



UNR



Maestría en Gestión de  
Sistemas y Servicios de Salud



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO**  
**CENTRO DE ESTUDIOS INTERDISCIPLINARIOS**  
**MAESTRÍA EN GESTIÓN DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE**  
**SALUD**

**Adherencia al tratamiento y seguimiento de lesiones cervicales de  
alto grado en mujeres del Distrito Sanitario I de la provincia de  
Formosa. Periodo 2015-2017.**

**Maestrando: GRACIELA VICENTA DIAZ**

**Director del Trabajo: Mgster. Monsalvo Julio**

**Formosa, Febrero 2021**

## **AGRADECIMIENTO**

*A Dios y a nuestro Señor Jesucristo que son mis guías espirituales;  
A mis hijos y nieta que son mi motor de mí existir en el presente;  
A mi Director de Tesis, Dr. Monsalvo, por aceptar ser mi guía y tutor;  
A todas aquellas personas que de una u otra manera han contribuido  
para ayudarme a llegar a la meta.  
Gracias al Universo por la luz que coloco en mi camino y permitirme lle-  
gar.*

*Gracias, Gracias, Gracias*

*Lic. Graciela Vicenta Díaz*

## ÍNDICE

Pág.

RESUMEN .....	6
INTRODUCCIÓN .....	8
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	10
1.1. Justificación de la Investigación.....	13
2. OBJETIVOS .....	15
2.1. OBJETIVO GENERAL.....	15
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	15
3. ESTADO DEL ARTE .....	16
4. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL.....	19
4.1. Lesiones cervicales de bajo y alto grado .....	19
4.2. Adherencia terapéutica .....	20
4.3. Características Socio-demográficas. Provincia de Formosa.....	27
4.4. Características del Sistema Sanitario Provincial.....	28
4.5. La atención de la salud de la población originaria .....	29
5. METODOLOGIA.....	32
6. RESULTADOS .....	37
7. DISCUSIÓN .....	46
8. CONCLUSIÓN .....	48
8.1. RECOMENDACIONES DE GESTIÓN.....	49
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	51
ANEXO I Nota Autorización .....	56
ANEXO II Cuestionario guía .....	57

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Distribución de diagnósticos citológicos de lesiones cervicales de alto grado por grupo etario .....	37
<b>Tabla 2.</b> Distribución de mujeres con lesiones cervicales de alto grado según etnia. ....	39
<b>Tabla 3.</b> Distribución de mujeres con lesiones cervicales de alto grado según paridad. ....	40
<b>Tabla 4.</b> Distribución de mujeres con lesiones cervicales de alto grado según estado civil. ....	41
<b>Tabla 5.</b> Distribución de mujeres con lesiones cervicales de alto grado según procedencia.....	42
<b>Tabla 6.</b> Distribución de mujeres con lesiones cervicales de alto grado y su falta de adherencia al tratamiento prescripto según etapa .....	43
<b>Tabla 7.</b> Distribución de mujeres con lesiones cervicales de alto grado y su cumplimiento al tratamiento según etnia .....	44
<b>Tabla 8.</b> Distribución de mujeres con lesiones cervicales de alto grado y estado actual de la enfermedad a dos años del diagnóstico.....	45

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1.</b> Porcentaje de diagnósticos citológicos de lesiones cervicales de alto grado por grupo etario .....	37
<b>Gráfico 2.</b> Porcentaje de mujeres con lesiones cervicales de alto grado según etnia. ....	39
<b>Gráfico 3.</b> Porcentaje de mujeres con lesiones cervicales de alto grado según paridad. ....	40
<b>Gráfico 4.</b> Porcentaje de mujeres con lesiones cervicales de alto grado según estado civil. ....	41
<b>Gráfico 5.</b> Porcentaje de mujeres con lesiones cervicales de alto grado según procedencia.....	42
<b>Gráfico 6.</b> Porcentaje de mujeres con lesiones cervicales de alto grado y su falta de adherencia al tratamiento prescripto según etapa ....	43
<b>Gráfico 7.</b> Porcentaje de mujeres con lesiones cervicales de alto grado y su cumplimiento al tratamiento según etnia .....	44
<b>Gráfico 8.</b> Porcentaje de mujeres con lesiones cervicales de alto grado y estado actual de la enfermedad a dos años del diagnóstico.....	45

## RESUMEN

Introducción: La detección, adherencia al tratamiento y seguimiento son claves en el proceso y responsabilidad de efectores de salud para reducir el cáncer cervicouterino. El objetivo fue determinar la adherencia al tratamiento de las lesiones cervicales de alto grado diagnosticado en 2015, y el estado actual de la lesión a diciembre de 2017, en mujeres del Distrito I de la provincia de Formosa. Método: Estudio descriptivo, cuantitativo de corte transversal. Se utilizó fuentes secundarias. La muestra fueron 36 mujeres con diagnóstico en el 2015 de lesión cervical de alto grado. 30 presentaban diagnóstico H-SIL; 4 con CA y 2 con ASC-H. La frecuencia de H-SIL se dio en 20 a 34 años, con predominio originaria (69%). El 69% eran multíparas y el 89% casada o conviviente. El 36%(13) no se adhirieron al tratamiento El 22% abandono en la etapa de diagnóstico y el 14%en tratamiento. El 50% (9) de las lesiones de H-SIL persistieron al término de dos años. Conclusión: Se evidencia que solo el 64% (23) de las mujeres se adhirió al tratamiento y, que presentan a dos años del diagnóstico, una recurrencia H-SIL. Del 36% (13) restante, no existe registro sistemático de atención pos diagnóstico desconociéndose su evolución.

Palabras Claves: Lesión cervical de alto grado, Adherencia al tratamiento, Persistencia de lesiones precancerosas

## Summary

**Introduction:** Detection, adherence to treatment and follow-up are key in the process and responsibility of health effectors to reduce cervical cancer. The objective was to determine adherence to treatment of high-grade cervical injuries diagnosed in 2015, and the current status of the injury as of December 2017, in women from District I of the province of Formosa. **Method:** Descriptive, quantitative cross-sectional study. Secondary sources were used. The sample was 36 women with a diagnosis in 2015 of high-grade cervical injury. 30 had a H-SIL diagnosis; 4 with CA and 2 with ASC-H. The frequency of H-SIL occurred in 20 to 34 years, with an original predominance (69%). 69% were multiparous and 89% were married or cohabiting. 36% (13) did not adhere to the treatment. 22% dropped out in the diagnosis stage and 14% in treatment. 50% (9) of the H-SIL lesions persisted after two years. **Conclusion:** It is evidenced that only 64% (23) of the women adhered to the treatment and, that they presented two years after diagnosis, an H-SIL recurrence. Of the remaining 36% (13), there is no systematic registry of post-diagnostic care, and its evolution is unknown.

**Key Words:** High-grade cervical lesion, Adherence to treatment, Persistence of precancerous lesions

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo constituye el requisito final solicitado por la Maestría de Gestión de Sistemas y Servicios de Salud del Instituto Lazarte dependientes de la Universidad Nacional de Rosario dictada durante los años 2015-2017 en la ciudad de Formosa capital.

Para la autora resultó un total desafío, desde conseguir un tutor y que el mismo posea una maestría fue toda una osadía, más aun, por el delicado tema a tratar.

En la Argentina, el cáncer del cuello uterino es uno de los más frecuentes en términos absolutos y el segundo en afectar a la población femenina, a pesar de que se trata del único tipo de cáncer al que se le han dedicado múltiples campañas de prevención y detección precoz desde hace 25 años. El cáncer de cérvix es el 2º en frecuencia en las mujeres. Según la OMS en el mundo se presentan alrededor de 500.000 nuevos casos por año y se producen alrededor de 250.000 muertes por esta causa. (Arrossi, 2016)

Reducir el impacto de esta enfermedad es uno de los objetivos del Programa Provincial de Prevención de Cáncer Cervico-Uterino (PPCACU) de Formosa, así como el de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

La OPS tiene una visión a largo plazo para disminuir la incidencia y mortalidad del cáncer cervicouterino, a través de la mejora de las capacidades de los países para la vacunación contra VPH, el tamizaje, diagnóstico, y tratamiento de las lesiones precancerosas y el cáncer cervicouterino invasor, y la provisión de los cuidados paliativos. (SIVER/INC, 2016)

El cáncer de cérvix es la quinta neoplasia en frecuencia en el mundo. En la Argentina la incidencia depende de la provincia que se evalúa, partiendo de 7,8/100.000 mujeres/años en Buenos Aires hasta 23,2 en Formosa (INC, 2016).

El programa no cuenta con estudios que evalúen la implementación y la efectividad de los tratamientos utilizados, así también la adherencia de las mujeres al seguimiento post tratamiento constituyendo una dificultad en la gestión. Con este trabajo lo que se pretende es abordar el problema desde su complejidad en la gestión del seguimiento de pacientes con patologías de cérvix, con el objeto de obtener no solo información de cómo ha sido la evolución y seguimiento pos diagnóstico de mujeres con lesiones cervicales de alto grado en enero 2015 a diciembre 2017 en el Distrito Sanitario I, según las características de las mujeres en estudio, sino también de aportar propuestas que admitan intervenciones sobre la problemática planteada desde un enfoque de optimizar la gestión en lo referente a la responsabilidad que le cabe al programa y al efector en la preservación de salud de la mujer.

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las actividades de detección y control de cáncer de cuello uterino tienen como finalidad reducir la mortalidad y secuelas ocasionadas por esta patología, así como mejorar la calidad de vida de las mujeres que la padecen (Marañón Cardonne y otros 2017).

Las revisiones sistemáticas basadas en los diferentes manejos de las lesiones de cérvix de alto grado reportan persistencia o recurrencia de la lesión en el 5 a 15% de mujeres (Franco Argote y otros 2011). El seguimiento de las neoplasias de cérvix posterior a los diferentes tipos de tratamiento es tan importante como la detección temprana ya que el objetivo principal es prevenir el cáncer invasor.

El objetivo final del PPCACU de Formosa es la reducción de la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello de útero. Para ello, tiene en cuenta tres condiciones básicas incluidas en la *Guía Programática Abreviada para el tamizaje de Cáncer Cervico-Uterino* (2013):

- a) la alta cobertura de la población objetivo de 35 a 64 años,
- b) el tamizaje con un test de buena calidad como el PAP, y
- c) el adecuado tratamiento y seguimiento de las mujeres con lesiones pre-cancerosas y cáncer.

Este último resulta fundamental para lograr el éxito del programa de prevención, porque, si no se trata a las mujeres a las que se les ha detectado enfermedad precancerosa, no va a ser posible lograr un impacto, aun cuando la cobertura sea alta y la toma de muestra sea de buena calidad. No obstante, en la provincia no se han realizado estudios relacionados con el seguimiento de las mujeres posterior al tratamiento, por lo que se desconoce el total de mujeres que presentaron regresión, persistencia o recurrencia de la enfermedad, así también la adherencia al tratamiento y/o su evolución.

