

Motivos de abandono en el proceso de atención médica de lesiones precursoras de cáncer cervicouterino

Francisco R. Hernández-Alemán,* Laura A. Ornelas-Bernal,* Teresa Apresa-García,**
Sandra Sánchez-Garduño,** Oscar A. Martínez-Rodríguez,*** Dulce Ma. Hernández-Hernández**

* Coordinación de Áreas Médicas. ** Unidad de Investigación Médica en Enfermedades Oncológicas, UMAE Hospital de Oncología, Centro Médico Nacional Siglo XXI. *** UMAE HGO 3, Centro Médico "La Raza". Instituto Mexicano del Seguro Social.

Medical care abandon factors in precursor lesions of cervical cancer

RESUMEN

ABSTRACT

Objective. To determine factors associated with medical care abandon of women with CIN. **Material and methods.** A nested case-control study in a cohort was done. Patients referred to clinical Dysplasia of Gyneco-Obstetrician Services in third level Hospitals were considered. Cases: Patients who abandoned hospital care. Controls: women who attend their medical appointments during follow-up. All subjects underwent structured interviews focused on social, clinical and health services factors in two different times, applied at the beginning of study and the end of follow-up. Clinical records were reviewed to obtain clinical information. Analysis: Descriptive and inferential statistical was done. Non conditional Logistic Regression analysis was done to obtain adjusted association. **Results.** Abandon cumulative incidence rate was $108/525 = 20.7\%$ (I.C. $95\% = 17.2-24.3$); 60.2% happened in diagnosis phase, 17.7% ocured during therapeutic phase and 23.1% happened in surveillance phase. We studied 108 cases and 417 controls to analysis. Next adjusted risk factors were obtained: Afraid to death (ORa = 4.2, I.C. $95\% = 1.8-9.5$), long appointments (ORa = 6.6, I.C. $95\% = 3.4-13.0$), lack of privacy (ORa = 12.5, I.C. $95\% = 2.6-59.8$), reject to treatment (ORa = 40.4, I.C. $95\% = 2.1-785.4$), lack of information (ORa = 41.9, I.C. $95\% = 14.2-124.1$) and other factors. **Conclusions.** Patient perception, access and barriers in health services were the most important factors associated with medical care abandon.

Key words. Cervical intraepithelial neoplasia. Cervical cancer. Compliance. Treatment.

Objetivo. Determinar factores asociados al abandono del proceso de atención de NIC. **Material y métodos.** Se realizó un estudio de casos y controles anidado en una cohorte de mujeres referidas a las clínicas de displasias de dos hospitales de tercer nivel. **Casos:** pacientes que abandonaron su atención médica. **Controles:** pacientes que cumplieron con sus citas médicas. Las pacientes contestaron una entrevista estructurada respecto a variables sociodemográficas y de atención médica al inicio y al final del seguimiento. Los datos clínicos se obtuvieron de la revisión de expedientes. **Análisis:** Medidas de frecuencia y asociación, ajustando variables con Regresión Logística no Condicionada. **Resultados.** La tasa de abandono fue de $108/525 = 20.7\%$ (17.2-24.3); 60.2% ocurrieron en la fase diagnóstica, 17.7% durante el tratamiento y 23.1% en la fase de vigilancia y/o control. Un total de 108 casos y 417 controles fueron considerados para el análisis. Los factores de riesgo ajustados fueron: miedo a la muerte (ORa = 4.2, I.C. $95\% = 1.8-9.5$), citas prolongadas (ORa = 6.6, I.C. $95\% = 3.4-13.0$), falta de privacidad (ORa = 12.5, I.C. $95\% = 2.6-59.8$), rechazo al tratamiento propuesto (ORa = 40.4, I.C. $95\% = 2.1-785.4$) y falta de información (ORa = 41.9, I.C. $95\% = 14.2-124.1$) entre otros. **Conclusiones.** Los factores relacionados con la percepción de gravedad de la enfermedad y las barreras al acceso de los servicios de salud fueron los de mayor importancia para abandonar la atención médica.

Palabras clave. Neoplasia intraepitelial cervical. Cáncer de cérvix. Cumplimiento. Tratamiento.

