

Causas de inasistencia a consulta de patología de cuello

MSc. Carlos Alberto Valdés Valladares^I

^I Máster en Ciencias. Instructor.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal en el Policlínico "Felo Echezarreta Mulkay" del municipio San José de las Lajas en 40 mujeres (100 % del universo), con edades comprendidas entre 25 y 65 años, que tenían diagnosticado en sus citologías NIC I, NIC II, NIC III y Carcinoma in situ, inasistentes a la consulta de patología de cuello durante el período de 12 meses comprendidos entre enero y diciembre del 2006. Se les aplicó un cuestionario, con el objetivo de identificar las principales causas de inasistencia. Además se supervisaron los consultorios a los que pertenecen estas pacientes para constatar acciones y estrategias llevadas a cabo con ellas. Se estudiaron las variables: edad, nivel educacional, estadíos de las NIC, tiempo de inasistencia, conocimientos sobre su enfermedad, acciones de salud realizadas y principales causas de inasistencia. Se concluyó que las mujeres estudiadas desconocen sobre su patología, tratamiento y pronóstico, se ofrece escasa información por los equipos de salud, así como no son suficientes las acciones que realizan, la inasistencia está relacionada principalmente con dificultades en el funcionamiento de la consulta y el temor por el diagnóstico.

Palabras clave: NIC, Inasistentes, patología de cuello.

INTRODUCCIÓN

Anualmente a nivel mundial 9 millones de personas enferman de cáncer y otros 5 millones mueren por esta causa. Según se ha informado, en la actualidad existen alrededor de 14 millones de afectados por esta dolencia, cuyas consecuencias económicas y sanitarias la convierten en un importante problema de salud para la humanidad.¹

El cuello del útero es la parte del organismo más susceptible para que se desarrolle una neoplasia maligna en las mujeres de América Latina y el Caribe y se calcula que en todas las Américas, incluyendo Canadá y los Estados Unidos, cada año se presentan casi 68 000 casos nuevos de cáncer cervicouterino. Asimismo, existe una incidencia relativamente alta de esta localización en Brasil, Paraguay y Perú, una incidencia relativamente baja en Cuba y Puerto Rico, al igual que en los países de Europa Occidental (Finlandia, España, Suecia y Francia) y de Asia (China Y Japón).²

Grandes son los esfuerzos que se realizan en todo el orbe para la atención y el tratamiento de las pacientes con esta afección, pero como es sabido, sólo con el diagnóstico temprano se logra su curabilidad. La mortalidad por cáncer del cérvix ha disminuido significativamente en muchos países desarrollados y algunos estudios indican que ello se debe en gran medida a los programas de diagnóstico precoz.

Desde 1967, el Ministerio de Salud Pública, con la colaboración de los organismos de masas, ha venido desarrollando un programa para el diagnóstico precoz del cáncer del cuello uterino en Cuba. Su objetivo general es disminuir la mortalidad y conocer la morbilidad de dicha enfermedad, con la detección precoz en su estadio clínico, lo que posibilita terapias eficaces. Desde entonces, 5 millones de mujeres han sido estudiadas a través de la citología cervicovaginal y miles de ellas se han beneficiado con el diagnóstico temprano de la enfermedad.³⁻⁴

Todo esto se lleva a cabo por un equipo multidisciplinario que labora en función del programa y que garantiza la atención a estas pacientes en la consulta especializada de patología de cuello. Por otra parte los que laboran en la APS son los encargados de asegurar la asistencia de estas, sobre todo en aquellas que por uno u otro motivo no lo hacen.

Al examinar el análisis de la situación de salud (ASIS) del municipio, uno de los problemas identificados de mayor repercusión es precisamente este, incluso habiendo aplicado las diferentes técnicas que se utilizan al establecer las prioridades. Debido a la magnitud y trascendencia en este grupo de féminas.

La realidad demuestra que a pesar del trabajo realizado por los equipos de salud, no se logró lo esperado al menos en el área estudiada (una de las de mayor incidencia en el municipio), estas 40 pacientes, aún se mantienen sin asistir a consultas incluso en algunos casos hasta años. Se desprende entonces que algo falló y a criterio del autor, pudo haber sido la no aplicación de algunos ejes fundamentales en la atención primaria de salud: el trabajo en equipo, la intersectorialidad y la participación comunitaria.⁴

Otros factores importantes y que están relacionados con determinantes en el estado de salud pudieran ser:

- Organización de los servicios de salud: la consulta se afecta desde el punto de vista organizativo (impuntualidad en el horario de apertura de la misma, irrespeto al orden de los turnos, planificación insuficiente).

