

**INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA**

**ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO**

**MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

**Administración en Salud**

**GENERACIÓN 2009-2011**

**“MEJORA DEL PROCESO DE ATENCIÓN PARA LA  
PREVENCIÓN Y EL CONTROL DEL CÁNCER CÉRVICO  
UTERINO EN EL CENTRO DE SALUD DE SANTA MARÍA  
AHUACATITLÁN, MOR., 2010.”**

**Proyecto Terminal Profesional  
para obtener el grado de:**

**Maestra en Salud Pública**

**P R E S E N T A :**

**KARINA GONZÁLEZ SÁNCHEZ**

**Director:**

**Dr. Alvaro Javier Idrovo Velandia**

**Asesor interno:**

**Dr. Aurelio Cruz Valdez**

**Cuernavaca, Morelos;**

**Septiembre de 2011.**



## AGRADECIMIENTOS

*CON GRATITUD...*

Al Instituto Nacional de Salud Pública:

Por la gran oportunidad de formar parte de esta familia y por enriquecer mi vida profesional.

Al Mtro. Juan Francisco Molina por su incansable y excepcional labor en guiarnos de la mejor manera a lo largo de estos dos años en los que tuve momentos gratos, pero también de desconcierto, y con su apoyo y orientación me hizo sentir parte de esta gran familia y me dio la directriz para poder concluir satisfactoriamente esta etapa de formación.

A la Mtra. Margarita Márquez por todas las tardes que nos dedicó, por su gran apoyo incondicional y por ser un elemento clave en la culminación de mi maestría.

A todo el equipo de asesores que hicieron posible finalizar éste proyecto, gracias por su valioso tiempo y dedicación.

## *CON GRATITUD...*

### A mi familia:

Para mi amado padre, por su gran esfuerzo y sacrificio, que sin él, nada hubiera sido posible.

A mi querida madre que a pesar de la distancia, me da cobijo y apoyo siempre que lo necesito, y con su entusiasmo, me da la fuerza para continuar en este camino.

A mis hermanos, todos y cada uno de ellos, por su apoyo y confianza.

A Toño, por todos esos momentos entrañables a lo largo de estos años, por su apoyo incondicional y por ser parte de mi vida.

### A mis amigos:

Con mucho cariño a mi gran amiga batallona, Josefina Madueño por encontrar siempre un mirador en aquellos momentos cruciales, por tu gran apoyo y por haber hecho posible la culminación de este trabajo, de todo corazón, gracias Madue.

Para Adry por hacer posible que todos esos días, tardes, y noches de trabajo que parecían interminables, cumplieran su objetivo.

Y a todos aquellos encuentros maravillosos que enriquecieron esta etapa de mi vida con diferentes matices, colores y sabores, por coincidir aquí y hacer una diferencia, gracias.

... a todos, GRACIAS.



# ÍNDICE

	<b>Páginas</b>
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. ANTECEDENTES DEL DIAGNÓSTICO.....	2
2.1. RESULTADOS RELEVANTES DEL DIAGNÓSTICO DE SALUD.....	3
2.1.1. Factores determinantes.....	3
2.1.2. Condiciones de salud.....	5
2.1.3. Respuesta social organizada.....	7
2.2. REPORTE DE PRIORIZACIÓN.....	13
3. PROYECTO DE INTERVENCIÓN.....	15
3.1. ANTECEDENTES.....	15
3.1.1. Aspectos epidemiológicos del cáncer cérvico uterino.....	15
3.1.2. Programas de detección oportuna de cáncer cérvico uterino (DOC).....	16
3.1.3. Factores que determinan la utilización y la efectividad de los programas de detección oportuna de cáncer cérvico uterino.....	18
3.1.4. Componentes de un programa de DOC y su evaluación.....	20
3.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	23
3.3. ALTERNATIVA DE SOLUCIÓN.....	24
3.4. JUSTIFICACIÓN.....	25
3.5. OBJETIVOS.....	28
3.5.1. Objetivo general.....	28
3.5.2. Objetivos específicos.....	28
3.6. MARCO CONCEPTUAL.....	29
3.6.1. Calidad en los servicios de salud.....	29
3.6.2. Enfoques para la evaluación de la calidad.....	30
3.6.3. Estrategias en garantía de calidad.....	31
3.6.4. Pasos para la mejora de la calidad.....	32
3.6.5. Estandarización de procesos como estrategia para la mejora de la calidad en los servicios de atención médica.....	36

3.6.6.	Modelo conceptual de la intervención.....	38
3.7.	ESTUDIO DE FACTIBILIDAD.....	40
3.7.1.	Factibilidad del Mercado.....	40
3.7.2.	Factibilidad técnica.....	40
3.7.3.	Factibilidad financiera.....	41
3.7.4.	Factibilidad administrativa.....	43
3.7.5.	Factibilidad política.....	43
3.7.6.	Factibilidad legal.....	45
3.7.7.	Factibilidad social.....	45
3.8.	ESTRATEGIAS, METAS Y ACTIVIDADES.....	46
3.9.	LÍMITES.....	47
3.9.1.	Área geográfica.....	47
3.9.2.	Temporalidad.....	47
3.9.3.	Población.....	47
3.10.	MATERIAL Y MÉTODOS.....	47
3.10.1.	PRIMERA ETAPA. Diagnóstico situacional del PDOC en el CS de SMA.....	48
3.10.2.	SEGUNDA ETAPA. Diseño de la intervención para el fortalecimiento del programa de DOC.....	54
3.10.3.	TERCERA ETAPA. Implementación y evaluación de la Intervención.....	56
3.11.	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	58
3.12.	EVALUACIÓN Y CONTROL.....	59
3.13.	INFORME DE EJECUCIÓN.....	60
3.13.1.	Diagnóstico situacional del programa de DOC en el CS de SMA.....	60
3.13.2.	Diseño de la intervención para la estandarización.....	82
3.13.3.	Implementación de la propuesta para la estandarización y evaluación de los cambios inmediatos de la intervención.....	84
3.14.	EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN.....	93
3.15.	LIMITACIONES.....	95
3.16.	CONCLUSIONES Y RECMENDACIONES.....	96

4.	BIBLIOGRAFÍA.....	101
5.	ANEXOS.....	106

## 1. INTRODUCCIÓN

Dado que la protección a la salud es un derecho constitucional, resulta indispensable asegurar la prestación de servicios de salud de alta calidad que permitan tener mejores resultados en salud así como, disminuir las desigualdades en la atención, las cuales no son exclusivas de la extensión de cobertura sino también, de la calidad en los servicios que se otorgan. En este sentido es que la calidad de la atención en salud ha cobrado gran importancia en los últimos años y se ha situado como prioridad en la agenda de las políticas públicas en salud.

Mejorar la calidad en la atención permite tener un uso adecuado de los diferentes servicios que se otorgan debido a que influye directamente en la utilización, apego y continuidad de los servicios médicos por parte de la población que cada vez está más informada y consecuentemente, demanda servicios de salud de mayor calidad.

Durante el diagnóstico de salud que se realizó en Santa María Ahuacatlán, se identificó la baja utilización de los servicios de salud preventivos por parte de la población y su inconformidad con la atención que se ofrece en este centro de salud. Por otra parte, al aplicar la cédula de acreditación para unidades de primer nivel, fue la calidad en la atención lo que presentó mayores irregularidades y se evidenciaron múltiples inconsistencias en el desarrollo y ejecución de los diferentes programas prioritarios de salud, destacando en este sentido, el de cáncer cérvico uterino.

En el presente trabajo se plantea una intervención que pretende fortalecer el programa de detección oportuna de cáncer cérvico uterino a través de la estandarización de conocimientos y procesos con el apoyo de diferentes herramientas para la mejora de la calidad en los servicios de atención a la salud como son: diagramas de árbol, 5 por qué, checklist, diagramas de flujo, entre otras, lo que a su vez, permitirá mejorar el cumplimiento del programa.

## 2. ANTECEDENTES DEL DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de salud es una herramienta esencial en Salud Pública ya que a través de él es posible identificar, caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población así como sus factores determinantes, los cuales, de acuerdo a Lalonde (1974), están dados por cuatro componentes: 1) biología humana, 2) medio ambiente, 3) estilo de vida y 4) organización de la atención de la salud.<sup>1,2</sup> Lo anterior, con la finalidad de reconocer sus necesidades y prioridades en salud y a partir de ello, proponer y establecer soluciones viables y factibles que permitan resolver dichas necesidades. De este modo, los aspectos fundamentales que debe contener un diagnóstico de salud son: factores determinantes, riesgos y daños a la salud, y respuesta social organizada.<sup>3,4</sup>

El diagnóstico de salud, juega un papel importante como instrumento de planeación dentro del área administrativa y normativa ya que a través de éste, es posible llevar a cabo la medición de los recursos, determinar su suficiencia y a su vez, realizar una cuantificación de las metas con la finalidad de identificar desviaciones, definir prioridades y fijar acciones que permitan mejorar el sistema.<sup>5</sup>

Durante el periodo de febrero a junio de 2010, los alumnos inscritos a la Maestría de Salud Pública de la generación 2009-2011 del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), elaboraron un diagnóstico de salud de la localidad de Santa María Ahuacatlán (SMA). Para ello, se integraron 5 equipos los cuales estuvieron conformados por estudiantes de las diferentes áreas de concentración con la finalidad de tener equipos multidisciplinarios y dar un enfoque integral a las diferentes actividades.

El poblado de SMA está localizado al norte de la ciudad de Cuernavaca, como parte de la delegación Emiliano Zapata, colinda al norte con Huitzilac y con poblados como Huertas de San Pedro, al este con Tepoztlán y con poblados como Chamilpa y Ocoatepec, al sur con Buena Vista y al oeste con Colonia del Bosque. Esta localidad tiene una población de 16,273 habitantes, con una población masculina de 7,758 y una población femenina de 8,515.<sup>6</sup>

Para las autoridades de esta localidad, se reconoce una división geográfica de acuerdo a zonas denominadas “parajes”, los cuales fueron repartidos entre los 5 equipos. De esta forma, los resultados que aquí se presentan son los del diagnóstico realizado en los parajes de *Tejocote, Cruz de la Misión, Los Ahiles, Agrícola y Prolongación Independencia*, localizados en la zona noroeste de la localidad.

## 2.1. RESULTADOS RELEVANTES DEL DIAGNÓSTICO DE SALUD

Se elaboró un diagnóstico comunitario, transversal, conformado por metodología cualitativa y cuantitativa con el propósito de tener una visión más amplia y detallada de las condiciones de salud en este lugar. Para la parte cualitativa se emplearon guías de observación, entrevistas semi-estructuradas y grupos de consenso. Para la parte cuantitativa se utilizó un cuestionario adaptado de la ENSANUT 2006 (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición), la cédula de autoevaluación del sistema de acreditación y garantía de calidad para establecimientos de primer nivel de atención, y diversas fuentes secundarias. Los resultados encontrados se integraron en tres aspectos esenciales, factores determinantes, riesgos y daños a la salud, y respuesta social organizada.

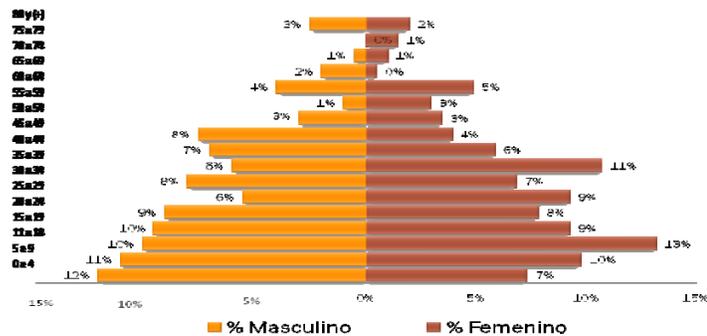
Todos los instrumentos empleados en la elaboración de dicho diagnóstico aportaron información valiosa, sin embargo, un aspecto relevante fue la evaluación que se realizó al centro de salud de SMA como parte de los servicios con los que cuenta esta población para atender los problemas relacionados con su salud.

### 2.1.1. Factores determinantes.

**Perfil sociodemográfico.** A partir del censo realizado en los parajes de la zona noroeste, se determinó que tienen una población de 404 habitantes distribuidos en 91 hogares. La mayor parte de la población se concentra en los jóvenes. El 51%

pertenecen al sexo femenino y el 36% de la población mayor de 12 años son casados. La población de estos parajes es una población en la que predominan los niños y adultos jóvenes, similar a la nacional, observando también un disminuido número de adultos mayores (Fig. 1).

Fig.1. Pirámide poblacional de los parajes de la zona noroeste de Sta. Ma. Ahuacatitlán, 2010.



Fuente: Diagnóstico de salud de los parajes de la zona noroeste de Sta. Ma. Ahuacatitlán, 2010.

**Alfabetismo y escolaridad.** El 92% de la población mayor de 5 años sabe leer y escribir, sin embargo, el 78% de los habitantes de estos parajes cuentan únicamente con educación básica.

**Ocupación.** El 50% de la población de 12 años se encuentra empleada lo que representa un porcentaje menor al de nivel nacional (57.7%). Las actividades en las que se desempeñan son: empleados o trabajadores en negocios no familiares (19%), jornaleros o peones (15%), obreros y trabajadores de la construcción (11%), y empleados de gobierno o trabajo por su propia cuenta (10%).

**Ingresos y nivel socioeconómico.** El 48% de los hogares tienen un ingreso mensual igual o menor a \$1,600 y el 27% tienen un ingreso hasta de \$3,200 mensuales. El nivel socioeconómico promedio es medio, sin embargo, el paraje de los Ahiles tiene un nivel socioeconómico bajo y es el paraje en el que tienen mayor escasez de servicios y condiciones de vivienda y accesibilidad más bajas.

**Vivienda.** EL 74% de los encuestados refirieron contar con vivienda propia. El 69% de estas viviendas cuentan con piso de cemento. 84% cuenta con paredes

de ladrillo y sólo el 36% cuenta con techo de concreto. El 70% de las viviendas tienen entre 1 y 2 cuartos y el 22% tiene la cocina en la misma habitación.

**Servicios.** El 54% de las viviendas cuentan con agua entubada al interior de las mismas, el 57% cuenta con drenaje y el 77% tiene conexión de energía eléctrica formal.

Los principales factores condicionantes se resumen en la tabla 1:

**Tabla 1**

**Factores determinantes parajes zona noroeste de Santa María  
Ahuacatlán, 2010.**

Factor	Condición	%
Escolaridad	Educación básica	78
Población económicamente activa	Mayor de 12 años	50
Sector económico	Terciario	69
Ingreso económico mensual por familia	Menor o igual a \$1,600	48
Vivienda	Precaria	23
	Agua entubada con conexión al interior de la vivienda	54
Servicios	Energía eléctrica (adecuada y formal)	77
	Drenaje	57
	Recolección municipal de basura	84

Fuente: Diagnóstico de salud de los parajes de la zona noroeste de Sta. Ma. Ahuacatlán, 2010.

### 2.1.2. Condiciones de salud.

Las principales enfermedades reportadas por la población padecidas en durante las últimas dos semanas previas a la recolección de la información fueron: enfermedades respiratorias en un 47%, diabetes mellitus (DM) en un 13%, y enfermedades diarreicas en un 11%.

Las principales causas de consulta reportadas en SUIVE por el centro de salud de SMA durante el 2008 fueron en orden de demanda: infecciones respiratorias agudas (645 casos); infecciones de vías urinarias (100 casos); enfermedades diarreicas agudas (95 casos); faringitis y amigdalitis (48 casos); úlceras gástricas, gastritis y duodenitis (34 casos); candidiasis urogenital (33 casos); tricomoniasis urogenital (23 casos); otitis media aguda (21 casos) y desnutrición leve (18 casos).

En cuanto a la mortalidad estatal durante el 2008, las principales causas las ocupan las enfermedades crónicas y el cáncer cérvico uterino ocupa el segundo lugar de mortalidad por tumores malignos en la población en edad productiva (Tabla 2). A nivel jurisdiccional y en el municipio de Cuernavaca el cáncer cérvico uterino ocupa el cuarto lugar de mortalidad por tumores malignos en la población en edad productiva y en las mujeres, ocupa el segundo lugar por la misma causa.<sup>7</sup>

**Tabla 2**  
**Cinco principales causas de mortalidad en edad productiva, Morelos 2008.**

Orden	Causas	CIE-10	Defunciones	Tasa (1)	%
	Total	A00-Z99	3,110	286.1	100.0
1	Diabetes mellitus	E10-E14	543	50.0	17.5
2	Tumores malignos	C00-C97	440	40.5	14.2
	- Tumor maligno de la mama	C50	54	5.0	1.7
	- Tumor maligno del cuello del útero	C53	47	4.3	1.5
	- Tumor maligno del estómago	C16	43	4.0	1.4
3	Accidentes	V01-X59, Y40-Y86	370	34.0	11.9
	- Accidentes de tráfico de vehículos de motor	V02-V04 (.1, .9), V09.2-V09.3, V09.9, V12-V14 (.3-.9), V19.4-V19.6, V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86 (.0-.3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9	182	16.7	5.9
4	Enfermedades del hígado	K70-K76	338	31.1	10.9
	- Enfermedad alcohólica del hígado	K70	145	13.3	4.7
5	Enfermedades del corazón	I00-I51 (excepto I46 paro cardíaco sólo para mortalidad)	310	28.5	10.0
	- Enfermedades isquémicas del corazón	I20-I25	211	19.4	6.8

(1) Tasa por 100,000 habitantes de 15 a 64 años.

Fuente: INEGI/Secretaría de Salud.DGIS, 2008. Elaborado a partir de base de datos de defunciones 2008 y CONAPO, 2006. Proyecciones de Población de México 2005-2050.

### 2.1.3. Respuesta social organizada.

**Derechohabiencia.** El 72% de la población que habita en estos parajes no cuenta con seguridad social, sin embargo, el 45% de estos, se encuentran afiliados al Seguro Popular. Del 26% que cuenta con seguridad social, la mayor proporción (84%) pertenece al IMSS, el 9% al ISSSTE y el 9% a SEDENA/SEMAR.

**Utilización.** El 24% de la población manifestó haber requerido atención médica en las últimas 2 semanas y de éstas, el 42% prefirieron buscar atención en servicio particular (Farmacia Similares) pues perciben que la atención es mejor en estas farmacias que en el centro de salud y el costo, según refirieron, es accesible.

De la población que no buscó atención médica a pesar de presentar un problema de salud en las últimas dos semanas, el 25% refirió que fue por causas relacionadas con la organización del centro de salud y la atención que se brinda en el mismo.

La población que más demanda los servicios que ofrece el centro de salud son las mujeres y los niños además de las embarazadas y aquellos con enfermedades infecto-transmisibles y crónico degenerativas.

En cuanto a la búsqueda de atención médica preventiva y de diagnóstico oportuno, el 86% de la población total refirió no haber solicitado este tipo de servicio.

En relación al sexo, el 84% de las mujeres no buscan ningún tipo de atención preventiva y respecto a la detección oportuna para cáncer cérvico uterino (Papanicolaou) refirieron no solicitarlo por cuestiones personales (pena, falta de interés y factores relacionado con su pareja) y por cuestiones relacionadas con la atención en el centro de salud (tiempos de espera y oferta de la toma, poca amabilidad, falta de material, no entregan resultados).

En general, la población percibe que la atención que se presta en el centro de salud es inadecuada, situación que es determinante en la utilización de los

servicios que se ofrecen en esta unidad incluyendo los servicios de detección y prevención.

## Características del centro de salud.

### a) Datos Generales de la unidad médica

De acuerdo con los registros disponibles y la información proporcionada por la Jurisdicción Sanitaria No. 1, el centro de salud de SMA pertenece a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 del estado de Morelos por encontrarse dentro del municipio de Cuernavaca. La localidad cuenta con una población total de 17,124 habitantes de los cuales 8,597 (50%) no cuentan con seguridad social y por lo tanto son responsabilidad de la secretaría de salud. Este centro de salud contaba con 1,015 familias afiliadas al Seguro Popular y 259 familias registradas en el programa de Oportunidades en el momento de la recolección de la información.

De acuerdo con los registros, este centro de salud, otorga un promedio de 7,000 consultas anuales (Tabla 3), de las cuales, 55% son de primera vez y el 72% se otorgan a mujeres.

**Tabla 3**

**Total de consultas anuales otorgadas en el centro de salud de Snta. Ma. Ahuacatitlán, 2007-2009.**

	2007	2008	2009
<b>Total de consultas</b>	8,231	5,778	7,132

Fuente: SIS 2007-2009.

En la siguiente tabla se muestran los elementos principales con los que contaba el centro de salud para brindar atención en el momento de la recolección de los datos:

**Tabla 4**

**Características del centro de salud de Santa Ma. Ahuacatlán, 2010.**

Elemento	Condición
<b>Recursos humanos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 médico generales</li> <li>• 1 médico pasante en servicio social</li> <li>• 1 enfermera general</li> <li>• 1 enfermera pasante en servicio social</li> <li>• 1 odontólogo</li> <li>• 1 psicólogo</li> <li>• 1 promotor de salud</li> <li>• 1 voluntaria</li> </ul>
<b>Infraestructura</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidad de reciente creación</li> <li>• 3 consultorios de medicina general</li> <li>• 1 consultorio de odontología</li> <li>• 1 área de estimulación temprana</li> <li>• 1 consultorio para toma de citología cervical</li> <li>• 1 área de curaciones y vacunación</li> <li>• 1 área para observación con 3 camas</li> <li>• Farmacia, archivo y área para esterilización del material</li> <li>• El equipo es nuevo y se encuentra en buenas condiciones</li> </ul>
<b>Horarios atención</b>	<p>de Turno matutino de 7-14hrs y turno vespertino de 16-18 hrs de lunes a viernes, los sábados el horario de atención es de 8 a 14 hrs y se atienden urgencias las 24 hrs de lunes a sábado.</p>
<b>Productividad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promedio de consulta por día fue de 7.9 (abril y mayo) lo que representa el 39.5% del indicador nacional que es de 20 (el resto de los concentrados del SIS no fueron encontrado en la unidad).</li> </ul>
<b>Abasto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se encontró desabasto de diversos medicamentos e insumos referidos en la cédula de acreditación sin evidencia de solicitud de abasto.</li> </ul>

Fuente: Diagnóstico de Salud de los parajes de la zona noroeste de Sta. Ma. Ahuacatlán, 2010.

## b) Instrumentos de evaluación

Para la obtención de los datos referentes al centro de salud, se aplicó la cédula de autoevaluación del Sistema de Acreditación y Garantía de Calidad para establecimientos de Primer Nivel de Atención (Centros de salud) de la Dirección de Evaluación de Calidad con una exploración general de algunos programas prioritarios. Se revisaron 344 estándares de estructura, de los cuales, 147 son indispensables (se requiere cumplir con ellos al 100%), 122 son necesarios (requieren un cumplimiento del 80% o más) y 75 son convenientes (requieren un cumplimiento del 50%), la autoevaluación consiste en la revisión de los requisitos

mínimos obligatorios establecidos en la normatividad vigente de infraestructura, equipamiento y recursos humanos. Para ello, se incluyen tres componentes: 1) capacidad de respuesta, 2) seguridad del paciente, y 3) calidad en la prestación del servicio.

Los resultados de la aplicación de esta cédula se muestran en la tabla 5.

**Tabla 5**  
**Resumen de la evaluación de establecimientos públicos de atención médica de primer nivel (CS de SMA).**

Concepto	Ponderación		Ítems	
	Porcentaje	Obtenido	Completo	Ideal
Capacidad	60%	46.9	468	599
Seguridad	25%	24.3	36	37
Calidad	15%	0.5	1	30
Total			505	666
Calificación	75.83			

Fuente: Diagnóstico de Salud de los parajes de la zona noroeste de Sta. Ma. Ahuacatlán, 2010.

En la cédula de evaluación, el puntaje más bajo fue el rubro destinado a la calidad con un resultado final de 0.5% de un total de 15% requerido.

Finalmente, el CS no podría ser acreditado por no cumplir con los requisitos mínimos necesarios.

### c) Hallazgos principales en el cumplimiento de los programas

Al mismo tiempo, se realizó una valoración de cómo se llevan a cabo algunos de los programas prioritarios, los resultados encontrados se muestran en la tabla 6.

**Tabla 6**

**Hallazgos de la evaluación de los programas prioritarios en el centro de salud de Santa Ma. Ahuacatitlán, 2010.**

Programa	Condición encontrada
Expediente clínico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión aleatoria de 45 expedientes de los diferentes grupos de edad</li> <li>- Utilización de abreviaturas</li> <li>- No se realiza un diagnóstico integral</li> <li>- Posologías incompletas</li> <li>- No se registran actividades de promoción para la detección oportuna de enfermedades crónicas</li> </ul>
Control de niño sano	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Existen sólo 79 niños menores de 5 años registrados en el tarjetero de los cuales el 24% son irregulares.</li> </ul>
Salud reproductiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 82 mujeres embarazadas en control prenatal (8 de alto riesgo y 22 adolescentes)</li> <li>- El 48.8% fue captada en el primer trimestre</li> <li>- No se cuenta con tarjetero de embarazadas pero si se utiliza el sello de riesgo obstétrico en el expediente</li> <li>- Falta de interpretación de análisis clínicos y tratamiento a IVU y bacteriuria asintomática</li> <li>- No se realiza detección de proteinuria después de la semana 20</li> <li>- La referencia a segundo nivel es inoportuna y no existe seguimiento</li> <li>- No existe registro ni seguimiento de puérperas</li> <li>- La promoción de la lactancia materna y orientación nutricional es nula</li> <li>- El tarjetero de planificación familiar no está actualizado pero se realiza registro de promoción en el expediente</li> <li>- Se desconoce la cobertura de Td y SR en mujeres en edad fértil</li> <li>- Se desconoce la oferta de ácido fólico a mujeres en edad fértil</li> </ul>
Enfermedades no transmisibles (DM, HAS, Obesidad)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Existe un club de diabéticos pero sólo cuenta con 3 integrantes y no es funcional</li> <li>- No existe registro de detecciones para estas enfermedades</li> <li>- Existen 86 pacientes diabéticos y sólo el 25% están registrados como regulares</li> <li>- Existen 94 pacientes registrados con hipertensión arterial con el 36% como regulares</li> <li>- 6 pacientes con obesidad, todos inactivos</li> <li>- 1 paciente con dislipidemia, inactivo</li> </ul> <p>Nota: Si tomamos en cuenta la prevalencia de la DM2 (7% en promedio para hombres y mujeres) según la ENSA 2006, el número de pacientes ingresados a control es muy bajo.</p>

## Cáncer cérvico uterino

### 1. Promoción y educación

- a) Educación para la salud. En general se realiza con poca frecuencia. Al momento de la entrevista se reporto no haber dado ninguna plática a las usuarias para la promoción de la detección oportuna de cáncer cérvico uterino. No se realiza búsqueda intencionada de mujeres en edad de riesgo (25 a 64 años de edad)
- b) Identificación de los factores de riesgo: No se identifican claramente por todo el personal

### 2. Consejería

- No se oferta consejería para detección oportuna
- Limitada a informar únicamente el procedimiento de la toma de muestra

### 3. Detección oportuna

- No cuentan con las metas de detección
- Oferta limitada para la detección (toma de citología cervical)
- El horario establecido por la unidad médica para la toma de citologías es limitado (L-V, de 12:00-14:00 hrs).
- En el periodo de enero a mayo se han realizado 93 citologías cervicales, de las cuales ninguna cuenta con resultado
- No existe claridad en el grupo de edad al que se debe ofertar la toma de citología cervical.
- Existe confusión en la periodicidad de la toma.
- Refieren como contraindicación haber tenido relaciones sexuales de 2 a 5 días antes.
- No se identifican las indicaciones para la selección del instrumento de toma de muestra.
- Existe confusión respecto a la secuencia de toma entre endo y exocervix.
- No se identifican los tiempos límites entre la toma y la fijación de la muestra ni el tiempo mínimo en el que la muestra debe permanecer en el medio de fijación.
- El recipiente utilizado para la fijación de las muestras es inapropiado

Envío y transporte de las muestras: De acuerdo a lo referido al momento de la entrevista, se realiza en el tiempo adecuado (7 días después de la toma como máximo) pero no se realiza concentrado semanal de las muestras.

### 4. Seguimiento

- Los tiempos de entrega de resultados son inadecuados (2 meses), al momento de la entrevista se refirió no tener ningún resultado en lo que va del año.
- Se realiza visita domiciliaria a las pacientes con resultado positivo a lesión para informar fecha de cita al servicio de colposcopia.
- No se cuenta con un registro del seguimiento de las usuarias con resultado positivo a lesión
- En el momento de la entrevista se refirió que no existen pacientes en seguimiento o tratamiento para cáncer cérvico uterino

---

Fuente: Diagnóstico de Salud de los parajes de la zona noroeste de Sta. Ma. Ahuacatlán, 2010.

Como se muestra en la tabla anterior, los resultados de los instrumentos aplicados para valorar el cumplimiento de las actividades en algunos de los programas prioritarios, sugieren que en general, se tiene un cumplimiento limitado lo que resulta en las bajas coberturas y una prestación inadecuada de los servicios de prevención, control y seguimiento.

## 2.2. REPORTE DE PRIORIZACIÓN

La determinación de prioridades es un proceso de toma de decisiones mediante el cual se identifica lo que debe ser considerado en primera instancia y que puede o no, ser sujeto de una intervención. Las prioridades pueden ser de dos tipos, las de acción (aquellas que pueden ser objeto de intervención) y las de investigación (requieren investigación antes de ser intervenidas)<sup>8</sup>.

Los criterios para priorizar están en función de la importancia del problema; la capacidad que se tenga para solucionarlo y la factibilidad de la intervención planteada.

Existen diferentes métodos de priorización, sin embargo, para este diagnóstico se realizó una priorización social a través de grupos de consenso, los problemas priorizados por estos grupos estuvieron relacionados con: 1) adicciones en los jóvenes; 2) inseguridad; 3) infecciones secundarias al contacto con animales como perros y gatos; y 4) problemas de disposición inadecuada de basura. No obstante, es importante señalar algunos puntos sobresalientes en los resultados de este diagnóstico de salud:

**Respuesta social organizada.** En general, destaca la inconformidad y la mala percepción que tienen los pobladores respecto a la atención que se brinda en el centro de salud, por lo que un porcentaje considerable de ellos prefiere acudir a otras instituciones o hacer uso de otros recursos para solucionar sus problemas de salud. En este sentido, es notorio que el vínculo entre la comunidad y los prestadores de servicios de salud se encuentra fragmentado, por lo que resulta prioritario establecer acciones que consigan mejorar la atención que se oferta y que permitan recuperar la credibilidad en los servicios de atención.

**Uso de servicios preventivos.** Los resultados mostraron que el uso de servicios preventivos por parte de la población mayor de 18 años de edad es bajo ya que más del 80% de esta población (*84% en el caso de las mujeres*) refirió no solicitar actividades preventivas, por lo que resulta necesario establecer estrategias que permitan fomentar el uso de estos servicios y su adopción permanente por parte

de la población, lo que permitirá una disminución del gasto en salud tanto de los usuarios como de las instituciones.

**Evaluación del centro de salud.** En la evaluación que se realizó al interior del centro de salud el punto más destacado fue la baja ponderación obtenida en el apartado de calidad y la deficiencia en el desarrollo de los programas prioritarios como el de detección oportuna de cáncer cérvico uterino (DOC) en el que fueron notorias diferentes inconsistencias en los procesos de atención relacionados con este servicio.

Lo anterior resulta relevante debido a que, un factor determinante en el uso de los servicios preventivos y/o curativos es, precisamente, la percepción que tiene la población respecto a la calidad en la prestación de los servicios.

Con base en estas observaciones, y tomando en cuenta que el cáncer cérvico uterino es un problema de salud pública importante no sólo a nivel nacional sino mundial, debido al gran impacto económico y social que tiene al ocupar el segundo lugar de mortalidad por neoplasias malignas en la población femenina, y que estas muertes son en realidad un problema de inequidad en el acceso a los servicios de salud y mala calidad en los programa de detección, se encuentra una oportunidad importante para el fortalecimiento de las actividades del programa de DOC en el CS de SMA resultando así, una priorización tanto de investigación como de acción.

### 3. PROYECTO DE INTERVENCIÓN

#### 3.1. ANTECEDENTES

##### 3.1.1. Aspectos epidemiológicos del cáncer cérvico uterino.

El cáncer cérvico uterino es actualmente un problema de salud pública importante, con un estimado de más de 500 mil casos nuevos anuales en todo el mundo, representa una de las enfermedades con mayor mortalidad en la población femenina ocasionando al menos 250 mil muertes al año, de las cuales, el 80% ocurren en países de ingresos medios y bajos. Las diferencias entre la morbilidad y la mortalidad por cáncer cérvico uterino entre los países de altos ingresos y aquellos con ingresos medios y bajos, es el *acceso a los servicios de salud y la baja calidad en los servicios de prevención y control para esta patología*. De no tomarse las medidas adecuadas para el diagnóstico y tratamiento oportunos, se pronostica que las defunciones por esta causa se incrementarán en un 25% durante los próximos 10 años.<sup>9,10,11,12</sup>

Durante el 2008, el cáncer cérvico uterino se registró como el tercer cáncer más común en las mujeres a nivel mundial. En el continente Americano las tasas de morbilidad y mortalidad más altas se presentaron en Jamaica, Guyana y Nicaragua, y las más bajas se registraron en Puerto Rico, Canadá, y Estados Unidos.<sup>9</sup>

Durante el mismo año, en México, se registraron 10,186 casos nuevos de cáncer cérvico uterino (segundo lugar de neoplasias malignas después del cáncer de mama) con una tasa 19.2 x 100 mil mujeres. La tasa de mortalidad para el mismo año, fue de 9.7 x 100 mil mujeres con 5,061 defunciones (segundo lugar de mortalidad por neoplasias malignas en mujeres).<sup>9</sup> Los Estados con mayor número de defunciones registradas fueron el Distrito Federal (459), Veracruz (377) y el Estado de México (348).<sup>13</sup>

En Morelos, durante el 2008 se registraron 89 defunciones (lugar número 21 en la tabla nacional de mortalidad por cáncer cérvico uterino); 19 en la Jurisdicción Sanitaria No. 2; 32 en la Jurisdicción Sanitaria No. 3; y 38 en la Jurisdicción Sanitaria No. 1. El municipio con mayor número de muertes fue el de Cuernavaca con 19 registros.<sup>13</sup>

El fallecimiento de estas mujeres representa una gran pérdida social, económica, y además, innecesaria ya que el cáncer cérvico uterino es totalmente prevenible y curable a un bajo costo y bajo riesgo si se tienen métodos de tamizaje, diagnóstico, tratamiento, y seguimiento adecuados y oportunos. Desafortunadamente, en los países en desarrollo la detección oportuna no ha resultado efectiva.<sup>11</sup>

### **3.1.2. Programas de detección oportuna de cáncer cérvico uterino (DOC).**

La prevención secundaria para el cáncer cérvico uterino a través de actividades de detección organizada se inició a mediados del siglo XX, con el uso de la citología cervical. Con esto, se observó que la implementación adecuada de un programa de detección oportuna tiene un impacto exitoso sobre la disminución en las tasas de mortalidad por cáncer cérvico uterino.<sup>14</sup>

Tal es el caso de los países desarrollados donde la puesta en marcha de un programa de citología de amplia cobertura ha contribuido a la reducción concomitante de las tasas de incidencia y mortalidad por este padecimiento, gracias a la detección y tratamiento oportunos de las lesiones precancerosas y los cánceres en estadios iniciales. Los países mejor estudiados son quizá los nórdicos (Finlandia, Suecia, Dinamarca e Islandia), donde en los años 60 se pusieron en marcha programas de detección organizados y las tasas de incidencia han disminuido en más del 50%, lo que está estrechamente relacionado con la cobertura poblacional. En Noruega, después de la implantación de un programa de detección organizado en 1995, el descenso en la incidencia fue inmediato. En

Inglaterra se observó una situación similar, y en los Estados Unidos, las tasas de incidencia y mortalidad han disminuido en un 75% o más desde los años 60, aunque en algunas regiones con recursos escasos, dificultad en el acceso, y barreras socio-culturales frente a la detección oportuna, las tasas siguen siendo altas. En América Latina, la cobertura puede ser alta en algunos lugares, pero la calidad de los programas de detección oportuna y el acceso al tratamiento suelen ser deficientes por lo que las tasas de cáncer cérvico uterino siguen siendo las más altas en el mundo.<sup>14</sup> Por lo tanto, amplias coberturas, elevados estándares de calidad, aseguramiento del acceso al tratamiento y un adecuado sistema de referencia, representan un reto en este tema para la disminución de la incidencia y mortalidad por cáncer cérvico uterino.<sup>15,16</sup>

En México, el Programa Nacional de Detección Oportuna se implantó a partir de 1974 con el empleo de la citología cervical, también conocida como prueba de Papanicolaou (Pap), la cual ha representado un avance en la prevención de cáncer cérvico uterino en mujeres con vida sexual activa; sin embargo, esto no ha sido suficiente para lograr una disminución significativa en las tasas de mortalidad debido a la baja cobertura y bajos estándares de calidad.<sup>17</sup>

Se puede decir, entonces, que el cáncer cérvico uterino es una enfermedad que refleja un problema de equidad de género y de acceso a los servicios de salud, no sólo en diferencias de desarrollo económico y social, sino también, de estructura física y de recursos humanos.<sup>15,18,19</sup> Por lo tanto, es una enfermedad de la pobreza, y por ello, los programas de detección oportuna deben, entre otras cosas: 1) dirigirse primordialmente a regiones rurales y urbanas marginadas; 2) impulsar acciones que garanticen amplias coberturas y calidad similar en todas las regiones; 3) utilizar estrategias de tamizaje acordes a la disponibilidad de servicios de atención médica; 4) satisfacer las expectativas de las usuarias, así como aumentar el conocimiento respecto al cáncer cérvico uterino, con la finalidad de garantizar una calidad adecuada en el programa.<sup>20</sup>

### 3.1.3. Factores que determinan la utilización y la efectividad de los programas de detección oportuna de cáncer cérvico uterino (DOC).

La baja efectividad de los programas de prevención en los países en desarrollo obedece a diversos factores, los relacionados con la falta de demanda oportuna por parte de la población en riesgo, y los relacionados con la falta de organización y control de calidad de los servicios involucrados.<sup>21</sup>

**Demanda.** La búsqueda de atención médica por parte de la población, está determinada, entre otras cosas, por sus experiencias previas, percepción de la calidad de atención y la información recibida. Uno de los factores principales para utilizar el programa de DOC, es el conocimiento de la utilidad de la prueba y la percepción de sus beneficios.<sup>15,22</sup> Por ello, algunos factores que influyen en el desarrollo adecuado del programa por parte de los profesionales son, la efectividad de la consejería dada acerca de la importancia del tamizaje así como, la promoción del mismo.<sup>15,22,23</sup> En este sentido, las principales causas que determinan el grado de participación de las mujeres en los programas de DOC están relacionadas esencialmente con factores socioculturales, la accesibilidad y el tipo de servicio que se ofrece, así como las estrategias utilizadas para invitar a las mujeres a participar, y los factores relacionados con la calidad de la atención.<sup>24,25,26</sup>

**Organización.** La planificación y organización adecuada de los programas de detección oportuna juega un papel importante en el impacto del mismo, dentro de esto se incluye que cuenten con una detección sistematizada y altas coberturas, que se mantenga como parte de la práctica médica diaria, que los seguimientos de los casos que resulten positivos sean adecuados, que exista oportunidad y certeza en la confirmación diagnóstica y en el tratamiento,<sup>27</sup> vinculación adecuada entre los diferentes componentes del programa, recursos adecuados y suficientes y una calidad óptima en la prestación del servicio. De tal manera que, la persistencia en la alta mortalidad por cáncer cérvico uterino se relaciona con la falta de recursos e inversión (barreras políticas y económicas), y con las fallas en la organización y

operación de los servicios de salud para su detección temprana y atención adecuada (barreras técnicas y de organización).<sup>11,12,28,29</sup>

Por lo tanto, los procesos de mejora continua para incrementar la calidad de los diferentes componentes del programa y la prestación de los servicios de detección oportuna, contribuyen a la eficiencia, disminución de los costos, satisfacción de los prestadores y a la satisfacción de las usuarias, lo que repercute en el incremento de la demanda del servicio y a su vez, en un mejor desempeño del programa.

Un ejemplo a citar, es el caso del Reino Unido que en un periodo de 7 años (1988-1995) logró disminuir su tasa de incidencia en un 40%, y para el 2004 la tasa de mortalidad por cáncer cérvico uterino había disminuido en casi un 50%. La clave de este éxito fue la puesta en marcha de un programa de citas periódicas en el que cada mujer (en edad de riesgo), recibía invitaciones regulares para someterse a la detección. Este programa estuvo respaldado en todo momento por un programa de control de calidad que examinaba cada una de las fases del proceso, desde la obtención de la muestra hasta el manejo colposcópico, pasando por la lectura de las muestras en los laboratorios. El enfoque multidisciplinario y la participación del personal en cada uno de los diferentes niveles de atención constituyeron un punto importante, respaldado a su vez por una infraestructura administrativa que da seguimiento a las mujeres incluidas en el proceso. Los procesos se acreditan en cada una de las etapas y la acreditación es continua. La elaboración y el cumplimiento de pautas para la práctica clínica también se acreditan continuamente. La obtención de indicadores de rendimiento es sistemática en cada laboratorio y clínica de colposcopia. Los centros de medicina familiar, que son la piedra angular para la obtención de muestras, reciben una compensación adicional si superan una cobertura del 80%. Finalmente, el programa recibe un fuerte apoyo político, lo que garantiza un financiamiento adecuado.<sup>14</sup>

### 3.1.4. Componentes de un programa de DOC y su evaluación.

De acuerdo a lo publicado por la Alianza para la Prevención del Cáncer Cervical (ACCP),<sup>30</sup> un programa de DOC debe contar con tres componentes fundamentales: 1) información y educación de la comunidad, 2) servicios de tamizaje, y 3) servicios de diagnóstico y tratamiento. Además, debe considerar en todo momento, la calidad asistencial, que incluye tres actividades fundamentales para el éxito del programa: formación, vigilancia y evaluación, y formulación de políticas. En este rubro, deberán abordarse también, los derechos de las usuarias y las necesidades de los proveedores. El programa, deberá garantizar servicios eficaces, accesibles y aceptables para las mujeres que los requieran.

**Información y educación.** Deberá incluir un plan de información y educación dirigido al grupo de riesgo adecuado y sus parejas, sobre los beneficios y disponibilidad de los servicios de prevención. La educación será impartida en grupos con la posterior orientación individual.

**Servicios de tamizaje.** El tamizaje deberá ser accesible y dirigido al grupo de riesgo específico. Se incluye la orientación antes y después del tamizaje; Información y entrega del resultado; y un sistema de seguimiento eficaz. El personal, deberá ser suficiente y competente para captar a las usuarias candidatas a tamizar. En esta parte quedan inmersos los laboratorios de lectura de muestras, los cuales, deberán tener una coordinación adecuada con los diferentes niveles de atención, y la capacidad para procesar las muestras en el menor tiempo posible y con altos estándares de calidad.

**Servicios de diagnóstico y tratamiento.** Deberán ser accesibles y dispondrán de servicios de colposcopia y biopsia con una adecuada coordinación entre los servicios de tamizaje y diagnóstico. La información y orientación se incluirá en todos los servicios.

**Formación.** Todo el personal involucrado en cada uno de los componentes del programa, estará instruido y deberá ser competente en sus funciones. Para esto, se determinará el conocimiento, actitudes y aptitudes que el personal deberá tener

para el adecuado desarrollo de sus funciones. La formación deberá estar basada en competencias y se impartirá o reforzará de acuerdo a las necesidades. Se asegurará la formación de instructores capaces de formar nuevos proveedores. Lo anterior aplica desde, promotores de salud; personal no médico de apoyo para el programa; personal médico de primer, segundo y tercer nivel en las áreas de tamizaje, diagnóstico y tratamiento; personal en las áreas de obtención y análisis de datos; hasta los supervisores del programa.

**Vigilancia y evaluación.** Son esenciales para comprobar que todos los aspectos de la atención funcionan de forma eficaz y eficiente. Deberá ser un proceso continuo derivado de los sistemas de información, sistemas de garantía de calidad y la autoevaluación de los trabajadores mediante un proceso participativo de mejora de la calidad. Algunos de los puntos a evaluar son:

- ✓ Uso coherente de las políticas, directrices y normas del programa.
- ✓ Servicios de atención. Se realiza a través de un examen detallado de los servicios de atención en los diferentes niveles para determinar entre otras cosas, tipo y ámbito de los servicios, acceso (físico, condiciones de la unidad, citas y resultados), cobertura de las mujeres en riesgo, seguimiento, referencia y contra-referencia, recursos humanos y medios de acción para tamizaje y captación de usuarias.
- ✓ Actividades de información y educación.

En México, de acuerdo a lo referido en la NOM-014 de cáncer cérvico uterino, el programa tiene también tres componentes, 1) prevención, 2) detección oportuna, y 3) diagnóstico y tratamiento, apoyados por un sistema de vigilancia epidemiológica y un control de calidad, el cual, está dirigido básicamente a la toma y lectura de la citología cervical, la atención colposcópica, y al diagnóstico y correlación cito-colpo-histopatológica.<sup>31</sup>

La evaluación del programa se realiza a través de indicadores de proceso, resultado e impacto. Los indicadores de proceso evalúan la calidad de la toma, productividad del laboratorio de citología, de patología, y de las clínicas de

colposcopia; oportunidad en la entrega de resultados a la usuaria y oportunidad en el envío de la información. Los indicadores de resultado evalúan la cobertura de detección de primera vez, la proporción de citologías positivas, la proporción de estudios confirmados por histopatología, y la proporción de procedimientos para tratamiento. El indicador de impacto evalúa la disminución o el incremento de la mortalidad en el grupo de edad de riesgo.

La evaluación de Caminando a la Excelencia, se realiza a través de 9 indicadores: mortalidad en el Estado, cobertura específica, calidad de la toma, grado de eficiencia específica, control de calidad, oportunidad del diagnóstico, seguimiento específico de pacientes, cobertura específica de VPH (Virus del Papiloma Humano) y correlación colpo-histológica.<sup>32</sup>

La cédula de acreditación para unidades de primer nivel de atención considera 3 aspectos a verificar en el cumplimiento del programa: 1) oportunidad de resultados, 2) seguimiento de casos positivos a lesión o enfermedades de transmisión sexual, y 3) referencia a clínica de colposcopia.<sup>33</sup>

### 3.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Derivado de los resultados obtenidos en el diagnóstico de salud de la localidad de SMA,<sup>34</sup> en específico, lo referente a la atención que se brinda en el CS, se encontró, que existe una mala percepción por parte de la población de los servicios que se otorgan, y por lo tanto, inconformidad con la atención. Esta percepción, entre otras cosas, influye en la búsqueda de atención tanto curativa, como preventiva, que para el caso de esta última, sólo el 14% de los encuestados, refirió haber solicitado este tipo de atención en el último año.

Al interior del CS, después de aplicar la cédula de autoevaluación para la acreditación de unidades de primer nivel, se encontró que la unidad no podría ser acreditada por no cumplir con los requisitos mínimos necesarios y que el rubro con mayor número de incumplimientos fue el de calidad en la atención. De la misma forma, se encontraron diversas inconsistencias en las actividades sustanciales de los diferentes programas prioritarios, tal fue el caso del programa de DOC, en el que de acuerdo con los resultados, se ofrece un horario de detección que probablemente, limita el acceso de las usuarias al servicio (de lunes a viernes de 12:00 a 14:00 hrs.); las actividades de promoción y educación se realizan con poca frecuencia; los conocimientos del personal respecto al programa mostraron insuficiencias, lo que podría estar afectando las diferentes actividades del programa; el tamizaje se realiza únicamente a las usuarias que lo solicitan lo que repercute en una baja detección con un promedio de toma de 15 citologías por mes.

Con todo lo anterior, se puede percibir una planeación y organización inadecuada para las actividades del programa, atribuible quizá, a la falta de homogeneidad en el conocimiento de la normatividad del programa y sus acciones sustantivas, así como, la falta de consistencia en los procesos realizados, impactando negativamente en la calidad de la atención prestada, lo que a su vez, se refleja en las bajas coberturas de detección que se tienen en este centro de salud.

Si bien, toda esta información permite tener un panorama general de la situación del programa de DOC en este CS, no fue posible conocer otros aspectos como metas y cumplimientos, y los detalles en la operación de las actividades del programa, por lo que quedó abierta una priorización tanto de investigación como de acción.

Ante esto, nos planteamos las siguientes preguntas:

1. ¿Cuál es la estructura y organización que tienen en el centro de salud para llevar a cabo las actividades del programa de DOC?
2. ¿Cuáles son los resultados que tiene el centro de salud en el cumplimiento de las actividades del programa de DOC?
3. ¿Cómo fortalecer los aspectos funcionales del programad de DOC en el CS?

### **3.3. ALTERNATIVA DE SOLUCIÓN**

Se plantea llevar a cabo una intervención de mejora de la calidad para fortalecer el programa de DOC en el CS de SMA a través de la estandarización del conocimiento del personal, y la estandarización de los procesos realizados, con la finalidad de contribuir a un mejor cumplimiento en las actividades sustanciales de este programa.