Teniendo en cuenta, lo anterior desde el Programa, se realizó un relevamiento retrospectivo desde el año 2010 al 2015 del registro nominalizado de mujeres con diagnósticos de lesiones de alto grado, para un diagnóstico de situación de salud actual de la mujer, en relación al tratamiento y el seguimiento que el efector de salud lleva a cabo en el área de su responsabilidad; en el mismo, se evidenció que el mayor número de mujeres con lesiones de alto grado pertenecían al Distrito Sanitario 1. También se encontró, que la mayoría de los diagnósticos de alto grado le pertenecían a mujeres originarias.

La provincia cuenta con el Sistema de Información Hospitalaria (SIGHo). Desde el Proyecto provincial del Programa Redes se avanzó con la informatización de los procesos de Referencia y Contra referencia (R-CR). Desde el Primer Nivel de Atención (PNA) se carga la referencia y en el Segundo Nivel de Atención (SNA) se cargan las consultas, practicas, medicamentos, médicos especialistas que atendieron a la consulta y el diagnostico. También a través del SIGHo se reservan los turnos en el PNA y pueden proteger turnos en el SNA, este último refiere al Tercer Nivel de Atención (TNA) para atención y prácticas de mayor complejidad. El Programa Redes es de complejidad creciente.

El SHIGo es un Sistema Integral de Salud que permite la Unificación de Historias Clínicas. La historia clínica es única cuando la persona tiene desde su nacimiento un solo registro médico y no uno en cada Institución en donde fue atendido. Este es uno de los puntos más importantes ya que permite al médico tener acceso a los antecedentes completos del paciente, y la certeza de saber qué enfermedades padeció. (SHIGo, 2014)

Este es uno de los puntos más importantes ya que permite al profesional tener acceso a los antecedentes completos del paciente, y la certeza de saber qué enfermedades padeció. Este sistema es adecuado para la gestión en los diferentes efectores que participan en la prevención del

cáncer cervico uterino, ya que les permite llevar el registro de los procedimientos realizados a los pacientes, facilitando el seguimiento de las mujeres en las distintas etapas del proceso de atención y permitiendo detectar el abandono de tratamiento para su búsqueda y acercamiento nuevamente al sistema de salud.

Con respecto a patologías relacionadas al cervix uterino, desde el PPCACU se evidenció, según el registro estadístico de atención proporcionado por el SIGHo, que algunas de las mujeres llegan al sistema de salud en la primer consulta con estado muy avanzado por registrar un diagnóstico de: Probable cáncer de cervix en estado.

Cabe señalar, que el proceso de atención del cáncer cervico uterino incluye diferentes etapas, como ser tamizaje, diagnóstico y tratamiento, para lo cual, el programa provincial se encuentra organizado según las directivas de tratamiento y seguimiento que fueron entregados para su implementación en todos los efectores de la provincia de Formosa. Por lo tanto, según el algoritmo, a las mujeres que presenten un diagnóstico de patología cervical se le debería iniciar un proceso de seguimiento o tratamiento compuesto de una serie de procedimientos que requieren contactos con el sistema de salud durante un tiempo no mayor a 30 días del informe diagnóstico. Así también, se implementó la búsqueda activa de población objetivo de 35 años a 64 años.

Con base en lo anterior, se propuso a través de la presente investigación identificar el tipo de lesión cervical de alto grado más frecuentemente diagnosticada según la etnia, así como su seguimiento desde la programación de turnos y de consultas en el SIGHo y de su adherencia, así como el estado actual de la enfermedad registrado en la historia clínica en el Hospital de La Madre y El Niño (HMYN). La información obtenida permitió visibilizar algunas de las problemáticas presentada en la gestión, enfocadas al tratamiento y seguimiento aportando, además, elementos importantes que contribuyen a la generación de acciones

estrategias de intervención local a favor de la salud las mujeres.

### **1.1. Justificación de la Investigación**

El tamizaje del cáncer cervico uterino seguido del tratamiento de las lesiones de alto grado identificadas, constituye una estrategia costo-efectiva de prevención. No obstante, para el éxito del mismo, debe existir un registro nominalizado georreferenciado y un seguimiento posterior de cada una de las mujeres que presenten un diagnóstico citológico de este tipo de lesión.

El Distrito Sanitario de la provincia de Formosa, se encuentra organizado con una red de salud de 1er nivel a través de un Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS). En el Distrito 1 hay un total de 9 (nueve). Uno por cada localidad. Cuenta, además, con un Hospital Distrital I que actúa como 2do nivel de atención y 1ro de referencia. Existe además en toda la provincia, un circuito intersectorial para la detección precoz de lesiones precursoras de cáncer de cervix.

En Formosa solo se realiza como tamizaje primario la toma citológica de PAP. El test de VPH aún no se ha incorporado a los servicios de salud de la provincia. Por lo tanto, cada efector toma las muestras de PAP y envía al Hospital de cabecera del Distrito. Este a su vez, envía las muestras al Laboratorio de Anatomía Patológica del HMYN ubicado en la ciudad de Formosa capital (3er nivel y 2do de referencia). Una vez procesadas las muestras envían los informes al hospital del distrito para que los diferentes responsables de los CAPS lo retiren y entreguen a sus pacientes. Las muestras derivadas del interior de la provincia son remitidos sus informes a través del Programa Bolsin, que distribuye insumos y documentación a los efectores de las localidades cada 15 días por Distrito, llegando a tener una demora de entrega de 30 días en el oeste (Distrito 1 y 2).

Si el resultado es patológico, derivan a las mujeres al hospital del 2do

nivel para que sean evaluadas y se aplique el tratamiento correspondiente. Estos a su vez seleccionan y comienzan tratamiento a mujeres con lesiones de bajo grado. Las mujeres con lesiones de alto grado son derivadas al hospital del 3er nivel (HMYN) ubicado a más de 500 km.

Dada la importancia de la patología y su desenlace desfavorable si no se lleva a cabo el tratamiento, es imprescindible conocer la situación de salud de las mujeres en relación a las lesiones cervicales de alto grado, su adherencia al tratamiento y su seguimiento para poder tener un visión de impacto de corto y largo plazo, que permita a la gestión de cada efector mejorar y/o implementar acciones intersectoriales oportunas y eficaces para disminuir la morbimortalidad por estas causas.

De ahí surge la necesidad de llevar a cabo esta investigación, con el objetivo de determinar la adherencia al tratamiento en mujeres diagnosticadas con lesiones cervicales de alto grado en el 2015 y el estado en el que se encuentra su patología cervical a diciembre de 2017 y que fueran atendidas en efectores del Distrito Sanitario I de la provincia de Formosa.

Consecuentemente, el problema de la investigación se encuentra enfocado a cuestiones del tratamiento y seguimiento de las mujeres con lesiones cervicales de alto grado del Distrito Sanitario 1.

Si se tiene en cuenta que la gestión exige un permanente seguimiento de las estructuras, los procesos y los resultados, se consideró estratégico llevar a cabo un estudio, al no contar con documentación de informes sobre el estado actual de la enfermedad en mujeres del Distrito 1, que permita dilucidar la siguiente pregunta: ¿Cuál es la adherencia al tratamiento y cuál es el estado actual de su enfermedad a dos años en mujeres con diagnóstico de lesiones cervicales de alto grado en el año 2015, según la edad, etnia, paridad, estado civil y localidad del Distrito I de la provincia de Formosa, en el periodo 2015-2017?

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. OBJETIVO GENERAL**

- Determinar la adherencia al tratamiento de las lesiones cervicales de alto grado diagnosticada en el 2015, y el estado actual de la enfermedad a diciembre de 2017, en mujeres atendidas en el Distrito I de la provincia de Formosa.

### **2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 1) Caracterizar a las mujeres con diagnóstico de lesiones cervicales de alto grado en el periodo estudiado, de acuerdo a sus datos filiatorios, (edad, etnia, estado civil, procedencia), tipo de lesión de alto grado.
- 2) Establecer si existe abandono del tratamiento desde el diagnóstico en el año 2015 hasta el año 2017, identificando la etapa más frecuente del abandono.
- 3) Identificar la adherencia al tratamiento según etnia.
- 4) Identificar el estado actual de la enfermedad a dos años del diagnóstico en las mujeres del Distrito I.

### 3. ESTADO DEL ARTE

Se realizó una revisión de un conjunto de estudios en español relacionados a la adherencia y seguimiento de lesiones cervicales de alto grado que se describen a continuación:

Paolino y Arrossi (2010) llevaron a cabo en la provincia de Jujuy una investigación cuyos objetivos fue: analizar la magnitud y los motivos del abandono en el proceso de seguimiento y tratamiento por parte de las mujeres con diagnóstico de HSIL y carcinoma atendidas en el sistema público de la provincia de Jujuy durante 2010. Se realizó el análisis de fuentes secundarias y entrevistas domiciliarias a las mujeres. El porcentaje de abandono en la población de estudio fue del 23,5%. Entre estas mujeres, el 40,5% mencionó motivos de abandono relacionados con la organización del sistema de salud y el 30,9% mencionó motivos subjetivos. Los resultados han sido utilizados como insumos para la reorganización del proceso de seguimiento y tratamiento que se está llevando a cabo en la provincia.

Otra investigación realizada por Paolino y Arrossi (2013) en cuatro hospitales públicos – dos de la actual Ciudad Autónoma de Buenos Aires y dos de la provincia de Buenos Aires sobre la etapa de seguimiento y tratamiento de las mujeres con lesiones precancerosas o cáncer en la Argentina, relevó un panorama altamente preocupante: cerca del 70% de las mujeres habían abandonado su atención en el servicio donde se hizo la detección inicial de su enfermedad. De aquellas a las que fue posible entrevistar, el 40% había abandonado todo curso de acción.

Estudios en América Latina y Caribe (Bolivia-Brasil-Colombia-Chile-Jamaica-México-Perú) llevados a cabo por Hernandez Aleman y otros (2006) señalan un porcentaje de abandono de tratamiento en las lesiones intraepiteliales: 20 – 75%. Los principales obstáculos se deben a: a) Organización de los servicios: Pérdida de resultados; Problemas para acceder a turnos; Falta de articulación entre tamizaje, diagnóstico y tratamiento; Problemas de registro. b) Percepciones acerca de la enfermedad: Miedo al cáncer- Muerte. Concluyen que la lenta evolución de la enfermedad y la accesibilidad de células del cérvix para su estudio, permite tener tiempo y herramientas para detectar y erradicar la enfermedad, si el diagnóstico se hace oportunamente, lo que hace que el Cáncer Cervico Uterino sea una neoplasia 100 % prevenible.

