

CARTAS AL EDITOR

La toma de la muestra de Papanicolaou en población indígena migrante en el noroeste de México: el caso del programa “Dile a una amiga”*

Una de las recomendaciones para reducir o eliminar la inequidad en el acceso a servicios preventivos de salud enfatiza en el desarrollo de programas focalizados en grupos vulnerables,^{1,2} como el caso de las indígenas migrantes asentadas en el área urbana del noroeste de México.³

Entre septiembre de 2000 y febrero de 2002 se desarrolló un diagnóstico comunitario de salud (n=136) y se implementó el programa de tamizaje de cáncer cervicouterino “Dile a una amiga” (n=174) entre indígenas migrantes de origen mixteco asentadas en una área urbana de la ciudad de Tijuana. Los datos del diagnóstico indicaban que una de cada cuatro mujeres tenía entre 15 y 24 años y 13% tenía 50 o más años. Del total de participantes, 50% no contaba con ningún nivel de instrucción y 57.4%

tenía cuatro o más hijos. Solamente 14% de las indígenas reportó haberse practicado un Papanicolaou durante los 12 meses previos al estudio y 16% dijo contar con algún seguro médico en el sector público o privado. El programa de tamizaje “Dile a una amiga” tenía como meta que la totalidad de las mujeres identificadas en el diagnóstico comunitario se practicaría el Papanicolaou. Dicho programa tuvo una duración de 11 meses durante los cuales 174 indígenas se practicaron un Papanicolaou; de éstas, 71% indicó que fue su primera experiencia con tal estudio.

El éxito de “Dile a una amiga” se debió en gran medida a que el programa cubrió parcialmente los costos asociados con el Papanicolaou, que incluyeron las consultas de diagnóstico y tratamiento; también al hecho de que los obstáculos asociados con el transporte se redujeron al mínimo debido a que el programa se llevó a cabo en un consultorio comunitario localizado en el área central de la colonia donde residían las mujeres. Por otra parte, “Dile a una amiga” abordó las barreras culturales y lingüísticas que separan a las indígenas de la búsqueda de servicios de salud.⁴

Un hallazgo importante de este programa fue el relativo a la construcción del “mensaje” de salud que se diseñó para educar a las mujeres

sobre los beneficios de hacerse un Papanicolaou y las características del personal responsable de diseminar el mensaje. El programa se apoyó principalmente en promotoras indígenas que tenían un perfil heterogéneo en su nivel educativo, sus prácticas de salud, la percepción sobre el Papanicolaou y el lugar de origen (Guerrero y Oaxaca). Aunque la diversidad del grupo permitió, por ejemplo, que las promotoras monolingües (sólo mixteco) y sin instrucción formal nos conectaran con las indígenas menos educadas y monolingües, la heterogeneidad del grupo resultó ser un obstáculo para la construcción del mensaje de salud. Es decir, las promotoras originarias de Guerrero pensaban que el Papanicolaou era una práctica de salud para la mujer no indígena (“mexicanas”) y las mixtecas de Oaxaca, pero que no era una práctica que debían seguir por también las mixtecas de Guerrero.

Un evento decisivo en la construcción del “mensaje” fue la participación activa de las promotoras en el diseño de una encuesta comunitaria de salud (cuestionario y recolección de datos). Por ejemplo, el cuestionario se diseñó con un número limitado de preguntas en español, pero las promotoras debieron llegar a un consenso sobre cómo traducirlas oralmente al mixteco. La práctica de consensar una idea para

* Los recursos financieros para el desarrollo del programa de prevención “Dile a una amiga” fueron otorgados por Path Alliance for Cervical Cancer Prevention. Subsidio número 01-GAT0007-01229-SPS, código: 1004-00 06-08

explicar términos médicos que no tienen traducción a una lengua nativa permitió que las promotoras se familiarizaran con el "Pap". Por otro lado, el rol de las promotoras como entrevistadoras permitió que éstas entraran en contacto con indígenas ajenas a su círculo de amistades, algunas de las cuales reportaban tener prácticas de salud diferentes a las esperadas (p.e. Papanicolaou y uso de anticonceptivos). Lo anterior contribuyó a que las promotoras se identificaran como sujeto de riesgo de cáncer y que tomaran la decisión de practicarse un Papanicolaou. Sin duda, estos eventos fueron el insumo principal para que las promotoras pudieran difundir "el mensaje" de salud y reclutar mujeres para el programa de tamizaje.

