

Investigación

Seguimiento a mujeres con resultado citológico positivo en una Empresa Social del Estado - ESE, Medellín, Colombia, 2011- 2012

Monitoring of women with positive cytological result in a state-owned company, Medellín, Colombia, 2011- 2012

Acompanhamento a mulheres com resultado citológico positivo em uma empresa do estado. Medellín, Colômbia. 2011- 2012

Marleny Valencia-Arredondo¹; Daniela Herrera-Posada²; Diana M. Montoya-Rodríguez²; Jesenia Navales-Rojas²,

¹ Bacterióloga, MSc, PhD en Salud Pública. Universidad de Antioquia, Colombia. Correo electrónico: marleny.valencia@udea.edu.co

² Microbióloga y Bioanalista. Universidad de Antioquia.

Recibido: 16 de diciembre de 2015. Aceptado: 28 de octubre de 2016. Publicado: .

Valencia-Arredondo M, Herrera-Posada D, Montoya-Rodríguez DM, Navales-Rojas J. Seguimiento a mujeres con resultado citológico positivo en una empresa social del estado. Medellín, Colombia. 2011- 2012. Rev. Fac. Nac. Salud Pública, 2017; 35(1): . DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v35n1a04

Resumen

En Colombia el cáncer cérvico-uterino (Cacu) es una de las principales causas de muerte. Anualmente se diagnostican 7.000 casos y se registran 3.300 muertes, el 50% por diagnóstico tardío y falta de acceso a tratamientos especializados. **Objetivo:** describir el seguimiento a mujeres con resultado citológico positivo en una ESE de Medellín, 2011-2012. **Metodología:** estudio descriptivo transversal en 277 mujeres con resultado citológico positivo para lesiones sugestivas de alto grado y/o alteraciones glandulares. Se empleó muestreo estratificado y sistemático. Se utilizaron fuentes de información primaria y secundaria. La sistematización de datos se realizó en el programa SPSS, y se calcularon medidas de frecuencia, tendencia central y dispersión. Se empleó análisis descriptivo uni-bivariado para variables sociodemográficas,

clínicas y relacionadas con la atención recibida. **Resultados:** el 10,7% de mujeres con lesiones de alto grado o invasoras no culminaron el tratamiento. La oportunidad total del seguimiento fue del 52,3% y las fases con mayores tiempos de espera para la atención fueron las citas para diagnóstico y tratamiento. **Conclusión:** A pesar de los esfuerzos para mejorar la cobertura del cribado y búsqueda activa de pacientes con citología positiva evidenciada en el estudio aún se presentan obstáculos en la atención de pacientes para un diagnóstico y tratamiento oportuno, lo que lleva en varios casos al avance de la enfermedad e incluso la muerte.

-----**Palabras clave:** estudios de seguimiento, prueba de papanicolaou, neoplasias de cuello uterino, frotis vaginal, prevención secundaria, diagnóstico, Colombia.

Abstract

In Colombia, cervical cancer (CxCa) is one of the main causes of death. Every year, 7,000 cases are diagnosed and 3,300 deaths are recorded. 50% are because of late diagnosis and no access to specialized treatments. **Objective:** This study aims to monitor women who have had a positive cytological results in a state-owned company in Medellín from 2011 to 2012. **Methodology:** This is a cross-sectional descriptive study conducted on 277 women who had positive cytological results for lesions suggestive of high grade and/or glandular disorders. This research used stratified systematic sampling, and primary and secondary information sources. SPSS was implemented to systematize data like frequency, central tendency, and dispersion measurements were calculated. A descriptive univariate-bivariate analysis was implemented for

sociodemographic and clinical related variables, and those related to the healthcare subjects received. **Results:** 10.7% of women with high grade or invasive lesions did not complete the treatment. The total monitoring opportunity was 52.3%, and the phases with the longest-waiting times were waiting for appointments for diagnosis and treatment. **Conclusion:** Despite efforts to improve screening coverage and to actively seek patients with a positive cytology evidenced in the study, there are still obstacles that impede patients' prompt diagnosis and treatment, and this is something that in various cases leads to the progression of the disease and even death.

-----**Keywords:** Monitoring studies, Pap smear, Uterine Cervical Neoplasms, vaginal smear, secondary prevention, diagnosis, Colombia

Resumo

Na Colômbia, o câncer cérvico-uterino (Cacu) é uma das principais causas de morte. Na atualidade, diagnosticam-se 7.000 casos e registram-se 3.300 mortes. 50% das mortes acontece por diagnóstico tardio e falta de acesso a tratamentos especializados. **Objetivo:** descrever o acompanhamento a mulheres com resultado citológico positivo em uma Empresa Social do Estado (ESSE) de Medellín, 2011-2012. **Metodologia:** estudo descritivo transversal em 277 mulheres com resultado citológico positivo para lesões sugestivas de alto grau e/ou alterações glandulares. Utilizou-se amostragem estratificada e sistemática. Consultaram-se fontes de informação primárias e secundárias. Utilizou-se o programa SPSS para sistematizar os dados, e calcularam-se medidas de frequência, tendência central e dispersão. Fez-se análise descritiva uni-bivariada para variáveis sócio-demográficas, clínicas e

relacionadas com o atendimento recebido. **Resultados:** 10,7% das mulheres com lesões de alto grau ou invasoras terminaram o tratamento. A oportunidade total do acompanhamento foi de 52,3% e as fases com tempos de espera mais prolongados para o atendimento foram as consultas diagnósticas e o tratamento. **Conclusão:** apesar dos esforços para aumentar a percentagem de detecção e para buscar ativamente pacientes com citologia positiva evidenciada, no estudo se evidenciam obstáculos no atendimento de pacientes para seu diagnóstico e tratamento oportunos, ocasionando o avanço da doença e até a morte em vários casos.