Paolino y otros (2012) del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), en Buenos Aires, Argentina, realizaron un estudio financiado por la Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica (ANPCyT), para determinar el porcentaje y los motivos de abandono del seguimiento médico, las investigadoras encuestaron a 221 mujeres con diagnóstico de lesiones precancerosas atendidas en el sistema público de salud de Florencio Varela entre 2009 y 2011, revelo que cerca de un 20 por ciento de mujeres con probables lesiones precancerosas en cuello uterino abandonaron el seguimiento. Para las investigadoras, los resultados del trabajo muestran que para dar una respuesta – desde el sistema de salud – es necesario incorporar la perspectiva de las desigualdades sociales y de género.

Otro estudio llevado a cabo por Paolino y Arrossi (2012) en la provincia de Jujuy Argentina, tuvo por objetivo analizar la

magnitud y los motivos del abandono en el proceso de seguimiento y tratamiento, por parte de 287 mujeres con diagnóstico de HSIL y carcinoma atendidas en el sistema público de la provincia de Jujuy durante 2010, encontrando que el porcentaje más alto de abandono se encontraba en la etapa de diagnóstico (45%) seguido de la etapa de tamizaje (31%). El porcentaje de abandono en la población de estudio fue del 23,5%. Entre estas mujeres, el 40,5% mencionó motivos de abandono relacionados con la organización del sistema de salud y el 30,9% mencionó motivos subjetivos. Los resultados del seguimiento de las pacientes se dividieron en tres vías las primeras: mujeres que tuvieron una buena adherencia que fue la mayoría en los casos de neoplasias de alto grado y cáncer de cérvix y un poco menor en las mujeres con lesiones de bajo grado (62%). Mujeres que abandonaron que fue la tercera parte de las pacientes y las que presentaron lesión persistente o progresiva que fue en el 13% de las mujeres.

Un estudio llevado a cabo por Hernández-Hernandez y otros (2006) en México, 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.

En Formosa no se han realizado estudios relacionados con el seguimiento de las mujeres posterior al diagnóstico y tratamiento de lesiones de alto grado, por lo que se desconoce el total de mujeres que presentaron persistencia o recurrencia de la enfermedad así también su adherencia y/o momento de abandono del tratamiento si lo hubiese.

## 4. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

### 4.1. *Lesiones cervicales de bajo y alto grado*

La lesión intraepitelial escamosa de alto grado o lesión cervical de alto grado se refiere a cambios moderados a severos en las células del cuello uterino encontrados en un examen de Papanicolaou o citología vaginal.

El cáncer cervicouterino es una enfermedad que se produce cuando las células del cuello uterino comienzan a transformarse en una forma anormal. Estas transformaciones o alteraciones en las células son conocidas como lesiones, que pueden ser de Bajo Grado como de Alto. (Marañón Cardonne y otros 2017). Estas últimas son precursoras del cáncer cervico uterino.

Según la OMS se define como una lesión, en la cual parte del espesor del epitelio del cérvix está sustituido por células que muestran grados variables de atipias (Franco Argote y otros 2011).

La infección de cuello uterino por el VPH de alto riesgo puede producir una displasia (alteraciones en las células cervicales). Se estiman que un bajo porcentaje de las mujeres infectadas con este virus de alto riesgo contraen infecciones persistentes.

Algunas de las lesiones de alto grado pueden progresar a carcinoma invasor, y otras pueden regresar, especialmente si se trata de mujeres jóvenes (menor a 35 años).

Es importante recalcar que no todas las mujeres con infección por VPH padecerán cáncer de cuello uterino. Para que esto se dé, se requieren años de persistencia del virus en el cuello, sumado a otros factores asociados. Por este motivo es imprescindible el examen ginecológico periódico.

dico para el diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno de las lesiones y su seguimiento.

Aquellas lesiones que persistan en el tiempo podrán detectarse posteriormente, debido a la historia natural de la enfermedad que evidencia una lenta progresión de las células anormales hasta el cáncer (aproximadamente 10 años) (OPS/OMS, 2013).

#### **4.2. Adherencia terapéutica**

En 2004 la Organización Mundial de la Salud definió el término "Adherencia Terapéutica" como:

“el grado en que el comportamiento de una persona como tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria”. La adherencia se relaciona con otros dos conceptos: cumplimiento y persistencia. El primero refiere al grado en el que el paciente acata lo indicado por el médico, y el segundo refiere al tiempo en el que continúa el tratamiento. Para llevar adelante una correcta adherencia se deben asimilar ambas prácticas. (Vargas Negrín, 2014)

Un tratamiento es un conjunto de medios que se utilizan para aliviar o curar una enfermedad, llegar a la esencia de aquello que se desconoce o transformar algo. El concepto es habitual en el ámbito de la medicina. En este caso, la noción de tratamiento suele usarse como sinónimo de terapia. (More Vega, 2012)

La falta de adherencia o abandono del proceso de atención supone que la mujer, en algún punto de la trayectoria iniciada con la realización del

Pap, deja de concurrir al servicio de origen y no concurre a ningún otro servicio.

Según Ramos y Pantelides (2012) el abandono del proceso de atención supone que la mujer, en algún punto de la trayectoria que se inicia a partir de la realización del Pap, deja de concurrir al servicio de origen y no concurre a ningún otro servicio. Considerando el último episodio registrado, el abandono es definido según el tipo de intervención médica realizada y el tiempo transcurrido desde entonces, como se detalla a continuación:

1. abandono en la etapa de tamizaje: más de 60 días desde la toma del Pap inicial sin retirar/conocer el resultado;
2. abandono en la etapa de diagnóstico: más de 90 días entre la entrega de resultado y la realización de la biopsia;
3. abandono en la etapa de tratamiento: más de 90 días entre la realización de la biopsia y la realización de tratamiento.

Cuando el paciente no cumple con el tratamiento, en primer lugar, compromete la efectividad y potencialmente disminuye su calidad de vida. También, las pacientes con estadios avanzados no sólo tienen menor sobrevida, sino que además deben atravesar tratamientos quirúrgicos y sistémicos más agresivos.

El tratamiento final para una lesión cervical de alto grado puede llegar a ser una conización/histerectomía o un tratamiento oncológico (quimioterapia/radioterapia, etc.), y que, si bien la mujer puede haberse curado, aún debe el efector continuar con el seguimiento posterior al tratamiento en la mujer ya que puede haber recidiva.

Un objetivo de la atención de seguimiento es controlar si hay una recurrencia, que significa que el cáncer ha regresado. El cáncer vuelve a aparecer porque áreas pequeñas de células cancerosas pueden permanecer sin ser detectadas en el cuerpo. Con el tiempo, la cantidad de es-

tas células puede aumentar hasta que aparecen en los resultados de las pruebas o causan signos o síntomas. Durante la atención de seguimiento, resulta necesario brindarle información personalizada sobre el riesgo de recurrencia, dependiendo de varios factores, incluidos el tipo y estadio del cáncer diagnosticado originalmente y los tipos de tratamiento proporcionados.

“La forma de saber que le ocurrió a la mujer luego de la derivación al hospital es a través de la misma mujer, que vuelve a contar su experiencia. Si la mujer no vuelve, los profesionales no tienen información de que ocurrió luego de la derivación, mostrando la inexistencia de mecanismos formales de contrareferencia”. (Ministerio de Desarrollo Humano, 2017)

Existen algoritmos designados para el seguimiento de cada una de las lesiones descritas anteriormente. La descripción detallada de estos no es el objetivo de esta revisión, por lo que solamente se mencionan formas de seguimiento en general (Paolino, 2012):

<p><b>ASC-US</b></p>	<p><b>Células escamosas atípicas de importancia no determinada</b>  <b>(<i>atypical squamous cells of undetermined significance</i>)</b></p> <p>Las células ASC-US son lo anormal que se encuentra más comúnmente en una prueba de Pap. Significa que algunas de las células no se ven completamente normales, pero no está claro si los cambios son a causa de una infección por el VPH. Otras cosas pueden hacer que las células se vean anormales, como una irritación, algunas infeccio-</p>
----------------------	--

	<p>nes, como infecciones por levaduras, crecimientos, como pólipos o quistes que son benignos (no cancerosos), y cambios en las hormonas que ocurren durante el embarazo o en la menopausia. Aunque todas estas cosas pueden hacer que las células se vean anormales, no están relacionadas con el cáncer.</p> <p><b>Posibles pasos a seguir:</b> En este caso, se puede hacer una prueba del VPH o se puede repetir la prueba de Pap a los 12 meses.</p>
<p><b>AGC</b></p>	<p><b>Células glandulares atípicas</b> <b>(<i>atypical glandular cells</i>)</b></p> <p>Un resultado de AGC quiere decir que se encontraron algunas células glandulares que no tienen una apariencia normal. En general se recomienda hacer más exámenes.</p> <p><b>Posibles pasos a seguir:</b> Colposcopia y biopsia, según se describe en la sección Pruebas y procedimientos de seguimiento.</p>
<p><b>LSIL</b></p>	<p><b>Lesión escamosa intraepitelial de grado bajo</b> <b>(<i>low-grade squamous intraepithelial lesion</i>)</b></p> <p>La LSIL se llama algunas veces displasia ligera que puede llamarse también NIC 1. LSIL significa que hay cam-</p>

	<p>bios de grado bajo. Los cambios de LSIL se deben por lo general a una infección por el VPH. Si bien es posible que los cambios desaparezcan por sí solos, normalmente se hacen más exámenes para averiguar si hay otros cambios más graves que necesiten tratamiento.</p> <p><b>Posibles pasos a seguir:</b> Colposcopia y biopsia, como se describe en la sección Pruebas y procedimientos de seguimiento.</p>
<p><b>ASC-H</b></p>	<p><b>Células escamosas atípicas (<i>atypical squamous cells</i>), no se puede descartar HSIL</b></p> <p>ASC-H significa que se encontraron algunas células escamosas anormales que pueden ser una lesión intraepitelial escamosa de grado alto (HSIL), aunque no hay certeza. Se recomienda hacer más exámenes.</p> <p><b>Posibles pasos a seguir:</b> Colposcopia y biopsia como se describe en la sección Pruebas y procedimientos de seguimiento.</p>
<p><b>HSIL</b></p>	<p><b>Lesiones escamosas intraepiteliales de grado alto (<i>high-grade squamous intraepithelial lesions</i>)</b></p> <p>Algunas veces a las HSIL se les llama dis-</p>

	<p>plasias moderadas o graves. Se les puede llamar también NIC 2, NIC 2 y 3, o NIC 3. Un resultado de HSIL significa que los cambios en las células del cuello uterino son más graves que los de LSIL. Estos cambios son causados por el VPH y pueden convertirse en cáncer de cuello uterino si no se tratan.</p> <p><b>Posibles pasos a seguir:</b> Colposcopia y biopsia, como se describe en la sección de Pruebas y procedimientos de seguimiento.</p>
<p><b>AIS</b></p>	<p><b>Adenocarcinoma in situ</b></p> <p>AIS significa que una lesión avanzada (una zona de crecimiento anormal) se encontró en el tejido glandular del cuello del útero. Las lesiones AIS pueden convertirse en cáncer (adenocarcinoma cervical) si no reciben tratamiento.</p> <p><b>Posibles pasos a seguir:</b> Colposcopia y biopsia como se describe en la sección Pruebas y procedimientos de seguimiento.</p>

<p><b>Células cancerosas de cuello uterino</b></p>	<p>Algunas veces se encuentran células cancerosas de cuello uterino (carcinoma de células escamosas o adenocarcinoma). Sin embargo, es muy poco común que se encuentren células cancerosas en una prueba de Pap en mujeres que se hacen exámenes de detección a intervalos regulares.</p> <p><b>Posibles pasos a seguir:</b> Colposcopia y biopsia, como se describe en la sección de Pruebas y procedimientos de seguimiento.</p>
--	--

La importancia de un diagnóstico oportuno y certero de las lesiones cervicales de alto grado reside en que, si son tratadas de manera oportuna, son ciento por ciento curables.

