

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-Managua

Facultad de Ciencias Médicas



Tesis Monográfica para optar al Título de Especialista en Ginecología y Obstetricia

Factores de riesgo asociados al abandono del tratamiento de lesiones premalignas de cérvix, en mujeres atendidas en el hospital Alemán Nicaragüense, en el período de enero 2015 a diciembre 2017.

Autora:

Dra. Skarleth del Carmen Urbina Reyes.

Médico y Cirujano General

Tutora Científica:

Dra. Thelma González

Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia

HAN

Asesora Metodológica:

Dra. Génesis Mayorga Castro

Médico Especialista en Patología

UNAN-Managua/HEALFM

Managua, Nicaragua

Aval del tutor

El trabajo investigativo “Factores de riesgo asociados al abandono del tratamiento de lesiones premalignas de cérvix, en mujeres atendidas en el hospital Alemán Nicaragüense, en el período de enero 2015 a diciembre 2017.” en la forma que es presentado cumple con los criterios de coherencia metodológica, de calidad y pertinencia. La Dra. Skarleth del Carmen Urbina Reyes abordó en profundidad un tema de su especialidad y dominó la teoría que le rodea, lo cual le hace meritoria para su defensa, como requisito para optar al título de especialista en Ginecología y Obstetricia, además de que sienta buenas bases para la realización de nuevos trabajos investigativos, arrojando datos valiosos para el desarrollo de estrategias en el Hospital Alemán Nicaragüense.

Dra. Thelma González

Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia

HAN

Resumen

El cáncer cervicouterino se caracteriza por presentar estadios preinvasores bien estudiados denominados lesiones escamosas intraepiteliales. Estas pueden ser detectadas y tratadas de manera temprana, previniendo así el desarrollo del cáncer. El modelo de salud nicaragüense permite el acceso gratuito a las distintas fases del manejo y seguimiento recomendado para estas lesiones. Sin embargo, según estudios realizados, existe un porcentaje considerable de pacientes que abandonan su manejo, predisponiéndolas a la progresión y/o persistencia de dichas lesiones.

El presente estudio pretendió determinar los factores de riesgo asociados al abandono que tienen las pacientes al seguimiento estipulado en la literatura de al menos 2 años. La población fue seleccionada del registro de ingresos al programa de lesiones tempranas entre enero-marzo del 2015. Se solicitaron los expedientes y se llenó una ficha con datos concernientes al período de seguimiento de interés. Luego se realizó una encuesta a las pacientes que se lograron contactar por diversas vías, para completar la información requerida.

Se encontró que la tasa de abandono al programa de lesiones tempranas en el período a estudio fue de 12.6%. La mayoría de las pacientes abandonó durante la fase de seguimiento y el promedio de consultas brindadas en 2 años de seguimiento es 8 consultas. El período interconsultas fue en promedio de más de 3 meses; la mayoría de las lesiones reportadas fueron de bajo grado, y el principal motivo de abandono referido fue la falta de información de la enfermedad. Se determinó que la edad menor de 20 años, la baja escolaridad, ser su propio sustento económico como asalariada y no tener hijos fueron los principales factores de riesgo sociodemográficos que comprometieron el apego a la asistencia al programa.

Se pudo observar que existe una evidente falta de información/educación hacia la usuaria de la salud, tanto acerca de su enfermedad, como del tratamiento y seguimiento, lo cual determina que no quieran llegar a las citas. También un pequeño porcentaje refirió no percibir un buen trato del personal de admisión y/o enfermería. La accesibilidad a los servicios en general relativamente buena, sin embargo se notaron dificultades en el mantenimiento de documentos en el expediente, dificultad de transporte hacia las instalaciones del hospital, dificultad en la obtención de permisos en el caso de las pacientes económicamente activas, y dificultad en la responsabilidad de tener otras personas a su cuidado.

Palabras clave: lesiones tempranas, lesiones premalignas, factores de riesgo, abandono

Abstract

Cervical cancer is characterized by well-studied preinvasive stages called squamous intraepithelial lesions. These can be detected and treated early, thus preventing the development of cancer. The Nicaraguan health model allows free access to the different phases of recommended management and follow-up for this lesions. However, according to studies carried out, there is a considerable percentage of patients who abandon their management, predisposing them to the progression and / or persistence of these lesions.

The present study aimed to determine the risk factors associated with abandonment that patients have at the follow-up stipulated in the literature of at least 2 years. The population was selected from the registry of admissions to the early injury program between January-March 2015. The files were requested and a form was filled out with data regarding the follow-up period of interest. Then a survey was carried out with the patients who were contacted by various means, to complete the required information.

It was found that the dropout rate to the early cervical lesion program in the study period was 12.6%. Most of the patients dropped out during the follow-up phase and the average number of consultations given in 2 years of follow-up is 8 consultations. The period between consults was on average more than 3 months; Most of the intraepithelial lesions reported were low grade, and the main reason for abandonment referred was the lack of information about the disease. It was determined that being under 20 years of age, low schooling, being self-supporting as a salaried employee, and not having children were the main sociodemographic risk factors that compromised adherence to program attendance.

It was observed that there is an evident lack of information / education towards the health user, both about her disease, as well as about the treatment and follow-up, which determines that they do not want to go to appointments. A small percentage also reported not perceiving good treatment from the admission and / or nursing staff. The accessibility to the services in general relatively good, however difficulties were noted in maintaining documents in the file, difficulty in transportation to the hospital facilities, difficulty in obtaining permits in the case of economically active patients, and difficulty in the responsibility of having other people in their care.

Key words: early lesions, premalignant lesions, risk factors, neglect

Dedicatoria

Dedico este triunfo a mis padres y a toda mi familia que ha sido paciente y ha sabido comprender mi ausencia en las actividades donde soñamos estar todos juntos celebrando, sin embargo, muchas veces tuve que estar en mi labor de médico; esto es para ustedes que creyeron en mí y me apoyaron.

Y a ti mi Dios toma este logro como una ofrenda, así como eres dueño de mi vida y todos los sueños que todavía tengo recibe este gran triunfo porque es tuyo y que será utilizado en pro de hacer el bien al prójimo. Permíteme Señor continuar llevando salud, paz y bienestar a cada una de mis pacientes.

Agradecimientos

Quiero expresar un agradecimiento conjunto a Dios, nuestro padre Celestial quien con amor eterno nos ha amado y me ha permitido culminar este gran proyecto de la especialidad, gracias a sus bendiciones y sabiduría otorgadas que guió mis manos y mente en cada procedimiento y manejo realizado.

En este trabajo tiene que ser reconocida la ardua labor de mi asesora y tutora metodológica Dra. Génesis Mayorga Castro quien con empeño y esmero me guió en los aspectos metodológicos del desarrollo del presente trabajo investigativo. Así como la Dra. Thelma González que con sus conocimientos científicos del tema, me instruyó en los aspectos médicos del tema a estudio.

Agradezco infinitamente a mis padres por su amor, paciencia en la distancia y su deseo de verme triunfar apoyándome hasta el último momento de mi residencia.

Gracias a mis docentes quienes se desprendieron de conocimientos y experiencias para poder formar un nuevo colega; y finalmente no menos importantes a mis compañeros con los cuales crecí, a mi clave de los cuales aprendí y a quienes les dejo un poco de mí, a todo el personal de quirófano que hicieron grato cada cirugía quienes me vieron crecer y recordaré con mucho cariño.

Índice de contenidos

Resumen	II
Abstract	III
Dedicatoria	IV
Agradecimientos.....	V
1 Introducción	1
2 Antecedentes	2
3 Justificación.....	6
4 Planteamiento del problema	8
5 Objetivos	9
6 Marco Referencial	10
7 Hipótesis.....	21
8 Material y métodos.....	22
9 Resultados y Análisis de los resultados.....	32
10 Conclusiones	38
11 Recomendaciones.....	39
12 Bibliografía.....	41
13 Anexos.....	43

1 Introducción

El cáncer de cuello uterino es de las neoplasias malignas femeninas más importantes en todo el mundo, siendo la segunda causa de muerte en las Américas. En 11 países, es la principal razón de mortalidad por cáncer en mujeres y en 12 países es la segunda. Se estima que, cada año, unas 83.200 mujeres son diagnosticadas y 35.680 mujeres mueren por esta enfermedad en la región, el 52% de ellas antes de los 60 años. (PAHO, 2018). En Nicaragua representa la primera causa de muerte por neoplasias malignas con una tasa de mortalidad de 14.5x100milMEF, estimándose además que 1.74 millones de mujeres tienen riesgo de desarrollar este cáncer en el país. (OMS/OPS, 2012)

Este tipo de cáncer se caracteriza porque puede ser detectado en estadios preinvasores, conocidos en la actualidad como lesiones escamosas intraepiteliales (LEI) (Nayar & Wilbur, 2015), que pueden ser tratados de una manera menos invasiva. El conocimiento de la biología de la enfermedad ha permitido el desarrollo de estrategias orientadas a la captación temprana de las pacientes que, al ser efectivamente tratadas, lleva a cabo una prevención en el desarrollo de la neoplasia maligna. Según la literatura, se sabe además que algunas lesiones podrían persistir, recidivar o progresar, por lo que el manejo incluye un período prudente de seguimiento a estas pacientes, el cual paulatinamente se va haciendo más espaciado conforme disminuyen los riesgos de reaparición de las lesiones.

El modelo de salud nicaragüense permite el acceso gratuito a las distintas fases del manejo y seguimiento recomendado para las lesiones premalignas de cérvix. Sin embargo, según estudios realizados, existe un porcentaje considerable de pacientes que abandonan su manejo, predisponiéndolas a la progresión y/o persistencia de dichas lesiones.

Inconformes con esta incógnita, este estudio pretende identificar los factores de riesgo que predisponen a que las pacientes con lesiones premalignas de cérvix abandonen su seguimiento. Con esta información se elaborarán estrategias que permitan mejorar la adhesión al tratamiento en las pacientes y de esta manera contribuir a la prevención del cáncer cervicouterino.

2 Antecedentes

A nivel internacional.

Ministros de Salud de las Américas se comprometieron en 2018 a implementar una serie de acciones estratégicas para reducir un tercio los casos nuevos y las muertes por cáncer cervicouterino en la región para 2030. (PAHO, 2018). Sin embargo, el interés por disminuir estas cifras se ha manifestado en estudios realizados previos a esa fecha.

Hernández-Alemán, y otros, (2006) estudió en dos hospitales al norte y sur de la ciudad de México los motivos de abandono durante el proceso de atención médica de lesiones precursoras de cáncer. Durante este estudio se dio seguimiento a 525 pacientes, encontrando que la edad media fue de 46 años (mínimo 17, máximo 79 años), 58% de las mujeres refirieron estar casadas, porcentaje de analfabetismo del 8.6%, 6.7% contaban con estudios universitarios. De las pacientes 43% tenían empleo, la media del ingreso familiar fue equivalente a 1.4 veces el salario mínimo vigente, 18% de las pacientes refirió problemas para asistir a la consulta dado que no les daban permiso en su trabajo.

La tasa de abandono en ese estudio fue de 108/525: 20.7% (17.2-24.3). De estos casos, 60.2% ocurrieron en la fase diagnóstica, 17.7% durante el tratamiento y 23.1% en la fase de vigilancia y/o control. Los factores de riesgo ajustados principales fueron: miedo a la muerte (ORa: 4.2, IC.95%:1.8-9.5), citas prolongadas (ORa: 6.6, IC.95%:3.4-13.0), falta de privacidad (ORa:12.5, IC.95%:2.6-59.8), rechazo al tratamiento propuesto (ORa: 40.4, IC.95%:2.1-785.4) y falta de información (ORa: 41.9, IC.95%:14.2-124). Concluyeron que los factores relacionados a la percepción de la gravedad de la enfermedad y las barreras al acceso de los servicios de salud fueron los de mayor importancia para abandonar la atención médica. (Hernández-Alemán, y otros, 2006)

Por otro lado, Paolino & Arrosi (2012) en buenos aires analizaron igualmente los motivos de abandono del seguimiento y tratamiento de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino en una provincia llamada Jujuy y las implicancias para la gestión. El porcentaje de abandono en la población de estudio fue del 23,5%. Las mujeres estudiadas se caracterizaron por tener entre 35 y 55 años (45,2%); con niveles educativos bajos (35,7%) y medios (45,2%), ocupadas (54,8%), con cobertura pública de salud (81,0%) y que mencionan no poseer una frecuencia establecida de visita al ginecólogo (64,3%).

El 26,2% de las mujeres que abandonaron el proceso de atención lo hizo en la etapa de tamizaje, el 57,1% abandonó en la etapa de diagnóstico y el 16,7% realizó biopsia con confirmación de la presencia de lesión precancerosa (CIN II-III) pero no realizó tratamiento. Al indagar acerca de los motivos de abandono, el 40,5% de las mujeres mencionó algún motivo relacionado con la organización y funcionamiento del sistema de salud. Entre este grupo de mujeres, el 28,6% mencionó motivos relacionados con la organización de los servicios: retrasos en la obtención de los resultados, problemas para acceder a los turnos o largos tiempos de espera para ser atendidas; y el 11,9% mencionó motivos relacionados al proceso de atención (problemas en la comunicación del resultado o malas experiencias de atención). (Paolino & Arrosi, 2012)

El 30,9% de las mujeres que abandonó el proceso de atención, reportó motivos subjetivos: miedo, negación a la enfermedad o no considerar necesario continuar con la atención. Otros motivos mencionados como principal causa de abandono. fueron: problemas familiares (7,1%), razones laborales (4,8%), carga de trabajo doméstico y cuidado de niños (4,8%) y barreras para el traslado (4,8%). El 33,3% de las que abandonaron y el 66,7% de las que no abandonaron consideró que el médico les explicó adecuadamente cuál era el siguiente paso que debían realizar. La pregunta acerca de si el médico le preguntó si tenía alguna duda sobre el resultado o los pasos a seguir fue contestada por 61 mujeres que conocían el resultado. Entre ellas, el 19,0% de las mujeres que abandonaron y el 81,0% de las que no abandonaron contestó afirmativamente ($p=0,029$). (Paolino & Arrosi, 2012)

Cabe resaltar que Paolino & Arrosi (2012) reportaron que luego de la visita de la encuestadora, el 55% de las mujeres que había abandonado el proceso de atención retornó a la consulta entre los 10 y 30 días posteriores a la entrevista.

Un trabajo más reciente, realizado en la ciudad de Trujillo- Perú, González Flores (2015) en su análisis estadístico encontró como factores de riesgo asociados al abandono del tamizaje para cáncer cervicouterino en el Hospital Belén de Trujillo los siguientes: estado civil soltera (OR: 2.95; $p<0.05$), instrucción primaria (OR: 2.48; $p<0.05$), procedencia rural (OR: 3.63; $p<0.05$), nivel socioeconómico bajo (OR: 2.66; $p<0.05$).

A nivel Nacional.

En la literatura revisada no se encontraron antecedentes en instituciones nacionales donde se halla estudiado los motivos o factores de riesgo para el abandono del tamizaje, tratamiento y/o seguimiento por lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino. Callejas(2017) estudió de enero 2012 a marzo 2016 en el hospital Alemán Nicaraguense la evolución y seguimiento postratamiento de mujeres con enfermedades premalignas de cérvix, y dentro de los datos arrojados, se describió que la edad promedio de las mujeres de la muestra fue 33 años, con el predominio de pacientes en el grupo de edad entre 18 a 25 años. El 75% de mujeres provenían del sector urbano, el 43% tenían bajo nivel primaria, 12% no habían ido a la escuela, y nivel universitario 11%. Solamente 17% poseían trabajo. Del estado civil estaban 36% solteras, 30% casadas y 34% en unión libre. 45% de mujeres que refirieron uno a dos embarazos y 46% refirieron tres, es decir que cerca del 90% de pacientes tenían al menos un hijo.

En el estudio de Callejas (2017) el 73% de las mujeres tenían lesiones intraepiteliales de bajo grado asociada a VPH o NIC1, 13% NIC2 y 10% NIC3. El 4% restante fueron tres casos de cáncer in situ y un caso de cáncer microinvasor. En relación al intervalo de tiempo entre la valoración del Papanicolaou y la valoración de la biopsia en las mujeres con lesiones premalignas de cérvix tratadas se observó que la mayoría de las mujeres tuvieron un intervalo de espera de dos a tres meses en un 38%, el 30% esperaron menos de un mes, 22% esperaron de 4 a 8 meses y el 10% nueve meses o más. Esta espera fue mucho menor en lo que respecta al tratamiento, ya que se realizó en un periodo menor de un mes en el 65%, el 25% recibieron su tratamiento dos a tres meses y solamente el 11% esperaron un tiempo mayor.

Según Callejas (2017) todas las mujeres con NIC1 y VPH recibieron crioterapia, el 70% de las mujeres con NIC 2 recibieron manejo escisional y el 30% crioterapia; el manejo de las mujeres NIC3 y cáncer in situ se basó en procedimientos de conización e hysterectomía (57% Y 43% respectivamente). Durante el seguimiento de las mujeres con lesiones de bajo grado (NIC1/VPH) al 30% se les realizó hysterectomía y a una de ellas conización posterior a la crioterapia, la última por haber progresado a lesión de alto grado en un período de un año. En dos casos de hysterectomía fue indicada por miomatosis uterina aunque un de ellas a pesar de tener citología negativa la pieza de cérvix reportó persistencia VPH.

Los seguimientos se realizaron a través de citologías cada 6 meses y en algunos casos con visualización por colposcopia y biopsia. Un 13% de las pacientes presentaron citologías y/o colposcopías positivas en el seguimiento, considerándose como persistencia de lesiones. Tres de estas mujeres (23%) se les había realizado crioterapia como manejo de su lesión y una (7.5%) conización como manejo inicial. (Callejas, 2017)

En relación a los años de seguimiento, osciló entre uno a tres años ya que estuvo en dependencia del año en que se le realizó el manejo. De las mujeres que tenían un año de seguimiento el 80% tenían entre 1 a 2 citologías en el año con un intervalo de tiempo de 4 a 6 meses. Las que tenían uno a dos años, el 68% tenían entre 3 a 4 citologías. Pero un poco más de la cuarta parte de mujeres solo tenían entre uno a dos Papanicolaou. En las que tenían dos a tres años, un poco más de la mitad (56%) se les había realizado entre 5 a 6 controles de citología y este porcentaje se incrementó a 75% en las que tenían tres a cuatro años de seguimiento y el 25% tenían entre 3 a 4 citologías. (Callejas, 2017)

3 Justificación

El carcinoma de cérvix es una lesión progresiva que se inicia con cambios intraepiteliales preneoplásicos. Se ha encontrado epidemiológicamente que la edad promedio de mujeres con estas lesiones premalignas es menor que las que tienen carcinoma in situ y éstas a su vez son menores que las que presentan cáncer invasivo, lo cual sugiere un proceso progresivo de cambios preneoplásicos a carcinoma in situ y de allí a microinvasor e invasor. (Ministerio de Salud pública y Asistencia social, 2010)

La duración de las diferentes etapas de premalignidad no es uniforme, en general se acepta un promedio de 10 a 20 años en transformarse a lesión invasora. Algunos estudios han mostrado que el 30% a 35% de las lesiones preinvasivas (LIE – BG) regresan espontáneamente. Dado que no es posible determinar cuáles lesiones progresarán, la totalidad de los casos de neoplasia intraepitelial deben ser considerados como potencialmente malignos y ser manejados adecuadamente. (Ministerio de Salud pública y Asistencia social, 2010)

Brindar una detección temprana y tratamiento así como seguimiento oportunos son estrategias imperativamente importantes en la prevención de Cáncer cervicouterino. El Ministerio de Salud nicaragüense, como ente rector de salud, a través de la dirección general de servicios de salud, ha creado el “protocolo de prevención del cáncer cérvico uterino, a través del tamizaje con inspección visual con acidoacético (ivva) y tratamiento con crioterapia” el cual retoma el compromiso del gobierno de reconciliación y unidad nacional de disminuir la mortalidad por cáncer cérvico uterino. Este protocolo provee las pautas para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento tanto de las lesiones preneoplásicas como el cáncer invasor.