-----**Palavras-chave:** Estudos de acompanhamento, Teste de Papanicolaou, neoplasias cervicais, esfregaço vaginal, prevenção secundária, diagnóstico, Colômbia

Introducción

En Colombia, un promedio de 9 mujeres muere diariamente por Cacu. Anualmente se diagnostican alrededor de 7.000 casos y ocurren 3.300 muertes por esta causa [1-4]. En Antioquia, para el año 2009 (**NO HAY DATOS MAS RECIENTES ?**) se reportaron 536 casos de Cacu, que representaron el 6,3% de cáncer en mujeres y ocuparon el 4º lugar después del de mama 29,3%, piel 12,1% y tiroides 8,3% [5]. La tasa de mortalidad estandarizada por edad (TAE) por esta causa en el departamento fue de 8,4/100.000 **entre 2000 y 2006** [6]. Se ha registrado que el 50% de estas muertes se dan a causa del diagnóstico tardío y falta de acceso a los tratamientos especializados [6-7].

En países desarrollados como Estados Unidos y Canadá los programas de control del Cacu se cimientan en la prevención y estricto seguimiento de las mujeres

con resultado citológico positivo, ofrecen un fácil acceso al diagnóstico definitivo (colposcopia y biopsia) y su posterior tratamiento [4]. En Latinoamérica, la respuesta social frente al Cacu no ha logrado el impacto esperado; países como México, Costa Rica y Chile han tenido una reducción significativa en la mortalidad por este cáncer, destacándose Chile donde gracias al programa nacional de prevención de Cacu aumentó la cobertura de la citología y los protocolos establecidos de manejo, tratamiento y seguimiento con garantías de acceso a los diferentes niveles de atención, oportunidad y calidad en los servicio [7, 8].

En Colombia, desde hace más de dos décadas, se vienen implementando diferentes actividades dirigidas a impactar la mortalidad por esta neoplasia [9], con algunos resultados positivos como la disminución de la tasa de incidencia, la cual entre 1984 y 2008, pasó de 37 a 20,7 por cada 100.000 mujeres [10-12]. Entre

las acciones realizadas se contó con el aumento de la cobertura del cribado que para el año 2010 alcanzó el 79% de la población susceptible. A pesar de este esfuerzo, los índices de mortalidad siguen siendo importantes, puesto que en 2013 se registró una tasa global de 7,08 muertes por cada 100.000 mujeres [11].

En este sentido, Colombia cuenta con la Norma Técnica Colombiana (NTC) para la detección temprana del cáncer de cuello uterino. Por medio de ésta se establece el protocolo de seguimiento que se debe dar a las pacientes según su resultado de citología, en el que se estipula que la acción a seguir ante un resultado citológico sugestivo de lesión de alto grado, malignidad o alteraciones en el epitelio glandular, es la remisión inmediata (plazo máximo de un mes luego de entregarle el resultado citológico) a la Unidad de Patología Cervical con el fin de confirmar el diagnóstico por medio de colposcopia y biopsia. En caso de una colposcopia negativa se debe realizar curetaje endocervical y cono diagnóstico [13]. Una vez realizado el diagnóstico, el ginecólogo debe definir la conducta por seguir teniendo en cuenta los hallazgos clínicos (resultado histológico, localización y extensión de la lesión), deseos y necesidades de la paciente (futuro obstétrico, edad, riesgos, facilidad de seguimiento a la usuaria). En todos los casos, se recomienda que el proceso de seguimiento a las pacientes con citologías anormales debe ser cumplido en un plazo máximo de 3 meses; independiente del diagnóstico final, se deben realizar controles ginecológicos posteriores que incluyan citología y colposcopia con el fin de detectar cualquier proceso anormal relacionado con la intervención [14].

A pesar de lo que plantea la NTC y de la inclusión de los procedimientos de colposcopia y biopsia en el Plan Obligatorio de Salud (POS), que exige a las Empresas Promotoras de Salud (EPS) a garantizarlos [15, 16], en tanto se ha mostrado ampliamente que el seguimiento adecuado y oportuno realizado a las mujeres, luego de un resultado de citología positivo, es una parte fundamental en el control efectivo de la enfermedad [17, 18]. El diagnóstico definitivo del Cacú continúa siendo una de las fases del proceso en el que se encuentran más dificultades, que establecen barreras para un tratamiento oportuno y eficaz a quienes padecen esta neoplasia o lesiones precursoras [19, 20].

Estas dificultades para el control se han asociado al modelo de salud que rige en el país, donde los programas de prevención y control del Cacú están basados principalmente en medidas de prevención mediante el cribado citológico, las cuales no son suficientes a causa de la deficiente calidad en el examen, pocos controles a la colposcopia y a la biopsia, así como al modelo descentralizado de salud que es manejado por la competencia de los diferentes actores

públicos y privados, que llevan a la desarticulación de la atención, generan inconsistencias en los procesos de seguimiento, e impiden el correcto control de la enfermedad [19, 21, 22].

Conforme con lo expuesto, el objetivo del estudio fue describir el proceso de seguimiento a las usuarias con resultado citológico sugestivo de lesión de alto grado, malignidad o alteraciones en el epitelio glandular atendidas en una Empresa Social del Estado (ESE) durante 2011 y 2012.

Metodología

Estudio descriptivo transversal en que se incluyó como universo a mujeres con resultado citológico para: células escamosas atípicas que no descartan lesión de alto grado (ASC-H), lesión intraepitelial escamosa de alto grado (LIE-AG), carcinoma in situ (CIS), alteraciones de las células glandulares de significado indeterminado (AGC-NOS), alteraciones de las células glandulares sugestivas de neoplasia (ACG-NEO) y sospecha de cáncer invasor escamocelular o adenocarcinoma, según la clasificación Bethesda 2001, atendidas en una Empresa Social del Estado de Medellín durante 2011 y 2012, responsable de la gestión y control de la red de servicios de salud local, principalmente población del régimen subsidiado y pobres sin subsidio [23], a quienes se considera altamente vulnerables a padecer Cacú en precarias condiciones socioeconómicas.

El universo fueron 1.276 casos en la base de datos del Servicio de Citología de la Escuela de Microbiología de la Universidad de Antioquia; el 56% correspondían a 2011 y el 44% restante a 2012. Se seleccionó una muestra de 224 mujeres más un 24% por posibles pérdidas en la recolección de información, para una muestra de 277 registros (152 de 2011 y 125 de 2012). El tamaño de muestra se calculó en EPTIDAT versión 3, bajo los siguientes parámetros estadísticos: nivel de confianza 95%, error de muestreo 5%, tamaño de población 1.284 y proporción esperada 0.50. Se realizó un muestreo estratificado por año, y sistemático en la selección de las mujeres.