Hasta el presente se sabe que ninguna lesión intraepitelial progresará a carcinoma invasor en un período menor de 18 meses. Si la paciente presenta una neoplasia invasora antes de los 18 meses de habersele diagnosticado una lesión pre maligna, probablemente lo que tenía en realidad era un carcinoma micro invasor o invasor que no se logró detectar a tiempo (carcinoma oculto o estadio clínico I - B oculto, es decir, una lesión que tiene menos de 5 mm de infiltración en el estroma pero invade vasos linfáticos). La edad promedio de las mujeres con cáncer in situ es 10 a 15 años inferior a la media de las pacientes con carcinoma invasor. (Moré Vega, 2011)

Lo anterior deja en evidencia la importancia del tratamiento precoz y su seguimiento pos diagnóstico para prevenir el carcinoma de cérvix y reducir la morbimortalidad por esta causa.

La mayoría de las infecciones son transitorias especialmente en mujeres menores de 30 años, cerca del 70% desaparecen al año y el 91% en 2 años sin causar lesión cervical y solo una minoría persiste la que si no son tratadas puede progresar a cáncer (Geller, 2011).

En mujeres con ASC-H o HSIL, la recomendación de la OMS es la derivación a colposcopia y biopsia, y tratamiento posterior a la confirmación histológica. (INC, 2019)

### **4.3. Características Socio-demográficas de la Provincia de Formosa**

La Provincia de Formosa se encuentra ubicada en el noroeste de la República Argentina. Su superficie es de 72.086 Km<sup>2</sup>, con una población de 589.516 habitantes. Está dividida en 9 departamentos.

Las Políticas de Salud de la Provincia de Formosa, establece en su Carta Magna las acciones a seguir en materia de Salud. En el Plan Estratégico Territorial Formosa 2015, cita al Artículo 80 de la Constitución Provincial, que determina:

“El Estado reconoce a la salud como un proceso de equilibrio bio-psico-espiritual y social y no solamente la ausencia de afección o enfermedad; y un derecho humano fundamental, tanto de los individuos como de la comunidad, contemplando sus diferentes pautas culturales”...“Asumiré la estrategia de la Atención Primaria de la Salud (APS), comprensiva e integral, como núcleo fundamental del sistema de salud, conforme con el espíritu de la justicia social”. (Plan Estratégico Territorial Formosa, 2015)

Partiendo de este concepto, las Políticas de Salud en Formosa, tienen como eje de su desarrollo la División Territorial y la Organización de la Atención por Niveles de Complejidad Creciente.

Esta división territorial implica una red de servicios interrelacionados con niveles de atención diferenciados que debe asumir en su conjunto la responsabilidad de dar atención integral a la población, por niveles de complejidad creciente para asegurar la calidad y excelencia en el servicio sanitario. Está compuesto por Centros de Salud, Hospitales de Referencia, Hospitales Distritales, Hospital de Referencia Provincial y Centro de Alta Complejidad, distribuidos estratégicamente en todo el territorio provincial.

#### **4.4. Características del Sistema Sanitario Provincial**

Un total de 12 distritos sanitarios componen el sistema de salud público provincial (Figura 1). Esta división territorial coincide perfectamente con los radios y segmentos censales, por lo que la población desagregada de los censos permite asignar a cada área, la población de responsabilidad correspondiente.

Es así, que a lo largo y ancho del territorio, se encuentran distribuidos estratégicamente los efectores de salud, quienes trabajan en red mediante la referencia y contra referencia de pacientes. Este sistema lo utilizan todos los programas provinciales, así como el del PPCACU para la toma de muestras de PAP y de tratamiento.

El Distrito 1 se encuentra al oeste de la provincia y muy alejado de la ciudad de Formosa (más de 500 km). Es también, el que tiene mayor cantidad de mujeres con patología cervical según el informe de 2015 del Laboratorio de Anatomía Patológica del HMYN.

## Figura 1

*División territorial y Regionalización de la Red de Salud.*



*Fuente: Ministerio de Desarrollo Humano de Formosa. Dirección de Planificación 2015.  
Mapa Elaboración propia*

El mapa de Distribución de Distritos y Áreas Programáticas de la Provincia de Formosa, es una síntesis que muestra dónde se localizan los mismos.

### 4.5. La atención de la salud de la población originaria

La atención de la salud de las comunidades indígenas se realiza en el marco de las políticas provinciales de salud.

La Constitución Provincial de la Provincia de Formosa (1991) enuncia en su:

Art. 79. “Reconoce al aborigen su identidad étnica y cultural, siempre que con ello no se violen otros derechos

reconocidos en esta Constitución; y asegura el respeto y desarrollo social, cultural y económico de sus pueblos, así como su efectivo protagonismo en la toma de decisiones que se vinculen con su realidad en la vida provincial y nacional". (Constitución Provincial de Formosa, 1991)

En la provincia de Formosa, se encuentran tres pueblos originarios entre su población total: el Wichí, el Qom (Toba) y el Pilagá.

Es de destacar el impacto positivo de valores culturales propios de los pueblos indígenas que operan como factores protectores de la salud, entre ellos la lactancia materna exclusiva y prolongada, la no violencia en la educación, la falta de abandono de los niños/as, el papel de la familia extensa. Asimismo, el rechazo a la medicalización de los estados terminales y la naturalización de los hechos vitales como los nacimientos y la proximidad de la muerte. Los pueblos indígenas optan, en estas circunstancias, por permanecer en sus comunidades bajo la contención de los familiares. El inicio de la vida sexual en las comunidades es precoz, a partir de los 13 años, y culturalmente aceptable, no existiendo prohibiciones religiosas ni morales. (Mirassou, 2013)

Cabe mencionar que en el Distrito I, la población aborígen ocupa una gran parte de la población total, aproximadamente un 40 % de la población pertenece a las etnias Wichí y Toba. (2862 personas) Fuente: Censo Nac. 2010. Ministerio de Desarrollo Humano.

Cabe destacar, asimismo, la implementación del Seguro Provincial de Salud, como herramienta del Gobierno Provincial para brindar a la población una cobertura integral de la salud en todos sus niveles de complejidad con estudios y análisis de diagnóstico, tratamientos terapéuticos y provisión

de medicamentos. Este seguro abarca a más del 90% de la población indígena, esperando cubrir a la totalidad de la misma en el corto plazo. (Plan Estratégico Formosa, 2015)

**Figura 2**

*Distribución étnica. Provincia de Formosa.*



*Fuente: Ministerio de Desarrollo Humano de Formosa. Dirección de Planificación 2015. Mapa Elaboración propia*

A las mujeres de comunidades originarias les cuesta conceptualizar el cáncer de cuello de útero y el PAP. A diferencia de las mujeres de población no originaria, las mujeres de estos grupos expresan concretamente tener temor a que el PAP les produzca una lesión. (Zamberlin, 2013)

Cabe aclarar que, la logística y gestión para derivar, informar sobre el tratamiento, preparar a las pacientes para su traslado, programar el turno de atención a través del SIGHo, etc., le corresponde al efector local de salud.

## 5. METODOLOGIA

5.1. Diseño y tipo de investigación: Estudio descriptivo, cuantitativo de corte transversal.

5.2. Universo: Estuvo constituido por informes citológicos de mujeres con diagnóstico de ASC-H, SIL de alto grado y CA (cáncer cervicouterino), y que fueran atendidas en efectores de salud del Distrito I, en la provincia de Formosa en el año 2015.

5.3. Población y Muestra: Se trabajó con informes citológicos de 36 mujeres con diagnóstico de lesiones cervicales de alto grado en el año 2015 por el servicio de anatomía patológica del Hospital de La Madre y El Niño, y que residen en las localidades pertenecientes al Distrito Sanitario 1.

Criterios de inclusión: Informe de anatomía patológica de las mujeres oriunda de las localidades del distrito 1 con diagnóstico de lesión cervical de alto grado en el año 2015.

Criterios de exclusión: Informe de anatomía patológica de mujeres oriunda de las localidades del distrito 1 con diagnóstico de lesión cervical de alto grado fuera del periodo en estudio.

5.4. Variables. Definición conceptual y operacional.

A- Características sociodemográficas de la mujer: edad; etnia; estado civil; paridad; procedencia.

Variable:

### **-Edad**

Definición nominal: Años cumplidos de la mujer, al momento del diagnóstico de lesión cervical de alto grado.

Definición operacional:

a.<de 19 años

b.20 a 34 años

c.35 a 64 años

d.>a 64 años

**-Etnia:** Características de la mujer que la distingue como perteneciente a una comunidad, y que la diferencian de otras.

Definición operacional:

- a. Blanca
- b. Toba
- c. Wichi
- d. Pilagá

**-Paridad**

Definición nominal: número de hijos que ha tenido la mujer incluyendo el presente al momento de la toma de muestra citológica.

Definición operacional:

- a. Multípara:  $\geq 3$  hijos
- b. Secundípara: 2 hijos
- c. Primípara: 1 hijo
- d. Nulípara: 0 hijos

**-Estado civil**

Definición nominal: Situación civil de la mujer, al momento de realizarse la toma de muestra de PAP.

Definición operacional:

- a. Casada o conviviente
- b. Soltera o sin pareja

**- Procedencia**

Definición nominal: Lugar geográfico de donde reside la mujer.

Definición operacional:

- a. Ingeniero Juárez
- b. Barrio Toba
- c. Los Chiriguanos
- d. El Potrillo
- e. María Cristina

- f. Lote 8
  - g. Pozo de Maza
  - h. El Quebracho
  - i. El Chorro
  - j. La Rinconada
- B. Características de la patología

#### **-Adherencia al tratamiento**

Definición nominal: La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adherencia al tratamiento como el cumplimiento del mismo; es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescrito; y la persistencia, tomar la medicación a lo largo del tiempo.

