

**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua**

**UNAN - León**

**Facultad de Ciencias Médicas**



**Tesis para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía**

Adherencia al programa de detección temprana y seguimiento de Lesiones pre malignas y CaCu en mayores de 20 años de edad, atendidas en el departamento de Gineco-Oncología del HEODRA en el periodo Febrero-Junio 2017.

**Autores:**

Br. Ixzayana Gissell Picado

Br. Madeline Melisse Ortiz Ruíz

**Tutor de la investigación:**

Dr. Javier Isaac Zamora Carrión.

Msc. en Salud Pública

**León, Diciembre del 2017.**

**¡A la libertad por la Universidad!**

---

## INDICE

Introducción .....	1
Antecedentes .....	3
Justificación.....	5
Planteamiento Del Problema .....	6
Pregunta De Investigación.....	6
Objetivo General .....	7
Objetivos Específicos .....	7
Marco Teórico .....	8
Materiales Y Metodos .....	23
Resultados .....	30
Discusión.....	36
Conclusiones .....	38
Recomendaciones .....	39
Referencias .....	40

---

---

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios porque nos ha dado la fortaleza y el espíritu para seguir adelante, sin desfallecer a pesar de todos los tropiezos que hemos enfrentado.

A la UNAN LEÓN por permitirnos ser parte de esta alma mater, así como a los Médicos del departamento de Gineco-Oncología del HEODRA, docentes que nos brindaron conocimientos y apoyo científico en el cumplimiento de nuestra carrera.

A nuestro Tutor de Tesis Dr. Javier Zamora; por su esfuerzo, dedicación y acompañamiento en la realización de la investigación.

Así mismo expresamos nuestro agradecimiento a todas aquellas personas que de alguna forma contribuyeron a que hayamos llegado hasta aquí.

---

---

## **DEDICATORIA**

A Dios por darnos la sabiduría necesaria para emprender este trabajo y culminarlo exitosamente.

A nuestras Madres y familiares, quienes con esfuerzo y sacrificio nos han guiado y apoyado por el camino del éxito profesional.

---

---

## ABREVIATURAS

**ASC-US:** Atipia de células Escamosas de Significado Indeterminado.

**ASC-H:** Atipia de Células Escamosas que no excluye Lesión Intraepitelial de Alto Grado.

**AGC:** Atipia de Células Glandulares

**CaCu:** Cáncer Cérvico Uterino.

**CIS:** Carcinoma “in situ”.

**ADN:** Ácido Desoxirribonucleico.

**FIGO:** Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia

**HSV-2:** Virus del Herpes tipo Dos

**ITS:** Infección de Transmisión Sexual.

**IVA:** Inspección Visual con ácido acético (del cuello uterino).

**IVSA:** Inicio de Vida Sexual Activa

**LIE:** Lesión Intraepitelial Escamosa.

**HSIL:** Lesión Intraepitelial Escamosa de Alto Grado.

**LSIL:** Lesión Intraepitelial Escamosa de Bajo Grado.

**MEF:** Mujeres en edad fértil

**MINSA:** Ministerio de Salud de Nicaragua.

**NIC-I-II-III:** Neoplasia Intraepitelial Cervical, puede ser clasificado como: I, II o III.

**PAP:** Papanicolaou.

**SILAIS:** Sistema Local de Atención Integral en Salud.

**CMV:** Citomegalovirus

**UEC:** Unión Escamo Columnar

**VPH:** Virus del papiloma humano

**VIH:** Virus de inmunodeficiencia humana.

---

---

## RESUMEN

### **Objetivo:**

Determinar la adherencia al programa de detección temprana y seguimiento de lesiones pre malignas y CaCu, así como los factores que le condicionan, en mujeres atendidas en el HEODRA, de Febrero a Junio 2017.

### **Materiales y métodos:**

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, donde se determinó la adherencia al programa de detección temprana y seguimiento de Lesiones pre malignas y CaCu en mayores de 20 años de edad, por medio de una encuesta realizada a 105 mujeres, se aplicó test de Hermes y se realizó análisis bivariado de los motivos de abandono. Se presentan los resultados en tablas y gráficos de barra.

### **Resultados:**

El porcentaje de adherencia al programa de detección temprana y seguimiento de CaCu alcanzado en el HEODRA, es de 55.2%. De las cuales un 79% de las mujeres son mayores de 35 años, solteras, católicas, procedentes del área urbana, de muy bajo nivel socioeconómico y estudios de primaria incompletos. Los motivos que condicionan la adherencia con mayor significancia estadística son: Atraso de los resultados, largo tiempo de espera, desintegración familiar, discriminación, lejanía Geográfica, y motivos especiales como: Permiso laboral y reacciones adversas al tratamiento.

### **Conclusiones:**

Se reconoce que el porcentaje de adherencia alcanzado en la unidad de salud es bueno, superando el encontrado en estudios internacionales; sin embargo se observó que a pesar de las acciones del MINSA, existe un porcentaje de pacientes no adherentes, por tanto constituye un problema de salud pública en la ciudad de León.

**Palabras claves:** Adherencia, Lesión premaligna, Cancer cérvico uterino, Test de Hermes.

---

---

## INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino es de las neoplasias malignas femeninas más importantes en todo el mundo por su frecuencia y mortalidad asociada.<sup>1</sup> En 2007 se registraron 24, 000 fallecimientos por este cáncer en América Latina, con una tasa de 5,2 por 100.000 mujeres.<sup>2</sup>

Los programas de Detección Temprana, han contribuido de manera significativa a la reducción de la Morbi-mortalidad, pues el diagnóstico precoz ofrece la posibilidad de tratamiento exitoso un menor costo para los Servicios de Salud y las usuarias.<sup>2,3</sup> Estos recomiendan la realización de citología cervical a toda paciente por encima de 15 años y más o con inicio de vida sexual activa.<sup>4</sup> Ante un resultado anormal, la mujer pasa de inmediato a la consulta de patología de cuello, donde es atendida minuciosamente a fin de establecer un diagnóstico y tratamiento adecuados de las lesiones malignas del cuello en estadio curable de la enfermedad.<sup>4</sup>

Según la OPS los tratamientos disponibles en todos los países de América Latina incluyen crioterapia, excisión con asa grande de la zona de transformación (LEEP) y conización con bisturí.<sup>4</sup> Se considera que aproximadamente el 70% de las pacientes que demandan atención médica en el Centros de atención médica a nivel mundial se presentan en etapas avanzadas del Cáncer de Cuello Uterino, lo que implica un aumento en la tasa de mortalidad por esta causa.<sup>5</sup>

Según estudios realizados en países de Latinoamérica sobre Análisis de los motivos del abandono del proceso de seguimiento y tratamiento de mujeres diagnosticadas con lesiones pre malignas y cáncer de cuello uterino, refiere que existen múltiples causas de abandono, algunas subjetivas como por ejemplo: Miedo, negación a la enfermedad o no considerar necesario continuar con la atención. Otros motivos mencionados como principal causa de abandono fueron: Problemas familiares, razones laborales, carga de trabajo doméstico y cuidado de niños y barreras para el traslado.<sup>6</sup>

En Nicaragua dos terceras partes de los tumores malignos se presentan posterior a los cincuenta años de edad; estos casos representan el 9 % de las causas de muerte en las mujeres, correspondiéndole al Cáncer Cérvico Uterino el 20 % en este campo; este tipo de cáncer tiene una tendencia al incremento por una baja cobertura de la citología, la cual alcanza solamente el 10 % de las mujeres en riesgo.<sup>2,4</sup>

---

La Oficina Nacional de Estadísticas Sanitarias en Nicaragua reportó una tasa de muerte por Cáncer Cérvico Uterino de 16 por cada 100,000 Mujeres en edad fértil para el año 2011. Así mismo ubican a los SILAIS de Granada, Masaya, Chinandega y Managua con las mayores tasas de mortalidad a nivel nacional.<sup>2,7</sup>

En la actualidad en Nicaragua, el conocimiento sobre la frecuencia de adherencia al proceso de atención de las mujeres con dichas lesiones, es escaso, a pesar del establecimiento de metas para la reducción de la morbimortalidad por esta causa. Por tal razón es indispensable la creación de estrategias basadas en la percepción de la mujer afectada, que contribuyan a la identificación de las limitantes que promueven el incumplimiento terapéutico.



---

## Antecedentes

Según un estudio descriptivo, transversal, realizado a 150 mujeres en Cuba, se estableció que esta patología se asocia a bajo nivel socio-económico. El 75% tenía nivel educativo bajo, 45% pertenecían a hogares pobres, y el 35% eran amas de casa, todas estas condiciones influyen directamente a la deserción de los programas de atención en las unidades de salud públicas.<sup>8</sup>

En México (2006), se encontró que el 20.6% del total de mujeres con diagnóstico de lesiones malignas abandonaron el proceso de atención. De estos abandonos el 60% ocurrieron en la fase diagnóstica, 16% durante el tratamiento y 25% durante la fase de vigilancia y control. Además obedecían a diferentes factores dentro de los cuales se destacaron la falta de privacidad, la falta de información y el rechazo al tratamiento.<sup>9</sup>

Un estudio realizado en Argentina encontró que el 70% de las mujeres atendidas por cáncer cervicouterino abandonaron el servicio donde se había realizado la detección inicial, y del total de entrevistadas el 40% había abandonado todo curso de acción. Las mujeres con mayor propensión a desertar eran las menos escolarizadas, con mayor número de hijos y con conocimiento inadecuado acerca de la utilidad de la citología cervical.<sup>10</sup>

En el mismo lugar (2011) al indagar sobre los Determinantes sociales del seguimiento de mujeres con PAP anormal, se encontró que solo 1 había abandonado el proceso de atención. El motivo principal fue el miedo al diagnóstico de cáncer y al tratamiento. Casi el 50% había abandonado el servicio de origen y culminado su tratamiento en otra institución.<sup>11</sup>

En otro estudio en el mismo país el 51% de las mujeres abandonaron el proceso de atención y el 48% restante continuó con el proceso. Por lo cual se analizaron los motivos de abandono del tratamiento de dichas lesiones y se encontró que el 28 % mencionó motivos relacionados con la organización de los servicios: Retrasos en la obtención de los resultados, problemas para acceder a los turnos o largos tiempos de espera para ser atendidas; y el 11% mencionó motivos relacionados al proceso de atención. El 30% refirió motivos subjetivos: Miedo, negación a la enfermedad o no considerar necesario continuar con la atención.<sup>6</sup>

---

En Bolivia (2004), se encontró que el sector público considera que la mayoría de las mujeres sometidas a tamizaje no regresan a su tratamiento porque el sistema no les garantiza las condiciones adecuadas para la realización de este.<sup>12</sup>

En Colombia (2010), al evaluar a 1,834 mujeres en cuatro departamentos se encontró que el 12% de ellas no tuvieron acceso al tratamiento, refiriendo causas de tipo administrativo, aspectos culturales, creencias por región; así como dificultades económicas y lejanía geográfica.<sup>13</sup>

En Nicaragua, la mayoría de los estudios sobre prevención de cáncer cervicouterino analizan fundamentalmente el acceso a la prueba de Citología cervical o Papanicolaou; pero existe escasa evidencia acerca de la magnitud y causas del abandono del seguimiento y tratamiento de lesión precancerosa diagnosticada a través de dichas citologías, por ello los trabajos publicados que evalúan el seguimiento a las mujeres con Cáncer cervicouterino son escasos.

