

Instituto Nacional
de Salud Pública

PROGRAMA ACADÉMICO

ESPECIALIDAD EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

CICLO ESCOLAR 2013-2014

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

**IDENTIFICACIÓN DE BARRERAS EN LA UTILIZACIÓN PARA EL TAMIZAJE
DE VPH DENTRO DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN OPORTUNA DEL
CÁNCER**

NOMBRE DEL ALUMNO

BLANCA CECILIA GONZALEZ RAMOS

CUERNAVACA, MORELOS; MAYO DE 2015

Instituto Nacional de Salud Pública

Especialidad en Promoción de la Salud

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

**Identificación de barreras en la utilización para el
tamizaje de VPH dentro del Programa de Detección
Oportuna del Cáncer**

DIRECTORA DE TESIS

MSP María del Pilar Hernández Neváres

ASESOR

Dr. Víctor Hugo Bermúdez Morales

LECTOR

Mtro. José de Jesús Vértiz Ramírez

ALUMNA

Blanca Cecilia González Ramos

México, D.F. Mayo 2015

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
CÁNCER CÉRVICO UTERINO	4
EPIDEMIOLOGÍA	5
FACTORES DE RIESGO	7
VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO	13
PROGRAMA DE DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER CERVICOUTERINO	15
DEBILIDADES DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN OPORTUNA DEL CÁNCER QUE SE TORNAN EN BARRERAS PARA LA ATENCIÓN	16
PLAN DE MEJORA CONTINUA	18
LA PROMOCIÓN DE LA SALUD	20
EDUCACIÓN PARA LA SALUD	22
¿QUÉ APORTACIÓN TIENE LA PROMOCIÓN EN EL PDOC?	22
CONCLUSIONES	23
SUGERENCIAS	25
REFERENCIAS	27

INTRODUCCIÓN

El cáncer cérvicouterino (CaCu) representa un serio problema de salud pública y su alta tasa de mortalidad lo coloca como el segundo cáncer más frecuente a nivel mundial en mujeres. El CaCu guarda una proporción directa con el grado de pobreza e ignorancia de los países en desarrollo, además la enfermedad es muestra de la inequidad en los servicios de salud, ya que es prevenible si se detecta a tiempo por lo que pone de relieve la desigualdad de nuestro tiempo en cuanto a riqueza, género y acceso a los servicios de salud.

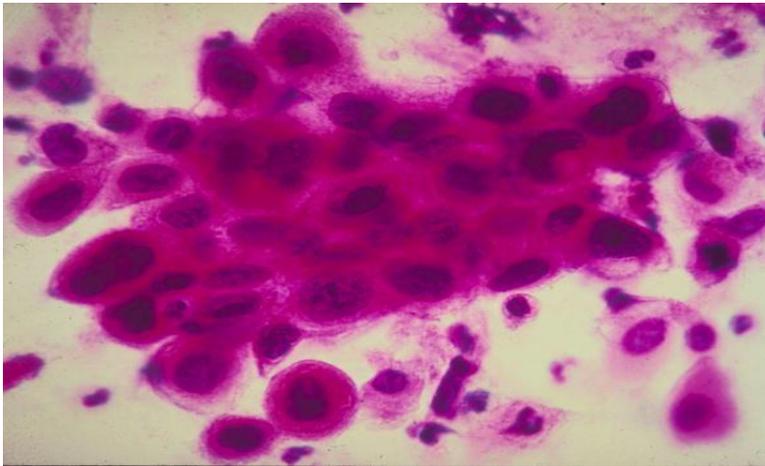
En esta revisión bibliográfica se describieron aspectos del CaCu enfocados a epidemiología, factores de riesgo, virus de papiloma humano, definición y su relación con el cáncer. Además de un breve resumen sobre el Programa de Detección Oportuna de Cáncer (PDOC) y de cómo las debilidades del programa se tornan en barreras para la atención; así como la aportación de la promoción de la salud y la educación de la salud en el mismo.

Este documento hace referencia a las barreras que existen para hacer llegar a la población que acude a las unidades de salud la información, la educación y la promoción que no permiten por un lado aclarar dudas y evitar mitos para facilitar la toma de decisiones voluntarias e informadas de que el CaCu es una enfermedad prevenible; así como la necesidad de implementar un modelo adecuado para el acceso al servicio de detección oportuna de CaCu; se propone llevar a cabo la difusión de la evaluación del PDOC y evaluar al responsable del programa, y las necesidades de capacitación para la elaboración de un proyecto de educación médica continua orientado en Promoción de la Salud.

Poner en práctica estrategias del resultado de la evaluación del PDOC de las unidades médicas con el objetivo de disminuir las barreras de atención, agilizar la entrega de resultados, contar con recursos en salud para la atención del módulo y reorientar el programa con actividades de promoción y educación en salud.

Se menciona la importancia de la realización y ejecución de un plan de mejora continua para reorganizar los procesos de atención médicos y administrativos, creando las mejores oportunidades para que las mujeres que acuden a realizarse la prueba de tamizaje se sientan satisfechas, y se brinde garantía-seguridad en la calidad de atención.

CÁNCER CÉRVICO UTERINO



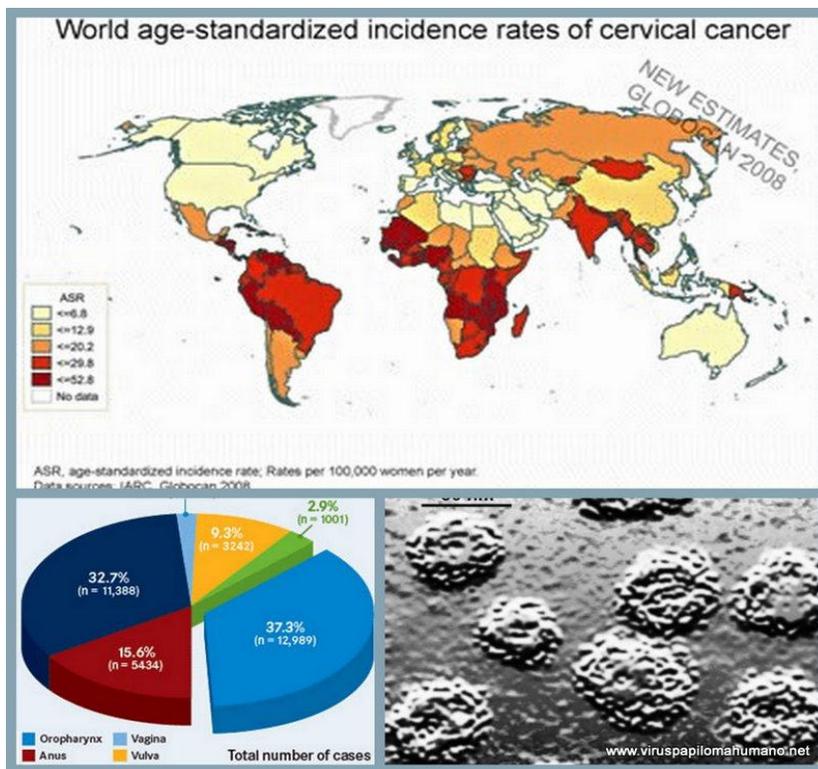
Close up of cancer cells in the cervix. Cancer of the uterine cervix, the portion of the uterus that is attached to the top of the vagina. (Photo by American Cancer Society/Getty Images)"

