

TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE AGUASCALIENTES



CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

BARRERAS DE ACCESO DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LA REALIZACIÓN DEL PAPANICOLAOU EN MUJERES DE 25 A 59 AÑOS ADSCRITAS A LAS UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR DE LA DELEGACIÓN AGUASCALIENTES DEL IMSS.

TESIS

**PARA OBTENER EL TITULO DE LA
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

ALUMNA: DRA. HILDA RODRÍGUEZ ÁLVAREZ

ASESOR: DR. JOSÉ DE JESÚS VALDIVIA MARTÍNEZ

AGUASCALIENTES, AGUASCALIENTES FEBRERO DEL 2011

TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES

Commemoración del Bicentenario del inicio de la Independencia de México
y del Centenario de la Revolución Mexicana

HILDA RODRÍGUEZ ÁLVAREZ
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTE

Por medio de la presente se le informa que en cumplimiento de lo establecido en el Reglamento General de Docencia en el Capítulo XVI y una vez que su trabajo de tesis titulado:

**"BARRERAS DE ACCESO DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LA
REALIZACIÓN DEL PAPANICOLAOU EN MUJERES DE 25 A 59 AÑOS ADSCRITAS A
LAS UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR DE LA DELEGACIÓN AGUASCALIENTES DEL
IMSS"**

Ha sido revisado y aprobado por su tutor y consejo académico, se autoriza continuar con los trámites de titulación para obtener el grado de:
Especialista en Medicina Familiar

Sin otro particular por el momento me despido enviando a usted un cordial saludo.

ATENTAMENTE
"SE LUMEN PROFERRE"
Aguascalientes, Ags. 13 de Enero 2011

DR. RAUL FRANCO DIAZ DE LEÓN
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

ccp. C.P. Ma. Esther Rangel Jiménez/ Jefe de Departamento de Control Escolar
ccp. Archivo.

APROBACION DEL TRABAJO DE TITULACIÓN.

DR. PRESIDENTE DEL COMITÉ DE TITULACIÓN.

PRESENTE.

Por medio de la presente le informo que la Residente de Medicina Familiar del HGZ

No 1 del IMSS de la Delegación Aguascalientes,

Dra. Hilda Rodríguez Álvarez

Ha cumplido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

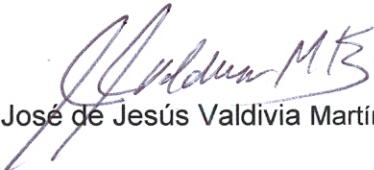
BARRERAS DE ACCESO DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LA REALIZACIÓN DEL PAPANICOLAOU EN MUJERES DE 25 A 59 AÑOS ADSCRITAS A LAS UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR DE LA DELEGACIÓN AGUASCALIENTES DEL IMSS.

Número de Registro: **R-2010-101-10** del Comité Local de Investigación en Salud Núm. 101.

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: TESIS

La Residente Hilda Rodríguez Álvarez asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconveniente de que se haga definitiva ante el comité que Usted preside, para que sea nombrado el jurado para su evaluación. Sin otro particular agradezco a usted que se sirva presente y quedo de usted.

ATENTAMENTE



Dr. José de Jesús Valdivia Martínez



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Aguascalientes, Ags. A 10 de enero del 2011.

DRA. MARTHA ELENA TRUJILLO AVALOS
COORDINADORA DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Por medio de la presente le informo que el residente de Medicina Familiar del HGZ No.1 del IMSS de la Delegación Aguascalientes,

Dra. Hilda Rodríguez Álvarez

Ha cumplido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

BARRERAS DE ACCESO DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LA REALIZACIÓN DEL PAPANICOLAOU EN MUJERES DE 25 A 59 AÑOS ADSCRITAS A LAS UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR DE LA DELEGACIÓN AGUASCALIENTES DEL IMSS.

Número de Registro: **R-2010-101-10** del Comité Local de Investigación en Salud Núm. 101

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: TESIS

La Residente Hilda Rodríguez Álvarez asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconveniente de que se haga definitiva ante el comité que Usted preside, para que sea nombrado el jurado para su evaluación. Sin otro particular agradezco a usted que se sirva presente y quedo de usted.

ATENTAMENTE


Dr. José de Jesús Valdivia Martínez



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES
Centro de Ciencias Biomédicas



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

BARRERAS DE ACCESO DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LA REALIZACIÓN DEL PAPANICOLAOU EN MUJERES DE 25 A 59 AÑOS ADSCRITAS A LAS UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR DE LA DELEGACIÓN AGUASCALIENTES DEL IMSS.

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA

DRA. HILDA RODRÍGUEZ ÁLVAREZ

ASESOR

DR. JOSÉ DE JESÚS VALDIVIA MARTÍNEZ

SINODALES

PRESIDENTE: _____

SECRETARIO: _____

VOCAL 1: _____

VOCAL 2: _____

VOCAL 3: _____

DR. RAUL FRANCO DIAZ DE LEÓN

DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

DRA. MARTHA E. TRUJILLO AVALOS

COORDINACION DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

AGRADECIMIENTOS

A Dios por permitirme existir y llegar a éste momento.

A mis padres por todo lo que le han dado a mi vida.

A mi esposo por su apoyo incondicional.

A mis hijos por la motivación que me dan cada día.

A mis hermanos que día a día estuvieron conmigo.

A cada uno de mis médicos de base y maestros por todo lo que me enseñaron.

A todos mis compañeros residentes por todo lo que aprendí de ellos.

Al Dr. Valdivia porque sin su apoyo esto no hubiera sido posible. Dios lo bendiga siempre.

A las Dras. Hortensia y Martha por su importante colaboración.

A todas las personas que de una u otra manera me ayudaron para poder lograr mi sueño.

DEDICATORIA

A Richard y Bryan con todo mi amor.

RESUMEN

Titulo. Barreras de acceso de los servicios de salud para la realización del papanicolaou en mujeres de 25 a 59 años adscritas a las unidades de medicina familiar de la delegación Aguascalientes del IMSS.

Introducción. El acceso a la prueba del papanicolaou depende principalmente de factores propios de la población, la organización y otorgamiento de los servicios de salud y las relaciones entre ellos. Es uno de los principales problemas de salud de la mujer mexicana su prevención y atención médica integral es prioridad institucional.

Objetivo. Caracterizar las barreras de acceso de los servicios de salud para la realización del Papanicolaou en las mujeres de 25 a 59 años adscritas a las unidades de Medicina Familiar de la delegación Aguascalientes del IMSS.

Material y métodos. Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal simple con muestreo probabilístico aleatorio en mujeres derechohabientes de las 5 unidades de Medicina Familiar del IMSS Aguascalientes, con un universo de 157008, y una muestra de 166 pacientes. Se identificaron barreras de acceso de los servicios de salud para la realización del Papanicolaou.

Resultados. Los factores de riesgo para cáncer cérvico uterino encontrados fueron: multiparidad en 7 de cada 10 mujeres, desconocimiento de infección de transmisión sexual de la pareja en un 79%, uso de hormonales orales por más de 5 años en 3 de cada 10 mujeres, infección de transmisión sexual en un 25%, tabaquismo en 2 de cada 10 mujeres. El 76% de las mujeres fueron citadas cada 6 meses para su seguimiento. El 99% de las mujeres mayores de 35 años se ha realizado el Papanicolaou, 7 de cada 10 mujeres recibieron consulta en menos de 15 minutos, 2 de cada 10 mujeres no tenían control citológico, 9 de cada 10 médicos no informaron de alguna alteración en la prueba de papanicolaou.

Conclusiones. Los factores de riesgo para cáncer cérvico uterino en la población estudiada fueron en orden de frecuencia multiparidad, desconocimiento de infección de transmisión sexual de la pareja, anticoncepción con hormonales orales, infección de transmisión sexual y tabaquismo. El seguimiento de los casos con alguna alteración de la prueba de Papanicolaou fue adecuada de acuerdo a la normatividad vigente (guía de práctica clínica para cáncer cérvico uterino). Las mujeres a mayor edad, mayor interés de realizarse la prueba. La oportunidad en el diagnóstico citológico en nuestra delegación fue adecuada ya que en la población estudiada solamente 2 de cada 10 citologías reportaron muestra inadecuada comparado con otros estudios donde las muestras inadecuadas son mayores. Los obstáculos que se identificaron en la consulta médica fueron el tiempo insuficiente para la atención integral, la falta de información respecto a la promoción de la detección y la deficiente información del reporte de Papanicolaou a la paciente, así como el envío a un segundo nivel de atención (colposcopia).

Palabras clave: Barreras de acceso, Servicios de salud, Papanicolaou.

ÍNDICE DEL CONTENIDO

Agradecimientos.....	iv
Dedicatoria.....	v
Resumen.....	vi
Índice de contenido.....	vii
Introducción.....	1
Planteamiento del Problema.....	2
Antecedentes Científicos.....	8
Marco Teórico y Conceptual.....	15
Justificación.....	27
Objetivos.....	28
Material y Métodos.....	29
Tipo de estudio.....	29
Universo de Trabajo.....	29
Unidad de Observación.....	29
Población Blanco.....	29
Unidad de Análisis.....	29
Criterios de Selección.....	29
Muestreo.....	30
Plan de recolección de la información.....	31
Definición de Variables.....	32
Logística.....	33
Plan de Análisis.....	34
Prueba Piloto.....	34
Consideraciones Éticas.....	35
Resultados.....	36
Discusión.....	63
Conclusiones.....	66
Recomendaciones.....	67
Anexo 1.Carta de consentimiento Informado.....	68
Anexo 2.Cronograma de Actividades.....	69
Anexo 3.Instrumento.....	70
Anexo 4.Operacionalización de las Variables.....	76
Bibliografía.....	88

INTRODUCCIÓN

El cáncer es una enfermedad crónico-degenerativa que constituye un importante problema de salud. En particular, el cáncer cervicouterino ocupa a nivel mundial el segundo lugar como neoplasia maligna y en México el primer lugar de mortalidad con una tasa de 52 muertes por cada 100,000 habitantes. Es uno de los principales problemas de salud de la mujer mexicana y su prevención y atención médica integral es una prioridad institucional. (27)

El acceso a la prueba del papanicolaou depende principalmente de factores propios de la población, la organización y otorgamiento de los servicios de salud y las relaciones entre ellos, las barreras de acceso de los servicios de salud para la realización del papanicolaou son principalmente la identificación adecuada de la población en riesgo, el seguimiento de los casos, el diagnóstico citológico oportuno, así como la notificación de resultados oportunamente, en el caso de citologías previas o ser la primera detección y los diferentes obstáculos que puede tener la paciente para recibir atención médica tales como falta de disponibilidad de servicios de salud, largos tiempos de espera para consulta o pruebas diagnósticas. Influyendo también la falta de información, el bajo nivel educativo y económico, creencias y tabúes en torno a la enfermedad, entre otros factores más, que pueden llevar a las mujeres a postergar la búsqueda de atención. (38,16)

Entre los factores más importantes que pueden influir para la realización del papanicolaou interviene también la disponibilidad a la información que puede tener la paciente sobre esta prueba de tamizaje por lo que la intervención médica es sumamente importante, así como los patrones culturales de las pacientes. (16)

A partir del 2002 el programa preventivo de detección oportuna de cáncer cervical dejó de tener carácter vertical al incorporarse las acciones a los programas de Salud de la Mujer y de la Adulta Mayor con la estrategia PREVENIMSS. Se logró un descenso de la tasa de la mortalidad causada por cáncer cervicouterino por 100 mil mujeres de 16.2 a 8.9 en 2005. (6)

Aún así en el ENSA 2000 refiere sólo el 32.4% de Papanicolaou en mujeres derechohabientes del IMSS en Aguascalientes. (7)

El propósito principal de ésta investigación fue la identificación de las barreras de acceso de los servicios de salud, para la realización del Papanicolaou determinando las posibles causas del porque no se realiza en un porcentaje mayor

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La población total de Aguascalientes en 2006 era de 1 150 000 habitantes. (1) Hasta junio del 2009, la población total del IMSS Aguascalientes era de 567 524 derechohabientes. De los cuales 269 908 pertenecían al sexo masculino y 297 616 al femenino, siendo 157 008 mujeres pertenecientes al grupo de edad entre 25 a 59 años representando el 27.66 % de la población total. (2)

El grupo de derechohabientes entre 20 y 59 años, pertenece en su mayoría a la población económicamente activa. Las actividades agropecuarias mantienen una participación mínima pues sólo el 2.5 % de la población ocupada en el 2000 se dedicaba a ellas. El 33% se desempeñaba en actividades industriales y el 61.8% en el comercio y los servicios. El 36.6% de los ocupados son mujeres, el 32.7% laboraban jornadas superiores a las 48 horas a la semana y sólo el 36.7 % indican obtener ingresos superiores a los 3 salarios mínimos. La tasa de analfabetismo es de 3.19% en la población menor de 50 años, y un 22% en la población mayor. La mitad de los jóvenes de 15 a 19 años han abandonado la escuela y el 14.92% de población mayor a los 15 años han cursado al menos un grado de educación superior. El 21.9% de los hogares es encabezado por una mujer, y el número de integrantes promedio es de 4.2 por familia. (3)

El grupo de edad que acude con más frecuencia a solicitar consulta a las Unidades de Medicina Familiar es el mayor de 60 años, con un promedio de visitas anuales de 3.5, y con tendencia al aumento. Seguido del grupo de mujeres entre 20 y 59 años solicitando un promedio de 3.3 consultas anuales, siendo la demanda en hombres de éste mismo grupo de edad de solamente 1.7 visitas por año. (4)

En el grupo de derechohabientes del IMSS las patologías más frecuentemente presentadas son infecciones respiratorias agudas, infecciones intestinales por otros organismos. Siendo infección de vías respiratorias altas, embarazo y planificación familiar, las principales causas de atención médica en el sexo femenino. Así como la participación en programas preventivos como PREVENIMSS. (5)

En el periodo de 1991 a 1995 se estableció que la prueba de detección (Papanicolaou cervical) se realizara cada año a partir del inicio de las relaciones sexuales en los servicios de medicina preventiva de las unidades de medicina familiar. Estableciendo una meta mensual del número de detecciones por realizar.

Durante el periodo de 1996 al 2000 se organizó el programa preventivo de detección oportuna de cáncer cervical como un programa vertical con mando único central y responsables en cada

delegación del IMSS. Se estableció que la prueba de Papanicolaou se realizara cada tres años, reforzándose programas de capacitación.

A partir del 2002 el programa preventivo de detección oportuna de cáncer cervical dejó de tener carácter vertical al incorporarse las acciones a los programas de Salud de la Mujer y de la Adulta Mayor de la estrategia PREVENIMSS. Se logró un descenso de la tasa de la mortalidad causada por cáncer cervicouterino por 100 mil mujeres de 16.2 a 8.9 en 2005. (6)

Aún así en el ENSA 2000 refiere sólo el 32.4% de Papanicolaou en mujeres derechohabientes del IMSS en Aguascalientes. (7)

La atención de la salud en México está dividida en tres grupos: el sector social que cubre aproximadamente el 53% de la población y que está financiado por la fuerza laboral, el estado y el empleador, un sector público o abierto que cubre el 33% de la población y que es financiado con fondos federales y estatales; y un sector privado que cubre el 5% de la población y que posee dos categorías la de los hospitales sin ánimo de lucro, y la de las instituciones con ánimo de lucro. La mayoría de los médicos pueden trabajar en cualquiera de los tres grupos, o en combinación. El 9% de la población mexicana, por extrema ignorancia, pobreza y aislamiento no posee acceso alguno, o sólo lo tiene mínimo, a la atención médica. (8)

El Instituto Mexicano del Seguro Social consciente de la importancia que tienen las acciones preventivas entre sus derechohabientes, cuenta con PREVENIMSS con programas de salud en la mujer y de la adulta mayor entre los cuales está el programa de prevención y control de Cáncer Cérvico-Uterino, como de salud reproductiva. (6)

El IMSS cuenta con las siguientes guías como son: Guía técnica programas integrados de salud mujeres de 20 a 59 años IMSS. Guía IMSS de referencia rápida prevención y diagnóstico oportuno de cáncer cervicouterino en el primer nivel de atención 2009. (9)

Guía IMSS Práctica clínica de prevención y detección oportuna de cáncer cervicouterino en el primer nivel de atención 2009. (10)

Norma Oficial Mexicana NOM 014-SSA2-1994. Para la prevención, detección, diagnóstico y tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cervicouterino. (11)

Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2002 para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual. (12) El IMSS en Aguascalientes está constituido por dos Hospitales Generales de Zona HGZ 1, y HGZ 2, así como 10 Unidades de Medicina Familiar, la UMAA, así como médicos especialistas en medicina familiar, ginecólogos, colposcopistas, personal de enfermería que participan en el programa de detección oportuna de cáncer cervicouterino.(2)

El uso de la computadora y los servicios de internet han proporcionado la sistematización de datos en forma electrónica favoreciendo la obtención de información confiable y permanente para la vigilancia de los procesos en la atención integral de pacientes.

La *Food and Drug Administration* (FDA) de los Estados Unidos ha aprobado Gardasil®, una vacuna altamente efectiva en la prevención de la infección por ciertos tipos de VPH. Se están realizando investigaciones de otra vacuna contra los VPH llamada Cervarix™. La vacunación completa puede reducir el número mundial de muertes por cáncer cervical en dos terceras partes. Se ha comprobado que las vacunas solo son efectivas si se administran antes de que la persona contraiga VPH. Los virus del papiloma humano (VPH) son un grupo de más de 100 virus. Ciertos tipos de VPH son la causa principal de cáncer cervical. Es importante tanto para las mujeres que se han vacunado como para quienes no lo han hecho que se sigan haciendo exámenes selectivos de detección de cáncer cervical. (13)

Se ha notificado una alta prevalencia del uso del Papanicolaou entre las mujeres jóvenes de los países desarrollados y baja en los no industrializados, en México el porcentaje de Papanicolaou en mujeres en edad reproductiva no es elevado, siendo insuficiente en mujeres de alto riesgo. Tenemos un estudio de tamizaje importante para el diagnóstico de enfermedades de transmisión sexual sin embargo la cobertura de las mujeres que requieren éste estudio no está dentro de los objetivos del programa, existiendo una discrepancia entre el número de mujeres que se realizan el tamizaje y la población existente, además los estudios solicitados se realizan con la finalidad de prevención de cáncer cervicouterino sin tomarse en cuenta otras causas. (14)

Del total de las mujeres encuestadas por la ENSA 2000, el 39.2% refirieron realizarse la prueba en la SSA y el 26.5% en las unidades del IMSS. Los servicios privados realizaron el 18.2% de las pruebas por arriba de las instituciones públicas. Cuando se analiza la respuesta en la población de mujeres mayores de 20 años que refieren ser derechohabientes del IMSS, la prevalencia de la realización de la prueba de tamizaje con Papanicolaou fue de 32% del total de las mujeres derechohabientes encuestadas. Al interior de esta población, el uso de Papanicolaou difiere por edad siendo las mujeres de 40 a 49 años las que solicitan dicha detección con mayor frecuencia (45.5%) que el resto de las mujeres. Le siguen las mujeres de 50 a 59 años (39.4%) y las de 30 a 39 años (38.7%). En los grupos de mayores de 60 años la detección es menor al 30%, al igual que en el grupo de mujeres más jóvenes que sólo llegan al 22%. (7)

La gravedad y magnitud del problema de valorar adecuadamente al mayor número de mujeres no se resuelve con coberturas elevadas solamente, ya que es necesario garantizar que todas las fases del proceso de detección sean eficientes y de calidad. Un problema que determina que el impacto del problema de detección no sea tan exitoso es que una vez tomada la muestra de

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

endotelio cervical se realice el diagnóstico con precisión, y se proceda a su tratamiento, aquí radica la importancia del tamizaje evitando en lo posible las barreras a las que se enfrenta la paciente para su control adecuado. (7) No obstante que se ha incrementado la utilización de la prueba de Papanicolaou de 33% en el 2000, a 41.2% en el 2006 (15) el ENSA 2000 nos habla de cerca de un 40 % de las mujeres no recibe el resultado de su prueba, también es de suma gravedad que casi un 20% de los resultados reportados no reciban tratamiento. (7)

Se han relacionado tres factores relevantes que pueden influir en el acceso a la realización de Papanicolaou: la disponibilidad de información, la relación con los prestadores de servicios y patrones culturales de la interacción entre mujeres diagnosticadas y sus parejas.

La falta de información, bajo nivel educativo y económico, creencias y tabúes en torno del Papanicolaou, falta de la disponibilidad de servicios de salud, largos tiempos de espera para consulta o pruebas diagnósticas, entre otros factores más pueden llevar a las mujeres a postergar la búsqueda de atención. La falta de información se explica porque no es precisa ni concluyente. Respecto de la relación con los portadores de servicios, diversos estudios describen la falta de sensibilización, interés, preparación, actualización y destreza del personal de salud (en particular de los médicos). Así mismo las mujeres manifiestan desconfianza en los servicios de salud y pudor y miedo ante el personal de salud para la realización de tamizaje. (16)

El conocimiento disponible en estudios en IMSS Aguascalientes que demuestre que no obstante la información que tiene el médico familiar respecto a la importancia de la realización de la prueba de tamizaje, no es suficiente para incidir en la población e informar adecuadamente la importancia que tiene este estudio, y cuáles son las causas por las que teniendo ésta prueba para tamizaje de diversas patologías de transmisión sexual, el porcentaje de pruebas realizadas es muy bajo, dirigiéndose principalmente hacia la detección de cáncer cervicouterino, sin dar un manejo integral a todo el problema. Por lo que es vital identificar las barreras para la realización adecuada de ésta prueba.

Nigenda G. Caballero M. et al. Salud Pública México 2009, Vol. 51 (supl 2): 129-134. Barreras de acceso al diagnóstico temprano del cáncer de mama en el Distrito Federal y en Oaxaca: cuyo objetivo era identificar las barreras sociales, culturales y de los servicios de salud que impiden el acceso oportuno a la detección temprana del cáncer de mama en el DF. Y en Oaxaca. Se realizó un estudio transversal de corte cualitativo en 2008, entrevistando a mujeres mayores de 25 años sin la afección, y mujeres diagnosticadas y a sus parejas varones y directores de programas de cáncer de mama de diversas instituciones mediante instrumento de entrevista aprobado por la Comisión de Ética e Investigación del INSP. Identificando barreras de acceso a los servicios en disponibilidad de información para la población general; entrenamiento de los médicos generales y

ginecólogos de primer contacto y temores de la pareja y familia concluyendo que las barreras identificadas en los tres niveles muestran notorias diferencias en la difusión de información tanto a la población en general como a los proveedores de servicios de salud. (16)

Castro M. Londoño P. et al. Rev. Salud Pública Bogotá 2006, Vol. 8(3). Asistencia a citología del cuello uterino y sus determinantes en una población rural colombiana 1998-1999: Cuyos objetivos fueron determinar la prevalencia del uso de citología de cuello uterino e identificar los factores asociados con la asistencia a éste examen en mujeres de una población colombiana predominantemente rural. La hipótesis era que las mujeres residentes en las zonas rurales tenían menor probabilidad de tener éste examen. Se realizó un estudio analítico de corte transversal en 211 mujeres mayores de 16 años y con vida sexual activa. Se calcularon razones de prevalencia. La variable dependiente fue el antecedente de asistencia a citología. Se recolectaron características socio demográficas, clínicas, familiares y de hábitos. Entre los resultados se encontró que la prevalencia de la asistencia previa a citología fue 67.3%, a mayor edad de la mujer aumentaba la probabilidad de tener una citología anterior. Las pacientes con uso de métodos de planificación familiar que requerían control tenían 2.1 veces mayor probabilidad de haber acudido a una citología, la residencia rural también fue un factor que determinó su utilización. Concluyendo que el hecho de vivir en una población rural está asociado a una menor oportunidad de la mujer para acceder al examen citológico. (25)

Giraud N. Discacciati V. et al. Archivos de Medicina Familiar y General 2006; Vol. 3(2). Barreras para el rastreo de cáncer de cuello uterino en la ciudad de Buenos Aires. Cuyo objetivo era identificar las barreras que afectan el acceso al rastreo de cáncer cervicouterino en usuarias del sistema público de la ciudad de Buenos Aires. Se realizó un estudio cualitativo basado en entrevistas grupales e individuales con participación de 73 mujeres de 15 a 65 años de edad, representantes de las sociedades científicas, responsables del sistema de salud público.