Tristemente por diversos factores especulados, y aún no estudiados, las pacientes abandonan o dejan de acudir a sus citas en cualquiera de las 3 fases de seguimiento, a como lo expuso Callejas (2017), en donde un tercio de las mujeres estudiadas abandonaron el programa durante el período a estudio. Esto es particularmente alarmante, debido a que lesiones detectadas y no tratadas pueden progresar a una lesión invasora, así como las lesiones tratadas pueden persistir aún 6 meses después del tratamiento ó recurrir que es cuando después de un año del tratamiento, durante el cual se ha seguido un estricto control sin enfermedad residual, la lesión aparece nuevamente (Pinto, 2013). Es por tanto de suma importancia que las pacientes cumplan tanto con la detección, como el tratamiento y

seguimiento posterior completo de al menos un año después de aplicado el tratamiento, a como esta normado por MINSA, (2010)

Reconocer estos factores que predisponen a las pacientes a no continuar en cualquiera de las etapas del manejo de sus lesiones es de suma importancia, para así elaborar estrategias que mejoren el apego a las citas y el cumplimiento de las indicaciones proporcionadas por el personal de salud, disminuyendo así de manera directa la tasa de incidencia de Cáncer cervicouterino en nuestro país.

4 Planteamiento del problema

Caracterización

En Nicaragua el modelo de salud ofrece tamizajes diagnósticos, tratamiento y seguimiento completamente gratuitos en las unidades de salud públicas tanto primarias como de mayor resolución. Uno de los centros en los cuales se ofrece dichos servicios es el hospital Alemán Nicaragüense en su clínica de atención a lesiones tempranas. En este hospital solamente el 62% de las pacientes captadas con lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado y NIC2 cumplen con el seguimiento recomendado de 1-3años.

Delimitación

El abandono en cualquiera de las fases del manejo de esta patología puede tener serias consecuencias. Algunas de ellas fueron medidas y se encontró que existe una cantidad de persistencia/progresión de lesiones escamosas intraepiteliales hasta en un 13%. (Callejas, 2017). El abandono de un tratamiento que se ofrece de manera gratuita debe ser investigado, ya que pueden existir factores socioeconómicos, culturales y/o institucionales que podrían influenciar en la ocurrencia de este suceso.

Formulación

A partir de la caracterización y delimitación del problema antes expuesto se plantean las siguientes **preguntas de sistematización:**

- ¿Cuáles son las características del abandono al tratamiento de la patología a estudio?
- ¿Qué factores de riesgo sociodemográficos comprometen la asistencia a las citas de seguimiento?
- ¿Qué factores de riesgo en la relación médico-paciente influyen en la falta de apego a las citas?
- ¿Es la accesibilidad a los servicios de salud un factor de riesgo para la inasistencia al programa de lesiones tempranas?

5 Objetivos

Objetivo General

Exponer los factores de riesgo asociados al abandono del tratamiento de lesiones premalignas de cérvix, en mujeres atendidas en el hospital Alemán Nicaragüense, en el período de enero 2015 a diciembre 2017

Objetivos Específicos

1. Mostrar las características del abandono al tratamiento de la patología a estudio.
2. Determinar los factores de riesgo sociodemográficos que comprometen la asistencia a las citas de seguimiento.
3. Identificar los factores de riesgo en la relación personal médico-paciente que influyen en la falta de apego a las citas.
4. Examinar la accesibilidad a los servicios de salud como un factor de riesgo para la inasistencia al programa de lesiones tempranas.

6 Marco referencial

Definición de la enfermedad

Las lesiones premalignas de cérvix son cambios histopatológicos del epitelio de la zona de transformación. Dichos cambios están usualmente asociados a infección por el virus del VPH. La infección por VPH oncógeno (VPH-HR) es la causa principal y necesaria del desarrollo de las lesiones hacia el cáncer cervicouterino (VPH-HR) presente en 100% de los cánceres. (OMS/OPS, 2012)

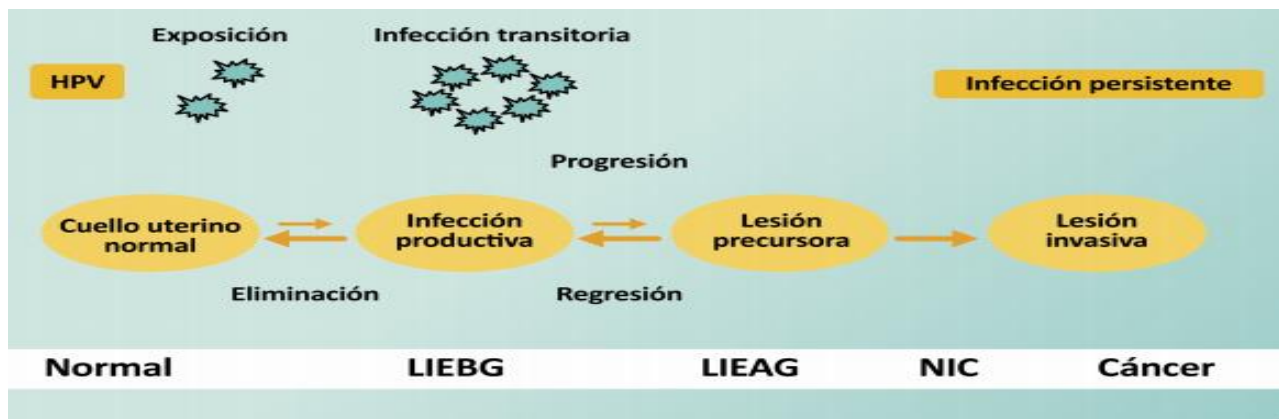
Etiología

Los VPH cuentan con 118 genotipos diferentes secuenciados sobre más de 200 identificados, 96 afectan la especie humana con un tropismo cutáneo/mucoso: infectan los keratinocito y alrededor de 40 genotipos tienen un tropismo anogenital por lo cual los riesgos ligados al cáncer cervicouterino varían en 4 grupos distintos según su potencial carcinógeno: Grupo 1 (Alto riesgo); Grupo 2A (probablemente carcinógeno); Grupo 2 B (posiblemente carcinógeno); Grupo 3 (Bajo riesgo). (Adefuye, Broutet, de Sanjosé, & Denny, 2013)

Terminología utilizada

La mayoría de los casos de cáncer de cuello uterino han sido precedidos por una etapa larga, aproximadamente 10 a 15 años, durante la cual se ha presentado cambios en las células del epitelio del cuello uterino. Estos cambios, al inicio son muy leves, pero progresivamente se hacen más severos hasta llegar a Carcinoma In Situ y luego a Cáncer Invasor.

Figura: Evolución de la enfermedad



Adaptado de: Cervix cancer screening. Lyon, IARC Press, 2005 (IARC Handbooks of Cancer Prevention, Vol. 10)

Las lesiones intraepiteliales de bajo grado (LIEBG) o NIC I son aquellas en las cuales hasta un tercio del epitelio está ocupada por células displásicas. Estas lesiones frecuentemente son visibles a la inspección visual con ácido acético. Las lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado (LIEAG) ó NIC II y III, son aquellas en las cuales las células displásicas ocupan más de una tercera parte de la profundidad del epitelio cervical. Cuando se aplica el ácido acético al cérvix se absorbe más que las lesiones de bajo grado, lo cual resulta en lesiones acetoblancas claramente visibles. (Nayar & Wilbur, 2015)

En las últimas décadas se han usado diferentes términos para identificar cada una de las etapas pre-invasoras, lo que ha producido cierta confusión. Por esto es importante tener en cuenta la correlación de términos.

Métodos diagnósticos

Citología Cervical o Papanicolaou

Es el método de elección y la forma sencilla para la detección oportuna de lesiones premalignas de cérvix; es un examen simple, barato e inocuo. Sus indicaciones van dirigidas hacia todas las mujeres que hayan iniciado su actividad sexual con énfasis en: (Alvarez & Wright, 2007)

- Mujeres de 21 a 65 años con actividad sexual previa o actual.
- Mayores de 65 que no tengan citología reciente.
- Menores de 21 con historia clínica de riesgo.
- Toda mujer embarazada.

Recomendaciones a la usuaria:

- Que no esté menstruando.
- Evite el uso de tratamientos o lavados vaginales 48 hrs. antes.
- Abstenerse de relaciones sexuales 48 hrs. antes.

Consideraciones Especiales (Ministerio de Salud Pública., 2012)

Dada la dificultad de acceso de algunas mujeres al programa de toma de citología, o su escasa motivación, las contraindicaciones para tomar la citología se deben minimizar y aprovechar el

momento en que acude la usuaria para realizar el examen, primero realizamos una suave y ligera limpieza del cuello uterino con una torunda de algodón o gasa impregnada con un poco de solución salina, sin presionar ni tocar el área del orificio endocervical, ya que el objetivo es retirar el exceso de secreción, sangre o esperma y nos permita tomar la muestra adecuada con células de la zona de transformación, que es nuestro objetivo.

El tamizaje podría ser discontinuado a discreción del médico y la usuaria si cumplen los siguientes requisitos: (Ministerio de Salud Pública., 2012)

- Mujeres con 5 o más frotis negativos previos sometidas a HTA por enfermedad benigna.
- En mujeres mayores de 65 años que previamente han sido tamizadas y con al menos 3 citologías negativas en los últimos 10 años.

La citología cervical nos brinda un diagnóstico presuntivo de lesiones preinvasoras o invasoras de cérvix; se deberá establecer el diagnóstico definitivo por medio del examen histológico obtenido mediante una biopsia dirigida por colposcopia. Por lo tanto los casos en que la citología reporta alteración idealmente necesario evaluación colposcópica, como son:

(Ministerio de Salud Pública., 2012)

- ASC-H
- ASC-US Persistentes
- LIE de Bajo Grado
- LIE de Alto Grado
- Carcinoma de Células Escamosas
- AGC
- Inflamación Severa Persistente
- Sospecha Clínica de Malignidad aun cuando la citología sea negativ

Evaluación colposcópica

La colposcopia es una prueba que consiste en examinar el cérvix y la vagina mediante un colposcopio, posterior a la aplicación de una solución de ácido acético al 3%-5%; se pueden obtener biopsias de lesiones sospechosas de neoplasia. (Massad, y otros, 2013). La evaluación colposcópica comprende los siguientes pasos: (MINSA, 2010)

1. Visualización del cérvix y vagina con el colposcopio antes y después de la aplicación del ácido acético del 3 al 5%.
2. Identificación del patrón colposcópico y definición de la colposcopia si es satisfactoria o no.
3. Toma dirigida de biopsia del / las área/s sospechosa/s de lesión.
4. Legrado endocervical si la colposcopia no es satisfactoria. (excepto en el embarazo).
5. Colocación de tapón vaginal si es necesario, y explicarle a la usuaria como, cuando retirarlo, que puede realizar sus necesidades fisiológicas de manera normal y no tener relaciones sexuales por 1 a 2 días o mientras presente manchando.

Reporte de la Colposcopia

Este reporte debe hacerse con los siguientes criterios:

Satisfactorio: la zona de transformación cervical entera, la unión escamo-columnar completa, cualquier anomalía en toda su extensión, de lo contrario se considerara insatisfactoria.

Especificar las causas de una colposcopia insatisfactoria.

En caso de colposcopia anormal, reportar los diferentes cambios, los relacionados con la presencia de lesiones virales.

Se deberá hacer descripción de los diferentes hallazgos colposcópicos con su localización y extensión; y señalar los sitios de donde fueron tomadas las biopsias.

Finalmente se debe hacer una impresión diagnóstica. (FECASOG, 2016)

Conductas según resultados de Citología y Colposcopia

Resultado de las biopsias. La biopsia dirigida y el curetaje endocervical pueden reportar cualquiera de los siguientes resultados anatomopatológicos: (Ministerio de Salud Pública., 2012)

- Negativa para neoplasia.
- LIE de bajo grado: NIC I y/o VPH.
- LIE de alto grado: NIC II, NIC III, In Situ.
- Neoplasia microinvasora: escamocelular o adenocarcinoma.
- Neoplasia invasora: escamocelular o adenocarcinoma.

Siempre debe haber una adecuada correlación entre la citología, la colposcopia y las biopsias para tener un diagnóstico definitivo y sobre esta base tomar una conducta. La ausencia de esta correlación conlleva a realizar un cono diagnóstico ya sea con bisturí o asa térmica de acuerdo a las posibilidades de la institución. (FECASOG, 2016)

Indicaciones de conización diagnóstica

Usuarías con LIE alto grado y/o:

- Microinvasión en la biopsia.
- Colposcopia insatisfactoria.
- Adenocarcinoma In Situ.
- Discrepancia entre la citología, colposcopia y la biopsia guiada.
- Legrado Endocervical (+).

De acuerdo con la edad, paridad, estado de compromiso del vértice o del legrado del endocérnix residual, se dejará como tratamiento definitivo o se procederá a realizar la histerectomía abdominal total o ampliada. (FECASOG, 2016)

Posterior a la colposcopia se citará a la usuaria **al mes** para informarle de una forma amplia y adecuada, *asegurando la comprensión de los resultados de las biopsias y alternativas de tratamiento, solucionando las dudas que surjan acerca de su enfermedad y tratamiento.* (FECASOG, 2016)

Tratamiento de lesiones pre-invasoras de cervix uterino

La decisión terapéutica se elegirá de mutuo acuerdo, previa consejería, considerando el diagnóstico histológico, ubicación de la lesión y priorizando las alternativas ambulatorias. De igual forma es indispensable hablar con claridad sobre el pronóstico clínico, los efectos secundarios del tratamiento, la posibilidad de nuevos embarazos y calidad de vida, porque sólo con éste tipo de información es posible lograr el compromiso necesario de la usuaria para el éxito del tratamiento.

Los tratamientos para las lesiones preinvasoras deben hacerse por ginecólogos debidamente capacitados y en instituciones con los recursos físicos para realizar tratamientos con métodos ablativos o destructivos y métodos de escisión local, de tal forma que estos recursos físicos y técnicos garanticen a las usuarias un adecuado servicio. (Ministerio de Salud Pública., 2012)

La ablación es un tratamiento poco invasivo. Con la ablación no es posible evaluar la lesión histológicamente entonces no se puede diagnosticar la enfermedad y no se puede evaluar si la destrucción de la lesión y de la zona de transformación está completa. Además, hay un riesgo de destrucción inadvertida de áreas de micro-invasión o invasión.

Los requisitos para la ablación son: colposcopia adecuada, en la cual se visualice toda la zona de transformación, legrado endocervical negativo, sin sospecha de micro-invasión y neoplasia glandular y con resultados concordantes entre la citología y la biopsia. (Ministerio de Salud Pública., 2012)

Técnicas de ablación

Crioterapia:

Técnica simple, poco selectiva, aunque se pueden usar sondas de varios tamaños. La crioterapia es: (MINSAs, 2010)

- Altamente efectiva: En lesiones pequeñas y moderadas.
- No causa subsecuente daño al cérvix.
- Se usa equipo simple, relativamente de bajo costo.
- Puede ser realizado por médicos generales capacitados.
- Es un tratamiento rápido, no requiere anestesia ni electricidad.
- Puede ser utilizado el mismo día del diagnóstico clínico.

Pero:

- Es menos efectivo / no práctico si la lesión es grande (por lo que se debe referir).
- Necesita tanque de CO2.
- Causa mucho flujo que molesta a la mujer.

(MINSAs, 2010)

Insumos para la realización de la crioterapia:

Equipo para crio (tipo pistola), con variedad de forma de puntas de crio que se adapten correctamente a las diferentes formas del cervix y la lesión; tanque de 100kg con gas de óxido nitroso (N2O) y óxido de carbono (CO2) de uso hospitalario y sus anexos; torundas, guantes, espátulas de madera; casos de acero.

Criterios para crioterapia:

1. Mujer con tamizaje positivo para Lesión intra-epitelial cervical.
2. La lesión no debe exceder el 75% de la superficie del cuello uterino.
3. La lesión debe ser cubierta en su totalidad por la criosonda con no más allá de 2mm de sus bordes.
4. Los bordes de la lesión deben de ser totalmente visibles, sin ninguna extensión adentro del endocervix o dentro de la pared vaginal.

Recomendaciones importantes en crioterapia:

1. La presión de gas debe estar por encima de 40gramos / centímetro cuadrado.
2. Respetar los tiempos recomendados en la aplicación de la crioterapia, tres minutos de congelamiento, cinco de descongelamiento, y tres de congelamiento; o sea el esquema 3-5-3 (FECASOG, 2016).

Efectos colaterales y complicaciones de la crioterapia:

La crioterapia, como cualquier otro tratamiento, no está libre de efectos colaterales no deseados y complicaciones, los cuales son: (FECASOG, 2016)

- Flujo Vaginal o leucorrea: la cual puede durar entre 4 y 6 semanas, debe ser acuoso y sin mal olor, si cambia sus características hacia purulenta y mal oliente se considera infección y se deberá recibir tratamiento inmediato.
- Dolor: es tipo cólico de regla y se produce durante la aplicación y algunas horas después, habitualmente cede con antiinflamatorios.
- Si el dolor es pélvico y acompañado de fiebre debe sospecharse de Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP) y recibir tratamiento inmediato.
- Sangrado: es raro y puede ser tipo acuoso, si aumenta significativamente, debe realizarse evaluación del cérvix usando un espéculo vaginal, con el objetivo de confirmar que el sangrado es de lecho de la crioterapia, en cuyo caso se puede manejar con taponamiento vaginal. Este taponamiento vaginal se debe cambiar diariamente y es recomendable añadir antibiótico. En los casos que no cede el sangrado a pesar del taponamiento, se debe referir al centro especializado más cercano.
- Estenosis del canal endocervical, es raro, se puede manejar mediante el uso de dilatadores.
- Quemadura de la pared vaginal: se produce con más frecuencia en pacientes con vagina redundante, se aconseja tener especial cuidado de que la punta del aplicador no toque las paredes vaginales.

Instrucciones para pacientes después de crioterapia del cuello uterino: (FECASOG, 2016)

- Después del tratamiento casi todas las mujeres presentan un flujo vaginal espeso por 14 a 28 días.
- Algunas usuarias pueden tener un ligero sangrado o dolor tipo cólico.
- No deberá colocarse nada en la vagina, ni usar duchas vaginales en los siguientes 28 días.
- No deberá tener relaciones sexuales por un mes y si es posible que la pareja use condón o preservativo por tres meses.
- Si el flujo se hace maloliente y/o se acompaña de dolor tipo cólico, por favor visite el centro de salud de su comunidad.
- Regrese a consulta en 4 semanas para control.
- Evaluar el uso de cicatrizante (no debe hacerse una rutina).