Definición operacional: Considerando el último episodio registrado, el abandono es definido según el tipo de intervención médica realizada y el tiempo transcurrido desde entonces.

- a. Abandono en la etapa de tamizaje: más de 60 días desde la toma del Pap inicial sin retirar/conocer el resultado.
- b. Abandono en la etapa de diagnóstico: más de 90 días entre la entrega de resultado y la realización de la biopsia.
- c. Abandono en la etapa de tratamiento: más de 90 días entre la realización de la biopsia y la realización de tratamiento.
- d. Sin abandono del tratamiento: en tratamiento/ tratamiento completo.

#### **- Evolución de la enfermedad**

Definición nominal: Se denomina enfermedad al proceso y a la fase que atraviesan los seres vivos cuando padecen una afección que atenta contra su bienestar al modificar su condición ontológica de salud.

Definición operacional:

- Pacientes tratadas y libres de lesión cervical
- Pacientes tratadas con persistencia o recurrencia de la lesión
- Sin tratamiento

5.5. Unidad de análisis: Fueron cada uno de los documentos (historias clínicas, nómina de estudios citológicos de PAP año 2015, Biopsia

y el informe diagnóstico cargados al Sistema Informático de Gestión Hospitalaria (SIGHo) de la provincia analizados desde enero de 2015 a diciembre de 2017.

5.6. Consideraciones éticas: Se solicitó autorización al director del Hospital de La Madre y El Niño para llevar a cabo el estudio y al Jefe del Programa Provincial de Cáncer Cervico Uterino para la revisión de informes del Laboratorio de Anatomía Patológica sobre las muestras citológicas de PAP desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2015 y que pertenecen al Distrito Sanitario 1. Así también, se solicitó autorización para el monitoreo y seguimiento sistemático a través del SIGHo y de las historias clínicas de las mujeres para conocer el tratamiento realizado y el estado actual de la enfermedad, de cada mujer con lesión cervical de alto grado a tres años del diagnóstico y a la recolección de datos de cada variable en estudio.

5.7. Diseño de técnicas e instrumento de recolección de datos.  
La técnica de recopilación de datos fue la observación. La misma se realizará a través de la revisión de documentos del formato impreso que cada efector envía al programa sobre las tomas de muestras citológicas de PAP, así como la revisión de la nómina provincial de toma de muestras citológicas de PAP y Biopsia y el informe diagnóstico de cada una de ellas, que fueran cargados al Sistema Informático de Gestión Hospitalaria de la provincia (SIGHo), como su posterior prorrateo de consultas registradas en historia clínica desde el año 2015 al 2017, para el búsqueda del tratamiento prescripto y su análisis para determinar el estado actual de la enfermedad en las mujeres en estudio.

El instrumento estuvo conformado por una matriz de datos considerando las variables en estudio (características personales, diagnóstico citológico de lesión cervical de alto grado, atención del

sistema de consultas médicas, prácticas realizadas, turnos programados, etc.) y que responden a los objetivos planteados.

Fuentes de información: secundaria: documentos sobre registros de informes de muestra citológica/biopsia patológicos otorgadas por el Laboratorio de Anatomía Patológica del HMYN, historias clínicas y por búsqueda a través del sistema informático (SIGHo).

5.8. Recolección y procesamiento de la información:

La muestra de pacientes con informe histológico de lesiones se obtuvo a partir de la base informática del Laboratorio de Anatomía Patológica del Hospital de la Madre y El Niño, luego se obtuvieron los datos a partir del sistema SIGHo y de la historia clínica de las mujeres en estudio. El análisis de datos se realizó con estadística descriptiva utilizando frecuencias y porcentajes presentados en tablas y gráficos de barra y circular para su mejor visualización e interpretación.

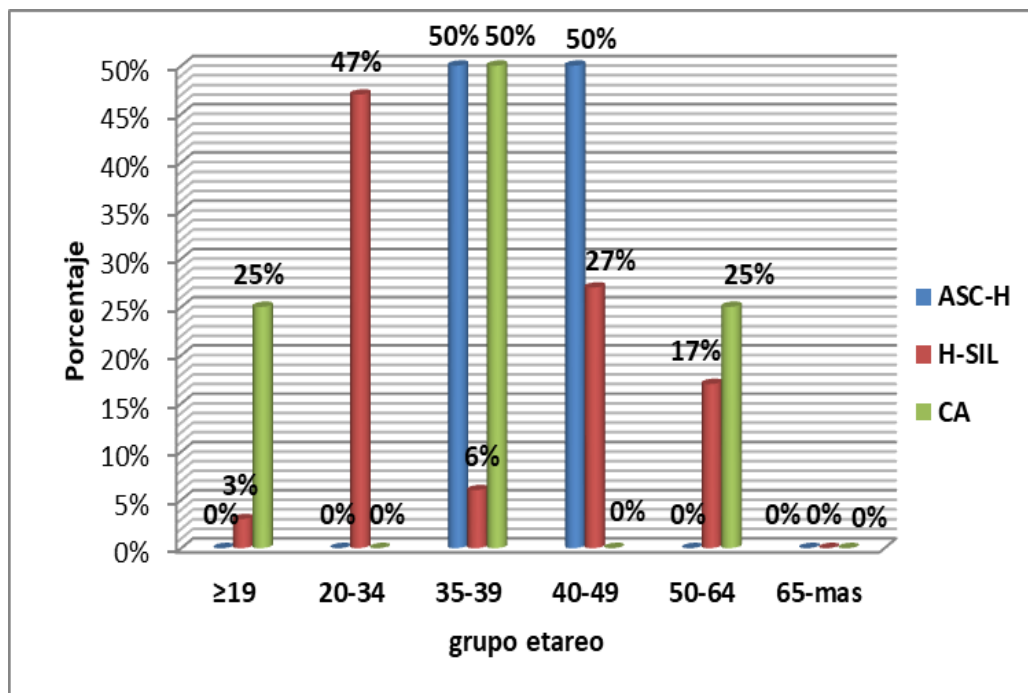
## 6. RESULTADOS

Una vez recabada la información a través del SIGHo y de las historias clínicas de las 36 mujeres del Distrito Sanitario 1, que presentaron diagnóstico citológico de lesión cervical de alto grado en el año 2015 y su seguimiento de la atención y prácticas realizadas hasta diciembre de 2017, se organizó los datos y se exponen a continuación en tablas y gráficos, que muestran los porcentajes de cada variable en estudio y que responden a los objetivos planteados.

**Tabla 1**

*Distribución de diagnósticos citológicos de lesiones cervicales de alto grado por grupo etario. Distrito Sanitario I. Año 2015. Provincia de Formosa.*

Edad	ASC-H		H-SIL		CA	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
≥19	0	0%	1	3%	1	25%
20-34	0	0%	14	47%	0	0%
35-39	1	50%	2	7%	2	50%
40-49	1	50%	8	26%	0	0%
50-64	0	0%	5	17%	1	25%
65-mas	0	0%	0	0%	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>100%</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>	<b>4</b>	<b>100%</b>



**Gráfico 1.** Porcentaje de diagnósticos citológicos de lesiones cervicales de alto grado por grupo etario

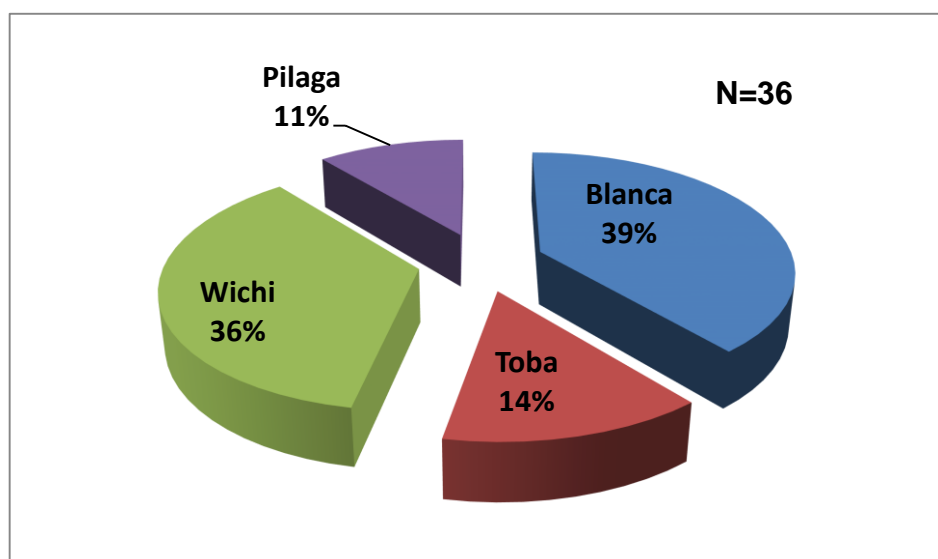
Fuente: Elaboración propia

**Comentario:** El grupo etario de mayor porcentaje de lesiones cervicales de ASC-H se encuentran entre los 35 a 49 años (100%). En lesiones H-SIL el grupo de 20 a 34 años es mayor (47%) que el grupo de 40 a 49 años (26%) y en menor porcentaje el grupo de 35 a 39 años (7%). En lesiones con células cancerosas el grupo con mayor porcentaje se dio en 35 a 39 años (50%), le sigue con igual porcentaje del 25% es el grupo de ≥19 y el grupo de 50 a 64 años.

**Tabla 2**

*Distribución de mujeres con lesiones cervicales de alto grado según etnia. Distrito Sanitario I. Año 2015. Provincia de Formosa.*

Etnia	Frec.	%
Blanca	14	39
Toba	5	14
Wichi	13	36
Pilaga	4	11
Total	36	100



**Gráfico 2.** *Porcentaje de mujeres con lesiones cervicales de alto grado según etnia. Distrito Sanitario I. Año 2015. Provincia de Formosa.*

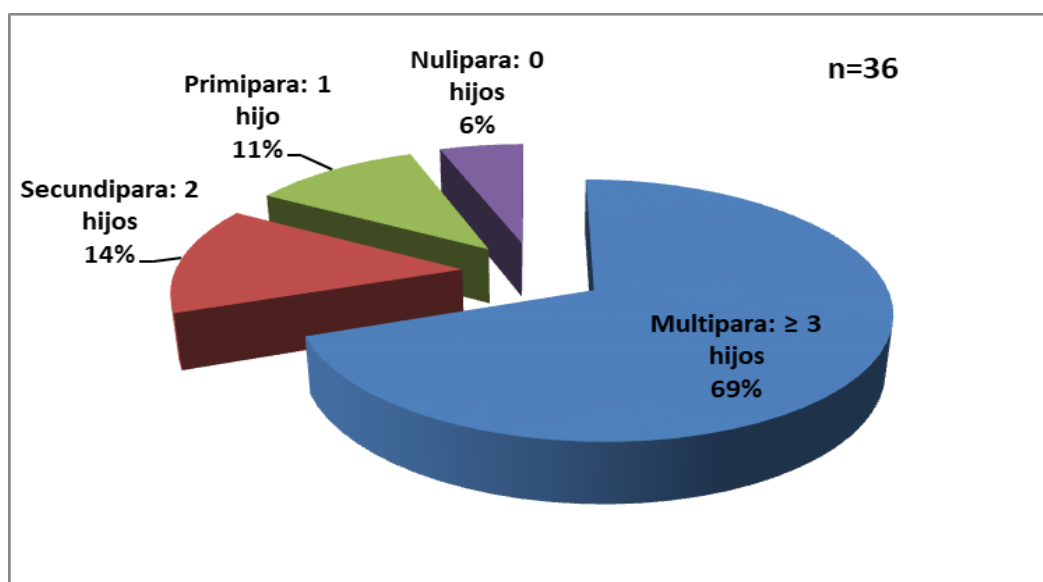
Fuente: Elaboración propia

**Comentarios:** El 39% (14) de las mujeres con diagnóstico de lesiones cervicales son de etnia Blanca y el 61% originarias, con predominio en un 36% Wichí y un 14% Toba. La etnia Pilaga con el 11%.