El Cáncer cervico uterino (CaCu) es una de las patologías que se ha incrementado con el transcurrir de los años en países en vías de desarrollo. En relación con su incidencia y su mortalidad; ocupa el segundo lugar de muerte por cáncer en las mujeres a nivel mundial. Es además un problema de salud prioritario ya que se trata de una enfermedad que es prevenible casi en un 100%. Afecta principalmente a las mujeres más pobres y vulnerables, con un efecto negativo para sus familias y sus comunidades, al perderse de manera prematura; jefas de familia, madres, esposas, hermanas, abuelas, todas ellas con un papel importante e irremplazable (1).

El CaCu es una alteración celular que se origina en el epitelio del cérvix, que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras de lenta y progresiva evolución, las cuales progresan a un carcinoma *in situ* (confinado a la superficie

epitelial) o un cáncer invasor en donde las células con transformación maligna traspasan la membrana basal (2). La historia natural del CaCu implica una progresión gradual en la que se presentan anomalías histológicas conocidas como Neoplasia clasificadas en leve, moderada y severa y finalmente un cáncer invasor. La etiopatogenia de esta enfermedad se ha investigado detalladamente gracias al avance de la biología celular, molecular e inmunología y estos avances han permitido conocer el papel del virus del papiloma humano en el desarrollo de lesiones premalignas y malignas del cuello uterino (3).

EPIDEMIOLOGÍA



Globocan 2008

El CaCu es a nivel mundial el segundo cáncer más frecuente entre las mujeres, con más de 530,000 casos cada año. Las tasas de mortalidad varían dependiendo de la región observándose que los países en desarrollo presentan un número más elevado de defunciones (4, 5,6). África es la Región de la organización Mundial de la Salud (OMS) que representa la tasa de mortalidad más alta con 53,000 muertes

en 2008 (7), con una tasa de 32.5 por 100 mil mujeres (8) y en Inglaterra por ejemplo durante ese mismo año, se registró una tasa de 6.7 por 100 mil mujeres; en España el cáncer invasor de cuello uterino es el sexto más frecuente, con una tasa de 6.6 casos por 100 mil mujeres (8). En América Latina: Venezuela con una tasa de 23.3 por 100 mil mujeres; Argentina con una tasa de 17.2 a 23.2 y Puerto Rico ha mantenido una tasa por debajo de 4 muertes por 100 mil mujeres (9).

En México ha ocupado el primer lugar entre las causas de muerte por cáncer en las mujeres, con un promedio de 4,000 muertes anuales. Cada año, el Sistema Nacional de Salud atiende a 9,000 mujeres con cáncer cérvico uterino invasor (27), y a partir de 2006 se constituyó en la segunda causa de muerte por tumores malignos con un elevado incremento en áreas rurales (10) con una tasa anual de 15 por 100 mil mujeres (12), en 2007 con una tasa de 14.6 y 4046 fallecimientos; en 2008 la tasa de mortalidad nacional fue de 14.2 por 100 mil mujeres con 4.031 defunciones, lo que representa una mujer mexicana muerta cada dos horas (11, 12). En ese mismo año la tasa más baja se registró en Aguascalientes con 7.25 y la más alta en Nayarit con 22.13. En entidades como Nuevo León la tasa de mortalidad es de 9.81, Zacatecas con 12.57, Hidalgo 12.65, Campeche registra 13.71 y Chiapas 19.83 (12).

En 1990 en el Distrito Federal se registró una tasa de 18.91 por 100 mil mujeres; y para el año 2000 una tasa de 15.11. Observándose una baja de la mortalidad en el año 2008 registrándose una tasa de 12.29 por 100 mil mujeres (12), lo cual muestra que numerosos casos se detectan en estados avanzados, a pesar de los esfuerzos para su detección y control oportunos (9); la tasa de mortalidad en el Distrito Federal está por debajo de la media, esto porque la detección se centró más en mujeres con mayor riesgo de desarrollar la enfermedad y por la disminución de las tasa de natalidad (12).

Podemos observar que existen grandes rezagos en los países en desarrollo en donde los programas preventivos han fracasado debido a su mala organización y difusión, y el acceso a los servicios de salud, lo que evidencia que la disminución

de la mortalidad no se atribuye al uso de la prueba de tamizaje per se, pues lo que reduce el número de fallecimientos es la identificación y la intervención oportuna para tratarlas (10). La mortalidad por CaCu se encuentra relacionada con los factores presentes en la pobreza como son la falta de escolaridad, el desempleo, el bajo nivel socioeconómico, la residencia en áreas rurales y la falta de acceso efectivo a los servicios de salud. En México, este cáncer es un problema de género y equidad, por lo que debe impulsarse la eliminación de disparidades regionales en la detección de cáncer (13).

FACTORES DE RIESGO

Existen diversos factores de riesgo que predisponen a la aparición de este problema, serán resumidos de la siguiente manera:

Sociales	Biológicos	Conducta sexual	Acceso a servicios de salud	Infecciones de transmisión sexual
Hábito de fumar	Mujeres de 35 a 64 años de edad	Inicio de relaciones sexuales antes de los 18 años	Nunca haberse practicado el estudio de tamizaje	VIH
Nivel socio-económico bajo	Respuesta inmune	Múltiples parejas sexuales	Mala organización del programa de detección de CaCu	Chlamydia tracomatis
Uso de hormonales	Genética	Relaciones sexuales sin protección		Herpes tipo 2
Desnutrición				VPH

Factores Sociales

- **El hábito de fumar:**
 - Se relaciona con la aparición de lesiones precursoras y de CaCu. Los componentes del humo tienen una acción carcinogénica atribuida a la nicotina y la cotinina disueltas en la sangre que han sido detectadas en el cuello uterino y el moco cervical e inician la acción oncogénica del VPH producida por un efecto tóxico sobre las células del cérvix y estimulado por la inmunodepresión local que se produce (114,15,16).

