

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
RECINTO UNIVERSITARIO RUBEN DARÍO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

**Tesis para optar al título de: Especialista en Dirección de Servicios de Salud y
Epidemiología.**

Tema:

Factores que influyen en el tamizaje, manejo y seguimiento de las mujeres con enfermedades premalignas de cérvix, en el municipio de Wiwilí, enero 2017 a diciembre 2019.

Autor:

Lic. Melvin Alexander Castellón Cárdenas

Tutor Científico:

Dr. Carlos José García Pérez
Especialista en Gineco-obstetricia

Managua, marzo 2020

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
RECINTO UNIVERSITARIO RUBEN DARÍO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

**Tesis para optar al título de: Especialista en Dirección de Servicios de Salud y
Epidemiología.**

Tema:

Factores que influyen en el tamizaje, manejo y seguimiento de las mujeres con enfermedades premalignas de cérvix, en el municipio de Wiwilí, enero 2017 a diciembre 2019.

Autor:

Lic. Melvin Alexander Castellón Cárdenas

Tutor Científico:

Dr. Carlos José García Pérez
Especialista en Gineco-obstetricia

Managua, marzo 2020

Dedicatoria

A Dios

No ceso de dar gracias por vosotros, haciendo memoria de vosotros en mis oraciones, para que el Dios de nuestro Señor Jesucristo, el Padre de gloria, os dé espíritu de sabiduría y de revelación en el conocimiento de él (*Efesios 1:16-17*)

A mí familia y seres queridos que en todo momento estuvieron presente sobre todo en los momentos difíciles de mi accidente.

Muy especial a una persona que desde el primer día de clases se convirtió en mi hermana siempre estuvo en todo momento, por voluntad divina hoy no podemos disfrutar este hermoso momento, siempre te recordaré Dra. Gabriela Patricia Martínez Salgado.

Agradecimiento

Al gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional por brindarme la oportunidad de esta especialidad que permitirá continuar fortaleciendo el Modelo de Salud Familiar Comunitaria.

Al Silais Jinotega y establecimientos de salud donde realicé mis rotaciones, siempre apoyaron al máximo.

Opinión del Tutor:

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
UNAN Managua
Facultad de medicina
Complejo de salud Concepción Palacios

Por medio de la presente hago constar de la legitimidad, coherencia metodológica, calidad estadística y veracidad de los datos para uso exclusivo y con carácter científico de la investigación de tesis monográfica titulada **“Factores que influyen en el tamizaje, manejo y seguimiento de las mujeres con enfermedades premalignas de cérvix, en el municipio de Wiwilí. Enero 2017 a diciembre 2019”**, elaborada por Lic. Melvin Alexander Castellón Cárdenas, cumpliendo con las normas internacionales de buenas necesarias para su defensa final prácticas clínicas y parámetros de calidad, como requisitos para optar al título que otorga la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAN Managua como **Especialista en Dirección de Servicios de Salud y Epidemiología**.

Se extiende la presente en tres tanto de un mismo tenor, en la Ciudad de Jinotega a los cuatro días del mes de febrero de año dos mil veinte.

Atentamente,


Dr. Carlos J. García P.
GINECO-OBSTETRICIA
COD. MINSA. 33252


Dr. Carlos José García Pérez

Especialista en Gineco-obstetricia

Resumen

Durante el período de 2017 a 2019 se llevó a cabo un estudio en el municipio de Wiwilí de carácter descriptivo, retrospectivo, observacional, con el objetivo de analizar los factores que influyeron en el tamizaje, adherencia al tratamiento y seguimiento de las lesiones intraepitelial de cérvix en mujeres entre 20 a 65 años. Entre los hallazgos relevantes se observó un porcentaje de no adherencia al tratamiento de 40% predominando en el rango de edad de 26 a 45 años, la mayoría con baja escolaridad, casadas y con historia de más de tres embarazos. Las lesiones que se detectaron con mayor frecuencia en la citología fueron las LIEBG y ASCUS, un menor porcentaje principalmente en mayores de 45 años fueron las LIEAG. El principal manejo realizado fue la colposcopia con biopsia y la crioterapia. En un porcentaje de mujeres se repitió la citología como parte del manejo principalmente en mayores de 45 años. La edad mayor de 45 años, el bajo nivel escolar, las conductas sexuales de riesgo, obesidad, inaccesibilidad, y demora en el proceso de tamizaje y manejo de las enfermedades pre malignas fueron los principales factores que influyeron en la adherencia al tratamiento con un porcentaje de abandono de 23% y un 18% de incumplimiento en las mujeres en seguimiento. La ausencia de citología previa, problemas con la entrega del reporte de citología, el largo tiempo de espera y la poca accesibilidad a la unidad de salud fueron factores asociados al proceso de tamizaje en las mujeres del estudio.

Índice

Dedicatoria.....	i
Agradecimiento.....	ii
Opinión del Tutor:.....	iii
Resumen.....	iv
I. Introducción.....	1
II. Antecedentes.....	2
III. Planteamiento del problema.....	4
Sistematización del problema.....	5
IV. Justificación.....	6
V. Objetivos.....	7
VI. Marco Teórico.....	8
Lesión escamosa intraepitelial de cérvix (LEI).....	8
Práctica de tamizaje para prevención de cáncer de cérvix.....	9
Conducta clínica ante resultados positivos en el tamizaje convencional.....	11
Tratamiento y seguimiento en mujeres con lesión escamosa intraepitelial.....	12
Adherencia al tratamiento.....	18
VII. Diseño Metodológico.....	24
VIII. Resultados.....	38
IX. Análisis.....	46
X. Conclusiones.....	58
XI. Recomendaciones.....	59
XII. Referencia bibliográfica.....	60
XIII. Anexos.....	63

I. Introducción

Como señala la OMS, la falta de adherencia a los tratamientos constituye un problema prioritario de salud, debido a su elevada prevalencia y su relación con un mal control de la enfermedad lo que aumenta el riesgo de morbilidad, reducción de la calidad de vida de los pacientes y mayores gastos sanitarios. (González J. V., 2016)

Ortega hace referencia en relación a la adherencia a una gran diversidad de conductas que incluyen tomar parte en el programa de tratamiento y continuar con el mismo, acudir a las citas correctamente.(Ortega , López, & Álvarez, 2014)

En algún momento puede producir sentimientos de temor, ansiedad, molestias, incomodidad o aburrimiento que obliga a tomar decisiones “no correctas” como es el de no acudir a las citas de forma adecuada o abandonar el tratamiento.(Barrios, 2017)

Tratamientos actuales para LEI reportan un éxito hasta el 95%, es importante un buen control, revisiones sistemáticas indican una tasa de recurrencia entre el 5 al 15% para las diferentes técnicas de manejo. Este seguimiento requiere varias visitas que conlleva a una baja adherencia al tratamiento y a la pérdida de seguimiento.(Ruano, 2012)

En Wiwilí en el periodo 2017 al 2019 se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, observacional, con el objetivo de analizar los factores que influyeron en el tamizaje, adherencia al tratamiento y seguimiento de las lesiones intraepitelial de cérvix, entre los hallazgos se observó un porcentaje de no adherencia al tratamiento de 40%, predominando el grupo 26 a 45 años, baja escolaridad, historia de más de tres embarazos; las LEIBG fueron de mayor frecuencia en la citología; el principal manejo fue la colpobiosia y la crioterapia; bajo nivel escolar, las conductas sexuales de riesgo, obesidad, inaccesibilidad, y demora en el proceso de tamizaje y manejo fueron los principales factores que influyeron, con un porcentaje de abandono de 23% y un 18% de incumplimiento en las mujeres en seguimiento. La ausencia de citología previa, problemas con la entrega del reporte de citología, el largo tiempo de espera y la poca accesibilidad a la unidad de salud fueron factores asociados al proceso de tamizaje en las mujeres del estudio.

II. Antecedentes

En Colombia se realizó un estudio descriptivo, de serie de casos en el que incluyeron 40 mujeres mayores de 18 años remitidas a colposcopia durante los meses de abril a julio del 2012 con diagnóstico de LEIBG que recibieron manejo conservador. El objetivo del estudio fue determinar el seguimiento de las mujeres posterior al tratamiento, el cual se llevó a cabo con citología convencional y colposcopia cada 6 meses por un año de resolver la lesión, de progresar la lesión continuaría su tratamiento. En el estudio se definió a la paciente no adherente, aquella que no contara con evaluaciones, citología y colposcopia o tratamientos documentados dentro de los periodos de tiempo especificados. Se consideró aceptable una tasa de incumplimiento menor del 15%. Entre los resultados, el 42.5% de mujeres incumplieron con el tratamiento, el 35% nunca fueron contactadas. Solo 10 pacientes (25%) acudieron a control cito colposcópico según lo recomendado y el 17% se adhirieron al manejo conservador. Al contactarse con las mujeres que incumplieron el seguimiento de forma parcial señalaron como causa principal el “desinterés”, información errada sobre la citología y colposcopia. La mayoría de mujeres que no se adhirieron al tratamiento provenía del área rural, tenían solo un hijo o eran nulíparas y el resultado de la citología previa fue negativo. La edad no influyó en la adherencia al tratamiento. Las mujeres que usaban métodos anticonceptivos tuvieron mejor adherencia al tratamiento. (Barrios, 2017).

Paulino, Sankaranarayanan y Arrosi realizaron un estudio retrospectivo transversal en 374 mujeres con Papanicolaou anormal atendidas en el sistema público de salud de Florencio Varela en Buenos Aires, Argentina que cuenta con 36 centros de atención, un Hospital General entre 2009 y 2011 con el objetivo de determinar la magnitud y los motivos del abandono del proceso de diagnóstico y tratamiento de las mujeres con citología anormal, así como la relación entre las características socioeconómicas de las mujeres y dicho abandono. En el estudio se consideró abandono cuando la mujer, en algún punto de la trayectoria iniciada con la realización del Papanicolaou, deja de concurrir al servicio de origen y no concurre a ningún otro servicio. Así mismo se indagó sobre la condición de adherencia al diagnóstico y al tratamiento. El abandono en la población de estudio fue del

18%. Las mujeres con probabilidad de abandono fueron las que vivían en hogares con presencia de niños menores de 5 años de edad (OR: 2,4; IC95%: 1,2-4,8) y las que vivían en hogares con hacinamiento (OR: 2,9; IC95%: 1,2-7,3). Los principales motivos de abandono reportados fueron problemas relacionados con la organización de los servicios de salud (40%) y la carga de trabajo doméstico destacándose el cuidado de los niños. En menor proporción aparecieron motivos económicos y dificultad para el transporte a la unidad de salud. Las variables edad, escolaridad, situación conyugal y ocupacional no se asociaron significativamente al abandono. La mitad de las mujeres que abandonaron el proceso de seguimiento eran amas de casa. (Paulino, 2013)

A nivel nacional, en el Hospital Oscar Danilo Rosales en León, Nicaragua realizó un estudio de investigación de tipo descriptivo, de corte transversal con el objetivo de determinar la adherencia al programa de seguimiento de mujeres mayores de 20 años, atendidas en la clínica de detección temprana de lesiones premalignas y cáncer de cérvix. Se les realizó una encuesta a 105 mujeres y se aplicó un análisis bivariado. Entre los resultados el porcentaje de adherencia al programa fue de 55%, la mayoría mayores de 35 años, solteras, de área urbana, estudios primarios y bajo nivel económico. Los principales motivos que se encontraron en la pobre adherencia fueron el atraso en la entrega de los resultados, largo tiempo de espera, desintegración familiar, poca accesibilidad a la unidad de salud, falta de permiso en lugares de trabajo. El abandono de las mujeres se asoció a la no adherencia del programa y a factores como situaciones personales como el abandono de su pareja, la desintegración familia, la entrega tardía de los resultados y el largo tiempo de espera. (Picado, Ortiz Ruiz, & Zamora, 2017)

III. Planteamiento del problema

A pesar que el cáncer de cérvix es una enfermedad prevenible y curable, algunas veces estos resultados no se hacen realidad debido a muchos factores que pueden actuar solos o en conjunto que no permiten el cumplimiento adecuado de los procesos de detección, prevención, manejo y seguimiento en los programas de tamizaje. La falta de adherencia al tratamiento y el abandono durante el seguimiento son uno de los factores que influyen de forma negativa al proceso de curación de las lesiones y a un riesgo de que la enfermedad continúe evolucionando de forma natural.

Si bien es cierto el tamizaje con examen de Papanicolaou se viene realizando desde hace más de 50 años, también existen obstáculos que impiden que estos programas de tamizaje y seguimiento de las lesiones intraepiteliales de cérvix no sean verdaderamente efectivos, razón que no ha logrado reducir las tasas de mortalidad por cáncer de cérvix en algunos países de América Latina, estimando que para este año se espera un incremento de 41% de casos de cáncer de cérvix en países de esta región. (Oncología S. M., 2014)

Según informes del departamento de Jinotega, en el municipio de Wiwilí el tamizaje, detección y seguimiento de las lesiones intraepiteliales de cérvix han sido insuficientes lo que se convierte en un problema para el cumplimiento de los algoritmos de manejo de estas lesiones lo que a mediano plazo podría aumentar las tasas de mortalidad por cáncer de cérvix en esta región. En base a esta problemática el planteamiento del problema es el siguiente:

Cuáles son los factores que influyen en el tamizaje, manejo y seguimiento de las mujeres con enfermedades premalignas de cérvix, en el municipio de Wiwilí. Enero 2017 a diciembre 2019

Sistematización del problema

1. Cuáles son las características sociodemográficas y Gineco-obstétricas de las mujeres de estudio.
2. Cómo ha sido el flujograma del tamizaje y manejo en las mujeres del estudio.
3. Cuáles son los factores que influyen en la adherencia al tratamiento y seguimiento en mujeres con lesiones intraepiteliales del cérvix.
4. Cuáles la percepción de las mujeres en estudio para la toma de papanicolau

IV. Justificación

A nivel nacional el tema de cáncer de cérvix ha sido estudiado en muchos aspectos, pero ninguno con la finalidad de determinar los factores que influyen en el tamizaje y seguimiento de las mujeres con LEI, lo que le da a esta investigación su característica de originalidad, siendo tema de importancia debido al papel fundamental que juega esta enfermedad en la morbimortalidad de la mujer.

La conveniencia de este estudio en la institución radica en que proporciona información veraz y de carácter científico que puede ser utilizado para mejorar y fortalecer los programas de tamizaje, prevención, detección y seguimiento y lograr una mayor cobertura en la población femenina de riesgo y reducir las tasas de abandono durante el seguimiento.

La relevancia social de esta investigación se puede observar al reducir las tasas de mortalidad por cáncer de cérvix ya que las estadísticas continúan reportando este cáncer como la principal causa de muerte dejando a su paso un efecto devastador en las familias que lo sufren. Los resultados obtenidos en el estudio permitirán conocer las barreras y obstáculos que impiden un programa de tamizaje eficaz que cumpla de forma oportuna con las actividades de prevención, detección, manejo y seguimiento de las enfermedades premalignas con un personal de salud capacitado y comprometido a incentivar en las pacientes y familiares una mayor adherencia a los programas de seguimiento.

A nivel epidemiológico está demostrado que prevenir el cáncer de cérvix conlleva a menores costos hospitalarios, por lo que esta investigación al poner en práctica algunas intervenciones que permitan un mejor tamizaje, adherencia y seguimiento de las pacientes contribuye a mejorar esta situación y a fortalecer el modelo preventivo en salud.

El aporte científico que genera este estudio permite hacer un análisis de los aspectos que influyen de forma negativa a los programas de tamizaje y poder intervenir en los diferentes nudos críticos de los diferentes problemas y así tratar de darles soluciones acordes a las condiciones de la población así también sentará las bases para nuevas investigaciones que tengan como raíz el problema de salud como es el cáncer de cérvix.

V. Objetivos

Objetivo general

Analizar los factores que influyen en el tamizaje, manejo y seguimiento de las mujeres con enfermedades premalignas de cérvix.

Objetivos específicos

1. Describir las características sociodemográficas y Gineco-obstétricas de las mujeres de estudio.
2. Determinar el diagnóstico y flujograma de manejo utilizado en las mujeres del estudio.
3. Conocer los factores que influyeron en la adherencia al tratamiento y seguimiento en mujeres con lesiones intraepiteliales del cérvix.
4. Conocer la percepción de las mujeres en estudio para la toma de papanicolau.

VI. Marco Teórico

Lesión escamosa intraepitelial de cérvix (LEI)

La Organización Mundial de la Salud(OPS-OMS, 2013) define lesión escamosa intraepitelial como una lesión premaligna que puede existir en cualquiera de los dos estadios siguientes: LEIBG, LEIAG.

La Organización Mundial de la Salud(OPS-OMS, 2013) y la Federación Centro Americana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FECASOG, 2016)define lesión escamosa intraepitelial como aquellos cambios de carácter premaligno que se generan en el epitelio del cérvix a nivel de la zona de transformación, su clasificación en LEIBG, LEIAG, si estas no son tratadas pueden progresar hacia cáncer cervicouterino.

Señala en sus guías de manejo la LEIBG no es una lesión premaligna pero es el signo histológico de infección por el virus del papiloma humano (VPH). Aunque la tasa de regresión de LEIBG es alta, especialmente en mujeres jóvenes y el riesgo de progresión a LEIAG es relativamente bajo; las lesiones LEIBG requieren seguimiento. En cuanto al riesgo de progresión a LEIAG en mujeres con resultado LEIBG o NIC negativo en la colposcopia, asocia a los resultados del tamizaje con citología antes de la colposcopia. También refieren que debido a que el riesgo de progresión de LEIBG y NIC negativa a LEIAG es similar en mujeres con resultado VPH positivo y ASC-US (ASC-US-VPH positivo), y en mujeres con LSIL; las mujeres con resultado NIC negativo en la biopsia también requieren seguimiento. En mujeres con resultado ASC-US-VPH positivo o LSIL en el tamizaje, el riesgo a 5 años de LEIAG después de un resultado negativo del co-test (después de 1 año posterior a la colposcopia), parece lo suficientemente bajo como para permitir el control después de 3 años. Mientras que mujeres con ASC-H o HSIL, el riesgo después de un co-test negativo posterior a la colposcopia, parece requerir un seguimiento más intensivo. (FECASOG, 2016, pág. 173)

Como demuestra la evidencia, un LEIAG puede resultar de la infección con genotipos de VPH carcinogénicos y no carcinogénicos, por lo que representa un grupo de lesiones

malignas y premalignas. Aunque la tasa de regresión de LEIAG parece ser $> 50\%$, el riesgo de progresión a LEIAG o CCU es relativamente alto. Por lo tanto, se considera a LEIAG el umbral para indicar tratamiento. Sin embargo, dado que la tasa de regresión parece ser mayor en mujeres jóvenes, mujeres con lesiones pequeñas y mujeres VPH negativas; se puede considerar no dar tratamiento inmediato en mujeres < 25 años, mujeres con lesiones pequeñas y VPH negativas, las guías de manejo considera necesario darles seguimiento.

En un estudio prospectivo encontraron riesgo acumulado para LEIAGI 28% si vph (+) y 3% en vph (-) aumentando el riesgo si el serotipo 16 o 18.(Castro, Gage, Gaffikin, & Ferreccio, 2013)

Recomiendan tener presente el riesgo de falsos negativos (13 – 20%) en la citología si este es el único método de seguimiento. Se debe considerar que repetir la citología puede retrasar o impedir el diagnóstico y que la colposcopia inmediata esta justificada.(Spitzer y Cols, 2014)

Práctica de tamizaje para prevención de cáncer de cérvix

Según señala la (OPS-OMS, 2013) la práctica generalizada de tamizaje consiste en realizar citología (prueba de Papanicolaou) y, si los resultados son positivos, el diagnóstico de la NIC se basa en una posterior colposcopia, biopsia de las lesiones sospechosas, y tratamiento solo cuando se haya confirmado histológicamente la presencia de una LEIAG+. Este método tradicional de detección requiere recursos humanos sumamente capacitados y una cantidad sustancial de material de laboratorio. Según señalamientos de la (FECASOG, 2016) el tamizaje basado en la citología seguida por colposcopía, biopsia y tratamiento o seguimiento, es la estrategia más común en los países centroamericanos quienes sugieren que ante una citología no satisfactoria, la conducta clínica que se recomienda seguir debe estar acorde con la edad y condiciones especiales que tenga la paciente ya sea si es menor de 25 años, o si está embarazada o inmunodeprimida.

En los países de ingresos bajos y medianos, debido al costo elevado de los programas de tamizaje basados en citología, la (OPS-OMS, 2013), reportan una baja cobertura por lo que se necesitan métodos alternativos de tamizaje. Además, tras una prueba de citología positiva el seguimiento con colposcopia y biopsia requiere recursos y personal capacitado de los que en gran parte se carece en muchos países. Otros cuellos de botella como señala la OMS en los programas de tamizaje basados en citología son la necesidad de derivación a servicios de diagnóstico y de tratamiento situados en unidades de salud distantes, así como prolongados períodos de espera antes de tener disponibles los resultados de la citología.

El Grupo de Formulación de Directrices (OPS/OMS, 2014) en base a lo encontrado en la evidencia científica señaló que algunas mujeres pueden sentir temor al tamizaje y albergar un alto nivel de ansiedad relacionada con la colposcopia o el tratamiento y sentirse agobiadas por la necesidad de una segunda visita para tratamiento refiriendo además que estas mujeres una vez que deciden someterse a tamizaje encuentran más aceptables, las que se realizan de forma inmediata.

Cuando se utiliza una única prueba de tamizaje, un resultado positivo indica la necesidad de tratamiento en cambio al usar una secuencia de pruebas, mujeres con resultados positivos en la primera, reciben una segunda prueba, y sólo se trata a las que tienen resultados positivos en ésta última. A las mujeres con una primera prueba de detección positiva y una segunda prueba de detección negativa se les hace seguimiento. Así mismo estas organizaciones describe un método de tamizaje que le denominan alternativo y consiste en un enfoque de “tamizaje y tratamiento” en el que la decisión de tratar se basa en una prueba de tamizaje y el tratamiento se inicia con prontitud o, idealmente, inmediatamente después de la prueba de tamizaje positiva.

La citología tiene una sensibilidad entre el 80 al 87% pudiendo reportar falsos negativos del 13 al 20% es aquí la importancia de cumplir con el seguimiento anual en los 3 primeros años luego cada 3 años, la especificidad es del 99.8% reportando falsos positivos del 0.2% se debe confirmar luego realizando colposcopia y de ser necesario hacer biopsia.(MINSAs, 2010)

Conducta clínica ante resultados positivos en el tamizaje convencional

Las pruebas de tamizaje disponibles según menciona la (OPS-OMS, 2013) son la prueba de detección del virus del papiloma humano (VPH), la citología y la inspección visual con solución de ácido acético (IVAA). Como refieren ambas organizaciones, estas pruebas pueden utilizarse como una única prueba o una secuencia de pruebas (estrategia de tamizaje) y garantizar el tratamiento adecuado de na NIC y la derivación para tratamientos de las mujeres con diagnóstico de cáncer invasor.

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 escamosa intraepitelial, considerando una colposcopia satisfactoria cuando se observa la unión escamo columnar y los márgenes de aquellas lesiones visibles mediante el colposcopio.(FECASOG, 2016)

En mujeres con tamizaje a base de citología con un resultado no satisfactorio se recomienda repetir la citología entre 2 a 4 meses. Si esta resulta positiva u otra vez no satisfactoria, recomiendan realizar colposcopia. Si el resultado fuera negativo recomienda continuar con el tamizaje rutinario. En mujeres mayores de 30 años, con reporte de citología no satisfactoria recomiendan la colposcopia.

Para todas las mujeres con resultado ASC-H en el tamizaje, (FECASOG, 2016) recomienda realizar la colposcopia inmediata. En mujeres ≥ 25 años con resultado de HSIL en el tamizaje, recomiendan tratar con LEEP (sin obtener el diagnóstico histológico antes de tratar). En mujeres con resultado ACG y con atipias endometriales en el tamizaje, se recomienda realizar el legrado endocervical y la biopsia endometrial. Si ambos resultan negativos se recomienda realizar la colposcopia. En mujeres < 35 años con resultado ACG-NOS o ACG-H, se recomienda realizar la biopsia inmediata y el legrado endocervical.

En mujer adulta la regresión del 50% al 80%, en adolescentes de 13 a 21 años la regresión podría ser el 90% y progresión al LIE-AG en un 6%.(MINSAs, 2010)

Tratamiento y seguimiento en mujeres con lesión escamosa intraepitelial.

Los tratamientos que deben estar disponibles en los programas de tamizaje como señala la OPS y OMS incluyen la crioterapia, la escisión con asa grande de la zona de transformación (LEEP) y la conización con bisturí.

El procedimiento diagnóstico escisional son métodos para obtener un espécimen de la zona de transformación y el canal endocervical, con el objetivo de estudiarlo histológicamente. Estos métodos pueden ser: conización cervical con bisturí frío o láser, escisión electroquirúrgica con asa, conización electroquirúrgica con asa.

La forma de tratamiento y seguimiento de tamizaje basada en citología que recomienda la(OPS-OMS, 2013), inicia con un reporte alterado ya sea ASCUS o más con la observación con colposcopia como paso siguiente si ésta es negativa sugieren repetir el tamizaje a los 3 años, si esta es positiva puede realizarse biopsia o sin biopsia. En los casos que se realiza biopsia si el reporte es LEIAG el manejo es crioterapia o escisión electroquirúrgica con asa. En pacientes sin biopsia el manejo se realiza en base a lo observado en la colposcopia ya sea crioterapia o cono con asa. El seguimiento posterior es al año del tratamiento, recomendando repetir el tamizaje a los 3 años si el tamizaje de control reporta LEIBG o menos. En mujeres con citología alterada cuya colposcopia fue negativa lo que recomienda el grupo de expertos es repetir el tamizaje en 3 años.

Para abordar las lesiones evaluar cada caso en particular brindando oportunidad de seguimiento con citologías evitando manejos agresivos que puedan afectar la fertilidad (estenosis cervical)(MINSAs, 2010)

Según las recomendaciones del grupo de expertos de la(OPS-OMS, 2013), en los casos de tamizaje con IVAA, si esta es positiva el manejo sugerido es en base a si “es elegible o no” a crioterapia, en los casos que no es elegible lo que recomiendan es la escisión

electroquirúrgica con asa. El seguimiento posterior al tratamiento se realiza al año. En mujeres con IVAA negativa el tamizaje posterior se sugiere al cabo de tres años.

