



Sobreutilización del servicio de colposcopia en México

María de los Ángeles Madrigal de la Campa,* Eduardo Cesar Lazcano Ponce,** Claudia Infante Castañeda***

RESUMEN

Antecedentes: el cáncer cervicouterino es uno de los principales problemas de salud pública en México. Se han identificado varios problemas asociados con la baja efectividad del Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino, entre los que se encuentran la baja cobertura en la detección y la falta de control de calidad en ésta, el diagnóstico y el tratamiento. En México, el problema del control de calidad en la citología se ha abordado con éxito, no así el de la práctica de la colposcopia; por ello, el servicio es sobreutilizado por pacientes con bajo riesgo de cáncer y no es accesible para la población con alto riesgo.

Objetivo: evaluar la asociación entre el conocimiento del cáncer cervicouterino y la satisfacción con el servicio en cuanto a utilización e intención de apego al mismo, para seguimiento y tratamiento, así como los recursos utilizados para esta atención.

Pacientes y métodos: se realizó un estudio transversal, de mayo a diciembre del 2002 que incluyó a todas las pacientes que acudieron al servicio de colposcopia de tres hospitales. Se entrevistaron 1,606 usuarias: 443 de primera vez y 1,163 subsecuentes.

Resultados: en un modelo multivariado se observó que el conocimiento de la utilidad real de la citología cervicovaginal aumenta la probabilidad de que las mujeres regresen al servicio de colposcopia (RM 2.0, IC 95%: 1.57, 2.54). Las pacientes que conocen su diagnóstico cuando éste es displasia o cáncer tienen mayor posibilidad de apegarse a su seguimiento en la clínica de colposcopia que las que no lo conocen. Asimismo, las que conocen su resultado y éste es normal tienen 2.17 veces más la probabilidad de apegarse al servicio (RM 2.17, IC 95%: 1.73, 2.72) en comparación con las que lo desconocen. El 91% de las usuarias (1,463) tenía dos o más citologías cervicovaginales realizadas y 49% (787) tenía ocho o más. Las pacientes que manifestaron conocer el motivo y la utilidad de la biopsia tuvieron una probabilidad 4.4 veces mayor de ser subsecuentes que las que desconocían dicha información (IC 95%: 1.72 a 11.35).

Conclusiones: en la actualidad, las clínicas de colposcopia manejan alrededor del 70% de pacientes que son subsecuentes y que tienen reportes normales de citología. Esto indica una sobreutilización del servicio, con los consecuentes costos de los servicios, monetarios y de oportunidad para las mujeres. Deben realizarse estudios para poder reformular la norma que rige el manejo de estas pacientes, así como incorporarse pautas de seguimiento de acuerdo con la historia natural de la enfermedad en mujeres mexicanas.

Palabras clave: colposcopia, utilización de servicios, continuidad de la atención.

ABSTRACT

Background: Cervicouterine cancer is one of the main public health problems in Mexico. Several problems related to the low effectiveness of the Program of Opportune Detection of Cervicouterine Cancer have been identified, among them: low cover of the disease detection and absence of quality control in the detection, diagnosis and treatment of it. In Mexico the quality control problem in cytology has been taken with success, but the opposite occurs with colposcopy practice. For that reason this service is overused by patients with low risk cancer and is not accessible for the high risk population.

Objective: To evaluate the association between cervicouterine cancer knowledge and satisfaction with the service regarding the use and intention of adherence to it for the follow-up and treatment, as well as analyze the resources used for this attention.

Patients and methods: A transversal study was done from May to December, 2002. It included all the patients who went to the Colposcopy Service in three hospitals. 1,606 patients were interviewed, from them 443 cases were first-time visits and 1,163 were subsequent ones.

Results: In a multivariate model we observed that the real utility knowledge of cervicovaginal cytology increases the probability that women come back to the Colposcopy Service (OR 2.0, CI 95%: 1.57, 2.54). Patients who know their diagnosis when it is dysplasia or cancer are more likely to become attached to their follow-up than those who do not know it. 91% of the users (1,463) had two or more cervicovaginal cytologies done, and 49% (787) had eight or more. Patients who know the purpose and utility of the biopsy had a 4.4 fold probability of become subsequent than those that do not know such information (CI 95%: 1.72 to 11.35).

Conclusions: Nowadays colposcopy clinics treat 70% of the patients who are subsequent and that have normal reports of cytology. This shows us an overuse of the service, with the consequent service, monetary and opportunity costs for women. More studies should be done to reformulate the rule that controls the treatment of these patients, and incorporate follow-up guidelines according to the natural history of the disease in Mexican women.

Key words: colposcopy, service use, follow-up.



RÉSUMÉ

Antécédents : le cancer du col utérin est l'un des principaux problèmes de santé publique dans notre pays. On a identifié plusieurs problèmes associés à la faible effectivité du Programme de Détection Opportune du Cancer du Col Utérin, parmi lesquels se trouvent la faible couverture dans la détection et la manque de contrôle de qualité dans la détection, diagnostic et traitement. Au Mexique le problème de contrôle de qualité dans la cytologie a été abordé avec réussite, pas celui de la pratique de la colposcopie, de ce fait le service est surutilisé par des patientes avec un faible risque de cancer et il n'est pas accessible à la population à haut risque.

Objectif : évaluer l'association entre connaissance du cancer du col utérin et satisfaction avec le service quant à son utilisation et intention d'attachement à celui-ci, pour le suivi et le traitement, ainsi que les ressources employées pour cette attention.

Patients et méthodes : on a fait une étude transversale de mai à décembre 2002 qui a inclus toutes les patientes qui sont allées au service de colposcopie de trois hôpitaux. On a interviewé 1,606 usagères : 443 accueillies pour la première fois et 1,163 subséquemment.