- **Nivel socioeconómico bajo:**
 - Poca educación sexual; lo que trae como consecuencia un comportamiento sexual más arriesgado y la posibilidad de adquirir una infección por VPH, y un aumento de riesgo de persistencia del virus; más número de embarazos y desconocimiento en planificación familiar (15).
 - Baja cobertura en la realización de la prueba de tamizaje, ya que las mujeres de bajos recursos económicos no tienen acceso a los servicios de diagnóstico y tratamiento, y por lo tanto hay desconocimiento de la prueba de tamizaje (15,17).

- **Uso de hormonales:**
 - Los factores hormonales pueden actuar como cofactores y existen reportes controversiales sobre el uso de anticonceptivos hormonales por más de cinco años, en algunas investigaciones se señala un incremento del riesgo de cáncer de cérvix en mujeres portadoras de VPH y además si existe una lesión intraepitelial, puede progresar más rápidamente a cáncer invasor (16,17).

- **Desnutrición:**

- El estado nutricional puede influir en la progresión de la infección por VPH y algunos factores dietéticos pudieran relacionarse con la carcinogénesis (17).
- La reducción de los antioxidantes en la dieta ha sido considerada como influyente en la infección. En la medida que la ingestión de alimentos con alto contenido en vitamina A, y especialmente en retinol, se asoció con la reducción de desgarros del epitelio que pueden producirse durante el parto y por sus propiedades antioxidantes parece que reducen el riesgo de infección (14,16).
- Los folatos, la vitamina B6, la vitamina B12 y la metionina pueden ejercer algún efecto en la prevención del cáncer de cuello uterino (16).

Factores Biológicos

- Se considera que el inicio del tamizaje no debe ser antes de los 30 años ya que la positividad de la prueba es elevada debido a la mayor prevalencia de la infección por VPH (no está definido), que se traduce en una alta tasa de lesiones de bajo grado que usualmente desaparecen en el término de dos años y no representan un riesgo de cáncer (10).
- El tamizaje en mujeres muy jóvenes no es efectivo, esto se observó en una evaluación reciente del programa de tamizaje cervical de Inglaterra, basado en citología en el que se encontró que el programa reduce la incidencia de cáncer en 60-80% en mujeres entre 40 y 64 años, pero que no tiene ningún impacto el tamizaje de mujeres menores de 25 años. Por lo que se propuso focalizar el tamizaje a mujeres de 30 a 64 años de edad y finalmente en el PDOC se estandarizó una edad de 35 a 64 años, asegurándose de

que las mujeres de este grupo de edad tengan por lo menos dos tamizajes (9). A partir de los 55 años de edad, existen cambios hormonales ocurridos después de la menopausia (principalmente la reducción significativa de la producción de la hormona esteroide), el debilitamiento del sistema inmune y los cambios fisiológicos del cérvix (atrofias del epitelio) pudieran incrementar la susceptibilidad a la infección por el virus o activar infecciones latentes (18).

- La persistencia de VPH ocurre en un 5% de las mujeres después de los 35 a 40 años. Este subgrupo constituye el de mayor riesgo para desarrollar lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado y CaCu (19).

- **Respuesta inmune**

Como defensa, tras la primera infección por VPH en las células del epitelio, se desencadena una respuesta inespecífica acompañada de procesos inflamatorios, quimioatracción de neutrófilos, activación de macrófagos, intervención de células asesinas naturales (NK), de anticuerpos naturales, e incluso de sistema del complemento, que formaran una primera barrera defensiva de inmunidad inespecífica. Se desencadena la producción de citoquinas y quimoquinas que juegan un papel clave en la inducción de la inmunidad adaptativa y en la regulación de linfocitos. Las células reticulares de Langerhans (LC) reconocen a los agentes patógenos, procesan las proteínas capturadas y las transforman en péptidos inmunogénicos que migran a los nódulos linfáticos formando un complejo de histocompatibilidad con los linfocitos T, iniciando así la respuesta inmune antígeno específica (20).

La infección por VPH en la mayoría de las mujeres jóvenes sin ningún compromiso inmune, pasa desapercibida. Sin embargo el virus cuenta con estrategias de evasión como son las proteínas virales tempranas E6 y E7 capaces de bloquear la apoptosis celular, manteniendo índices de

replicación de ADN bajos no desencadenando una respuesta inflamatoria que alerte al sistema inmune, ventaja aprovechada por el virus para replicarse y desarrollar todo su potencial oncogénico e inducir cáncer (20).

- **Genética**

El genoma de algunos virus de papiloma humano se encuentran presentes en la mayoría de los tumores del cérvix. Los productos de los oncogenes virales E6 y E7 inactivan a los productos de los genes supresores p53 y Rb. La E6 se une a la proteína supresora p53, provocando pérdida de su función, la E7 se une al gen Rb del retinoblastoma. La proteína p53 controla la progresión de las células del reposo al crecimiento. Los daños al genoma celular elevan los niveles de p53 e inhiben esta progresión; esto permite la reparación del DNA antes de su duplicación y las células que pierden este control replican su DNA dañado, lo cual genera inestabilidad genómica, la proteína E6 de los VPH de alto riesgo interacciona con p53 e induce su degradación. En las lesiones del cervix la expresión de los oncogenes E6 y E7 podría contribuir a la inestabilidad genómica celular, y permitiría acumular alteraciones que las llevará al desarrollo tumoral (20,21).

Conducta Sexual

- Inicio de relaciones sexuales antes de los 18 años: ya que el cuello uterino no se ha desarrollado y posee un epitelio inmaduro, que puede ser penetrado más fácilmente por el virus; número de parejas sexuales, cervicitis por ITS; edad temprana del primer embarazo, multiparidad, abortos y anticoncepción hormonal, porque todos estos factores exponen al cuello uterino a traumatismo. (18, 22, 23).
- Relaciones sexuales sin protección: El uso incorrecto del preservativo o la ausencia del mismo en todas las relaciones sexuales predisponen al contagio del VPH y otras ITS (18, 23)

Acceso a servicios de salud:

