

✓

Vertical text or markings along the left edge of the page, including a small mark at the bottom left.



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI
FACULTAD DE ENFERMERIA**

***“FACTORES DE RIESGO DE CANCER CERVICO
UTERINO IDENTIFICADOS EN AUTOPSIAS VERBALES
EN MUJERES DERECHOHABIENTES DEL I.M.S.S.
PERIODO 1998-2002”***

TESIS

**Que para obtener el Titulo de:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

PRESENTA:

AMERICA HERNÁNDEZ GONZALEZ

**DIRECTORA DE TESIS:
LIC. ENF. SANDRA OLIMPIA GUTIÉRREZ ENRÍQUEZ M.E.A.**

SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P., DICIEMBRE DE 2004.





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA

Av. Niño Artillero 130 Comutador: Tel. 826-23-24; 826-23-25; Fax: 826-23-26
 Pasgrado e Investigación: Tel./fax: 826-24-27 Dirección: Tel. 826-23-27
 Zona Universitaria, C.P. 78240, San Luis Potosí, S.L.P., México



4 de diciembre de 2004

LIC. ENF. TERESITA DEL SOCORRO GARCÍA MARTINEZ
COORDINADORA DEL CURSO COMPLEMENTARIO
DE LICENCIATURA EN ENFERMERIA

Por medio de la presente hago de su conocimiento que el documento final de la tesis "Factores de Riesgo de Cáncer Cervicouterino identificados en autopsias verbales en mujeres derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social 1998-2002" de la señorita **América Hernández González**, cumple con los requisitos científicos y metodológicos exigidos por la Facultad y por tal motivo se presenta con el fin de continuar el proceso de titulación.

Sin otro particular por el momento, agradezco su atención a la presente.

ATENTAMENTE


M.A. SANDRA OLIMPIA GUTIERREZ ENRIQUEZ
DIRECTORA DE TESIS



copia: archivo



AGRADECIMIENTOS

Primeramente a Dios, por la vida y
La salud, la fuerza y la oportunidad
De estar aquí a punto de completar
Un reto más en la vida

A mi madre quien no solo me dio la
Vida sino su compañía e invaluable
Apoyo a lo largo de mi existencia.
Gracias a ti puedo verme donde estoy

A mis hermanos y en especial a mí
Hermana Alma por su invaluable
Apoyo a lo largo de mí caminar
En esta profesión y ahora en esta....

A mi hijo, por aguantar mi ausencia
Por ser el motivo de cada día
Para seguir adelante.
Por aceptarme aún en los malos
Momentos de estrés, por ser el
Mayor tesoro que tengo en la
Vida y por tu gran e incondicional amor

A mi estimada asesora quien me
Acompañó aun a pesar de que esta
Pasando por la etapa más hermosa
De la mujer " su embarazo quitándole
Tiempo a su tiempo para amablemente
Brindármelo a mi tesis.

Finalmente a todas las personas
Que de una u otra manera colaboraron
Para ver finalizado esta tesis.

GRACIAS POR TODO SU APOYO
Y POR TODOS SUS CONSEJOS.
¡A TODOS ELLOS MIL GRACIAS!

INDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCION	2
I. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	4
II. OBJETIVOS	5
III. MARCO TEORICO	6
IV. DISEÑO METODOLÓGICO	22
V. CONSIDERACIONES ETICAS LEGALES	25
VI. RESULTADOS	26
VII. DISCUSIÓN	44
VIII. CONCLUSIONES	52
IX. LIMITANTES	55
X. SUGERENCIAS	56
XI. BIBLIOGRAFÍA	58
ANEXOS	61

RESUMEN

OBJETIVOS Identificar los factores de riesgo de cáncer cérvico uterino detectados en las autopsias verbales realizadas en las mujeres derechohabiente del I.M.S.S. del estado de San Luis Potosí durante 1998_2002

MATERIAL Y METODOS El tipo de estudio es descriptivo, transversal y retrospectivo, se estudiaron 50 autopsias de 11 unidades de medicina familiar y hospitales generales, se utilizo un instrumento validado por el IMSS. Las autopsias las recolecto el personal de salud asignado por cada unidad, los informantes fueron las hijas y madres principalmente. Se analizaron 4 expedientes.

Resultados En la UMF No. 47 SLP se presento el mayor porcentaje de fallecidas. En cuanto a factores de riesgo, se encontró que la edad mas frecuente del fallecimiento fue de 41 a 50 años, en la escolaridad se observa que el mayor porcentaje (26%) solo tenía primaria completa. El 42% inicio su vida sexual activa entre los 18 y 22 años, el 64% refirió una sola pareja. En cuanto a la realización del Papanicolaou se tiene que el 84% se realizaba la prueba. Los principales signos y síntomas que presentaron las mujeres fueron sangrado, falta de apetito, perdida de peso, presencia de dolor abdominal y decaimiento. El 84% de las mujeres tuvo acceso a los servicios de salud.

CONCLUSIONES Los factores de riesgo para cáncer cérvico se pueden centrar en la falta de información sobre la prevención de la enfermedad y en los sistemas de salud. Por otro lado, las autopsias verbales presentan debilidades importantes en su estructura, así como en el objetivo para la que fue diseñada.

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

En México a nivel nacional el Cáncer Cérvico Uterino constituye una grave problemática de Salud Pública, que se muestra claramente debido a la elevada tasa de mortalidad por este padecimiento, durante el año 1999 el Cáncer Cérvico Uterino ocupó el segundo lugar de muertes con 4590 defunciones. Por grupo de edad se reportaron 1968 muertes en mujeres de 45 a 64 años, siendo éste el grupo más afectado, seguido por el grupo de 65 y más años con 1620 muertes. El grupo menos afectado fue el de 25 a 34 años con 254 muertes. (INEGI 1999).

En el Instituto Mexicano del Seguro Social en 1996 a nivel nacional, se registraron 3,139 casos nuevos de cáncer de cuello uterino con una tasa de 16.7 por 100 mil mujeres derechohabientes. El diagnóstico se efectuó principalmente entre los 45 a 64 años de edad, grupo en el que se presenta hasta el 45% de los casos, con unas tasas de morbilidad de 45.1 por 100 mil mujeres derechohabientes. En el mismo año se registraron 1208 defunciones por esta causa, con una tasa de 9.6 por 100 mil mujeres derechohabientes usuarias, la mayor proporción de defunciones también ocurre en el grupo de 45 a 64 años, con una tasa de 26.7 sin embargo, es la de 65 años y más donde se presentó la tasa de mortalidad más alta con 35 defunciones por cada 100 mil mujeres. (Manual de Procedimientos para la vigilancia prevención, diagnóstico, tratamiento y control de Cáncer Cérvico Uterino 1998).

En el estado de San Luis Potosí se han registrado durante el periodo 1998 al 2002 130 defunciones por Cáncer Cérvico Uterino. (Boletín Estadístico 2002). El grupo más afectado es el de mayores de 65 años y más; sin embargo cabe mencionar que se presentaron 2 muertes en mujeres menores de 30 años. De acuerdo con los datos anteriores, se observa que no se ha podido abatir la mortalidad de cáncer cérvico uterino aún con las campañas masivas de detección, información, cobertura y la implementación de la Norma Oficial Mexicana para uniformar los principios, políticas, estrategias y criterios de operación, prevención diagnóstico, tratamiento, control, vigilancia epidemiológica de esta patología.

El incremento de este padecimiento de acuerdo a los registros de morbi-mortalidad es significativo, por lo tanto es necesario identificar los factores de riesgo de mortalidad uno de ellos detectados a través de las autopsias verbales “que es un instrumento de medición donde se identifican las posibles fallas del sistema de prestación salud para la prevención y control del cáncer cérvico uterino así como factores de riesgo”.

El propósito de este estudio es: Identificar los factores de riesgo de cáncer cérvico uterino con la finalidad de que sirva de base para la formulación de estrategias que permitan mejorar el programa de detección oportuna de cáncer cérvico uterino

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

I. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuales son los factores de riesgo mas frecuentes de cáncer cérvico uterino identificados en las autopsias verbales de las mujeres derechohabientes del IMSS?

OBJETIVOS

II. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar los factores de riesgo de Cáncer cérvico uterino detectados en las autopsias verbales realizadas en las mujeres derechohabientes del I.M.S.S. del estado de San Luis Potosí, durante el periodo de 1998 -2002

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los factores de riesgo en las autopsias verbales.
- Describir la accesibilidad que tuvieron las mujeres a los servicios de salud del I.M.S.S.
- Identificar la frecuencia con que las mujeres se realizaban la prueba del Papanicolaou y el conocimiento por parte de los familiares sobre la enfermedad.

MARCO TEÓRICO

III. MARCO TEÓRICO

3.1 POLÍTICAS DE SALUD DE LA MUJER.

El análisis epidemiológico demuestra que en los daños a la salud intervienen factores étnicos, genéticos, demográficos, ambientales, históricos, socioculturales y económicos, y a ello debe agregarse la influencia que ejerce de manera determinada la política de la salud. La política de la salud es la intención previa de orientar las acciones futuras que el gobierno ejerce para modificar los daños; Aquí interviene la autoridad política al establecer objetivos generales y los medios a través de los cuales serán logrados. Toda política debe analizarse desde dos puntos de vista: como intención en los planes a futuro y como resultado en los planes ya desarrollados. Y ciertas políticas principalmente. (OPS 1993). El programa de salud reproductiva tiene tres componentes fundamentales: Planificación Familiar, Salud Perinatal y Salud de la Mujer

3.2 LA MUJER Y LA SALUD

La Santa Sede formuló una reserva general sobre esta sección. La reserva debe interpretarse con referencia a la Declaración hecha por el representante de la Santa Sede en la cuarta sesión de la Comisión principal, celebrada el 14 de septiembre de 1995, en donde se estableció lo siguiente:

La mujer tiene el derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental. El disfrute de ese derecho es esencia para su vida, su bienestar y para su capacidad de participar en todas las esferas de la vida pública y privada. La salud no es solo la ausencia de enfermedades o dolencias, sino un estado de pleno bienestar físico, mental y social. La Salud de la mujer incluye su bienestar emocional, social y físico.