Se identificó desinformación sobre el funcionamiento del sistema de salud, ausencia de políticas preventivas sistemáticas falta de organización dentro del sistema de salud; desinformación o información errónea entre las mujeres acerca de las características del cáncer cervicouterino y la utilidad del papanicolaou; barreras administrativas y obstáculos relacionados con las acciones del médico en sí: falta de explicación por parte de los profesionales acerca del Papanicolaou, poco cuidado con la exposición del cuerpo, falta de privacidad e intromisión a la intimidad.

Concluyendo que educar e informar a la población, cuidar y respetar la exposición del cuerpo y establecer una política sanitaria clara son aspectos fundamentales a la hora de implementar acciones preventivas. (20)

Mediante la realización de ésta investigación se pretenden identificar a las barreras a las que se enfrentan las pacientes para el acceso a la realización del Papanicolaou, identificando a las pacientes que acuden a consulta externa de medicina familiar y no se realizan el tamizaje, así

como la valoración de las acciones realizadas en las pacientes que si se han realizado el tamizaje, valorando que diagnostico tienen y que manejo se les dio a pacientes del IMSS Aguascalientes.

Barreras de acceso a los servicios de salud: el conjunto de factores tanto internos como externos que actúan como barreras y dificultan que las personas dispongan de una atención de una atención sanitaria adecuada. (18)

Papanicolaou. La prueba de Papanicolaou (llamada también citología vaginal o frotis de Papanicolaou) es una forma de examinar las células que se recogen del cérvix (el extremo inferior, estrecho, del útero). El propósito principal de la prueba de Papanicolaou es detectar cambios anormales en las células que pueden surgir por causa de cáncer de cérvix o antes de que se presente el cáncer. Una prueba de Papanicolaou también puede mostrar afecciones no cancerosas como infección o inflamación. (19)

Pregunta de investigación.

¿Cuáles son las características de las barreras de acceso de los servicios de salud para la realización de Papanicolaou en mujeres de 25 a 59 años adscritas a las unidades de medicina familiar de la delegación Aguascalientes del IMSS?

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

Garza-Puga 2002. Nos refiere en un estudio realizado en Escobedo Nuevo León que las actividades educativas las realiza el personal de salud con el objeto de incrementar la cobertura de detección de lesiones precursoras y cáncer cervicouterino en los grupos de mayor riesgo, con relación a los factores y estilos de vida que contribuyen a la enfermedad y, sobre el conocimiento de técnicas y procedimientos disponibles para la detección oportuna con acciones concretas de educación y promoción mediante la participación activa en la planeación, ejecución y evaluación de las actividades de prevención; principalmente del personal de enfermería y del médico familiar. (39) Es esencial que la educación esté dirigida especialmente a las mujeres para persuadirlas a aceptar la detección, asegurándose que la población femenina conozca la importancia de la prueba y la eficacia de los tratamientos recomendados.

La información debe ser proporcionada de acuerdo al entorno cultural local, con la participación de mujeres líderes en la comunidad, de los proveedores de servicios de salud, de grupos voluntarios y asociaciones civiles; así también, es necesaria la información a los hombres desde el inicio de su madurez sexual por su vinculación con los factores de riesgo, así como, para impulsar a su pareja a que acuda a la detección. (26)

Difundir que el cáncer cérvico uterino es la primer causa de muerte por tumores malignos en la mujer a partir de los 25 años, ya que en promedio mueren alrededor de 12 mujeres al día por este padecimiento y en el IMSS, se registra que, cuatro de cada 10 defunciones son por cáncer cervicouterino.

Esto cada día es más inaceptable debido a los conocimientos científicos y tecnológicos actuales, así como, de la historia natural de la enfermedad que permite una detección temprana de lesiones precancerosas y tratamiento curativo.

El programa para la vigilancia, prevención diagnóstico, tratamiento y control del cáncer cervicouterino tiene como objetivo disminuir la morbimortalidad en la población derechohabiente a través de la detección oportuna de las lesiones precursoras y del cáncer en etapas tempranas, teniendo como población blanco a toda mujer de entre 25 y 59 años.

En la actualidad el papanicolaou sigue siendo la intervención más adecuada para tamizar a la población. (40)

A continuación se refieren diversos estudios relacionados con barreras encontradas para la realización del papanicolaou:

Lazcano-Ponce y colaboradores en 1992, evaluaron los factores de riesgo reproductivo y cánceres cérvico uterino en la ciudad de México refiriendo que las mujeres que acuden al programa de detección oportuna de cáncer, en la ciudad de México tienen factores de riesgo reproductivos

importantes para padecerlo. Como son: Edad mayor a los 30 años, Inicio de vida sexual activa antes de los 14 años, multiparidad vaginal y menarca tardía. (41)

Salinas-Martínez y colaboradores en 1997, estudiaron la calidad de programa de detección oportuna de cáncer cérvico uterino en el estado de Nuevo León encontrando que la inasistencia o la asistencia tardía al programa de prevención y control del Cáncer Cérvico Uterino, las fallas en la calidad del estudio citológico de Papanicolaou y las deficiencias en la adherencia y calidad de la atención una vez detectada la enfermedad, o bien la demora en la entrega de resultados positivos por rezago en la lectura de laminillas son algunas de las posibles razones del retraso en el diagnóstico y el tratamiento oportunos de displasias y carcinomas cervicales en etapas tempranas con la consiguiente disminución de la probabilidad de curación y el aumento en la mortalidad en esta enfermedad. (42)

Castro M y col. Realizaron un estudio para valorar la asistencia a citología del cuello uterino y sus determinantes en una población rural colombiana entre 1998 y 1999 con el objetivo de establecer la prevalencia de uso de la citología del cuello uterino e identificar los factores que determinan la asistencia a este examen. Este estudio analítico de corte transversal se realizó en mujeres que participaron voluntariamente en el programa de prevención. Los criterios de inclusión de este estudio fueron tener más de 16 años de edad y vida sexual activa. Las variables dependientes fue el antecedente de asistencia a por lo menos un examen citológico de cuello uterino antes del estudio. Las variables independientes fueron edad actual, lugar de nacimiento, área de residencia, edad de la menarquía, edad del inicio de relaciones sexuales, número de compañeros sexuales, paridad, edad del primer parto, síntomas ginecológicos previos, antecedentes de cáncer en la familia, uso de método de planificación familiar y el antecedente de uso de tabaco o bebidas alcohólicas. Solo 67.3% de las mujeres informaron tener al menos un examen citológico anterior a su participación en este estudio, el análisis de las características citológicas muestra que a mayor edad de la mujer existía mayor probabilidad de asistencia previa al examen citológico; no obstante se observa que en las de 50 y más años esta probabilidad era 20% menor que en las del intervalo anterior. Las residentes en áreas rurales y las nacidas fuera del municipio de Mogotes tenían menor probabilidad puntuar de tener el examen, finalmente en base con estos hallazgos se recomendó el desplazamiento de equipos interdisciplinarios a los puestos de salud rurales como parte de los programas de tamizaje oficiales, al menos mientras se realicen ajustes necesarios para garantizar el acceso fácil, oportuno y permanente de quien vive en zonas lejanas de los hospitales locales para la realización temprana del tratamiento en la mujeres que lo necesite.(25)

Lazcano-Ponce y colaboradores en 1999, estudiaron los factores que determinan la participación en el tamizaje de cáncer cervical en el estado de Morelos identificando varios problemas

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

asociados con la eficiencia y efectividad del programa de DOC. En México las deficiencias se relacionan con la baja cobertura y calidad del servicio, la obtención de especímenes para realizar citología vaginal exfoliativa por técnica de Papanicolaou, es deficiente, los índices de diagnóstico de falsos negativos en centros de lectura de citología ginecológica son muy elevados. Las mujeres acuden a servicio para detección tardíamente y existe una cobertura baja del programa de DOC principalmente en áreas rurales. (14)

Coughlin S. y col. Realizaron un estudio con el objetivo de determinar la proporción de mujeres que no habían recibido una recomendación del proveedor de servicios de salud para obtener una prueba de Papanicolaou de acuerdo con varias características relacionando factores socioeconómicos y acceso a la atención en servicios de salud, recomendación del proveedor y un factor de refuerzo. En el año 2000 se identificaron a mujeres mayores de 18 años que no tenían antecedente de histerectomía identificando 13,636 mujeres que habían tenido una prueba de Papanicolaou durante los últimos 3 años, representando el 83.3%. Así como a 2,310 mujeres que no habían recibido la prueba, refiriendo que el médico no les dio la orden, o que no quisieron realizarla aunque no habían tenido ningún problema, ó que el costo había sido muy elevado ó por no contar con seguridad, que era muy embarazoso realizarse la prueba ó que no tenían médico. Entre las mujeres que habían tenido una visita médica el último año, pero que no habían tenido una prueba de Papanicolaou reciente se encontró que aproximadamente un 86.7% informó que su médico no había recomendado la prueba de Papanicolaou en el último año. El análisis multivariable concluyó que la recomendación del médico para la realización de la prueba contribuye a una realización de Papanicolaou para muchas mujeres elegibles por lo tanto las recomendaciones del médico podrían contribuir significativamente a un mayor cribaje de Papanicolaou en los Estados Unidos de América. (23)

Arillo-Santillan y colaboradores en el año 2000 estudiaron el conocimiento de profesionales de salud sobre la prevención de cáncer cervical, encontrando que las principales iniciativas desarrolladas, han sido la definición de estrategias de búsqueda y captación de mujeres de alto riesgo, la prestación de un servicio accesible, y aceptable para la toma de especímenes, la obtención de una elevada calidad en la toma de muestras, el diagnóstico y el tratamiento, el manejo apropiado de mujeres con anomalías detectadas y finalmente la realización de un monitoreo y una elevación continua del programa DOC, son las principales barreras a vencer con diferentes estrategias, para promover la participación de las mujeres en riesgo dentro de programas de tamizaje en Cáncer cérvico uterino.

Una de las principales alternativas determinadas oportunistas es la promoción de papanicolaou en los servicios de atención médica. Un elevado número de estudios han demostrado la importancia de los profesionales de la salud como predictores de la utilización de tamizaje.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Diversos autores señalan que el hecho, de que las mujeres en riesgo, acudan a un servicio de atención médica amplía la oportunidad de brindarles educación acerca de la prevención del cáncer cérvico uterino lo que a su vez influye de manera importante en su decisión de participar en el programa DOC, se esperaría que los profesionales de la salud que participan en los servicios de atención médica, tuvieran un elevado conocimiento sobre las premisas básicas, de la prevención del cáncer cervical.(40)

Juon-Seung y colaboradores estudiaron en 2003 los predictores de exámenes de Papanicolaou entre mujeres coreano-americanas encontrando que las estrategias para la educación sobre pautas de detección, junto con las referencias del médico deben ponerse en práctica así como programas culturalmente apropiados de educación sobre el cribado de cáncer cervical, que debe ser desarrollado en mujeres inmigrantes. (28)

Farfán-Muñoz y colaboradores en 2004, evaluaron los factores socioculturales en mujeres que no acuden a detección de cáncer cérvico uterino encontrando que la educación para la salud propicia la participación activa, reflexiva y entusiasta de la comunidad mediante un proceso educativo dirigido a mujeres, familia y población en general. Para que puedan tomar decisiones más responsables en cuanto a su cuidado. Estas actividades educativas las debe realizar el personal de salud incrementando la cobertura de detección de lesiones precursoras y cáncer cérvico uterino en los grupos de mayor riesgo con relación a los factores y estilos de vida que contribuyen a la enfermedad principalmente por el personal médico de las instituciones de salud y enfermería. (26)

Kwon H y col. Realizaron un estudio en mujeres vietnamitas que viven en los estados unidos ya que tienen una tasa de incidencia de cáncer cervical cinco veces mayor que la de las mujeres blancas. En 2004, el instituto nacional de cáncer colaboró con la American Vietnamita Medical Association (VAMA) llevando a cabo una evaluación con un cuestionario para los proveedores de atención médica evaluando la opinión profesional médica sobre el cáncer cervical, las barreras para la realización del Papanicolaou, pruebas de sangre en mujeres vietnamitas que viven en Estados Unidos de América y el nivel de educación de las pacientes necesarios para ayudar a motivar a las mujeres vietnamitas para recibir una prueba de Papanicolaou. Los encuestados sugirieron el siguiente enfoque para incrementar el cribado en las mujeres vietnamitas, aumentar la conciencia de la carga de cáncer cervical entre las vietnamitas y la disponibilidad de pruebas de Papanicolaou, así como educar a las mujeres sobre la importancia de prueba de Papanicolaou y la conducta de divulgación activa de educación sobre pruebas de Papanicolaou. Los encuestados sugirieron ofrecer a bajo costo, o sin costo exámenes de Papanicolaou, dar citas específicas a las mujeres para la prueba de Papanicolaou, traductores y trabajadoras del sector salud con el fin de reducir algunas de las barreras para la realización de Papanicolaou que las mujeres puedan

experimentar. Los encuestados recomiendan la difusión educativa de la prueba de Papanicolaou por medios de comunicación como radio, periódico y televisión para promover los beneficios del cribado. En general la mayoría de los encuestados consideran que aumentar la educación acerca de las pruebas de Papanicolaou fue la necesidad primaria y que los proveedores de salud necesitan pasar más tiempo explicando la importancia de las pruebas de Papanicolaou a las pacientes. (24)

Hidalgo-Martínez y colaboradores en 2006 estudiaron el porqué no funciona el programa nacional de detección oportuna de cáncer encontrando que las pacientes no han sido suficientemente informadas, acerca de los beneficios para su salud, otra variable puede ser que no tienen acceso a los centros de salud que lo proporcionan gratuitamente o que han tenido experiencias negativas con el médico u otro profesional de salud que los atendió, también hay que considerar la educación y la formación familiar que han recibido lo cual no les permite sopesar la importancia de esta prueba, dando prioridad a la salud de la familia sobre la propia, tienen miedo a la opinión o reacción de su pareja quien puede prohibirle que vaya al ginecólogo o el pudor de las mujeres principalmente en el área rural. El acceso a los servicios médicos, listas de espera y la recuperación de costos del tratamiento, son graves barreras para la realización del examen, si bien los exámenes de papanicolaou son gratuitos en la mayoría de los casos el diagnóstico confirmatorio y tratamiento posteriores pueden no serlo. (37)

Kahan E, El-Najir K. y colaboradores en 2006, estudiaron la percepción de barreras para realización de papanicolaou en los médicos de atención primaria en la prevención de cáncer y su control encontrando barreras en la educación del paciente además de la asignación específica de recursos así como la inadecuada difusión de directrices y una disminución en la accesibilidad de los servicios de salud con una educación deficiente en la población y escaso conocimiento de la enfermedad así como miedo al diagnóstico, incomodidad y vergüenza y otros obstáculos relacionados con el prestador de los servicios de salud, como la falta de comunicación, recomendaciones insistentes, inadecuada remisión de pacientes, falta de confianza con la paciente en el asesoramiento o examen y los altos costos.(22)

Soldan V y col. Realizaron un estudio para evaluar quienes se realizan la detección de Papanicolaou en zonas urbanas de Perú. En 6712 mujeres seleccionadas mediante una prueba randomizada entre las edades de 18 y 29 años provenientes de 20 ciudades donde fueron entrevistadas sobre si se habían realizado la prueba encontrando que solo el 30.9% habían tenido la prueba de Papanicolaou mediante un análisis multivariado con muchos predictores sobre si habían tenido una realización de Papanicolaou valorando inicio de vida sexual activa, haber tenido hijos, nivel educativo. Encontrando también variaciones como el acceso a los servicios de salud y el costo elevado, encontrando que en las mujeres peruanas jóvenes con vida sexual activa, no

existe la promoción adecuada para la realización de esta prueba por lo que existe menos cobertura en ellas. (29)

Toubbeh J. y col. En 2009 realizaron un estudio sobre los factores asociados con el cumplimiento e incumplimiento de la prueba de detección de cáncer cervical entre mujeres chinas, coreanas, vietnamitas y de Camboya, mayores de 18 años. Mediante un estudio seccional, la muestra considerada fue de 1049 mujeres. Encontrando a la educación significativamente asociada con la no realización del Papanicolaou por mujeres camboyanas. Así como el bajo ingreso económico fue un factor significativamente asociado en la no realización de papanicolaou en mujeres de China y Camboya. La falta de seguro médico determinó la no realización del cribado en todos los grupos étnicos. El hecho de haber vivido menos de 15 años en Estados Unidos, el estatus marital, el no hablar inglés, la falta de conocimientos, de transporte también influyeron en los cuatro grupos étnicos. Conclusión: El cumplimiento de las guías para la detección de la prueba de cáncer cervical de las mujeres asiático-americanas, puede verse fortalecida significativamente con la intervención temprana de programas educativos culturales y de lenguaje. (27)

Nigenda-Caballero y colaboradores estudiaron las barreras de acceso al diagnóstico de cáncer en 2009, refiriendo la falta de información, bajo nivel educativo y económico, creencias y tabúes en torno de la enfermedad, falta de disponibilidad de servicios de salud, largo tiempos de espera en consulta o pruebas diagnósticas, entre otros factores que pueden llevar a la mujeres a postergar la búsqueda de la atención. (16)

En el caso de la información, la insuficiencia y la falta de canales eficaces de difusión, han sido vinculados con el diagnóstico tardío, promoviendo promociones vagas y abstractas por parte de las mujeres y sus familias, respecto a la relación con los prestadores de servicio diversos estudios describen la falta de sensibilización, interés, preparación, actualización y destreza del personal de salud (en particular de los médicos así mismo las mujeres manifiestan desconfianza en los servicios de salud, pudor y miedo ante el médico.

La bibliografía ha mostrado además diferentes casos de barreras sociales y culturales que impiden el acceso de las pacientes al DOC algunos de ellos se relacionan con miedos y temores a sufrir, morir, abandonar a los hijos dejar de ser objeto de deseo del esposo.

Siendo la disponibilidad de información, la relación con los prestadores de servicios, y los patrones culturales, de las mujeres y sus parejas las principales barreras encontradas. (16)

Verisimo-Fernandez y colaboradores en 2009, evaluaron los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la prueba de papanicolaou en Brasil encontrando que el médico es la principal fuente de información sobre la prueba de papanicolaou. Siendo las mujeres con mayor escolaridad las que acudieron a realizarse la prueba encontrando que las principales barreras para la prueba de papanicolaou son la negligencia médica y la vergüenza por parte de las pacientes. (21)

El Consejo de cáncer Victoria en el 2010 refirió que la tasa de cribaje en Victoria Australia fue del 62,3% en 2008, refiriendo que un cerca de un tercio de las mujeres elegibles aun no se realizan el examen como es recomendado. Encontrando una amplia gama de barreras que impiden que las mujeres tengan una prueba de papanicolaou cada dos años como la falta de información y entendimiento acerca de la prueba, miedo a la prueba de papanicolaou o malas experiencias pasadas, falta de transporte y acceso a los servicios de salud, miedo a los resultados, cuestiones culturales y de idioma, vergüenza e incomodidad ante la prueba, olvidar cuando era su cita principalmente. (30)



MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

Respecto a los Servicios de Salud, se identifican diferentes “Barreras” a las que se debe atender para lograr la competencia en el entendimiento con el usuario, estas barreras se relacionan con la forma como dirigen y operan los servicios de salud. La aplicación de las competencias que se enuncian a continuación ayuda en la remoción de algunas de ellas.

La competencia Intercultural en Salud es la capacidad de establecer relaciones respetuosas, equitativas y sinérgicas en el ámbito de la salud, considerando contextos multiculturales, identificando la necesidad de una comunicación adecuada entre el prestador de servicios de salud, y el usuario. (44)

La competencia de la comunicación en los servicios de salud se concibe como un proceso estratégico para optimizar las acciones encaminadas a lograr una utilización racional de la oferta de servicios de salud, mejorar la eficiencia y efectividad de los programas dirigidos a la prevención de la enfermedad y promoción de la salud. Desde una perspectiva histórica, se ha observado un desplazamiento cualitativo en el pensamiento de la salud y la comunicación en salud, al menos conceptualmente, de un enfoque efectista, individualista y bio-médico hacia un enfoque en donde las culturas, las relaciones sociales y la participación activa de las personas directamente afectadas por el problema, se constituyen ahora en referentes esenciales para el diseño de programas de comunicación en salud que disminuyan las barreras de acceso a los servicios de salud.

Para alcanzar este propósito, la comunicación debe orientarse a fortalecer procesos locales que promuevan cambios en conocimientos, actitudes y prácticas en la población, fortaleciendo la capacidad de individuos y comunidades de incidir efectivamente sobre las determinantes de la salud. De esta forma, la comunicación va más allá de su utilidad instrumental, para constituirse en un proceso de carácter social que posibilita el reconocimiento, encuentro y diálogo de los diversos saberes, contribuyendo a consolidar la articulación entre los diferentes sectores sociales en torno a la salud, para generar procesos de cambio que mejoren las condiciones de bienestar de la población, evitando las barreras de acceso a los servicios de salud. (45)

Existe un amplio cuerpo de literatura sobre teorías de la comunicación que se enfocan en los factores estructurales, culturales, sociales y psicológicos que influyen la conducta y los diferentes determinantes que pueden generar cambios en los comportamientos. (45)

Según Paulo Freire, el pueblo posee un conocimiento práctico, vital, empírico que le ha permitido sobrevivir, interpretar, crear, producir y trabajar por siglos con medios directos naturales. Este conocimiento popular tiene su propia racionalidad y su propia estructura de causalidad que conviene empezar por tratar de entender en lo que tienen de propio y específico. En las comunidades existe una filosofía espontánea contenida en el lenguaje (como conjuntos de

conocimientos y conceptos), en el sentido común y en el sistema de creencias que, aunque es disperso a nivel general, tiene el valor para articular la práctica diaria.