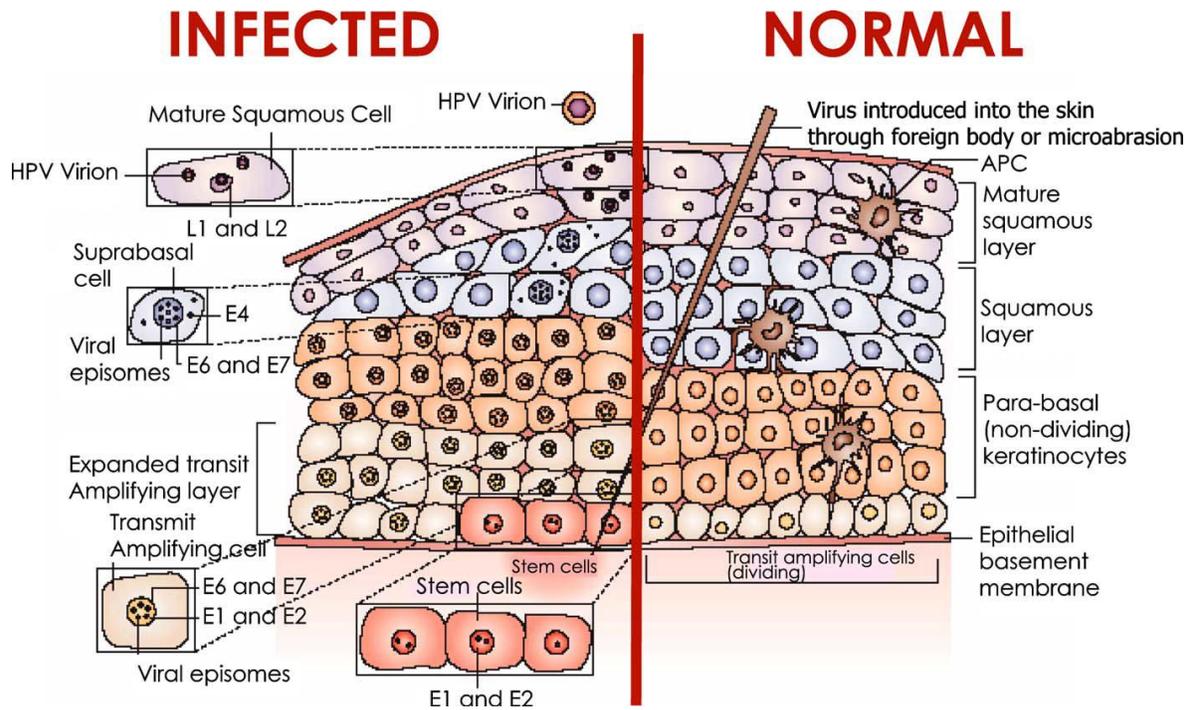
- Reducir o eliminar las barreras que son responsabilidad de sectores distintos al sector salud, con el fin de lograr el acceso equitativo a la atención de salud.
- Nunca haberse practicado el estudio de tamizaje: ya que existe el riesgo de que se detecte cáncer en un grado avanzado (14)
- Mala organización del programa de detección de CaCu: no se ofrece el tamizaje a las mujeres de 35 a 64 años que acuden a la unidad médica, falta de infraestructura en la unidad de salud (22,24).

Infecciones de Transmisión Sexual

- La incidencia de VPH en mujeres VIH positivas está en relación con su estado inmunitario, a mayor inmunodepresión se produce una mayor replicación del VPH y un aumento de lesiones epiteliales de alto y bajo grado (22,18).
- Chlamydia trachomatis (tipos B, I, D y G), provoca una inflamación crónica y producción de mutágenos con una actividad citotóxica a través de mediadores de la respuesta inflamatoria debido a sobreexposición de citoquinas que predisponen al epitelio cervical al desarrollo del VPH; se sospecha también que mediante su mecanismo de inducción de metaplasia cervical puede proporcionar las células blanco para la adquisición de VPH (18, 25).
- El virus del herpes simple genital tipo 2 (HSG-2) puede actuar de manera sinérgica en la acción oncogénica del VPH (18).
- La infección por virus de papiloma humano (VPH) es una infección transitoria que puede revertirse espontáneamente o permanecer en estado latente en el 80% de casos detectados, por lo que se le considera como una causa necesaria pero insuficiente para el

desarrollo de malignidad; y se han identificado diversos factores y cofactores que aumentan la probabilidad de progresión de la infección hacia el cáncer; como tipo viral, persistencia de la infección, ciertos tipos virales pueden aparecer en lesiones cancerosas como resultado de una coinfección y no ser los agentes etiológicos causales de la transformación tumoral; asociación causal de otros agentes virales y susceptibilidad genética; así como los ya mencionados (6,17,18,26).

VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO



Macmillan Publishers Ltd: Nature Reviews Immunology 2004; 4(1) 46–54.

El virus del papiloma humano ha cohabitado con la especie humana a través de miles de años, sufriendo pocos cambios en su composición genómica. Basado en el análisis de secuencia de DNA, se han reconocido más de 100 genotipos de VPH que causan un diverso rango de lesiones epiteliales. A nivel evolutivo todos

los virus del papiloma humano que se conocen se han agrupado en 16 géneros y los VPH se agrupan en 5 de estos géneros. Los dos géneros de VPH más importantes son los virus del papiloma humano Alpha (α) y los Beta (β). La mayoría de los VPH que infectan área genital pertenecen al género Alpha. El virus del papiloma humano tipo 16 es el más prevalente de los VPH oncogénicos y es responsable de más de la mitad de los tumores representando entre el 50 y 60% de los casos de cáncer de cuello uterino; mientras que el virus del papiloma humano tipo 18 está involucrado en el 20% de los mismos y el virus del papiloma humano 31 y 45 se involucran con un 4% y 5% cada uno (3).

La identificación del VPH como agente causal para el desarrollo del CaCu se ha encontrado en el 99.7% de los casos (18), al ser una enfermedad de transmisión sexual, hombres y mujeres están involucrados en la cadena epidemiológica de la infección, pudiendo ser acarreadores asintomáticos, transmisores y también víctimas de la infección por VPH (3).

Actualmente existen pruebas para detectar la infección por VPH que son altamente sensibles, reproducibles y con un alto valor predictivo negativo. Se propone utilizarlas para reemplazar la citología cervical como método de tamizaje primario para CaCu. México ha introducido la detección de VPH de alto riesgo al programa de detección y control del CaCu; se recomienda su utilización en mujeres de 35 a 64 años (9).

La mortalidad por CaCu se ha reducido en muchos países debido a la existencia de programas organizados de detección precoz; pero en los países en desarrollo mientras las estrategias estén mal planeadas, siempre tendrá una efectividad limitada y las mujeres no acudirán a los servicios de salud a realizarse la detección, aun cuando se utilicen técnicas más sensibles (24). En México, los programas tienen dificultades para lograr una amplia cobertura, para hacer seguimiento y detectar a las mujeres con mayor riesgo, debido a las diversas barreras de acceso presentes en los servicios de salud y contar con sistemas adecuados de información que permitan una gestión eficaz de los programas de

prevención del cáncer cervicouterino, ya que la falta de tales sistemas hace imposible dar a las pacientes un seguimiento y manejo eficaces, evaluar en forma sostenida la cobertura y determinar la efectividad de un programa mediante una evaluación continua (27). Por otro lado, las estrategias de promoción de la salud han sido mal planteadas pues la información y los materiales didácticos sobre esta enfermedad son poco trascendentes y la educación del público no logra sus fines de esta forma (23).