---

## Justificación

La adherencia o apego está definida como la magnitud con la cual el paciente ejecuta las instrucciones médicas y procedimientos que con lleva el tratamiento de su patología.<sup>14</sup> El Cáncer Cervicouterino constituye una de las neoplasias malignas más frecuentes a nivel mundial, la cual requiere arduo seguimiento y vigilancia ante el cumplimiento del tratamiento establecido por los programas de control de cáncer cervicouterino.<sup>15</sup> Se sitúa en segundo lugar después del cáncer de mama en la población femenina y en tercer lugar en la población en general. Se registran anualmente 466,000 casos nuevos, a nivel mundial.<sup>16,7</sup>

En América Latina y el Caribe las tasas más altas de mortalidad por esta causa las poseen Haití, Nicaragua y Bolivia.<sup>17</sup> En Nicaragua pese al libre acceso que se tiene a la Citología Cervical para su prevención y detección temprana, las acciones y estrategias desarrolladas para la promoción de la salud en la mujer aún son escasas. Tal situación conlleva a diagnósticos en etapas avanzadas de la enfermedad que impiden la adherencia al programa de control y culminan con la muerte de la paciente.<sup>18</sup>

Múltiples estudios realizados en el país evalúan la importancia de la realización de la prueba de Papanicolaou, dejando de un lado el seguimiento adecuado y cercano que debe darse frente al diagnóstico de Cáncer. Por ello el presente estudio pretende analizar aquellos factores que contribuyen a la adherencia al programa de seguimiento de las lesiones pre malignas y Cáncer cervicouterino en el HEODRA y su transcendencia en la vida personal de la mujer afectada.

Actualmente se carece de estudios similares, es por esto que podrán utilizarse los hallazgos identificados como base para la elaboración de estrategias y medidas de alcance para la población de mujeres en riesgo. Así mismo permitirá evaluar el grado de conocimiento e información que les ha sido brindado a las atendidas por el Programa de Detección Temprana y seguimiento de CaCu.

---

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La adecuada detección, brindar un adecuado tratamiento y el posterior seguimiento de las mujeres diagnosticadas con lesiones pre malignas y CACU, son acciones claves para la reducción de la mortalidad por esta causa en el país; por tanto el propósito de esta investigación es determinar la adherencia y los principales motivos del abandono en el proceso de seguimiento y tratamiento de esta patología.

### **Pregunta de investigación**

¿Cómo es la adherencia al programa de detección temprana y seguimiento de lesiones pre malignas y Cáncer Cervicouterino, así como los factores que la condicionan en las mujeres atendidas en el departamento de Gineco-Oncología del HEODRA en el período de Febrero a Junio 2017?

---

## **OBJETIVO GENERAL**

- Determinar la adherencia al programa de detección temprana y seguimiento de lesiones pre malignas y Cáncer Cervicouterino, así como los factores que le condicionan en las mujeres atendidas en el departamento de Gineco-Oncología del HEODRA en el período de Febrero a Junio 2017.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Describir las características sociodemográficas de la población a estudio.
2. Determinar la adherencia al programa de detección temprana y seguimiento de lesiones pre malignas y Cáncer Cervicouterino.
3. Identificar los motivos que condicionan la adherencia, posterior al diagnóstico de lesión pre maligna o cáncer cervicouterino.

---

## MARCO TEÓRICO

### Definición

El cáncer es una neoplasia que se caracteriza por el crecimiento incontrolado de células anaplásicas que tienden a invadir el tejido vecino y causar metástasis a distancia. Cada cáncer se distingue por su naturaleza, localidad o curso clínico de la lesión.<sup>2,18</sup>

El Cáncer Cérvico Uterino es el resultado final de una serie de alteraciones progresivas en las células epiteliales, que ocurre en la Unión Escamo-Cilíndrica y Zona de Transformación del cuello uterino.<sup>19,20</sup>

La adherencia o apego ha sido definida por la OMS como “El grado en que la conducta de un paciente, en relación a la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación en los hábitos de vida, se ajusta a las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario”<sup>21</sup>. Más concretamente, la International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research, la define como “La medida en que el paciente toma la medicación tal y como le ha sido prescrita (en dosis e intervalo posológico)”.<sup>22</sup>

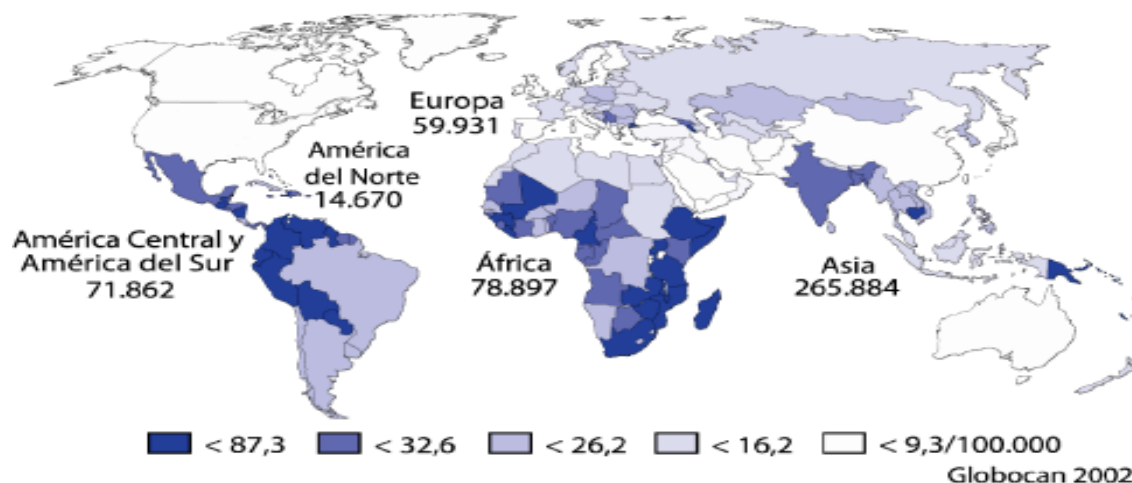
### Epidemiología

En América Latina y en México el 70% de los casos son diagnosticados en etapas localmente avanzadas (IB2-IVA), y en más del 90% corresponden al tipo epidermoide. La historia natural de esta enfermedad implica la progresión gradual por etapas intraepiteliales preinvasoras (neoplasias intraepiteliales-NIE-I, II y III o carcinoma in situ (CIS), de acuerdo a la proporción del grosor del epitelio cervical comprometido.<sup>20</sup>

Sin embargo en Nicaragua, así como en la mayoría de los países latinoamericanos dicha condición es diagnosticable y prevenible debido a la accesibilidad del cuello uterino al estudio celular e histológico, así como a la exploración física.<sup>17,18</sup> La realización de la Citología cervical o tinción de Papanicolaou constituye el método de elección, por su sencillez, bajo costo y fácil acceso a las usuarias, además que es la herramienta que ha reducido hasta en un 80 % la mortalidad por cáncer cervicouterino.<sup>2</sup>

---

## Cantidad de casos e incidencia del cáncer de cuello uterino



Fuente: Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM: International Agency for Research on Cancer (IARC - Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer). GLOBOCAN 2002: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide (Incidencia, mortalidad y prevalencia del cáncer en el mundo). Lyon, Francia: IARCPress; 2004; CancerBase N.º 5, versión 2.0.

### **Incidencia del cáncer cervicouterino:**

El cáncer cervicouterino es la neoplasia más común en países en vías de desarrollo, como Nicaragua. En el mundo se diagnosticaron 471,000 nuevos casos en sus diferentes etapas clínicas. De ellos 213,000 muertes fueron secundarias a la enfermedad, por lo que ocupa el primer lugar en incidencia y mortalidad.<sup>16,18</sup>

La sobrevivencia de las mujeres con CACU está fuertemente influenciada por el factor socioeconómico, lo que refleja la dificultad de acceso a programas organizados de detección precoz y tratamiento, especialmente en las regiones de Latinoamérica.<sup>23</sup>

### **Etiología**

La etiología del CaCu es multifactorial. Se desarrolla a partir de lesiones precursoras denominadas: Lesiones Intraepiteliales Escamosas, las cuales provocan la aparición de células atípicas en las capas basales del epitelio estratificado del cuello uterino, que progresivamente afecta más capas hasta la sustitución completa. Se estima que los factores más asociados a esta enfermedad son: Infección por VPH, antecedentes de más de 2 parejas sexuales, multiparidad, bajo nivel socioeconómico, entre otros.<sup>24</sup>

---

Con el desarrollo de técnicas en biología molecular para detectar la presencia de ADN del VPH en muestras citológicas se ha podido establecer el papel del VPH de alto riesgo (16 y 18) en la etiología del CaCu. Hoy en día, la infección con VPH ha sido propuesta como la primera causa necesaria para el desarrollo de CaCu.<sup>23</sup>

## **Virus del Papiloma Humano y su relación con CaCu**

Se han identificado más de 100 tipos de VPH, de éstos cerca de 40 son transmitidos sexualmente e infectan el aparato genital masculino y femenino. El VPH produce infecciones de piel y también afecta las mucosas del tracto ano genital, el oral (boca, garganta) y respiratorio.<sup>24</sup>

La infección por VPH es común, en la mayoría de las personas el organismo es capaz de eliminarla por sí mismo. Algunas veces, sin embargo, la infección no desaparece y se torna crónica, especialmente cuando es causada por los tipos de VPH de alto riesgo como los VPH 16 y 18.<sup>25</sup>

## **Clasificación del Virus del Papiloma Humano**

### **VPH de Bajo Riesgo**

Virus de papiloma humano de bajo riesgo se les llama a aquellos cuyo riesgo de provocar cáncer es bajo y son el VPH 6, 11, 40, 42, 53, 54 y 57. Los VPH que provocan verrugas genitales, también llamado condiloma acuminado y cresta de gallo, están en este grupo. Los tipos de VPH de bajo riesgo pueden causar cambios leves en el cuello del útero de una mujer. Estos cambios no conducen al cáncer. No son perjudiciales y desaparecen con el tiempo.<sup>26</sup>

### **VPH de Alto Riesgo**

Los virus de papiloma humano de alto riesgo son los que se encuentran con mayor frecuencia asociados en los casos de cáncer de cuello uterino e incluyen: El VPH 16, 18, 31, 35, 39, 45, 51, 52, 56 y 58. De estos tipos el VPH 16 y el 18 son los más importantes, dado que se encuentran con más frecuencia vinculados al cáncer cervicouterino. Por lo general, la infección de VPH de alto riesgo no causa problemas de salud a nadie.<sup>26,27</sup>



---

Pero, en ocasiones, la infección por este tipo de virus puede provocar cambios celulares. Con el tiempo, estos cambios celulares pueden conducir al cáncer, si no son tratados correctamente. Sólo la infección persistente de VPH de alto riesgo (aquella que no desaparece durante años) aumenta el riesgo de cáncer en las personas.<sup>28</sup>