Résultats : dans un modèle multivarié on a observé que la connaissance de l'utilité réelle de la cytologie cervico-vaginale augmente la probabilité que les femmes retournent au service de colposcopie (RC 2.0, IC 95% : 1.57, 2.54). Les patientes qui connaissent leur diagnostic lorsque celui-ci est dysplasie ou cancer ont une majeure possibilité de s'attacher à son suivi dans la clinique de colposcopie que celles qui ne le connaissent pas. De même, celles qui connaissent son résultat et celui-ci est normal ont 2.17 fois plus la probabilité de s'attacher au service (RC 2.17, IC 95% : 1.73, 2.72) en comparaison avec celles qui l'ignorent. Le 91% des usagères (1,463) avait deux ou plus cytologies cervico-vaginales réalisées et 49% (787) avait huit ou plus. Les patientes qui ont manifesté connaître le motif et l'utilité de la biopsie ont eu une probabilité 4.4 fois majeure d'être subséquentes que celles qui ne connaissaient pas cette information (IC 95% : 1.72 à 11.35).

Conclusions : à présent les cliniques de colposcopie traitent à peu près 70% de patientes qui sont subséquentes et qui ont des rapports normaux de cytologie. Ceci indique une surutilisation du service, avec les coûts des services qui en résultent, monétaires et d'opportunité pour les femmes. On doit réaliser des études afin de reformuler la norme qui gouverne le traitement de ces patientes, ainsi qu'incorporer des lignes de suivi en accord avec l'histoire naturelle de la maladie chez des femmes mexicaines.

Mots-clé : colposcopie, utilisation des services, continuité de l'attention.

RESUMO

Antecedentes: o câncer cervicouterino é um dos principais problemas de saúde pública em nosso país. Vários problemas associados com a baixa efetividade do Programa de Detecção Oportuna do Câncer Cervicouterino¹, entre os quais se encontram a baixa abrangência na detecção e a carência de controle de qualidade na detecção, diagnóstico e tratamento. O problema do controle de qualidade na citologia já foi discutido com sucesso, não assim o da prática da coloscopia, o que deriva na sobreutilização do serviço por pacientes com baixo risco de câncer e não resulta acessível para a população com risco elevado.

Objetivo: avaliar a associação entre o conhecimento do câncer cervicouterino e a satisfação com o serviço no que refere-se à utilização e intenção de apego ao mesmo, para seguimento e tratamento assim como também os recursos empregados para tal atenção.

Pacientes y métodos: se fez um estudo transversal desde maio até dezembro do 2002 e incluiram-se todas as pacientes que foram ao serviço de coloscopia de três hospitais. 1,606 usuárias foram entrevistadas: 443 de primeira vez e 1,163 subsequentes.

Resultados: num modelo multivariado observou-se que o conhecimento da utilidade real da citologia cervicovaginal acrescenta a possibilidade de que as mulheres voltem ao serviço de coloscopia (RM 2,0, IC 95%: 1,57, 2,54). As mulheres que têm conhecimento de que seu diagnóstico é de displasia ou câncer têm maior possibilidade de apegar-se ao seu seguimento na clínica de coloscopia do que aquelas que não o conhecem. Da mesma forma, aquelas que conhecem seu resultado e ele é normal, têm 2,17 maior possibilidade de se apegarem ao serviço (RM 2,17, IC 95%: 1,73, 2,72) em comparação com aquelas que o desconhecem. O 91% das usuárias (1,463) tinha duas ou mais citologias cervico-vaginais realizadas e 49% (787) tinha oito ou mais. As pacientes que manifestaram conhecer o motivo e a utilidade da biopsia tiveram uma probabilidade 4,4 vezes maior de serem subsequentes do que aquelas que desconheciam a informação (IC 95%: 1,72 a 11,35).

Conclusões: atualmente as clínicas de coloscopia manejam aproximadamente o 70% de pacientes que são subsequentes e que têm relatórios normais de citologia. Isto indica uma sobreutilização do serviço com os lógicos custos dos serviços monetários e da oportunidade para as mulheres. Devem realizar-se estudos para reformular a normatividade que controla o manejo destas pacientes, assim como incorporar pautas de seguimento segundo a história natural da doença em mulheres mexicanas.

Palavras chave: coloscopia, utilização de serviços, continuidade da atenção.

* Medicina preventiva, Clínica de Especialidades de la Mujer, SEDENA.

** Dirección General de Enfermedades Crónicas, INSP.

*** Facultad de Medicina, UNAM.

taría de la Defensa Nacional. Avenida Industria Militar S/N, Lomas de Sotelo, México, DF, CP 11200. Tel.: (55) 5387-3300 ext. 3406-07. Fax: (55) 5343-1622. E-mail: angypo@yahoo.com
Recibido: abril, 2005. Aceptado: octubre, 2005.

Correspondencia: Dra. María de los Ángeles Madrigal de la Campa. Medicina preventiva, Clínica de Especialidades de la Mujer, Secre-

La versión completa de este artículo también está disponible en internet: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

El cáncer cervicouterino es un padecimiento de origen multifactorial y actualmente se considera una enfermedad de transmisión sexual, ya que su principal agente causante es el virus del papiloma humano (VPH).¹ Es una enfermedad con un periodo de latencia prolongado, durante el cual puede detectarse mediante citología cervicovaginal.²

Existe acuerdo en que el virus del papiloma humano causa casi todos los cánceres cervicouterinos en el mundo.³ Desde principios de la década de 1990 una gran cantidad de estudios ha demostrado que ciertos subtipos del virus del papiloma humano, principalmente los 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52 y 56, se encuentran en casi todos los cánceres cervicouterinos. En México, a pesar de que las primeras acciones relacionadas con la detección de cáncer se iniciaron en 1942⁴ y a la existencia de un Programa Nacional de Detección Oportuna de Cáncer desde 1974, la tendencia de mortalidad nacional por esta enfermedad se ha mantenido estable e, incluso, en algunos estados de la República se perfila a su incremento.⁵ Ante esta situación, en junio de 1996 la Secretaría de Salud tomó la iniciativa de reorientar y renovar el Programa de Prevención y Control de Cáncer Cervicouterino en todos sus componentes, incluyendo los de normatividad, estrategias, capacitación, control de calidad, información y evaluación, investigación, comunicación educativa y participación comunitaria. Entre las evaluaciones del Programa se ha encontrado que una falla fundamental es la falta de cobertura con la prueba de detección, que es extremadamente baja, entre 10 a 15% en la población de mujeres entre 35 y 64 años de edad.^{5,6,7}