Recolección de la información

Luego de obtener el consentimiento verbal, a las mujeres seleccionadas se les aplicó encuesta telefónica con preguntas abiertas y cerradas sobre información relacionada con el seguimiento recibido por su citología positiva. Adicionalmente, se emplearon fuentes de información secundaria como bases de datos del laboratorio y EPS, tanto para pesquisa de resultados como respaldo de información de las participantes. A participantes con biopsias negativas durante su seguimiento se les realizó relectura de placa, consulta de citologías posteriores y nueva toma de muestra con

remisión prioritaria a su EPS, cuando fue requerida. Se evaluó la reproducibilidad intra e interobservador de la extracción de la información: la primera, a partir de la información de un semestre de estudio en dos momentos diferentes; la segunda, de la comparación de la información diligenciada por dos investigadores.

En ambas el coeficiente Kappa fue >0,9. Este índice se usó para controlar el sesgo de información inherente al investigador. Adicionalmente se emplearon estrategias como capacitación a encuestadores; creación de una encuesta validada por 2 especialistas, teniendo en cuenta la escala de validación de constructo, contenido y apariencia [24-26] y estandarización del mismo mediante prueba piloto. Se establecieron preguntas control y verificación de datos en el sistema para los sesgos de información, principalmente de memoria por parte de la usuaria y rellamada a 5% de las usuarias para evaluar la concordancia de datos brindados.

La oportunidad de la atención se evaluó con base en los días de espera para recibirla, midiendo los tiempos durante cada fase: resultado de citología, máximo 30 días de espera para la entrega del reporte [27, 28]; cita con especialista (colposcopia-biopsia), máximo 30 días luego del resultado de citología positiva [28]; resultado histopatológico, máximo un mes de espera luego de la toma de muestra; tratamiento recibido, máximo 30 días después de la confirmación diagnóstica por biopsia [27-29]. Sumando cada fase, se definió una oportunidad de atención de 90 días (3 meses) luego del resultado citológico hasta el inicio del tratamiento.

Análisis de la información

La sistematización de datos se realizó en *Statistical Package for the Social Sciences* para Windows, versión 20,0®. Se calcularon medidas de frecuencia, tendencia central, dispersión y se construyeron tablas con fines descriptivos de la población estudiada. Se empleó análisis descriptivo uni-bivariado para las variables sociodemográficas, clínicas y relacionadas con la atención recibida.

Aspectos éticos

Según la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de la República de Colombia esta investigación corresponde a un estudio sin riesgo (literal A, del artículo 11, título II, capítulo I). Se contó con el aval del comité de ética de la Secretaría de Salud de Medellín. En todas las fases de la investigación prevaleció la protección de los derechos y privacidad de los sujetos de estudio.

Resultados

En las 277 encuestas realizadas se detectaron 6 casos de pacientes fallecidas por Cacú y, debido a la dificultad para obtener todos los datos de la encuesta, se excluyeron del análisis quedando 271 participantes. La edad fluctuó entre 22 y 84 años, con mediana de 43. El resultado de citología más frecuente fue LIE-AG en 54,2%, seguido de ASC-H con 15,5%, y las alteraciones mixtas, es decir, las que comprenden el epitelio escamoso y glandular con 12,5%; el 3,7% presentaba alteraciones sugestivas de carcinoma, adenocarcinoma o invasión (Figura 1).

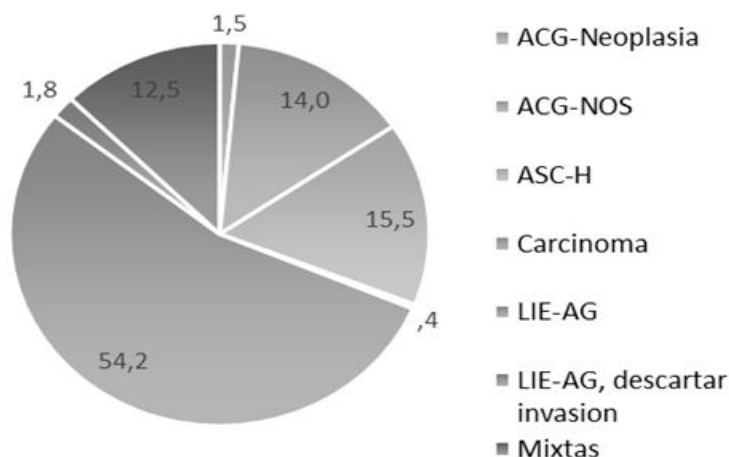


Figura 1. Distribución de lesiones según reporte de citologías en una ESE. Medellín 2011- 2012

Entre las características sociodemográficas resalta que 96% (260 mujeres) habitan el área urbana y 4% (11 mujeres) la rural. Los sectores con mayor cantidad de casos fueron los estratos 1 al 3, según la zonificación de Medellín, población vulnerable y carentes de condiciones socioeconómicas. La ocupación más frecuente fue ama de casa con 77,5% (210 mujeres). El nivel educativo más predominante fue secundaria completa e incompleta con 28,6% (77 mujeres) y 21,6 (58 mujeres), respectivamente. Los ingresos del 90,2% (198 mujeres) son salario mínimo o menos; el analfabetismo se encontró en 3,7% (10 casos) (Tabla 1).