## **Factores de Riesgo asociados al VPH para el Desarrollo de Cáncer Cervicouterino**

- Promiscuidad: Hay una fuerte asociación entre el número de parejas que han tenido tanto la mujer como su compañero a lo largo de su vida y la adquisición del VPH.<sup>29</sup>
- Actividad sexual a temprana edad.<sup>29</sup>
- Tener historial de otras enfermedades transmitidas sexualmente.<sup>29</sup>
- Pareja sexual con cáncer de pene.<sup>29</sup>
- Edad: La infección es más común en mujeres jóvenes sexualmente activas, de 18 a 30 años de edad, después de los 30 años decrece la prevalencia. El CaCu es más común después de los 35 años, lo que sugiere infección a temprana edad y progresión lenta a cáncer.<sup>30</sup>
- Uso prolongado de anticonceptivos orales: La región larga de control (LCR) por las siglas en inglés, en el genoma viral, contiene elementos de respuesta a glucocorticoides, inducibles por hormonas esteroidales como la progesterona. Estudios han reportado que el uso a largo plazo de los anticonceptivos orales podría aumentar hasta cuatro veces el riesgo de cáncer cervicouterino en las mujeres infectadas con el VPH y la alta positividad al DNA viral.<sup>30,31</sup>
- Persistencia viral: Común entre los tipos virales de alto riesgo y factor determinante en el desarrollo a cáncer. La persistencia puede inducir cambios genéticos secundarios dado que las proteínas virales interfieren con los puntos de control del ciclo celular e inducen inmortalización de los queratinocitos.<sup>32</sup>
- Predisposición genética: Representa el 27% del efecto de los factores subyacentes para el desarrollo del tumor. La herencia afecta la susceptibilidad a las infecciones por VPH, la capacidad para resolverla y el tiempo de desarrollo de la enfermedad.<sup>33</sup>

---

## Presentación Clínica

Las neoplasias preinvasoras y la invasión temprana pueden ser asintomáticas, por ello es necesario el tamizaje con evaluación citológica de endocérvix y exocérvix. Algunos síntomas que se pueden presentar son: Molestia postcoital, sangrado intermenstrual o postmenopáusico, descarga vaginal con mal olor, dispareunia, dolor pélvico que puede ser ocasionado por contracciones uterinas causadas por la acumulación de sangre menstrual en pacientes con oclusión del canal endocervical.<sup>26,27</sup>

El sangrado crónico leve puede ocasionar anemia en algunas pacientes. Un sangrado mayor es raro, pero se puede presentar en estadios avanzados. Se puede presentar dolor pélvico y edema de extremidades inferiores por oclusión de linfáticos o trombosis venosa de la vena iliaca externa, en casos avanzados, así como problemas con la micción y defecación. Se pueden presentar síntomas relacionados con metástasis a distancia y constitucionales en enfermedad muy avanzada.<sup>29</sup>

## Clasificación de las lesiones Preinvasoras

Existen un sinnúmero de lesiones del cérvix, las cuales pueden expresarse de la siguiente manera:<sup>17</sup>

- A. Clínica:** Son las que se observan a simple vista llamadas condilomas.<sup>17</sup>
  
- B. Subclínica:** Se evidencian solamente bajo la evaluación del médico/a con el uso de la colposcopia.<sup>17</sup>
  
- C. Latente:** Es la forma que solo se evidencia mediante técnicas de hibridación del ADN en individuos con tejidos clínicamente e histológicamente normales.<sup>17</sup>

En las últimas décadas se han usado diferentes términos para identificar cada una de las etapas pre-invasoras, lo que ha producido cierta confusión. Por esto es importante tener en cuenta la correlación de términos.<sup>17</sup>

Según cambios histológicos	Según espesor de la invasión	Según
<b>Displasia</b>	<b>Neoplasia Cervical Intraepitelial (NIC)</b>	<b>BETHESDA 2014</b>
Displasia leve	NIC I (Grado I)	Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (LSIL)
Displasia moderada	NIC II (Grado II)	
Displasia severa	NIC III (Grado III)	Lesión escamosa intraepitelial de alto grado (HSIL)
Cáncer in situ		

### **Clasificación de las lesiones Invasoras**

El manejo de los casos confirmados de cáncer invasor deberá ser hecho por el nivel de mayor resolución. La estadificación del Cáncer Invasor establecida en 1994 (FIGO) propone lo siguiente: <sup>17</sup>

#### **Carcinoma Preinvasor:**

**(Estadio 0):** Carcinoma in situ.

#### **Carcinoma invasor:**

**Estadio I:** Carcinoma estrictamente confinado al cuello uterino. <sup>17</sup>

**Estadio Ia:** Carcinoma preclínico de cuello uterino, diagnóstico microscópico <sup>17</sup>

**Ia1:** La invasión medida  $\leq 3$ mm en profundidad y  $\leq$  de 7mm extensión. <sup>17</sup>

**Ia2:** Extensión de la invasión estromal de 3-5mm de profundidad, y horizontal  $\leq 7$ mm. <sup>17</sup>

**Estadio Ib:** Lesión de mayor dimensión que el estadio Ia1, ya sea que se observe clínicamente. <sup>17</sup>

**Ib1:** Lesiones clínicas no mayor de 4cm. <sup>17</sup>

**Ib2:** Lesiones clínicas mayores de 4cm. <sup>17</sup>

---

**Estadio II:** Carcinoma se extiende más allá del cuello uterino pero no a pared pélvica, afecta el tercio superior de vagina. <sup>17</sup>

**IIa:** No hay afección obvia parametrial, afecta tercio superior de vagina. <sup>17</sup>

**IIb:** Afección parametrial obvia sin llegar a pared pélvica. <sup>17</sup>

**Estadio III:** Extensión hasta pared pélvica, afecta tercio inferior de la vagina, se incluyen los casos con hidronefrosis o exclusión renal. <sup>17</sup>

**IIIa:** Afecta tercio inferior de vagina, no se extiende a pared pélvica. <sup>17</sup>

**Estadio IV:** Se extiende más allá de la pelvis verdadera o clínicamente involucra la mucosa de vejiga o recto. <sup>17</sup>

**IV a:** Diseminación a órganos adyacente en la pelvis, vejiga y/o recto. <sup>17</sup>

**IV b:** Diseminación a órganos a distancia. <sup>17</sup>

## **Aspectos Generales de las Opciones de Tratamiento**

El manejo de las pacientes con lesión pre maligna y cáncer cérvico uterino, debe estar a cargo de un equipo multidisciplinario, sub-especialistas oncólogos, por lo que debe ser referida a un nivel de mayor resolución. <sup>34</sup> Existen líneas de manejo estándar de acuerdo a cada etapa clínica, sin embargo cada usuaria debe ser evaluada de manera particular. <sup>34</sup>

Actualmente la cirugía y la radioterapia continúan siendo el tratamiento estándar. En etapas tempranas Ib1 y IIa tanto la radioterapia como la histerectomía radical y la disección bilateral de ganglios linfáticos, resultan en un porcentaje de curación del 85- 90% y 75-80 % respectivamente. La selección del método dependerá de la evaluación integral de la usuaria. <sup>17</sup>

### **Tratamiento de la lesión Intraepitelial de Bajo Grado: <sup>17</sup>**

Los métodos utilizados son:

- Observación (seguimiento con citología)
- Crioterapia
- Excisión electro quirúrgica con ASA
- Vaporización Láser

---

En las LIE de Bajo Grado, posterior al tratamiento se realizará el primer control a los 3-4 meses, en la institución en donde se realizó la intervención, debe incluir citología e idealmente colposcopia, para confirmar el éxito del tratamiento. Posteriormente se realizará otro control a los seis meses y luego controles cada año, explicándole a la paciente con la mayor claridad posible el resultado y la importancia del seguimiento.<sup>17</sup>

### **Lesión Intraepitelial de alto grado:<sup>17</sup>**

Se evalúa cada caso según la paciente, si estas son jóvenes con deseo de embarazo, y portadoras de lesiones pequeñas, exocervicales se les ofertará:

- Crioterapia
- Vaporización laser
- Asa térmica.

Si la paciente cumplió su deseo reproductivo, o se encuentra en etapa peri menopáusica se realizará:

- Histerectomía abdominal extrafascial simple.

En las LIE de Alto Grado se realizará el primer control a los 3-4 meses, debe incluir citología e idealmente colposcopia, para confirmar el éxito del tratamiento. Luego se controlarán cada 4-6 meses durante los dos primeros años, mediante examen ginecológico y citología, los controles posteriores se harán con citología cada año.<sup>17</sup>

### **Cáncer cervicouterino en etapa Ia:**

**I a. 1:** El diagnóstico debe ser realizado a través de un cono biopsia con márgenes libres y en el que no se observe invasión de los vasos sanguíneos ni linfáticos.<sup>17</sup>

**1) Histerectomía total ampliada tipo I:** La Ooforectomía debe posponerse para usuarias jóvenes.<sup>17</sup>

**2) Conización:** Puede ser apropiada en usuarias que desean preservar su fertilidad.<sup>17</sup>

**3) Radiación intracavitaria sola (Braquiterapia):** Deberá reservarse para usuarias que no son candidatas quirúrgicas.<sup>17</sup>

---

### **I a. 2:**

- 1) **Quirúrgico:** Se recomienda la histerectomía radical tipo II con disección de ganglios linfáticos pélvicos debido al riesgo conocido de hasta un 10% de metástasis de los ganglios linfáticos.<sup>17</sup>
- 2) **Radiación intracavitaria sola (Braquiterapia):** Deberá reservarse para usuarias que no son candidatas quirúrgicas.<sup>17</sup>

### **Cáncer Cérvico uterino en etapa Ib1 y IIa:**

- 1) **Histerectomía radical y linfadenectomía bilateral pélvica.** En usuarias premenopáusica realizar ooforopexia. Mujeres entre 40 y 45 años se dejan ovarios sin ascenderlo y en mayores de 45 años se aconseja practicar ooforectomía bilateral.<sup>17</sup>
- 2) **Radioterapia Radical:** Teleterapia (Radioterapia Externa) combinada con Braquiterapia.<sup>117</sup>
- 3) **Irradiación pélvica total postoperatoria más quimioterapia después de una histerectomía radical y una linfadenectomía bilateral pélvica:** En aquellas usuarias con ganglios pélvicos positivos, compromiso mayor del 50% del estroma cervical.<sup>17</sup>
- 4) **Radioterapia más quimioterapia con cisplatino o cisplatino /FU-5:** Para usuarias seleccionadas por un comité multidisciplinario

### **Cáncer Cérvico uterino en etapa Ib2, IIb, III, IVa:**

- 1) **Radioterapia Radical:** Radioterapia Externa combinada con Braquiterapia.<sup>17</sup>
- 2) **Radioterapia más quimioterapia con cisplatino o cisplatino /FU-5** para usuarias seleccionadas por un comité multidisciplinario.<sup>17</sup>

### **Cáncer Cérvico uterino en etapa IVb:**

No existe tratamiento estándar para usuarias con cáncer Cérvico uterino en etapa IVb que proporcione paliación substancial, se deberá tomar en cuenta su estado general y sitios afectados.<sup>17</sup>

### **Opciones de tratamiento:**

- 1) **Radioterapia Paliativa:** La irradiación puede emplearse para paliar la enfermedad central o metástasis distantes.<sup>17</sup>
- 2) **Quimioterapia:** Para usuarias seleccionadas por un comité multidisciplinario.<sup>17</sup>

---

## **Seguimiento de la mujer con cáncer Cérvico uterino:**

Para facilitar el seguimiento de las usuarias a través del tiempo es básica la identificación y archivo apropiado de los expedientes clínicos y mantener actualizados los diferentes formularios y registros diseñados para la atención de las usuarias según los resultados de la citología.<sup>2</sup>