Según lo expresado por Gumucio-Dagrón (Comunicación para la Salud: el reto de la participación), es importante que durante la implementación de estrategias para la comunicación en salud, el compromiso de las comunidades implique no sólo la participación de estas en todo el proceso de diagnóstico, planificación y ejecución de los programas, sino también su cooperación en el fortalecimiento de las organizaciones sociales que finalmente permita que la población se constituya como un interlocutor válido y con poder suficiente para convertirse en parte activa de las intervenciones.

En el área de la comunicación comunitaria también se destaca el modelo Precede de Green, conocido también como Precede-Procede. Este modelo supone una guía para la programación de las intervenciones en salud, realizando en primer lugar, un diagnóstico epidemiológico y social, tratando de identificar las necesidades prioritarias de salud en una comunidad. Después del diagnóstico de comportamiento, se identifica qué problemas son los que están relacionados con el comportamiento y los que no lo están. Con estos resultados se realiza un diagnóstico comunicativo distinguiendo los factores predisponentes en el individuo, los factores ambientales o de naturaleza que hacen posible el comportamiento y los factores de refuerzo. Este modelo está basado fundamentalmente en las conductas individuales de la salud y no en la modificación y condiciones sociales que determina la conducta. (45)

Entendiendo el acceso a servicios de salud como el "proceso mediante el cual puede lograrse que una necesidad de atención, bien sea por el deterioro en el estado de salud, un diagnóstico sobre el mismo o la promoción de su mejoramiento, se satisfaga completamente, se pueden distinguir tres dominios o alcances para su estudio: 1) estrecho, que comprende la búsqueda de atención y el inicio de ésta; 2) intermedio, que además de lo anterior, adiciona la continuación de la atención; 3) amplio, que agrega el deseo por la atención y por ende comprende el proceso en su conjunto completando esta concepción.

Aday y Andersen distinguen tres niveles de acceso que se relacionan a través de determinantes individuales, organizacionales y sociales: 1) Político: acciones planeadas y dirigidas por el Estado para mejorar el acceso a los servicios de salud. Muchas de las barreras que se presentan están asociadas con deficiencias institucionales del sistema, originadas por la falta de recursos, la mala asignación de los mismos, o como consecuencia de la definición del plan de beneficios y los procedimientos establecidos para hacer parte de la lista de beneficiarios; 2) Acceso potencial: interacción entre las características del sistema de salud y las del individuo, de la cual surgen barreras atribuidas a la oferta o sistema de prestación de servicios, que se presentan en la entrada, después del contacto inicial, y a la salida del sistema. Respecto a la demanda intervienen factores como predisposición, necesidad y habilidad de los agentes; y 3) Acceso real: relaciona

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

determinantes objetivos -cómo el sistema de salud resuelve las necesidades de los usuarios, y subjetivos de la utilización de servicios. (17)

Algunos conceptos teóricos que explican barreras para acceder a servicios médicos:

La importancia de la localización de los servicios ha sido contemplada, fundamentalmente, desde dos perspectivas complementarias. La primera, enfatiza la justicia social y territorial de su distribución y propone que los servicios debieran localizarse de acuerdo a las necesidades de los distintos grupos de población. La segunda perspectiva subraya la importancia que tienen los servicios para el desarrollo regional. A su vez, este segundo enfoque puede dividirse en dos corrientes principales. Por un lado, la que adopta las ideas y conceptos de la teoría de lugar central y trata de moldear los sistemas de asentamientos de acuerdo al ideal teórico, y, por el otro, los que, adoptando también la lógica de la teoría de lugar central, intentan identificar las localidades que mejor puedan satisfacer las necesidades regionales de bienes y servicios. La teoría de lugar central (TLC) fue elaborada por Walter Christaller a principios de los años treinta y modificada por August Lósch a fines de la misma década. Sin embargo, los elementos básicos de la TLC siguen vigentes y ofrecen una estructura analítica general que ha demostrado ser flexible y útil para los planificadores. Aunque las distintas aproximaciones teóricas pueden generar soluciones de localización diferentes, todas subrayan la importancia que tiene la accesibilidad de los servicios para que la población los utilice de la mejor manera. (46)

En términos de justicia, las diferencias de accesibilidad a los servicios de salud entre la población se pueden justificar de diversas maneras. Todo depende de la perspectiva filosófica y moral que se adopte. A continuación se revisan, brevemente, algunas de las más importantes teorías de justicia y se ofrecen ejemplos de su aplicación en el contexto de la justicia locacional. Estas teorías son: la utilitaria, la teoría contractual de John Rawls, la teoría libertaria de Robert Nozick y la teoría igualitaria. Una visión clara de las teorías de justicia es fundamental para la práctica de la planeación regional.

De acuerdo con la teoría utilitaria, una acción (o reglamento o institución) es justa si es eficiente y maximiza la utilidad agregada (total) de la población. Utilidad, en este contexto, es definida como satisfacción, bienestar y realización de las preferencias individuales. En términos de justicia locacional, esto significaría que la localización más justa de un servicio sería aquella que minimizara la suma de los recorridos que realizan todos los usuarios, sin importar las diferencias en la longitud de sus viajes. Es decir, las desigualdades en accesibilidad no serían relevantes, sólo la accesibilidad total. Esta perspectiva de justicia locacional es eminentemente eficiente pero podría generar importantes desigualdades individuales, sociales y regionales.

John Rawls entiende lo justo de manera distinta. Para él una acción, regla o institución es justa si maximiza los beneficios de los individuos y grupos de población más desprotegidos de la sociedad. La teoría de Rawls es positivamente discriminatoria porque propone tratar de manera especial a

algunos individuos o grupos (los que enfrentan mayores desventajas) sobre el resto. De esta manera se limitarían sistemáticamente las desigualdades sociales que se podrían generar si se siguiera el criterio de maximización de la utilidad total propuesta por la teoría utilitaria. Según Rawls, la localización de los servicios debería de privilegiar a los grupos con menor accesibilidad a los servicios y/o con mayor necesidad por el servicio. Es decir, se establece que ningún individuo o localidad debe de necesitar recorrer más de cierta distancia para acceder al servicio, y en función de esa restricción se evalúan las opciones de localización. (46)

A continuación se mencionan algunos de los principales conceptos encontrados en relación a las barreras de salud para la realización del Papanicolaou.

Barreras de acceso a los servicios de salud. Es el conjunto de factores tanto internos como externos que actúan como barreras y dificultan que las personas dispongan de una atención sanitaria adecuada. (18)

EL acceso a servicios de salud es el proceso mediante el cual puede lograrse que una necesidad de atención bien sea por el deterioro del estado de salud, un diagnóstico sobre el mismo o la promoción de su mejoramiento, se satisfaga completamente. (17)

El acceso se concibe como el proceso de interacción entre usuarios y servicios, con la finalidad de permitir que el individuo reciba. En otras palabras es la capacidad que tiene la población de buscar servicios de salud y obtener atención. El acceso depende de factores propios de la población, la organización y el otorgamiento de los servicios y las relaciones entre ellos. (16)

La prueba de Papanicolaou (llamada así en honor de George Papanicolaou, médico griego que fue pionero en citología y detección temprana de cáncer), también llamada citología de cérvix o citología vaginal, se realiza para diagnosticar el cáncer cérvico uterino, para conocer el estado funcional de las hormonas y para identificar las alteraciones inflamatorias a través del análisis de las células descamadas. Esta prueba es un examen citológico en el que se toman muestras de células epiteliales en la zona de transición del cuello uterino, en busca de anomalías celulares que orienten a (y no que diagnostiquen) la presencia de una posible neoplasia de cuello uterino. Es una forma de examinar las células que se recogen del cérvix (el extremo inferior, estrecho, del útero). El propósito principal de la prueba de Papanicolaou es detectar cambios anormales en las células que pueden surgir por causa de cáncer de cérvix o antes de que se presente el cáncer. Una prueba de Papanicolaou también puede mostrar afecciones no cancerosas de tipo infeccioso de transmisión sexual como trichomona, herpes tipo II, clamidia o inflamación. (19,31)

Entre las barreras de acceso para la realización del papanicolaou se encuentran barreras en los servicios de salud, como son: Identificación de la población en riesgo, seguimiento de los casos,

oportunidad en el diagnóstico citológico, oportunidad en la notificación de resultados, antecedente de citologías previas, obstáculos para recibir atención médica. (31)

Identificación de la población con perfil de riesgo

Se realiza identificando las características de riesgo para desarrollar cáncer cérvico uterino que se mencionan a continuación. La población objetivo es la mujer que acude a demandar atención a las unidades de salud, independientemente del motivo. (33)

Se denomina grupo o población de riesgo a aquellas personas que por características biológicas, física o sociales comunes estén más propensas a sufrir cáncer cérvico uterino o afecciones no cancerosas como infección o inflamación. (32)

La causa del cáncer cérvico-uterino es desconocida, pero su desarrollo parece estar relacionado con agresiones y lesiones múltiples al cérvix. Los factores de riesgo descritos en los diferentes estudios realizados a nivel mundial y en el país son la edad (30-50 años), edad al primer coito (15-17 años), cuadros frecuentes de infecciones de transmisión sexual, paridad (mayor de 5 partos), edad temprana al primer embarazo (menor de 15 años), cervicitis crónica, antecedentes de manipulación cervical, multiplicidad de parejas sexuales (5-6) y tabaquismo, los cuales están primordialmente vinculados a un bajo nivel socioeconómico y cultural, aunado a factores infecciosos locales, en particular el virus del papiloma humano (VPH) tipos 16,18,31, tricomoniasis, el virus del herpes tipo II. (33)

La evidencia demuestra que el inicio de las relaciones sexuales a edad temprana es un factor que aumenta el riesgo de cáncer cervicouterino, por lo que se recomienda informar a las adolescentes que deben evitar el inicio temprano de las relaciones sexuales (antes de los 18 años). En mujeres con múltiples parejas sexuales y enfermedades de transmisión sexual, es necesario ofrecer educación para el cuidado de la salud sexual. La evidencia demuestra que la presencia del virus del papiloma humano (VPH) oncogénico aumenta el riesgo de cáncer cérvico uterino. Las pacientes con inmunodeficiencia adquirida se consideran un grupo de riesgo para cáncer cérvico uterino, así como el tabaquismo. (35)

La Guía de Práctica Clínica IMSS para la prevención y detección oportuna de cáncer cérvico uterino 2009 refiere los siguientes factores de riesgo: Inicio de vida sexual antes de los 18 años. Múltiples parejas sexuales. Infección cervicovaginal por VPH. Tabaquismo. Infecciones de transmisión sexual Antecedente de pareja sexual masculina infectada por VPH. Mujeres menores de 30 años sin antecedente de control citológico. Deficiencia de ácido fólico. Mujeres inmunocomprometidas. Mujeres que utilizan anticonceptivos orales. (35)

Refiriéndose en el grupo de mujeres con bajo riesgo a aquellas en edad de 24-39 años, antecedente de enfermedades de transmisión sexual (herpes tipo II y clamidia), deficiencia de folatos y vitamina A, C y E. Tabaquismo positivo, uso de anticonceptivos hormonales por más de 5 años, inmunodeficiencia congénita o adquirida, inflamación cervical crónica resistente al tratamiento médico convencional. Bajo nivel socioeconómico. Baja escolaridad, menor a 4 años cursados. Encontrando en el grupo de mujeres con alto riesgo a aquellas en edad de 40 a 64 años, inicio temprano de las relaciones sexuales antes de los 18 años, múltiples parejas sexuales (de la mujer o de su pareja). Infección cervical por virus del Papiloma Humano. Nunca haberse practicado estudio citológico, y cursar con más de 35 años de edad. Primer embarazo antes de los 18 años, multiparidad mayor a 5 nacimientos (ya sea por partos o cesáreas). Y control citológico anormal. (34)

Seguimiento del caso

El registro del diagnóstico y seguimiento de los casos se realiza con el propósito de disponer de información periódica sobre las actividades de confirmación diagnóstica, de tratamiento a displasias y casos de cáncer, así como la evolución de las pacientes en tratamiento. Aportando información complementaria para la evaluación de las acciones de diagnóstico y tratamiento de las displasias y el cáncer cérvico uterino. Y se realiza mediante un reporte que cada clínica de displasias y de especialidad oncológica elabora y envía al nivel estatal lo correspondiente al seguimiento del caso por cada paciente con displasia y cáncer cérvico-uterino en control. El nivel estatal captura la información recibida, alimentando el registro nominal estatal y elabora y envía la información al nivel nacional. (33)

El médico tratante en la clínica de displasias o de especialidad llena los datos referentes al tratamiento y la evolución de la paciente, con base en el expediente clínico.

El formato que se utiliza es el "Registro nominal de displasias y cáncer cérvico-uterino" y es complementado por un block de hojas desprendibles, para facilitar su utilización y envío cada trimestre. En cada ocasión, se llena un formato en original y copia. Las copias se van pegando en forma consecutiva en la parte inferior del "Registro nominal de displasias y cáncer cérvico-uterino" para evitar su extravío y apoyar el análisis de la evolución del caso. (33)

Criterios de seguimiento y referencia:

A la paciente con reporte de citología cervical Clase III; moderada a severa, Clase IV y V, con apoyo de trabajo social para búsqueda de la paciente en su domicilio o lugar de trabajo. Las pacientes con citología cervical e infección de virus de papiloma humano se envían a una Clínica de Displasias en donde se lleva a cabo el estudio colposcópico. Las pacientes con resultado citológico de displasia (NIC: 2,3), se transfieren a una clínica de displasias para su estudio por

medio de colposcopia y cepillado endocervical, así como para su atención subsiguiente. En las mujeres con tumor visible del cuello no está indicada la citología cervical, se debe enviar inmediatamente a la clínica de displasia. En pacientes iniciales que ya tienen un diagnóstico de displasia o Cáncer. Las cuales fueron atendidas en Unidades Médicas diferentes a ISSEMYM del sector salud o privadas, se envían a la Clínica de Displasias correspondiente. La referencia a ginecología, se realiza en aquellos pacientes con falla o resistencia al tratamiento integral instituido por la presencia de erosión cervical con ectropión, la sospecha de infección por el virus del papiloma humano y los casos de SIDA, que deberán ser tratados inicialmente por la especialidad correspondiente. (34)

Criterios de Referencia Guía IMSS

Mujeres post-menopáusicas. Exploración ginecológica sospechosa de cáncer cervical. Sospecha o confirmación de cáncer cervical durante el embarazo. Referir a clínica de displasia o modulo de colposcopia con reporte citológico células escamosas atípicas de significancia desconocida (AUSCUS). Reporte citológico células escamosas atípicas, en quien una lesión de alto grado no puede ser excluida. Reporte citológico células glandulares atípicas (AGC) envió en un tiempo no mayor a 6 semanas. Reporte de lesiones escamosas intraepiteliales de bajo y alto grado. Reporte de algún tipo de célula cancerígena o de cualquier estirpe celular. Diagnóstico citológico de lesión escamosa intraepitelial de alto grado NIC II y/o displasia moderada, NIC III y/o displasia severa y Cáncer cérvico uterino in situ se refieren a clínica de colposcopia. Citología con cáncer cervical de nuevo diagnóstico se envía a clínica de displasias o colposcopia en menos de tres semanas. (35)

Oportunidad en el diagnóstico citológico.

La detección de factores de riesgo para cáncer cérvico uterino la realiza el personal médico o de enfermería. Durante la visita médica de mujeres de 25 a 59 años de edad al medio familiar, éste debe solicitar la cartilla de salud de la mujer e interrogar cuando se hizo la última detección. Si ya inició vida sexual activa, si tiene más de tres años sin detección, si tuvo su primera citología hace un año, o nunca se ha hecho el papanicolaou, e indicar que debe efectuarse la detección. En menores de 25 años, se realiza la detección por indicación médica o cuando tiene factores de riesgo importantes como inicio de vida sexual a edad temprana, infecciones de transmisión sexual frecuentes y paridad antes de los 18 años. Si no está menstruando, ni recibiendo tratamiento por infección cérvico vaginal explicar que se le tomara una muestra de células del cuello del útero y que las molestias no serán mayores a las de una revisión Ginecológica. Si está menstruando, recibiendo tratamiento con óvulos o cremas vaginales, debe citarla, anotando día y hora en la que deberá acudir a la detección. (36)

El estudio de citología cervical es el método diagnóstico de elección que permite el examen microscópico directo de las características de las células del epitelio del cérvix y del canal endocervical, utilizando una técnica de tinción conocida como técnica de Papanicolaou. Para la detección oportuna del cáncer del cuello del útero, el diagnóstico es emitido por el citotecnólogo o patólogo, incluye desde la ausencia de lesión, pasando por los cambios inflamatorios no patológicos y todo el espectro de displasias leve, moderada y severa. El cáncer in situ y el cáncer invasor. Es importante recalcar que cualquier hallazgo de patología sugestiva de cáncer cérvico uterino en la citología cervical debe ser confirmado mediante estudio colposcópico y biopsia dirigida. La citología cervical se deberá realizar cada tres años en aquellas mujeres con dos citologías previas anuales consecutivas con resultado negativo a infección por Virus del Papiloma Humano, displasias o cáncer; las mujeres que si presenten los problemas anteriores, serán objeto de seguimiento en una clínica de displasias, y cuando sean dadas de alta, reiniciarán la periodicidad anual. Las mujeres con resultados positivos a procesos inflamatorios inespecíficos deberán continuar con exámenes anuales hasta que haya dos resultados consecutivos negativos. Para la toma satisfactoria de la citología cervical es necesaria la observación directa del cuello uterino mediante el espejo vaginal, tomando una muestra suficiente del exocervix y endocervix previo consentimiento informado de la mujer, y que preferentemente no esté menstruando. (34)

El Colegio Americano de Gineco-Obstetras (ACOG) y la Federación Internacional de Gineco-Obstetras (FIGO), propusieron en 2001 el período en que se debiera de realizar el inicio de la detección oportuna con citología exfoliativa, así como el seguimiento de la misma de acuerdo al riesgo de cada mujer. Proponiéndolo de la siguiente manera: Detección inicial al inicio de vida sexual activa o los 18 años de edad. Mujeres de alto riesgo con citología negativa detección anual. Mujeres de bajo riesgo, después de tres citologías anuales, cada tres años. Mujer expuesta a derivados de estrógenos in útero iniciar a los 14 años, o con vida sexual activa cada 6 ó 12 meses. En pacientes post histerectomía por padecimiento benigno, cada tres años. En pacientes post tratamiento de Neoplasia Intraepitelial Cervical o cáncer invasor se realizará la prueba cada tres meses por dos años, cada 6 meses por tres años, y posteriormente cada año. La NOM. Propone dos citologías anuales negativas consecutivas, posteriormente cada tres años, en la institución se aplicará éste criterio. (34)

La Guía de Práctica clínica IMSS 2009, para prevención y detección de cáncer cérvico uterino refiere: La prueba de tamizaje de elección para cáncer cérvico uterino es la citología cervical, siendo ésta una alternativa aceptable. Se ha demostrado que para reducir la incidencia y mortalidad por cáncer cérvico uterino es necesario contar con un programa efectivo de prevención oportuna que incorpore un sistema de recordatorio y vigilancia que cubra el 80% de la población en riesgo. Algunos estudios han demostrado que iniciar un programa de detección a los 21 años es más costo-efectivo que a la edad de 18 años porque la tasa de incidencia de cáncer invasor en

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

mujeres jóvenes de 10 a 19 años es de 0/100 000 y de 1.7/100 000 en los grupos de 20 a 24 años. Sugiere realizar el tamizaje por primera vez dentro de los tres años posteriores a la primera relación sexual, o hasta los 21 años, cualquiera que ocurra primero. Evidencia que el tamizaje con citología cervical reduce la incidencia y la mortalidad de Cáncer Cérvico Uterino. La citología cervical se realizara anualmente hasta que se acumulen tres pruebas negativas, técnicamente satisfactorias; posteriormente se recomienda cada dos o tres años. Se recomienda que las mujeres que no se han realizado una citología cervical en más de 5 años deban realizarse la prueba anualmente hasta tres pruebas negativas técnicamente satisfactorias; posteriormente se recomienda cada 2 ó 3 años. La citología cervical ya no está indicada en pacientes mayores a 70 años con antecedente de tamizaje regular en un periodo de 10 años y con los últimos tres reportes negativos o en mujeres que no tienen un riesgo incrementado de padecer cáncer cérvico uterino. Las mujeres con muestra citológica inadecuada para el diagnóstico, deberán ser localizadas en un lapso no mayor de 4 semanas para repetir la prueba. En mujeres con edad mayor a 70 años con antecedente de exposición a enfermedades de transmisión sexual, y VPH, lesiones de alto grado y cáncer cérvico uterino, continuara la citología cervical anual. La evidencia de citología de base liquida comparada contra citología cervical tradicional tiene mayor sensibilidad para identificar lesiones intraepiteliales escamosas y glandulares con evidencia en un estudio de metanálisis que forma una sensibilidad del 80% para la citología de base liquida y un 72% para las pruebas de citología convencional.(35)

Oportunidad en la notificación de resultados

Los resultados del estudio citológico por lo general están listos para regresar con el personal de salud que tomó la muestra, en promedio de una o dos semanas. El proceso completo de detección citológica oportuna incluye la valoración del resultado de citología cervical por personal de salud calificado y la información de éstos y sus implicaciones e inicio de las intervenciones terapéuticas o de referencia correspondientes; el proceso debe completarse en un lapso no mayor a 30 días a partir de la toma de la muestra inicial para la citología.

Para evitar falsos positivos o negativos en el resultado de la citología cervical La mujer no debe someterse a la toma de muestra durante los días en los que presenta sangrado menstrual preferentemente y tampoco debe tener relaciones sexuales durante las 24.00 hrs. previas a la toma de la muestra, en caso de estar utilizando tratamientos cervicales tópicos (óvulos), éstos deben suspenderse durante una semana previa a la toma de muestra.

El embarazo no es una contraindicación para la citología cervical, sin embargo es muy importante que se registre la presencia de gestación y preferentemente se detalle el tiempo de embarazo y cualquier otra información de importancia clínica en la solicitud del estudio que acompañará a la muestra de laboratorio. En la embarazada solo se realiza la toma de muestra de exocervix, nunca

la de cepillo colector del endocérvix. Es importante recordar que en los casos de histerectomía parcial o total, las pacientes deberán continuar con su vigilancia y control a través de la toma de Citologías Vaginales o Papanicolaou. (34)

Reporte del resultado de la citología cervical.

Una vez en el laboratorio, la muestra se somete a tinción y es revisada al microscopio por personal técnico y/o profesional (citotecnólogo o médico citólogo o citopatólogo), capacitado y calificado para identificar células anormales.

El resultado del estudio citológico es descriptivo, y cuando George Papanicolaou en 1941 propuso por primera vez la evaluación citológica de células obtenidas del cérvix y vagina, como método para detectar cáncer cervical y sus precursores y en 1950 se universalizó para los estudios de citología cervical, también desarrolló el sistema de clasificación de los hallazgos de acuerdo con lo que se conocía en ese momento sobre las alteraciones celulares, categorizándolos en cinco clases: Clase I: Negativo a anomalías celulares. (Normal) Clase II: Negativo a cambios celulares sugestivos de neoplasia, con cambios sugestivos de inflamación inespecífica. (Metaplasia). Clase III: Sospechoso por la presencia de cambios celulares atípicos no concluyentes de neoplasia. (Displasia leve NIC I, displasia moderada NIC 2, displasia grave NIC 3). Clase IV: Altamente sospechoso de Carcinoma cervical. (Carcinoma in situ). Clase V: Carcinoma invasor del cérvix.