Muchos son los factores que influyen en la conducta irresponsable que asumen estas mujeres de atentar contra su salud, incluso ejerciendo el equipo de trabajo un sinnúmero de acciones en pro de fomentar salud y bienestar en ellas. Cabe entonces pensar: ¿se hizo todo lo necesario? Se comprobó que varias de esas mujeres que fueron inasistentes a consultas por años, se incorporaron a ella después de realizar acciones donde se involucraron las organizaciones políticas y de masas y la comunidad.

En supervisiones realizadas a los equipos básicos de salud de diferentes consultorios del área, se demostró que muchos de los casos son visitados en su hogar solamente por el enfermero(a) y con una periodicidad mensual según establece el programa, sin embargo en ocasiones no se constatan visitas por el médico. En otros casos en estas visitas de enfermería no se trazaron acciones conjuntas con los presidentes de CDR, delegados, presidentes de consejo popular, FMC y no se establecieron coordinaciones con el GBT.

No se hace nada con ejecutar la visita mes tras mes, que puede o no ser efectiva, y no estratificar tareas de prevención y promoción para tratar de forma concreta y absoluta el problema. Esto es común en muchas áreas de salud, municipios y provincias del país, aunque difiere entre unos y otros la prevalencia. En San José de las Lajas constituye un problema de salud, en algunas áreas esta dificultad se hace más evidente que en otras, como en el caso que nos ocupa, donde algunas de estas

pacientes se incorporaron a la consulta durante el año 2006 y el mayor número de ellas se mantienen sin asistir. Preocupados por esto, considerando su repercusión en la salud y teniendo en cuenta que actualmente existe tendencia a la reducción de esta enfermedad, debido especialmente a este programa, que permite un diagnóstico precoz y tratamiento en etapas tempranas.⁵ Nos dimos a la tarea de realizar este estudio, con el objetivo de precisar los conocimientos que tienen estas pacientes sobre su patología, pronóstico y tratamiento y las principales causas que inciden en su inasistencia.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal en el policlínico "Felo Echezarreta Mulkay" del municipio San José de las Lajas a una muestra de 40 mujeres que constituían el universo existente, durante el período de 12 meses comprendidos entre enero y diciembre del 2006, con edades comprendidas entre 25 y 65 años, que tenían diagnosticado en sus citologías NIC I, NIC II, NIC III y Carcinoma in situ, inasistentes a la consulta de patología de cuello.

Como criterio de inclusión: se tuvo en cuenta las que durante toda esa etapa mantuvieron su inasistencia.

Criterio de exclusión: las que dejaron de ser inasistentes en ese período, independientemente que comenzaran el año siéndolo.

Se les aplicó un cuestionario ([anexo 1](#)), basándose en los principios éticos y políticos vigentes en nuestro país: se confeccionó de forma personal, anónima, manejando discretamente la información y teniendo en cuenta el consentimiento informado para obtener el dato primario que permitiera precisar los principales factores causales de su inasistencia y los conocimientos de las mismas sobre su patología y tratamiento. Las variables estudiadas fueron: edad, nivel educacional, estadios de las NIC, tiempo de inasistencia, conocimientos sobre su enfermedad, acciones de salud realizadas y principales causas de inasistencia.

Al operacionalizar las variables se procedió de la forma que aparece en el [anexo 2](#).

Se revisaron en las áreas los documentos siguientes:

- Registro de inasistentes a consulta de patología de cuello.
- Registro de diagnósticos de citología y tarjetas de citología de las pacientes inasistentes, para recoger el diagnóstico.
- Tiempo de inasistencia y las áreas de salud a las que correspondían.
- Expedientes clínicos y verificaciones de terreno, con el fin de constatar las acciones realizadas por los equipos de salud y/o organizaciones políticas y de masas.

La información obtenida se organizó en tablas que permitieran el análisis de la misma.