INTRODUCCIÓN

En México el cáncer cérvico uterino es la primera causa de muerte por neoplasias malignas, parti-

cularmente en el grupo de 25 a 64 años de edad.¹ La neoplasia intraepitelial cervical (NIC) es una lesión precursora que puede evolucionar a carcinoma invasor del cérvix, en un promedio de cinco a diez

años en su curso natural, si no es tratada de manera oportuna.² Las lesiones se dividen en grados 1, 2 y 3 dependiendo de la extensión de las alteraciones celulares observadas en el grosor del epitelio endocervical. Debido a la falta de un marcador de progresión clínica del NIC que sea eficaz, se debe asegurar un cumplimiento adecuado del tratamiento y vigilancia para evitar la evolución hacia la invasión.^{3,4}

Las fases del proceso de la atención de NIC incluyen la detección, referencia, diagnóstico, tratamiento, vigilancia y/o control, contrarreferencia y rehabilitación.⁵ Cuando la paciente abandona en alguna de las tres primeras fases, se desconoce el diagnóstico de certeza por lo que las repercusiones dependerán básicamente del grado de lesión intraepitelial, el estado físico, anímico y económico de la paciente.^{6,7} Es más probable que la paciente abandone en las etapas iniciales cuando la enfermedad es asintomática o en las tardías porque la paciente considera que el tratamiento es innecesario.^{8,9}

Los objetivos primarios del tratamiento son remover o destruir el epitelio anormal de la zona de transformación del cérvix donde con mayor frecuencia se localizan las lesiones de NIC. Con el fin de evitar la progresión de la lesión, se debe seleccionar el método más eficaz y de menor costo, considerando la preservación de la capacidad reproductiva.¹⁰ Los métodos utilizados con mayor frecuencia para el tratamiento de las lesiones precursoras de cáncer cervical incluyen como biopsia, láser vaporización, excisión con asa larga de la zona de transformación (LLETZ), criocoagulación y excisión por láser.¹¹⁻¹³ Las complicaciones que se presentan con mayor frecuencia durante el tratamiento son dolor, hemorragia, leucorrea acuosa, infección ascendente y estenosis cervical.^{14,15} Aunque altamente efectivos, el éxito de estos métodos para el tratamiento de NIC dependen del personal involucrado en los procedimientos, así como mantener una vigilancia adecuada de las pacientes durante el seguimiento.^{16,17} El seguimiento de las pacientes es de dos años y hasta cinco, con control citológico y colposcópico cada tres a cuatro meses en el primer año, calificándose como curación cuando el resultado es negativo durante todo el tiempo de observación; persistencia si es positiva durante el primer año; y recidiva si el resultado es positivo durante el segundo año de seguimiento.^{6,9}

Para lograr la continuidad del tratamiento es necesario considerar el conocimiento y percepción que las pacientes tienen de la enfermedad, las redes de apoyo familiar, facilidades para el acceso a los

servicios de salud, así como las características relacionadas con la atención médica.^{18,19}

En la actualidad en México poco se conoce acerca de la frecuencia de abandono en el proceso de atención de las mujeres con NIC y menos aún se ha explorado sobre los factores que lo favorecen. En el marco del programa oficial para el control del cáncer cervical se estableció como meta principal la reducción de la morbilidad y mortalidad, considerando la educación y promoción a la salud, la comunicación, accesibilidad, aceptabilidad, detección oportuna y manejo de las neoplasias del tracto reproductor femenino.²⁰

De ahí que el objetivo de este trabajo fue conocer la frecuencia y determinantes de abandono del proceso de atención de mujeres con NIC.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de casos y controles anidado en una cohorte.²¹ El estudio se llevó a cabo en dos hospitales de ginecoobstetricia que corresponden a un tercer nivel de atención médica, localizados al norte y sur de la ciudad de México. En estas unidades hospitalarias se localizan dos de las principales clínicas de colposcopia y patología del tracto genital inferior femenino, donde son referidas las pacientes para su diagnóstico definitivo. La cohorte da inicio en junio de 1997 al acudir las pacientes a su primera consulta de especialidad y el seguimiento termina en diciembre del año 1999, durante la fase de vigilancia y/o control de las pacientes. Durante el siguiente año se terminó de revisar expedientes, localizar los abandonos y concluir las segundas entrevistas.

Criterios de selección de la cohorte

La cohorte dio inicio con pacientes que acudieron a la consulta externa de las clínicas de colposcopia y patología del tracto genital inferior femenino con un diagnóstico de envío presuntivo de NIC de cualquier grado (o lesiones equivalentes: Pap III-V, displasia leve, moderada o severa, lesiones escamosas intraepiteliales). Una vez obtenido el diagnóstico definitivo realizado a través del estudio histopatológico en biopsia, pieza quirúrgica o cono-biopsia, sólo las pacientes con NIC continuaron en seguimiento. Se dio por terminado el seguimiento a los dos años de su ingreso a la cohorte, por término del estudio o por abandono. La duración promedio fue de 17.4 ± 3.1 meses (Figura 1), con menor duración en los casos comparativamente con los controles.