Tabla 1. Sociodemografía de mujeres con citología positiva en una ESE de Medellín, 2011-2012

	Características	n	%
Grupo etario (años)	21-25	13	4,7
	26-30	37	4,8
	31-35	53	13,7
	36-40	20	19,6
	41-45	35	7,4
	46-50	41	12,9
	51-55	30	15,1
	56-60	24	11,1
	Mayor de 60	18	11,9
	<i>Total</i>	271	3,7
Nivel educativo	Analfabeta	10	3,7
	Primaria incompleta	55	20,4
	Primaria completa	53	19,7
	Secundaria incompleta	58	21,6
	Secundaria completa	77	28,6
	Estudios superiores	16	5,9
	<i>Total</i>	269	100
Ingreso mensual	Sin ingresos	2	0,9
	Menos 1 SMLV	91	41,9
	1 SMLV	107	49,3
	1 - 2 SMLV	12	5,5
	Más de 2 SMLV	5	2,3
	No responden	54	19,9
	<i>Total</i>	217	100
Régimen de seguridad social	Vinculado	6	2,2
	Subsidiado	247	91,1
	Contributivo	18	6,6
	<i>Total</i>	271	100

Continuación tabla 1

	Características	n	%
EPS	Comfama	214	79
	Sura	11	4,1
	Savia Salud	8	3
	Saludcoop	4	1,5
	Nueva EPS	4	1,5
	No sabe	13	4,8
	Otra EPS	17	6,3
	<i>Total</i>	271	100
Ocupación	Ama casa	210	77,5
	Trabajadora independiente	20	7,4
	Empleada	19	7
	Empleada doméstica	11	4,1
	Estudiante	5	1,8
	Desempleada	6	2,2
	<i>Total</i>	271	100

En la figura 2 se observa el seguimiento a las participantes del estudio. A 85,2% se les notificó por vía telefónica su resultado alterado, por lo que debía reclamarlo oportunamente. En el momento de reclamar el resultado citológico a 94,8% de mujeres les dieron indicaciones de resultado y/o proceso por seguir, por ejemplo: su resultado está alterado y requiere de otros exámenes especializados para confirmarlo. El 3,3% recibió indicación no apropiada dado que el reporte era positivo para alguna alteración. Entre estas que el resultado estaba normal; que requería un control con citología, o que ya no tenía que realizarse más citologías. Referente a las indicaciones entre mujeres sometidas a colposcopia con o sin biopsia, al 87,1% le explicaron en qué consistía el procedimiento (para qué sirve, cómo se realiza y los riesgos).

En cuanto al proceso diagnóstico, a 7% de participantes no les brindaron cita con especialista; entre estas se encontró un caso de persistencia de la LIE-AG, un caso de LIE-AG descartar invasión, y dos de carcinoma (carcinoma escamoso y NIC III con adenocarcinoma respectivamente). Del 93% que tuvo cita con especialista, un 49% presentó inconvenientes para acceder y el 95% de estas por problemas administrativos como ir a diferentes lugares o esperar largos periodos de tiempo para la autorización de órdenes, no disponibilidad de citas para especialista, etc. Estas dificultades se consideran barreras administrativas y son tema de otra publicación. El 5% restante, presentó dificultades económicas, laborales, relacionadas con la gestación.

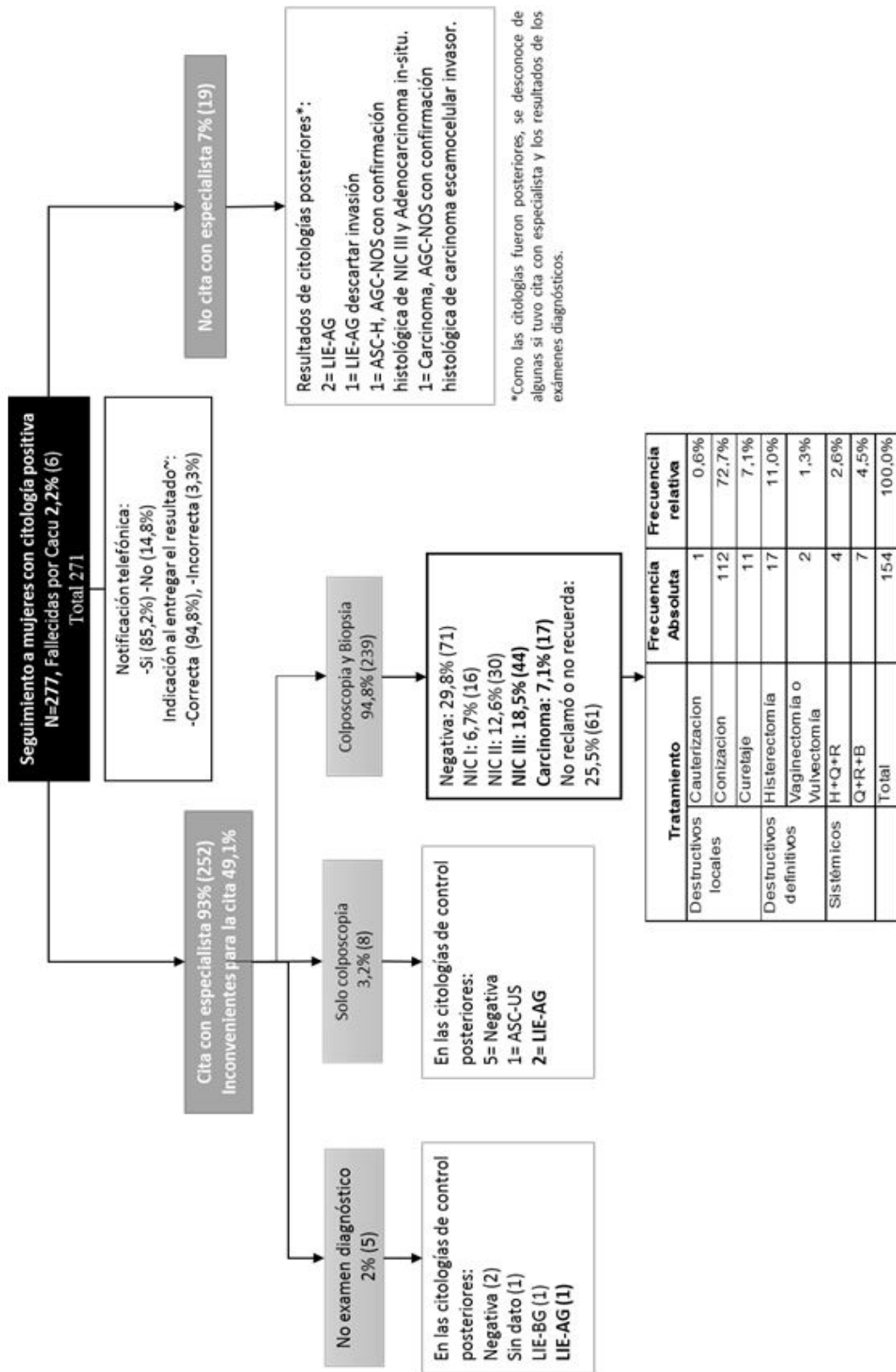


Figura 2. Seguimiento realizado a mujeres con citología positiva atendidas en ESE de Medellín 2011-2012.