La distribución de la Cartilla en todo el territorio nacional se realiza a partir del seis de Marzo de 1998, garantizando su entrega en forma gratuita a todas las mujeres, desde el inicio de su vida reproductiva, en las unidades de atención al Sistema Nacional de Salud cuando lo soliciten o en la primera ocasión en que se les preste atención médica. OPS (1993)

EN México está surgida a nivel internacional se implemento en lo que se conoce como NORMA OFICIAL MEXICANA PARA LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN, DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO, CONTROL Y VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DEL CÁNCER CÉRVICOUTERINO, NOM- 017-SSA2-1994 que consta de los siguientes apartados:

OBJETIVO

Informar los principios, políticas, estrategias y criterios de operación para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino.

CAMPO DE APLICACIÓN

Esta norma es de observancia obligatoria para todo el personal de salud en los establecimientos que prestan servicios de atención de los sectores público, privado y social que realicen acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia del cáncer cérvico uterino y se dará especial atención a las áreas rurales e indígenas a través de estrategias de extensión de la cobertura y a las zonas urbano-marginales.

GENERALIDADES DE LA NORMA

La prevención del cáncer cérvico uterino, que incluye su detección, se llevará a cabo por medio de la citología cervical, la cual será gratuita en unidades médicas del sector salud.

Las pacientes con reporte citológico de infección por virus del papiloma humano, displasia moderada, severa o cáncer, deberán referirse a una clínica de displasias o centro oncológico, para la confirmación diagnóstica por estudio histopatológico y para el tratamiento y control según corresponda, exentando de pago en el sector Público a las mujeres de bajos recursos, asegurando su atención médica.

El Cáncer de Cuello del Útero se debe codificar de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS-OPS.

Dentro de los aspectos más relevantes que maneja la norma se encuentran: la prevención, que hace énfasis en la promoción a la salud, actividades para la educación de la salud, y actividades de participación social, así como el dar a conocer los factores de riesgo que predisponen a la población femenina a contraer esta enfermedad, y como la importancia en la que radica la detección oportuna del mismo, no obstante, en el diagnóstico y tratamiento de cómo se realiza, de los costos de la vigilancia epidemiológica y el control de la morbi-mortalidad de esta patología, esta ligada de una manera estrecha a la tarea primordial de esta norma; sin dejar de analizar los puntos sobre la educación continua y actualización del personal de salud para de esta manera mejorar y aumentar la calidad de vida de la población femenina.

Es de gran importancia mencionar que esta norma Mexicana es equivalente a la norma establecida por el Programa de Detección del Cáncer Cérvico Uterino de la OMS, así como sus recomendaciones del Manual de Normas y Procedimientos de la OPS (Norma Oficial Mexicana 1994)

3.3 EPIDEMIOLOGÍA DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO.

El cáncer cérvico uterino es un tipo frecuente de cáncer en mujeres y consiste en una enfermedad en la cual se encuentran células cancerosas o malignas, con hiperplasia del tejido que conforman y escasa especialización.

El cáncer Cérvico uterino crece lentamente antes de que aparezcan células cancerosas en el cuello uterino, estas células pasan por un proceso que las modifica genéticamente (radiaciones, infecciones virales, cambios hormonales, etc.), que las convierten en células displásicas, durante el cual empiezan aparecer células anormales y avanza por diversos estadios.

Estadio 0 o Carcinoma in Situ.- es la forma temprana del cáncer, las células anormales se encuentran solo en la primera capa de célula, que recubren el cuello uterino y no inciden los tejidos más profundos del cuello uterino.

Estadio I.- El Cáncer afecta el cuello uterino pero no se ha diseminado a los alrededores:

I a.- una cantidad muy pequeña de cáncer es solo visible por microscopio, y se encuentra ya en el tejido más profundo del cuello uterino.

I b.- Una cantidad mayor de cáncer se encuentra en dicho tejido.

Estadio II.- El cáncer se ha diseminado a áreas cercanas pero aun se encuentran en el área pélvica.

II a.- El cáncer se ha diseminado fuera del cuello uterino a los dos tercios superiores de la vagina.

II b.- El cáncer se ha diseminado al tejido alrededor del cuello uterino.

Estadio III.- El cáncer se ha diseminado a toda el área pélvica, puede haberse diseminado a la parte inferior de la vagina, o infiltrar los uréteres.

Estadio IV.- El cáncer se ha diseminado a otras partes del cuerpo.

IV a.- Diseminación a la vejiga o al recto.

IV b.- Diseminación a órganos dístales como los pulmones, hígado, miembros.

Continuando con las etapas es importante identificar el estadio clínico del cáncer cérvico uterino, y aunque las diferencias de término de autores a autores, en 1987 *Richard* clasificó las neoplasias malignas según la intensidad de estas anomalías e introdujo el concepto de NIC (Neoplasia Intraepitelial cervical) englobando todas las displasias en tres grados.

En el I.M.S.S. la Clasificación para el cáncer cérvico uterino es la siguiente:

I.- Normal	Negativos	Repetir estudio a los dos años.
II.- Inflamatorio	Con alteraciones celulares sugestivas de malignidad: displasia severa y las hiperplasias adenomatosa y quística del endometrio.	Proporcionar tratamiento específico en base al agente causal reportado.
III.- Sugestivo de Malignidad	Alteraciones celulares sugestivas de malignidad: displasia severa y las hiperplasias adenomatosa y quística del endometrio.	Llevar a cabo otro estudio cuidadoso. Si toma anticonceptivos debe suspenderlos para repetir la citología. Si se reportan tricomonas o datos de vaginitis, dar tratamiento. Si el nuevo estudio citológico persiste displasia o si es positivo a células malignas, practicar biopsia

IV.- Muy sugestivo de Malignidad	Las alteraciones muy sugestivas de malignidad tanto de carcinoma epidermoide como de adenocarcinoma.	Practicar biopsia.
V.- Concluyente de malignidad	Cáncer epidermoide in situ e invasor, adenocarcinoma de endocervix, adenocarcinoma de endometrio y otros.	Si existe cualquier tipo de cáncer menos invasor, practicar conización.

En la última reunión nacional de la sociedad española de citología, celebrada en Santiago Compostela (1990) se aceptaron los términos de *Bethard* (1988) con la introducción del termino SIL (Lesión Intraepitelial Escamosa), solo con dos subdivisiones SIL I y II (NIC I y II) respectivamente y el NIC I (Displasia Leve Precancerosa o no) en un término de menor grado llamado LIP (Lesión Intraepitelial Pavimentosa).

Sin embargo en la misma sede, pero en 1998 la FIGO (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia) proporcionaría una nueva clasificación usando como marco de referencia al antiguo sistema TNM (Tumor, Neoplasia, Metástasis). Manual de Procedimientos para la Vigilancia, Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Control del cáncer cérvico uterino (1998).

3.3.1 Vigilancia Epidemiológica

Son elementos del Sistema de Vigilancia Epidemiológica del cáncer cérvico uterino; registro de los resultados de la detección Notificación de los casos probables, registro de displasias y cáncer cérvico uterino, Investigación epidemiológica y difusión de la información (Manual de procedimientos para la vigilancia prevención y diagnostico y tratamiento y control de cáncer cérvico uterino 1998)

Registro de los Resultados de la Detección

Consiste en la recolección, procesamiento y análisis de la información sobre las actividades en los módulos de detección y laboratorios de citología. Tiene como

propósitos precisar la cobertura de detección, la calidad de la toma de muestra, el número y calidad de los estudios que se realizan en el laboratorio y la oportunidad en la entrega de resultados.(Manual de procedimientos para la vigilancia, prevención, diagnóstico, tratamiento y control del cáncer cérvico uterino (1998).

Notificación de los Casos Probables

Es la acción de informar de la presencia de un caso probable de displasia o Cáncer Cérvico Uterino, identificado por citología cervical o datos clínicos. Tiene como propósito informar con oportunidad de los casos detectados y contribuir al seguimiento y referencia de las pacientes para su diagnóstico, tratamiento y control. La notificación de casos probables por citología se inicia después de la corroboración diagnóstica del patólogo en el laboratorio de citología. La notificación de casos probables por datos clínicos se efectúa en los tres niveles de atención a partir del diagnóstico del médico tratante. Las actividades para la notificación de casos probables incluyen el envío de los resultados del laboratorio a la unidad en la que se tomó la muestra y la notificación a los niveles delegacional, central y a la secretaría de salud.

Fuentes de Información

Las fuentes de la información se localiza en unidades de los tres niveles de atención, principalmente en servicios y módulos de detección del cáncer cérvico uterino, módulos de citología cervical, clínicas de displasia, servicios de oncología y todos los servicios de atención médica en los que se identifique a pacientes sospechosos de cáncer por datos clínicos.

Organización

El Sistema para la Vigilancia Epidemiología del Cáncer Cérvico Uterino en el Instituto, tiene sus fundamentos en el Sistema Nacional para la Vigilancia Epidemiológica, que cumple las disposiciones de la NOM-017-SSA2-1994 y del Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica (CONAVE).

Los mecanismos e instrumentos para la notificación y registro se desarrollaron en coordinación con las demás instituciones del Sector Salud y responden a los objetivos del Programa Nacional de Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino.

Como en otros sistemas de vigilancia activa, la información epidemiológica generada por las fuentes debe enviarse a los niveles inmediatos superiores y de manera simultánea a los niveles jurisdiccional y estatal de la Secretaría de Salud, siguiendo los canales correspondientes hasta llegar al Nivel Central, con el compromiso de que en cada nivel se utilicen los datos para adecuar estrategias y mejorar el control del problema.

Para el procesamiento y análisis de la información se apoya en un sistema computarizado, ubicado estratégicamente en los niveles central, delegacional y operativo, en unidades de segundo y tercer nivel que cuentan con laboratorio de citología, clínica de displasias o servicio de oncología ginecológica.