RESULTADOS

Como revela la [tabla 1](#) el mayor número del estudio se ubicó entre los 47 y 57 años de edad, no coincidiendo con otras literaturas revisadas sobre el tema donde se expone incremento de los casos en mujeres jóvenes.

En la [tabla 2](#) se muestra el nivel educacional de la población estudiada, donde se destaca que 18 pacientes (45 %) tienen un nivel preuniversitario, sin embargo al sumar los que tienen nivel primario y secundario complementan un total de 22 (55 %), lo que demuestra el bajo nivel de estos.

La [tabla 3](#) refleja la distribución de las pacientes según los estadios de las NIC, 19 de ellas tienen diagnosticado NIC I (47,5 %) y 14 NIC II (35 %) y en menor cuantía NIC III (17,5%). A ninguna se le ha diagnosticado Carcinoma *in situ*. Vale destacar que el mayor número fue diagnosticado en etapas tempranas, que con un seguimiento adecuado tuvieran solución.

Al analizar el tiempo de inasistencia de las pacientes podemos apreciar que el 85 % de ellas lleva 1 año y más sin asistir a consulta especializada de patología de cuello ([tabla 4](#)).

El desconocimiento fue demostrado por estas féminas, principalmente en cuanto a su patología (65 %), riesgos y complicaciones (55 %), y en menor cuantía sobre investigaciones que se les realiza en consulta (72,5 %), debido a la falta de orientación e información no proporcionada por el equipo de salud del área. No así sobre el objetivo de la realización de la citología orgánica, donde un 95 % refirió conocer su objetivo ([tabla 5](#)).

Las causas principales de inasistencia consistieron en problemas con dificultades referidas por las pacientes en la consulta centralizada (40 %): irrespeto a los turnos citados, falta de material en ocasiones para trabajar y de privacidad y demora en la consulta no sólo a la hora de apertura, sino también durante la misma y por otra parte el temor (30 %) a un diagnóstico implacable o agresivo ([tabla 6](#)).

Se evidencian en la [tabla 7](#) las acciones de salud realizadas por el equipo del área, se reflejan la carencia de estrategias diseñadas con estas pacientes, tanto por el GBT, y las distintas organizaciones políticas y de masas de la comunidad. Se destaca principalmente las no visitadas por los delegados de circunscripción (2,5 %), seguida de las no visitadas por las presidentas de la F.M.C (7,5 %). Vale destacar que el 100 % del estudio fue visitado por enfermería.

Queda evidenciado en nuestra investigación que el mayor número de estas mujeres tienen entre 47 y 57 años, resultado que no concuerda con los datos que se informan en el Programa Nacional del Cáncer Cervicouterino, donde se señala el incremento de casos en mujeres jóvenes.⁶

Por otro lado si relacionamos su edad con el nivel educacional encontramos que el 55 % de ellas tienen un nivel educacional relativamente bajo: primario (37,5 %) y secundario (17,5 %) o sea, es obvio que el nivel educacional influye no sólo para interpretar informaciones, en este caso de salud, sino también en el desarrollo cultural y social en el marco donde estas pacientes se han desenvuelto.

Si por último relacionamos todo esto con el estado civil de estas féminas (variable no recogida en nuestro estudio), también es característico en las divorciadas o sin compañero sexual hace años, rechazar, por así decirlo los exámenes ginecológicos, incluso cuando se someten a estos, les ocasiona molestias, dolor y escozor, en muchos de los casos relacionado con la carencia de estrógenos característicos de la etapa climátrica.