En los primeros cuatro meses del programa, 124 mujeres indígenas se habían practicado un Papanicolaou, esto es, 74.2% de la población total femenina que fue reclutada. Un hallazgo del programa que amerita más investigación es el posible rol del cónyuge que interfiere en la toma del Papanicolaou.^{5,6} Aunque nuestros datos sugieren que dicha población no interfirió en el programa, algo que pudimos observar es que algunas indígenas usaron al esposo como "escudo" para evitar participar en una práctica de salud de la que tenían desconfianza.

Los resultados del programa de tamizaje sugieren una amplia disposición de las indígenas migrantes a participar en un programa de prevención cuando éste es encabezado por otras indígenas y cuando se abordan los obstáculos culturales que limitan el acceso de las mujeres a información y a servicios de salud.⁴ Se requiere diseñar programas de tamizaje culturalmente apropiados, que aborden la diversidad cultural de las migrantes en el lugar de destino de la migración, y que se oriente a mujeres de diferentes grupos de edad y con limitado o nulo manejo del español.⁷

Hilda García-Pérez, PhD,⁽¹⁾

hilda.garcia@asu.edu

Marcela Merino, Lic. en Trabajo Social.⁽²⁾

⁽¹⁾ School of Transborder Studies, Arizona State University, Tempe, USA,

⁽²⁾ Fronteras Unidas Pro Salud, AC, Tijuana, Baja California, México

Referencias

1. PNUD. Informe sobre Desarrollo Humano de los Pueblos Indígenas en México: el reto de la desigualdad de oportunidades. México: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo 2010:121.
2. Centers for Disease Control and Prevention. CDC Health Disparities and Inequalities Report. United States, 2011. Morbidity and Mortality Weekly Report 2011; suppl 60:114.
3. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. Memoria de la consulta sobre migración de la población indígena. Consulta sobre migración de la población indígena. Mexico, DF: Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, 2006:84.
4. Kreuter MW, Lukwago SN, Bucholtz RD, Clark EM, Sanders-Thompson V. Achieving cultural appropriateness in health promotion programs: targeted and tailored approaches. *Health Educ Behav* 2003;30(2):133-146.
5. Wall KM, Nunez-Rocha GM, Salinas-Martínez AM, Baraniuk S, Day RS. Modifiable barriers to cervical cancer screening adherence among working women in Mexico. *J Women's Health* 2010;19(7):1263-1270.
6. Dudgeon MR, Inhorn MC. Men's influences on women's reproductive health: medical anthropological perspectives. *Soc Sci Med* 2004;59(7):1379-1395.
7. Gany FM, Herrera AP, Avallone M, Changrani J. Attitudes, knowledge, and health-seeking behaviors of five immigrant minority communities in the prevention and screening of cancer: a focus group approach. *Ethnicity & Health* 2006;11(1):19-39.

Letalidad por infecciones nosocomiales en un hospital general regional, desde un enfoque epidemiológico

Señor editor: Con la presente enviamos algunos resultados de una investigación epidemiológica tipo transversal sobre la letalidad por infecciones nosocomiales (IN) en nuestro Hospital General Regional, durante el año 2013.

Sabemos que, a pesar de los esfuerzos que se realizan en todos los niveles del sistema sanitario para asegurar una asistencia de calidad, uno de los riesgos a los que están sometidos los pacientes que ingresan al hospital es padecer IN, lo que propicia una carga social y económica significativa para el paciente y para el sistema de salud, incrementa los costos de hospitalización y prolonga la estancia hospitalaria. A lo anterior se suma el uso de antibióticos debido a esta condición. Este problema debe ser objeto de preocupación de toda institución de salud, pues conlleva un problema aún más serio: la letalidad que se atribuye a esta condición. Sólo mediante la proyección de la letalidad por IN desde una perspectiva epidemiológica podrá comprenderse la magnitud de este problema.

Nuestra investigación tomó en cuenta la triada epidemiológica: "tiempo" (estimando la tasa de letalidad por IN mensual); "lugar" (se realizó un mapeo hospitalario de tasa de letalidad por IN por cada área y piso hospitalario), y "persona" (definiendo como variable dependiente a la letalidad por IN, mientras que las independientes correspondieron a variables cualitativas como sexo, grupo de edad y tipo de infecciones nosocomiales; y las cuantitativas a edad y número de IN por paciente). Estimamos razones de momios con intervalos de confianza a 95% para la prueba de ji cuadrada, así como *t* de Student para variables cuantitativas (valor *p* < 0.05 fueron considerados significativos).