Escisión consiste en la extirpación de la totalidad de la lesión y de la zona de transformación. Con la escisión es posible la evaluación histológica del tejido y determinar si la destrucción de la lesión y de la zona de transformación está completa. La destrucción incompleta de la zona de transformación es un indicador para el riesgo de fallo o fracaso terapéutico o recurrencia de la enfermedad. (Ministerio de Salud Pública., 2012)

Técnicas de escisión

Conización por bisturí: la técnica menos conservadora y aplicada, prácticamente sustituido por el LEEP. (Ministerio de Salud pública y Asistencia social, 2010)

Conización por láser: Procedimiento mediante el cual se utiliza un rayo láser para destruir el tejido de la zona de transformación. Es posible controlar el grado de destrucción mediante el tiempo de exposición. Al desenfocar el rayo se logra la fotocoagulación de los vasos de la herida cervical. El éxito del tratamiento con esta técnica es del 95% y 96%.

LEEP (loop electrosurgical excisional procedure) o LLETZ (Large loop excision of the transformation zone): escisión con asa diatérmica.

Criterios de admisibilidad del LEEP: (MINSAs, 2010)

- Que haya NIC confirmada por biopsia cervical.

- Si la lesión afecta al conducto cervical, debe verse su límite distal o craneal; la máxima extensión (distal) no será superior a 1cm.
- Que no se evidencie cáncer invasor, ni displasia glandular.
- Que no se evidencia enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), cervicitis, tricomoniasis vaginal, vaginosis bacteriana, úlcera anogenital ni trastorno. Debe tratarse antes del procedimiento.
- Que hayan transcurrido al menos tres meses desde el último parto de la paciente.
- Que las mujeres hipertensas y diabéticas estén bien controladas.
- La mujer debe dar el consentimiento para recibir el tratamiento, después de que se le haya informado detalladamente sobre cómo se realizará y las probabilidades de su eficacia, los efectos adversos, las complicaciones, las secuelas a largo plazo y las posibles alternativas para abordar su problema.

Técnica quirúrgica (FECASOG, 2016)

Hay que usar un espéculo vaginal con aislamiento eléctrico o un espéculo metálico aislado con condón de látex para prevenir el choque eléctrico de la paciente si el electrodo activo toca accidentalmente el espéculo. También hay que tener cuidado para no producir dolor al tocar involuntariamente las paredes vaginales con el electrodo activo. La anestesia local se alcanza a los 30 segundos de aplicar varias inyecciones de un total de hasta 5 ml de xilocaína al 1% (o un agente similar) en el tejido estrófico del exocervix. Las inyecciones se administran en torno a la periferia de la lesión y la zona de transformación (en la posición de las 3, las 6, las 9 y las 12 del reloj), con una profundidad de 1 a 2 mm, usando una jeringa de 5 ml y una aguja de calibre 25 a 27. Si se prevé una escisión en dos capas (cono de LEEP), el anestésico local se inyecta también en el conducto cervical anterior y posterior.

El objetivo de la LEEP es extirpar las lesiones y la zona de transformación en su totalidad y enviar el tejido afectado al laboratorio de histopatología para su estudio. Hay que usar la mínima cantidad de corriente necesaria para una electrocirugía eficaz, para reducir al mínimo el riesgo de los tejidos no afectados de la paciente y que la muestra extirpada esté en condición aceptable (con un mínimo de artefacto térmico) para el estudio histopatológico. La potencia empleada depende del tamaño del electrodo que corta el tejido y de si va a aplicarse fulguración. Todo esto debe determinarse previamente en la consulta y comunicarse al operador de LEEP que elegirá una potencia del generador para cortar o para fulgurar. Cuando sea posible, una lesión debe extirparse con un solo paso del asa, aunque esto no siempre es factible. (FECASOG, 2016)

Efectos adversos, complicaciones y secuelas a largo plazo de la LEEP

Conviene darles por escrito instrucciones relativas al posoperatorio que aborden los siguientes puntos: Si existe dolor posoperatorio, suele ser similar a los calambres; las mujeres pueden tomar analgésicos orales como el paracetamol o el ibuprofeno, si los necesitan. (MINSA, 2010)

-Dolor transitorio por la inyección de anestésico local en el cuello uterino. Se presenta hemorragia perioperatoria intensa en el 2% o menos de las LEEP. Hay que recomendar a las mujeres que consulten si tienen cualquier preocupación durante el posoperatorio.

- Un exudado mucoso marrón oscuro teñido de sangre suele persistir una o dos semanas después del tratamiento. La curación tras la LEEP suele producirse en el plazo de un mes.

- El riesgo de infección posoperatoria es muy pequeño.

-En la evaluación de seguimiento, en aproximadamente un 2% de las mujeres se observa que la unión escamoso-cilíndrica se encuentra en el conducto cervical

-En raras ocasiones (probablemente menos del 1%) se produce estenosis parcial o completa del conducto cervical; es más común en menopáusicas.

Seguimiento post-tratamiento

El seguimiento de la crioterapia (Ministerio de Salud Pública., 2012)

Hay que explicarles a las mujeres cómo deben cuidarse y qué síntomas pueden tener después del tratamiento: pueden presentar cólicos ("calambres") leves y exudado vaginal acuoso o ligeramente sanguinolento entre 8 a 14 días después del tratamiento. Se les debe desaconsejar la ducha vaginal, los tampones y el coito durante un mes después del tratamiento. Deben comunicar la aparición de los siguientes síntomas: fiebre durante más de 2 días, dolor hipogástrico intenso, exudado vaginal purulento maloliente, sangrado con coágulos o hemorragia persistente más de 2 días. Es preferible dar por escrito las instrucciones sobre estos aspectos y sobre el seguimiento.

La curación se produce en las seis semanas que siguen a la crioterapia. Durante las 2 ó 3 primeras semanas tras la crioterapia, la herida está cubierta por tejido de granulación, tras lo cual la superficie se re-epiteliza. Normalmente, la herida sana por completo entre las 6 y 8 semanas posteriores al tratamiento. En cuanto a la vida sexual, se sugiere tener abstinencia, pero si no se puede cumplir en ese periodo se recomienda el uso del condón.

Se debe programar una visita de seguimiento entre las 4 y 6 semanas post tratamiento, luego a los 6 y 12 meses después del tratamiento. Para el seguimiento, se harán citología de preferencia porque se llevará a cabo en la clínica de detección temprana, pero si no se puede efectuar, perfectamente la IVAA puede realizarse, seguidas de colposcopia y biopsia dirigida según lo observado en la colposcopia, para evaluar la remisión o la persistencia de las lesiones. Si persisten, se puede repetir el tratamiento. A las mujeres sin neoplasia se las puede dar de alta o continuar en la clínica de tamizaje (distrito) después de 3 años.

Seguimiento de la LEEP (Ministerio de Salud Pública., 2012)

Hay que decirles a las mujeres cómo deben cuidarse y qué síntomas pueden tener después del tratamiento, en su caso particular, por escrito. Hay que explicarles que tendrán un exudado pardo o negro que durará entre unos pocos días y dos semanas, que deberán consultar con prontitud si persiste más de dos semanas, si se hace maloliente o si tienen dolores en la parte inferior del abdomen o hemorragia profusa. Se les debe desaconsejar la ducha vaginal, los tampones y el coito durante un mes después del tratamiento. No se conoce el efecto de la LEEP sobre la posible transmisibilidad, de o a las mujeres, de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) durante la fase de curación. Ha podido ponerse de manifiesto la eliminación de VIH-1 en las secreciones vaginales de seropositivas tratadas por NIC.

Hay que usar condones entre 6 y 8 semanas. Control al mes del procedimiento, luego cada 3 meses por 3 visitas y el último año cada 6 meses. Si todo normal con el seguimiento con citología y colposcopia, se da de alta y regresa a su distrito de salud a controles de rutina cada 3 años, si en el seguimiento se encontró lesión alguna, debe de manejarse de acuerdo con resultados de la investigación hecha por colposcopia, biopsia e histología según el caso.

7 Hipótesis

Las pacientes jóvenes, con 2 o más hijos, que se sienten desinformadas y con dificultades en su trabajo para obtener permiso para sus citas, son las que tienen mayor probabilidad de abandono al tratamiento.

8 Material y métodos

Tipo de estudio: El presente estudio de acuerdo con el método de investigación es observacional, por el nivel inicial de profundidad del conocimiento es descriptivo (Piura 2006). De acuerdo con el tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información, se define como retrospectivo, por el período y secuencia es longitudinal; según el análisis y alcance de los resultados es de tipo observacional.

Área de estudio: la institución donde se realizará el presente estudio corresponde al Hospital Alemán Nicaragüense, ubicado en la ciudad de Managua, carretera Norte de la SIEMENS 300 varas al sur, es un Hospital General Departamental, que tiene un área de afluencia poblacional aproximada a 400,000 habitantes y consta con una clínica de Lesiones Tempranas en donde oferta atención gratuita a las pacientes con lesiones premalignas de cuello uterino.

Universo y muestra del estudio: la cohorte (universo) fueron las pacientes ingresadas al programa de lesiones tempranas en el período de enero-marzo 2015, es decir, que acudieron su cita por primera vez en ese mes con un diagnóstico presuntivo por citología cervical de lesión premaligna de cérvix de cualquier tipo. (NOTA: no se selecciona un período de estudio más reciente debido a que los eventos sociopolíticos -2018- y pandémicos -2020- que afectaron al país recientemente podrían crear un sesgo en la información que se intenta determinar).

Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de edad, que acudieron a cita por primera vez en la clínica de lesiones tempranas en enero-marzo 2015 y que puedan ser contactadas por vía telefónica, messenger o por visita domiciliar y acepten participar de la investigación.
- El expediente clínico debe encontrarse en archivo y tener registradas las consultas durante todo el período a estudio.

Criterios de exclusión:

- Consultas espontáneas por primera vez sin un diagnóstico citológico previo de lesiones cervicales.

Operacionalización de las variables

Objetivos Específicos	Variable Conceptual	Subvariables o Dimensiones	Variable Operativa/ Indicador	Ficha de Recolección	Tipo de Variable estadística	Valores
Objetivo 1: Mostrar las características del abandono al tratamiento de la patología a estudio.	Abandono al tratamiento		Tipo de paciente: se define como abandono aquella paciente que no cumple con un seguimiento comprendido de 2 años posterior a su tratamiento.	Expediente Clínico	Cualitativa Nominal	Abandono Perseverante
			Momento del abandono: fase del manejo en la que se encontraba la paciente al momento de dejar de asistir a sus citas programadas		Cualitativa nominal	Fase diagnóstica (antes del resultado de biopsia) Fase terapéutica (entre el resultado de biopsia y la realización del procedimiento) Fase de seguimiento (los 2 años posteriores a la realización del procedimiento)
			Tasa de abandono: porcentaje de pacientes que discontinuaron un período específico de seguimiento en la unidad de salud.		Cuantitativa discreta	TA: $(\text{Casos de abandono} \times 100) \div \text{Total de pacientes atendidas en el período a estudio.}$

			Número de consultas: citas a las que acudió en tiempo y forma la paciente previo a su abandono.		Cuantitativa a discreta.	Número total de consultas.
			Período entre consultas: promedio del tiempo que espera la paciente entre una cita y la próxima.		Cuantitativa a discreta	1 mes o menos 2-3 meses Más de 3 meses
			Lesión registrada: Tipo de lesión intraepitelial premaligna de cérvix registrada en la paciente.	Expediente clínico	Cualitativa nominal	LEI-Bajo grado LEI-Alto grado (NIC 2) LEI-Alto grado (NIC3)
		Motivo de abandono	Motivo principal de abandono: causa específica expresada por la paciente como razón por la que no se dio el seguimiento completo recomendado.		Cualitativa nominal	No aplica Miedo Falta de recursos para acudir (permisos, dinero, tiempo) Falta de información de su enfermedad Percepción de maltrato Acudió a otro centro Otro: especifique.

Objetivo 2: Determinar los factores de riesgo sociodemográficos que comprometen la asistencia a las citas de seguimiento .	Características socio-demográficas	Edad: Número de años cumplidos al momento del estudio.		Cuantitativo o Ordinal	<20 años 20-40 años Mayor de 40 años
		Estado civil: condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.		Cualitativo Nominal	Con pareja (casadas y/o unión estable) Sin pareja (solteras y/o viudas)
		Escolaridad: Máximo nivel educativo alcanzado hasta la fecha.	Expediente clínico	Cualitativo Nominal	Baja (analfabeta y/o primaria finalizada) Aceptable (secundaria y/o estudios superiores)
		Fuente de ingresos: persona encargada de proveer las necesidades básicas para la supervivencia de la paciente.		Cualitativa Nominal	Ella misma Otra persona
		Ocupación: tipo de actividad laboral desempeñada por la paciente para la obtención de recursos económicos.		Cualitativa Nominal	Inactiva (Ama de casa, estudiante) Asalariada (trabaja para alguien) Independiente (negocio propio)

			<p>Procedencia: localización geográfica de residencia de la paciente.</p>		<p>Cualitativa Nominal</p>	<p>De Managua Fuera de Managua</p>
			<p>Número de hijos: cantidad de hijos propios que tiene a cargo de si la paciente.</p>		<p>Cualitativa ordinal</p>	<p>Ninguno 1-3 hijos Más de 3 hijos</p>
<p>Objetivo 3: Identificar los factores de riesgo en la relación personal de salud-paciente que influyen en la falta de apego a las citas.</p>	<p>Atención del personal de salud</p>	<p>Relación de la paciente con el personal no médico</p>	<p>Atención en admisión: percepción de la paciente del trato que fue brindado por el personal de admisión.</p>	<p>Expediente clínico</p>	<p>Cualitativa nominal</p>	<p>Bueno Malo</p>
			<p>Atención del personal de enfermería: percepción de la paciente del trato que fue brindado por el personal de enfermería.</p>		<p>Cualitativa nominal</p>	<p>Bueno Malo</p>
		<p>Relación de la paciente con el personal médico</p>	<p>Información sobre la enfermedad: el médico le explicó en qué consiste su patología, causas, pronóstico y complicaciones.</p>		<p>Dicotónica</p>	<p>Si No</p>

			<p>Información sobre el tratamiento: el médico le explicó en que consiste el tratamiento a brindarle y los cuidados a realizarse.</p>		Dicotónica	Si No
			<p>Información sobre seguimiento: el médico explicó la importancia del seguimiento postratamiento.</p>		Dicotónica	Si No
<p>Objetivo 4: Examinar la accesibilidad a los servicios de salud como un factor de riesgo para la inasistencia al programa</p>	Accesibilidad a los servicios	Barreras organizacionales	<p>Tiempo de espera prolongado: percepción de la paciente acerca de que si espera mucho tiempo para su consulta.</p>	Encuesta	Dicotónica	Si No

de lesiones tempranas.			<p>Citas prolongadas: percepción de la paciente acerca de que si espera mucho tiempo entre sus citas.</p>		Dicotónica	Si No
			<p>Pérdida de expedientes y/o falta de exámenes: paciente percibe que en parte abandonó su seguimiento debido a pérdida de documentos.</p>		Dicotónica	Si No
	Barreras de acceso	de	<p>Dificultad en transporte: paciente refiere gasta mucho dinero y se le dificulta acudir a las citas.</p>	Encuesta	Dicotónica	Si No
			<p>Dificultades en el trabajo: paciente no puede acudir a sus citas por falta de permisos en el trabajo o por no poder dejar de trabajar de manera independiente.</p>		Dicotónica	Si No

			Dificultades en casa: paciente es responsable de niños y/o familiares enfermos que no puede delegar ni traer consigo a la consulta.		Dicotónica	Si No
--	--	--	---	--	------------	----------

Lista de variables

En base a los objetivos se estudiarán las siguientes variables:

-Objetivo 1

Tipo de paciente
Momento del abandono
Tasa de abandono
Número de consultas
Período entre consultas
Lesión registrada
Motivo principal de abandono

-Objetivo 3

Atención en admisión
Atención del personal de enfermería
Información sobre la enfermedad
Información sobre el tratamiento
Información sobre seguimiento

-Objetivo 2

Edad
Escolaridad
Estado Civil
Fuente de ingresos
Ocupación
Procedencia
Número de hijos

-Objetivo 4

Tiempo de espera prolongado
Citas prolongadas
Pérdida de expedientes y/o falta de exámenes
Dificultad en transporte
Dificultades en el trabajo
Dificultades en casa

Instrumento de recolección de datos

Se construyó una Ficha de recolección de datos (ver anexo 1) instrumento inicial utilizado para obtener los elementos básicos de información para responder a las variables objetivo a estudio. Se elaboró además una Encuesta (ver anexo 2) que fue aplicada en un segundo tiempo para completar la obtención de la información

Plan de recolección de datos e información

Se obtuvo el universo de pacientes mediante el libro de registro de ingreso al programa de lesiones tempranas, que se lleva en la clínica de atención temprana, se solicitaron dichos expedientes al archivo del hospital. Una vez obtenidos los expedientes se excluyeron los casos negativos para células malignas y aquellos con carcinoma invasor como diagnóstico definitivo a través del estudio

histopatológico en pieza quirúrgica o cono-biopsia. De los casos restantes se revisaron los dos años subsecuentes de seguimiento registrados en el expediente, terminando el seguimiento en diciembre 2017, mediante el llenado de la ficha de recolección de datos (Ver anexo 1). Estas pacientes fueron localizados por vía telefónica, whatsapp, messenger o por visita domiciliar, en un segundo tiempo para realizar las encuestas correspondientes (Ver anexo 2).

Plan de tabulación y análisis estadístico

Los datos serán fueron ingresados en una base de datos elaborada en el programa estadístico SPSS versión 23, y los resultados expuestos a través de tablas y gráficos expresados en frecuencias y porcentajes.

Paradigma y Enfoque de investigación

Se plantea un paradigma positivista que emplea un enfoque o perspectiva de metodología cuantitativa, debido a que la relación entre las variables fue determinada a través de una técnica matemática de frecuencias y porcentajes.

Consideraciones éticas

Los datos fueron recolectados solamente para fines de esta investigación y no serán compartidos. La información expresada no pretende dañar ni afectar profesional o legalmente a ninguna persona. No se proporcionó información personal de los pacientes seleccionados para este estudio y su expediente no fue manipulado por personas no autorizadas. Se solicitó consentimiento verbal y/o escrito previo a las pacientes que se les aplicó la encuesta, las cuales tienen un registro de audio que no será divulgado por ningún motivo para propósitos no relacionados al estudio.