DISCUSIÓN

Cuando analizamos el diagnóstico de las NIC en sus diferentes estadios se observa que el mayor porcentaje (82,5 %) corresponden a NIC I y II, o sea en etapas iniciales, que se solucionarían si garantizan las pacientes su asistencia y el equipo de salud realiza acciones encaminadas a resolver esta problemática. Debe fomentarse cada día lo importante que resulta realizarse la prueba citológica, así como ante una citología anormal, proceder con eficacia para garantizar su seguimiento y posterior curación. Científicos del mundo ponen en práctica programas de salud encaminados a diagnosticar, de manera temprana, esta enfermedad, con lo que ha sido posible aplicar distintas medidas de tratamiento que garantizan la curación casi en un 100 % de los casos que se diagnostican en etapa precoz.⁵ A juzgar por los conocimientos actuales sobre la historia natural de la NIC, incluso el papel etiológico de los virus del papiloma humano (HPV), el tratamiento debe limitarse a las mujeres con displasia moderada y grave (NIC II y NIC III) y al Carcinoma *in situ* (CIS), puesto que la mayoría de los casos de displasia leve no avanzan o se normalizan espontáneamente sin tratamiento. Queda bien claro, que según esta estrategia, es preciso vigilar a las mujeres con lesiones leves a intervalos apropiados, por lo que el seguimiento de estas debe estar garantizado.⁷ Si se asocia ello a nuestro estudio, vemos que el mayor número (47,5 %) corresponden a las displasias leves, (NIC I), de ahí que se deba asegurar su seguimiento.

Estudios clínicos prospectivos demuestran que las displasias dejadas evolucionar espontáneamente se transforman en Carcinoma *in situ* en un 30 a 36 % de los casos.¹⁸ Si interpretamos esto, cabe pensar que obviamente mientras más tiempo pase, sin tratamiento y seguimiento adecuado estas NIC evolucionarán de igual forma y con peor pronóstico. En este estudio el 85 % de las pacientes llevan un año o más sin atención especializada en esta consulta y por supuesto el seguimiento es nulo.

El facilitador es aquella persona capacitada y entrenada para brindar y proporcionar información sobre algún tema,⁴ en este caso de salud. Nuestros médicos, enfermeros, técnicos y otros trabajadores del sistema, debemos serlo por excelencia y más aún si prestamos servicios en la atención primaria de salud. Lamentablemente esto fracasa y en nuestro estudio se demuestra con el desconocimiento de estas pacientes sobre su patología y diagnóstico (en qué consiste, si es solucionable o no). No conocen riesgos y consecuencias que les puede reportar el no asistir a consultas, así como la importancia de las diferentes investigaciones que se realizan en ella, sobre todo en los casos que asistieron por un tiempo determinado y luego dejaron de hacerlo. En esas citas les realizaron por ejemplo: colposcopia, shiller, biopsias por ponchamiento, cepillado de canal etc. Sabían que era importante hacérselas, pero en realidad no saben el objetivo con que se realizan, o sea, ¿para qué?, ¿qué determinan estas?, etc. Sin embargo la mayoría de las pacientes estudiadas conoce el objetivo de la realización de la citología orgánica, esto se debe a la divulgación, el continuo trabajo de promoción y prevención que realizan en la APS en este sentido.

Disímiles son las causas de inasistencia, esta investigación detecta que las de mayor relevancia son: dificultades en la consulta de patología de cuello:

- Cuestiones internas relacionadas con el funcionamiento y organización de la consulta.
- Demora de la misma, irrespeto a los turnos programados.

- Falta de privacidad y sobre todo la planificación y programación insuficiente.
- También el temor referido por las pacientes sobre todo a un diagnóstico agresivo e implacable.

Si relacionamos estas dos causas o motivos de inasistencia con las dificultades de transportación (otra de las causas recogidas en los resultados), cabe pensar que la paciente que vive distante de la consulta y después de trasladarse por sus medios, al llegar encuentra todas las dificultades de funcionamiento de la consulta descritas anteriormente, de seguro no volvería.

En los expedientes clínicos se constata que no se realizan suficientes acciones de salud para lograr en este la incorporación a su seguimiento, de hecho estas 40 féminas se mantienen sin asistir todo el período que abarca la investigación. Es significativo el trabajo de los enfermeros(as) de los consultorios, pues el estudio hace evidente la labor de los mismos en la actividad de terreno, donde el 100 % de las mujeres estudiadas fueron visitadas por estos profesionales, no así por los supervisores de GBT, ni la responsable de programa de citología. También se observa lo mismo por otros miembros de los GBT y por las organizaciones de masas de la comunidad: delegados, presidentes de consejos populares, CDR, FMC, entre otros.

El éxito de la tarea de promoción y prevención de la salud así como el diagnóstico temprano del cáncer se basan esencialmente en la reducción de la incidencia y la mortalidad, la cual se encuentra en gran medida en manos del equipo de Atención Primaria, en el que se considera como pilar fundamental el colectivo integral del médico de la familia.