Crioterapia:

Las tasas de curación de crioterapia por grados según estudios aleatorizados controlados en general del 86 al 94%, si las lesiones tratadas es NIC I oscila entre el 90.9% al 100%, en los LEIAG 75% al 95.9% y en LEIAGI del 71% al 91.7%, debiendo considerar que aproximadamente el 10% de las mujeres tratadas presentan una lesión persistente en los exámenes de seguimiento en el primer años post crioterapia.(MINSa, 2010)

El principal objetivo de un seguimiento posterior al tratamiento, es el diagnóstico precoz de enfermedad residual o recurrente y así prevenir un cáncer invasor ya que las mujeres que presentan recurrencia tienen un riesgo cinco veces mayor de desarrollar cáncer invasor que la población general. (Callejas, 2016)

Conducta a seguir en los resultados de ASCUS, ASC-H, LSIL

En los casos en que el tamizaje a base de citología reporta atipia escamosa de origen indeterminado (ASC-US) y es menor de 25 años se realiza colposcopia y si esta resulta negativa, ASCUS o lesión intraepitelial de bajo grado (LSIL), recomienda repetir la citología con un intervalo de un año. Si después de un año el reporte es una atipia escamosa de alto grado (ASC-H) o una lesión intraepitelial de alto grado (HSIL) lo recomendable es una colposcopia, si el reporte es negativo, ASCUS o LSIL lo que recomiendan es repetir la citología después de un año. En los casos en que la colposcopia es positiva este grupo de expertos recomiendan una colposcopia, pero si es negativa y después de dos reportes negativos consecutivos recomiendan seguir con el tamizaje rutinario.

En mujeres mayores de 25 años con reporte de ASC-US en la citología, la federación de sociedades recomienda una prueba de VPH y si resulta positiva realizar colposcopia. En centros donde la serología de VPH no está disponible recomiendan repetir citología cada año. Si después de un año la citología reporta ASC-H o HSIL, recomiendan realizar colposcopia la cual se debe realizar de nuevo si la citología vuelve a ser positiva. En

cambio, si el resultado de la citología es negativo, ASCUS o LSIL recomiendan repetir citología después de un año. Si después de dos resultados negativos recomiendan regresar al tamizaje rutinario. En caso de realizar tamizaje con reportar prueba de VPH y esta resulta positivo, lo que recomiendan, es colposcopia y si la prueba es negativa, realizar citología y una prueba de VPH después de los 3 años.(FECASOG, 2016)

En las mujeres mayores de 25 años con citología que reporta LSIL realizar la colposcopia inmediatamente, si esta es negativa recomiendan el co-test (citología y/o la prueba de VPH) después de un año. Si el co-test resulta positivo el paso siguiente es la colposcopia y si resulta negativo se repite de nuevo en un año. En mujeres menores de 25 años con resultado de citología LSIL la federación lo que recomienda es repetir la citología a intervalos de un año. Si ésta muestra ASC-H o HSIL recomienda colposcopia. Si la citología después de un año es negativa, ASC-US o LSIL lo recomendable es repetir la citología después de un año y si esta resulta positiva se recomienda realizar la colposcopia, si es negativa después de 2 resultados negativos consecutivos se recomienda regresar al programa de tamizaje rutinario.

En las mujeres que se encuentran en la menopausia con citología LSIL, la(FECASOG, 2016, pág. 67) recomienda una colposcopia inmediata. En los casos de LSIL lo que recomienda es la prueba de VPH y si es positiva realizar colposcopia. De no contar con la prueba o ésta es negativa se debe repetir la citología después de un año. Si es positiva recomiendan colposcopia hasta obtener dos años consecutivos resultados negativos. En mujeres posmenopáusicas con resultado de citología LSIL, se acepta repetir la citología después de 6 meses. Si la citología después de 6 meses resulta positiva se recomienda realizar la colposcopia, pero si es negativa se recomienda nueva citología después de 6 meses. Si ésta es positiva se recomienda la colposcopia y si es negativa (entonces 2 resultados negativos consecutivos) se recomienda el programa de tamizaje rutinario.

Conducta clínica ante un LEIBG

En mujeres donde se documentó mediante una biopsia un resultado de NIC negativo o LEIBG, con historia de un tamizaje previo con ASC-US, LSIL o VPH persistente, la(FECASOG, 2016), recomienda tener en consideración factores como la edad y el embarazo al decidir la conducta clínica a seguir.

En mujeres entre 21-24 años con LEIBG e historia de ASC-US o LSIL, la(FECASOG, 2016, pág. 174), recomienda repetir la citología en intervalos de 12 meses. Si en la citología a los 12 meses se encuentran: células escamosas atípicas, si no se puede excluir ASC-H, HSIL, ASGUS o cáncer, así como si se documenta ASC-US o una lesión mayor a los 24 meses la federación recomienda una colposcopia. Si la citología resulta negativa en dos ocasiones consecutivas, se prosigue con tamizaje rutinario. En mujeres ≥ 25 años con NIC 1 e historia de ASC-US o LSIL la realizar el co-test a los 12 meses. Si VPH y citología son negativos a los 12 meses y la mujer es menor de 30 años se recomienda citología, si es mayor 30 años se recomienda co-test; ambas pruebas deben realizarse a los 3 años. Si alguna de las pruebas tiene resultados alterados, se recomienda hacer colposcopia. Si a los 3 años todas las pruebas son negativas, se prosigue con tamizaje rutinario.

En mujeres ≥ 25 años con LEIBG persistente durante al menos 2 años e historia de ASC-US o LSIL, efectuar el procedimiento diagnóstico escisional si la colposcopia no es satisfactoria, si la muestra endocervical presenta LEIAG, si la paciente recibió tratamiento anteriormente.

En mujeres 21-24 años con LEIBG e historia de ASC-H o HSIL observar durante 24 meses realizando colposcopia y citología en intervalos de 6 meses, bajo la condición de que la colposcopia sea satisfactoria y la evaluación endocervical sea negativa o LEIBG. Se recomienda realizar una biopsia si durante el proceso de seguimiento se documenta una lesión colposcópica de alto grado o persiste la citología con HSIL durante un año. Si se reportan dos citologías negativas o no se evidencia una lesión colposcópica de alto grado, se recomienda continuar con el tamizaje rutinario. Si en el mismo rango de edad presentan

LEIBG e historia de ASC-H o HSIL realizar procedimiento escisional diagnóstico cuando la colposcopia es no satisfactoria, se identifica LEIAG en la muestra endocervical, o si persiste HSIL durante 24 meses sin que se identifique LEIAG o una lesión de mayor grado. En mujeres ≥ 25 años con LEIBG e historia de ASC-H o HSIL con una colposcopia satisfactoria y la evaluación endocervical negativa o LEIBG, es recomendable el co-test a los 12 y 24 meses. Si VPH y citología son negativos a los 12 y 24 meses y la paciente es menor de 30 años se recomienda seguimiento con citología; si es mayor de 30 años el co-test es recomendable la que debe realizarse a los 3 años. Si a los 12 o 24 meses la VPH es positiva o la citología es anormal (diferente a HSIL), se recomienda realizar colposcopia. Si se reporta HSIL en la citología a los 12 o 24 meses, se recomienda un procedimiento diagnóstico escisional.

En mujeres ≥ 25 años con NIC 1 e historia de ASC-H o HSIL con una colposcopia satisfactoria y la evaluación endocervical negativa o NIC 1, FECASOG recomienda realizar un procedimiento diagnóstico escisional si la paciente no está embarazada. En mujeres entre 21 y 24 años y ≥ 25 años con NIC 1 en la muestra endocervical posterior a un diagnóstico de ASC-US o LSIL y sin detección de LEIAG o una lesión de mayor grado en la biopsia por colposcopia, la(FECASOG, 2016) recomienda seguir con el manejo recomendado para un LEIBG y repetición de la muestra endocervical en 12 meses.

Según afirma la (OPS-OMS, 2013), la crioterapia es el tratamiento de primera elección para las mujeres con resultados positivos en los programas de tamizaje y que reúnan los criterios para el procedimiento. En los casos que es “no elegible” para crioterapia ellos recomiendan la escisión electroquirúrgica con asa. Los criterios para el manejo de la lesión con crioterapia que describe la OPS/OMS en sus directrices son la visualización completa de la lesión y de la unión escamo columnar, además que la lesión no abarque más del 75% del exocervix en caso contrario la escisión con asa es la opción alternativa.

Se recomienda en mujeres 21-24 años con diagnóstico histológico de LEIAG, observar durante 12 meses con colposcopia y citología en intervalos de 6 meses, si es posible el seguimiento, la colposcopia es satisfactoria, la zona de transformación y la lesión son

totalmente visibles menor del 50% de extensión. El seguimiento se debe realizar hasta obtener dos resultados de citología negativos de forma consecutiva. Si por colposcopia la lesión persiste o empeora o si en la citología el reporte es de alto grado y la biopsia reporta LEIAG o de mayor grado tratamiento escisional. (FECASOG, 2016)

En mujeres entre 21 a 24 años con diagnóstico histológico de LEIBG es recomendable dar tratamiento si la colposcopia es no satisfactoria, o si se documenta persistencia de LEIBG durante 2 años. Esta Federación recomienda en mujeres entre 21 a 24 años con reporte de biopsia LEIBGbrindar tratamiento y seguimiento durante 12 meses con citología y colposcopia en intervalos de 6 meses siempre y cuando que la colposcopia sea satisfactoria. A diferencia de las mujeres mayores de 25 años.

La histerectomía como tratamiento inicial en biopsias con LEIBG. Este procedimiento o repetir el procedimiento escisional lo recomienda en mujeres con diagnóstico histológico persistente o recurrente de LEIBG. En las mujeres que presentan lesiones en los márgenes de la escisión o en una muestra endocervical obtenida inmediatamente después del procedimiento la federación recomienda revalorar a los 4 a 6 meses posterior a manejos con citología y muestra endocervical o realizar otra escisión o cono biopsia. De o ser posible se debe realizar histerectomía. (FECASOG, 2016, pág. 179)

Conducta clínica ante un diagnóstico histológico de LEIAG

En los casos que se reporte un diagnóstico histológico de LEIAG, este grupo de trabajo es el precursor inmediato del cáncer de cérvix. Aunque el LEIAG puede regresar, el riesgo de progresar a cáncer es sustancial, por lo tanto,LEIAG requiere tratamiento sin importar la edad de la mujer o sus deseos de conservar la fertilidad.

Para llevar a cabo el seguimiento posterior a un tratamiento por LEIAG, la recomendación para la conducta clínica a seguir debe tener en consideración factores como la positividad o negatividad de los márgenes de la conización o el legrado endocervical. Después del

tratamiento para LEIAG, el riesgo acumulado a 5 años de LEIAG recurrente o persistente parece ser aproximadamente de un 5-15%.

Adherencia al tratamiento

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el término de adherencia como el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional de salud.(Ortega , Sánchez, & Rodríguez, 2018)mencionan el último informe de la OMS quienes afirman que la falta de adherencia es un “problema mundial de gran magnitud” con una prevalencia de hasta el 50% principalmente en las enfermedades crónicas.

Las definiciones de adherencia concluyen que es un fenómeno múltiple complejo, ya que en él intervienen una variedad de conductas como es tomar medicación, acudir a las citas, evitar conductas de riesgo, etc. y complejo porque se pueden dar de un momento a otro afectando una parte del tratamiento, pero no a otra. La adherencia al tratamiento lleva implícita un modelo de relación centrado en las necesidades de las personas, en el que hay explorar sus valores y conocimientos, informar adecuadamente y respetar la elección de las alternativas terapéuticas. (González & Pisano, 2014, pág. 60)

La falta de adherencia terapéutica como la herramienta que se utiliza para cuantificar la magnitud con la que el paciente sigue o no las instrucciones médicas, lo cual implica falta de aceptación de un diagnóstico y su incidencia en el pronóstico, cuando el seguimiento de éstas instrucciones es negativo, el pronóstico empeora y los resultados pueden ser desfavorables.(Ortega , Sánchez, & Rodríguez, 2018)

Para que se produzca la adherencia al tratamiento es importante que se vislumbren cuatro momentos, refiriendo sobre el primer momento como la “aceptación convenida del tratamiento entre el paciente y su médico” y debe existir una relación de colaboración establecida entre médico y paciente con vistas a elaborar una estrategia para el

comportamiento que garantice el cumplimiento y aceptación de ésta por ambos. El segundo momento se basa en el cumplimiento del tratamiento como la medida en que la persona realice todas las prescripciones médicas indicadas. El tercer momento se refiere a la participación activa en el cumplimiento, entendida como el grado de participación del paciente en la búsqueda de estrategias que logren garantizar el cumplimiento. El cuarto momento es cuando el paciente de forma voluntaria cumple con las indicaciones o acciones indicadas y se entiende como la medida en que la persona participa en la ejecución de las acciones realizando los esfuerzos necesarios para poder cumplirlas. (Alonso, 2014, pág. 178)

Posterior a su revisión sistemática agrupó los factores relacionados con la adherencia en ocho grandes grupos, como son las de tipo sociodemográficas, las creencias del paciente, el tipo de enfermedad, el tratamiento farmacológico, la relación que se establece entre el paciente y el profesional de salud, la información, el apoyo social y las variables de organización. Entre las variables sociodemográficas se mencionan el sexo, la edad, la raza, el nivel de estudio, ocupación, convivencia, número de hijos y adultos a su cargo. (Ortega , López, & Álvarez, 2014)

La adherencia terapéutica como un “proceso complejo multifactorial” que comprenden un conjunto de factores con acciones recíprocas y que se agrupan como factores socioeconómicos, los relacionados con el equipo o sistema de salud, los que están relacionados con la enfermedad, tratamiento y paciente. (Ramos, 2015)

La no adherencia según algunos autores consideran puede estar relacionado con las condiciones socioeconómicas, mientras otros informan que la adhesión no se asocia con mayores ingresos, aseguramiento en salud o el costo del tratamiento. Más bien, se ha encontrado que las mujeres con niveles de educación más bajos son menos susceptibles a adherirse a las recomendaciones de seguimiento; debido en parte, a la comunicación ineficaz entre el médico y la paciente referentes al método de comunicación y a la capacidad de las mismas de seguir instrucciones. Esto también se ha demostrado cuando se implementan las intervenciones educativas para explicarles mejor su condición de salud y

la necesidad de seguimiento, cuyo resultado ha sido un aumento en el cumplimiento de las pacientes con poca educación. (Lía Barriosa, 2017)

Factores socioeconómicos

La pobreza, analfabetismo, bajo nivel educativo, el desempleo, la falta de redes de apoyo social efectivos, condiciones de vida inestable, la difícil accesibilidad al centro de atención y tratamiento, el costo del transporte, el alto costo de los medicamentos, los cambios ambientales, la cultura y creencias populares acerca de la enfermedad y tratamiento, la disfunción familiar son factores relacionados con la mala adhesividad al tratamiento. (Ramos, 2015, pág. 78)

Factores relacionados con el equipo o sistema de salud

Los servicios de salud poco desarrollados, con deficiencia en la distribución de medicamentos, mucha carga de trabajo, así también la falta de entrenamiento y conocimiento del personal responsable, falta de programas educativos que participen los que cumplen tratamiento, dificultad por parte del personal de salud para llevar el seguimiento, falta de apoyo comunitario, falta de conocimientos sobre prácticas de autocuidado, adherencia al tratamiento y falta de intervenciones efectivas para mejorarlas como los principales factores.(Ramos, 2015)

En una revisión sistemática realizada por(Aranguren , Burbano, González, & Mojica, 2017, pág. 138), se encontró como principales barreras para el tamizaje de cáncer de cérvix el miedo al examen y al resultado, la vergüenza que experimentan algunas mujeres cuando es la prueba es realizado por un varón, la pereza que genera las grandes filas para obtener las citas. Además, mencionaron la dificultad para llegar a la institución y cuando logran hacerlo les informan que no las pueden atender o que aún no está el resultado. Así mismo lograron observar en algunas mujeres cuando se les comunicó el resultado alterado de la citología, éstas no acudieron para recibir el tratamiento o seguimiento por el temor a la enfermedad. Otro aspecto importante que señalaron los autores fue la falta de una adecuada

infraestructura en relación al espacio destinado al procedimiento. También se evidenciaron trato poco cordial por parte del personal de salud, errores en la técnica, como fijación, envoltura o transporte de la muestra inadecuada.

Las principales variables que favorecen o dificultan la adherencia al tratamiento a la continuidad en la atención prestada, la programación de citas y la posibilidad de supervisión de la conducta de adherencia. Así mismo señala que cuanto mayor sea la continuidad de la atención que se ofrece al paciente, mayor será la probabilidad de adhesión. Otro aspecto importante que menciona la autora es la programación de las citas dado que el cumplimiento es una de las conductas incluida en la adherencia al tratamiento, como lo es tomar una medicación o realizar correctamente un régimen dietético. (Ortega , López, & Álvarez, 2014, pág. 22)

Las principales razones por las que los pacientes justificaban su incumplimiento a las citas fueron el olvido y el no considerar necesaria acudir a la consulta. Una de las principales intervenciones que mejoran la adherencia al seguimiento está dirigida a continuar la educación del paciente y su familia para ayudarlos a comprender la importancia de continuar el tratamiento y no interrumpirlo de forma prematura ya que en muchas ocasiones los pacientes tienden a interrumpir los tratamientos en cuanto se encuentran mejor. (Ortega , López, & Álvarez, 2014)

Factores relacionados con la enfermedad

La gravedad de la enfermedad, grado de discapacidad física, social, psicológica y vocacional, la velocidad de progresión y la disponibilidad de tratamientos efectivos son factores que mencionan(Ramos, 2015).

Factores relacionados con el tratamiento

Los tratamientos de mayor complejidad, los de larga duración, pacientes que han tenido fracasos en los tratamientos anteriores o cambios frecuentes, los efectos adversos al

tratamiento y la falta de apoyo médico para el tratamiento, Ramos las describe como factores importantes.

Factores relacionados con el paciente

Estos factores como describe Ramos, están relacionados con el conocimiento, actitudes y creencias, percepciones y expectativas del paciente, otro factor importante es el olvido, el stress psicosocial, el temor, por los efectos posibles del tratamiento, la baja motivación y habilidad para controlar los síntomas de la enfermedad y tratamiento, el mal entendimiento de las instrucciones. (Ramos, 2015)

Los pacientes tienen sus propias ideas de aquello que significa una amenaza para la salud y planifican y actúan según estas ideas o representaciones y los temores que las acompañan. Estas ideas y temores se construyen a partir de muchas fuentes como los amigos, familiares, medio de comunicación y la que le proporciona el profesional de salud. Ortega también mencionó los factores que se han comprobado repercuten sobre la adherencia como son las metas esperadas del tratamiento, la motivación, la autoeficacia, la vulnerabilidad y severidad percibida. (Ortega , López, & Álvarez, 2014)

La información

Comprender como refiere (Ortega , López, & Álvarez, 2014, pág. 21), es el primer paso para recordar la información y adherirse a los tratamientos y proporcionar información que favorezca y garantice los niveles mínimos de comprensión se ha observado que contribuye a mejorar las tasas de adherencia. Como señalan algunos investigadores que han realizado estudios sobre la adherencia al tratamiento, los pacientes han contestado que no se le ha dado suficiente información, hay falta de comprensión de la información recibida, el paciente no hace las preguntas oportunas a pesar de considerarse poco informado, hay una pérdida de información por causa del olvido.

La importancia que tiene la información de calidad y la define como un punto clave para la mejora de la adherencia y está altamente relacionada con la adhesión terapéutica. También mencionó los hallazgos de los estudios de Zolnierek quien concluyó que reforzando las habilidades de comunicación de los profesionales de salud es de mucha ayuda para mejorar la adherencia de las personas. (González & Pisano, 2014)

El apoyo social

Varios estudios que han puesto de manifiesto la importancia del apoyo social ya que no solo actúan como soporte para mantener la salud, sino que también amortiguan los efectos negativos que pueden provocar sobre la salud. También el autor refirió que el hecho de incorporar a los miembros de la familia, no garantiza que estas personas proporcionen un buen apoyo aun teniendo buenas intenciones en su apoyo. (Ortega , López, & Álvarez, 2014)

Intervenciones conductuales sobre el comportamiento y motivación de la paciente

El estilo de vida se basa normalmente en modelos de comportamiento largamente establecidos. Estos modelos se forjan durante la infancia y la adolescencia por la interacción de factores ambientales y genéticos y se mantienen o se promueven por el entorno social en la edad adulta. Así mismo señalaron que estos factores reducen la capacidad del individuo para adoptar un estilo de vida sano, al igual que los consejos confusos o complejos de los profesionales de la salud. Las intervenciones como señalan las autoras se deben encaminar a modificar o reforzar comportamientos favorecedores del cumplimiento y a mejorar la capacidad de la paciente en el manejo de su proceso.(González & Pisano, 2014)

VII. Diseño Metodológico

Tipo de estudio: De acuerdo al método de investigación es observacional y según el propósito del diseño metodológico es un estudio de tipo descriptivo, de acuerdo al tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de información del estudio es retrospectivo, por el periodo y secuencia es de corte transversal

Área de estudio: Estudio realizado en el departamento de Jinotega municipio de Wiwilí de enero del 2017 a Diciembre 2019.

Según su conveniencia:

Institucional: A las pacientes se les realiza su citología en las diferentes unidades salud y sectores y en la sede del hospital primario se realiza la colpobiopsia y crioterapia.

Técnica: El Hospital Primario cuenta con recursos humanos especializados para manejo de pacientes con lesiones escamosas intraepiteliales de bajo y alto grado

Geográfica: El municipio de Wiwilí cuenta con Hospital Primario que se les da seguimiento a las mujeres con LEI de los 35 sectores del MOSAFC realizando el manejo y en algunos casos se articula con el segundo nivel en el Hospital departamental de Jinotega

Enfoque del estudio: La presente investigación tiene un enfoque cuantitativo puro ya que pretende identificar de forma estadística los factores que influyen en el seguimiento de las mujeres con lesiones premalignas de cérvix partiendo desde el inicio del tamizaje, su adherencia al tratamiento y seguimiento.

Unidad de análisis: Expedientes clínicos de pacientes que ingresaron con diagnóstico lesiones intraepiteliales de cérvix de bajo y alto grado.

Universo: El Universo fue definido por todas las 155 pacientes con diagnóstico lesiones escamosa intraepitelial de bajo y alto grado, en el municipio de Wiwilí en el año 2017 al 2019

Cálculo de la muestra: El tamaño de la muestra en el presente estudio, son todas las pacientes con lesiones escamosa intraepitelial de bajo y alto grado que cumplían los criterio de inclusión y exclusión se utilizó la siguiente fórmula de Fisher y Navarro:

$$n = \frac{z^2(p)(q)(N)}{e^2(N - 1) + z^2(p)(q)}$$

Dónde:

- N=Universode mujeres de 20 a 65 años con LEI según resultado de tamizaje y biopsia (N=155).
- n= Tamaño de la muestra ¿ ?
- z= nivel de confianza elegido 1.962 o sea 95%
- P= Proporción positiva = 50% = 0.5
- q= Proporción negativa = 50% = 0.5
- e= error máximo permitido = 5% = 0.05

Resultando 100 mujeres a estudiar

Criterios de inclusión:

- Mujeres en el rango de edad de 20 a 65 años
- Mujeres con citología realizada durante el período de estudio y cuyo reporte fuera lesiones intraepiteliales de bajo y alto grado asociada o no al virus del papiloma humano.
- Mujeres que se les realizó al menos una colposcopia diagnóstica acompañada o no de biopsia cervical

- Mujeres con reporte histopatológico de cualquiera de los siguientes diagnósticos: VPH, LEIBG, LEIAG, cáncer in situ Solo las que estén registradas en el SIVIPCAN

Criterios de exclusión:

- Mujeres menores de 20 años y mayores de 65 años
- Mujeres embarazadas
- Mujeres con prueba de VPH positiva
- Mujeres con prueba de IVAA positiva
- Mujeres con historia de histerectomía de causa oncológica
- Mujeres con citología alterada pero no confirmado por biopsia o colposcopia

Forma de recolección de la información

Para recolectar la información se diseñó un instrumento con todas las variables del estudio las que se dividieron en cuatro aspectos para dar respuesta a los objetivos del estudio. El primer aspecto fue conformado por variables sociodemográficas, sexuales y reproductivas, en el segundo variables relacionadas con el diagnóstico, manejo y seguimiento de las lesiones, en el tercer aspecto se incluyeron variables que la evidencia a través de estudios y revisiones ha demostrado su asociación con el grado de adherencia terapéutica en las diferentes enfermedades y en las lesiones premalignas de cérvix. En el cuarto aspecto se consideraron las variables relacionadas con el proceso de tamizaje, principalmente con la toma de Papanicolaou. El último aspecto se basó en preguntas sencillas para ser contestadas por las participantes y conocer algunos factores relacionados con el tamizaje y la adherencia al tratamiento o seguimiento de las lesiones.

La búsqueda de los expedientes de las pacientes se realizó primeramente con la revisión del Sistema de Vigilancia para Prevención del Cáncer que es un sistema de registro electrónico en el que se introduce toda la información relacionada con el proceso de tamizaje de cada mujer así también posee todos los datos relacionados con el diagnóstico, manejo y

seguimiento de las lesiones premalignas de cérvix. Para la selección de los expedientes se incluyeron aquellos que cumplen con los criterios de inclusión. A cada paciente se le llenó una ficha de recolección de la información y posteriormente introducir las variables en el programa SPSS versión 22 y ser analizadas.

Análisis de la información

Para el análisis de la información la muestra se dividió en dos grupos. El primer grupo que se denominó grupo de casos fue comprendido por mujeres que no completaron el manejo o seguimiento indicado por el personal de salud responsable o que abandonaron posterior a haberlo iniciado. En el grupo control se dejaron las mujeres que cumplieron de forma correcta a sus citas y se encontraron adheridas al tratamiento. Se consideró abandono aquellas mujeres que posterior a la cita no acudió después de dos o más meses sin justificación alguna o habiéndola buscado o llamado previamente. Se consideró a la paciente no adherida al tratamiento aquella que acude de forma indisciplinada o después de una o varias citas que no asistió.