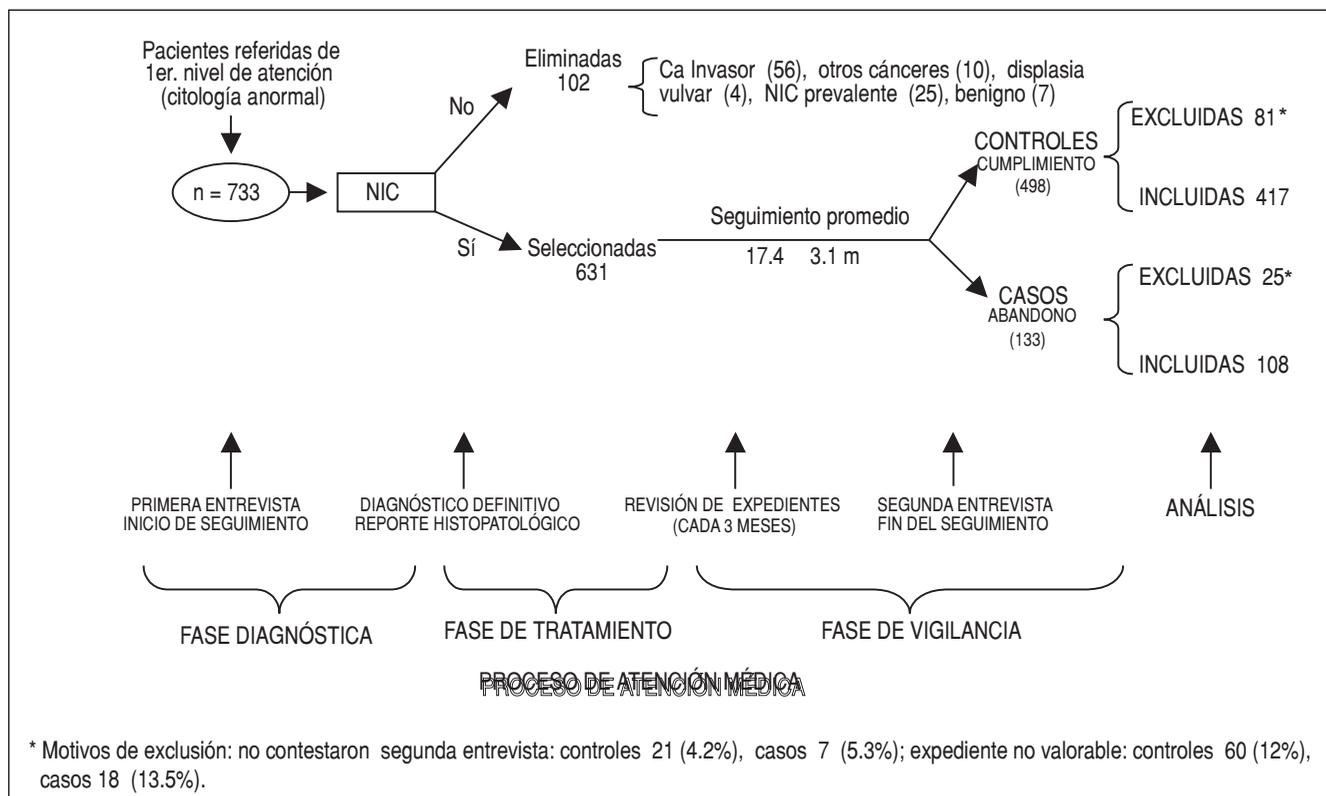


Figura 1. Características del diseño, población de estudio de la cohorte y su relación con el proceso de atención médica en pacientes con neoplasia intraepitelial cervical (NIC).

Definición del proceso de atención médica para NIC

El proceso se dividió en fases de diagnóstico, tratamiento y vigilancia y/o control. La fase diagnóstica comprendía desde la solicitud de consulta de especialidad hasta la confirmación diagnóstica con el resultado de histopatología. La fase de tratamiento se inició con la confirmación del diagnóstico hasta concluir los procedimientos terapéuticos. Una vez concluida la intervención, la fase de vigilancia correspondió al periodo de seguimiento para evaluar el curso clínico y control del NIC mediante la toma de biopsias y/o colposcopia con la finalidad de descartar recidiva, persistencia o progresión de la lesión, al menos por un año.

Definición de caso

Se consideró abandono cuando las pacientes que conformaron la cohorte no completaron el proceso de atención en cualquiera de las fases de confirmación diagnóstica, tratamiento o vigilancia, identificada por la inasistencia injustificada a sus citas de

Consulta Externa, laboratorio y/o gabinete. Los datos fueron tomados del expediente clínico durante el seguimiento y fueron confirmados en una entrevista personal, una vez que se localizó a la paciente vía telefónica o bien por visita domiciliaria al final del seguimiento.

Definición de control

Se refiere a las mujeres que durante el seguimiento acudieron regularmente a sus citas de Consulta Externa, exámenes de laboratorio, gabinete, que completaron el proceso de tratamiento y se encontraban en la fase de vigilancia al menos por un año.