Como parte de la guía de manejo de pacientes con una citología cervicovaginal anormal se encuentra la colposcopia que, aunque se creó antes que la citología,⁸ debido a la complejidad de su terminología no se extendió su uso sino hasta el inicio de la década de 1950. Con pocas excepciones, casi todos los médicos concuerdan en que la colposcopia es el estudio inicial adecuado en el caso de la paciente con un frotis de Papanicolaou inequívocamente anormal.⁹ En la actualidad el estudio histológico constituye la técnica óptima de diagnóstico de enfermedad relacionada con el virus del papiloma humano.⁷ En general se han venido haciendo esfuerzos para elaborar nuevas técnicas diagnósticas y para determinar su eficacia. Sin embar-

go, los obstáculos relacionados con los problemas de accesibilidad, continuidad y calidad del servicio no se han abordado ni solucionado por completo.

Sin duda la investigación del virus del papiloma humano ha tenido un enfoque biológico, clínico y biomédico; se ha dado muy poca importancia al estudio del efecto que tiene en la vida de las mujeres y la forma como está siendo manejada por los médicos. La dimensión psicosocial del problema y el análisis de la forma como se proporciona este servicio se han menospreciado. La infección por el virus del papiloma humano se considera una enfermedad de transmisión sexual y es el principal agente causante del cáncer cervicouterino. Por este motivo su diagnóstico tiene un importante impacto psicológico en la mujer, que produce problemas emocionales, como ansiedad¹⁰ y alteraciones en la vida sexual y de relación con su pareja.¹⁰ El estudio de los efectos del diagnóstico, en general, ha sido poco abordado.¹¹ A esto hay que agregar que en estudios recientes se ha encontrado que en México la calidad de los conocimientos del virus del papiloma humano que tienen los médicos es de 4.74 en una escala máxima de 10 (con IC 95% de 4.57, 4.88).¹² Ante estos hechos puede entenderse que el conocimiento de la historia natural de la enfermedad, tanto por el médico como por las pacientes, es un requisito aún no cumplido para mejorar la aceptación del programa de detección y, en su momento, de los estudios y tratamientos posteriores una vez detectada la enfermedad.

Hay muchas razones de la falta de eficacia de los programas de detección de cáncer,⁷ pero el apego de las pacientes a las recomendaciones del médico permanece como un punto crítico,¹³ problema pobremente comprendido y estudiado en el camino para reducir la morbilidad y mortalidad por cáncer cervicouterino. La vigilancia de la calidad del servicio también resalta como un factor que urge atender para elevar la eficiencia de la atención a este problema de salud. El control de calidad se ha reconocido como parte integral de los laboratorios de citología,⁶ pero el problema de realizarlo del mismo modo con la colposcopia ha resultado evasivo.^{9,14} Se han hecho estudios que comparan la histopatología con la predicción colposcópica para calificar la actuación de los colposcopistas con resultados variables.¹⁵ De forma complementaria también puede evaluarse la calidad del servicio con indicadores

de salida con base en la percepción de las pacientes en cuanto a la prueba y cómo fue atendida, es decir, la satisfacción con el servicio.^{13,16} Por lo que se refiere a las resistencias de las pacientes para utilizar los servicios de detección oportuna del cáncer se ha encontrado que la falta de conocimiento de la prueba de Papanicolaú y el rechazo a la exploración pélvica son, entre otros, factores de riesgo para no demandar este tipo de servicio en mujeres mexicanas.⁷

A partir de investigaciones realizadas en México acerca del cáncer cervicouterino Lazcano y colaboradores⁷ propusieron una reorganización del Programa de Detección Oportuna de Cáncer.

PACIENTES Y MÉTODO

Se realizó un estudio transversal en donde se aplicó un cuestionario a todas las pacientes de tres clínicas de colposcopia que acudieron al servicio entre mayo y diciembre del 2002. Dos de las clínicas están ubicadas en el estado de Morelos (una de la Secretaría de Salud y una del Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS) y una en el Hospital General de la Ciudad de México. El cuestionario "Salud de la Mujer" (validado en otras investigaciones) lo aplicaron dos entrevistadoras a las mujeres que acudieron por primera vez y subsecuentes después de haber utilizado el servicio de colposcopia de alguna de las tres instituciones.

RESULTADOS

Se estudiaron 1,606 pacientes: 443 de primera vez y 1,163 subsecuentes. La edad promedio de las usuarias fue de 47 años (cuadro 1). El 24.8% de las mujeres que

acudían por primera vez manifestaron que no tenían intención de regresar al servicio de colposcopia, en cambio sólo 10.8% de las pacientes subsecuentes manifestaron lo mismo (RM 2.08; IC 95%: 1.49, 2.9). Esto significa que hay una probabilidad dos veces mayor de que las usuarias subsecuentes tengan intención de regresar comparadas con las de primera vez, e indica la probabilidad de que una cuarta parte de las usuarias nuevas no identifiquen el riesgo de la falta de vigilancia futura a su diagnóstico. Lo anterior indica la relevancia de conocer las diferencias entre las pacientes nuevas y las que continúan asistiendo a las clínicas de colposcopia (cuadro 2).

La edad media de las usuarias de primera vez y las subsecuentes fue muy semejante (47.4 y 47.9 años). Entre las pacientes menores de 30 años hay menor prevalencia de mujeres subsecuentes comparadas con las de primera vez. En el grupo de 31 a 35 años es prácticamente el mismo porcentaje. A partir de los 36 años la proporción de subsecuentes siempre es mayor, diferencia porcentual más marcada entre los 36 y 45 años en donde la asociación entre edad y tipo de usuaria es de: RM 3.84, IC 95%: 2.4 a 6.14, y 2.96, IC 95%: 1.83 a 4.789, ajustado por el resto de las variables.

El 78.6% de las mujeres estaban casadas. No se encontró asociación entre ser paciente subsecuente del servicio y el estado civil de las mujeres. La escolaridad sí tiene un efecto para continuar con la atención en colposcopia, ya que en relación con las mujeres que reportan no tener estudios se observa que a mayor escolaridad mayor probabilidad de ser usuaria subsiguiente (RM 1.62; IC 95%: 1.19 a 2.22).

