

Conforme a las normas éticas de la Declaración de Helsinki de 1975.

RECURSOS UTILIZADOS

Propios del investigador

RESULTADOS

Se estudiaron 87 pacientes de las cuales fueron 29 casos con cáncer cervicouterino (CaCu) y 58 controles con displasia. La edad promedio de la población de estudio fue de 44.9 ± 8.6 años con un rango de 26-63 años. La escolaridad de la población en el 62.1% fue de primaria o menos, con respecto a su estado civil el 85.1% fueron casadas, el 52.9% de la población tiene un empleo remunerado y el 79.3% se encontró con nivel socioeconómico bajo. (tabla 1)

Al interrogar el antecedente familiar de cáncer cervicouterino el riesgo fue 7 veces mayor en los casos que en los controles con una p de 0.009 (IC95%=1.3-38.8) . Respecto al tabaquismo no hubo significancia estadística en ambas poblaciones. La edad promedio de inicio de vida sexual fue significativamente menor en los casos con CaCu que en los controles (16.8 ± 2.8 vs 18.7 ± 2.6 , $p=0.003$), sin embargo tienen un riesgo 3 veces mayor aquellas que han iniciado su vida sexual antes de los 18 años con p de 0.003.(IC95%=1.5-10.0). Respecto a la paridad encontramos que tienen un riesgo 3 veces mayor aquellas pacientes con CaCu que hallan tenido más de 3 partos, con una p de 0.014(IC95%=1.2-7.8). El uso de anticonceptivos hormonales ni el tiempo de uso fueron factores significativos para el desarrollo de cáncer cervicouterino ($p=0.071$). El haberse realizado un Papanicolaou previo a su diagnóstico se encontró como un factor protector en la población estudiada con una $p < 0.000$,RM=0.2(IC95=0.2-0.4). También se encontró en este estudio que aquellas pacientes que se han realizado un Papanicolaou con un tiempo mayor a 3 años, tienen un riesgo 53 veces mayor de presentar CaCu con una $p < 0.000$ (IC95=6.4-437.4).(tabla 2)

En este estudio también se valoró el tiempo de traslado de su domicilio hasta la Unidad de Medicina Familiar que le corresponde, el cual fue mayor en los casos con cáncer cervicouterino(38.4 ± 21.6) que en los controles(27.5 ± 10.1) con una p de 0.002. Al analizar el

tiempo de entrega del resultado de Papanicolaou, no hubo diferencia significativa en ambos grupos, siendo esta menor a 30 días en la mayoría de los casos. (Tabla 3).

En el análisis por regresión logística multivariado, en el que se evalúa la influencia de las diferentes variables que intervienen en su conjunto, se encontró que solo existen diferencias estadísticamente significativas en el tiempo de traslado desde su domicilio a la unidad de Medicina Familiar, la edad de inicio de vida sexual y el haberse realizado un Papanicolaou con una anterioridad mayor a 3 años.

Tabla 1: CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

VARIABLES	POBLACION(87)
EDAD±DE,AÑOS	49.9±8.6
PRIMARIA(0-6) n(%)	54(62.1)
CASADA n(%)	74(85.1)
Empleada n(%)	46(52.9)
NSE BAJO n(%)	69(79.3)