### 3.4. JUSTIFICACIÓN

En los últimos años, se han realizado múltiples esfuerzos en materia de salud para lograr disminuir la mortalidad por cáncer cérvico uterino en el país, lo que en cierta medida se ha logrado, sin embargo, el número de muertes por esta causa sigue siendo un problema importante. Una referencia de ello es que en el continente americano, durante el 2008, México presentó el mayor número de muertes sólo después de Brasil,<sup>9</sup> y en el país, ocupa el segundo lugar de mortalidad por neoplasias malignas en mujeres mayores a 20 años de edad.

Este padecimiento seguirá afectando a nuestras mujeres si no se consigue incrementar las coberturas de detección y garantizar el acceso a servicios de alta calidad. Por lo tanto, sigue siendo necesario desarrollar iniciativas que permitan fortalecer el programa de DOC, para ello, las principales propuestas desarrolladas han sido: 1) identificación de estrategias de búsqueda intencionada y la capacitación de mujeres con alto riesgo; 2) la prestación de un servicio accesible y aceptable para la toma de muestras; 3) altos estándares de calidad en la toma de muestras, diagnóstico y tratamiento; y, 5) monitoreo y evaluación continua del programa de detección oportuna.<sup>35</sup>

Alineado a lo anterior y a las recomendaciones dadas por la ACCPS,<sup>30</sup> para la planeación, instrumentación y evaluación de los programas de tamizaje, también se encuentran los objetivos específicos del Programa Nacional de Acción Específico para Cáncer Cérvico Uterino 2007-2012,<sup>36</sup> de los cuales, citaremos los tres primeros:

1. Mejorar el conocimiento de la población sobre los determinantes del cáncer cérvico uterino a través de acciones integradas de promoción de la salud que motiven a la adopción de conductas que protejan la salud y promuevan la demanda de la detección temprana.

2. Alcanzar coberturas de tamizaje de 85% en mujeres de 25 a 34 años de edad con la prueba de citología cervical cada tres años y en mujeres de 35 a 64 años con la prueba de VPH cada 5 años.
3. Mejorar la calidad y oportunidad de las acciones de tamizaje, diagnóstico y tratamiento integral del cáncer cérvico uterino, a través de la formación y la capacitación continua del personal de salud.

Uno de los factores que influyen en el logro de altas coberturas de detección, es que las mujeres se acerquen a los servicios de atención y que soliciten por convicción propia una prueba de tamizaje o que el personal de salud tenga la capacidad de captar a las usuarias en riesgo y ofrecerles el tamizaje.

De acuerdo a los resultados reportados por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2006,<sup>37</sup> sólo el 36.1 % de las mujeres de 20 años o más acudieron a un servicio médico para solicitar una citología cervical durante el año previo al levantamiento de la encuesta. En Morelos, la ENSANUT-Morelos<sup>38</sup> del mismo año, reportó que esta condición se encontró en el 32% de las mujeres del mismo rango de edad. A este respecto y como se ha mencionado anteriormente, el uso y demanda de los servicios de DOC por parte de las mujeres, depende entre otras cosas, 1) del conocimiento que tengan respecto a la prueba de tamizaje y sus beneficios, lo que a su vez, está relacionado con la información que recibe del prestador de servicios, el cual, si no tiene los conocimientos suficientes, no podrá dar una orientación adecuada; y 2) de la calidad del servicio que se les otorgue, lo que también se relaciona, en cierta medida, con el personal de salud y los recursos disponibles. En este sentido, ambas situaciones, dependen, en una proporción importante, del primer nivel de atención, que como sabemos, es el primer contacto que tienen las usuarias con los servicios de salud.

Por todo lo anterior, resulta importante realizar una evaluación de los diferentes procesos involucrados en el desarrollo de las actividades del programa de DOC en el primer nivel de atención, con la finalidad identificar los puntos susceptibles a mejorar y establecer acciones de cambio específicas para cada uno a través de acciones de mejora de la calidad.

Una intervención para el fortalecimiento del programa de DOC en el CS de SMA, a través de la estandarización del conocimiento del personal respecto al programa, y la estandarización de los procesos que se realizan para el cumplimiento del mismo, permitirá contribuir a la oferta de un mejor servicio que a su vez, busque el acercamiento de las usuarias, y permita un incremento en las coberturas de detección.

## **3.5. OBJETIVOS**

### **3.5.1. Objetivo general.**

Fortalecer el programa de detección oportuna de cáncer cérvico uterino en el CS de SMA a través de la estandarización de los procesos y del conocimiento del personal de salud para la mejora de la atención en este programa.

### **3.5.2. Objetivos específicos**

1. Realizar un diagnóstico situacional del Programa de Detección Oportuna de Cáncer Cérvico Uterino (PDOC) en el Centro de Salud de Sta. Ma. Ahuacatlán (CS de SMA).
2. Diseñar una intervención que permita la estandarización del conocimiento y de los procesos del PDOC en el personal del CS de SMA.
3. Implementar la intervención y evaluar los cambios inmediatos.

### **3.6. MARCO CONCEPTUAL**

#### **3.6.1. Calidad en los servicios de salud.**

La protección en salud como derecho constitucional resulta difícil de alcanzar si en la prestación de los servicios de salud no existen estándares adecuados de calidad, por lo tanto, la buena calidad, es también un derecho el cual debe garantizarse. Bajo este panorama es que la calidad ha cobrado gran importancia en los últimos años, siendo uno de los objetivos principales en la agenda de la política pública en salud a través de la promoción de altos niveles de calidad, seguridad y eficiencia en los servicios de salud.

Para Donabedian,<sup>39</sup> la calidad de la atención médica es una propiedad que pueden presentar los servicios de atención médica en grados variables, de tal manera que puede ser buena o mala y está en función del sujeto que la juzga, por lo tanto, la evaluación de la calidad es un juicio de valor que se realiza sobre un caso de atención en específico que determina si se tiene dicha propiedad y en qué medida.

Para este autor, la calidad presenta dos dimensiones; una técnica que incluye la aplicación de la ciencia y tecnología médicas (conocimiento y técnicas) en la resolución del problema de salud de los pacientes, de tal manera que se obtenga el máximo beneficio sin incrementar sus riesgos, ya sea por una deficiencia o bien, un exceso en la aplicación y uso de estos dos aspectos. Por lo tanto, el grado de calidad es la medida en la que la atención proporcionada alcance el equilibrio más favorable entre riesgos y beneficios. La segunda dimensión, es la interpersonal, que se refiere a la relación que se da entre el proveedor y el receptor del servicio y que obedece a los valores y normas socialmente aceptables, el grado de apego a estas normas cumplirá en determinado momento con las expectativas y aspiraciones de los usuarios determinando así, su satisfacción.<sup>39</sup> Sin embargo, la percepción de satisfacción del paciente no debe verse como el punto de mayor importancia en la calidad de la atención médica, ya que como lo señala Ruelas<sup>40</sup>

“el paciente pudo haber vivido satisfecho hasta su último suspiro; sin embargo, no debió haber muerto”.

### **3.6.2. Enfoques para la evaluación de la calidad.**

Donabedian también señala que tanto la dimensión técnica como la interpersonal pueden ser evaluadas desde tres enfoques: 1) estructura, 2) procesos y 3) resultados.<sup>41</sup>

La evaluación de la estructura comprende todo los atributos materiales (recursos humanos, físicos y financieros), organizacionales, conocimientos y habilidades requeridos para la prestación de los servicios; en este enfoque, también se incluyen los conocimientos y las habilidades de los proveedores. Los procesos incluyen todas las actividades que realiza el personal involucrado en la prestación del servicio médico y la habilidad con la que realizan estas actividades; en esta parte también se incluyen las actividades que los pacientes realizan en beneficio de su salud. Por último, el enfoque de resultados se refiere al cambio en el estado de salud (para bien o para mal) que puede atribuirse a la atención médica prestada. Los resultados también incluyen otras consecuencias de la atención, como son, conocimientos adquiridos respecto a la enfermedad, los cambios en la conducta que favorecen la preservación de la salud y la satisfacción del paciente.

Estos tres enfoques se encuentran relacionados entre sí en el sentido de que, una buena estructura incrementa las posibilidades de un buen proceso que a su vez, incrementa las posibilidades de un buen resultado. Sin embargo, como factores determinantes de la calidad (en función de los resultados), el 75% corresponde a los procesos y sólo el 25% a la estructura<sup>41,42</sup>

### 3.6.3. Estrategias en garantía de calidad.

Los métodos para la mejora de la calidad han ido cambiando paulatinamente. En un inicio se pensaba que la calidad podía alcanzar niveles más altos haciendo cambios en la estructura, sobre todo con la integración de cosas más nuevas como maquinaria, insumos, entrenamiento o el incremento en los recursos tanto humanos como físicos y financieros. Sin embargo, el incremento en los recursos no necesariamente deriva en una mejora de la calidad debido a que esto no garantiza un uso apropiado de los mismos o una aplicación satisfactoria de los conocimientos y puede resultar en un desperdicio o subutilización de estos.<sup>43</sup> En muchas ocasiones, la calidad puede ser mejorada al establecer cambios en los sistemas sin el incremento de los recursos.<sup>44</sup> Para que esto sea posible, se requieren de acciones sistemáticas, continuas e intencionadas que incluyan la revisión del sistema de atención, pues un número importante de problemas que impactan directamente sobre la calidad de la atención se originan de diseños organizacionales defectuosos.<sup>41,43,45</sup> A estas acciones se les denomina garantía de calidad.<sup>46</sup> La garantía de calidad ha mostrado ser un medio para lograr servicios de salud de alta calidad. Para Donabedian, los componentes centrales en la garantía de calidad son, la monitoria y un adecuado diseño del sistema.

Existen diferentes estrategias para la garantía de calidad. A continuación, se describirán las características más esenciales de algunas de ellas:<sup>47,48</sup>

**Mejoramiento continuo-calidad total.** Esta estrategia se centra en el esfuerzo cíclico y continuo de control y mejora de la calidad en toda la organización y considerando todo el procesos de producción apoyado del uso de herramientas estadísticas. Entiende al mejoramiento como el logro de altos niveles de calidad.

**Reingeniería.** Análisis de procesos encaminado a modificarlos por completo.

**Sistemas de información comparativa de referencia (*Benchmarking*).** Establece sistemas de evaluación comparativa de referencia con organizaciones similares, identificando las prácticas que les permiten sobresalir.

**Aseguramiento de la calidad.** Relacionado con la estandarización, su instrumento central es la verificación periódica del cumplimiento de estándares lo que permite homogeneizar las actividades. Considera a la acreditación como un fin del aseguramiento.

#### **3.6.4. Pasos para la mejora de la calidad.**

La buena calidad, no es algo que sea inherente a los servicios de salud, y su mejora, implica el uso de métodos adecuados que permitan disminuir la distancia entre los niveles alcanzados y los niveles deseados. Existen una gran variedad de abordajes para establecer mejoras en la calidad dependiendo de la estructura, del problema y de la situación. Estas medidas pueden ir desde la simple solución de problemas individuales, hasta soluciones sistemáticas de problemas en equipo y el rediseño y reestructuración de la organización.<sup>44</sup> Para fines de este proyecto, haremos referencia al abordaje del Quality Assurance Project en el que se definen cuatro pasos principales:

1. **Identificar:** En este paso se determina qué es lo que se va a mejorar. Esto puede ser un problema que necesita solución, una oportunidad para mejorar que requiere definición o un sistema o proceso que requiere ser mejorado. Algunas de las situaciones más comunes son bajas coberturas, recomendaciones inadecuadas, falta de medicamentos, entre otras.
2. **Analizar:** Comprender el problema. En esta etapa se requiere de documentar el problema, revisar los datos disponibles y recopilar datos adicionales si es preciso. Se puede recurrir a la clarificación de los procesos a través de diagramas de flujo o análisis de causa-efecto. Una vez identificadas las posibles causas se filtran para determinar cuál es la que con mayor probabilidad origina el problema.
3. **Desarrollar:** Establecer hipótesis acerca de qué cambios van a mejorar el problema usando la información de los pasos anteriores. Los cambios

pueden afectar a diferentes procesos e involucrar a muchas personas por lo que requieren una planificación adecuada. Los cambios pueden significar una mejora en la calidad sin embargo, normalmente las personas se resisten a ellos especialmente si no participaron en su desarrollo. Por lo tanto, se requiere de un tiempo para que los miembros de la organización se adapten a las nuevas ideas y aprendan los nuevos métodos.

4. **Probar e implementar:** Probar la solución planteada. Es importante recordar que se requiere de un tiempo de prueba para la obtención de los resultados, este resultado determinará el paso siguiente como se muestra en la tabla 7:

**Tabla 7**  
**Pasos a seguir según del resultado de la prueba.**

Resultado de la prueba	Siguiente paso
El cambio propuesto no produjo mejora	Comenzar nuevamente el proceso de mejora y buscar los defectos en el cambio propuesto
El cambio propuesto produce una mejora que no es totalmente satisfactoria	Modificar el cambio propuesto y probar nuevamente con la modificación
El cambio propuesto produce una mejora satisfactoria	Comenzar a implementar el cambio o intervención

Fuente: Proyecto de garantía de calidad, USA.

En los enfoques de mejora de la calidad en la etapa de prueba e implementación, como una herramienta útil, se incluye el ciclo de aprendizaje y mejoramiento continuo de Shewhart-Deming.<sup>44,49</sup> Este proceso consta de cuatro etapas las cuales se muestran en la figura 2.

El ciclo PEVA (Planear, Ejecutar, Verificar y Actuar), permite el mejoramiento continuo a medida que se crean, prueban, revisan implementan y se adaptan las hipótesis en forma regular. Este proceso permite realizar cambios constantemente y profundizar en el entendimiento de las necesidades y soluciones de mejora en la organización.

Las acciones a realizar en cada uno de los pasos son las siguientes:

### **Planear:**

- Preparar un plan de los cambios que se abordarán.
  - ¿Qué cambios se producirán y por qué?
  - ¿Quién es responsable de hacer los cambios?
  - ¿Cuándo y cómo se producirán los cambios?
- Recopilar datos de referencia o línea base para medir los efectos del cambio. Vigilar los efectos del cambio a través de un sistema de recopilación de datos.
- Educar y comunicar; informar a las personas acerca de la prueba del cambio, incluir a las personas involucradas en el cambio y asegurarse que lo acepten.

### **Ejecutar:**

- Probar el cambio.
- Verificar que el cambio se esté probando conforme al plan.
- Recopilar datos sobre el proceso que se está cambiando.
  - Revisar que los datos estén completos.
  - Documentar los cambios que no se incluyeron en el original.

### **Verificar:**

- Verificar que el cambio se haya probado de acuerdo con el plan.
- Verificar que los datos estén completos y sean precisos.
- Comparar los datos con la información de referencia y determinar si se ha producido una mejora o no.
- Comparar los resultados reales con los esperados.

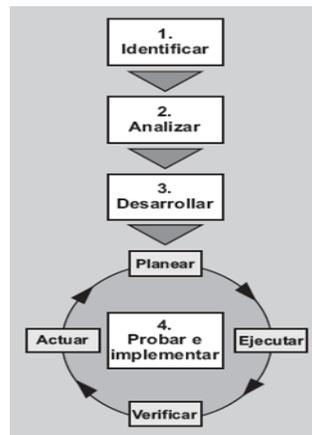
### **Actuar:**

- Resumir y comunicar lo que se aprendió de los pasos anteriores.

- Si el cambio no produce el resultado esperado, modificar o abandonar el plan y repetir el ciclo PEVA si fuera necesario.
- Si el cambio fue exitoso, implementarlo como un procedimiento.
- Supervisar el cambio en el tiempo para examinar las posibles mejoras y problemas.
- Considerar la implementación del cambio en todo el sistema.

Existen diferentes herramientas las cuales se emplean en las intervenciones para el mejoramiento de la calidad y son útiles dependiendo de la fase en la que se esté trabajando. Algunas de ellas son: Recopilación de datos, lluvia de ideas, análisis de afinidad, matrices para asignación de prioridades, diagramas de flujo, análisis de causa y efecto, listas de chequeo, algoritmos, entrevistas de salida, tablas de control. Para la presentación de los datos se pueden emplear otras herramientas como: gráficos de barra y sectores, gráficos de serie de tiempo, gráficos de Gantt, entre otros.

Figura 2.  
Pasos para la mejora de la calidad  
y ciclo de Shewhart-Deming.



Fuente: Un paradigma moderno para mejorar la calidad de la atención de salud. QAP.

### 3.6.5. Estandarización de procesos como estrategia para la mejora de la calidad en los servicios de atención médica.

De cualquier modo, el primer concepto básico para la mejora de la calidad es el de proceso, el cual, describiremos a continuación:

**Proceso.** Un proceso se define como una secuencia ordenada de actividades que realiza un organismo para transformar entradas en salidas utilizando los recursos que tiene disponibles. Los procesos, es la forma en la que se articulan el conjunto de actividades, prácticas, procedimientos o mecanismos realizados diariamente en la organización para poder operar.<sup>44,50</sup> Inevitablemente, todo proceso tiene variabilidad debido a los cambios en los insumos, desgaste en el equipo, variabilidad en el ambiente, humana, etc. Esta variabilidad puede ocasionar que el producto resultante (atención preventiva, estudios de diagnóstico, tratamiento, y todas las actividades realizadas para la atención de los pacientes) no cumpla con las especificaciones requeridas y por lo tanto, disminuya su calidad final. Los factores que influyen en la variabilidad de un proceso pueden ser causas asignables, las cuales pueden ser previsibles y controlables (error humano, avería en el equipo, etc.); y causas no asignables, que se refieren a las causas de variabilidad inherentes al proceso.<sup>51</sup>

Las estrategias de mejora de la calidad, pretenden eliminar las causas asignables con la finalidad de reducir la variabilidad y con ello, mejorar la capacidad y confiabilidad de los procesos para satisfacer las necesidades de sus clientes, ya que dependiendo de la forma en la que se lleven a cabo estos procesos, se tendrá la satisfacción o insatisfacción del paciente y un impacto en su estado de salud. La mejora de los procesos no sólo genera mejores resultados, sino que además, reduce los costos al eliminar las pérdidas, el trabajo innecesario y la duplicación de las acciones.<sup>44,50</sup>

Para la gestión de la calidad, cada persona de la organización forma parte de uno o más procesos. Cada empleado recibe el producto de otros, le adiciona valor y lo provee a otra persona para el siguiente paso, de esta forma, cada trabajador es

proveedor y al mismo tiempo cliente de otros. De tal manera que, las variaciones en el proceso de atención llevan a diferencias en los resultados y en términos de salud, esto significa, que una de las principales causas que ocasionan fallas en la calidad está dada por la variación y fallas en la ejecución de los procesos.<sup>44,52</sup>

Como hemos visto, uno de los objetivos principales de la atención en salud es lograr no solo buenos resultados para los pacientes, sino los más óptimos como sea posible y la estandarización, como estrategia para el control de los procesos y mejora de la calidad, constituye el primer paso para ello.

**Estandarización.** Un estándar, son todos aquellos documentos obtenidos por consenso, elaborados con el objeto de unificar conceptos, clarificar y simplificar el trabajo de tal manera que resulte conveniente y benéfico para las personas involucradas en el mismo. Los estándares definen un propósito, objetivo, responsabilidad, deber, autoridad, concepto, secuencia, desempeño o requisito y hacen referencia a situaciones reales por lo que deben tener en cuenta el nivel tecnológico en el que se encuentra la institución y deben ser concretos.<sup>50,52</sup>

La estandarización es entonces, una actividad sistemática para establecer y utilizar estándares para la formalización y documentación del conocimiento el cual constituye la base en el buen funcionamiento de la institución.<sup>50</sup>

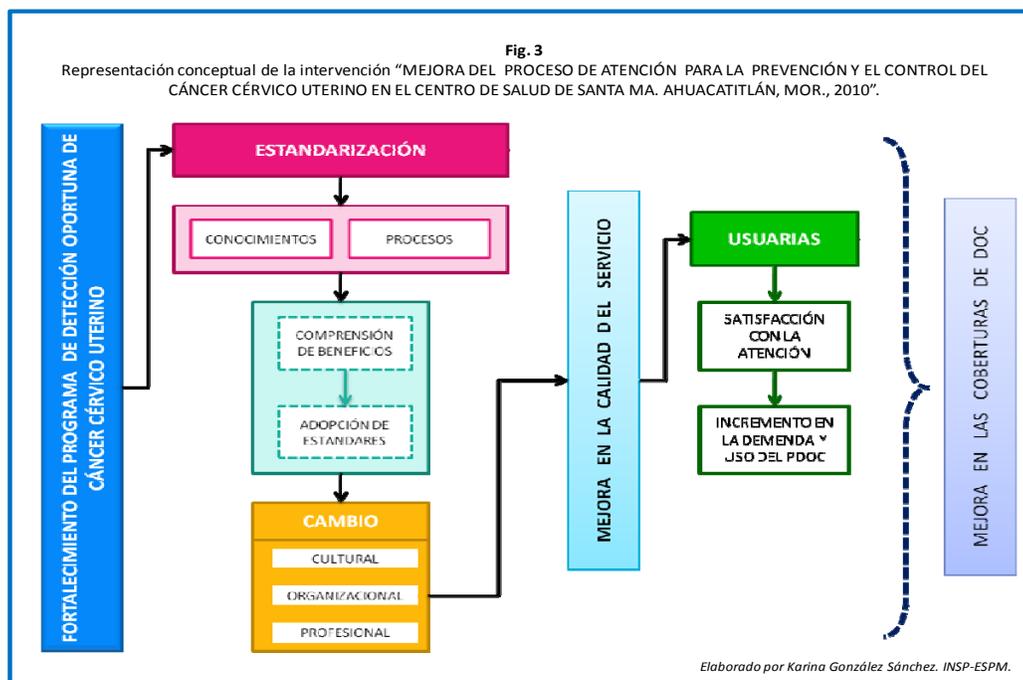
Cuando no existe estandarización en la ejecución de los procesos, los resultados se ven afectados negativamente. La estandarización de los procesos puede suponer la necesidad de un cambio cultural, organizacional y profesional que permita primero, estandarizar el conocimiento de los profesionales y la comprensión de los beneficios adoptados al emplear estos estándares estableciendo así, una mejora en la calidad del servicio prestado. Con esto, podemos decir que la finalidad de la estandarización es producir cambios positivos en la conducta del personal y en la forma de utilizar los recursos para la obtención de mejores resultados.<sup>50,52</sup>

La estandarización de procesos puede llevarse a cabo a través de su documentación en diferentes formatos mismos que se pueden adecuar al contexto

local y al alcance que tengan en su implementación. Estos pueden ser guías, protocolos, algoritmos, etc., los cuales nos ayudan a realizar las actividades con mayor facilidad y en secuencia cronológica, facilitan la inducción y capacitación del personal de nuevo ingreso, muestran un panorama general del procedimiento y la interrelación e interacción entre las diferentes áreas y el personal involucrado ayudando a la optimización y mejora del proceso.<sup>50,52</sup>

### 3.6.6. Modelo conceptual de la intervención

En esta intervención se utilizará la estandarización como estrategia para la mejora de la calidad de la atención (Fig. 3).



Para fortalecer el programa de detección oportuna de cáncer cérvico uterino, se requiere estandarizar los conocimientos del personal acerca del cáncer cérvico uterino, del programa y de los procesos a realizar para el cumplimiento del mismo,

esta estandarización permitirá una concientización del personal para la comprensión de los beneficios que esto tiene con una posterior adopción de los estándares para el desarrollo de los procesos que originarán un cambio en el cumplimiento del programa.

La adopción de los estándares originará diferentes cambios, los cuales estarán dados de inicio por un cambio cultural en el personal con un enfoque hacia la cultura de la calidad y los trabajadores se conducirán buscando la buena calidad en el servicio. El cambio organizacional estará dado por la modificación en los procesos y el cambio profesional será a través de mejorar el conocimiento, habilidades y destrezas para la detección oportuna de cáncer cérvico uterino en el personal, lo que se traducirá en una mejora en las competencias y su crecimiento profesional.

Una vez mejorada la atención del programa se espera tener un impacto directo sobre la percepción de las usuarias y con ello un incremento en la satisfacción de la atención que a su vez conlleve al incremento en el uso y demanda de los servicios de DOC dando como resultado mejores coberturas de detección para cáncer cérvico uterino.

### **3.7. ESTUDIO DE FACTIBILIDAD**

#### **3.7.1. Factibilidad de mercado.**

Esta intervención se encuentra dirigida al personal de salud que participa directa o indirectamente en el programa de DOC. En el CS de SMA se encuentran laborando 7 recursos involucrados en las actividades de dicho programa; 2 médicos de base, 1 médico pasante en servicio social, 2 enfermeras de base y 2 enfermeras en servicio social. En este personal se identificaron limitaciones en las competencias necesarias para el buen desarrollo del programa ya que no cuentan con los conocimientos ni la organización adecuada para lograr un mejor cumplimiento de las actividades, por lo tanto, existe una demanda para mejorar los conocimientos y habilidades técnicas de este personal y un mercado potencial entre el personal de salud que requiera desarrollar estas competencias.

Al ofertar esta intervención se mejorarán las competencias del personal permitiendo también una mejor cultural, organizacional y profesional a través de la estandarización de los conocimientos y de los procesos necesarios para cumplir de forma óptima con las actividades del programa. Este desarrollo en las competencias del personal de salud les permitirá a su vez, mejorar sus niveles de desempeño dentro o fuera de la Institución de tal manera que podrán proporcionar una atención adecuada si importar el lugar en el que se encuentren prestando los servicios del programa de DOC.

#### **3.7.2. Factibilidad técnica.**

Para llevar a cabo esta intervención, se realizará un taller teórico-práctico con una duración de 10 horas distribuidas en 5 sesiones, las cuales dependerán del tiempo y de la disponibilidad del personal de salud a quien está dirigida la intervención. Además, se requerirán de las siguientes condiciones:

**Recursos humanos.** Para asegurar el desarrollo exitoso del proyecto, se requiere de un experto en calidad de los servicios de salud que facilite a los participantes la comprensión y el uso de la estrategia y herramientas de mejora de la calidad. Esto será cubierto por la responsable del proyecto y su equipo de asesores. La formación con la que cuenta el personal del CS permitirá el desarrollo técnico de la intervención debido a que son actividades con las que pudieran estar ya relacionados, lo que facilitará el avance y cumplimiento de los objetivos.

**Equipo, material, e insumos.** Se requiere de equipo de computo y proyección, bocinas, cámara fotográfica; material de papelería diverso como hojas, plumones, papel craft, entre otros (ver detalles en la tabla de estimación de gastos). Lo anterior, será gestionado y cubierto por la responsable de la intervención.

**Infraestructura.** Se requiere de un aula adecuada en tamaño para el número de participantes, y con mobiliario apropiado y confortable para que puedan realizar las diferentes actividades programadas. Estas condiciones se cubren con el aula de usos múltiples del centro de salud.

**Restricción de los procesos técnicos.** Suspensión de las sesiones por decisión del personal, por días no laborables, ausentismo de los participantes a las sesiones, baja participación del personal. Tiempo limitado para el desarrollo de las sesiones.

### **3.7.3. Factibilidad financiera.**

El financiamiento existente para el desarrollo del presente trabajo es una parte de la beca de CONACYT que recibe la responsable de este proyecto. Se buscará también el apoyo del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), de la Jurisdicción Sanitaria No. 1 (JS1) y del CS de SMA.

El financiamiento requerido para este proyecto se muestra en la tabla 8.

Tabla 8. Estimación de gastos para el desarrollo del proyecto de mejora en los procesos del programa de DQC en el Cs de Sta. Ma. Ahuecatitlán 2º ID.				
DESCRIPCIÓN	UNIDAD	PARCIAL	DEBE	HABER
<b>INGRESOS</b>				
Sueldo-beca del investigador (mensual)	7	\$ 3.000.00		\$ 21.000.00
Suma				\$ 21.000.00
<b>Materiales</b>				
Cartuchos de tinta para impresión	2	\$ 300.00	\$ 600.00	
USB 2 GB	3	\$ 120.00	\$ 360.00	
Tarjetas de teléfono celular (*)	7	\$ 300.00	\$ 2.100.00	
Señalador	1	\$ 850.00	\$ 850.00	
Baterías "AAA"	2	\$ 65.00	\$ 130.00	
Folders	10	\$ 5.00	\$ 50.00	
Hojas blancas t/carta	1	\$ 60.00	\$ 60.00	
Hojas de colores t/carta	1	\$ 60.00	\$ 60.00	
Foto copias	300	\$ 0.30	\$ 90.00	
Lápices	5	\$ 3.00	\$ 15.00	
Bolígrafos	10	\$ 4.00	\$ 40.00	
Marcadores de agua	10	\$ 12.00	\$ 120.00	
Marcadores para pintarrón	3	\$ 15.00	\$ 45.00	
Borrador	1	\$ 12.00	\$ 12.00	
Sacapuntas	3	\$ 3.00	\$ 9.00	
Gomas	3	\$ 7.00	\$ 21.00	
Cartulinas	10	\$ 4.00	\$ 40.00	
Papel bond	10	\$ 4.00	\$ 40.00	
Papel craft	2	\$ 20.00	\$ 40.00	
Post-it	2	\$ 60.00	\$ 120.00	
Pritt tak cuadritos adhesivos	2	\$ 27.00	\$ 54.00	
Suma			\$ 4,856.00	
<b>Mobiliario y equipo</b>				
Computadora lap-top (+)	1	\$ 2,650.00	\$ 2,650.00	
Cañón (+)	1	\$ 1,600.00	\$ 1,600.00	
Impresora (+)	1	\$ 1,600.00	\$ 1,600.00	
Cámara fotográfica con memoria y batería recargable (+)	1	\$ 2,500.00	\$ 2,500.00	
Pintarrón	1	\$ 500.00	\$ 500.00	
Teléfono celular (+)	1	\$ 500.00	\$ 500.00	
Suma			\$ 9,350.00	
<b>Transporte y alimentación</b>				
Transporte	28	\$ 40.00	\$ 1,120.00	
Alimentación	28	\$ 70.00	\$ 1,960.00	
Refrigerios para las sesiones de trabajo	25	\$ 30.00	\$ 750.00	
Suma			\$ 3,830.00	
<b>Uniformes</b>				
Playeras	2	\$ 80.00	\$ 160.00	
Suma			\$ 160.00	
<b>Percepciones</b>				
Sueldo de los asesores (**)	2	\$ -	\$ -	
Suma			\$ -	
<b>Otros</b>				
Gastos imprevistos (***)		\$ 3,000.00	\$ 3,000.00	
Suma			\$ 3,000.00	
<b>Suma total de gastos estimados</b>			\$ 21,396.00	\$ 21,396.00
<b>Capital = Ingresos - Deducciones</b>				\$ 396.00
<b>Notas aclaratorias</b>				
(*) Se estima 1 tarjeta por mes durante los 7 meses que dura la intervención				
(+) Se contempla el valor depreciado del equipo en un año				
(**) Se contempla el sueldo de los asesores como confidencial				
(*** Se contempla como gastos imprevistos a todos aquellos gastos que no fueron detectados en el momento de la estimación, pero que en la práctica se podrían presentar				
Fuente: elaboración propia				

A continuación, se muestra el plan de contingencia para el proyecto en la tabla 9.

Tabla 9  
Plan de contingencia financiera.

Caso	Solución
1. No se cuenta con recursos para equipo técnico	Se solicitará apoyo al área de Servicios Escolares del INSP
2. No se cuenta con el recurso para los insumos de papelería	Se solicitará apoyo al Director del Proyecto.
3. No se cuenta con el recurso para las impresiones	Se solicitará apoyo al asesor internos del Proyecto.
4. No existe colaboración por parte del personal a intervenir	Se solicitará el respaldo del Jefe Jurisdiccional a través del Coordinador de Maestría.
5. Prolongación en el tiempo de ejecución de la intervención	Se incrementarán las horas de trabajo del equipo.

Fuente: Elaboración propia.

#### **3.7.4. Factibilidad administrativa.**

Existe factibilidad administrativa para la réplica de este proyecto a través de la coordinación entre el área de enseñanza y salud reproductiva a nivel estatal y jurisdiccional.

#### **3.7.5. Factibilidad política.**

Dentro de los objetivos y estrategias del Programa Nacional de Salud (PRONASA) 2007-2012, se encuentra un marco de referencia y sustento que permite la factibilidad política de este proyecto.

En el objetivo 1, se establece mejorar las condiciones de salud de la población, para este objetivo, la meta estratégica 1.6 establece la disminución de la tasa de mortalidad de cáncer cérvico uterino en mujeres de 27 años y más. En el objetivo 3, se establece prestar servicios de salud con calidad y seguridad refiriendo, que para poder mejorar las condiciones de salud de una población es indispensable contar con servicios de salud con altos niveles de calidad, efectivos y seguros que respondan a las expectativas de los usuarios y que los servicios personales de salud deben prestarse con calidad técnica, calidez y eficiencia.

La estrategia 2, está dirigida a fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud y prevención y control de enfermedades. Dentro de esta estrategia, la línea de acción 2.13, promueve la prevención, detección y atención temprana del cáncer cérvico uterino y de mama a través del fortalecimiento de las actividades de detección y atención de lesiones precursoras para el caso de cáncer cérvico uterino; y el fortalecimiento de acciones para sensibilizar a las mujeres, hombres y personal de salud de todo el sector sobre la importancia de la prevención de ambos tipos de cáncer. La meta es reducir 27% la tasa de mortalidad por cáncer

cérvico uterino. Para contribuir con esta estrategia, se crea la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud la cual, cuenta con 10 componentes como por ejemplo, intervenciones por grupo de edad; fortalecimiento de la oferta de intervenciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades; impulsar la formación, capacitación y actualización del personal que se encuentra en las unidades e salud y en las jurisdicciones sanitarias.

La estrategia 3, tiene como finalidad situar a la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud. Su línea de acción 3.1, establece implantar el Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD) dentro del cual se hace referencia a garantizar la calidad de la documentación médica y de enfermería. La línea de acción 3.2 establece la incorporación de programas de calidad en la formación académica de técnicos y profesionales de la salud. La línea de acción 3.3 está encaminada a impulsar la utilización de las guías de práctica clínica y protocolos de atención médica.

Dentro de este marco y para avanzar a la visión planteada para el 2030, se incluye también una acción a largo plazo referente a consolidar las políticas de mejora continua de la calidad en todos los ámbitos del sistema.

Tomando como referencia lo anterior, se deriva la necesidad de mejorar la calidad en la atención prestada para la detección oportuna de cáncer cérvico uterino esperando con esto, el consecuente incremento en el uso de este servicio y con ello, un incremento en las coberturas de detección del programa, lo que permite alinear la presente intervención con lo establecido en el Programa Nacional de Salud vigente.

### **3.7.6. Factibilidad legal.**

El marco legal de este proyecto se encuentra alineado a la normatividad vigente como es:

- ✓ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. El derecho a la protección de la salud, establecido en el Artículo 4°.
- ✓ Ley General de Salud.
- ✓ Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.
- ✓ Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.
- ✓ Norma Oficial Mexicana Nom-014-SSA2-1994 para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Uterino. D.O.F. 16-I-1995. Modificación: D.O.F. 6-III-2004.
- ✓ Programa Nacional de Salud 2007-2012.
- ✓ Programa de Acción Específico de Cáncer Cérvico Uterino 2007-2012.
- ✓ Programa de Acción SICALIDAD 2007-2012.
- ✓ Lineamientos Técnicos y Manuales de Atención.
- ✓ Reglas de Operación SICALIDAD.

### **3.7.7. Factibilidad social.**

Dada la importancia que cobra actualmente el cáncer cérvico uterino como un problema de salud pública, una intervención para el fortalecimiento del programa de DOC brindará beneficios al servicio como tal, a los trabajadores, a la institución, y a las usuarias, por lo tanto, esta intervención resulta socialmente aceptable para los trabajadores, autoridades y la población en general.

### 3.8. ESTRATEGIAS, METAS Y ACTIVIDADES

Para el logro de los objetivos establecidos en este proyecto, se plantean las siguientes estrategias metas y actividades:

Tabla 10 Estrategias, metas y actividades de la intervención: "MEJORA DEL PROCESO DE ATENCIÓN PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO EN EL CENTRO DE SALUD DE SANTA MA. AHUACATITLÁN, MOR., 2010."					
Etapas	Objetivos específicos	Estrategias	Metas	Actividades	
1	Realizar un diagnóstico situacional del Programa de Detección Oportuna de Cáncer Cérvico Uterino (PDOC) en el Centro de Salud de Sta. Ma, Ahuacatitlán (CS SMA).	Difusión y sensibilización del personal de salud para el desarrollo del proyecto	5 Reuniones con el personal de salud	Enviar oficio a las autoridades para informar y solicitar autorización para el proyecto Solicitar cita con el personal de salud	
			12 personas (100%) sensibilizadas al proyecto	Realizar reunión para difundir y explicar el proyecto	
		Aplicación de una entrevista al personal de salud para determinar la organización y el nivel de conocimientos que tienen respecto al cáncer cérvico uterino y al PDOC	1 guía de entrevista diseñada con preguntas que permitan determinar los conocimientos generales del cáncer cérvico uterino y del PDOC que tiene el personal de salud	Diseñar la guía de entrevista para CaCu y el PDOC	
			9 entrevistas realizadas al personal del CS	Realizar las entrevistas Realizar la transcripción de las entrevistas Realizar la matriz para el análisis de las entrevistas Capturar los datos en la matriz de análisis Procesar y analizar la información de la matriz Establecer la escala de conocimiento Determinar el nivel de conocimiento del personal entrevistado	
		Aplicación de cuestionarios de salida a las usuarias del CS de SMA	1 cuestionario diseñado para medir el uso y oferta o promoción de las actividades del PDOC y los conocimientos de la usuaria respecto al CaCu y la detección oportuna	Diseñar la encuesta de salida para usuarias	
			30 cuestionarios aplicados a usuarias del CS en el grupo de riesgo	Aplicar los cuestionarios Realizar la máscara de captura Capturar los datos Procesar y analizar la información derivada de los cuestionarios Emitir los resultados	
		Aplicación de cédulas para verificar el cumplimiento de las actividades del PDOC en los expedientes de usuarias que acudieron a consulta general (2010)	1 cédula diseñada para verificar el cumplimiento de las actividades del PDOC en la consulta general	Revisión de normas oficiales, programas de acción y manuales disponibles para CaCu y aquellos que se relacionen Diseñar la cédula de evaluación Aplicar la cédula Realizar la máscara de captura Capturar los datos Procesar y analizar la información derivada de la cédula Determinar el porcentaje de cumplimiento	
			Aplicación de la cédula a 30 expedientes de usuarias que acudieron al CS a solicitar consulta general durante el 2010		
		Aplicación de cédulas para verificar el cumplimiento de las actividades del PDOC en los expedientes de usuarias que acudieron a solicitar una prueba de tamizaje (2010)	1 cédula diseñada para verificar el cumplimiento de las actividades del PDOC en la consulta de detección oportuna	Revisar normas oficiales, programas de acción y manuales disponibles para CaCu y aquellos que se relacionen Diseñar la cédula de evaluación Aplicar la cédula Realizar la máscara de captura Capturar los datos Procesar y analizar la información derivada de la cédula Determinar el porcentaje de cumplimiento	
			Aplicación de la cédula a 30 expedientes de usuarias que acudieron a solicitar una prueba de tamizaje para CaCu durante el 2010		
			Elaboración de un informe de los resultados del diagnóstico situacional del PDOC en el CS de SMA	1 Informe de resultados elaborado	Integrar los resultados de cada instrumento
		2	Diseñar una intervención que permita la estandarización del conocimiento y de los procesos del PDOC en el personal del CS de SMA.	Elaboración de un Manual de Consulta Rápida ("Prevención y Detección Oportuna de Cáncer Cérvico Uterino en el Primer Nivel de Atención") para estandarización del conocimiento del personal de salud	1 manual de consulta rápida del PDOC elaborado
Diseño de un taller para la estandarización del conocimiento y procedimientos del PDOC	1 taller diseñado para la estandarización de conocimientos y procedimientos del PDOC			Establecer los objetivos del taller Determinar el contenido temático del taller Seleccionar y diseñar las actividades y técnicas para el taller Elaborar las cartas descriptivas del taller Diseñar y elaborar el material de apoyo para el taller	
Implementación de un taller para la estandarización del conocimiento y procedimientos del PDOC	1 taller implementado conformado por 5 sesiones			Definir con el personal las fechas y horario para las sesiones del taller Solicitar la sala de usos múltiples del CS Solicitar el cañón al departamento de Asuntos Escolares del INSP para las fechas programadas con el personal del CS	
	7 personas beneficiadas por el taller			Impartir el taller	
3	Implementar la intervención y evaluar los cambios inmediatos	Aplicación de los instrumentos para evaluación de la intervención	7 cuestionarios para personal aplicados 30 cuestionarios de salida aplicadas a usuarias del CS 30 expedientes de consulta general cotejados con cédula 30 expedientes de consulta de DUC cotejados con cédula	Aplicar instrumentos de evaluación Capturar los datos Procesar y analizar la información derivada de los instrumentos de evaluación Emitir resultados	

Fuente: Elaboración propia.

### **3.9. LÍMITES**

#### **3.9.1. Área geográfica.**

Santa María Ahuacatlán, localidad perteneciente al municipio de Cuernavaca, Morelos.

#### **3.9.2. Temporalidad.**

De enero a junio de 2011.

#### **3.9.3. Población.**

Personal médico y de enfermería de base y en servicio social del centro de salud de Santa María Ahuacatlán.

### **3.10. MATERIAL Y MÉTODOS**

Para el desarrollo del presente trabajo se establecieron 3 etapas. En todas ellas, las consideraciones éticas estuvieron de acuerdo a lo señalado en la Ley General de Salud, a los lineamientos del Comité de ética del INSP, y del Código de Núremberg:

- ✓ Es esencial contar con la autorización de quienes van a participar.
- ✓ Los investigadores se comprometen a garantizar la confidencialidad de la información, así como utilizar la misma de manera responsable para beneficio de la comunidad.

### **3.10.1. PRIMERA ETAPA. Diagnóstico situacional del PDOC en el CS de SMA.**

En esta etapa, se realizó un diagnóstico para determinar la organización y cumplimiento de las actividades del programa de DOC así como el conocimiento que tiene el personal respecto al programa. Para esto, se incluyeron diferentes actividades.

**Actividades de gestión.** Se incluyeron reuniones con el jefe jurisdiccional, el coordinador estatal de salud reproductiva, el responsable jurisdiccional del programa de DOC, la responsable del Centro de Atención para la Salud de la Mujer (CAPASAM) y la responsable del CS de SMA para la obtención de la autorización, la difusión y sensibilización del personal para el desarrollo del proyecto.

**Identificación de la productividad y coberturas del programa.** Se realizó una revisión documental de fuentes de información secundarias como la programación de metas anuales y sistemas de información en línea que incluyeron:

- SICAM (Sistema de Información de Cáncer de la Mujer). Se consultó el apartado de indicadores incluyendo los años correspondientes al 2008, 2009 y 2010. Para el número de pacientes a las que se les realizó la detección, la información se filtró por grupo de edad (de 25 a 64 años), por fecha de lectura, y fecha de toma de la muestra (tomando la información de fecha de lectura para determinar el logro de la unidad respecto a la meta como lo indica la metodología para la evaluación del programa). Se consultó el diagnóstico citológico para determinar el número de citologías positivas a lesión. Tipo de citología, para determinar la temporalidad de la toma (primera vez y subsecuente). El indicador de porcentaje de calidad de la muestra se consultó para determinar el número de muestras inadecuadas.

- SIS (Sistema de Información en Salud), para conocer la información referente a las consultas otorgadas en el centro de salud en mujeres de 20 y más años de primera vez y subsecuentes durante 2008,2009 y 2010.

**Determinación del cumplimiento del programa en el CS.** Como fuentes primarias, se diseñaron diferentes instrumentos para la recolección de datos y de información a partir de tres fuentes principales: 1) personal de salud, 2) expedientes clínicos, y 3) usuarias del centro de salud.

### **Universo y tamaño de la muestra.**

- **Personal de salud:** 2 médicos de base, 2 enfermeras de base, 2 médicos pasantes y 3 enfermeras pasantes que incluye el total del personal médico y de enfermería laborando en el centro de salud durante el periodo de recolección de la información y que se encuentra relacionado con las actividades del programa de DOC.
- **Expedientes.** Se incluyeron expedientes de usuarias que acudieron a consulta general y de aquellas que acudieron a solicitar toma de citología cervical, se utilizó una muestra a conveniencia de 50 expedientes para cada categoría.
- **Usuarias.** Se utilizó una muestra a conveniencia de 30 usuarias.

### **Criterios de inclusión.**

- **Personal de salud.** Todo el personal de salud involucrado en las actividades del programa de DOC que se encontraba laborando en el CS en momento de la recolección de la información.
- **Expedientes.** Se seleccionaron los expedientes de usuarias de 25 a 64 años de edad que acudieron a solicitar consulta general y toma de citología cervical, del 1 de enero al 31 de diciembre de 2010, y cuyo registro de

atención se encontrara en las hojas diarias de los 4 médicos y en la libreta de control de citologías según el caso.

- **Usuaris.** Todas las mujeres de 25 a 64 años de edad que salieran del centro de salud y que hayan solicitado algún tipo de atención.

### **Criterios de exclusión.**

- **Personal de salud.** Aquellos que se encontraran en periodo vacacional, permiso o incapacidad.
- **Expedientes.** Se excluyeron los expedientes de aquellas usuarias que no estuvieran en el rango de edad y aquellas cuyo motivo de consulta fue control prenatal.
- **Usuaris.** Aquellas usuarias que acudieron a control prenatal o aquellas que aunque salieron del CS, no solicitaron atención médica o preventiva.

### **Criterios de eliminación.**

- **Personal de salud y usuarias.** Aquellas personas que decidieron no participar o para las que no fue posible terminar de responder el instrumento.
- **Expedientes.** Aquellos que al ser solicitados no se contaba con ellos o no fueron encontrados.

### **Instrumentos elaborados.**

- **Entrevista con guía semi-estructurada.** Se elaboró con la finalidad de conocer los aspectos generales de la organización del programa dentro del CS así como el conocimiento que tiene el personal respecto a las actividades del programa, la normatividad vigente, y los aspectos técnicos

para la toma de las pruebas de tamizaje. (**Anexo 1. Guía de entrevista semi-estructurada para el personal de salud**).

- Se incluyeron 55 preguntas agrupadas en 8 categorías (ver tabla 11). Dentro de las diferentes categorías, se incluyeron un total de 23 preguntas para valorar el nivel de conocimiento. Para ello, se elaboró una rúbrica con las respuestas que se tomarían como correctas. El nivel de conocimiento se clasificó como: Alto, para una puntuación igual o mayor a 18; Medio, para una puntuación de 14 a 17; y Bajo, para una puntuación igual o menor a 13. (**Anexo 2. Rúbrica de la entrevista para medir el nivel de conocimiento**).

- **Cédulas de evaluación.** Para determinar el apego al cumplimiento de las actividades del programa y su registro en el expediente clínico, se elaboraron 2 cédulas de evaluación, una para los expedientes de las usuarias que solicitaron consulta general y otra para los expedientes de las usuarias que solicitaron prueba de tamizaje para DOC. La definición de los criterios se realizó con base a lo establecido en la normatividad vigente, y los diferentes manuales del Programa de Cáncer cérvico Uterino. Se establecieron dos criterios de evaluación, cumple y no cumple con una puntuación de 0 y 1 respectivamente. (**Anexo 3. Catálogo para la definición de criterios de las cédulas de evaluación**), (**Anexo 4. Cédulas de evaluación para expedientes**).
- **Cuestionarios de salida para usuarias del CS.** Para Determinar la percepción de las usuarias respecto a las pruebas de tamizaje, el uso de los servicios de DOC, y la oferta de los mismos por parte del personal de salud, se elaboró un cuestionario de salida para usuarias que solicitaron atención en el CS. Se incluyeron 41 preguntas agrupadas en 3 categorías, las cuales se muestran en la tabla 11. Las preguntas hacen referencia a consultas previas y a la consulta actual. Para las preguntas abiertas se estableció una rúbrica que definió las respuestas que se tomarían como

aceptables. El resto de la información se midió en porcentajes. **(Anexo 5. Cuestionario de salida para usuarias del CS), (Anexo 6. Rúbrica para cuestionario de salida a usuarias del CS)**

En la siguiente tabla se describen las categorías que se emplearon en cada instrumento de recolección.

**Tabla 11**

**Categorías incluidas en los instrumentos de recolección de información.**

Instrumento	Categorías
1. Entrevistas al personal de salud	1.1. Perfil 1.2. Capacitación 1.3. Conocimiento de la normatividad vigente 1.4. Conocimientos de citología cervical 1.5. Conocimientos de prueba de VPH 1.6. Atención 1.7. Insumos 1.8. Cobertura
2. Cédula para expedientes de consulta externa	2.1. Registro de datos generales 2.2. Identificación de factores de riesgo por medio de la historia clínica 2.3. Promoción de tamizaje y educación para la salud
3. Cédula para expedientes de citología cervical	3.1. Registro de datos generales 3.2. Identificación de factores de riesgo 3.3. Registro de lo observado en la exploración ginecológica 3.4. Registro del diagnóstico 3.5. Registro del tratamiento (en caso de ameritarlo) 3.6. Registro del plan de seguimiento 3.7. Registro en la libreta de citologías
4. Cuestionarios de salida para usuarias del centro de salud	4.1. Uso del servicio de detección oportuna 4.2. Oferta y promoción del servicio de detección oportuna 4.3. Conocimiento del cáncer cérvico uterino y citología cervical

Fuente: Instrumentos para la recolección de información.