**Tabla 3**

*Distribución de mujeres con lesiones cervicales de alto grado según paridad. Distrito Sanitario I. Año 2015. Provincia de Formosa.*

Paridad	Frec.	%
Múltipara: $\geq 3$ hijos	25	69%
Secundípara: 2 hijos	5	14%
Primípara: 1 hijo	4	11%
Nulípara: 0 hijos	2	6%
Total	36	100%



**Gráfico 3.** *Porcentajes de mujeres con lesiones cervicales de alto grado según paridad. Distrito Sanitario I. Año 2015. Provincia de Formosa.*

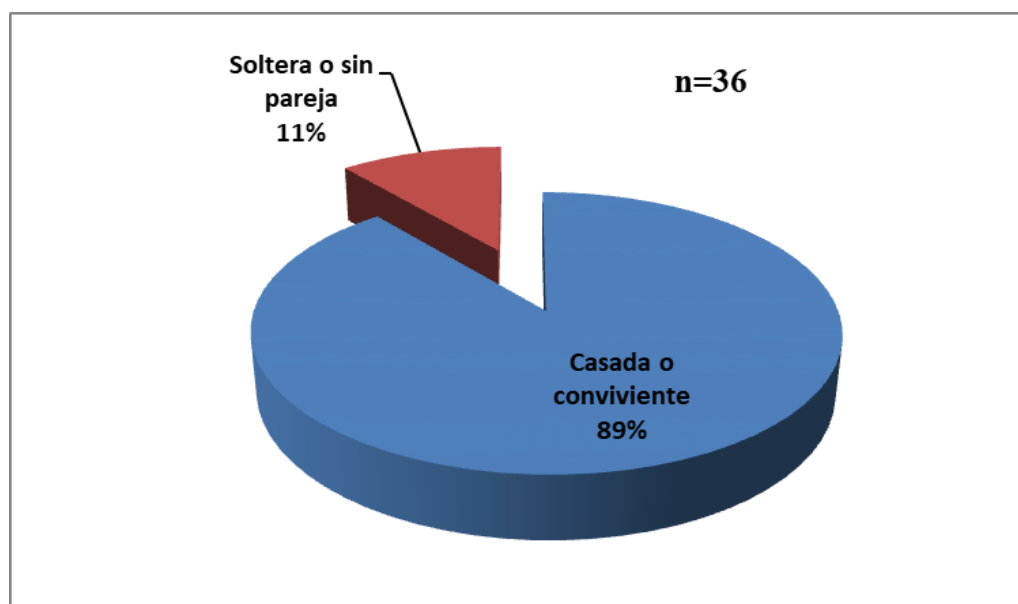
Fuente: Elaboración propia

**Comentarios:** El mayor porcentaje de las mujeres con lesiones cervicales eran múltiparas con  $\geq 3$  hijos (69%). Le sigue las secundíparas (14%) y ellas primíparas (11%). El menor porcentaje de lesiones de alto grado se observó en nulíparas (6%).

**Tabla 4**

*Distribución de mujeres con lesiones cervicales de alto grado según estado civil. Distrito Sanitario I. Año 2015. Provincia de Formosa.*

Estado civil	Frec.	%
Casada o conviviente	32	89%
Soltera o sin pareja	4	11%
Total	36	100%



**Gráfico 4.** *Porcentajes de mujeres con lesiones cervicales de alto grado según estado civil. Distrito Sanitario I. Año 2015. Provincia de Formosa.*

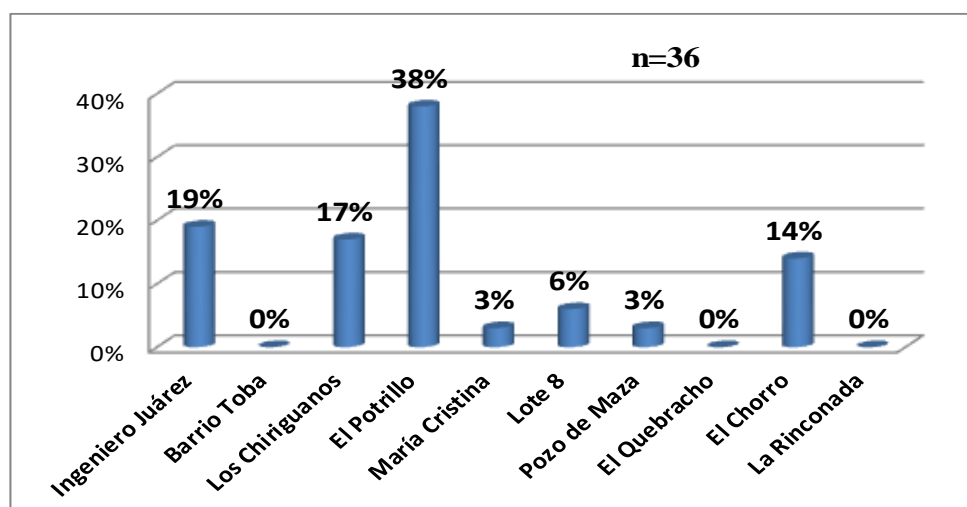
Fuente: Elaboración propia

**Comentario:** El 89% (32) de las mujeres con diagnóstico de lesiones cervicales de alto grado se encontraban con estado civil de casada o conviviente.

**Tabla 5**

*Distribución de mujeres con lesiones cervicales de alto grado según procedencia. Distrito Sanitario I. Año 2015. Provincia de Formosa.*

Procedencia	Frec.	%
Ingeniero Juárez	7	19%
Barrio Toba	0	0%
Los Chiriguanos	6	17%
El Potrillo	14	38%
María Cristina	1	3%
Lote 8	2	6%
Pozo de Maza	1	3%
El Quebracho	0	0%
El Chorro	5	14%
La Rinconada	0	0%
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100%</b>



**Gráfico 5.** *Porcentajes de mujeres con lesiones cervicales de alto grado según procedencia. Distrito Sanitario I. Año 2015. Provincia de Formosa.*

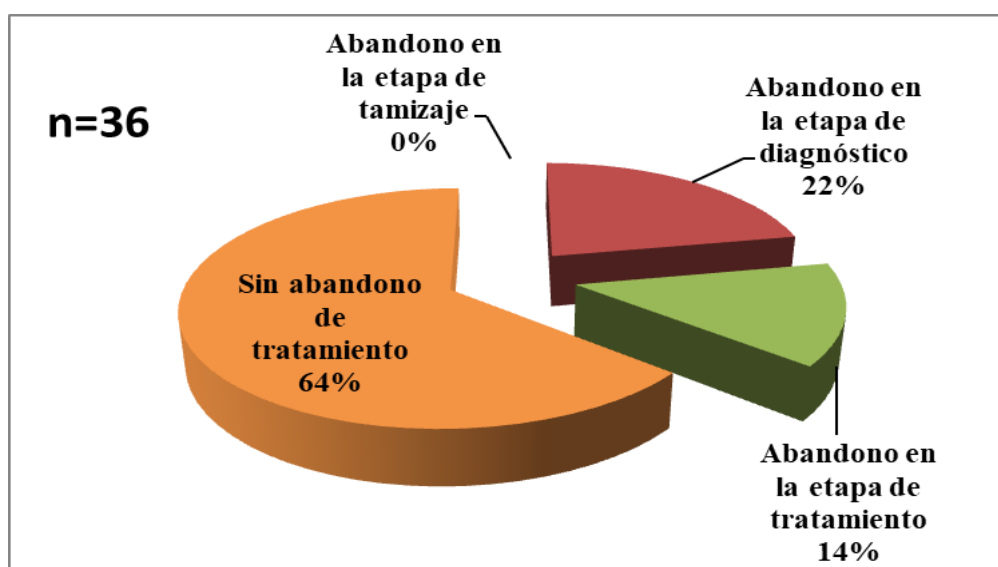
Fuente: Elaboración propia

**Comentario:** Las localidades que presentan mayor porcentaje de mujeres con diagnóstico de lesiones cervicales de alto grado se encuentran en: El Potrillo (38%); Ingeniero Juárez (19%); Los Chiriguanos (17%) y El Chorro (14%).

**Tabla 6**

*Distribución de mujeres con lesiones cervicales de alto grado y su falta de adherencia al tratamiento prescripto según etapa. Distrito Sanitario I. Año 2015. Provincia de Formosa.*

Adherencia al tratamiento	Frec.	%
Abandono en la etapa de tamizaje	0	0%
Abandono en la etapa de diagnóstico	8	22%
Abandono en la etapa de tratamiento	5	14%
Sin abandono de tratamiento	23	64%
Total	36	100%



**Gráfico 6.** *Distribución porcentual según abandono del tratamiento según la etapa más frecuente.*

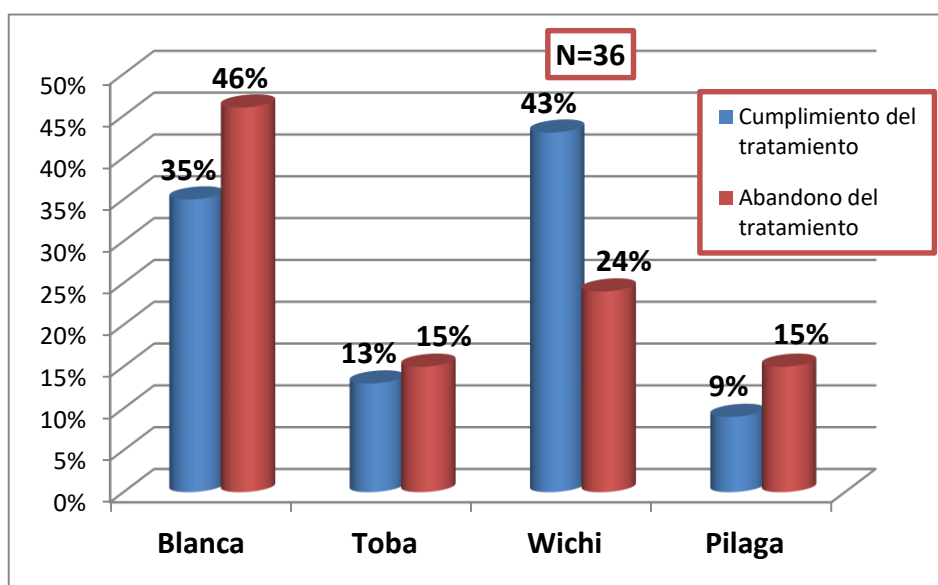
Fuente: Elaboración propia

**Comentario:** El 22% de las mujeres con diagnóstico de lesiones cervicales de alto grado, abandonaron el tratamiento en la etapa de diagnóstico y un 14% lo hicieron en la etapa de tratamiento. Un 64% continuaron con el tratamiento.