Tabla 2: Antecedentes personales

VARIABLES	Casos(29)	Controles(58)	P	RM(IC95%)
EDAD±DE,AÑOS	46.76±8.8	44.0±8.3	0.162	-----
UMF 27 n(%)	9(32)	40(69)	0.004	-----
Empleada n(%)	16(55.2)	25(43.1)	0.288	1.6(0.6-3.9)
PRIMARIA(0-6) n(%)	21(72.4)	33(56.9)	0.160	1.9(0.7-5.2)
CASADA n(%)	22(75.9)	52(89.7)	0.089	0.3(0.1-1.2)
NSE BAJO n(%)	24(82.8)	45(77.6)	0.574	0.7(0.2-2.2)
AHF CACU n(%)	6(20.7)	2(3.4)	0.009	7.3(1.3-38.8)
FUMA n(%)	6(20.7)	5(8.6)	0.110	2.7(0.7-9.9)
# CIGARRILLOS±DE	6.6±4	6±2.2	0.753	-----
AÑOS FUM±DE	11.5±5.1	3.6±1.9	0.010	-----
IVSA±DE,AÑOS	16.8±2.8	18.7±2.6	0.003	-----
IVS<18AÑOSn(%)	18(62.1)	17(29.3)	0.003	3.9(1.5-10-0)
PARIDAD±DE	4.5±2.5	3.2±1.8	0.007	-----
>3PARTOSn(%)	18(62.1)	20(34.5)	0.014	3.1(1.2-7.8)
#P.SEXUALES±DE	1.6±0.9	1.5±0.8	0.801	-----
MENOPAUSIA n(%)	20(69)	16(27.6)	0.000	5.8(2.2-15.4)
EDAD MEN±DE,AÑOS	46.2±4.3	49.2±4.2	0.042	-----
THR n(%)	0(0)	2(3.4)	0.578	-----
TIEMPOTHR±DE,AÑOS	0	5.5±6.3	---	-----
INF. VAGINAL n(%)	17(58.6)	22(37.9)	0.067	2.3(0.9-5.7)
A. HORMONAL n(%)	19(65.6)	26(44.8)	0.069	2.3(0.9-5.8)
Tiempo AH±DE,AÑOS	4±2.0	2.6±2.5	0.071	-----
PAP PREVIOn(%)	23(79.3)	58(100)	0.000	0.2(0.2-0.4)
ULTIMO PAP±DE,AÑOS	3.6±2.9	1.7±1.2	0.000	-----
PAP ANT.>3AÑOSn(%)	14(48.3)	1(1.7)	0.000	53.2(6.4-437.4)

TABLA 3 :FACTORES QUE INFLUYEN EN EL DIAGNÓSTICO OPORTUNO				
VARIABLES	CASOS(29)	CONTROLES(58)	P	RM(IC95%)
TIEMPO DECASA				
-UMF±DE,MIN	38.4±21.6	27.5±10.1	0.002	-----
TIEMPO PAP				
-RESULTADO±DE,SEM	4.8±2.6	4.8±2.0	0.975	-----
PAP OPORTUNO n(%)	18(62.1)	28(48.3)	0.224	1.7(0.7-4.3)

DISCUSION

En este estudio la edad promedio de los casos con cáncer cervicouterino fue de 46.7 años encontrándose dentro del rango de edad referida en la literatura, que es más frecuente entre la tercera y cuarta década de la vida, a diferencia de los países desarrollados, que se presenta más frecuente a partir de los 50 años. Además la edad es similar a la referida en otros estudios como el realizado en México por Tirado-Gómez en el 2005 cuya edad promedio fue de 49.2 años (10). La escolaridad presentada en este estudio, de primaria o menos no tuvo significancia estadística a diferencia de otros estudios publicados como el realizado en Chiapas por Altuzar y colaboradores en 1998, donde si fue significativo el tener una escolaridad de 0 a 6 años cursados. Tampoco el nivel socioeconómico bajo fue un factor significativo en este estudio a diferencia de lo referido en la literatura y en el estudio realizado en Nayarit en el 2007 por Aguirre Hernández y cols(18) (22) . El antecedente familiar de cáncer cervicouterino en este estudio tuvo significancia, a pesar que en otros estudios publicados no haya sido significativo(22). El antecedente de tabaquismo al igual que en otros estudios publicados no ha sido significativo para desarrollar cáncer cervicouterino (22),(21) pero hay otros estudios en los que si ha sido significativo el haber consumido tabaco en algún momento de su vida(10). Entre los antecedentes ginecoobstétricos como la edad de inicio de vida sexual y la paridad si fueron significativos. La edad de inicio de la vida sexual en este estudio tuvo una media de 16.8 siendo similar a otros estudios (19)(21)(22), además de tener un riesgo 3 veces mayor si inician su vida sexual antes de los 18 años, como lo refiere el estudio realizado por Torres y cols en México donde menciona que presentan un riesgo casi 3 veces mayor el haber iniciado antes de los 20 años. Respecto a la paridad el promedio fue de 4.5, siendo menor que la presentada en un estudio en Zacatecas por Castañeda y colaboradores que comentan una media de 6.1, sin embargo en nuestro estudio el haber presentado más de 3 partos tiene un riesgo 3