Los puntos clave del seguimiento al tratamiento de la paciente está enfocado a la realización de ciertas actividades como:<sup>2</sup>

- Examen general, ginecológico y citología trimestral los dos primeros años, semestral del tercero al quinto año y luego anual.<sup>2</sup>
- Radiografía de tórax anual, exámenes de laboratorio anual.<sup>2</sup>
- Ultrasonido abdominal y pélvico semestral los 2 primeros años, luego anual por 5 años.<sup>2</sup>

## **Programa Nacional de Seguimiento y Vigilancia de Cáncer Cervicouterino**

Desde el 2008, el cáncer Cérvico-uterino cuenta con un sistema nacional de seguimiento y vigilancia en Nicaragua. Sin embargo, las intervenciones para el abordaje de la problemática desde su prevención se han desarrollado en los últimos años, sobre todo a través de la realización del Papanicolaou.<sup>35</sup>

Fue creado con el objetivo de “Aumentar la sobrevivencia de las personas adultas mayores, mediante el diagnóstico precoz, tratamiento adecuado y oportuno de las afecciones crónicas, como el cáncer Cérvico uterino y de mamas”<sup>35</sup>

Algunas acciones relevantes en términos de políticas y normativas para la prevención del cáncer Cérvico-uterino, incluyen la implementación de la Alianza Nacional para la Prevención del Cáncer Cérvico-uterino, conformada por el MINSA, organizaciones no gubernamentales y otros actores relevantes para la atención y prevención de la enfermedad en el país.<sup>2</sup>

En el 2006 se creó el Comité Nacional para la Prevención y Control del Cáncer Cérvico-uterino, cuya función específica era coordinar acciones e intervenciones para prevenir, diagnosticar y tratar la enfermedad. Dos años después se puso en marcha un sistema de Vigilancia para la Prevención del Cáncer ginecológico (SIVIPCAN), acompañado de un plan estratégico nacional, la actualización de la Norma Nacional para la prevención y varios manuales de capacitación.<sup>17</sup>

---

Con el objetivo de mejorar la cobertura de la atención de las mujeres diagnosticadas con cáncer Cérvico uterino se formó la “Alianza Nacional para la Prevención del Cáncer Cérvico-uterino”, en el 2010, fué implementado por el Centro de Mujeres IXCHEN. Esta intervención cubrió más de 75 municipios a nivel nacional durante el periodo 2005- 2008 en el cual se realizaron pruebas de Papanicolaou a mujeres, desde sus unidades móviles y en sus centros de atención entre el 2010 y 2011. <sup>35</sup>

Los programas de Detección Temprana, han contribuido de manera significativa a la reducción de la Morbi-mortalidad, pues el diagnóstico precoz ofrece la posibilidad de tratamiento exitoso un menor costo para los Servicios de Salud y las usuarias las acciones desarrolladas hasta el momento han sido insuficientes y se ha dado respuesta, más al daño que a la prevención. <sup>17</sup>

### **Adherencia terapéutica al tratamiento**

La adherencia, cumplimiento o apego ha sido definida por la OMS como “El grado en que la conducta de un paciente, en relación a la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación en los hábitos de vida, se ajusta a las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario”. <sup>22</sup>

La falta de la adherencia en los tratamientos crónicos es un problema universal y real que compromete la efectividad de los mismos y se traduce en unos peores resultados en salud con un impacto negativo en el gasto sanitario. Según la OMS, se estima que la adherencia media a tratamientos crónicos en países desarrollados ronda el 50%; aunque si no medimos la adherencia de forma continuada desconocemos la magnitud “real” del problema en el entorno. <sup>22,18</sup>

El incumplimiento es la principal causa que evita la obtención de todos los beneficios que los medicamentos pueden proporcionar a los enfermos. A este respecto, la falta de adherencia es la herramienta que se utiliza para considerar la magnitud con la que el paciente sigue o no las instrucciones médicas, lo cual implica la falta de aceptación de un diagnóstico y su incidencia en el pronóstico; cuando el seguimiento de las instrucciones es negativo, el pronóstico empeora y los resultados pueden ser desfavorables. <sup>36</sup>

En 1992 Buchanan clasifica la adherencia como:

- a) Reducida: Cumplimiento mínimo del 25% del tratamiento.
- b) Parcial: Se define cuando el, cumplimiento se lleva a cabo entre el 25 y 50%
- c) Elevada, cuando el cumplimiento se sitúa en un 75% o superior a este. <sup>37</sup>



---

La adherencia al tratamiento implica también aceptar el diagnóstico correspondiente a la propia enfermedad, ya que esto lleva al enfermo al éxito y a un pronóstico favorable.

Ocurre lo contrario cuando el paciente no se apega a su diagnóstico e, incluso, puede llegar a ser señalado o excluido dentro de una sociedad por su enfermedad. El incumplimiento puede ocasionar: Molestias o efectos secundarios propios del tratamiento, un costo elevado, decisiones basadas en juicios de valores personales, creencias religiosas, culturales, alteración en rasgos de personalidad, estilos de afrontamiento anómalos, entre otras.<sup>38</sup>

Hay otros autores que mencionan factores implicados en el incumplimiento, y los clasifican en:<sup>39</sup>

- ✓ **Factores relacionados con el tratamiento:** En el tratamiento farmacológico debe existir una total y completa armonía entre los factores relacionados con: La eficiencia, dosis y tiempo de acción, duración y complejidad, costos y vía de administración del fármaco para de esta forma obtener resultados positivos en el paciente.<sup>39</sup>
- ✓ **Factores relacionados con el entorno del paciente:** Influye la actitud de la familia, de la persona enferma y su tratamiento, la relación paciente con el profesional de medicina o enfermería; influye, también, la supervisión y el soporte socio familiar.<sup>39</sup>
- ✓ **Factores relacionados con el equipo terapéutico:** Ésta es la relación del paciente y el profesional de la salud, ya sea paciente/médico, o bien, paciente/enfermera; la actitud frente al médico, ante la enfermedad, y el tratamiento.<sup>39</sup>

## **Test de medición del cumplimiento o adherencia utilizados en la práctica clínica**

El incumplimiento a los programas de atención constituye un importante problema asistencial que puede afectar a la salud de los pacientes y es una de las posibles causas del fracaso de los tratamientos.<sup>40</sup> Esto conlleva a serios problemas en calidad de vida del paciente, aumento del costo de atención para el sistema de salud y, sobre todo, contribuye a que no se consigan resultados clínicos positivos.<sup>41</sup>

Para facilitar la valoración del cumplimiento, se dispone de una serie de métodos apoyados en la entrevista clínica, en los que, de forma directa, se le pregunta al enfermo sobre su cumplimiento. Estos procedimientos son métodos muy fiables si el paciente se confiesa mal cumplidor y, por

---

tanto, poseen un alto valor predictivo positivo. No obstante, al comparar este método con otros más exactos, se observa que hay un número importante de enfermos que mienten cuando dicen que toman toda la medicación (bajo valor predictivo negativo).<sup>42</sup>

Es evidente que la identificación de los pacientes incumplidores resulta fundamental; por ello, los profesionales de la salud deben aplicar estos métodos, incorporándolos a la práctica asistencial diaria.<sup>43</sup>

Se plantea una revisión con un sinnúmero de test que se pueden utilizar en la valoración del incumplimiento a los programas que son aplicables, sencillos y que no requieran de un gran esfuerzo y tiempo en la práctica clínica por los profesionales de la salud. Entre ellos los más destacados son:<sup>43</sup>

- **Test de Prochaska-Diclemente:** En este test se consideran incumplidores aquellos individuos que se encuentran en las fases de pre contemplación, contemplación y preparación, mientras que son cumplidores quienes se encuentran en las fases de acción y mantenimiento.<sup>41</sup>
- **Test de Hermes:** Es un cuestionario que valora el cumplimiento de la terapia y como esta es percibida por el paciente.<sup>44</sup>
- **Test de Herrera Carranza:** Propone preguntas dirigidas a los pacientes, que pueden contribuir a mejorar la vigilancia del cumplimiento en la farmacia comunitaria, aplicado en su mayoría a pacientes con enfermedades crónicas.<sup>45</sup>

Una de las ventajas más significativas de estos métodos indirectos es que sirven para investigar y valorar el cumplimiento en condiciones reales de la práctica clínica, por lo que contribuyen al conocimiento de la efectividad terapéutica o el cumplimiento asistencial al programa. Por ello, los profesionales de la salud deben integrar estos test en su actividad clínica habitual.<sup>46,47</sup>

---

## **Factores asociados al abandono del programa de seguimiento y vigilancia de CaCu:**

Los factores asociados al seguimiento incluyen:

Reporte de resultado, comunicación médico- paciente, toma de decisiones, organizar citas médicas y la adherencia de la paciente al tratamiento. <sup>18</sup>

A su vez la adherencia requiere que la paciente entienda el tratamiento a realizarse una vez dado el diagnóstico, así como la preparación para ser referido a otra unidad de mayor resolución. <sup>47</sup>

En estudios realizados en México, se ha encontrado que el 26% de las mujeres que abandonan el proceso de atención lo hacen en la etapa de tamizaje. El 57% abandona en la etapa de diagnóstico y el 16% se realiza biopsia con confirmación de la presencia de lesión precancerosa (NIC I- II- III) pero no realizaron el tratamiento. <sup>20</sup>

Existen dos tipos de abandono:

- a) Abandono del servicio de origen: La mujer deja de concurrir al servicio al cual obtuvo el diagnóstico de PAP anormal o al que fue derivada para la biopsia y continua el proceso en un servicio privado, una obra social u otra jurisdicción. <sup>10</sup>
- b) Abandono del proceso de atención: La mujer, en algún punto del proceso de atención, deja de concurrir los servicios de salud y abandona todo el curso de la acción. <sup>10</sup>

**Los principales motivo de abandono son:** <sup>6</sup>

1) Motivos relacionados con la organización y funcionamiento del sistema de salud. <sup>6</sup>

- Falta de priorización de la salud reproductiva femenina
- Atrasos en la entrega de resultados
- Suspensión en la atención
- Largos tiempos de espera para la consulta

2) Motivos relacionados con el proceso de atención: <sup>6</sup>

- Problemas en la comunicación entre médico y mujeres
- Malas experiencias en la atención

3) Motivos subjetivos: <sup>6</sup>

- Miedo a la muerte
- No creen en los resultados o en el tratamiento
- Negación o ausencia de síntomas

- 
- No considerar necesario volver a la consulta

4) Motivos personales/familiares:<sup>6</sup>

- Abandono de la pareja
- Separaciones/ divorcios
- Fallecimiento de hijos

5) Motivos laborales:<sup>6</sup>

- Falta de permisos en el trabajo para acudir a las consultas

6) Motivos relativos a la carga de trabajo doméstico y al traslado:<sup>6</sup>

- Cuidado de los hijos
- Falta de dinero para el traslado
- Lejanía Geográfica

Para que un programa de detección de cáncer cervicouterino logre reducir la mortalidad por esta causa se deben cumplir dos premisas fundamentales:<sup>13</sup>

1. Que se cuente con las facilidades necesarias para realizar el diagnóstico de todos los casos con citología positiva
2. Que una vez establecido el diagnóstico, se aplique el tratamiento.