También se pueden encontrar: imagen del virus del papiloma humano, imagen del virus del herpes, trichomona, bacterias, hongos, otras alteraciones que asociadas a Clase II, deberán ser referidas a clínica de displasia y/o especialidad médica. A nivel internacional se ha tratado de estandarizar el resultado de la citología con el sistema propuesto con Bethesda, debido a que parece obtener mejores resultados de detección oportuna que con las demás clasificaciones. (34)

El resultado histopatológico es informado de la siguiente manera: Negativo a cáncer, Negativo con proceso inflamatorio, Displasia leve (NICI), Displasia moderada (NICII), Displasia Grave (NICIII) In Situ (NIC III), Microinvasor, Invasor, Adenocarcinoma, Maligno no especificado.

Hallazgos Adicionales: Hallazgos del virus del papiloma, Imagen del virus del Herpes, Tricomonas, Bacterias, Hongos.

Conducta de acuerdo con el resultado citológico:

Muestra inadecuada para diagnóstico: El médico debe coordinarse con trabajo social para la búsqueda de la mujer e invitarla a que se repita la toma de muestra en la brevedad posible. Si en dos ocasiones consecutivas se tiene el mismo reporte, el médico familiar debe tomar nuevamente la muestra y valorar la referencia a la clínica de colposcopia (una proporción importante de muestras inadecuadas se debe a la presencia de cambios neoplásicos del cérvix). Negativo a

cáncer o negativo con proceso inflamatorio sin otros datos patológicos. Si es la primera vez que se hace la detección, anotar en la cartilla, cita en un año e informar a la mujer cuando debe repetir la detección.

Si es subsecuente con resultado negativo, anote en la cartilla cita en tres años, insista en que es necesario hacerse la detección cada tres años para no correr el riesgo. Negativo con proceso inflamatorio y presencia de bacterias y hongos. Dar tratamiento a la mujer para cervicovaginitis y repetir el estudio dos meses después. Citología cervical anormal. Infección por el virus del papiloma humano, displasia leve, moderada, grave (cáncer in situ), cáncer invasor, carcinoma de células escamosas Adenocarcinoma y otros tumores malignos no especificados. En coordinación con trabajo social se localiza a la paciente, en cuanto se recibe el resultado, procurando que no pasen más de dos días. Se le informa el resultado sin alarmarla comunicándole que su resultado fue anormal, y enviándose a colposcopia. Si la mujer tiene otra unidad de adscripción comunicarse al servicio de medicina preventiva de la unidad y entregar copia del resultado citológico, para valoración por médico familiar. Anotar en la clave UP17 en el formato RAIS la detección sospechosa. (36)

Antecedente de citologías previas.

Para que la citología cervical, como prueba de tamizaje, cumpla la función de detección y tratamiento oportuno de las lesiones cervicales, ésta debe realizarse periódicamente. Las mujeres sanas entre 25 y 59 años, a quienes nunca se les haya practicado el estudio, independientemente de su actividad sexual o núbil; deben ser sometidas a tamizaje durante 2 años consecutivos; si ambas citologías resultan negativas para lesiones neoplásicas del cérvix o para infección por VPH, el estudio de tamizaje se podrá realizar cada tres años. Cualquier mujer que suspenda los estudios por más de tres años, debe someterse a tamizaje durante 2 años consecutivos nuevamente, para garantizar la ausencia de lesiones en el epitelio cervical. Las mujeres con lesiones de bajo grado (displasia leve NIC 1) deberán someterse a exámenes anuales para conocer su evolución, y en las que se hayan demostrado lesiones de grado avanzado, deberán realizarse procedimientos de complementación diagnóstica como la colposcopia y la biopsia, para permitir las acciones de tratamiento y control. Debiendo ser referidas y/o atendidas en clínicas de displasia y/o segundo nivel de atención. (34)

Obstáculos para recibir atención médica

Entre los obstáculos para recibir atención médica es importante considerar la relación médico-paciente como elemento central que obstaculiza la atención médica. Para ello, el personal de salud podría utilizar un lenguaje claro y sin tecnicismos, buscando adaptarse a las características culturales de los usuarios; mantener una comunicación verbal, y tener una actitud y una expresión

que generen confianza. Se reconoce que este elemento juega un papel importante en la adhesión del paciente a los servicios y al cumplimiento con las prescripciones indicadas por el personal de salud.

Por otra parte, los motivos relacionados con la mala calidad como los tiempos de espera, y la falta de resultados positivos en salud, podrían ser el reflejo de problemas de carácter organizacional, como: a) la distribución de las cargas de trabajo; b) la insuficiencia de personal; c) la organización interna, y d) la asistencia de personal.

Finalmente, es evidente el traslape conceptual entre la accesibilidad y la calidad, ya que son elementos directamente relacionados con la atención médica. La falta de mejoría en el estado de servicios de salud parecería estar relacionada, en general, con dos aspectos: a) la supervisión y la capacitación del personal en el manejo clínico, y b) las variables intrínsecas a la población usuaria. Respecto al primer aspecto se puede señalar que, a pesar de la existencia de manuales y normas para el manejo clínico, la estandarización en el diagnóstico y en la atención sigue siendo deficiente en muchos sentidos. La falta de sistematización de mecanismos de supervisión de estos procesos de alguna manera contribuye al acceso a los servicios de salud. La capacitación del personal adscrito permanentemente, así como de los estudiantes, es importante, ya que en los servicios de salud es muy frecuente que la atención sea otorgada por los segundos y que, en ambos casos, se dé poca importancia al entrenamiento y a la estandarización, tanto en los aspectos de diagnóstico como de la atención misma. (43)

JUSTIFICACIÓN

Existen realmente pocos estudios relacionados a la caracterización de las barreras de acceso de los servicios de salud para la realización del papanicolaou en nuestro país, en donde la cobertura para gente joven realmente es insuficiente. Existe una discrepancia entre la cantidad de población femenina existente y el porcentaje de las mujeres que se realizan éste estudio. En la encuesta de ENSA 2000 se nos refiere que la prevalencia de la realización de la prueba de tamizaje con papanicolaou fue solo el 32% de la población derechohabiente del IMSS, siendo las mujeres entre 40 y 49 años las que más lo solicitan.

La importancia de éste estudio radicó en la caracterización de las barreras de los servicios de salud que existen para que las mujeres no se realicen éste estudio, siendo tan importante para la detección de enfermedades de transmisión sexual, y de tamizaje para el cáncer cérvico uterino. Además que la importancia de valorar adecuadamente a las pacientes no se resuelve solamente con coberturas a la mayor parte de la población, dado que es necesario garantizar que todas las fases del proceso de detección sean eficientes. ENSA 2000 nos refiere que aproximadamente el 40% de las pacientes que se realizan el papanicolaou, no recibe el resultado de su prueba, El objetivo de ésta investigación fue identificar qué etapa del proceso de la realización de éste estudio es preciso fortalecer.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General:

Caracterizar las barreras de acceso de los servicios de salud para la realización del Papanicolaou en las mujeres de 25 a 59 años adscritas a las unidades de Medicina Familiar de la delegación Aguascalientes del IMSS.

Objetivos específicos:

Identificar la población en riesgo para cáncer cérvico uterino en las mujeres de 25 a 59 años adscritas a las unidades de Medicina Familiar de la delegación Aguascalientes del IMSS.

Identificar el seguimiento de los casos de mujeres de 25 a 59 años adscritas a las unidades de Medicina Familiar de la delegación Aguascalientes del IMSS que se han realizado papanicolaou.

Identificar la oportunidad en el diagnóstico citológico en las mujeres de 25 a 59 años adscritas a las unidades de Medicina Familiar de la delegación Aguascalientes del IMSS.

Identificar obstáculos para recibir atención médica en las mujeres de 25 a 59 años adscritas a las unidades de Medicina Familiar de la delegación Aguascalientes del IMSS.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio.

El tipo de estudio fue observacional descriptivo transversal simple.

Universo de Trabajo.

Mujeres derechohabientes de 25-59 años de edad pertenecientes a las UMF urbanas de la delegación IMSS Aguascalientes.

Unidad de Observación.

Mujer derechohabiente de 25 a 59 años que acudió a consulta de Medicina Familiar.

Población Blanco.

Mujeres derechohabientes de 25 a 59 años usuarias de UMF 1, 7, 8 ,9 y 10 de la delegación IMSS Aguascalientes que acudieron a consulta de Medicina Familiar.

Unidad de Análisis.

Mujer derechohabiente de 25 a 59 años usuaria de UMF 1, 7, 8 ,9 y 10 de la delegación IMSS Aguascalientes que acudió a consulta de Medicina Familiar.

Criterios de selección.

Criterios de inclusión:

Mujeres entre 25 y 59 años de edad usuarias de las Unidades de Medicina Familiar 1, 7, 8, 9,10 de la delegación Aguascalientes que acudió a consulta de Medicina Familiar.

Mujeres con o sin vida sexual activa.

Criterios de no inclusión:

Pacientes menores de 25 años de edad y/o mayores de 59 años.

Mujeres derechohabientes que no aceptaron participar en la investigación.

Mujeres derechohabientes de unidades de medicina familiar diferentes a la 1, 7, 8, 9, y 10.

Criterios de exclusión:

Pacientes que no contestaron completamente el cuestionario

Muestreo:

Tipo de muestreo.

Las mujeres de 25 a 59 años fueron seleccionadas mediante el método probabilístico aleatorio simple.

Unidad Muestral.

Una paciente de 25 a 59 años adscrita al consultorio de Medicina Familiar a la unidad de adscripción.

Marco Muestral.

Se cuenta con un listado de mujeres de 25 a 59 años adscritas a los consultorios de Medicina Familiar de las unidades de Medicina Familiar de la delegación Aguascalientes del IMSS.

Tamaño de la Muestra.

El tamaño de la muestra se obtuvo para un estudio descriptivo usando muestras aleatorias simples donde:

El tamaño de la población de la que la muestra fue de 157008. La prevalencia esperada del factor de estudio fue del 50%, y el peor resultado aceptable fue del 40%, utilizando un nivel de confianza del 95% y un poder de 80%.

El tamaño de la muestra fue de 166 pacientes de los cuales se obtuvieron 33 pacientes de cada unidad de medicina familiar dentro del estudio.

PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se realizó entrevista semiestructurada a mujeres derechohabientes de 25 a 59 años usuarias de UMF 1, 7, 8 ,9 y 10 de la delegación IMSS Aguascalientes que acudieron a consulta de Medicina Familiar donde se identificaron barreras en los servicios de salud para la realización del papanicolaou mediante la identificación de la población en riesgo, el seguimiento de los casos, la oportunidad en el diagnóstico citológico, y en la identificación de obstáculos para recibir atención médica como tiempo insuficiente para consulta, citas con intervalo de tiempo alargado, y el incumplimiento de la guía técnica del IMSS.

Se observó en el reporte del papanicolaou los hallazgos encontrados por citólogo y los hallazgos encontrados en la exploración ginecológica durante la realización del papanicolaou.

Los instrumentos fueron realizados por expertos, considerando la normatividad vigente con relación a Guía técnica de los programas integrados de salud respecto al componente de detección de enfermedades, en este caso de Cáncer Cérvico Uterino y la guía clínica de práctica médica de Cáncer Cérvico Uterino.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

Las variables a estudiar fueron la identificación de la población en riesgo, seguimiento de los casos, oportunidad en el diagnóstico citológico, oportunidad en la notificación de resultados y obstáculos para recibir atención médica.

Barreras de acceso a los servicios de salud son el conjunto de factores tanto internos como externos que actúan como barreras y dificultan que las personas dispongan de una atención de una atención sanitaria adecuada.

Población en riesgo. Son aquellas mujeres que por sus características biológicas, físicas, o sociales comunes están más propensas a sufrir cáncer cérvico uterino o afecciones no cancerosas como infección, inflamación.

Seguimiento de los casos es el proceso mediante el cual se dispone de información periódica sobre las actividades de confirmación diagnóstica y tratamiento de displasias, cáncer, infección, como la evolución de las pacientes en tratamiento.

Oportunidad en el diagnóstico citológico es el reporte oportuno y adecuado de la realización de la prueba del Papanicolaou.

Obstáculos para recibir atención médica se refiere a la incapacidad para proporcionar la atención médica de calidad ya sea por factores humanos o de logística.

LOGÍSTICA

Para la realización de éste proyecto de investigación, se solicitó la autorización de los directivos de las unidades de medicina familiar del área urbana mediante un oficio por escrito especificando el número de folio del trabajo ya autorizado por el comité de investigación. Se invitó a las mujeres a participar en el estudio, explicándoles el propósito de la investigación objetivos y desarrollo de la misma, mostrando el instrumento de trabajo (entrevista) y se solicitó la autorización por medio del documento de consentimiento informado (ver anexo correspondiente). Se aplicó el instrumento previamente diseñado a 166 mujeres entre 25 y 59 años de edad adscritas a las unidades de medicina familiar 1, 7, 8, 9, y 10, del IMSS Aguascalientes que acudieron a recibir consulta Incluyendo a las mujeres que nunca se habían realizado el papanicolaou, y a las que al menos una vez en la vida se lo realizaron. Y se identificó en el reporte de papanicolaou los hallazgos clínicos encontrados durante la realización del mismo, así como los resultados citológicos reportados. El tiempo para la aplicación del instrumento fue de un mes.

PLAN DE ANÁLISIS

Se utilizó el programa computacional EPI INFO 6 para la captura procesamiento y análisis de los datos. Los datos obtenidos en el instrumento de trabajo de campo se capturaron y almacenaron en forma cotidiana con un proceso de captura-recaptura para validar la confiabilidad del proceso.

Análisis de datos.

En el nivel descriptivo para todas las variables se obtuvo distribución de valores absolutos y relativos (razones o porcentajes) con el fin de caracterizar al sujeto de estudio. Para las variables de tipo cuantitativo se obtendrá medidas de tendencia central (media aritmética o mediana según la distribución de las variables) y de dispersión (desviación estándar o centrales).

En el nivel analítico para ver discrepancias estadísticamente significativas en la distribución de las variables obtenidas en el sujeto de estudio se aplicó una prueba de χ^2 con un nivel de confianza del 95%.

PRUEBA PILOTO

Se realizó una prueba piloto para identificar problemas potenciales de la investigación, revisando y corrigiendo posibles desviaciones en los métodos y la logística de la recolección de datos antes de iniciar el trabajo de campo. Esta prueba se realizó en la UMF 6, aplicando el instrumento a 10 mujeres. Y se solicitó el reporte de papanicolaou para identificar los hallazgos clínicos y citológicos de éstas pacientes. Midiendo el tiempo necesario para la realización de éstas actividades.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se dio a los participantes la información precisa sobre el objetivo del estudio, mediante la carta de consentimiento informado, aclarando sus dudas respecto a su participación en el estudio.

Además se notificó a al participante la libertad de retirarse del estudio en cualquier momento si lo deseaba, y que se mantendría la confidencialidad de la información proporcionada. Para esta investigación se tomó en cuenta la Ley General de Salud vigente, última reforma 20/08/09; acorde a los artículos 96 y subsiguientes. Así como también la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, en sus principios básicos operacionales de autonomía, confidencialidad y anonimato. Además del Código de Núremberg en sus puntos de consentimiento, beneficio social, justificación de la investigación, evitando el sufrimiento físico y mental protegiendo al sujeto científicamente cualificado, y con la libertad de interrumpir su participación si le es conveniente, y estando informado de la posible terminación del estudio en cualquier momento.

RESULTADOS

La población en estudio fueron 166 mujeres, el promedio de edad fue de 39.5 años \pm 8.7 años, el 64 %. Estas pacientes están adscritas a las Unidades de Medicina Familiar No. 1, 7, 8, 9 y 10 del Instituto Mexicano del Seguro social en forma proporcional. 5 de cada 10 pacientes eran beneficiaria esposa y 3 de cada 10 aseguradas. El 66% de estas mujeres reciben su atención en el turno matutino. Con respecto a sus antecedentes ginecológicos, el promedio de inicio de actividad sexual fue a los 22 años \pm 3.7 años. Actualmente el promedio de vida sexual activa son 17 años \pm 8 años. 7 de cada 10 mujeres son multíparas, el promedio fue de 4 embarazos \pm 1.7, el promedio de partos fue de 3 \pm 1.6, 4 de cada 10 mujeres han tenido un aborto y 2 de cada 10 se les efectuó una cesárea.

Se encontró en esta muestra de mujeres factores de riesgo para Cáncer cérvico uterino: 2 de cada 10 mujeres admitieron tener 2 parejas sexuales, el 89 % de las mujeres negaron tener alguna vez infección por el virus de papiloma humano, sin embargo el 25% (42 mujeres) admitieron haber tenido alguna infección de transmisión sexual, la patología más frecuente fue tricomoniasis y candidiasis en un 10 y 9 % respectivamente. Otro factor estudiado fue la presencia de tabaquismo, se encontró que 2 de cada 10 mujeres fuman, no existió diferencia significativa en el número de cigarrillos que fumaban $p \geq 0.05$. El 79 % de las mujeres negaron que su pareja tuviera alguna infección por el virus de papiloma humano. 7 de cada 10 pacientes admitió haber tomado ácido fólico, con un 56% de un periodo de más de 6 meses. El 67% de las mujeres han ingerido anticonceptivos orales, con un 35.5% con un periodo de más de 5 años. 6 de cada 10 mujeres a utilizado varios tipos de anticonceptivos, solo el 14% la implantación de DIU y una de cada 10 el uso de preservativos.

Al indagar sobre antecedentes de detección de cáncer cérvico uterino para la prueba de Papanicolaou, el 99 % (104) de las mujeres con edad mayor de 35 años se han realizado la prueba. 3 de cada 10 mujeres se realizaron el tamizaje entre los 21 y 25 años de edad y 4 de cada 10 entre los 26 y 30 años de edad. Se encontró que la frecuencia en la realización de la prueba que 4 de cada 10 mujeres era cada 3 años, 2 de cada 10 no tenían control citológico, a más de 5 años. 5 de cada 10 mujeres se ha realizado el Papanicolaou en los últimos 3 años. Con respecto a la atención que estas mujeres han recibido de su Médico familiar se admitió que: 9 de cada 10 médicos no han informado de alguna alteración en la prueba de Papanicolaou y que solo a 17 pacientes el médico reportó alguna alteración, de las cuales solamente el 76% fue citada cada 6 meses para su seguimiento.

Se encontró que el 9% (15 mujeres de la muestra) no se han efectuado la prueba de Papanicolaou, y solo en el 80% de estas mujeres el Médico Familiar a dado la indicación de efectuarla. En el

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

16.9% de los casos la muestra de la prueba se ha reportado como inadecuada y en el 53% de los casos la prueba se repitió a más de 4 semanas. En 8 de cada 10 mujeres se reportó el resultado de la prueba en menos de 30 días.

Con respecto a la atención en la consulta de Medicina Familiar, 7 de cada 10 mujeres recibieron la atención en menos de 15 minutos. En el 100% de las citas el médico solicitó la cartilla de PREVENIMSS, en 7 de cada 10 mujeres se les cuestionó sobre la última vez en la realización de la prueba de Papanicolaou, en 6 de cada 10 no se interrogó inicio de vida sexual activa. En el 77% de los casos se indicó la necesidad de realizar la prueba de tamizaje. En 8 de cada 10 mujeres se han reportado diferentes resultados con respecto a la prueba realizada con anterioridad. De 17 casos con alguna alteración solamente 11 (67.4%) fueron enviadas al Servicio de Colposcopia. En 8 de cada 10 pacientes con alteración inflamatoria el Médico Familiar no instruyó a la paciente para repetir la prueba en menos de un año. En el 95% de los casos se prescribió tratamiento farmacológico en mujeres con alteración infecciosa. En 9 de cada 10 mujeres a las que se les dio tratamiento no se instruyó para la realización del Papanicolaou a los 2 meses de acuerdo a la normatividad vigente.

Al observar la prueba de Papanicolaou de las 166 mujeres se encontró que 4 de cada 10 mujeres se realizaron la prueba a 3 o más años. El 48.8% de las mujeres tenían algún tratamiento ginecológico. En el momento de la muestra 5 de cada paciente presenta flujo vaginal y en 6 de cada 10 cuello uterino de apariencia normal. 3 de cada 10 pacientes es derivada al Médico Familiar. Con respecto a las características cervicales en el 84% de las mujeres se encontró células endocervicales. En 9 de cada 10 mujeres el diagnóstico citológico fue negativo con proceso inflamatorio y en la misma proporción presencia de bacterias.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ESTATAL DE AGUASCALIENTES**

BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LA REALIZACION DE PAPANICOLAOU EN MUJERES DE 25 A 59 AÑOS, ADSCRITAS A LAS UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR DELEGACION AGUASCALIENTES DEL IMSS.

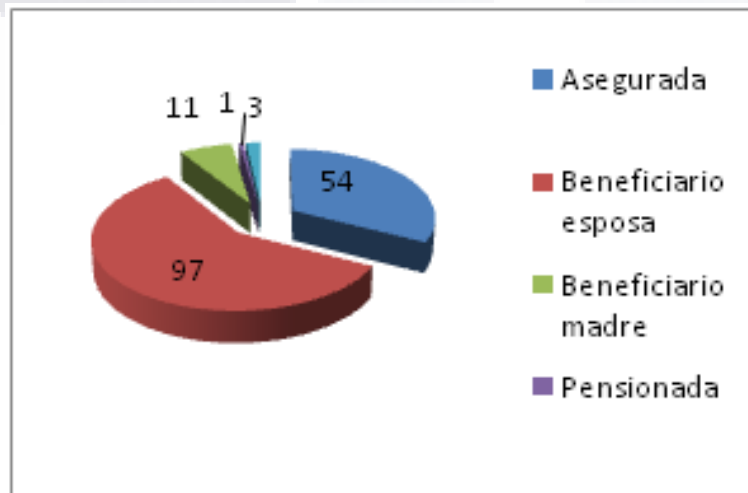
RESULTADOS

En el estudio participaron 166 pacientes adscritas en 5 UMF, 33 pacientes de la UMF 1, 33 de la UMF 7, 33 de la UMF 8, 33 de la UMF 9 y 34 de la UMF 10.

De estas pacientes 110 corresponden al turno matutino y 56 al turno vespertino.