Colección de información

En la primera consulta médica se solicitó a la paciente su participación en el estudio, y en caso de aceptación, firmó una carta de consentimiento informado. La información fue recabada a través de la revisión del expediente clínico periódicamente y por entrevista directa con la paciente en dos tiempos, durante la primera consulta y al finalizar el segui-

miento. Las entrevistas fueron realizadas por personal de enfermería y/o trabajo social, quienes fueron contratadas y capacitadas en esta técnica para obtener la información adecuada. Para ello, se utilizó un cuestionario estructurado, precodificado, que contenía las variables de interés, el cual fue validado previamente en una fase piloto. En la primera entrevista los datos obtenidos fueron variables sociodemográficas como la edad, escolaridad, ingresos, ocupación, estado civil, condiciones de la vivienda y lugar de nacimiento; variables reproductivas como el número de embarazos, abortos, hijos vivos y uso de anticonceptivos.

Para la fase de vigilancia del proceso de atención médica se revisaron los expedientes por primera ocasión a los tres meses de haber iniciado el seguimiento, ya que en este tiempo se esperaba haber concluido el proceso diagnóstico y terapéutico e iniciar el control o vigilancia. Posteriormente la revisión de expedientes se realizó en forma trimestral para conocer el cumplimiento a las citas médicas y estudios de valoración clínica, estos datos fueron registrados en el formato correspondiente.

Las pacientes fueron entrevistadas por segunda ocasión al finalizar el seguimiento, con el objetivo de recabar información acerca de su interacción con la atención médica, así como la información recibida acerca del diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Además, se recabaron datos acerca de la disponibilidad de recursos para su atención, los tiempos involucrados en las citas y su percepción de la enfermedad (conocimiento, temores, gravedad).

Las mujeres que abandonaron el proceso de atención fueron localizadas vía telefónica, telegráfica o bien por visita domiciliaria para el llenado del segundo cuestionario y saber si habían decidido no acudir nuevamente a la clínica de atención. A este grupo de pacientes se les otorgó la información y el apoyo necesarios para continuar su manejo.

Análisis de datos

La captura de la base de datos y el análisis se realizó mediante el Programa Estadístico para Ciencias Sociales SPSS v. 12.²² En el análisis se calcularon medias y desviación estándar para datos cuantitativos continuos y frecuencias simples para las variables cualitativas. El cálculo de riesgos se manejó con razones de momios y los respectivos intervalos de confianza al 95% para cada una de las áreas de interés, sociodemográficas, clínicas y de servicios de salud. El análisis ajustado se realizó con regresión logística no condicionada, seleccionando las variables

identificadas como confusoras y no correlacionadas, para cada una de las áreas estudiadas y así identificar los factores de mayor importancia que estuvieran asociados al abandono. El riesgo atribuible poblacional se calculó cuando existió una razón de momios mayor de uno y un intervalo de confianza estadísticamente significativo. El proyecto fue aprobado por el Comité de Investigación y Ética Médica, registrado con el No. Of. 37. B50.46.12.153/17-97/HO.

RESULTADOS

La cohorte dio inicio con un total de 733 pacientes, de las cuales 102 fueron eliminadas por no cumplir los criterios diagnósticos de inclusión y 106 exclusiones por información incompleta, con lo que el análisis se realizó con 525 pacientes (417 controles y 108 casos) (Figura 1).

Características de la cohorte

La media de edad fue de 46 años (mínimo 17, máximo 79 años), 58% de las mujeres refirieron estar casadas, tenían una escolaridad promedio de 7.2 ± 4.4 años con un porcentaje de analfabetismo de 8.6% ($n = 45$), mientras que 6.7% ($n = 35$) contaban con estudios universitarios. Cuarenta y tres por ciento de las pacientes tenía un empleo, la media del ingreso familiar fue el equivalente a 1.4 veces el salario mínimo vigente. Cinco por ciento de las pacientes no tenía antecedentes de embarazo, mientras que la mediana fue de cuatro (mínimo 0, máximo 27). Treinta y ocho por ciento de las pacientes refirió el antecedente positivo de uno o más abortos. Setenta y siete por ciento de las pacientes utilizó algún método de planificación familiar, los más frecuentes reportados fueron quirúrgicos en 29.1% y el uso de dispositivo intrauterino en 28.8%. Dieciocho por ciento de las pacientes refirió tener problemas para asistir a su consulta por problema laboral dado que no les daban permiso en su trabajo o por descuento en el salario. Dos por ciento de las pacientes tenía problema con la vigencia del seguro social debido a trabajo eventual, seguro voluntario y seguro de estudiante.

Abandono del proceso de atención de NIC

La tasa de abandono en la cohorte estudiada fue de 20.6% (I.C._{95%} = 17.2-24.3) (108/525). Sesenta y cinco de los 108 abandonos (60.2%) ocurrieron en la fase diagnóstica, 18 de identificación en la fase de

Cuadro 1. Tipo de diagnóstico de acuerdo con la valoración del proceso de atención médica al final del seguimiento.