3.4 AUTOPSIAS VERBALES

3.4.1 Antecedentes

El primer antecedente que existe en la literatura relacionado con el uso de la autopsia verbal es un estudio demográfico realizado en 1931 en China, en el que se recurrió a personal comunitario sin entrenamiento médico para tratar de establecer las causas de la muerte. (population council 2002).

3.4.2 Utilidad

La utilización de las autopsias verbales ha sido más amplia en la última década particularmente en regiones sin un sistema eficiente del registro de las causas de muerte o como una alternativa para el estudio de factores de riesgo asociadas a causas específicas de muerte o bien del proceso de atención durante la enfermedad.

En México las autopsias verbales han sido utilizadas para evaluar el proceso de la enfermedad, atención y muerte por enfermedades diarreicas y respiratorias en menores de cinco años, muerte por cáncer de mama y muerte por cáncer cérvico uterino, lo cual ha permitido identificar problemas en el proceso de atención y sobre la base de sus resultados proponer estrategias que mejoren dicha atención, como lo fueron el desarrollo de talleres de educación dirigidos a médicos institucionales y privados, la instalación de centros de excelencia docente asistenciales, así como el énfasis en la capacitación de la madre en signos de alarma para la demanda inmediata de atención médica.

En los adultos la autopsia verbal ha sido utilizada para el estudio de las muertes maternas y más recién en las defunciones por cáncer cérvico uterino, actualmente se propone su uso en las defunciones de cáncer de mama, con el propósito de identificar las diferencias en los servicios de salud y proponer cambios o ajustes necesarios.

3.4.3 Contenido

La autopsia verbal para la mortalidad por cáncer cérvico uterino contiene una sección abierta donde se registra la historia del padecimiento, interesa conocer en especial a que servicios médicos acudió la mujer, en que fechas ocurrieron los acontecimientos, que procedimiento diagnóstico y a que tratamiento fue sometido y cuales fueron los resultados, en esa sección es importante que el entrevistador anote los datos tal y como los menciona el o la entrevistada, que haga preguntas intencionadas buscando información clave que facilite identificar las características de la atención asociada a la muerte y por último, el entrevistador debe evitar recurrir a interpretaciones. La autopsia verbal se complementa con preguntas específicas organizadas en un cuestionario estructurado.

3.4.4 Recomendaciones

La correcta aplicación de la autopsia verbal es de suma importancia por lo que deben seguir las siguientes recomendaciones:

- Los casos deben captarse a través de los certificados de defunción en los que se menciona como causa básica asociada o interviniente el cáncer cérvico uterino.
- La entrevista debe ser efectuada preferentemente por personal de enfermería.
- El entrevistado debe ser la persona que convivió más tiempo con la fallecida durante su enfermedad.
- Se recomienda como momento ideal para la encuesta entre 15 días a tres meses de la muerte, efectuarla muy cerca del deceso puede ocasionar respuestas influenciadas por aspectos emocionales; por otro lado si se realiza tardíamente existe el riesgo de que el entrevistado olvide información relevante. Debe hacerse un proceso de validación de la información a través de los expedientes médicos hospitalarios. (.population council)

3.4.5 Procedimiento

El procedimiento más trascendente de las autopsias verbales es precisamente su análisis, la identificación de fallas de atención y la implementación de medidas correctivas por lo que cada autopsia verbal debe ser analizada formalmente en los comités de mortalidad de las unidades de adscripción y de las que otorgaron la atención durante la enfermedad y en su revisión deben estar involucrados todos aquellos que intervienen en la atención del cáncer cérvico uterino.

3.4.6 Comités de Mortalidad

El comité de mortalidad es un grupo de personas de salud que se reúnen para analizar las causas de mortalidad de los principales padecimientos que se presentan en el momento. El objetivo de este comité es:

Reducir los índices de mortalidad general del hospital, determinando los factores causantes o concurrentes en el hecho, que contribuyan a explicar la naturaleza de las muertes, si es posible prevenirlas y evitarlas en la forma más objetiva posible; así como contar con estadísticas confiables y comparables de mortalidad general.

FUNCIONES DEL COMITÉ

- Realizar el estudio y la evaluación de las acciones aplicadas en todo caso de muerte hospitalaria, que ocurran en la unidad, determinando los factores causantes o concurrentes, así como la posibilidad de preverlas y evitarlas.
- Determinar la naturaleza de los factores previsibles, codificándolos con criterios uniformes.
- Propiciar y fomentar la educación del médico general y del especialista, así como de todo el personal involucrado en la atención de los casos, con el propósito de elevar su nivel profesional y técnico.
- Mejorar la calidad de la atención de las diferentes especialidades que ofrece el hospital.
- Revisar sistemáticamente los certificados de defunción, valorando la calidad de su contenido, según los principios científicos, técnicos y éticos que aseguren el anonimato de las partes involucradas.
- Identificar los niveles de previsibilidad de las defunciones hospitalarias.
- Garantizar el adecuado llenado de los cuestionarios confidenciales de muerte, dictamen, autopsia verbal y de información periódica en los casos conducentes de muertes hospitalarias.
- Estimular el conocimiento de las Normas Oficiales Mexicanas en el ámbito de su competencia y verificar su cumplimiento.

COMITÉ DE ENSEÑANZA, INVESTIGACIÓN, CAPACITACIÓN Y ÉTICA

Este comité es el responsable de analizar y evaluar la aplicación de los programas de docencia médica y paramédica, diseñados para la formación de personal y para

superar o corregir deficiencias detectadas en la operación, por otros comités. También se encarga de Supervisar y validar protocolos de investigación; En materia de ética es el responsable que en el área de enseñanza se elaboren los programas de capacitación continua para el personal y vigilar el cumplimiento de los principios deontológico y bioético-médicos.

3.5 ANTECEDENTES CIENTÍFICOS DE CA CU

Actualmente el cáncer cérvico uterino se ha convertido en la principal neoplasia del tracto genital femenino, ocupa el segundo lugar de morbi-mortalidad en este género, y a pesar de que se conocen sus factores de riesgo relacionados con estudios realizados recientemente afirman la existencia de otros factores de riesgo como la raza. *SPNG estudio* (1992) 615 787 mujeres que se realizaron el Papanicolaou en el Georgia Medicaid de Minesota y resultaron con cáncer de cervix, se identificó una prevalecía de 3.7 mujeres negras por cada 3.5 mujeres blancas en el área metropolitana.

Es importante resaltar que desde hace algún tiempo, el Cáncer Cérvico Uterino se encuentra en periodo de transición como lo indican los estudios Barroeta *y col*, (1995) quienes compararon las causas de muerte en el Hospital General de la SSA por medio de las necropsias realizadas entre 1959 y 1990, mediante las cuales se identificó, que en 1959 de las 5 000 autopsias realizadas las tres principales causas de muerte fueron: enfermedades diarreicas, influenza y neumonía, para el año de 1990 se revirtieron a enfermedades cardiovasculares, cáncer y tuberculosis en 1 500 autopsias.

Por otro lado, las pruebas de detección de Cáncer Cérvico Uterino y mamario han sido relativamente bien aceptadas, en las zonas urbanas, aunque no sucede de la misma manera en las zonas rurales, como lo demuestra *Schootman* (2000) que al observar y describir la población de Iowa de nivel rural, identificó una escasa difusión de los

exámenes diagnósticos y una alta incidencia de cáncer cérvico uterino sobre el cáncer mamario.

No obstante, los programas de prevención de cáncer cérvico uterino son fácilmente implementables y proveen de gran información a los pacientes como concluyó *Holschneide col* (1999) en su artículo "Una simple visita de la prevención del cáncer cérvico uterino: prueba piloto", en el cual, se llevo a cabo un programa de cáncer cérvico uterino con la realización de exámenes , obtención de diagnósticos, se proporcionó tratamiento y educación para la salud de la población de mujeres embarazadas de 18 años o mayores en una pequeña iglesia de Wisconsin.

En la educación para la salud los folletos son un instrumento valioso para la adquisición de nueva información, como lo demostró *Howells* (2000), mediante un estudio prospectivo aleatorio con 500 mujeres que les proporciono un folleto para reducir la ansiedad y morbosidad psicosexual acerca de la colposcopia y otro grupo de la misma cantidad sin folleto, donde como resultado: el folleto fue bien recibido y cumplió sus objetivos con una utilidad altísima del 95%.

Revistas, folletos, periódicos y platicas con el personal de salud, deben ir encaminadas a reducir los factores de riesgo predisponentes de neoplasia maligna cervical, para evitar la presencia de subgrupos con factores predisponentes importantes como los descritos por *Castañeda-Iñiguez* (1998), el cual, llevó un estudio de casos y controles en usuarias del programa de prevención y control del cáncer cérvico uterino con la finalidad de conocer sus características sociodemográficas reproductoras en las pacientes con o sin patología diagnosticada, concluyó que las mujeres con alta paridad, con inicio precoz de relaciones sexuales y las que consumen anticonceptivos de tipo hormonal constituyen una subpoblación con mayor riesgo de adquirir cáncer cérvico uterino.

Sin embargo y mediante las entrevistas realizadas por *Kavanagh* (2000) a 29 mujeres que se realizaban la citología en una clínica de ginecología australiana, un 90% de

ellas afirman que se les ha hecho difícil encontrar información y que los médicos las confunden con términos como: "Virus" y "precáncer", que son difíciles de entender por lo que el autor afirma "el poder inerte de la estructura de la práctica médica impide a los médicos detallar información sobre la citología y el tratamiento duro y traumante", pero es esto cierto y si así lo es ¿Dónde se encuentra la labor del personal de enfermería?

Existen algunos estudios donde se demuestra que el cáncer cérvico uterino sigue siendo un problema de Salud Pública que a pesar de que exista un programa específico de detección oportuna de cáncer las tasas de morbi-mortalidad continúan altas como lo demuestra el estudio de "Toledo Cepeda – Martínez – Montañés Sobrevida a 5 años de una cohorte con Cáncer Cérvico Uterino".