veces mayor de desarrollar cáncer cervicouterino, al igual que el publicado en México por Sánchez-Vega y colaboradores en el 2004. En el estudio se interrogó si se habían realizado un Papanicolaou previo a su diagnóstico, encontrando que en las pacientes con cáncer cervicouterino el 20.7% nunca se lo había realizado, representando una significancia estadística respecto a los controles, además se encontró un gran riesgo de desarrollar cáncer cervicouterino en aquellas pacientes que se lo habían realizado con una anterioridad mayor a 3 años, como lo comentan algunos estudios realizados en el país, que el haberse realizado un Papanicolaou hace más de 3 años o nunca, es uno de los factores de riesgo para desarrollar CaCu(14).

En este estudio se cuestionaron otros factores para valorar un diagnóstico oportuno de cáncer cervicouterino, como el tiempo de traslado de su domicilio a la Unidad de Medicina Familiar que le corresponde, y el tiempo de entrega del resultado del Papanicolaou, este tiempo se valoró como oportuno si su entrega fue en menos de 30 días como lo estipulan los indicadores para un diagnóstico oportuno de cáncer cervicouterino en la Guía Clínica para la Detección y Atención Integral del cáncer cervicouterino, del Instituto Mexicano del Seguro Social. Respecto al tiempo de traslado fue mayor en las pacientes con cáncer cervicouterino, lo que podría sugerir que entre más retirado este su domicilio de la unidad médica de adscripción presenta más riesgo para no recibir una atención médica con detección oportuna de CaCu. El tiempo de entrega del Papanicolaou tuvo un promedio de 4.8 semanas, pero sin diferencia significativa en la población estudiada.

CONCLUSION

Los factores de riesgo que se valoraron para un diagnóstico tardío de cáncer cervicouterino que se relacionan a la mujer son el antecedente de Papanicolaou previo, el nivel socioeconómico bajo, escolaridad primaria o menos y el tiempo de traslado de su domicilio a su unidad médica de adscripción. Como factor de riesgo relacionado con la Institución médica se cuestionó el tiempo de entrega del resultado del Papanicolaou para valorar un resultado de Papanicolaou oportuno. Como conclusión encontramos que los factores que influyeron en el diagnóstico tardío fueron principalmente los inherentes a la mujer como el nunca haberse realizado un Papanicolaou o habérselo realizado con tiempo mayor a 3 años y que estas pacientes realizan un mayor tiempo de traslado de su domicilio a su unidad médica de adscripción lo que podría influir en la falta de atención médica así como una oportuna detección de cáncer cervicouterino. El 62% de la pacientes con cáncer cervicouterino tuvieron una entrega oportuna del resultado de Papanicolaou pero el cual no fue significativo en nuestro estudio.