**Aplicación de los instrumentos.** Para la recolección de la información del CS se solicitó la autorización de la responsable del CS, quien estableció las fechas y los horarios para realizar las entrevistas y la revisión de los expedientes.

- **Entrevistas.** Cada participante fue informado respecto a la finalidad del estudio y la participación voluntaria y confidencial. Antes de iniciar cada entrevista, se solicitó el consentimiento informado de forma oral y la autorización para grabar las entrevistas. Se realizaron 8 entrevistas de 9 programadas debido a que no fue posible acceder a uno de los informantes por encontrarse en periodo vacacional.
- **Cédulas de evaluación.** La selección de los expedientes de consulta general se realizó a partir de la revisión de las hojas diarias de las consultas otorgadas durante el 2010, la identificación de mujeres de 25 a 64 años de edad y la selección aleatoria de las usuarias para solicitar los expedientes. La selección de los expedientes de las usuarias que acudieron a toma de citología cervical se realizó a través de la revisión de la libreta de citologías para la identificación de las mujeres de 25 a 64 años de edad y selección aleatoria de los expedientes.
- **Cuestionarios de salida.** Los cuestionarios se aplicaron durante 4 días consecutivos a 30 mujeres de 25 a 64 años que salieron del centro de salud después de solicitar algún tipo de atención y que aceptaron participar en el estudio después de haber sido informadas respecto a la finalidad y contenido del cuestionario y de solicitar su consentimiento informado de forma oral.

### **Análisis de la información.**

- **Análisis cualitativo.** Para la información obtenida de las entrevistas, se realizó la transcripción de los datos, categorización y codificación de variables. Se elaboró una matriz de captura con el posterior análisis de cada categoría e integración de los resultados expresados de manera descriptiva, en tablas, y proporciones.

- **Análisis cuantitativo.** Para la información obtenida de las cédulas para expedientes y de los cuestionarios realizados a las usuarias, se elaboró una base de datos, los cuales se capturaron en hojas de cálculo de Excel 2007. Se realizó un análisis univariado de la información y los resultados se presentan a través de tablas, gráficas de pastel y de barras con números absolutos y números relativos expresados en proporciones.

**Consideraciones éticas.** Para la aplicación de las entrevistas y de los cuestionarios de salida, se obtuvo el consentimiento informado de forma oral tanto del personal de salud como de las usuarias el cual se incluyó en los instrumentos correspondientes (ver anexos 1 y 5).

### **3.10.2. SEGUNDA ETAPA. Diseño de la intervención para el fortalecimiento del programa de DOC.**

A partir de los resultados del diagnóstico situacional del programa de DOC en éste CS, se identificó que los conocimientos del personal respecto a las actividades del programa eran insuficientes y que existían deficiencias en los procesos de atención, por lo que se plantea desarrollar una intervención que permita estandarizar y mejorar el nivel de conocimiento del personal, así como estandarizar los procesos de atención, para ello se realizaron las siguientes actividades:

- Revisión bibliográfica sobre los métodos para la mejora de la calidad en los servicios de salud y selección del método más conveniente de acuerdo al tiempo y condiciones del personal del CS.

- Identificación de las herramientas para la mejora de la calidad más adecuadas para la intervención como: lluvia de ideas, diagrama de árbol, 5 por qué, diagramas de flujo, algoritmos, carta de procesos.
- Para la estandarización del conocimiento se diseñó y elaboró un manual de consulta rápida con la información del programa de DOC para lo cual se realizó una revisión documental de los manuales para la elaboración de guías clínicas, además de la consulta de guías, boletines, normas oficiales, programas de acción y guías técnicas referentes a la detección oportuna de cáncer cérvico uterino existentes y vigentes en el país. Se ordenó y comparó la información contenida en cada una de las fuentes y se realizó la selección de la información clave para el adecuado funcionamiento del programa en las unidades de primer nivel. Para la validación del manual se sometió a revisión por el asesor de este proyecto (experto en cáncer cérvico uterino); el responsable del servicio de colposcopia del CAPASAM, (ginecólogo colposcopista); un médico familiar que se encuentra laborando en la Unidad de Medicina Familiar No. 1 del IMSS, Cuernavaca; y una ginecóloga perinatóloga que labora en el Hospital Médica Sur del D.F. **(Anexo 7. Documentos de consulta para la estandarización de conocimientos del PDOC).**
- Para integrar la estandarización y mejora de los conocimientos con la estandarización de los procesos, se diseñó un taller teórico-práctico para el cual se realizó una revisión bibliográfica referente al diseño y desarrollo de unidades didácticas. El taller diseñado está fundamentado en la teoría del aprendizaje significativo con el uso de algunas de las estrategias que permiten facilitar dicho aprendizaje. Para la integración del taller se elaboraron las cartas descriptivas correspondientes ajustando el número y tiempo de las sesiones al tiempo disponible del personal. Se elaboraron las presentaciones en Power Point® para cada sesión; se diseñó y elaboró el material para los talleres; y se realizó la difusión y sensibilización de los trabajadores acerca de la importancia de su participación en el taller. **(Anexo 8. Cartas descriptivas del taller).**

El diseño de la intervención quedó conformado por una parte orientada a reforzar y estandarizar el conocimiento del personal, y otra parte para el análisis, estandarización y mejora de las actividades que realiza el personal para cumplir con el programa de DOC.

### **3.10.3. TERCERA ESTAPA. Implementación de la intervención y evaluación de los cambios.**

**Actividades de gestión.** Para el desarrollo del taller, se realizaron actividades de gestión con la responsable del CS para definir fechas y tiempos disponibles por el personal para la asistencia a las sesiones, y la disponibilidad de la sala de actividades múltiples. De igual forma, se realizaron actividades de gestión en el INSP para la disponibilidad del equipo de proyección.

**Implementación del taller.** En función de los tiempos disponibles por el personal y de lo acordado con la directora del CS, se programaron 5 sesiones con duración de 1 hora cada una para impartir en un lapso de una semana.

La primera sesión estuvo dirigida a reforzar los conocimientos del personal respecto a los aspectos fundamentales relacionados con la normatividad, el programa y las acciones de DOC así como los aspectos básicos del cáncer cérvico uterino. La segunda sesión se enfocó a la identificación y análisis de la situación de las actividades del programa en el CS, para lo cual se incluyó la retroalimentación al personal de los resultados del diagnóstico situacional del programa en la unidad de salud. La tercera sesión fue para identificar las causas que impiden un cumplimiento adecuado del programa, y la identificación de las oportunidades de mejora con la definición de las actividades. En la cuarta sesión se programó trabajar con la descripción y estandarización de los procesos de mejora así como la definición de tareas para cada uno de los involucrados en las actividades del programa. Por último, en la quinta sesión se pretendía estandarizar

los aspectos técnicos del programa como son, la consejería, la toma de muestras y el registro de las actividades en el expediente. Todo esto, con el apoyo del manual de consulta rápida diseñado en la etapa 2; un video para la toma de citología diseñado por JICA (Japan International Cooperation Agency), para la introducción en el país de la técnica vigente de toma de citología cervical; y otros materiales y actividades grupales diseñadas para el taller.

Durante el desarrollo del taller, las actividades de cada sesión se fueron modificando en función del tiempo, disponibilidad y participación del personal. La evaluación de la participación del personal en el taller se realizó con la obtención del producto final del taller que consistió en una propuesta de mejora.

La implementación del taller se evaluó a través de indicadores tales como: número de sesiones realizadas y número de participantes.

**Evaluación de los cambios inmediatos.** Debido a la imposibilidad para realizar la etapa final de evaluación de la intervención, se incluyó una evaluación indirecta a través del número de citologías realizadas en mujeres de 25 a 64 años de edad en el CS de SMA, durante el periodo de enero de 2008 a julio de 2011. Se utilizó una prueba binomial exacta para comparar las proporciones históricas de las citologías registradas en SICAM antes de la intervención y las proporciones después de la intervención.

La evaluación de todo el proyecto de intervención se llevó a cabo a través de una matriz de evaluación y control la cual contiene los indicadores a evaluar para cada etapa en función de los objetivos establecidos y sus estrategias.

### 3.11. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

		MEJORA DEL PROCESO DE ATENCIÓN PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO EN EL CENTRO DE SALUD DE SANTA MA. AHUACATITLAN, MOR., 2010.																												
Etapa	Actividades	MES	ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO			
		SEMANA	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Enviar oficio a las autoridades para informar y solicitar autorización para el proyecto																													
	Solicitar cita con el personal de salud																													
	Realizar reunión para difundir y explicar el proyecto																													
	Diseñar la guía de entrevista para CaCu y el PDOC																													
	Realizar las entrevistas																													
	Realizar la transcripción de las entrevistas																													
	Realizar la matriz para el análisis de las entrevistas																													
	Capturar los datos en la matriz de análisis																													
	Procesar y analizar la información de la matriz																													
	Establecer la escala de conocimiento																													
	Determinar el nivel de conocimiento del personal entrevistado																													
	Diseñar el cuestionario de salida para usuarias																													
	Aplicar los cuestionarios de salida																													
	Realizar la mascara de captura																													
	Capturar los datos																													
	Procesar y analizar la información derivada de los cuestionarios de salida																													
	Emitir los resultados																													
	2	Revisión de normas oficiales, programas de acción y manuales disponibles para CaCu y aquellos que se relacionen																												
		Diseñar la cédula de evaluación (consulta general)																												
		Aplicar la cédula de evaluación																												
Realizar la mascara de captura																														
Capturar los datos																														
Procesar y analizar la información derivada de la cédula																														
Determinar el porcentaje de cumplimiento con la cédula																														
Revisar normas oficiales, programas de acción y manuales disponibles para CaCu y aquellos que se relacionen																														
Diseñar la cédula de evaluación (consulta de DOC)																														
Aplicar la cédula																														
Realizar la mascara de captura																														
Capturar los datos																														
Procesar y analizar la información derivada de la cédula																														
Determinar el porcentaje de cumplimiento con la cédula																														
Integrar los resultados de cada instrumento																														
3	Revisión de guías clínicas, guías de referencia rápida, boletines de práctica médica efectiva, boletines de información científica, normas oficiales, programas de acción y manuales disponibles para CaCu, guías técnicas y aquellos																													
	Organizar, estandarizar y resumir la información																													
	Diseñar el manual de consulta rápida																													
	Elaborar e imprimir el manual de consulta rápida																													
	Establecer los objetivos del taller																													
	Determinar el contenido temático del taller																													
	Seleccionar y diseñar las actividades y técnicas para el taller																													
3	Elaborar las cartas descriptivas del taller																													
	Diseñar y elaborar el material educativo para el taller																													
	Definir con el personal las fechas y horario para las sesiones del taller																													
	Solicitar la sala de usos múltiples del CS																													
	Solicitar el cañón al departamento de Asuntos Escolares del INSP para las fechas programadas con el personal del CS																													
	Impartir el taller																													
	Aplicar instrumentos de evaluación																													
Capturar los datos																														
Procesar y analizar la información derivada de los																														
Emitir resultados																														

### 3.12. EVALUACIÓN Y CONTROL

La evaluación se llevó a cabo a través de indicadores establecidos a partir de los objetivos y metas, y la cuantificación de los logros. El control de las actividades se realizó a través del cronograma de actividades y el registro de su cumplimiento. A continuación se muestra la matriz de evaluación y control.

Tabla 12 Matriz de evaluación y control para la intervención: "MEJORA DEL PROCESO DE ATENCIÓN PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO EN EL CENTRO DE SALUD DE SANTA MA. AHUACATITLÁN, MOR., 2010."					
Etapas	Objetivos específicos	Estrategias	Indicadores	Metas	Actividades
1	Realizar un diagnóstico situacional del Programa de Detección Oportuna de Cáncer Cérvico Uterino (PDOC) en el Centro de Salud de Sta. Ma. Ahuacatitlán (CS SMA).	Difusión y sensibilización del personal de salud para el desarrollo del proyecto	No. de reuniones realizadas	5 Reuniones con el personal de salud	Enviar oficio a las autoridades para informar y solicitar autorización para el proyecto Solicitar cita con el personal de salud
			Porcentaje o número de personal sensibilizado	12 personas (100%) sensibilizadas al proyecto	Realizar reunión para difundir y explicar el proyecto
		Aplicación de una entrevista al personal de salud para determinar la organización y el nivel de conocimientos que tienen respecto al cáncer cérvico uterino y al PDOC	No. de entrevistas diseñadas	1 guía de entrevista diseñada con preguntas que permitan determinar los conocimientos generales del cáncer cérvico uterino y del PDOC que tiene el personal de salud	Diseñar la guía de entrevista para CaCu y el PDOC
			No. de entrevistas realizadas al personal de salud	9 entrevistas realizadas al personal del CS	Realizar las entrevistas Realizar la transcripción de las entrevistas Realizar la matriz para el análisis de las entrevistas
					Capturar los datos en la matriz de análisis Procesar y analizar la información de la matriz Establecer la escala de conocimiento Determinar el nivel de conocimiento del personal entrevistado
		Aplicación de cuestionarios de salida a las usuarias del CS de SMA	No. de cuestionarios de salida diseñados	1 cuestionario diseñado para medir el uso y oferta o promoción de las actividades del PDOC y los conocimientos de la usuaria respecto al CaCu y la detección oportuna	Diseñar la encuesta de salida para usuarias
			No. de cuestionarios de salida aplicados a usuarias	30 cuestionarios aplicados a usuarias del CS en el grupo de riesgo	Aplicar los cuestionarios Realizar la máscara de captura Capturar los datos Procesar y analizar la información derivada de los cuestionarios Emitir los resultados
		Aplicación de cédulas para verificar el cumplimiento de las actividades del PDOC en los expedientes de usuarias que acudieron a consulta general (2010)	No. de cédulas diseñadas (expedientes de consulta general)	1 cédula diseñada para verificar el cumplimiento de las actividades del PDOC en la consulta general	Revisión de normas oficiales, programas de acción y manuales disponibles para CaCu y aquellos que se relacionen Diseñar la cédula de evaluación Aplicar la cédula
			No. de expedientes de consulta general cotejados con cédula de evaluación	Aplicación de la cédula a 30 expedientes de usuarias que acudieron al CS a solicitar consulta general durante el 2010	Realizar la máscara de captura Capturar los datos Procesar y analizar la información derivada de la cédula Determinar el porcentaje de cumplimiento
		Aplicación de cédulas para verificar el cumplimiento de las actividades del PDOC en los expedientes de usuarias que acudieron a solicitar una prueba de tamizaje (2010)	No. de cédulas diseñadas (expedientes de consulta de DOC)	1 cédula diseñada para verificar el cumplimiento de las actividades del PDOC en la consulta de detección oportuna	Revisar normas oficiales, programas de acción y manuales disponibles para CaCu y aquellos que se relacionen Diseñar la cédula de evaluación Aplicar la cédula
			No. de expedientes de usuarias que acudieron a solicitar una prueba de tamizaje para DOC cotejados con cédula de evaluación	Aplicación de la cédula a 30 expedientes de usuarias que acudieron a solicitar una prueba de tamizaje para CaCu durante el 2010	Realizar la máscara de captura Capturar los datos Procesar y analizar la información derivada de la cédula Determinar el porcentaje de cumplimiento
Elaboración de un informe de los resultados del diagnóstico situacional del PDOC en el CS de SMA	No. de informes de resultados elaborados	1 informe de resultados elaborado	Integrar los resultados de cada instrumento		
2	Diseñar una intervención que permita la estandarización del conocimiento y de los procesos del PDOC en el personal del CS de SMA.	Elaboración de un Manual de Consulta Rápida ("Prevención y Detección Oportuna de Cáncer Cérvico Uterino en el Primer Nivel de Atención") para estandarización del conocimiento del personal de salud	No. de manuales de consulta rápida del PDOC elaborados	1 manual de consulta rápida del PDOC elaborado	Revisar de guías clínicas, guías de referencia rápida, boletines de práctica médica efectiva, boletines de información científica, normas oficiales, programas de acción y manuales disponibles para CaCu, guías técnicas y aquellos que se relacionen Organizar, estandarizar y resumir la información Diseñar el manual de consulta rápida Elaborar e imprimir el manual de consulta rápida
		Diseño de un taller para la estandarización del conocimiento y procedimientos del PDOC	No. de talleres diseñados para la estandarización de conocimientos y procesos	1 taller diseñado para la estandarización de conocimientos y procedimientos del PDOC	Establecer los objetivos del taller Determinar el contenido temático del taller Seleccionar y diseñar las actividades y técnicas para el taller Elaborar las cartas descriptivas del taller Diseñar y elaborar el material de apoyo para el taller
3	Implementar la intervención y evaluar los cambios inmediatos	Implementación de un taller para la estandarización del conocimiento y procedimientos del PDOC	No. de sesiones realizadas en el taller	1 taller implementado conformado por 5 sesiones	Definir con el personal las fechas y horario para las sesiones del taller Solicitar la sala de usos múltiples del CS Solicitar el cañón al departamento de Asuntos Escolares del INSP para las fechas programadas con el personal del CS
			No. de personas participantes en el taller	7 personas beneficiadas por el taller	Impartir el taller
		Aplicación de los instrumentos para evaluación de la intervención	No. de cuestionarios aplicados para evaluar conocimiento del personal	7 cuestionarios para personal aplicados	Aplicar instrumentos de evaluación
			No. de cuestionarios de salida para usuarias aplicados	30 cuestionarios de salida aplicados a usuarias del CS	Capturar los datos
	No. de expedientes de consulta general cotejados con cédula de evaluación	30 expedientes de consulta general cotejados con cédula	Procesar y analizar la información derivada de los instrumentos de evaluación		
	No. de expedientes de consulta de DOC cotejados con cédula de evaluación	30 expedientes de consulta de DOC cotejados con cédula	Emitir resultados		

Fuente: Elaboración propia.

### **3.13. INFORME DE EJECUCIÓN**

#### **Actividades realizadas y resultados obtenidos.**

Para poder iniciar con el proyecto se llevó a cabo una estrategia de difusión y sensibilización de las autoridades y del personal de salud para lo cual se realizaron 5 reuniones de carácter informativo y de gestión con el siguiente personal: Coordinador Estatal de Salud Reproductiva, Jefe de la Jurisdicción Sanitaria No.1, responsable jurisdiccional del programa de DOC, directora del CAPASAM, responsable del CS de SMA. Previo a esto, se elaboraron y dirigieron los oficios correspondientes al Director de los Servicios de Salud de Morelos, al jefe jurisdiccional y posteriormente para la responsable del centro de salud.

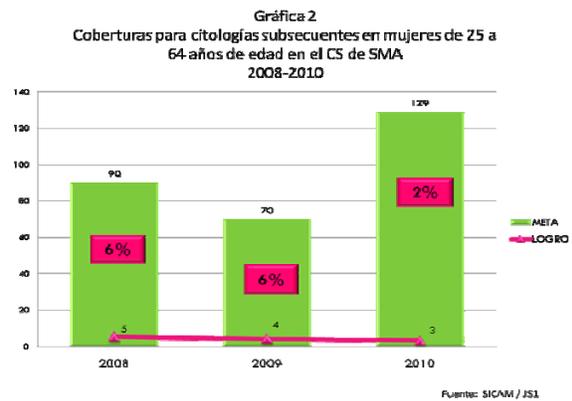
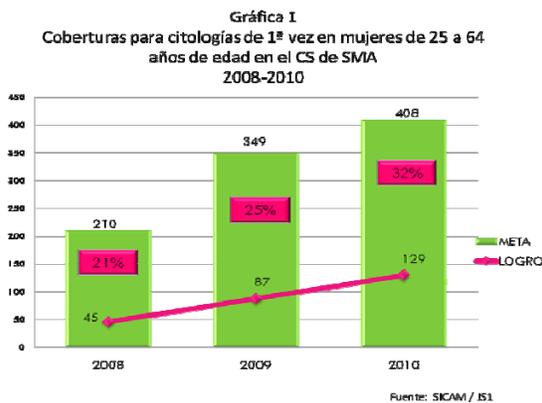
#### **3.13.1. Diagnóstico situacional del programa de DOC en el CS de SMA.**

##### **A. Resultados de las fuentes secundarias.**

Para esta etapa, el primer paso fue una revisión documental a través de fuentes secundarias de información para identificar el cumplimiento del programa. En ellas se consultaron los siguientes datos: 1) las metas del programa de DOC establecidas para el centro de salud (proporcionadas por la responsable jurisdiccional del programa a través del coordinador estatal de Salud Reproductiva); 2) el número de citologías realizadas por el centro de salud (SICAM), para la obtención de los logros respecto a las metas; 3) número de citologías positivas a lesión (SICAM); 4) muestras inadecuadas (SICAM); y 5) número de consultas otorgadas a mujeres de 20 y más años de edad (SIS – información proporcionada por nivel estatal-). Los datos consultados fueron de los tres años anteriores a la fecha de recolección de información (2008-2010).

Al realizar el análisis de dicha información se encontró que en los últimos tres años, el promedio de cumplimiento de la meta para tamizaje con citología en mujeres de 25 a 64 años de edad en el centro de salud de SMA ha sido del 27%

en citologías de 1ª vez (Gráfica 1) y del 5% para citologías subsecuentes (Gráfica 2). Durante el 2010, de una meta de 408 citologías de 1ª vez a mujeres de 25 a 64 años de edad, el CS únicamente realizó un total de 129, lo que se traduce en un cumplimiento del 32%. Lo anterior resulta importante ya que para que un programa de tamizaje tenga impacto sobre las tasas de mortalidad se requieren porcentajes de cobertura de detección mínimos del 80% en la población de riesgo. 12,16,29



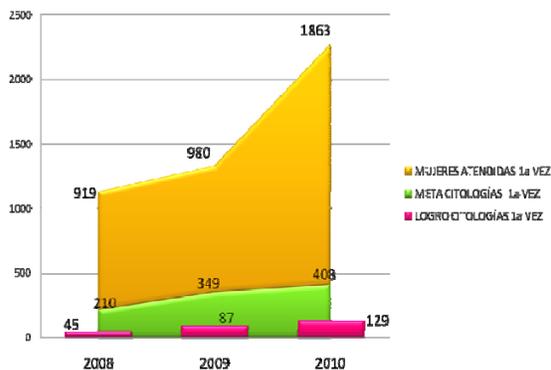
La población en riesgo son todas aquellas mujeres de 25 a 64 años de edad que nunca se han realizado una prueba de tamizaje o aquellas que se la realizaron por última vez hace 3 años. Para fines de evaluación del programa a nivel nacional,<sup>32</sup> los indicadores de cobertura están conformados por las citologías de 1ª vez que son las que se realizan a mujeres en las condiciones antes descritas. Al preguntar al personal responsable de la toma de citologías y del llenado del formato cuáles son las citologías que consideran de primera vez, refirieron que aquellas que se realizan a mujeres que solicitan prueba de tamizaje por primera vez en la secretaría de salud.

Lo que pretende medir el indicador para cobertura de 1ª vez, es el número de mujeres que se realizan una prueba de detección por primera vez en su vida o primera vez después de 3 años, con lo que se tiene una referencia indirecta del número de mujeres que tuvieron acceso al servicio de detección, ya que las

mujeres con mayor riesgo de morir por esta patología, son aquellas que nunca se han realizado una prueba de detección oportuna.

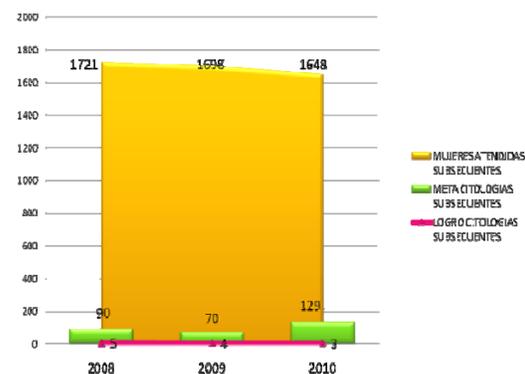
Para que el centro de salud pudiera alcanzar las metas establecidas para el 2010, se requería realizar 2 detecciones de 1ª vez por día y 1 detección subsecuente cada dos días tomando como base 220 días hábiles durante el año. Esta condición no se cumplió a pesar de haber tenido una demanda de consultas importante de mujeres de 20 y más años de edad, que como se muestra en las gráficas 3 y 4, para el mismo año se brindaron 1,863 consultas de 1ª vez y 1,648 consultas subsecuentes.

Gráfica 3  
Mujeres de 20 años y más atendidas por 1ª vez en el CS de SMA  
2008-2010



Fuente: SICAM/ JS1

Gráfica 4  
Mujeres de 20 años y más con atención subsecuente en el CS de SMA  
2008-2010



Fuente: SICAM/ JS1

De acuerdo a los registros en SICAM y como se muestra en la tabla 13, en los últimos 3 años (2008-2010), se han reportado 10 casos positivos a lesión en este CS. El porcentaje de positividad para cada año ha sido del 4, 7, y 2% respectivamente. De acuerdo al manual metodológico de Caminando a la Excelencia<sup>32</sup> la positividad esperada sobre el total de citologías diagnosticadas es de 4.3%. El porcentaje de positividad registrado en la JS1 durante el mismo periodo ha estado por arriba del porcentaje esperado.

**Tabla 13**

**Total de citologías positivas a lesión 2008-2010 en el CS de SMA.**

Diagnóstico citológico / año	2008	2009	2010	Total
Lesión intraepitelial de bajo grado LIBG - VPH	-	2	-	2
Lesión intraepitelial de bajo grado LIBG - Displasia leve NIC 1	1	3	1	5
Lesión intraepitelial de bajo grado LIBG - Displasia leve NIC 1 / Vph	1	-	1	2
Lesión intraepitelial de alto grado LIAG - Displasia moderada NIC 2	-	1	-	1
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>10</b>

Fuente: SICAM

Con lo que respecta al porcentaje de muestras inadecuadas tomadas en el CS durante el 2008 al 2010, si bien no ha sobrepasado el máximo aceptable para muestras limitadas o inadecuadas (13%),<sup>32</sup> el porcentaje ha sido mayor al que se reporta en el CS de Chamilpa y en el total de la JS1 (Tabla 14).

**Tabla 14**

**Citologías inadecuadas en el CS de Santa Ma. Ahuacatlán, CS Chamilpa y JS1, 2008-2010.**

Unidad / Año	2008		2009		2010	
	n	%	n	%	n	%
CS Santa Ma. Ahuacatlán	3	5.36%	10	8.55%	8	6.96%
CS Chamilpa	1	0.53%	7	3.18%	3	1.57%
Jurisdicción Sanitaria No. 1	506	2.50%	522	2.57%	164	1.20%

Fuente: SICAM

## **B. Resultados de las entrevistas al personal del CS.**

Se realizaron un total de 8 entrevistas a personal del CS involucrado en las actividades del programa de DOC. Las entrevistas correspondieron a personal de

base (2 médicos y 2 enfermeras) y personal en servicio social (1 médico y 3 enfermeras). El rango de edad de los entrevistados se encuentra entre los 20 y 42 años. El 75% del personal entrevistado fueron mujeres. El personal de base tiene una antigüedad de 5 años o más en los servicios de salud y el personal en servicio social tenía 10, 6, 2 y 1 mes de servicio en el momento en el que se les entrevistó. Para fines de presentación de la información obtenida a partir de las entrevistas, se dividió en los siguientes apartados:

**Metas y retroalimentación del cumplimiento del programa.** De acuerdo a lo referido por el personal, la información de las metas del programa no se hace llegar con oportunidad desde la jurisdicción sanitaria al centro de salud. Para junio de 2010 esta unidad aún no contaba con las metas del programa y en este año, hasta el 28 de abril, tampoco se tenían las metas correspondientes al 2011. De la misma forma, el personal refirió desconocer el cumplimiento anual alcanzado ya que no existe retroalimentación por parte de la jurisdicción. Cuando las metas llegan a estar disponibles, la responsable de enfermería es la única que las conoce y no se transmiten al resto del personal. Con el desconocimiento de las metas y logros, el resto del personal no se involucra en estas actividades y no se realiza una programación específica (mensual o semanal) que facilite la retroalimentación constante de los logros obtenidos y la planeación de acciones específicas que permitan reorientar las actividades en caso de ser necesario, mejorando así el cumplimiento de las metas.

**Recursos humanos, infraestructura, material y equipo.** Como se muestra en la tabla 15, durante el 2011 se asignaron al centro de salud 2 recursos más para el área de enfermería, una enfermera de base y una en servicio social. Esto incrementó la disponibilidad de recursos humanos para las diferentes actividades que se realizan en esta unidad.

**Tabla 15**  
**Personal médico y de enfermería disponible en el CS de SMA.**

Año	Personal médico		Personal de enfermería		Total
	Base	En servicio social	Base	En servicio social	
2010	2	1	1	1	5
2011	2	1	2	2	7

Fuente: Entrevistas

De acuerdo a lo observado y también referido por el personal, la unidad cuenta con un consultorio específico para la toma de citologías. El mobiliario y equipo se encuentra completo y en condiciones óptimas. Respecto a los insumos, el personal refirió no llevar un control documentado de las existencias y consumos; sin embargo, refirieron contar con los insumos necesarios y suficientes para la toma de las muestras, a excepción de los formatos de solicitud de citología que en ocasiones han llegado a faltar y según se refirió, ha sido motivo para la suspensión de toma de muestras.

En el momento de la recolección de la información, el personal refirió que la toma de citología se estaba realizando con hisopo debido a que la jurisdicción no les había proporcionado espátulas de Ayre, y que la indicación para el llenado del formato es de realizarlo en original 2 veces (sin uso de papel carbón) situación para la que refirieron inconformidad debido a que tienen que dedicar mayor tiempo para el llenado del formato.

**Actividades de educación y promoción.** De acuerdo con las entrevistas, la participación del personal médico en las actividades de promoción y educación es casi nula, por lo que estas actividades se realizan por el personal de enfermería y están limitadas a las usuarias que cuentan con el programa de Oportunidades. De acuerdo a lo referido por el personal de enfermería, en lo que va del año, se han impartido 4 pláticas de cáncer cérvico uterino a estas usuarias. Sin embargo, no se permitió verificar esta información con algún calendario de programación anual o un registro de asistencia a sesiones.

De acuerdo a lo referido en las entrevistas, no existe una estrategia para la promoción continua de las pruebas de tamizaje o un sistema de búsqueda intencionada que permita reconocer a todas aquellas usuarias que no cuentan con el programa de Oportunidades y que son candidatas potenciales para la toma de citología cervical con lo que se reduciría de manera importante el número de oportunidades perdidas.

**Actividades de detección oportuna y seguimiento.** Según lo referido por el personal, la prueba de VPH se realizó en años previos cuando se introdujo al país y la tuvieron disponible por algún tiempo, sin embargo, actualmente sólo se realiza la toma de citología cervical como prueba de tamizaje para cáncer cérvico uterino. La toma de muestras la realiza el personal de enfermería y en la mayoría de los casos las enfermeras en servicio social. A diferencia del 2010 que se tenía establecido un horario de toma de citologías reducido y poco accesible para las usuarias (de 12:00 a 14:00 hrs. de lunes a viernes -referido en entrevista-). En este año, la toma de muestras se realiza de lunes a sábado en el momento en el que la usuaria lo solicita. Sin embargo, al igual que las actividades de promoción, la toma de citología está limitada a las usuarias que cuentan con el programa de Oportunidades o a quienes la solicitan intencionadamente dejando descubiertas a todas aquellas usuarias que acuden al centro de salud solicitando algún otro servicio.

En lo que respecta las actividades de consejería, de acuerdo a lo referido por el personal de enfermería en las entrevista, estas sólo se limitan a explicar a la usuaria en qué consiste la toma de muestra.

Para la toma de la muestra, en el momento de la entrevista, se identificaron diferencias importantes entre el conocimiento del personal y lo referido en el manual de procedimientos para la toma de citología cervical<sup>53</sup> (**Anexo 9. Resultados de la evaluación del conocimiento del programa de DOC**). En el manejo de las laminillas y el instrumental usado se observó, que la fijación de la

muestra ya se lleva a cabo en el vaso de Coplin (anteriormente se realizaba en un riñón), pero no se tiene la precaución de mantenerlo cerrado y el nivel de alcohol no es el ideal; en el caso del instrumental (espejos vaginales), después de tomar la muestra se depositan directamente en la tarja sin pasar previamente por solución clorada y se dejan ahí hasta finalizar la jornada.

La entrega de muestras a la Jurisdicción se realiza semanalmente junto con la entrega de información epidemiológica, evitando que las muestras permanezcan en el centro de salud más de 7 días después de la toma.

La entrega de resultados de la jurisdicción al centro de salud se realiza en un promedio de dos meses a partir de la entrega de las muestras en el laboratorio de citologías. La entrega de los resultados a las usuarias lo realiza el personal de enfermería a excepción de los resultados positivos que son entregados por el médico.

El personal refirió que el control de las citologías realizadas se lleva a cabo a través de la libreta de citologías, lo que se pudo corroborar posteriormente. Para el seguimiento de casos positivos, no se encontró alguna bitácora o registro que documente el seguimiento de los casos por parte del personal del centro de salud y el personal de enfermería refirió que no cuentan con un registro para el seguimiento de los casos y que sólo tenían un caso positivo hasta ese momento. También refirieron que después de informar a la usuaria respecto a su resultado y cita al servicio de colposcopia, no se le da otra cita para seguimiento.

**Conocimiento del personal de salud respecto al programa de DOC y su normatividad.** La capacitación que ha recibido el personal de salud respecto al programa y su normatividad no ha sido homogénea (Tabla 16). Sólo el 50% del personal refirió haber recibido una capacitación formal referente al programa de DOC y de éstos, la mitad recibieron capacitación de aspectos generales de CaCu, incluyendo la técnica para toma de muestra de citología cervical.

**Tabla 16**  
**Capacitación del personal del CS de SMA en el programa de DOC.**

Personal	Capacitaciones recibidas en los últimos 3 años	Responsable de la capacitación	Contenido de la capacitación
MB1	1 (hace 1 año)	Responsable jurisdiccional del programa de DOC	Teórico (generalidades de CaCu)
MB2	Ninguna	NA	NA
MP1	1 (hace 2 meses)	JS1	Procesos administrativos (llenado de papelería)
EB1	2 (hace 2 y 1 año)	JS1 / INSP	Teórico (generalidades de VPH) Técnico (toma de citología cervical y prueba de VPH)
EB2	Ninguna en 5 años de servicio	NA	NA
EP1	Ninguna	Recibió orientación por parte de la responsable de enfermería del CS	Técnico (toma de citología cervical)
EP2	1 (hace 6 meses)	JS1	Teórico (generalidades de CaCu) Técnico (toma de citología cervical)
EP3	Ninguna	Recibió orientación de su compañera pasante	Técnico (toma de citología cervical)

Fuente: Matriz de entrevistas al personal del CS de SMA, 2010-2011

NA= No aplica  
JS1= Jurisdicción Sanitaria No.1

INSP= Instituto Nacional de Salud Pública  
CaCu= Cáncer cérvico uterino  
VHP= Virus de Papiloma Humano

Lo anterior, podría explicar el bajo nivel de conocimiento que tiene el personal respecto al programa, en donde obtuvieron una puntuación máxima de 7 y una mínima de 3 de un total de 23 puntos. El puntaje obtenido estuvo en función de los conocimientos en la toma de citología cervical; sin embargo, existen deficiencias importantes en esta categoría ya que no se identifica el grupo de edad específico para esta prueba ni su temporalidad, la toma de las muestras (exocervix-endocervix), se realiza de forma invertida. Identifican el citospray como medio de fijación ideal y para la fijación con alcohol de 96° refieren un tiempo mínimo óptimo de 5 a 15 minutos cuando el tiempo mínimo recomendado es de 30 minutos. De 10 factores de riesgo para cáncer cérvico uterino indicados en la NOM-014,<sup>31</sup> identifican un máximo de 4 y son: inicio de relaciones sexuales antes de los 18 años de edad, antecedentes de enfermedades de transmisión sexual, múltiples

parejas sexuales, y por último, infección por VPH, aunque este último no lo identifican como causa necesaria para el desarrollo de la enfermedad. **(Anexo 9. Resultados de la evaluación del conocimiento del programa de DOC).**

### **C. Resultados de las cédulas para verificar expedientes.**

Para la aplicación de las cédulas, se solicitó la autorización de la responsable del CS, permitiendo la revisión de las hojas diarias de enero a diciembre del 2010 del médico de base y de los dos médicos pasantes, a partir de las cuales se realizó la selección aleatoria de los expedientes a cotejar con los siguientes resultados:

**Expedientes de consulta general.** Se revisaron un total de 30 expedientes de mujeres de 25 a 64 años de edad que acudieron al CS a solicitar consulta general durante el 2010. La selección de los expedientes fue aleatoria a partir de la revisión de las hojas diarias de los médicos. Al momento de solicitar los expedientes, se encontró que únicamente cuentan con aquellos de las usuarias con diagnóstico de enfermedades crónico-degenerativas y de control prenatal por lo que no fue posible completar los 50 expedientes programados.

El porcentaje del cumplimiento obtenido para cada categoría de la cédula se muestra en la tabla 17. El puntaje máximo obtenido por expediente fue de 5 puntos de 8 requeridos; sin embargo, el 57% de los expedientes obtuvieron la mitad del puntaje requerido. El criterio con menor apego de cumplimiento fue la identificación de factores de riesgo con un cumplimiento del 23%. (Para la descripción de cada criterio ver anexo 4).

Tabla 17

Resultados de la verificación en expedientes de las actividades del Programa de DOC en usuarias de 25-64 años de edad que solicitaron consulta general en el centro de salud de Santa Ma. Ahuacatitlán, 2010.

Criterio	Puntaje de cumplimiento esperado en 30 expedientes	Puntaje de cumplimiento obtenido en 30 expedientes	% Total de cumplimiento
1. Registro de datos generales	60	58	97
2. Identificación de factores de riesgo por medio de la historia clínica	90	21	23
3. Promoción de tamizaje y educación para la salud	90	29	32
<b>Puntaje total por expediente (8 puntos)</b>	240	108	45

Fuente: Cédula para verificación en expedientes de actividades de DOC en usuarias de 25 a 64 años de edad, atendidas en la consulta general del CS de SMA.

Como se muestra en la tabla 18, el registro de los datos generales (100%) y la elaboración de la historia clínica (93%) se realizan con frecuencia, sin embargo, del total de las historias clínicas encontradas (28), en el 71% de ellas se registró información en los campos correspondientes a inicio de vida sexual activa (IVSA) y/o tabaquismo, y de éstos (20), el 65% registraron IVSA antes de los 18 años y tabaquismo positivo, lo que incrementa los factores de riesgo para CaCu (además de la edad) en estas usuarias. A pesar de ello, no se encontró registro de un interrogatorio más amplio y sólo en una de las historias clínicas se registró la indicación de citología cervical por un médico pasante pero sin fecha específica (*"Toma de Pap. pendiente para este año"*).

En el 90% de los expedientes se encontró registro de las actividades para DOC en el formato de Línea de Vida sin ninguna observación complementaria. Sin embargo, en la nota médica no se encontró ningún registro de la oferta de citología, ni tampoco algún registro de aceptación o no de la prueba por parte de la usuaria, o alguna fecha de cita para toma de muestra. El registro de toma de citología se encontró sólo en 1 expediente en el que también se registró la actividad de consejería (Tabla 18).

**Tabla 18**

**Registro de actividades en los expedientes de consulta general del CS de SMA, 2010.**

<b>Criterio</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Registro de datos generales	30	100%
Elaboración de historia clínica (HClx)	28	93%
Registro de factores de riesgo para CaCu	20	67%
Factores de riesgo (+)	13	43%
Indicación de citología en HClx con FR (+)	1	3%
Registro de actividades en Línea de Vida	27	90%
Registro de oferta de citología	0	0%
Registro de aceptación de citología SI/NO	0	0%
Registro de cita para toma de citología	0	0%
Registro de toma de citología	1	3%
Registro de actividades de consejería	1	3%

N = 30

Fuente: Cédula para verificación en expedientes de actividades de DOC en usuarias de 25 a 64 años de edad, atendidas en la consulta general del CS de SMA

**Expedientes de toma de citología.** Se verificaron un total de 22 expedientes de usuarias de 25 a 64 años de edad que acudieron al CS y se les realizó citología cervical durante el 2010. La selección de los expedientes se llevó a cabo a través de los registros existentes en la libreta de citologías. En este caso, tampoco fue posible completar la muestra de 50 expedientes ya que de 178 registros en la libreta de citología de enero a diciembre de 2010, únicamente 22 (12%) contaban con expediente clínico, por lo que la muestra también se limitó al número de expedientes disponibles. Del total de expedientes revisados, el 50% fueron de usuarias afiliadas al programa de oportunidades.

El porcentaje de cumplimiento obtenido en cada criterio se muestra en la tabla 19. El criterio con mayor porcentaje de cumplimiento fue el registro de los datos en la libreta de control de citologías, seguido del registro de los datos generales en la nota de DOC.

Tabla 19

Resultados de la verificación en expedientes de las actividades del Programa de DOC en usuarias de 25-64 años de edad que solicitaron toma de citología cervical en el centro de salud de Santa Ma. Ahuacatlán, 2010.

criterio	Puntaje de cumplimiento esperado en 22 expedientes	Puntaje de cumplimiento obtenido en 22 expedientes	% Total de cumplimiento
1. Registro de datos generales	44	18	41
2. Identificación de factores de riesgo	44	0	0
3. Registro de lo observado en la exploración ginecológica	88	6	7
4. Registro del diagnóstico	22	0	0
5. Registro del tratamiento	88	0	0
6. Registro del plan de seguimiento	44	0	0
7. Registro en libreta de citologías	22	19	86
<b>Puntaje total por expediente (16 puntos)</b>	352	43	12

Fuente: Cédula para verificación en expedientes de actividades de DOC en usuarias de 25 a 64 años de edad, atendidas en el CS de SMA.

De los 22 expedientes revisados, sólo en el 41% se encontró nota de citología cervical. El registro de lo observado en la exploración ginecológica no se realiza con frecuencia, del total de notas encontradas (9), sólo el 55% (5) registraron algún dato de la exploración ginecológica, dentro de estas, la leucorrea fue el de mayor registro (80%), y sólo en 2 notas de 5 (40%) se registraron las características del cérvix. En ninguna de las notas que reportaron secreción vaginal anormal, se registró diagnóstico presuntivo, tratamiento o interconsulta con el médico en turno para diagnóstico y tratamiento. En las notas de toma de citología no se encontró ningún registro con el plan de seguimiento para las usuarias. Respecto a las citas para la entrega de resultados, se registra la indicación de que la usuaria deberá regresar en aproximadamente mes y medio pero no se le da una fecha específica (Tabla 20).

**Tabla 20**

**Registro de actividades en los expedientes de consulta para toma de citología del CS de SMA, 2010.**

<b>Criterio</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Nota de citología cervical	9	41%
Registro de datos generales	9	41%
Identificación de factores de riesgo	0	-
Registro de lo observado en la exploración ginecológica	5 (n=9)	55%
Genitales externos	SR	-
Secreciones vaginales	4 (n=5)	80%
Aspecto de paredes vaginales	SR	-
Aspecto y características del cérvix	2 (n=5)	40%
Registro del Diagnóstico	0	-
Registro del tratamiento (en caso de ameritarlo)	0	-
Registro del plan de seguimiento	0	-
Registro de datos completos en libreta de citologías	19	86%
Resultado de citología integrado al expediente	6	27%

N = 22                      SR = Sin registro

Fuente: Cédula para verificación en expedientes de actividades de DOC en usuarias de 25 a 64 años de edad, atendidas en el CS de SMA.

De 178 citologías registradas en la libreta durante el 2010, el 46% contaba con la firma de la usuaria de que recibió el resultado, y en los expedientes, sólo el 27% tenían el formato con el resultado citológico.

De los 22 expedientes revisados, sólo en 2 (9%) se encontró nota de entrega de resultados; uno ellos correspondía a un resultado citológico negativo a lesión y cumplió con 5 criterios de 9 requeridos de acuerdo a la cédula para entrega de resultados (55% de cumplimiento). En esta nota se registraron los datos generales de la usuaria y el resultado citológico, omitiendo las actividades de consejería, el plan de seguimiento y la fecha para próxima prueba de tamizaje.

El otro caso fue un resultado positivo a lesión de bajo grado. La nota cumplió con 7 criterios de 11 requeridos (64% de cumplimiento). Los datos registrados fueron los datos generales de la usuaria, el diagnóstico citológico y los datos de la referencia a la clínica de colposcopia, sin embargo, no se registraron las

actividades de consejería ni las citas de seguimiento por el centro de salud; existe una nota del personal jurisdiccional para seguimiento realizada 9 meses después de la cita programada a clínica de colposcopia en la que se indica que se realizó visita domiciliaria sin éxito por lo que se reprograma visita en un mes. En 9 meses no existe ninguna otra nota previa de seguimiento o visita domiciliaria por parte del personal del centro de salud y en la unidad tampoco existe ningún otro registro (libreta, carpeta o bitácora) de seguimientos a casos positivos a lesión.

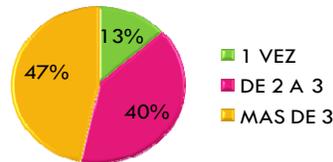
El personal del centro de salud refirió en las entrevistas que la elaboración de notas de toma de citología cervical se inició a partir de febrero de 2011 por indicación de una supervisión jurisdiccional en ese mes, y de 40 citologías realizadas del 1 de enero al 16 de marzo de 2011, se habían realizado 22 notas de toma de citología, sin embargo, tampoco cumplen con los criterios requeridos de acuerdo a la cédula correspondiente.

#### **D. Resultados de los cuestionarios de salida para usuarias.**

Se aplicaron un total de 30 cuestionarios a mujeres de 25 a 64 años de edad que salieron del centro de salud, que solicitaron algún tipo de atención, y que aceptaron participar en el estudio. Los resultados de la aplicación de este cuestionario se presentan en tres apartados: información de consultas previas; percepción de las usuarias y conocimientos; y por último, información de la consulta actual.

El promedio de edad de las usuarias que aceptaron responder el cuestionario fue de 36 años y la edad más frecuente fue de 26 años. El 47% de ellas, refirieron haber acudido al centro de salud más de 3 ocasiones en el último año (Gráfica 7).

**Gráf. 5**  
**Frecuencia de asistencia a consulta en el último año**



Fuente: Cuestionarios de salida para usuarias del CS de SMA.

### Información de consultas previas.

- Solamente una usuaria (3%) acudió para solicitar toma de citología cervical y la información que recibió por parte de la enfermera fue referente a las acciones de prevención de cáncer cérvico uterino.
- Del total de las usuarias, 6 (20%) recibieron información en alguna de sus visitas al centro de salud respecto a qué es el cáncer cérvico uterino y las posibilidades de prevención, y el 50% opinó que la información fue clara. La mitad de estas usuarias recibió la información en una plática mensual del Programa de Oportunidades.
- Del total de las participantes, a 5 (17%) se les ofreció realizarse el Papanicolaou (Pap.) en alguna de sus consultas y de ellas, el 60% contaban con el Programa de Oportunidades. Sólo una (20%) aceptó la toma de citología cervical y le informaron en qué consistía la prueba, información que le pareció confusa. El resto (80%) no aceptaron la prueba, la mitad debido a que se la habían realizado recientemente y la otra mitad fue por motivos relacionados con la atención por parte del personal de salud.
- Del total de las participantes, 20 (67%), contaban con al menos una prueba de Pap. en su vida, y de ellas, 6 (30%) se lo realizaron en el CS de SMA. Sin embargo, de esas 20, 4 (20%) se lo realizaron hace 3 años, 4 (20%) hace más

de 3 años, y una (5%) no recordó cuándo fue la última vez. En suma, el 45% de estas usuarias pudieron haber sido candidatas para nueva toma de citología cervical.

- De las 10 usuarias que nunca se han realizado una prueba de tamizaje (33%), el 80% refirió que no se la ha realizado porque nadie le ha informado para qué es y 2 de ellas refirieron temor a consecuencia del desconocimiento, 10% refirió causas relacionadas con la atención en el CS de SMA y otro 10% porque considera que no ha sido necesario.
- Si se suman las mujeres que refirieron nunca haberse realizado una prueba de citología con aquellas que ya les correspondía toma por tener 3 o más años de habérsela realizado, el 60% (18) del total de las participantes eran candidatas potenciales a toma de citología cervical.

Los datos anteriores se resumen en la tabla 21.