Se realizó un estudio ecológico de tendencia y comparación de grupos para conocer el comportamiento secular y la distribución geográfica por edad del cáncer cérvico uterino en el I.M.S.S., los resultados mostraron que la mortalidad por carcinoma cérvico uterino, en los últimos 10 años se ha mantenido como la 20 neoplasia en orden de frecuencia en la población derechohabiente del I.M.S.S.; sin embargo para la población femenina se ubica en el primer lugar.

Se realizó un estudio epidemiológico de casos y controles, enmarcado en el Programa de Detección Oportuna de Cáncer (DOC) de la Secretaría de Salud (SSA) en la Ciudad de México, para evaluar los principales factores de riesgo reproductivo asociados al cáncer cérvico uterino (CACU). Se estudio la información de 12 741 citologías ginecológicas notificadas en el Registro Nacional de Cáncer, durante el periodo del 2 de Enero al 31 de Marzo de 1987. En este grupo poblacional los factores de riesgo reproductivo más importantes asociados al CACU fueron la multiparidad (con siete o más partos se estimó una razón de momios [RM] de 3.24 y un intervalo de confianza [IC] al 95% de 2.20-4.76); el inicio de una vida sexual activa antes de los 14 años (RM de 1.53, IC al 95% 1.13-2.08) y la menarca tardía (en el grupo cuya menarca se presentó después de los 17 años se estimó una RM de 3.22, IC de 95% 1.06-9.77). Con respecto al programa DOC, se observó que un número importante de

mujeres acude cuando presenta síntomas: la frecuencia de mujeres que tienen al menos un síntoma es de 43.09 por ciento. Al momento de la toma de la citología, las mujeres con una tumoración a nivel cervical presentan 7.76 más posibilidades de sufrir CACU (IC al 95% 4.84-13.15). Los síntomas como el sangrado disfuncional (RM 2.79 IC al 95% 1.90-4.12), la metrorragia (RM 2.66, IC al 95% 1.83-3.86) y la leucorrea sanguinolenta (RM 2.64, IC al 95% 2.05-3.38), pueden ser hallazgos relevantes en mujeres de alto riesgo. La fracción atribuible de exposición más alta ante la presencia de signos y síntomas ginecológicos, es la tumoración cervical con 87.46 por ciento.

Existe otro estudio que es "Factores que determinan la participación en el tamizaje de cáncer cervical en el estado de Morelos, donde el objetivo fue determinar los principales factores relacionados con la participación en un Programa de Detección Oportuna (DOC) en una población con elevada mortalidad por cáncer cervical. Los resultados muestran que el conocimiento de la utilidad de la prueba de Papanicolaou y la historia previa de síntomas ginecológicos predispone a utilizar el programa de DOC, autores Eduardo Cesar Lazcano-Ponce y colaboradores (1992)

En un estudio que realizó Mauricia Frías Mendives,(1999) tenía como objetivo analizar la distribución y prevalencia de los factores gineco obstétricos en lesiones tempranas del Cáncer Cérvico Uterino obteniendo como resultado que no se encontró diferencia significativa en las variables demográficas al comparar uno y otro grupo,. Los casos fueron 77 pacientes con neoplasias intraepitelias grado I, II y III/ in situ confirmadas histológicamente durante el año de 1992 en el Instituto Nacional de Cancerología. Los controles estuvieron integrados por 77 mujeres sanas del Hospital Juárez del Centro, con diagnóstico negativo de malignidad establecido mediante citología vaginal. Se aplicó un cuestionario sobre su historia reproductiva y sexual. El análisis se realizó mediante la estimación del riesgo relativo y los intervalos de confianza en 95%.

DISEÑO METODOLÓGICO

IV. DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de Estudio: El diseño de este estudio es descriptivo, transversal y retrospectivo.

Espacio y Tiempo: Este estudio se realizó en el IMSS Delegación, San Luis Potosí, la cual esta ubicada en Cuauhtémoc No.255, Col. Moderna.

Universo: Se estudio el universo de 50 autopsias de mujeres que fallecieron por cáncer cérvico uterino (Ca Cu) de la delegación S.L.P. en el periodo de Enero 1998 a Diciembre 2002 de las siguientes unidades:

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR	No DE AUTOPSIAS VERBALES
UMF No 47	14
UMF No 3 CD VALLES	12
UMF No 45	9
HGZ No 2	6
UMF No 5 Soledad de Graciano Sánchez	2
UMF No 21 Tamuin S.L.P	2
UMF No 7 S.L.P	1
UMF 8 CD DE Maíz	1
UMF No 10 Matehuala	1
UMF No 13 Villa de Zaragoza	1
UMF No 49 S.L.P	1
TOTAL	50

Criterios de Inclusión: Todas las mujeres derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social Delegación San Luis Potosí, cuya causa básica de defunción fue cáncer cérvico uterino; durante el periodo comprendido del 01 de Enero de 1998 al 31 de Diciembre del 2002 (5 años) .

Criterios de exclusión: Todas las mujeres derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social Delegación San Luis Potosí, que no cuentan con autopsia verbal específica.

Criterios de Eliminación: Todas con autopsias verbales inconclusas que no estén requisitadas de manera completa en los 3 dimensiones analizadas.

Variables Estudiadas: Factores de riesgo de la enfermedad, Accesibilidad a los servicios de salud realización de la prueba del Papanicolaou.

Instrumento: El contenido de la autopsia verbal para la mortalidad por cáncer cérvico uterino contiene 47 preguntas cerradas dividida en cinco secciones:

La primera: Es la identificación de la Derechohabiente.

La segunda: Aspectos sobre la enfermedad de su familiar.

La tercera: Atención médica.

La cuarta: Factores de riesgo para la enfermedad.

La quinta: Datos del certificado de defunción.

Además una sección abierta donde se registra la historia del padecimiento, los servicios médicos a los que acudió la mujer, fechas en que ocurrieron los acontecimientos, procedimientos diagnósticos y tratamiento al que fue sometida y así como los resultados.

Recolección de información las 50 autopsias las realizó el personal de salud asignado por cada unidad, los informantes de las autopsias fueron hijas y madres principalmente entre otros, esta información se encuentra en la Coordinación de Salud Pública del IMSS a donde se acudió en un horario vespertino de Lunes a Viernes.

Además se analizaron 4 expedientes clínicos correspondientes a las autopsias, sin embargo, debido a que estos pasan a archivo muerto fue difícil recuperar la totalidad de la información.

Procesamiento y Análisis de Datos: El Procesamiento de la información se realizó a través de los paquetes Word, PowerPoint, Excel y SPSS. El análisis de datos se estructuró en función de la pregunta de investigación, los objetivos y marco teórico.

CONSIDERACIONES ETICAS LEGALES

V. CONSIDERACIONES ETICAS LEGALES

Para la realización de este estudio fue importante considerar lo siguiente:

- La Autopsia Verbal se realizará tres meses posteriores al fallecimiento de la paciente, pues al efectuarla muy cerca del deceso puede ocasionar respuestas influenciadas por aspectos emocionales y principalmente por respeto.
- La información obtenida se maneja únicamente para fines académicos.

RESULTADOS

VI. RESULTADOS

Los resultados se presentaran en función de los objetivos y de las variables estudiadas.

CUADRO 1
INFORMANTES EN LAS AUTOPSIAS VERBALES DE MUJERES FALLECIDAS
DERECHOHABIENTES DEL. IMSS 1998- 2002

INFORMANTES	No	PORCENTAJE
Esposo	6	12
Madre	3	6
Hermana	6	12
Hija	21	42
Otro	14	28
Total	50	100

Fuente: Autopsia verbal.

El mayor porcentaje de las personas que contestaron la autopsia fueron las hijas con 42% seguido con 28% otras personas, con el mismo porcentaje de (12%) fue el esposo y las hermanas y un 6% para la madre.

CUADRO 2
 ADSCRIPCIÓN DE LA MUJER FALLECIDA. AUTOPSIAS VERBALES A
 DERECHOHABIENTES DEL IMSS 1998-2002

LUGAR DE ADSCRIPCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
2	6	12
3	12	24
5	2	4
7	1	2
8	1	2
10	1	2
13	2	4
21	1	2
45	9	18
47	14	28
49	1	2
Total	50	100

Fuente: Autopsia verbal.

El mayor porcentaje de las fallecidas lo obtuvo la UMF 47 de la Cd. De San Luis Potosí con un 28% seguido con un 24% de la UMF 3 correspondiente de Cd. Valles, S.L.P. Con un 18% para la UMF 45 de la Cd. de San Luis Potosí. Un 12% en el HGZ No. 2, S.L.P. El resto de las unidades con un 4% y un 2%.

CUADRO 3

EDAD AL MOMENTO DEL FALLECIMIENTO. AUTOPSIAS VERBALES A MUJERES
DERECHOHABIENTES DEL IMSS 1998-2002

EDAD	No	PORCENTAJE
20-30	1	2
31-40	7	14
41-50	16	32
51-60	7	14
61-70	7	14
70 y más	10	20
No contestaron	2	4
Total	50	100

Fuente: Autopsia verbal.

En el rango de edad de 41 a 50 años se observó el porcentaje más alto de fallecimiento por cáncer cérvico uterino seguido por el grupo de 70 y más, así mismo, las muertes en los grupos de 31-40, 51-60 y 61-70 coincide con la misma frecuencia mientras que en las mujeres de 20 a 30 años se presentó el índice más bajo de mortalidad. Cabe mencionar que la persona que murió más joven tenía 23 años y la persona más grande fue de 95 años.

CUADRO 4

ESCOLARIDAD DE LA FALLECIDA. AUTOPSIAS VERBALES A
DERECHOHABIENTES DEL IMSS 1998-2002

ESCOLARIDAD DE LA FALLECIDA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sabia leer y escribir	5	10
Primaria incompleta	8	16
Primaria completa	13	26
Secundaria o equivalente	8	16
Bachillerato o equivalente	2	4
Profesional o equivalente	2	4
Ninguna	9	18
Sin respuesta	3	6
Total	50	100

Fuente: Autopsia verbal.