TIPO DE ASEGURAMIENTO

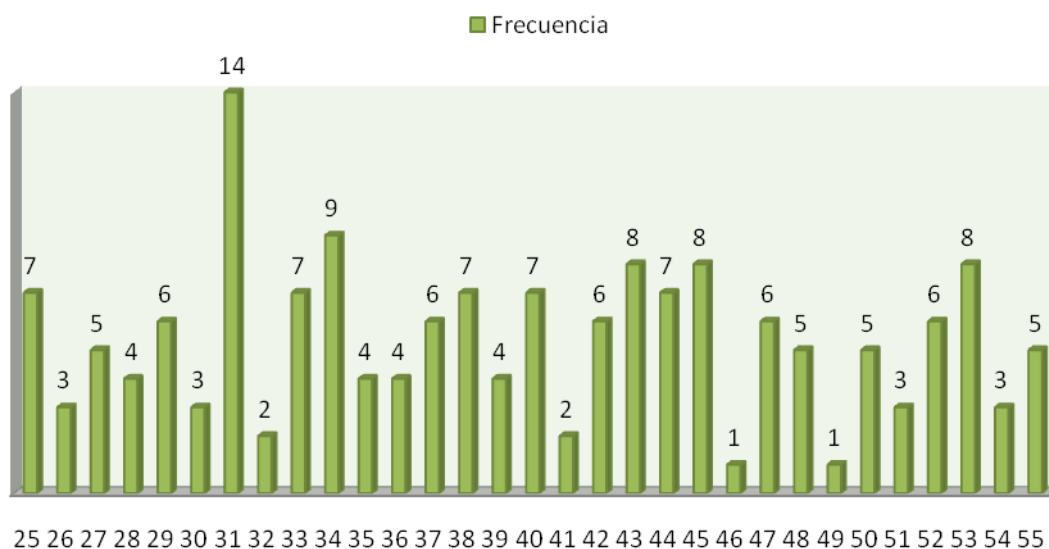
1.4.- TIPO DE ASEGURAMIENTO	Frecuencia	Fr	Porcentaje
ASEGURADA	54	0.325	32.5%
BENEFICIARIO ESPOSA	97	0.584	58.4%
BENEFICIARIO MADRE	11	0.066	6.6%
PENSIONADA	1	0.006	0.6%
ESPOSA PENSIONADO	3	0.018	1.8%
Total	166	1	100.0%



EDAD DE LAS PACIENTES

EDAD	Frecuencia	Fr	Porcentaje
25	7	0.042	4.20%
26	3	0.018	1.80%
27	5	0.030	3.00%
28	4	0.024	2.40%
29	6	0.036	3.60%
30	3	0.018	1.80%
31	14	0.084	8.40%
32	2	0.012	1.20%
33	7	0.042	4.20%
34	9	0.054	5.40%
35	4	0.024	2.40%
36	4	0.024	2.40%
37	6	0.036	3.60%
38	7	0.042	4.20%
39	4	0.024	2.40%
40	7	0.042	4.20%
41	2	0.012	1.20%
42	6	0.036	3.60%
43	8	0.048	4.80%
44	7	0.042	4.20%
45	8	0.048	4.80%
46	1	0.060	0.60%
47	6	0.036	3.60%
48	5	0.030	3.00%
49	1	0.006	0.60%
50	5	0.030	3.00%
51	3	0.180	1.80%
52	6	0.036	3.60%
53	8	0.048	4.80%
54	3	0.018	1.80%
55	5	0.030	3.00%
Total	166	1	100.00%

Edad de las pacientes

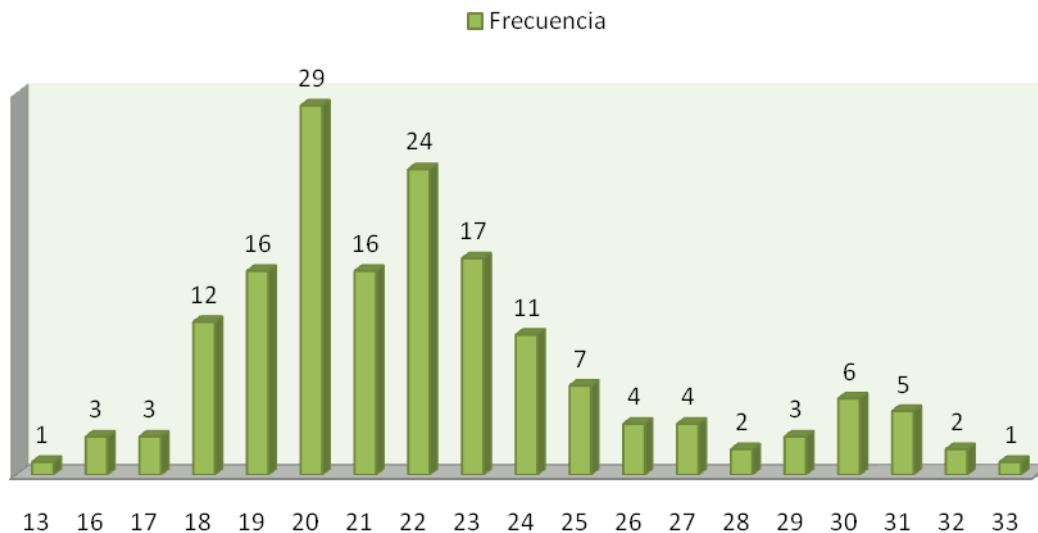


La edad promedio de las pacientes fue de 39.5 años, la edad más frecuente fue de 31, con una varianza de 76.7 y una desviación estándar de 8.7.

EDAD DE INICIO DE LA VIDA SEXUAL ACTIVA

EDAD IVSA	Frecuencia	Fr	Porcentaje
13	1	0.006	0.60%
16	3	0.018	1.80%
17	3	0.018	1.80%
18	12	0.072	7.20%
19	16	0.096	9.60%
20	29	0.175	17.50%
21	16	0.096	9.60%
22	24	0.145	14.50%
23	17	0.102	10.20%
24	11	0.066	6.60%
25	7	0.042	4.20%
26	4	0.024	2.40%
27	4	0.024	2.40%
28	2	0.012	1.20%
29	3	0.018	1.80%
30	6	0.036	3.60%
31	5	0.030	3.00%
32	2	0.012	1.20%
33	1	0.006	0.60%
Total	166		100.00%

EDAD IVSA

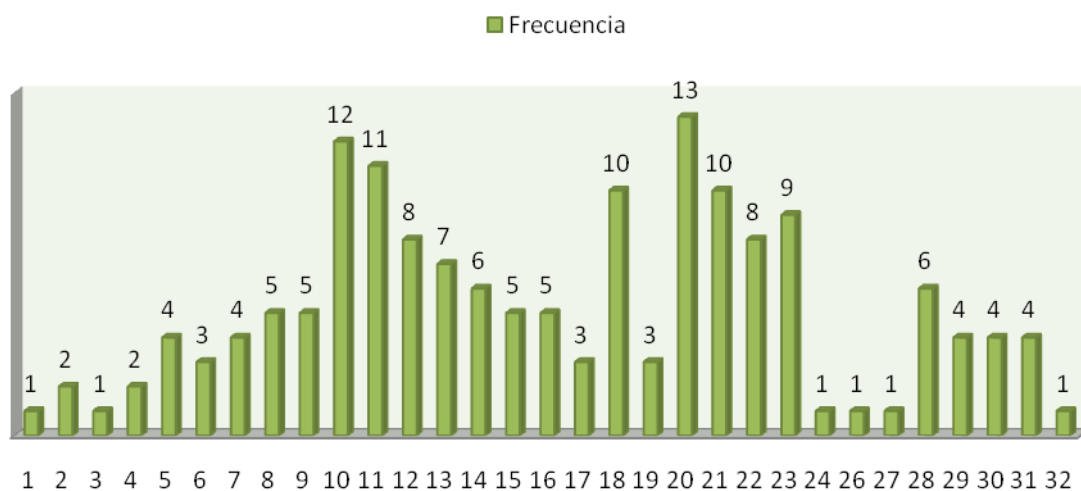


El rango de las edades del inicio de la vida sexual activa va de los 13 a los 33 años, en promedio el inicio de la vida sexual activa fue a los 22 años, la edad más frecuente fue 20 años, con una varianza de 14.17 y una desviación estándar de 3.7.

DURACION DE LA VIDA SEXUAL ACTIVA

DURACION IVSA	Frec.	Fr	Porcentaje
1	1	0.006	0.60%
2	2	0.012	1.20%
3	1	0.006	0.60%
4	2	0.012	1.20%
5	4	0.024	2.40%
6	3	0.018	1.80%
7	4	0.024	2.40%
8	5	0.030	3.00%
9	5	0.030	3.00%
10	12	0.072	7.20%
11	11	0.066	6.60%
12	8	0.048	4.80%
13	7	0.042	4.20%
14	6	0.036	3.60%
15	5	0.030	3.00%
16	5	0.030	3.00%
17	3	0.018	1.80%
18	10	0.060	6.00%
19	3	0.018	1.80%
20	13	0.078	7.80%
21	10	0.060	6.00%
22	8	0.048	4.80%
23	9	0.054	5.40%
24	1	0.060	0.60%
26	1	0.060	0.60%
27	1	0.060	0.60%
28	6	0.036	3.60%
29	4	0.024	2.40%
30	4	0.024	2.40%
31	4	0.024	2.40%
32	1	0.060	0.60%
33	2	0.012	1.20%
34	3	0.018	1.80%
35	1	0.060	0.60%
38	1	0.060	0.60%
Total	166	1	100.00%

Duración de la vida sexual activa



La duración de la vida sexual activa va de 1 a 32 años, la duración promedio es de 17 años, es más frecuente que la vida sexual activa dure 20 años, con una varianza de 65.8 y una desviación estándar de 8.1.

II.- ANTECEDENTES DE FACTORES DE RIESGO

2.3.- Numero de parejas sexuales.

2.3.- No. De parejas sexuales	Frecuencia	Fr	Porcentaje
1 PAREJA	135	0.813	81.3%
2 PAREJAS	31	0.187	18.7%
Total	166	1	100.0%

2.4.- ¿Usted ha tenido infección por virus del papiloma?

2.4.- ¿Usted ha tenido infección por virus del papiloma?	Frecuencia	Fr	Porcentaje
SI	16	0.096	9.6%
NO	149	0.898	89.8%
NO RECUERDA	1	0.006	0.6%
Total	166	1	100.0%

2.5.- ¿Usted ha tenido alguna infección de transmisión sexual?

2.5.- ¿Usted ha tenido alguna infección de transmisión sexual?	Frecuencia	Fr	Porcentaje
SI	42	0.253	25.3%
NO	117	0.705	70.5%
NO RECUERDA	7	0.042	4.2%
Total	166		100.0%

2.5.a.- ¿Qué tipo de infección ha tenido?

2.5.a.- ¿Qué tipo de infección ha tenido?	Frecuencia	Fr	Porcentaje
TRICHOMONA	17	0.102	10.2%
CANDIDIASIS	15	0.090	9.0%
CLAMIDIA	6	0.036	3.6%
OTRA	3	0.018	1.8%
NO RECUERDA	7	0.042	4.2%
NO APLICA	118	0.711	71.1%
Total	166	1	100.0%

2.6.- ¿Usted Fuma?

2.6.- ¿Usted Fuma?	Frecuencia	Fr	Porcentaje
SI	26	0.157	15.7%
NO	140	0.843	84.3%
Total	166	1	100.0%

2.6.a.- Número de cigarrillos fumados en 24 hrs.

2.6.a.- Número de cigarrillos fumados en 24 hrs.	Frecuencia	Fr	Porcentaje
DE 3 A 5	21	0.127	12.7%
DE 6 A 10	3	0.018	1.8%
DE 11 A 20	2	0.012	1.2%
NO APLICA	140	0.843	84.3%
Total	166	1	100.0%

2.7.- ¿Su esposo ha tenido infección por virus del papiloma?

2.7.- ¿Su esposo ha tenido infección por virus del papiloma?	Frecuencia	Fr	Porcentaje
SI	13	0.078	7.8%
NO	132	0.795	79.5%
NO RECUERDA	20	0.120	12.0%
NO APLICA	1	0.006	0.6%
Total	166	1	100.0%

2.8.- ¿Usted ha tomado ácido fólico?

2.8.- ¿Usted ha tomado ácido fólico?	Frecuencia	Fr	Porcentaje
SI	108	0.651	65.1%
NO	57	0.343	34.3%
NO RECUERDA	1	0.006	0.6%
Total	166	1	100.0%

2.8.a.- ¿Durante cuánto tiempo lo tomo?

2.8.a.- ¿Durante cuánto tiempo lo tomo?	Frecuencia	Fr	Porcentaje
MAS DE 6 MESES	93	0.560	56.0%
MENOS DE 6 MESES	19	0.114	11.4%
NO APLICA	54	0.325	32.5%
Total	166	1	100.0%

2.9.- ¿Usted ha tomado anticonceptivos orales?

2.9.- ¿Usted ha tomado anticonceptivos orales?	Frecuencia	Fr.	Porcentaje
SI	104	0.627	62.7%
NO	62	0.373	37.3%
Total	166	1	100.0%

2.9.a.- ¿Durante cuánto tiempo los tomó?

2.9.a.- ¿Durante cuánto tiempo los tomó?	Frecuencia	Fr	Porcentaje
MAS DE 5 AÑOS	59	0.355	35.5%
MENOS DE 5 AÑOS	51	0.307	30.7%
NO RECUERDA	2	0.012	1.2%
NO APLICA	54	0.325	32.5%
Total	166	1	100.0%

2.10.- ¿Qué método anticonceptivo uso?

2.10.- ¿Qué método anticonceptivo uso?	Frecuencia	Fr	Porcentaje
HORMONAS ORALES	3	0.018	1.8%
HORMONAS INYECTADAS	5	0.030	3.0%
PRESERVATIVO	17	0.102	10.2%
GEL	1	0.006	0.6%
DIU	24	0.145	14.5%
IMPLANTE	14	0.084	8.4%

VARIOS	97	0.584	58.4%
NINGUNO	5	0.030	3.0%
Total	166	1	100.0%

2.11.- Antecedentes de multiparidad

2.11.- Antecedentes de multiparidad	Frecuencia	Fr	Porcentaje
SI	51	0.307	30.7%
NO	115	0.693	69.3%
Total	166	1	100.0%

2.12.- ¿Se retiro su menstruación?

2.12.- ¿Se retiro su menstruación?	Frecuencia	Fr	Porcentaje
SI	32	0.193	19.3%
NO	134	0.807	80.7%
Total	166	1	100.0%

2.12.a.- ¿Hace cuanto tiempo?

2.12.a.- ¿Hace cuanto tiempo?	Frecuencia	Fr	Porcentaje
1 AÑO O MENOS	2	0.012	1.2%
HACE MAS DE UN AÑO	30	0.181	18.1%
NO APLICA	134	0.807	80.7%
Total	166	1	100.0%

III.- ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

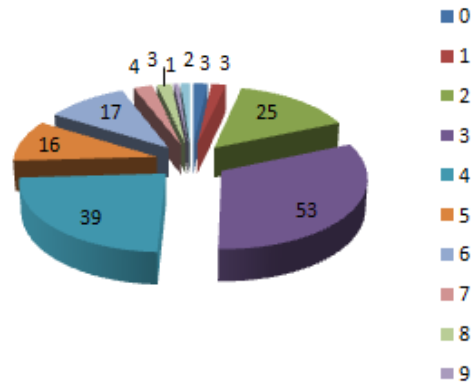
3.1.- IVSA

De las 166 pacientes, 165 tienen vida sexual activa y solamente 1 es inactiva sexualmente.

3.2.- Gesta

EMBARAZOS	Frec.	Fr	%
0	3	0.018	1.8%
1	3	0.018	1.8%
2	25	0.151	15.1%
3	53	0.319	31.9%
4	39	0.235	23.5%
5	16	0.096	9.6%
6	17	0.102	10.2%
7	4	0.024	2.4%
8	3	0.018	1.8%
9	1	0.006	0.6%
10	2	0.012	1.2%
Total	166	1	100.0%

Número de embarazos

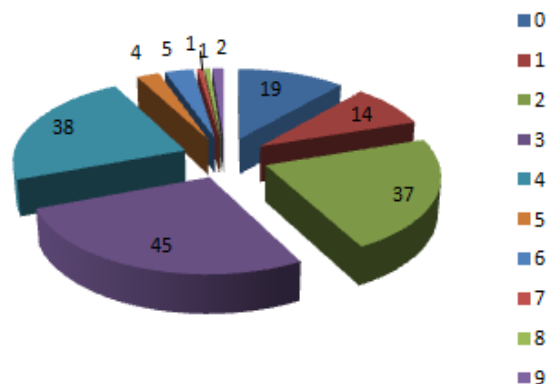


El número de embarazos va de 0 a 10, el promedio fue de 4, el número de embarazos que mas se repite es de 3, con una varianza de 2.9 y una desviación estándar de 1.7.

3.3.- Para

PARTOS	Frec.	Fr.	%
0	19	0.114	11.4%
1	14	0.084	8.4%
2	37	0.223	22.3%
3	45	0.271	27.1%
4	38	0.229	22.9%
5	4	0.024	2.4%
6	5	0.030	3.0%
7	1	0.006	0.6%
8	1	0.006	0.6%
9	2	0.012	1.2%
Total	166	1	100.0%

Número de partos

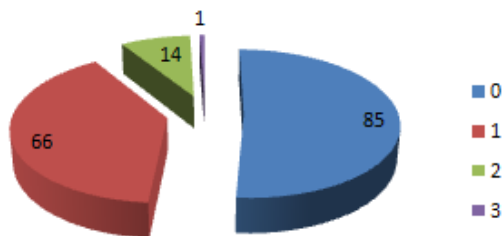


El número de partos va de 0 a 9, el promedio fue de 3, el número de partos que más se repite es de 3, con una varianza de 2.8 y una desviación estándar de 1.6.

3.4.- Abortos

ABORTOS	Frec.	Fr.	%
0	85	0.512	51.2%
1	66	0.398	39.8%
2	14	0.084	8.4%
3	1	0.006	0.6%
Total	166	1	100.0%

Abortos

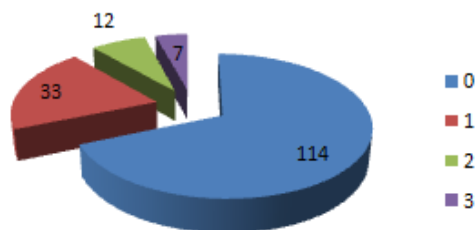


El número de abortos va de 0 a 9, el promedio fue de 0, el número de abortos que más se repite es de 0, con una varianza de .45 y una desviación estándar de .67.

3.5.- Cesáreas

CESAREAS	Frecuencia	Fr	Porcentaje
0	114	0.687	68.7%
1	33	0.199	19.9%
2	12	0.072	7.2%
3	7	0.042	4.2%
Total	166	1	100.0%

Numero de cesáreas



El número de cesáreas va de 0 a 3, el promedio fue de 0, el número de cesáreas que más se repite es de 0, con una varianza de .46 y una desviación estándar de .80.

IV.- ANTECEDENTES DE LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU

4.1.- Si es usted mayor de 35 años, ¿Se ha realizado el Papanicolaou?

4.1.- Si es usted mayor de 35 años, ¿Se ha realizado el Papanicolaou?	Frecuencia	Fr	Porcentaje
SI	104	0.627	62.7%
NO	1	0.006	0.6%
NO APLICA	61	0.367	36.7%
Total	166	1	100.0%

4.2.- ¿A qué edad se realizó su primer Papanicolaou?

4.2.- ¿A qué edad se realizó su primer Papanicolaou?	Frecuencia	Fr	Porcentaje
DE 15 A 20	2	0.012	1.2%
DE 21 A 25	51	0.307	30.7%
DE 26 A 30	72	0.434	43.4%
DE 31 O MAS	41	0.247	24.7%
Total	166	1	100.0%

4.3.- ¿Con que frecuencia se realiza su Papanicolaou?

4.3.- ¿Con que frecuencia se realiza su Papanicolaou?	Frecuencia	Fr	Porcentaje
CADA SEIS MESES	2	0.012	1.2%
ANUAL	36	0.217	21.7%
MAS DE UN AÑO	39	0.235	23.5%
CADA 3 AÑOS	60	0.361	36.1%
MAYOR A 5 AÑOS	1	0.006	0.6%
SIN CONTROL CITOLOGICO	28	0.169	16.9%
Total	166	1	100.0%

4.4.- ¿Cuántos Papanicolaou se ha hecho en los últimos 3 años?

¿Cuántos Papanicolaou se ha hecho en los últimos 3 años?	Frecuencia	Fr	Porcentaje
0	12	0.072	7.2%
1	92	0.554	55.4%
2	47	0.283	28.3%

3	14	0.084	8.4%
NO RECUERDA	1	0.006	0.6%
Total	166	1	100.0%

4.5.- ¿A usted le quitaron la matriz?

4.5.- ¿A usted le quitaron la matriz?	Frecuencia	Fr	Porcentaje
SI	13	0.078	7.8%
NO	151	0.910	91.0%
NO RECUERDA	2	0.012	1.2%
Total	166	1	100.0%

4.6.- Si a usted le quitaron la matriz, ¿Cada cuanto se realiza el Papanicolaou?

4.6.- Si a usted le quitaron la matriz, ¿Cada cuanto se realiza el Papanicolaou?	Frecuencia	Fr	Porcentaje
CADA SEIS MESES	5	0.030	3.0%
ANUAL	3	0.018	1.8%
MAS DE UN AÑO	1	0.006	0.6%
CADA 3 AÑOS	6	0.036	3.6%
NO APLICA	151	0.901	90.1%
Total	166	1	100.0%

4.7.- ¿Su médico le ha dicho que su Papanicolaou reporto cáncer o alteraciones?

4.7.- ¿Su médico le ha dicho que su Papanicolaou reporto cáncer o alteraciones?	Frecuencia	Fr	Porcentaje
SI	17	0.102	10.2%

NO	146	0.880	88.0%
NO APLICA	3	0.018	1.8%
Total	166	1	100.0%

4.8.-Si reporto alteración, ¿Cada cuándo su médico la cito para repetirle el Papanicolaou?

4.8.-Si reporto alteración, ¿Cada cuándo su médico la cito para repetirle el Papanicolaou?	Frecuencia	Fr	Porcentaje
CADA TRES MESES DURANTE DOS AÑOS	2	0.012	1.2%
CADA 6 MESES DURANTE 3 AÑOS	13	0.078	7.8%
CADA AÑO	2	0.012	1.2%
NO APLICA	149	0.897	89.7%
Total	166	1	100.0%

4.9.- Si no se ha hecho el Papanicolaou en 5 años, ¿Su médico le ha indicado hacérselo?

4.9.- Si no se ha hecho el Papanicolaou en 5 años, ¿Su médico le ha indicado hacérselo?	Frecuencia	Fr	Porcentaje
SI	12	0.072	7.2%
NO	3	0.018	1.8%
NO APLICA	151	0.910	91.0%
Total	166	1	100.0%

4.10.- ¿Alguna vez le han reportado Papanicolaou con muestra inadecuada?

4.10.- ¿Alguna vez le han reportado Papanicolaou con muestra inadecuada?	Frecuencia	Fr	Porcentaje
---	-------------------	-----------	-------------------

SI	28	0.169	16.9%
NO	120	0.723	72.3%
NO RECUERDA	1	0.006	0.6%
NO APLICA	17	0.102	10.2%
Total	166	1	100.0%

4.11.- ¿Al cuanto tiempo le repitieron el Papanicolaou?