De otra manera no se podrá modificar la historia natural de la enfermedad y los esfuerzos, y los costos del programa de detección, resultan inútiles. Se espera que la mujer cumpla con las visitas que se requieren para la toma de la muestra, obtención del resultado, realización de la colposcopia- biopsia y el tratamiento en un periodo máximo de tres meses.<sup>13</sup>

Como trabajadores de la salud comunitaria debería existir comunicación entre enfermeras, médicos, personal de laboratorio y especialistas al recibir resultados de PAP test, para así evitar la pérdida de la información, ya sea en el mismo nivel de atención de salud o buscando niveles muy especializados dependiendo de lo que se encuentre en el tamizaje.<sup>46</sup> Es decir llevar una continuidad estricta del caso, que es una de las competencias del médico familiar. Pues su gestión orientada al paciente se basa en la calidad: La mejoría continua del servicio, con la participación de todo el personal de salud, con una visión a largo plazo, desarrollando cooperación con responsabilidad pública, a través de una organización horizontal o global.<sup>46,47</sup>

---

## MATERIALES Y METODOS

**Tipo de estudio:** Descriptivo de corte transversal.

**Área de estudio:** Departamento de Gineco-oncología del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello.

**Periodo de estudio:** Estudio realizado en el periodo de Febrero a Junio del 2017

**Población de estudio:** Mujeres atendidas en el departamento de Gineco-oncología del HEODRA, que acuden al seguimiento de lesiones pre malignas y Cáncer cervicouterino.

**Muestra:** 105 mujeres registradas en el programa de CaCu, que accedieron a participar en el estudio, durante el periodo de Febrero a Junio 2017.

### **Fuente de información:**

**Primaria:** Utilización de encuesta, para recolectar los datos de información brindados por cada una de las participantes.

**Secundaria:** Uso de libros, artículos e investigaciones realizadas sobre el tema. Así como el registro de pacientes diagnosticadas con lesiones premalignas y CaCu.

### **Recolección de la información**

Se realizó la búsqueda del total de mujeres atendidas en el departamento de Gineco- oncología para la detección y seguimiento de cáncer cervicouterino gracias a la autorización de la dirección del hospital, a través de la solicitud formal al sistema de estadísticas del HEODRA. Luego se procedió a formular una encuesta para la aplicárselas a cada una de estas pacientes.

Dicha encuesta consta de cuatro acápites, descritos a continuación:

1. **Ficha de recolección de datos sociodemográficos**, este incluye: Edad, ocupación, escolaridad, número de hijos, estado civil, y procedencia.

---

2. **Preguntas orientadas a los antecedentes ginecológicos de la paciente;** entre ellas se incluye:

- Visita regular al ginecólogo
- IVSA
- Antecedente de infección por VPH
- Inicio de la menopausia
- Realización y frecuencia de la prueba de Papanicolaou
- Tiempo desde el diagnóstico de CACU.
- Numero de compañeros sexuales.

3. **Test de Hermes:** Evalúa la adherencia terapéutica a determinada patología, este consta de 8 preguntas, donde se valoraran los ítems 1, 3, 7,8. Una vez completada esta parte se designa como cumplidores o adherentes aquellos casos que tengan de 3-4 puntos.

4. **Lista de los principales motivos de abandono del seguimiento al programa de detección y seguimiento de Cáncer cervicouterino:** <sup>7</sup>

A continuación se le presenta a la encuestada una lista de los principales motivos relacionados al abandono del seguimiento de cáncer cervicouterino los cuales deberá marcar según su situación, organizados de la siguiente manera:

- Relacionados a la organización y funcionamiento del sistema de salud
- Motivos subjetivos de abandono
- Motivos personales/ familiares de abandono
- Motivos laborales y de traslado.

#### **Análisis de la información:**

Una vez completadas las encuestas, se realizó un control de calidad por parte de los autores, esto con el objetivo de verificar el completo llenado a fin de conservar la significancia estadística del estudio, posteriormente la información fué registrada en el programa estadístico “SPSS” versión 21; donde se construyó una base de datos con la información recolectada. Luego se procedió a realizar un análisis Univariado de los datos, que incluyó medidas de tendencia central, medidas de dispersión y distribuciones de frecuencia.

---

También se realizó análisis Bivariado para el cruce de las variables, utilizando como prueba de asociación la razón de prevalencia (OR), y para significancia estadística el intervalo de confianza al 95% y “valor de P”.

**Criterios de inclusión:**

Edad: Mayores de 20 años

Población: Programa de CaCu

Lugar: HEODRA

Mujer que acepte llenar la encuesta.

**Criterios de exclusión:**

Mujeres no registradas en el programa de detección temprana y seguimiento de CaCu

Mujeres que rehúsan a participar en el estudio.

**Factores de confusión:**

Entre los factores de confusión se incluyen la edad, el tiempo de evolución desde el diagnóstico de CaCu, inicio del tratamiento y las condiciones de abandono al tratamiento de cada paciente. Estos factores fueron controlados a través de un muestreo aleatorio estratificado esto con el fin de seleccionar correctamente la muestra mediante cada estrato. Así mismo con el uso de preguntas cerradas en el instrumento de recolección de datos.

## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	DEFINICIÓN	VALOR
Edad	Tiempo de existencia de una persona, desde que nace hasta que muere.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 20- 34 años</li> <li>• 35- 49 años</li> <li>• 50-64 años</li> <li>• 64 a más</li> </ul>
Estado Civil	Conjunto de circunstancias personales que condicionan a la persona a tener o no una pareja	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Casada</li> <li>• Unión libre</li> <li>• Divorciada</li> <li>• Viuda</li> </ul>
Escolaridad	Nivel de preparación educativo de cada persona	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analfabeta</li> <li>• Primaria incompleta</li> <li>• Primaria completa</li> <li>• Secundaria incompleta</li> <li>• Bachiller</li> <li>• Universitaria</li> </ul>
Religión	Conjunto de creencias religiosas, normas de comportamiento y ceremonias de determinado grupo de individuos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ninguna</li> <li>• Católica</li> <li>• Evangélica</li> <li>• Otra</li> </ul>
Nivel Socioeconómico	Jerarquía que tiene una persona basada en los ingresos económicos, educación y ocupación que tiene la persona mensualmente  Según el banco central de Nicaragua.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alto: &gt; C\$ 40,000</li> <li>• Medio: C\$ 14,000-39,000</li> <li>• Bajo: C\$ 4,500- 13,999</li> <li>• Muy bajo:</li> <li>✓ Pobre: C\$ 980-4000</li> <li>✓ Pobreza extrema: C\$ 500-900</li> </ul>



Procedencia	Designa el origen de una persona.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Urbana</li> <li>• Rural</li> </ul>
Adherencia al programa de detección y seguimiento de lesiones pre malignas y CaCu	Es la magnitud con la cual el paciente ejecuta las instrucciones médicas y procedimientos que con lleva el tratamiento de su patología. Es resultado del puntaje obtenido en los ítems 1, 3,7 y 8 del Test de Hermes incluido en la encuesta.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adherente : 3-4 puntos</li> <li>• No adherente: 0-2 puntos</li> </ul>
Diagnóstico de lesión pre maligna o CaCu a través de Papanicolaou y confirmado con colposcopia y/0 biopsia	Pruebas diagnósticas que recogen muestras de las células del cérvix, para la detección temprana de CACU.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Según la clasificación Bethesda 2014: Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (LSIL) Lesión escamosa intraepitelial de alto grado (HSIL)</li> </ul>
Tratamiento quirúrgico recibido	Es el conjunto de acciones coordinadas para extirpar por cirugía la patología a tratar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>
Reacciones adversas al tratamiento	Cualquier respuesta a un fármaco que es nociva, no intencionada y que se produce a dosis habituales del fármaco.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>
Atraso en entrega de resultado	Acción y resultado de retrasar con la entrega de documentos necesarios para la evaluación de la paciente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>
Suspensión en la atención	Tiempo y lugar en el cual no habrá prestaciones de servicio.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>
Largo tiempo de espera	Tiempo estipulado o adecuado para prestar un servicio.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>
Miedo a la muerte	Sensación tensa o de ansiedad de la paciente a ser diagnosticada con cáncer.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>

Negación al diagnóstico	Impedimento o negación a padecer una enfermedad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>
Ausencia de síntomas	Paciente asintomático pese a diagnóstico de Cáncer cervicouterino	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>
No considera necesario regresar	Es rehusar o negarse a recibir un servicio.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>
Abandono de la pareja	Es el acto de abandonar: dejar a alguien o algo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>
Fallecimiento de hijos	Deceso o muerte de un hijo o hija.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>
Desintegración familiar	Separación de uno o varios miembros del núcleo familiar.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>
Violencia intrafamiliar	Tipo de violencia que ocurre entre miembros de una familia, y que puede ser psíquica o física.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>
Discriminación	Es separar, excluir o tratar como un ser inferior, por ciertas características físicas, ideas, religión, cultura, orientación sexual, posición económica, u otros motivos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>
Falta de permiso laboral	Incapacidad de una institución para conceder permiso a las empleadas para la realización de su tratamiento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>
Cuidado de los hijos	Promover y brindar soporte a la actividad física y psíquica de un hijo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>
Falta de dinero para el traslado	Recursos escasos para la estabilidad económica de un individuo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>
Lejanía geográfica	Distancia extensa del lugar de residencia al lugar de seguimiento del programa.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>

---

## **Consideraciones éticas**

Según la declaración de Helsinki se realizó entrega a cada una de las participantes del consentimiento informado para su participación voluntaria, brindándoles la información adecuada sobre el estudio y la utilidad de sus respuestas. Para de esta forma, cumplir con el objetivo de las investigaciones de mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas para tratar una enfermedad.

Se garantizó la confidencialidad de la información recopilada, la cual fue utilizada únicamente con fines académicos. Respetando principios de privacidad y confidencialidad.

**Confiabilidad de los datos:** Se utilizó codificadores previamente establecidos para manejar las encuestas. Todos los materiales y documentación se mantuvieron en un lugar seguro con acceso restringido.

**Sesgos:** Correspondieron a sesgos de información, ya que algunas encuestadas no recordaban exactamente hace cuánto tiempo habían sido diagnosticadas, tiempo de padecer los síntomas, ni la duración en las distintas opciones de tratamiento (Conizaciones, Quimioterapia, radioterapia, Braquiterapia, etc.); sin embargo, este sesgo se redujo en gran cantidad gracias a la ayuda de algún familiar y/o acompañante, además del uso de preguntas cerradas en el instrumento de recolección de datos.

## RESULTADOS

El presente estudio ha sido realizado en el departamento de Gineco- Oncología del HEODRA, el periodo de recolección de muestra fue de Febrero a Junio 2017 donde se incluyeron a 105 mujeres que cumplían con las características necesarias para participar en el estudio, excluyendo a todas aquellas pacientes que acudían a la consulta pero no cumplían con los criterios de inclusión.