PROGRAMA DE DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER CERVICOUTERINO

En México opera desde 1974 un Plan de Detección Oportuna de Cáncer (PDOC) el cuál ha sufrido modificaciones a lo largo de los años, debido a su ineficacia, avances tecnológicos y observaciones de organismos internacionales como Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización Panamericana de la Salud (OPS) (24). A finales de la década de los 90 los pobres resultados del Programa de Detección Masiva del CaCu, dieron pauta a una modificación del mismo; y en 2001-2006 el programa nacional de salud, establece como una de sus estrategias sustantivas el programa de acción para la prevención y control del CaCu, cuyo propósito era disminuir la mortalidad por este tipo de neoplasia entre la población femenina de 25 años y más (28). Tales acciones sobre la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del CaCu se establecen en la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994 (Secretaría de Salud, 2007). La actual administración, decidió tener una continuidad con el Programa de Acción de cáncer cervicouterino 2007-2012; el cuál sirve de base para que cada estado de nuestro país elabore su plan de acción de acuerdo a su población blanco (28).

El objetivo del PDOC es disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad por cáncer cervicouterino, a través de la provisión de servicios óptimos en la promoción, prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control del padecimiento, así como la participación responsable de la población en el cuidado

de su salud. Además de elaborar y difundir evaluaciones de desempeño de los programas de tamizaje de cáncer cervicouterino (1).

La meta es alcanzar una cobertura de detección por citología cervical de 85% cada tres años, en mujeres de 25 a 34 años de edad; y una meta de detección primaria por captura de híbrido (VPH) de 85% cada cinco años, en mujeres de 35 a 64 años de edad (1).

Los retos a los que se enfrenta son problemas asociados con su reducida eficiencia y efectividad, sobre todo en aspectos de baja cobertura, especialmente en áreas rurales, asistencia tardía a la realización de la prueba, baja productividad en la detección de primera vez de realización de la prueba, falta de calidad en la toma de las muestras para evaluación con Papanicolaou —la cual ha sido informada en cifras que varían entre 11 y 50 % —, bajos índices de sensibilidad y especificidad, baja concordancia interobservador (citotecnólogos); en forma general, falta de calidad en los servicios de atención a las mujeres (29).

DEBILIDADES DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN OPORTUNA DEL CÁNCER QUE SE TORNAN EN BARRERAS PARA LA ATENCIÓN

El fracaso del programa de detección oportuna de cáncer cervicouterino es multicausal y se relaciona con la falta de organización y control de calidad de los servicios involucrados, la falta de demanda oportuna por la población blanco, ya que las mujeres acuden a los servicios en estadios avanzados de la enfermedad, (1). Además de las características de los servicios de salud, la instrumentación y mejoramiento de los programas de tamizaje deben considerar el entorno social, cultural y económico de la población a la que van dirigidos; en este aspecto, es indispensable tomar en cuenta la perspectiva de género en salud (1). Otro elemento importante para optimizar las estrategias dirigidas a mejorar el programa de detección es trabajar en las barreras que dificultan la aplicación de los programas. Esas barreras se pueden clasificar en:

1. Políticas: ausencia de prioridad de la salud de las mujeres; Es posible que los responsables de la toma de decisiones desconozcan la tremenda carga morbosa y la magnitud del problema de salud pública que supone esta clase de cáncer (30).

2. Comunidad y el individuo: falta de concienciación del cáncer cervicouterino como problema de salud; aunada a actitudes, ideas falsas y creencias que impiden hablar libremente de las enfermedades del aparato genital (30).

3. Financiero: es la escasez del personal, así como la falta de un área exclusiva para la toma de las muestras, impide la atención efectiva, inmediata y oportuna de las mujeres, debido a esto las mujeres son citadas en fechas posteriores, con el riesgo consecuente de que ya no acudan (27).

4. Temporales: el tiempo de espera y los horarios de servicios pueden impedir el acceso de parte de la población (27)

5. Calidad: en las muestras y su procesamiento, los periodos largos para entregar y obtener los resultados, y en el seguimiento para el control de las mujeres con resultados positivos (27).

6. Género: es la que se percibe en una constante necesidad de las mujeres de acceder, recibir y entender la información sobre la infección por VPH, y el cáncer cervicouterino que les permita disminuir sus estados de angustia hacia una detección ya que no preguntan ni exigen las explicaciones al médico sobre este tema, pues la relación desigual las cohibe (27,31).

7. Educativos: recibir información oportuna y accesible de los médicos permitiría a las mujeres apropiarse de sus procesos de atención. Aunque es una disposición legal y ética, los prestadores de salud no ofrecen información, lo que genera incertidumbre ante procesos desconocidos y obstaculiza una adecuada toma de decisiones, que se complica con componentes emocionales y valorativos (31).

8. Educación y Promoción de la salud: estas solo se limitan a sesiones informativas y distribución de folletos, el personal médico debe capacitarse para reconocer las necesidades de información de las pacientes y las actitudes de angustia y desconfianza en las mismas que dificultan la relación médico paciente (27,31).

9. Visitas Múltiples: Otra barrera determinante es la necesidad de múltiples visitas al centro de salud, para el tamizaje, el diagnóstico confirmatorio, el tratamiento y el seguimiento, además es común el retardo en el envío de los resultados de la prueba desde los laboratorios hasta los centros de salud, lo que genera conflictos económicos y contribuye a la aparición de elevadas cifras de abandono (32,33).

La elevada mortalidad por CaCu genera la necesidad de mejorar los servicios de salud prestados a mujeres en cuestión de detección oportuna y formular políticas públicas para respaldar el fortalecimiento de los programas de cáncer cervicouterino. El objetivo es superar las dificultades para alcanzar coberturas adecuadas, garantizar la calidad de la prueba y lograr un seguimiento apropiado además de eliminar una serie de barreras para acceder a la prueba de tamizaje, por lo que la implementación de un Plan de Mejora Continua permitirá resolver el problema de las barreras de acceso, incrementar los esfuerzos para extender la cobertura de los programas de tamizaje y mejorar el acceso a un tratamiento adecuado y oportuno del cáncer cervicouterino y de las lesiones precancerosas creando oportunidades para que las mujeres puedan acceder a la prueba de tamizaje, sintiéndose satisfechas (24,29).

PLAN DE MEJORA CONTINUA

En México existen antecedentes de iniciativas para mejorar la calidad de los servicios que datan de 1956; sin embargo, fue hasta el año 2001 cuando gran parte de los esfuerzos fueron canalizados en una estrategia nacional, la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud.