En relación con los antecedentes ginecoobstétricos, la edad de inicio de la vida sexual activa, el número de

Cuadro 1. Usuarias del servicio de colposcopia distribuidas por grupos de edad

| Edad (años) | Núm. | 1 ^a vez Núm. | % % | Subsecuentes Núm. | % % | Total Núm. | % % | RM* (IC 95%) |
|-------------|------|----------------------------|--------|----------------------|--------|---------------|--------------------|-----------------|
| ≤ 24 | 61 | 50.83 | 59 | 49.16 | 120 | 100 | 100 | 1 |
| 25-30 | 79 | 31.34 | 173 | 68.65 | 252 | 100 | 2.26 (1.45 a 3.54) | |
| 31-35 | 59 | 26.22 | 166 | 73.77 | 225 | 100 | 2.91 (1.83 a 4.63) | |
| 36-40 | 57 | 22.71 | 194 | 77.29 | 251 | 100 | 3.52 (2.21 a 55.6) | |
| 41-45 | 53 | 21.2 | 197 | 78.8 | 250 | 100 | 3.84 (2.40 a 6.14) | |
| 46-50 | 51 | 25.88 | 146 | 74.11 | 197 | 100 | 2.96 (1.83 a 4.78) | |
| ≥ 51 | 83 | 26.68 | 228 | 73.31 | 311 | 100 | 2.84 (1.83 a 4.40) | |
| Total | 443 | 27.58 | 1163 | 74.42 | 1606 | 100 | | |

embarazos y el de parejas sexuales no están asociados con la utilización del servicio de colposcopia de manera subsecuente.

En cuanto al número de pruebas de Papanicolaú se encontró un gradiente dosis-respuesta, a mayor número de pruebas había más utilización del servicio de colposcopia (RM 1.61; IC 95%: 0.97 a 2.68, y 2.86; IC 95%: 2.77 a 5.83). El 49% de las mujeres tenían ocho o más pruebas de Papanicolaú y el número promedio de éstas fue de 9.19 (cuadro 3).

El 27% del total de la población estudiada reportó no tener conocimiento real de la utilidad del Papanicolaú. Para medir este último se realizó un algoritmo con las siguientes preguntas: 1) ¿cuál es la prueba que se utiliza para detectar en forma oportuna el cáncer de la matriz?, 2) ¿sabe usted qué es la prueba de Papanicolaú?, 3) ¿sabe usted cada cuando una mujer debe realizarse la prueba de Papanicolaú o la detección oportuna de cáncer de la matriz? Contestar bien todas las preguntas era codificado como conocimiento real. Se encontró que el conocimiento de la utilidad de una citología cervicovaginal es un factor fuertemente asociado con la utilización del servicio de colposcopia en forma subsecuente (RM 2.0; IC 95%: 1.57 a 2.54, cuadro 4).

Uno de los hallazgos inesperados de este estudio es que un porcentaje relevante de mujeres, 41.28% de la población total (663 usuarias), no conocía el resultado del Papanicolaú por el cual había sido enviada al servicio (cuadro 5). En este grupo de usuarias 63.8% eran pacientes subsecuentes de la clínica de colposcopia, población en la que se esperaría deberían saber su diagnóstico. Asimismo, impresiona que 54% de las mujeres enviadas al servicio manifestaron saber que el reporte de la citología era normal. De estas últimas, tres cuartas partes ya eran usuarias subsecuentes (79.26%).

La medición del conocimiento acerca del cáncer cervical se hizo con base en una pregunta abierta que luego fue codificada por los autores. Las mujeres que sabían de éste tenían 72% más probabilidad de acudir en forma subsecuente al servicio de colposcopia (RM 1.72; IC 95%: 1.36 a 2.19). La prevalencia del conocimiento de la asociación entre el virus del papiloma humano y el cáncer cervicouterino fue muy baja (7.16%) y no se encontró ninguna correlación con el tipo de usuaria nueva o subsecuente.

El conocimiento de por lo menos un factor de riesgo para manifestar cáncer cervicouterino se apreció con mayor frecuencia en pacientes que acudían de manera subsecuente (32.5%) al servicio (RM 1.81; IC 95%: 1.40,

Cuadro 2. Intención de apego al tratamiento o al seguimiento

| Tratamiento o seguimiento | Núm. | 1 ^a vez % | Subsecuentes Núm. | Subsecuentes % | RM* IC 95% | RM** IC 95% |
|---------------------------|------|-------------------------|----------------------|-------------------|--------------------|--------------------|
| No regresó | 110 | 24.8 | 126 | 10.8 | 1 | 1 |
| Sí regresó | 333 | 75.2 | 1037 | 89.2 | 2.72 (2.05 a 3.61) | 2.08 (1.49 a 2.90) |
| Total | 443 | 100 | 1163 | 100 | | |

Fuente: Estudio sobre la utilización de programas de salud de la mujer en el Hospital General de México, Instituto Mexicano del Seguro Social y Secretaría de Salud en el estado de Morelos.

Cuadro 3. Usuarias del servicio de colposcopia distribuidas según número de pruebas previas de Papanicolaú

| Núm. de pruebas previas de Papanicolaú | Núm. | 1 ^a vez % | Subsecuentes Núm. | Subsecuentes % | RM* IC 95% | RM** IC 95% |
|--|------|-------------------------|----------------------|-------------------|--------------------|--------------------|
| 1 | 71 | 16.02 | 72 | 6.19 | 1 | 1 |
| 2-3 | 135 | 30.47 | 221 | 19 | 1.61 (1.09 a 2.39) | 1.05 (0.66 a 1.65) |
| 6-7 | 82 | 18.51 | 238 | 20.46 | 2.86 (1.89 a 4.33) | 1.61 (0.97 a 2.68) |
| ≥ 8 | 155 | 34.98 | 632 | 54.34 | 4.02 (2.77 a 5.83) | 1.85 (1.12 a 3.04) |
| Total | 443 | 100 | 1163 | 100 | | |

Fuente: Estudio sobre la utilización de programas de salud de la mujer en el Hospital General de México, Instituto Mexicano del Seguro Social y Secretaría de Salud en el estado de Morelos.