Consideramos que las principales causas de inasistencia a consulta especializada de patología de cuello, son las dificultades internas del municipio en cuanto a funcionamiento, deficiente planificación y organización de la misma, además del temor expresado por estas féminas en cuanto a recibir un diagnóstico agresivo, todo esto debido a la falta de conocimientos que demostraron.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Camacho Rodríguez R, Fernández Garrote L, Martín García A, Abascal Ruiz M, Díez Cabrera M. El Programa Nacional de Control de Cáncer en Cuba. Rev Cubana Med Gen Integr. 2001;10(3):215-9.
2. Roble S, Whele F, Perruga A. Tendencia de la mortalidad por cáncer del cuello del útero en las Américas. Bol Of Sanit Panamá. 1999;121(6):478-89.
3. Marinello Villaurrutia Z. El diagnóstico del cáncer. La Habana: Editorial;1998.
4. Álvarez Sintés R. Temas de medicina general integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas;2005.
5. Carolina TR, Ramiro JS, Gloria AGM, Ángel DD, Olivia MM. Cáncer cervicouterino: factores de riesgo y alteraciones asociadas en mujeres del estado de Guerrero. Rev Inst Nac Cancerol. 2002;44(1):19-27.
6. Rodríguez A. El Registro Nacional del Cáncer en Cuba. Publicación MINSAP;2002.

7. Radovan P, Salmaso R, Marchetti M, Pavovan R. Prognostic value of bcl-2, p53 and Ki-67 in invasive squamous carcinoma of the uterine cervix. *Eur. J Gynaecol Oncol.* 2000;21(3):267-72.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1. Sawaya GF, Harper C, Balistren E, Boggess J, Darney P. Cervical neoplasia risk in women provided hormonal contraception without a Papsmear. *Contraception.* 2001 Feb;63(2):57-60.

2. Taylor Wharton, Guillermo Tortoleto-Luna. *Cancer Medicine.* American Cancer Society. 5 ed. 2000. Section 31. Cap 112. J.

3. Sayedel-Ahl SA, el Wakil HS, Kamel NM, Mahmot MS. A preliminary study on the relationship between *Trichomonas vaginalis* and cervical cancer in Egyptian women. *J Egypt Soc Parasitol.* 2002 Apr;32(1):167-78.

4. Mikamo H, Sato Y, Hayasaki Y, Kawazoe K, Izumi Ito K, Yamada Y et al. Intravaginal bacterial flora in patients with uterin cervical cancer. High incidence of detection of *Gardnerella vaginalis*. *J Infect Chemother.* 1999 Jun;5(2):82-5.

5. Mori M, Sagae S. Recent progress in epidemiologic research of uterine cancer. *To Kagaku Ryoho.* 2001 Feb;28(2):174-8.

6. Berumen I. Virus del papiloma humano, genes celulares y cáncer cervicouterino: En: Santiago Pineda, editor. *Cáncer cervicouterino y lesiones premalignas.* México, DF: Científico Técnico;2000:67-71.

7. Cabezas Cruz E. Tratamiento del cáncer cervicouterino en las etapas tempranas. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 2002;19(2):114-20.

8. González Merlo J. Lesiones premalignas del cuello uterino. Neoplasia cervical intraepitelial. En: *Oncología ginecológica.* 1992;87-145.

9. Hatch KD. Preinvasive Cervical Neoplasia. *Sem Oncol.* 1994;21(1):12-16.

10. Chamberlain J. Reason that some screening programmes fail to control cervical cancer in: *Screening for cancer the uterine cervix.* Lyon, IARC, 1986:161-8.

11. Lopez-Ocejo O, Vilorio-Petit A, Bequet Romero M, Mukhopadhyay D, Rak J, Kerbel RS. Oncogenes and tumor angiogenesis: the HPV-16 E6 oncoprotein activates the vascular endothelial growth factor (VEGF) gene promoter in a p53 independent manner. *Oncogene* 2000 Sep 21;19(40):4611-21.

12. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estadística. Anuario Estadístico 2005. MMWR (En línea). 2006 (fecha de acceso: 24 de marzo del 2007). Disponible en: <http://www.sld.cu/Servicios/estadísticos>.