Tipo de NIC ¹	Cumplimiento n = 417	Atención fuera de la Institución n = 51			Abandono (n = 108)			Sin atención médica n = 57		
		D*	T*	V*	D*	T*	V*	D*	T*	V*
NIC 1	125	12	2	4	15	8	10			
NIC 2	158	6	1	1	4	2	5			
NIC 3	134	22	2	1	6	3	4			
Total	417	40	5	6	25	13	19			

¹ NIC: neoplasia intraepitelial cervical. D*: fase de diagnóstico. T*: fase de tratamiento. V*: fase de vigilancia y/o control.

tratamiento (16.7%), mientras que 25 tuvieron lugar en la fase de vigilancia y/o control (23.1%). Al realizar la entrevista domiciliar de estas pacientes, se observaron dos grupos: 51 pacientes que abandonaron la atención en el IMSS, pero recibieron tratamiento en otra institución de salud pública o privada (47%) y 57 pacientes que no habían recibido ningún tipo de tratamiento (53%). Las pacientes que optaron por una alternativa diferente al IMSS, acudieron con mayor frecuencia a la medicina privada (36/51), mientras que 11 pacientes se atendieron en la Secretaría de Salud (22%) y cuatro decidieron su atención en el ISSSTE (7.8%). Asimismo, la mayor frecuencia de abandono se realizó en la fase de diagnóstico entre las pacientes que buscaron otro tipo de atención médica (40/51) comparada con las mujeres que no lo hicieron (25/57). El tipo de diagnóstico histopatológico de acuerdo con la condición de las pacientes al final del seguimiento del proceso de atención, se muestra en el cuadro 1. Las pacientes que abandonaron y no acudieron a otros centros clínicos, fueron informadas sobre la importancia de continuar su atención médica y se concertó una nueva cita en la clínica de adscripción.

Factores sociales y reproductivos

Las mujeres jóvenes (≤ 40 años), con mayor grado de escolaridad y mejores ingresos tuvieron mayores probabilidades de abandonar su tratamiento respecto al grupo de comparación (Cuadro 2). En el área reproductiva los momios tuvieron un comportamiento semejante a lo observado en la esfera social en relación con su magnitud (OR 1.2).

Percepción de la enfermedad

Ochenta por ciento de las pacientes consideraron que el cáncer es una de las enfermedades más alarmantes, al compararla con algunas de las principa-

les enfermedades como diabetes (10%), enfermedades de corazón (5%), tuberculosis (2%) o bronquitis (1%). Veintiocho por ciento de las pacientes percibieron su enfermedad como grave, mientras que 69% consideró que era delicada y 3% mencionó desconocer la gravedad de su enfermedad. Concordante con esta percepción 73% de las pacientes mencionó que consideraba la enfermedad como curable, 2% mencionó que no lo era y 25% de las pacientes lo desconocían.

Los principales motivos expuestos para abandonar el proceso de atención fueron miedo al cáncer (OR = 4.3), miedo a la muerte (OR = 6.6) y miedo a perder la función reproductiva (OR = 10.2), resultados que fueron estadísticamente significativos (Cuadro 3). Por otro lado, una fuerte asociación con el abandono se observó en pacientes que no aceptaron el tratamiento propuesto (OR = 20.2; 2.3-461.8).

Información médico-paciente

Ochenta y siete por ciento de los casos y 37.9% de los controles manifestaron una falta de información en cualquiera de las etapas o condiciones del proceso de atención (OR = 11.0; 5.9-20.9). Los riesgos de la falta de información específicos asociados significativamente con el abandono se muestran en el cuadro 3.

Barreras organizacionales

La media del tiempo de envío de la paciente a la consulta externa de especialidad fue de 29 días con una mediana de 13. El tiempo promedio de espera para recibir consulta fue de una hora con 37 minutos, moda de dos horas y un intervalo de cinco minutos hasta cinco horas. Las pacientes consideraron que tanto el tiempo de espera para recibir consulta como el de citas subsecuentes eran prolongados, am-

Cuadro 2. Frecuencia de factores Sociales y Reproductivos que se asociaron con el abandono del proceso de atención de NIC.