**Tabla 7**

*Distribución de mujeres con lesiones cervicales de alto grado y su cumplimiento al tratamiento según etnia. Distrito Sanitario I. Año 2015. Provincia de Formosa.*

Etnia	Mujeres con lesiones cervicales de alto grado				Total
	Cumplimiento del tratamiento		abandono del tratamiento		
	Frec.	%	Frec.	%	
<b>Blanca</b>	8	35%	6	46%	14
<b>Toba</b>	3	13%	2	15%	5
<b>Wichi</b>	10	43%	3	24%	13
<b>Pilaga</b>	2	9%	2	15%	4
<b>Total</b>	23	64%	13	36%	36



**Gráfico 7.** *Distribución de mujeres con lesiones cervicales de alto grado y su cumplimiento al tratamiento según etnia. Distrito Sanitario I. Año 2015. Provincia de Formosa.*

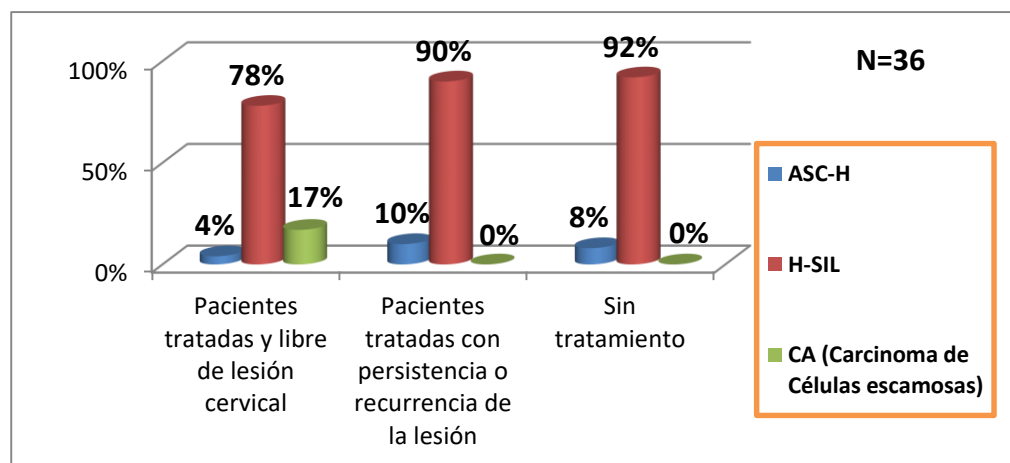
Fuente: Elaboración propia

**Comentario:** El 64% (23) de las mujeres con lesiones cervicales se han adherido al tratamiento. De estas, la etnia Wichi (43%) y la Blanca (35%) son las que presentaron mayor adherencia. La etnia Toba (13%) y Pilaga (9%) con menor adherencia.

**Tabla 8**

*Distribución de mujeres con lesiones cervicales de alto grado y estado actual de la enfermedad a dos años del diagnóstico. Distrito Sanitario I. Año 2015-2017. Provincia de Formosa.*

Diagnóstico anatomopatológico	Seguimiento					
	Pacientes tratadas y libre de lesión cervical		Pacientes tratadas con persistencia o recurrencia de la lesión		Sin tratamiento	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
ASC-H	1	4%	1	10%	1	8%
H-SIL	18	78%	9	90%	12	92%
CA (Carcinoma de Células escamosas)	4	17%	0	0%	0	0%
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>100%</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>	<b>13</b>	<b>100%</b>



**Gráfico 8.** Distribución porcentual sobre el estado actual de la enfermedad a dos años del diagnóstico.

Fuente. Elaboración propia

**Comentario:** El 64%(23) de las mujeres habían realizado tratamiento y se encontraban libres de lesión cervical. De estas, el 78% tenían H-SIL, el 17% carcinoma de células escamosas y el 4% ASC-H. Un 36%(13) habían abandonado el tratamiento y el 92%(12) tenían lesión cervical de H-SIL y el 8%(1) ASC-H. 10 mujeres presentaban una recurrencia de la lesión cervical, el 90% tenían diagnóstico de H-SIL y el 10% ASC-H.

## 7. DISCUSIÓN

El presente estudio llevado a cabo, con objeto de conocer cuál es la adherencia al tratamiento en mujeres del Distrito Sanitario 1 de la Provincia de Formosa, que presentaran un diagnóstico citológico de lesión cervical de alto grado en el año 2015 y, de cómo evolucionó su enfermedad a dos años del diagnóstico, teniendo en cuenta sus características personales como la edad, etnia, paridad, estado civil y localidad de residencia, se ve evidenciada al término de dos años que el 64% (23) de las mujeres se adhirieron al tratamiento y el 36% (13) no se adhirieron. De estas últimas, 8 (ocho) abandonaron ya en la etapa del diagnóstico, y, 5(cinco), comenzaron y lo abandonaron estando en la etapa del tratamiento.

Esto último coincide con estudios llevados a cabo en: Jujuy (2010), en Florencio Varela (2012), en Buenos Aires Argentina (2013), así también, como la investigación llevada a cabo en México (2006) en los cuales, el porcentaje de abandono del tratamiento fue del 21- 40% en sus etapas.

Con respecto a la etapa en que con mayor frecuencia a ocurrido el abandono, se encontró en el presente estudio que un 22% ocurrió en la etapa de diagnóstico, a diferencia de lo encontrado en el estudio llevado a cabo en Buenos Aires (2013) con un 70% y en Jujuy (2012) con el 45%. Estos datos son coincidentes con lo encontrado en México (2006), donde el 60% del abandono ocurrieron en la fase diagnostica.

En el presente estudio se evidencio además, que en la etapa de tratamiento un 14% de las mujeres lo han abandono, porcentaje similar a los datos encontrados en el estudio de México (2006) con un 16%.

De igual manera, se encontró que, de las 23 mujeres que se adhirieron al tratamiento, en 10 (diez) de ellas la lesión persistía a los dos años del diagnóstico (43%), a diferencia de lo encontrado en el estudio llevado a

cabo en Jujuy donde un 13% de las mujeres presentaron lesión persistente.

Con respecto a las características personales el 89% (32) de las mujeres estaban casadas o en parejas y el 69% (25) tenían  $\geq 3$  hijos. La localidad con mayores mujeres con lesiones cervicales de alto grado se encontró en El Potrillo, la cual presenta una mayor población originaria de la etnia Wichi.

No se encontró bibliografía referente a lesiones cervicales de alto grado en mujeres originarias y a la adherencia del tratamiento.

## 8. CONCLUSIÓN

En base a los resultados encontrados, teniendo en cuenta, que un buen seguimiento sobrelleva mantener a las pacientes en una estrecha vigilancia por el equipo de salud, ya sea, a través de citologías, colposcopías, biopsias entre otros, y, de esta manera poder detectar la recurrencia o persistencia de las lesiones de alto grado, para con ello actuar en consecuencia; se concluye que los datos recabado responden al objetivo planteado, ya que se pudo determinar la falta de adherencia al tratamiento de las lesiones cervicales, y, que la falta de adherencia terapéutica encontrada en 13 (36%) de las mujeres con diagnóstico de lesión cervical de alto grado, presentan en mayor porcentaje un abandono del tratamiento desde su diagnóstico y en menor porcentaje en la etapa de tratamiento, desconociéndose al término de la investigación, la evolución de la lesión.

El estudio, deja en evidencia además, que existe un problema en la gestión del efector local y del PPCACU en lo referente al seguimiento pos diagnóstico de lesiones cervicales de alto grado, comprobándose que no existe registro sistemático de la atención en 13 de las mujeres.

Esto último, deja abierta una puerta para una nueva investigación de carácter cualitativo, con el propósito de conocer los motivos por el cual las mujeres no adhieren al tratamiento, así también, identificar si existen barreras en el sistema de salud que dificulten la adherencia al mismo.

La investigación, deja una realidad en la cual, según el programa provincial, la población objetivo probable de desarrollar lesiones precancerosas y cancerosas es la de 35 a 64 años, y el estudio reveló que el grupo de edad de mayor frecuencia de lesión H-SIL estuvo representado en 20 a 34 años.

El estudio también expuso, que las lesiones de alto grado así como la falta de adherencia se presentan en todas las etnias, tanto blancas como originarias.

Existen algunas limitaciones en el presente estudio que deben considerarse. No fue posible obtener información sobre los motivos del abandono del tratamiento del total de las mujeres con diagnóstico de lesión cervical de alto grado, debido a la pandemia y, por ser el Distrito 1 el que, por política sanitaria se encuentra bloqueado y aislado por el número de casos positivos de covid-19, tanto del personal de salud como de la población. Quedando pendiente una próxima investigación de tipo cualitativa con entrevista a las mujeres en estudio, para complementar el presente estudio.

### **8.1. RECOMENDACIONES DE GESTIÓN**

Así como es importante el tamizaje en población objetivo, el adecuado diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las mujeres a las que se les detecta una lesión precancerosa es fundamental para reducir la mortalidad por cáncer cervicouterino. Para ello:

- 1) Resultaría de importancia efectuar un registro correcto de cada mujer con diagnóstico de patologías cervicales, para poder realizar un tratamiento oportuno y el seguimiento correspondiente al nivel de complejidad que el caso amerite para lograr resultados favorables en salud.
- 2) Implementar estrategias que fortalezcan el vínculo de confianza entre las mujeres y el equipo de salud, y que aseguren lograr cambios de conducta en la comunidad en lo referente al autocuidado, los cuales juegan un papel determinante en la eficacia y en la continuidad del tratamiento.