El análisis de la información se realizó de tres etapas. La primera etapa fue de carácter descriptivo con las variables sociodemográficas, sexuales y reproductivas. La segunda etapa consistió en el análisis de las variables independientes para determinar el grado de asociación con la adherencia al tratamiento y el seguimiento de las lesiones. Se denominaron variables independientes a los factores que de una u otra forma influyeron para el proceso de tamizaje, manejo y seguimiento de las lesiones premalignas y las variables dependientes fueron la adherencia y no adherencia al tratamiento y seguimiento.

Como una de las variables independientes a analizar fue el abandono considerando la clasificación utilizada por Paulino, el que considera tres momentos en el que la mujer puede abandonar el primer momento es durante el tamizaje cuando pasan más de 60 días y la mujer no acude por el resultado, en el momento del diagnóstico cuando pasan 60 días entre la entrega del reporte y la cita para la toma de la biopsia y durante el tratamiento cuando transcurren más de 90 días entre la biopsia y no acudió para el tratamiento.

Para el proceso de análisis se utilizaron pruebas estadísticas como Chi cuadrado y una asociación estadística mayor del 0.05. Para su relación causal se hizo uso de variables dicotómicas y calcular el OR o prueba de momios y de esta forma demostrar su asociación el intervalo de confianza fue del 95%. Las variables cualitativas se expresaron en términos de frecuencia y porcentaje y para las cuantitativas se calculó la Media, Moda y Mediana. Los resultados del estudio se plasmaron en gráficas y tablas.

Consideraciones éticas:

Las consideraciones éticas del presente estudio fueron las siguientes:

El respeto a las personas: (principio de autonomía). La mayoría de la información se obtuvo del expediente clínico de las mujeres y registros hospitalarios. Al momento de contestar las preguntas del cuestionario de seis preguntas se les explicó la importancia de sus respuestas y veracidad, así también la finalidad y confidencialidad del estudio

La búsqueda del bien, (principios de beneficencia y no maleficencia): Lo que se pretendió y por obligación ética fue lograr el máximo beneficio en base a los conocimientos, capacidad y oportunidad que nos brinda la ciencia y la evidencia científica utilizando la información que se logre obtener para estudios de investigación y sea un apoyo para mejorar la salud de las mujeres.

El principio a la justicia: Toda persona tiene derecho a la salud por que las investigaciones científicas deber dirigirse a mejorar la eficacia y efectividad de los recursos médicos y técnicos de las unidades de salud.

Operacionalización de variables

Objetivo 1: Describir las características sociodemográficas y Gineco-obstétricas de las mujeres de estudio

Objetivo	Variable	Sub variable	Definición	Indicador	Tipo	Escala/valor
Características sociodemográficas y Gineco-obstétricas	Sociodemográfica	Edad	Años de vida cumplidos al momento del estudio	Expediente clínico	Cuantitativa continua	20 a 25 a 26 a 35 a 36 a 45 a 46 a 65 a
		Estado civil	Forma de estar ante la sociedad y de unión con su pareja.	Expediente clínico	Cualitativa Nominal	Soltera Casada Unión libre
		Escolaridad	Nivel de estudio cursado al momento del estudio	Expediente clínico	Cualitativa Ordinal	Ninguno Primaria Secundaria Universitaria Profesional
		Ocupación	Tipo de trabajo que realiza en base a remuneración	Expediente clínico	Cualitativa nominal	En su casa Doméstica Obrera En oficina Otro
	Característica gineco-obstétricas	Inicio de vida sexual	Edad en que inició relaciones sexuales	Expediente clínico	Cuantitativa Continua	12, 13, 14, 15,16, 17, 18, 19, 20 años 21 a más
		Edad del primer embarazo	Edad en años cumplida al tener su primer hijo	Expediente clínico	Cuantitativa continua	12, 13, 14, 15,16, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 25 a más años

		Número de gestas	Número de veces que la mujer ha quedado embarazada	Expediente clínico	Cuantitativa discreta	Ninguna Una a dos Tres a cuatro Más de cuatro
		Adherencia al tratamiento	Total de mujeres que cumplieron las citas para el manejo y seguimiento de las LIE de cérvix	Expediente clínico	Cualitativa dicotómica	Si No

Objetivo 2 Determinar el diagnóstico y flujograma de manejo utilizado en las mujeres del estudio

Objetivo	Variable	Sub variable	Definición	Indicador	Tipo	Escala/valor
Determinar el diagnóstico y flujograma de manejo	Diagnóstico	Reporte de citología	Diagnóstico basado en la inspección de la muestra citológica	Reporte de Papanicolaou	Cualitativa ordinal	ASCUS, ASC-H VPH LEIBG LIEAG:
		IVAA	Examen realizado para observar el cérvix con ácido acético	Reporte de la prueba	Cualitativa dicotómica	Positivo Negativo
		Reporte de colposcopia	Condición clínica basada en la visualización de la zona de transformación	Reporte de colposcopia	Cualitativa dicotómica	Satisfactoria No satisfactoria

			ción			
		Estudio de biopsia	Inspección histológica que proporciona el diagnóstico definitivo	Reporte de biopsia	Cualitativa ordinal	VPH LEIBG LEIAG Ca in situ
Flujograma de manejo	Manejo después del diagnóstico	Conducta tomada para el manejo de paciente en base al diagnóstico y Guías de manejo	Expediente clínico	Cualitativa nominal	Colposcopia Citología a los 6 meses Citología al año Crioterapia Conización	
	Citología de control	Nuevo Papanicolaou realizado para valorar el tratamiento	Reporte de Papanicolaou	Cualitativa ordinal	A los 6 meses Al año A los 2 años	
	Segunda citología de control	Otro control citológico realizado para seguimiento	Reporte de Papanicolaou	Cualitativa ordinal	Al año A los 2 años A los 3 años o más	
	Reporte del primer PAP de control	Resultado citológico posterior al tratamiento para valorar evolución	Reporte de Papanicolaou	Cualitativa ordinal	Negativo ASCUS, LEIBG LEIAG	
	Colposcopia de control	Conducta para valorar la respuesta al manejo realizado	Reporte de colposcopia	Cualitativa Dicotómica	Satisfactoria No satisfactoria No se	

						realizó
		Momento de la colposcopia de control	Intervalo de tiempo entre el manejo inicial y control colposcópico	Reporte de colposcopia	Cualitativa ordinal	Menos de 1 año 1 año 2 años o más
		LEIAG persistente	Diagnóstico basado en reactivación del virus durante seguimiento	Reporte de citología, colposcopia	Cualitativa dicotómica	Si No
		Otro manejo durante el seguimiento	Nuevo manejo posterior a colposcopia y/o biopsia de control	Expediente clínico	Cualitativa nominal	Crioterapia Cono biopsia Reconización Citología y colposcopia HTA
		Crioterapia	Procedimiento a base de congelamiento para destruir la neoplasia	Expediente clínico	Cualitativa dicotómica	Si No
		Indicación de la crioterapia	Razón clínica que se consideró ya sea por biopsia, colposcopia, IVAA.	Expediente clínico, reporte del procedimiento	Cualitativa nominal	ASCUS, LEIBG LEIAG
		Conización	Procedimiento que consiste en la escisión	Expediente clínico	Cualitativa Dicotómica	Si No

			completa de la lesión			
		Indicación de la conización	Razón clínica que se consideró para tomar la conducta	Expediente clínico, reporte del procedimiento	Cualitativa nominal	LEIAG Otra
		Reconización o histerectomía	Procedimientos de mayor complejidad como alternativas de manejo en LEIAG, LEIAG	Expediente clínico	Cualitativa dicotómica	Si No
		Indicación de reconización o Histerectomía	Razón clínica o histológica considerada para el procedimiento	Expediente clínico	Cualitativa dicotómica	LEIAG persistente LEIAG, Ca in situ Márgenes del cono tomados
		Evolución en el seguimiento	Proceso ocurrido ya sea por la conducta de la mujer o por decisión médica	Expediente clínico	Cualitativa nominal	Alta Abandono Seguimiento

Objetivo 3: Conocer los factores que influyeron en la adherencia al tratamiento y seguimiento en mujeres con lesiones intraepiteliales del cérvix

Objetivo	Variable	Sub variables	Definición	Indicador	Tipo	Escala/valor
Factores que influyeron en la adherencia al tratamiento	Factores que influyen en la adherencia	Edad mayor o menor de 35 años	Rango de edad considerada de riesgo para las lesiones premalignas	Expediente clínico Sistema de registro	Cualitativa dicotómica	Mayor de 35 años Menor de 35 años

y seguimiento en mujeres con lesiones intraepiteliales del cérvix			de cérvix			
		Nivel escolar	Factor determinante basada en el nivel aprobado	Expediente Sistema de registro	Cualitativa dicotómica	Bajo nivel: ninguno o primaria Moderado o alto: secundaria
		Conductas sexuales de riesgo	Historia del inicio de vida sexual a temprana edad, haber tenido su primer adolescente, no usar preservativo	Expediente clínico Sistema de registro	Cualitativa nominal	IVSA <17 años: si/no Primer parto en la Adolescencia No usa Preservativo
		Pareja estable	Contar con una relación de pareja que le de apoyo	expediente	Cualitativa dicotómica	Si No
	Factores que influyen en el seguimiento	Programación de citas	Intervalo de tiempo entre una cita y otra	expediente	Cualitativa dicotómica	Muy largas Muy cortas
		Accesibilidad al centro	Trayecto que recorre de su casa al centro	Encuesta y expediente	Cualitativa dicotómica	Poco accesible Accesible
		Lugar del tratamiento	Centro donde se realiza el tratamiento	Encuesta Expediente	Cualitativa dicotómica	En el mismo centro En otro centro En otro municipio
		Otras conductas de riesgo	Prácticas inadecuadas que influyen en el proceso de adherencia al	expediente	Cualitativa nominal	Fumar si/no Drogas Otras

			tratamiento			
		Morbilidades	Enfermedades o procesos mórbidos que influyen en la adherencia	expediente	Cualitativa nominal	HTA si/no Diabetes Obesidad Otras
		Abandono	Proceso conductual que puede aparecer en cualquier momento del tamizaje o seguimiento	Expediente clínico	Cualitativa dicotómica	Si No

Objetivo 4: Conocer la percepción de las mujeres en estudio para la toma de papanicolau

Objetivo	Variable	Sub variable	Definición	Indicador	Tipo	Escala/valor
Conocer la percepción para la toma de papanicola u	Percepción de las mujeres para la toma de papanicola u	Intervalo de citología	Intervalo de tiempo en que realiza la citología	Expediente Sistema de registro	Cualitativa ordinal	No se realiza 1 a 2 años 3 a 4 años 5 a más
		Pérdida del resultado	conducta por parte de la personal de salud que no permitió conocer resultado	Expediente Información de la mujer	Cualitativa dicotómica	Si No
		Repetición de citología	Conducta por parte de la unidad de salud por pérdida de la citología	Expediente clínico	Cualitativa nominal	Si No

		Otra cita para resultado	Cuando le vuelven a dar cita por no estar reporte de citología	Expediente clínico	Cualitativa nominal	Si No
		Tiempo entre la toma y reporte	Intervalo en semanas o meses que esperó la mujer para la entrega de su resultado	Expediente clínico Información de la mujer	Cualitativa ordinal	Un mes 2 meses 3 a más
		Percepción del tiempo de espera en el tamizaje	Lo que percibió la mujer en relación al tiempo que utilizó para obtener el resultado y la lectura	Información de la mujer	Cualitativa ordinal	Muy tardado Más o menos tardado No tardado
		Factores que le impiden cumplir con el tamizaje y seguimiento	Algunas condiciones que no permitieron la adherencia al seguimiento		Cualitativa nominal	Ninguno La pareja Los hijos pequeños El tipo de trabajo El temor o miedo La accesibilidad Pierde mucho tiempo El trato que le dan
		Accesibilidad	Dificultad o no para acudir a la unidad de	Información de la mujer	Cualitativa ordinal	Accesible No muy accesible Inaccesible

			salud para la citología y el proceso de tamizaje			
		Distancia de la unidad de salud	Si la unidad de salud se encuentra en el mismo municipio o en otro	Información de la mujer Expediente	Cualitativa nominal	En el mismo En otro En otra unidad en el mismo municipio

VIII. Resultados

Se analizaron un total de 100 expedientes de mujeres con diagnóstico de lesiones intraepiteliales de cérvix, encontrando que 60 mujeres (60%), se adhirieron al tratamiento durante su período de seguimiento y evaluación médica, el 40% no tuvieron la conducta de adherencia. (Gráfico 1)

La edad de las mujeres al momento del estudio fue acorde a la muestra y osciló entre los 20 a 65 años de edad, edades entre 26 a 45 años se presentaron con mayor frecuencia (55%), siendo el rango 26 a 35 años el grupo etáreo de mayor prevalencia. El rango entre 20 a 35 años se presentó en 20%, el grupo entre 36 a 45 años se presentó en el 27.5%, el rango entre 46 a 55 años en un 9% y entre 56 a 65 años en el 15%. En relación a la adherencia del tratamiento, el 28% se encontraron en edades entre 20 a 25 años, el 33% entre 26 a 35, el 20% entre 36 a 45 años, el 9% entre 46 a 55 años y el 12% entre 56 a 65 años. El porcentaje de las mujeres que no se adhirieron al tratamiento fue 8% en el grupo entre 20 a 25 años, 20% entre 26 a 35 años, 39% el rango entre 36 a 45 años, el 13% en el rango 46 a 55 años y 20% entre 56 a 65 años. La edad promedio fue 38 años, la Mediana de 36 años y la Moda de 20 años. (Gráfico 2)

El 49% de las mujeres refirieron ser casadas (18% en el grupo de no Adherencia y 31% en el grupo Adherencia), el 11% eran solteras, el 40% refirieron vivir en unión libre con una pareja (16% en el grupo de no Adherencia y 24% en el grupo Adherencia). (Gráfico 3)

El 63% de las mujeres tenían bajo nivel de escolaridad o no habían ido a la escuela (19% sin escolaridad y el 44% primaria), el 27% llegaron a la secundaria y solo el 10% la terminaron. (Gráfico 4)

En relación a las características sexuales, el 65% de mujeres iniciaron su vida sexual antes de los 18 años y el 35% restante después de esa edad. El 31% de las que no se adhieren había tenido su primer hijo antes de los 20 años a diferencia del grupo que se adhiere fue el 27%. Las mujeres con su primer hijo antes de los 20 años presentaron 4 veces más riesgo

de una mala adherencia al tratamiento. (OR: 4.21; IC95%: 1.71-10.35; p: 0.001) El 55% de mujeres refirieron el uso ocasional del preservativo(15% en el grupo de no Adherencia y 30% en el grupo Adherencia) y el 45% negaron su uso(25% en el grupo de no Adherencia y 20% en el grupo Adherencia). (Gráfico 5, 6 y7)

Solo el 8% de mujeres no tenían historia de embarazos previos, con historia de 1 a 2 embarazos (39%), el 25% tenían historia de 3 a 4 embarazos, el 28% tenían historia de 4 a más embarazos. (Gráfico 8)

De las cien mujeres con lesiones intraepiteliales de cérvix el 34% presentaron en la citología el reporte de ASCUS, 18% cambios asociados al virus del papiloma humano (VPH), 35% el reporte fue lesión intraepitelial de bajo grado (LIEBG), 5% ASC-H, y 8% lesión intra-epitelial de alto grado. (Gráfico 9)

El reporte de colposcopia fue 14% cervicitis o no se realizó, en el 60% se observó condiloma, 21% lesión de bajo grado, en el 5% lesión intraepitelial de alto grado. (Gráfico 9)

El reporte de biopsia fue 48% VPH, 32% lesión intraepitelal de bajo grado, el 6% lesión intraepitelial de alto grado, 14% sin biopsia. (Gráfico 9)

En cuanto al reporte de biopsia en base al resultado de la citología, el grupo con reporte de ASCUS, presentaron en el reporte de biopsia VPH en el 59% (20 casos),LEIBG/VPH en el 17.5% (6 casos) ambas se agruparon en la clasificación de LIEBG. LEIAG fue el reporte histológico de una paciente con diagnóstico citológico de ASCUS(3%), en otro 3% (1 caso) el diagnóstico fue cervicitis y en el 18% (6 casos) no se realizó biopsia. (Gráfico 10)

En las mujeres con LIEBG, el 57% (20 casos) el reporte fue condiloma, el 28% (10 casos) el diagnóstico fue LEIBG/VPH, el 2% ósea 1 caso LEIAG (NIC 2), a 4 personas no se le realizó biopsia (Gráfico 10)

Las cinco mujeres con reporte de ASC-H presentaron en el reporte de biopsia LEIBG /VPH, (Gráfico 10)

Las que presentaron LIEAG, 4 casos fue LEIAG y 4 reportan LEIBG . (Gráfico 10)

El reporte de las citologías según rangos de edad: en el grupo 20 a 25 años hay ASCUS (3) 15%, LEIBG (16) 80%, LEIAG (1) 5%; en el grupo 26 a 35 años presentaron en su reporte ASCUS en el 32% (9 casos), en el 64% (18 mujeres) LIEBG, y un caso de ASCH (4%). Las de 36 a 45 años el 33% (9 mujeres) ASCUS, el 52% (14 mujeres) LIEBG por VPH en 15% (4 Mujeres). El grupo etario de 46 a 55 años el 52% (13 mujeres) con reporte de ASCUS, 5 mujeres (20%) LIEBG y el 28% (7 mujeres) con LIEAG. (Gráfico 11)

En la biopsia de cérvix el reporte de LEIBG y VPH fue el hallazgo histológico del 80% de mujeres entre 20 a 25 años (16), hubo un reporte de LEIAG y en tres no se les realizó biopsia. En las mujeres entre 26 a 35 años todas presentaron reporte de LEIBG(27) a excepción de una mujer que no se le realizó biopsia, pero en la colposcopia el resultado fue NIC 1. El reporte de biopsia en mujeres entre 36 a 45 años fue LEIBG en el 74% (20 mujeres), LEIAG en el 11% y en una mujer que solo se le realizó colposcopia el reporte fue LEIBG. En el grupo etario entre 46 a más en el 68% (17 mujeres) el reporte fue LEIBG y VPH, 8% /2 casos) LEIAG y en 24% (6 mujeres) no se les realizó biopsia. ()

Al relacionar el primer manejo con la edad se observó mujeres entre 20 a 25 años se les realizó colposcopia biopsia en el 13%, repetición de citología en el 153%, crioterapia en el 4%, las que se encontraban en el rango de 26 a 45 años al 41% se les realizó colposcopia biopsia, 8% repetición de citología, 6% crioterapia y las mayores de 45 años colposcopia y biopsia al 10%, repetición de citología ala 12% y crioterapia al 3%. (Gráfico 12)

De manera general el manejo que recibieron las mujeres posteriores a laciología, fue colposcopia biopsia en el64%, repetición de citología en el 22%, crioterapia en el 13%.

En las mujeres con citología positiva a ASCUS se les realizó colposcopia biopsia en el 47% (16 mujeres), repetición de Papanicolaou en el 41% (14 mujeres) y crioterapia inmediatamente al diagnóstico en el 12% (4 mujeres): (Gráfico 13)

Las mujeres con diagnóstico de VPH, tuvieron como primer manejo colposcopia en el 89% de este grupo (15 pacientes), solo en una paciente se le realizó crioterapia como primer manejo, repetición de citología en 2 casos.(Gráfico 13)

De las 35 que citología dio LEIBG a 25 se le realizó colpobiopsia, 4 se le repitió la citología a 6 se le realizó crioterapia. En las 5 mujeres con diagnóstico de ASC-H el manejo fue colposcopia biopsia en el 60% (3 mujeres) y repetición de PAP en el 40% restante (2 mujeres). El grupo de mujeres con LIEAG, en el 63% (5 casos) se le realizó colposcopia y biopsia, en el 25% (2 mujeres) crioterapia y en una paciente se le realizó de nuevo la citología. (Gráfico 13)

Rango de edad y manejo posterior al diagnóstico, 20 a 25 años 16 Crioterapia, 1 Conización y 1 Reconización, 26 a 45 años Crioterapia 45, Conización 4. 46 a 65 años Crioterapia 19, conización 2 y reconización 2. (Gráfico 14)

En relación al seguimiento, este se basó en citologías de control observando que el 70% en mujeres entre 20 a 25 años la citología se le realizó cada 6 meses y en 30% cada año, en el 61% de mujeres de mujeres entre 26 a 35 años la citología de control de la realizan cada 6 meses y en el 36% cada año, en mayores de 36 años la citología es cada 6 meses en el 67% y en 33% cada año, en mujeres mayores de 45 años la citología cada 6 meses en el 60%, 31% al año y en 9% más de 1 año.(Gráfico 15)

Durante el seguimiento al 49% se les dio alta después de un año de seguimiento, el 23% abandonaron durante el seguimiento y el 28% continúan acudiendo a la unidad para su control de citología, en este grupo el 18% están adheridas al tratamiento el 10% restante no cumplen con el seguimiento al momento del estudio. (Gráfico 16)

Las mujeres que abandonaron el tratamiento durante el seguimiento de las lesiones, el 26% lo hicieron antes del año, el 52% al año y el 22% antes de los 2 años.

Las alta 14% fue antes del año, 67% (33 mujeres) al año y el 19% (9 mujeres) antes de los 2 años.

Se encuentran en seguimiento, el 14% (4 mujeres) no había cumplido un año al momento del estudio, el 61% (17 mujeres) tenían un año y 25% (7 mujeres) menos de 2 años. (Gráfico 17 y 18)

Al analizar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento se observó que mujeres jóvenes se adhirieron en mayor frecuencia al tratamiento y seguimiento que las mayores de 35 años. EL OR de mujeres mayor de 35 años para no adherencia al tratamiento fue 3.75 (IC95%: 1.60-8.81, p: 0.001). (Gráfico 19)

Las muj-erescasadas se adhirieron mejor al tratamiento que las solteras. El porcentaje con adherencia al tratamiento fue de 52%. Al comparar la adherencia de ambos grupos se observó un OR de 2.07, con un IC95%; 0.55.-7.73; p:0 .25). (Gráfico 3)

Mujeres con baja o ninguna escolaridad presentaron 4 veces más riesgo de no adherirse al tratamiento (Gráfico 20)

La mayoría de mujeres que no se adhirieron al tratamiento tenían historia tres o más embarazos al momento del estudio (77.5%) a diferencia del grupo de mujeres con adherencia al tratamiento ya que la mayoría habían tenido menos de tres embarazos o ninguno (63%). Al comparar la asociación con la adherencia al tratamiento se observó un OR: 5.95; IC95%: 2.40-14.77; p: 0.001.(Gráfico 21)

El 72% de mujeres refirieron tener el apoyo de su pareja y solo un poco menos de la tercera parte lo negaron (28%). Al comparar esta diferencia con el grupo que no tenía

pareja estable se observó que fue estadísticamente significativa. (OR: 4.09; IC95%: 1.63-10.28; p: 0.001). (Gráfico 22)

El inicio temprano de la actividad sexual o antes de cumplir 18 años presentaron dos veces más riesgo para la no adherirse al tratamiento. Las mujeres con inicio de la vida sexual a partir de los 18 años, presentaron un mayor adherencia al tratamiento (10% vs 25%).(OR: 2.14; IC95%: 0.90-5.17; p: 0.06). (Gráfico 5)

El 31% de las que no se adhiere había tenido su primer hijo antes de los 20 años a diferencia de las que se adhieren 27%. Las mujeres con su primer hijo antes de los 20 años presentaron 4 veces más riesgo de una mala adherencia al tratamiento. (OR: 4.21; IC95%: 1.71-10.35; p: 0.001) (Gráfico 6)

Las mujeres que refirieron no usar el preservativo presentaron tres veces más riesgo de no adherencia al tratamiento (OR: 3.33; IC95%: 1.45-7.69; p: 0.016); El 45% de mujeres uso preservativo y 55% que no usaban preservativo. (Gráfico 7)

El 31% de las mujeres del estudio padecían de diabetes, hipertensión o ambos el 17% pertenecían al grupo de las que no se adhieren y el 14% al grupo que si se adhieren. Las mujeres con enfermedades crónicas presentaron dos veces más riesgo de no adherirse al tratamiento o seguimiento de las lesiones intraepiteliales de cérvix (OR: 2.45; IC95%: 1.02-5.78; p: 0.03). (Gráfico 23)

La obesidad solo se observó en 20%, de ellas 11% no se adhiere y nueve se adhiere. (OR: 2.15; IC95%: 0.85-5.75; p: 0-10). (Gráfico 23)

El mal hábito de fumar solo lo refirieron 13 mujeres, de ellas 9 mujeres no se adhieron al tratamiento, cuatro mujeres que fumaban se adhieron al tratamiento. (Gráfico 23)

Las mujeres que esperaron más de 2 meses para la realización de la biopsia y colposcopia posterior al resultado alterado de la citología presentaron 2 a 3 veces más riesgo de no

adherirse al tratamiento (OR: 2.67; IC95%: 1.15-6.21; p.0.01). en 44% el tiempo de espera para la realización de la colpobiopsia fue menor de 2 meses , sin embargo el 56% se realizó después de 2 meses. (Gráfico 24)

El tiempo de espera entre la toma de biopsia y la lectura del resultado o diagnóstico fue entre 1 a 2 meses en la mayoría de las mujeres (87%), el esperar más de 3 meses presenta dos veces más riesgo para esta práctica inadecuada de no adherirse correctamente, (OR: 2.87, IC95% 1.01-8.21, p: 0.04) (Gráfico 25)

Las mujeres que iniciaron su manejo a los 3 meses o más después del diagnóstico presentaron 2 veces más el riesgo de no adherirse al tratamiento con un OR: 2.36; IC95%: 0.85-6.69; p: 0.08). Al 32% de las mujeres se les garantizó tratamiento de manera inmediata, 39% esperaron de 1 a 2 meses y 29% esperaron más de 3 meses (Gráfico 26)

Entre los factores que se asociaron a las prácticas de tamizaje se observó que el 35% de mujeres nunca se habían realizado citología cervical antes del diagnóstico y el 22% refirieron un tamizaje cada 2 a 3 años. A diferencia del 43% que la citología se la realizaban cada año realizarse la citología con intervalo de más de 3 años hay 4 veces más riesgo de no adherirse al tratamiento. (OR 4.38)(Gráfico 27)