**Tabla 1. Datos sociodemográficos de las pacientes con lesiones premalignas y CaCu.**

Variable	No Adherentes (47)		Adherentes (58)		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
<b>Edad</b>						
20 a 34 años	12	25.5	12	20.6	24	22.9
Mayores de 35	35	74.4	46	79.3	81	77.1
<b>Estado civil</b>						
Soltera	15	31.9	21	36.2	36	34.4
Casada	12	25.5	22	37.9	34	32.3
Unión estable	13	27.6	10	17.2	23	21.9
Viuda	7	14.8	5	8.6	12	11.4
<b>Procedencia</b>						
Rural	19	40.4	20	34.4	39	37.2
Urbana	28	59.5	38	65.5	66	62.8
<b>Religión</b>						
Ninguna	0	0	2	3.4	2	1.9
Católica	27	57.4	35	60.3	62	59.0
Evangélica	20	42.5	19	32.7	39	37.2
Otros	0	0	2	3.4	2	1.9
<b>Nivel socioeconómico</b>						
Muy Bajo	36	76.5	44	75.8	80	76.2
Bajo	11	23.4	14	24.1	25	23.8

<b>Escolaridad</b>						
Analfabeta	5	10.6	1	1.7	6	5.7
Primaria incompleta	10	21.2	19	32.7	29	27.6
Primaria completa	5	10.6	7	12.0	12	11.4
Secundaria incompleta	8	17.0	12	20.6	20	19.1
Secundaria completa	9	19.1	10	17.2	19	18.1
Estudios superiores	10	21.2	9	15.5	19	18.1

(N=105 **Fuente:** Primaria).

En los hallazgos sociodemográficos de la población estudiada, se encontró que el mayor número de participantes son mujeres mayores de 35 años con una edad media de 45 años, de las cuales el 79.3% son adherentes al programa de detección temprana y seguimiento de CaCu.

Así mismo, el 36.2% de encuestadas adherentes se encontraron solteras; y proceden del área urbana en un 65.5%. La religión católica fué la más mencionada con un 60.3% de participantes que profesan esta religión. Dichas mujeres en un 75.8% fueron clasificadas como muy bajo nivel socioeconómico de acuerdo a los ingresos referidos y 32.7% cuentan con estudios de primaria incompleta. (Tabla 1).

**Tabla 2: Datos Gineco-Obstétricos de las pacientes con lesiones premalignas y CaCu que acudieron a la consulta externa del HEODRA de marzo a junio 2017.**

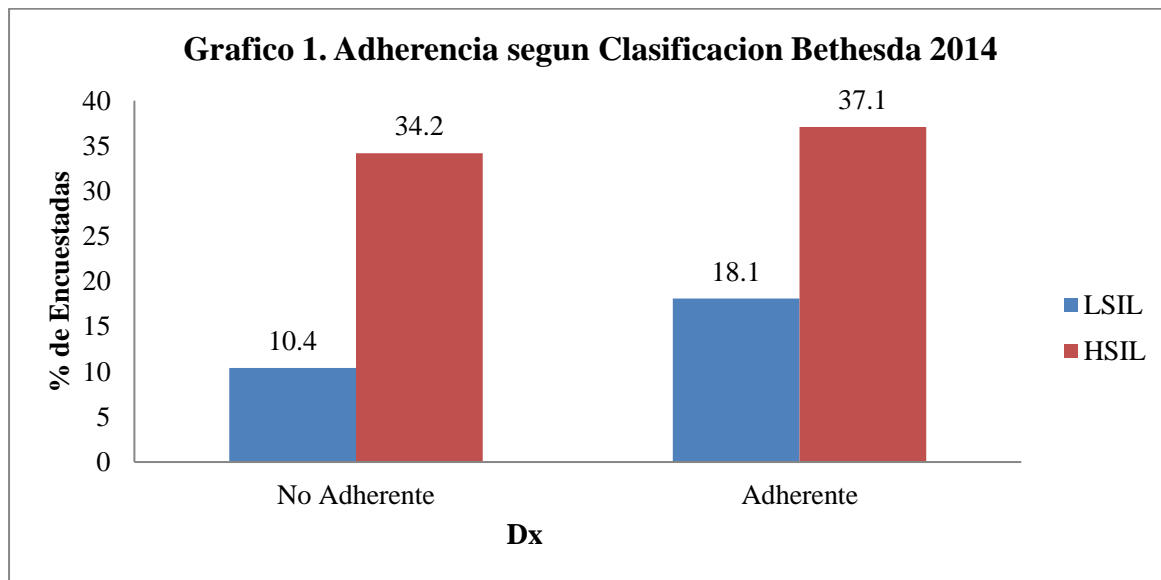
<b>Variable</b>	<b>No adherentes (47)</b>		<b>Adherentes (58)</b>		<b>Total</b>	
	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
<b>Inicio de Vida sexual</b>						
<b>&lt;18 años</b>	39	82.9	46	79.3	85	80.4
<b>≥18 años</b>	8	17.0	12	20.6	20	19.0
<b>Menopausia</b>	23	48.9	28	48.2	51	48.5
<b>Antecedente de infección por VPH</b>	33	70.2	40	68.9	73	69.5

<b>Más de 3 compañeros sexuales</b>	15	31.9	18	31.0	33	31.4
<b>No acuden al ginecologo</b>	29	61.7	21	36.2	50	47.6
<b>No se han realizado PAP</b>	13	27.6	4	6.8	17	16.1

(N=105 Fuente: Primaria)

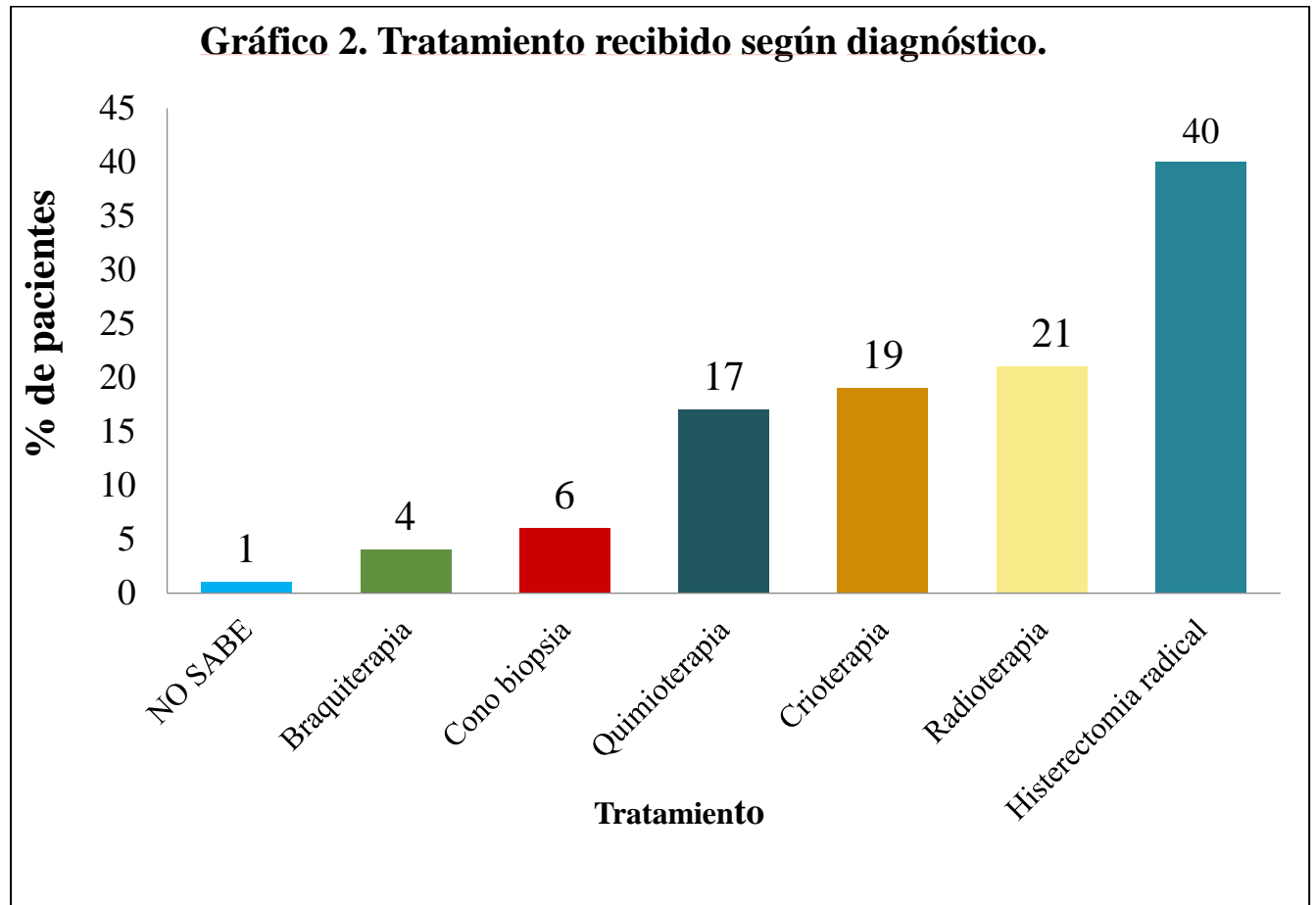
Con respecto a los datos Gineco Obstétricos (tabla 2); se encontró que el 80.4% del total pacientes inició su vida sexual antes de los 18 años con una edad promedio de 16 años y un 69.5% poseen antecedente de infección por VPH.

Así mismo el 48.5% refirió menopausia, el 47.6% expresó no visitar con regularidad al ginecólogo. El 16.1% tampoco se realizan su citología cervical en fechas indicadas; y el mayor número de compañeros sexuales referidos fue de 1 a 2 en un 68.5%.



(Adherentes N=58, No Adherentes=47, Fuente: Primaria)

Al evaluar la adherencia total al programa de detección Temprana y Seguimiento de lesiones premalignas y Cáncer Cervicouterino en el HEODRA; se encontró que 55.2% de las mujeres si son adherentes, de las cuales 37.1% corresponden a pacientes diagnosticadas con HSIL; seguido de un 18.1% adherentes con diagnóstico de LSIL. (Gráfico 1).



(N=105 Fuente: Primaria)

En el gráfico 2, se observa la frecuencia total de los tratamientos utilizados luego del diagnóstico de CaCu. Encontrando que un total de 40 mujeres recibieron como tratamiento definitivo histerectomía radical, las cuales corresponden a mujeres mayores de 35 años diagnosticadas con Cancer in situ. Seguido de 21 mujeres que recibieron radioterapia, 17 recibieron quimioterapia y 4 mujeres fueron tratadas con Braquiterapia.

El resto de las lesiones premalignas fueron tratadas con crioterapia y 6 fueron tratadas con procesos de cono- biopsia.