9 Resultados y Análisis de los resultados

La tasa de abandono observada en las pacientes captadas entre enero-marzo 2015 fue de 12.6%, de un total de 135 captaciones, 17 mujeres no cumplieron con el seguimiento establecido (Ver Tabla y Gráfico No. 1). Este porcentaje concuerda con el reportado por Callejas, (2017) en el hospital Alemán Nicaraguense., demostrando una persistencia en este fenómeno, es por esto que estudiarlo para intentar disminuirlo y así preservar la salud de las pacientes es muy importante. Cabe destacar que, en comparación con estudios internacionales, como el de Hernández-Alemán, y otros, (2006) en México, y el de Paolino & Arrosi (2012) en Perú, donde se encontraron tasas de abandono del 20-23%, es evidente que el modelo de salud de Nicaragua tiene una mayor efectividad en el apego de sus pacientes a este programa.

El momento en el que mayormente dejaron de acudir las pacientes fue durante la fase de seguimiento, siendo estas 9/135 (6.7%) pacientes, en cambio 5/135 (3.7%) pacientes abandonaron durante la fase del diagnóstico y solamente 3/135 (2.2%) abandonaron en la fase de tratamiento (Ver Tabla y Gráfico No. 2). El seguimiento no es un requisito opcional en las pacientes diagnosticadas y tratadas por lesiones premalignas de cérvix, ya que se han reportado casos de recidiva, persistencia y/o progresión de la enfermedad. Estos abandonos son potenciales candidatas a regresar a la unidad de salud con una lesión de mayor grado o incluso con cáncer.

La población estudiada fue atendida desde 1 hasta 11 veces en los 2 años de seguimiento, con un promedio de 8 consultas entre todas las pacientes (Ver Tabla y Gráfico No. 3). El promedio de tiempo entre consultas fue mayor de 3 meses en el 75.6% de los casos (102/135). Las pacientes con un período entre consultas de 1-3 meses fueron 28/135 (20.7%), entre estas, la mayoría de las pacientes que abandonaron tuvieron este rango de tiempo, siendo estas el 41.2% (7/17) de su grupo. Solamente 5/135 (3.7%) esperaron 1 mes o menos para su próxima cita, sin embargo, todas estas abandonaron (5/17, 29.4%). (Ver Tabla y Gráfico No. 4). Según la literatura consultada, el número y período entre citas va a variar en dependencia del diagnóstico realizado y el tratamiento brindado, los intervalos mayores de 3 meses son los recomendados para las pacientes en fase de seguimiento, y evidentemente prevalecería porque la mayoría de las mujeres completó dicha fase. Las pacientes

con menor número de consultas fueron lógicamente las que abandonaron y presentaban citas más cercanas porque algunas estaban aún en la fase de diagnóstico y tratamiento.

Las lesiones premalignas de cérvix mayormente registradas fueron las de bajo grado en un 63.7% (86/135), seguidas por las de alto grado (NIC 2) con un 25.2% (34/135), y por último las NIC 3 con un 11.1% (15/135) de los casos. Al revisar los porcentajes por grupo, se hace notorio que aunque se sigue una distribución similar, no hubieron abandonos (0%) en pacientes con más alto grado de lesión (Ver Tabla y Gráfico No. 5). Se puede suponer que en ocasiones el hecho de verse ante una lesión de bajo grado, lesiones con cierto porcentaje de regresión, podría influir en el énfasis que le da el médico a educar a la paciente, pudiendo esta subestimar la lesión y llevarla a que discontinúe su abordaje.

Cuando se consultaron los posibles motivos de abandono a las pacientes, la mayoría coincidió en que sintieron tener falta de información de la enfermedad que padecían (8/135). Otras causas fueron el miedo, la falta de recursos y debido a que acudieron a otros centros a tratarse (3/135 cada uno) (Ver Tabla y Gráfico No. 6). Es importante recordar que Nicaragua es un país en vías de desarrollo, y que la variedad de la educación y posibilidades económicas de su población, puede inferir en que tengan o no acceso a un servicio que se ofrece gratuitamente.

Al analizar la edad como un factor de riesgo para abandono del programa, es de notar que la mayor parte de las pacientes que abandonaron fueron del grupo etéreo menor de 20 años (9/17, 52.9%). Las pacientes adolescentes tienden con mayor frecuencia a no comprender las instrucciones brindadas por el médico, o por ejemplo, no cuentan con un apoyo puesto que en la sociedad y la familia, la salud sexual y reproductiva es un tema tabú, haciendo a estas mujeres más propensas a dejar de llegar a sus citas. Dentro del grupo de pacientes perseverantes, el grupo etéreo entre 20-40 años fue el más prevalente con un 63.6% (75/118) de su grupo, seguido por las pacientes mayores de 40 años con un 33.9% (40/118) de los casos. Una mayor independencia y educación en estos grupos etéreos podría influir en el hecho de que sean más apegadas al programa (Ver Tabla y Gráfico No. 7).

La escolaridad fue otra característica sociodemográfica que marcó evidente efecto en el apego a las citas. Se observó que un 64.7% (11/17) de las pacientes que abandonaron tenía un nivel escolar bajo. En el grupo de pacientes perseverantes solamente un 37.3% (44/118) tenían escolaridad baja y el 59.3% (80/135) del total de pacientes captadas tenían un nivel escolar alto (Ver Tabla y Gráfico No. 8). La educación siempre será un factor que influya en el pronóstico de las enfermedades ambulatorias, debido a que el paciente tiene que comprender bien su situación para hacer lo posible para buscar ayuda y tratarse. Tristemente dicha comprensión se verá comprometida siempre que el paciente no tenga una adecuada escolaridad. Un esfuerzo mayor se debe hacer por parte del personal médico y no médico, para orientar adecuadamente a esta población.

En cambio, el estado civil y la procedencia no aparentan tener un efecto importante en el grupo de pacientes que abandonaron, presentando porcentajes similares al de la totalidad de la población estudiada, en donde el 60.7% (82/135) tenía pareja y el 39.3% (53/135) no tenía pareja (Ver Tabla y Gráfico No.9); y el 83.7% (113/135) eran del municipio de Managua y solamente un 16.3% (22/135) provenían de fuera de managua. (Ver Tabla y Gráfico No.10). Es importante sin embargo orientarles a las pacientes que el sistema de salud ofrece los servicios ginecológicos en varios puntos. Recomendarles ubicarse en la unidad geográficamente más cercana, podría ayudar a que mantengan un adecuado seguimiento.

De las pacientes estudiadas, 63.7% (86/135) depende de otra persona para los recursos económicos. En el grupo de pacientes que abandonaron, por otro lado, hasta un 47.1% (8/17) se mantienen por sí mismas (Ver Tabla y Gráfico No. 11). De estas pacientes un 41.2% (7/17) eran asalariadas y un 5.9% (1/17) tenían negocios independientes. Estos últimos porcentajes se muestran levemente por encima de los mostrados en la población general y la perseverante (Ver Tabla y Gráfico No. 12), pudiendo concluir que un compromiso laboral podría afectar en que la paciente acuda o no a sus citas médicas.

Fue muy notorio, al medir el número de hijos de las pacientes, que en el grupo de abandono, hubo un incremento importante en el porcentaje de pacientes sin hijos, siendo estas el 35.3% (6/17) del grupo, mientras que en el grupo de pacientes perseverantes fue apenas el 11% (13/118) de las pacientes (Ver Tabla y Gráfico No. 13). El hecho de que las pacientes que abandonaron fuesen más

jóvenes (Ver Tabla y Gráfico No. 13). Podría influir en la estadística al medir el número de hijos, pero también el miedo a no poder quedar embarazada después de un procedimiento podría ahuyentar a las pacientes y llevarlas al abandono. Explicarles que la vida reproductiva se puede preservar en la mayoría de los casos, es una labor imperativa para el personal de salud, enfatizando en que la vida de la paciente está en riesgo si no recibe el abordaje adecuado.

Al encuestar a las pacientes respecto a ¿Cómo percibe el trato que fue brindado por el personal de admisión?, el 82.2% (111/135) lo catalogó como bueno y 17.8% (24/135) como malo. En el grupo de abandono, hasta el 29.4% (5/17) del mismo afirmaron haber recibido un trato malo (Ver Tabla y Gráfico No. 14). Similares resultados se obtuvieron al preguntar a las pacientes ¿Cómo percibe el trato que fue brindado por el personal de enfermería?, en donde de todas las pacientes, un 81.5% (110/135) dijo que fue bueno y un 18.5% (25/135) dijo que fue malo. En el grupo de abandono, hasta un 29.4% (5/17) dijo el trato por el personal de enfermería fue malo (Ver Tabla y Gráfico No. 15). La responsabilidad de brindar una atención gratuita con calidad y calidez no recae únicamente sobre los hombros del personal médico, los pacientes se llevarán consigo una percepción global de todos los servicios utilizados, desde el personal de admisión, enfermería, hasta el de limpieza. En ocasiones jornadas largas de trabajo o exceso de pacientes puede agotar a los recursos, sin embargo, se les debe recordar a todos los integrantes del sistema, que es responsabilidad de todos brindar un buen trato a los pacientes que acuden a las unidades de salud.

Las pacientes que abandonaron el programa percibieron en un 47.1% (8/17) que no se les explicó todo lo concerniente a su patología, en un 58.8% (10/17) que no se les explicó en qué consistía su tratamiento o los cuidados que debía realizarse y en un 52.9% (9/17) que no se les explicó la importancia del seguimiento postratamiento. (Ver Tablas y Gráficos No. 16, 17 y 18). Se hace evidente que mejorar la educación de los pacientes respecto a su enfermedad, es algo que los mantendría interesados en buscar medios y recursos para seguir acudiendo a sus citas, puesto que en el grupo de pacientes perseverantes solamente el 20.3% (24/118) dijo no haber recibido información de su patología, el 18.6% (22/118) no recibió información de su tratamiento y el 28.8% (34/118) no percibió que se le haya explicado de la importancia del seguimiento (Ver Tablas y Gráficos No. 16, 17 y 18).

El tiempo de espera para la consulta no se comportó como un factor de riesgo para abandono, puesto que tanto en las pacientes que abandonaron como las que no, hubo una percepción alrededor del 70% de que se espera mucho por la consulta (Ver Tabla y Gráfico No. 19). Si bien es cierto no es un factor de riesgo, este dato podría hablar en mal de la calidad de atención brindada. Un sistema sencillo y bien explicado de citas con horario escalonado, podría ayudar a mitigar esta situación.

En lo que respecta a la percepción de tiempo de espera entre citas, la población de cada grupo estuvo dividida en alrededor de la mitad que sintieron si se espera mucho por una cita y la otra mitad piensa lo contrario. Llevando que la población total estudiada pensara que hay mucho tiempo de espera en un 46.7% (63/135) y un 53.3% (72/135) que no es mucha la espera (Ver Tabla y Gráfico No. 20). Según lo revisado en la literatura, se sabe que los intervalos de citas están alrededor de los 3, 4 hasta 6 meses en el período de seguimiento, en dependencia del tratamiento ofertado. Al igual que se ha mencionado antes, explicarle al paciente que el ritmo de las citas está científicamente estipulado, pero que es muy importante que acudan a las mismas por el período necesario, llevaría a un mayor apego de las pacientes, con resultados probablemente aún más efectivos a los hasta ahora obtenidos en el programa.

Al evaluar la experiencia de las pacientes en la falta de documentos u expedientes, en el grupo de abandono refirieron haber tenido esa experiencia en un 47.1% (8/17) de los casos (Ver Tabla y Gráfico No. 21), principalmente las pacientes refirieron retraso el resultado de biopsia, que llevó a veces a reprogramaciones de citas que les resultó suficiente para no continuar en algunos casos. El sistema de registro de expedientes del sistema de salud de manera “física”, es decir en hojas de papel, hace que la documentación corra gran riesgo de pérdida o daño. Es considerable tanto para este como para los demás programas y/o salas del hospital, la instalación de un sistema de registros computarizados, en donde la información será mejor preservada y además, estará con mayor disponibilidad para la realización de estudios epidemiológicos o investigativos.

Coincidiendo con el hecho de que la proporción de pacientes que abandonaron eran un poco más de fuera de managua, al preguntarles si tenían dificultad de dinero para acudir a las citas, un 35.3% (6/17) afirmaron tener este problema. En la población en general, solamente el 20.7% (28/135) dijeron tener ese mismo problema (Ver Tabla y Gráfico No. 22). Tanto en Managua, como fuera

de Managua el sistema de salud ofrece varios lugares tal vez más accesibles para que los pacientes no sientan estas dificultades. Otro problema expresado por las pacientes fue la dificultad para obtener permisos, en las pacientes asalariadas, las cuales representan el 41.2% (7/17) de los abandonos, cifra muy encima de las pacientes perseverantes, las cuales se encontraban mayormente inactivas y no tienen este problema en un 82.2% (97/118) de los casos (Ver Tabla y Gráfico No.23). Un sistema de citas escalonado, como el mencionado anteriormente, podría llevar a que la paciente tarde menos tiempo fuera del trabajo, y así poder obtener permisos laborales con menor dificultad. En la sociedad nicaragüense, muchas veces la mujer es cabeza y sostén de familia, pero no debería descuidar su salud y perder la oportunidad de tratarse por este motivo.

Por último, un pequeño porcentaje de pacientes refirió ser responsable de personas a su cuidado, que no les permitía abandonar el hogar y acudir a su cita. Este porcentaje fue del 17.6% (3/17) de las pacientes que abandonaron (Ver Tabla y Gráfico No. 24). Una coordinación entre el Ministerio de Salud y redes comunitarias podría ser de apoyo a este tipo de pacientes, se les podría brindar asistencia temporal el día que van a su consulta. Además, que, si se instaurase el sistema de citas escalonado, permanecerían menos tiempo fuera de casa, haciendo que la obtención de apoyo en el cuidado de personas a su cargo fuese más fácil.

10 Conclusiones

La tasa de abandono al programa de lesiones tempranas en el período a estudio fue de 12.6%. La mayoría de las pacientes abandonó durante la fase de seguimiento, seguido por la fase de diagnóstico y unas pocas abandonaron en la fase de tratamiento. El promedio de consultas brindadas en 2 años de seguimiento es 8 consultas, con un mínimo de 1 consulta y máximo 11. El período interconsultas fue en promedio de más de 3 meses. La mayoría de las lesiones reportadas fueron de bajo grado, y el principal motivo de abandono referido fue la falta de información de la enfermedad, sin embargo, la mayoría de las pacientes que abandonaron, poseían múltiples factores de los estudiados, que le impidieron continuar acudiendo al hospital.

Se determinó que la edad menor de 20 años, la baja escolaridad, ser su propio sustento económico como asalariada y no tener hijos fueron los principales factores de riesgo sociodemográficos que comprometieron el apego a la asistencia al programa. El estado civil y la procedencia de las pacientes no generó mayor cambio en las estadísticas del abandono.

De la relación entre el personal médico y la paciente, se puede decir que existe una evidente falta de información/educación hacia la usuaria de la salud, tanto acerca de su enfermedad, como del tratamiento y seguimiento, lo cual determina que no quieran llegar a las citas. También un pequeño porcentaje refirió no percibir un buen trato del personal de admisión y/o enfermería.

La accesibilidad a los servicios en general relativamente buena, puesto que ni los tiempos de espera, ni la percepción del período entre citas variaron entre los grupos de pacientes que abandonaron y las perseverantes. Si se notó cierta dificultad en el mantenimiento de documentos en el expediente, dificultad de transporte hacia las instalaciones del hospital, dificultad en la obtención de permisos en el caso de las pacientes económicamente activas, y dificultad en la responsabilidad de tener otras personas a su cuidado.

11 Recomendaciones

Al ministerio de salud:

- Coordinar redes de asistencia comunitaria, orientadas en el apoyo en la movilización de pacientes con citas que pertenecen al programa, así como asistencia a mujeres con personas ancianas, discapacitadas y/o niños a su cargo.
- Habilitar y dar a conocer la localización de los centros de atención a lesiones tempranas de cérvix en todo el país.
- Continuar promoviendo campañas en educación sexual a la población, resaltando la necesidad del uso del preservativo, y las prácticas sexuales responsables, como estrategias pilares para la prevención de la infección por VPH.
- Estimular la revisión y actualización de la norma de Cáncer Cervicouterino.

Al Hospital Alemán Nicaragüense:

- Gestionar/ solicitar la instalación de un sistema de registro digital para los expedientes y exámenes complementarios de los pacientes.
- Organizar en la consulta externa un sistema de citas escalonadas, donde se prioricen por la mañana a las pacientes propensas a realización de procedimientos, y por la tarde a las pacientes que acuden a seguimiento.
- Concientizar a todo el personal acerca del trato con calidad y calidez que se merece todo usuario de esta institución.
- Como parte del propósito de realizar una atención integral a la mujer, y debido a que se encontró que el miedo es un aspecto psicológico que afecta el apego a los tratamientos en estas pacientes, se recomienda el acompañamiento de un psicólogo al menos en una ocasión, al iniciar a las pacientes en el proceso de abordaje de las lesiones premalignas de cérvix, como una estrategia que pretende concientizar a las pacientes en su enfermedad.

Al servicio de Gineco-obtetricia:

- Gestionar la elaboración de afiches, trípticos y/o cualquier otro medio educativo que sea accesible para la educación de las pacientes del programa.

-Concientizar a los todos los médicos que atienden en el programa de lesiones tempranas, acerca de la importancia de educar a las pacientes, enfatizando en aclararles dudas de cada aspecto de la enfermedad, tratamiento y seguimiento a brindarles.

-Promover la realización de estudios científicos que evidencien la efectividad que está teniendo el programa de lesiones tempranas.

12 Bibliografía

- Adefuye, P. O., Broutet, N. J., de Sanjosé, S., & Denny, L. A. (2013). Trials and projects on cervical cancer and human papillomavirus prevention in sub-Saharan Africa. *Vaccine*, 53-59.
- Alvarez, R., & Wright, T. (2007). Optical Detection Group. Effective cervical neoplasia detection with anovel optical detection system: A randomized trial. *Ginecol Oncol*, 281-9.
- Callejas, M. (2017). *Evolución y seguimiento postratamiento de mujeres con enfermedades premalignas de cérvix, enero 2012 a marzo 2016, HAN*. Managua: UNAN-Managua.
- FECASOG. (2016). *Guía de práctica clínica para el manejo de lesiones premalignas del cuello del útero*. San José, Costa Rica: ICAHI.
- González Flores, J. (2015). *Factores asociados al abandono del tamizaje de cáncer de cuello uterino en el hospital belén de trujillo*. Trujillo-Perú: Tesis Monográfica.
- Hernández-Alemán, F., Ornelas-Bernal, L., Apresa-García, T., Sánchez-Garduño, S., Martínez-Rodríguez, O., & Hernández-Hernández, D. (2006, Mayo-Junio). Motivos de abandono en el proceso de atención de lesiones precursoras de cáncer cervicouterino. *Revista de investigación clínica*, 58, 217-227. Retrieved from www.inbiomed.com.mx
- Massad, L. S., Einstein, M. H., Huh, W. K., Katki, H. A., Kinney, W. K., Schiffman, M., & Lawson, H. W. (2013). 2012 updated consensus guidelines for the management of abnormal cervical cancer screening tests and. *Obstetrics and Gynecology*, 121(4), 829–46. doi:doi:10.1097/AOG.0b013e3182883a34
- Ministerio de Salud pública y Asistencia social. (2010). *Manual de la clínica de detección temprana de Patología Cervical*. Guatemala: OPS/OMS Guatemala.
- Ministerio de Salud Pública. (2012). *Manual de la clínica de detección temprana. Patología Cervical*. Mexico.