Cuadro 4. Conocimiento de la utilidad real del Papanicola en usuarias del servicio de colposcopia

| Conoce utilidad | 1 ^a vez | | Subsecuentes | | RM* IC 95% | RM** IC 95% |
|-----------------|--------------------|-------|--------------|-------|--------------------|--------------------|
| | Núm. | % | Núm. | % | | |
| No | 167 | 37.69 | 262 | 22.52 | 1 | 1 |
| Sí | 276 | 62.3 | 901 | 77.47 | 2.08 (1.64 a 2.64) | 2.00 (1.57 a 2.54) |
| Total | 443 | 100 | 1163 | 100 | | |

Fuente: Estudio sobre la utilización de programas de salud de la mujer en el Hospital General de México, Instituto Mexicano del Seguro Social y Secretaría de Salud en el estado de Morelos.

Cuadro 5. Usuarias del servicio de colposcopia distribuidas de acuerdo con el conocimiento del diagnóstico del Papanicola

| Sabe el diagnóstico del Papanicola | 1 ^a vez | | Subsecuentes | | RM* IC 95% | RM** IC 95% |
|------------------------------------|--------------------|-------|--------------|-------|--------------------|--------------------|
| | Núm. | % | Núm. | % | | |
| No | 240 | 54.17 | 423 | 36.37 | 1 | 1 |
| disp, cáncer | 23 | 5.19 | 52 | 4.47 | 1.28 (0.77 a 2.15) | 0.63 (0.37 a 1.06) |
| Normal | 180 | 40.63 | 688 | 59.15 | 2.17 (1.73 a 2.72) | 0.50 (0.39 a 0.63) |
| Total | 443 | 100 | 1163 | 100 | | |

Fuente: Estudio sobre la utilización de programas de salud de la mujer en el Hospital General de México, Instituto Mexicano del Seguro Social y Secretaría de Salud en el estado de Morelos.

Cuadro 6. Usuarias del servicio distribuidas de acuerdo con el conocimiento de qué es una clínica de colposcopia

| Sabe qué es | 1 ^a vez | | Subsecuentes | | RM* IC 95% | RM** IC 95% |
|-------------|--------------------|-------|--------------|-------|--------------------|--------------------|
| | Núm. | % | Núm. | % | | |
| No | 422 | 95.25 | 1076 | 92.51 | 1 | 1 |
| Sí | 21 | 4.74 | 87 | 7.48 | 1.62 (1.00 a 2.65) | 1.61 (1.18 a 2.21) |
| Total | 443 | 100 | 1163 | 100 | | |

Fuente: Estudio sobre la utilización de programas de salud de la mujer en el Hospital General de México, Instituto Mexicano del Seguro Social y Secretaría de Salud en el estado de Morelos.

2.32) en comparación con las que lo hacían por primera vez (20.99%). Sólo 23.3% de la población estudiada sabía el motivo por el cual fue enviada al servicio de colposcopia. Este conocimiento fue 58% más frecuente en usuarias subsecuentes (24.59%) comparado con las usuarias de primera vez (19.86%) (RM 1.32; IC 95%: 1.22 a 2.05).

La medición del conocimiento de qué es una clínica de colposcopia o displasias se hizo con base en una pregunta abierta, cuyas respuestas fueron codificadas por los autores; se encontró que sólo 6.7% de las mujeres manifestaron alguna respuesta que indicaba conocimiento real al respecto. Se observó también que las usuarias subsecuentes tienen una probabilidad 61% mayor de tener dicho conocimiento (7.48%) en comparación con las de primera vez (4.74%) (RM 1.61; IC 95%: 1.18 a 2.21, cuadro 6).

La mayoría de la población estudiada (92.8%) llegó a la clínica en un transporte público. Se observó que mientras más cerca se percibe la distancia al servicio de colposcopia mayor es la probabilidad de acudir de manera subsecuente (RM 1.31; IC 95%: 0.91 a 1.89, y 1.90; IC 95%: 1.3 a 2.78).

Con respecto a la forma como perciben el ambiente en las salas de espera se encontró que 44.14% opina que fue mala o no agradable, mientras que 31.19% dijo que era excelente. Estas percepciones varían significativamente según el tipo de usuaria, ya que hay una probabilidad 1.9 veces mayor de que las mujeres subsecuentes perciban el lugar agradable.

Por lo que se refiere al tiempo de espera, dentro del consultorio pero aún sin ser atendida, se encontró que conforme se incrementa la cantidad de tiempo en el mismo, menor es la probabilidad de que sea usuaria

subsecuente (tiempo corto paciente de primera vez 29.8 vs subsecuente 41.14%) (RM 0.57; IC 95%: 0.41 a 0.72).

En el ámbito de la inversión económica para viajar a la clínica de colposcopia, controlada sólo por edad, comparadas con las usuarias nuevas, a las pacientes subsecuentes dicha erogación les pareció poca (RM 3.02; IC 95%: 2.24 a 4.06). Sin embargo, al controlarla por las otras variables, la asociación se desvanece, lo que indica el efecto de variables de confusión en la asociación previa.

La privacidad no fue un factor concomitante con la utilización subsecuente del servicio, aunque las pacientes manifestaron que les incomodó el exceso de personas en el consultorio (RM 1.55; IC 95%: 1.21 a 1.49). No obstante, esto no influyó en su intención de acercamiento al servicio.

En relación con las pacientes que van por primera vez, las que han continuado con el servicio tienen una probabilidad 2.6 veces mayor de haber entendido bien la explicación del procedimiento (RM 2.16; IC 95%: 1.61 a 2.89); 2.8 veces mayor de comprender el diagnóstico de su colposcopia (RM 2.83; IC 95%: 2.06 a 3.89); 1.5 veces mayor de haber comprendido el diagnóstico histopatológico de la biopsia (RM 1.55; IC 95%: 1.88 a 3.11); 5.91 veces mayor de conocer el motivo y la utilidad de la biopsia (RM 4.42; IC 95%: 1.72 a 11.35); 7 veces mayor de haber recibido y comprendido el reporte de la biopsia (RM 7.37; IC 95%: 4.88 a 11.12) (cuadro 7); 1.61 veces mayor de comprender el tratamiento que les realizan en la clínica de colposcopia (RM 1.61; IC 95%: 1.18 a 2.21).