El 24% de mujeres tuvieron una espera para la entrega de su reporte de citología de 1 mes, el 48% de 2 meses y el 28% de 3 a más meses. Las mujeres con espera para la lectura de la citología mayor de 2 meses presentaron 4 veces más riesgo para no adherirse al tratamiento al compararlo con las que esperaron un mes, (OR: 4.38: IC: 1.28-15.06; p: 0.01) (Gráfico 28)

En el 59% de mujeres el resultado de la citología se le entregó en tiempo y forma a diferencia del 41% restante que hubo problemas para la entrega lo que prolongó el tiempo de espera en la paciente, encontrando que en el 15% le tuvieron que repetir la citología porque no le hallaron el resultado, en el 22% la citaron de nuevo y en el 4% le perdieron

reporte. Una entrega inadecuada del resultado aumenta 4 veces el riesgo la mujer no se adhiera al tratamiento (OR: 4.38, IC: 1.20 – 15.06; p:003) (Gráfico 29)

Más de la mitad de las mujeres del estudio tuvieron una espera de 1 a 2 horas para la toma de la citología y el 23% esta se prolongó a más de 2 horas, un porcentaje menor fueron las que refirieron haber esperado menos de una hora, El tiempo de espera prolongado aumente el riesgo que 6 a 7 veces no se adhieran al tratamiento. (OR: 6.65) (Gráfico 30)

Los motivos que refirieron las mujeres que les impedía cumplir el proceso de tamizaje y seguimiento de las lesiones premalignas fueron principalmente el trabajo en la casa en 17%, los hijos pequeños y la poca accesibilidad a la unidad de salud en el 14%, la falta de apoyo de su pareja en el 10%, el temor o miedo en 9%, estar esperando mucho tiempo en el centro de salud (8%), la falta de permiso en el trabajo (7%), el aburrimiento de esperar mucho (6%) y en menor frecuencia el trato que le dan en el hospital o la falta de dinero para llegar a la unidad de salud. (Gráfico 31)

Al preguntarles a las mujeres del estudio si el tiempo que esperaron para el resultado de su citología fue mucho el 18% contestaron que no, el 34% más o menos y el 48% contestó que fue muy tardado. Las mujeres que consideran muy tardada la atención para la entrega de resultados y el manejo, tienen 2 a 3 veces más riesgo de adherirse al tratamiento. (OR: 2.68; IC95%: 1.17-6.12; p: 0.04). (Gráfico 32)

El 24% de mujeres consideraron la unidad de salud como inaccesible, a diferencia del 41% que refirieron lo contrario, el 35% restante refirieron que era más o menos accesible, al considerar la unidad de salud no accesible de 3 a 4 veces es el riesgo que las pacientes no se adhieran. (OR: 3.37 IC95%: 1.13-9.99; p: 0.06) (Gráfico; 34)

En relación a la ubicación del centro donde se realizó el tratamiento el 60% refirieron que el centro donde se realiza el tratamiento es la misma a diferencia del 40% que refirieron que el centro donde se realiza el tratamiento. (OR: 2.85; IC95%; 1.124-6.56: p. 0.001) (Gráfico; 33)

IX. Análisis

En el análisis se observó que de las cien mujeres que conformaron la muestra, el 60% se adhirieron al tratamiento de la lesión intraepitelial de cérvix y el 40% restante no se adhirieron de forma adecuada. Estos hallazgos coincidieron con el estudio de Barrios, Ratamoso y Alvis (2017), que encontraron una tasa de no adherencia del 42.5%. La mayoría de las mujeres del estudio (56%), se encontraban en el rango de edad entre 26 a 45 años, lo que coincide con el grupo de edad en que se desarrollan las enfermedades premalignas y coincidiendo también con el grupo de mujeres de menor adherencia (23%) al tratamiento, con su pico máximo en las mayores de 36 años (15%), edad en que la literatura ha señalado como el grupo de mayor riesgo para el desarrollo de lesiones de cérvix de alto grado. (Medina, 2014), en un estudio sobre NIC encontraron el mismo rango de edad de mayor frecuencia en mujeres con NIC. Las mujeres menores de 25 años a pesar de ser el grupo de menor porcentaje fue el grupo junto con las menores de 35 años las que mejor se adhirieron al tratamiento y seguimiento de las lesiones premalignas de cérvix (17% y 20% respectivamente). Una de las recomendaciones (FECASOG, 2016) es iniciar el tamizaje después de los 24 años, en el estudio también se observó que las mujeres mayores de 46 años a pesar que es el grupo de riesgo y con una frecuencia de 14% también fue el que tuvo la menor adherencia en el estudio. (Gráfica 1 y 2)

La mitad de las mujeres del estudio (49%), refirieron ser casadas hallazgo relevante por el tipo de población analizada, observando que el mayor porcentaje de mujeres que se adhirieron al tratamiento eran casadas (31%) y la mayor parte de mujeres sin adherencia al tratamiento eran solteras. Al analizar su asociación con la adherencia al tratamiento se observó que las solteras tienen dos veces más riesgo que las casadas a no completar el tratamiento o seguimiento de las lesiones premalignas, aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa, un alto porcentaje de la población vive en unión libre. (OR: 2.07; IC95%: 0.56-7.75; p: 0.55). (Gráfico 3)

La mayoría de mujeres (63%), apenas habían llegado a la primaria o no habían ido a la escuela (44% y 19% respectivamente), lo que también se asoció con el grado de adherencia

al tratamiento, el 37% restante además de haber cursado la secundaria o eran bachilleres (27% y 10% respectivamente), también tuvieron una mejor adherencia al tratamiento y seguimiento. Numerosos estudios han asociado el bajo nivel de escolaridad con problemas de salud debido a la menor oportunidad que tienen este grupo de mujeres de alcanzar el suficiente conocimiento sobre la importancia del autocuidado y las conductas saludables principalmente en los aspectos sexual y reproductivo. (Cifuentes, 2014) señaló que mujeres con bajo nivel de escolaridad acuden hasta 2,5 veces menos a las unidades de salud para realizarse la citología y acudir a los programas de seguimiento y prevención de cáncer de cérvix. (Gráfico: 4)

En relación a la conducta sexual de las mujeres del estudio, la mayoría iniciaron su vida sexual a edades tempranas o antes de los 18 años (65%). Esta conducta constituye un factor de riesgo para adquirir la infección por el virus del papiloma humano y para el desarrollo de las lesiones intraepiteliales de cérvix, esta conducta sexual fue relevante en las mujeres que no tuvieron una adherencia adecuada al tratamiento de estas lesiones premalignas hallazgo que coincidió con el estudio de (Barrios, 2017).

La OMS describe la adherencia como una práctica relacionada e influenciada por otras conductas de autocuidado o de riesgo. Así mismo se observó que mujeres que tuvieron su primer hijo durante la adolescencia, también tuvieron una mala adherencia al tratamiento observando lo contrario en las mujeres con su primer hijo a partir de los 20 años o que no han quedado embarazadas (31% vs 9%), hallazgos que guardan relación con la continuidad de las prácticas de riesgo en este grupo de mujeres y que las conlleva adquirir la infección por VPH en edades tempranas. Entre otra de las prácticas que se analizaron en el estudio fue el uso de preservativo encontrando que ninguna de las mujeres lo usaban de forma rutinaria, las mujeres que refirieron el uso ocasional presentaron mayor adherencia al tratamiento que las que no lo utilizan nunca. Lo que hace ver que las que lo usaban de forma ocasional tienen mejor percepción de algunas conductas de riesgo que las otras mujeres. (Gráficos 5, 6, 7)

El número de embarazos en el grupo de estudio osciló desde las que no tenían embarazos previos hasta las que habían tenido hasta doce embarazos durante su etapa reproductiva, se observó que el rango de mayor frecuencia fueron las que habían tenido más de 3 embarazos, Hay que tomar en cuenta que el mayor número de embarazos y de partos es un factor de riesgo asociado a las lesiones premalignas y malignas de cérvix, el mayor número de embarazos se asoció a la baja adherencia en mujeres con más de 4 embarazos previos y la más alta adherencia en mujeres con historia de 0 a 2 embarazos 38% (Gráfico 8)

Al analizar el diagnóstico de las lesiones tanto por citología como por colposcopia biopsia, se observó que la tercera parte de las mujeres presentaron reporte de ASCUS encontrando porcentajes aceptables a los recomendados para los programas de tamizaje que hablan de un valor 2 a 3 veces inferior a los reportes de lesiones intraepiteliales de cérvix. (González M. , 2013). Las LIEBG fueron la principal causa de citología alterada en el grupo de estudio (53%), aunque se han señalado en algunos consensos la opinión de muchos patólogos en relación a los cambios citológicos e histológicos causados por el VPH quienes afirman que los cambios causados por el virus (San José, 2007) son imposibles de distinguir de la lesión escamosa intraepitelial bajo grado (LEIBG) por lo que ambas son encerradas en la clasificación de Bethesda como lesiones de bajo grado. (San José, 2007). La atipia tipo ASC-H se presentó en un 5% aunque según expertos, este tipo de hallazgos deber ser menor del 3%, el porcentaje de las LIEAG en el estudio fue bajo (8%). Al relacionar la citología con los hallazgos histológicos se observó que la mayoría de las ASCUS fueron reportadas en la biopsia como lesión de bajo grado por VPH, aunque se reportó un caso de LEIAG. Las que presentaron LIEBG en la citología también coincidió con el hallazgo. Así mismo se observó que el reporte por colposcopia fue mayor para el diagnóstico de VPH y no para algunos casos de LEIBG y LEIAG tal como lo señala la Sociedad Americana de Colposcopia y Patología Cervical (ASSPC), por esta razón consideran que la biopsia aumenta la detección de LEIAG más que la colposcopia sola. (Gráfico 9, 10 y 11)

En relación a las mujeres que se les realizó colposcopia y biopsia se observó que este procedimiento se realizó en la mayoría de las mujeres con lesiones de cérvix independiente de la edad, aunque también se observó que en las mujeres de mayor riesgo como son las

mayores de 36 años este procedimiento se efectuó en menor frecuencia que las realizadas a las de menor edad, en los casos de crioterapia el que coincidió con los casos de colposcopia alterada por LEIBG, siendo en estos casos el manejo de elección como en algunos casos de LEIAG, según señalan las diferentes guías de manejo. (FECASOG, 2016) (OPS-OMS, 2013)(Gráfico 13, 14)

En el estudio se observó que a la mayoría de mujeres de 20 a 25 años se les realizó biopsia y colposcopia al igual que crioterapia a pesar del diagnóstico de VPH y LEIBG. Según lo recomendado por las guías de manejo de la (FECASOG, 2016), consiste en repetir citología al año del diagnóstico ya sea de ASCUS o LIEBG, realizando la colposcopia hasta después del año, en estas pacientes la biopsia y la colposcopia al igual que crioterapia se realizaron antes del año de seguimiento. Este tipo de manejo la mayoría de las veces resulta innecesario ya que se ha demostrado que la infección por VPH al igual que las LIEBG en mujeres jóvenes remite en un período no mayor de 2 años. (San José, 2007), (SEGO, 2014). (Calderón, 2019) en su revisión, menciona las últimas recomendaciones de la Sociedad de Ginecología las cuales fueron la mayoría ratificadas a excepción de algunos cambios entre los que figura el manejo menos invasivo en especial para lesiones menores y en los reportes de ASCUS en mujeres menores de 25 años. (Calderón, 2019). Los casos que no se les realizó biopsia fueron los tres casos en que la citología reportó ASCUS, lo que concuerda con las recomendaciones de la FECASOG y SEGO. (Gráfico 11, 12, 13, 14)

Las mujeres mayores de 45 años presentaron el mayor número de ASCUS (52%) lo que guarda relación con el grado de atrofia que presentan las mujeres en esa edad y es causa de este tipo de atipia por lo que recomiendan en las guías de manejo repetir citología y dependiendo del reporte realizar colposcopia, biopsia y posteriormente realizar crioterapia o como biopsia. En cerca de la mitad de estas mujeres (48%) se repitió la citología observando que en este grupo de riesgo al igual que las mayores de 35 años se presentaron los casos de LIEAG en la citología en la biopsia lo que coinciden con los hallazgos de estas lesiones en relación a la edad. La crioterapia se realizó con menor frecuencia que en las más jóvenes, aunque los pocos casos de conización y reconización se realizaron en su mayoría a mujeres mayores de 35 años. (Gráfico 11,12, 13, 14)

El principal manejo de las mujeres de estudio fue la colposcopia asociado a biopsia en la mayoría de los casos y la crioterapia posterior al resultado. Un pequeño porcentaje que también guardó relación con los casos de LEIAG, tuvieron como manejo la conización, en siete casos, reconización en dos casos y uno de histerectomía por persistencia de la lesión (LEIAG+). Ocurriendo en su mayoría en mayores de 35 años, edad en que la mujer tiene mayor riesgo de reactivación o persistencia de la lesión. (FECASOG, 2016) (Epidemiología, 2006) (Gráfico 14)

Al analizar la forma de seguimiento de estas mujeres se observó que la mayoría se les realizó citología a los 6 meses, conducta que no varió en los diferentes rangos de edad, la citología anual se realizó en la tercera parte de la población de estudio a excepción del grupo de mujeres mayores de 45 años ya que el porcentaje fue mayor. Las guías de manejo recomiendan en la mayoría de los casos a excepción de las lesiones de alto grado, aunque en mujeres de riesgo no es contraindicación realizar el tamizaje cada 6 meses en el primer año de seguimiento, no así en mujeres jóvenes ya que la citología anual es lo más recomendable lo que reduciría costos y se utilizaría el tiempo y los recursos para el tamizaje y seguimiento de mujeres mayores de 35 años. (Gráfico 15)

Durante el seguimiento de las mujeres del estudio se observó que la mitad de ellas fueron dadas de alta posterior a una o dos citologías negativas, el 23% abandonaron antes de finalizar el tratamiento o el seguimiento y el 28% continuaban en este proceso al momento del estudio. En este grupo se observó que el 10% no se adhirió al tratamiento a diferencia del 18% restante ya que han cumplido sus citas y las citologías de forma adecuada. Estos hallazgos coinciden con el estudio de Barrios y col. (2017) reportando porcentajes de seguimiento adecuado de 17% (Gráfico 16). El grupo de mujeres que abandonaron durante su seguimiento en su mayoría no se habían adherido al tratamiento. Las mujeres que no se adhieren a los tratamientos tienen 5 veces más riesgo de abandonar al compararlo con las mujeres que se adhieren correctamente (OR: 5.05; IC95% 1.84-13.87; p: 0.001) La mayoría de mujeres que abandonaron durante el proceso de seguimiento de las lesiones intraepiteliales de cérvix lo hicieron al año o antes (78%) esto

refleja la desmotivación y el poco conocimiento sobre la importancia del seguimiento y el cuidado de su salud. (Gráfico 15)

La mayoría de mujeres que fueron dadas de alta lo hicieron al año y un menor porcentaje antes del año (52% y 26% respectivamente) lo que quiere decir que en muchas de ellas no abarcó el tiempo suficiente para cumplir al menos con dos citologías de control las cuales deben de estar negativas por tanto no cumple lo recomendado en las guías para el manejo de estas lesiones y su seguimiento al considerar que la mayoría de las lesiones de bajo grado remiten a los 18 meses de iniciada la lesión por lo que es importante que estas mujeres se realicen al menos una citología al año de su citología de control y detectar las lesiones persistentes para su manejo oportuno. La mayoría de las mujeres en seguimiento tienen más de un año en el programa de tamizaje y prevención y la cuarta parte han cumplido dos años en este grupo se encuentran mujeres que no han tenido buena respuesta al tratamiento o no se han adherido de forma correcta al no acudir a sus citas para control de las citologías o colposcopías. (Gráfico 16, 17 y 18)

Al analizar los factores que influyeron en la adherencia al tratamiento se observó que mujeres mayores de 45 años se adhirieron de forma inadecuada en mayor frecuencia que las más jóvenes con un OR de 3.75 (IC95%: 1.60-8.81, p: 0.001). Al considerar que las mujeres mayores de 35 años son las que tienen mayor riesgo de desarrollar lesiones intraepiteliales de alto grado por lo que deben de ser más rigurosas en cuanto al seguimiento de estas lesiones ya que el riesgo de lesiones persistentes es mayor en esa edad.

La baja o nula escolaridad se asoció hasta ochoveces al riesgo de no adherencia al tratamiento al comparar ambos grupos con una diferencia estadísticamente significativa (OR:8; IC95%: 2.76-22.23; p0.001) ya que la mayoría de mujeres con nivel escolar bajo se encontraban en el grupo sin adherencia y más de la mitad de mujeres con moderada escolaridad conformaban el grupo control (87.5% y 53% respectivamente). En este estudio se refleja la importancia que tiene el nivel escolar en las mujeres para tener la capacidad de tomar decisiones en pro de mejorar su salud observando que mujeres con nivel bajo (solo

primaria) tienen menor capacidad conductual para adherirse a los programas de tamizaje y seguimiento no cumpliendo de forma adecuada las recomendaciones médicas o los tratamientos, hallazgos que coincidieron con el estudio de (Barrios, 2017)(Gráfico 20)

Las casadas se adhirieron mejor al tratamiento que las solteras. El porcentaje de casadas con adherencia al tratamiento fue de 52% (31 mujeres) a diferencia de las solteras que solo fue el 8% (5 mujeres), las casadas que no se adhirieron al tratamiento fue del 45% (18 casos), a diferencia de las solteras que fue 15% (6 casos). Al comparar la adherencia de ambos grupos se observó una asociación estadísticamente significativa con un OR de 2.07, con un IC95%; 0.55.-7.73; p: 0 .25). Esta situación puede tener su explicación en el hecho que algunas de ellas se sienten acompañadas y apoyadas por su pareja en la toma de decisiones lo que es un beneficio cuando esas decisiones contribuyen a mejorar la salud de la mujer, lo que no sucede en las solteras y en las de unión libre no todas las mujeres refirieron tener pareja estable por esa razón una parte de ellas no tuvieron la adherencia esperada. (Gráfico 3)

Otro factor importante es el apoyo de la pareja ya que la mayoría de mujeres que refirieron tener pareja estable se adhirieron al tratamiento observando lo contrario en las mujeres que lo negaron en ese grupo se incluyó también a las solteras. La diferencia en la respuesta fue estadísticamente significativa. (OR: 4.69; IC95%: 1.63; p: 0.004)

El número de embarazos previos fue un factor que influyó en el grado de adherencia de las mujeres ya que las que refirieron haber tenido tres o más embarazos tuvieron una mala adherencia al tratamiento con un OR: 5.95; IC95%: 2.40-14.77; p: 0.001. Este hallazgo tiene dos explicaciones, la primera es consecuencia de la carga de trabajo que conlleva el número de hijos y la segunda es debido a que esta conducta forma parte de las conductas sexuales de riesgo como es la falta de protección anticonceptiva que tienen muchas mujeres. Las conductas sexuales de riesgo como es el inicio temprano de la vida sexual, el primer parto en la adolescencia o la falta del uso del condón, se asociaron de forma significativa a la pobre adherencia al tratamiento. Observando que el riesgo de una mala adherencia fue mayor en el grupo de mujeres con inicio de la vida sexual antes de los 18 años, en las que

tuvieron su primer hijo antes de los 20 años o no las que nunca habían usado el preservativo.(OR: 2.14; IC95%: 0.90-5.17; p: 0.06). (Gráfico 21)

Las mujeres con enfermedades como diabetes e hipertensión, la obesidad, el hábito de fumar fueron factores que se relacionaron a una mala adherencia al tratamiento, factores que también se asocian a conductas de riesgo que la conllevaron a desarrollar estas enfermedades, y que influyen de forma negativa en las prácticas de adherencia a tratamientos y a otras prácticas de autocuidado. El riesgo de las mujeres con enfermedades crónicas y la obesidad para una mala adherencia al tratamiento fue de dos veces más al compararlo con mujeres sin estas morbilidades (OR: 2.45; IC95%: 1.02-5.78; p: 0.03) (OR: 2.45; IC95%: 1.02-5.78; p: 0.03) respectivamente. Bien define Ramos (2015) la adherencia como un “proceso complejo multifactorial” las que pueden estar relacionadas entre sí. El hecho que una diabética no cumpla con las recomendaciones o una obesa no mejore su dieta o no tenga una rutina de ejercicios también puede relacionarse con una adherencia deficiente para el tratamiento tanto de su enfermedad como de cualquier otra. (Gráfico 22)

El tiempo de espera para la realización de la colposcopia biopsia a partir del reporte de citología fue mayor de dos meses en más de la mitad de las pacientes (56%), observando que la mayoría de mujeres con ese tiempo de espera no se adhirieron al tratamiento (70%) y la mayoría de mujeres con menor tiempo de espera (53%) se habían adherido al tratamiento obteniendo una diferencia estadísticamente significativa al comparar el tiempo de espera de ambos grupos (OR: 2.67; IC95%: 1.15-6.21; p: 0.001). Estos resultados dejan claro la asociación entre el largo tiempo de espera por los que pasan las mujeres y el riesgo de una pobre adherencia y abandono durante el seguimiento. (Gráfico 23)

El tiempo de espera después de la toma de biopsia para su lectura fue entre 1 a 2 meses en la mayoría de las mujeres (87%), lo mismo ocurrió en mujeres que no se adhirieron al tratamiento (80.5%). A pesar que solo el 13% de mujeres esperaron 3 o más meses, la mayoría de las mujeres con ese tiempo de espera se adhirieron mal al tratamiento (19.5% vs 7.5) observando en estas mujeres 2 veces más riesgo para no adherirse al tratamiento (OR: 2.87, IC95% 1.01-8.21, p: 0.04). El tiempo que esperaron las mujeres para el inicio del

tratamiento a partir del diagnóstico varió desde el manejo inmediato hasta más de 3 meses siendo uno a dos meses el tiempo que esperaron la mayoría de las pacientes (39%), aunque la tercera parte de ellas esperaron menos de un mes lo que se considera un período apropiado para iniciar el tratamiento, ya que se ha demostrado que esta espera y el solo hecho que le van a realizar procedimientos para algunas de ellas desconocidos les crea en su interior sentimientos de temor, angustia, miedo lo que a veces no les permite llevar un buen seguimiento de su tratamiento. (OPS-OMS, 2013) (Barrios, 2017). En el estudio el 29% de mujeres tuvieron un tiempo de espera mayor de tres meses, encontrando en este grupo el mayor porcentaje de mujeres que no se adhirieron al tratamiento (37.5% vs 23%) observando que las mujeres que tuvieron un tiempo de espera mayor de 3 meses presentaron dos veces más riesgo de no adherirse al tratamiento al compararlas con el grupo de mujeres con adherencia adecuada, aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa. (OR: 2.36, IC95%: 0.85-6.69, p. 0.021) (gráfico 24 y 25)

La tercera parte de mujeres del estudio tenían historia de realizarse la citología cada 2 años o menos (33%), aunque también un poco más de la tercera parte de las mujeres no se habían realizado citología previa al diagnóstico (35%), el resto de las mujeres tenían última citología entre 3 a más años, observando también que las mujeres con tamizaje de 1 a 2 se adhirieron mejor al tratamiento que las que tenían más tiempo de su última citología (50% vs 15%) lo que habla de mujeres con mejores prácticas para su salud lo que influyen de forma positiva a las prácticas de adherencia al tratamiento observando que mujeres que se realizaban la citología cada año o dos años tuvieron mejor adherencia al tratamiento que las mujeres con citologías realizadas cada tres años o más con una diferencia estadísticamente significativa. (OR: 4.38: IC: 1.28-15.06; p: 0.01). La práctica de tamizaje es una es una forma de autocuidado que no todas las mujeres la cumplen y que está relacionada a muchos factores como es la disciplina para cumplir los tratamientos, el interés por cuidar su salud, el conocimiento de la enfermedad y su prevención. (Ortega , López, & Álvarez, 2014) (Gráfico 26)

Las mujeres del estudio tuvieron un inconveniente importante que influye de manera negativa en las prácticas de tamizaje como es el tiempo de espera entre la toma de la

citología y la entrega del resultado observando que cerca de la mitad de ellas (48%) tuvieron una espera de 2 a 3 meses y un porcentaje también considerable esperaron más de 3 meses (28%), a diferencia de las que recibieron su citología al mes o un poco más. Este factor fue determinante en la adherencia al tratamiento principalmente cuando la entrega se prolongará a más de tres meses ya que también tuvo que ver con la pérdida de la muestra o del reporte, de la repetición de la citología, y del abandono de la paciente. Las mujeres con espera larga presentaron 4 veces más riesgo de mala adherencia al tratamiento que las mujeres con entrega de citología al mes. (OR: 4.38; IC95%: 1.20-15.06, p: 0.03) (Gráfico 27)

La mayoría de mujeres del estudio (59%), refirieron que recibieron el reporte de la citología en tiempo y forma. A diferencia del resto de mujeres ya que el mayor porcentaje de este grupo refirió que cuando llegaron al centro no estaba el resultado y tuvieron que darle cita nuevamente lo que prolongó la espera, al 15% tuvieron que repetirle la prueba y a un menor porcentaje (4%) le perdieron reporte. Esta problemática influyó para que parte de este grupo de mujeres no estuvieran conformes e incumplieran o abandonaran el programa de tamizaje. Encontrando en este grupo el mayor número de mujeres sin adherencia al tratamiento (60%) así también se observó que la mayoría de mujeres que recibieron su reporte de citología en buen momento, presentaron buena adherencia al tratamiento (72% vs 40%). Al analizar estos factores y la adherencia al tratamiento se observó una asociación estadísticamente significativa. (OR: 3.79; IC95%: 1.63-8.64; p: 0.007). (Gráfico 28)

Algunas de las mujeres tuvieron que esperar más tiempo que otras para la toma de la prueba de Papanicolaou lo que probablemente les produjo molestia. Cuando se les preguntó cuánto más o menos había esperado para que la atendieran, el 43% de las mujeres con mala adherencia fueron las que mayormente contestaron que más de 2 horas a diferencia de las que se adhirieron bien ya que este porcentaje fue menor (11%), diferencia que fue estadísticamente significativa en ambos grupos (OR: 6.65; IC95%: 2.33-19; p: 0.001). Estos hallazgos reflejan cómo influye una mala experiencia en la atención durante el proceso de tamizaje en la adherencia al tratamiento y si esta experiencia se repite como ocurrió en algunas de las mujeres el riesgo al abandono es alto como se observó en el estudio, el 70%

de las mujeres que abandonaron también tuvieron mala adherencia al tratamiento. Aranguren (2017) en su revisión mencionó el retraso que existe para la entrega de los resultados, la espera prolongada de las mujeres para la entrega de los resultados como factores negativos en la adherencia a los tratamientos, factores que se asemejan a lo encontrado en el estudio. (Gráfico 29)

Al preguntarles a las mujeres del estudio que era lo que le impedía realizar prácticas de tamizaje o seguimiento ellas respondieron principalmente el trabajo en casa o los hijos, la distancia de la unidad de salud, la pareja con la que convive, el tiempo que pierde en la unidad de salud, o cuando no le dan permiso en el trabajo, el miedo fue otra respuesta de las mujeres, un menor porcentaje respondieron el trato que le dan en la unidad de salud o porque no tiene dinero para el transporte e 11% refirieron no tener problemas para acudir a sus citas. Muchos son los factores que influyen en la adherencia terapéutica como los describe (Pisano y González 2014) lo que se demuestra en el estudio.(Gráfico 30)

Al preguntarles a las mujeres del estudio si el tiempo que esperaron para el resultado de su citología fue mucho el 18% contestaron que no, el 34% más o menos y el 48% contestó que fue muy tardado. En el grupo que se adhirió al tratamiento, el 23% (14 mujeres) contestaron que no se tardaron en entregarles el resultado y en su tratamiento, a diferencia en el grupo de los casos que este porcentaje fue del 10% (4 mujeres). El 27.5% (11 mujeres) pertenecían al grupo de los casos a diferencia del grupo control que el porcentaje fue 38% (23 mujeres). La mayoría de mujeres que contestaron que el resultado y el tratamiento fueron muy tardados (62.5%) se encontraban en el grupo de los casos, en el grupo control este porcentaje fue 38% (23 mujeres) menos se encontraban en el grupo. Las mujeres que consideran muy tardada la atención para la entrega de resultados y el manejo, tienen 2 a 3 veces más riesgo de adherirse al tratamiento. (OR: 2.68; IC95%: 1.17-6.12; p: 0.04). (Gráfico 31)

La accesibilidad para la atención en las unidades de salud se ha señalado en muchos estudios como un factor determinante en la adherencia al tratamiento y el seguimiento, como lo describen Ramos (2015) y Aranguren (2017). El 40% de mujeres del estudio

tenían que movilizarse a otra unidad de salud para recibir su tratamiento y el 21% refirieron mucha dificultad para acudir al centro de atención, lo que se significó un obstáculo para la adherencia al tratamiento observando que el mayor porcentaje de mujeres sin adherencia al mismo presentaron ambas situaciones (55% y 32.5%) sucediendo lo contrario en el grupo que se adhirió bien al tratamiento ya que en este grupo se encontraban las mujeres que recibieron el tratamiento en la misma unidad y las que no tenían dificultad para acudir a la unidad de salud (70% y 48% respectivamente). Al comparar el grado de asociación con la adherencia al tratamiento en ambos grupos se observó una diferencia estadísticamente significativa. (OR: 2.85; IC95%: 1.24-6.56; p: 0.04 y OR: 3.37; IC95%: 1.13-9.99; p: 0.006 respectivamente)(Gráfico 32, 33).