### **Percepción de las usuarias y conocimiento.**

- El 23% (7) de las participantes saben qué es el cáncer cérvico uterino de las cuales, el 43% (3) cuentan con el Programa de Oportunidades y recibieron la información del personal de enfermería del CS de SMA; el resto, recibió la información de personal de salud diferente al del CS de SMA, o a través de algún medio de comunicación. El total de estas usuarias se han realizado el Pap. alguna vez en su vida y sólo una de ellas se lo realizó en el CS de SMA.
- El 43% (13) de las participantes saben qué es el Pap.; de ellas, el 54% recibieron la información del personal del CS de SMA, el 23% de personal de salud diferente al del CS de SMA, y el otro 23% de personas ajenas al sector salud. De estas usuarias, 12 se han realizado una prueba de Pap. alguna vez en su vida.
- De las 17 usuarias que no saben qué es el Pap. (57%), el 41% refiere que es una prueba que sirve para detectar infecciones y el resto no identifican qué es

o para qué puede servir. A diferencia de las anteriores, sólo el 47% de estas usuarias, se han realizado una prueba de Pap. alguna vez en su vida.

- Sólo el 7% (2) de las usuarias identifican qué es el VPH, éstas recibieron la información del personal de enfermería del CS de SMA y cuentan con el Programa de Oportunidades. Las dos usuarias se han realizado un Pap. en menos de un año pero no fue en el CS de SMA.

En la siguiente tabla se muestran los datos anteriores:

**Tabla 21**  
**Resultados de los cuestionarios de salida aplicados a usuarias del CS de SMA.**

Ítem	Total (n = 30)	%	Oportunidades (n = 4)	%	(p)*
<b>Núm. veces que solicitó atención en el último año</b>					
Menos de 2	4	13%	1	25%	0.798
de 2 a 3 veces	12	40%	1	8%	
más de 3 veces	14	47%	2	14%	
<b>Oferta y uso de los servicios de DOC</b>					
Acudieron para solicitar DOC	1	3%	-	-	-
Les brindaron información de CaCu en alguna de sus visitas al CS	6	20%	3	50%	0.048
Les ofrecieron Pap. en alguna de sus visitas al CS	5	17%	3	60%	0.033
Aceptaron la toma de Pap.	1	3%	-	-	-
No aceptaron Pap. por causas relacionadas con la atención	2	7%	1	50%	0.006
No aceptaron Pap. porque se lo habían realizado recientemente	2	7%	2	100%	0.059
Se han realizado Pap. alguna vez en su vida	20	67%	4	20%	0.229
Se realizaron Pap. hace 3 años o (+)	8	27%	-	-	-
No recuerdan cuando fue la última vez que se lo realizaron	1	3%	-	-	-
Nunca se han realizado un Pap.	10	33%	-	-	-
No se lo han realizado porque nadie les ha informado para qué es	6	20%	-	-	-
No se lo han realizado por miedo (no saben para qué es)	2	7%	-	-	-
No se lo han realizado por motivos relacionados con la atención	1	3%	-	-	-
No se lo han realizado porque piensan que no es necesario	1	3%	-	-	-

Conocimiento de las usuarias					
Saben qué es el CaCu	7	23%	3	43%	0.067
Saben porque les informaron en el CS SMA	3	10%	3	100%	0.012
Se han realizado Pap. alguna vez en su vida	7	23%	3	43%	0.067
No saben qué es el CaCu	23	77%	1	4%	0.067
Se han realizado Pap. alguna vez en su vida	13	43%	1	8%	0.449
Saben qué es el Pap.	13	43%	4	31%	0.051
Saben porque les informaron en el CS SMA	6	20%	4	67%	0.441
Se han realizado Pap. alguna vez en su vida	12	40%	4	33%	0.039
No saben qué es el Pap.	17	57%	-	-	-
Se han realizado Pap. alguna vez en su vida	8	27%	-	-	-
Saben qué es el VPH	2	7%	2	100%	0.003

(p)\* Prueba exacta de Fisher. (Stata /SE 9.0)

Fuente: Base de datos. Cuestionarios de salida para usuarias del CS de SMA.

## Información de consulta actual.

- Se preguntó el tiempo que las usuarias permanecieron en la sala de espera antes de pasar a consulta médica. El tiempo mínimo de espera fue de 10 minutos y el máximo de 3 horas, con un tiempo promedio de espera de 1 hora con 10 minutos. Durante este tiempo, a ninguna usuaria se le dio información referente al Programa de DOC ni tampoco se les ofreció una prueba de tamizaje.
- Del total de las usuarias, sólo una (3%) acudió al centro de salud para solicitar toma de citología cervical y el personal de enfermería le pidió que regresara al día siguiente (sábado) debido a que tenía 9 días de haber terminado su sangrado menstrual y de acuerdo al personal, se requieren 10 días para poder realizar la toma de muestra.

## **E. Conclusiones y recomendaciones del diagnóstico situacional.**

Como se puede apreciar en los resultados, el cumplimiento en las actividades del programa de DOC en el CS de SMA ha sido limitado, ya que de acuerdo a los registros, en los últimos tres años el logro de las metas de detección ha sido menor al 30% a pesar de que el número de consultas otorgadas en este CS a mujeres de 20 y más años en el mismo periodo, sugiere que se tuvo una demanda de atención suficiente para cubrir las metas del programa y alcanzar coberturas de detección adecuadas.

El desconocimiento de las metas y logros del programa por parte del personal podría ser un factor que limite, su participación en las actividades del programa, así como también, la programación y oportunidad en las actividades para mejorar el cumplimiento de las metas. No obstante la disponibilidad de los recursos humanos, físicos y materiales, que resulta adecuada para realizar al menos 3 citologías por día (suficientes para el cumplimiento satisfactorio de las metas) así como las actividades de promoción y educación correspondientes.

El desconocimiento del grupo de edad al que hay que dirigir las acciones y la inexistencia de una estrategia de captación y búsqueda constante de usuarias candidatas a ser tamizadas incrementa el número de oportunidades perdidas. La falta de unificación en los conceptos básico del programa como por ejemplo, “citologías de 1ª vez” sugiere que además, se está realizando un registro inadecuado de la información.

Igualmente, la posibilidad de un cumplimiento adecuado en las actividades del programa se ve afectada de forma negativa por el bajo conocimiento que tiene el personal respecto al cáncer cérvico uterino, a los componentes del programa y al grupo de riesgo poblacional así como de los procesos técnicos, incluyendo la promoción, consejería, la toma de muestra, el registro adecuado de las actividades en el expediente, y seguimiento de los casos positivo. Las actividades de promoción, cuando se realizan, están a cargo del personal de enfermería y se

limitan, en su gran mayoría, a aquellas usuarias que cuentan con el programa de oportunidades, excluyendo al resto de las mujeres en riesgo que acuden al CS. Por otro lado, a pesar de que el personal médico registra actividades de promoción de DOC en el expediente a través del formato de Línea de Vida, cuando se les preguntó a las usuarias si les informaron respecto a la importancia de la DOC o si les ofrecieron una prueba de detección, el total de ellas refirieron no haber recibido información de este tipo (en la consulta actual) ni por el personal médico ni por el de enfermería, a pesar de haber permanecido en la sala de espera un tiempo promedio de una hora. Esto es un factor importante ya que más de la mitad de las usuarias que refirieron no haberse realizado una prueba de tamizaje alguna vez en su vida, dijeron que es debido a que nadie les ha informado acerca de la importancia de la detección, y un porcentaje menor refirió que está relacionado a la atención que se brinda en el CS. Como se ha señalado anteriormente, el conocimiento de la utilidad de la prueba de tamizaje es un predictor importante de la utilización de los servicios de DOC lo que también convierte al personal de salud en un factor determinante para este fin debido a que juega un papel fundamental como promotor de las actividades de DOC.

La oportunidad en las actividades del programa también se encuentra afectada, como es el caso de la entrega de resultados, pues a pesar de que las muestras son llevadas del CS al laboratorio en tiempo oportuno para su lectura, estos son devueltos al CS en un tiempo promedio de 2 meses, lo que está fuera del indicador nacional que marca un máximo de 20 días después de la toma, por supuesto que esta situación se encuentra fuera del alcance del CS, sin embargo deja ver que los problemas de cumplimiento en el programa no sólo son del CS, sino que también, se extienden a otros niveles de atención.

En lo que respecta al seguimiento de los casos, se encontró que se cuenta con la libreta para el registro y control de las citologías y que en general el registro en esta parte es adecuado, sin embargo, no se cuenta con un sistema de control para el caso de las usuarias con resultado positivo y los datos encontrados señalan que el único seguimiento que realiza el CS a estas usuarias, es el de entregar el

resultado e informar los datos de la referencia a la clínica de colposcopia y posteriormente, el seguimiento queda a cargo de la JS lo que podría incrementar el desapego de las usuarias al tratamiento.

Existe también una omisión de actividades como son, consejería a las usuarias; registro de acciones en el expediente; elaboración de nota clínica para el caso de la toma de citología cervical, la cual se inició a elaborar por indicación de una supervisión jurisdiccional en el mes de febrero de este año, sin embargo no cumplen con los requisitos para elaboración de notas clínicas; no se da tratamiento a las usuarias que presentaron algún dato de infección vaginal. Todo lo anterior, resulta en una atención inadecuada.

La capacitación que recibe el personal de base respecto al programa es insuficiente, al igual que la que recibe el personal de nuevo ingreso (pasantes en servicio social), la cual está dirigida en mayor proporción a cubrir los aspectos administrativos obviando las cuestiones técnicas del programa, lo que contribuye a al desarrollo inadecuado u omisión de las diferentes acciones sustantivas del mismo.

El conocimiento que tiene el personal de enfermería en servicio social respecto a las diferentes actividades del programa y, en especial de los aspectos técnicos como son la toma de muestras, son transmitidos en cadena de una enfermera a otra, sin ninguna verificación de que lo que se está transmitiendo sea correcto, lo que origina un ciclo de prácticas inadecuadas que va creciendo con cada personal nuevo.

La escasa participación del personal médico en las actividades del programa, la falta de coordinación entre el personal médico y de enfermería y la muy escasa promoción de las actividades de detección, se traduce en una organización inadecuada para el cumplimiento en las actividades del programa lo que resulta en una atención deficiente y en un bajo cumplimiento de los lineamientos y actividades del mismo.

Lo anterior hace evidente que el bajo conocimiento que tiene el personal respecto al cáncer cérvico uterino y los componentes del programa de DOC resulta una limitante para brindar a las usuarias una promoción, orientación, detección y seguimiento adecuado. De igual forma, impide el desarrollo efectivo de las actividades y procesos del programa lo que redundará en una atención inadecuada a las usuarias.

Por lo tanto, se recomienda desarrollar una intervención orientada fundamentalmente a mejorar el conocimiento del personal y las actividades del programa a través de la estandarización, lo que permitirá una disminución en las omisiones y fallas en el funcionamiento del programa, el incremento de las competencias profesionales del personal de salud y promoverá una mejora en la calidad de la atención que se traducirá en un incremento en la oferta y demanda de los servicios de DOC, y consecuentemente en un incremento en las coberturas de detección.

### **3.13.2. Diseño de la intervención para la estandarización.**

En la etapa 1 de este proyecto se hizo evidente que existe un conocimiento insuficiente en el personal de salud respecto a los lineamientos y actividades del programa de DOC, lo que deriva en un desarrollo inadecuado de las actividades del mismo, una atención inapropiada con oferta y demanda insuficiente y a su vez en una baja cobertura.

El incremento de las competencias profesionales en el personal de salud a través de la a estandarización del conocimiento y de los procesos del programa resulta necesario para promover un incremento en la calidad de la atención que se traducirá en un incremento en la oferta y demanda de los servicios de DOC y consecuentemente un incremento en las coberturas de detección.

Para ello, se diseñó un taller tomando como referencia la teoría del aprendizaje significativo. En este taller se consideraron 3 componentes fundamentales: 1) mejora y estandarización de los conocimientos de cáncer cérvico uterino y los aspectos normativos y técnicos del programa de DOC; 2) retroalimentación del diagnóstico situacional del programa de DOC en el CS; y 3) identificación del problema y las oportunidades de mejora a través del uso de herramientas para la mejora de la calidad y estandarización de los procesos.

El taller fue orientado al personal médico y de enfermería tanto de base como en servicio social que se encontraba laborando en el CS en el momento de la intervención. El tiempo y número de sesiones fue ajustado al tiempo y disponibilidad del personal, el cual fue definido por la responsable del CS. El taller quedó integrado por 5 sesiones de una hora cada una para impartir en un periodo de una semana (**Anexo 8. Cartas descriptivas del taller**).

Las actividades del taller fueron diseñadas para involucrar al personal en la identificación del problema, las oportunidades de mejora y las actividades a realizar para la estandarización y mejora de los procesos.

Para lograr la estandarización de los conocimientos se destinaron dos sesiones y se diseñó un manual de consulta rápida de cáncer cérvico uterino, el cuál fue validado por médicos relacionados con el tema y con el programa. El manual servirá para estandarizar y reforzar el conocimiento del personal cada vez que sea necesario en ocasiones futuras así como del personal nuevo que sea integrado al CS. (**Anexo 10. Manual de consulta rápida para el programa de DOC**).

Para la evaluación del conocimiento del personal en los aspectos generales de CaCu, y la normatividad y lineamientos de la DOC se elaboraron 22 preguntas claves. Las preguntas fueron abiertas y se estableció una rúbrica para las respuestas que se tomarían como correctas. El nivel de conocimiento del personal se clasificó como Alto, para una puntuación igual o mayor a 18; Medio, para una puntuación de 17 a 14; y Bajo, para una puntuación igual o menor a 13. (**Anexo**

**11. Preguntas clave para evaluar el conocimiento del personal referente al programa de DOC), (Anexo 12. Rúbrica para evaluación de conocimientos del programa de DOC).**

Para conseguir la estandarización y mejora en los procesos, se destinaron 3 sesiones en las que se hizo uso de las siguientes herramientas para la mejora de la calidad: lluvia de ideas, diagrama de árbol, 5 por qué, diagramas de flujo/algoritmos y otros como cartas de procesos y cartas de indicadores.

**3.13.3. Implementación de la propuesta para la estandarización y evaluación de los cambios inmediatos de la intervención.**

**A. Implementación del taller.**

Para la implementación del taller se realizaron 4 visitas de gestión al CS con la finalidad de definir el horario y los días disponibles por el personal para la asistencia a las sesiones. Además, se gestionó el consultorio de actividades múltiples para la impartición de las sesiones.

El equipo para la proyección de las sesiones se gestionó con el área de Servicios escolares del INSP y posteriormente se buscó el apoyo con una de las investigadoras cercanas al proyecto.

Finalmente, la responsable del CS autorizó 5 sesiones consecutivas de 13:00 a 14:00 hrs iniciando a partir del miércoles 20 de abril de 2011.

El taller se realizó en la sala de usos múltiples del CS y se contó con el mobiliario, equipo y material necesario y suficiente para el desarrollo de cada sesión. Cada sesión tuvo una duración promedio de 60 minutos y se impartieron 4 sesiones de 5 programadas. De igual forma, las actividades programadas para cada sesión

fueron ajustadas de acuerdo a la asistencia, disponibilidad y participación del personal.

De los 7 participantes esperados, sólo se contó con 5 ya que uno se encontraba en periodo vacacional y la participación de la responsable de la unidad se limitó a 15 minutos en la primera sesión. La asistencia del personal a las sesiones fue inconstante como se muestra en la tabla 22.

La primera sesión fue suspendida poco antes de iniciar debido a las festividades de Semana Santa reanudando el lunes 25 de abril. La sesión 5, fue suspendida debido a que el personal se negó a continuar con el taller.

**Tabla 22**  
**Relación de asistencia a las sesiones del taller de mejora del 25 al 28 de abril de 2011, CS SMA.**

Personal / Sesión	1	2	3	4	5
MB1	C	NA	NA	NA	SUSP
MB2	A	A	NA	A	SUSP
MP1	A	B	A	A	SUSP
EB1	A	NA	B	A	SUSP
EB2	A	C	B	B	SUSP
EP2	PERIODO VACACIONAL				
EP3	A	NA	A	A	SUSP

A: Asistencia a toda la sesión                      B: Asistencia más de la mitad de la sesión  
C: Asistencia menos de la mitad de la sesión  
NA: No asistió    SUSP: Suspendida

Fuente: Lista de asistencia

## **Desarrollo de las sesiones.**

**Sesión 1.** La primera sesión estuvo orientada a reforzar el conocimiento que el personal tiene respecto al cáncer cérvico uterino, y la normatividad y lineamientos relacionados con el mismo. Los resultados de la aplicación de las preguntas clave para esta sesión (Pre-test), mostraron el bajo conocimiento que el personal tiene de esta temática. La puntuación máxima registrada fue de 6 y la mínima de 1.5 de un total de 22 (**Anexo 13. Resultados de la evaluación del nivel de conocimiento del programa de DOC**).

Los resultados del pre-test sugieren que el personal no dimensiona la magnitud del problema que representa el CaCu. Respecto a la etiología, la mayoría del personal sigue afirmando que los factores hereditarios y la multiparidad son factores importantes en el desarrollo de este padecimiento, si bien mencionan múltiples parejas sexuales y antecedentes de infecciones vaginales como factores contribuyentes, no lo relacionan directamente con infección por VPH y no identifican con claridad el papel que éste tiene en el desarrollo del CaCu. Tampoco identifican la existencia de VPH de alto riesgo para CaCu ni que es la infección persistente por estos serotipos lo que favorece la evolución a lesiones de alto grado y CaCu.

Respecto a los factores de riesgo y los lineamientos para la DOC lo único que identificaron con claridad es que la citología cervical es un método de tamizaje.

Todas estas deficiencias detectadas en el conocimiento del personal se corrigieron a lo largo de la sesión.

Cuando se trataron los aspectos relacionados al programa de DOC y el tamizaje, el personal manifestó la baja credibilidad que tienen por los programas preventivos de la Secretaría de Salud y la apatía para el cumplimiento de las actividades correspondientes a cada programa debida entre otras cosas, a la constante insuficiencia de insumos y una inadecuada planeación de los recursos.

**Sesión 2.** En la segunda sesión se realizó la retroalimentación de los resultados obtenidos en el diagnóstico situacional del programa de DOC en el centro de salud. Se contó sólo con la asistencia del personal médico y se hizo evidente la baja participación que este personal tiene en las actividades del programa así como el desconocimiento de las metas y los bajos logros que se tienen en esta unidad.

Debido a la amplia disposición que mostró el personal en esta sesión y a la incertidumbre de la asistencia del resto del personal para la sesión siguiente, se inicio a trabajar con las herramientas para la mejora de la calidad y se identificó como problema las bajas coberturas de detección. Posteriormente, se inició a trabajar en la identificación de las posibles causas que originan esta situación con el uso de una lluvia de ideas. Después de la categorización de las ideas, se establecieron 4 posibles causas de mayor relevancia:

- Material Insuficiente
- Indiferencia de las usuarias a las actividades de DOC
- Saturación en las actividades del personal de salud
- Un amplio número de oportunidades perdidas

Posteriormente, estas causas se trasladaron a un diagrama de árbol para realizar un análisis más profundo con la ayuda de los “5 por qué”. (**Anexo 14-1. Análisis de causas**).

Al finalizar este ejercicio, el personal coincidió en que la falta de organización en las actividades que se realizan al interior de la unidad es lo que conlleva a una baja productividad y un bajo cumplimiento en las actividades del programa.

La sesión terminó satisfactoriamente con la identificación de la causa raíz y el personal comenzó a identificar algunas oportunidades de mejora.

**Sesión 3.** En esta sesión, se contó con la asistencia del personal de enfermería y el médico pasante por lo que se inició nuevamente con la retroalimentación de los resultados del diagnóstico situacional del programa y una vez más se hizo evidente el desconocimiento que tiene el personal respecto a las metas del programa y los logros obtenidos. La responsable de enfermería refirió que de acuerdo a sus registros se han alcanzado logros cercanos al 100%. De igual forma, el personal de enfermería refirió que el personal médico no se involucra en las actividades del programa dejando a ellas toda la responsabilidad.

Posteriormente, se mostraron los avances que se tuvieron en la sesión anterior con la identificación del problema, las posibles causas y la causa raíz. Coincidieron en que la falta de coordinación entre el personal médico y de enfermería así como la falta de organización en diferentes actividades es un factor que influye en el bajo cumplimiento. El personal también refirió que antes de contar con la nueva infraestructura del CS, no se tenía un espacio específico para la toma de citologías y que las condiciones del lugar en el que se encontraba el CS eran muy deficientes lo que afectaba el cumplimiento adecuado de las actividades del programa.

Para iniciar a trabajar en la solución del problema se estableció un objetivo a partir de la causa raíz identificada. El objetivo fue el siguiente:

- Mejorar la organización del personal para incrementar la promoción y toma de Pap.

Este objetivo se trasladó a la segunda parte del diagrama de árbol respondiendo esta vez a la pregunta ¿cómo?, ¿cómo mejorar la organización? El personal identificó diferentes oportunidades para realizar esto y surgieron propuestas importantes. (**Anexo 14-2. Análisis de soluciones**), (**Anexo 14-3. Propuestas iniciales**).

**Sesión 4.** Para este día, el personal de enfermería solicitó la suspensión de la sesión argumentando cansancio por el exceso de trabajo durante toda la semana y solicitaron reprogramar la sesión hasta el miércoles 4 o jueves 5 de mayo. Debido a que los tiempos para concluir el proyecto son limitados y no se contó con el apoyo de la responsable para continuar con el taller, se trató de negociar esta situación con el personal sin embargo, su respuesta fue negativa. Finalmente, el personal aceptó realizar la sesión del día pero hubo una rotunda negativa para participar en la última sesión.

La sesión se inició retomando las propuestas de mejora que se trabajaron el día anterior y se intentó trabajarlas en la matriz de 5W1H, el personal mostró rechazo al momento de definir responsabilidades y tiempos de cumplimiento por lo que ya no fue posible completar la matriz.

A esta sesión, se integró el personal de odontología que no había estado participando en las sesiones anteriores, por lo tanto, desconocía la dinámica de trabajo y que las actividades propuestas para mejorar el cumplimiento habían sido planteadas por el mismo personal, la respuesta de esta persona fue inmediata y totalmente negativa para poner en marcha dichas actividades, este hecho, influyó negativamente en el resto del personal que comenzó a buscar obstáculos para la realización de las propuestas.

Finalmente, una gran parte de las propuestas del día anterior fueron descartadas por el mismo personal por lo que se replantearon y ajustaron hasta que ellos mismos decidieron que las propuestas eran acciones que sí podrían realizar. **(Anexo 14-4. Propuestas finales).**

Para estandarizar los procesos, se elaboró un borrador de los diagramas de flujo de las actividades a realizar en cada área (sala de espera, consultorio y área de citologías) con lo que se pretende disminuir las fallas y omisiones en los procesos. **(Anexo 14-5. Descripción de los procesos).**

Para iniciar con la propuesta de mejora, el personal de enfermería comentó que además de las acciones propuestas, en los próximos días podrían realizar toma

de citologías a las usuarias del programa de oportunidades y que en un lapso de un mes ya se tendría un cambio en los niveles de cumplimiento.

Debido a que la última sesión estaba orientada al fortalecimiento y estandarización del conocimiento para los aspectos técnicos del programa, y sabiendo que una muestra adecuada de citología cervical es crucial para un diagnóstico certero, se solicitó al personal que permanecieran en la sesión 12 minutos más para la proyección del video de la técnica de toma. De 6 participantes en la sesión, 5 aceptaron y de ellos, sólo 2 permanecieron hasta el final.

Al terminar la proyección se agradeció al personal su tiempo y participación en las sesiones y se reconoció el trabajo realizado en la búsqueda de soluciones.

El producto del trabajo de las sesiones se integró en un documento final el cual se muestra en el **Anexo 14. Propuesta de mejora para los procesos de atención del programa de DOC en el CS de SMA.**

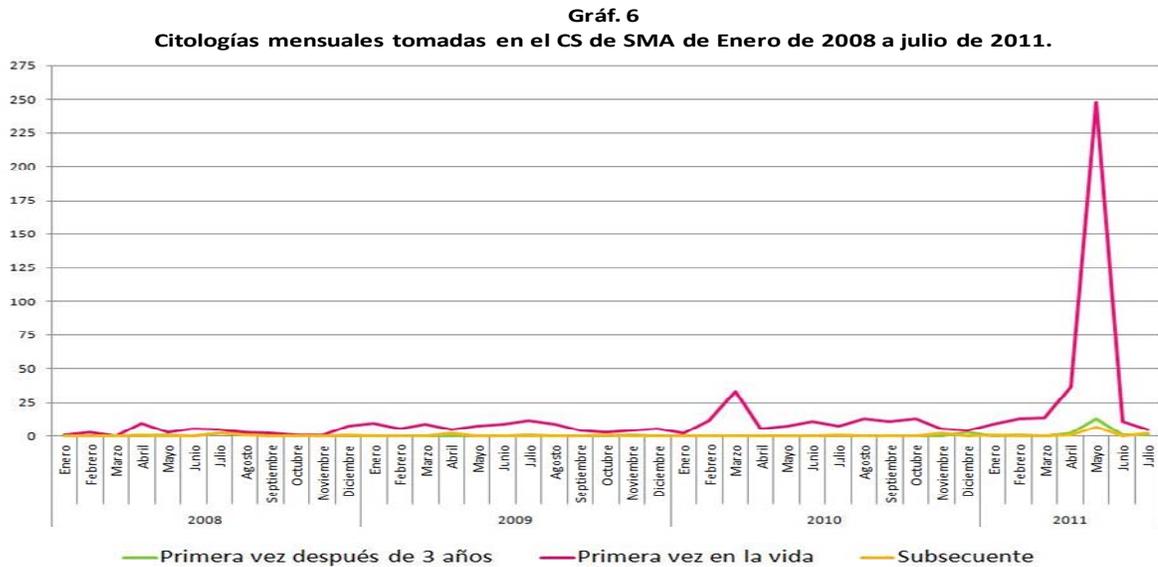
La evaluación de los componentes técnicos del programa de DOC ya no fue posible de cumplir debido a la negativa del personal para realizar la sesión 5, en la que se realizaría también la post-evaluación correspondiente a la sesión 1.

Los resultados del taller se tomaron como satisfactorios pues se obtuvo un producto final correspondiente a la propuesta de mejora y la aceptación del personal para llevarla a cabo a partir del día siguiente al término del taller (29 de abril de 2011).

## **B. Evaluación de los cambios inmediatos de la intervención.**

La aplicación de los instrumentos diseñados para la evaluación final de la intervención ya no fue posible debido a la poca disponibilidad que mostró el personal para finalizar estas actividades. Sin embargo, para tratar de conocer los resultados de este proyecto, se realizó una medición indirecta a través del

número de citologías mensuales tomadas en un periodo de 3 años (2008-2010) y durante los meses de enero a julio de 2011. Para ello, se consultó el indicador de “número de pacientes a las que se les realizó la intervención” y se filtró por fecha de toma de muestra en mujeres de 25 a 64 años de edad, observando un incremento en el número de tomas durante el mes posterior a la intervención, es decir, mayo (Gráf. 6).



Fuente: SICAM (09/Sept./2011)

El análisis estadístico de los datos encontrados se realizó a través de una prueba binomial exacta la cual permite la comparación de dos grupos cuando las variables son categóricas binarias. Para este caso, se comparó la proporción de citologías realizadas de enero de 2008 a abril de 2011, contra la proporción de las citologías realizadas de mayo a julio de 2011 (antes y después de la intervención). Los incrementos significativamente estadísticos se encontraron en los datos que se muestran con cursivas en la tabla 23 y que correspondieron al incremento en las citologías de 1ª vez registradas durante el mes de mayo y a las subsecuentes registradas en el mes de julio.

**Tabla 23**

**Comparación entre la proporción histórica y la proporción de las detecciones realizadas después de la intervención.**

Proporción	Citología		
	Primera vez después de 3 años	Primera vez en la vida	Subsecuente
<b>Proporción histórica (Enero, 2008- Abril,2011)</b>	<b>0.039</b>	<b>0.924</b>	<b>0.036</b>
MAYO (2011)	0.048	<b>0.925</b>	0.026
valor de p	(0.259)	<b>(0.000)</b>	(0.860)
JUNIO (2011)	0.083	0.916	0.000
valor de p	(0.382)	(0.770)	(1.000)
JULIO (2011)	0.125	0.625	<b>0.250</b>
valor de p	(0.274)	(0.998)	<b>(0.032)</b>

Fuente: Stata SE Versión 10.1 (2009).

Cabe señalar que los datos encontrados en SICAM de los meses de junio y julio podrían estar aún incompletos pues dependen de la captura que se hace a nivel estatal y de la actualización del sistema. Hasta el día 9 de septiembre de 2011, aún no aparecían datos del mes de agosto lo que sugiere que podrían faltar formatos por capturar de los meses anteriores a agosto.

Otro punto importante a señalar es que el incremento observado fue en función de las citologías realizadas por primera vez en la vida y que se tiene el antecedente de que el personal refirió que iniciaría acciones con las usuarias de oportunidades, las cuales, por ser una población cautiva, tienen un control regular en el CS. Esto sugiere que el registro de la información en el formato de solicitud de citología cervical, podría no ser el adecuado, ocasionando un sobre-registro en este tipo de citologías.

### **3.14. EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN.**

La evaluación de la intervención se llevó a cabo a través de indicadores generados en función de los objetivos y metas del proyecto con lo que fue posible medir el cumplimiento de los mismos.

De las metas establecidas para realizar el diagnóstico situacional del programa de DOC en el CS de SMA, en 9 de 11, se tuvo un cumplimiento del 100% que fueron, las actividades de gestión y sensibilización, la elaboración de cada uno de los instrumentos utilizados para la recolección de la información, y el reporte de los resultados encontrados. En lo que correspondió a la aplicación de los instrumentos, se realizaron el 89% de las entrevistas programadas debido a que uno de los informantes se encontraba en periodo vacacional; la aplicación de los cuestionarios de salida para las usuarias del CS se completó al 100%; la aplicación de la cédula de evaluación para expedientes de usuarias de 25 a 64 años de edad que solicitaron consulta general durante el 2010 también se cumplió al 100% aunque con limitaciones correspondientes a la organización del CS (falta de expedientes); para la revisión de los expedientes correspondientes a usuarias que solicitaron atención relacionada con el programa de DOC, sólo fue posible un cumplimiento del 73% debido a que no todas las usuarias contaban con expediente clínico.

Las metas establecidas para el diseño de la intervención para la estandarización del conocimiento y procedimientos de las actividades del programa de DOC, se cumplieron al 100%.

Para la implementación de la intervención a través de un taller conformado por 5 sesiones, se cumplió en el 80% debido a la poca disponibilidad que tuvo el personal para completar las sesiones programadas. De igual forma, la participación que se tuvo fue del 70% del personal esperado debido a que uno de ellos se encontraba en periodo vacacional y el otro refirió que no se podían descuidar todas las actividades de la unidad por lo que no participó en las sesiones.

En la siguiente tabla se muestran los indicadores y logros obtenidos para este proyecto.

Tabla 24 Matriz de cumplimiento de metas para la intervención: "MEJORA DEL PROCESO DE ATENCIÓN PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO EN EL CENTRO DE SALUD DE SANTA MA. AHUACATITLÁN, MOR., 2010."						
Etapa	Objetivos específicos	Estrategias	Indicadores	Metas	Logro	
					No.	%
1	Realizar un diagnóstico situacional del Programa de Detección Oportuna de Cáncer Cérvico Uterino (PDOC) en el Centro de Salud de Sta. Ma. Ahuacatitlán (CS SMA).	Difusión y sensibilización del personal de salud para el desarrollo del proyecto	No. de reuniones realizadas	5 Reuniones con el personal de salud	5	100
			Porcentaje o número de personal sensibilizado	12 personas (100%) sensibilizadas al proyecto	12	100
		Aplicación de una entrevista al personal de salud para determinar la organización y el nivel de conocimientos que tienen respecto al cáncer cérvico uterino y al PDOC	No. de entrevistas diseñadas	1 guía de entrevista diseñada con preguntas que permitan determinar los conocimientos generales del cáncer cérvico uterino y del PDOC que tiene el personal de salud	1	100
			No. de entrevistas realizadas al personal de salud	9 entrevistas realizadas al personal del CS	8	89
		Aplicación de cuestionarios de salida a las usuarias del CS de SMA	No. de cuestionarios de salida diseñados	1 cuestionario diseñado para medir el uso y oferta o promoción de las actividades del PDOC y los conocimientos de la usuaria respecto al CaCu y la detección oportuna	1	100
			No. de cuestionarios de salida aplicados a usuarias	30 cuestionarios aplicados a usuarias del CS en el grupo de riesgo	30	100
		Aplicación de cédulas para verificar el cumplimiento de las actividades del PDOC en los expedientes de usuarias que acudieron a consulta general (2010)	No. de cédulas diseñadas (expedientes de consulta general)	1 cédula diseñada para verificar el cumplimiento de las actividades del PDOC en la consulta general	1	100
			No. de expedientes de consulta general cotejados con cédula de evaluación	Aplicación de la cédula a 30 expedientes de usuarias que acudieron al CS a solicitar consulta general durante el 2010	30	100
		Aplicación de cédulas para verificar el cumplimiento de las actividades del PDOC en los expedientes de usuarias que acudieron a solicitar una prueba de tamizaje (2010)	No. de cédulas diseñadas (expedientes de consulta de DOC)	1 cédula diseñada para verificar el cumplimiento de las actividades del PDOC en la consulta de detección oportuna	1	100
			No. de expedientes de usuarias que acudieron a solicitar prueba de tamizaje para DOC cotejados con cédula de evaluación	Aplicación de la cédula a 30 expedientes de usuarias que acudieron a solicitar una prueba de tamizaje para CaCu durante el 2010	22	73
Elaboración de un informe de los resultados del diagnóstico situacional del PDOC en el CS de SMA	No. de informes de resultados elaborados	1 informe de resultados elaborado	1	100		
2	Diseñar una intervención que permita la estandarización del conocimiento y de los procesos del PDOC en el personal del CS de SMA.	Elaboración de un Manual de Consulta Rápida ("Prevención y Detección Oportuna de Cáncer Cérvico Uterino en el Primer Nivel de Atención") para estandarización del conocimiento del personal de salud	No. de manuales de consulta rápida del PDOC elaborados	1 manual de consulta rápida del PDOC elaborado	1	100
		Diseño de un taller para la estandarización del conocimiento y procedimientos del PDOC	No. de talleres diseñados para la estandarización de conocimientos y procesos	1 taller diseñado para la estandarización de conocimientos y procedimientos del PDOC	1	100
3	Implementar la intervención y evaluar los cambios inmediatos	Implementación de un taller para la estandarización del conocimiento y procedimientos del PDOC	No. de sesiones realizadas en el taller	1 taller implementado conformado por 5 sesiones	4	80
			No. de personas participantes en el taller	7 personas beneficiadas por el taller	5	71
		Aplicación de los instrumentos para evaluación de la intervención	No. de cuestionarios aplicados para evaluar conocimiento del personal	7 cuestionarios para personal aplicados	0	0
			No. de cuestionarios de salida para usuarias aplicados	30 cuestionarios de salida aplicados a usuarias del CS	0	0
			No. de expedientes de consulta general cotejados con cédula de evaluación	30 expedientes de consulta general cotejados con cédula	0	0
No. de expedientes de consulta de DOC cotejados con cédula de evaluación	30 expedientes de consulta de DOC cotejados con cédula	0	0			

Fuente: Elaboración propia.

Las actividades para corroborar la adopción de los procesos estandarizados, no fueron posibles, sin embargo, se realizó una medición indirecta de los resultados inmediatos, a través del número de detecciones realizadas antes y después de la intervención, observando cambios estadísticamente significativos en el incremento de citologías de 1ª vez realizadas de mayo a julio de 2011 comparado con el total de citologías realizadas de enero de 2008 a diciembre de 2010.

### 3.15. LIMITACIONES.

- φ Poca participación y disponibilidad del personal del CS para realizar actividades que son externas a la Secretaría de Salud y que desde su punto de vista no corresponden a sus actividades laborales.
- φ Falta de apego a los programas preventivos que se llevan a cabo en la Secretaría de Salud por parte del personal del CS.
- φ Poca participación y apatía del personal del CS en la búsqueda de soluciones que permitan eficientar su trabajo.
- φ Falta de integración entre los diferentes grupos de personal (personal de base y en servicio social, personal médico y de enfermería).
- φ Falta de tiempo para la realización de un diagnóstico que permita detectar aquellos elementos organizacionales que representan una barrera en la consecución de actividades de mejora.
- φ El tiempo disponible para el desarrollo de los proyectos de intervención limita el número de actividades y la posibilidad de tener un impacto a largo plazo.

### **3.16. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.**

#### **Conclusiones.**

El diagnóstico situacional es una herramienta fundamental en la identificación de necesidades, lo que permite el desarrollo de propuestas de intervención con la finalidad de mejorar y resolver los problemas encontrados. En el diagnóstico situacional del programa de DOC realizado en el CS de SMA, se encontró que el bajo cumplimiento que se ha tenido a lo largo de los últimos tres años es el resultado de diferentes factores como son: el conocimiento limitado que tiene el personal de salud respecto al cáncer cérvico uterino y los componentes del programa; el desarrollo deficiente de las actividades de promoción, educación y orientación a las usuarias; una práctica inadecuada de los aspectos técnicos del programa; y problemas organizacionales y de coordinación entre el personal médico y de enfermería.

Es cierto que los factores más importantes dentro del programa de DOC son las coberturas alcanzadas en la población de riesgo; el aseguramiento de la calidad en la muestra y en el diagnóstico cito-colpo-histopatológico; la oportunidad en el diagnóstico y el seguimiento de las usuarias; sobre los cuales, están dirigidas las evaluaciones del programa a nivel nacional. Sin embargo, se están dejando de lado otros aspectos de la atención del programa de DOC que también resultan importantes, como son, las actividades que se realizan en las unidades de primer nivel tales como, identificación adecuada de las usuarias potenciales a ser tamizadas; las actividades de promoción y educación a las usuarias; y la calidad en la atención que se está brindando, lo que en cierta medida, determinará el uso que las mujeres hagan de estos servicios. De tal manera que resulta de vital importancia garantizar un nivel adecuado en los conocimientos del personal, y altos estándares de calidad en las diferentes unidades de primer nivel de atención, que son la base de nuestro sistema de salud.

Por otra parte, el incremento en las coberturas de detección no sólo depende de las actividades que se realizan en las unidades de salud, sino también, del uso que la población haga de estos servicios, por lo tanto, es necesario que en las actividades para el fortalecimiento de los programas se incluyan acciones paralelas que permitan explorar este componente y establecer acciones complementarias para mejorar el impacto que se tiene en los programas.

Como se pudo apreciar, contar con los recursos físicos, humanos y materiales no siempre es suficiente para el cumplimiento de las actividades. Para ello, se requiere también que el personal que está a cargo de esas actividades cuente con las competencias suficientes para poder hacer un uso adecuado de los recursos y desarrollar sus actividades de una forma eficiente, de otra manera, existirán deficiencias en los procesos, reflejadas en una baja calidad de la atención e incumplimiento de las metas.

Las estrategias existentes para la mejora en la calidad de los servicios de salud son diversas. Al diseñar una estrategia de mejora basada en la estandarización se logra un aseguramiento de los procesos disminuyendo las inconsistencias en el desarrollo del programa, lo que le permite al personal tener una mayor certeza del qué, cómo y en qué momento realizar cada una de las actividades requeridas para el logro de mejores resultados en el programa.

Para un buen desarrollo de estas estrategias se requiere de tiempos adecuados y de la participación del personal involucrado en la actividad a mejorar. A este respecto, se puede decir que se logró apreciar la participación del personal cuándo se mostraron los resultados del diagnóstico situacional y se les involucró en el proceso de mejora, sin embargo, su motivación no fue suficiente para permitir que se involucraran activamente y se obtuvieran mejores resultados. Esto hace evidente la necesidad de explorar aquellos factores organizacionales de fondo, que impidieron una mayor aceptación y participación por parte del personal.

Pensando en ello, un factor importante en la calidad del servicio que se ofrece<sup>54,55,56</sup> es la satisfacción del personal en el desempeño de su trabajo, por lo tanto, las estrategias de mejora en la calidad deberán ser más integrales e incluir un componente para el desarrollo de competencias gerenciales y el empoderamiento del personal con la finalidad de obtener mejores resultados y una mayor participación del personal involucrado.

La evaluación y el monitoreo de las intervenciones establecidas para mejora en la calidad de los servicios son indispensables, ya que sin ellas no es posible identificar las fallas o los puntos asertivos de lo implementado, lo que permite emprender acciones correctivas oportunas que permitan contribuir en forma adecuada al logro de los resultados esperados.

Para esta intervención, no fue posible saber si el personal realmente adoptó la estandarización propuesta como parte de su desempeño diario y para el buen funcionamiento del programa; y si lo hicieron, no podremos saber el resultado en cuanto al logro en el aseguramiento de los procesos, sin embargo, podemos decir que al hacerlos partícipes en la identificación de un problema y búsqueda de soluciones por ellos mismos, se promovió un cambio en el funcionamiento y las actividades del programa, reflejado en un incremento en el número de detecciones realizadas, con lo que se contribuye de forma temporal a la mejora en las coberturas de detección del programa y su fortalecimiento.

## Recomendaciones.

- φ Dirigir acciones de monitoreo continuo que permitan verificar la forma en que se realizan las actividades relacionadas con el cumplimiento de los programas en las unidades de primer nivel por parte de los equipos zonales y responsables de programa que involucren al personal de las unidades de salud.
- φ Desarrollar un programa de capacitación y entrenamiento continuo para el personal de salud que les permita contar con los conocimientos y competencias necesarias para el buen desempeño de los programas preventivos que se ofertan en la Secretaría de Salud.
- φ Coordinar acciones con las universidades y escuelas técnicas para vincular y estandarizar el conocimiento de los alumnos referente a los programas preventivos que se manejan en las instituciones de salud.
- φ Asegurar la instrucción del personal becario, no sólo en los aspectos administrativos que deberán realizar durante su pasantía, sino también, en los aspectos clínicos, normativos y técnicos necesarios para el cumplimiento adecuado de los programas preventivos.
- φ Es conveniente explorar aquellos factores que podrían estar afectando al personal para tener una adecuada organización y funcionamiento que permita el desarrollo apropiado de las actividades del programa.
- φ Incluir talleres de desarrollo organizacional y motivacional que permitan mejorar el desempeño del personal y dar mejores soluciones a los problemas que enfrentan en la práctica diaria.
- φ Promover el uso de manuales y guías clínicas que permitan la estandarización de conocimientos y procedimientos en todo el personal.

- φ Involucrar al personal de salud para una participación en las acciones de mejora y definición de actividades de monitoria continua.
- φ En coordinación con el área de promoción a la salud, desarrollar acciones específicas dirigidas a mejorar el conocimiento de las mujeres respecto al cáncer cérvico uterino y la importancia de su detección oportuna, adaptadas al contexto social y cultural de la región.
- φ Promover estrategias de intervención integrales que permitan mejorar, no sólo en los aspectos funcionales de los programas al interior de las unidades de salud, sino también, en los aspectos organizacionales del personal y en los aspectos socioculturales de los usuarios a quienes están dirigidas las acciones de prevención y control, pues sin su participación consciente y activa no será posible mejorar el impacto de los programas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Promoción de la salud: una antología. Organización Panamericana de la salud. Washington, 1996, publicación científica No. 557. Pag.3-5.
2. Lalonde, M. *A New Perspective on the Health of Canadians*. 1974.
3. Matzumura-Kasano J, Ayala-Mendivil R, Aguilar-Zavala G, Gutiérrez-Crespo H. El diagnóstico situacional en salud Materno-Infantil: Guía Metodológica. *Rev Per Obst Enf* 4 (1) 2008.
4. Pineault, R. *La planificación sanitaria: conceptos, métodos y estrategias*. 1995.
5. Testa, M. *Pensamiento Estratégico y Lógica de Programación (El caso de la Salud)*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1995.
6. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Información (INEGI). *Resultados del II Censo de Población y Vivienda 2005 por AGEB*. Cuernavaca: INEGI, 2005.
7. Dirección General de Información en Salud (DGIS). *Base de datos de defunciones 1979-2008*. [en línea]: *Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS)*. [México]: Secretaría de Salud. <<http://www.sinais.salud.gob.mx>> [Consulta: 16 marzo 2011].
8. Pineault R., Daveluy C. *La Planificación Sanitaria. Conceptos, Métodos, Estrategias*. Barcelona, Masson. 2da. Edición (1995) Cap. 3 pág. 226-260.
9. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C and Parkin DM. GLOBOCAN 2008, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 10 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2010. Available from: <http://globocan.iarc.fr>
10. Organización Mundial de la Salud. Strengthening cervical cancer prevention and control. Report of the GAVI-UNFPA-WHO meeting. 1 December 2009. OMS. Geneva, Switzerland, 2010
11. Lewis Merle J. Análisis de la situación del Cáncer Cervicouterino en América Latina y el Caribe. Wshington, D.C. OPS, 2004.
12. Organización Mundial de la Salud. Control integral del cáncer cervicouterino. Guía de prácticas esenciales. OMS, Ginebra, Suiza, 2007.
13. Dirección General de Información en Salud (DGIS). *Base de datos de defunciones 1979-2007*. [en línea]: *Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS)*.

- [México]: Secretaría de Salud. <<http://www.sinais.salud.gob.mx>> [Consulta: 15 julio 2010].
14. Henry C. Kitchener, Philip E. Castle, J. Thomas Cox. Logros y limitaciones del cribado citológico cervical. *ELSEVIER* 2006;24/S3:67-75.
  15. Aguilar-Pérez JA, Leyva-López AG, Angulo-Nájera D, Salinas A y Lazcano-Ponce EC. Tamizaje en cáncer cervical: conocimiento de la utilidad y uso de citología cervical en México. *Rev. Salud Publica Mex* 2003;37(1):100-6
  16. World Health Organization. Cervical cancer screening in developing countries: report of a WHO consultation. WHO Geneva 2002.
  17. Castañeda-Iñiguez MS, Toledo-Cisneros R, Aguilera-Delgadillo M. Factores de riesgo para cáncer cervicouterino en mujeres de Zacatecas. *Salud Pública Mex* 1998;40(4)330-338
  18. Palacio-Mejia LS, Rangel-Gómez G, Hernández Avila M, Lazcano-Ponce E. Cervical cancer, a disease of poverty: Mortality differences between urban and rural areas in Mexico. *Salud Publica Mex* 2003;45 suppl 3:S315-S325.
  19. Robles S, Ferreccio C, Tsu V, Winkler J, Almonte M, Bingham A, Lewis M, Sasieni P. Assessing participation of women in a cervical cancer screening program in Peru. *Rev Panam Salud Pub* 2009;25(3):189-195.
  20. Lazcano-Ponce E, Alonso P, Ruiz-Moreno JA, Hernández-Avila M. Recommendations for cervical cancer screening programs in developing countries. The need for equity and technological development. *Salud Publica Mex* 2003;45 spp1 3:S449-S462.
  21. Gomez-Jauregui A J. Costos y calidad de la prueba de detección oportuna del cáncer cervicouterino en una clínica pública y en una organización no gubernamental. *Salud Publica Mex* 2001;43:279-288.
  22. Flores Y, Bishai D, Lazcano E, Shah K, Lörincz A, Hernández M, Salmerón J. The Morelos HPV Study Collaborators. Improving cervical cancer screening in Mexico: Results from the Morelos HPV Study. *Salud Publica Mex* 2003;45 suppl 3:S388-S398.
  23. Lazcano-Ponce EC, Moss S, Cruz-Valdez A, Alonso-de Ruiz P, Casares-Queralt S, Martínez-León CJ, Hernández-Avila M. Factores que determinan la participación en el tamizaje de cáncer cervical en el estado de Morelos. *Salud Publica Mex* 1999; 41:278-285.

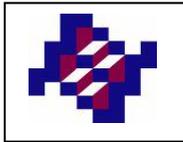
24. Bingham A, Bishop A, Coffey P, Winkler J, Bradley J, Dzuba I, Agurto I. Factors affecting utilization of cervical cancer prevention services in low-resource settings. *Salud Publica Mex* 2003;45(S3)408-416
25. Hidalgo-Martínez A. El cáncer cérvico-uterino, su impacto en México y el porqué no funciona el programa nacional de detección oportuna. *Rev Biomed* 2006; 17:81-84.
26. Urrutia T, Poupin L, Concha X, Viñales D, Iglesias C, Reyes V. ¿Por qué las mujeres no se toman el Papanicolaou?: Barreras percibidas por un grupo de mujeres ingresadas al programa de cáncer cérvico uterino AUGE. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2008;73(2): 98-103.
27. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico de Cáncer Cérvico Uterino 2007-2012., México, 2008.
28. Wiesner-Caballos C, Murillo-Moreno RH, Piñeros-Petersen M, Tovar-Murillo SL, Cendales Durante R, Gutiérrez MC. Control del cáncer cervicouterino en Colombia: la perspectiva de los actores del sistema de salud. *Rev Panam Salud Publica*. 2009; 25(1):1-8.
29. Hernández-Hernández D, Linaldi-Yépez F, Apresa-García T, Escudero-de los Ríos P, Alvarado-Cabrero I, Ornelas-Bernal L, Mohar-Betancourt A. Factores asociados al incumplimiento para tamizaje en cáncer de cérvix. *Rev Med IMSS* 2007;45(4):313-320
30. Alliance for Cervical Cancer Prevention (ACCP). Planning and Implementing Cervical Cancer Prevention and Control Programs: A Manual for Managers. Seattle: ACCP; 2004.
31. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, para la "Prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino", Diario Oficial de la Federación; mayo 2007.
32. Secretaría de Salud. Manual Metodológico de caminando a la Excelencia 2008-2010.
33. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Innovación y calidad. Sistema de acreditación y garantía de calidad. Establecimientos de primer nivel. Centro de Salud. Formato de captura electrónica para la auditoría de procesos. Guía de auditoría.