DISCUSIÓN

La comparación que se hace en este estudio entre usuarias nuevas y subsecuentes fue el diseño factible para

acerca al conocimiento de las diferencias entre las dos poblaciones.

La demanda de los servicios de salud es un fenómeno derivado de la percepción de la necesidad de atención que tiene la población. Sin embargo, como todo servicio, la demanda también se deriva de la oferta de servicios, lo cual puede llevar a la sobreutilización o, como se llama comúnmente en otros ámbitos, al consumismo. El uso de los servicios del Papanicolaú es producto de los conocimientos y creencias acerca del cáncer cervicouterino, de la percepción de riesgo por parte de la mujer y de la orientación y referencia personal que le da su médico y el personal de salud en su interacción rutinaria con los servicios de salud. Aunado a la percepción de la mujer acerca de la enfermedad y los servicios, hay que tomar en cuenta que en la demanda y uso de los servicios de colposcopia el médico y el resultado del Papanicolaú desempeñan un papel fundamental.

Entre los principales hallazgos destaca el que el conocimiento real de la utilidad de la citología cervicovaginal es un factor muy vinculado con la utilización subsecuente del servicio. Este hallazgo es consistente y similar con lo que se ha encontrado en estudios previos de factores asociados con la utilización de servicios de toma de Papanicolaú en México. Lazcano y colaboradores¹⁷ también encontraron que el conocimiento del motivo de referencia al servicio y de lo que es una clínica de displasias aumenta la probabilidad de utilización subsecuente del servicio. Asimismo, los autores reportan que las condiciones de accesibilidad a los servicios y las variables relacionadas con los aspectos organizacionales, como el tiempo de espera, influyen de manera determinante en la percepción de la usuaria y en su intención de regresar o no al servicio.

Cuadro 7. Entrega y comprensión del reporte de la biopsia en usuarias del servicio de colposcopia

| Entrega y comprensión de la biopsia | Núm. | 1 ^a vez % | Núm. | Subsecuentes % | RM* IC 95% | RM** IC 95% |
|-------------------------------------|------|-------------------------|------|-------------------|---------------------|---------------------|
| Mala | 93 | 21 | 406 | 34.9 | 1 | 1 |
| Regular | 345 | 77.9 | 628 | 54 | 0.42 (0.32 a 0.54) | 0.47 (0.35 a 0.62) |
| Buena | 5 | 1.1 | 129 | 11.1 | 5.91 (2.35 a 14.85) | 4.42 (1.72 a 11.35) |
| Total | 443 | 100 | 1163 | 100 | | |

Fuente: Estudio sobre la utilización de programas de salud de la mujer en el Hospital General de México, Instituto Mexicano del Seguro Social y Secretaría de Salud en el estado de Morelos.

Morbilidad y mortalidad como consecuencia de la falta de apego

El no acudir al servicio de colposcopia una vez que se tiene una citología con resultado anormal contribuye a desenlaces adversos en los análisis de pacientes con cáncer cervical avanzado. Kinlen y Spriggs¹⁸ estudiaron pacientes con diagnóstico de cáncer, a quienes no se les dio seguimiento durante dos años o más, y encontraron que de los 60 casos de retraso en el seguimiento 10 tuvieron cáncer invasor y 23 lesiones graves en la biopsia, de las pacientes con cáncer cinco habían muerto y cuatro de ellas habían perdido citas, rechazado citas o el examen médico y a una no se le había dado seguimiento de manera apropiada. En otro estudio, Ellman¹⁹ revisó 100 casos de cáncer invasor y encontró 13, cuyas historias clínicas sugerían inadecuado seguimiento de citologías reportadas anormales.

Varios estudios previos han demostrado que mientras más alto sea el grado de la citología es más probable que la paciente acuda a consulta.¹³ En este estudio se demuestra que si la mujer conoce y entiende su resultado tiene mayor probabilidad de ser subsecuente, es decir, es fundamental que la mujer comprenda el riesgo pues es ella la que acudirá y pedirá la consulta posterior.

Barreras para la toma de citología cervicovaginal

Diversos estudios han intentado determinar los factores asociados con la falta de cumplimiento con las citas o seguimientos dentro de las poblaciones.^{17,20} Es común encontrar que en este tipo de estudios, en donde se habla de apego a un tratamiento, haya diferencias en las definiciones de éste, tipos de pacientes y de hospital. También se aprecia que con frecuencia abarcan una sola área geográfica, por lo que los resultados son de difícil generalización. Estas diferencias son responsables, en gran parte, de que los resultados sean confusos. Por ejemplo, Lazcano y colaboradores¹⁷ encontraron que entre mayor edad y mayor nivel educativo de la mujer y su pareja, mayor utilización de los servicios de toma de Papanicolaou, en tanto que Paskett²⁰ encontró que esos mismos factores estaban relacionados con falta de apego. Al igual que en muchos otros estudios, el ser más joven, con menor nivel educativo y baja comprensión del reporte del Papanicolaou se asocia con menor probabilidad de acudir de manera subsecuente al servicio.¹⁵

La falta de comprensión acerca del motivo de envío, así como qué es una clínica de colposcopia, se relacionó con menor probabilidad de apegarse al tratamiento y volverse paciente subsecuente. Al respecto, Lerman y colaboradores²¹ utilizaron un diseño prospectivo, entrevistaron a pacientes que habían perdido una cita en colposcopia y preguntaron las razones, entre las más frecuentes se encontraron: falta de comprensión acerca del propósito de la colposcopia, miedo del cáncer y de su tratamiento, olvido de la cita, barreras prácticas (falta de tiempo, dinero, cuidado de los niños) y otras necesidades competitivas.