Para la realización del presente estudio se encontró que el SIVIPCAN solamente se registran las pruebas de tamizaje alteradas, es decir los resultados de Papanicolaou de control no se completa la información de seguimiento a cada mujer, pa completar la información del estudio se completó con el expediente clínico y datos que lleva el municipio en tabla de EXCELL donde es evidente que no se lleva un control nominal de cada mujer ya que al pasar de un año calendario a otro se discontinua y en ocasiones se registra dos veces la misma mujer.

De igual manera se encontró que el SIVIPCAN no permite obtener datos agupados de las mujeres con lesiones en el municipio, si no que genera registro e información individual por cada paciente.

X. Conclusiones

Entre las principales características sociodemográficas y Gineco-obstétricas de las mujeres del estudio, se observó que la mayoría se encontraban en el rango de 26 a 45 años, con un nivel escolar menor de sexto grado del 63%, casadas, y con historia de más de tres embarazos, inicio temprano de vida sexual y su primer parto en la adolescencia.

Las lesiones intraepiteliales de bajo grado incluyendo ASCUS fueron las alteraciones citológicas que se presentaron con 87% en el grupo de estudio, siendo la crioterapia la conducta tomada en el manejo de las mujeres independiente de la edad, a excepción de las mujeres mayores de 45 años con diagnóstico de ASCUS cuya primera conducta tomada fue la repetición de la citología.

La adherencia terapéutica es un fenómeno multifactorial siendo los factores que más influyeron a una pobre adherencia la edad mayor de 35 años, la baja escolaridad, las conductas sexuales de riesgo como el inicio temprano de la vida sexual, la edad del primer parto en la adolescencia, el no uso del preservativo, la obesidad, el tiempo de espera prolongado para la entrega de la biopsia y el inicio de tratamiento, el abandono y la inaccesibilidad a las unidades de salud fueron los factores que influyeron de forma significativa a una pobre adherencia al tratamiento.

La falta de citología previa o mayor de 3 años, los problemas para la entrega de la citología como la pérdida del resultado o la repetición de la toma de la muestra, el período prolongado en el proceso de entrega y lectura, la inaccesibilidad a la unidad de salud, sentimientos como miedo, la carga de trabajo en el hogar, o laboral, los hijos pequeños, la pérdida de tiempo en la unidad de salud fueron factores asociados al proceso de tamizaje inadecuado en las mujeres del estudio.

XI. Recomendaciones

Fortalecer los programas de tamizaje que permita una mejor cobertura de mujeres de alto riesgo y la detección oportuna de las lesiones premalignas de cérvix.

Elaborar actividades de capacitación continua para el personal de salud que labora en los programas de tamizaje con temas sobre detección, manejo, seguimiento y adherencia terapéutica de las lesiones escamosas intraepiteliales.

Garantizar una mejor organización en todo el proceso de tamizaje desde la toma de la muestra, pasando por la lectura citológica e histológica hasta que es recibida y entregada a la mujer quien es informada sobre su problema por personal de salud competente.

Cumplir con las recomendaciones emitidas por expertos sobre el manejo de las lesiones premalignas al momento de decidir la conducta en cada paciente así mismo considerar en cada una su riesgo para el incumplimiento del mismo.

Hacer conciencia en cada visita de seguimiento sobre su importancia como parte del manejo y control de las lesiones premalignas y prevención del cáncer de cérvix y elaborar estrategias en conjunto con el personal de salud y familiares para lograr una mejor adherencia terapéutica y reducir las tasas de abandono.

Fortalecer los sistemas de registro de información de las mujeres que acuden a los programas de tamizaje llevando un control cronológico que permita un mejor seguimiento de las mujeres tanto las que abandonan como las que se encuentran activas en el programa.

XII. Referencia bibliográfica

- Alonso, M. (2014). *Revista Cubana de la salud Publica*. Obtenido de Revista Cubana de la salud Publica: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_serial&pid=0864-3466&lng=es&nrm=iso
- Aranguren , L., Burbano, J., González, J., & Mojica, A. (2017). Barreras para la prevención y detección temprana de cáncer de cuello uterino. *Investigación de Emfermería. UNiversidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia*, 19(2): 129-143.
- Barrios, R. á. (2017). Adherencia al seguimiento y evolución de la lesión en mujeres con NIC1. Instituto Nacional de Cancerología. *Revista Colombiana de Cancerología*, 21(1): 19-25.
- Benitez, A. (2013). Determinantes sociales del cáncer de cérvix. *Salud Pública*, DOI: 1013140rg2119949924.
- Calderón, D. (2019). Diagnóstico y tratamiento de las lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado. *Rev Med Cambios. La ética en la investigación; Quito, Ecuador*, 18(1): 76-84.
- Callejas, D. M. (2016). EVOLUCIÓN Y SEGUIMIENTO POSTRATAMIENTO DE MUJERES CON ENFERMEDADES PREMALIGNAS DE CÉRVIX. 4-6.
- Castro, W., Gage, J., Gaffikin, L., & Ferreccio, C. (2013). *Prevención del cáncer cervicouterino*. Obtenido de http://screening.iarc.fr/doc/RH_cryo_white_paper_sp.pdf
- Cifuentes, M. (2014). Factores asociados al hallazgo de lesiones neoplásicas detectadas em citología vaginal. UN estudio de casos y controles. *Revista de Obatetricia y Ginecolgia*, 32(1): 63-71.
- Epidemiología, S. d. (2006). *Virus del Papiloma Humano y cáncer: epidemiología y prevención*. Catalá, España: EMISA.
- FECASOG. (2016). Guía de práctica clínica para el manejo de lesiones premalignas del cuello de útero. En FECASOG, *Guía de práctica clínica para el manejo de lesiones premalignas del cuello de útero* (pág. 66). San José, Costa Rica: IHCAI Foundation.
- González, A., & Pisano, M. (2014). La modificación de los hábitos y la adherencia terapéutica, clave para el control de la enfermedad crónica. *Enfermería Clínica*, 24(1): 59-66.
- González, J. V. (2016). INTERvenciones para la mejora de la adherencia al tratamiento en pacientes pluripatológicos: resumen de revisiones sistemáticas. *Atención Primaria; Sevilla, España*, 48(2): 121-130.
- González, M. (2013). Patología cervical y el reporte de ASCUS en la citología. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, Vol. 54; Nº: 3.

- Lía Barrios, d. E. (2017). Adherencia al seguimiento y evolución de la lesión. *revista colombiana de cancerología* , 2-4.
- Medina, E. O. (2014). Neoplasia intraepitelial cervical, análisis de las características clínico patológicas. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 13(1): 12-25.
- MINSA. (2010). *NORMA TÉCNICA DE PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y ATENCIÓN DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO*. MANAGUA: MINSA.
- Oncología, S. M. (2014). Epidemiología del cáncer de cérvix. *Gaceta Mexicana de Oncología; ELSEVIER*, 13(4): 4-17.
- Oncología, S. M. (2014). Métodos de detección oportuna del cáncer cervicouterino. *Gaceta Mexicana de Oncología: ELSEVIER*, 13(4): 48-52.
- OPS/OMS, D. d. (2014). *Tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer cervicouterino*. Obtenido de Tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer cervicouterino: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/105132/9789275318331_spa.pdf;jsessionid=532430973AC1DDEE9E76A11DDFD0BDA7?sequence=1
- OPS-OMS. (2013). *Directrices de la POS/OMS sobre tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer cervicouterino*. Washinton, USA: PMS.
- Ortega , j., Sánchez, D., & Rodríguez, O. (2018). Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta médica grupo Angeles. UNiveersity of Washinton*, Vol 16; Nº 3 (226-232).
- Ortega , M., López, S., & Álvarez, M. (2014). *La adherencia al tratamiento; Ciencias Psicosociales*. Universidad de Cantabria;: open course ware.
- Paulino, M. S. (2013). Determinantes sociales del abandono del diagnóstico y el tratamiento de mujeres con Papanicolaou anormal en Buenos Aires, Argentina. *Rev Panam Salud Pública*, 34(6):436.445.
- Picado, I. G., Ortiz Ruiz, M. M., & Zamora Carrón, J. I. Adherencia al programa de detección temprana y seguimiento de lesiones premalignas y cacu en mayores de 20 años, atendida en el departamento de gineco oncología del HEODRA 2017. *Tesis para optar al título de doctor en medicina general*. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, 2017, León, Nicaragua.
- Picado, I. G., Ortiz Ruiz, M. M., & Zamora, C. J. (2017). Obtenido de <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/handle/123456789/6869>
- Ramos, L. (2015). La adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Angiología cirugía vascular*, 16(2): 175-189.

Ruano, Y. (2012). Virus del papiloma humano y otros factores determinantes en el seguimiento postconización de las lesiones intraepiteliales de alto grado. Universidad de Oviedo.

San José, S. F. (2007). *Epidemiología de la infección por el virus del papiloma humano*. Catalá, España: SEMERGÉN.

SEGO. (2014). Guías d Práctica clínica del cáncer de cérvix. *Revista OncoGuía*, Vol: 9.

XIII. Anexos

Tabla 1: Características sociodemográficas y Gineco-obstétricas de mujeres con LEI

Variables sociodemográficas	Sin adherencia	Con adherencia	Total
	Frec y %	Frec y %	Frec y %
Edad			
20 a 25 años	3	17	20
26 a 35	8	20	28
36 a 45	15	12	27
46 a 55	5	4	9
56 a 65	9	7	16
Total	40	60	100
Nivel escolar			
Ninguna	10	9	19
Primaria	25	19	44
Secundaria	3	24	27
Bachiller	2	8	10
Total	40	60	100
Estado civil			
Soltera	6	5	11
Casada	18	31	49
Unión libre	16	24	40
Total	40	60	100
Sexuales Reproductivas			
IVSA			
<18 años	30	35	65
18 o más años	10	25	35
Total	40	60	100
Primer parto			
<20 años	31	27	58
20 años o más	9	33	42
Total	40	60	100
Usopreservativo			
Nunca	25	20	45
Ocasional	15	40	55
Total	40	50	100
Nº embarazos			
Ningún embarazo	1	7	8
1 a 2	8	31	39
3 a 4	13	12	25
5 a más	18	10	28
Total	40	60	100

Fuente: Ficha de recolección de datos, expedientes clínicos, sistema de registro

Tabla 2: Reporte de citología, biopsia y por colposcopia en mujeres con lesión escamosa intraepitelial

Variables	Citología	Biopsia	Colposcopia
ASCUS	34	-	-
VPH	18	-	48
LIEBG	35	21	32
ASC-H	5	-	-
LIEAG	8	5	6
Cervicitis o sin Biopsia	-	14	14
Condiloma plano	-	60	-
Total	100	100	100

Tabla 3: Reporte de Citologías y biopsias en mujeres con LEI

% Resultados de Biopsia								
Resultados de citología %		VPH	LEIBG	LEIAG	Cervicitis	Condiloma Plano	Sin Biopsia	Total
	ASCUS	20	6	1	1		6	34
	LIEBG	10		1		20	4	35
	ASC-H		5					5
	LIEAG		4	4				8
	VPH					14	4	18
	Total	30	15	6	1	34	14	100

Tabla 4: Rango de edad y reporte de citología y biopsia

Reporte Citológico	ASCUS		LIEBG		LIEAG		total
	Frec	porcentaje	Frec	porcentaje	Frec	porcentaje	
20 a 25 años	3	15%	16	80%	1	5%	20
26 a 35	9	32%	18	64%	1	4%	28
36 a 45	9	33%	14	52%	4	15%	27
46 a 65	13	52%	5	20%	7	28%	25
Total	34	34%	53	53%	13	13%	100

Resultado Biopsia	LEIBG		LEIAG/LEIAG		Sin biopsia		total
	Frec	porcentaje	Frec	porcentaje	Frec	porcentaje	
20 a 25 años	16	80%	1	5%	3	15%	20
26 a 35 años	27	96%		0%	1	4%	28
36 a 45	20	74%	3	11%	4	15%	27
46 a 65	17	68%	2	8%	6	24%	25
Total	80	80%	6	6%	14	14%	100

Fuente: expedientes clínicos, ficha de recolección de datos, sistema de registros

Tabla 5: Manejo al momento del diagnóstico en mujeres con lesiones intraepiteliales de cérvix

Primer manejo	Colposcopia y biopsia		Repetición de citología		Crioterapia		Total
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	
Rango edad							N°
20 a 25 años	13	65%	3	15%	4	20%	20
26 a 45 años	41	75%	8	15%	6	11%	55
46 a 65 años	10	40%	12	48%	3	12%	25
Total	64	64%	23	23%	13	13%	100
ASCUS	16	47%	14	41%	4	12%	34
LEIBG	25	71%	4	11%	6	17%	35
VPH	15	83%	2	11%	1	6%	18
ASC-H	3	60%	2	40%		0%	5
LEIAG	5	63%	1	13%	2	25%	8
Total	64	64%	23	23%	13	13%	100

Fuente: Ficha de recolección de datos, expedientes clínicos, sistemas de registro

Tabla 6: Rango de edad y manejo posterior al diagnóstico

Tratamiento	Crioterapia		Conización		Reconización	
	Frec	porcentaje	Frec	porcentaje	Frec	porcentaje
Rango de edad						
20 a 25 años	16	80%	1	5%	1	5%
26 a 45 años	45	82%	4	7%	-	-
46 a 65 años	19	76%	2	8%	2	8%
Total	80	80%	7	7%	3	3%

Fuente: Ficha de recolección de datos, expedientes clínicos, sistemas de registro

Tabla 7: Citología de seguimiento post tratamiento de LEI

Edad	6 meses		1 año		Más de 1 año		total
	Frec	porcentaje	Frec	porcentaje	Frec	porcentaje	
20 a 25 años	14	70%	6	30%	0	0%	20
26 a 35 años	17	61%	10	36%	1	4%	28
36 a 45	18	67%	9	33%	0	0%	27
46 a 65	15	60%	8	32%	2	8%	25
Total	64	64%	33	33%	3	3%	100

Fuente: Ficha de recolección de datos, expedientes clínicos, sistemas de registro

Tabla 8: Abandono, alta y seguimiento en mujeres con lesión escamosa intraepitelial asociado a la adherencia al tratamiento

Variables	Sin adherencia		Con adherencia		Total	
	Frec	%	Frec	%	N°	%
Abandono						
Si	16	16%	7	7%	23	23%
Años de seguimiento						
<1 año	4	25%	2	29%	6	26%
Un año	7	44%	5	71%	12	52%
>1 año	5	31%			5	22%
Total	16	100%	7	100%	23	100%
Alta						
Si	14	14%	35	35%	49	49%
Años de seguimiento						
<1 año	1	7%	6	17%	7	14%
1 año	8	57%	25	71%	33	67%
>1 año	5	36%	4	11%	9	18%
Total	14	100%	35	100%	49	100%
Pacientes aun en seguimiento						
Si	10	10%	18	18%	28	28%
Años seguimiento						
<1 año	2	20%	2	11%	4	14%
1 año	6	60%	11	61%	17	61%
>1año	2	20%	5	28%	7	25%
Total	10	100%	18	100%	28	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos, expedientes clínicos, sistemas de registro

Tabla 9: Factores que influyeron en la adherencia del tratamiento en mujeres con lesiones intraepiteliales de cérvix

Factores	Sin Adherencia	Con Adherencia	Total	OR	IC95%	p
	Frec y %	Frec y %				
Edad						
<35 años	11	37	48	3.75	1.60-8.81	0.001
>35 años	29	23	52			
Nivel escolar						
Bajo	35	38	73	8	2.76-22.23	0.001
Moderado	5	32	37			
IVSA						
<18 años	30	35	65	4.21	1.31-10.35	0.001
>18 años	10	25	35			
Primer parto						
<20 años	31	27	58	2.14	0.90-5-17	0.06
20 a más	9	33	42			
Preservativo						
Nunca	25	20	45	3.33	1.45-7.69	0.061
Ocasional	15	40	55			
Gestas						
0 a 2	9	38	47	5.95	2.40-14.67	0.001
3 a más	31	22	53			
Pareja estable						
No	18	10	28	4.09	1.63-10.28	0.001
Si	22	50	72			
Obesidad						
Si	11	9	20	2.15	0.85-5.80	0.1
No	29	51	80			
Diabetes o HTA						
Si	17	14	31	2.43	1.02-5.78	0.03
No	23	46	69			
Fuma						
Si	9	4	13	5.95	2.40-14.67	0.001
No	31	56	87			
Espera para biopsia y colposcopia						
<2 meses	12	32	44	2.67	1.15-6.21	0.01
:2 meses	28	28	56			
Espera para resultado de biopsia						
1 a 2 meeses	32	55	87	2.87	1.00-8.21	0.01
3 a más	8	5	13			
Tratamiento						
Inmediato	10	22	32	2.36	0.85-6.69	0.1
1 a 2 meses	15	24	39			
3 o Más	15	14	29			

Forma de tamizaje						
Cada 1 a 2 año	13	30	43	4.38	1.28-15.06	0.01
3 a más años	13	9	22			
Sin tamizaje	14	21	35			

Fuente: Ficha de recolección de datos, expedientes clínicos, sistemas de registro

Tabla 10: Factores que le impiden a la mujer realizar su tamizaje y seguimiento en mujeres con lesiones intraepiteliales de cérvix

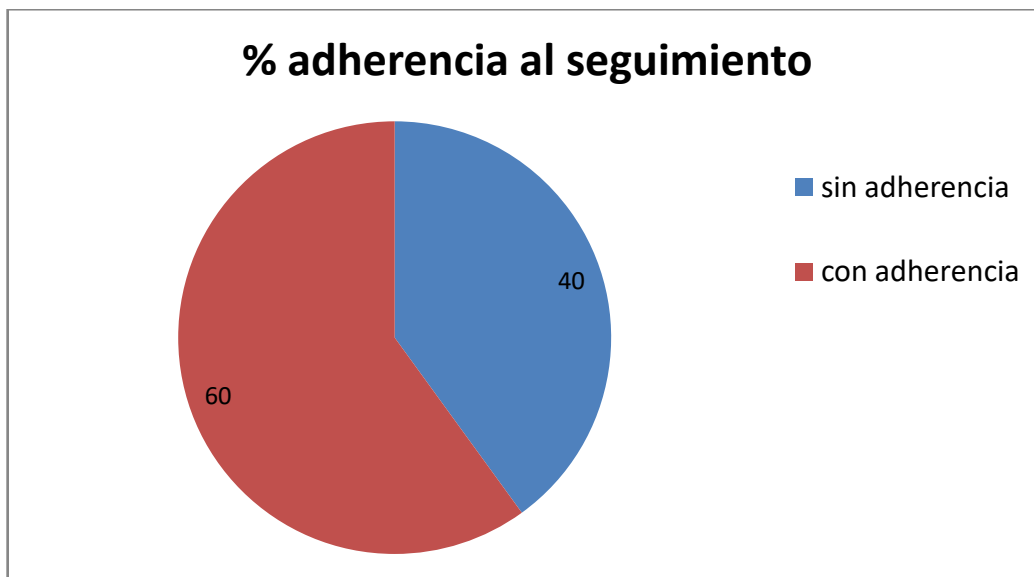
Factores que impiden el tamizaje	Frecuencia y porcentaje
Ninguno	11
Trabajo en casa	17
Los hijos	14
La distancia del centro	14
Su pareja	10
Miedo, temor	9
Mucho se tardan	8
No le dan permiso en el trabajo	7
Se aburre esperando	6
Por falta de dinero	2
Trato en la unidad	2

Fuente: Ficha de recolección de datos, expedientes clínicos, sistemas de registro

Tabla 11: Factores asociados al proceso de tamizaje en mujeres con lesión escamosa intraepitelial y su adherencia al tratamiento

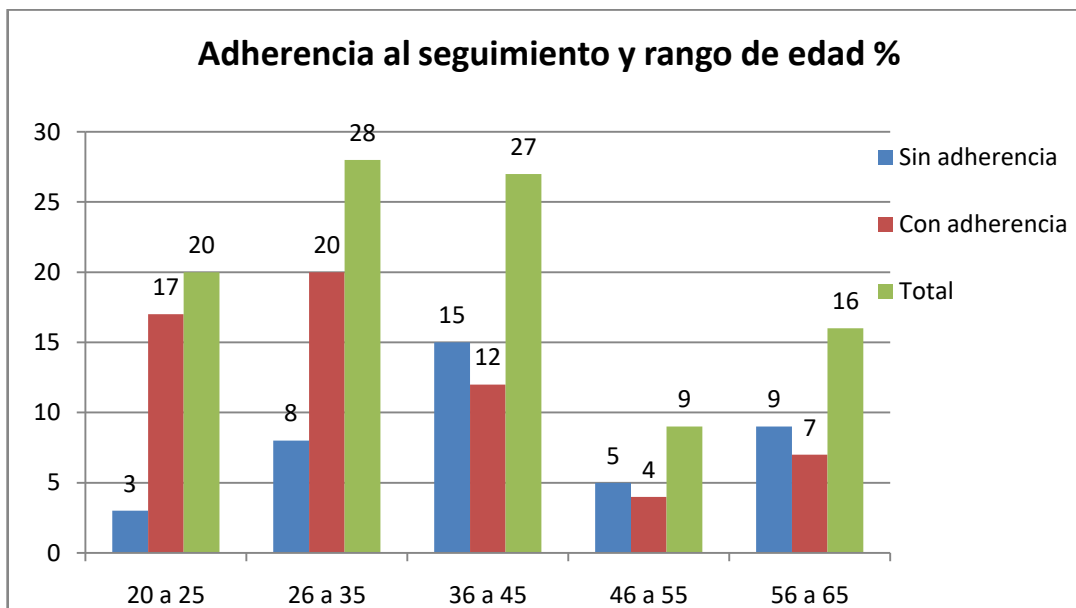
Factores	Sin adherencia	Con adherencia	Total	OR	IC95%	p
	Frec y %	Frec y %	Frec y %			
Espera para reporte de citología						
Un mes	5	19	24	4.38	1.20-15.06	0.03
2 meses	20	28	48			
3 meses a más	15	13	28			
Resultado y entrega						
Lo entregaron	16	43	59	3.79	1.63-8.64	0.001
Repitieron Pap	10	5	15			
Nueva cita	13	9	22			
Lo perdieron	1	3	4			
Tiempo de espera para la toma de la muestra de citología						
<1 hora	4	19	23	6.65	2.33-19	0.001
1 a 2 horas	19	35	54			
>2 horas	17	6	23			
Tiempo de espera durante el proceso de tamizaje						
Poco	4	14	18	2.68	1.17-6.12	0.04
Más o menos	11	23	34			
Muy tardado	25	23	48			
Ubicación de la unidad de salud						
La misma unidad	18	42	60	2.85	1.24-6.56	0.04
Otra unidad	22	18	40			
Accesibilidad						
Buena	8	33	41	3.37	1.13-9.99	0.006
Más o menos	13	22	35			
Sin accesibilidad	19	5	24			