Se hicieron biopsias a 239 participantes. Se obtuvo dato del resultado en 178: el 39,9% tenía resultado negativo y 60,1% positivo (carcinoma en 9,6% y NIC III en 24,7%). En la tabla 2 se observa que lesiones más avanzadas como NIC III se concentraron entre 31-40 años con 38,6% y 41-50 años con 31,8%. Los casos de carcinoma prevalecieron entre 21-40 años con el 41,2% y en mayores de 60 con 35,6%.

Se recomendaron 154 tratamientos, siendo más comunes los destructivos locales (80,5%), lo que se relaciona con lesiones de bajo grado o localizadas en el cuello uterino. El 19,4% restante corresponde a tratamientos definitivos y agresivos que dan cuenta de lesiones de mayor compromiso epitelial con traspaso de lámina basal y/o invasión a otros sitios. Entre las que

debían realizarse tratamiento, cinco aun no lo habían recibido por demoras para obtener la autorización o cita. Una paciente que tenía carcinoma y requería radio y quimioterapia decidió no asistir a las sesiones porque la debilitaban mucho y debía cuidar un hijo con condiciones especiales.

Según el análisis del tratamiento prescrito por edad (Tabla 3), se observa que se aplicaron tratamientos invasivos como la histerectomía en mujeres menores de 50 años (70,6%). Igualmente, la histerectomía acompañada de quimioterapia, radioterapia y/o braquiterapia se realizó principalmente en mujeres entre 41-50 años (54,5%). Cabe resaltar que los dos casos de vulvectomía y vaginectomía se realizaron en mujeres de 41-50 y otra en mayor de 60 años.

Tabla 2. Distribución del resultado de biopsia por grupo etario de las mujeres con citología positiva, atendidas en ESE de Medellín, 2011-2012

Biopsia		Grupo etario					Total
		21-30 años	31-40 años	41-50 años	51-60 años	>60 años	
Negativo	n	9	21	17	19	5	71
	%	12,7	29,6	23,9	26,8	7,0	100,0
NIC I	n	6	5	3	1	1	16
	%	37,5	31,3	18,8	6,3	6,3	100,0
NIC II	n	11	8	8	2	1	30
	%	36,7	26,7	26,7	6,7	3,3	100,0
NIC III	n	8	17	14	4	1	44
	%	18,2	38,6	31,8	9,1	2,3	100,0
Carcinoma	n	0	1	7	3	6	17
	%	0,0	5,9	41,2	17,6	35,3	100,0
Total	n	34	52	49	29	14	178
	%	19,1	29,2	27,5	16,3	7,9	100,0

Tabla 3. Distribución de tratamientos recomendados según edad de mujeres con citología positiva atendidas en una ESE. Medellín 2011-2012

Tratamientos		Grupo etario					Total
		21-30 años	31-40 años	41-50 años	51-60 años	Mayor de 60 años	
Cauterización	#	1	0	0	0	0	1
	%	100	0,0	0,0	0,0	0,0	100
Conización	#	27	37	24	19	5	112
	%	24	33	21,4	17,0	4,5	100
Curetaje	#	0	4	3	3	1	11
	%	0,0	36,4	27,3	27,3	9	100
Histerectomía	#	1	1	10	3	2	17
	%	5,9	5,9	58,8	17,6	11,8	100

Continuación tabla 3

Tratamientos		Grupo etario					Total
		21-30 años	31-40 años	41-50 años	51-60 años	Mayor de 60 años	
H+R+Q	#	0	1	6	2	2	11
	%	0,0	9	54,5	18	18	100
Vaginectomía o Vulvectomía	#	0	0	1	0	1	2
	%	0,0	0,0%	50	0,0	50	100
Cauterización	#	1	0	0	0	0	1
	%	100	0,0	0,0	0,0	0,0	100

Oportunidad: los tiempos medianos de cada fase se encuentran dentro de tiempos recomendados [27-29]: 15 días para la entrega del resultado citológico, 30 días para la cita con el especialista, 15 días para el resultado histopatológico y 30 días para el tratamiento; sin embargo, se observan algunos casos con tiempos por fuera de los estipulados en la norma, especialmente para la cita con el especialista y el tratamiento, los cuales llegan hasta 820 y 720 días respectivamente (Tabla 4).

Oportunidad por fase: se observó una oportunidad adecuada en 98,5% y de 96,6% para la entrega del resultado citológico y estudio histológico respectivamente. Las fases relacionadas con citas para diagnóstico y tratamiento presentaron oportunidades de 53,9% y 57,2% respectivamente. Los retrasos en estas últimas fases estuvieron relacionados principalmente con problemas administrativos para la autorización de las órdenes o para obtener las citas (Tabla 5).

Oportunidad total para seguimiento: se observó una oportunidad total del 52,3% con un seguimiento menor a 3 meses, el 46,4% manifestó haber tenido inconvenientes para acceder a las citas con especialista, estas dificultades fueron en su mayoría de tipo administrativa, tales como: demoras en la autorización de la orden con el 16,9%, problemas con la asignación de las citas 7,7%, fuera

porque no había agenda disponible o había mucha gente en espera. Con el fin de salvar estas barreras, el 21,8% del total de las mujeres interpuso una acción de tutela, otras usaron servicios privados o se afiliaron a una EPS para la realización de los procedimientos diagnósticos o tratamientos y el 7% no tuvo acceso a la cita con el ginecólogo por demoras en la autorización de la orden y altos costos en los procedimientos. Estos datos se analizan más a fondo en otra publicación que evalúa las barreras de acceso en la atención.

