

Limitantes en la utilización del servicio de Medicina Preventiva para la DOC

Claudia Itzel Hernández-Hernández,* Jorge Luis Girón-Carrillo,* Arnulfo Joel Correa-Chacón,** Jesús Alfonso Hernández-Lara,*** Angélica Esquivel-Adame,* Ana María Jacobo Saucedo*

*Enfermera General, Hospital General de Zona No. 1, **Investigador asociado A, Unidad de Investigación en Epidemiología HGZ No. 1, ***Médico Familiar, Unidad de Medicina Familiar No. 4

Resumen

Palabras claves

- citología cervical
- cáncer cervicouterino
- Servicios de Medicina Preventiva

Introducción: El Cáncer Cervicouterino (CaCu) es un grave problema de salud pública, con diferencias regionales en su ocurrencia, 80% de los casos se presentan en los países en vías de desarrollo.

Objetivo: Determinar los factores que limitan a las mujeres para no acudir a la realización de la detección oportuna de CaCu (DOC).

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional transversal, en la Unidad de Medicina Familiar No. 4 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Zacatecas; mediante la aplicación de encuestas. Se incluyeron: mujeres derechohabientes de 12 a 49 años, con vida sexual activa.

Resultados: Se realizaron 100 entrevistas; el promedio de edad de las mujeres fue 28 años desviación estándar de 8.5 y un rango de 33 años de edad; 60% se realizó la DOC. El número de embarazos (OR=24.6; 95% IC 5.05-162.6), la edad (OR=13.35; 95% IC 4.57-40.5), la escolaridad (OR=1.85; 95% IC 0.68-4.87), el inicio de vida sexual activa (OR=1.42; 95% IC 0.59-3.43) mostraron asociación para no acudir a la detección.

Discusión: La cobertura en la población blanco (16 a 26 años) no es la deseable ya que la mayor parte de los displasias son diagnosticados en mujeres > 20 años.

Conclusiones: Es imperativo promover la importancia de este estudio en la población femenina en general.

Abstract

Restrictions in the use of the Preventive Medicine services for the DOC

Introduction: The frequency of cervicouterine cancer (CaCu) widely according to the several ethnic forms worldwide, in some countries of continuous Latin American being the first cause in the female population.

Objective: To identify factors that influence refusing opportune detection of cancer cervicouterine.

Material and methods: A cross sectional, observational study in the Familiar Medicine Unit No 4 of the of Social Security Mexican Institute at Zacatecas by the application of surveys in medicare women, during 2000. Included in study women rightful claimants of 15 to 49 years whit active sexual life were interviewed with a questionnaire to evaluate their personal attitudes toward DOC.

Results: A total of 100 individuals was studied, an average of the women of 28 years with a rank of 33 years and one desviation to estandar 8.5, the 60% made the Opportuned Detection of Cancer (DOC). Risk factors were (OR=24.6; CI 95% 5.05 to 162.6), the number of pregnancies (OR=24.6; CI 95% 5.05 to 162.6), the age (OR= 13.35; CI 95% 4.57-40.5), the school grade (OR=1.85; CI95% 0.68-4.87), the beginning of active sexual life (OR=1.42: CI 95% 0.59-3.43) showed association among the attitudes that influence refusing to attended to DOC.

Conclusions: Among women who don't attendat DOC have more weight personal attitude toward DOC have more than knowledge on the subject.

Key words

- cervical citologic screening
- uterine cervix cancer
- Preventive Medicine Services

Correspondencia:

Jorge Luis Girón Carrillo, Unidad de Investigación en Epidemiología, Hospital General de Zona No. 1, IMSS. Interior Alameda No. 45 Centro. Zacatecas Zac. Tel. 2-63-73 ext. 1224. Correo electrónico. gironjo@hotmail.com

Introducción

La frecuencia de Cáncer Cérvicouterino (CaCu) varía ampliamente según el grupo étnico de que se trate. En algunos países de América Latina es la primer causa de muerte en población femenina, no así, en países desarrollados donde las tasas de incidencia y mortalidad han decrecido de manera significativa.¹⁻²

En el mundo se identifican cerca de cinco millones de casos nuevos al año y fallecen más 300,000 mujeres anualmente por esta causa. Se conoce, que la tasa de incidencia para mujeres hispanas y grupos femeninos de indios americanos, es aproximadamente el doble de la población blanca, se ha demostrado que afecta predominantemente a clases sociales bajas, se han establecido riesgos de hasta cinco veces más que en las clases con un nivel socioeconómico alto.³⁻⁶