BIBLIOGRAFIA

1. Programa de Acciòn: Càncer cervicouterino. 2002
2. Tapia A, Garrido F, Gòmez O. Información estratègica por entidad federativa. Salud: Mèxico 2001-2005. Primera ediciòn 2006. Pag 11.
3. Moodley J. Combined oral contraceptives and cervical cancer. *Obstetrics and Gynecology*. 2004;16:27-29.
4. Behbakht K, Lynch A, Teal S, et al. Social and Cultural Barriers to Papanicolaou Test Screening in a Urban Population. *Obstetrics and Gynecology*. 2004;104:1355-1361.
5. Moore D. Cervical Cancer. *Obstetrics and Gynecology*. 2006;107:1152-1161.
6. Salazar E, Gonzalez J, Olmos A, et al. Influencia del uso de anticonceptivos orales como factores de riesgo para infecciòn por virus del papiloma humano y neoplasia intraepitelial cervical. *Ginecología y Obstetricia de Mèxico*. 2005;73:83-89.
7. Pérez-Palacios G. NOM-014-SSA2-1994. Publicada el 2 de Marzo de 1998.
8. Rodríguez E, Cerda R, Quiñónez J, et al. Evaluaciòn del programa de detecciòn oportuna del càncer cervicouterino (DOC) en Durango, Mèxico. *Ginecología y Obstetricia de Mèxico*. 2002;70:3-6.
9. Valdespino-Gòmez V, Valdespino-Castillo V. Perspectivas actuales en el estudio y en la atenciòn de las pacientes con càncer cervicouterino. *Ginecología y Obstetricia de Mèxico*. 2004;72:29-38.
10. Tirado L, Mohar A, Lòpez M, et al. Factores de riesgo de cancer cervicouterino invasor en mujeres mexicanas. *Salud Pùblica de Mèxico*. 2005;47:342-350.
11. Velasco V. El cancer cervicouterino. El mètico familiar frente al problema. *Revista Mèdica del IMSS*. 2001;39:509-515.
12. Benard V, Ehemann C, Lawson H, et al. Cervical Screening in the National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program, 1995-2001. *Obstetrics and Gynecology*. 2004;103:564—571.
13. Bosh F, Lorincz A, Muñoz N, et al. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. *Journal of Clinical Pathology*. 2002;55(4):244-265.

14. Altuzar M, Medinilla A, Guiscafré H, et al. Factores asociados al diagnóstico tardío del cáncer cervicouterino en la población derechohabiente del IMSS en Chiapas. Antología de Síntesis Ejecutivas IMSS. 1998.
15. Ramírez G, García A. Boletín epidemiológico anual 2003. Primera Edición. Pp 21-24.
16. Ramírez G, García A. Boletín epidemiológico anual 2004. Primera Edición. Pp 19-22.
17. Ramírez G, García A. Boletín epidemiológico anual 2005. Primera Edición. Pp 19-22.
18. Murphy G, Lawrence W, Lenhard Jr. Oncología Médica. Segunda Edición. Organización Panamericana de la Salud. Pp:618-622.
19. Castañeda M, Toledo R, Aguilera M. Factores de riesgo para cáncer cervicouterino en mujeres de Zacatecas. Salud Pública de México. 1998;40:330.
20. Sánchez V, Torres J, Ty-Zavala M, et al. Frequency of intraepithelial neoplasia of the cervix and risk factors in women in Mexico City. Ginecología y Obstetricia de México. 1997;65:3-7.
21. Torres L, Rojo H, Torres R. Cervical cancer. Current view of its epidemiology and risk factors. Ginecología y obstetrician de México. 2004;72:466-476.
22. Aguirre R, Medina L, Montoya H, et al. Factores relacionados con el cáncer cervicouterino en el estado de Nayarit, México. Ginecología y Obstetricia. 2007;75:311-316.

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

CUESTIONARIO

☐ Caso

☐ Control

DATOS GENERALES:

Nombre completo: _____ Edad _____

Ocupación: _____ Escolaridad: _____ Estado Civil: _____

Profesión del jefe de familia: _____

Fuente de ingresos:

☐ Heredada

☐ Negocios (honorarios)

☐ Quincenal

☐ Semanal

Casa:

☐ Propia

☐ Propia pagándola

☐ Rentada

☐ Prestada

Condiciones de vivienda:

☐ Amplia, lujosa

☐ Amplia, sin lujos

☐ Reducida, buenas condiciones sanitarias

☐ Reducida, deficiente condiciones sanitarias

☐ Improvisada, deficiente condiciones sanitarias

¿Cuánto tiempo hace de su casa a UMF? (minutos) _____

¿Alguien de su familia padece cáncer cérvicouterino? Si () No ()