Los resultados evidenciaron que la tasa general de letalidad por IN anual 2013 fue de 10.4%, por lo que se encontraron aislamientos de microorganismos asociados como *P. aeruginosa*, *Staphylococcus sp*, *Acinetobacter sp*, (en orden de frecuencia). El comportamiento mensual de la tasa de incidencia de letalidad por IN tuvo un comportamiento discreto durante el año con picos máximos

hacia finales del mismo, con una tasa mínima de letalidad por IN de 3.7% y una máxima de 21.2%. El mapeo hospitalario de la tasa de letalidad por IN demostró que en el piso 1 se presentó la tasa de letalidad anual por IN más alta de todo el hospital, lo que se atribuye a la ubicación del área de terapia intensiva. Al piso 1 siguieron los pisos donde se hospitalizan pacientes de subespecialidades de medicina interna, en contraste con áreas de obstetricia y ginecología con tasas de letalidad de 0.0%. El riesgo de letalidad según sexo no resultó

significativo; no obstante, el grupo de edad con mayor riesgo de letalidad por IN fue el de mayores de 60 años (valor $p < 0.05$), con lo que se encontró que los pacientes que tuvieron letalidad por IN fueron 10 años mayores que quienes egresaron con IN solucionada (valor $p < 0.05$) (cuadro I).

Los resultados generales sobre letalidad por IN son equiparables con los indicadores institucionales y la literatura internacional. Tras conocer el impacto directo de la repercusión más seria de una IN a través de una perspectiva epidemiológica, espe-

ramos que nuestro estudio invite a continuar con las buenas prácticas apegadas a normativa para el beneficio de los derechohabientes y de los sistemas de salud, y se invita a reforzar la atención en grupos de edad y en áreas hospitalarias determinadas.

Jesús Eduardo Romo-Martínez, MC, Epidemiol,⁽¹⁾
jesusromo.epidemiologia@gmail.com
Juan Antonio González-Barrera, MC,
Epidemiol, M en CSP,⁽¹⁾
María Imelda Guillén-Rincón, MC, Epidemiol,⁽¹⁾
María Evangelina Herrera-Solís, MC,
Epidemiol, M en CSP,⁽¹⁾
Ana Vicenteño-Muriño, L en Enf,⁽¹⁾

(1) Departamento de Epidemiología, Hospital General Regional No. 46, Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, Jalisco, México.

Cuadro I

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS PACIENTES INCLUIDOS EN EL ESTUDIO

Características	Letalidad por IN (N=104)	Resolución de IN (N=900)	Diferencia de medias	Valor p*
Sexo (%)				0.16
Femenino	58 (55.7)	437 (48.6)		
Masculino	46 (44.3)	463 (48.6)		
Edad en años (media, DE)	64.9±20.1	54.7±24.4	10.2	<0.05
Grupo de edad (%)				<0.05
Niños (0 a 9 años)	2 (1.9)	51 (5.7)		
Adolescentes (10 a 19 años)	0 (0.0)	30 (3.3)		
Adultos (20 a 59 años)	31 (29.8)	372 (41.3)		
Adultos mayores (>60 años)	71 (68.3)	447 (49.7)		
Número de IN				<0.05
Promedio por paciente	2.27±1.64	1.61±1.11	0.66	

* Variables cualitativas mediante χ^2 o Fisher exacto; diferencia de medias mediante t de Student

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Iniciativa mundial en pro de la seguridad del paciente y directrices sobre higiene de las manos en la atención sanitaria. Ginebra: WHO, 2005.
2. Olachea PM, Ulibarrena MA, Álvarez-Lerma F, Insausti J, Palomar M, De la Cal MA. Factors related to hospital stay among patients with nosocomial infection acquired in the intensive care unit. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2003; 24:207-13.
3. Cataño JC, Castaño O. Evaluación de un programa de vigilancia epidemiológica del consumo de antibióticos y la flora en una clínica de tercer nivel. *Infection* 2009; 13:6-13.
4. Fabbro Peray P, Sotto A, Defez C, Cazaban M, Molinari L, Pinede M, et al. Mortality attributable to nosocomial infection: a cohort of patients with and without nosocomial infection in a French university hospital. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2007;28(3):265-72.