	Casos n = 108 n / %	Controles n = 417 n / %	Razón de momios	IC 95%
• Sociales				
Edad (años)				
17-40	54 / 50.0	132 / 31.7	2.2	1.4-3.4
41 y más	54 / 50.0	285 / 68.3	1	
Lugar de nacimiento				
Distrito Federal	62 / 57.4	184 / 44.1	1.7	1.1-2.7
Otros	46 / 42.6	233 / 55.9	1	
Escolaridad (años)				
7-20	67 / 62.0	180 / 43.2	2.1	1.4-3.4
0-6	41 / 38.0	237 / 56.8	1	
Ingreso familiar (salarios mínimos/mes)				
≥ 2	30 / 27.8	61 / 14.6	2.2	1.3-3.8
< 2	78 / 72.2	356 / 85.4	1	
• Factores reproductivos				
Embarazos (n)				
0-2	45 / 41.7	102 / 24.5	2.4	1.2-4.6
3-6	45 / 41.7	219 / 52.5	2.1	1.3-3.5
≥ 7	18 / 16.6	96 / 23.0	1	
Hijos vivos (n)				
0-1	30 / 27.8	76 / 18.2	2.2	1.2-4.0
2-3	44 / 40.7	153 / 36.7	1.4	0.8-2.4
≥ 4	34 / 31.5	188 / 45.1	1	
Abortos (n)				
0	71 / 65.7	252 / 60.4	1	
1	26 / 24.1	98 / 23.5	0.9	0.5-1.6
≥ 2	11 / 10.2	67 / 16.1	0.6	0.3-1.2
Deseo de embarazarse				
Sí	18 / 16.7	42 / 10.1	1.6	0.8-3.3
No	29 / 26.8	108 / 25.9	1	
No aplica	61 / 56.5	267 / 64.0	-	-

bas significativas en el análisis (OR = 8.8; 5.1-15.1 y OR = 3.0; 1.9-4.9). Asimismo, pacientes que refirieron problemas en mantener la vigencia a recibir atención médica institucional tuvieron mayores probabilidades de abandono (OR = 14.3). El 30.5% de los casos refirió incompatibilidad con el horario para asistir a consulta en relación con 19.9% de los controles (OR = 1.8). La falta de expediente o de los estudios médicos de seguimiento, así como la percepción de la falta de privacidad en la consulta médica, fueron condiciones que igualmente tuvieron una asociación con abandono (Cuadro 4).

Barreras al acceso

Dieciséis por ciento utilizaba transporte privado y el resto transporte público para acudir a sus ci-

tas. La media en el tiempo de traslado fue de 63 minutos y 34.3% empleó más de una hora para llegar a su servicio de atención. La media en el gasto de transporte equivalía al 48% de un día de salario mínimo, situación que condicionó una mayor frecuencia de abandono (OR = 2.0). Cuarenta y nueve por ciento de las pacientes manifestó tener problema para cumplir con sus citas médicas, resaltando como motivos el aspecto laboral (OR = 2.1), así como problemas de tipo familiar, cuando refirieron estar a cargo de un familiar enfermo (OR = 47.1).

Asociación ajustada

Se obtuvieron los factores de riesgo ajustados con mayor relevancia en el abandono del tratamiento de las pacientes con NIC. Entre ellas destacan el

Cuadro 3. Asociación de la percepción de la gravedad de la enfermedad y la información médica con el abandono del proceso de atención de NIC.

Variable	Casos n = 108 n / %	Controles n = 417 n / %	Razón de momios	IC 95%*
Miedo al cáncer				
Sí	34 / 31.5	40 / 9.6	4.3	2.5-7.5
No	74 / 68.5	377 / 90.4	1.0	
Miedo a la muerte				
Sí	29 / 26.8	22 / 5.3	6.6	3.5-12.7
No	79 / 73.1	395 / 94.7	1.0	
Miedo a perder la función reproductiva				
Sí	7 / 6.5	3 / 0.7	10.2	2.3-51.5
No	61 / 56.5	267 / 64.0	1.0	
No aplica	40 / 37.0	147 / 35.3	-	-
Rechazo de tratamiento propuesto				
Sí	5 / 4.6	1 / 0.2	20.2	2.3-461.8
No	103 / 95.4	416 / 99.8	1.0	
Información del médico al paciente sobre los métodos de diagnóstico				
Sí	51 / 47.2	315 / 75.5	1.0	
No	57 / 52.8	102 / 24.5	3.4	2.2-5.5
Plan de tratamiento				
Sí	33 / 30.6	227 / 54.4	1.0	
No	75 / 69.4	190 / 45.6	2.7	1.7-4.4
Posibles efectos secundarios				
Sí	18 / 16.7	154 / 36.9	1.0	
No	90 / 83.3	263 / 63.1	2.9	1.6-5.2
Pronóstico de la enfermedad				
Sí	38 / 35.2	281 / 67.4	1.0	
No	70 / 64.8	136 / 32.6	3.8	2.4-6.1
Falta de información general				
Sí	94 / 87.0	158 / 37.9	11.0	5.9-20.9
No	14 / 13.0	259 / 62.1	1.0	

*IC: Intervalo de confianza 95%.

rechazo al tratamiento (ORa = 40.4; 2.1-785); la falta de información del médico hacia la paciente (ORa = 41.9; 14.2-124.1); la pérdida de vigencia a los servicios médicos institucionales (ORa = 50.4; 11.5-221.3) y que la paciente hubiera tenido a su cargo un familiar enfermo (ORa = 349.6; 24.5-4992). El cálculo de los riesgos atribuibles de mayor importancia fueron el miedo a la muerte (RAP = 43.3%), las citas prolongadas (RAP = 55.0%) y la falta de información del médico hacia la paciente (RAP = 66.0%) (Cuadro 5).