FUMA Si () No (), Si la respuesta es si, Número de cigarrillos por día_____

¿Cuánto tiempo tiene fumando? (años)_____

AGO: IVS_____ No. De hijos_____ No. De Parejas:_____

Menopausia : Si () No () Edad de menopausia:_____

Uso de Terapia hormonal de reemplazo: Si () No () ¿Cuánto tiempo?(años)_____

¿Padece de infecciones vaginales frecuentes? Si () No ()
Cuáles?_____

¿Usó anticonceptivos hormonales? Si () No ()
Si la respuesta es si, ¿Cuánto tiempo? (años)_____

¿Con qué frecuencia se hacía el Papanicolaou?:_____

¿Antes del diagnóstico de Cáncer Cérvicouterino usted se había realizado Papanicolaou?

Si () No () Fecha (años)_____

¿Cuanto tiempo transcurrió desde la realización del Papanicolaou hasta la entrega del resultado?
(semanas)_____

VARIABLES

ANEXO II

NOMBRE	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	TIPO DE VARIABLE
EDAD	tiempo cronológico transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad	años cumplidos	numérica
OCUPACIÓN	empleo que desempeña el paciente	la descrita por la paciente	nominal
ESTADO CIVIL	condición de la persona ante las leyes civiles		nominal
ESCOLARIDAD	conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente		nominal
NIVEL SOCIOECONÓMICO	grado o altura que alcanzan ciertos aspectos de la vida social .Método de Graffar(nivel de pobreza)	• bajo • medio • alto	nominal
ANTECEDENTE FAMILIAR DE CACU	antecede en la familia de primer grado con cacu		nominal
TABAQUISMO	intoxicación crónica producida por el abuso del tabaco.	• si • no	nominal
INICIO DE VIDA SEXUAL	inicio de la actividad sexual	años de edad	numérica
PARIDAD	Número de partos por vía vaginal		numérica
NUMERO DE PAREJAS SEXUALES	Número de parejas sexuales		numérica
MENOPAUSIA	Ultima menstruación , con ausencia por más de un año	• si • no	nominal

TERAPIA HORMONAL DE REEMPLAZO	Tratamiento hormonal en etapa de climaterio	• si • no	nominal
ANTICONCEPCION HORMONAL	uso de metodología anticonceptiva hormonal	• si • no	nominal
FECHA DEL ULTIMO PAP	fecha en que se realizo el ultimo papanicolaou		nominal
ANTECEDENTE DE OTROS PAP	se apan realizado otro apanicolaou antes	• si • no	nominal
PAP PREVIO MAS DE 3 AÑOS	PAP previo al diagnóstico con anterioridad mayor a 3 años	• si • no	nominal
TIEMPO DE TRASLADO DE DOMICILIO A UMF DE ADSCRIPCION	Tiempo realizado en minutos de su domicilio hasta su UMF		numérica
TIEMPO DE ENTREGA DEL RESULTADO DE PAP	Tiempo transcurrido desde la toma del PAP hasta la entrega del resultado		numérica
ENTREGA OPORTUNA DE PAP	Tiempo de entrega no mayor a 30 días	• si • no	nominal

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Lugar y Fecha: TIJUANA, BC.

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: FACTORES ASOCIADOS A UN DIAGNOSTICO TARDIO DE CANCER CERVICOUTERINO

Registro ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número: _____

El objetivo de estudio es: IDENTIFICAR LOS FACTORES ASOCIADOS A UN DIAGNOSTICO TARDIO DE CANCER CERVICOUTERINO

Se me ha explicado que mi participación consiste en: Contestación de cuestionario

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes.

El investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento ,así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán acabo, los riesgos, los beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que esto afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las prestaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente.

Investigador: Rocío Guadalupe Sánchez Cota
Matricula: 99262492

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio

Testigos: _____

Este formato constituye sólo un modelo que deberá complementarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación y sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-013