En el nivel educativo se encontró que el mayor porcentaje se presentó en las mujeres que tenían primaria completa 26% seguido de ninguna escolaridad con un porcentaje de 18% mientras que primaria incompleta y secundaria o equivalente obtuvieron el mismo porcentaje con un 16% y un mínimo porcentaje lo obtuvieron bachillerato y profesional o equivalente con un 4%.

CUADRO 5

HABITO DE FUMAR. AUTOPSIAS VERBALES A MUJERES DERECHOHABIENTES DEL IMSS. 1998-2002

HABITO DE FUMAR	No	PORCENTAJE
Si	14	28
No	36	72
Total	50	100

Fuente: Autopsia verbal

El hábito de fumar en la fallecida se observó que el 72% no fumaba y el 28% si.

CUADRO 6

INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA. AUTOPSIAS VERBALES A
MUJERES RECHOHABIENTES DEL IMSS 1998-2002

EDAD	No	PORCENTAJE
13-17	20	40
18-22	21	42
23-27	3	6
28-32	2	4
33-42	1	2
43- más	1	2
No contestaron	2	4
Total	50	100

Fuente: Autopsia verbal.

Con relación al inicio de la vida sexual activa se observó que la mayoría de las mujeres la iniciaron en una edad muy temprana, ya que el 42% la inició en el rango de edad de 18 a 20 años, un 40% de 13 a 17, seguido por un 6% de 23 a 27 años. Los porcentajes menores corresponden a edades mayores.

CUADRO 7

NUMERO DE PAREJAS SEXUALES. AUTOPSIAS VERBALES A MUJERES
DERECHOHABIENTES DEL IMSS 1998-2002

No. PAREJAS	No	PORCENTAJE
Una Pareja	32	64
Dos Parejas	9	18
Tres Parejas	3	6
Ninguna	6	12
Total	50	100

Fuente: Autopsia verbal.

En relación al número de parejas el mayor porcentaje fue las que solamente tenían una pareja con un 64% seguido con 18% las que tenían 2 parejas, 12% no tenían pareja y un 6% tenían más de 3 parejas.

CUADRO 8

ANTECEDENTES DE PAPANICOLAOU. AUTOPSIAS VERBALES A MUJERES
DERECHOHABIENTES DEL IMSS 1998-2002

ANTECEDENTES DE PAPANICOLAOU	No	PORCENTAJE
Si	42	84
No	8	16
Total	50	100

Fuente: Autopsia verbal.

En lo referente a la realización del papanicolau resultó que la mayoría si se lo había realizado y el 8% no

CUADRO 9

CONOCIMIENTO DEL FAMILIAR SOBRE EL DIAGNOSTICO. AUTOPSIAS VERBALES A MUJERES DERECHOHABIENTES DEL IMSS 1998 -2002

CONOCIMIENTO DEL FAMILIAR	No.	PORCENTAJE
Si	37	74
No	13	26
Total	50	100

Fuente: Autopsia verbal.

Respecto al conocimiento que los familiares tenían sobre el padecimiento de la mujer, se tiene que el 74% si lo sabía y el 26% no

CUADRO. 10

CONOCIMIENTO DE LA MUJER DE SU DIAGNOSTICO. AUTOPISIAS VERBALES
A MUJERES DERECHOHABIENTES DEL IMSS CA CU 1998-2002

CONOCIMIENTO	No	PORCENTAJE
Si	43	86
No	7	14
Total	50	100

Fuente: Autopsia verbal.

El 86% de las mujeres tenían el conocimiento de la enfermedad que mientras que el 14% no

CUADRO 11

SIGNOS Y SINTOMAS QUE PRESENTARON. AUTOPSIAS VERBALES A MUJERES DERECHOHABIENTES DEL IMSS 1998-2002

SIGNOS Y SINTOMAS	SI	%	NO	%
PRESENCIA DE SANGRADO	27	54	23	46
FALTA DE APETITO	28	56	22	44
PERDIDA DE PESO	25	50	25	50
PRESENCIA DE DOLOR ABDOMINAL	29	57	21	43
PRESENCIA DE DECAIMIENTO	25	50	25	50
CONOCIMIENTO SOBRE LA CAUSA DE MUERTE	43	86	7	14

Fuente: autopsia verbal

Un 50% de las mujeres fallecidas por CaCu presentaron los signos y síntomas de la enfermedad, mientras que el porcentaje restante no. En los conocimientos sobre la causa de la muerte el 86% si tenía el conocimiento y el 14% no.

CUADRO. 12

RECIBIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA. AUTOPSIAS VERBALES A MUJERES
DERECHOHABIENTES DEL IMSS 1998-2002

RECIBIMIENTO DE ATENCIÓN.	No	PORCENTAJE
Si	42	84
No	8	16
Total	50	100

Fuente: Autopsia verbal.

El 84% de las pacientes si recibió atención médica mientras que el 16% no la recibió.

CUADRO. 13

LUGAR DE ATENCIÓN MÉDICA. AUTOPSIAS VERBALES A MUJERES
DERECHOHABIENTES DEL IMSS 1998-2002

LUGAR DE ATENCION	No	PORCENTAJE
H.IMSS	16	32
UMF IMSS	15	30
PRIVADO	10	20
H. SSA	5	10
C SSA	2	4
No contestaron	2	4
Total	50	100

Fuente: Autopsia verbal.

El lugar donde se atendieron con mayor porcentaje fue en Hospital del IMSS con 32% seguido con 30% de las UMF del IMSS con un 20% Hospital privado un 1

CUADRO 14

PROBLEMA REPORTADO POR LOS FAMILIARES. AUTOPISIAS VERBALES A MUJERES DERECHOHABIENTES DEL IMSS 1998-2002

PROBLEMA REPORTADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Cáncer invasor	34	68
No le explicaron bien	3	6
No tenía problemas	2	4
No sabe	11	22
Total	50	100

Fuente: Autopsia verbal.

El 68% fue para cáncer invasor, no sabe fue de 22%, un 6% no le explicaron bien y 4% que no tenía problemas

CUADRO 16

TIEMPO DE TRATAMIENTO. AUTOPSIAS VERBALES A MUJERES
DERECHOHABIENTES DEL IMSS 1998-2002

MESES	No	PORCENTAJE
0 – 15	43	86
16 – 30	5	10
31 – 45	1	2
46 – 62	1	2
Total	50	100

Fuente: Autopsia verbal.

El 86% duró con Tratamiento de 0 a 15 meses mientras que un 10% de 16-30 meses y un 2% con 46-62 y 31-45 meses.

CUADRO 17

CONTINUIDAD DEL TRATAMIENTO. AUTOPSIAS VERBALES A MUJERES DERECHOHABIENTES DEL IMSS 1998-2002.

CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO.	No	PORCENTAJE
Si	45	90
No	5	10
Total	50	100

Fuente: Autopsia verbal.

El 90% de las pacientes si continuó su tratamiento y el 5% no.

CUADRO 18

CAUSAS DE ABANDONO AL TRATAMIENTO. AUTOPSIAS VERBALES A MUJERES DERECHOHABIENTES DEL IMSS. 2004.

CAUSAS	No	PORCENTAJE
Se sentía triste	1	2
No tenía dinero	2	4
Dolía mucho	1	2
Otra	2	4
No lo sabe	3	6
Total	9	18

Fuente: Autopsia verbal.

Del 18% de las pacientes que abandonaron el tratamiento la causa que obtuvo mayor porcentaje fue que no sabían los familiares porque lo había abandonado, seguido con un 4% que no tenían dinero y otra causa un 2% le dolía mucho y otro 2% se sentía triste.

DISCUSIÓN

VII. DISCUSIÓN

La autopsia verbal ha sido utilizada en las regiones sin un sistema eficiente de registro de las causas de muerte o como una alternativa para el estudio de factores de riesgo asociados a causas específicas de muerte o bien del proceso de atención médica durante la enfermedad.

El contenido de la autopsia verbal para la mortalidad por cáncer cérvico uterino (cacu) contiene una sección abierta donde se registra la historia del padecimiento, interesa conocer en especial a que servicios médicos acudió la mujer, en que fechas ocurrieron los acontecimientos, que procedimiento diagnóstico y a que tratamiento fue sometida y cuales fueron los resultados. Es necesario que el entrevistador registre los datos tal y como los menciona la persona que brinda la información, de manera que se identifiquen áreas clave que facilite las características de la atención asociada a la muerte y se debe evitar recurrir a las interpretaciones. La autopsia verbal se completa con preguntas específicas organizadas en un cuestionario estructurado diseñado por el IMSS para tal fin.

En función de lo anterior se hace la discusión de los resultados obtenidos en este estudio en base a los objetivos, pregunta de investigación, hipótesis y marco teórico y se presentarán de acuerdo a los objetivos relacionados con lo siguiente:

- Factores de riesgo.
- Frecuencia de papanicolaou.
- Accesibilidad del servicio

FACTORES DE RIESGO

El cáncer cérvico uterino se ha vinculado principalmente a factores como la edad, el inicio de relaciones sexuales tempranas, la multiparidad, los papanicolaous previos, el tabaquismo el numero de parejas sexuales el nivel educativo y quizá las más

fuertemente asociadas las infecciones de transmisión sexual recurrentes especialmente determinadas cepas de VPH.

Con relación a lo anterior se indagó en la población informante la edad al momento del fallecimiento de las mujeres, se encontró que el mayor porcentaje (32%) se ubico en el rango de edad de 41 a 50 años, seguido por el de 70 y más; esto coincide con las estadísticas reportadas por el INEGI para el año 2000 en donde la población más afectada por esta enfermedad se encuentra entre los 40 y 65 años, sin embargo se resalta en estos resultados que la frecuencia de mortalidad en los grupos de 31 a 40, 51 a 60 y 61 y más se presentó con la misma tendencia, lo que demuestra que con el paso del tiempo esta patología se esta presentando en edades más tempranas como lo menciona García (1993) en un estudio realizado en la Ciudad de México en adolescentes y jóvenes. La evidencia de los acelerados cambios sociodemográficos y de estilos de vida de la población indica que es necesario hacer un reajuste en los programas de prevención, detección y control de esta enfermedad, poniendo especial atención en las normas oficiales sobre todo en el comienzo de la detección ya que los índices de mortalidad lejos de disminuir van en aumento ya que en promedio mueren 12 mujeres por día unas 2,500 cada año.