DISCUSIÓN

El reto de un servicio de salud es asegurar la continuidad de atención médica adecuada y oportuna para los pacientes con cáncer durante el curso

clínico de la enfermedad, con el fin de lograr la mejor calidad y cantidad de vida.²³ Sin embargo, el logro de esta meta depende de una interacción entre el binomio de los servicios de salud y el paciente a lo largo del curso clínico de la enfermedad.²⁴ La importancia de la atención oportuna de NIC radica en evitar el desarrollo de un cáncer invasor del cérvix, evitando a futuro un alto costo tanto social como de atención médica.²⁵

El proceso de atención médica para las pacientes con NIC comprende desde la detección a través de la citología cervical hasta la fase de contrarreferencia y rehabilitación. El abandono en el concepto manejado en este trabajo no evaluó el inicio del proceso, ya que la población estudiada fue captada en las clínicas de especialidad de referencia y es posible que un grupo de pacientes que tuvieron un re-

Cuadro 4. Accesibilidad a los servicios de salud y su relación con el Abandono del Proceso de Atención de NIC en población derechohabiente del IMSS.

Accesibilidad	Casos n = 108 n / %	Controles n = 417 n / %	Razón de momios	IC 95%
• Barreras organizacionales				
Tiempo de espera (minutos)				
≤ 30	19/17.6	112/26.9	1.0	
31-60	12/11.1	96/23.0	0.7	0.3-1.7
≥ 60	77/71.3	209/50.1	2.2	1.2-3.9
Espera prolongada para recibir consulta				
Sí	49 / 45.4	36 / 8.6	9.1	5.3-15.7
No	59 / 54.6	381 / 91.4	1.0	
Citas prolongadas				
Sí	70 / 64.8	157 / 37.6	3.1	1.9-5.0
No	38 / 35.2	260 / 62.4	1.0	
Pérdida de vigencia de derechos				
Sí	16 / 14.8	5 / 1.2	14.3	4.8-46.0
No	92 / 85.2	412 / 98.8	1.0	
Problemas con el horario de consulta				
Sí	33 / 30.5	83 / 19.9	2.8	1.3-37.0
No	75 / 69.4	334 / 80.1	1.0	
• Disponibilidad de recursos				
Pérdida de expediente y exámenes médicos				
Sí	9 / 8.3	7 / 1.7	5.3	1.8-16.3
No	99 / 91.7	410 / 98.3	1.0	
Falta de privacidad				
Sí	7 / 6.5	5 / 1.2	5.7	1.6-21.2
No	101/93.5	412/98.8	1.0	
• Barreras al acceso				
Gasto en el transporte				
Alto	24/22.2	54/12.9	2.0	1.1-3.7
Regular	29/26.8	113/27.1	1.7	0.9-3.4
Bajo	55/50.9	250/60.0	1.0	
Dificultades en el trabajo				
Sí	37 / 34.2	84/20.1	2.8	1.3-3.4
No	71 / 65.7	333 / 79.9	1.0	
Familiar enfermo				
Sí	11 / 10.2	1 / 0.2	47.1	6.2-989.0
No	97 / 89.8	416/99.8	1.0	

sultado anormal en la citología realizada en unidades médicas de primer nivel no llegaron a demandar el servicio de especialidad, lo que puede ser un factor que subestime la frecuencia de abandono.

La frecuencia global de abandono observada en el trabajo fue de 20.6%, es decir, una de cada cinco mujeres que solicitaron atención en las clínicas de displasias, la cual revela una alta frecuencia de incumplimiento. De acuerdo con otros autores, esta cifra puede variar en función de las condiciones de

seguimiento y la definición de abandono o incumplimiento que se proponga. Se han reportado cifras desde 5.6% hasta 40% de pacientes que no continúan su tratamiento; sin embargo, debido a la gran variabilidad de situaciones en las que se identifican estas cifras, difícilmente pueden ser comparables, para considerar que la cifra observada en el presente trabajo represente un valor intermedio.^{17,26}

Cabe señalar que la mayor frecuencia de abandonos (65%) se dio en la fase diagnóstica, es decir, al-

Cuadro 5. Factores asociados con el Abandono del Proceso de Atención en mujeres con NIC ajustados por área organizativa.