En nuestro país el CaCu ocupa el primer lugar entre las neoplasias malignas y la mayoría de los casos se detectan en etapas avanzadas; durante los últimos 20 años, la tasa de mortalidad se ha mantenido estable con una incidencia anual de 17 por cada 100,000 mujeres. En la década de 1985 a 1995 murieron cerca de 65 000 mujeres por esta causa, actualmente la mortalidad anual es de 4,000 mujeres.⁷⁻⁹

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el CaCu constituye la primera causa de muerte en mujeres derechohabientes; la tasa de morbilidad a nivel nacional se estimó en 4.65 y en Zacatecas de 9.96. Los costos secundarios a la hospitalización en casos avanzados rebasan los treinta millones de pesos mexicanos anuales; por lo que el CaCu continúa como un problema de salud pública en México.¹⁰ Escandon en 1992 reportó datos epidemiológicos de CaCu en el IMSS, particularmente en el estado de Zacatecas en los que se aprecia que este padecimiento por análisis ajustado, está en los 10 primeros lugares de morbi-mortalidad,

condicionado a una población femenina usuaria más joven en comparación al promedio nacional.¹¹

Para la detección, prevención, y tratamiento del CaCu la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud han creado programas específicos de promoción a través de las instituciones de salud, con acciones dirigidas a preservar la salud de las mujeres en edad reproductiva, así como para salvaguardar su vida.¹²⁻¹³

Se estima que este programa de Detección Oportuna de Cáncer (DOC), en México logró evitar 13% de los casos potencialmente prevenibles de CaCu avanzado.¹⁴

La realización del estudio denominado papanicolao para la DOC en el IMSS ha propiciado la identificación de factores relacionados con la efectividad del programa; existen factores inherentes a los servicios de salud, como la ubicación geográfica y el retraso en la entrega de resultados. Por otro lado, a la población se le atribuyen factores relacionados con nivel de escolaridad, procedencia de áreas rurales o urbano marginadas y el escaso conocimiento acerca de los beneficios del papanicolao.¹⁵⁻¹⁷

Específicamente en la Unidad de Medicina Familiar No. 4 de Guadalupe, Zacatecas, en 1999 se presumía una cobertura para DOC de 6,423 mujeres adscritas de 20 a 69 años, de las cuales sólo 1,546 se lo realizaron. En consecuencia la detección en las diferentes unidades del IMSS delegación Zacatecas, cubrió sólo 20% de la totalidad de la población blanco. Es importante señalar que la mayoría correspondió al intervalo de edad de 20 a 45 años, (84% del total de cobertura). Por lo anterior, el objetivo es describir los factores limitantes para la utilización del servicio de medicina preventiva para la DOC de CaCu por población femenina derechohabiente.

Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo, en la Unidad de Medicina Familiar No. 4 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Guadalupe Zacatecas; mediante un muestreo no probabilístico se incluyeron 100 derechohabientes bajo los siguientes criterios de inclusión: mujeres derechohabientes de 12 a 49 años, con vida sexual activa que aceptaron participar en el estudio; se excluyeron las mujeres, con histerectomía, antecedentes personales de displasia, embarazadas, mujeres sin inicio de vida sexual activa y con cáncer cervicouterino; las encuestas no legibles se eliminaron.

Previo consentimiento informado se llevó a cabo la recolección de los datos mediante un cuestionario estructurado, el cual incluyó preguntas sobre el estado civil, edad, inicio de vida sexual activa, paridad, escolaridad, información acerca de la DOC, en particular sobre la demanda de la usuaria a otro servicio de atención médica para su realización. Las variables se conceptualizaron de la siguiente forma:

Falta de realización de la DOC, se definió como procedimiento no realizado en los dos últimos años anteriores a la aplicación del cuestionario.

No-utilización del servicio de DOC se refiere a que en el lapso de dos años previos a la encuesta, la mujer no hubiese solicitado que le practicaran la prueba de papanicolao por lo menos en una ocasión.

El *pudor* fue definido como recato o vergüenza, especialmente hacia el sexo o el propio cuerpo, honestidad, conciencia, ocultación que se hace de lo que afea y avergüenza.

Para el análisis, se aplicó estadística descriptiva; análisis univariado para el cálculo de la razón de momios con intervalos de confianza de Cornfield del 95%, para lo que se utilizó el programa EPI INFO.