34. Maestría en Salud Pública. Diagnóstico Integral de Salud (trabajo para acreditar currículo formativo de la maestría en salud pública). Instituto Nacional de Salud Pública. Escuela de Salud Pública de México. Cuernavaca. 2010. (Documento no publicado).
35. Arillo-Santillán E, Lazcano-Ponce E, Peris M, Salazar-Martínez E, Salmerón-Castro J, Alonso-De Ruiz P. El conocimiento de profesionales de la salud sobre la prevención del cáncer cervical. Alternativas de educación médica. Salud Publica Mex 200;42:34-42.
36. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007-2010. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. Secretaría de Salud, 1ª edición, 2007.
37. Olaiz-Fernández G, Rivera-Dammarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Avila M, Sepúlveda-Amor J. Encuesta Nacional de Salud y nutrición 2006. Cuernavaca México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.
38. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2001. Resultados por entidad federativa, Morelos. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública-Secretaría de Salud, 2007.
39. Donabedian A. La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. La Prensa Médica, S. A. de C. V., 1984.
40. Ruelas E. Calidad, productividad y costos. Salud Publica Mex 1993;35:289-303.
41. Donabedian A. Garantía y Monitoria de la Calidad de la Atención Médica: un texto introductorio. Perspectivas en Salud Pública. Instituto Nacional de Salud Publica. México. 1990.
42. Donabedian, A. La calidad de la atención médica. Rev Calidad Asistencial 2001;16:S29-S38.
43. Ramírez A, García J, Fraustro S. Definición del problema de la calidad de la atención médica y su abordaje científico: Un modelo para la realidad mexicana. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro 1995; 11(3):456-462.
44. Massoud R, Askov K, Reinke J, Franco LM, Bornstein T. Un paradigma moderno para mejorar la calidad de la atención de salud. Quality Assurance Project. USA 2002.
45. Donabedian A. Conferencia Magistral. Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. Salud Publica Mex 1993;35(3):238-247

46. Ruelas E, Frenk J. Framework for the Analysis of Quality in Transition: The Case of Mexico. Australian Clinical Review, 1989.
47. Ruelas E, Querol J. Calidad y eficiencia en las organizaciones de atención a la salud. Economía y Salud 1994.
48. Centro Latinoamericano de Impulso a las Calidad en Servicios, S.C./Qualimed. Calidad total para directivos de organizaciones de salud. México:Mimeo
49. García M, Quispe C, Ráez G. Mejora continua de la calidad en los procesos. Industrial Data 2003;6(1):89-94.
50. Secretaría de Salud Distrital de Bogotá. Fortalecimiento de IPS del Distrito Capital. Guía 4 Para la documentación de procesos críticos. Bogotá.
51. Juran JM, Gryna FM. Análisis y planeación de la calidad. Mc Graw-Hill 3ª edición 1995.
52. Martínez-Sagasta C. Estandarización de los Procesos asistenciales. Calidad en la Gestión Clínica. Ministerio de Salud de la Nación. 1ª edición, Buenos Aires 2007.
53. Secretaría de Salud. Manual de Procedimientos para la Toma de la Muestra de Citología Cervical, México: Centro Nacional de Equidad de género y Salud Reproductiva; 2006.
54. Aguirre-Gas H. Health care quality evaluation. Patient's and worker's expectations. Salud Publica Mex 1990;32:170-180.
55. Ponce-Gómez J, Reyes-Morales H, Ponce-Gómez G. Satisfacción laboral y calidad de atención de enfermería en una unidad médica de lata especialidad. Revista de Enfermería IMSS 2006;14(2):65-73.
56. Sobrequés J, Cebrià J, Segura J, Rodríguez C, García M, Juncosa S. La satisfacción laboral y el desgaste profesional de los médicos de atención primaria. Atención Primaria 2003;31(4):227-233.

## ANEXOS

### *Anexo 1. Guía de entrevista semi-estructurada para el personal de salud*



## INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO

ESTUDIO SOBRE LA ATENCIÓN PARA LA DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO EN  
EL CENTRO DE SALUD DE SANTA MARÍA AHUACATILÁN, MOR.

### GUÍA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA EL PERSONAL DE SALUD

La información recolectada en esta entrevista es totalmente confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Su participación es voluntaria y de suma importancia ya que permitirá hacer mejoras en la atención que se brinda en el Centro de Salud. Responder las siguientes preguntas no la(o) compromete en nada y no es un riesgo para su integridad.

#### FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

Escolaridad: \_\_\_\_\_

Función que desempeña: \_\_\_\_\_

Antigüedad: \_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_ meses

#### CAPACITACIÓN

1. ¿Ha recibido alguna capacitación sobre cáncer cérvico uterino, toma de citología y prueba de VPH?
2. ¿Cuándo fue la última capacitación que recibió?
3. ¿Le pareció adecuada? ¿Por qué?

#### NORMATIVIDAD

1. ¿Me podría mencionar cuál es la NOM para prevención y detección de cáncer cérvico uterino?
2. Las acciones de prevención y detección de cáncer cérvico uterino, ¿están dirigidas a algún grupo de riesgo específico?
3. ¿Cuáles son los factores de riesgo para cáncer cérvico uterino (de acuerdo a la NOM)?
4. De acuerdo a la NOM, ¿cuáles son las acciones para la prevención de cáncer cérvico uterino?

## CITOLOGÍA CERVICAL

1. De acuerdo con la NOM, ¿a qué mujeres se les debe realizar citología cervical (grupo de edad)?
2. Con la introducción de la prueba de VPH ¿Hubo algún cambio en la indicación para realizar citología (grupo de edad)?
3. ¿Existe alguna contraindicación para la toma de citología? ¿cuál?
4. ¿Cada qué tiempo la mujer se debe realizar una citología cervical?
5. ¿Con qué instrumento realizan la toma de muestra?
6. ¿Existe alguna indicación especial para la elección del instrumento de toma?
7. Cuándo realiza la toma de la muestra, ¿Qué parte del cérvix se toma primero (endocervix o exocervix)?
8. Si toma la muestra con espátula de Ayre, ¿Con qué parte de la espátula toma la muestra de exocervix?
9. Al colocar la muestra sobre la laminilla, ¿cómo lo hace (tipo de barrido utilizado)?
10. ¿Qué utiliza para el fijado de la muestra?
11. Para el caso de fijación con alcohol, ¿existe un tiempo mínimo en el que la muestra deba permanecer dentro del alcohol?
12. ¿Qué hace con las laminillas después de que la muestra ha sido fijada?
13. ¿Cuánto tiempo transcurre desde que la muestra fue tomada hasta que se entrega a la Jurisdicción?
14. ¿Cuánto tiempo pasa desde que le toman la muestra a la usuaria hasta que le entregan los resultados?
15. ¿Quién entrega los resultados positivos/negativos?
16. ¿Cuál es la conducta a seguir ante un resultado citológico positivo?
17. ¿Qué se le dice a la usuaria cuando su resultado citológico es positivo?
18. ¿Llevan algún registro específico para el seguimiento de usuarias con resultados positivos?

## PRUEBA DE VPH

1. ¿En qué mujeres está indicada esta prueba (grupo de edad)?
2. ¿Existe alguna contraindicación para la toma de muestra? ¿cuál?
3. ¿La toma de la muestra de VPH es diferente a la toma de citología?
4. ¿Qué precauciones se deben tener con el manejo del vial (tubo contenedor) una vez que la muestra fue tomada?
5. ¿Existe alguna indicación especial para el almacenamiento y conservación de las muestras (tubos)? (temperatura máxima o mínima)
6. ¿Cuál es el tiempo límite para entregar las muestras a la Jurisdicción?
7. ¿Qué información se le da a una usuaria con resultado de VPH positivo?
8. ¿Quién entrega los resultados?
9. ¿Cuál es la conducta a seguir ante un resultado positivo a VPH?
10. ¿Cuál es la conducta a seguir ante un resultado negativo a VPH?
11. ¿Cuál es la conducta a seguir ante una citología negativa después de una prueba de VPH positiva?
12. ¿Cuál es la conducta a seguir ante una citología positiva después de una prueba de VPH positiva?

### ATENCIÓN

1. ¿Cuentan con área específica para toma de muestras?
2. ¿Quién es el responsable de tomar las muestras?
3. ¿Cuentan con algún registro o control de las muestras tomadas?
4. ¿Tienen establecido un horario para toma de muestras?
5. ¿A qué usuarias se les toma citología cervical?
6. ¿Las muestras que toman, en general, son porque las usuarias solicitan la toma o ustedes la ofrecen?
7. ¿Realizan algún tipo de actividades para informar a las usuarias aspectos relacionados con la prevención y detección oportuna de cáncer cérvico uterino? ¿Cuáles y cada qué tiempo?
8. ¿Cuánto tiempo emplean en la toma de muestras desde que la usuaria solicita la atención, hasta que sale del consultorio de toma?
9. ¿Qué información le dan a la usuaria?

### INSUMOS

1. ¿Cuentan con los insumos y equipo necesario y suficiente para realizar las tomas de muestras?
2. ¿Alguna vez se ha suspendido o diferido la toma de muestra por falta de insumos?
3. ¿Llevan un control de existencias y consumos?
4. ¿Cómo realizan la solicitud de insumos?
5. ¿Cada qué tiempo le surten insumos?

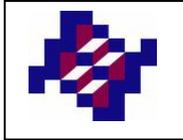
### COBERTURAS

1. ¿Conoce las metas de detección para este año?
2. ¿Cuál ha sido el porcentaje de cumplimiento respecto la meta anual?  
Si el cumplimiento está por debajo de lo mínimo esperado:
3. ¿Cuáles considera que sean los motivos por los que no se tiene un cumplimiento adecuado?
4. ¿Qué acciones considera que sean necesarias realizar para lograr un cumplimiento mayor?

¿Existe alguna otra cosa que le gustaría comentar respecto al Programa de Detección Oportuna de Cáncer Cérvico Uterino?

**POR MI PARTE ES TODO, AGRADEZCO SU TIEMPO Y PARTICIPACIÓN**

## Anexo 2. Rúbrica de la entrevista para medir el nivel de conocimiento



### INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO

#### RÚBRICA PARA MEDIR NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE SALUD RESPECTO AL PROGRAMA DE DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO

En la guía de entrevista se incluyen 23 preguntas generales para medir el nivel de conocimiento que tiene el personal de salud respecto al Programa de Detección Oportuna de Cáncer Cérvico Uterino.

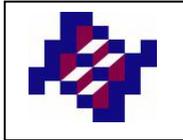
En la siguiente tabla se describen las respuestas que se tomarán como correctas para cada criterio.

El nivel de conocimiento se establecerá como: Alto, para una puntuación igual o mayor a 18; Medio, para una puntuación de 14 a 17; y Bajo, para una puntuación igual o menor a 13.

CATEGORÍA	CRITERIO	DESCRIPCIÓN
<b>NORMATIVIDAD</b>	Norma oficial	Identifica claramente: NOM-014
	Grupo de riesgo para acciones del Programa de DOC	Mujeres de 25 a 64 años de edad
	Factores de Riesgo	Menciona 8 o más de los 10 que especifica la norma, refiriendo entre ellos: -Edad de 25 a 64 años -IVSA antes de los 18 años -Infección por VPH -Nunca haberse realizado una prueba de detección
	Niveles o acciones de prevención para cáncer cérvico uterino	Menciona: -Educación para disminución de riesgos -Promoción para detección -Detección oportuna con pruebas de tamizaje -Vacunación
		SUB TOT. = 4 puntos

<b>CITOLOGÍA CERVICAL</b>	Edad para toma de citología (de acuerdo a la estrategia nacional actual)	-De 25 a 34 años de edad (si se cuenta con prueba de VPH) -De 25 a 64 años de edad (si no se cuenta con prueba de VPH)
	Contraindicaciones para la toma	Sangrado
	Temporalidad de la toma	Cada 3 años después de 2 citologías anuales negativas consecutivas
	Indicación para el instrumento de toma de muestra	Citobrush o hisopo para usuarias climatéricas, pre o postmenopáusicas
	Parte de la muestra que se toma primero	Exocervix y después endocervix
	Tipo de barrido / extendido para la muestra	Extendido lineal/longitudinal
	Fijación de la muestra	Alcohol de 96°
	Tiempo de fijación mínimo	30 min.
	Tiempo máximo para entrega de muestras a Jurisdicción	7 días
	Conducta a seguir con resultados positivos	Referencia a colposcopia
SUB TOT. = 10 puntos		
<b>PRUEBA DE VPH</b>	Edad para toma de muestra	35 a 64 años de edad
	Contraindicación para toma	-Sangrado -Medicación vaginal -Embarazo
	Precauciones con el vial	Mantenerlo siempre vertical
	Temperatura para la conservación de la muestra	15-30°C
	Tiempo máximo para entrega de muestras a Jurisdicción	7 días
	Conducta a seguir con resultado negativo	Repetir prueba en 5 años
	Conducta a seguir con resultado positivo	Toma de citología
	Conducta a seguir con citología negativa después de VPH positivo	Toma de VPH más citología en 1 año
	Conducta a seguir con citología positiva después de VPH positivo	Referencia a colposcopia
SUB TOT. = 9 puntos		
<b>PUNTAJE TOTAL = 23 puntos</b>		

### **Anexo 3. Catálogo para la definición de criterios de las cédulas de evaluación.**



**INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA  
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO**

ESTUDIO SOBRE LA ATENCIÓN PARA LA DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO EN  
EL CENTRO DE SALUD DE SANTA MARÍA AHUACATITLÁN, MOR.

<b>CATÁLOGO GUÍA PARA LA DEFINICIÓN DE CRITERIOS DE LAS CÉDULAS DE EVALUACIÓN PARA EXPEDIENTES</b>
<b>Normas oficiales.</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, para la “Prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino”, Diario Oficial de la Federación; mayo 2007.</li><li>2. Secretaría de Salud. Norma oficial Mexicana NOM.168-SSA, del Expediente Clínico, Diarios Oficial de la Federación; 1998.</li></ol>
<b>Manuales y guías.</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Secretaría de Salud. Manual de Procedimiento de Supervisión. Programa de Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino, México; 2007.</li><li>2. Secretaría de Salud. Manual de Procedimientos para la Toma de la Muestra de Citología Cervical, México: Centro Nacional de Equidad de género y Salud Reproductiva; 2006.</li><li>3. Secretaría de salud. Manual de Consejería en cáncer Cérvico Uterino, México: Centro Nacional de Equidad de Género y salud Reproductiva; 2007.</li><li>4. Secretaría de Salud. Manual para la prevención y promoción de la salud durante la línea de vida, México: Secretaría de Salud.</li></ol>

**Anexo 4. Cédulas para la evaluación de expedientes.**

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA											
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO											
MEJORA EN LOS PROCESOS DE ATENCIÓN PARA LA DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO EN EL CENTRO DE SALUD DE SANTA MARÍA AHUACATITLÁN, MOR. 2010											
Cédula para verificación en expedientes de actividades de DOC en usuarias de 25 a 64 años de edad, atendidas en la consulta general del CS de SMA											
1. Usuaris con motivo de consulta diferente al programa de DOC (La descripción de los criterios están enfocados a verificar el reconocimiento por parte del personal, de los factores de riesgo para CaCU y la oferta intencionada de la pruebas de DOC).											
CRITERIO	DESCRIPCIÓN	EXPEDIENTE									
		CUMPLIMIENTO									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Registro de datos generales	1.1. Deberá tener como mínimo el registro de : Nombre de la usuaria, fecha y hora de atención, edad.										
	1.2. Historia clínica										
2. Identificación de factores de riesgo por medio de la historia clínica	2.1. La H.C. deberá contar cono mínimo con los siguientes datos: Edad , Inicio de vida sexual, tabaquismo.										
	2.2. De acuerdo a la H.C. ¿existe algún factor de riesgo además del grupo de edad?										
	2.3. ¿Se profundizó respecto a otros factores de riesgo?										
	2.4. ¿Se registró alguna actividad para DOC (Indicación de toma de Pap. o cita para detección)?										
3. Promoción de tamizaje y educación para la salud	3.1. Registro en el formato de las actividades de "Línea de vida: Mujer de 20 a 59 años" y "Mujeres y Hombres de 60 años y más"										
	3.2. En caso de haber palomeo en la hoja de línea de vida: Registro de la oferta de Citología y si la usuaria aceptó, registro de pase a enfermería para toma de muestra. En caso de no aceptar, motivo de no aceptación y registro de cita tentativa para toma de muestra.										
	3.3. Registro de actividades de consejería										
PUNTAJE: 1 : SI CUMPLE 0 : NO CUMPLE											

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA</b> <b>ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO</b>		<b>MEJORA EN LOS PROCESOS DE ATENCIÓN PARA LA DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO EN EL CENTRO DE SALUD DE SANTA MARÍA AHUACATITLÁN, MOR. 2010</b>									
<b>Cédula para verificación en expedientes de actividades de DOC en usuarias de 25 a 64 años de edad, atendidas en el CS de SMA</b>											
<b>2. Usuaris con consulta derivada del Programa de DOC</b>											
<b>2.1. Consulta para Toma de citología cervical / Prueba de VPH</b>											
CRITERIO	DESCRIPCIÓN	EXPEDIENTE									
		CUMPLIMIENTO									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Registro de datos generales	1.1. Deberá tener como mínimo el registro de : Nombre de la usuaria, fecha y hora de la atención y prueba a realizar.										
	1.2. Registro del nombre y firma de la persona que realizó la prueba de detección oportuna										
2. Identificación de factores de riesgo	2.1. Registro de antecedentes citológicos										
	2.2. Registro de factores de riesgo para Cacu										
3. Registro de lo observado en la exploración ginecológica	3.1. Genitales externos										
	3.2. Secreciones vaginales										
	3.3. Aspecto de paredes vaginales										
	3.4. Aspecto y características del cérvix										
4. Registro del Diagnóstico	4.1. Diagnóstico presuntivo y en caso de haber observado anomalías anatómicas o secreciones anormales, registro del pase a consulta médica para establecer tratamiento.										
5. Registro del tratamiento (en caso de ameritarlo)	5.1. Verificar alergias a medicamentos										
	5.2. Nombre del medicamento										
	5.3. Presentación										
	5.4. Posología: Deberá contener vía, dosis, horario y duración del tratamiento en días.										
6. Registro del plan de seguimiento	6.1. Registro de actividades de consejería										
	6.2. Fecha de próxima cita(día/mes): Para resultados de la prueba de detección y para seguimiento de tratamiento (si corresponde).										
7. Registro en libreta de citologías	7.1. Registro de datos completos en la libreta de toma de citologías										
	Formato de citología con resultado en el expediente										

CONTINUACIÓN....											
2.2. Consulta para entrega de resultados de Pap. / Prueba de VPH											
CRITERIO	DESCRIPCIÓN	EXPEDIENTE									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Registro de datos generales	1.1. Deberá tener como mínimo el registro de : Nombre de la usuaria, fecha y hora de la atención y motivo de la atención.										
	2.1. Registro de actividades de consejería										
2. Entrega de resultado de citología cervical	2.2. Resultado negativo a lesión:										
	2.2.1. Registro de diagnóstico citológico										
	2.2.2. Plan de manejo en caso de resultado anormal										
	2.2.3. Registro de próxima cita										
	2.2.3.1. Cada 3 años, en caso de ser la segunda citología negativa con diferencia de 1 año										
	2.2.3.2. En un año en caso de ser la primera citología negativa sin antecedentes previos a lesión										
	2.2.4. Nombre y firma de quien entregó el resultado										
	2.3. Resultado positivo a lesión y resultado positivo a lesión después de VPH (+)										
	2.3.1. Registro de resultado citológico										
	2.3.2. Registro de referencia a clínica de colposcopia (Lugar, fecha y hora)										
	2.3.3. Fecha de cita de seguimiento										
	2.3.4. Nombre y firma de quien entregó el resultado										
	2.4. Resultado negativo a lesión después de VPH (+)										
	2.4.1. Registro de resultado citológico										
	2.4.2. Registro de plan terapéutico según corresponda (presencia de microorganismos, proceso inflamatorio, presencia de atrofia)										
	2.4.2. Registro de cita en 3 meses para toma de Pap.										
	2.4.3. Nombre y firma de quien entregó resultado										
	2.5. Resultado NORMAL después de VPH (+)										
	2.5.1. Registro de resultado citológico										
	2.5.2. Registro de cita en 1 año para prueba de VPH y Pap.										
2.5.3. Nombre y firma de quien entregó resultado											
2.6. Formato original de solicitud de estudio dentro del expediente											
3. Entrega de resultado de prueba de VPH	3.1. El médico es el único que puede entregar resultados (positivos y negativos)										
	3.2. Registro de actividades de consejería										
	3.3. Resultado negativo a presencia de VPH										
	3.3.1. Registro del diagnóstico de la prueba										
	3.3.2. Registro de próxima cita para repetir prueba de VPH (5 años)										
	3.3.3. Nombre y firma de quien entregó resultado										
	3.4. Resultado positivo a presencia de VPH										
	3.4.1. Registro de resultado de la prueba										
	3.4.2. Registro de toma de citología o en su defecto, registro de cita para toma de citología en los próximos 7 días										
	3.4.3. Registro de fecha de cita para resultados de citología (en caso de que se haya tomado muestra)										
3.4.4. Registro de próxima cita para entrega de resultados de citología											
3.4.5. Nombre y firma de quien entregó el resultado											
3.5. Formato original de solicitud de estudio dentro del expediente											
4. Registro en la libreta de control de citologías /VPH	4.1. Registro de datos del diagnóstico de la prueba										
	4.2. Registro de datos completos de la referencia en caso de resultado positivo a lesión										
	4.3. Registro de la fecha de entrega de resultados y firma de la usuaria de recibido										
5. Tiempo de entrega de resultados	5.1.1. 21 días a partir de la fecha de toma										
	5.1.2. 30 días a partir de la fecha de toma										
PUNTAJE: 1 : SI CUMPLE 0 : NO CUMPLE											

### Anexo 5. Cuestionario de salida para usuarias del CS.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO						
ESTUDIO SOBRE LA ATENCIÓN PARA LA DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO EN EL CENTRO DE SALUD DE SANTA MARÍA AHUACATITLÁN, MOR.						
La información recolectada con este cuestionario es totalmente confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Su participación es de suma importancia ya que permitirá hacer mejoras en la atención que se le brinda en el Centro de Salud. Responder las siguientes preguntas no la compromete en nada y no es un riesgo para su integridad. Su participación es totalmente voluntaria y no recibirá ningún pago por ella.						
Cuestionario a usuarias del Centro de Salud para identificar las actividades de promoción y educación para el Programa de Detección Oportuna de Cáncer Cérvico Uterino						
PREGUNTA	CODIGO DE RESPUESTA	USUARIA				
		1	2	3	4	5
1. ¿Qué edad tiene?	Anotar edad en años cumplidos	<input type="text"/>				
2. En el último año, sin contar la consulta actual ¿cuántas veces ha acudido al centro de salud para solicitar atención?	1. Una vez	<input type="text"/>				
	2. De 2 a 3	<input type="text"/>				
	3. Más de 3	<input type="text"/>				
3. ¿Alguna vez, el motivo de consulta fue para solicitar toma de Papanicolaou, entrega de resultados o algún otro relacionado?	1. Sí	<input type="text"/>				
	2. No (pase a la pregunta 7)	<input type="text"/>				
4. ¿Qué actividad solicitó?	1. Prueba de detección (Pap./VPH)	<input type="text"/>				
	2. Entrega de resultados	<input type="text"/>				
	3. Seguimiento	<input type="text"/>				
5. Esa ocasión, le informaron de:	Anote todas las respuestas posibles					
	1. Qué es el cáncer cérvico uterino y sus causas	<input type="text"/>				
	2. Factores de riesgo del cáncer cérvico uterino	<input type="text"/>				
	3. Posibilidades de prevención	<input type="text"/>				
	4. Posibilidades para el diagnóstico y tratamiento oportuno	<input type="text"/>				
	5. Significado del resultado de la prueba (Pap./VPH)	<input type="text"/>				
	6. El plan de tratamiento o seguimiento de acuerdo a su resultado	<input type="text"/>				
	7. Día, fecha, hora y lugar para una cita en clínica de colposcopia	<input type="text"/>				
	8. Próxima cita para prueba de detección (Pap./VPH)	<input type="text"/>				
	9. No le dieron ninguna información	<input type="text"/>				
10. No recuerda	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
6. La información que recibió le pareció:	1. Confusa	<input type="text"/>				
	2. Clara	<input type="text"/>				
	3. Regular	<input type="text"/>				
	4. No recuerda	<input type="text"/>				

CONTINUACIÓN...						
PREGUNTA	CODIGO DE RESPUESTA	USUARIA				
	RESPUESTAS	1	2	3	4	5
7. ¿Alguna vez, le dieron información acerca del Cáncer cérvico uterino / Cáncer de la matriz?	1. Sí	<input type="checkbox"/>				
	2. No (pase a la pregunta 10)					
8. Le informaron de:	Anote todas las respuestas posibles					
	1. Qué es el cáncer cérvico uterino y sus causas	<input type="checkbox"/>				
	2. Factores de riesgo del cáncer cérvico uterino	<input type="checkbox"/>				
	3. Posibilidades de prevención	<input type="checkbox"/>				
	4. Posibilidades para el diagnóstico y tratamiento oportuno	<input type="checkbox"/>				
	9. No le dieron ninguna información	<input type="checkbox"/>				
	10. No recuerda	<input type="checkbox"/>				
9. La información que recibió le pareció:	1. Confusa	<input type="checkbox"/>				
	2. Clara					
	3. Regular					
	4. No recuerda					
10. ¿Alguna vez, le ofrecieron una prueba de detección oportuna como el Papanicolaou o detección del Virus del Papiloma Humano (Pap./VPH)?	1. Sí	<input type="checkbox"/>				
	2. No (pase a la pregunta 15)					
11. ¿La aceptó?	1. Sí	<input type="checkbox"/>				
	2. No (pase a la pregunta 14)					
12. Le informaron de:	Anote todas las respuestas posibles					
	1. En qué consiste la prueba	<input type="checkbox"/>				
	2. Qué es el cáncer cérvico uterino y sus causas	<input type="checkbox"/>				
	3. Factores de riesgo del cáncer cérvico uterino	<input type="checkbox"/>				
	4. Posibilidades de prevención	<input type="checkbox"/>				
	5. Posibilidades para el diagnóstico y	<input type="checkbox"/>				
	6. Importancia de recoger sus	<input type="checkbox"/>				
	9. No le dieron ninguna información	<input type="checkbox"/>				
	10. No recuerda	<input type="checkbox"/>				
13. La información que recibió le pareció:	1. Confusa	<input type="checkbox"/>				
	2. Clara					
	3. Regular					
	4. No recuerda					

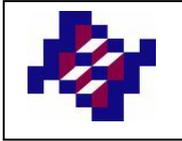
CONTINUACIÓN...						
PREGUNTA	CODIGO DE RESPUESTA	USUARIA				
	RESPUESTAS	1	2	3	4	5
14. ¿Por qué no aceptó la toma de Pap /VPH.?	1. Consideró que no era necesario					
	2. No tenía tiempo					
	3. No estaba en condiciones					
	4. Causas relacionadas con la atención	<input type="checkbox"/>				
	5. Causas relacionadas con su pareja					
	6. Causas relacionadas con el pudor					
	7. Se lo había hecho recientemente					
15. ¿Sabe usted qué es el cáncer cérvico uterino / cáncer de la matriz? ¿Podría explicarme?	1. Sí	<input type="checkbox"/>				
	2. No (pase a la pregunta 17)					
16. ¿Quién le informó?	1. El médico del CS					
	2. La enfermera del CS					
	3. El promotor del CS					
	4. En algún medio de comunicación	<input type="checkbox"/>				
	5. Por algún volante o folleto					
	6. Personal de salud diferente al del CS de SMA					
	7. Otro					
17. Sabe usted qué es el Virus del Papiloma Humano (VPH)? ¿Podría explicarme?	1. Sí	<input type="checkbox"/>				
	2. No (pase a la pregunta 19)					
18. ¿Quién le informó?	1. El médico del CS					
	2. La enfermera del CS					
	3. El promotor del CS					
	4. En algún medio de comunicación	<input type="checkbox"/>				
	5. Por algún volante o folleto					
	6. Personal de salud diferente al del CS de SMA					
	7. Otro					
19. ¿Sabe usted qué es la prueba del Papanicolaou (Pap.)? ¿Podría explicarme?	1. Sí	<input type="checkbox"/>				
	2. No (pase a la pregunta 21)					
20. ¿Quién le informó?	1. El médico del CS					
	2. La enfermera del CS					
	3. El promotor del CS					
	4. En algún medio de comunicación	<input type="checkbox"/>				
	5. Por algún volante o folleto					
	6. Personal de salud diferente al del CS de SMA					
	7. Otro					

CONTINUACIÓN...						
PREGUNTA	CODIGO DE RESPUESTA	USUARIO				
	RESPUESTAS	1	2	3	4	5
21. ¿Alguna vez se ha realizado el Papanicolaou (Pap.)?	1. Sí	<input type="checkbox"/>				
	2. No (pase a la pregunta 28)					
22. ¿Cuándo fue la última vez que se lo realizó?	1. Menos de 1 año	<input type="checkbox"/>				
	2. De 1 a 2 años					
	3. 3 años					
	4. Más de 3 años					
	5. No recuerda					
23. ¿En qué lugar se lo realizó?	1. CS Santa María A	<input type="checkbox"/>				
	2. Otro CS					
	3. Otra Institución Pública					
	4. Consultorio Particular					
24. ¿Recibió resultados?	1. Sí	<input type="checkbox"/>				
	2. No (pase a la pregunta 29)					
	3. No acudió por ellos (pase a la pregunta 29)					
25. En qué tiempo le entregaron resultados?	1. 30 días o menos	<input type="checkbox"/>				
	2. de 31 a 60 días					
	3. Más de 60 días					
	4. No lo recuerda					
26. Le explicaron el resultado y lo que tenía que hacer	1. Sí	<input type="checkbox"/>				
	2. No (pase a la pregunta 29)					
	3. No lo recuerda					
27. La información que recibió le pareció:	1. Confusa	<input type="checkbox"/>				
	2. Clara					
	3. Regular					
	4. No recuerda					
28. ¿Por qué nunca se ha realizado el Papanicolaou (Pap.)?	1. Considera que no es necesario	<input type="checkbox"/>				
	2. Nadie le ha informado para qué es					
	3. Nadie se lo ha ofrecido					
	4. Causas relacionadas con la atención					
	5. Causas relacionadas con su pareja					
	6. Causas relacionadas con el pudor					
	7. No tiene dinero					
	8. Es muy caro					

CONTINUACIÓN...						
INFORMACIÓN DE LA CONSULTA ACTUAL						
PREGUNTA	CODIGO DE RESPUESTA	USUARIA				
	RESPUESTAS	1	2	3	4	5
29. ¿Cuánto tiempo permaneció en la sala de espera antes de pasar a su consulta?	Anotar el tiempo en minutos	<input type="text"/>				
30. ¿El motivo de consulta actual, estuvo relacionado con alguna actividad para la detección de cáncer cérvico uterino (de la matriz)?	1. Sí	<input type="checkbox"/>				
	2. No (pase a la pregunta 34)					
31. ¿Qué actividad solicitó?	1. Prueba de detección (Pap./VPH)	<input type="checkbox"/>				
	2. Entrega de resultados					
	3. Seguimiento					
32. Le informaron de	Anote todas las respuestas posibles					
	1. Qué es el cáncer cérvico uterino y sus causas	<input type="checkbox"/>				
	2. Factores de riesgo del cáncer cérvico uterino	<input type="checkbox"/>				
	3. Posibilidades de prevención	<input type="checkbox"/>				
	4. Posibilidades para el diagnóstico y tratamiento oportuno	<input type="checkbox"/>				
	5. Significado del resultado de la prueba (Pap./VPH)	<input type="checkbox"/>				
	6. El plan de tratamiento o seguimiento de acuerdo a su resultado	<input type="checkbox"/>				
	7. Día, fecha, hora y lugar para una cita en clínica de colposcopia	<input type="checkbox"/>				
	8. Próxima cita para prueba de detección (Pap./VPH)	<input type="checkbox"/>				
	9. No le dieron ninguna información	<input type="checkbox"/>				
	10. No recuerda	<input type="checkbox"/>				
	11. No la atendieron (anote el motivo)	<input type="checkbox"/>				
33. La información que recibió le pareció:	1. Confusa	<input type="checkbox"/>				
	2. Clara					
	3. Regular					
	4. No recuerda					
34. ¿Le informaron algo referente al programa de detección oportuna de cáncer cérvico uterino?	1. Sí	<input type="checkbox"/>				
	2. No (pase a la pregunta 37)					
35. Le informaron de:	Anote todas las respuestas posibles					
	1. Qué es el cáncer cérvico uterino y sus causas	<input type="checkbox"/>				
	2. Factores de riesgo del cáncer cérvico uterino	<input type="checkbox"/>				
	3. Posibilidades de prevención	<input type="checkbox"/>				
	4. Posibilidades para el diagnóstico y tratamiento oportuno	<input type="checkbox"/>				
	5. ¿Qué es el Pap. /Prueba de VPH	<input type="checkbox"/>				
10. No recuerda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

CONTINUACIÓN...						
PREGUNTA	CODIGO DE RESPUESTA	USUARIA				
		1	2	3	4	5
36. La información que recibió le pareció:	RESPUESTAS					
	1. Confusa					
	2. Clara	<input type="checkbox"/>				
	3. Regular					
	4. No recuerda					
37. ¿Le ofrecieron alguna prueba para detección oportuna de cáncer cérvico uterino (Pap. / VPH)?	1. Sí	<input type="checkbox"/>				
	2. No					
38. ¿La aceptó?	1. Sí	<input type="checkbox"/>				
	2. No (pase a la pregunta 41)					
39. Le informaron de:	Anote todas las respuestas posibles					
	1. En que consiste la prueba	<input type="checkbox"/>				
	2. Qué es el cáncer cérvico uterino y sus causas	<input type="checkbox"/>				
	3. Factores de riesgo del cáncer cérvico uterino	<input type="checkbox"/>				
	4. Posibilidades de prevención	<input type="checkbox"/>				
	5. Posibilidades para el diagnóstico y tratamiento oportuno	<input type="checkbox"/>				
	6. Importancia de recoger sus resultados	<input type="checkbox"/>				
	9. No le dieron ninguna información	<input type="checkbox"/>				
	10. No recuerda	<input type="checkbox"/>				
40. La información que recibió le pareció:	1. Confusa					
	2. Clara	<input type="checkbox"/>				
	3. Regular					
	4. No recuerda					
41. ¿Por qué no aceptó la toma de Pap/VPH.?	1. Consideró que no era necesario					
	2. No tenía tiempo					
	3. No estaba en condiciones					
	4. Causas relacionadas con la atención	<input type="checkbox"/>				
	5. Causas relacionadas con su pareja					
	6. Causas relacionadas con el pudor					
	7. Se lo había hecho recientemente					
<b>MUCHAS GRACIAS POR SU TIEMPO Y PARTICIPACIÓN</b>						

## **Anexo 6. Rúbrica para cuestionario de salida a usuarias del CS.**



**INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA  
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO**

ESTUDIO SOBRE LA ATENCIÓN PARA LA DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO EN  
EL CENTRO DE SALUD DE SANTA MARÍA AHUACATILÁN, MOR.

Cuestionario a usuarias del Centro de Salud para identificar las actividades de promoción y  
educación para el Programa de Detección Oportuna de Cáncer Cérvico Uterino

**Rúbrica para preguntas 15, 17 y 19: Se califica como adecuada cuando la usuaria responde lo siguiente:**

15. ¿Sabe usted qué es el cáncer cérvico uterino?

- Enfermedad maligna del cuello del útero que puede ser mortal si no se detecta a tiempo
- Enfermedad del cuello de la matriz que puede causar la muerte si no se detecta a tiempo
- Cualquiera de las dos anteriores más:
  - Ocasionada por el virus del papiloma humano
  - Ocasionada por tener múltiples parejas sexuales y no usar protección
  - Ocasionada por tener múltiples parejas sexuales

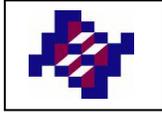
17. ¿Sabe usted qué es el Virus del Papiloma Humano (VPH)?

- Un virus que se transmite por contacto sexual y que causa el cáncer cérvico uterino/cáncer de la matriz
- Enfermedad que se transmite por contacto sexual y causa el cáncer cérvico uterino/cáncer de la matriz
- Enfermedad / virus causante del cáncer cérvico uterino / cáncer de la matriz

18. ¿Sabe qué es la prueba de Papanicolaou?

- Prueba para detectar cáncer de la matriz/cáncer cérvico uterino (que se toma del cuello de la matriz)

## **Anexo 7. Documentos de consulta para la estandarización de conocimientos del PDOC.**

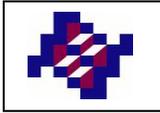


**INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA  
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO**

**MEJORA DEL PROCESO DE ATENCIÓN PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO EN EL CENTRO DE SALUD DE SANTA MA. AHUACATITLÁN, MOR., 2010.**

<b>DOCUMENTOS DE CONSULTA PARA LA ESTANDARIZACIÓN DEL CONOCIMIENTO EN EL PROGRAMA DE DOC</b>
1. Secretaría de salud. Prevención y Detección Oportuna del Cáncer Cérvico Uterino en el Primer Nivel de Atención. Guía de Práctica Clínica, México: Secretaría de Salud; 2008.
2. Instituto Mexicano del Seguro Social. Prevención y Detección Oportuna del Cáncer Cérvico Uterino en el Primer Nivel de Atención. Guía de Práctica Clínica, México: IMSS; 2009.
3. Instituto Mexicano del Seguro Social. Prevención y Detección Oportuna del Cáncer Cérvico Uterino en el Primer Nivel de Atención. Guía de Referencia Rápida, México: IMSS; 2009.
4. Secretaría de Salud. Cáncer Cérvico Uterino. Programa de Acción Específico 2007-2012, México: Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud; 2008.
5. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, para la “Prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino”, Diario Oficial de la Federación; mayo 2007.
6. Secretaría de Salud. Prevención del cáncer cérvico uterino. Guía Técnica para Promotores de Salud. Redes de Apoyo. México: Dirección General de Promoción de la Salud; 2009.
7. Secretaría de Salud. Intervenciones de enfermería para la prevención del cáncer cérvico uterino (CaCu). Boletín de información Científica para el Cuidado en Enfermería, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2007.
8. Secretaría de Salud. Prevención del cáncer cérvico uterino. Boletín de Práctica Médica Efectiva, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2007.
9. Secretaría de Salud. Manual de Procedimientos para la Toma de la Muestra de Citología Cervical, México: Centro Nacional de Equidad de género y Salud Reproductiva; 2006.
10. Secretaría de salud. Manual de Consejería en cáncer Cérvico Uterino, México: Centro Nacional de Equidad de Género y salud Reproductiva; 2007.
11. Secretaría de Salud. Manual para la prevención y promoción de la salud durante la línea de vida, México: Secretaría de Salud.
12. Secretaría de Salud. Norma oficial Mexicana NOM.168-SSA, del Expediente Clínico, Diarios Oficial de la Federación; 1998.
13. CENETEC. Manual para la Elaboración de Guías de Referencia Rápida, México: Secretaría de Salud; 2010.
14. CENETEC. Metodología para la Integración de Guías de Práctica Clínica, México: Secretaría de Salud; 2007.
15. Subdirección de Cáncer Cérvico Uterino. Carpeta con material múltiple para Curso de Capacitación Nacional para la Implementación de la Prueba de VPH en los Estados, México; D.F., 2008.

## **Anexo 8. Cartas descriptivas del taller.**



**INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA  
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO**

**MEJORA DEL PROCESO DE ATENCIÓN PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL  
DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO EN EL CENTRO DE SALUD DE SANTA MA.  
AHUACATITLÁN, MOR., 2010.**

**Taller para la estandarización de conocimientos y procesos del programa de  
detección oportuna de cáncer cérvico uterino**

<b>DATOS GENERALES DEL TALLER</b>	
<b>Diseño del taller</b>	Karina González Sánchez
<b>Facilitador</b>	Karina González Sánchez
<b>Fecha de inicio</b>	Lunes, 25 de abril de 2011
<b>Fecha de término</b>	Viernes, 29 de abril de 2011
<b>Horario</b>	De 13:00 a 14:00 hrs.
<b>Número de sesiones</b>	5

## Presentación:

El cáncer cérvico uterino sigue siendo un problema importante a nivel mundial. Con 530 mil casos nuevos y 275 mil muertes por esta causa registradas durante el 2008, se convirtió en el tercer tumor maligno más frecuente en las mujeres, donde más del 80% se registraron en países en desarrollo. En México, se ha logrado una disminución en la tasa de mortalidad por esta causa, sin embargo, sigue afectando de forma importante a nuestras mujeres, constituyendo un problema de salud importante por el gran impacto social y económico que tiene. Durante el 2008, ocupó el segundo lugar de mortalidad en mujeres de 25 años o más con una tasa de 14 defunciones por 100 mil mujeres. Las tasas más elevadas se observaron en Nayarit, Guerrero y Chiapas (22.1, 20.5, y 19.8 respectivamente), Morelos, ocupó el séptimo lugar con una tasa de 18.4.

Algunos de los factores que influyen en el éxito de los programas de detección oportuna son, asegurar el acceso a los servicios y amplias coberturas de tamizaje (80% o mayores) en la población de riesgo, garantizar altos niveles de calidad en la atención que se brinda en cada uno de los niveles (tamizaje, diagnóstico y tratamiento), garantizar la satisfacción de las usuarias así como, la información y educación que se brinde a la población que hace uso de estos servicios. Las unidades de primer nivel y la atención que en ellas se brinda, juegan un papel muy importante en el logro de un desempeño adecuado del programa de DOC.

El prestador de servicios juega un papel importante en el uso que las mujeres hagan de los servicios de DOC por lo tanto, es imprescindible por un lado, un nivel adecuado en el conocimiento de los mismos que les permita reconocer las actividades que hay que llevar a cabo para el cumplimiento del programa y por otro, el aseguramiento de los procesos con la finalidad de disminuir las omisiones y prácticas inadecuadas que se pudieran tener en el desarrollo del programa. La estandarización, como estrategia para la mejora en la calidad de los servicios de atención en el programa de DOC contribuirá al fortalecimiento de las competencias del personal y a la mejor ejecución y control de los procesos, lo que se reflejara en una mejor atención que permita el acercamiento de las usuarias.

### **Objetivo general:**

Elaborar un plan de mejora para los procesos de atención del Programa de Detección Oportuna de Cáncer Cérvico Uterino a partir de las propuestas del personal médico y de enfermería del Centro de Salud de Santa Ma. Ahuacatlán, a través del fortalecimiento del conocimiento normativo y de las habilidades técnicas requeridas para el cumplimiento adecuado de las actividades del Programa y el uso de herramientas para la mejora de la calidad en los servicios de atención médica.

### **Objetivos de aprendizaje:**

Al terminar las sesiones, el personal será capaz de:

- Identificar los aspectos fundamentales de las políticas nacionales en torno al programa de detección oportuna de cáncer cérvico uterino con la finalidad de reorientar y establecer acciones que permitan un mayor apego a la normatividad vigente.
- Identificar las características de mayor importancia respecto al cáncer cérvico uterino, desarrollo, prevención y detección como parte medular en la orientación a las usuarias y en la toma de decisiones por parte del personal de salud para brindar una atención oportuna.
- Identificar los procesos en la atención del Programa que requieren ser mejorados a través del análisis grupal de las causas que originan el bajo cumplimiento en las actividades del Programa.
- Determinar las acciones a realizar para mejorar los procesos en los que se identificaron oportunidades de mejora a través del análisis grupal de los medios para el cumplimiento de objetivos.
- Aplicar de forma estandarizada los procedimientos y técnicas sustanciales para el desarrollo del Programa permitiendo niveles de calidad adecuados en la prestación del servicio.

## Contenido temático:

### I. **Cáncer Cérvico Uterino y el Programa de Detección Oportuna.**

- Importancia epidemiológica y social
- Virus del Papiloma Humano
- Historia natural de la enfermedad
- Normatividad vigente
- Acciones de prevención
- Acciones de detección oportuna

### II. **Situación del Programa de Detección Oportuna de Cáncer Cérvico Uterino en el Centro Salud (CS) de Sta. Ma. Ahuacatlán (SMA).**

- Indicadores nacionales para la evaluación del Programa
- Resultados del diagnóstico situacional del Programa de DOC en el CS de SMA
- Identificación del problema
- Análisis del problema o situación actual

### III. **¿Cómo mejorar la situación actual?**

- Causa raíz
- Definición del objetivo de mejora
- Propuestas de mejora
- Análisis de soluciones

### IV. **Integración del Plan de Mejora.**

- Descripción de los procesos
- Planificar y programar
- Acciones de monitoria

### V. **Aspectos Técnicos.**

- Consejería
- Técnica para la toma de citología cervical
- Técnica para la toma de prueba de VPH
- Registro adecuado de la información

### Matriz de competencias y contenido temático:

<b>Tema I</b>	<b>Competencia 1</b>	<b>Competencia 2</b>	<b>Competencia 3</b>
Cáncer Cérvico Uterino y el Programa de Detección Oportuna	Identificarán sus competencias para el desarrollo de las actividades del programa de DOC	Identificarán la importancia del cáncer cérvico uterino y su detección oportuna	Identificarán los aspectos más relevantes del desarrollo, prevención y detección del CaCu para una orientación adecuada a las usuarias
<b>Tema II</b>	<b>Competencia 1</b>	<b>Competencia 2</b>	<b>Competencia 3</b>
Situación del Programa de Detección Oportuna de Cáncer Cérvico Uterino en el Centro Salud (CS) de Sta. Ma. Ahuacatlán (SMA)	Identificarán los criterios de evaluación del programa establecidos a nivel nacional	Analizarán la situación actual del programa de DOC en el CS  Identificarán el problema principal	Identificarán las causas que originan el bajo cumplimiento de las actividades del programa de DOC en el CS
<b>Tema III</b>	<b>Competencia 1</b>	<b>Competencia 2</b>	<b>Competencia 3</b>
¿Cómo mejorar la situación actual?	Analizarán las diferentes causas que originan el problema	Identificarán la causa raíz del problema	Identificarán las oportunidades de mejora y las acciones a realizar
<b>Tema IV</b>	<b>Competencia 1</b>	<b>Competencia 2</b>	<b>Competencia 3</b>
Integración del Plan de Mejora	Identificarán las áreas en las que se deberán realizar las actividades de mejora	Identificarán las actividades que deberán realizar cada uno de los participantes para el logro del objetivo de mejora	Establecerán la mejor manera para el monitoreo de las acciones de mejora
<b>Tema V</b>	<b>Competencia 1</b>	<b>Competencia 2</b>	<b>Competencia 3</b>
Aspectos Técnicos	Identificarán sus competencias para el desarrollo de las actividades técnicas del programa de DOC	Identificarán la secuencia correcta para el desarrollo de las actividades técnicas del programa y sus puntos clave	Desarrollarán las actividades técnicas en la secuencia correcta

## Teoría de aprendizaje:

### Teoría del aprendizaje significativo.

El aprendizaje significativo fue el primer modelo sistemático de aprendizaje cognitivo descrito por David Ausubel, el cual refiere que para aprender es necesario relacionar el conocimiento nuevo con el conocimiento que ya se tiene, es decir, la construcción del conocimiento nuevo se hace a partir de los conceptos ya existentes. Por lo tanto, para que el aprendizaje sea significativo, el conocimiento nuevo debe interactuar con el conocimiento existente. En este sentido, Ausubel plantea que el aprendizaje depende de la “estructura cognitiva” previa que se relaciona con la información nueva, entendiendo como estructura cognitiva al conjunto de conceptos e ideas que un individuo tiene respecto a un determinado campo del conocimiento, así como su organización. Lo importante, entonces, no es el cómo se presenta la información nueva, sino como se integra a la estructura del conocimiento existente.

Para el caso de esta intervención, el personal de salud ya cuenta con una estructura cognitiva respecto al programa de DOC, sin embargo, como se vio en los resultados de la profundización del problema, este no es suficiente para lograr un buen desempeño por lo que resulta necesario su reforzamiento.

## Metodología de enseñanza:

Este taller estará integrado por sesiones con pláticas expositivas que fomenten la participación de los asistentes a través del uso de preguntas intercaladas y pistas discursivas, con la finalidad de que los participantes integren el conocimiento nuevo al previo.

De igual forma, se realizarán talleres en los que se utilizarán diferentes herramientas para la mejora de la calidad en los servicios de salud buscando la participación activa de los participantes ya que para que las propuestas de mejora sean puestas en marcha, se requiere que sea el mismo personal quien participe y se involucre en la elaboración de las mismas.

El facilitador, guiará a los participantes en el análisis de los problemas, causas y soluciones así como en el uso de las herramientas de mejora y la integración de la propuesta.

### **Evaluación del taller:**

El taller se evaluará a través de cuestionarios pre-post, listas de chequeo, y elaboración de nota médica de un caso clínico con imágenes.