Controles: un alto porcentaje de pacientes recibió citas de control después de su tratamiento (94,7%) o después de su diagnóstico (pacientes con colposcopia y/o biopsia negativa, o con alteración leve que no requería tratamiento) (90,4%). A través de los controles se detectó un porcentaje de recaída pos tratamiento del 6,6% y una persistencia de lesiones de alto grado del 23,1% en pacientes cuya colposcopia y/o biopsia fue negativa o de bajo grado por lo que no consideraron practicar un tratamiento (Tabla 6). En cuanto al tipo de citas de control recibidas, la mayor proporción (56,7%) fueron controles citológicos únicamente, solo el 29% recibió controles como lo recomienda la norma, con ginecólogo (Tabla 7).

Tabla 4. Tiempos de espera en días para cada fase de atención de las mujeres con citología positiva, atendidas en una ESE de Medellín. 2011-2012

	Entrega de resultado citológico	Cita con especialista	Entrega resultado biopsia	Tratamiento
n Válido	264	244	232	138
n Perdidos	7	27	39	133
Media	17,0	89,6	17,3	77,9
Mediana	15,0	30,0	15,0	30,0
Mínimo	1,0	2	1,0	1
Máximo	60,0	820	120,0	720

Tabla 5. Distribución tiempos de espera en cada fase de atención de las mujeres con citología positiva, atendidas en ESE de Medellín 2011-2012

Tiempos de espera	Entrega del resultado citológico		Entrega del resultado histológico		Cita con el especialista		Cita para tratamiento	
	n	%	n	%	n	%	n	%
≤ 20 días	221	83,7	-	-	-	-	-	-
≤ 30 días	-	-	224	96,6	132	53,9	79	57,2
21-30 días	39	14,8	-	-	-	-	-	-
30-60 días	-	-	7	3,0	40	16,3	7	5,1
> 30 días	4	1,5	-	-	-	-	-	-
> 60 días	-	-	1	0,4	73	29,8	52	37,7
<i>Total</i>	264	100,0	232	100,0	245	100,0	138	100,0

Tabla 6. Controles pos-tratamiento o pos-diagnóstico de mujeres con citología positiva, atendidas en ESE de Medellín 2011-2012

Tipos de controles	Controles pos-tratamiento		Controles pos-diagnóstico (Colposcopia y/o biopsia)	
	n = 150		n = 94	
	n	%	n	%
Mujeres que recibieron controles (mínimo 1)	142	94,7	85	90,4
Citología de control positiva	34/121	28,1	39/78	50
Citologías de control positivas para lesiones de alto grado o glandulares	8/121	6,6	18/78	23,1

Tabla 7. Tipo de citas de control pos-tx o pos-dx de las mujeres con citología positiva, atendidas en ESE de Medellín 2011-2012

Tipos de citas de control	N	%
Solo citología	131	56,7
Médico	17	7,4
Ginecólogo	67	29,0
Ginecólogo, Oncólogo	8	3,5
Sin especificar	8	3,5
Total mujeres con citas de control	231	100

Discusión

Se puede inferir que las lesiones precancerosas y cancerosas son cada vez más frecuentes en mujeres más jóvenes, dado que en los resultados de la presente investigación se observó que las lesiones de mayor compromiso fueron frecuentes en los grupos de 31 a 40 años (38,6%); comportamiento similar a lo reportado por Grisales [1] y Lau Serrano [30]. Lo anterior se relaciona, a su vez, con lo encontrado respecto a que una proporción considerable de los tratamientos invasivos se realizó en mujeres menores de 50 años, lo cual demuestra una detección tardía de la neoplasia con altas repercusiones en la calidad de vida y futuro obstétrico de ellas.

En el análisis del seguimiento se observó un alto índice de notificación telefónica del resultado, al obtenerse un 84,9% de esta para las pacientes que tenían el resultado positivo. Dato mayor al reportado en un estudio realizado en Argentina donde reportaron el 46,3% de notificación [18]; este aspecto es de gran importancia para el programa del control de Cacú, pues de esta manera se garantiza que las usuarias reclamen su resultado; especialmente, teniendo en cuenta las dificultades para localizar a una población que está en constante cambio de domicilio o que incluso no cuentan con servicio telefónico. En cuanto a la información dada a las usuarias sobre su resultado citológico, el proceso a seguir y el procedimiento de colposcopia y biopsia, se muestra que un gran porcentaje (94,8%) recibió dichas indicaciones, hecho que aporta al empoderamiento de las mujeres en cuanto a su salud y lo que probablemente haya tenido repercusión en la adherencia de las pacientes al seguimiento a pesar de las altas demoras en la atención. No obstante, se encontró que un pequeño porcentaje de mujeres (3,3%) no recibió ninguna indicación al momento de reclamar su resultado o esta fue inadecuada. Estos porcentajes son bajos comparados con lo registrado en un estudio realizado por Hernández sobre los motivos de abandono, en el que se reportó que el 87% de mujeres no conocían el resultado de su anomalía citológica, hecho que incide directamente en el diagnóstico tardío, en la realización de tratamientos más agresivos e incluso ponen en riesgo la vida de estas mujeres. En este sentido es importante resaltar la importancia de la estandarización en conocimientos por parte del personal de la salud, con el fin de que se encuentren capacitados para fomentar en las usuarias la búsqueda oportuna de la atención a través de la educación [31].

La oportunidad para la entrega del resultado citológico fue alta (83,7% en menos de 20 días), porcentaje similar al reportado por Wiesner para el departamento de Magdalena [16] y por Noreña en la ciudad de Medellín [32]. Otros estudios reportan

tiempos más prolongados de espera, más de un mes [33, 34]. De acuerdo con los datos encontrados en el presente estudio, existe un compromiso claro de la ESE para fortalecer en este aspecto del control del Cacú.

Aunque no se encontraron estudios que evalúen la oportunidad de la atención y permitieran realizar contraste con lo hallado en esta investigación, se encontraron otros que muestran bajas cifras de efectividad de las estrategias de control del Cacú, en estos se alcanza hasta un 25% de casos con tiempos de espera para el diagnóstico por biopsia, hasta de 22 meses [18, 35]. En el presente estudio se encontró que un alto porcentaje de mujeres (89,3%) lograron culminar el proceso de seguimiento hasta el tratamiento; no obstante, un porcentaje importante (10,7%) de las participantes no llegaron a las etapas de tratamiento y seguimiento, principalmente, debido a barreras de acceso de tipo administrativo, las cuales influyeron de manera negativa en la asistencia de las mujeres a los centros de atención para la culminación de todo el proceso.