- MINSA. (2010). *Normativa 037- Protocolo de prevención del cáncer cérvico uterino a través del tamizaje con inspección visual con ácido acético (ivva) y tratamiento con crioterapia*. Nicaragua.
- Nayar, R., & Wilbur, D. (2015). *The Bethesda System for Reporting Cervical Cytology. Definitions, Criteria, and Explanatory Notes. 3rd ed.* New York: Springer.
- OMS/OPS. (2012). *Prevención y Control de Enfermedades, Análisis en salud*. Managua: PAHO.
- PAHO. (2018). *Ministros de Salud se comprometen a reducir 30% los casos y muertes por cáncer cervicouterino en las Américas para 2030*. Washington: OMS. Retrieved from www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14701:ministers-of-health-commit-to-reducing-cervical-cancer-cases-and-deaths-by-30-in-the-americas-by-2030&Itemid=1926&lang=es
- Paolino, M., & Arrosi, S. (2012). Análisis de los motivos del abandono del proceso de seguimiento y tratamiento por parte de mujeres con lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino en la provincia de Jujuy: implicancias para la gestión. *Salud Colectiva*, 247-261.
- Pinto, L. (2013). Persistencia o recidivas de NIC en pacientes conizadas. *Scielo*.

13 Anexos

Anexo 1: Ficha de Recolección de datos

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-Managua Facultad de Ciencias Médicas						
Tesis Monográfica para optar al Título de Especialista en Ginecología y Obstetricia						
Tema: Factores de riesgo asociados al abandono del tratamiento de lesiones premalignas de cérvix, en mujeres atendidas en el hospital Alemán Nicaragüense, en el período de enero 2015 a diciembre 2017.						
Autora: Dra. Skarleth Urbina Reyes Médico y Cirujano General						
Expediente:			Marque con una X			
CASO		CONTROL				
Características del abandono						
Momento del abandono	Fase de diagnóstico		Fase terapéutica		Fase de seguimiento	
Número de consultas:		Período entre consultas		1 mes o menos		
Lesión registrada	LEIBG			2-3 meses		
	LEIAG			Más de 3 meses		
Características Sociodemográficas						
Edad	<20 años			Estado Civil	Con pareja	
	20-40 años				Sin Pareja	
	≥40 años					
Escolaridad	Baja			Procedencia	De Managua	
	Aceptable				De fuera de Managua	
Número de ficha		Numero de encuesta				

Anexo 2: Encuesta

No. de Encuesta:

1. ¿Cuál de las siguientes causas le podría haber llevado al abandono del programa?
 - a. Miedo
 - b. Falta de recursos económicos para acudir
 - c. Falta de información de su enfermedad
 - d. Percepción de maltrato
 - e. Acudió a otro centro
 - f. Otro: especifique.
2. ¿Cuál es su principal fuente de ingresos económicos?
 - a. Usted misma
 - b. Otra persona
3. ¿Usted se dedica a:
 - a. Inactiva
 - b. Asalariada (trabaja para alguien)
 - c. Independiente
4. ¿Cuántos hijos tiene?
 - a. 1 o ninguno
 - b. 2 o más
5. ¿Cómo percibe el trato que fue brindado por el personal de admisión?
 - a. Bueno
 - b. Malo
6. ¿Cómo percibe el trato que fue brindado por el personal de enfermería?
 - a. Bueno
 - b. Malo
7. ¿El médico le explicó en qué consiste su patología, causas, pronóstico y complicaciones?
 - a. Si
 - b. No
8. ¿El médico le explicó en que consiste el tratamiento a brindarle y los cuidados a realizarse?
 - a. Si
 - b. No
9. ¿El médico explicó la importancia del seguimiento postratamiento?
 - a. Si
 - b. No
10. ¿Considera que esta espera para pasar su consulta es mucha?
 - a. Si
 - b. No

11. ¿Considera que se espera mucho tiempo entre sus citas?
- a. Si b. No
12. ¿Alguna vez sufrió pérdida de documentos durante sus citas?
- a. Si
b. No
13. ¿Gasta mucho dinero y se le dificulta acudir a las citas?
- a. Si b. No
14. ¿A veces no puede acudir a sus citas por falta de permisos en el trabajo o por no poder dejar de trabajar de manera independiente?
- a. Si b. No
15. ¿Es usted responsable de niños y/o familiares enfermos que no puede delegar ni traer consigo a la consulta?
- a. Si
b. No

Anexo No. 3: Tablas de resultados

Tabla No.1: Tipo de paciente/ Tasa de abandono

Tipo de paciente	Frecuencia	Porcentaje
Abandono	17	12.6
Perseverante	118	87.4
Total	135	100.0

Tabla No. 2: Momento del abandono

Momento del abandono	Frecuencia	Porcentaje
No aplica	118	87.4
Fase Diagnóstica	5	3.7
Fase Terapéutica	3	2.2
Fase Seguimiento	9	6.7
Total	135	100.0

Tabla No. 3: Número de consultas reportadas durante el período a estudio

Número de consultas registradas en el expediente	Frecuencia	Porcentaje	Promedio de citas
1	2	1.5	8
2	3	2.2	Mínima
3	2	1.5	1
4	5	3.7	Máxima
5	3	2.2	11
6	2	1.5	
7	11	8.1	
8	29	21.5	
9	38	28.1	
10	25	18.5	
11	15	11.1	
Total	135	100.0	

Tabla No. 4: Promedio de tiempo en el período entre consultas

		Tipo de paciente		Total
		Abandono	Perseverante	
Período entre consultas	1 mes o menos	5	0	5
		29.4%	0.0%	3.7%
	1-3 meses	7	21	28
		41.2%	17.8%	20.7%
	Más de 3 meses	5	97	102
		29.4%	82.2%	75.6%
Total		17	118	135
		100.0%	100.0%	100.0%

Tabla No. 5: Lesión intraepitelial registrada

		Tipo de paciente		Total
		Abandono	Perseverante	
Lesión registrada por biopsia	LEI BG	12	74	86
		70.6%	62.7%	63.7%
	LEI AG (NIC 2)	5	29	34
		29.4%	24.6%	25.2%
	LEI AG (NIC 3)	0	15	15
		0.0%	12.7%	11.1%
Total		17	118	135
		100.0%	100.0%	100.0%

Tabla No. 6: Motivo principal de abandono

Motivo del abandono	Frecuencia	Porcentaje
No aplica	118	87.4
Miedo	3	2.2
Falta de recursos	3	2.2
Falta de información de su enfermedad	8	5.9
Acudió a otro centro	3	2.2
Total	135	100.0

Tabla No. 7: Edad como factor de riesgo para abandono del programa de lesiones tempranas

		Tipo de paciente		Total
		Abandono	Perseverante	
Edad	<20 años	9	3	12
		52.9%	2.5%	8.9%
	20-40 años	5	75	80
		29.4%	63.6%	59.3%
	>40 años	3	40	43
		17.6%	33.9%	31.9%
Total		17	118	135
		100.0%	100.0%	100.0%

Tabla No. 8: Escolaridad como factor de riesgo para abandono del programa de lesiones tempranas

		Tipo de paciente		Total
		Abandono	Perseverante	
Escolaridad	Baja	11	44	55
		64.7%	37.3%	40.7%
	Aceptable	6	74	80
		35.3%	62.7%	59.3%
Total		17	118	135
		100.0%	100.0%	100.0%

Tabla No. 9: Estado Civil como factor de riesgo para abandono del programa de lesiones tempranas

		Tipo de paciente		Total
		Abandono	Perseverante	
Estado civil	Con pareja	9	73	82
		52.9%	61.9%	60.7%
	Sin pareja	8	45	53
		47.1%	38.1%	39.3%
Total		17	118	135
		100.0%	100.0%	100.0%

Tabla No. 10: Procedencia como factor de riesgo para abandono del programa de lesiones tempranas

		Tipo de paciente		Total
		Abandono	Perseverante	
Procedencia	De Managua	12	101	113
		70.6%	85.6%	83.7%
	De fuera de Managua	5	17	22
		29.4%	14.4%	16.3%
Total		17	118	135
		100.0%	100.0%	100.0%

Tabla No. 11: Fuente de ingresos económicos como factor de riesgo para abandono del programa de lesiones tempranas

		Tipo de paciente		Total
		Abandono	Perseverante	
¿Cuál es su principal fuente de ingresos económicos?	Usted misma	8	41	49
		47.1%	34.7%	36.3%
	Otra persona	9	77	86
		52.9%	65.3%	63.7%
Total		17	118	135
		100.0%	100.0%	100.0%

Tabla No. 12: Ocupación como factor de riesgo para abandono del programa de lesiones tempranas

		Tipo de paciente		Total
		Abandono	Perseverante	
Ocupación	Inactiva	9	77	86
		52.9%	65.3%	63.7%
	Asalariada	7	38	45
		41.2%	32.2%	33.3%
	Independiente	1	3	4
		5.9%	2.5%	3.0%
Total		17	118	135
		100.0%	100.0%	100.0%

Tabla No. 13: Número de hijos vivos como factor de riesgo para abandono del programa de lesiones tempranas

		Tipo de paciente		Total
		Abandono	Perseverante	
Número de hijos	ninguno	6	13	19
		35.3%	11.0%	14.1%
	1-3 hijos	10	81	91
		58.8%	68.6%	67.4%
	más de 3 hijos	1	24	25
		5.9%	20.3%	18.5%
Total		17	118	135
		100.0%	100.0%	100.0%

Tabla No. 14: Atención en admisión como factor de riesgo para abandono del programa de lesiones tempranas

			Tipo de paciente		Total
			Abandono	Perseverante	
¿Cómo percibe el trato que fue brindado por el personal de admisión?	Bueno	Count	12	99	111
		% within Tipo de paciente	70.6%	83.9%	82.2%
	Malo	Count	5	19	24
		% within Tipo de paciente	29.4%	16.1%	17.8%
Total		Count	17	118	135
		% within Tipo de paciente	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla. No 15: Atención del personal de enfermería como factor de riesgo para abandono del programa de lesiones tempranas

		Tipo de paciente		Total
		Abandono	Perseverante	
¿Cómo percibe el trato que fue brindado por el personal de enfermería?	Bueno	12	98	110
		70.6%	83.1%	81.5%
	Malo	5	20	25
		29.4%	16.9%	18.5%
Total		17	118	135
		100.0%	100.0%	100.0%

Tabla No. 16: Información otorgada sobre la enfermedad como factor de riesgo para abandono del programa de lesiones tempranas

		Tipo de paciente		Total
		Abandono	Perseverante	
¿El médico le explicó en qué consiste su patología, causas, pronóstico y complicaciones?	Si	9	94	103
		52.9%	79.7%	76.3%
	No	8	24	32
		47.1%	20.3%	23.7%
Total		17	118	135
		100.0%	100.0%	100.0%

Tabla No. 17: Información sobre el tratamiento a realizar como factor de riesgo para abandono del programa de lesiones tempranas

		Tipo de paciente		Total
		Abandono	Perseverante	
¿El médico le explicó en que consiste el tratamiento a brindarle y los cuidados a realizarse?	Si	7	96	103
		41.2%	81.4%	76.3%
	No	10	22	32
		58.8%	18.6%	23.7%
Total		17	118	135
		100.0%	100.0%	100.0%

Tabla No. 18: Información sobre seguimiento como factor de riesgo para abandono del programa de lesiones tempranas

		Tipo de paciente		Total
		Abandono	Perseverante	
¿El médico explicó la importancia del seguimiento postratamiento?	Si	8	84	92
		47.1%	71.2%	68.1%
	No	9	34	43
		52.9%	28.8%	31.9%
Total		17	118	135
		100.0%	100.0%	100.0%

Tabla No. 19: Tiempo de espera para la consulta como factor de riesgo para abandono del programa de lesiones tempranas

		Tipo de paciente		Total
		Abandono	Perseverante	
¿Considera que esta espera para pasar su consulta es mucha?	Si	12	83	95
		70.6%	70.3%	70.4%
	No	5	35	40
		29.4%	29.7%	29.6%
Total		17	118	135
		100.0%	100.0%	100.0%

Tabla No. 20: Citas prolongadas como factor de riesgo para abandono del programa de lesiones tempranas

		Tipo de paciente		Total
		Abandono	Perseverante	
¿Considera que se espera mucho tiempo entre sus citas?	Si	8	55	63
		47.1%	46.6%	46.7%
	No	9	63	72
		52.9%	53.4%	53.3%
Total		17	118	135
		100.0%	100.0%	100.0%

Tabla No. 21: Pérdida de expedientes y/o falta de exámenes como factor de riesgo para abandono del programa de lesiones tempranas

		Tipo de paciente		Total
		Abandono	Perseverante	
¿Alguna vez sufrió pérdida de documentos durante sus citas?	Si	8	20	28
		47.1%	16.9%	20.7%
	No	9	98	107
		52.9%	83.1%	79.3%
Total		17	118	135
		100.0%	100.0%	100.0%

Tabla No. 22: Dificultad en transporte como factor de riesgo para abandono del programa de lesiones tempranas

		Tipo de paciente		Total
		Abandono	Perseverante	
¿Gasta mucho dinero y se le dificulta acudir a las citas?	Si	6	22	28
		35.3%	18.6%	20.7%
	No	11	96	107
		64.7%	81.4%	79.3%
Total		17	118	135
		100.0%	100.0%	100.0%

Tabla No. 23: Dificultades en el trabajo como factor de riesgo para abandono del programa de lesiones tempranas

		Tipo de paciente		Total
		Abandono	Perseverante	
¿A veces no puede acudir a sus citas por falta de permisos en el trabajo o por no poder dejar de trabajar de manera independiente?	Si	7	21	28
		41.2%	17.8%	20.7%
	No	10	97	107
		58.8%	82.2%	79.3%
Total		17	118	135
		100.0%	100.0%	100.0%

Tabla No. 24: Dificultades en casa como factor de riesgo para abandono del programa de lesiones tempranas

		Tipo de paciente		Total
		Abandono	Perseverante	
¿Es usted responsable de niños y/o familiares enfermos que no puede delegar ni traer consigo a la consulta?	Si	3	11	14
		17.6%	9.3%	10.4%
	No	14	107	121
		82.4%	90.7%	89.6%
Total		17	118	135
		100.0%	100.0%	100.0%