4.11.- ¿Al cuanto tiempo le repitieron el Papanicolaou?	Frecuencia	Fr	Porcentaje
MAS DE 4 SEMANAS	17	0.102	10.2%
MENOS DE 4 SEMANAS	15	0.090	9.0%
NO RECUERDA	1	0.060	0.6%
NO APLICA	133	0.801	80.1%
Total	166	1	100.0%

4.12.- ¿Al cuanto tiempo le informaron el resultado de su Papanicolaou?

4.12.- ¿A cuánto tiempo le informaron el resultado de su Papanicolaou?	Frecuencia	Fr	Porcentaje
MAS DE 30 DIAS	22	0.133	13.3%
MENOS DE 30 DIAS	141	0.849	84.9%
NO RECUERDA	1	0.006	0.6%
NO APLICA	2	0.012	1.2%
Total	166	1	100.0%

4.13.- ¿Alguna vez ha extraviado sus resultados del Papanicolaou?

4.13.- ¿Alguna vez ha extraviado sus resultados del Papanicolaou?	Frecuencia	Fr	Porcentaje
SI	10	0.060	6.0%
NO	149	0.898	89.8%
NO RECUERDA	1	0.006	0.6%
NO APLICA	6	0.036	3.6%
Total	166	1	100.0%



V.- OBSTACULOS PARA RECIBIR ATENCION MEDICA

5.1.- ¿Cuánto tiempo tarda el médico en consultarla?

5.1.- ¿Cuánto tiempo tarda el médico en consultarla?	Frecuencia	Fr	Porcentaje
MENOS DE 15 MINUTOS	110	0.663	66.3%
MAS DE 15 MINUTOS	56	0.337	33.7%
Total	166	1	100.0%

5.2.- ¿Al cuánto tiempo le dieron su siguiente cita para entregarle los resultados del Papanicolaou?

5.2.- ¿Al cuánto tiempo le dieron su siguiente cita para entregarle los resultados del Papanicolaou?	Frecuencia	Fr	Porcentaje
MENOS DE 30 DIAS	163	0.982	98.2%
MAS DE 30 DIAS	2	0.012	1.2%
NO FUE CITADA	1	0.006	0.6%
Total	166	1	100.0%

5.3.- Al llegar al consultorio, ¿Su médico le solicito la cartilla de salud?

5.3.- Al llegar al consultorio, ¿Su médico le solicito la cartilla de salud?	Frecuencia	Fr	Porcentaje
SI	166	1	100.0%
Total	166	1	100.0%

5.4.- ¿El médico le preguntó cuándo fue su último Papanicolaou?

5.4.- ¿El médico le preguntó cuándo fue su último Papanicolaou?	Frecuencia	Fr	Porcentaje
SI	126	0.75	75.9%
NO	40	0.24	24.1%
Total	166	1	100.0%

5.5.- ¿El médico le preguntó a qué edad inició a tener relaciones sexuales?

5.5.- ¿El médico le preguntó a qué edad inició a tener relaciones sexuales?	Frecuencia	Fr	Porcentaje
SI	66	0.398	39.8%
NO	99	0.596	59.6%
NO RECUERDA	1	0.006	0.6%
Total	166	1	100.0%

5.6.- ¿El médico le indicó que requería un nuevo examen?

5.6.- ¿El médico le indicó que requería un nuevo examen?	Frecuencia	Fr	Porcentaje
SI	129	0.777	77.7%
NO	36	0.217	21.7%
NO RECUERDA	1	0.006	0.6%
Total	166	1	100.0%

5.7.- ¿Le han reportado el mismo resultado del Papanicolaou en dos ocasiones?

5.7.- ¿Le han reportado el mismo resultado del Papanicolaou en dos ocasiones?	Frecuencia	Fr	Porcentaje
SI	12	0.072	7.2%
NO	134	0.807	80.7%
NO RECUERDA	1	0.006	0.6%
NO APLICA	19	0.114	11.4%
Total	166	1	100.0%

5.7.a.- En ese caso, ¿La enviaron a colposcopia?

5.7.a.- En ese caso, ¿La enviaron a colposcopia?	Frecuencia	Fr	Porcentaje
SI	11	0.066	6.6%
NO	6	0.036	3.6%
NO APLICA	149	0.898	89.8%
Total	166	1	100.0%

5.8.- Si el reporte de Papanicolaou fue negativo a cáncer o negativo con proceso inflamatorio, ¿Le recomendaron cita en un año?

5.8.- Si el reporte de Papanicolaou fue negativo a cáncer o negativo con proceso inflamatorio, ¿Le recomendaron cita en un año?	Frecuencia	Fr	Porcentaje
SI	31	0.187	18.7%
NO	130	0.783	78.3%
NO RECUERDA	1	0.006	0.6%
NO APLICA	4	0.024	2.4%
Total	166	1	100.0%

5.9.- Si el reporte fue negativo a malignidad con presencia de hongos o bacterias, ¿Le dieron tratamiento?

5.9.- Si el reporte fue negativo a malignidad con presencia de hongos o bacterias, ¿Le dieron tratamiento?	Frecuencia	Fr	Porcentaje
SI	158	0.952	95.2%
NO	5	0.030	3.0%
NO APLICA	3	0.018	1.8%
Total	166	1	100.0%

5.10.- ¿Le repitieron el estudio en 2 meses?

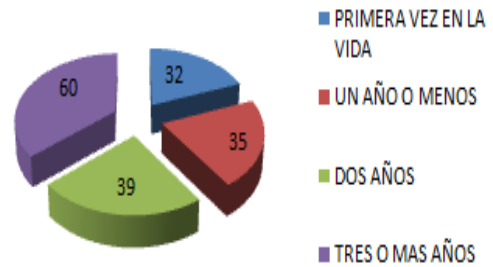
5.10.- ¿Le repitieron el estudio en 2 meses?	Frecuencia	Fr	Porcentaje
SI	6	0.036	3.6%
NO	156	0.940	94.0%
NO APLICA	4	0.024	2.4%
Total	166	1	100.0%

DATOS DE LA PRUEBA DEL PAPANICOLAOU

I.- DETECCION DEL CANCER DEL CERVIX

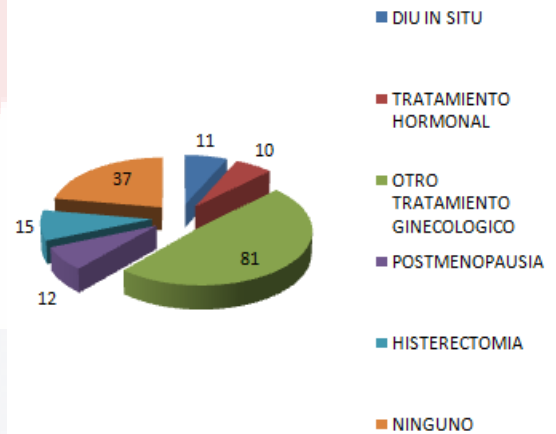
- Última citología:

I.- DETECCION DEL CANCER DEL CERVIX	Frecuencia	Porcentaje
PRIMERA VEZ EN LA VIDA	32	19.3%
UN AÑO O MENOS	35	21.1%
DOS AÑOS	39	23.5%
TRES O MAS AÑOS	60	36.1%
Total	166	100.0%



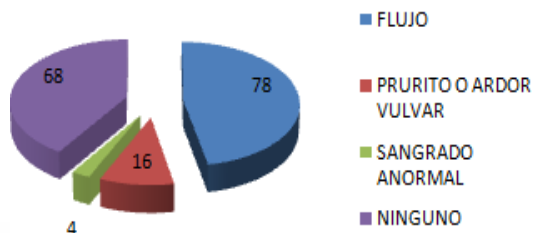
II.- CONDICIONES GINECO-OBSTETRICAS A LA DETECCION

II.- CONDICIONES GINECO-OBSTETRICAS A LA DETECCION	Frecuencia	Porcentaje
DIU IN SITU	11	6.6%
TRATAMIENTO HORMONAL	10	6.0%
OTRO TRATAMIENTO GINECOLOGICO	81	48.8%
POSTMENOPAUSIA	12	7.2%
HISTERECTOMIA	15	9.0%
NINGUNO	37	22.3%
Total	166	100.0%



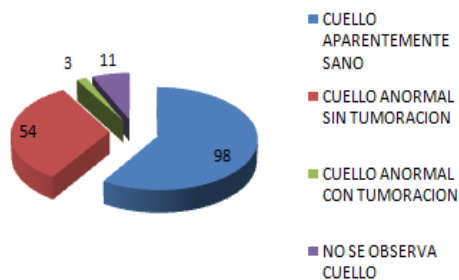
III.- AL MOMENTO DE LA DETECCION PRESENTA:

III.- AL MOMENTO DE LA DETECCION PRESENTA	Frecuencia	Porcentaje
1	78	47.0%
2	16	9.6%
3	4	2.4%
4	68	41.0%
Total	166	100.0%



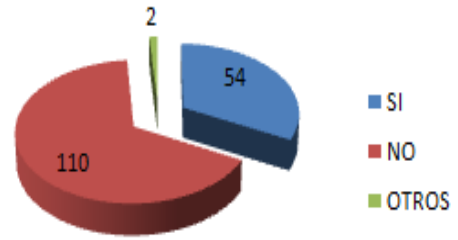
IV.- A LA EXPLORACION SE OBSERVA

IV.- A LA EXPLORACION SE OBSERVA	Frecuencia	Porcentaje
CUELLO APARENTEMENTE SANO	98	59.0%
CUELLO ANORMAL SIN TUMORACION	54	32.5%
CUELLO ANORMAL CON TUMORACION	3	1.8%
NO SE OBSERVA CUELLO	11	6.6%
Total	166	100.0%



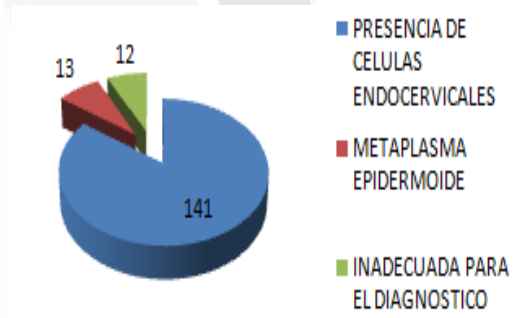
V.- DERIVADA CON EL MEDICO FAMILIAR

V.- DERIVADA CON EL MEDICO FAMILIAR	Frecuencia	Porcentaje
SI	54	32.5%
NO	110	66.3%
OTROS	2	1.2%
Total	166	100.0%



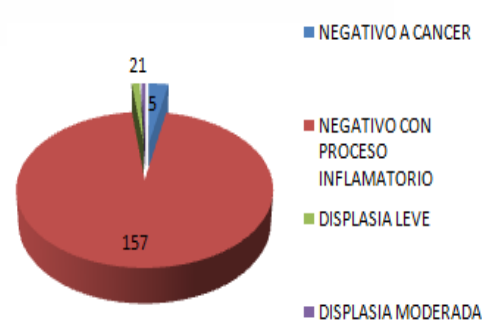
VII.- CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA

VII.- CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA	Frecuencia	Porcentaje
PRESENCIA DE CELULAS ENDOCERVICALES	141	84.9%
METAPLASMA EPIDERMIOIDE	13	7.8%
INADECUADA PARA EL DIAGNOSTICO	12	7.2%
Total	166	100.0%



VIII.- DIAGNOSTICO CITOLOGICO

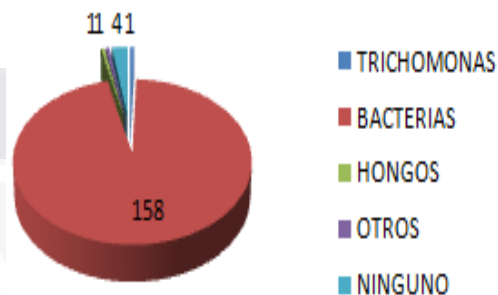
VIII.- DIAGNOSTICO CITOLOGICO	Frecuencia	Porcentaje
NEGATIVO A CANCER	5	3.0%
NEGATIVO CON PROCESO INFLAMATORIO	157	94.6%
DISPLASIA LEVE	2	1.2%
DISPLASIA MODERADA	1	0.6%



IN SITU	1	0.6%
Total	166	100.0%

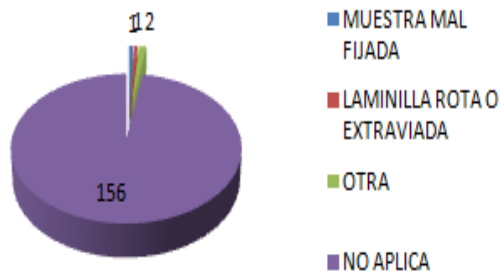
IX.- HALLAZGOS ADICIONALES

IX.- HALLAZGOS ADICIONALES	Frecuencia	Porcentaje
HALLAZGOS DEL VIRUS DEL PAPILOMA	1	0.6%
TRICHOMONAS	1	0.6%
BACTERIAS	158	95.2%
HONGOS	1	0.6%
OTROS	1	0.6%
NINGUNO	4	2.4%
Total	166	100.0%



X.- REPETIR ESTUDIO POR

X.- REPETIR ESTUDIO POR	Frecuencia	Porcentaje
CELULAS CERVICALES AUSENTES	6	3.6%
MUESTRA MAL FIJADA	1	0.6%
LAMINILLA ROTA O EXTRAVIADA	1	0.6%
OTRA	2	1.2%
NO APLICA	156	94.0%
Total	166	100.0%



DISCUSIÓN

Entre los factores de riesgo para Cáncer Cérvico Uterino, en nuestra población estudiada la multiparidad fue el factor de riesgo más frecuentemente encontrado al igual que el estudio de Lazcano-Ponce y colaboradores sobre factores de riesgo reproductivo y Cáncer cérvico uterino en la ciudad de México, donde se refiere la multiparidad como el factor de riesgo más encontrado, en nuestro estudio 7 de cada 10 mujeres son multíparas. A diferencia del grupo de edad de inicio de vida sexual activa antes de los 14 años en el estudio de Lazcano-Ponce, en nuestro estudio fue a los 22 años \pm 3.7 años probablemente debido a factores sociodemográficos.

Otros de los factores de riesgo estudiados fueron el uso de anticonceptivos hormonales, el consumo de tabaco y la presencia de infección vaginal, encontrando que en el estudio de Tirado L. y colaboradores la presencia de infección vaginal en un 68.70% de las pruebas realizadas siendo la prueba de papanicolaou una importante herramienta de detección de infecciones de transmisión sexual. En nuestro estudio 42 mujeres, admitieron haber tenido alguna infección de transmisión sexual, a diferencia del estudio de Straton J. y colaboradores en una evaluación del programa de DOC en Australia, la prevalencia de infecciones en las usuarias fue muy baja, sólo 6% de las mujeres presentaron leucorrea. Respecto a las cifras reportadas del uso de anticoncepción con hormonales en nuestro estudio el 67% de las mujeres refirió haber utilizado anticonceptivos orales de igual manera que en el estudio de Lazcano-Ponce sobre factores que determinan la participación en el tamizaje de cáncer cervical en el estado de Morelos en el que el 72% de la población estudiada utilizó métodos de planificación familiar predominantemente hormonales orales refiriendo probablemente debido a que el tamizaje ocurre en forma oportunista y no espontánea, es decir que la mayor prevalencia de utilización de la prueba de Papanicolaou se observa en las usuarias de los servicios de salud que acuden por alguna sintomatología y predominantemente en aquellas que acuden a los módulos de planificación familiar y de control prenatal. En cuanto al uso de tabaco en las mujeres estudiadas por Tirado L. y colaboradores el 33% admitió su uso en algún momento de su vida, en nuestro estudio se encontró que 2 de cada 10 mujeres fuman, es decir el 20%.

Otro de los resultados encontrados fue la realización de la prueba de Papanicolaou en el 99% de las mujeres de una edad mayor a los 35 años en la población estudiada de manera similar al estudio de Lazcano Ponce en Morelos en el que refiere el antecedente de Papanicolaou en mujeres en edad reproductiva es alta refiriendo éstos hallazgos son similares al 97% de mujeres de 30-49 años que informaron haberse sometido a una prueba de Papanicolaou en Inglaterra y Gales.

En nuestro estudio la oportunidad en el diagnóstico citológico fue adecuado, ya que solamente dos de cada 10 estudios fueron reportados como muestra inadecuada a diferencia del estudio de Salinas M. y colaboradores de calidad en el programa de detección oportuna de cáncer cérvico uterino en el estado de Nuevo León en donde encontraron que la calidad de la toma de la muestra fue poco satisfactoria dado que solo 39.9% de las muestras mostraban células endocervicales. Esto debido probablemente a la falta de preparación técnica en la toma de muestra en los servicios de salud, independientemente de la institución de que se trate. Con respecto a las características cervicales en nuestro estudio en el 84% de las muestras de las mujeres estudiadas se encontró células endocervicales.

En cuanto al tiempo transcurrido entre la toma e interpretación de la muestra en el estudio de Salinas M. se refiere transcurrieron 8 días hábiles entre las fechas de toma e interpretación de la muestra. En nuestro estudio en 8 de cada 10 citologías se reportó el resultado de la prueba en menos de 30 días. Siendo en 2 de 10 en un tiempo mayor.

En nuestro estudio se encontró que el 99% de las mujeres mayores de 35 años de edad se han realizado la prueba, comparado con el estudio de Castro M. y colaboradores sobre asistencia a citología de cuello uterino y sus determinantes en una población rural colombiana se encontró que la prevalencia de la asistencia previa a citología fue 67.3 %, esto debido a que a mayor edad de la mujer, aumenta la probabilidad de tener una citología anterior.

En el estudio realizado por Coughlin y colaboradores sobre la recomendación del médico para las pruebas de Papanicolaou entre mujeres de Estados Unidos se encontró que las mujeres que habían tenido una visita médica en el último año, pero no habían tenido una prueba de Papanicolaou reciente, aproximadamente un 86.7% informó que su médico no había recomendado una prueba de Papanicolaou en el último año. Joun Seung y colaboradores en 2003 al estudiar los predictores de exámenes de Papanicolaou entre mujeres coreano-americanas, encontraron que la educación junto con la referencia del médico debe ponerse en práctica así como programas culturalmente apropiados de educación sobre la realización de Papanicolaou. En nuestro estudio ese cuestionó sobre la última vez que el médico recomendó la realización de Papanicolaou, encontrando que solamente en el 77% de los casos se indicó la necesidad de realizar la prueba, probablemente debido a que el médico en México durante su consulta se enfoca mayormente al motivo de consulta. Kahan E. y colaboradores en 2006 estudiaron la percepción de barreras para la realización de Papanicolaou en los médicos de atención primaria encontrando que las recomendaciones insistentes ayudan a la prevención de cáncer cérvico uterino.

Kwon y colaboradores en 2004 realizaron un estudio en mujeres vietnamitas que viven en Estados Unidos ya que tienen una tasa de incidencia de cáncer cervical cinco veces mayor que las mujeres blancas encontrando entre otros factores que los proveedores de salud necesitan pasar más tiempo explicando la importancia de las pruebas de Papanicolaou a las pacientes.

En nuestro estudio se encontró que en 7 de cada 10 pacientes la consulta médico duró menos de 15 minutos.

De manera similar al estudio de Salinas M. y colaboradores en nuestros resultados coincidimos que la inasistencia o asistencia tardía al programa de prevención de cáncer cérvico uterino, las fallas en la calidad del estudio citológico y las deficiencias en la adherencia y calidad de la atención una vez detectada la enfermedad, así como la falta de indicación por parte del médico para la realización de tamizaje en mujeres con factores de riesgo constituyen las principales barreras para la realización de la prueba de Papanicolaou.



CONCLUSIONES

Los factores de riesgo para cáncer cérvico uterino en la población estudiada fueron en orden de frecuencia multiparidad, desconocimiento de infección de transmisión sexual de la pareja, anticoncepción con hormonales orales, infección de transmisión sexual y tabaquismo.

El seguimiento de los casos con alguna alteración de la prueba de Papanicolaou fue adecuada de acuerdo a la normatividad vigente (guía de práctica clínica para cáncer cérvico uterino). Las mujeres a mayor edad, mayor interés de realizarse la prueba.

La oportunidad en el diagnóstico citológico en nuestra delegación fue adecuada ya que en la población estudiada solamente 2 de cada 10 citologías reportaron muestra inadecuada comparada con otros estudios donde las muestras inadecuadas son mayores.

Los obstáculos que se identificaron en la consulta médica fueron el tiempo insuficiente para la atención integral, la falta de información respecto a la promoción de la detección y la deficiente información del reporte de Papanicolaou a la paciente, así como el envío a un segundo nivel de atención (colposcopia).

RECOMENDACIONES

De políticas de salud:

1. Educación continúa en la actualización, promoción y detección del programa de detección oportuna de cáncer cérvico uterino con énfasis también en las oportunidades en la detección de infecciones de transmisión sexual.
2. Sistematizar metodológicamente la evaluación, la supervisión y la retroalimentación del programa de detección oportuna de cáncer cérvico uterino a los profesionales de salud con énfasis en los médicos familiares de las unidades de medicina familiar.

De investigación:

1. Efectuar proyectos de investigación dirigidos a la implementación de estrategias educativas participativas que permitan mejorar los resultados en el programa de detección oportuna de cáncer cérvico uterino.

ANEXO 1



**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE AGUSCALIENTES
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

Aguascalientes. Aguascalientes. A__de__del 2010

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado: "Barreras de acceso de los servicios de salud para la realización del papanicolaou en mujeres de 25 a 59 años adscritas a las unidades de medicina familiar 1, 7, 8, 9, y 10 de la delegación Aguascalientes del IMSS". Registrado ante el Instituto Mexicano del Seguro Social No:

R-2010-101-10

Este estudio tiene como objetivo caracterizar las barreras de acceso de los servicios de salud para la realización del Papanicolaou en mujeres adscritas a las unidades de medicina familiar 1, 7, 8; 9, y 10 de la delegación IMSS Aguascalientes.

Se me ha informado que mi participación en el estudio consiste en responder a las preguntas en una entrevista, así como la identificación de los hallazgos encontrados durante la prueba de papanicolaou y el reporte citológico registrados en mi expediente clínico.

Declaro que se me ha informado sobre los posibles inconvenientes, molestias y beneficios de mi participación en el proyecto de investigación.

El investigador se ha comprometido a darme información oportuna sobre la realización del cuestionario así como a responder cualquier duda sobre procedimientos que se llevaran a cabo, riesgos, beneficios o aclaración relacionada con el proyecto de investigación.

Entiendo conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente.

El investigador me ha dado la seguridad de que no se me identificara en la publicación y que se guardara confidencialidad y anonimato de mi persona.