En el nivel educativo se encontró que el mayor porcentaje de mortalidad lo presentaron las mujeres que tenían la primaria completa (26%), seguido por el grupo de las analfabetas (18%), al igual que las que no concluyeron la primaria y las que habían cursado la secundaria, por lo que se puede observar que el nivel educativo en las mujeres fallecidas en general era bajo, estos resultados muestran similitud con lo que reporta el INEGI para el 2000 en donde se identifica que el 66.3% del total de defunciones por cáncer cérvico uterino para ese año fueron analfabetas o con primaria incompleta, esto pone de manifiesto que el sustrato social determinado por la pobreza, la inequidad de género y el acceso a la información mantiene a grandes sectores de la población femenina en condiciones de vulnerabilidad y riesgo de morir por esta causa, Así mismo en un estudio realizado por Meneses y cols. (1999) sobre la prevalencia del uso de la prueba de Papanicolaou en mujeres de 15 a 49 años en México en

donde demuestra que el no uso del Papanicolaou registro mayores tasas de prevalencia a menor escolaridad declarada; en función de lo anterior se infiere que las mujeres fallecidas además de tener bajo nivel educativo carecían de la información necesaria para la prevención y detección oportuna de esta enfermedad, por lo tanto el nivel de información sobre la prevención de la enfermedad aunado al nivel educativo podrían ser factores de riesgo para padecer esta patología.

El hábito de fumar es cada vez más común en mujeres jóvenes. La combustión del cigarro al pasar por distintos procesos genera alrededor de 3000 componentes ya que un 30% del humo expedido se encuentra constituido por decenas de gases tóxicos para la salud, especialmente el monóxido de carbono, que específicamente ejerce un efecto dañino en las células del cuello uterino. Al respecto en el estudio se encontró que la mayoría de las fallecidas (72%) no fumaban, mientras el 28% si practicaba este hábito, esto se compara con un estudio de Frías y cols. (1999) sobre los factores de riesgo asociados a cáncer cérvico uterino en donde el 28.9% de las fumadoras se encontraban en el grupo control, mientras el 7.8% en el grupo de los casos; por lo tanto aun puede considerarse como un factor de riesgo débil, consecuentemente seria necesario realizar otros estudios a profundidad.

El 42% de mujeres que fallecieron iniciaron su vida sexual entre los 18 a 20 años el 40% entre los 13 y 17 años. El inicio de vida sexual a edades tempranas es uno de los factores de riesgo más asociados con el cáncer cérvico uterino como lo demuestra el estudio de Tapia y cols. (1998) sobre los factores de riesgo y alteraciones asociadas en mujeres del estado de Guerrero en donde el promedio de edad de inicio de las relaciones sexuales fue de 18 años, en el se comparó a las mujeres que tenían alteraciones y las que no las presentaban en función del inicio de la vida sexual y se encontró que la mitad de las que comenzaron mas jóvenes tenían alteraciones en el cervix, así mismo se identificó que todas las mujeres que iniciaron su vida sexual antes de los 15 presentaron cáncer cérvico uterino.

Con relación al número de parejas sexuales que tuvieron las fallecidas se encontró que la mayoría (64%) solo tuvo una , mientras el 36% restante tuvo dos, o más. Frías

(1999) encontró las mujeres que reportaron más de dos parejas sexuales presentaron más riesgos, además otros estudios han reportado que es necesario investigar la historia sexual de la pareja de las mujeres monógamas ya que juega un papel importante en las infecciones de transmisión sexual y en el desarrollo del cacu, pues comúnmente se presentan las relaciones extramaritales.

En cuanto a la realización del Papanicolaou se encontró que la mayor parte de las mujeres (84%) si se lo practicó, mientras el resto (16%), es importante resaltar estos resultados ya que en la realidad se observa que a pesar de que las informantes refieren que la mayoría de las mujeres se realizaron la prueba, el 100% falleció por esa causa. Es importante mencionar que se analizaron expedientes de estas mujeres, de ellos tres pacientes nunca se practicaron el Papanicolaou y una persona que se lo realizó tenía reportes de citología con resultado negativo en los últimos dos años (2000 y 2001) falleciendo posteriormente en 2002. En este sentido, es necesario analizar entre otras cosas las pruebas de sensibilidad y especificidad del Papanicolaou.

Cabe hacer mención, que la Norma Oficial Mexicana (NOM 014SSA-21994) menciona que con dos controles subsecuentes negativos la prueba no se vuelve a repetir hasta dos años después, esto se cuestiona al encontrar evidencias de resultados negativos y un cáncer invasor un año después por lo que habría que realizar proyectos para la evaluación y calidad de la toma de las muestras ya que el 100% de estas con resultados anormales deben ser reexaminados por el patólogo con el fin de reducir posibles casos de falsos positivos, además de estar establecido un sistema aleatorio para la revisión de muestras negativas.

La periodicidad en la realización de la prueba en estas mujeres no pudo identificarse ya que los informantes lo desconocían; estos datos se comparan con lo que menciona Lazcano y cols. (1993), ya que en un estudio de factores de riesgo reproductivo en mujeres de la ciudad de México se identificó que un número importante de esta población acuden a realizarse la prueba cuando ya presentan

síntomas y en ocasiones en mujeres que presentan cáncer el diagnóstico no es oportuno; La mayor frecuencia de personas que presentaron al menos un síntoma fue de 43.09%. Así mismo el Centro Nacional para la prevención de enfermedades crónicas y promoción a la salud de Estados Unidos, menciona en las redes internacionales de información (2004) que algunos de los factores que pueden conducir a que las mujeres nunca sean sometidas a una prueba de exploración selectiva o a hacerlo rara vez son en primer lugar las barreras relacionadas con los conocimientos, actitudes y creencias, así como barreras de otra índole como el acceso a los servicios de salud entre otros.

Estos datos arrojados en las autopsias sobre la práctica del papanicolaou muestra por un lado el subregistro y la falta de control en los expedientes de las mujeres que padecieron la enfermedad ya que no se encontraron los 50 documentos para hacer una valoración más precisa, por lo que se revisaron 4 expedientes en donde se identificaron problemas que ponen en evidencia las debilidades del programa principalmente en la difusión y prevención, por otro lado llama la atención que una mujer contaba con controles negativos y al tercer año se le diagnostica cáncer invasor, esta información es vital para los servicios de salud ya que sería necesario realizar estudios para valorar la calidad de la toma de citología, la sensibilidad y especificidad de la prueba, así como la evaluación en las técnicas de lectura ya que de encontrarse evidencia en esas áreas tendría que atenderse de inmediato por el costo social que ello implica

FRECUENCIAS DEL PAPANICOLAOU Y CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD

Con relación al conocimiento sobre la enfermedad se tiene que la autopsia solo identifica este rubro en la conciencia que los familiares tenían sobre el padecimiento, así como la percepción de la mujer sobre los mismo, al respecto, el 74% de los familiares y el 86% de las mujeres sabían de la enfermedad que las aquejaba, sin embargo se indagan pocos aspectos sobre el conocimiento que la mujer tenía sobre las medidas preventivas, los factores de riesgo y los signos y síntomas de esta enfermedad antes de que la padezca; esto es de suma relevancia si se toman en

cuenta otros estudios que se ha hecho en diferentes poblaciones sanas de operarias (Aguilar y cols . 1999), mujeres que acuden a consulta externa (Acosta y cols 2000), y estudiantes (Gaytán y cols 2001), en donde se muestra que en general los conocimientos sobre factores de riesgo y signos y síntomas son bajos.

En este estudio solo se solicito información sobre los síntomas que las enfermas padecieron una vez que ya habían contraído la enfermedad debido a que el instrumento (autopsia) así lo señalaba. Los resultados en este rubro muestran que la mayoría de las mujeres tuvieron sangrado transvaginal, falta de apetito, pérdida de peso, presencia de dolor abdominal y decaimiento en su estado general.

Con relación a los signos y síntomas (Tapia y cols 1998) en un estudio en el Estado de Guerrero sobre Factores de riesgo y alteraciones asociadas al cáncer cérvico uterino en mujeres, se encontró que los principales síntomas en pacientes con alteraciones citológicas fueron en un 34% con mayor frecuencia la leucorrea, seguida por la dispareunia, flujo con sangre, sangrado anormal y durante el coito. Es importante que las mujeres estén alertas a estas manifestaciones en virtud de que la frecuencia en alteraciones citológicas esta asociada a las displasias, de acuerdo con esta investigación.

El conocimiento sobre la prevención y detección oportuna de esta enfermedad de cualquier manera no es privativo de la población que es usuaria de los servicios, si no también del personal que los provee, ya que en un estudio de Arillo y cols (2000) en trabajadores de la salud (Médicos y Enfermeras) en el estado de Morelos, se identifico que el nivel de conocimientos sobre este padecimiento fue de 4.7 en escala de 10, existen debilidades importantes en cuanto al edad para realizarse el estudio, así como factores etiológicos, de diagnóstico y tratamiento. El panorama anterior muestra la necesidad de reforzar la capacitación en el personal de salud de manera que pueda brindar una mayor calidad al usuario cuando se ejecuta el programa, ya que una línea de investigación importante sobre esta enfermedad es precisamente la relacionada con los sistemas de salud y la forma como se oferta los servicios.

ACCESIBILIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

La mayoría de los informantes de las autopsias (42%) fueron las hijas de las fallecidas, el mayor porcentaje de las mujeres perteneció a la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 47 de San Luis Potosí (28%) seguida por la No. 3 de Ciudad Valles (24%), con mayor número de derechohabientes

El 87% de las mujeres recibió atención médica durante su enfermedad, la mayoría se atendió en el Hospital del IMSS y una parte en la Secretaría de Salud (10%), es importante mencionar que un 20% se atendió en el medio privado porque no le satisfizo la atención que se le dio en el departamento de oncología, principalmente el trato del personal de salud. El 68% de las mujeres se diagnosticó con cáncer invasor y una mencionó 22% que desconocía en que estadio de la enfermedad se encontraba, esto coincide con el tiempo del tratamiento que llevaron ya que este fue mínimo de 0 a 15 meses y el máximo de 46 a 62%, murieron en un lapso de tiempo relativamente corto., Los porcentajes de las mujeres que se realizaban la prueba y el número de fallecidas que presentaron cáncer invasor, podría explicarse por un lado porque los datos fueron obtenidos de manera indirecta y de alguna manera hay algún grado de subjetividad, o existe alguna falla en la oferta de los servicios de salud en la parte de la detección oportuna, las pruebas de tamizaje, o el seguimiento adecuado de la enfermedad. Esto se fundamenta en un estudio realizado en la Ciudad de México por Ramírez y Rojas (1992) en donde se evalúa la eficacia de la citología cervical en comparación con las conizaciones cervicales para detectar cáncer cérvico uterino, en él se determinó que cuando el resultado era NIC III el cono y la biopsia confirmaron la neoplasia en el 98% de los casos, sin embargo el 20% tuvo invasión y solo se diagnosticaron con el cono, en 21 casos el resultado fue NIC II con 6 carcinomas invasores diagnosticados de la misma manera. Por otro lado la calidad de la toma como se mencionó anteriormente adquiere un valor importante ya que en una investigación realizada por Curiel (2001) sobre la importancia de cómo obtener una prueba adecuada, determinó que el instrumento para la toma no es lo más importante si no la mano que hace el procedimiento, la paciente y la cantidad suficiente de

células de la zona de transformación. Estos datos son de mucha importancia para explicar los resultados vertidos en las autopsias ya que todavía existen muchos factores que no han sido estudiados y que podrían considerarse de riesgo para el cáncer cérvico uterino.

Todas las fallecidas tuvieron acceso al servicio de salud. El seguimiento que se les hizo a partir del diagnóstico de la enfermedad no pudo valorarse debido a que no se encontraron todos los expedientes de las mujeres y al subregistro en este tipo de datos retrospectivos, sin embargo existe evidencia empírica que hay casos en los que no se notifica con oportunidad los resultados de las displasias leves o severas al Departamento de Medicina Preventiva y más aún a las interesadas.

CONCLUSIONES

VIII. CONCLUSIONES

- Los factores asociados al cáncer cérvico uterino por tanto, se pueden centrar en dos áreas básicas: en la falta o debilidad en los conocimientos sobre los factores de riesgo y practicas para prevenir y detectar a tiempo la enfermedad y por otro lado en la atención que se proporciona centrada en los sistemas de salud, en función de las técnicas de diagnóstico, los sistemas de referencia, el seguimiento y muchas veces el acceso a los servicios. Además estos resultados apoyan la literatura científica que señala que los más asociados además de los reproductivos son las conductas y hábitos sexuales, sin embargo pocas veces señalan los relacionados con los sistemas de salud.
- El aporte de este estudio es sentar las bases para establecer estrategias y contribuir a la mejora del programa, principalmente porque el personal de Enfermería dentro del IMSS es el encargado de tomar las muestras y de llevar el control de la detección oportuna de cáncer cérvico uterino.
- La mayoría de las muertes se presentaron en la Unidad que atiende de Medicina Familiar No.47 S.L.P. del IMSS, que tiene el mayor número de derechohabientes en relación a otras unidades que se estudiadas
- El grupo de edad que presento más defunciones fue el de 41 a 50 años, sin embargo es importante mencionar que la mortalidad por esta causa cada vez más se presenta en mujeres más jóvenes ya que la frecuencia en los rangos de 31 a 40, fue alto.
- El nivel educativo de las fallecidas en general fue bajo, ya que la mayoría solo contaba con primaria completa, por lo que se puede asumir que el bajo nivel educativo sobre la enfermedad constituyen un factor de riesgo.
- El inicio de la vida sexual en las mujeres fallecidas fue en promedio de 18 años, lo que confirma que los hábitos y costumbres sexuales constituyen un factor de riesgo para la patología.
- El número de parejas sexuales en las mujeres fue de uno en promedio, sin embargo seria necesario analizar la historia sexual de los compañeros de mujeres monógamas ya que comúnmente se presenta la promiscuidad con el

desconocimiento de alguna de las partes ocasionando múltiples enfermedades de transmisión sexual.

- La mayoría de las mujeres que murieron se habían practicado el Papanicolau, sin embargo algunas contaban con reportes de controles negativos de dos años consecutivos y al tercer año se les diagnosticó con cáncer invasor, lo que pone en manifiesto la necesidad de retomar otras líneas de investigación relacionadas con la calidad de las muestras, la lectura de ellas, la sensibilidad y especificidad de la prueba y la oferta de los servicios de salud.
- La periodicidad en la realización de la prueba no se identificó debido a que había subregistro en los expedientes y en las autopsias no se solicitó esa información, además del desconocimiento de los informantes en muchas áreas.
- Las autopsias verbales presentan debilidades importantes en su estructura, el objetivo para el cual fue diseñada y en la utilidad que le dan a esta, de manera que no constituye un fiel apoyo para obtener la totalidad de la información requerida y esto limita la toma de decisiones a nivel directivo.
- La autopsia indaga pocos aspectos del conocimiento de la mujer sobre la prevención de la enfermedad, sus factores de riesgo, signos y síntomas así como la toma oportuna del Papanicolaou.
- La mayoría de las mujeres recibió atención médica durante la enfermedad, por la que todas tuvieron acceso a los servicios, sin embargo en un lapso muy corto de tiempo (0 a 15 meses) la totalidad de ellas murió por la enfermedad lo que hace suponer que acudieron a realizarse el Papanicolaou cuando ya presentaban síntomas avanzados, sin embargo también sería necesario analizar otros factores que estarían incidiendo en esta situación como el seguimiento y reporte de resultado en forma oportuna, además de realizar controles de calidad en la toma.

- Algunas mujeres abandonaron el tratamiento debido al trato que se les proporciono durante la atención de su enfermedad.
- Los factores relacionados en la mortalidad por cáncer cérvico uterino identificados en las autopsias están centrados en la falta de información sobre la prevención de la enfermedad y la atención medica específicamente en la calidad interpersonal

LIMITANTES

IX. LIMITANTES

- Las autopsias han sido por años los instrumentos que fueron diseñados para apoyar la búsqueda de problemas en la atención que se brindo al paciente, sin embargo después de hacer este análisis se asume que presenta debilidades importantes en su estructura y en el objetivo para el que fue creada ya que la información difícilmente se procesa y es utilizada para realimentar los programas, es sumamente subjetiva ya que la información no es de fuentes primarias lo que dificulta el análisis los datos ahí vertidos.
- Disponibilidad de los expedientes de las mujeres fallecidas, por lo que solo se analizaron 4.
- Información de fuentes indirectas en las autopsias.
- Las autopsias estaban mal llenadas por parte del personal de salud.
- Subregistro en los expedientes.

SUGERENCIAS

X. SUGERENCIAS

PARA EL PROGRAMA DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO

- Es necesario se reestructure el contenido con base en indicadores precisos y de más relevancia como los conocimientos sobre prevención (principalmente factores de riesgo y signos y síntomas), así como más elementos sobre el proceso de atención que se llevó a cabo desde que se realizó por primera vez el Papanicolaou o bien omitir la realización de estas y establecer un seguimiento más oportuno para reunir información mientras la paciente esta con vida lo que seria de más utilidad..
- Diseñar un instrumento de recolección de información sobre el seguimiento y la atención al paciente para aplicarlo antes del fallecimiento.
- Realizar investigaciones sobre la toma de muestras de papanicolau y lectura de muestras.
- Mejorar la difusión en la población sobre los factores de riesgo y los síntomas
- Realizar controles de calidad frecuentes a las lecturas de las muestras.

PARA LA INSTITUCIÓN (IMSS)

- Mejorar los registros en los expedientes.
- Procesar a tiempo los resultados de las autopsias por parte de la Delegación.
- Intensificar la difusión extramuros sobre la prevención y detección oportuna de Cáncer Cérvicouterino
- Búsqueda de mujeres que nunca se han realizado el papanicolau.
- Capacitación al personal de salud sobre aspectos de conocimientos de la enfermedad.
- Verificar la oportunidad en la entrega de resultados sobre todo cuando son positivos a cáncer.
- Realizar supervisiones constantes al personal con relación a la forma de hacer el procedimiento de toma de papanicolaou

- Para futuras investigaciones se recomienda realizar un instrumento ex profeso para valorar los aspectos fundamentales de la atención que recibió la paciente, así como seleccionar los expedientes que cuenten con la información necesaria para realizar un análisis profundo sobre ese tema.
- Es importante seleccionar también otras líneas de investigación que indaguen sobre las actitudes, conocimientos y prácticas sobre la detección de cáncer cérvico uterino, evaluaciones de los programas de DOCACU, y barreras socioculturales para la realización de la prueba.

PARA ENFERMERIA

- Realizar ensayos clínicos con protocolos de tratamiento para el cáncer.
- Valorar la técnica para la promoción de la detección oportuna
- Capacitación continua para el personal.
- Identificación de factores para la adherencia al programa.

PARA LA FACUTAD DE ENFERMERIA

- Promover más esta línea de investigación, sobre todo en la prevención del cáncer cérvico uterino.

APORTES AL CONOCIMIENTO

- Los resultados de este estudio deben de ser útiles para orientar la investigación hacia la determinación de los factores biológicos, sociales, económicos, de acceso a los servicios de salud, de calidad de la atención y otros que se consideren convenientes para la instrumentación de intervenciones con mayor eficacia.