Referente a la no culminación del seguimiento, se encontraron porcentajes mayores en dos estudios realizados en Colombia por Wiesner en 2008 [36] y 2010 [16], en los que reportó que el 26,4% y el 28% del total de las mujeres en el estudio no tuvo acceso a alguna fase del seguimiento respectivamente. Igualmente, en México se registró en 2004 una tasa acumulativa de abandono del 20,7% en la atención médica de mujeres con lesiones cervicales por diferentes factores, dentro de los cuales se destacó la falta de privacidad, de información, aspectos económicos y el rechazo al tratamiento [14, 16]. En Argentina, Paolino reportó un alto porcentaje de abandono del seguimiento [37]. El importante porcentaje de culminación del seguimiento en la población de la presente investigación, puede deberse al trabajo continuo del servicio de citología, donde implementan junto con la ESE y la EPS Comfama-Savia Salud, diferentes estrategias para mejorar la atención de las mujeres del programa de control de cáncer, mediante información periódica de las pacientes con citologías positivas para la gestión de las citas, la priorización de aquellas con resultados más significativos, llamadas de seguimiento a positivas para verificación de la atención posterior a la entrega del resultado; actividades que aportan en el mejoramiento de la oportunidad en la atención de las mujeres.

Se observó en este y otros estudios que las demoras en la atención son un tema de gran importancia que implica el abandono del seguimiento por parte de las usuarias, la pérdida de la credibilidad en el sistema de salud, la realización de diligencias adicionales como asistir varias veces al centro de atención, realizar filas, ir a diferentes lugares para autorizaciones, aspectos que desgastan a las pacientes [16, 32, 33, 37]. Estos asuntos propios del

desarticulado sistema de salud colombiano donde se realiza la citología en una institución, el diagnóstico en otra y los tratamientos y seguimientos en otra, se traduce en el avance de las lesiones, tratamientos inoportunos, más agresivos y por tanto muertes por cáncer de cuello uterino, como ocurrió con seis pacientes, incluidas inicialmente en el estudio, que fallecieron por esta causa [9].

En cuanto a los controles pos tratamiento y pos diagnóstico, se puede inferir que se cumplen, pues hubo un alto porcentaje de controles en las participantes encuestadas, gracias a que fueron informadas acerca del proceso a seguir. Sin embargo, se observó, en un menor porcentaje en que la información suministrada era errónea, lo que hizo que algunas mujeres desistieran de continuar con el tratamiento y finalizaran el proceso. En esta fase también se evidencia que los controles se fundamentan netamente en la realización de la citología y esta depende del compromiso de la paciente, pues los centros de atención no las programan para ello. Esto sustenta claramente la relevancia del empoderamiento los pacientes respecto a su salud, lo cual se logra gracias a la adecuada educación brindada con respecto a la citología y al cáncer en general.

El hallazgo de persistencias o avances de las lesiones (6,6% recaídas pos-tratamiento y 23,1% pos-diagnóstico) durante los controles, evidencia la importancia de las citologías y colposcopias de control para verificar la efectividad de los procedimientos e identificar aspectos a mejorar en la calidad de los exámenes diagnósticos. Asimismo, muestra la relevancia de la articulación de las diferentes instituciones, que conforman una verdadera red en el diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de las mujeres con Cacú y establecen un programa debidamente estructurado en todos los aspectos.

Conclusión

A pesar de la tasa de inoportunidad encontrada en la atención de las participantes, se evidenció un alto porcentaje de culminación del seguimiento; lo cual puede deberse a los esfuerzos realizados por garantizar la adherencia de las pacientes al proceso a través de la búsqueda activa y la educación. No obstante, las fallas en la autorización y gestión de las citas para diagnóstico y tratamiento, se transforman en condicionantes que requieren de intervención efectiva para lograr reducir significativamente las cifras de la enfermedad y mortalidad por esta causa.

Las mujeres seleccionadas en este estudio, consultan en la ESE de Medellín que atienden en un gran porcentaje al régimen subsidiado y pobres sin subsidio, población que tiene mayores riesgos para desarrollar esta neoplasia y que, por lo tanto, requieren atención oportuna para evitar tratamientos invasivos, muertes prematuras y

aumento de los costos en el control de esta enfermedad. Con la descripción del seguimiento realizado, se pudo mostrar cómo se realiza el seguimiento a esta población vulnerable, la oportunidad en el diagnóstico y tratamiento, las barreras más frecuentes y la necesidad de mejora del mismo.

Agradecimientos

A las mujeres participantes quienes con su información permitieron este trabajo. A la ESE Metrosalud, Secretaría de Salud de Medellín y Escuela de Microbiología de la Universidad de Antioquia.

Financiación

Esta investigación se realizó en el marco del proyecto evaluación de seguimiento de mujeres con citología positiva, atendidas en una ESE de Medellín, 2012 – 2013, cofinanciado por la Secretaría de Salud de Medellín y la Universidad de Antioquia.

Referencias

- 1 Grisales H, Vanegas A, Gaviria A, J Castaño, Mora M. Prevalencia de anomalías de células epiteliales y factores asociados en mujeres de un municipio rural colombiano. *Biomédica*. 2008; 28(2):271-83.
- 2 Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Reporte para registrar pacientes con cáncer. Bogotá: Ministerio; 2014.
- 3 Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer*. 2015;136 (5): E359-E86.
- 4 Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global cancer statistics. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2011; 61(2):69-90.
- 5 Secretaría Seccional de Salud de Antioquia. Registro Poblacional de Cáncer de Antioquia. Datos preliminares 2007-2009. Medellín: La Secretaría, 2011.
- 6 Ortiz-Serrano R, Uribe-Pérez CJ, Díaz-Martínez A, Dangond-Romero YR. Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2004; 5(2):146 - 60.
- 7 Howe SL, Vargas DE, Granada D, Smith JK. Cervical cancer prevention in remote rural Nicaragua: a program evaluation. *Gynecologic oncology*. 2005; 99(3): S232-S235.
- 8 Palacio-Mejía LS, Rangel-Gómez G, Hernández-Avila M, Lazcano-Ponce E. Cervical cancer, a disease of poverty: mortality differences between urban and rural areas in Mexico. *Salud pública de México*. 2003; 45:315-25.
- 9 Murillo R, Almonte M, Pereira A, Ferrer E, Gamboa OA, Jerónimo J, et al. Cervical cancer screening programs in Latin America and the Caribbean. *Vaccine*. 2008;26: L37-L48.
- 10 Social MdsyP. Guía Metodológica para el Observatorio Nacional de Cáncer de Colombia - ONC Colombia. In: Ministerio de Salud, editor. Bogotá2013.