Nombre y firma del paciente

Nombre y matricula del investigador

Testigo

Testigo

ANEXO 2

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN 2009-2010

ACTIVIDADES	A G O	S E P	O C T	N O V	D I C	E N E	F E B	M A R	A B R	M A Y	J U N	J U L	A G O	S E P	O C T	N O V	D I C	
Acopio de Bibliografía.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Revisión de literatura.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Diseño de protocolo.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X							
Antecedentes	X	X	X	X	X	X	X	X										
Justificación.		X																
Introducción.			X															
Revisión de Protocolo.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
Registro del protocolo ante el comité de investigación local											X							
Aprobación del Protocolo											X							
Financiamiento.																		
Capacitación encuestador o colector de información.											X							
Prueba piloto.											X							
Trabajo de campo.											X	X						
Acopio de datos.											X	X						
Captura de Datos.											X	X						
Tabulación de datos.											X	X						
Revisión de resultados.												X						
Análisis De Resultados.												X						
Validación de Resultados.												X						
Interpretación de resultados.												X	X					
Revisión de la investigación												X	X	X	X	X	X	X
Autorización.																		X
Elaboración de tesis.																		X
Formulación de Informe Final.																		X
Difusión de resultados.																		X

ANEXO 3. INSTRUMENTO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DELEGACIÓN ESTATAL DE AGUASCALIENTES

FICHA DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:

FOLIO

No. DE AFILIACIÓN

FECHA DE APLICACIÓN

NOMBRE _____

DOMICILIO _____
 Calle y numero Colonia Ciudad CP

CLINICA 1 UMF1 2 UMF7 3 UMF8 4 UMF9 5 UMF10

TURNO 1 Matutino 2 Vespertino

NUMERO DE CONSULTORIO

TIPO DE ASEGURAMIENTO:
 1 Asegurado(a) 2 beneficiario(a) hijo(a)
 3 beneficiario(a) esposo(a) 4 beneficiario(a) padre (madre)
 5 Pensionado.

I ANTECEDENTES FACTORES DE RIESGO

1.1 Edad en años

1.2 IVSA 1.SI 2. NO Fecha

1.3 No. De parejas sexuales
 1. 1pareja 2. 2parejas 3. 3-4 parejas 4. 5-6parejas 5. >6 parejas

1.4 ¿Ha tenido infección por virus del papiloma?
 1. SI 2. NO 3. No recuerda 4. NA

1.5 ¿Ha tenido infecciones de transmisión sexual?
 1. SI 2. NO 3. No recuerda 4. NA

1.5 a ¿Cual?
 1. Gonorrea 2. Sífilis 3. Tricomona 4. Candidiasis
 5. Clamidia 6. Otra 7. No recuerda 8. NA

1.6 ¿Fuma usted?
 1. SI 2. NO

- 1.6 a Número de cigarros fumados en 24h
 1. 3 a 5 2. 4 a 10 3. 10 a 20 4. 20 a 30 5. Más de 40 6. NA
- 1.7 ¿Ha tenido su esposo infección por Virus del Papiloma?
 1. SI 2. NO 3. No recuerda 4.NA
- 1.8 ¿Ha tomado ácido fólico?
 1. SI 2. NO 3. No recuerda 4.NA
- 1.9 ¿Durante cuánto tiempo?
 1.>6 meses 2.<6 meses 3. No recuerda 4.NA
- 1.10 ¿Ha consumido anticonceptivos orales?
 1. SI 2. NO 3. No recuerda 4.NA
- 1.10 a¿Durante cuánto tiempo?
 1.>5 años 2. <5 años 3. No recuerda 4.NA
- 1.10 b¿Qué método anticonceptivo uso?
 1. HO 2. HI 3. Preservativo 4.Gel
 5. DIU 6. Implante 7. Varios
- 1.11 a Antecedentes de multiparidad
 1. Si 2. No 3. No recuerda 4.NA
- 1.12 ¿Se retiró su menstruación?
 1. Aun no 2.Hace un año o más 3.Tiempo_____
- II ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS
 1. IVSA 2. Gesta 3. Para 4. Abortos
 5. Cesáreas
- III. ANTECEDENTES DE PRUEBA DE PAPANICOLAOU
- 3.1 ¿Si es usted mayor de 35 años se ha realizado el Papanicolaou?
 1. SI 2. NO 3. No recuerda 4. NA
- 3.2 ¿A qué edad se realizó su primer Papanicolaou?
 1. 15-20 2. 20-25 3. 25-30 4.30 o más 5. Nunca
- 3.3 ¿Con qué frecuencia se realiza su papanicolaou?
 1. Cada seis meses 2. Anual 3. Mayor a un año
 4. Cada 3 años 5. Mayor a 5 años 6. Sin control citológico
- 3.4 ¿Cuantos Papanicolaous se ha efectuado en los 3 últimos años?
 1. 0 2. 1 3. 2 4 4-6 5 No recuerda 6 NA
- 3.5 ¿A usted le han quitado la matriz?
 1. SI 2. NO 3. No recuerda 4. NA
- 3.6 Si a usted le quitaron la matriz ¿cada cuanto tiempo se ha realizado Papanicolaou?
 1. Cada seis meses 2. Anual 3. > 1 año
 4. Cada 3 años 5. >5 año 6. Sin control citológico
 7. No aplica
- 3.7 ¿Le ha dicho su médico que el reporte de papanicolaou reportó cáncer o Alteración?
 1. SI 2. NO 3. No recuerdo 4. NA
- 3.8 Si reportó alteración ¿cada cuando su medico la citó para repetir Papanicolaou?
 1. Cada 3 meses x 2 años 2.Cada 6 meses x 3 años 3.Cada año 4.NA
- 3.9 Si no se ha realizado citología en 5 años, su médico le ha indicado

Realizar Papanicolaou nuevamente?

1. SI 2. NO 3. No recuerda 4. NA

4.0 ¿Alguna vez le han reportado Papanicolaou con muestra inadecuada?

1. SI 2. NO 3. No recuerda 4. NA

4.1 ¿Al cuanto tiempo le repitieron el Papanicolaou?

1. >4 semanas 2. <4 semanas 3. No recuerda 4. NA

4.2 ¿Al cuanto tiempo le informaron del resultado de su papanicolaou?

1. >30 días. 2. <30 días. 3. No recuerda 4. NA

4.3 ¿Alguna vez se ha extraviado su resultado de Papanicolaou?

1. SI 2. NO 3. No recuerdo 4. NA

IV OBSTACULOS PARA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA

6.1 ¿Cuánto tiempo tarda el médico en la consulta?

1. < 15 min. 2. >15 min. 3. >30 minutos 4. No recuerda 5. NA

6.2 ¿Al cuánto tiempo le dieron su siguiente cita para entregarle los resultados después de la realización del papanicolaou?

1. < 30 días. 2. >60 días. 3. >90 días 4. No fue citada

6.3 ¿El médico solicitó la cartilla de salud al llegar al consultorio?

1. Si 2. No 3. No recuerda

6.4 El médico le preguntó cuándo fue su último Papanicolaou?

1. Si 2. No 3. No recuerda

1.5 ¿El médico le interrogó sobre la edad que inició a tener relaciones sexuales?

1. Si 2. No 3. No recuerda

6.6 ¿El médico le indicó que requería un nuevo examen?

1. Si 2. No 3. No recuerda 4. NA

6.7 ¿En dos ocasiones le han reportado el mismo resultado de papanicolaou

1. Si 2. No 3. No recuerda 4. NA

6.8 En ese caso ¿la enviaron a colposcopia?

1. Si 2. No 3. No recuerda 4. NA

6.9 Si el reporte del Papanicolaou fue negativo a cáncer o negativo con Proceso inflamatorio, le recomendaron cita en un año?

1. Si 2. No 3. No recuerda 4. NA

6.10 Si el reporte fue negativo a malignidad con presencia de hongos o Bacterias le dieron tratamiento?

1. Si 2. No 3. No recuerda 4. NA

6.11 ¿Le repitieron el estudio en 2 meses?

1. Si 2. No 3. No recuerda 4. NA

INFORMACIÓN OBTENIDA DEL REPORTE DE PAPANICOLAOU
 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DELEGACIÓN ESTATAL DE AGUASCALIENTES

FICHA DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:

FOLIO

No. DE AFILIACIÓN

FECHA DE APLICACIÓN

NOMBRE _____

DOMICILIO _____
 Calle y numero Colonia Ciudad CP

CLINICA 1 UMF 2 UMF7 3 UMF8 4 UMF9 5 UMF10

TURNO 1 Matutino 2 Vespertino

NUMERO DE CONSULTORIO

TIPO DE ASEGURAMIENTO
 1 Asegurado(a) 2 beneficiario(a) hijo(a)
 3 beneficiario(a) esposo(a) 4 beneficiario(a) padre (madre)
 5 Pensionado.

5.1 Antecedente de citologías previas:
 1. Primera vez en la vida
 2. Un año o menos
 3. 2 años
 4. 3 o más años

5.1.1 Fecha de última citología: _____

5.1.2 Reporte del último papanicolaou:
 Diagnóstico citológico

1. Negativo a cáncer
2. Negativo con proceso inflamatorio
3. Displasia leve (NICI)
4. Displasia moderada (NICII)
5. Displasia Grave (NICIII)
6. In Situ (NIC III)
7. Microinvasor
8. Invasor
9. Adenocarcinoma
10. Maligno no especificado

Hallazgos Adicionales
 1. Hallazgos del virus del papiloma

- 2. Imagen del virus del Herpes
- 3. Tricomonas
- 4. Bacterias
- 5. Hongos
- 6. Otros _____
- 7. Ninguno

5.1.3 Acciones realizadas por el médico

- 1. Tratamiento médico
- 2. Envío a clínica de displasias
- 3. Repetición de la muestra
- 4. Otro _____

4.1 Oportunidad en la notificación de resultados

4.1.1 Fecha de la notificación de resultados: _____

- 1. < 30 días Adecuado
- 2. >30 días Inadecuado

4.2 Notificación de resultados con reporte de citología cervical anormal
Infección por VPH, displasia leve, moderada grave (cáncer in situ),
Cáncer invasor, carcinoma de células escamosas, adenocarcinoma.

- 1. < 30 días Adecuado
- 2. >30 días Inadecuado

4.3 Tiempo oportuno de notificación de resultados en lesión preinvasora
Lesión sospechosa por la presencia de cambios celulares atípicos
no concluyentes de neoplasia.

- 1. < 30 días Adecuado
- 2. >30 días Inadecuado

4.4 Tiempo oportuno de notificación de resultados de citología con cáncer
Invasor cervical.

- 1. < 20 días Adecuado
- 2. >20 días Inadecuado

4.5 Tiempo oportuno de notificación de resultados con reporte de citología
Anormal con reporte de patología infecciosa.

- 1. < 30 días Adecuado
- 2. >30 días Inadecuado

2. Seguimiento de los casos:

- 2.1 Reporte de citología cervical clase III,
- 2 Reporte de citología cervical clase IV
- 3 Reporte de citología cervical clase V

2.1.1 Envío a clínica displasias

- 1. Si
- 2. No

2.2.1 Reporte de citología cervical con Virus del Papiloma Humano

- 1. Si
- 2. No

2.2.1 Envío a clínica de displasias

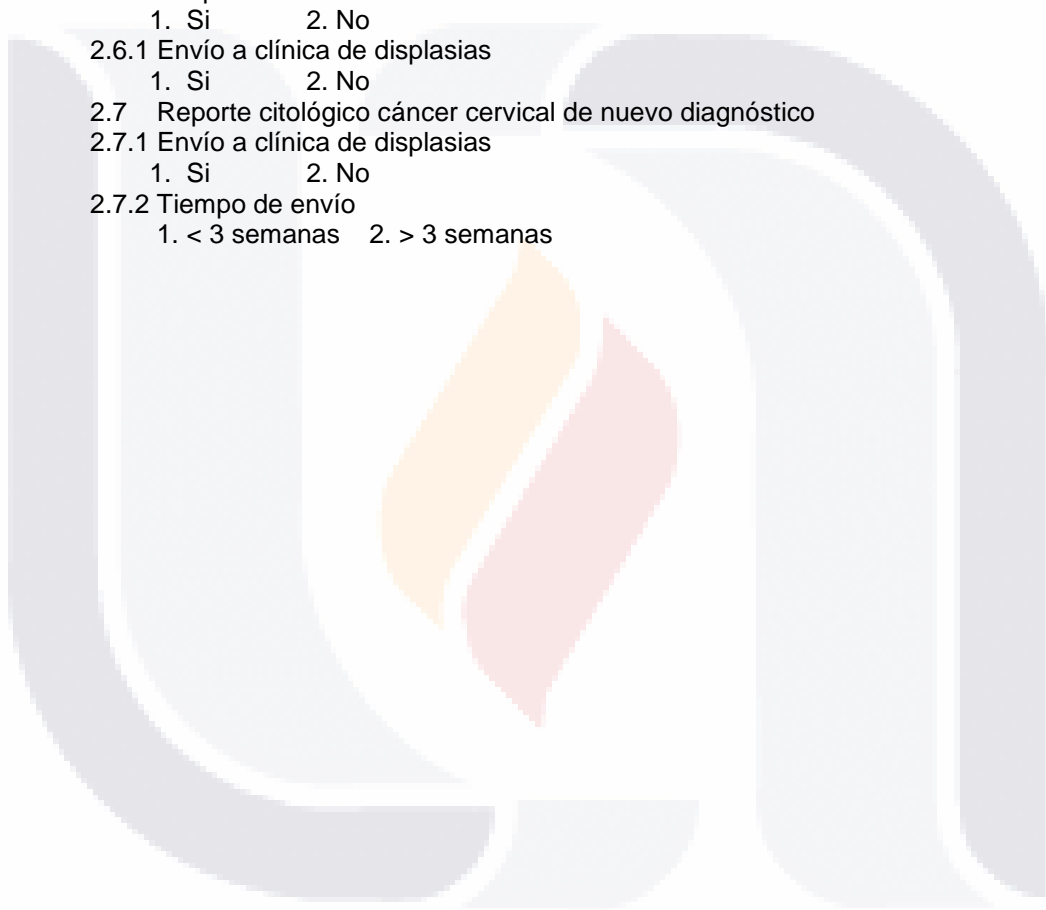
- 1. Si
- 2. No

2.3.1 Reporte de citología NIC2

2 Reporte de citología NIC3

2.3.3 Envío a clínica de displasias

- 1. Si 2. No
- 2.4 Tumor visible en cuello uterino
 - 1. Si 2. No
 - 2.4.1 Envío a clínica de displasias
 - 1. Si 2. No
- 2.5 Erosión cervical con ectropión resistente al tratamiento
 - 1. Si 2. No
 - 2.5.1 Caso de SIDA
 - 1. Si 2. No
 - 2.5.2 Envío a Ginecología
 - 1. Si 2. No
- 2.6 Sospecha de cáncer cérvico uterino en el embarazo
 - 1. Si 2. No
 - 2.6.1 Envío a clínica de displasias
 - 1. Si 2. No
- 2.7 Reporte citológico cáncer cervical de nuevo diagnóstico
 - 2.7.1 Envío a clínica de displasias
 - 1. Si 2. No
 - 2.7.2 Tiempo de envío
 - 1. < 3 semanas 2. > 3 semanas



OPERACIONALIZACION DE CONCEPTOS

OBJETIVO	CONCEPTO	DIMENSIONES	VARIABLES	INDICADORES	INDICES
<p>Caracterizar las barreras de acceso de los servicios de salud para la realización de Papanicolaou</p>	<p>Identificar el conjunto de factores internos y externos como la población en riesgo, seguimiento de los casos, oportunidad en el diagnóstico citológico, oportunidad en la notificación de resultados, antecedentes de citologías previas y obstáculos para recibir atención médica, que limitan que las mujeres derechohabientes del IMSS dispongan de una atención preventiva para la realización de la prueba de citología cervical.</p>	<p>Población en riesgo: Son aquellas mujeres que por sus características biológicas, físicas o sociales comunes están más propensas a sufrir cáncer cervicouterino o afecciones no cancerosas como infección o inflamación.</p>	<p>1.1 Mujer de 25-59 años: Edad de riesgo para cáncer cérvico uterino. 1.2 IVSA antes de los 18 años: Inicio temprano de las relaciones sexuales. 1.3 Múltiples parejas sexuales: Práctica de relaciones sexuales con diferentes parejas o grupos sexuales. 1.4 Infección cérvico-vaginal por VPH: Enfermedad de transmisión sexual causada por el virus del papiloma humano. 1.5 Infecciones de transmisión sexual Herpes Tipo II, Chlamydia, Trichomona Vag. Candida sp, Gardenella Actinomyces, gonorrea : Conjunto de entidades clínicas infectocontagiosas agrupadas por tener en común la misma vía de transmisión. 1.6 Tabaquismo: Intoxicación crónica producida por el abuso del tabaco.</p>	<p>1.1.1 Edad en años _____ 1.2.1 IVSA _____ 1.3.1 No. De parejas sexuales _____ 1.4.1 Positivo () 1.4.2 Negativo () 1.5.1 Tipo de infección presentada en citología Cervical _____ 1.6 Antecedente de tabaquismo 1.6.1 Positivo () 1.6.2 Negativo () 1.6.a No. De cigarros</p>	

			<p>1.7 Antecedente de pareja sexual masculina infectada por VPH. Compañero sexual infectado por virus de papiloma humano</p> <p>1.8 Mujer menor de 35 años sin antecedente de control citológico: Persona que nunca se ha realizado un Papanicolaou.</p> <p>1.9 Deficiencia de ácido fólico: Disminución de requerimientos basales de ácido fólico y elementos asociados.</p> <p>1.10 Mujeres que utilizan anticonceptivos orales: Mujeres que han ingerido anticonceptivos hormonales orales por más de 5 años.</p> <p>1.11 Antecedentes gineco-obstetricos. 1.11a Antecedentes de multiparidad Multiparidad mayor a 5 nacimientos: Mujer que ha parido 5 o más fetos viables.</p> <p>1.12 Mujeres postmenopáusicas.</p>	<p>fumados en 24hrs 1.7.1 Positivo () 1.7.2 Negativo ()</p> <p>Realización de Papanicolaou 1.8.1 Si () 1.8.2 No ()</p> <p>Ingesta de Acido Fólico 1.9.1 No () 1.9.2 Si () 1.9.3 Tiempo de ingesta _____</p> <p>Ingesta de Anticonceptivos Orales 1.10.1 Si () 1.10.2 No () 1.10.3 Tiempo de ingesta _____</p> <p>AGO: 1.12.1 Gestas () 1.12.2 Paras () 1.12.3 Aborto () 1.12.4 Cesárea () Multiparidad: 1.11a Tiempo de</p>	
--	--	--	---	---	--

		<p>2. Seguimiento de los casos: Se realiza con el propósito de disponer de información periódica sobre las actividades de confirmación diagnóstica, tratamiento a displasias y casos de cáncer, así como la evolución de las pacientes en tratamiento.</p>	<p>Son mujeres que han pasado el periodo de menopausia que es la ausencia de menstruación debida a la caída abrupta de estrógenos, secundaria a la progresiva y total desaparición de los folículos en el ovario. Siendo un año después de alteraciones con periodos de aumento, disminución o ausencia de sangrado catamenial</p> <p>2.1. Reporte de citología cervical Clase III (presencia de cambios celulares atípicos no concluyentes de neoplasia) o clase IV (Altamente sospechoso de Carcinoma cervical) y V (Carcinoma invasor del cérvix), con apoyo de trabajo social para búsqueda de la paciente en su domicilio o lugar de trabajo.</p> <p>2.2 Reporte de citología cervical con infección de virus del papiloma humano debe enviarse a una Clínica de Displasias en donde se llevara a cabo el estudio colposcópico.</p> <p>2.3. Resultado citológico de displasia (NIC: 2,3): Cambios celulares atípicos no concluyentes de neoplasia debe transferirse a una clínica de displasias para su</p>	<p>Menopausia 1.13.1 Aun no () 1.13.2 Hace un año o más.() 1.1.3.3 Tiempo_____</p> <p>Reporte Citológico 2.1.1 Clase III () 2.1.2 Clase IV () 2.1.3 Clase V () 2.1.4Reporte_____</p> <p>Infección por VPH 2.2.1 Positiva () 2.2.2 Negativa () Envío a Clínica de displasias 2.2.3 Si () 2.2.4 No ()</p> <p>Reporte de displasia 2.3.1 NIC 2 () 2.3.2 NIC 3 () Envío a Clínica de</p>	
--	--	--	--	---	--

		<p>:</p>	<p>estudio por medio de colposcopia y cepillado endocervical, así como para su atención subsiguiente.</p> <p>2.4 En Tumor visible del cuello no está indicada la citología cervical, debe enviarse inmediatamente a la clínica de displasias. Visualización de crecimiento anormal en cuello uterino, con cambios sugestivos de neoplasia al introducir especulo en la exploración ginecológica.</p> <p>2.5 La referencia a ginecología, se hará en aquellos pacientes con falla o resistencia al tratamiento integral instituido por la presencia de erosión cervical con ectropión, la sospecha de infección por el virus del papiloma humano y los casos de SIDA, que deberán ser tratados inicialmente por la especialidad correspondiente:</p> <p>2.6 Reporte de citología de</p>	<p>Displasias 2.3.3 Si () 2.3.4 No ()</p> <p>Tumor Visible de cuello uterino 2.4.1 Si () 2.4.2 No ()</p> <p>Envío a Clínica de displasias 2.4.3 Si () 2.4.4 No ()</p> <p>Resistencia al tratamiento 2.5.1 Erosión cervical con ectropión _____ 2.5.2 SIDA _____ 2.5.3 Se realizó envío a Ginecología Si () No ()</p> <p>2.6 Sospecha o confirmación de cáncer cervicouterino estando embarazada</p>	
--	--	----------	--	---	--

		<p>3. Oportunidad en el diagnóstico citológico Es el tiempo propicio para realizar el diagnóstico citológico.</p>	<p>sospecha o confirmación de cáncer cervical durante el embarazo. En caso de sospecha o confirmación en cáncer cérvico uterino envió a clínica de displacias en menos de tres semanas.</p> <p>2.7 Reporte de citología cáncer cervical de nuevo diagnóstico, envió a clínica de displasias o colposcopia en menos de 3 semanas: Reporte de de papanicolaou con diagnostico de cáncer cervical por primera vez.</p> <p>3.1Detección inicial al inicio de vida sexual activa o los 18 años de edad.</p> <p>3,2Mujeres de alto riesgo con citología negativa detección anual</p> <p>Alto riesgo: edad de 40-64 años,</p>	<p>2.6.1Si() 2.6.1No()</p> <p>2.6.2Envío a clínica de displacias: Si() No()</p> <p>Diagnóstico de cáncer cervical primera vez 2.7.1Si() 2.7.1No()</p> <p>Envío a clínica de displacias. 2.7.2Si() 2.7.2No()</p> <p>Tiempo de envío 2.7.3 <a tres semanas. () 2.7.3 > a tres semanas()</p> <p>Edad en años de primera citología</p> <p>Frecuencia de papanicolaou en mujer de alto riesgo, con citología negativa. 3.2.1 Cada 6 meses() 3.2.2 Anual() 3.2.3Mayor a un año() 3.2.4Cada 3 años ()</p>	
--	--	---	--	--	--