Además, se evaluará con la obtención de un producto final que será una propuesta de mejora conformada por:

- Diagrama de árbol con análisis de causas y análisis de soluciones
- Listado de las actividades a realizar para mejorar el problema identificado
- Matriz de actividades
- Descripción de los procesos a realizar a través de diagramas de flujo
- Cartas de los procesos descritos
- Indicadores para el monitoreo de los procesos

## Programa detallado:

<b>Tema I</b>	Cáncer Cérvico Uterino y el Programa de Detección Oportuna (PDO).
<b>Objetivo instruccional</b>	Identificar los aspectos fundamentales de las políticas nacionales en torno al programa de detección oportuna de cáncer cérvico uterino con la finalidad de reorientar y establecer acciones que permitan un mayor apego a la normatividad vigente.

Fecha	Sub-tema	Dura-ción	Objetivos Específicos	Actividades didácticas / desarrollo	Técnica / dinámica	Recursos didácticos	Responsable
<b>Lunes 25 ABRIL 2011</b>	Presentación	5 min	Informar a los participantes los aspectos generales relacionados con el proyecto de intervención resaltando la importancia de su participación.	Presentación			Coordinador de proyecto.
	Conocimientos del cáncer cérvico uterino y el Programa de Detección Oportuna	15 min	Identificar los conocimientos que tiene el personal respecto al cáncer cérvico uterino y el Programa de Detección Oportuna.	Aplicación del cuestionario de conocimientos a los participantes.  El participante que tenga el 100% de aciertos, tendrá derecho a un desayuno.	Pregunta-Respuesta	Cuestionario Hojas de color Bolígrafos	
	-Importancia epidemiológica y social	5 min	Identificar las características de mayor importancia respecto al cáncer cérvico uterino, desarrollo, prevención y detección como parte medular en la orientación a las usuarias y en la toma de decisiones por parte del personal de salud para brindar una atención oportuna.	Presentación con diapositivas.		Computadora Cañón.	
	-Virus del Papiloma Humano	10 min		Entrega de díptico (*).	Platica – Expositiva con:	Presentación en ppt	
	-Historia natural de la enfermedad	10 min		Preguntas sobre el contenido de la sesión previas a la diapositiva correspondiente.	Preguntas intercaladas	Guía de preguntas	
	-Normatividad vigente	10 min		Después de explicar la diapositiva, el personal responderá la pregunta correspondiente en el díptico que se les proporcionó previamente, el cual podrán conservar como un resumen de lo aprendido.	Pistas discursivas	(*)Díptico: "DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO. NOTAS PARA RECORDAR"	
	-Acciones de prevención	10 min			Mapa Conceptual		
-Acciones de detección oportuna	10 min						

## MEJORA EN LOS PROCESOS DE ATENCIÓN DEL PROGRAMA DE DOC. EN EL CS DE SMA.

<b>Tema II</b>	Situación del Programa de Detección Oportuna de Cáncer Cérvico Uterino en el CS de SMA.
<b>Objetivo instruccional</b>	Identificar los procesos en la atención del Programa que requieren ser mejorados a través del análisis grupal de las causas que originan el bajo cumplimiento en las actividades del Programa.

Fecha	Sub-tema	Duración	Objetivos Específicos	Actividades didácticas / desarrollo	Técnica / dinámica	Recursos didácticos	Responsable
<b>Martes</b> <b>26</b> <b>ABRIL</b> <b>2011</b>	Indicadores nacionales para la evaluación del Programa.	5 min	Reconocer los parámetros establecidos a nivel nacional para la evaluación en el desempeño del Programa de DOC.	Presentación de los indicadores nacionales (correspondientes al primer nivel de atención) para la evaluación del Programa de DOC.	Plática – Expositiva	Computadora Cañón.	Coordinador de proyecto.
	Resultados del diagnóstico situacional del Programa de DOC en el CS de SMA	15 min	Transmitir al personal involucrado en la operación del Programa de DOC los resultados del diagnóstico situacional con la finalidad de crear un panorama tangible respecto al cumplimiento que tienen en dicho programa.	Presentación de los resultados: - Actividades de promoción y educación - Oferta de pruebas de tamizaje - Coberturas de detección - Registro de actividades en expedientes	Plática - Expositiva	Rotafolio Papel craft	
	Identificación del problema	5 min	Reconocer la situación actual como una oportunidad para mejorar el cumplimiento del Programa involucrando a los participantes en la identificación del problema.	1. Análisis de los resultados con los participantes e identificación del problema principal. 2. Entrega del material de trabajo enfatizando la importancia de su participación. 3. Lluvia de ideas (escritas en las tarjetas de color) para identificar las posibles causas que originan el problema planteado. 4. Al finalizar la lluvia de ideas, los participantes agruparán las tarjetas de acuerdo a categorías similares y asignarán un nombre adecuado para cada categoría. 5. Se solicitará se conserven aquellas que no estén repetidas y sobre las cuales se tenga un control directo o interno como unidad de salud. 6. Elaboración del diagrama de árbol para el análisis profundo de las causas encontradas, preguntando “¿Por qué sucede eso?” para cada idea generada (mínimo 5 veces) hasta encontrar la causa raíz.	4 Pasos para la mejora de la calidad	Sobres manila Tarjetas de colores	
Análisis del problema o situación actual	40 min	Identificar las causas que originan el bajo cumplimiento del programa a través de herramientas de mejora de la calidad.	Lluvia de ideas		Goma adhesiva		
					Diagrama de árbol	Plumones de colores	
					5 Por qué		

## MEJORA EN LOS PROCESOS DE ATENCIÓN DEL PROGRAMA DE DOC. EN EL CS DE SMA.

<b>Tema III</b>	¿Cómo mejorar la situación actual?
<b>Objetivo instruccional</b>	Determinar las acciones a realizar para mejorar los procesos en los que se identificaron oportunidades de mejora a través del análisis grupal de los medios para el cumplimiento de objetivos.

Fecha	Sub-tema	Dura- ción	Objetivos Específicos	Actividades didácticas / desarrollo	Técnica / dinámica	Recursos didácticos	Responsable
<b>MIERC 27 ABRIL 2011</b>	Causa raíz	5 min	Involucrara al personal en la búsqueda de soluciones para el problema identificado.	1. Retroalimentación de la sesión previa y consenso final para determinar la causa raíz.	Taller	Computadora Cañón.	Coordinador de proyecto.
	Definición del objetivo de mejora	5 min	Involucrara al personal en la búsqueda de soluciones para el problema identificado.	1. Definición del objetivo de mejora a partir de la causa raíz. 2. Elaboración del diagrama de árbol para el análisis de soluciones.	4 Pasos para la mejora de la calidad	Rotafolio  Papel de estraza  Sobres manila	
	Propuestas de mejora	25 min	Establecer un objetivo de mejora a partir de la causa raíz.	4. Las ideas se agruparán en categorías similares y se asignará un nombre apropiado para cada categoría. 5. Se conservarán únicamente aquellas que no se encuentren repetidas y sobre las cuales se tenga mayor control y factibilidad para poder realizarlas.	Lluvia de ideas  Diagrama de árbol	Tarjetas de colores  Goma adhesiva  Plumones de colores	
	Análisis de soluciones	25 min	Determinar las acciones o cambios a realizar para el logro del objetivo establecido.	6. Identificación de las acciones determinantes para el cumplimiento del objetivo. 7. Elaboración del diagrama de árbol para el análisis profundo de las soluciones. Se les pedirá a los participantes que para cada acción se pregunten "¿Cómo lograr que eso suceda?" hasta tener todos los puntos cubiertos para cada acción determinante.			

## MEJORA EN LOS PROCESOS DE ATENCIÓN DEL PROGRAMA DE DOC. EN EL CS DE SMA.

<b>Tema IV</b>	Integración del Plan de Mejora
<b>Objetivo instruccional</b>	Integrar el plan de mejora del Programa de Detección Oportuna de Cáncer Cérvico Uterino

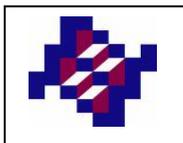
Fecha	Sub-tema	Dura- ción	Objetivos Específicos	Actividades didácticas / desarrollo	Técnica / dinámica	Recursos didácticos	Responsable
<b>JUEV 27 ABRIL 2011</b>	Descripción de los procesos	25 min	Estandarizar las actividades a realizar a través de la descripción de los pasos a seguir para cada actividad de mejora.	1. Identificación de los lugares en los que se llevan a cabo las acciones propuestas para la mejora con la elaboración de un listado ordenado y secuencial de los pasos a seguir para realizar cada acción. 2. Elaboración del diagrama de flujo y carta de procesos para identificar los factores a controlar, la persona responsable del proceso y el resultado esperado.	Taller  4 Pasos para la mejora de la calidad	Computadora Cañón.	Coordinador de proyecto.
	Planificar y programar	25 min	Definir las actividades que cada uno de los participantes deberá realizar para el logro del objetivo.	1. Elaboración de la matriz de programación a través de la técnica 5w1H en la que definirán: -¿Qué se va hacer? -¿Quién lo realizará? -¿Cuándo se llevará a cabo? -¿Dónde se realizará? -¿Por qué se tiene que hacer? -¿Cómo se llevará a cabo?	Diagrama de árbol  Diagrama de flujo / Algoritmo  Carta de procesos	Rotafolio  Papel de estraza  Goma adhesiva	
	Acciones de monitoria	15 min	Elaborar el indicador pertinente para la medición y monitoreo del impacto que se logre con la propuesta de mejora.	1. Elaboración de los indicadores de cumplimiento y de impacto a través de la carta de indicadores.	5W1H  Carta de indicadores	Plumones de colores	

## MEJORA EN LOS PROCESOS DE ATENCIÓN DEL PROGRAMA DE DOC. EN EL CS DE SMA.

<b>Tema V</b>	Aspectos Técnicos
<b>Objetivo instruccional</b>	Aplicar de forma estandarizada los procedimientos y técnicas sustanciales para el desarrollo del Programa permitiendo niveles de calidad adecuados en la prestación del servicio.

Fecha	Sub-tema	Dura- ción	Objetivos Específicos	Actividades didácticas / desarrollo	Técnica / dinámica	Recursos didácticos	Responsable
VIER 28 ABRIL 2011	Conocimientos técnicos del Programa de DOC	10 min	Identificar los conocimientos técnicos del PDOC, que tiene el personal del CS.	Aplicación del cuestionario de conocimientos a los participantes. El participante que tenga el 100% de aciertos, tendrá derecho a un desayuno.	Platica – Expositiva	Computadora Cañón.	Coordinador de proyecto.
	-Consejería	15 min	Fortalecer el conocimiento y las habilidades técnicas del personal para el desarrollo adecuado de las actividades sustanciales del Programa de DOC.	1. Presentación con diapositivas de los aspectos fundamentales que deberán incluirse al otorgar consejería a las usuarias. 2. Representación por los participantes de usuaria y prestador de servicios otorgando consejería. Identificación a través de un checklist de los puntos que se cumplen en la simulación del otorgamiento de consejería con retroalimentación al final de la actividad.	Checklist  Simulación de caso	Presentación en ppt  Manual de Consulta Rápida	
	-Técnica para la toma de citología cervical	15 min	Estandarizar las actividades y técnicas para brindar consejería, toma de muestras, elaboración de notas de toma de citología y registro de la información en el expediente con la finalidad de alcanzar niveles adecuados de calidad en las actividades del Programa.	1. Proyección de video con la técnica de toma de muestra. 2. En equipos de 2 (médico y enfermera) se les pedirá que coloquen de forma ordenada y secuencial una serie de tarjetas que contienen cada uno de los pasos para la toma de la muestra, algunos de ellos son incorrectos, por lo que tendrán que descartarlos. 3. Corroboración de la secuencia de pasos por medio de un checklist. 4. La participante con el mayor número de pasos correctos tendrá derecho a un refrigerio extra. 5. Está actividad se repetirá para la técnica de toma de prueba de VPH.	Proyección de video	Video de técnica de toma de citología cervical	
	-Técnica para la toma de prueba de VPH	15 min			Caso clínico (imágenes)	Hojas de color	
	-Registro adecuado de la información	15 min		1. Revisión grupal con diapositivas, de los puntos clave que deberá tener una nota de toma de citología cervical. 2. Presentación de un caso clínico con imágenes para que los participantes realicen la nota clínica individualmente, al terminar, se intercambiarán notas y por medio de un checklist se verificarán los puntos que se incluyeron en la nota. 3. Retroalimentación grupal y el participante con mayor número de puntos incluidos tendrá derecho a un refrigerio extra.			

## Anexo 9. Resultados de la evaluación del conocimiento del programa de DOC.

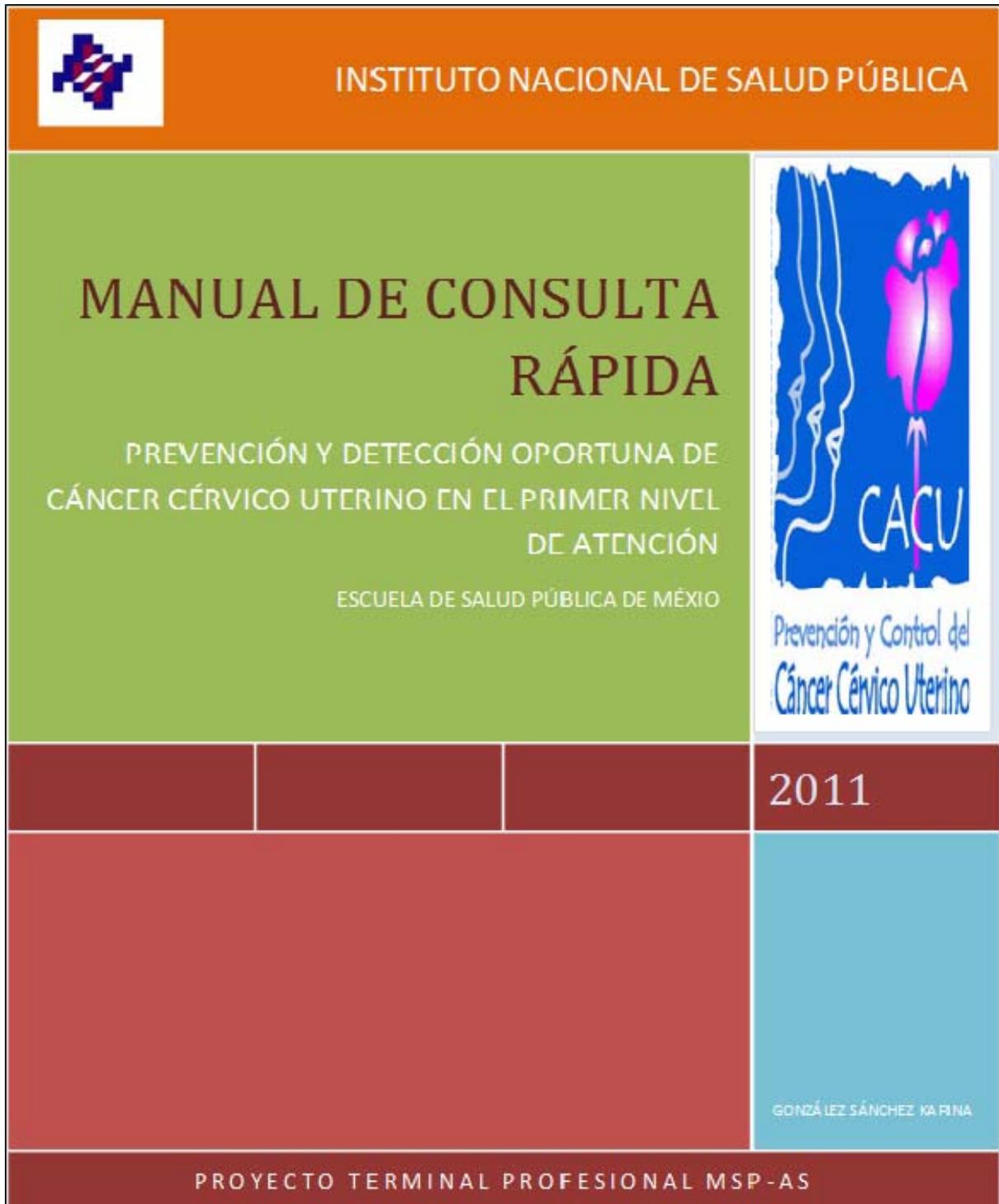


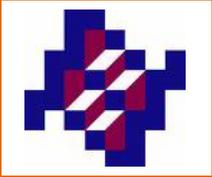
### INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO

ESTUDIO SOBRE LA ATENCIÓN PARA LA DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO EN EL CENTRO DE SALUD DE SANTA MARÍA AHUACATITLÁN, MOR.

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO DEL PROGRAMA DOC EN EL PERSONAL DEL CS DE SMA.											
CATEGORIA	CRITERIO	DESCRIPCIÓN	OBSERVACIONES								TOTAL
			1	2	3	4	5	6	7	8	
NORMATIVIDAD	Norma oficial	Identifica claramente: NOM-014	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Grupo de riesgo para acciones del PDOC	Mujeres de 25 a 64 años de edad	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Factores de Riesgo	Menciona 8 o más de 10 refiriendo entre ellos: -Edad de 25 a 64 años -IVSA antes de los 18 años -Infección por VPH -Nunca haberse realizado una prueba de detección	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Niveles o acciones de prevención para CaCu	Menciona: -Educación para disminución de riesgos -Promoción para detección -Detección oportuna con pruebas de tamizaje -Vacunación	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUB TOT.			0	0	0	0	0	0	0	0	0
			%								
CITOLOGÍA CERVICAL	Edad para toma de citología (de acuerdo a la estrategia nacional actual)	De 25 a 34 años de edad (si se cuenta con prueba de VPH) De 25 a 64 años de edad (si no se cuenta con prueba de VPH)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Contraindicaciones para la toma	Sangrado	0	1	1	1	1	1	1	1	7
	Temporalidad de la toma	Cada 3 años después de 2 citologías anuales negativas consecutivas	1	0	0	1	0	1	0	0	3
	Indicación para el instrumento de toma de muestra	Citobrush o hisopo para usuarias climatéricas, pre o postmenopáusicas	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Parte de la muestra que se toma primero	exocervix y después endocervix	0	0	1	1	0	0	0	0	2
	Tipo de barrido / extendido para la muestra	Extendido lineal/longitudinal	1	0	0	1	1	1	1	1	6
	Fijación de la muestra	Alcohol de 96°	0	0	0	1	0	1	0	1	3
	Tiempo de fijación mínimo	30 min.	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	Tiempo máximo para entrega de muestras a Jurisdicción	7 días	1	1	1	1	1	1	1	1	8
Conducta a seguir con resultados positivos	Referencia a colposcopia	1	1	1	1	1	1	1	1	8	
SUB TOT.			4	3	4	7	4	6	5	5	
			%	40%	30%	40%	70%	40%	60%	50%	50%
PRUEBA DE VPH	Edad para toma de muestra	35 a 64 años de edad	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Contraindicación para toma	Sangrado Medicación vaginal Embarazo	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Precauciones con el vial	Mantenerlo siempre vertical	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Temperatura para la conservación de la muestra	15-30°C	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Tiempo máximo para entrega de muestras a Jurisdicción	7 días	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Conducta a seguir con resultado negativo	Repetir prueba en 5 años	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Conducta a seguir con resultado positivo	Toma de citología	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Conducta a seguir con citología negativa después de VPH positivo	Toma de VPH más citología en 1 año	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Conducta a seguir con citología positiva después de VPH positivo	Referencia a colposcopia	0	0	0	0	0	0	0	0	
SUB TOT.			0	0	0	0	0	0	0	0	
			%								
PUNTAJE TOTAL			4	3	4	7	4	6	5	5	
			%	17%	13%	17%	30%	17%	26%	22%	22%

**Anexo 10. Manual de consulta rápida.**



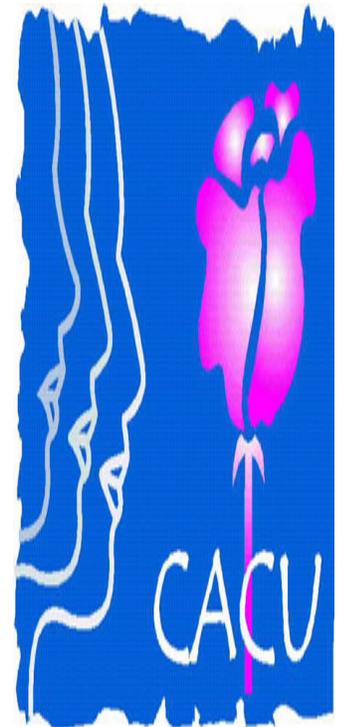


INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

# MANUAL DE CONSULTA RÁPIDA

PREVENCIÓN Y DETECCIÓN OPORTUNA DE  
CÁNCER CÉRVICO UTERINO EN EL PRIMER NIVEL  
DE ATENCIÓN

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO



Prevenición y Control del  
Cáncer Cérvico Uterino

2011

GONZÁLEZ SÁNCHEZ KARINA

137

# **INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA**

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO

## **MANUAL DE CONSULTA RÁPIDA**

### **PREVENCIÓN Y DETECCIÓN OPORTUNA**

### **DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO EN EL**

### **PRIMIER NIVEL DE ATENCIÓN**

### **2011**

PROYECTO TERMINAL PROFESIONAL

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA – ADMINISTRACIÓN EN SALUD

GONZÁLEZ SÁNCHEZ KARINA

## Contenido

1. GENERALIDADES	141
2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTE MANUAL	142
3. JUSTIFICACIÓN	143
4. ALCANCE Y OBJETIVOS	144
5. DEFINICIÓN	144
6. ACCIONES PARA LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y TRATAMIENTO OPORTUNOS	145
6.1. IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PARA CÁNCER CÉRVICO UTERINO	145
6.2. PREVENCIÓN PRIMARIA	145
6.2.1. Promoción y educación para la salud	145
6.2.1.1. Educación para la salud	145
6.2.1.2. Promoción para la detección oportuna	145
6.2.1.3. Vacunación contra el Virus del Papiloma Humano	146
6.3. PREVENCIÓN SECUNDARIA	146
6.3.1. Detección Oportuna: Pruebas de Tamizaje	146
6.3.1.1. Citología cervical (Prueba de Papanicolaou)	146
6.3.1.2. Prueba de VPH (Captura de híbridos)	147
6.3.1.3. Tamizaje en condiciones especiales	147
6.3.2. Confirmación diagnóstica (Referencia)	148
6.3.3. Sospecha diagnóstica	148
6.3.3.1. Signos y síntomas	148
7. ALGORITMOS	149
Algoritmo 1. Promoción de las pruebas de tamizaje en el centro de salud	149
Algoritmo 2. Frecuencia del tamizaje con citología cervical	150

Algoritmo 3. Tamizaje con citología cervical condiciones especiales	151
Algoritmo 4. Frecuencia del tamizaje con prueba de VPH (captura de híbridos)	152
8. ANEXOS	153
Anexo A. Citología cervical: Técnica de toma	153
Anexo B. Prueba de VPH (Captura de híbridos): Técnica de toma	157
Anexo C. Requerimientos para la nota clínica de detección oportuna de cáncer cérvico uterino 11636	163
Anexo D. Consejería.	165
9. DEFINICIONES OPERATIVAS	166
10. SÍMBOLOS Y ABREVIATURAS	168
11. BIBLIOGRAFÍA	169

## 1. GENERALIDADES

Usuarios potenciales	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Médicos: generales, familiares</li> <li>-Enfermeras: generales, auxiliares</li> <li>-Técnicos en enfermería</li> <li>-Promotores de salud</li> <li>-Estudiantes en el área de la salud</li> <li>-Personal del primer nivel de atención involucrado e interesado en las actividades del programa de detección oportuna de cáncer cérvico uterino</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Trabajador social</li> <li>-Médicos pasantes en servicio social</li> <li>-Enfermeras pasantes en servicio social</li> </ul>
Población blanco	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Mujeres de 25 a 64 años de edad</li> <li>-Mujeres con factores de riesgo para cáncer cérvico uterino</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Mujeres con vida sexual activa</li> </ul>
Intervenciones y actividades consideradas	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Educación, promoción y prevención</li> <li>-Detección (exploración ginecológica, citología cervical, prueba de VPH</li> <li>-captura de híbridos-)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Consejería</li> <li>-Seguimiento</li> <li>-Referencia</li> </ul>
Impacto esperado	<p>Ayudar a :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Estandarización del conocimiento</li> <li>-Estandarización de procedimientos</li> <li>-Mejorar la detección oportuna del cáncer cérvico uterino</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Identificar factores de riesgo</li> <li>-Mejorar el registro de las actividades de promoción y detección</li> </ul>
Especificaciones	<p>-Lo descrito en este manual está alineado a las Políticas Públicas Nacionales y al Plan de Acción Específico de Cáncer Cérvico Uterino, apoyado de las guías clínicas, normas y manuales vigentes en el país para la detección y prevención oportuna de cáncer cérvico uterino.</p> <p>-Las preguntas planteadas en este manual se responden de acuerdo a las líneas de acción establecidas en el Plan de Acción Específico de Cáncer Cérvico Uterino y a la NOM-014.</p>	

## **2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTE MANUAL**

1. ¿Cuáles son las acciones de prevención primaria y secundaria para cáncer cérvico uterino?
2. ¿Cuáles son los factores de riesgo para cáncer cérvico uterino?
3. ¿Qué métodos de tamizaje se pueden realizar?
4. ¿A quiénes está dirigida la citología cervical?
5. ¿Cuál es la periodicidad de la toma de citología cervical?
6. ¿En qué condiciones se debe tomar la citología cervical?
7. ¿Cómo se debe tomar la citología cervical?
8. ¿A quiénes está dirigida la prueba de VPH (captura de híbridos)?
9. ¿Cuál es la periodicidad de la prueba de VPH?
10. ¿En qué condiciones se debe tomar la prueba de VPH?
11. ¿Cómo se debe tomar la prueba de VPH?
12. ¿A quiénes se debe brindar consejería de cáncer cérvico uterino?
13. ¿Qué aspectos se deben considerar en la consejería de cáncer cérvico uterino?
14. ¿Qué requisitos debe cumplir una nota clínica de las actividades de promoción, tamizaje y seguimiento de cáncer cérvico uterino?

### 3. JUSTIFICACIÓN

El cáncer cérvico uterino es actualmente un problema de salud pública importante, es el segundo tipo de cáncer más frecuente en la población femenina y ocasiona más de 250,000 muertes anuales en todo el mundo, de las cuales más del 80% se presentan en países en desarrollo siendo una condición importante para esto, el acceso a los servicios de salud y la baja calidad de los programas de prevención. Se prevé que las defunciones por esta causa se incrementen en un 25% en los próximos 10 años si no se toman las medidas adecuadas para la detección y el tratamiento oportunos.

En México durante el 2008 se registraron 10,186 casos nuevos de cáncer cérvico uterino ocupando el segundo lugar de neoplasias malignas en la población femenina después del cáncer de mama y durante el mismo año se registraron 5,061 defunciones por esta causa ocupando el segundo lugar de mortalidad por neoplasias malignas en las mujeres. Los Estados con el mayor número de defunciones registradas fueron el Distrito Federal, Veracruz y el Estado de México.

El fallecimiento de estas mujeres representa una gran pérdida social, económica y además innecesaria debido a que el cáncer cérvico uterino es totalmente prevenible y curable a un bajo costo y bajo riesgo si se tienen los métodos de detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento adecuados; para ello, se requieren de programas de tamizaje organizados que alcancen coberturas mínimas del 80% en la población de riesgo.

Se ha demostrado que la infección persistente por el virus del papiloma humano (VPH) es la causa necesaria para desarrollar cáncer cérvico uterino. Sin embargo, no es una causa suficiente ya que hay otros factores de riesgo adicionales que influyen en la aparición de esta enfermedad. Existen más de 50 tipos de VPH que infectan el aparato genital y de éstos, 15 tipos se consideran de alto riesgo para el desarrollo de cáncer cérvico uterino sin embargo, sólo 8 tipos (16,18,31,33,35,45,52 y 58) son los responsables del 95% de los casos. El tipo 16 se asocia al 50-60% de los casos mientras que el tipo 18 al 12% de los casos; ambos representan poco más del 70% de los casos de cáncer cérvico uterino. El tiempo de evolución aproximado para el desarrollo de cáncer cérvico uterino a partir de una lesión de bajo grado es de 10 a 15 años, por lo que es posible detectarlo en estadios tempranos y ofrecer tratamientos oportunos evitando la muerte de las mujeres afectadas.

#### 4. ALCANCE Y OBJETIVOS

Esta guía es una integración de los manuales, guías y normas nacionales que sustentan las líneas de acción para la detección oportuna del cáncer cérvico uterino en el país. Pretende ser un instrumento de consulta rápida que sirva de apoyo al personal que se encarga de la prestación de servicios en el primer nivel de atención. Además de contribuir a facilitar la inducción y capacitación del personal de nuevo ingreso así como del que aún se encuentra en formación a fin de estandarizar el marco de referencia y las acciones nacionales para:

- Identificación de factores de riesgo
- Acciones específicas de detección oportuna
- Acciones específicas de referencia oportuna

Favoreciendo la mejora en el desempeño del programa en las unidades de primer nivel de atención y la mejora en la calidad de la atención proporcionada por el personal de salud.

#### 5. DEFINICIÓN

El cáncer cérvico uterino es una alteración que se origina en el epitelio del cuello del útero cuya manifestación inicial es a través de lesiones precursoras de lenta progresiva evolución las cuales pueden presentarse desde una displasia leve o moderada hasta una displasia severa y puede evolucionar a cáncer in situ (circunscrito a la superficie epitelial) y/o cáncer invasor que es cuando la lesión traspasa la membrana basal.

De acuerdo al programa de acción específico 2007-2012 de cáncer cérvico uterino y a la NOM-014 para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino, las acciones de detección oportuna están dirigidas a mujeres de 25 a 64 años de edad sin embargo, las guías de práctica clínica recomiendan iniciar el tamizaje a partir de los 21 años o a los 3 años posteriores a la primera relación sexual. Para fines de este manual, las acciones se han alineado a lo establecido en las políticas nacionales, por lo tanto, el grupo blanco al que están dirigidas las acciones corresponde al de mujeres de 25 a 64 años de edad.

De tal manera que las acciones de prevención para cáncer cérvico uterino son:

- **Prevención Primaria:** Promoción y educación para la salud, vacunación.
- **Prevención Secundaria:** Detección oportuna a través de pruebas de tamizaje, confirmación diagnóstica y tratamiento oportuno.
- **Prevención Terciaria:** Tratamiento y rehabilitación: Acciones para mejorar la calidad de vida.

## **6. ACCIONES PARA LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y TRATAMIENTO OPORTUNO**

### **6.1. IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PARA CÁNCER CÉRVICO UTERINO**

- Mujeres de 25 a 64 años de edad.
- Inicio de relaciones sexuales antes de los 18 años.
- Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual.
- Infección cérvico vaginal por virus del papiloma humano.
- Múltiples parejas sexuales.
- Tabaquismo.
- Desnutrición.
- Deficiencia de antioxidantes (ácido fólico).
- Pacientes con inmuno-deficiencias.
- NUNCA HABERSE REALIZADO UN ESTUDIO CITOLÓGICO O PRUEBA DE TAMIZAJE.

### **6.2. PREVENCIÓN PRIMARIA**

#### **6.2.1. Promoción y educación para la salud.**

Estas acciones las deberá realizar el personal de salud (médico, enfermería, promotor) y están orientadas a la población en general, pero sobre todo a las mujeres con factores de riesgo para cáncer cérvico uterino.

##### **6.2.1.1. Educación para la salud.**

- Promover el uso de preservativo para a las relaciones sexuales más seguras y disminuir el riesgo de infecciones de transmisión sexual y del VPH.
- Informar a las adolescentes sobre el riesgo de iniciar relaciones sexuales a edad temprana (antes de los 18 años) y el riesgo de adquirir una infección por el VPH.
- En mujeres con múltiples parejas sexuales y enfermedades de transmisión sexual ofrecer educación para el cuidado de la salud sexual.

##### **6.2.1.2. Promoción para la detección oportuna.**

- Promover y ofrecer a toda mujer de 25 a 64 años de edad que acuda al centro de salud (independientemente del motivo de consulta) las pruebas de detección oportuna para cáncer cérvico uterino.
- Promover y ofrecer las pruebas de detección oportuna a toda mujer con factores de riesgo para cáncer cérvico uterino con especial atención a aquellas que nunca se han realizado una prueba de detección.

### 6.2.1.3. Vacunación contra el Virus del Papiloma Humano.

Para las unidades que la tienen disponible, el esquema establecido a nivel nacional es el siguiente:

- Niñas de 9 a 12 años (que no hayan iniciado vida sexual).
- Se aplicarán 3 dosis vía intramuscular a los 0, 6 y 60 meses.

## 6.3. PREVENCIÓN SECUNDARIA

### 6.3.1. Detección Oportuna: Pruebas de Tamizaje.

- Las pruebas de tamizaje están dirigidas a mujeres en riesgo (de 25 a 64 años de edad) aparentemente sanas.
- Para que un programa de detección oportuna sea efectivo, requiere tamizar al 80% de la población en riesgo.
- Para alcanzar dicho porcentaje, las pruebas de tamizaje deberán ofrecerse en todo momento a las mujeres en riesgo según su grupo de edad:

Mujeres de 25-34 años de edad	Mujeres de 35-64 años de edad	Mujeres de 65 o (+) años de edad
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Citología cervical</b> (Papanicolaou)</li><li>• Para mujeres menores de 25 años que ya hayan iniciado relaciones sexuales se ofrecerá citología cervical</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Prueba de VPH</b> (Captura de híbridos)*</li><li>• (*) Si no se encuentra disponible se realizará citología cervical.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Citología cervical y prueba de VPH</b> en los siguientes casos:<ul style="list-style-type: none"><li>• Sólo en mujeres que nunca se han realizado una prueba de detección</li><li>• Mujeres cuya última detección fue antes de los 50 años</li><li>• Si el resultado de ambas pruebas es negativo, el tamizaje ya no será necesario para estas mujeres.</li></ul></li></ul>

#### 6.3.1.1. Citología cervical (Prueba de Papanicolaou).

- La única contraindicación para realizar citología cervical es que la mujer tenga hemorragia transvaginal en ese momento.
- Para las mujeres menores de 25 años, se recomienda iniciar el tamizaje a los tres años después de su primera relación sexual.

- La citología cervical se realizará anualmente hasta acumular 2 pruebas con resultado negativo a lesión en muestras técnicamente satisfactorias; posteriormente, se recomienda realizarla cada 3 años.
- Las mujeres que no se han realizado una citología cervical en más de cinco años se recomienda realizar la prueba anualmente hasta acumular 3 pruebas con resultado negativo a lesión técnicamente satisfactorias; posteriormente cada 3 años.
- Para las mujeres con edad mayor de 69 años, con antecedente de tamizaje regular y con los 3 últimos reportes de resultado negativo o en mujeres que no tienen un riesgo alto para cáncer cérvico uterino, ya no está indicada la citología cervical.
- Las mujeres con muestra citológica inadecuada para el diagnóstico, deberán ser localizadas en un lapso no mayor a 4 semanas para repetir la prueba.

#### 6.3.1.2. Prueba de VPH (Captura de híbridos).

- Esta prueba no se recomienda en mujeres menores de 30 años debido a las altas incidencias de VPH en mujeres jóvenes.
- Las contraindicaciones para realizar esta prueba son: 1) hemorragia transvaginal, 2) tratamiento vaginal (cremas, óvulos o comprimidos) y 3) embarazo (por cualquier evento adverso que pudiera coincidir con la toma de la muestra).
- Después de una prueba de VPH negativa, la prueba se repetirá en 5 años.
- Ante una prueba de VPH positiva, deberá indicarse toma de citología cervical.
- Después de una prueba de VPH negativa y una citología cervical normal, se repetirán ambas pruebas en un año.

#### 6.3.1.3. Tamizaje en condiciones especiales

- En mujeres con histerectomía total por causa no relacionada a cáncer cérvico uterino, se recomienda discontinuar el tamizaje.
- En las mujeres con histerectomía subtotal (conservan el cuello uterino) no deberán suspender el tamizaje.
- Mujeres con histerectomía subtotal y total secundaria a lesiones de alto grado, deberán continuar con citología cervical y/o vaginal anual.
- En mujeres embarazadas sin antecedente de citologías previas, se sugiere tamizaje normal siempre que no sea un embarazo de alto riesgo.
- En las mujeres inmunocomprometidas se deberá realizar citología cervical anual.
- Mujeres con enfermedades de transmisión sexual que hayan recibido tratamiento, deberán repetir citología mínimo en 6 semanas.

- En las mujeres que tienen relaciones sexuales con mujeres, se recomienda realizar citología cervical con la misma frecuencia que las mujeres heterosexuales.
- Las mujeres que recibieron vacuna contra VPH deberán realizarse las pruebas de tamizaje de forma normal.

### 6.3.2. Confirmación diagnóstica (Referencia)

- Las pacientes deben ser referidas a la clínica de colposcopia cuando la citología cervical reporte:
  - Células escamosas atípicas de significancia desconocida (ASCUS).
  - Células glandulares atípicas (AGC).
  - Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (LEIBG).
  - Lesión escamosa intraepitelial de alto grado (LEIAG).
  - Cualquier tipo de célula cancerígena.
- Si la citología reporta cáncer cervical, la paciente deberá ser atendida en la clínica de colposcopia en un tiempo no mayor a 3 semanas después del diagnóstico citológico.
- Si la citología reporta ASCUS, AGC, LEIBG O LEIAG; la paciente deberá ser atendida dentro de las 6 semanas siguientes al diagnóstico.
- Todas las mujeres postmenopáusicas que presenten sangrado uterino anormal, deberán referirse con el especialista para valoración ginecológica.
- Si en la exploración ginecológica durante la toma de citología cervical se sospecha de cáncer cervical deberá referirse a la paciente con el especialista.
- Ante la sospecha de cáncer cervical asociado a embarazo, la paciente debe ser referida de inmediato al especialista para su manejo.

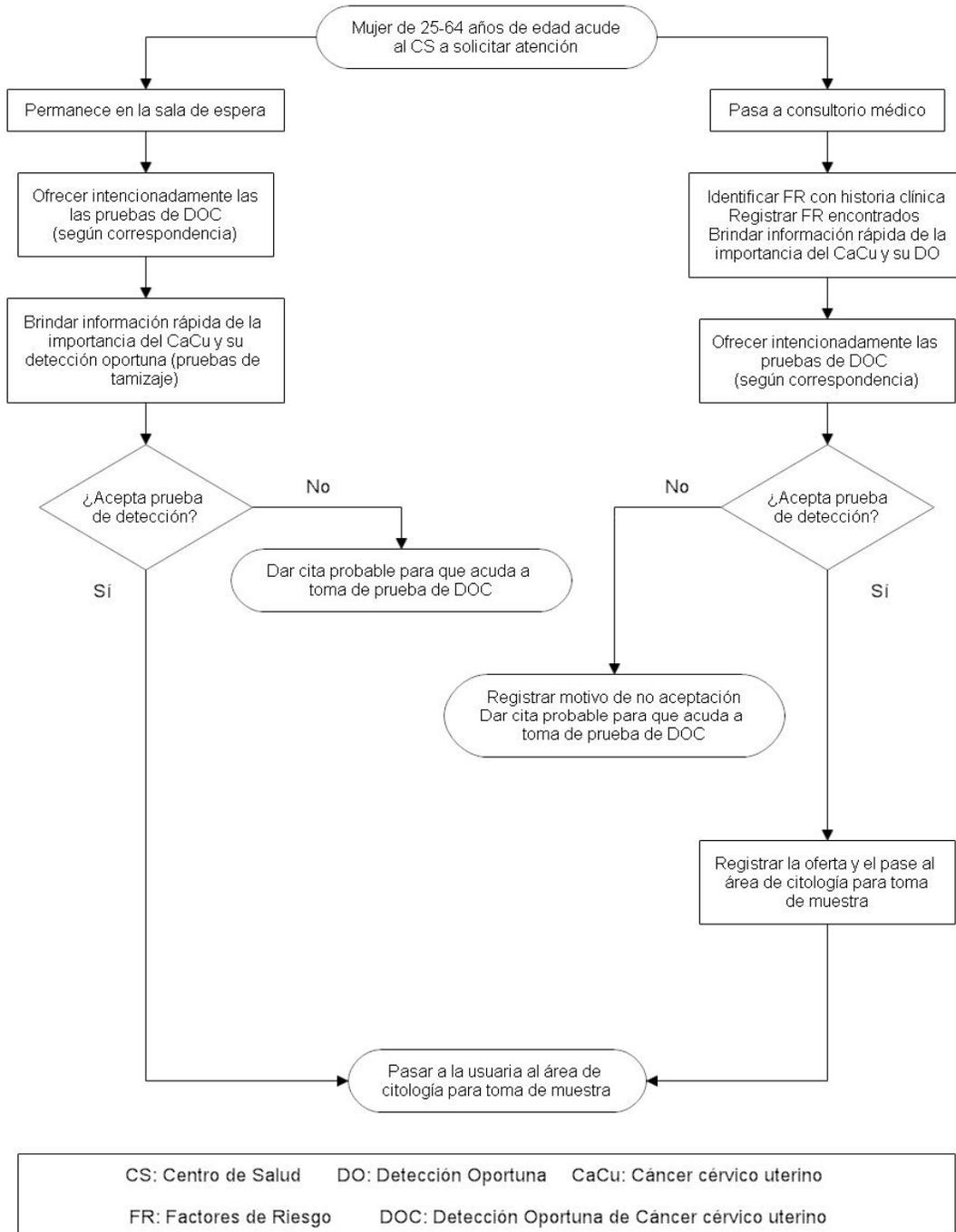
### 6.3.3. Sospecha diagnóstica.

#### 6.3.3.1. Signos y síntomas.

- Los signos y síntomas más comunes son:
  - Sangrado inter-menstrual.
  - Sangrado postcoital.
  - Sangrado postmenopáusicos.
  - Apariencia anormal de cérvix.
  - Descarga vaginal (manchado).
  - Dolor pélvico.
- Mujeres con síntomas sugestivos de infección (cérvix inflamado o friable con sangrado al contacto) descartar infección por *Chlamydia trachomatis*.

## 7. ALGORITMOS

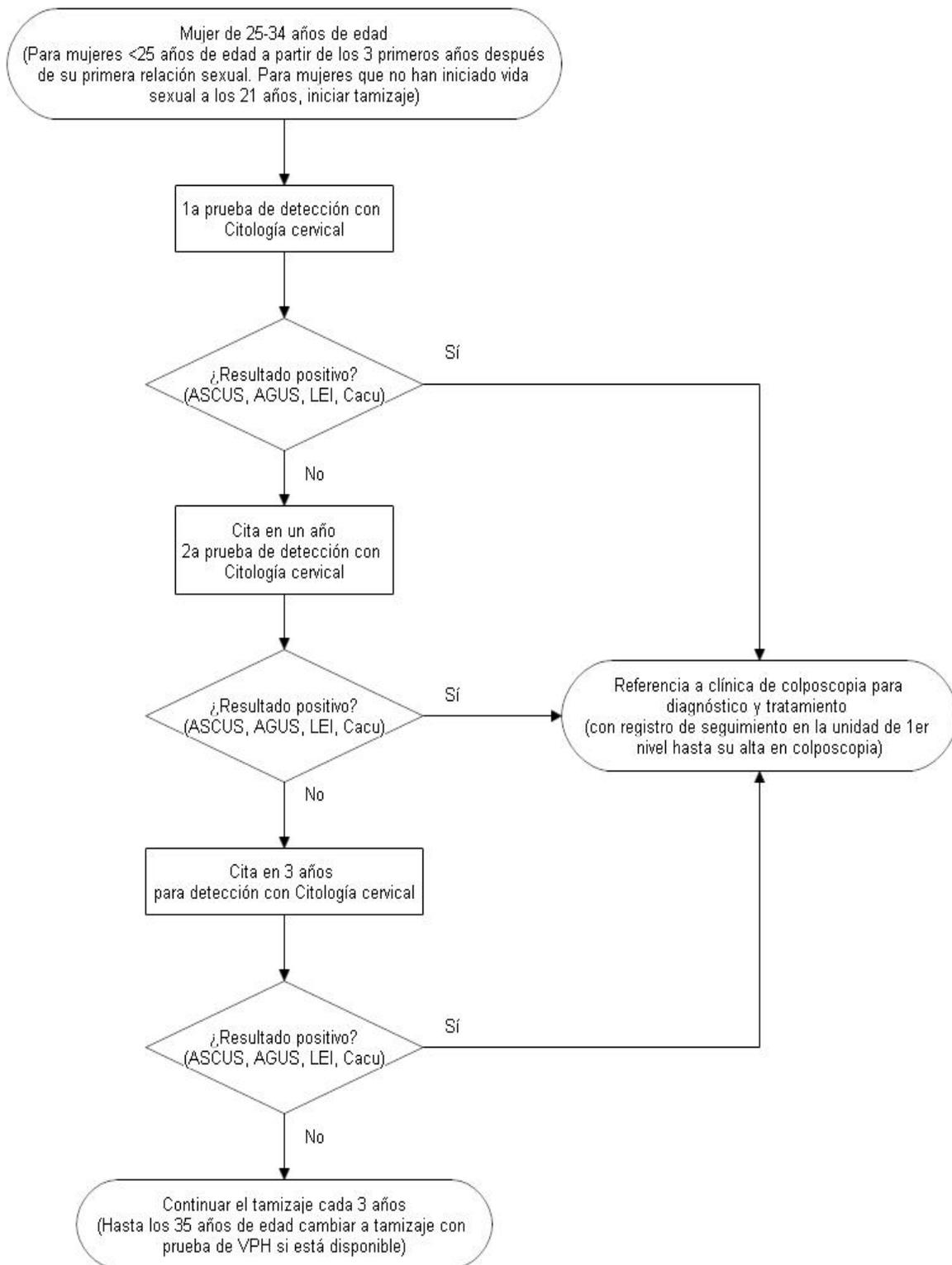
### Algoritmo 1. Promoción de las pruebas de tamizaje en el centro de salud.



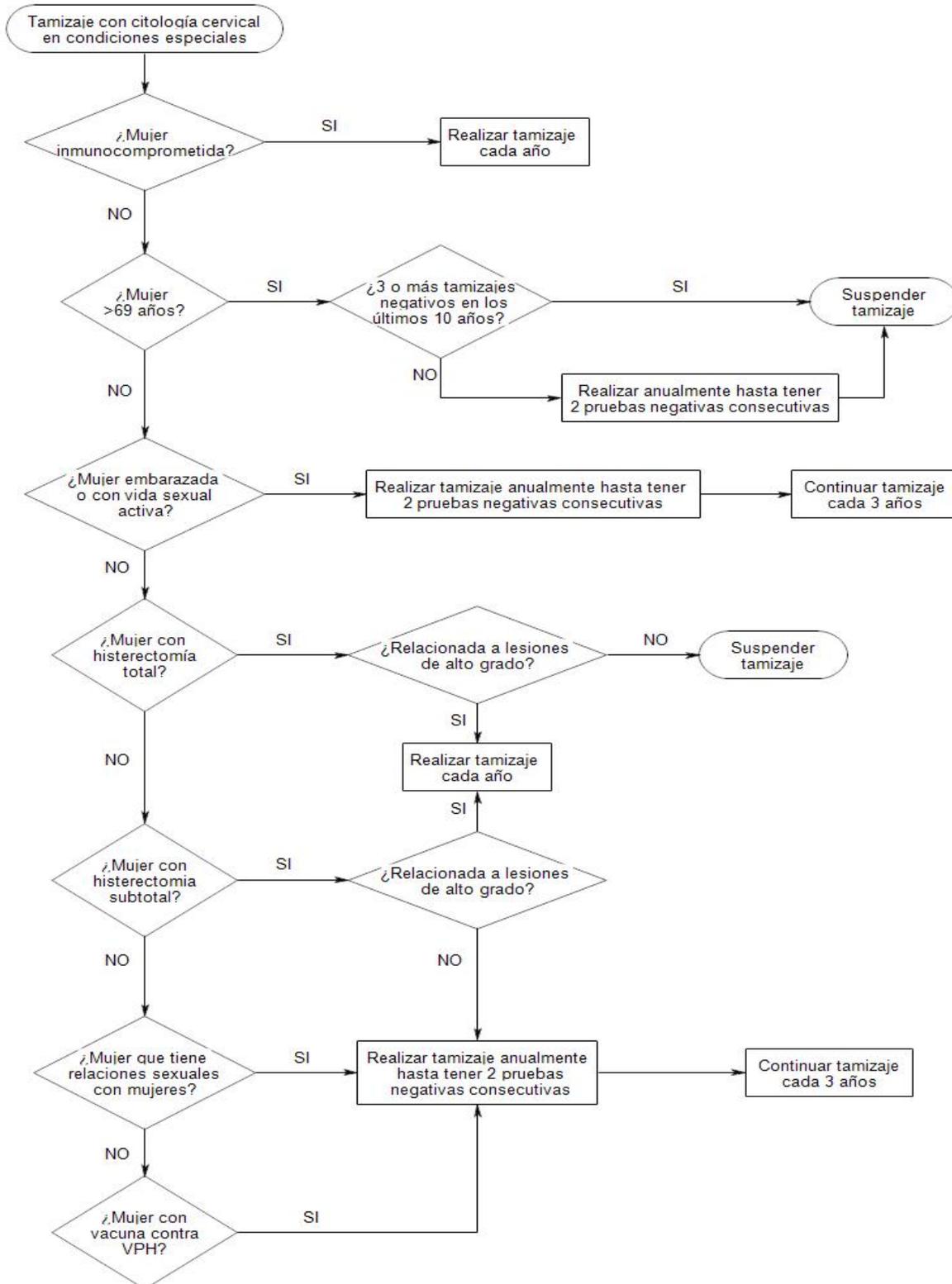
#### Notas:

- Las actividades en la sala de espera estarán a cargo del personal de enfermería, promotor de la salud y/o trabajo social.
- Las actividades en el consultorio estarán a cargo del médico correspondiente y las actividades deberán registrarse en el expediente al finalizar la nota de la consulta actual.