- 11 IARC, OMS. Cervical Cancer. Estimated Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. Francia: IARC OMS, 2013.
- 12 Pardo CRC. Incidencia, mortalidad y prevalencia de cáncer en Colombia, 2007-2011. Bogotá, D.C.: Instituto Nacional de Cancerología; 2015.
- 13 Colombia Ministerio de Salud. Resolución Número 00412 de 2000. Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica, (2000).
- 14 González M A. Protocolo para el manejo de pacientes con citología positiva [Protocolo]. In press 2007.
- 15 Resolución número 2284 de 2000. Ministerio de salud. **(Completar la referencia con la estructura Vancouver)**
- 16 Wiesner C, Cendales R, Murillo R, Piñeros M, Tovar S. Seguimiento de mujeres con anomalía citológica de cuello uterino, en Colombia. *Revista de Salud Pública*. 2010; 12:1-13.
- 17 Arrossi S, Sankaranarayanan R, Parkin DM. Incidence and mortality of cervical cancer in Latin America. *Salud Pública de México*. 2003; 45:306-14.
- 18 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*. 2012; 8:247-61.
- 19 Garcés I, Scarinci I. Factores asociados con el tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres de nivel socioeconómico medio y bajo en Bogotá, Colombia. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2012;30(1):7-16.
- 20 Wiesner C, Tovar S, Cendales R, Vejarano M. Organización de los servicios de salud para el control del cáncer de cuello uterino en el Municipio de Soacha. Colombia. *Rev Colomb Cancerol*. 2006;10(2):98 - 108.
- 21 Valencia-Arredondo M. Otra Cara del Cáncer Cervicouterino: una mirada desde la clase social y la cultura de género [Investigación]. Medellín: Universidad de Antioquia; 2013.
- 22 Restrepo J, Mejía A, Valencia M, Tamayo L, Salas W. Accesibilidad a la citología cervical en Medellín, Colombia en 2006. *Revista Española de Salud Pública*. 2007; 81:657-66.
- 23 Gómez-López A, Serrano A. ESE de una herramienta de política pública y construcción de ciudadanía. CES, Salud Pública. Octubre 2012.
- 24 Lamprea JA, Gómez-Restrepo C. Validez en la evaluación de escalas. *Rev Col Psiquiatría*. 2007; 36:340-8.
- 25 Sánchez R, Echeverry J. Validación de escalas de medición en salud. *Revista de Salud Pública*. 2004; 6:302-18.
- 26 Gómez C, Sánchez R. Conceptos básicos sobre validación de escalas. *Rev Col Psiquiatría*. 1998;27(2):121-30.
- 27 Martínez Angarita J.C, Martínez Gómez V.M. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública: Cáncer de mama y cuello uterino. 2016. INS. Bogotá, 31.
- 28 Brome MR, Mendoza M, García MM, Restrepo M. Manual de citología cérvico-uterina. Medellín: Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia; 2005.
- 29 Posso H **WCPMMRGMTS**. Manual de normas técnico-administrativas para el programa de detección y control del cáncer de cuello uterino en el sistema general de seguridad en salud. Bogotá: Instituto Nacional de Cancerología ESE. Bogotá, D.C, Secretaria Distrital de Salud de Bogotá.; 2005, 71-72.
- 30 Lau-Serrano D, Millán-Vega MM, Fajardo-Tornés Y, Sánchez-Alarcón C. Lesiones preinvasivas del cuello uterino. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2012; 38:366-77.
- 31 Hernández-Alemán FR, Ornelas-Bernal LA, Apresa-García T, Sánchez-Garduño S, Martínez-Rodríguez OA, Hernández-Hernández DM. Motivos de abandono en el proceso de atención médica de lesiones precursoras de cáncer cervicouterino. *Revista de investigación clínica*. 2006; 58:217-27.
- 32 Noreña-Quiceno C, Tamayo-Acevedo LS. Cáncer de cuello uterino: análisis de la calidad de un programa. *Aquichán*. 2010;10:52-68.
- 33 Urrego Ocampo MI, Botero de Mejía BE, Alzate Zuluaga C. Una mirada al programa de prevención del cáncer de cuello uterino en Caldas (COLOMBIA), 2005-2006. *Hacia la Promoción de la Salud*. 2008; 13:210-23.
- 34 Wiesner C, Vejarano M, Caicedo J, Tovar S, Cendales R. La Citología de Cuello Uterino en Soacha, Colombia: Representaciones Sociales, Barreras y Motivaciones. *Revista Salud pública de México*. 2006;8(3):185 -96.
- 35 Gage JC, Ferreccio C, Gonzales M, Arroyo R, Huivín M, Robles SC. Follow-up care of women with an abnormal cytology in a low-resource setting. *Cancer Detect and Prevention*. 27(6):466-71.
- 36 Wiesner-Ceballos C, Cendales-Duarte R, Tovar-Murillo SL. Aplicación de un Modelo para el Control del Cáncer de Cuello Uterino en Soacha, Colombia. *Revista de Salud Pública*. 2008; 10:691-705.
- 37 Paolino M, Pantelides E, Bruno M, Maceira V, Peña L, Godoy J, et al. Determinantes sociales del seguimiento y tratamiento de mujeres con Pap anormal en Avellaneda, Provincia de Buenos Aires. *Revista Argentina de Salud Pública*. 2011; 2(8):21-7.