Resultados

De un total de 100 mujeres estudiadas el promedio de edad fue de 28 ± 8.5 y un rango de 33 años de edad; de las mujeres 60% se realizó la DOC por lo menos una vez, la escolaridad mínima fue primaria en 55%; inicio de vida sexual activa antes de los 19 años, 44%. De las mujeres que reportaron de 0 a 3 embarazos, 90% de ellas no acudió a su DOC, lo que se traduce en un OR de 24.61 y un intervalo de confianza de 5.05-162.2; del grupo anterior 80% tenían información acerca del programa de CaCu (cuadro I).

Factores relacionados con la no utilización del servicio de medicina preventiva para la DOC fueron la accesibilidad a la unidad 31%, retraso en la entrega de resultados mayor a un mes 22%; pudor 8%, disponibilidad de la usuaria 6%. Respecto a la asistencia a otras instituciones del sector salud, 40% acudió a SSA, 35% otra UMF del IMSS, 20% servicio privado y 5% al ISSSTE (gráfica 1).

Discusión

De los factores relacionados a una baja utilización del servicio de medicina preventiva para la DOC en la UMF 4 destacó como factor limitante la edad, considerando que la mayor parte de las displasias son diagnosticadas en la mujer después de los 20 años; el cáncer *in situ* se presenta de manera significativa entre los 30 a 39 años de edad y el carcinoma invasor después de los 40, sin embargo, la población blanco entre 16 a 26 años requiere mayor promoción para la DOC, dadas sus condiciones de no realización.

Diversos estudios han puesto de manifiesto la importancia del inicio de vida sexual a edades tempranas.¹⁸

Aspectos ginecológicos y obstétricos como la edad de la multiparidad se ha relacionado con la enfermedad;

Cuadro I. Características de las mujeres que acudieron a la Detección Oportuna de CaCu

| Factores de riesgo | OR* | **IC 95 % |
|---|-------|------------|
| Escolaridad (primaria) | 1.85 | 0.68-4.87 |
| No de embarazos < 3 embarazos. | 24.61 | 5.05-162.6 |
| Inicio de vida sexual activa < de 19 años | 1.42 | 0.59-3.43 |
| Edad de 16 a 24 años | 13.35 | 4.57-40.5 |
| Unión libre | 0.32 | 0.05-1.60 |

Ca Cu: Cáncer Cérvicouterino, *OR: Razón de momios, **IC: Intervalos de confianza.

sin embargo, en este estudio destacó la juventud como un factor limitante para no acudir a la DOC.¹⁹

En México, la lucha contra el cáncer cervicouterino involucra la modificación de ciertos patrones culturales, que dificulta no sólo la aceptación de la DOC, sino también el conocimiento sobre la existencia de enfermedades transmisibles, específicamente las producidas por el virus de papiloma humano y el herpes simple.

Conclusiones

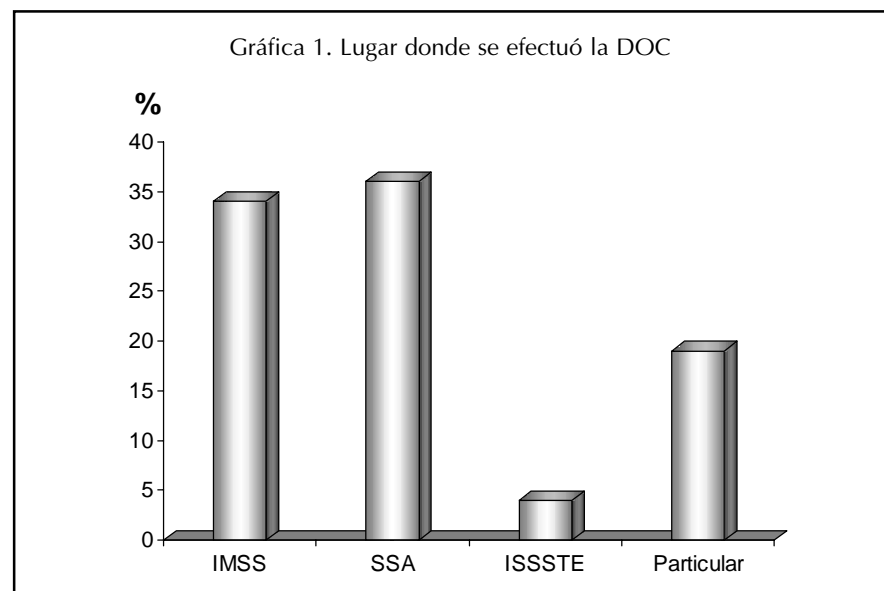
Es indiscutible que el compromiso del IMSS es consolidar el sistema de vigilancia epidemiológica; los resultados del estudio sugieren que algunas estra-

tegias concretas de reorganización y monitoreo continuo del programa de DOC permiten la mejora de los procesos apegados a los indicadores y estándares internacionales.