**Tabla 4. Factores que condiciona la adherencia al Programa de detección temprana y seguimiento de Cáncer Cervicouterino.**

Variable		Adherentes		Total	RP	IC al 95%	Valor P
		NO	SI				
Tratamiento Quirúrgico	SI	23	22	45	1.27	0.83-1.94	0.257
	NO	24	36	60			
Reacciones adversas al tratamiento	SI	16	6	22	1.94	1.33-2.84	0.003
	NO	31	52	83			
Atraso en entrega de resultados	SI	8	1	9	2.1	1.5-3.05	0.005
	NO	39	57	96			
Suspensión en la Atención	SI	6	12	18	0.70	0.35-1.4	0.284
	NO	41	46	87			
Largo tiempo de espera	SI	25	10	35	2.27	1.5-3.4	0.000
	NO	22	48	70			
Problemas de comunicación Médico-Paciente	SI	3	6	9	0.72	0.28-1.87	0.471
	NO	44	52	96			
Mala experiencia en la atención	SI	20	26	46	0.95	0.61-1.46	0.815
	NO	27	32	59			
Miedo a la muerte	SI	17	33	50	0.62	0.39-0.98	0.034
	NO	30	25	55			
Negación	SI	7	15	22	0.66	0.34-1.26	0.170
	NO	40	43	83			
Ausencia de síntomas	SI	12	18	32	0.85	0.52-1.41	0.535
	NO	35	40	73			
No considerar necesaria la atención	SI	9	12	21	0.94	0.54-1.63	0.844
	NO	38	46	84			



<b>Abandono de la pareja</b>	SI	21	13	34	1.68	1.12-2.52	0.015
	NO	26	45	71			
<b>Fallecimiento de los hijos</b>	SI	1	2	3	0.73	0.93-2.61	0.167
	NO	46	56	102			
<b>Desintegración familiar</b>	SI	20	6	26	2.25	1.55-3.26	0.000
	NO	27	52	79			
<b>Violencia Familiar</b>	SI	14	18	32	0.96	0.60-1.54	0.890
	NO	33	40	73			
<b>Discriminación</b>	SI	18	3	21	2.48	1.76-3.49	0.000
	NO	29	55	84			
<b>Permiso Laboral</b>	SI	18	8	26	1.88	1.28-2.77	0.003
	NO	29	50	79			
<b>Cuidado de los hijos</b>	SI	15	21	27	0.89	0.56-1.42	0.645
	NO	32	37	78			
<b>Falta de dinero para el traslado</b>	SI	15	23	38	0.82	0.51-1.31	0.412
	NO	32	35	67			
<b>Lejanía Geográfica</b>	SI	19	3	22	2.56	1.81-3.61	0.000
	NO	28	55	83			

(N=105, Fuente: Primaria)

Se realizó un análisis Bivariado de aquellos factores que condicionan la no adherencia al programa de CaCu en las pacientes encuestadas.

Los factores “Reacciones Adversas”, “Abandono de la pareja” y “Permiso Laboral” aumentan la probabilidad de no ser adherente, ya que poseen razón de prevalencia superior a 1, y significancia estadística ya que el Intervalo de confianza del 95% no contiene a la unidad y el valor de P es menor de 0,05.

Así mismo los factores: “Atraso de los resultados”, “Largo tiempo de espera”, “Desintegración Familiar” “Discriminación” y “Lejanía Geográfica” aumentan 2 veces más la probabilidad que el paciente tenga no adherencia al programa y poseen significancia estadística ya que el Intervalo de confianza del 95% no contiene a la unidad y de igual forma el valor de P es menor a 0,05.

---

## DISCUSIÓN

El presente estudio evalúa la adherencia y los factores que la condicionan al programa de detección y seguimiento de las mujeres que son atendidas a la consulta externa del HEODRA, con diagnóstico de lesiones premalignas y Cáncer Cervicouterino.

Mediante el análisis de los resultados se determinó que el mayor grupo de edad que acude a la consulta son las mujeres de 35 a 49 años, en quienes se encontraron HSIL en un 60%, de estas 79.3 % son adherentes al programa; en el grupo de 20 a 34 años por el contrario predominaron las LSIL, con un 20.6% de adherencia. Esto gracias a la constante promoción en salud realizada por el MINSA en el país, que al igual que en otros países como en Argentina ha creado métodos de prevención de la enfermedad; así como la reformulación de sistemas de referencias y contra referencias que logren la mayor adherencia posible al tratamiento y evitar el abandono del proceso de seguimiento.<sup>2,6</sup>

El alto porcentaje de adherencia al programa por parte de las mujeres del área urbana se encuentra influenciado por el fácil acceso a los servicios de salud con el cual no se cuenta en el área rural que condiciona la asistencia esporádica de las pacientes de estas, coincidiendo con los datos reportados en Argentina y México donde se ha demostrado que la no adherencia está dada por habitantes de las zonas rurales, en su mayoría por problemas de salubridad, acceso y transporte hacia las unidades de salud.<sup>6,9</sup>

Los antecedentes de inicio de vida sexual antes de los 18 años e infección por VPH encontrados en gran proporción se relacionan con los datos reportados a nivel panamericano, confirmándolos como factor de riesgo en la población estudiada.<sup>17</sup> Y en cuanto a ocupación al igual que en estudios realizados en Argentina más del 50% de pacientes que incumplieron correspondían a amas de casa.<sup>11</sup>

Según el porcentaje de adherencia encontrado en este estudio 55.2% está en discordancia con estudios internacionales, donde el porcentaje de cumplimiento o adherencia fué menor.<sup>11</sup> Lo cual nos indica que las estrategias implementadas por el sistema de salud en Nicaragua están siendo

---

productivas concientizando sobre la detección temprana de la enfermedad, referidas y bien tratadas en las unidades de mayor resolución del país.<sup>2</sup>

En cuanto a los motivos de abandono, aquellos referidos en los estudios internacionales incluidos en el instrumento fueron encontrados en asociación a la no adherencia al programa, esto mediante la realización de pruebas estadísticas, dentro de estos destacó la presencia de reacciones adversas, las situaciones personales incluidas el abandono del cónyuge, la desintegración familiar y la discriminación al igual que problemas del sistema de salud como la entrega tardía de resultados y el largo tiempo de espera.<sup>6,9</sup>

Las principales limitaciones incluyen que no todas las mujeres agendadas acudían a sus consultas, llegando en días que no les correspondían, saturando la sala y por ende extendiendo el tiempo de atención. Tampoco se contaba con un registro confiable de las fechas de diagnóstico e inicio de tratamiento para cada paciente haciendo imposible determinar en qué etapa del proceso de seguimiento se encontraban. Así mismo ocurre con frecuencia la suspensión de la atención debido a problemas propios de la unidad de salud y organización interna del departamento.

Las fortalezas del estudio fueron que la población se seleccionó adecuadamente, incluyendo la edad mínima más prevalente mundialmente. Así mismo se utilizó un muestreo aleatorio estratificado donde se seleccionó de manera específica a la población de acuerdo a cada estrato (Edad, antecedente de VPH y diagnóstico de lesiones premalignas y CaCu). La disposición de las mujeres afectadas y de los docentes de Gineco-Oncología, los cuales nos brindaron información muy útil. Además, la población obtuvo información acerca del padecimiento de su enfermedad, el desarrollo de síntomas; así como también la importancia de cumplir con el tratamiento y realizar todos sus controles en la unidad de salud.

---

## CONCLUSIONES

1. Los datos sociodemográficos de la población en estudio fueron: prevalecía de la enfermedad en mujeres mayores de 35 años, solteras, católicas, procedentes del área urbana, de muy bajo nivel socioeconómico y estudios de primaria incompletos.
2. La adherencia al programa de detección temprana y seguimiento de CaCu instaurado en el HEODRA alcanzó el 55.2% de la población total atendida en dicho período de estudio.
3. Los motivos que condicionan la adherencia de las usuarias al programa obtenidos con mayor significancia estadística son: Atraso de los resultados, largo tiempo de espera, desintegración familiar, discriminación y lejanía geográfica. Otros motivos encontrados correspondieron a situaciones personales tales como: Permiso laboral, reacciones adversas al tratamiento y abandono de la pareja.

---

## RECOMENDACIONES

### **A la Universidad:**

1. Instar a los estudiantes de la facultad y residentes de la especialidad de Ginecología a la realización de estudios similares que evalúen el seguimiento del programa, a fin de lograr la comparación entre unidades de salud u otros departamentos del país.

### **Al sistema de Salud:**

1. Organizar jornadas de salud mensualmente, que incluyan especialistas y sub-especialistas oncólogos, para las pacientes del área rural y de esta manera lograr mayor adherencia de las inasistentes al programa.
2. Organizar un promedio de citas diario, para lograr la atención con calidad y calidez de cada una de las pacientes que acudan a la consulta.

### **A la comunidad:**

1. Promover el apoyo familiar y de la pareja de la paciente afectada, dando información adecuada y completa de su condición
2. Brindar charlas a la población en general que promuevan la importancia del seguimiento de tratamiento frente a CaCu, las cuales sean enfocadas a la eliminación de mitos y creencias erróneas sobre la patología.

### **En el aspecto laboral:**

1. Realización de ferias laborales para informar sobre la importancia de cumplir con el tratamiento y seguimiento adecuado de la enfermedad.

---

## REFERENCIAS

1. Bosch FX, Muñoz N. Human papillomavirus and other risk factors for cervical cancer. *Biomedicine & Pharmacotherapy*. Volumen 51, Issues 6-7 1997, Pag: 268-275.
2. MINSA. Protocolo de prevención del cáncer cervicouterino a través del tamizaje de la inspección con ácido acético y tratamiento con crioterapia. Managua, Nicaragua. 2010. Pág: 11-22.
3. Capurro I. Rojo J. Pino T. Vásquez C. Programa de Detección y control de Cáncer de cuello uterino en servicio de salud Araucanía Sur. *Revista Chilena Ginecología y Obstetricia*. Chile, 2002. Pág: 115-119.
4. OPS. Organización Panamericana de la Salud. Estrategias de prevención del cáncer cervicouterino mediante tamizaje con inspección visual con ácido acético y tratamiento con crioterapia. Informe del Taller de la OPS para América Latina y el Caribe. Ciudad de Guatemala, 1 y 2 de junio del 2011. Washington, D.C.: OPS; 2011. Pág: 5-7.
5. Arrossi Silvina. Proyecto para el mejoramiento del Programa Nacional de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino en Argentina. Diagnóstico de situación del Programa Nacional y Programas Provinciales. Colaboración de Melisa Paolino. 1era edición Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud - OPS, 2008. Pág: 11-27.
6. Paolino M. Arrossi S. Análisis de los motivos del abandono del proceso de seguimiento y tratamiento por parte de mujeres con lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino en la provincia de Jujuy: Implicancias para la gestión Salud Colectiva, vol. 8, núm. 3, septiembre-diciembre, 2012. Universidad Nacional de Lanús. Buenos Aires, Argentina. Pág: 247-261.
7. Cajina J. Prevención y Control de Enfermedades Análisis de Salud. Oficina nacional de estadísticas, MINSA. Boletín informativo. Managua, Nicaragua. 2011. Pág: 2-7
8. Ordás A. García A. Duany N. Comportamiento del Programa Nacional de Control de cáncer cervicouterino en un área de salud de La Habana, Cuba. *Panorama Cuba y Salud*. Volumen 7, N°. 2. Mayo-agosto, 2012. Pág: 2-7.

- 
9. Hernández F. Orneales L. Apresa T. Sánchez S. Marinez O. Hernández D. Motivos de Abandono en el proceso de atención medica frente a lesiones precursoras de Cáncer cervicouterino. Revista de Investigación Clínica. Instituto mexicano de seguro social. Volumen 58. Núm.: 3. Mayo – Junio. México. 2006. Pág: 217- 227.
  10. Paolino M. Pantelides E. Bruno M. Maceira V. Peña L. Determinantes Sociales del seguimiento y tratamiento de mujeres con PAP anormal en Avellaneda, Buenos Aires. Revista Argentina de Salud Pública. Buenos Aires. 2011. Pág: 21-27.
  11. Sankaranarayanan R. Paolino M. Arrossi S. Determinantes sociales del abandono del diagnóstico y el tratamiento de mujeres con Papanicolaou anormal en Buenos Aires, Argentina. Revista Panamericana de Salud Pública. 2013; volumen: 34. Pág: 437–445.
  12. Lewis. Merle J. Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe. Organización Panamericana de la Salud. OPS, Washington, D.C. 2004. Pág: 3-22.
  13. Weisner C. Cendales R. Murillo R. Piñeros M. Tovar S. Seguimiento de mujeres con anormalidad citológica de cuello uterino, en Colombia. Revista de Salud Pública. Bogotá. Volumen 12. Colombia. Febrero 2010. Pág: 2-11.
  14. Salinas E. Navas M. Adherencia Terapéutica. Enfermería Neurológica. Volumen 11, N°:2: México 2010. Pág: 102-104.
  15. Ministerio de salud. MINSA. Norma técnica de prevención, detección y atención del cáncer Cérvico uterino. 1era edición – Managua. 2006. Pág: 18-41
  16. OPS. Prevención y Control de Enfermedades. La Salud Pública en las Américas. Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la Acción. Capítulo I. Washington, D.C. 2002.Pág: 1-7.
  17. Ministerio de salud. MINSA. Norma técnica de prevención, detección y atención del cáncer Cérvico uterino. 1era edición – Managua. 2006. Pág: 18-41.
  18. Pérez C. Corea J. UPOLI. Universidad politécnica de Nicaragua. Incidencia de cáncer cervicouterino en el Hospital Bertha Calderón Roque. Managua, Nicaragua 2012.