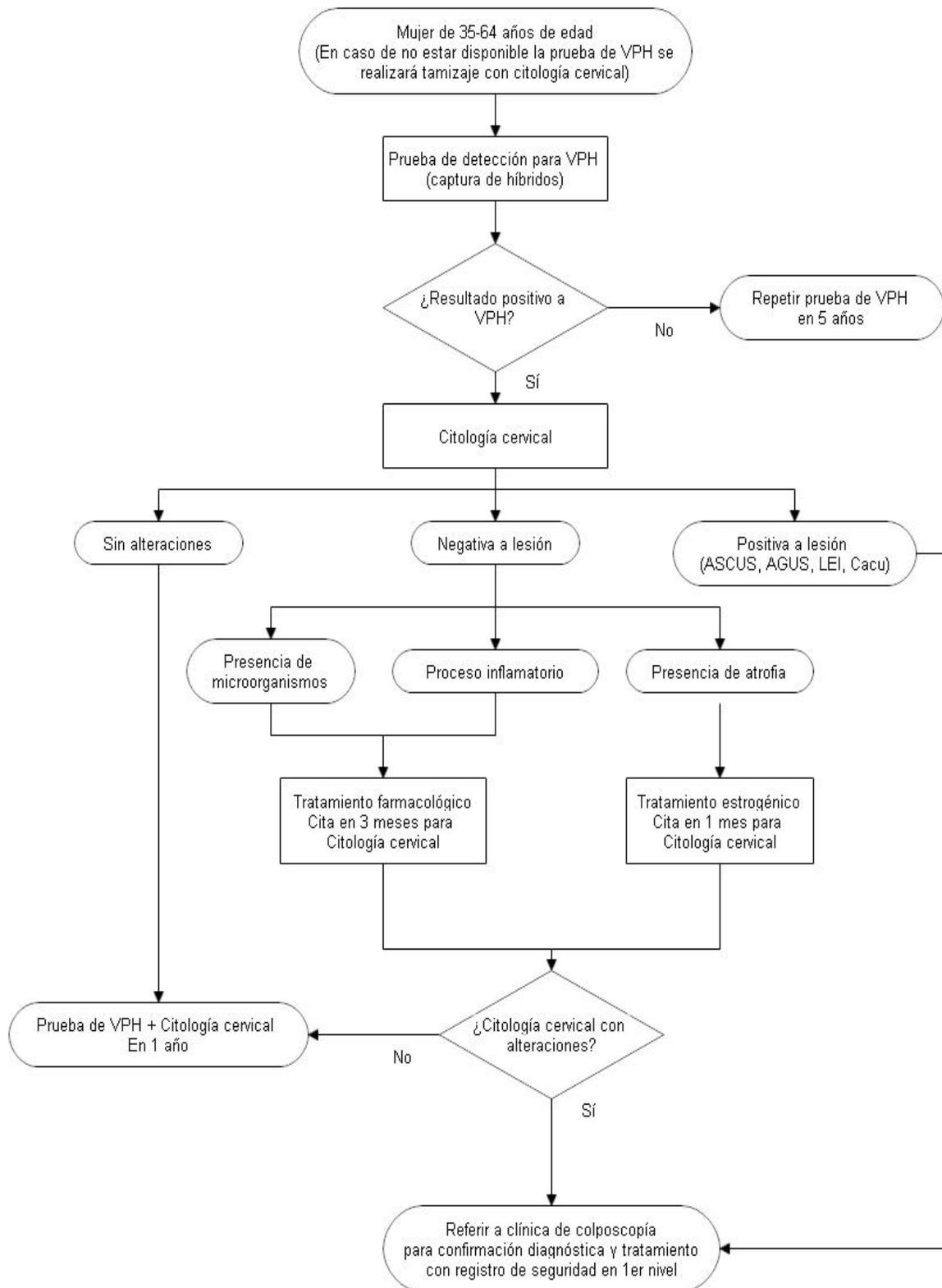
### Algoritmo 2. Frecuencia del tamizaje con citología cervical.



### Algoritmo 3. Tamizaje con citología cervical condiciones especiales



### Algoritmo 4. Frecuencia del tamizaje con prueba de VPH (captura de híbridos)



## **8. ANEXOS**

### ***Anexo A. Citología cervical: Técnica de toma.***

#### Requerimientos.

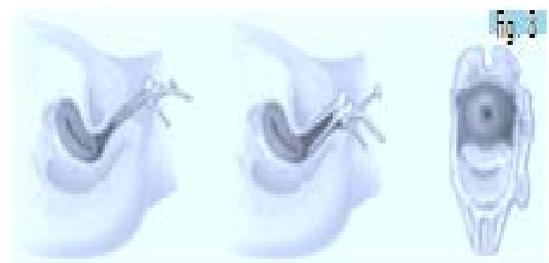
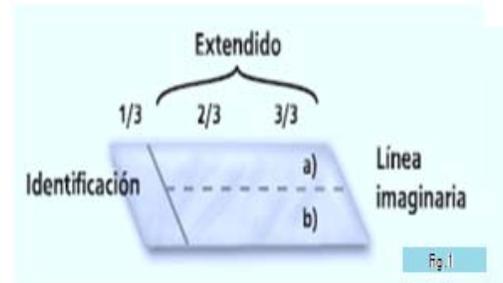
- Capacidad técnica para el procedimiento por el prestador del servicio.
- Calidez en la prestación del servicio.
- Privacidad en la atención.
- Disponibilidad de insumos y equipo necesario.
- Orientación y consejería (informar previamente a la usuaria sobre el procedimiento a realizar).
- Consentimiento informado de la usuaria.
- La única contraindicación es la presencia de sangrado menstrual.

#### Material y equipo.

- Hoja de solicitud y reporte de resultados de citología cervical.
- Portaobjetos.
- Lápiz punta de diamante o tungsteno.
- Espátula de Ayre modificada.
- Citobrush.
- Espejo vaginal de Graves (chico, mediano y grande), 3 de cada uno y 5 del más usado.
- Guantes.
- Alcohol etílico 96%.
- Vaso de Coplin.
- Mesa de exploración con piñeras y campos limpios.
- Fuente de luz adecuada.
- Mesa de Mayo.

## Procedimiento.

1. Interrogatorio a la usuaria. Llenado de la hoja de solicitud y reporte de resultados de citología cervical.
2. Preparación del material y equipo.
3. Rotulado de la laminilla (tercio superior) con los datos de identificación de la usuaria (Fig. 1).
4. Colocación de la usuaria en posición ginecológica (Fig. 2).
5. Colocación de guantes.
6. Valoración ginecológica externa. Revisión de genitales externos. Al finalizar la toma, registrar los hallazgos en la nota clínica.
7. Colocación de espejo vaginal. Evitar uso de lubricantes o aceites. (Fig.3).
8. Valoración de genitales internos y visualización de cuello uterino. Al finalizar la toma, registrar los hallazgos en la nota clínica (Fig. 3).
9. Selección del instrumento de toma (Ver nota al final de esta sección).



Muestra endocervical con el extremo bifurcado de la espátula de Ayre. Girar a la derecha 360°.



10. Toma de muestra de exocervix –  
Extremo bifurcado de la espátula de  
Ayre- (Fig.4).

11. Toma de muestra de endocervix –  
Extremo semi-cónico de la espátula  
de Ayre- (Fig. 5).

12. Extendido longitudinal de ambas  
muestras (exo/endo). (Fig. 6).

13. Fijación de la muestra en menos de 5  
segundos desde el momento de la  
toma (Vaso de Coplin con alcohol de  
96° que cubra por completo la  
laminilla y mantenerlo tapado  
después de colocar la laminilla  
dentro de él). Tiempo mínimo de  
fijación 30 minutos (Fig. 7 y 8).

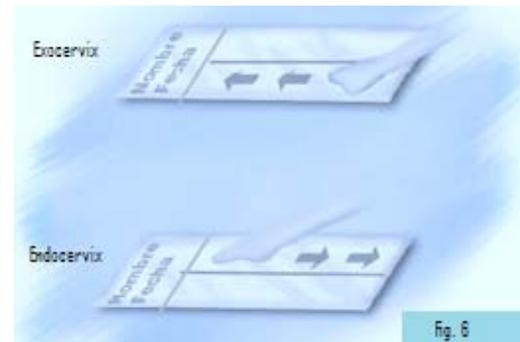
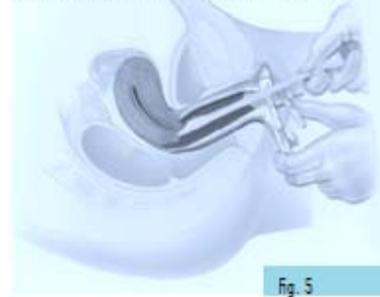
14. Retiro del espejo.

15. Ayuda a la usuaria a bajar de la  
mesa de exploración.

16. Información a la usuaria y llenado de  
formato y cartilla.

17. Enfatizar a la mujer la importancia de  
su regreso por el resultado en la  
fecha que se le indique.

Muestra endocervical con el extremo semi-cónico de  
la espátula de Ayre. Girar 360° a la izquierda.



Imágenes tomadas del Manual de Procedimientos para la Toma de la Muestra de Citología Cervical del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2006.

### Envío y transportación de la muestra.

1. Envolver la laminilla con papel estroza o colocarla dentro de una bolsa plástica de tamaño adecuado (inmediatamente después de haberla sacado del alcohol y que haya secado).
2. Engraparla en el costado superior izquierdo del formato de solicitud de citología (inmediato al paso 1).
3. Realizar el concentrado semanal de muestras tomadas
4. Ordenar las muestras por fecha de toma y colocarlas en el maletín para traslado.
5. Envío de la muestra a la jurisdicción correspondiente en un lapso no mayor a 7 días posteriores a la toma.

Nota 1. Selección del material para toma de la muestra: La muestra se tomará con espátula de Ayre como primera elección. La toma con cepillo endocervical (citobrush) o con hisopo de algodón no absorbente, está indicada para tomar muestras a mujeres en período de climaterio, premenopáusico o postmenopáusico, adolescentes sin eversión glandular o pacientes en seguimiento postratamiento, para estos casos se introduce el cepillo o hisopo con suavidad en el orificio cervical realizando un giro a la derecha y se retira para hacer el extendido como se muestra en la figura 9.



## ***Anexo B. Prueba de VPH (Captura de híbridos): Técnica de toma.***

### Requerimientos.

- El personal debe estar capacitado para efectuar los procedimientos para la toma de la prueba del Virus de Papiloma y de Papanicolaou.
- Cuando el profesional que realiza la toma es varón, debe estar siempre acompañado de una enfermera.
- Las instalaciones y el mobiliario deben estar siempre limpias y bien acondicionadas.
- Contraindicaciones para toma de muestra:
  - Hemorragia transvaginal.
  - Estar bajo tratamiento vaginal (cremas, óvulos, comprimidos).
  - Embarazo.

### Material y equipo.

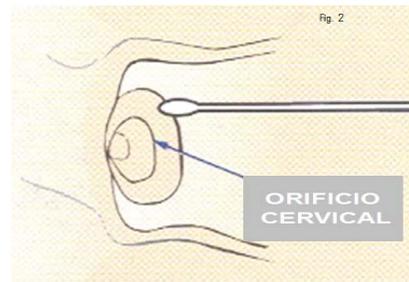
- Mesa de exploración.
- Banco de altura.
- Lámpara de chicote.
- Espejos vaginales de Graves grandes y medianos.
- Pinza de anillos.
- Sábana clínica.
- Gradilla para muestras.
- Recipiente secundario para muestras.
- KIT (equipo) para toma de la muestra.
- Guantes ambidiestros no estériles libres de polvo.
- Torundas.
- Hisopos con aplicador de madera y algodón.
- Cubre bocas.
- Solución fisiológica.
- Juego de etiquetas (código de barras, 3 por muestra) para identificación de la muestra.

## Procedimiento

1. Recibir con amabilidad a la usuaria candidata a la toma de muestra.
2. Informar en qué consiste la prueba y brindar consejería.
3. Registrar con letra clara todos los datos de la usuaria requeridos en el Formato: "Solicitud y Reporte del Resultado de la Prueba de Papiloma Virus".
4. Respetar el pudor de la usuaria, informarle con amabilidad que debe retirar su ropa interior para poder realizar la toma de la muestra.
5. Ayudar a la usuaria a colocarse en la mesa de exploración en posición ginecológica, previamente acondicionada y limpia, con todo lo necesario para coleccionar la muestra cerca de quien va a realizar toma.
6. Revisar la fuente de luz, instrumental y los insumos necesarios y cubrir a la usuaria con una sábana de la cintura a las rodillas.
7. Abrir el paquete del KIT hasta la mitad del sobre y colocarlo horizontalmente y hacia arriba en la mesa de mayo cerca de donde se va a realizar el procedimiento para la toma de muestra (Fig. 1)
8. Colocarse los guantes libres de talco, desenrollándolos completamente (no realizar asepsia previa de la región genital ni tacto vaginal).
9. Retirar el tubo contendor, aflojar el tapón y dejarlo sobrepuesto sobre el mismo tubo, colocarlo en la gradilla asegurando que no se ladee o caiga y dejar el cepillito en el sobre.
10. Seleccionar el espejo vaginal de tamaño adecuado a las características anatómicas de la mujer.
  - a. Evitar el uso de lubricantes, aceites o jalea previa a su introducción, en caso necesario puede utilizar solución fisiológica para facilitar la introducción del espejo.
11. Informar a la usuaria el momento en que inicia el procedimiento para la introducción del espejo mostrando la limpieza del instrumento que va a utilizar; introducirlo con la técnica correcta y visualizar el cuello uterino.
  - a. Se deberá realizar la valoración ginecológica a través de la inspección de los genitales externos e internos registrando los hallazgos en la nota clínica.

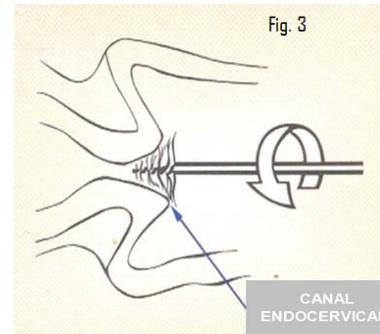


12. Si el orificio cervical esta obstruido con moco cervical, remover el exceso utilizando un hisopo de algodón aplicándolo suavemente sin frotar el tejido (Fig. 2).



13. Tomar el cepillo cuidando de no rozar con las cerdas ninguna superficie.

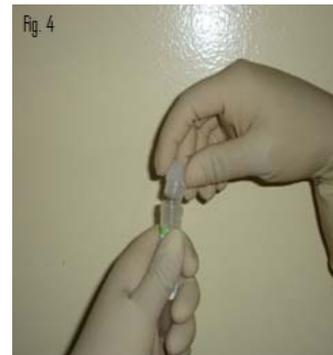
14. Insertar el cepillo en el orificio cervical a una profundidad de 1 a 1.5 cm. Sólo hasta que las cerdas externas más largas del cepillo toquen el exocervix (Fig. 3).



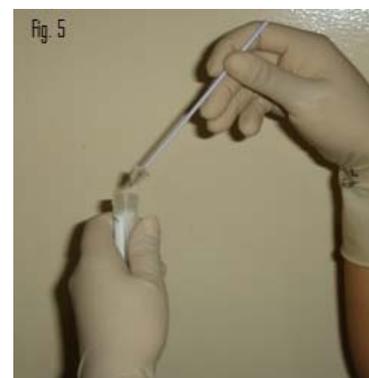
15. Hacer girar el cepillo 360° en sentido contrario a las manecillas del reloj (Fig. 3).

16. Retirar el cepillo del canal evitando el contacto entre las cerdas del cepillo y la ropa, la parte externa del tubo u otro objeto.

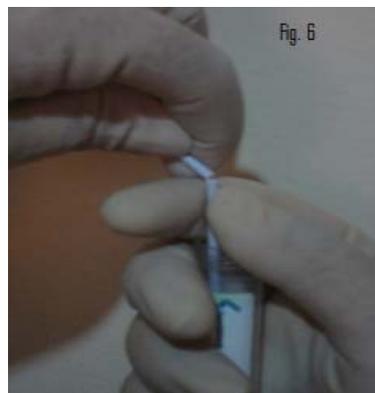
17. Retirar el tapón del tubo cuidando que no se derrame el líquido que contiene ni se contamine con talco ni otra substancia (Fig. 4).



18. Sostener firmemente el tubo con una mano e introducir el cepillo en el tubo sin tocar las paredes (Fig. 5).



19. Aplicar el dedo pulgar de la mano que sostiene el tubo a la altura de la muesca de ruptura y con la otra mano, ejercer palanca y romper el vástago exactamente en la muesca de ruptura y desechar el resto del vástago (Fig. 6).



20. Introducir el cepillo en el fondo con las cerdas dentro del medio líquido de transporte del tubo (Fig. 7).



21. Colocar nuevamente la tapa en el tubo y asegurar que esté herméticamente cerrado (Fig. 8).

a. Mantener el tubo con la muestra colectada, siempre en forma vertical.

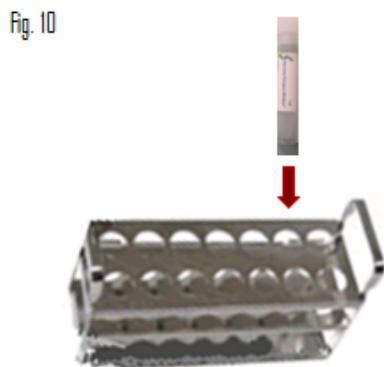


22. Mover el tubo de manera circular durante TRES segundos para homogeneizar la muestra, sin agitarlo (Fig. 9).



23. Asegurar el tubo en la gradilla de tránsito (Fig. 10).

a. Mantener el tubo con la muestra colectada, siempre en forma vertical.

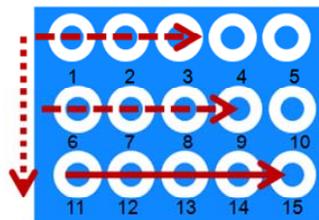


Imágenes tomadas del Material del Curso de Capacitación Nacional para la Introducción de la Muestra de Captura de Híbridos de la Dirección de Cáncer de la Mujer y Subdirección de Cáncer Cérvico Uterino, México: D.F., 2008 .

24. Retirar el espejo vaginal y ayudar a la mujer a descender de la mesa.
25. Pegar las etiquetas en :
  - a. Formato original: "Solicitud y Reporte del Resultado de la Prueba de Papiloma Virus".
  - b. Copia del Formato: "Solicitud y Reporte del Resultado de la Prueba de Papiloma Virus".
  - c. Tubo contenedor de la muestra.
26. Reincorporar el tubo a la gradilla.
27. Realizar la nota clínica de la toma de la muestra.
28. Enfatizar a la mujer la importancia de su regreso por el resultado en la fecha que se le indique.
29. Despedir amablemente a la usuaria.

#### Envío y transportación de la muestra

1. Almacenamiento de la muestra (después de la toma) en un envase secundario asegurando una temperatura adecuada hasta que la muestra sea trasladada a la jurisdicción sanitaria o al laboratorio.
  - a. Orden de almacenamiento: de izquierda a derecha y de atrás hacia adelante.
2. Elaboración del listado nominal (de las muestras tomadas (por fecha de toma).
3. Antes del traslado, revisión y aseguramiento de las muestras.
4. Traslado de las muestras (en envase secundario) a la jurisdicción o laboratorio correspondiente en un lapso no mayor de 7 días posteriores a la toma.



**De Izquierda a Derecha  
y de  
Atrás hacia Adelante**

#### Envase Secundario



### Conservación de la muestra

1. La muestra puede mantenerse a temperatura ambiente entre 15 y 30°C.
2. Si no se garantiza que la muestra se conserve entre 15 y 30°C, refrigerar a una temperatura entre 2 y 8°C.
3. Al sacarla del refrigerador, enviarla de inmediato en un maletín térmico, que contenga congelantes o hielo para mantener la muestra a una temperatura entre 4 y 8 °C. No se debe usar hielo seco, porque su efecto refrigerante es corto.

## ***Anexo C. Requerimientos para la nota clínica de detección oportuna de cáncer cérvico uterino***

### 1. Nota clínica para toma de prueba de tamizaje.

- Fecha y hora de la atención.
- Nombre y edad de la usuaria.
- Signos vitales.
- Prueba de detección a realizar (Citología cervical o prueba de VPH).
- Registro de factores de riesgo en caso de tenerlos.
- Registro de la inspección realizada en la exploración ginecológica:
  - Genitales externos.
  - Secreciones vaginales.
  - Aspecto de paredes vaginales.
  - Aspecto y características del cérvix.
- Registro del diagnóstico. En caso de haber observado anomalías anatómicas o secreciones anormales, registro de la interconsulta con el médico responsable (si corresponde) y diagnóstico clínico.
- Tratamiento (si corresponde):
  - Verificar alergias a medicamentos.
  - Nombre y presentación del medicamento indicado.
  - Posología indicada:
    - Vía
    - Dosis.
    - Horario.
    - Duración (en días).
- Registro de actividades de consejería.
- Fecha de próxima cita, según corresponda:
  - Para resultados de prueba de tamizaje.
  - Para seguimiento de tratamiento (en caso de requerirlo).
  - Para próxima prueba de tamizaje.
- Registro del nombre y firma de la persona que realizó la prueba de detección oportuna.
- Registro de datos completos en la libreta de toma de citologías.

### 2. Nota clínica para entrega de resultados y seguimiento:

- Fecha y hora de la atención.
- Nombre y edad de la usuaria.
- Signos vitales.

- Motivo de la consulta:
  - Entrega de resultados de prueba de tamizaje (para entrega de resultados de prueba de VPH el médico es el único facultado para entregarlos):
    - Resultado de la prueba.
    - Registro de actividades de consejería.
    - Para el caso de resultado citológico positivo a lesión, registrar los datos completos de la referencia a clínica de colposcopia (lugar, fecha y hora) y la cita para seguimiento en el centro de salud.
    - Fecha de próxima cita, según corresponda
  - Seguimiento (para aquellas que se encuentren en tratamiento en clínica de colposcopia)
    - Diagnóstico colposcópico y manejo actual.
    - Fecha de próxima cita en clínica de colposcopia.
    - Fecha de próxima cita en el centro de salud para seguimiento.
    - En caso de visita domiciliaria, registrar el motivo de la visita y el resultado de la visita.
- Nombre y firma de quien proporcionó la atención.
- El formato original de la solicitud de prueba de tamizaje deberá anexarse al expediente.

3. Usuaris de 25-64 años de edad que solicitan consulta médica no relacionada con el programa de detección oportuna de cáncer cérvico uterino:

Además de las actividades de Línea de Vida correspondientes, deberá registrarse en la nota médica si la paciente tiene algún factor de riesgo para CaCu y si se ofreció alguna prueba de tamizaje; si la aceptó, indicar la notificación al personal de enfermería y el pase al área de citología; en caso de que la paciente no acepte, registrar el motivo y ofrecer una cita tentativa para toma de muestra la cual también deberá registrarse.

Con la finalidad de tener un cumplimiento satisfactorio en las coberturas de detección, se recomienda involucrar a todo el personal médico y de enfermería en las actividades de promoción y detección al igual que informar a todos las metas a cumplir y los logros mensuales con la finalidad de establecer estrategias de búsqueda intencionada de usuarias candidatas a pruebas de tamizaje.

### ***Anexo D. Consejería.***

Toda consulta derivada del Programa de Cáncer Cérvico Uterino debe ir acompañada de la consejería como una acción primordial. Se debe proporcionar información, orientación, asesoría y aclarar dudas a la mujer y sus familiares.

La consejería debe:

- Explorar la expresión de sentimientos de la mujer como angustia, temor, ambivalencia, depresión, ira y negación como parte integral de la atención médica.
- Hacer énfasis en la efectividad y limitaciones que tienen la detección oportuna, el diagnóstico y el tratamiento, considerando la particularidad de cada caso. Es importante enfatizar en la responsabilidad compartida de la mujer con el personal de salud en el éxito del tratamiento a través de su participación activa.
- Garantizar a la mujer y a sus familiares el carácter privado y confidencial de la información que proporcione para favorecer la comunicación con absoluta confianza y libertad.
- Asegurar que la decisión de realizarse la citología cervical sea libre, informada y basada en los principios de respeto, voluntariedad e imparcialidad de la orientación y se debe enfatizar que la toma de decisión sobre el tratamiento sea apoyada en el consentimiento informado.
- Asesorar a los padres o tutores de mujeres menores de edad sobre las vacunas profilácticas para la infección por el VPH.
- Ser proporcionada por personal de salud que haya recibido capacitación específica y debe estar ampliamente informado sobre la prevención, detección y tratamiento de las lesiones precursoras y cáncer cérvico uterino.
- Impartirse en las diferentes oportunidades de consulta o visita que la usuaria haga al personal de salud o al servicio.

Se debe tener especial interés en proporcionar consejería a mujeres que:

- Nunca se hayan realizado la detección
- Presenten los factores de riesgo asociados a cáncer cérvico uterino
- Acudan a la clínica de colposcopia
- Tengan hijas menores de edad
- No hayan iniciado vida sexual

## 9. DEFINICIONES OPERATIVAS.

**Cáncer:** Tumor maligno originado por la pérdida del control del crecimiento y división de las células que puede invadir y destruir estructuras adyacentes y propagarse a sitios alejados y tener como resultado la muerte.

**Cáncer Cérvico Uterino:** Es el crecimiento o carcinoma del cuello uterino, incluye las neoplasias malignas que se desarrollan en la porción fibromuscular inferior del útero que se proyecta dentro de la vagina.

**Captura de híbridos:** Prueba biomolecular, basada en la amplificación de la señal de híbridos en solución, in vitro, para detectar blancos de DNA o RNA.

**Cérvix:** Es el cuello del útero o matriz, está situado en la parte superior de la vagina. Tiene el aspecto de un cilindro y dos orificios: uno interno que se comunica con la cavidad uterina y el externo que comunica con la vagina, y que se aprecia al colocar un espejo vaginal; ambos están unidos por el canal endocervical.

**Citología cervical:** Estudio que se realiza mediante la observación y análisis de una muestra de células del endocérvix y exocérvix a través de un microscopio, para determinar cambios o alteraciones en la anatomía y fisiología de las células. También conocida como Prueba de Papanicolaou.

**Cobertura de detección:** Es el porcentaje de mujeres del grupo blanco a las que se les ha realizado la detección en el período establecido.

**Colposcopia:** Procedimiento exploratorio instrumentado estereoscópico, en el que se emplea un aparato con sistemas ópticos de aumento, a través del cual se puede observar el tracto genital inferior y ano, visualizándose las condiciones de su epitelio y al cual se le pueden aplicar distintas sustancias como solución fisiológica, ácido acético diluido, yodo Lugol u otras con fines de orientación diagnóstica.

**Consejería:** Proceso de información y comunicación entre el prestador de servicios y la usuaria.

**Detección oportuna:** Uso de métodos que permiten el diagnóstico de una enfermedad determinada en una etapa inicial, con el objetivo de disminuir la tasa de mortalidad asociada.

**Diagnóstico:** Es el resultado del análisis de una situación, con el fin de solucionar los problemas identificados.

**Factor de riesgo:** Condición particular que incrementa la probabilidad de desarrollar una patología.

**Histerectomía:** Intervención quirúrgica para extirpar totalmente el útero por vía vaginal o abdominal.

**Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (LEIBG):** Incluye los cambios celulares asociados al efecto citopático de la infección por virus del papiloma humano (conocida como atipia coilocítica), restringida generalmente a las capas superficiales. Se incluye en estas lesiones a la displasia leve/ NIC 1.

**Lesión escamosa intraepitelial de alto grado (LEIAG):** Cambios celulares que abarcan dos tercios o más del espesor del epitelio escamoso. Corresponden a este tipo de lesiones las identificadas como displasia moderada, grave y cáncer in situ/ NIC 2-3.

**Líneas de acción:** Situación encaminada a alcanzar los objetivos marcados por la estrategia.

**Norma Oficial Mexicana:** Regulación técnica de observancia obligatoria expedida por las dependencias competentes, que establece reglas, especificaciones, atributos, directrices, características o prescripciones aplicables a un producto, proceso, instalación, sistema, actividad, servicio o método de producción u operación, así como aquellas relativas a terminología, simbología, embalaje, marcado o etiquetado y las que se refieran a su cumplimiento o aplicación.

**Prevención:** Actividades que permiten a las personas tener estilos de vida saludables y faculta a las comunidades a crear y consolidar ambientes donde se promueve la salud y se reduce los riesgos de enfermedad.

**Promoción:** Acciones de educación e información en salud, dirigidas a la modificación de comportamientos, para el logro de estilos de vida saludables.

**Tamizaje:** Prueba de detección masiva realizada de manera intencionada con el objeto de identificar oportunamente individuos con una enfermedad o trastorno de salud específico.

**Vacuna VPH:** Vacuna tetravalente o bivalente diseñada para prevenir la infección por los VPH de alto riesgo 16 y 18 (causa de alrededor de 70% del cáncer cérvico uterino); su mayor efectividad se presenta cuando se aplica a niñas a partir de los 9 años y adolescentes que no han iniciado vida sexual.

**Virus del Papiloma Humano:** Microorganismos pertenecientes a la familia de los *Papillomaviridae*, infectan la piel y las mucosas pudiendo producir tumores epiteliales benignos o malignos, varían en su tropismo tisular, su asociación con distintas lesiones y su potencial oncogénico.

## 10. SÍMBOLOS Y ABREVIATURAS

**ASCUS:** Atipia de células escamosas de significado indeterminado.

**AGUS:** Atipia de células glandulares de significado indeterminado.

**CS:** Centro de salud

**DO:** Detección oportuna

**DOC:** Detección Oportuna de Cáncer cérvico uterino.

**FR:** Factores de riesgo

**LEIBG:** Lesión Escamosa Intraepitelial de bajo grado.

**LEIAG:** Lesión Escamosa Intraepitelial de alto grado.

**NOM:** Norma Oficial Mexicana

**VIH:** Virus de Inmunodeficiencia Humana

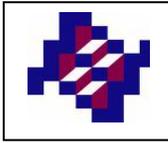
**VPH:** Virus del Papiloma Humano

## 11. BIBLIOGRAFÍA

3. Secretaría de salud. Prevención y Detección Oportuna del Cáncer Cérvico Uterino en el Primer Nivel de Atención. Guía de Práctica Clínica, México: Secretaría de Salud; 2008.
4. Instituto Mexicano del Seguro Social. Prevención y Detección Oportuna del Cáncer Cérvico Uterino en el Primer Nivel de Atención. Guía de Práctica Clínica, México: IMSS; 2009.
5. Instituto Mexicano del Seguro Social. Prevención y Detección Oportuna del Cáncer Cérvico Uterino en el Primer Nivel de Atención. Guía de Referencia Rápida, México: IMSS; 2009.
6. Secretaría de Salud. Cáncer Cérvico Uterino. Programa de Acción Específico 2007-2012, México: Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud; 2008.
7. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, para la “Prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino”, Diario Oficial de la Federación; mayo 2007.
8. Secretaría de Salud. Prevención del cáncer cérvico uterino. Guía Técnica para Promotores de Salud. Redes de Apoyo. México: Dirección General de Promoción de la Salud; 2009.
9. Secretaría de Salud. Intervenciones de enfermería para la prevención del cáncer cérvico uterino (CaCu). Boletín de información Científica para el Cuidado en Enfermería, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2007.
10. Secretaría de Salud. Prevención del cáncer cérvico uterino. Boletín de Práctica Médica Efectiva, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2007.
11. Secretaría de Salud. Manual de Procedimientos para la Toma de la Muestra de Citología Cervical, México: Centro Nacional de Equidad de género y Salud Reproductiva; 2006.
12. Secretaría de salud. Manual de Consejería en cáncer Cérvico Uterino, México: Centro Nacional de Equidad de Género y salud Reproductiva; 2007.
13. Secretaría de Salud. Manual para la prevención y promoción de la salud durante la línea de vida, México: Secretaría de Salud.
14. Secretaría de Salud. Norma oficial Mexicana NOM.168-SSA, del Expediente Clínico, Diarios Oficial de la Federación; 1998.
15. CENETEC. Manual para la Elaboración de Guías de Referencia Rápida, México: Secretaría de Salud; 2010.

16. CENETEC. Metodología para la Integración de Guías de Práctica Clínica, México: Secretaría de Salud; 2007.
  
17. Subdirección de Cáncer Cérvico Uterino. Carpeta con material múltiple para Curso de Capacitación Nacional para la Implementación de la Prueba de VPH en los Estados, México; D.F., 2008.

## **Anexo 11. Preguntas clave para evaluar el conocimiento del personal referente al programa de DOC.**



**INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA  
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO**

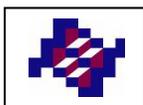
**MEJORA DEL PROCESO DE ATENCIÓN PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO EN EL CENTRO DE SALUD DE SANTA MA. AHUACATITLAN, MOR., 2010.**

### **SESIÓN 1: Fortalecimiento del conocimiento del Programa de DOC**

Preguntas Clave:

1. Menciona la importancia del cáncer cérvico uterino
2. ¿Qué origina el cáncer cérvico uterino (etiología)?
3. ¿Qué es el VPH y cómo se adquiere?
4. ¿Todos los virus de papiloma ocasionan cáncer cérvico uterino? Si/No ¿Cuáles?
5. ¿Todas las infecciones por VPH ocasionan CaCu?
6. La infección por VPH es suficiente para desarrollar CaCu?
7. Menciona cuál es la NOM para la prevención de CaCu
8. De acuerdo a la NOM, ¿Cuáles son las acciones de prevención para CaCu?
9. ¿Existe algún grupo etario específico al que estén dirigidas las acciones de DOC (menciónalo)?
10. ¿Cuáles son los Factores de Riesgo para CaCu según la NOM?
11. Menciona los métodos de tamizaje para CaCu
12. ¿A qué edad se debe iniciar y terminar el tamizaje para CaCu?
13. ¿A qué mujeres se les debe hacer la citología cervical?
14. ¿Con qué frecuencia está indicada la citología cervical?
15. ¿A qué mujeres se le puede practicar una prueba de VPH y con qué frecuencia?
16. ¿Qué se debe hacer con un resultado positivo a la prueba de VPH?
17. ¿Qué se debe hacer con un resultado negativo a la prueba de VPH?
18. ¿La presencia de VPH indica infidelidad?
- Respecto a la frecuencia de tamizaje con citología cervical, cuál es la conducta a seguir en mujeres con las siguientes condiciones:
  19. Inmunodeprimidas
  20. Embarazadas
  21. Histerectomía (subtotal y total)
  22. Que tienen vacuna contra VPH

## Anexo 12. Rúbrica para evaluación de conocimientos del programa de DOC.



### INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO

#### RÚBRICA PARA MEDIR NIVEL DE CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL DE SALUD RESPECTO AL CÁNCER CÉRVICO UTERINO Y EL PROGRAMA DE DETECCIÓN OPORTUNA

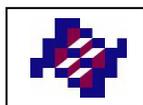
En la sesión 1 del taller, se incluyen 22 preguntas claves para medir el nivel de conocimientos que tiene el personal de los aspectos generales del cáncer cérvico uterino y de la normatividad y lineamientos correspondientes.

El nivel de conocimiento se establecerá como: Alto, para una puntuación igual o mayor a 18; Medio, para una puntuación de 14 a 17; y Bajo, para una puntuación igual o menor a 13.

En la siguiente tabla se describen las respuestas que se tomarán como correctas para cada reactivo.

REACTIVO	RÚBRICA
1. Menciona la importancia del cáncer cérvico uterino	Se tomará como correcta si responde al menos la 1a opción. 2° lugar de mortalidad por neoplasia en mujeres Curable si se detecta oportunamente Es prevenible
2. ¿Qué origina el cáncer cérvico uterino (etiología)?	El Virus del Papiloma Humano
3. ¿Qué es el VPH y cómo se adquiere?	Se tomará como correcta si responde al menos lo siguiente: Es un virus/infección que ocasiona CaCu y se adquiere por transmisión sexual
4. ¿Todos los virus de papiloma ocasionan cáncer cérvico uterino? Si/No ¿Cuáles?	No, los de mayor riesgo para CaCu son el 16 y el 18
5. ¿Todas las infecciones por VPH ocasionan CaCu?	No, las infecciones persistentes por virus del VPH 16 y 18 son las que pueden evolucionar a CaCu
6. La infección por VPH es suficiente para desarrollar CaCu?	No, la infección por VPH (de alto riesgo) es necesaria pero no suficiente
7. Menciona cuál es la NOM para la prevención de CaCu	NOM-014
8. De acuerdo a la NOM, ¿Cuáles son las acciones de prevención para CaCu?	Menciona: -Educación para disminución de riesgos -Promoción para detección -Detección oportuna con pruebas de tamizaje -Vacunación
9. ¿Existe algún grupo etario específico al que estén dirigidas las acciones de DOC (menciónalo)?	Mujeres de 25 a 64 años de edad
10. ¿Cuáles son los Factores de Riesgo para CaCu según la NOM?	Menciona 8 o más, refiriendo entre ellos los 4 primeros: -Edad de 25 a 64 años -IVSA antes de los 18 años -Infección por VPH -Nunca haberse realizado una prueba de detección -Múltiples parejas sexuales -Antecedentes de ETS -Tabaquismo -Desnutrición -Deficiencia de antioxidantes -Paciente con inmuno-deficiencias
11. Menciona los métodos de tamizaje para CaCu	Citología cervical y Captura de híbridos (prueba de VPH)
12. ¿A qué edad se debe iniciar y terminar el tamizaje para CaCu?	Iniciar a los 25 años de edad o a los 3 años posteriores del inicio de vida sexual Terminar a los 65 años siempre se tengan 3 o más tamizajes negativos en los últimos 10 años
13. ¿A qué mujeres se les debe hacer la citología cervical?	Mujeres de 25 a 64 años de edad o de 25 a 34 años si se cuenta con prueba de VPH
14. ¿Con qué frecuencia está indicada la citología cervical?	Cada 3 años después de 2 citologías anuales negativas consecutivas
15. ¿A qué mujeres se le puede practicar una prueba de VPH y con qué frecuencia?	Mujeres de 35 a 64 años de edad, que no estén embarazadas y sin hemorragia ni tratamiento vaginal
16. ¿Qué se debe hacer con un resultado positivo a la prueba de VPH?	Realizar citología cervical, si el resultado es negativo repetir ambas pruebas en 1 año
17. ¿Qué se debe hacer con un resultado negativo a la prueba de VPH?	Repetir prueba de VPH en 5 años
18. ¿La presencia de VPH indica infidelidad?	No
➤ Respecto a la frecuencia de tamizaje con citología cervical, cuál es la conducta a seguir en mujeres con las siguientes condiciones:	
19. Inmunodeprimidas	Citología cervical cada 6 meses
20. Embarazadas	Igual que para mujeres no embarazadas
21. Histerectomía (subtotal y total)	Si fue por lesiones de alto grado: Anual No relacionada con lesiones de alto grado: Se suspende tamizaje para histerectomía total y para la subtotal continua con tamizaje normal
22. Que tienen vacuna contra VPH	Tamizaje normal (cada 3 años después de 2 resultados negativos anuales consecutivos)

### Anexo 13. Resultados de la evaluación del nivel de conocimiento del programa de DOC.



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA  
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO

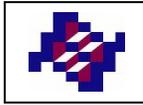
MEJORA DEL PROCESO DE ATENCIÓN PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO EN EL CENTRO DE SALUD DE SANTA MA. AHUACATITLAN, MOR., 2010.

RESULTADOS DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL DE SALUD RESPECTO AL CÁNCER CÉRVICO UTERINO Y EL PROGRAMA DE DOC									
REACTIVO	RÚBRICA	OBSERVACIONES							TOTAL
		1	2	3	4	5	6	7	
1. Menciona la importancia del cáncer cérvico uterino	Se tomará como correcta si responde al menos la 1a opción. 2º lugar de mortalidad por neoplasia en mujeres Curable si se detecta oportunamente Es prevenible	NA	0.5	0.5	0.5	0.5	PV	0	2
2. ¿Qué origina el cáncer cérvico uterino (etiología)?	El Virus del Papiloma Humano	NA	1	0	0	0	PV	0	1
3. ¿Qué es el VPH y cómo se adquiere?	Se tomará como correcta si responde al menos lo siguiente: Es un virus/infección que ocasiona CaCu y se adquiere por transmisión sexual	NA	1	0.5	0.5	0.5	PV	0.5	3
4. ¿Todos los virus de papiloma ocasionan cáncer cérvico uterino? Si/No ¿Cuáles?	No, los de mayor riesgo para CaCu son el 16 y el 18	NA	0	0	0	0	PV	0	0
5. ¿Todas las infecciones por VPH ocasionan CaCu?	No, las infecciones persistentes por virus del VPH 16 y 18 son las que pueden evolucionar a CaCu	NA	0	0	0	0	PV	0	0
6. La infección por VPH es suficiente para desarrollar CaCu?	No, la infección por VPH (de alto riesgo) es necesaria pero no suficiente	NA	0	0	0	0	PV	0	0
7. Menciona cuál es la NOM para la prevención de CaCu	NOM-014	NA	0	0	0	0	PV	0	0
8. De acuerdo a la NOM, ¿Cuáles son las acciones de prevención para CaCu?	Menciona: -Educación para disminución de riesgos -Promoción para detección -Detección oportuna con pruebas de tamizaje -Vacunación	NA	0.5	0.5	0.5	0	PV	0.5	2
9. ¿Existe algún grupo etario específico al que estén dirigidas las acciones de DOC (menciónalo)?	Mujeres de 25 a 64 años de edad	NA	0	0	0	0	PV	0	0
10. ¿Cuáles son los Factores de Riesgo para CaCu según la NOM?	Menciona 8 o más, refiriendo entre ellos los 4 primeros: -Edad de 25 a 64 años -IVSA antes de los 18 años -infección por VPH -Nunca haberse realizado una prueba de detección -Múltiples parejas sexuales -Antecedentes de ETS -Tabaquismo -Desnutrición -Deficiencia de antioxidantes -Paciente con inmuno-deficiencias	NA	0	0	0	0	PV	0	0
11. Menciona los métodos de tamizaje para CaCu	Citología cervical y Captura de híbridos (prueba de VPH)	NA	1	0.5	1	0.5	PV	0.5	3.5
12. ¿A qué edad se debe iniciar y terminar el tamizaje para CaCu?	Iniciar a los 25 años de edad o a los 3 años posteriores del inicio de vida sexual Terminar a los 65 años siempre se tengan 3 o más tamizajes negativos en los últimos 10 años	NA	0	0	0	0	PV	0	0
13. ¿A qué mujeres se les debe hacer la citología cervical?	Mujeres de 25 a 64 años de edad o de 25 a 34 años si se cuenta con prueba de VPH	NA	0	0	0	0	PV	0	0
14. ¿Con qué frecuencia está indicada la citología cervical?	Cada 3 años después de 2 citologías anuales negativas consecutivas	NA	0	0	0.5	0	PV	0	0.5
15. ¿A qué mujeres se le puede practicar una prueba de VPH y con qué frecuencia?	Mujeres de 35 a 64 años de edad, que no estén embarazadas y sin hemorragia ni tratamiento vaginal	NA	0	0	0	0	PV	0	0
16. ¿Qué se debe hacer con un resultado positivo a la prueba de VPH?	Realizar citología cervical, si el resultado es negativo repetir ambas pruebas en 1 año	NA	0	0	0	0	PV	0	0
17. ¿Qué se debe hacer con un resultado negativo a la prueba de VPH?	Repetir prueba de VPH en 5 años	NA	0	0	0	0	PV	0	0
18. ¿La presencia de VPH indica infidelidad?	No	NA	1	1	0	0	PV	1	3
➤ Respecto a la frecuencia de tamizaje con citología cervical, cuál es la conducta a seguir en mujeres con las siguientes condiciones:									
19. Inmunodeprimidas	Citología cervical cada 6 meses	NA	1	0	0	0	PV	0	1
20. Embarazadas	Igual que para mujeres no embarazadas	NA	0	0	0	0	PV	0	0
21. Histerectomía (subtotal y total)	Si fue por lesiones de alto grado: Anual No relacionada con lesiones de alto grado: Se suspende tamizaje para histerectomía total y para la subtotal continua con tamizaje normal	NA	0	0	0	0	PV	0	0
22. Que tienen vacuna contra VPH	Tamizaje normal (cada 3 años después de 2 resultados negativos anuales consecutivos)	NA	0	0	0	0	PV	0	0
<b>PUNTAJE TOTAL</b>		0	6	3	3	1.5	0	2.5	3.2
		%	0%	27%	14%	14%	7%	0%	11%

NA: No aplicó  
PV: Periodo vacacional

Fuente: Hoja de respuestas Pre-test

**Anexo 14. Propuesta de mejora para los procesos de atención del programa de DOC en el CS de SMA.**



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA  
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO

MEJORA DEL PROCESO DE ATENCIÓN PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO EN EL CENTRO DE SALUD DE SANTA MA. AHUACATITLAN, MOR., 2010.