Anexo No.4: Gráficas de los resultados

Gráfico No.1: Tipo de paciente

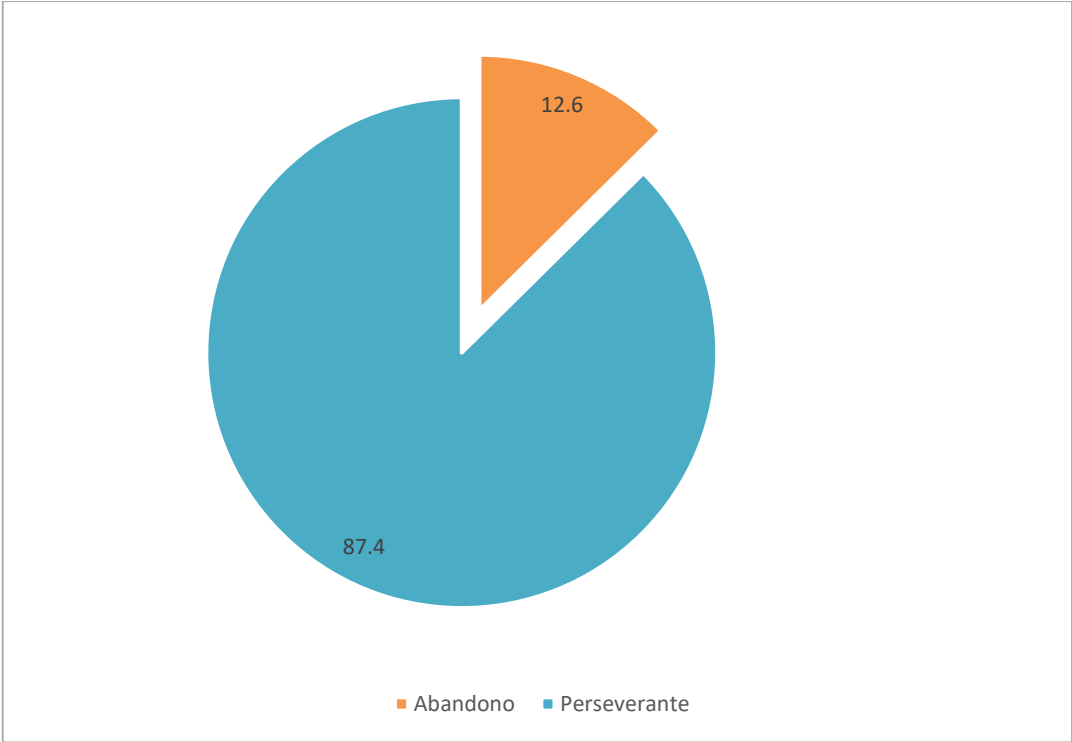


Gráfico No. 2: Momento del abandono

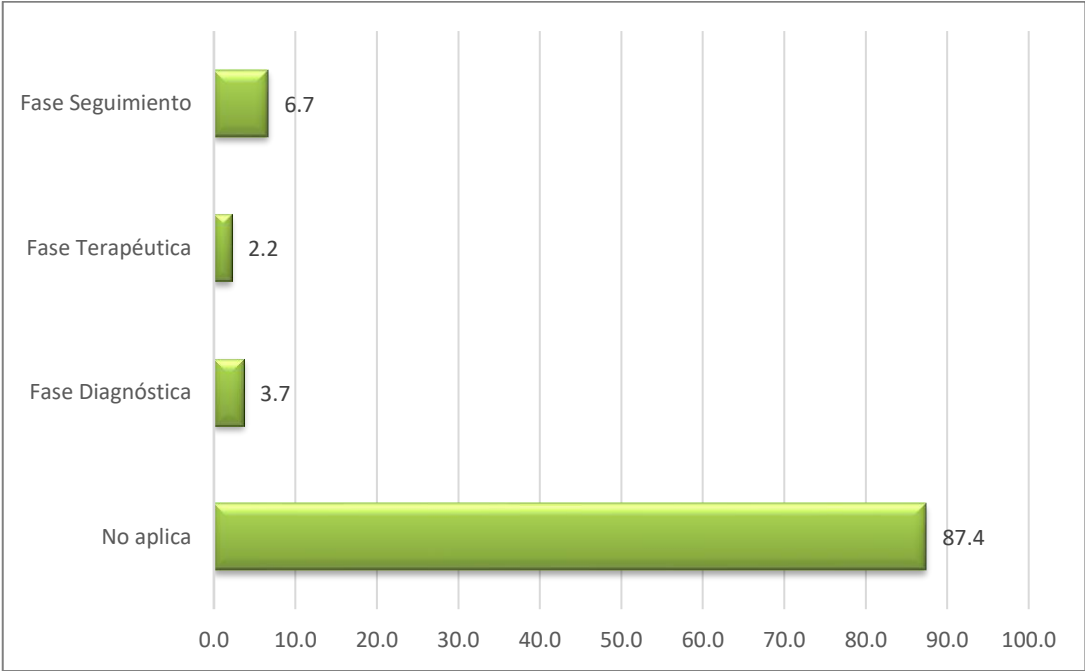


Gráfico No. 3: Número de consultas reportadas durante el período a estudio

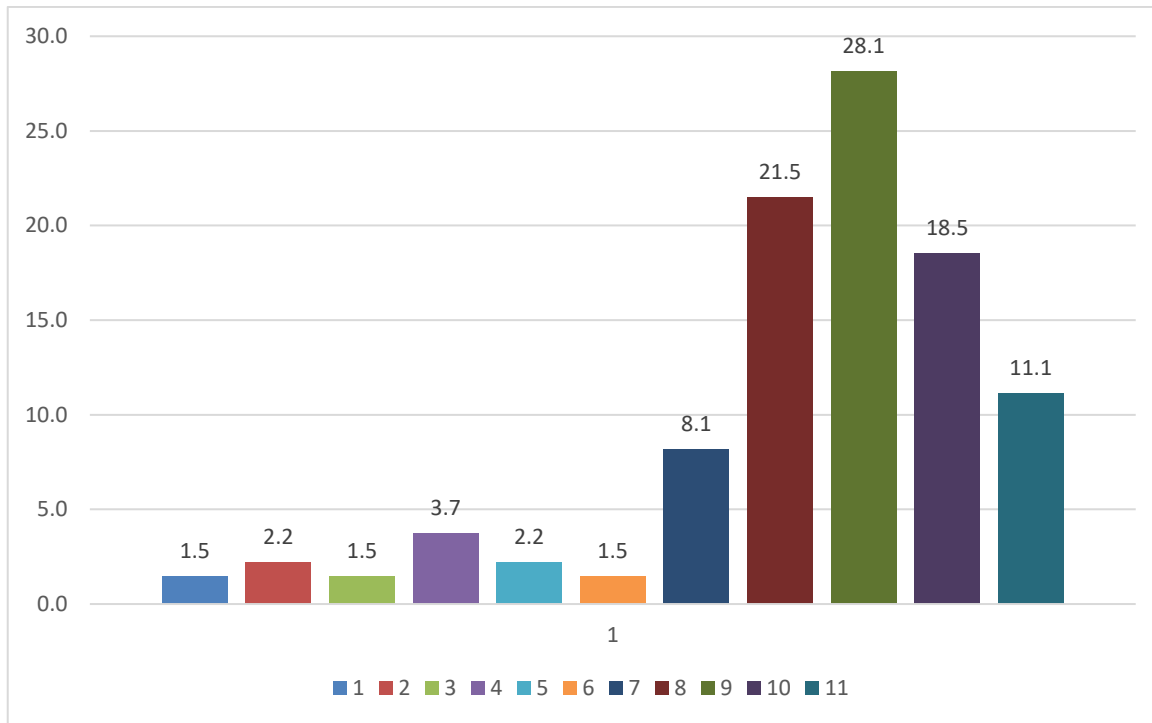


Gráfico No. 4: Promedio de tiempo en el período entre consultas

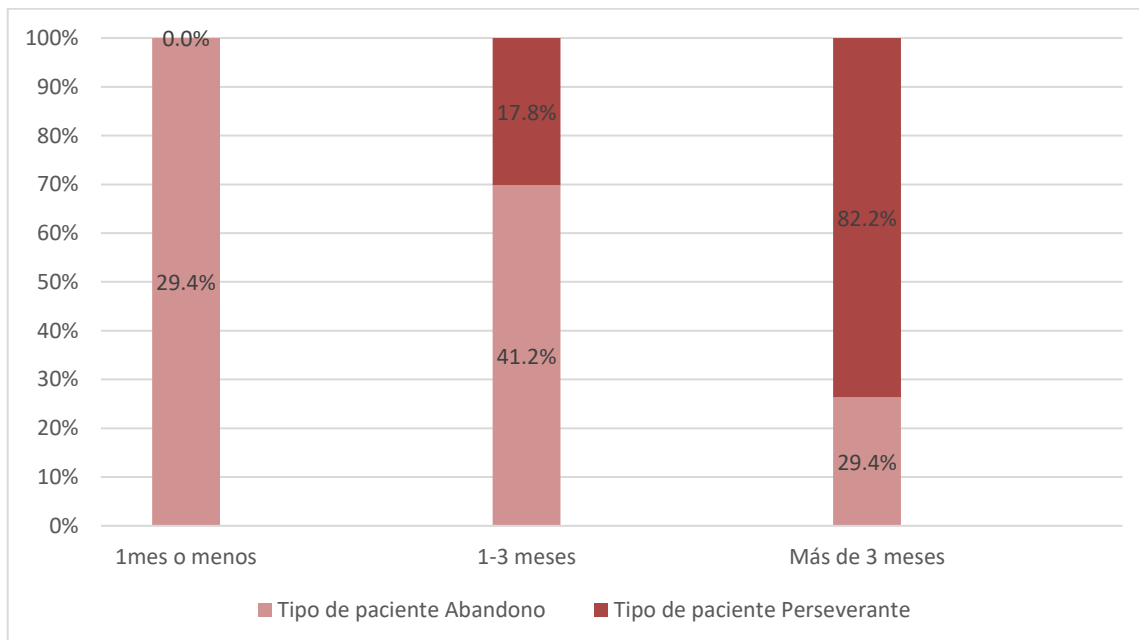


Gráfico No. 5: Lesión intraepitelial registrada

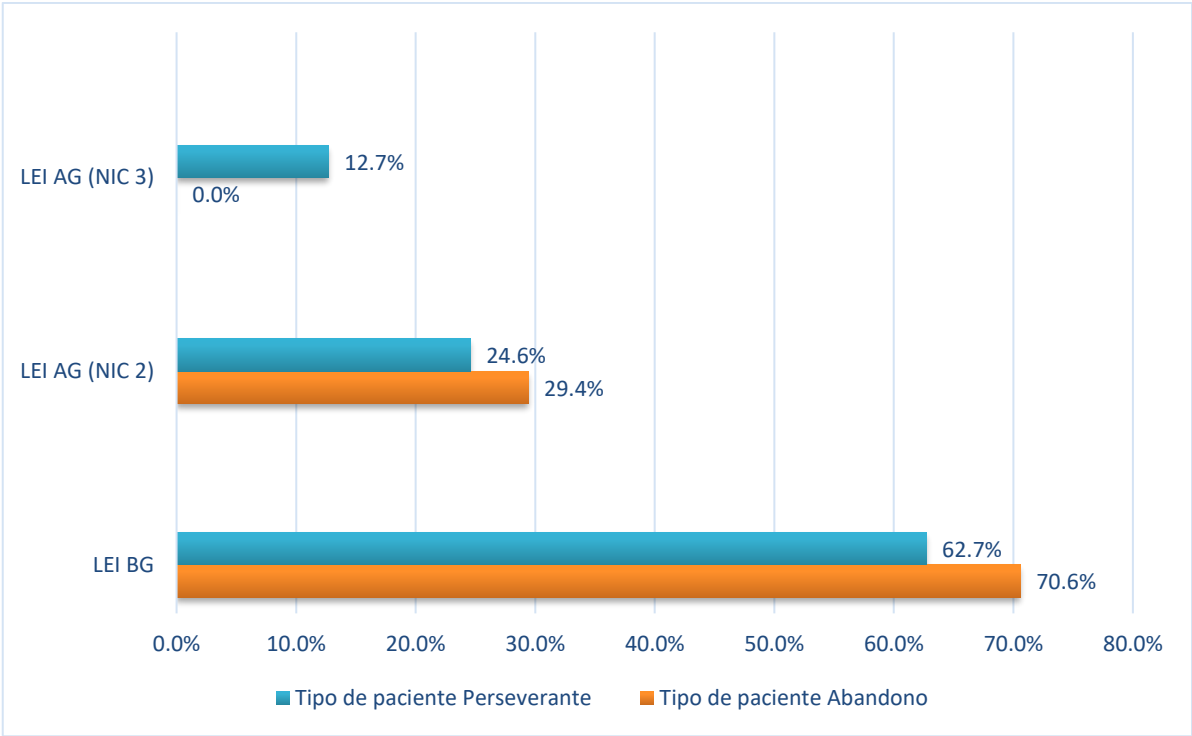


Gráfico No. 6: Motivo principal de abandono

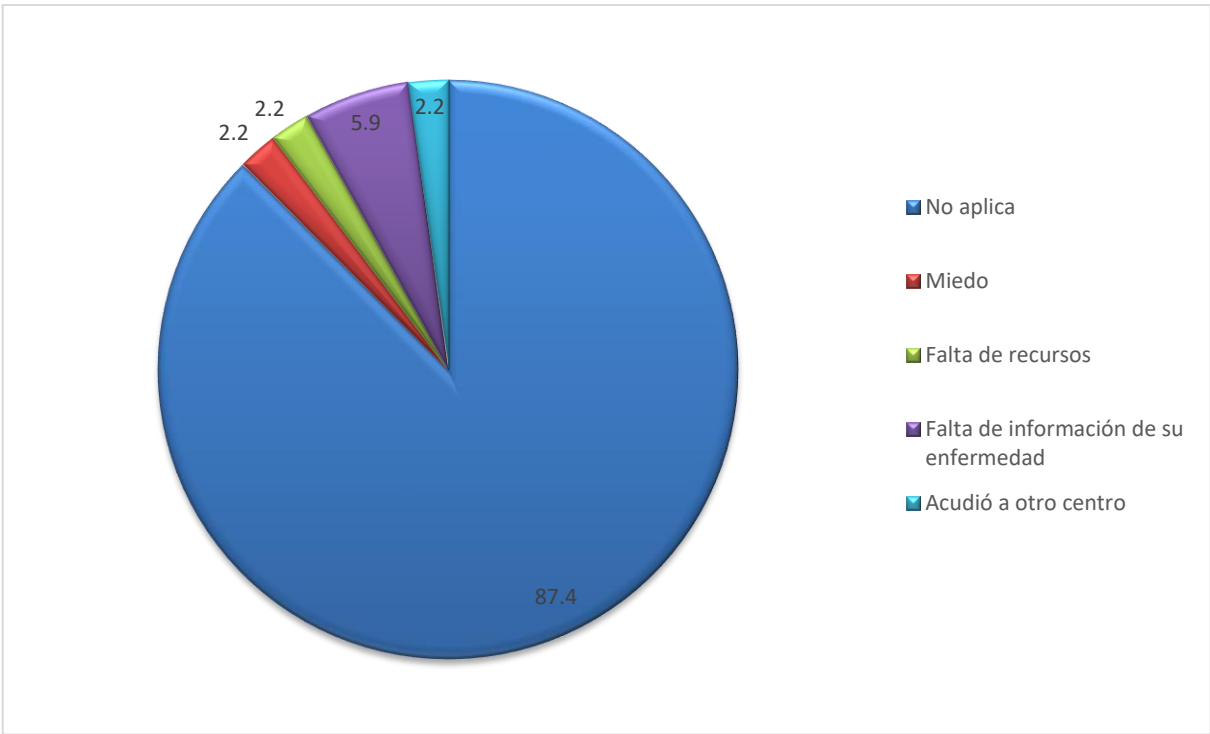


Gráfico No. 7: Edad como factor de riesgo para abandono del programa de lesiones tempranas

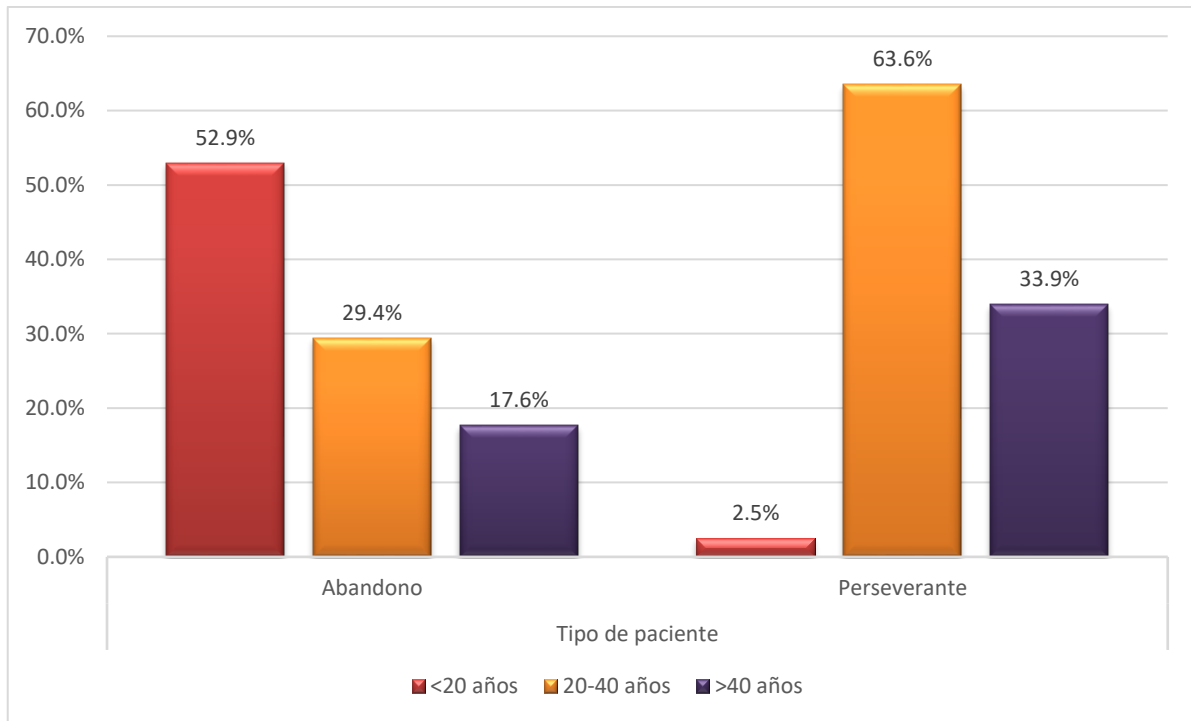


Gráfico No. 8: Escolaridad como factor de riesgo para abandono del programa de lesiones tempranas

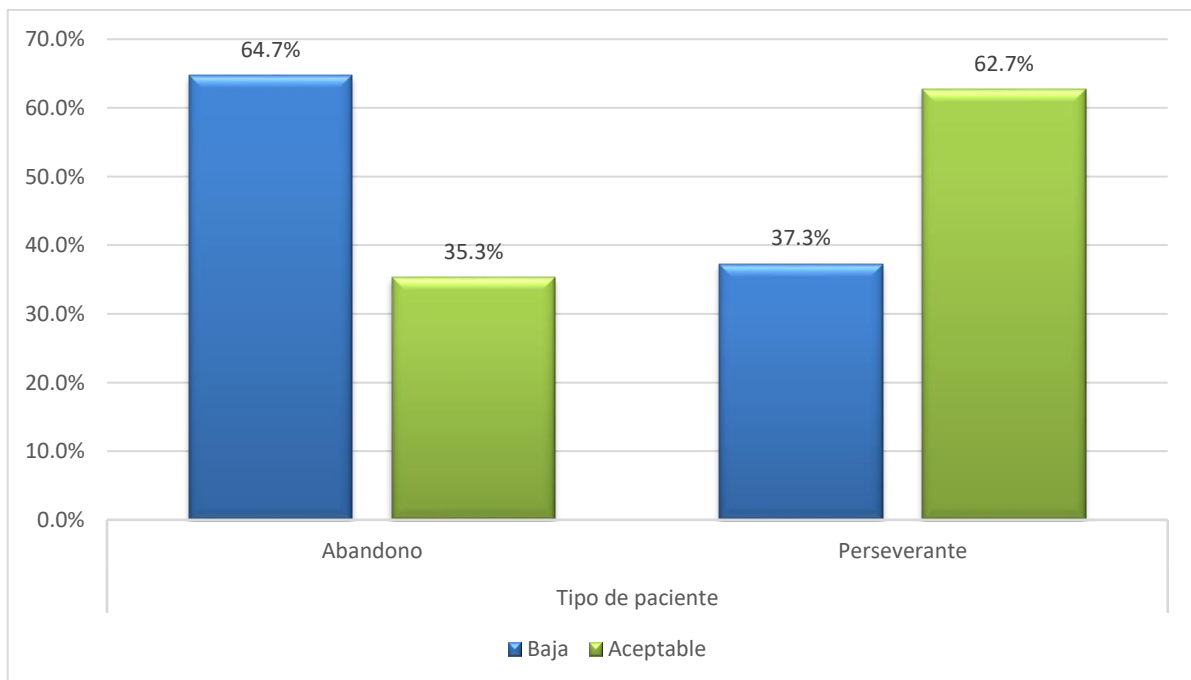


Gráfico No. 9: Estado civil como factor de riesgo para abandono del programa de lesiones tempranas

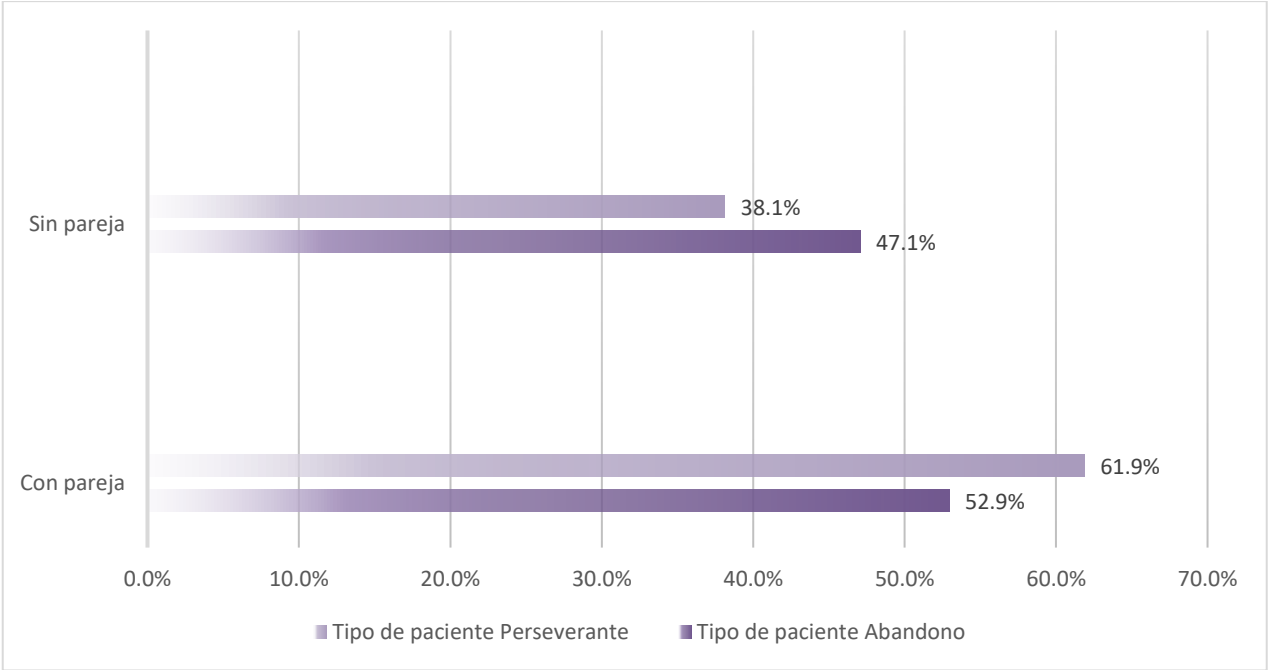


Gráfico No. 10: Procedencia como factor de riesgo para abandono del programa de lesiones tempranas