			<p><i>inicio de relaciones sexuales antes de los 18 años, múltiples parejas sexuales, infección cervical por virus del papiloma humano, nunca haberse practicado estudio citológico y tener más de 35 años de edad, primer embarazo antes de los 18 años, multiparidad mayor a 5 nacimientos. Control citológico anormal.</i></p> <p><i>3.3Mujeres de bajo riesgo, después de tres citologías anuales, cada tres años. Bajo riesgo: edad de 24-39 años, antecedente de enfermedades de transmisión sexual, deficiencia de folatos y vitaminas A, C y E, Tabaquismo positivo, uso de anticonceptivos hormonales por más de 5 años, inmunodeficiencia congénita o adquirida, inflamación crónica cervical resistente a tratamiento médico convencional.</i></p> <p><i>3.4En pacientes post histerectomía por padecimiento benigno, cada tres años.</i></p>	<p><i>3.2.5. Mayor a 5 año()</i> <i>3.2.6. Sin control citológico ()</i></p> <p><i>Frecuencia de papanicolaou en mujer de bajo riesgo, con citología negativa por tres años</i> <i>3.3.1 Ninguno()</i> <i>3.3.2 Uno ()</i> <i>3.3.3 Tres ()</i></p> <p><i>3.4.1Antecedente de histerectomía</i> <i>3.4.1Si 3.4.2 No</i></p> <p><i>3.4.aFrecuencia de papanicolaou en mujeres con histerectomía por padecimiento benigno</i></p>	
--	--	--	--	--	--

			<p>3.5 En pacientes post tratamiento de Neoplasia Intraepitelial Cervical o cáncer invasor se realizará la prueba cada tres meses por dos años, cada 6 meses por tres años, y posteriormente cada año</p> <p>3.6 En mujeres que no se ha realizado una citología cervical en más de 5 años debe realizarse prueba anual hasta 3 pruebas negativas técnicamente satisfactorias, posteriormente cada 2 o 3 años.</p>	<p>3.4.1 Cada 6 meses () 3.4.2 Anual () 3.4.3 Mayor a 1 año () 3.4.4 Cada 3 años () 3.4.5 Mayor a 5 años () 3.4.6 Sin control citológico ()</p> <p>Informe del médico de reporte anormal de papanicolaou. Reporte anormal de papanicolaou 3.5.1 Si fue anormal 3.5.2. No fue anormal 3.5.3 No recuerdo Tiempo oportuno de seguimiento en pacientes post tratamiento de NIC o cáncer invasor</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cada 3 meses x 2 años 2. Cada 6 meses x 3 años 3. Cada año <p>Tiempo oportuno de seguimiento en pacientes que no se han realizado una citología en más de 5 años. 3.6.1 Si () No () Tiempo para repetir</p>	
--	--	--	--	--	--

		<p>4. Oportunidad en la notificación de resultados.</p> <p>Informar al paciente de forma temprana su resultado.</p> <p>El proceso completo de detección citológica oportuna incluye la valoración del resultado de citología cervical por personal de salud calificado y la información de éstos y sus implicaciones e inicio de las intervenciones terapéuticas o de referencia correspondientes; el proceso debe completarse en un lapso no mayor a 30 días a partir de</p>	<p>3.7Mujeres con muestra citológica inadecuada para el diagnóstico deberán ser localizadas en un lapso no mayor de 4 semanas para repetir la prueba.</p> <p>4.1Proceso con reporte debe ser completado en un periodo no mayor de 30 días a partir de la toma de la muestra inicial de la citología.</p> <p>4.2Citología cervical anormal: Infección por VPH, displasia leve, moderada, grave (cáncer in situ), cáncer invasor, carcinoma de células escamosas, adenocarcinoma y otros tumores malignos debe localizarse a la paciente, notificación y envío a colposcopia.</p> <p>4.3Lesión preinvasora: Lesión sospechosa por la presencia de cambios celulares atípicos no concluyentes de neoplasia – Atención con especialista dentro de 30 días desde la sospecha. – Confirmación: dentro de 30 días</p>	<p>prueba citológica en mujeres con muestra citológica inadecuada</p> <p>3.7.1Mas de 4 semanas()</p> <p>3.7.2Menos de 4 semanas()</p> <p>Tiempo oportuno de notificación de resultado de muestra inicial de citología:</p> <p>4.1.1< 30 días Adecuado()</p> <p>4.1.2 >30 días Inadecuado()</p> <p>Tiempo oportuno de notificación de resultados de citología cervical anormal.</p> <p>4.2.1< 30 días Adecuado()</p> <p>4.2.2>30 días Inadecuado()</p> <p>Tiempo oportuno de notificación de resultados de citología cervical con lesión preinvasora</p> <p>4.3.1Adecuado()</p> <p>4.3.2Inadecuado()</p>	
--	--	---	--	---	--

		<p>5. Antecedente de citologías previas</p> <p>Realización de citología cervical anterior.</p> <p>6. Obstáculos para recibir atención médica.</p> <p>Incapacidad para proporcionar la atención medica de calidad ya sea por factores humanos o de logística.</p>	<p>desde la consulta de especialista.</p> <p>4.4 Cáncer invasor: Cáncer que se diseminó más allá de la capa de tejido en la cual comenzó y crece en los tejidos sanos que la rodean. También se llama cáncer infiltrante. Atención con especialista dentro de 20 días desde la sospecha. Confirmación: dentro de 20 días desde la consulta de especialista. Etapificación: dentro de 15 días desde la confirmación diagnóstica.</p> <p>4.5 Infección de transmisión sexual</p> <p>Proceso con reporte debe ser completado en un periodo no mayor de 30 días a partir de la toma de la muestra de la citología.</p> <p>5.1 Realización de citologías previas</p> <p>6.1 Tiempo insuficiente en la consulta: tiempo reducido para la atención médica de calidad por gran población en los servicios de salud.</p> <p>6.2 Citas con intervalo de tiempo</p>	<p>Tiempo oportuno de notificación de resultados de citología con cáncer invasor cervical</p> <p>4.4.1 Adecuado()</p> <p>4.4.2 Inadecuado()</p> <p>Tiempo oportuno de notificación de resultado con infección de transmisión sexual</p> <p>4.5.1 Adecuado()</p> <p>4.5.2 Inadecuado()</p> <p>5.1.1 Fecha de ultima citología: _____</p> <p>5.1.2 Tiempo de recepción de resultado: < 30 días()</p> <p>>30 días()</p> <p>5.1.2 Resultado: _____</p> <p>5.1.3 Acciones realizadas (expediente Clínico)</p> <p>6.1.1 Tiempo que tarda por consulta:</p> <p>6.1.1 < 15 min.()</p> <p>6.1.2 >15 min.()</p> <p>6.1.3 >30 min.()</p> <p>Cita subsecuente:</p>	
--	--	--	--	--	--

			<p><i>alargado: periodos mayores de 3 meses para nueva cita.</i></p> <p><i>6.3Cumplir técnicamente el MF en consulta: En mujeres de 25 a 59 años, solicitar la cartilla de salud de la mujer, interrogar cuando se hizo la última detección, si ya inició vida sexual activa, si tiene más de tres años sin detección, si tuvo su ultima citología hace un año o si nunca se la ha realizado, indicar que debe efectuarse detección.</i></p>	<p><i>6.2.1< 1 mes()</i> <i>6.2.1>2 meses()</i> <i>6.2.3>3 meses()</i></p> <p><i>6.3.1Solicitó cartilla de salud de la mujer</i> <i>Si() No()</i></p> <p><i>6.3.2Interrogó cuando se hizo la última detección</i> <i>Si() No()</i></p> <p><i>6.3.3Interrogó sobre IVSA</i> <i>Si () No ()</i></p> <p><i>6.3.4Interrogó si tiene más de 3 años sin detección:</i> <i>Si () No()</i></p> <p><i>6.3.4 Le indicó que requiere nueva detección:</i> <i>Si()No()</i></p> <p><i>6.3.5Interrogó si hace un año se realizó el examen</i> <i>Si() No()</i></p> <p><i>6.3.5Le indicó que requiere nueva detección</i> <i>Si() No ()</i></p>	
--	--	--	--	--	--

			<p>6.4Cumplir técnicamente: Conducta del MF de acuerdo al resultado citológico: En caso de muestra inadecuada para diagnostico coordinación con servicio social y repetir a la brevedad posible. En caso de dos reportes consecutivos, valorar envío a clínica de colposcopia. En reporte negativo a cáncer o negativo con proceso inflamatorio en caso de primera vez, repetir en un año, en caso subsecuente resultado negativo indicar repetir en tres años. En reporte negativo con proceso inflamatorio y presencia de bacterias y hongos dar tratamiento para cérvico vaginitis y repetir estudio en dos meses.</p> <p>En citología cervical anormal: infección por virus del papiloma humano, displasia leve, moderada, grave, (cáncer in situ), cáncer invasor, carcinoma de células escamosas, adenocarcinoma y otros tumores malignos no especificados, coordinación con trabajo social para localizar a la mujer y notificar procurando no alarmar y no pasen más de dos días, envió oportuno a colposcopia o clínica de displasias. Realizar</p>	<p>6.4.1Conducta en caso de muestra inadecuada para el diagnóstico: Invitación para repetir muestra a la brevedad posible: Si () No ()</p> <p>6.4.2Dos ocasiones el mismo reporte: Repetición de la prueba. Si () No() Envío a colposcopia: Si () No()</p> <p>6.4.3Reporte negativo a cáncer, o negativo con proceso inflamatorio: 1ª vez Cita en un año Si () No () Subsecuente negativo Cita en tres años. Si () No ()</p> <p>6.4.4Reporte negativo con presencia de bacterias y hongos: Dar tratamiento: Si() No () Repetir estudio en dos meses Si () No ()</p>	
--	--	--	---	---	--

			seguimiento del caso.	6.4.5 Reporte de citología cervical anormal Notificar resultado y envío a clínica de displasias Si() No() Seguimiento del caso: Si() No ()	
--	--	--	-----------------------	--	--



BIBLIOGRAFIA

- 1 ENSANUT 2006. Encuesta nacional de salud y nutrición 2006. Resultados por entidad federativa. Aguascalientes: pp. 1-113 [consultado 07/05/2009]. Disponible en: <http://www.insp.mx/ensanut/centroocci/Aguascalientes.pdf>
- 2 Pirámide de población 2009. Censo de población adscrita a unidades de Medicina Familiar al 30 de junio 2009. Delegación Estatal IMSS Aguascalientes. Coordinación de información en salud.
- 3 COESPO, Aguascalientes. Resumen de la Monografía del Municipio de Aguascalientes. Gobierno del estado de Aguascalientes 2004-2010. [Consultado 05/02/2010]. Disponible en: <http://desarrollo.aguascalientes.gob.mx/seggob/coespo/Aguascalientes.asp>
- 4 Departamento Epidemiología y Estadística. Delegación IMSS Aguascalientes. Diagnóstico de Salud 2009.
- 5 Principales causas de morbilidad. Enfermedades transmisibles por institución 2009. Gobierno del estado de Aguascalientes Instituto de salud del estado de Aguascalientes. [Consultado 05/02/2010]. Disponible en: http://www.aguascalientes.gob.mx/seplade/prod/CIFRA/2009/1erSemestre/cap3_Salud.asp
- 6 Gutiérrez G, Martínez O, Fernández I. Análisis del descenso de la mortalidad por Cáncer Cérvico Uterino en el IMSS, 1991-2005 Rev Med Inst Mex Seguro Soc (Mex) 2006; 44(Supl 1):129-134
- 7 Gómez H, Vázquez JL, Fernández S. Detección de Cáncer Cérvico Uterino en mujeres derechohabientes del IMSS. Resultados de la encuesta nacional de salud 2000. Instituto Mexicano del Seguro Social. Dirección de Prestaciones médicas. División Técnica de Información Estadística en Salud. Julio 2003. Consultado 15/04/10 Disponible <http://www.index-f.com/dce/17pdf/17-4.pdf>
- 8 Espino J. La atención de la salud en México. Acta Pediatr Méx (Mex) 1995; 16(1):2 Consultado: 10/04/10 Disponible http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=28154&id_seccion=99&id_ejemplar=2880&id_revista=17
- 9 Guía de referencia rápida prevención y diagnóstico oportuno de Cáncer Cervical en el primer nivel de atención. Octubre 2009. [Consultado 19/03/2010]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/nr/rdonlyres/8b1c845f-bd2a-4cb6-9b3f-5cecea2c1e65/0/grrCancerCervicoUterino.pdf>
- 10 Guía de Práctica Clínica Prevención y Detección Oportuna de Cáncer Cervico Uterino en el primer nivel de atención. [Consultado 09/01/2010]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/111376E1-01E3-48BE-BF04-7FF35EFACCE2/0/GPCCancerCervicoUterino.pdf>
- 11 Norma Oficial Mexicana para la prevención, detección, diagnóstico Control, y vigilancia epidemiológica de Cáncer Cérvico Uterino NOM 014-SSA2-1994 Disponible en: Consultado 10/05/10 <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/014ssa24.html>
- 12 Norma Oficial Mexicana NOM -039-SSA2 para la prevención y control de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Consultado 17/05/10. Disponible: http://sociales.reduaz.mx/art_ant/mujeres_e_its.pdf

13 D'Souza G, Kreimer AR, Viscidi R, et al. Case-control study of human papilloma virus and oropharyngeal cancer. *New England Journal of Medicine* 2007; 356(19):1944-1956. Consultado 30/04/10. Disponible en <http://nejm.highwire.org/cgi/content/abstract/356/19/1944>

14 Lazcano EC, Moss S, Cruz A, Alonso de Ruíz P, Casares S. Factores que determinan la participación cervical en el estado de Morelos Salud Pública Mex (Mex) 1999; 41(4):278-285. Consultado 16/04/10 Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=10641405&iCveNum=4665>

15 Cáncer Cérvico Uterino. Guía 2005 Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud. 2007-2012. Consultado 15/03/10 Disponible en: <http://200.94.154.100/coordsalud/medicinapreventiva/guias/cancer%20cervico%20uterino.pdf>

16 Nigenda G, Caballero M, González LM. Barreras de acceso al diagnóstico temprano de Cáncer de mama en el Distrito Federal y Oaxaca Salud Publica Mex (Mex) 2009; 51(Supl 2):129-134. Consultado: 18/05/10 Disponible en <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v51s2/v51s2a16.pdf>

17 Mejía A, Sánchez AF, Tamayo JC. Equidad en el acceso a servicios de salud en Antioquia Colombia. *Rev Salud Pública (Co)* 2007; 9(1):26-38. Consultado 16/04/10 Disponible en: <http://www.scielo.org.co/scieloOrg/php/reference.php?pid=S1657-70272009000100008&caller=www.scielo.org.co&lang=en>

18 Ros C, Ollé C. Acceso y utilización de servicios de salud en SIDA. Programa para la prevención del SIDA. Publicación de la OMS 2000; Consultado 19/04/10 Disponible en: <http://www.msc.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/prevencion/inmigrantes/docs/capitulo7.pdf>

19 Definición de Papanicolaou. Enciclopedia médica. Consultado 10/03/10. Disponible: <http://www.ferato.com/wiki/index.php/Papanicolau>

20 Girado N, Discacciati V, et al. Barreras para el rastreo de Cáncer de Cuello Uterino en la ciudad de Buenos Aires. *Archivos de Medicina Familiar y General (Ar)* 2006; Vol 3 (2):7-21

21 Veríssimo J, Lacerda S, Silva Y, Maura L. et al. Knowledge, attitudes, and Practices related to Pap test in Northeastern Brazil. *Rev. Salud Pública (Br)* 2009; 43 (5):1-7. Consultado 15/05/10 Disponible en: http://issuu.com/fundacaoabring/docs/ra_f122_2009

22 Kahan E, El-Najjr K. Primary Care Physicians Perceived Barriers to Cancer Prevention and Control. Comparison in two different environments. *Archivos en Medicina Familiar (Mex)* 2007; Vol 9 (1): 49-60. Consultado 18/05/10 Disponible en:

<http://www.pas-meeting.org/2007Toronto/Schedule/Monday.pdf>

23 Coughlin S, Breslau E, Thompson T, Bernard V. Physician Recommendation for Papanicolaou testing among U.S. women, 2000. *Cáncer Epidemiol Biomarkers Prev* 2005; 14 (5):1143-1148. Consultado 15/04/10 Disponible en: <http://cebp.aacrjournals.org/content/14/5/1143.full>

24 Kwon H, Salomon F, Guyen S. A Needs Assessment of Barriers to Cervical Cancer Screening in Vietnamese American Health Care Providers. *Californian Journal of Health Promotion* 2006; Vol 4 (3):146-156. Consultado 10/04/10 Disponible en: <http://www.csuchico.edu/cjhp/4/3/146-156-kwon.pdf>

25 Castro-Jiménez, Londoño-Cuellar, Vera-Cala. Asistencia a Citología de Cuello Uterino y sus determinantes en una población rural colombiana, 1998-1999. *Rev Salud Pública (Co)* 2006; Vol 8(3):248-257 Consultado 10/04/10 Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/html/422/42280310/42280310.html>

26 Farfán-Muñoz, Barrón-Treviño y colaboradores. Factores socioculturales en mujeres que no acuden a detección oportuna de Cáncer Cervico Uterino. Rev. Enfermería IMSS (Mex) 2004; Vol 12 (3): 123-130. Consultado 14/04/10 Disponible en: http://www.imss.gob.mx/nr/rdonlyres/d5f8e6cf-20f4-49c2-9814-d39824a209b9/0/inf_general.pdf

27 Ma. X, Toubbeh, y colaboradores. Factors Associated with Cervical Cancer screening compliance and noncompliance among Chinese, Korean, Vietnamese, and Cambodian women. Journal of the National Medical Association. 2009; Vol 101 (6): 541-551.. Consultado 5/05/10 Disponible en: <http://www.nmanet.org/images/uploads/Documents/OC541.pdf>

28 Juon H. Seung-Lee, Klassen A. Predictors of regular Pap smears among Korean-American women. Preventive Medicine 2003; Vol 37: 585-592. Consultado 10/05/10 Disponible en: <http://www.womeningovernment.org/files/file/prevention/resources/Winter06NL-Draft4.pdf>

29 Soldan V, Lee F, Cárcamo C, y colaboradores. Who is getting Pap smears in urban Peru? International Journal of Epidemiology. 2008; Vol 37:862-869. Consultado 08/04/10 Disponible en: http://rpe.epiredperu.net/rpe_ediciones/2010_V14_N01/6OR_Vol14_No1_2010_Evolucion_PAP_1996-2008.pdf

30 Pap Screen Victoria - Barriers to screening for women. Information sourced from the National Cervical Screening Program Guide to improving Cervical Screening rates. (2007-2008). Consultado 10/03/10. Disponible en: <http://www.papscreen.org.au/browse.asp?ContainerID=c14>

31 Villatoro M. Diagnóstico tardío del Cáncer Cervico Uterino. Dirección regional sur Delegación estatal en Chiapas Jefatura de prestaciones médicas 1995. Consultado 19/04/2010. Consultado 05/04/10 Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008000600013

32 Wikipedia la enciclopedia libre. Definición de grupo o población de riesgo. Dispuesto 19/04/2010. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Factor_de_riesgo

33 Kuri P, Vargas M, Méndez R. y colaboradores. Manual para la vigilancia epidemiológica de Cáncer Cérvico Uterino. Secretaria de Salud. 2010. Consultado 15/04/2010. Consultada 18/05/10 Disponible en: http://www.mex.ops-oms.org/documentos/publicaciones/pub_informe95_96.pdf

34 Cerda Castellanos J. y colaboradores. Guías Clínicas Terapéuticas para servicios del primer nivel de atención médica Cáncer Cérvico Uterino. 2005. Páginas 1-22. Consultado 24/04/10 Disponible en: <http://200.94.154.100/coordsalud/medicinapreventiva/guias/cancer%20cervico%20uterino.pdf>

35 Lorraine J. Escobedo A, Gómez E. y colaboradores. Guía de Práctica Clínica. Prevención y detección oportuna de Cáncer Cérvico Uterino en el primer nivel de atención. IMSS 2009. Páginas 1-26. Consultado 20/04/10 Disponible en: <http://www.socopsi.com/files/catalogo%20libros%20psicologia%202008-1.pdf>

36 Aceves M, Aguilar H, Aguilar M. y colaboradores. Guía Técnica de Cáncer Cérvico Uterino. IMSS 2006. Páginas: 55-59. Consultado 13/04/10 Disponible en: <http://www.cucs.udg.mx/biologiamolecular/PDF/curriArmendbo.pdf>

37 Hidalgo-Martínez Ana C. El Cáncer Cérvico Uterino, su impacto en México y el porqué no funciona el programa nacional de detección oportuna. Rev Biomed (Mex) 2006; Vol 17(1):81-84. Consultado 20/04/10 Disponible en: <http://www.revbiomed.uady.mx/pdf/rb0617110.pdf>

38 Castañeda-Iñiguez M. Factores de riesgo para Cáncer Cérvico Uterino en mujeres de Zacatecas. Salud Pública Mex (Mex) 1998; (40) 4: 330-336. Consultado 25/04/10 Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spmv/v40n4/Y0400405.pdf>

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

39 Garza-Puga M. Factores que propician la no realización de la detección oportuna de Cáncer Cérvico Uterino en mujeres en edad fértil de la UMF No. 43 Investigación no publicada Escobedo Nuevo León. 31 de julio del 2002. Consultado 12/03/10. Disponible en: <http://cedosi.cucs.udg.mx/activos/tesis.pdf>

40 Santillan-Arillo E. El conocimiento de profesionales de la salud sobre la prevención del Cáncer Cervical. Alternativas de salud médica. Salud Pública Mex (Mex) 2000; 42(1): 34-42 Consultado 26/04/10 Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v42n1/2397.pdf>

41 Lazcano Ponce M, Rojas-Martínez R, López Carrillo L. y col. Factores de riesgo reproductivo y Cáncer Cérvico Uterino en la ciudad de México. Salud Pública Mex (Mex) 1993; 35(1): 65-73. Consultado 27/04/10 Disponible en: <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=001259>

42 Salinas Martínez A, Villareal-Ríos E. Garza M. y col. Calidad del programa de detección oportuna de Cáncer Cervico Uterino en el estado de Nuevo León. Salud Pública Mex (Mex) 1997; Vol 39(3): 187-194. Consultado 29/04/10 Disponible en: <http://www.respyn.uanl.mx/i/2/articulos/cancer.html>

43 Ramírez T, Nájera P, Nigenda G y col. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. Salud Pública Mex (Mex) 1998; Vol 40 (1): 1-10. Consultado 30/04/10 Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v40n1/Y0400102.pdf>

44 Dirección general de planeación y desarrollo en salud. La competencia intercultural en la formación del personal de Ciencias de la Salud 2002. Pág. 1-15. Consultado 05/05/10 Disponible en: http://www.dgplades.salud.gob.mx/interior/eventos/Medicina_Tradicional/Jornada_enfermeria/C_ompetencia_Intercultural_09.pdf

45 Mosquera M. Comunicación en Salud: conceptos, teorías y experiencias. Comisionado por la Organización Panamericana de la Salud. 2003. Pág. 1-15. Consultado 25/04/10 Disponible en: http://www.globalhealthequity.ca/electronic%20library/Propuesta%20Final%20Sept_28_Vancouver.pdf

46 Camacho C. Conceptos teóricos eficiencia, igualdad y equidad en la localización de los servicios de salud del estado de México. Consultado 15/04/2010. Consultado 29/04/10 Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112002000100004