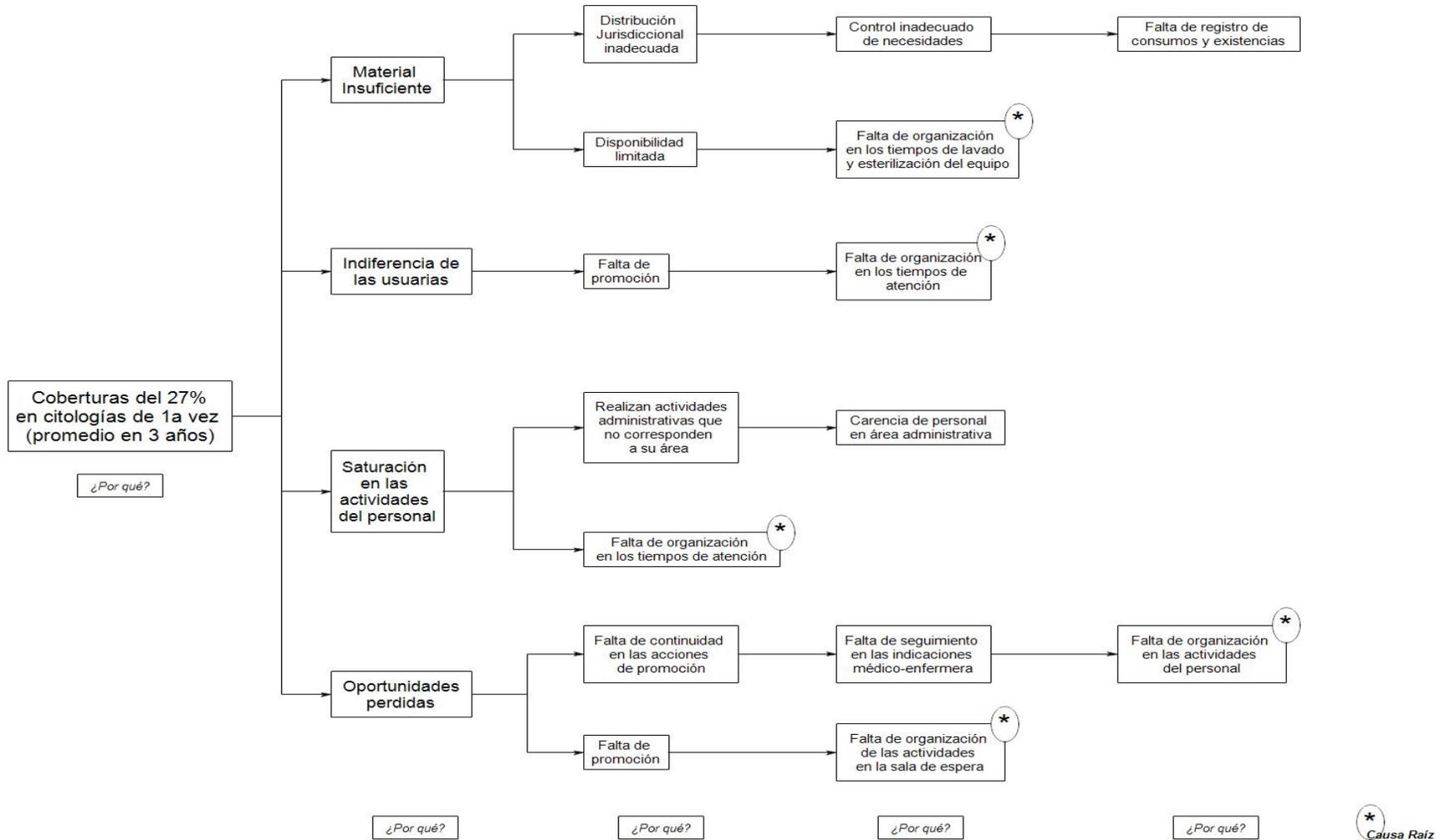
**PROPUESTA DE MEJORA PARA LOS PROCESOS DEL PROGRAMA DE DOC  
EN EL CS DE SMA**

Esta propuesta se encuentra integrada por los siguientes apartados:

1. Análisis de causas
2. Análisis de soluciones
3. Propuestas iniciales
4. Propuestas finales
5. Descripción de procesos
  - a. Consultorio médico
  - b. Sala de espera
  - c. Área de citologías
6. Cartas de procesos
  - a. Promoción de la citología cervical en el consultorio médico
  - b. Promoción de la citología cervical en la sala de espera
  - c. Actividades en el área de citologías
7. Indicadores de cumplimiento

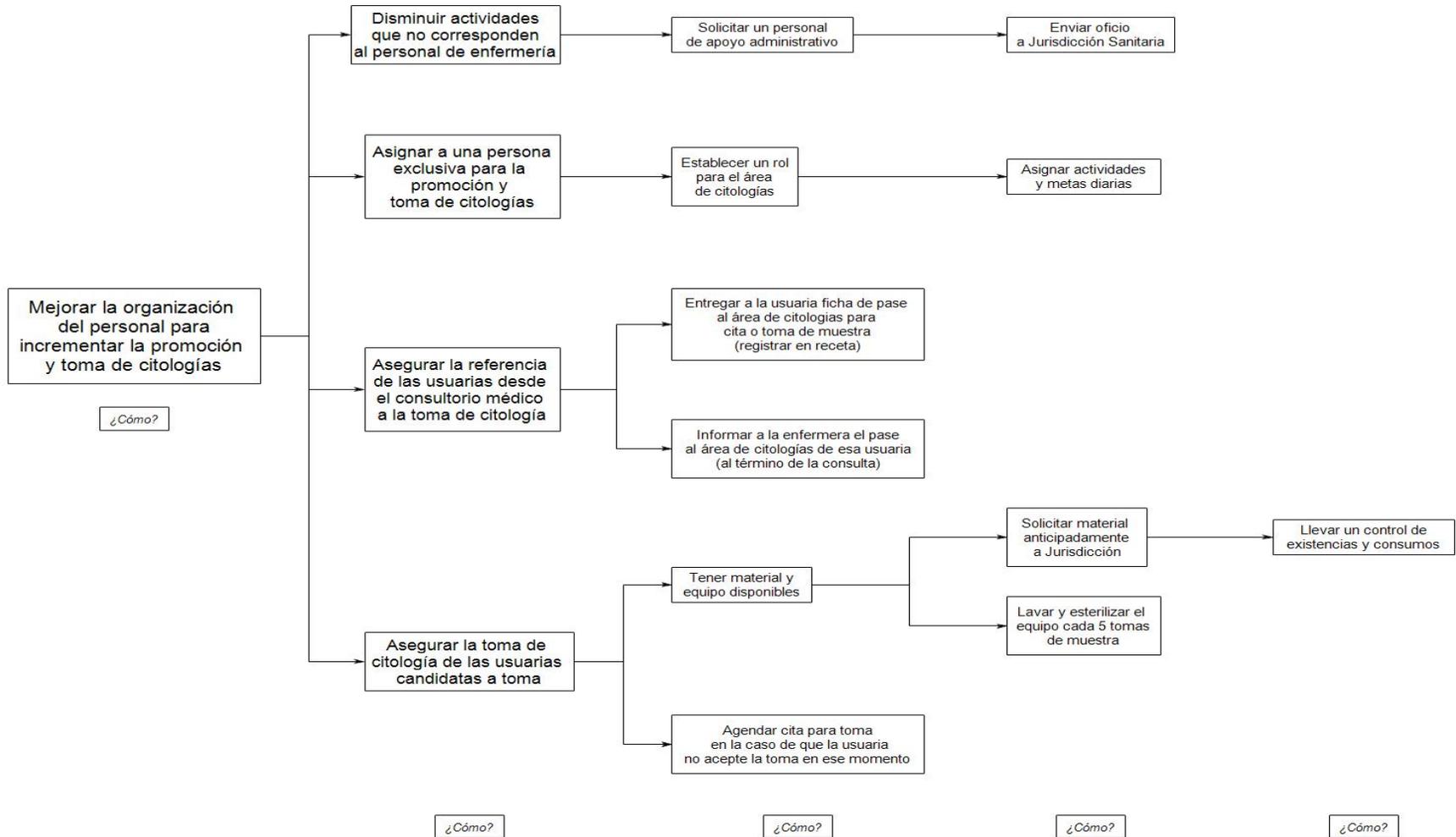
## Anexo 14-1. Análisis de causas.

### 1. ANÁLISIS DE CAUSAS



## Anexo 14-2. Análisis de soluciones.

### 2. ANÁLISIS DE SOLUCIONES



### **Anexo 14-3. Propuestas iniciales.**

**Propuestas para:** Mejorar la organización del personal para incrementar la promoción y toma de citologías

Validación y consenso de las propuestas

<b>3. PROPUESTAS INICIALES</b>
<p>A) CONSULTORIO MÉDICO</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Identificar el grupo de riesgo (Mujeres de 25 a 64 años de edad).</li><li>2. Identificar factores de riesgo para CaCu.</li><li>3. Determinar si corresponde toma de citología.</li><li>4. Ofrecer toma de citología.</li><li>5. Otorgar una ficha a la usuaria para que al salir de la consulta pase con el personal de enfermería a solicitar toma de citología.</li><li>6. Registrar las acciones de promoción en el expediente.</li><li>7. Registrar el pase a citología en la hoja diaria.</li></ol> <p>B) SALA DE ESPERA</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Búsqueda intencionada de mujeres de 25-64 años de edad.</li><li>2. Preguntar fecha de último Papanicolaou.</li><li>3. Brindar orientación respecto a la importancia del Cáncer Cérvico Uterino y la Detección Oportuna.</li><li>4. Ofrecer toma de Pap.</li></ol> <p>C) ÁREA DE CITOLOGÍAS</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Establecer Rol del servicio.</li><li>2. Determinar # Citologías a realizar / día (Mínimo 10 con especial atención a las de 1ª vez en la vida o 1ª vez después de 3 años).</li><li>3. Llevar una agenda de citas: Para usuarias que no acepten toma de citología el mismo día. La agenda contará con los siguientes rubros:<ol style="list-style-type: none"><li>a. Nombre</li><li>b. Edad</li><li>c. Médico que refiere</li><li>d. Fecha de referencia</li><li>e. Fecha de cita</li><li>f. Invitada de la usuaria (con la finalidad de incrementar el número de citologías se le pedirá a la usuaria invite a una mujer cercana a ella para que se realice la detección).</li><li>g. Estado de Citología: Realizada, Reagendada, No acudió, cancelada...</li></ol></li><li>4. Nota de toma de Pap. Con las observaciones de la exploración ginecológica especificar si se trata de usuaria referida de la consulta y el médico que realizó la promoción.</li><li>5. Lavado y esterilización del equipo cada 5 tomas.</li><li>6. Retroalimentación semanal al médico del número de usuarias referidas / número de citologías tomadas / número de citas programadas.</li><li>7. Para las usuarias cuya citología sea de 1ª vez en la vida o 1ª vez después de 3 años, asegurar la toma de muestra en el momento (NO DIFERIR).</li><li>8. Tablero de control por día: # Citologías a realizar por día / # Citologías tomadas por día (Meta / Logro).</li></ol>

## **Anexo 14-4. Propuestas finales**

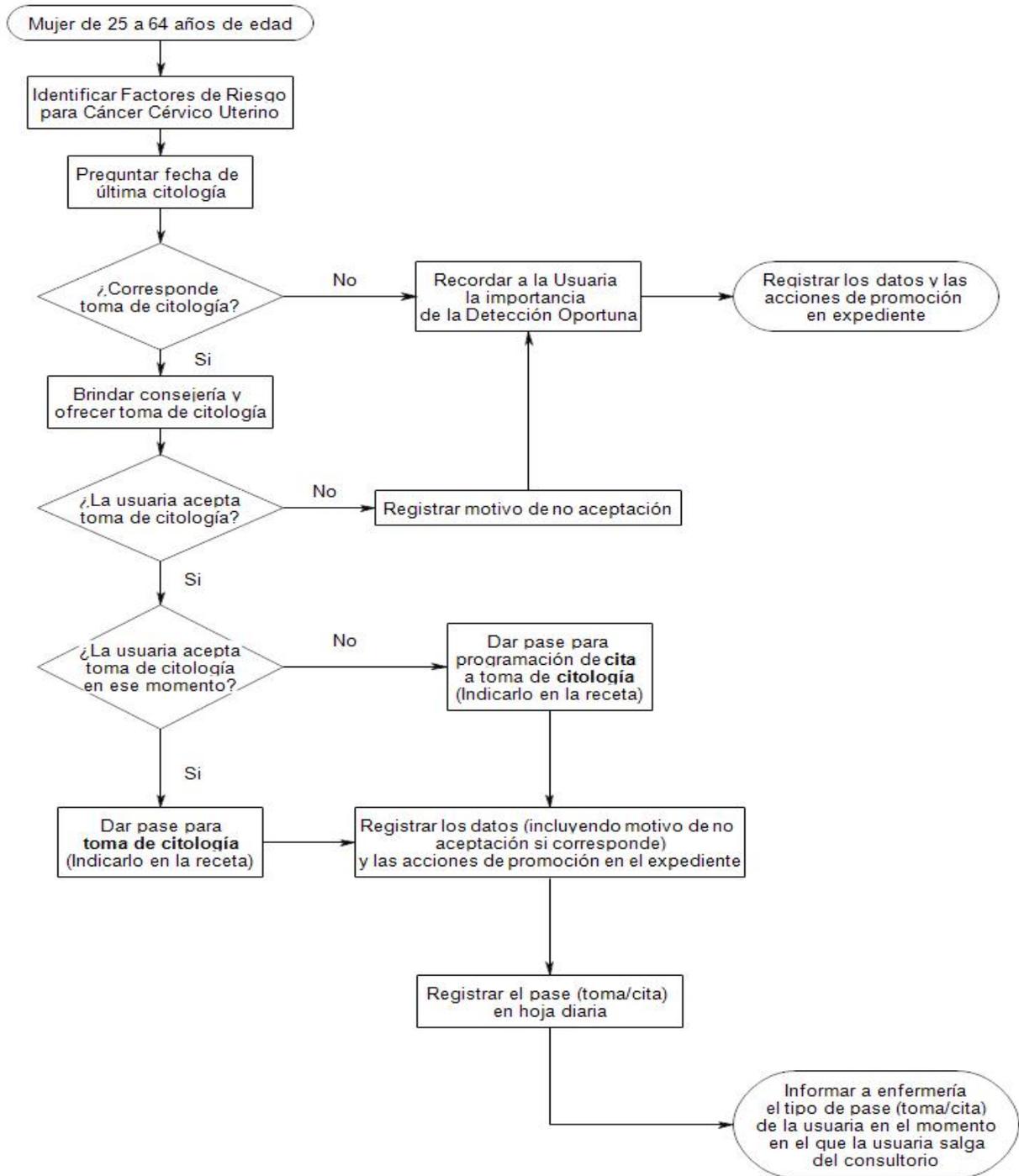
### **4. PROPUESTAS FINALES**

- A) CONSULTORIO MÉDICO: Cada médico referirá a 2 usuarias por día (las 2 primeras de la consulta) prestando especial atención a aquellas usuarias que sean de 1ª vez para toma de citología o 1ª vez después de 3 años. La promoción terminará cuando cada médico cumpla con las 2 referencias (está acción limitará la promoción de la citología durante el resto del día y se seguirá teniendo un número considerable de oportunidades perdidas).
1. Identificar el grupo de riesgo (Mujeres de 25 a 64 años de edad).
  2. Identificar factores de riesgo para CaCu.
  3. Determinar si corresponde toma de citología.
  4. Ofrecer toma de citología.
  5. Se registrará en la receta médica el pase de la usuaria a toma de citología.
  6. Al terminar la consulta el médico saldrá con la usuaria para informar verbalmente a enfermería la toma de citología de la usuaria y de ser necesario, el médico llevará a la usuaria al área de citologías.
  7. Registrar las acciones de promoción y pase de la usuaria a toma de citología en el expediente.
  8. El registro en la hoja diaria se descarta por cuestiones del tiempo que se tiene disponible para cada consulta.
- B) SALA DE ESPERA
1. Las actividades en la sala de espera se limitarán a las pláticas programas para las usuarias que cuenten con el Programa de oportunidades.
- C) ÁREA DE CITOLOGÍAS
1. El Rol del área de citologías se dará a conocer de forma verbal por la responsable de enfermería del centro de salud, misma que determinó que se trabajará de la siguiente manera:
    - Mayo: EPSS Wendy
    - Junio: EPSS Minerva
    - Julio: Enf. Guadalupe
  2. El número de citologías a realizar por día serán 3 de 1ª vez o 1ª vez después de 3 años. Para las citologías subsecuentes no se aceptó fijar una meta diaria argumentando que de acuerdo a las actividades programadas y por indicaciones de la Dir. del centro de salud, durante el mes de mayo se citarán a todas las mujeres del Programa de Oportunidades para toma de citología con lo que esperan cumplir la meta anual en un mes (es de destacar que esta acción limitará la promoción de citologías durante el resto del año).
  3. El uso de agenda se descartó refiriendo que por indicaciones de la Dirección de Servicios de Salud quedó prohibido el manejo de citas.
  4. Nota de toma de Pap. con las observaciones de la exploración ginecológica especificar si se trata de usuaria referida de la consulta y el médico que realizó la promoción.
  5. El lavado y esterilización del equipo para toma de muestra se realizará al final del turno.
  6. La retroalimentación para el médico de descarta por considerar que se tendría que invertir tiempo en esta actividad y que para el médico no tiene relevancia. Además de que no se contaría con la papelería para llevar el registro.
  7. Para las usuarias cuya citología sea de 1ª vez en la vida o 1ª vez después de 3 años, asegurar la toma de muestra en el momento (NO DIFERIR).
  8. Tablero de control por día: Se descarta refiriendo que no cuentan con el material para su elaboración y que implicaría dedicar tiempo a esta actividad.
- D) FECHA DE INICIO: 29 de abril de 2011.

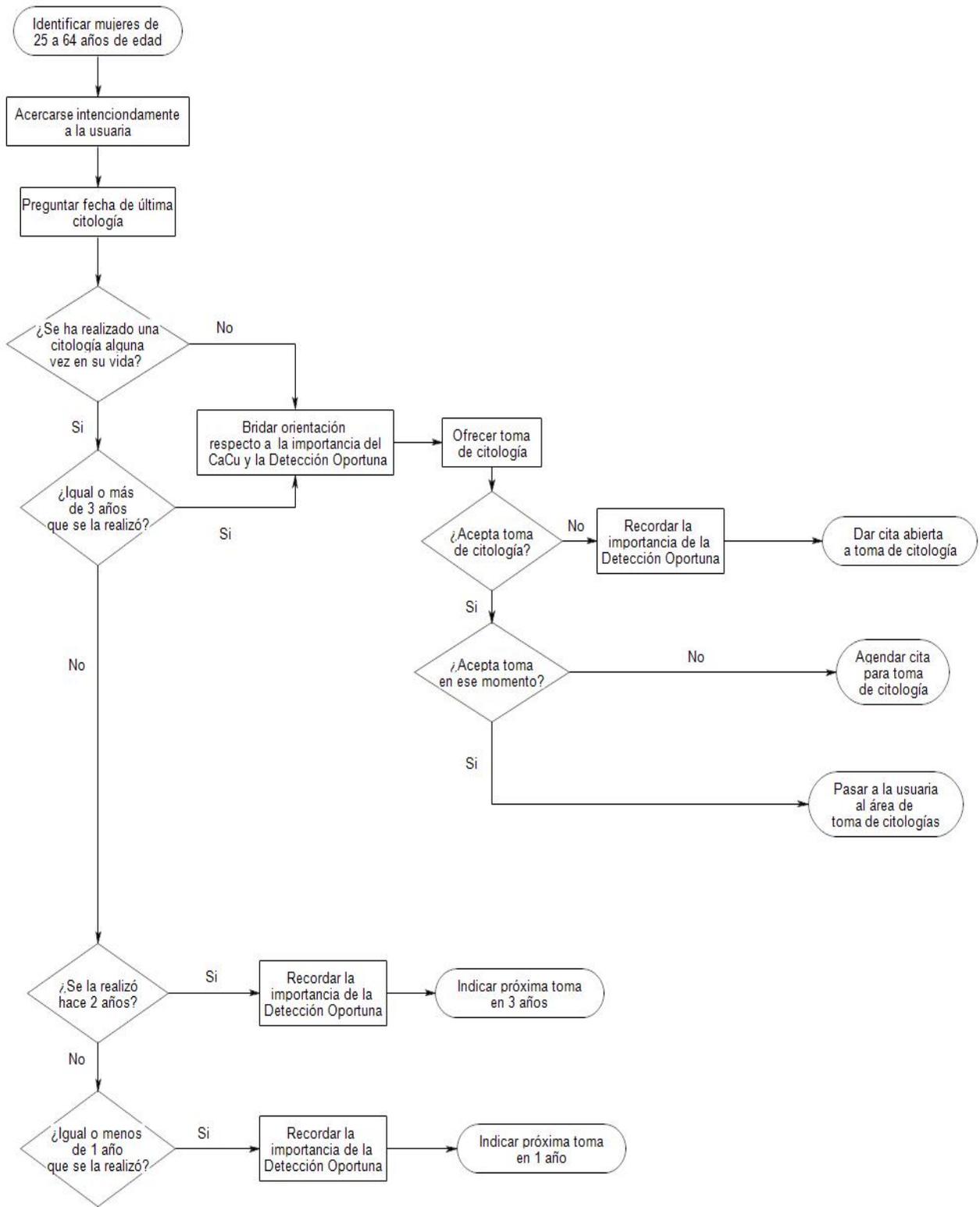
## Anexo 14-5. Descripción de los procesos

### 5. DESCRIPCIÓN DE PROCESOS

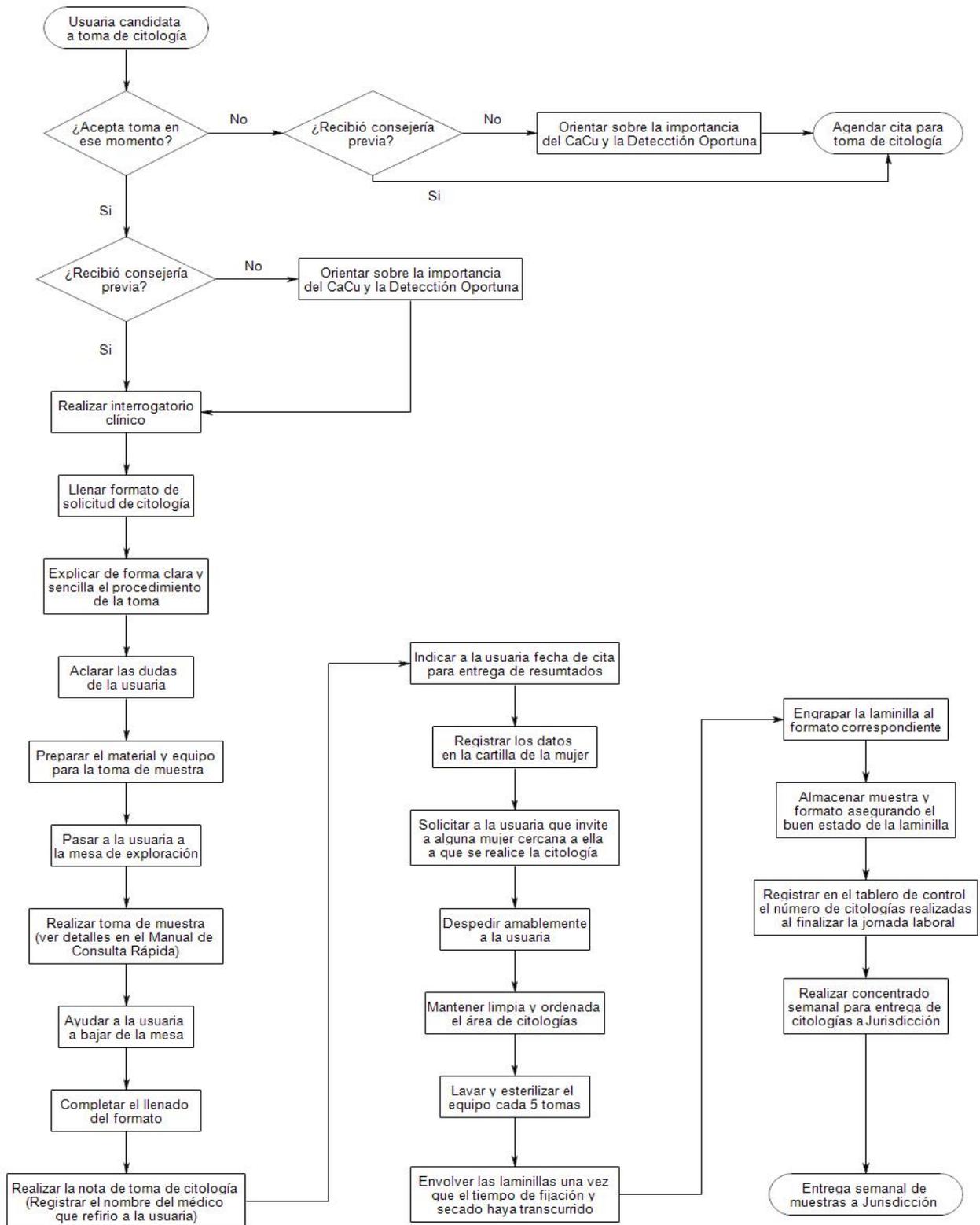
#### A) CONSULTORIO MÉDICO



### B) SALA DE ESPERA



C) ÁREA DE CITOLOGÍAS





**CARTA DE PROCESO: Promoción de la citología cervical en el consultorio médico (2/3)**

**PROPIETARIO DEL PROCESO: Médico**

FACTORES A CONTROLAR	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	RESULTADOS ESPERADOS
<p>Conocer la frecuencia de detección con citología: -Cada 3 años después de 2 resultados negativos a lesión anuales consecutivos.</p> <p>Nunca se ha realizado una citología, ≥ de 3 años que se la realizó: Priorizar la toma de muestra.</p> <p>Aspectos básicos de la consejería: -Importancia del CaCu. -Factores de riesgo y su prevención -Importancia de la detección oportuna. -Qué es el Pap., en qué consiste y su frecuencia.</p> <p>Explicar de forma clara y sencilla aclarando dudas.</p> <p>Letra legible.</p>	<pre> graph TD     Start(( )) --&gt; D1{¿Corresponde toma de citología?}     D1 -- No --&gt; A1[Recordar a la Usuaría la importancia de la Detección Oportuna]     A1 --&gt; R1(Registrar los datos y las acciones de promoción en expediente)     D1 -- Si --&gt; A2[Brindar consejería y ofrecer toma de citología]     A2 --&gt; D2{¿La usuaria acepta toma de citología?}     D2 -- No --&gt; A3[Registrar motivo de no aceptación]     A3 --&gt; A1     D2 -- Si --&gt; End(( ))     </pre>	<p>Médico</p> <p>Médico</p> <p>Médico</p>	<p>Proporcionar indicaciones adecuadas.</p> <p>Que la usuaria tome conciencia de la importancia de la prevención y detección oportuna del CaCu.</p> <p>Que la usuaria se sienta en confianza y que acepte la toma de muestra.</p>

**CARTA DE PROCESO: Promoción de la citología cervical en el consultorio médico (3/3)**

**PROPIETARIO DEL PROCESO: Médico**

FACTORES A CONTROLAR	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	RESULTADOS ESPERADOS
<p>Que la usuaria cuente con toda la información necesaria para aceptar la toma de citología.</p> <p>Trato amable y respetuoso.</p> <p>Letra legible con indicación visible.</p> <p>Que enfermería de seguimiento a la indicación.</p> <p>En caso necesario, acompañar a la usuaria el área de citologías.</p>	<pre> graph TD     Start(( )) --&gt; Decision{¿La usuaria acepta toma de citología en ese momento?}     Decision -- Si --&gt; Box1[Dar pase para toma de citología (Indicarlo en la receta)]     Decision -- No --&gt; Box2[Dar pase para programación de cita a toma de citología (Indicarlo en la receta)]     Box1 --&gt; Box3[Registrar los datos (incluyendo motivo de no aceptación si corresponde) y las acciones de promoción en el expediente]     Box2 --&gt; Box3     Box3 --&gt; Box4[Registrar el pase (toma/cita) en hoja diaria]     Box4 --&gt; End((Informar a enfermería el tipo de pase (toma/cita) de la usuaria en el momento en el que la usuaria salga del consultorio))     </pre>	<p>Médico</p> <p>Médico</p> <p>Médico</p> <p>Médico</p>	<p>Que la usuaria regrese a su toma de citología.</p> <p>Que la usuaria se dirija con el personal de enfermería para mostrar su pase y solicite la toma de citología.</p> <p>Contar con evidencia de las acciones realizadas.</p> <p>Que la usuaria no salga del centro de salud sin haberse tomado una citología o sin tener una cita para toma de muestra.</p> <p>Disminuir el número de oportunidades perdidas.</p>

**CARTA DE PROCESO: Promoción de la citología cervical en la sala de espera (1/3)**

**PROPIETARIO DEL PROCESO: Médico**

FACTORES A CONTROLAR	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	RESULTADOS ESPERADOS
<p>Identificar grupo etario de riesgo para CaCu.</p> <p>Dirigirse a la usuaria de forma amable y respetuosa.</p> <p>CONOCER LA FRECUENCIA DE DETECCIÓN CON CITOLOGÍA: -Cada 3 años después de 2 resultados negativos a lesión anuales consecutivos.</p> <p>Nunca se ha realizado una citología, ≥ de 3 años que se la realizó: Priorizar la toma de muestra.</p> <p>CONOCER FACTORES DE RIESGO: -Mujeres de 25 a 64 años de edad. -Inicio de relaciones sexuales antes de los 18 años. -Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual. -Infección cérvico vaginal por virus del papiloma humano. -Múltiples parejas sexuales (del hombre y de la mujer). -Tabaquismo. -Desnutrición. -Deficiencia de antioxidantes. -Pacientes con inmuno-deficiencias. -NUNCA HABERSE PRACTICADO EL ESTUDIO CITOLOGICO.</p> <p>ASPECTOS BÁSICOS DE LA CONSEJERÍA: -Importancia del CaCu. -Factores de riesgo y su prevención. -Importancia de la detección oportuna. -Qué es el Pap., en qué consiste y su frecuencia.</p> <p>Explicar de forma clara y sencilla aclarando dudas de la usuaria.</p>	<pre> graph TD     Start([Identificar mujeres de 25 a 64 años de edad]) --&gt; Step1[Acercarse intencionadamente a la usuaria]     Step1 --&gt; Step2[Preguntar fecha de última citología]     Step2 --&gt; Dec1{¿Se ha realizado una citología alguna vez en su vida?}     Dec1 -- No --&gt; Step3[Bridar orientación respecto a la importancia del CaCu y la Detección Oportuna]     Dec1 -- Si --&gt; Dec2{¿Igual o más de 3 años que se la realizó?}     Dec2 -- Si --&gt; Step3     Dec2 -- No --&gt; Exit(( ))     Step3 --&gt; R1[Enfermera responsable del área de citologías]     Step3 --&gt; R2[Enfermera responsable del área de citologías]     </pre>	<p>Enfermera responsable del área de citologías</p> <p>Enfermera responsable del área de citologías</p> <p>Enfermera responsable del área de citologías</p>	<p>Que la paciente se sienta tratada con respeto y se sienta en confianza.</p> <p>Identificar el mayor número de usuarias candidatas a toma de citología.</p> <p>Contar con información para determinar la conducta a seguir.</p> <p>Que la usuaria considere y acepte la toma de citología en ese momento.</p>

**CARTA DE PROCESO: Promoción de la citología cervical en la sala de espera (2/3)**

**PROPIETARIO DEL PROCESO: Médico**

FACTORES A CONTROLAR	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	RESULTADOS ESPERADOS
<p>Trato amable y respetuoso.</p> <p>Conocer factores de riesgo para CaCu y aspectos básico para la consejería.</p> <p>Contar con agenda disponible.</p> <p>Solicitar a la usuaria su cartilla de la mujer para registrar su cita.</p> <p>Contar con cartillas de la mujer suficientes para aquellas usuarias que aún no cuenten con ella.</p>	<pre> graph TD     Start([Ofrecer toma de citología]) --&gt; D1{¿Acepta toma de citología?}     D1 -- No --&gt; A1[Recordar la importancia de la Detección Oportuna]     A1 --&gt; R1([Dar cita abierta a toma de citología])     D1 -- Si --&gt; D2{¿Acepta toma en ese momento?}     D2 -- No --&gt; R2([Agendar cita para toma de citología])     D2 -- Si --&gt; R3([Pasar a la usuaria al área de toma de citologías])     </pre>	<p>Enfermera responsable del área de citologías</p> <p>Enfermera responsable del área de citologías</p> <p>Enfermera responsable del área de citologías</p>	<p>Concientizar a la usuaria respecto a la importancia de la detección oportuna.</p> <p>Que la usuaria acuda a solicitar toma de citología en el momento en el que ella lo decida.</p> <p>Que la usuaria recuerde su cita y acuda a solicitar su prueba de detección en la fecha programada.</p>



**CARTA DE PROCESO: Actividades en el área de citologías (Promoción y toma de muestra) (1/5)**

**PROPIETARIO DEL PROCESO: Médico**

FACTORES A CONTROLAR	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	RESULTADOS ESPERADOS
<p>Trato amable y respetuoso.</p> <p>CONOCER LA FRECUENCIA DE DETECCIÓN CON CITOLOGÍA: -Cada 3 años después de 2 resultados negativos a lesión anuales consecutivos.</p> <p>Nunca se ha realizado una citología, ≥ de 3 años que se la realizó: Priorizar la toma de muestra.</p> <p>CONOCER FACTORES DE RIESGO: -Mujeres de 25 a 64 años de edad. -Inicio de relaciones sexuales antes de los 18 años. -Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual. -Infección cérvico vaginal por virus del papiloma humano. -Múltiples parejas sexuales (del hombre y de la mujer). -Tabaquismo. -Desnutrición. -Deficiencia de antioxidantes. -Pacientes con inmuno-deficiencias. -NUNCA HABERSE PRACTICADO EL ESTUDIO CITOLÓGICO.</p> <p>ASPECTOS BÁSICOS DE LA CONSEJERÍA: -Importancia del CaCu. -Factores de riesgo y su prevención. -Importancia de la detección oportuna. -Qué es el Pap., en qué consiste y su frecuencia.</p> <p>Explicar de forma clara y sencilla aclarando dudas de la usuaria.</p>	<pre> graph TD     Start([Usuaria candidata a toma de citología]) --&gt; D1{¿Acepta toma en ese momento?}     D1 -- No --&gt; D2{¿Recibió consejería previa?}     D1 -- Si --&gt; D3{¿Recibió consejería previa?}     D2 -- No --&gt; B1[Orientar sobre la importancia del CaCu y la Detección Oportuna]     D2 -- Si --&gt; B2[Agendar cita para toma de citología]     B1 --&gt; B2     D3 -- No --&gt; B1     D3 -- Si --&gt; B2     </pre>	<p>Enfermera responsable del área de citologías</p> <p>Enfermera responsable del área de citologías</p> <p>Enfermera responsable del área de citologías</p>	<p>Que la usuaria se sienta tratada con respeto y en confianza.</p> <p>Concientizar a la usuaria respecto a la importancia de la detección oportuna.</p> <p>Que la usuaria recuerde su cita y acuda a solicitar su prueba de detección en la fecha programada.</p> <p>Concientizar a la usuaria respecto a la importancia de la detección oportuna.</p>





**CARTA DE PROCESO: Actividades en el área de citologías (Promoción y toma de muestra) (4/5)**

**PROPIETARIO DEL PROCESO: Médico**

FACTORES A CONTROLAR	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	RESULTADOS ESPERADOS
<p>Cartillas de la mujer disponibles para aquellas usuarias que aún no cuenten con ella.</p> <p>Trato amable y respetuoso.</p> <p>Guantes, cloro, detergente, escobillón y material de limpieza disponibles.</p> <p>Bolsas o papel de estraza y cinta testigo para esterilizar equipo.</p> <p>Estufa esterilizadora funcional.</p> <p>Material disponible para envolver laminillas.</p> <p>Manejo adecuado de la laminilla.</p>	<pre> graph TD     A[Indicar a la usuaria fecha de cita para entrega de resúmenes] --&gt; B[Registrar los datos en la cartilla de la mujer]     B --&gt; C[Solicitar a la usuaria que invite a alguna mujer cercana a ella a que se realice la citología]     C --&gt; D[Despedir amablemente a la usuaria]     D --&gt; E[Mantener limpia y ordenada el área de citologías]     E --&gt; F[Lavar y esterilizar el equipo cada 5 tomas]     F --&gt; G[Envolver las laminillas una vez que el tiempo de fijación y secado haya transcurrido]             </pre>	<p>Enfermera responsable del área de citologías</p> <p>Enfermera responsable del área de citologías</p> <p>Enfermera responsable del área de citologías</p>	<p>Que la usuaria regrese por su resultado la fecha indicada.</p> <p>Información disponible para seguimiento adecuado.</p> <p>Incremento en el número de usuarias solicitantes de citología.</p> <p>Que la usuaria se sienta cómoda.</p> <p>Contar siempre con equipo disponible para toma de muestras.</p> <p>Mantener el buen estado de la muestra.</p> <p>Evitar fracturas en la laminilla.</p>

**CARTA DE PROCESO: Actividades en el área de citologías (Promoción y toma de muestra) (5/5)**

**PROPIETARIO DEL PROCESO: Médico**

FACTORES A CONTROLAR	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	RESULTADOS ESPERADOS
<p>Manejo adecuado de la laminilla.</p> <p>Letra legible.</p> <p>Traslado de muestras de forma segura.</p>	<pre>                     graph TD                         A[Engrapar la laminilla al formato correspondiente] --&gt; B[Almacenar muestra y formato asegurando el buen estado de la laminilla]                         B --&gt; C[Registrar en el tablero de control el número de citologías realizadas al finalizar la jornada laboral]                         C --&gt; D[Realizar concentrado semanal para entrega de citologías a Jurisdicción]                         D --&gt; E([Entrega semanal de muestras a Jurisdicción])                     </pre>	<p>Enfermera responsable del área de citologías</p> <p>Enfermera responsable del área de citologías</p> <p>Enfermera responsable del área de citologías</p>	<p>Evitar pérdidas de laminillas.</p> <p>Fácil disposición de muestras y formatos para su traslado a Jurisdicción.</p> <p>Visualización rápida de los logros para tomar acciones correctivas a tiempo.</p> <p>Control adecuado de las muestras entregadas a Jurisdicción.</p> <p>Que las citologías se encuentren en condiciones adecuadas para lectura y que sean procesadas en tiempos pertinentes.</p>

## 7. INDICADORES DE CUMPLIMIENTO

<b>FICHA TÉCNICA DE INDICADORES</b> TIPO DE INDICADOR: DE CUMPLIMIENTO			
1	<p><b>NOMBRE DEL INDICADOR:</b> Cobertura de promoción de tamizaje en la consulta médica</p>	<p><b>OBJETIVO DEL INDICADOR:</b> Determinar el porcentaje de mujeres en riesgo a las que se les ofrece toma de citología cervical</p>	
<p><b>FORMULA DEL INDICADOR:</b></p> $\text{Cobertura de promoción} = \frac{\text{Total de mujeres de 25 a 64 años de edad a las que se les ofreció toma de citología cervical durante la consulta médica}}{\text{Total de mujeres de 25 a 64 años de edad que acudieron a consulta médica}} ( \times 100 )$			
<p><b>ESTANDAR DE DESEMPEÑO:</b> <math>\geq 70\%</math></p>		<p><b>FUENTES DE DATOS:</b> - Hojas diarias - Expedientes clínicos</p>	<p><b>TIPO DE MUESTRA:</b> Se seleccionará una muestra representativa y aleatoria de los expedientes de las mujeres de 25 a 64 años de edad que acudieron a consulta médica durante el periodo a evaluar.</p>
<p><b>ORIGEN DEL INDICADOR:</b> NOM-014 Programa de Acción Específico 2007-2012 de Cáncer Cérvico Uterino</p>		<p><b>INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN:</b> - Cedula de registro</p>	
<p><b>DESCRIPCIÓN DE TÉRMINOS:</b> - Citología cervical: Estudio que se realiza mediante la observación y análisis de una muestra de células del endocérvix y exocérvix a través de un microscopio, para determinar cambios o alteraciones en la anatomía y fisiología de las células. También conocida como Prueba de Papanicolaou. - Oferta de citología: Ofrecer toma de citología cervical previa identificación de factores de riesgo y actividades de consejería con registro en el expediente de las actividades y de la aceptación o no (motivo) de la toma de muestra. - Mujeres en riesgo: Mujeres de 25 a 64 años de edad</p>		<p><b>CRITERIOS DE ESTRATIFICACIÓN Y PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS:</b> Gráfico en columnas con resultado observado por médico en periodos quincenales</p>	
<p><b>ACTIVIDADES:</b> - Revisión de hojas diarias - Identificación y selección aleatoria de las usuarias - Recopilación de expedientes - Revisión de los expedientes y aplicación de la cedula de registro - Elaboración de resultados</p>	<p><b>PERIODICIDAD:</b>  - Quincenal</p>	<p><b>RESPONSABLE:</b> - Responsable de la monitoria - Responsable de la monitoria  - Enfermería - Responsable de la monitoria  - Responsable de la monitoria</p>	<p><b>VALIDACIÓN Y ANÁLISIS:</b> El Dir. de la Unidad verificará de forma quincenal el cumplimiento por médico de las actividades de promoción y consejería para la reorientación de acciones en coordinación con el personal médico de la Unidad en caso de así requerirlo.</p>

<b>FICHA TÉCNICA DE INDICADORES</b> TIPO DE INDICADOR: DE CUMPLIMIENTO			
<b>2</b>	<b>NOMBRE DEL INDICADOR:</b> Porcentaje de mujeres aceptantes de toma de citología	<b>OBJETIVO DEL INDICADOR:</b> Determinar el porcentaje de mujeres en riesgo que aceptan toma de citología cervical en ese momento después de las actividades de promoción y consejería en la consulta médica.	
<b>FORMULA DEL INDICADOR:</b>  $\text{Porcentaje de aceptación} = \frac{\text{Total de mujeres de 25 a 64 años de edad que aceptan toma de citología cervical en ese momento después de promoción y consejería en la consulta médica}}{\text{Total de mujeres de 25 a 64 años de edad que recibieron promoción y consejería durante la consulta médica}} ( \times 100 )$			
<b>ESTANDAR DE DESEMPEÑO:</b> ≥ 50%		<b>FUENTES DE DATOS:</b> - Hojas diarias - Expedientes clínicos	<b>TIPO DE MUESTRA:</b> Expedientes de las mujeres de 25 a 64 años de edad que acudieron a consulta médica durante el periodo a evaluar en los que se registraron actividades de detección oportuna para CaCu.
<b>ORIGEN DEL INDICADOR:</b> NOM-014 Programa de Acción Específico 2007-2012 de Cáncer Cérvico Uterino		<b>INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN:</b> - Cedula de registro	
<b>DESCRIPCIÓN DE TÉRMINOS:</b> - Citología cervical: Estudio que se realiza mediante la observación y análisis de una muestra de células del endocérvix y exocérvix a través de un microscopio, para determinar cambios o alteraciones en la anatomía y fisiología de las células. También conocida como Prueba de Papanicolaou. - Promoción y consejería: Oferta de citología cervical acompañada de orientación respecto al CaCu, prevención y detección con registro en el expediente de las actividades y de la aceptación o no (motivo) de la toma de muestra. - Mujeres en riesgo: Mujeres de 25 a 64 años de edad		<b>CRITERIOS DE ESTRATIFICACIÓN Y PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS:</b> Gráfico en columnas con resultado observado por médico en periodos quincenales	
<b>ACTIVIDADES:</b> - Revisión de hojas diarias - Identificación y selección aleatoria de las usuarias - Recopilación de expedientes - Revisión de los expedientes y aplicación de la cedula de registro - Elaboración de resultados	<b>PERIODICIDAD:</b>  - Quincenal	<b>RESPONSABLE:</b> - Responsable de la monitoria - Responsable de la monitoria  - Enfermería - Responsable de la monitoria  - Responsable de la monitoria	<b>VALIDACIÓN Y ANÁLISIS:</b> El Dir. de la Unidad verificará de forma quincenal el cumplimiento por médico de las actividades de promoción y consejería para la reorientación de acciones en coordinación con el personal médico de la Unidad en caso de así requerirlo.

<b>FICHA TÉCNICA DE INDICADORES</b> TIPO DE INDICADOR: DE CUMPLIMIENTO			
<b>3</b>	<u>NOMBRE DEL INDICADOR:</u> Elaboración de notas de citología	<u>OBJETIVO DEL INDICADOR:</u> Determinar el porcentaje de cumplimiento en la elaboración de nota de toma de citología cervical	
<u>FORMULA DEL INDICADOR:</u>  Elaboración de notas de citología = $\frac{\text{Total de notas de toma de citología cervical realizadas}}{\text{Total de citologías tomadas}} \times 100$			
<u>ESTANDAR DE DESEMPEÑO:</u> 100%		<u>FUENTES DE DATOS:</u> - Libreta de citologías - Expedientes clínicos	<u>TIPO DE MUESTRA:</u>  - Se seleccionará una muestra representativa y aleatoria de los expedientes de las mujeres de 25 a 64 años de edad que acudieron a toma de citología durante el periodo a evaluar
<u>ORIGEN DEL INDICADOR:</u>  NOM-168		<u>INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN:</u>  Cedula de cumplimiento para notas de toma de citología	
<u>DESCRIPCIÓN DE TÉRMINOS:</u>  Notas elaboradas: Además de las notas integradas a los expedientes, se aceptarán aquellas que se encuentren en un archivo específico de notas del área de citología.		<u>CRITERIOS DE ESTRATIFICACIÓN Y PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS:</u> Grafica de barras mostrando los resultados en periodos sucesivos	
<u>ACTIVIDADES:</u> - Revisión de la libreta de citología - Selección aleatoria de las usuarias registradas - Recopilación de expedientes - Revisión de los expedientes y aplicación de la cedula de cumplimiento - Elaboración de resultados	<u>PERIODICIDAD:</u>  - Mensual	<u>RESPONSABLE:</u> - Responsable de la monitoria - Responsable de la monitoria  - Enfermería - Responsable de la monitoria  - Responsable de la monitoria	<u>VALIDACIÓN Y ANÁLISIS:</u>  El Dir. de la Unidad corroborará de forma mensual el cumplimiento de las actividades

<b>FICHA TÉCNICA DE INDICADORES</b> TIPO DE INDICADOR: DE CUMPLIMIENTO			
4	<u>NOMBRE DEL INDICADOR:</u> Porcentaje de notas adecuadas de toma de citología	<u>OBJETIVO DEL INDICADOR:</u> Determinar el porcentaje de apego al cumplimiento de las especificaciones para la elaboración de la nota de toma de citología.	
<u>FORMULA DEL INDICADOR:</u> $\text{Porcentaje de notas adecuadas} = \frac{\text{Total de notas adecuadas de toma de citología cervical}}{\text{Total de notas de toma de citología cervical realizadas}} \times 100$			
<u>ESTANDAR DE DESEMPEÑO:</u> 100%		<u>FUENTES DE DATOS:</u> -Expedientes clínicos -Notas de toma de citología	<u>TIPO DE MUESTRA:</u> Todas las notas de toma de citologías encontradas en los expedientes de las usuarias que acudieron a toma de citología
<u>ORIGEN DEL INDICADOR:</u> -NOM-168 - “Manual de Consulta Rápida: Prevención y Detección Oportuna de Cáncer Cérvico Uterino en el Primer Nivel de Atención”		<u>INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN:</u> Cedula de cumplimiento para notas de toma de citología.	
<u>DESCRIPCIÓN DE TÉRMINOS:</u> Nota adecuada: Cumple con el total de especificaciones referidas en el “Manual de Consulta Rápida: Prevención y Detección Oportuna de Cáncer Cérvico Uterino en el Primer Nivel de Atención”		<u>CRITERIOS DE ESTRATIFICACIÓN Y PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS:</u> Tabla de categorías de criterios con puntajes esperados, obtenidos y porcentajes de cumplimiento Graficas de pastel con porcentajes de cumplimiento para cada criterio	
<u>ACTIVIDADES:</u> -Revisión de la libreta de citología -Selección aleatoria de las usuarias registradas -Recopilación de expedientes -Revisión de los expedientes y aplicación de la cedula de cumplimiento -Elaboración de resultados	<u>PERIODICIDAD:</u> - Mensual	<u>RESPONSABLE:</u> - Responsable de la monitoria -Responsable de la monitoria -Enfermería -Responsable de la monitoria -Responsable de la monitoria	<u>VALIDACIÓN Y ANÁLISIS:</u> El Dir. de la Unidad corroborará de forma mensual el cumplimiento de las actividades

## 8. INDICADORES DE IMPACTO

<b>FICHA TÉCNICA DE INDICADORES</b> TIPO DE INDICADOR: DE IMPACTO			
5	<p><b>NOMBRE DEL INDICADOR:</b> Cumplimiento de detección primaria para cáncer cérvico uterino con citología cervical.</p>	<p><b>OBJETIVO DEL INDICADOR:</b> Determinar el porcentaje de cumplimiento de detección con citología cervical de primera vez en la vida o primera vez después de 3 años en mujeres de 25 a 64 años de edad (responsabilidad de la Secretaría de Salud).</p>	
<p><b>FORMULA DEL INDICADOR:</b></p> <p>Cumplimiento de Detección 1ria. = <math>\frac{\text{Total de citologías de 1ª vez realizadas en mujeres de 24 a 64 años de edad}}{\text{Total de citologías de 1ª vez programadas en mujeres de 25 a 64 años de edad}} ( \times 100 )</math></p>			
<p><b>ESTANDAR DE DESEMPEÑO:</b>    ≥ 80%</p>		<p><b>FUENTES DE DATOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- SICAM: Indicadores del Programa</li> <li>- Libreta de citologías</li> </ul>	<p><b>TIPO DE MUESTRA:</b> Se filtrarán todos los datos encontrados en el periodo por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Rango de edad (25-64)</li> <li>-Citología (1ª vez)</li> <li>-Fecha de interpretación</li> <li>-Diagnóstico citológico (Todos)</li> <li>-Fecha de toma</li> <li>-Periodos mensuales</li> </ul>
<p><b>ORIGEN DEL INDICADOR:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- NOM-014</li> <li>- Programa de Acción Específico 2007-2012 de Cáncer Cérvico Uterino</li> </ul>		<p><b>INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoja de datos específica</li> <li>- Hoja de cálculo de excel</li> </ul>	
<p><b>DESCRIPCIÓN DE TÉRMINOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Citología cervical: Estudio que se realiza mediante la observación y análisis de una muestra de células del endocérvix y exocérvix a través de un microscopio, para determinar cambios o alteraciones en la anatomía y fisiología de las células. También conocida como Prueba de Papanicolaou.</li> <li>- Citología de 1ª vez: Aquella que se le realiza a una mujer por primera vez en su vida o primera vez después de 3 años.</li> <li>- Detección 1ria. Citologías de 1ª vez realizadas y con diagnóstico citológico.</li> </ul>		<p><b>CRITERIOS DE ESTRATIFICACIÓN Y PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS:</b> Gráfico de columna combinado con línea representado meta, cumplimiento alcanzado y porcentaje en periodos mensuales.</p>	
<p><b>ACTIVIDADES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Revisión de meta anual para citologías de 1ª vez</li> <li>-Determinación de meta mensual</li> <li>-Elaboración de tabla mensual meta/logro</li> <li>-Revisión de libreta de citologías</li> <li>-Revisión de indicadores en SICAM</li> </ul>	<p><b>PERIODICIDAD:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Al iniciar la medición</li> <li>-Al iniciar la medición</li> <li>-Al iniciar la medición</li> <li>-Mensual</li> <li>-Mensual</li> </ul>	<p><b>RESPONSABLE:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Director del centro de salud con la responsable de enfermería.</li> <li>-Resp. Jurisd. Del Programa</li> </ul>	<p><b>VALIDACIÓN Y ANÁLISIS:</b></p> <p>El Dir. de la Unidad verificará el cumplimiento mensual y en coordinación con la resp. de enfermería determinarán acciones correctivas para mejorar resultados en casos de ser necesario.</p> <p>El responsable jurisdiccional de Programa validará y retroalimentará mensualmente a la Unidad en la entrega de SIS y cada trimestre realizará una visita de seguimiento a la Unidad.</p>

LO CONSEGUÍ : TERMINÉ

GRACIAS.

González-K.