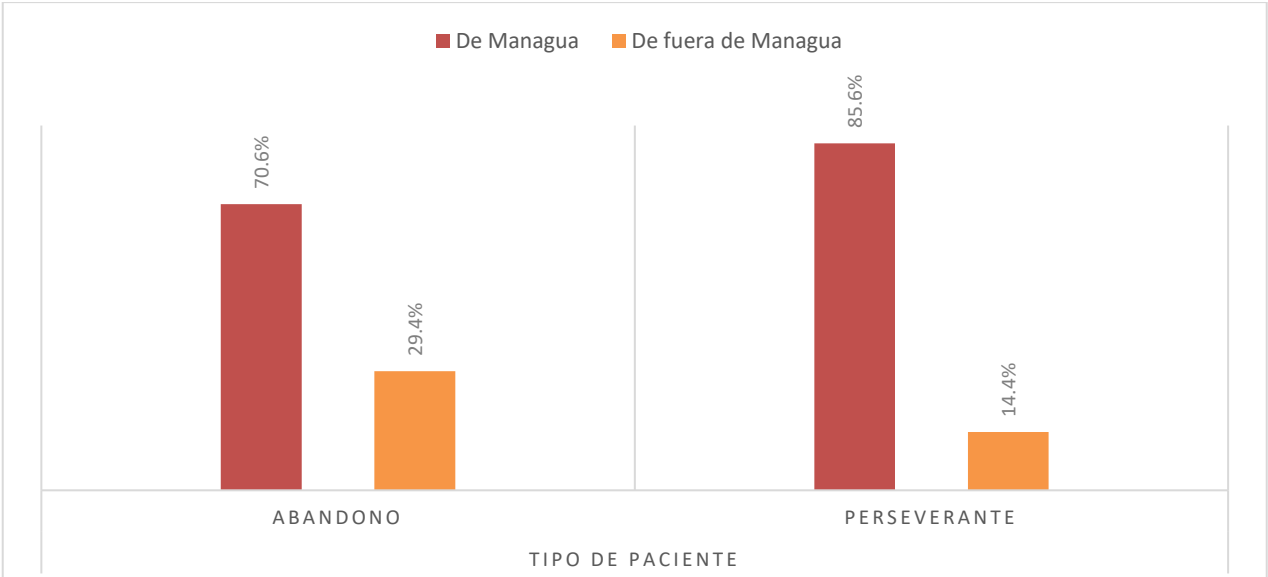


Gráfico No. 11: Fuente de ingresos económicos como factor de riesgo para abandono del programa de lesiones tempranas

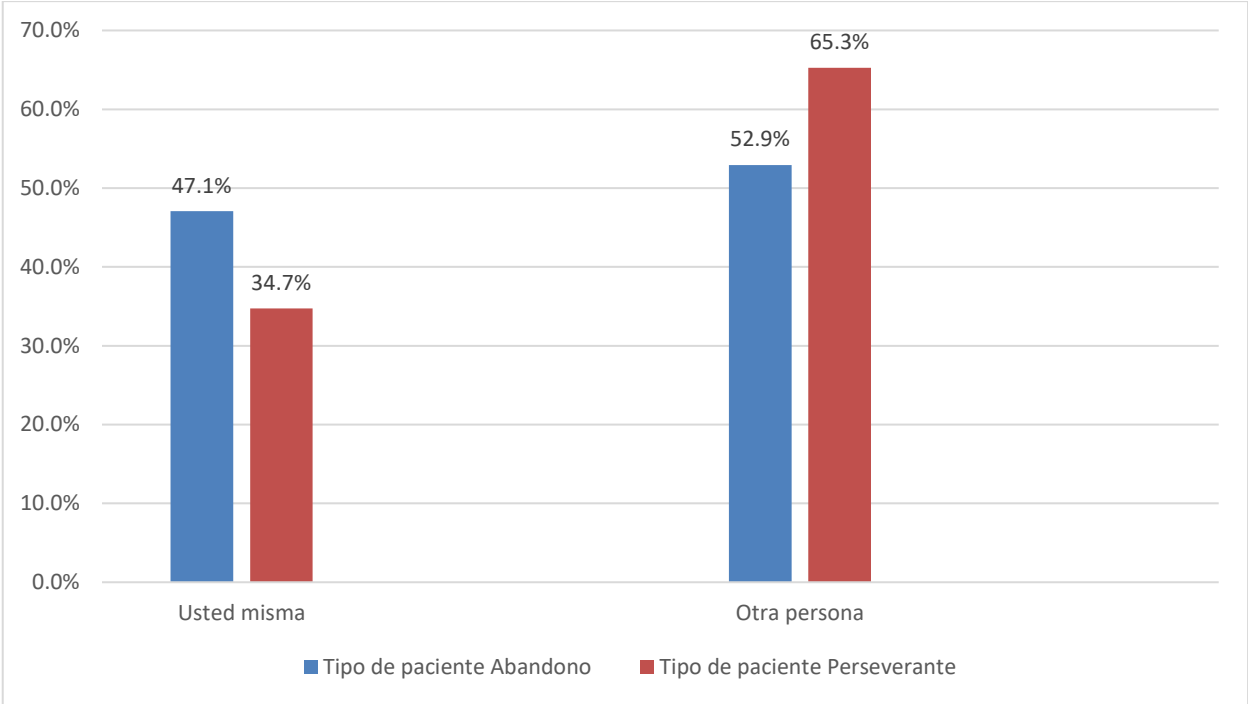


Gráfico No. 12: Ocupación como factor de riesgo para abandono del programa de lesiones tempranas

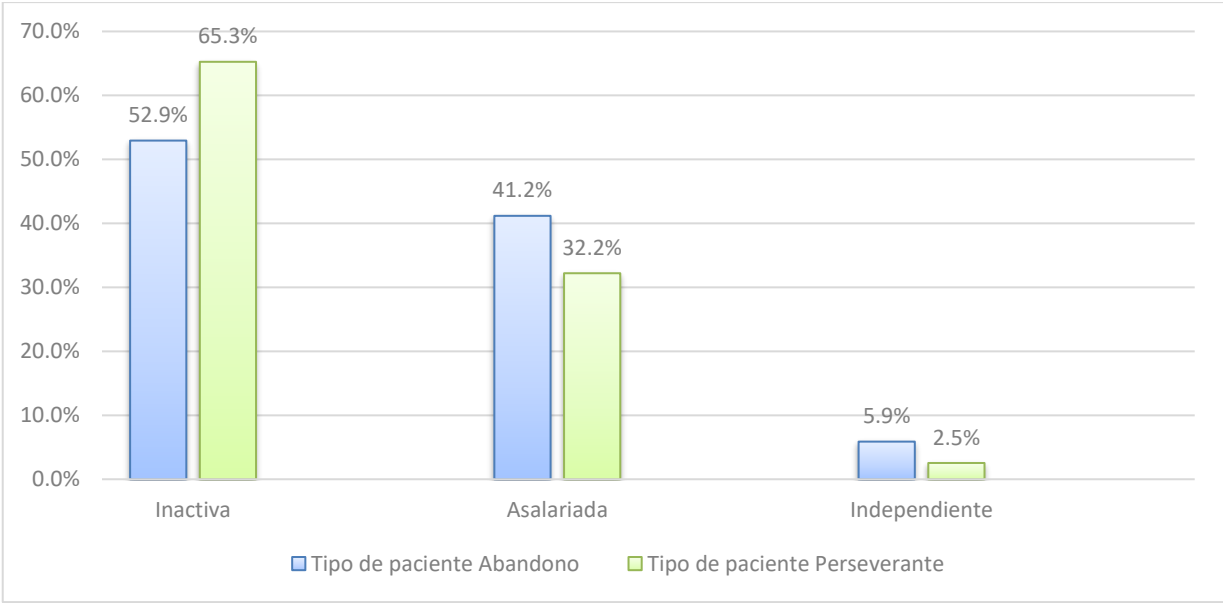


Tabla No. 13: Número de hijos vivos como factor de riesgo para abandono del programa de lesiones tempranas

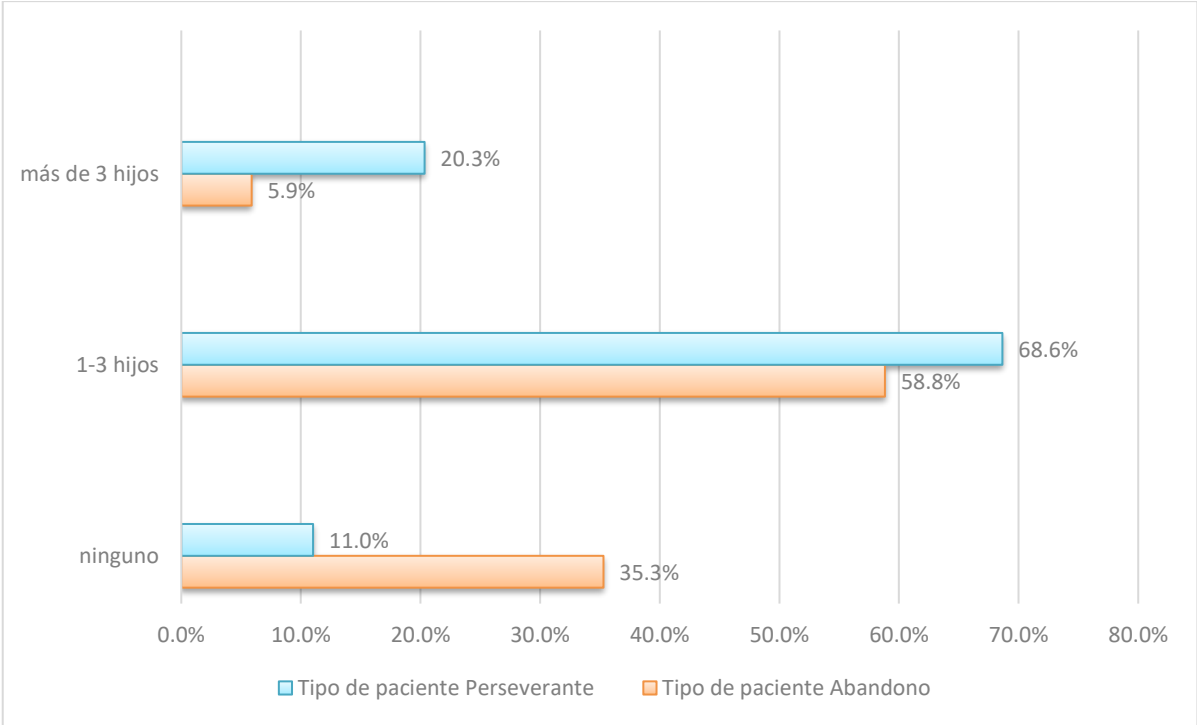


Tabla No. 14: Atención en admisión como factor de riesgo para abandono del programa de lesiones tempranas

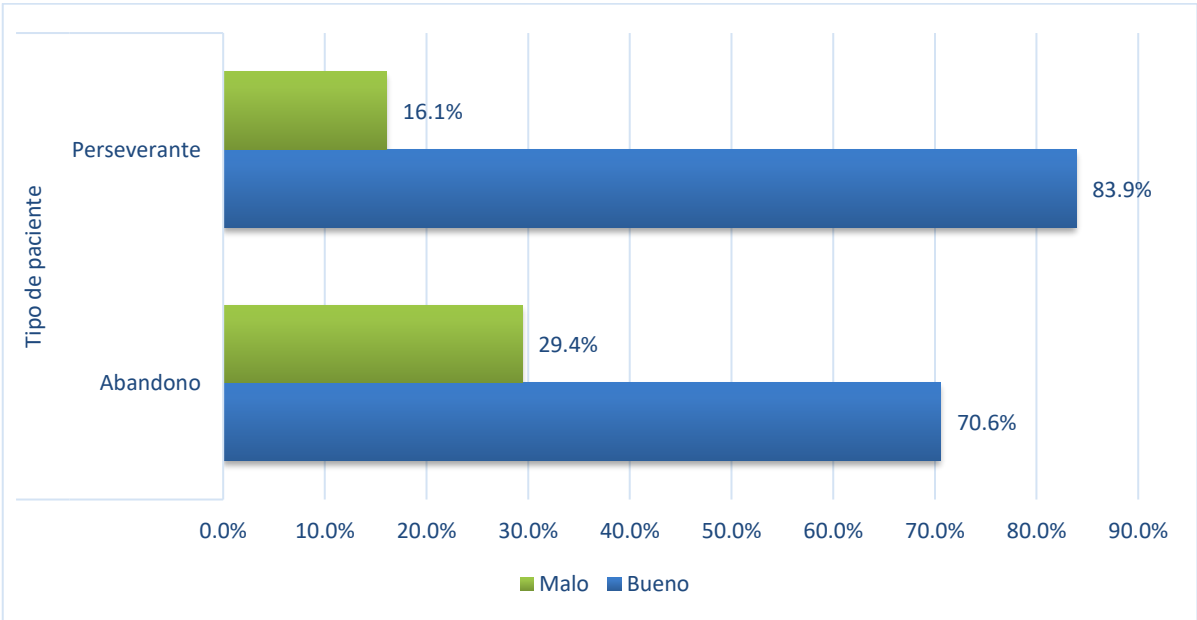


Tabla. No 15: Atención del personal de enfermería como factor de riesgo para abandono del programa de lesiones tempranas

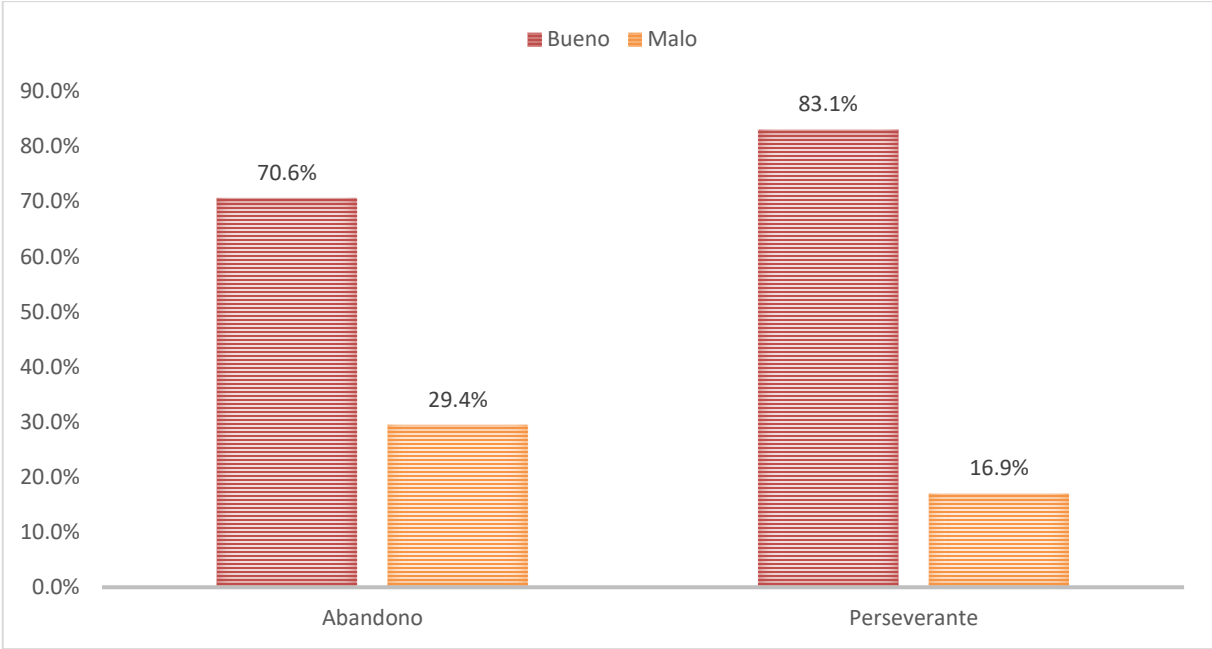


Tabla No. 16: Información otorgada sobre la enfermedad como factor de riesgo para abandono del programa de lesiones tempranas

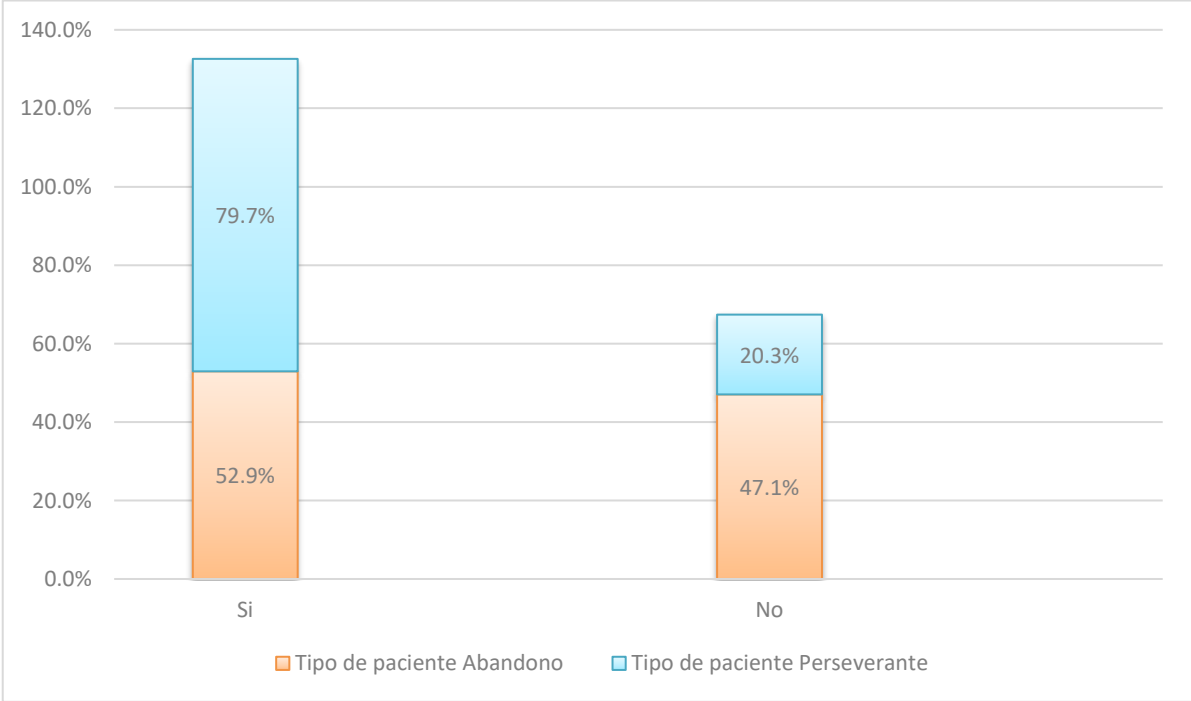


Tabla No. 17: Información sobre el tratamiento a realizar como factor de riesgo para abandono del programa de lesiones tempranas