La sensibilización de la población blanco debe ser una actividad cotidiana de los prestadores de servicios, con el fin de incrementar la utilización del servicio de medicina preventiva para la DOC por las usuarias de unidades de medicina familiar.

En la información que se le proporcione a las usuarias, se deberá utilizar un lenguaje sencillo, y conceptos claros de las ventajas y desventajas de la realización de la DOC.

Así mismo, se deberán establecer estrategias para mejorar la oportunidad en la entrega de resultados.



Bibliografía

1. Salinas MA, Ríos VE, Garza EME, et al. Calidad del programa de detección oportuna de cáncer cervicouterino en el estado de Nuevo León. *Salud Pública Mex.* 1997; 39: 187-194.
 2. Lazcano PE, Moss S, Cruz VA, et al. Factores que determinan la participación en el tamizaje de cáncer cervical en el estado de Morelos. *Salud Publica Mex.* 1999;41:278-85.
 3. Lazcano EC, Moss S, Alonso P, Salmerón J, Hernández M. Cervical cancer in developing countries why it is ineffective, the case of Mexico. *Arch Med Res* 1999;30 (3): 240-250.
 4. Mahlck CG, The papanicolaou test for cervical cancer detection: A triumph and a tragedy. *JAMA* 1989; 261: 737-43.
 5. Devessa SS, Pollack ES, Young JL. Assesing the validity of observed cancer incidence trends. *Am J Epidemiol* 1984; 119:274-291
 6. Fasal E, Simón ME, Kampert JB. Factors associated with high and low risk of cervical neoplasia. *J Nal Cancer Inst* 1969;42:455-468.
 7. Olvera RA, Quiroz PS, Pérez LJ et al. Displasia cervical y carcinoma cervicouterino: Un reto para los servicios de salud. *Ginec Obst Mex.* 1998; 66: 232-36.
 8. Hernández Avila M, Lazcano Ponce EC, Alonso de Ruiz P, Romieu I. Evaluation of the cervical cancer screening program in Mexico: A population-based case control study. *Int J Epidemiol* 1998; 27: 1-7.
 9. Lazcano-Ponce E, Rascón-Pacheco R, Lozano-Ascencio R, Velasco. Mortality from carcinoma of the cervix in Mexico: Impact of screening 1980-1990. *Acta cytologica* 1996; 40:506-512.
 10. Instituto Mexicano del Seguro Social. Boletín estadístico anual de mortalidad 1995. Coordinación de Salud Comunitaria, Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.
 11. Escandon RC, Benítez MMG, Navarrete EJ, Vázquez MJL, Martínez MOG y Escobedo PJ. Epidemiología del cáncer cervicouterino en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud Pública Mex* 1992; 34:607-14.
 12. Ahueda JR, Citología cervical. *Ginec Obstet Mex* 1997; 65:227-228.
 13. Koss LG. The papanicolaou test for cervical cancer detection: A triumph and a tragedy. *JAMA* 1989; 261:737-43.
 14. Verduzco RL, Palet GJA, Aguirre GH, et al. Cáncer cervicouterino y edad. *Ginec Obstet Mex* 1997;65: 119-22.
 15. Hernández AM, Lazcano PEC, Alonso RP et al. Evaluación del programa de detección oportuna del cáncer del cuello uterino en la ciudad de México. *Gac Med Mex.* 1994;130: 201-09.
 16. Bronfman M, Guiscafre GH, Castro B, Castro R, Gutiérrez G. La medición de la desigualdad: Una estrategia metodológica, análisis de las características socioeconómicas de la muestra. *Arch Invest med (Mex)* 1988; 19:351.
 17. Meneses González F, Cos Arroyo MT, Tapia Conyer R. Evaluación de las actividades de detección y seguimiento del cáncer cervicouterino en población bajo cobertura de la Secretaría de Salud, México 1992. *Rev Inst Nal Cancerol* 1994;40: 168.177.
 18. Harris RW, Brintton LA, Cawdell RH, et al. Characteristics of women with dysplasia or carcinoma in situ of the cervix uterine. *Br J Cancer* 1980;42: 359-369.
 19. Brinton LA, Fraumeni JF. Epidemiology of uterine cervical cancer. *J Chron Dis* 1986; 39: 1051-1065. 
-