Respuesta de una paciente ante la noticia de una citología o biopsia anormal

Las implicaciones y los posibles tratamientos han sido estudiados como una posible barrera al apego del tratamiento.²² Sin pretender profundizar en la reacción emocional al diagnóstico se encontró que la comprensión del diagnóstico y la explicación del proveedor en la consulta se relacionan con mayor probabilidad de ser paciente subsecuente.

Estrategias para mejorar el apego

En vista de los resultados adversos en pacientes que no siguen sus tratamientos, numerosos estudios han tratado de elucidar si algunas estrategias de intervención ayudarían a mejorar la asistencia al servicio.

La calidad en los servicios es un prerequisito para que las mujeres utilicen los mismos. Eardley²³ consideró los factores sociales y psicológicos relacionados con la aceptación del tamizaje para cáncer cervicouterino. “La mujer necesita conocer no sólo la existencia de la prueba, ella debe tener un buen concepto de su utilidad y creer en que es eficaz para ella. Por último, la mujer debe saber en dónde le pueden practicar la prueba y la manera de obtener el servicio debe ser aceptable para ella”.²⁴ En este estudio se encontró que la prevalencia de la toma de Papanicolaou es más baja en las mujeres jóvenes que en las de mayor edad, lo cual es consistente con estudios previos.¹² Esto tiene relación con la escolaridad de la usuaria y con la buena experiencia en el uso previo de los servicios.

Paskett²⁰ midió en su estudio el apego en pacientes a quienes envió un tríptico informativo diseñado para motivar a las mujeres a realizarse una segunda

citología cervicovaginal. Estas pacientes se compararon con un grupo que sólo recibió carta de notificación y explicación de la citología pero no el tríptico motivacional. Aunque hubo cierta tendencia a mejorar en el apego en quienes recibieron el documento motivacional, no fue una diferencia estadísticamente significativa.

Lerman encontró mayor apego a las citas en colposcopia en pacientes a quienes se les ofrecía consejo por teléfono.²¹

Aunque algunas estrategias son de difícil aplicación en nuestro ámbito, el hecho de que la paciente se sienta más satisfecha con la consulta si el médico es quien le habla de su enfermedad indica también la necesidad de conocimiento y motivación para lograr apego en las pacientes.

Evidencia de sobreutilización

Es importante recalcar que las pacientes mantienen su cita en colposcopia y continúan en tanto no se les informe de alguna curación, lo que ocasiona que haya pacientes que acuden reiterativamente al servicio y llegan a tener más de ocho estudios de Papanicolaú y algunas cerca de 80, recordando que al acudir a la clínica de colposcopia se les realiza el Papanicolaú y la revisión colposcópica. A pesar de los esfuerzos de la Secretaría de Salud en México y de los sistemas de salud en otros países por retirar del sistema de tamizaje y seguimiento a pacientes con bajo riesgo, esto ha sido difícil,²⁵ por las posibles implicaciones en la manifestación de enfermedad invasora. A la fecha, los protocolos de seguimiento, sobre todo en pacientes con

lesiones de bajo grado, se han guiado más en experiencias, algunas veces anecdóticas, o consensos de médicos especialistas, que no siempre están basados en la historia natural de la enfermedad,²⁶ que en un estudio racional de ésta y sus lesiones precursoras.

El cálculo de los recursos que se ahorrarían y podrían ser usados para aumentar la cobertura con tamizaje, según cifras de Lazcano y colaboradores¹⁷ y costos unitarios de 11.6 dólares por toma y lectura de Papanicolaú, 10.8 dólares por revisión colposcópica y 4.1 dólares por estudio histopatológico es de considerarse, sobre todo en nuestro ámbito (cuadro 8). Con una política que propone retirar a las mujeres del programa de detección y seguimiento del cáncer cervical si sus dos estudios de Papanicolaú previos son negativos o a los 50 años de edad, Sherlaw-Johnson,²⁵ mediante un modelo matemático, encontró que la modificación sería sobre todo en el número de colposcopias requeridas por paciente.

CONCLUSIONES

En la actualidad, las clínicas de colposcopia manejan 70% de pacientes subsecuentes y que tienen reportes normales de citología, por lo cual deben realizarse estudios para poder reformular la norma que rige el manejo de estas pacientes incorporando pautas de seguimiento de acuerdo con la historia natural de la enfermedad en mujeres mexicanas.

La información obtenida en este estudio es necesaria y relevante, ya que proporciona una base para la identificación de mujeres con alto riesgo de no acudir

Cuadro 8. Costo en dólares de estudios previos de Papanicolaú en usuarias del servicio de colposcopia

| Dólares | 1 ^a vez | | Subsecuentes | | Total | |
|-----------------|--------------------|-------|--------------|-------|-------|-----|
| | Núm. | % | Núm. | % | Núm. | % |
| 11.56 - 115.59 | 327 | 28.9 | 803 | 71.1 | 1130 | 100 |
| 115.60 - 231.19 | 86 | 27.7 | 224 | 72.3 | 310 | 100 |
| 231.20 - 346.79 | 22 | 26.8 | 50 | 73.2 | 82 | 100 |
| 346.80 - 462.39 | 6 | 22.2 | 21 | 77.8 | 27 | 100 |
| 462.40 - 577.99 | 2 | 33.3 | 4 | 66.7 | 6 | 100 |
| 578.00 - 693.59 | 0 | 0 | 1 | 100 | 1 | 100 |
| ≥ 693.60 | 0 | 0 | 50 | 100 | 50 | 100 |
| Total | 443 | 27.58 | 1163 | 74.42 | 1606 | 100 |

Fuente: Estudio sobre la utilización de programas de salud de la mujer en el Hospital General de México, Instituto Mexicano del Seguro Social y Secretaría de Salud en el estado de Morelos.

o abandonar su tratamiento o seguimiento en las clínicas de colposcopia. De igual forma, es útil para las usuarias que acuden de manera innecesaria, lo que permite la planificación de programas que mejoren la eficacia y efectividad de los sistemas de salud, específicamente en la prevención y detección de las lesiones precursoras del cáncer cervicouterino.