- 
19. Escalona R. Navarro M. Yépez P. Características cito histológicas de lesiones premalignas y malignas del cuello uterino. Santiago de Cuba, Cuba. MEDISAN. 2014. Pág: 1099-1106.
  20. Hidalgo C. El cáncer cérvico-uterino, su impacto en México y por qué no funciona el programa nacional de detección oportuna. Revista biomédica, Cuernavaca. Vol. 17. N°.1. Enero-Marzo, México 2006. Pág: 81-84.
  21. Ibarra O. Verdugo R. Sola N. Ventura J. Adherencia en pacientes en tratamiento crónico: Resultados del “Día de la Adherencia” del 2013. Sociedad española de farmacia hospitalaria 2015. Barcelona, España. Pág: 109-113.
  22. Sabate E. Adherence to Long Term Therapies: Evidence for Action. Switzerland: World Health Organization. Chapter VIII. 2003. Pag: 59-64.
  23. Ferlay J. Bray F. Pisani P. Parkin DM. International Agency for Research on Cancer (IARC - Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer). GLOBOCAN 2002: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide. Lyon, Francie: IARC Press; 2004; Cancer Base N°.5, versión 2.0. Pág: 1-8.
  24. American Cancer Society. Detailed Guide: Cervical Cancer. Accessed at <http://www.cancer.org/Cancer/CervicalCancer/DetailedGuide/index> on March 28, 2013. Pág: 1-15.
  25. Villiers E. Fauquet C. Broker T. Classification of papillomaviruses. Department of Molecular Biology and Biochemistry, University of California, USA. Received February 2004; returned to author for revision 9 March 2004; accepted 24 March 2004. Elsevier Inc. All rights reserved. doi:10.1016/j.virol.2004. Pag: 17-27.
  26. Davies P. Taylor & Francis Group. HPV handbook 1: Human papillomavirus and cervical cancer. Madison Avenue, New York NY 10016. 2004. Pag: 11-37.
  27. Jhingran A. Russell AH. Seiden M. Cancers of the cervix, vulva, and vagina. In: Abeloff MD, Armitage JO, Niederhuber JE, Kastan MB, McKenna WG, eds. Abeloff's Clinical Oncology. 4th ed. Philadelphia, Pa: Elsevier Churchill Livingstone; 2008. chap 91. Pag: 1-5.



- 
28. Bocking A. Diagnostic and Prognostic Use of DNA Image Cytometry in Cervical Squamous Intraepithelial Lesions and Invasive Carcinoma. Received April 16; revision received September 23; accepted September 23. 2003. Pag: 41-57.
  29. Burk RD. Beardsley L. Sexual behavior and partner characteristics are the predominant risk factors for genital human papillomavirus infection in young women. *J. Infect. Dis.* 1996; Chapter IV. Pag: 679 – 689.
  30. Nuñez J. Delgado M. Gonzales J. Prevalence and risk factors of human papillomavirus infection in asymptomatic women in a Venezuelan urban area. *Investigación Clínica.* Maracaibo, Venezuela. 2009. Pag: 203 – 212.
  31. Moreno V. Bosch FX. Muñoz N. Effect of oral contraceptives on risk of cervical cancer in women with human papillomavirus infection: the IARC multicentric case-control study. *Volumen: 359.* Pag: 1085–1092.
  32. Magnusson P. Lichtenstein P. Gyllenstein UB. Molecular Pathogenesis of Cervical Carcinoma. Analysis of Clonality, HPV16 Sequence Variations and Loss of Heterozygosity. Uppsala 2001. ISBN 91-554-5127-6. Pag: 7-58.
  33. Baseman J. Koutsky L. The epidemiology of human papillomavirus infections. *Journal of Clinical Virology.* Received 10 August 2004; accepted 13 December 2004. Elsevier B.V. Pag: 16-24.
  34. OPS. Organización Panamericana de la Salud. Directrices de la OMS sobre detección y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer cervicouterino. Washington, DC. OPS, 2014. ISBN 978-92-75-31833-1. Pag: 1-20.
  35. Centro de Estudios para el Desarrollo rural. (CDR). Informe borrador: Cobertura, conciencia y tratamiento: Análisis cuantitativo del impacto del Programa Sectorial de Detección y Prevención del Cáncer Cérvico-uterino de Ixchen en Nicaragua. San José, Costa rica. 2011. Pág: 41-53.
  36. Bayés R. Aspectos psicológicos de la adherencia terapéutica. En: Yubero S, Larrañaga E, editores. *SIDA: una visión, multidisciplinar.* La Mancha: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha; 2000. Pág: 95-103.

- 
37. Buchanan A. A two-year prospective study of treatment compliance in patients with schizophrenia. *Psychological Medicine*. Cambridge university press.1992; capitol 22. Pág: 787-797.
  38. Orueta R. Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Volumen: 29. N°. 2. Madrid, 2005. Pág: 40-44.
  39. Martínez I. Rubio E. Fundación Lilly El problema del incumplimiento terapéutico en diferentes áreas. *Cumplimiento Terapéutico*. Madrid, 2001. Pág: 73-86.
  40. Roca A. Estrategias de intervención para mejorar el cumplimiento. *Medicina Clínica*. Barcelona, España 2001. Suppl 2. Pág: 56-62.
  41. García E. Incumplimiento como causa de problema relacionado con medicamentos en el seguimiento farmacoterapéutico [Tesis Doctoral]. ISBN: 84-688-3356-8. Granada; 2003. Pág: 10-82.
  42. Palop Larrea. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*. Madrid 2004; Volumen 28. Pág: 113-120.
  43. Arias Y. La adherencia terapéutica. *Revista cubana de medicina general integral*. Cuba, 2001; Volumen 17. N°5. Pág: 502-505.
  44. Jabary N. Castro J. Monfa J. Sousa F. Plagaró M. Martín A. Validación de un nuevo test para determinar el cumplimiento terapéutico en pacientes hipertensos: Test Hermes. *Hipertensión*. 1999. Volumen 16: Páginas: 298-303.
  45. Herrera Carranza J. El incumplimiento terapéutico como problema relacionado con medicamentos diferenciado. *Pharm Care Esp*. 2001. Volumen 3. Pág: 446-448.
  46. Petracci M. comunicación estratégica y salud: Reflexiones sobre la experiencia de promover el papanicolaou en un Hospital Público del Gran Buenos Aires, Argentina. Buenos Aires 2008. Pág: 3-7.
  47. Alfonso M. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Salud Pública*. [citado 2017 Jun 30]. Volumen 30. N° 4. La Habana - Cuba, 2004. Pág: 1-5.

---

# **ANEXOS**

## CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				
Elaboración de la base de datos	X	X											
Ingresar datos			X	X									
Analizar datos					X	X	X	X					
Elaboración de resultados							X	X					
Elaboración de la discusión									X	X			
Elaboración de las conclusiones y recomendaciones										X	X		

---

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, \_\_\_\_\_ acepto participar voluntariamente en esta investigación, realizada por los estudiantes de IV de Medicina. He sido informado (a) del objetivo de este estudio, y me han indicado también que tendré que responder una encuesta.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de este estudio. He sido informado que puedo hacer preguntas sobre el formato o estudio en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto sea perjudicial para mi persona.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya terminado.

\_\_\_\_\_  
Firma y/o huella digital

---

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua



UNAN LEON

Departamento de Salud Pública

Estimada Lectora:

Somos estudiantes de Medicina de 6to año, estamos realizando esta pequeña encuesta para valorar la adherencia terapéutica al programa de detección temprana y seguimiento de lesiones pre malignas y Cáncer cervicouterino implementado por el Ministerio de Salud. Por favor pedimos si puede dedicar unos minutos al llenado de esta encuesta, la información recaudada será de gran ayuda y utilizada únicamente con fines académicos.

Edad\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_ Compañeros sexuales \_\_\_\_\_

Nivel de escolaridad\_\_\_\_\_ G\_\_\_ P\_\_\_ C\_\_\_ A\_\_\_\_\_

Ocupación\_\_\_\_\_ IVSA\_\_\_\_\_ Menopausia Si\_\_\_ No\_\_\_

Procedencia\_\_\_\_\_ Antecedente de infección por VPH Si \_\_\_ No \_\_\_

Religión\_\_\_\_\_ Salario Mensual\_\_\_\_\_

1. ¿Regularmente usted visita al ginecólogo?

a) Si

b) No

¿Cada cuánto?\_\_\_\_\_

2. ¿Se ha realizado la prueba de Papanicolaou?

a) Si

b) No

---

3. ¿Cuándo fue la última vez que se lo realizo?

- a) Este año, Mes \_\_\_\_\_
- b) Hace un año
- c) Hace dos años
- d) Hace más de tres años
- e) Nunca

4. ¿Hace cuánto tiempo fue diagnosticada con lesión pre maligna o CaCu?

Inicio de tratamiento \_\_\_\_\_

**Test de Hermes**

1. ¿Puede decirme el nombre del tratamiento o procedimiento que recibe o recibió?

0. No Sabe     1. Sabe

2. ¿Cuántas sesiones debe tomar?

3. ¿Ha olvidado alguna vez ir a realizarse su tratamiento?

0. Si            1. No

4. En el último año, ¿cuántas veces no ha asistido?

5. ¿Asiste los días y horas indicados?

6. ¿Ha dejado de asistir al tratamiento por que se encontraba peor con él?

7. ¿Cuándo se encuentra bien prefiere no asistir?

0. Si            1. No

8. ¿Cuándo se encuentra mal prefiere no asistir?

0. Si            1. No

De las siguientes situaciones: Responda **Si** o **No** a aquellas situaciones que considera que influyen en abandonar su tratamiento:

<b>MOTIVOS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Tratamiento quirúrgico recibido		
Reacciones adversas al tratamiento		
Atrasos en la entrega de resultados		
Suspensión en la atención		
Largos tiempos de espera para la consulta		
Problemas en la comunicación entre médico y mujeres		
Malas experiencias en la atención		
Miedo a la muerte		
Negación		
Ausencia de síntomas de la enfermedad		
No considerar necesario volver a la consulta		
Abandono de la pareja		
Fallecimiento de hijos		
Desintegración familiar		
Violencia intrafamiliar		
Discriminación		
Falta de permisos en el trabajo para acudir a las consultas		
Cuidado de los hijos		
Falta de dinero para el traslado		
Lejanía geográfica		

**Gracias por su ayuda**