13. Rodríguez N. Operaciones del cuello uterino. En: *Cirugía Ginecológica y Obstetricia T II.* Ciudad de La Habana. Pueblo y Educación. 1993.5

14. Pinto MJ, Galarraga C, Grant WA. Correlación citocolposcópica en el programa del pesquiasaje del cáncer cervicouterino. *Las Tunas: 1999-2001.* Rev Cubana. Ginecol Obstet. 2001.

15. Wang SS, Hildesheim A, Gao X, Schiffman M, Herrero R, Bratti MC et al. Human leukocyte antigen class I alleles and cervical neoplasia no heterozygote advantage. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2002 Apr;11(4):419-20.
16. Hachisuga T, Fukuda K, Kawarabayashi T. Local immune response in squamous cell carcinoma of the uterine cervix. *Gynecol Obstet Invest.* 2002;52(1):3-8.
17. Janeway CH, Travers P, Walport M, Capra JD. Signaling through lymphocyte receptor. 5 ed. En: *Immunobiology. The immune system in health and disease.* E.U.: Garland Publishing. 2001:171-91.
18. Da Silva DM, Eiben GL, Fausch SC, Wakabayashi MT, Rudolf MP, Velders MP et al. Cervical cancer vaccines: emerging concepts and developments. *J Cell Physiol.* 2002 Feb;186(2):169-82.
19. Herrera V, Oliva J, Domínguez F. Riesgo reproductivo. En: Rigor Ricardo O. *Obstetricia y Ginecología.* Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 2004. p. 113-20.
20. Cuningham FG, Donald PC, Gant NF. *Obstetricia* 21 ed. Madrid: Editorial médica panamericana;2002.
21. Cuba. Programa de atención integral a la familia (Anteproyecto). Ciudad de la habana: Ministerio de Salud Pública;2004.
22. De Armas Águila y Valdivia Anega NC, Lorenzo Rodríguez A, Muñiz Roque AM, Gandul Salabarría L, Barceló Mantiel Z. *Carpeta Metodológica de atención primaria de salud y medicina familiar.* 2da edición. La Habana: Editorial Ciencias Médicas;2002.
23. Linde T. *Ginecología Quirúrgica: cáncer de cuello de útero.* Madrid: Editorial Médica Panamericana;2003. p. 1225-528.
24. Come C, Schreinerova M, Delorme T, Murawa-Durand S, Chazard M. Is there a place for chemotherapy in the initial treatment of cervical cancer? *Bull Cancer (París).* 2004;83(4):276-92.

Recibido: 16 de octubre de 2007.

Aprobado: 31 de octubre de 2007.

MSc. *Carlos Alberto Valdés Valladares.*

Policlínico universitario "Felo Echezarreta". Municipio San José de las Lajas.

Provincia La Habana. E-mail: socuenfsanjo@infomed.sld.cu

Policlínico universitario "Felo Echezarreta".

Anexo 1

CUESTIONARIO

Esta encuesta anónima se ha elaborado para obtener información sobre la consulta de patología de cuello y la inasistencia a ella. Ud es parte importante en este estudio por lo que necesitamos llene este cuestionario con la mayor sinceridad y responsabilidad posibles. La información por Ud aportada tendrá toda la privacidad y confidencialidad necesarias.

Muchas gracias.

Edad: _____ Nivel educacional: _____

1. ¿Conoce usted su diagnóstico?

Sí _____ No _____

a) En caso de conocerlo. ¿Que sabe sobre él?:

2. ¿Conoce usted algunos riesgos o consecuencias que puede ocasionarle el no asistir a consulta?

Sí _____ No _____

a) De ser positiva su respuesta. Menciónelos:

3. ¿Sabe usted con qué finalidad se les hace la prueba citológica?

Sí _____ No _____

a) De ser positiva su respuesta. Explique:

4. ¿Conoce pruebas que se realizan en este tipo de consulta y para qué se las indican?