Gráfica 1: Porcentaje de mujeres con adherencia al seguimiento de lesiones intraepiteliales de cérvix



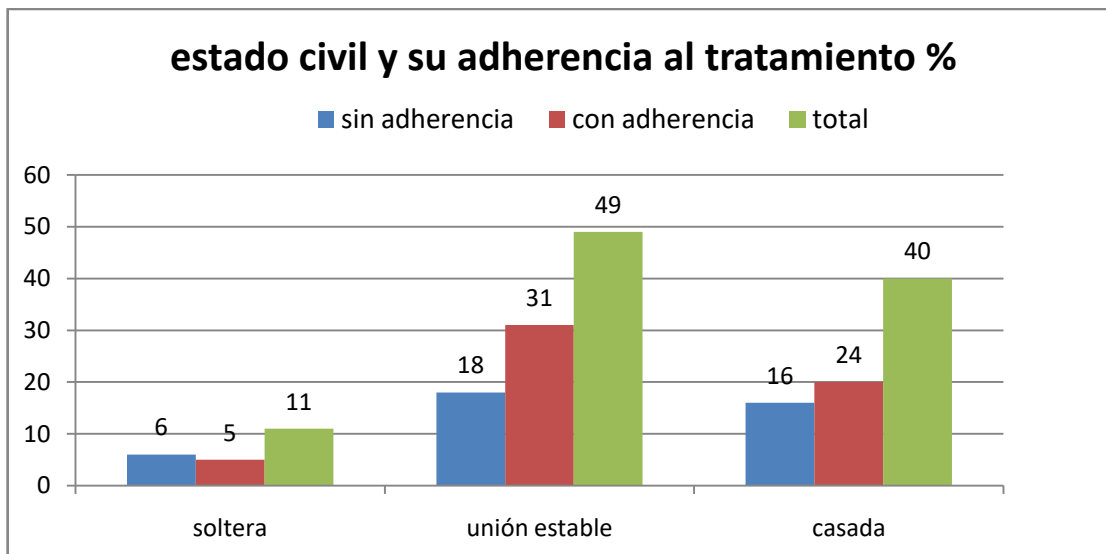
Fuente: Expediente clínico, Registro

Gráfica 2: Rango de edad y adherencia al seguimiento



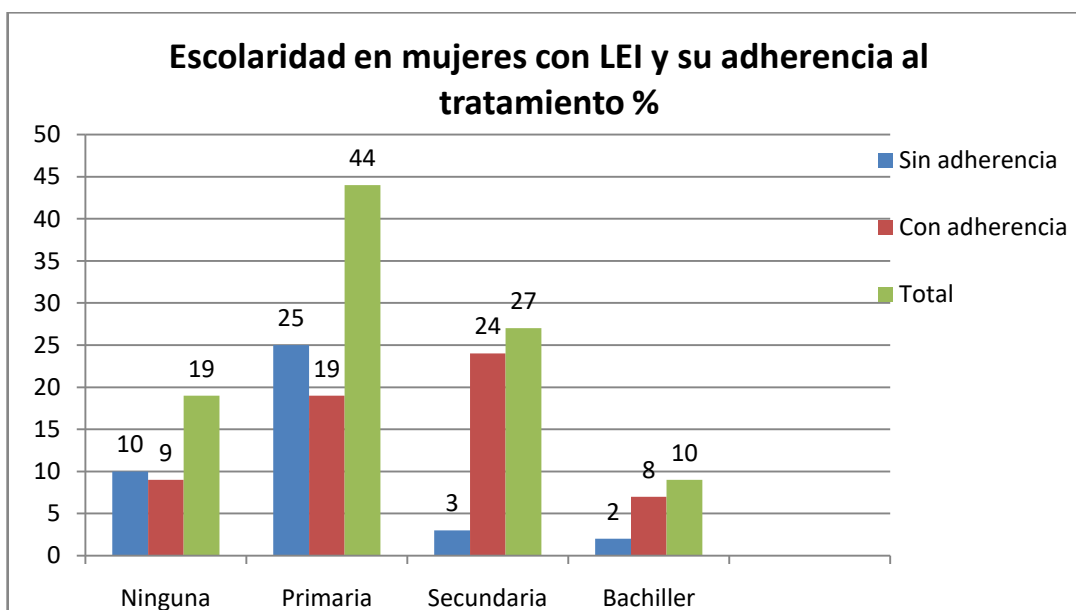
Fuente: Expedientes clínico, Registro

Gráfico 3: Estado civil de mujeres con lesiones intraepiteliales de cérvix y su adherencia al tratamiento



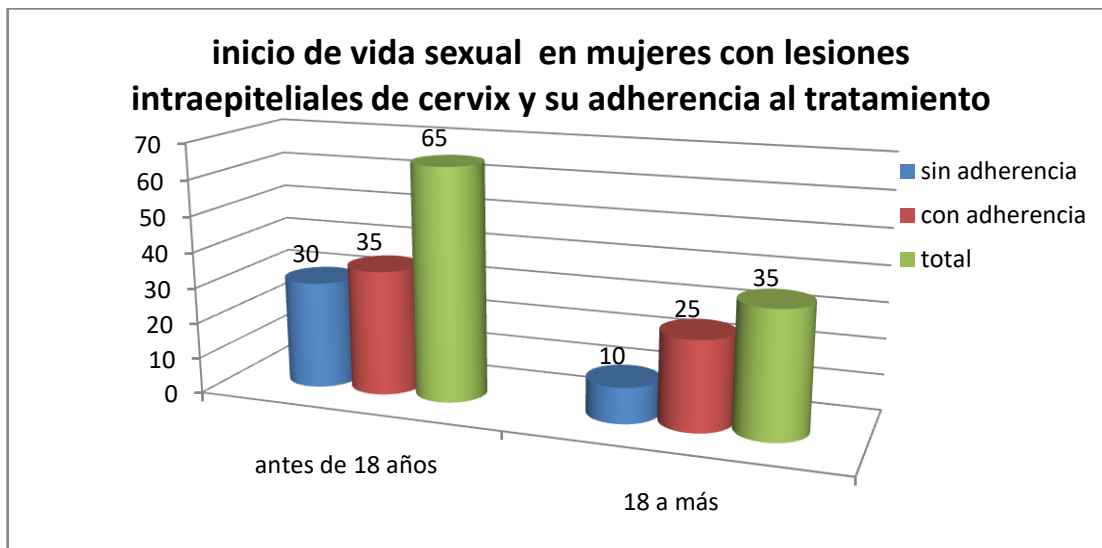
Fuente: Expediente clínico, sistema de registro

Gráfico 4: Nivel de escolaridad en mujeres con lesiones intraepiteliales de cérvix y su adherencia al tratamiento



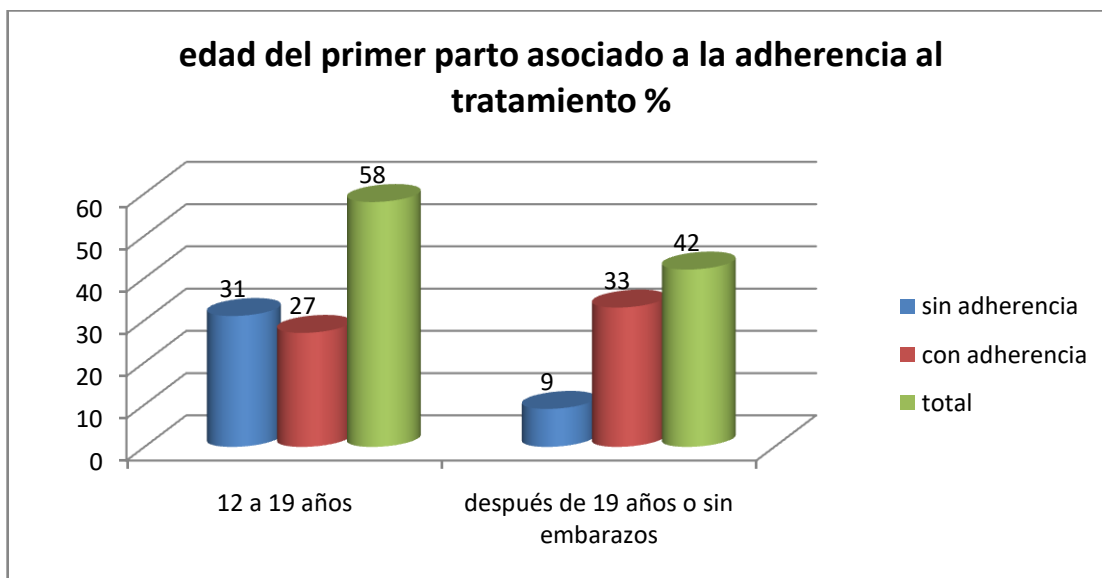
Fuente: Expedientes clínico, Sistema de registro

Gráfico 5: Inicio de vida sexual en mujeres con lesiones intraepiteliales de cérvix y su adherencia al tratamiento



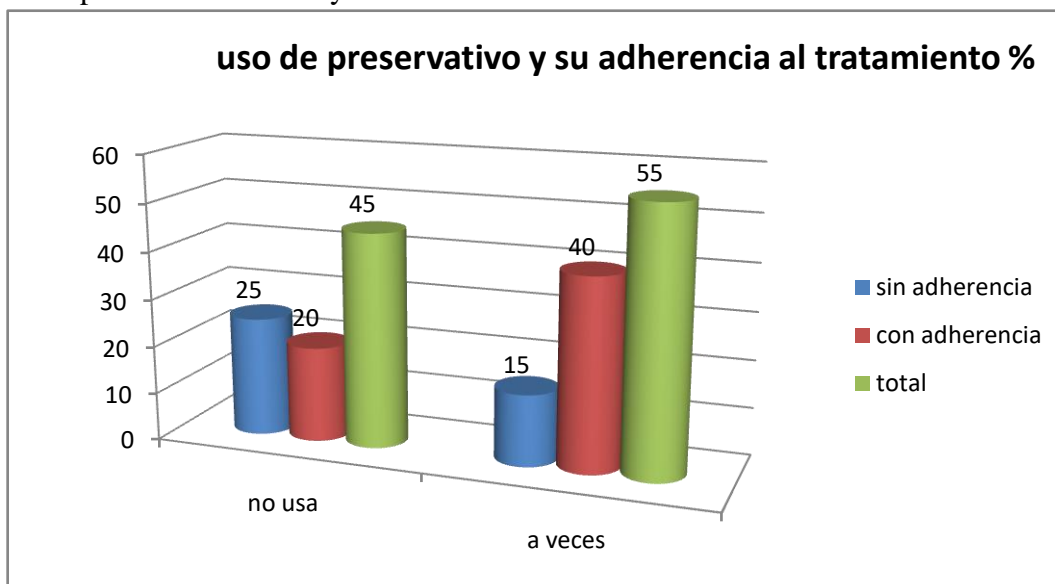
Fuente: Expediente clínico, ficha de recolección de datos

Gráfico 6: Edad del primero parto en mujeres con lesiones intraepiteliales de cérvix y su adherencia al tratamiento



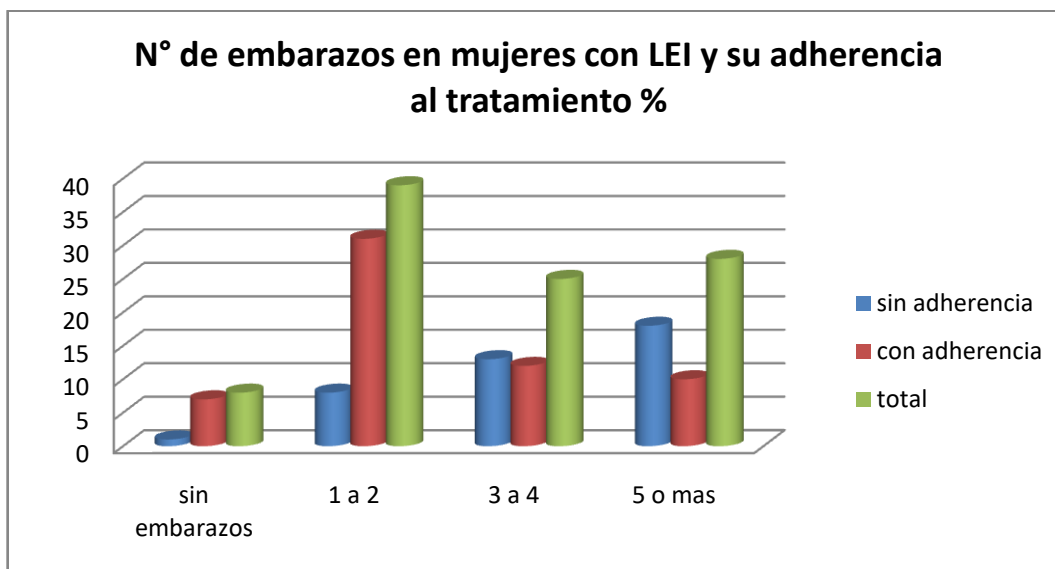
Fuente: Dicha de recolección de datos, expedientes clínicos

Gráfico 7: Conducta sexual en cuanto al uso del preservativo en mujeres con lesiones intraepiteliales de cérvix y su adherencia al tratamiento



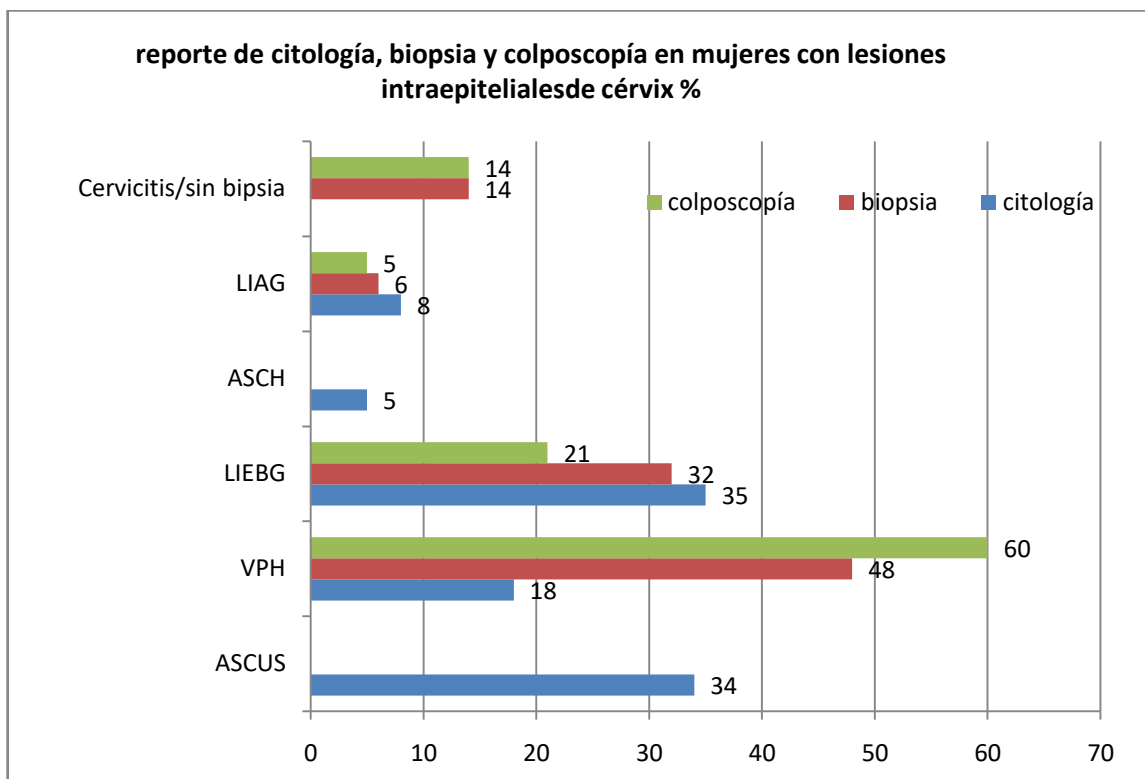
Fuente: Expediente clínico, ficha de recolección de datos

Gráfico 8: Total de embarazos en mujeres con lesión intraepitelial de cérvix y su adherencia al tratamiento



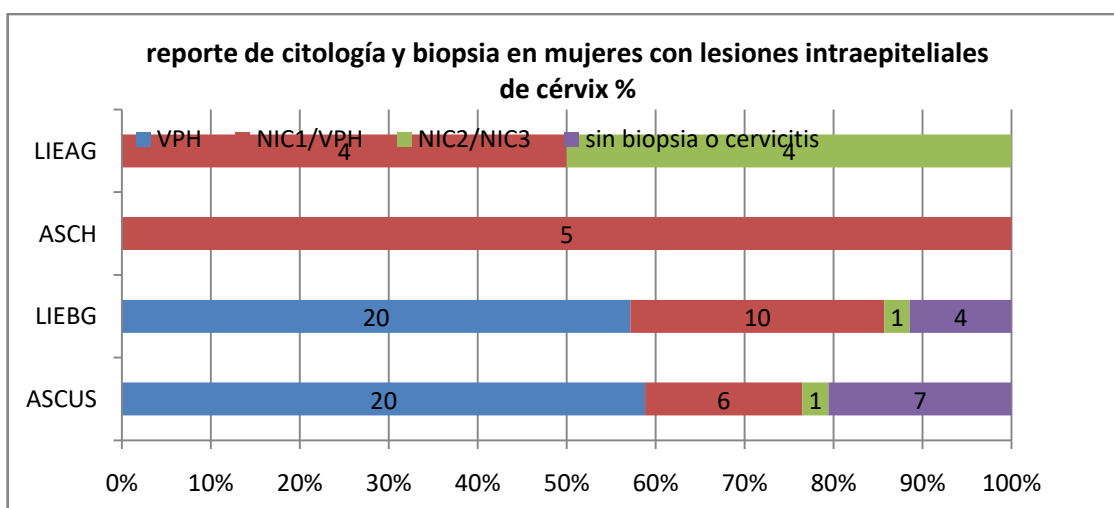
Fuente: Expediente clínico, ficha de recolección de datos

Gráfico 9: Reporte de citología, biopsia y colposcopia en mujeres con lesiones intraepiteliales de cérvix



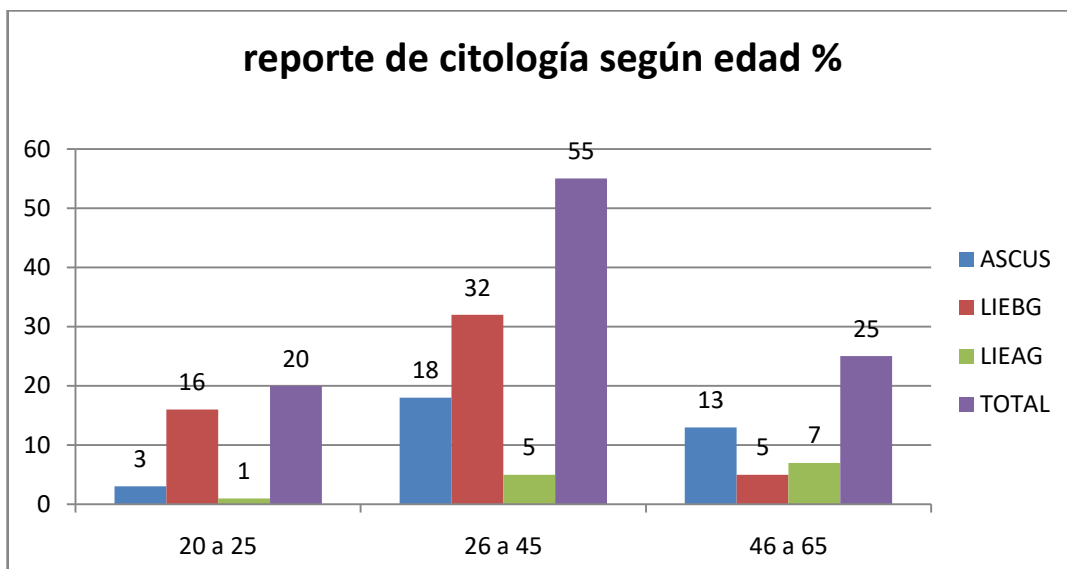
Fuente: Expediente clínico, ficha de recolección de datos

Gráfico 10: Reporte de citología y biopsia en mujeres con lesiones intraepiteliales de cérvix



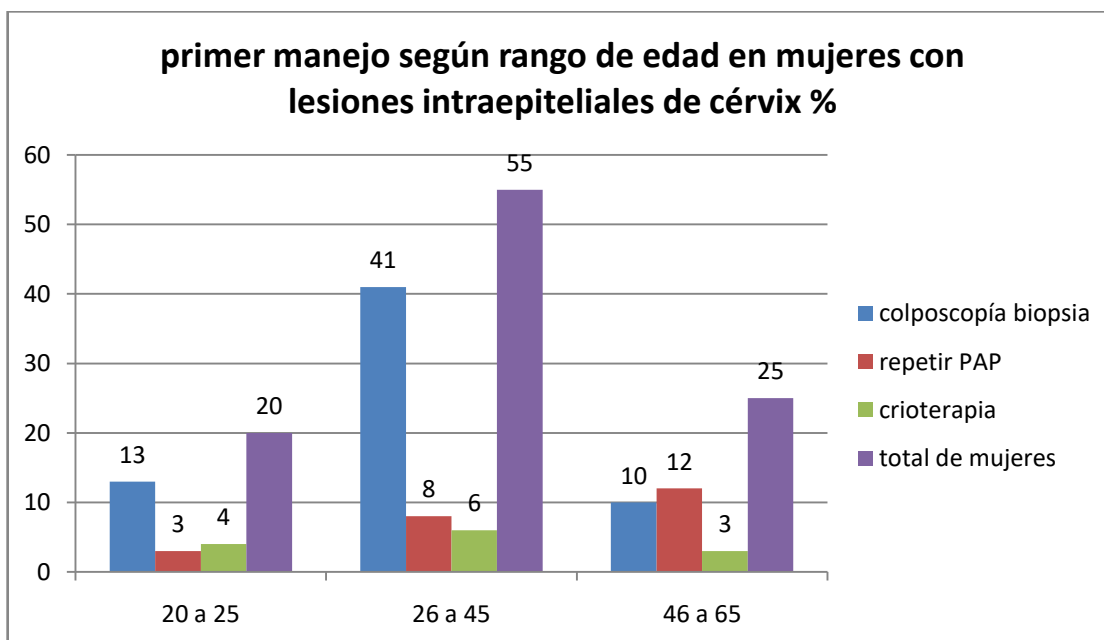
Fuente: Expediente clínico, ficha de recolección de datos

Gráfico 11: Reporte de citología según rango de edad en mujeres con lesiones intraepiteliales de cérvix



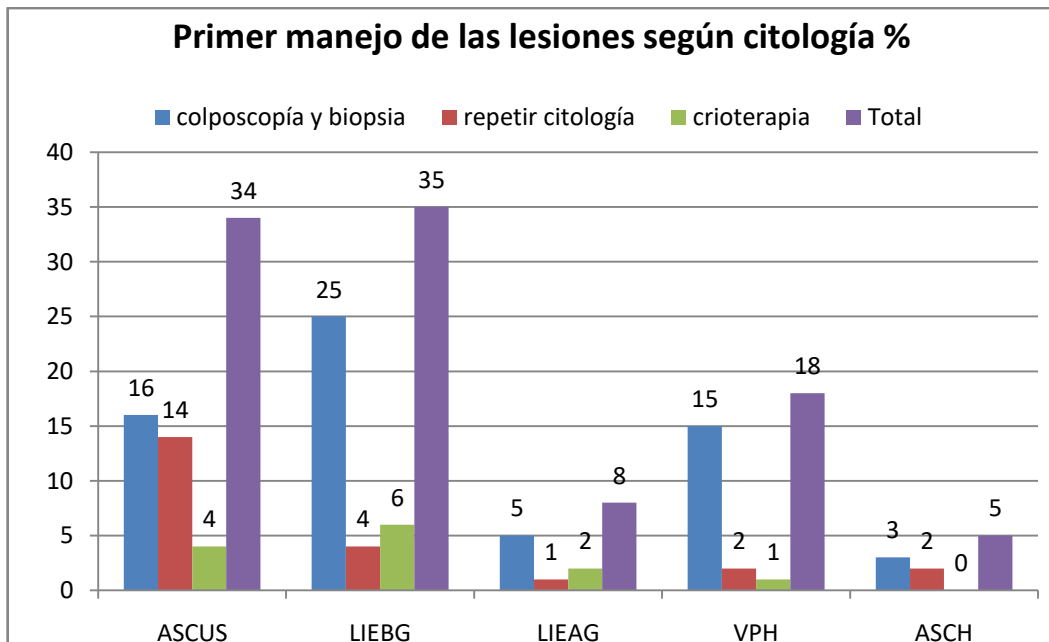
Fuente: Expediente clínico, sistema de registro, ficha de recolección de datos

Gráfico 12: Primer manejo posterior a la citología en mujeres con lesión intraepitelial de cérvix



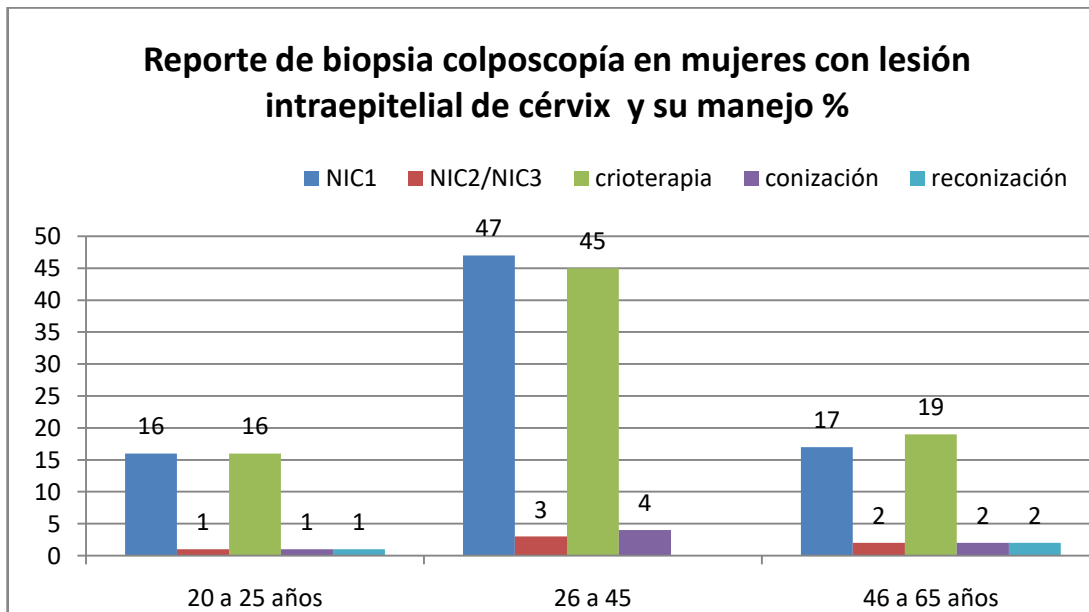
Fuente: Expediente clínico, ficha de recolección de datos