BIBLIOGRAFÍA

XI. BIBLIOGRAFIA

DOCUMENTOS NORMATIVOS

Boletín Informativo del IMSS 1998;1999,2000,2001,2002

INEGI "Estadísticas del Sector Salud y Seguridad Social", Cuaderno No.16, Ed. INEGI, Ed. 1 año (1998) Pág. 49-67.

INEGI "Estadísticas Demográficas Vitales de San Luis Potosí". Cuaderno No. 12, Ed. INEGI, Ed. 1 año (1999) Pág. 143-153

INEGI "Estadísticas Demográficas Vitales". Cuaderno No. 3. Ed. INEGI, Ed. 1 año (1999) Pág. 112-136.

Manual de Procedimientos para la Vigilancia, Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Control del Cáncer Cérvicouterino IMSS (1998)

Secretaría de Salud. "Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Cérvico Uterino. Ed. SSA, 6 de Marzo (1998) Págs. 2-30.

OPS "Genero, Mujer y salud en las Américas", Ed. OPS ed. 1ª. Washington D.C., (1993)

REVISTAS

Arillo Santillán E. El conocimiento de profesionales de la salud sobre la prevención del cáncer cervical, Salud Pública de México Vol. 42 II Febrero (2000)

Curiel Valdez. Citología vaginal; la importancia de la zona de transformación y como obtener una muestra adecuada. Gaceta Medica Mex. Vol 138(2002)

Frías Mauricio, Mendivil Alejandro Mohar factores de riesgo asociados al cáncer cérvicouterino , cancerológica vol 45(1999) Pág. 209 a 216.

García Julio. Estudio sobre sexualidad temprana en adolescentes y jóvenes en México, Revista de Salud Pública Vol. 35 No. 6 Nov – Dic (1993)

Holschneider Ch. Et. Al “A Single Visit Cervical Carcinoma Prevention Program Offered at an inner City Church a Pilot Project”. Diciembre (1991) Pág. 2659 Méx. Vol. 138(2002)

Lazcano Ponce E. Factores de riesgo reproductivo y cáncer cérvico uterino Salud Pública de México Vol.42(2000)

Lazcano Ponce Eduardo Cesar, Rojas Martínez. “Factores de Riesgo Productivo y Cáncer Cérvico Uterino en la Ciudad de México”. Salud Pública de México, Vol. 35. (1)1993

Ramírez Heredia y colaboradores. Valor de la citología cérvico vaginal en cáncer cérvico uterino Cancerológica Vol.38 (4) Dic(1992)

Tapia Ramírez C, Factores de riesgo y alteraciones asociadas en mujeres del estado de Guerrero (1998) Pág. 19_ 27

PAGINAS WEB

Cáncer Cérvico Uterino". Salud Pública de México.

Estructura Orgánica <http://www.sesa-ago.gobmx/cacu.ntm>

Cáncer Cérvico Uterino

Asociación Mexicana de Lucha Contra el Cáncer

<http://www.cemen.org/amicc/tipos.cim>. 2003

Muerte posneonatal en domicilio y accesibilidad a los servicios de salud

Revista Médica

<http://www.smu.org.uy/publicaciones/rmu1999art10ntm>.

Autopsia Verbal

Population Council América Latina y el Caribe- México

<http://www.popcouncu.org/español//a+cm3%aqxiconm>. 2003

ANEXOS

8. ¿Qué escolaridad tenía su familiar?

- [1] Ninguna
- [2] Sabía leer y escribir
- [3] Primaria incompleta
- [4] Primaria completa
- [5] Secundaria o equivalente
- [6] Bachillerato o equivalente
- [7] Profesional o equivalente
- [8] No sabe

8 | _ |

ENFERMEDAD

A continuación le preguntaré algunos aspectos sobre la enfermedad de su familiar

9. ¿Sabe usted de qué murió? [1] Si [2] No [7] No contesta

9 | _ |

10. Dígame el nombre de la enfermedad: _____

10 | _ |

11. ¿En qué fecha murió? | _ | _ | _ | _ | _ |
 día mes año

| _ | _ | _ | _ |

12. ¿Su familiar tenía molestias antes de saber que estaba enferma?

12 | _ |

- [1] Si
- [2] No
- [7] No contesta
- [8] No sabe

13. ¿Qué molestias tenía? X Marque todas las respuestas que le diga

Molestia	Si	No	No sabe	Duración (meses)
[1] Sangrado por la vagina (sus partes)	1	2	8	
[2] Se le quitó el hambre	1	2	8	
[3] Bajo de peso	1	2	8	
[4] Dolor abdominal	1	2	8	
[5] Decaimiento	1	2	8	
[6] Otros	1	2	8	

13.1 | _ | _ | _ |

13.2 | _ | _ | _ |

13.3 | _ | _ | _ |

13.4 | _ | _ | _ |

13.5 | _ | _ | _ |

13.6 | _ | _ | _ |

14. ¿Sabía Usted si tenía cáncer de matriz?

14 | _ |

- [1] Si
- [2] No
- [7] No contesta

ATENCIÓN MÉDICA

15. ¿Acudió su familiar a atenderse, de su problema de cáncer?

15 | _ |

- [1] Si
- [2] No
- [8] No sabe

15.1 Fecha | _ | _ | _ | _ | _ |
 dd m m a a

15.1 | _ | _ | _ | _ | _ |

16. ¿A dónde acudió su familiar a atenderse?		16 __
[1] UMF IMSS	[2] Hospital IMSS	
[3] UMR IMSS-Solidaridad	[4] Hospital IMSS-Solidaridad	
[5] Clínica SSA	[6] Hospital SSA	
[7] Particular o privado	[8] Otro: _____	
17. ¿Le hicieron una prueba para el cáncer?		17 __
[1] Si	[2] No	[7] No contesta
		[8] No sabe
18. De la prueba de cáncer que le hicieron, ¿Qué problema le dijeron a su familiar que tenía?		18 __
[1] Cáncer invasor	[2] No le explicaron bien	
[3] No tenía problema	[8] No sabe	
19. ¿Mandaron a su familiar a otro lugar para seguir atendiéndola?		19 __
[1] Si	[2] No	[7] No contesta
		[8] No sabe
20. ¿A dónde?		20 __
[1] UMF IMSS	[2] Hospital IMSS	
[3] UMR IMSS-Solidaridad	[4] Hospital IMSS-Solidaridad	
[5] Clínica SSA	[6] Hospital SSA	
[7] Particular o privado	[8] Otro: _____	
21. ¿Qué tratamiento le dieron a su familiar?		21.1 __
X Marque todas las que le diga		21.2 __
[] Medicamentos	[] Cirugía	[] Radiaciones
[4] Ninguno	[8] No sabe	
22. ¿Siguió el tratamiento?		22 __
[1] Si	[2] No	[7] No contesta
		[8] No sabe
23. ¿Por cuánto tiempo? __ __ meses		23 __
24. ¿Suspendió el tratamiento?		24 __
[1] Si	[2] No	[7] No contesta
		[8] No sabe
25. ¿Por qué suspendió el tratamiento?		
[] No lo creyó necesario	[] No tenía dinero	25.1 __ 25.5 __
[] Le quedaba lejos el hospital	[] Dolía mucho	25.2 __ 25.6 __
[] Se sentía triste (desanimada)	[] Otra: _____	25.3 __ 25.7 __
[] Recibió mala atención	[8] No sabe	25.4 __

<p>26. ¿Cuánto tiempo pasó entre el momento que le dijeron a su familiar que tenía cáncer en la matriz y el momento de su muerte? _ _ _ meses</p>	<p>26 _ _ _ </p>
<p>27: ¿Qué cree usted que haya contribuido a la muerte de su familiar?</p>	
<p><input checked="" type="checkbox"/> Marque todas las que le diga</p>	
<p><input type="checkbox"/> Estaba muy grave</p>	<p>27.1 _ </p>
<p><input type="checkbox"/> No la atendieron bien</p>	<p>27.2 _ </p>
<p><input type="checkbox"/> No fue a tiempo con el médico</p>	<p>27.3 _ </p>
<p><input type="checkbox"/> No quiso atenderse</p>	<p>27.4 _ </p>
<p><input type="checkbox"/> Nunca se hizo la detección del cáncer (Papanicolaou)</p>	<p>27.5 _ </p>
<p><input type="checkbox"/> Otras _____</p>	<p>27.6 _ </p>
<p>[8] No sabe</p>	
<p>FACTORES DE RIESGO</p>	
<p>28. ¿Su familiar fumaba?</p>	<p>28 _ </p>
<p>[1] Si [2] No [7] No contesta [8] No sabe</p>	
<p>29. ¿Cuántos cigarrillos al día y por cuánto tiempo?</p>	<p>29.1 _ _ </p>
<p>29.1 Número _ _ 29.2 Tiempo _ _ en años</p>	<p>29.2 _ _ </p>
<p>30. ¿A qué edad se casó o tuvo su primer esposo? _ _ años</p>	<p>30 _ _ </p>
<p>31. ¿Cuántas veces se casó o cuántos esposos tuvo? _ </p>	<p>31 _ </p>
<p>32. ¿Cuántos hijos vivos tuvo? _ _ </p>	<p>32 _ _ </p>
<p>33. Antes de la enfermedad ¿sabe si su familiar se había hecho el Papanicolaou?</p>	<p>33 _ </p>
<p>[1] Si [2] No [7] No contesta [8] No sabe</p>	
<p>34. ¿Había alguien que se encargaba de cuidar a su familiar?</p>	<p>34 _ </p>
<p>[1] Si [2] No [7] No contesta [8] No sabe</p>	
<p>35. ¿Quién? _____</p>	<p>35 _ </p>
<p>36. ¿Había alguien que apoyaba y animaba a su familiar, para tratarse la enfermedad?</p>	<p>36 _ </p>
<p>[1] Si [2] No [7] No contesta [8] No sabe</p>	
<p>37. ¿Quién? _____</p>	<p>37 _ </p>