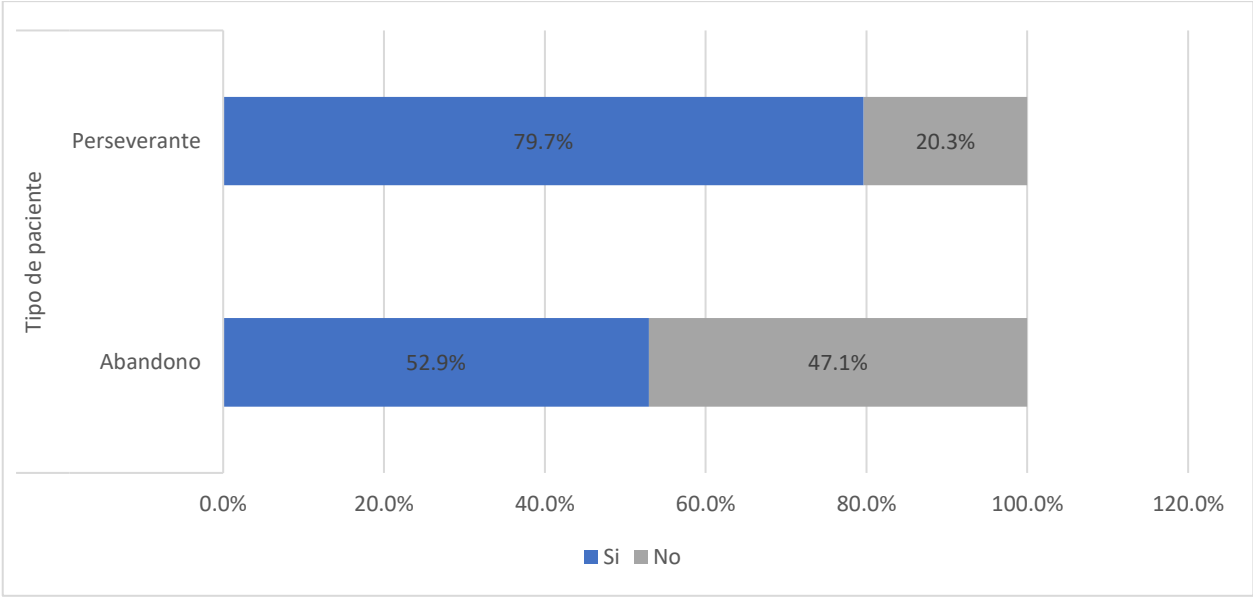


Tabla No. 18: Información sobre seguimiento como factor de riesgo para abandono del programa de lesiones tempranas

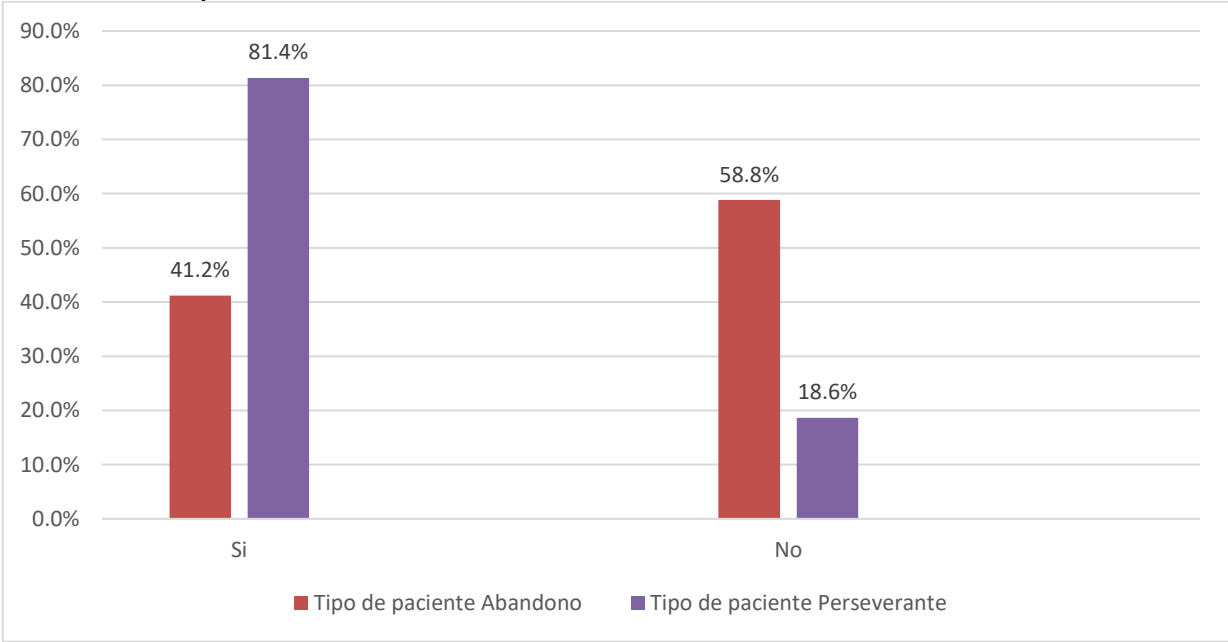


Tabla No. 19: Tiempo de espera para la consulta como factor de riesgo para abandono del programa de lesiones tempranas

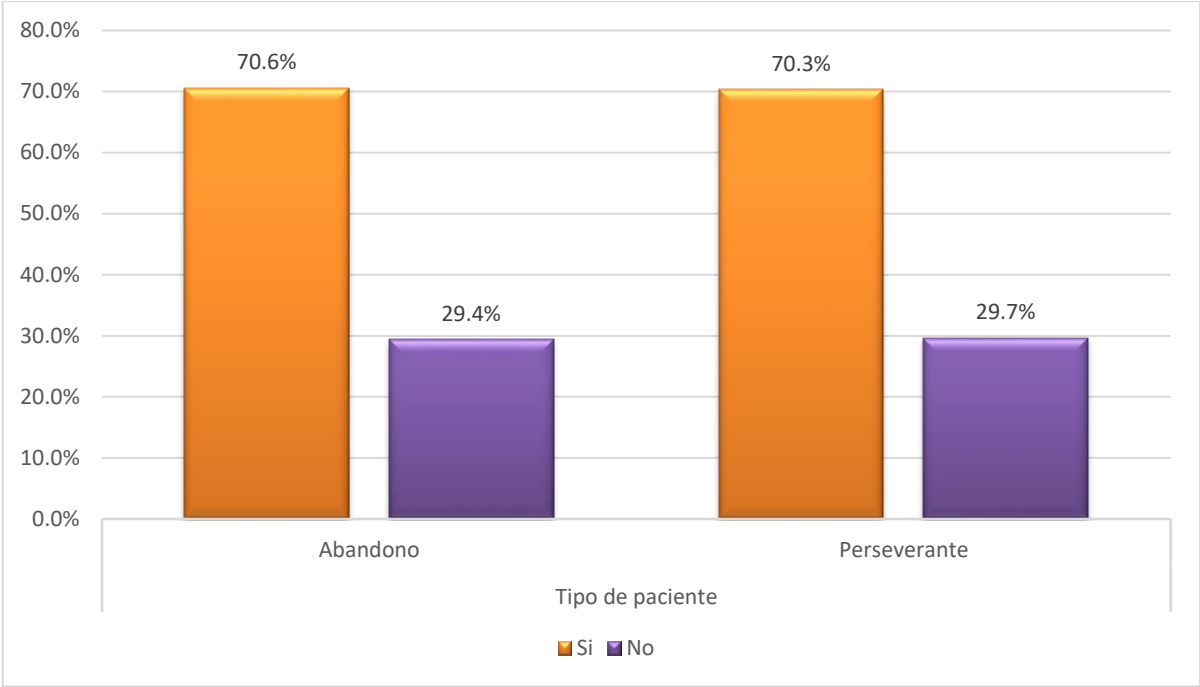


Tabla No. 20: Citas prolongadas como factor de riesgo para abandono del programa de lesiones tempranas

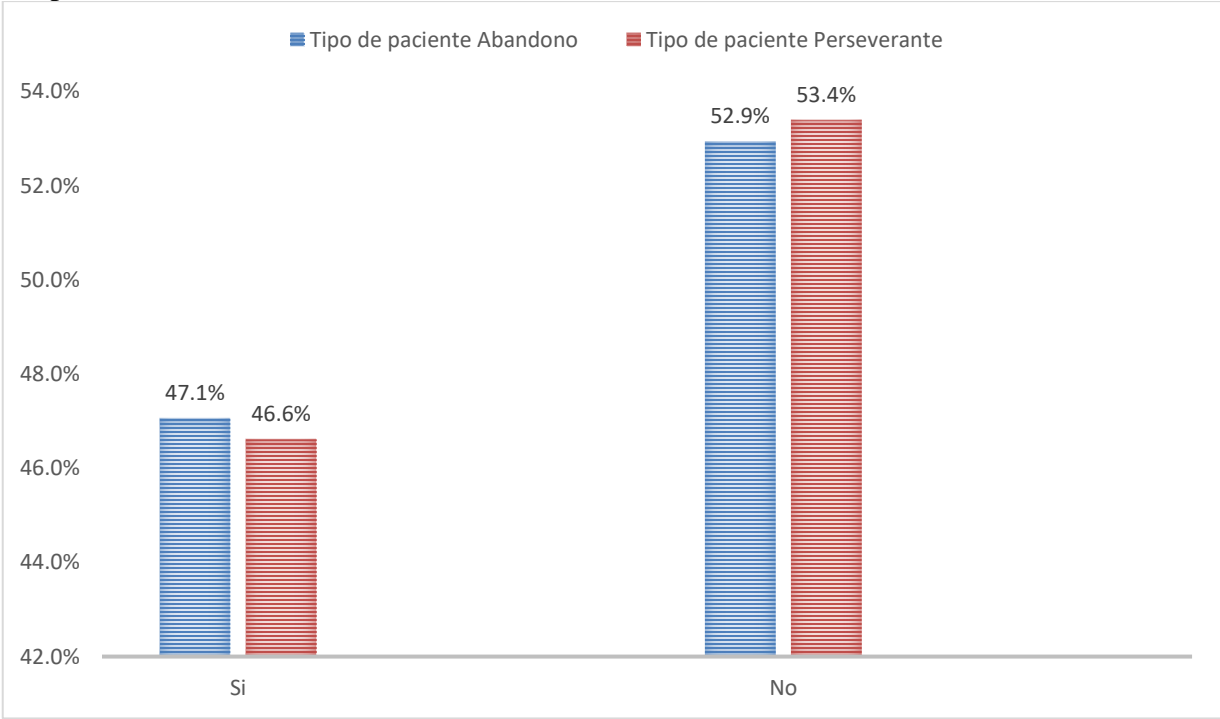


Tabla No. 21: Pérdida de expedientes y/o falta de exámenes como factor de riesgo para abandono del programa de lesiones tempranas

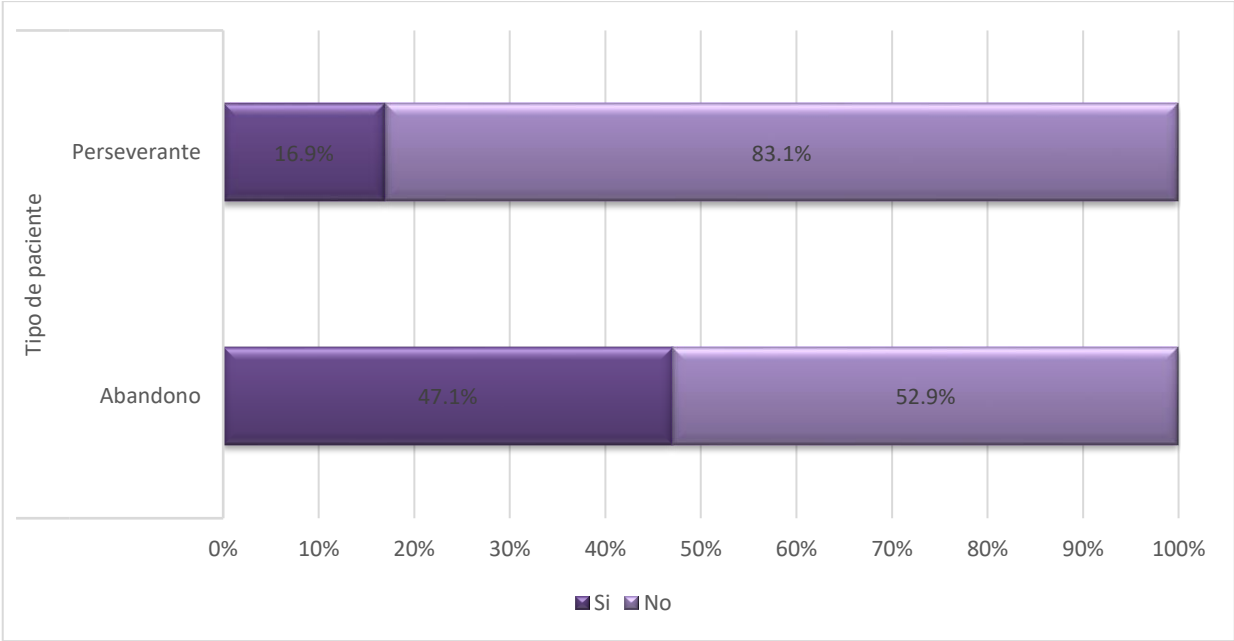


Tabla No. 22: Dificultad en transporte como factor de riesgo para abandono del programa de lesiones tempranas

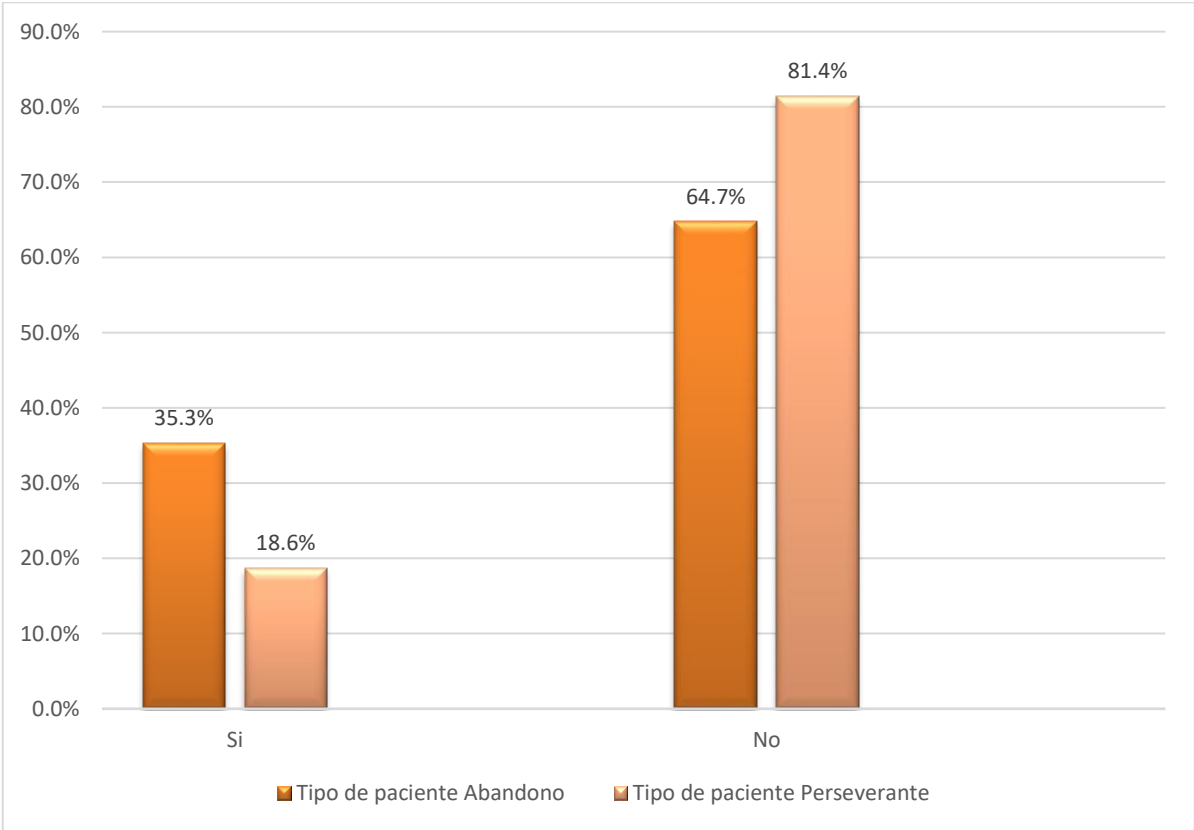


Tabla No. 23: Dificultades en el trabajo como factor de riesgo para abandono del programa de lesiones tempranas

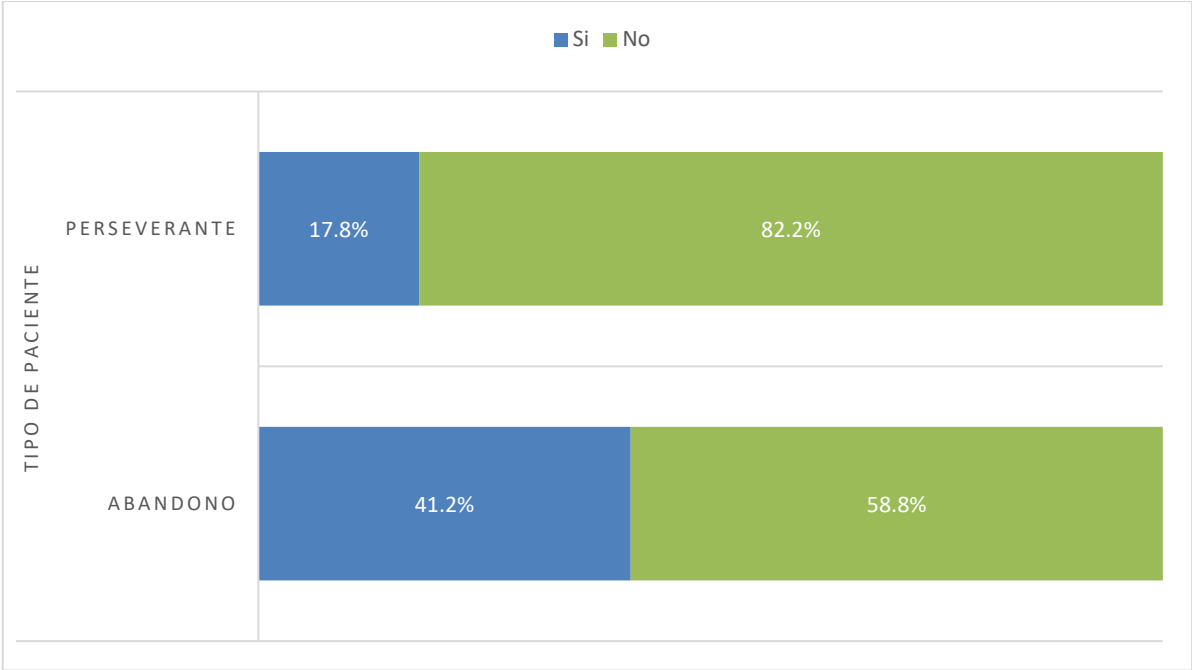


Tabla No. 24: Dificultades en casa como factor de riesgo para abandono del programa de lesiones tempranas