Gráfico 13: Manejo de las lesiones intraepiteliales de cérvix según citología



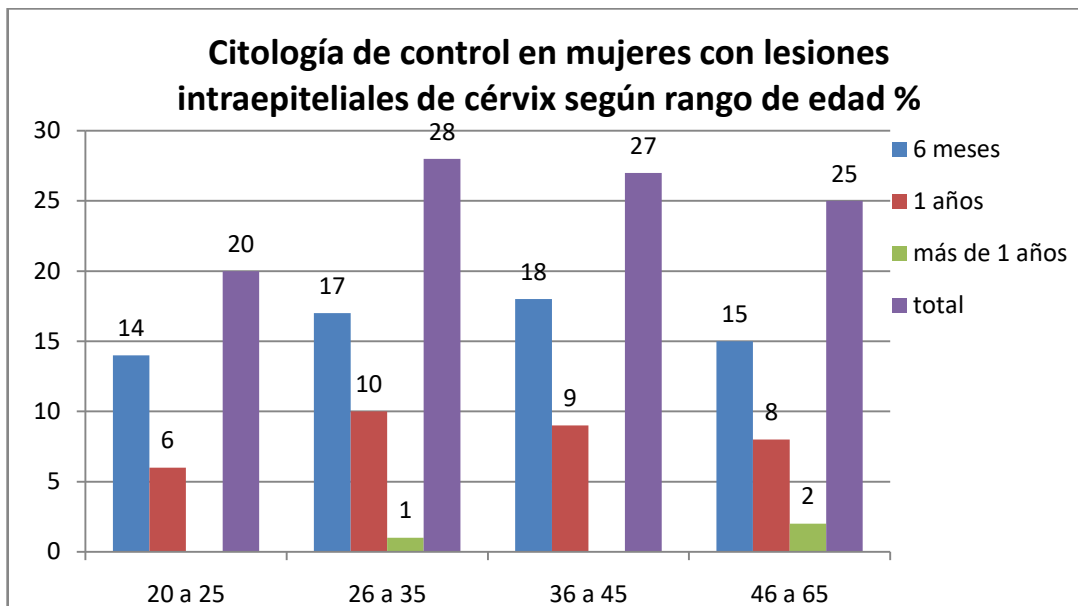
Fuente: Expediente clínico, sistema de registro, ficha de recolección de datos

Gráfico 14: Reporte de biopsia por colposcopia en mujeres con lesión intraepitelial de cérvix y su manejo



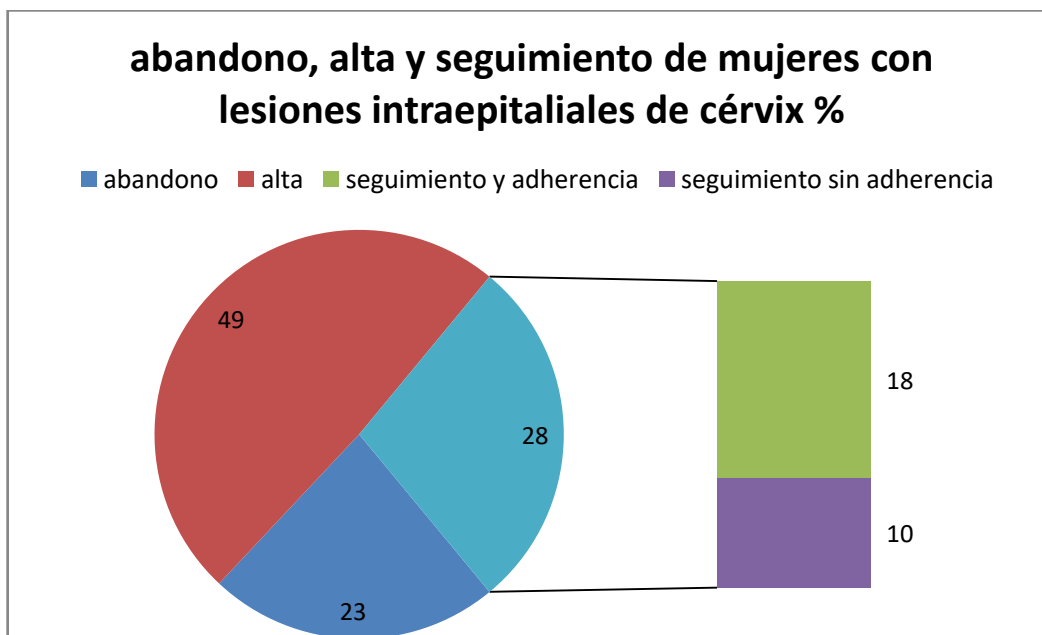
Fuente: Expediente clínico, ficha de recolección de datos

Gráfico 15: Citología de control en mujeres con lesiones intraepiteliales de cérvix según rango de edad



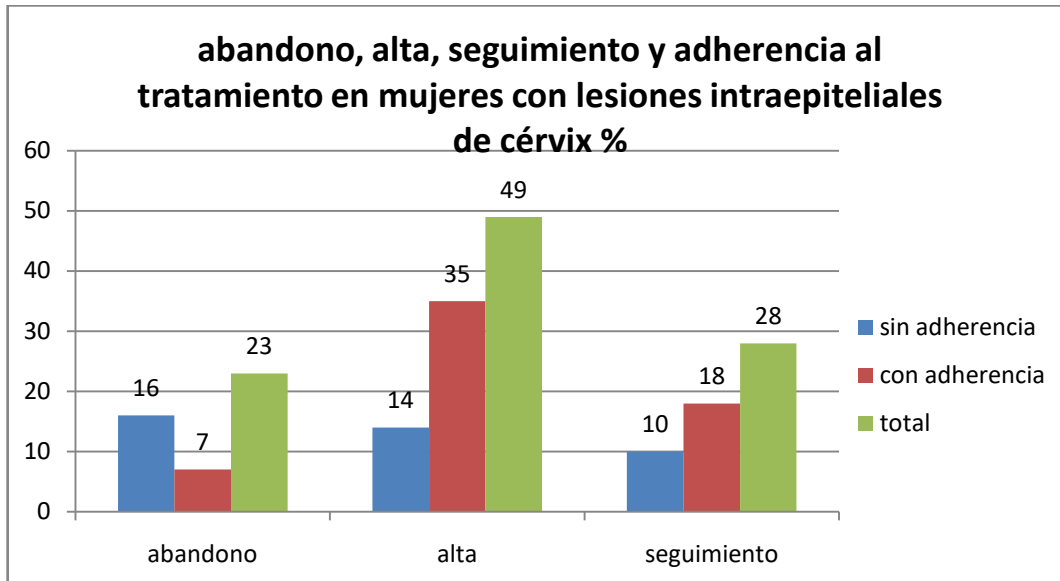
Fuente: Expediente clínico, ficha de recolección de datos

Gráfico 16: Abandono, alta y seguimiento en mujeres con lesiones intraepiteliales de cérvix y su adherencia al tratamiento



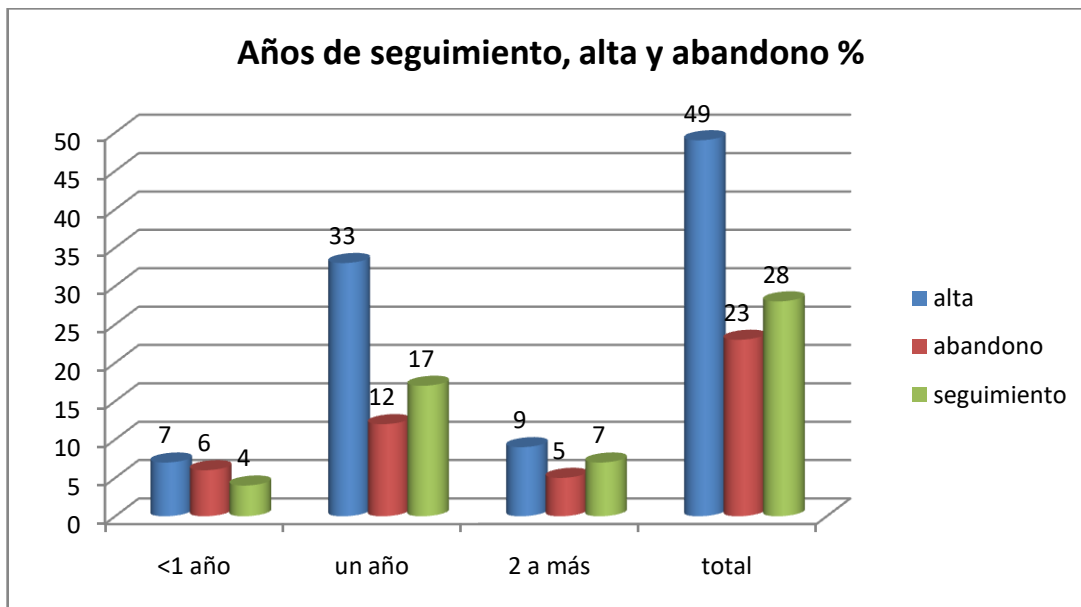
Fuente: Expediente clínico, ficha de recolección de datos

Gráfico 17: Abandono, alta y seguimiento de mujeres con lesiones intraepiteliales de cérvix durante su manejo



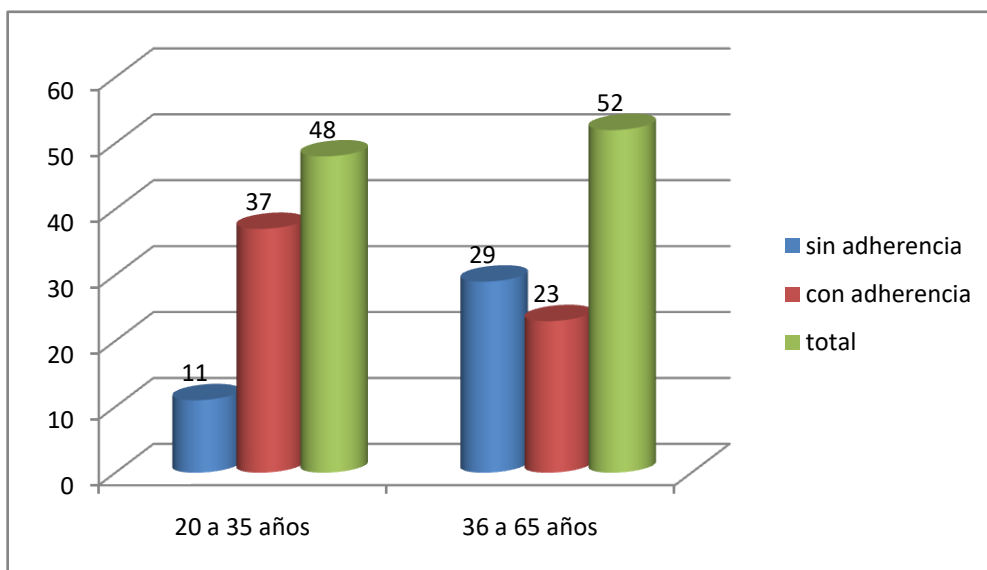
Fuente: Expediente clínico, ficha de recolección de datos.

Gráfico 18: Años de seguimiento al momento del alta, abandono y tratamiento de mujeres con lesiones intraepiteliales de cérvix



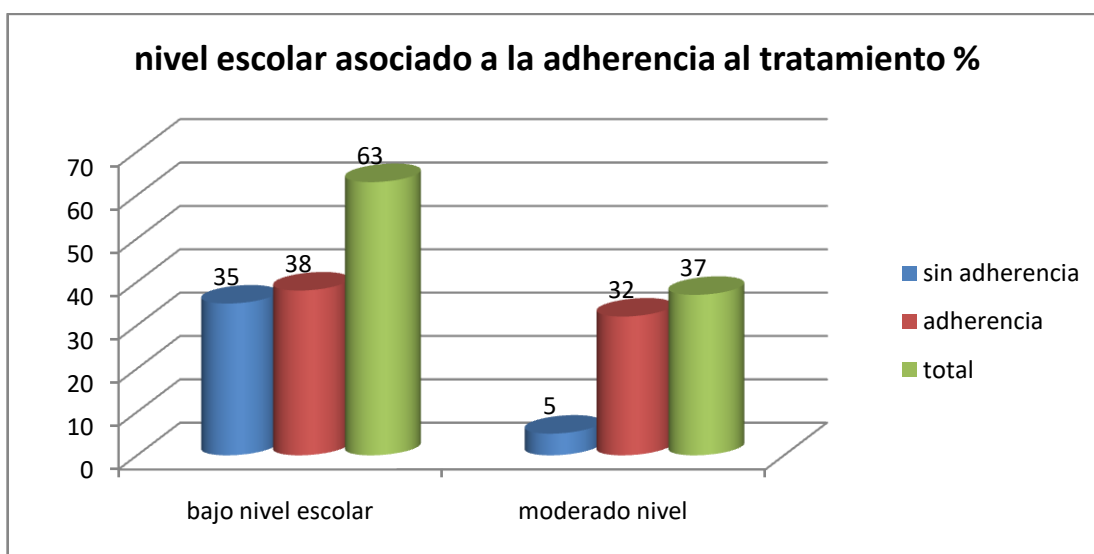
Fuente: Expediente clínico, ficha de recolección de datos.

Gráfico 19: Edad como factor que influye en la adherencia de mujeres con lesiones intraepiteliales de cérvix



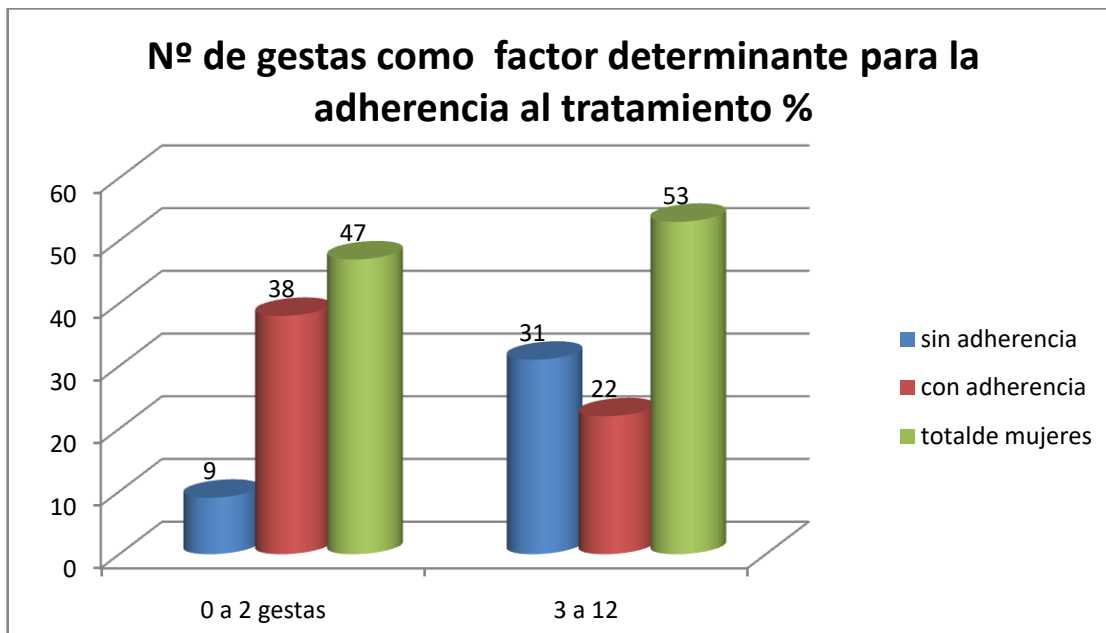
Fuente: Ficha de recolección de datos, expedientes clínicos, sistema de registro

Gráfica 20: Nivel de escolaridad factor determinante de la adherencia al tratamiento en mujeres con lesiones intraepiteliales de cérvix



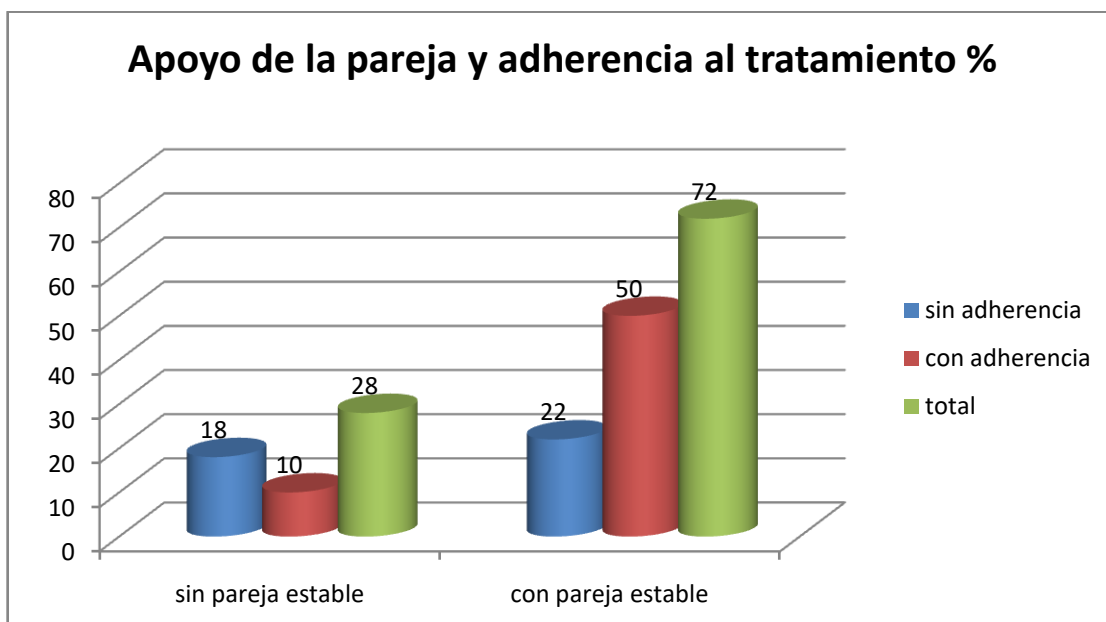
Fuente: Ficha de recolección de datos, expedientes clínicos, sistema de registro

Gráfico 21: N° de embarazos como factor determinante para la adherencia al tratamiento en mujeres con lesiones intraepiteliales de cérvix



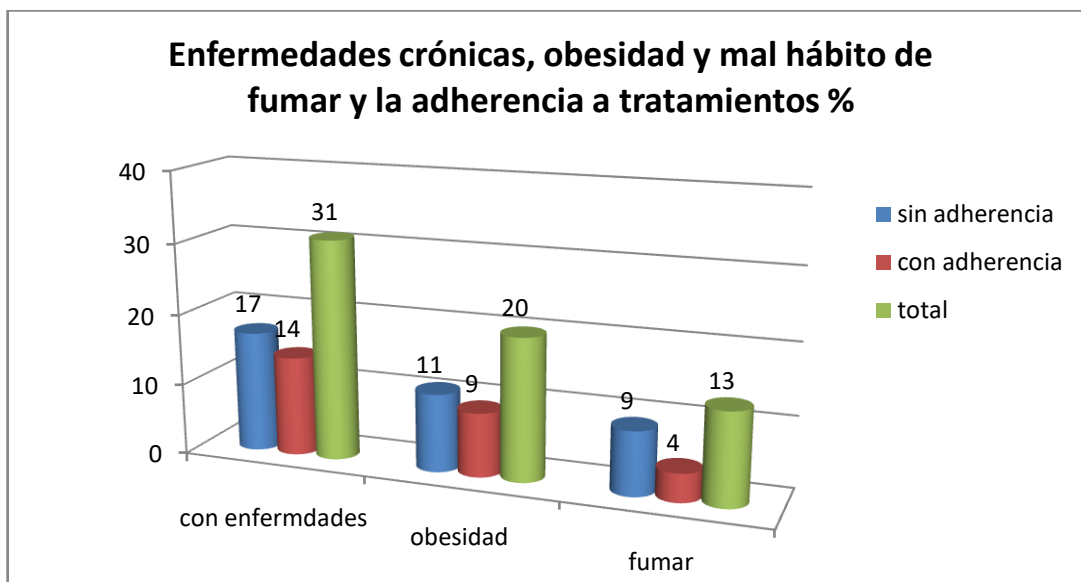
Fuente: Dicha de recolección de datos, expedientes clínicos

Gráfico 22: Estabilidad de la pareja y adherencia al tratamiento en mujeres con lesiones intraepiteliales de cérvix



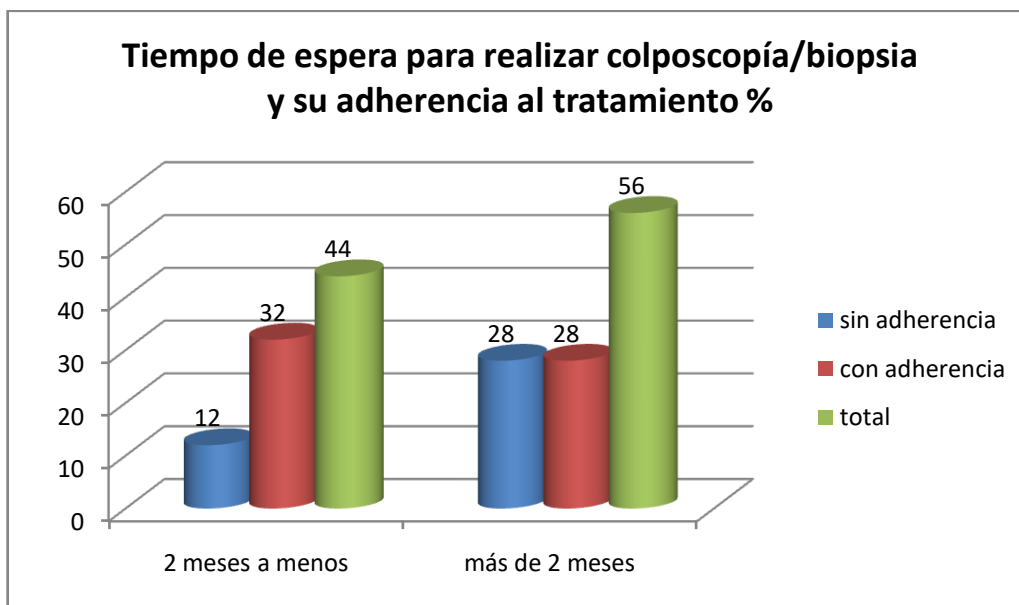
Fuente: Dicha de recolección de datos, expedientes clínicos

Gráfico 23: Enfermedades crónicas, obesidad y hábito de fumar en mujeres con lesiones intraepiteliales de cérvix y su adherencia a tratamientos



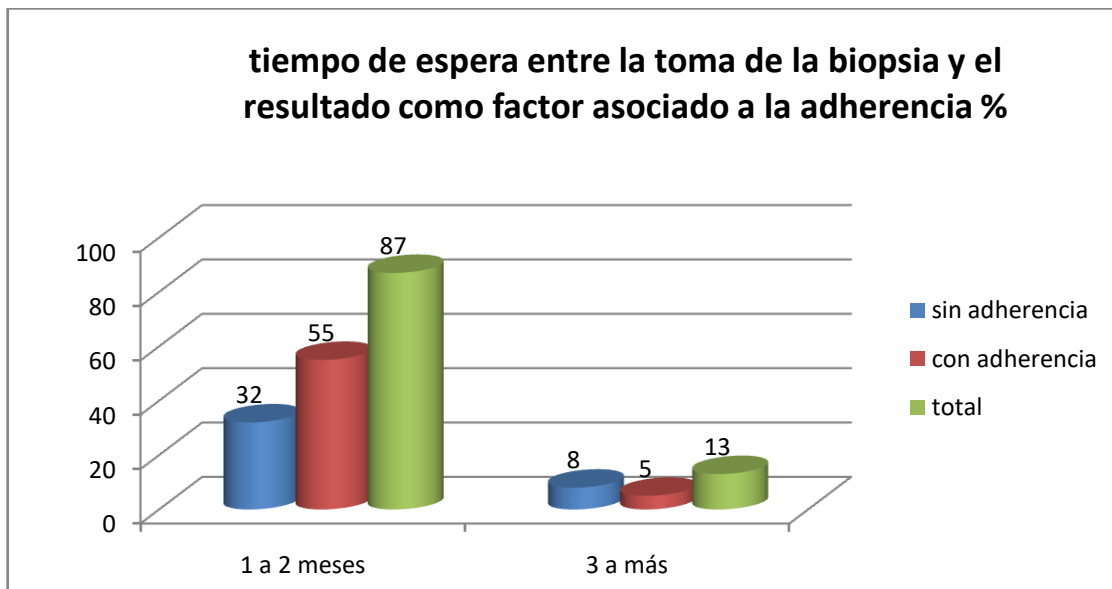
Fuente: Expediente clínico, ficha de recolección de dato

Gráfico 24: Tiempo de espera entre la lectura de la citología y la realización de la biopsia/colposcopia en mujeres con lesiones intraepiteliales de cérvix y la adherencia al tratamiento