Sí _____ No _____

a) De ser positiva su respuesta. Menciónelas:

5. ¿Por qué ha dejado de asistir a consulta? Explique los motivos:

Anexo 2

Variable	Tipo	Escala	Descripción	Indicador
Edad	Cuantitativa discreta	25-35 36-46 47-57 58-68	Se tomará el último año cumplido al entrevistar a la mujer	Número y por ciento
Nivel de escolaridad	Cualitativa Nominal politómica	Primario Secundario Preuniversitario Universitario	Según el último nivel escolar vencido	Número y por ciento
Clasificación por estadíos de las NIC	Cualitativa Nominal politómica	NIC I NIC II NIC III Carcinoma <i>in situ</i>	Según diagnóstico en laboratorio de citohistopatología	Número y por ciento
Tiempo de inasistencia	Cuantitativa discreta	Menos de 1 año 1 año Más de 1 año	Se tomará la fecha de la última consulta de patología de cuello	Número y por ciento
Información sobre su enfermedad	Cualitativa Nominal politómica	Se tendrá en cuenta si conocen o no, sobre: Enfermedad, riesgos y complicaciones, estudios complementarios, objetivos de la citología vaginal	Se tomará la respuesta escrita de la paciente	Número y por ciento
Causas de inasistencia	Cualitativa Nominal politómica	Problemas personales Dificultades en la consulta Temor Problemas Transporte	Se tomarán la respuestas escritas por las pacientes en los cuestionarios	Número y por ciento
Información sobre su enfermedad	Cualitativa Nominal politómica	Se tendrá en cuenta si conocen o no, sobre: Enfermedad, riesgos y complicaciones, estudios complementarios, objetivos de la citología vaginal	Se tomará la respuesta escrita de la paciente	Número y por ciento
Causas de inasistencia	Cualitativa Nominal politómica	Problemas personales Dificultades en la consulta Temor Problemas Transporte	Se tomarán la respuestas escritas por las pacientes en los cuestionarios	Número y por ciento
Acciones de salud realizadas	Cualitativa Nominal politómica	Visitadas por el médico, por la enfermera, por el Delegado, por el Presidente del CDR, por el Presidente del Consejo popular, por la Presidenta FMC, por el Psicólogo GBT, por supervisores GBT por el responsable del programa de citología y Dinámicas familiares	Se tendrá en cuenta las acciones constatadas de las historias clínicas	Número y por ciento

Tabla 1. Distribución por grupo de edades. **Tabla 2.** Distribución según Nivel de Escolaridad.

Grupo de edades	No.	%
25 – 35	11	27,5
36 – 46	12	30
47 – 57	16	40
55 y +	1	2,5
Total	40	100

Fuente: Cuestionario

Nivel escolar	No.	%
Primario terminado	15	37,5
Secundario terminado	7	17,5
Preuniversitario terminado	18	45
Universitario terminado	-	0
Total	40	100

Fuente: Historias clínicas familiares

Tabla 3. Clasificación por estadios de las NIC.

Estadios	No.	%
NIC I	19	47,5
NIC II	14	35
NIC III	7	17,5
Carcinoma <i>in situ</i>	-	-
Total	40	100

Fuente: Tarjetas de citología orgánica

Tabla 4. Tiempo de inasistencia.

Tiempo de inasistencia	No.	%
Menos de 1 año	6	15
1 año	18	45
Más de 1 año	16	40
Total	40	100

Fuente: Tarjetas de citología orgánica

Tabla 5. Conocimientos sobre su enfermedad y tratamiento.

Conocimientos	Sí	%	No	%
Enfermedad	14	35	26	65
Riesgos y complicaciones	18	45	22	55
Estudios complementarios	11	27,5	29	72,5
Objetivo de la citología vaginal	38	95	2	5

Fuente: Cuestionario

Tabla 6. Causas de inasistencia.

Causas	No.	%
Problemas Personales	4	10
Dificultades en la consulta	16	40
Temor	12	30
Problemas con Transporte	8	20
Total	40	100

Fuente: Cuestionario

Tabla 7. Acciones de salud realizadas con las pacientes.

Acciones realizadas	No.	%
Visitadas por el médico	6	15
Visitadas por la enfermera	40	100
Visitadas por delegado de zona	1	2,5
Visitadas por presidente de CDR	4	10
Visitadas por presidente de consejo popular	-	0
Visitadas por presidenta de la FMC	3	7,5
Visitadas por psicólogo GBT	4	10
Visitadas por supervisores de los GBT	10	25
Visitadas por responsable del Programa de Citología	26	65
Dinámicas familiares	3	7,5

Fuente: Historias Clínica de las pacientes