En esa perspectiva, en el Programa Sectorial de Salud 2007-2012 se establece implementar el Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD) como el instrumento del gobierno federal para elevar la calidad de los servicios médicos. Este programa entra en actividad en 2007; es implementado por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGECS), operado por personal de los Servicios de Salud e incluye acciones dirigidas a garantizar la mejora de la calidad técnica y seguridad del paciente, la calidad percibida por los usuarios y la calidad en la gestión de los servicios de salud (34).

Y como una estrategia para mejorar de forma continua la calidad de los servicios de salud, se desarrolla: El Plan de Mejora Continua que se conceptualiza como: Conjunto de proyectos planificados, jerarquizados y ordenados en una secuencia cuyo propósito es elevar de manera permanente la calidad de los servicios de salud de un establecimiento médico; mediante la implantación de proyectos de intervención que beneficien la salud de la población (35).

Objetivo

Mejorar los procesos técnico-administrativos, de los establecimientos de salud, para lograr los estándares de calidad técnica y seguridad del paciente, calidad percibida y de organización de los servicios, mediante la implantación de proyectos de intervención que beneficien la salud de la población (35).

En México dentro del programa de acción específica del cáncer cervicouterino se desprende el plan de mejora continua en el que las estrategias son:

1. Campañas de comunicación educativa para elevar la demanda de la detección
2. Mejorar la cobertura y calidad de las acciones de prevención y detección, principalmente en áreas marginadas
3. Instrumentar de manera gradual la detección a través de la prueba de VPH
4. Impulsar la formación y capacitación continua del personal

5. Promover la gestión adecuada de infraestructura física, equipo y personal
6. Fomentar el acceso, utilización y provisión del diagnóstico y tratamiento, así como la gratuidad de la atención en mujeres sin seguridad social
7. Unificar las acciones a través del consenso y la coordinación con las instituciones del Sector, organizaciones médicas y de la sociedad
8. Monitorear y evaluar de manera continua y sistemática las acciones de detección y atención para la mejora continua y la rendición de cuentas (1).

Todas estas estrategias están encaminadas a impulsar una cultura de la salud, para modificar valores, creencias y actitudes para facilitar opciones saludables; transformar el sector salud para garantizar el acceso a las mujeres a los servicios de salud y convocar el compromiso social para asumir la voluntad política de hacer de la salud una prioridad; en donde es indispensable la promoción de la salud para lograr estos objetivos (36).

LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

La primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud celebrada en Ottawa, el 21 de noviembre de 1986, definió la promoción de la salud como “el proceso de permitir a la gente aumentar el control sobre su salud y por lo tanto mejorarla”. Se reconoce claramente que la promoción de la salud va más allá de los estilos de vida, en la cual la educación para la salud constituye, junto a la comunicación y a la participación social, herramientas necesarias para su instrumentación en el primer nivel de atención (37), aunque es una realidad que en la práctica cotidiana se desconoce el valor que tiene la promoción de la salud en las acciones dirigidas a reducir los factores de riesgo de cáncer cervicouterino; por lo que se hace necesaria la preparación de profesionales, en temas de promoción de la salud, así como la búsqueda de estrategias que impliquen la participación comunitaria e intersectorial (37).

En esta Carta de Ottawa se trazaron cinco estrategias para el éxito de la Promoción de la Salud: elaboración de una política pública favorable a la salud, creación de espacios propicios, reforzamiento de la acción comunitaria, desarrollo de las aptitudes personales y reorientación de los servicios de salud. Estas se traducirían en elaboración de un programa de detección oportuna de cáncer cervicouterino, unidades adecuadas para la detección; desarrollo de aptitudes personales a través de la educación para la salud y equidad en salud (37).

Y ya que los factores de riesgo están relacionados directamente con los estilos de vida esto implica trabajar con la gente, no sobre de ella, trabajar con la comunidad, actuar sobre las causas de las causas de la enfermedad lo que involucra a los actores de la sociedad y el medio ambiente (12)

La promoción de la salud es el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud y la mejoren, para alcanzar un adecuado estado de bienestar biológico, psicológico y social.

Su objetivo es reducir las diferencias en el estado actual de la salud y asegurar recursos y oportunidades iguales que capaciten a todo mundo para alcanzar el máximo potencial de salud. En donde se encuentran implicados: gobierno, sectores sanitarios, sectores sociales, organizaciones no gubernamentales autoridades locales, industria y medios de comunicación (37)

La promoción de la Salud constituye hoy un instrumento imprescindible y una estrategia básica en la respuesta a los problemas y situaciones de salud, no sólo por su condición de problema o enfermedad sino por la obtención de un nivel de salud compatible con una buena calidad de vida, con la satisfacción y el disfrute. En definitiva la promoción es una herramienta que hay que incorporar en la atención integral a los problemas de salud. Para ello es necesario además de un cambio de actitudes en los decisores y planificadores de la salud, el consecuente arrastre de políticas y recursos que apuesten realmente por esta opción; en donde la educación para la salud se convierte en una herramienta de la promoción de la

salud, como un proceso educativo que tiene como finalidad responsabilizar a los ciudadanos en la defensa de la salud propia y colectiva (37,38).

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Es un proceso de comunicación y de enseñanza aprendizaje orientado a la adquisición de comportamientos saludables; desarrollo de habilidades individuales y estrategias para afrontar los factores que influyen en la salud del individuo. Incluye la intervención de contextos educativos, familiares, profesionales, comunitarios y sociales donde se educan y desarrollan los seres humanos (38,39)

Los objetivos de la educación para la salud, son:

- ✓ Prevenir
- ✓ Fortalecer a las personas
- ✓ Fortalecer a los contextos

Existe la necesidad de fortalecer la educación para la salud en el programa de detección oportuna de CaCu. Pues hay evidencia de que las mujeres requieren información, oportunidad de aclarar dudas y apoyo emocional durante el proceso de tamizaje. La falta de información parece favorecer la incertidumbre y otros impactos psicosociales negativos como el miedo y la angustia. Dotar a las usuarias de conocimientos precisos sobre la citología constituye un primer paso hacia una mayor comprensión sobre la prueba de VPH y el proceso de detección oportuna en general (31).

¿QUÉ APORTACIÓN TIENE LA PROMOCIÓN EN EL PDOC?

La promoción de la salud debe ser un componente fundamental de las políticas y programas de salud en todos los países, en la búsqueda de equidad y de una mejor salud para todos. Y dentro de sus acciones esta la movilización de recursos financieros y operacionales a fin de crear capacidad humana e institucional para la

elaboración, aplicación, vigilancia y la evaluación de planes de acción de ámbito nacional (40).

Y siendo el cáncer cervicouterino un padecimiento con importante componente de inequidad, el cuál adolece de adecuada infraestructura, recursos financieros y humanos, el papel de la promoción de la salud es indispensable para la mejor toma de decisiones de las mujeres que acuden a los servicios de salud.