Para las usuarias de instituciones de seguridad social los principales elementos que definen la mala calidad o poca satisfacción con la atención médica son los largos tiempos de espera, la distancia recorrida para llegar al servicio y la poca información proporcionada por el proveedor, entre otros. La insatisfacción de la paciente se relaciona inversamente con el deseo o intención de regresar a solicitar servicio al mismo hospital. Sin embargo, una parte de las encuestadas manifestó que regresaría al mismo servicio porque no tiene otra opción.

Con respecto al hallazgo de la sobreutilización del servicio se proporciona una hipótesis cuya evidencia empírica es necesario comprobar con futuras investigaciones que demuestren la historia natural del cáncer cervicouterino y la infección del virus del papiloma humano en mujeres mexicanas, para de este modo “descargar” las clínicas de colposcopia y aplicar de manera más eficiente los recursos, realizando, al mismo tiempo, estudios costo-beneficio en los mismos servicios de colposcopia.

El conocimiento de la utilidad real del Papanicolaou, de la colposcopia y de la biopsia se relaciona con más probabilidad de apegarse al manejo en el servicio e indica la necesidad de llevar a cabo intervenciones educativas que promuevan la participación en programas de detección oportuna del cáncer cervicouterino. En el ámbito hospitalario se necesita mejorar la información proporcionada a la usuaria tanto por el médico como por el personal paramédico en las salas de espera.

Deben realizarse investigaciones que permitan conocer las necesidades, expectativas y preferencias de las usuarias de estos servicios, así como la contraparte, que son las percepciones, expectativas y actitudes de los encargados de prestar los servicios.

REFERENCIAS

1. Walboomers JM, Jacobs MV, Manos MM, Bosch FX, Kummer JA, Shah KV, et al. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. *J Pathol* 1999;189:12-19.
2. Koss LG. Cytology: accuracy of diagnosis. *Cancer* 1989;64:249-57.
3. Bosch FX, Manos MM, Muñoz N, Sherman M, Cansen AM, Peto J, et al. Prevalence of human papillomavirus in cervical cancer: a worldwide perspective. International Biological Study on Cervical Cancer (IBSCC) Study Group. *J Natl Cancer Inst* 1995;87:796-802.
4. Logros de la Campaña Nacional contra el Cáncer (editorial). *Salud Pública Mex* 1976;13(2):5-6.
5. Miller AB. Cervical cancer screening programs. World Health Organization. Geneva, 1992.
6. Aristizabal N, Cuello C, Correa P. The impact of vaginal cytology on cervical cancer risks in Cali, Colombia. *Int J Cancer* 1984;34:5-9.
7. Lazcano E, Moss S, Cruz A, Alonso P, Casares Q, Martínez de León C, et al. Factores que determinan la participación en el tamizaje de cáncer cervical en el estado de Morelos. *Salud Pública Mex* 1999;41:278-85.
8. Wespi HJ. 50 years of colposcopy. *Ann Obstet Ginecol Med Perinat* 1976;2:109-319.
9. Benedet J, Anderson G, Matisic JP. A quality-control program for colposcopy practice. *Obstet Gynecol* 1991;78:872-5.
10. Davey D, Armenti C. HPV primary screening for cervical cancer: more pain than protection. *Diagn Cytopathol* 2000;22:333-5.
11. Sanders G, Craddock C. Factors influencing default at a hospital colposcopy clinic. *Qual Health Care* 1992;4:236-40.
12. Arillo E, Lazcano E, Salazar M, Salmerón J, Alonso P. El conocimiento de profesionales de salud sobre la prevención de cáncer cervical. Alternativas de educación médica. *Salud Pública Mex* 2000;42:34-41.
13. Kavanagh A, Simpson J. Predicting nonattendance for colposcopy clinic follow-up after referral for an abnormal Pap smear. *Aust NZ J Public Health* 1996;20(3):266-71.
14. Shylasree T, Ashraf M, Jayawickrama N. Retrospective audit of standards and quality in colposcopy services in a district hospital. *J Qual Clin Pract* 2001;21(1-2):22-24.
15. Funke BL, Nicholson ME. Factors affecting patient compliance among women with abnormal Pap smears. *Patient Educ Couns* 1993;20:5-15.
16. Gath DH, Halam M. Emotional reactions in women attending a UK colposcopy clinic. *J Epidemiol Community Health* 1995;49:79-83.
17. Lazcano E, Moss S, Cruz A, Alonso P, et al. Factores que determinan la participación en el tamizaje de cáncer cervical en el estado de Morelos. *Salud Pública Mex* 1999;41:278-85.
18. Kinlen LJ, Spriggs AL. Women with positive cervical smears but without surgical intervention. A follow-up study. *Lancet* 1978;2:463-5.
19. Ellman R. Problems of follow-up for abnormal cervical smears. Discussion paper. *J R Soc Med* 1990;83:94-95.
20. Paskett ED, Phillips KC, Miller ME. Improving compliance among women with abnormal Papanicolaou smears. *Obstet Gynecol* 1995;86:353-9.
21. Lerman C, Hanjani P, Caputo C, et al. Telephone counseling improves adherence to colposcopy among lower-income minority women. *J Clin Oncol* 1992;10:330-3.
22. Campion MJ, Brown JR, Mc Chance DJ, et al. Psychological

- side-effects of the mass screening on cervical cancer. *Br J Obstet Gynaecol* 1988;95:175-81.
- 23. Eardley A, Elkind AK, Spencer B, Hobbs P, Pendleton LL, Haran D. Attendance for cervical cancer screening-whose problem? *Soc Sci Med* 1985;20:955-62.
 - 24. Luke K. Cervical cancer screening: meeting the needs of minority ethnic women. *Br J Cancer* 1996;74(Suppl XXIX):S47-S50.
 - 25. Sherlaw-Johnson, Gavilan S, Jenkins D. Withdrawing low risk women from cervical screening programmes: mathematical modeling study. *BMJ* 1999;318:356-61.
 - 26. Teale G, Moffitt D, Mann C, Luesley D. Management guidelines for women with normal colposcopy after low-grade cervical abnormalities: population study. *BMJ* 2000;320:1693-6.