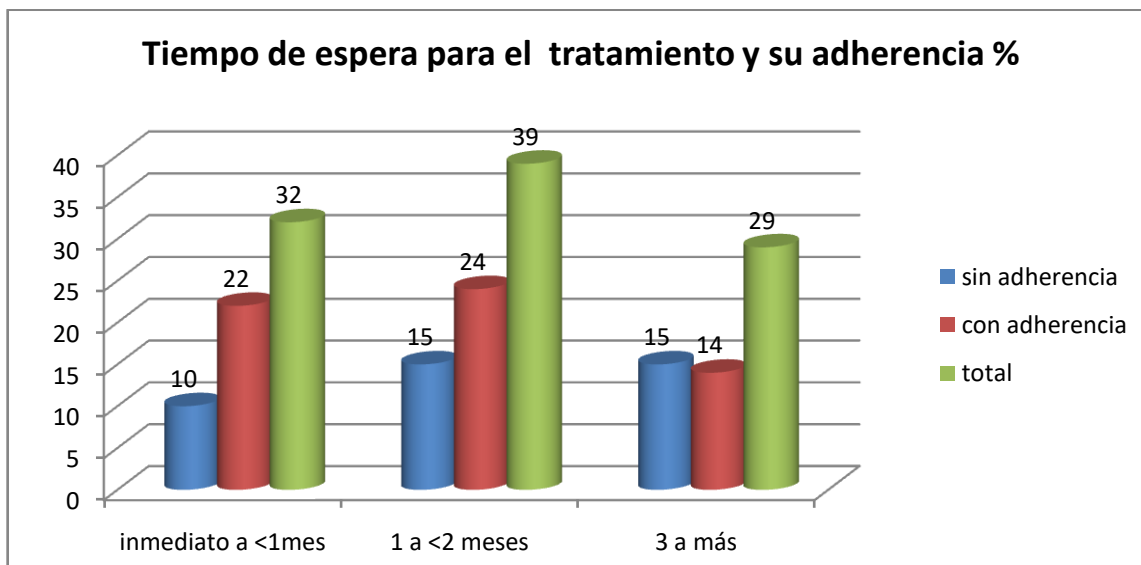
Fuente: Expediente clínico, ficha de recolección de datos

Gráfico 25: Tiempo de espera entre la toma de la biopsia colposcópica para el resultado en mujeres con lesiones intraepiteliales de cérvix y su adherencia al tratamiento



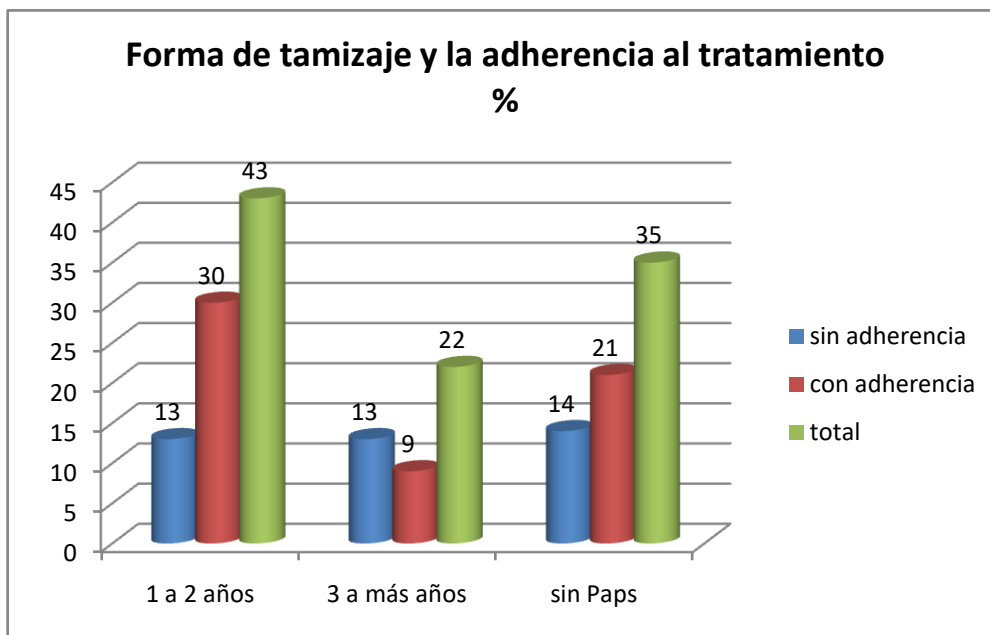
Fuente: Expediente clínico, ficha de recolección de datos

Gráfico 26: Tiempo de espera para el tratamiento a partir del diagnóstico en mujeres con lesiones intraepiteliales de cérvix y su adherencia al tratamiento



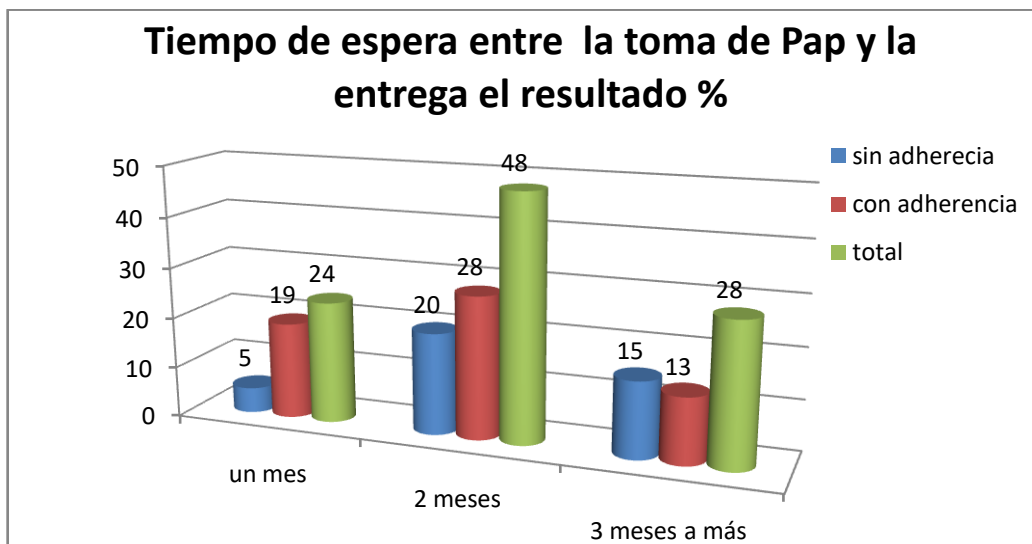
Fuente: Expediente clínico, ficha de recolección de datos

Gráfico 27: Forma de tamizaje en mujeres con lesiones intraepiteliales de cérvix como factor determinante a la adherencia al tratamiento



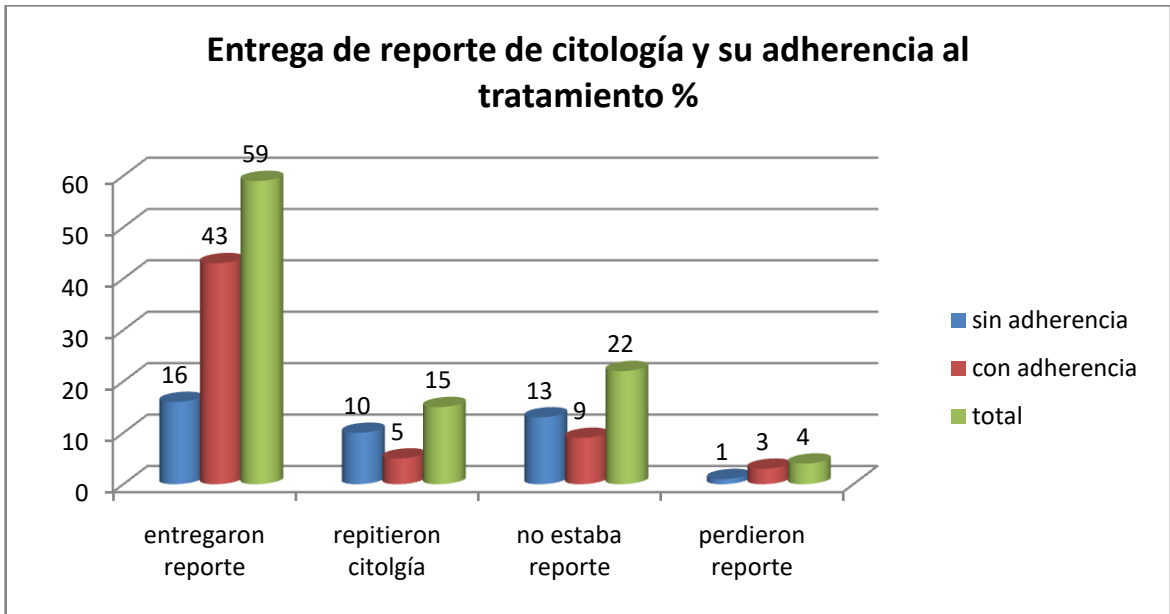
Fuente: Expediente clínico, ficha de recolección de datos

Gráfico 28: Tiempo de espera entre la toma de citología y la entrega del resultado en mujeres con lesiones intraepiteliales de cérvix y su adherencia al tratamiento



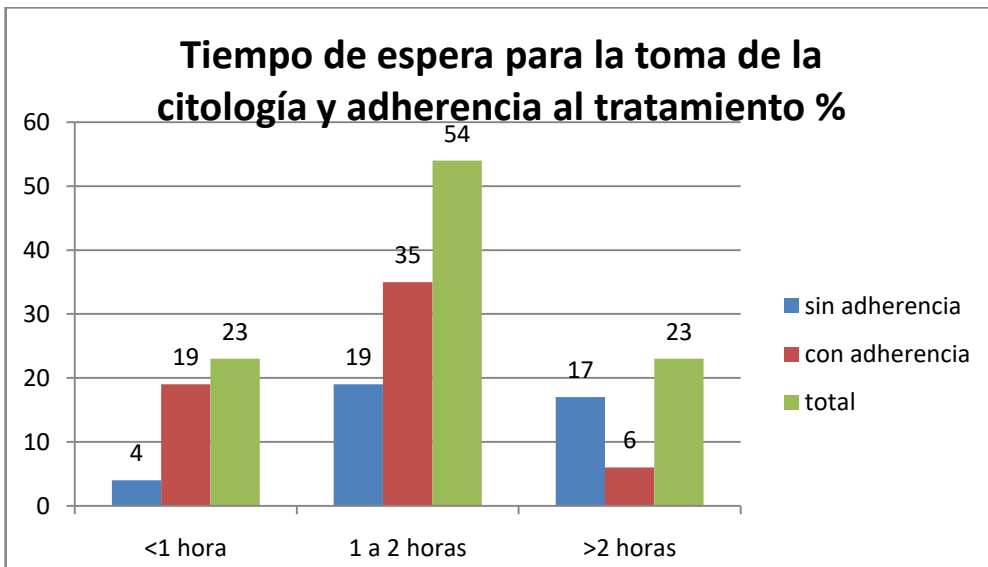
Fuente: Expediente clínico, ficha de recolección de datos

Gráfico 29: Entrega del reporte de citología en mujeres con lesiones intraepiteliales de cérvix y adherencia al tratamiento



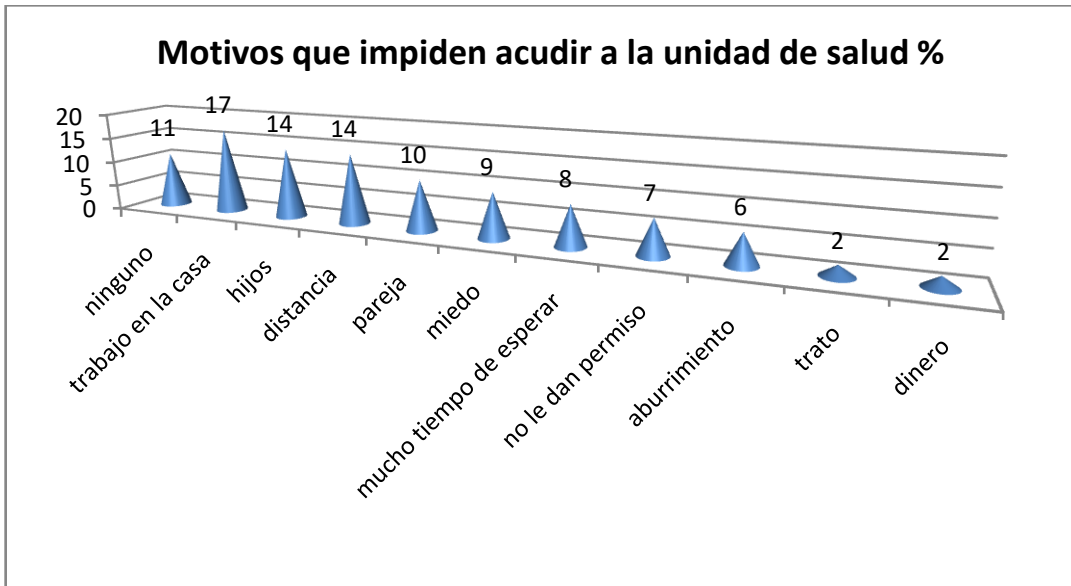
Fuente: Expediente clínico, ficha de recolección de datos

Gráfico 30: Tiempo de espera para la realización de la citología en mujeres con lesión escamosa intraepitelial asociado a la adherencia al tratamiento



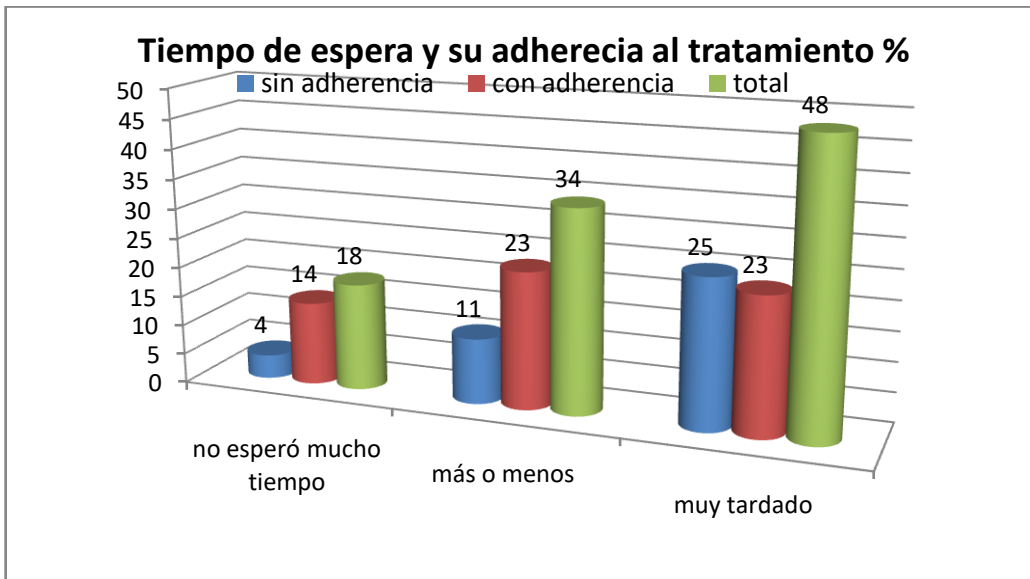
Fuente: Expediente clínico, ficha de recolección de datos

Gráfico 31: Motivos que le impiden a mujeres con lesiones intraepiteliales de cérvix acudir a la unidad de salud para su tamizaje, manejo o seguimiento.



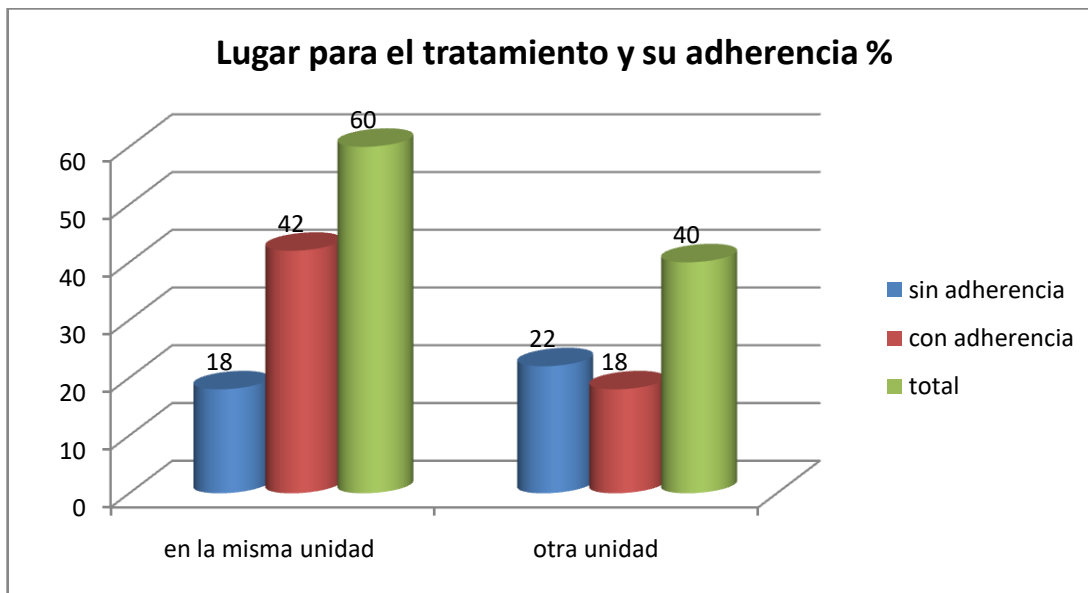
Fuente: Expediente clínico, ficha de recolección de datos

Gráfico 32: Tiempo de espera de la paciente y su adherencia al tratamiento en mujeres con lesiones intraepiteliales de cérvix



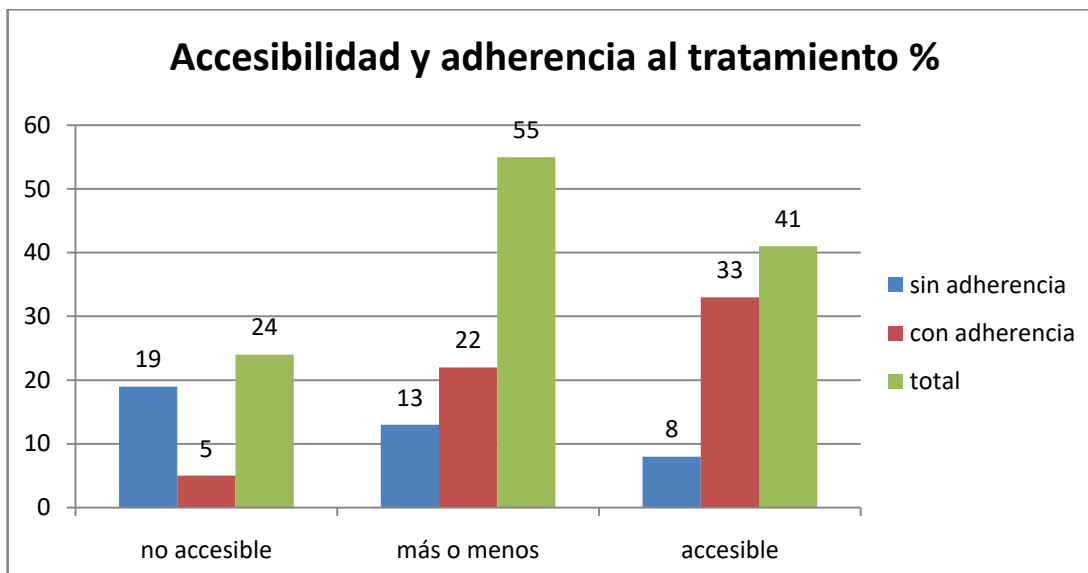
Fuente: Expediente clínico, ficha de recolección de datos

Gráfico 33: Lugar para el tratamiento de las lesiones intraepiteliales de cérvix y su grado de adherencia



Fuente: Expediente clínico, ficha de recolección de datos

Gráfico 34: Accesibilidad a la unidad de salud y el grado de adherencia al tratamiento en mujeres con lesiones intraepiteliales de cérvix.



Fuente: Expediente clínico, ficha de recolección de datos

Ficha de recolección de datos

Características demográficas, sexuales y reproductivas

Nombre _____ edad ____ nivel de estudio ____ Estado civil _____
Procedencia: Rural ____ Urbano ____ Referida: Si ____ No ____ Dx de referencia
____ IVSA ____ EPP ____ MAC utilizados _____ tiempo de uso
____ Uso de preservativo: Rutinario ____ No usa ____ algunas veces ____ pareja
actual ____ Antecedente de PAP previo ____ Intervalo de tiempo entre el último PAP y el
alterado ____ Antes de diagnóstico el tamizaje de la paciente se lo realizaba: cada 6 meses
____ cada año ____ Cada 2 años ____ cada 3 años ____ Nunca se realizó PAP ____
G ____ P ____ A ____ C ____ PIG ____ embarazada al momento del Dx: Si ____ No ____
Menopausia ____ Edad de inicio ____ Antecedentes de histerectomía ____ Motivo
____ Enfermedades crónicas: Diabetes ____ HTAC ____ DNPC ____ Obesidad ____ otras
____ Dx de cervicovaginitis ____ Vaginosis ____ clamidias ____ VIH ____ Sífilis ____ Otras ITS
____ Historia de VIF ____ THR ____ Fumado ____ IMC ____

Diagnóstico y algoritmo de seguimiento de las lesiones

Tamizaje realizado: citología ____ citología y colposcopia ____ IVAA ____ Test VPH
____ Edad al momento del Dx de la LIE ____ Dx por PAP: VPH ____ ASCUS ____ ASGUS ____ ASC
H ____ LIEBG ____ LIEAG ____ CA insitu ____ CA invasor ____
Dx por biopsia: VPH ____ LEIBG ____ LEIAG ____ LEIAG ____ Dx colposcópico ____
El manejo realizado coincidió con el algoritmo de seguimiento: si ____ no ____

Si es menor de 25 años con ASCUS, LIEBG la citología de seguimiento se le realizó a los: 6 meses ____
al año ____ Después del año ____ después de los 2 años ____ no acudió ____
Después del primer control la 2ª citología se la realizó: al año ____ 2 años ____ después
____ No acudió ____ se le realizó colposcopia ____ colpo y biopsia ____ no acudió ____
Después del 2ª control la nueva cita fue a los: 3 años: Si ____ No ____

Si es mayor de 25 años con ASCUS la citología de seguimiento se la realizó cada año por 2 años: si ____ no ____
si el control reportó ASC H o LIEBG se realizó: colposcopia ____ Colpo y biopsia ____ no acudió ____
El alta del seguimiento se dio al: año ____ 2 años ____

Si es mayor de 25 años con LIEBG se realizó colposcopia: Si ____ No ____

Si es mayor de 25 años con LIAG se trató se forma inmediata ____ se citó otro día ____

En caso de AGC se realizó: LEC ____ biopsia de endometrio ____ colposcopia ____

En LEIAG inicial: el manejo fue inmediato ____ se dio cita al día siguiente ____ Antes de la
semana ____ después de 1 semanas ____ después de 1 mes ____

El manejo fue: crioterapia ____ asa térmica ____ LEEZ ____ cono ____ reconización ____ HTA ____

Posterior al procedimiento el primer control de citología fue: a los 6 meses ____ al año ____
1 a 2 años ____ se complementó con colposcopia ____

El segundo control: a los 6 meses ____ al año ____ 1 a 2 años ____ colposcopia ____ no acudió ____

El tercer control a los 6 meses ____ al año ____ 1 a 2 años ____ 2 años ____ colposcopia no acudió ____

Si tiene menopausia con LIEBG se repitió citología: a los 6 meses ___ al año ___
En LEIAG persistente: se realizó: colposcopia y biopsia ___ cono ___ HTA ___
Si el resultado fue negativo se repitió: a los 6 meses ___ al año ___ por 2 años ___
Si en el control la citología fue alterada se realizó: colposcopia y biopsia: Si ___ No ___ no acudió

Variables de nudos críticos

Paciente acudió por su resultado: Si ___ No ___ fueron a buscarla ___
El reporte lo entregaron conforme su cita ___ no encontraron el resultado ___ No estaba el resultado ___
tuvieron que repetir el PAP ___ tuvieron que citarla de nuevo ___
Tiempo entre la toma de PAP y entrega: <1 mes ___ 1 a 2 meses ___ 3 a 4 ___ 4 a más ___
El reporte se lo leyó: un médico general ___ especialista ___ enfermera ___ otro _____

Factores que influyeron en la adherencia al seguimiento

Tiempo entre el reporte de PAP y la realización de biopsia ___ entre la Bx y el reporte
____Tiempo entre el reporte y el manejo: En la primera visita: _____ en la primera semana
____1 a 2 semanas _____ 2 semanas al mes ___ después del mes ___ después de 3
meses _____
Primer manejo: Repetición de PAP ___ colposcopia y biopsia ___ crioterapia ___
Para el seguimiento la cita para PAP es: cada 6 meses ___ cada año ___
Paciente respondió al tratamiento ___ no respondió ___ se reactivó ___
Unidad de salud se encuentra: a más de 2 horas de camino ___ 1 a 2 horas ___ <1 hora ___
Tiempo de seguimiento desde el Dx _____ Padece de otras enfermedades: Si ___ No ___
Lugar para el tratamiento: En la misma unidad ___ en otra unidad en la misma población ___
En otro municipio _____ en otro departamento _____
Paciente acude a todas sus citas: Si ___ No ___ la van a buscar para acudir ___
La enfermedad se reactivó ___ le realizaron conización ___ reconización ___ histerectomía ___
Nº de crioterapias ___ reporte de la pieza del cono _____
Años de seguimiento _____ alta ___ abandono ___ traslado a otra unidad ___

Preguntas a la paciente

Se siente apoyada por su pareja en su problema? si ___ no ___ a veces ___ no tengo pareja ___
El tiempo que esperó para obtener el resultado le pareció bueno ___ más o menos ___ Muy tardado ___
El centro donde se realiza el seguimiento le queda cerca ___ más o menos ___ muy largo ___
Le dificulta ir al centro para su tratamiento? ___ Si ___ a veces ___ No ___
El trato que le dio el médico fue: bueno ___ regular ___ mala ___
El trato de la enfermera fue: bueno ___ regular ___ mala ___
El tiempo de espera para la atención fue:< 1 hora ___ 1 a 2 horas ___ más de 2 horas ___
El tiempo que tarda en la unidad desde que llega hasta que se va es:< 2 hora ___ 2 a 4 horas ___ > 4 horas ___
Se siente satisfecha con la atención Si _____ más o menos _____ No _____
Que le impide no llegar al centro para su tratamiento: El trabajo en la casa ___ los hijos ___ no le dan
permiso en el trabajo ___ no tiene dinero para poder llegar ___ la atienden muy tarde ___ a su pareja no le
gusta ___ le queda muy largo ___ no le gusta como la tratan ___ le da miedo ___ ya está aburrida ___