CONCLUSIONES

El CaCu es considerado el segundo lugar en incidencia entre las enfermedades malignas que afectan a las mujeres. Es un problema de salud prioritario no sólo por su alta magnitud y trascendencia, sino porque se trata de una enfermedad prevenible. Por lo que se han desarrollado técnicas como el Papanicolaou y actualmente la prueba de tamizaje de VPH en donde se detecta el ADN viral. Sin embargo, a pesar de que se han implementado programas de detección oportuna de cáncer estos han fracasado en los países en desarrollo. Específicamente, en aspectos de baja cobertura, asistencia tardía a la realización de la prueba, falta de calidad en la toma, desconocimiento del programa, de los servicios de salud, y principalmente las barreras para la atención de los servicios de detección oportuna; por lo que es imperativo una revisión del programa para implementar acciones de salud más efectivas con el objetivo de disminuir la mortalidad por esta causa.

Lo importante de caracterizar es eliminar las barreras que permitan a los tomadores de decisiones, identificar donde se encuentran los principales limitantes de acceso a los servicios de salud y de esta manera establecer medidas para corregir estas desviaciones para garantizar su utilización cuando esta sea necesaria.

Por otro lado surge la necesidad de la formación de profesionales en Promoción de la Salud, que den un nuevo giro al PDOC, convirtiéndola en una disciplina

básica ya que esta analiza la forma en que las personas se exponen a los riesgos para adquirir la enfermedad y tiene por objeto modificar los determinantes de la salud, es decir cambios de estilos de vida. Pero aún existe un gran desconocimiento sobre el cómo ejercer esta materia ya que como prestadores de servicios de salud nos concretamos a invitar a las mujeres que acuden a la unidad médica a realizarse el tamizaje, se entrega folletería; y damos por concretada una acción de promoción.

En la Carta de Ottawa se definen cinco grandes líneas de acción de la promoción de la Salud, se mencionarán en esta ocasión dos de ellas que para el tema en cuestión deben ser entendidas por nuestros tomadores de decisiones y los prestadores de servicios médicos: la elaboración de una política pública sana y la reorientación de los servicios sanitarios.

Al hablar de la elaboración de una política pública sana, se refiere a que la Promoción de la Salud no es una función de la salud pública que concierne exclusivamente al sector salud ya que involucra a diferentes sectores y secretarías que conforman nuestro gobierno, pues no es solo el médico quien ha de tomar las decisiones de salud. En cuestión de reorientación de los servicios de salud, debe existir el compromiso de la inversión en salud asignando recursos hacia aquellas actividades generadas que privilegien la promoción y la protección de la salud y que los prestadores de servicios médicos cuenten con una base de conocimientos y actitudes que favorezcan el desarrollo de la promoción de la salud.

Sólo así podrán ser eliminadas las barreras que se presentan en los servicios de salud y de esta manera disminuir la brecha que existe entre la toma de una muestra y la adquisición de una enfermedad.

Reorganizar el PDOC ya que se ha observado un bajo grado de apego a las recomendaciones internacionales y nacionales relativas a la detección oportuna del CaCu, la necesidad de un Programa de capacitación continua es imperativo, ya que la participación del personal paramédico es nula o mínima para el acercamiento a la prueba de tamizaje. Así como la capacitación del personal que

es responsable de la toma de la muestra y de citotecnólogos responsables de la lectura de la misma.

SUGERENCIAS

- Someter a evaluación al personal encargado del PDOC a nivel Jurisdiccional; sería importante fuera un profesional en Promoción de la Salud que permitiera reorientar el programa dando la importancia de una educación en salud para empoderar a las pacientes en la toma de decisiones del tamizaje. Así mismo que este profesional acudiera a la unidades a supervisar como está funcionando el PDOC; que se involucre en el proceso de entrega y recepción de las muestras ya que el rezago de las mismas provoca el abandono de las pacientes en la entrega de sus resultados lo que conlleva a que se retrase el inicio de un tratamiento; si es el caso que retome el plan de educación médica continua y la evaluación del mismo para medir el impacto en las unidades de salud; y en lo que se refiere a insumos que lleve un adecuado control de los mismos pues es otra de las causas por las que no se realiza la detección.
- Las barreras de acceso descritas en este documento son representativas de las unidades e intervienen en el buen funcionamiento del PDOC, por lo que se intentará influir en los tomadores de decisiones de las Jurisdicciones Sanitarias, solicitando que se abran módulos de detecciones ya que esto permitiría que los tiempos de espera se disminuyeran, que a un mayor número de mujeres se les realizara tamizaje y la calidad en la atención sea mejor.
- La promoción y difusión del programa, los requisitos y horarios para la realización del procedimiento, en qué consiste y que esta información sea del dominio de todo el equipo de salud.

- Apoyarse en los promotores en salud con los que ahora contamos para diseñar trabajos educativos, talleres y foros con la población de mujeres que acuden a la unidad de salud y también de las áreas de influencia de este.
- Realizar un plan estratégico en donde se programe capacitación continua a todo el personal de salud orientada a promoción de la salud, actualización médica sobre Cacú y VPH, revisión de Nom. 014 y presentación de la evaluación del PDOC.

Y como ninguna actividad aislada puede ofrecer una solución definitiva para la eliminación de las barreras en el acceso al servicio de tamizaje, se deben combinar estrategias de educación continua y promoción de la salud; además de un plan de mejora para asegurar la adecuada atención con calidad y seguridad para las pacientes que acuden a solicitar este servicio; ya que este padecimiento tiene un componente de inequidad y es prevenible si se detecta a tiempo.

REFERENCIAS

1. Programa de acción específico 2007-2012 Cáncer cérvicouterino Secretaría de Salud. Primera Edición 2008
2. Diagnóstico y tratamiento del cáncer cérvicouterino, Catálogo maestro de guías de práctica clínica IMSS-33-09
3. Lizano Soberón Marcela, Carrillo García Adela, Contreras Paredes Adriana , Infección por virus del Papiloma Humano: Epidemiología, Historia Natural y Carcinogénesis *Cancerología* 4 (2009): 205-216
4. Prevención y control integrales del cáncer cérvicouterino: un futuro más saludable para niñas y mujeres, World Health Organization, 2013
5. Torres Lobatón Alfonso, Bustamante Iglesias José Israel, Torres Rojo Alfonso, Oliva Posada Juan Carlos, Morales Palomares Miguel Ángel, Román Bassaure Edgar, Cáncer cérvicouterino. Perfil epidemiológico en 1217 pacientes. Seguro popular. *Ginecología y Obstetricia de México* 2013; 81: 71-76
6. Sharma Monisha, Bruni Laia, Díaz Mireia, Castellsague Xavier, de San José Silvia, Bosch F. Xavier and Kim Jane J. Using HPV prevalence to predict cervical cancer incidence. *International Journal of Cancer* Volume 132, Issue 8, 15 April 2013 pages 1895–1900
7. Vidal C, Hoffmeisster L, Biagni L. Tendencia de la mortalidad por cáncer de cuello uterino en Chile: aplicación de modelos de regresión joinpoint. *Revista Panamericana Salud Pública*. 2013; 33 (6):407-13.
8. American Cancer Society. *Global Cancer Facts & Figures 2nd Edition*. Atlanta: American Cancer Society; 2011.
9. Almonte Maribel, Murillo Raúl, Sánchez Gloria Inés, Jerónimo José, Salmerón Jorge, Ferreccio Catterina et al. Nuevos paradigmas y desafíos en la prevención y

control del cáncer de cuello uterino en América Latina. Salud pública Méx. 2010 Dic.; 52(6):544-559.