- 3) Realizar un seguimiento y re captación de las 13 mujeres que presentan a la fecha abandono o discontinuidad del tratamiento para evitar que evolucione a cáncer in situ.
- 4) En la población originaria, empoderar a la familia, especialmente a la mujer y su pareja si la tuviere, en el conocimiento de su enfermedad y en la toma de decisiones ginecológicas del tratamiento teniendo en cuenta sus creencias y cultura. Es mucho más probable que la mujer siga el plan curativo si se siente implicado en él.
- 5) Fortalecer el equipo de salud con ayuda profesional psicológica para trabajar con las familias donde uno de sus integrantes cursa con este tipo de patologías.
- 6) Indagar en las mujeres involucradas en el estudio, las dificultades que se les presentan para comenzar o cumplir con el tratamiento prescripto.
- 7) En el marco investigativo considerar este trabajo como el inicio de otras investigaciones y que permita evaluar el seguimiento y eficacia de los diferentes tipos de tratamiento utilizados en las mujeres con enfermedades premalignas, así como el de indagar en las mujeres los motivos de abandono del tratamiento.
- 8) Promover a los directores de los CAPS a realizar seguimiento y de arbitrar los mecanismos necesarios y las acciones estratégicas para la concientización en las mujeres de su comunidad y que presenten diagnósticos de lesiones cervicales de alto grado, de cumplimentar el tratamiento prescripto como un medio para preservar la salud.
- 9) Articular y trabajar intersectorialmente con enfoque intercultural, los responsables de los CAPS y del PPCACU, para la búsqueda activa de la población objetivo, el seguimiento de las mujeres con lesiones precancerosas, e involucrar a la comunidad en la planificación de acciones estratégicas para el empoderamiento del cuidado de la salud, que contribuyan al logro de la reducción de las inequidades sociales y de la salud.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arrossi, S. (2016). *Diagnostico de Situación del Programa Nacional de Prevención de Cáncer de Cuello de Útero y Programas Provinciales*. Disponible en: [http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000008cnt05Diagnostico\\_Pub64\\_OPS.pdf](http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000008cnt05Diagnostico_Pub64_OPS.pdf)
- CELADE (2013). *Mujeres indígenas en América Latina: Dinámicas demográficas y sociales en el marco de los derechos humanos*. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía -División de Población y División de Asuntos de Género de la CEPAL. LC/W.558 Copyright Naciones Unidas. Santiago de Chile. Disponible en: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/4100/1/S2013792\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/4100/1/S2013792_es.pdf)
- FASGO. (2014). *“Manejo de las Lesiones Intraepiteliales de Cuello uterino”*. Comité de Consensos Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia F.A.S.G.O. Escuela FASGO Consenso de Ginecología. Disponible en: <http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/consenso41014.pdf>
- Franco Argote Osmany, Valladares Vallín Juventina, Pérez Ramos Giselle. Neoplasia intraepitelial cervical en un área de salud. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* (2011); 37( 2 ): 193-203. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138600X2011000200009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2011000200009&lng=es).
- Geller, B. (2014). *Abandono del seguimiento de lesiones precancerosas*. Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), en Buenos Aires, Argentina. Disponible en: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenido=83473>
- Hernández-Alemán FR, Ornelas-Bernal LA, Apresa-García T, et al.(2006). *Motivos de abandono en el proceso de atención médica de lesiones precursoras de cáncer cervicouterino*. *Rev Invest Clin*; 58 (3): 217-227. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=19010>

- Hernández-Hernández, D. M., Linaldi-Yépez, F., Apresa-García, T., Escudero-de los Ríos, P., Alvarado-Cabrero, I., Ornelas-Bernal, L. A., Mohar-Betancourt, A. (2007). *Factores asociados con incumplimiento para tamizaje en cáncer de cérvix*. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 45 (4), 313-320. ISSN: 0443-5117. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745528002>
- Instituto Nacional del Cáncer. Ministerio de Salud de la Nación. (2016). *Sala de situación del Cáncer en la República Argentina*. Disponible en: <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento46.pdf>
- Marañón Cardonne T., Mastrapa Cantillo K., Flores Barroso Y., Vaillant Lora L., Landazuri Llago S. (2017). *Prevención y control del cáncer de cuello uterino*. ccm 187-203. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S156043812017000100015&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156043812017000100015&lng=es)
- Ministerio de Desarrollo Humano. 2017. *Obras y Acciones de Gobierno*. (IASEP). Formosa. Disponible en: <http://iasep.gob.ar/ObrasGob2018/pdfs/Ministerio%20de%20Desarrollo%20Humano.pdf>
- Ministerio de Desarrollo Humano. 2010. *Planes y Programas Provinciales de Formosa*. Disponible en: <https://www.formosa.gob.ar/desarrollohumano/programasprovinciales>
- SIGHO. Sistema Informático Integral. Sistemas Rectores del Gobierno. Ministerio de Desarrollo Humano de Formosa. (2014). Disponible: <https://formosa.gob.ar/upsti/quehacemos/sistemasrectores>
- Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. (2013) *Guía Programática Abreviada para el tamizaje de Cáncer Cervico-Uterino*. Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervico Uterino. Argentina.
- Mirassou, C. (2013). *Sistema de salud pública y comunidades indígenas de la Provincia de Formosa. XI Jornadas Científicas del Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari*. Medicina (B. Aires) vol.73 no.5. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Actualizado Oct. 2013. Disponible en:

[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S002576802013000600014](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S002576802013000600014).

Moré Vega, L., Moya Toneut, M., Pino Pérez, F., Gálvez Castellón, A.M. (2011). *Comportamiento de las lesiones intraepiteliales de alto grado en la consulta de patología de cuello*. Hospital Universitario "Mártires del 9 de abril". Sagua la Grande. Villa Clara, Cuba. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol39\\_4\\_13/gin05413.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol39_4_13/gin05413.htm)

OPS/OMS. (2013). *Directrices sobre tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer cervicouterino. Una orientación más específica acerca de las estrategias recomendadas e información sobre los factores específicos por considerar al decidir sobre una estrategia*. Disponible en: [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening\\_and\\_treatment\\_of\\_precancerous\\_lesions/es/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/es/)

Paolino M, Arrossi S. (2013). *Determinantes sociales del abandono del diagnóstico y el tratamiento de mujeres con Papanicolaou anormal en Buenos Aires, Argentina*. Rev Panamericana de Salud Pública. 2013;34(6):437–45. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v34n6/v34n6a10.pdf>

Paolino, M. CEDES/CONICEF. (2012). *Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino*. Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica/Fondo para la Investigación Científica y Tecnológica Organización Panamericana de la Salud. Buenos Aires. Disponible en: [http://www.msal.gov.ar/cancercervicouterino/images/stories/4seminarios/pdf/Seminario2012/dia2/bloque1/2014-04\\_3\\_paolino\\_melisa\\_adherencia-seguimiento-tratamiento.pdf](http://www.msal.gov.ar/cancercervicouterino/images/stories/4seminarios/pdf/Seminario2012/dia2/bloque1/2014-04_3_paolino_melisa_adherencia-seguimiento-tratamiento.pdf)

Plan Estratégico Territorial (2015). *Plan de inversiones que conduce a la visión de provincia de largo plazo*. Formosa 2015. Disponible en: <file:///C:/Users/OTRO/Desktop/EPIDEMIOLOGIA%20Y%20GESTION/Plan-Estrategico-Formosa-2015.pdf>

SIVER/INC. *Registros de mortalidad de la DEIS*. (2016). Ministerio de Salud de la Nación. Argentina. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/inc/acerca-del-cancer/mortalidad/>

Vargas Negrín F. (2014). *Adherencia al tratamiento: un reto difícil pero posible*. Rev Osteoporos Metab Miner. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S18898362014000100002&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S18898362014000100002&lng=es).

Zamberlin, N. (2013). *Lo que piensan las mujeres: conocimientos y percepciones sobre cáncer de cuello de útero y realización del PAP*. 2a ed. - Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvico Uterino. , 2013. 52 p. ; 15x21 cm. ISBN 978-950-38-0161-1 1. Disponible en: 1 <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento113.pdf>

## ANEXOS

## ANEXO I Nota Autorización

FORMOSA, 16 de julio de 2017

AL SR. JEFE DEL  
PPCACU  
DR. VICTORIO WILLIMBURG  
SU DESPACHO

Me dirijo a Ud., con el objeto de solicitar su autorización para la revisión de documentos y de lista de mujeres que hayan sido diagnosticadas con lesiones cervicales de alto grado en el Distrito Sanitario 1 desde el 1ero de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2017. Dicho pedido obedece al hecho en el que me encuentro cursando la Maestría en Gestión de Sistema y Servicios de Salud y como requisito para acceder al diploma, se debe presentar una tesis de investigación con temas relevantes a la gestión en servicios de salud. Por lo tanto, elabore el protocolo cuyo título es **“Adherencia al tratamiento y estado actual de las lesiones cervicales en mujeres del Distrito Sanitario I. Formosa. Periodo 2015-2017”** y, para poder llevar a cabo la investigación, necesito examinar documentación para la recolección de los datos identificatorios de las mujeres en estudio para dar respuestas a los objetivos enunciados. De igual manera, le informo que los datos recabados estarán amparados por la ley de Protección de datos Personales n° 25.326 (ley de Habeas data) promulgada en el año 2000, y que sólo usted, como responsable del Programa, podrá extrapolar la información del informe final.

Sin otro particular, y en espera de una respuesta favorable a lo solicitado, lo saludo muy atentamente. –

## ANEXO II Cuestionario guía

### Datos sobre mujeres con lesiones cervicales de alto grado del Distrito I. 2015-2017

Informe N°...

**1) Edad:**

- a.  $\geq$ de 19 años
- b. 20 a 34 años
- c. 35 a 39 años
- d. 40 a 49 años
- e. 50 a 64 años
- f. 65 y más años

**2) Etnia**

- a. Blanca
- b. Toba
- c. Wichi
- d. Pilaga

**3) Paridad**

- a. Multípara:  $\geq$  3 hijos
- b. Secundípara: 2 hijos
- c. Primípara: 1 hijo
- d. Nulípara: 0 hijos

**4) Estado civil:**

- a. Casada o conviviente
- b. Soltera o sin pareja

**5) Procedencia**

- a. Ingeniero Juárez
- b. Barrio Toba
- c. Los Chiriguanos
- d. El Potrillo

- e. María Cristina
- f. Lote 8
- g. Pozo de Maza
- h. El Quebracho
- i. La Rinconada

**6) Etapa de abandono al tratamiento**

- a. Abandono en la etapa de tamizaje.
- b. Abandono en la etapa de diagnóstico.
- c. Abandono en la etapa de tratamiento.
- d. Sin abandono del tratamiento.

**7) Cumplimiento del tratamiento según etnia**

- |           |    |    |
|-----------|----|----|
| a. Blanca | Sí | No |
| b. Toba   | Sí | No |
| c. Wichi  | Sí | No |
| d. Pilaga | Sí | No |

**8) Estado actual de la enfermedad**

- Pacientes tratadas y libres de lesión cervical
- Pacientes tratadas con persistencia o recurrencia de la lesión cervical
- Sin tratamiento