10. Lazcano-Ponce Eduardo, Salmerón-Castro Jorge, García-Carrancá Alejandro, Aranda-Flores Carlos, Madrid-Marina Vicente, Gómez-Altamirano César Misael et al. Recomendaciones para la definición de la política de vacunación contra el virus del papiloma en México. Salud pública Méx / vol. 51, no. 4 julio-agosto 2009, 336-341

11. Canche JR, Canul J, Suárez R, de Anda R, González MR. Infección por el Virus del Papiloma Humano en mujeres recluidas en Centros de Readaptación Social en el sureste de México Rev Esp Sanid Penit 2011; 13: 84-90

12. INEGI <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx?e=9>

13. Estrategia y plan de acción regional para la prevención y el control del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe, Organización Panamericana de la Salud 525 Twenty-third Street, N.W. Washington, D.C. 20037

14. Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino.

15. Pereira-Scalabrino A, Almonte M, dos-Santos-Silva I. Country-level correlates of cervical cancer mortality in Latin America and the Caribbean. Salud Publica Mex 2013;55:5-15.

16. Rodríguez González D, Pérez Piñero J, Sarduy Nápoles M. Infección por el virus del papiloma humano en mujeres de edad mediana y factores asociados. Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia 2014;40(2):218-232

17. Amador Pérez Concepción . Genotipificación del Virus de Papiloma Humano de Alto Riesgo (VPH-AR) mediante PCR en pacientes de 25 a 34 años de edad con resultado de citología anormal. Archivos Médicos de Actualización en Tracto Genital Inferior. Año V, No. 9, Octubre 2013

18. De Guglielmo Cróquer Zoraya et al. Virus de papiloma humano y factores de riesgo en el desarrollo de cáncer cérvico uterino. Rev Venez Oncol 2010; 22(1):32-38
19. Prevención secundaria (detección) del cáncer cervicouterino. Ginecol Obstet Mex 2011;79(12):808-815
20. Rincón L.O., Pareja Luis R., Jaramillo S., Aristizábal B. H.. Virus del Papiloma Humano, respuesta inmune y cáncer cervical: una relación compleja. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 58 No. 3 2007; 2002-2012
21. Vega-Malagón G, Ávila-Morales J, García-Solís P, Camacho-Calderón N, Becerril-Santos A, Vega Malagón A, Leo-Amador G. Infección por el virus del papiloma humano. Biología molecular. European Scientific Journal Vol.10, No.18 June 2014; 352-362
22. Roset Bahmanyar E. et al. Prevalence and risk factors for cervical HPV infection and abnormalities in young adult women at enrolment in the multinational PATRICIA trial / Gynecologic Oncology 127 (2012) 440–450
23. Aguirre Hernández R, Medina Carrillo L, Montoya Fuentes L, Sandoval López J, Padilla Rosas M, García Silva V, Jáuregui Martínez A. Factores relacionados con el cáncer cervicouterino en el estado de Nayarit, México. Ginecol Obstet Mex 2007;75:311-6
24. Organización Panamericana de la Salud. Situación de los Programas para la Prevención y el Control del Cáncer Cervicouterino: Evaluación rápida mediante encuesta en 12 países de América Latina. Washington, D.C.: OPS; 2010.
25. Lehtinen M, Ault KA, Lyytikäinen E, Dillner J, Garland SM, Ferris DG et al. Chlamydia trachomatis infection and risk of cervical intraepithelial neoplasia. Sexually Transmitted Infections. 2011;87:372-376.
26. Silva Ramón et al Diagnóstico de la infección por virus papiloma humano en el hombre. 2013 Revista Chilena de Infectología 30 (2) pp186-192

27. Tejeda Tabayas LM. et al Fortalezas y debilidades del programa para la detección y el control del cáncer cervicouterino. Evaluación cualitativa en San Luis Potosí, México. Gaceta Sanitaria 2012. 26 (4) pp 311-316
28. Programa Sectorial de Salud 2013-2018 Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 12 de diciembre de 2013 D.R. Secretaría de Salud
29. Linaldi-Yépez F et al. Indicadores de calidad en la detección oportuna de cáncer cervicouterino en unidades de primer nivel de atención. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2010; 48 (3): 243-252
30. Control integral del cáncer cervicouterino. Guía de prácticas esenciales. OMS 2007
31. Castro Vásquez MC, Arellano Gálvez MC. Acceso a la información de mujeres con VPH, displasia y cáncer cervical in situ. Salud Publica Mex 2010;52:207-212.
32. León Maldonado L, Allen Leigh B, Lazcano Ponce E. Consejería en la detección de VPH como prueba de tamizaje de cáncer cervical: un estudio cualitativo sobre necesidades de mujeres de Michoacán, México. Salud Pública Mex 2014; 56:519-527.
33. Martínez, Leonardo Jesús Pérez; González Yanelys Mantilla; Buchillón Rolando Pérez. Relación de algunas variables epidemiológicas en pacientes con el diagnóstico de NIC asociado a VPH. Cuba. MEDICIEGO, 2013, vol. 19, no 2, p.2.
34. Granados Cosme JA, Tetelboin Henrion C, Torres Cruz C, Pineda Pérez D, Villa Contreras BM. Operación del programa Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD). La función de los gestores en atención primaria y hospitales. Salud Publica Mex 2011;53 supl 4:S402-S406.
35. http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/dmp-comite_03.html
36. Programa de acción específico 2007-2012 Sistema Integral de Calidad en Salud SICALIDAD Secretaría de Salud

37. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Una conferencia internacional sobre la Promoción de la Salud. 17-21 de Noviembre de 1986 Ottawa (Ontario)
38. Formación en Promoción y Educación para la Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 2003 pp 16-22
39. Perea Quesada Rogelia. La educación para la salud, reto de nuestro tiempo. Educación XXI Educación para la Salud Vol. 4 (2001)
40. Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud- Ciudad de México, 5 de junio de 2000