Factores	$n_1 + n_0$ (n = 525)	RMa ¹ (IC _{95%})	Área	RAp ² (%)	P ³
Edad ¹ (41 y +)	339	1.0	Social	30.7	NP
≤ 40	186	2.6 (1.4-4.8)*			
Miedo a la muerte ²					
Sí	51	4.2 (1.8-9.5)*	Percepción de la enfermedad	43.3	P
No	474	1.0			
Citas prolongadas ³			Accesibilidad/ Barreras organizacionales	55.0	P
Sí	227	6.6 (3.4-13.0)*			
No	298	1.0			
Privacidad ⁴			Accesibilidad/ Barreras organizacionales	5.9	P
Sí	21	1.0			
No	513	12.5 (2.6-59.8)*			
Rechazo al tratamiento ⁵			Percepción de la enfermedad	4.5	P
Sí	6	40.4 (2.1-785.4)			
No	519	1.0			
Falta de información ⁶			Información médico-paciente	66.3	P
Sí	252	41.9 (14.2-124.1)*			
No	273	1.0			
Pérdida de vigencia ⁷			Accesibilidad/ Barreras organizacionales	14.5	NP
No	502	1.0			
Sí	21	50.4 (11.5-221.3)*			
Familiar enfermo, ⁸			Accesibilidad/ Barreras organizacionales	10.1	NP
Sí	12	349.6 (24.5-4992)*			
No	513	1.0			

n_1 = abandono

n_0 = controles

* = estadísticamente significativo

1 = RMa (IC_{95%}) = razón de momios ajustada, intervalos de confianza al 95%

2 = RAp = riesgo atribuible poblacional

P = prevenible; NP = no prevenible

1 Ajustado por información médico-paciente, barreras, percepción de la enfermedad.

2 Ajustado por miedo a perder función reproductiva, rechazo a tratamiento, edad, barreras, información.

3 Ajustado por información, percepción de la enfermedad, edad.

4 Ajustado por edad, información médico-paciente, percepción de la enfermedad.

5 Ajustado por edad, información médico-paciente, accesibilidad.

6 Ajustado por edad, percepción de la enfermedad, accesibilidad.

7 Ajustado por edad, percepción de la enfermedad, horario, gasto en transporte, espera prolongada.

8 Ajustado por problemas en trabajo, pérdida de documentos, percepción de la enfermedad, información médico-paciente.

rededor de las primeras tres semanas de atención, lo cual podría tener importantes implicaciones de riesgo al aumentar las probabilidades de evolucionar a un cáncer invasor sobre todo en las mujeres con NIC 2 y NIC 3.^{27,28} Consideramos que éste fue uno de los principales motivos por los que cerca de la mitad de las mujeres evaluadas como abandonos, más que dejar a un lado su atención médica, decidieron buscar otras alternativas de atención. Características observadas en esta población fueron mujeres menores de cuarenta años de edad, con mayor escolaridad y mejores ingresos. Estos datos concuerdan con la decisión de que 70.6% de este grupo de pacientes buscaran como alternativa de

atención médica la medicina privada. De acuerdo con nuestros resultados, la pérdida de expedientes, la percepción de tiempos prolongados para la atención y la falta de privacidad pudieron ser determinantes en la decisión de buscar otras alternativas de atención médica especializada,^{23,24} lo cual identifica puntos de alerta en la calidad de la atención otorgada a nivel institucional de la seguridad social.

Por otro lado, el grupo de mujeres que tuvieron un abandono total representaba al verdadero grupo de riesgo que podría evolucionar a un cáncer invasor. En este grupo de mujeres las condiciones de desventaja económicas, familiares y de problemas

en la accesibilidad pudieran estar más relacionadas con la decisión de abandono,²⁸⁻³⁰ aunque al momento de la entrevista, un factor fundamental fue la falta de información por parte del médico hacia la paciente, condición que se ha descrito como un importante motivo de incumplimiento del tratamiento.³¹⁻³³

En el análisis descriptivo destaca que 61% de las pacientes no conocían la enfermedad que tenían, cifras similares a la de otros autores que mencionan que hasta 50% de las pacientes desconocen el resultado de su citología cervical.³⁴ Ochenta por ciento de las pacientes consideró al cáncer una enfermedad grave, 14% manifestó tener miedo al cáncer y 10% miedo a la muerte, factores que son dados básicamente por un concepto erróneo de que padecer cáncer significa ineludiblemente sufrimiento y muerte.^{24,29} Sin embargo, sólo 28% de las mujeres consideró su estado actual de la enfermedad como una condición grave, así que la mayoría de las pacientes percibía la posibilidad de curación en su enfermedad.³⁵ A las pacientes que cumplieron y a las que abandonaron, una vez localizadas, se les explicó el tipo de padecimiento que tenían, la etiología, diagnóstico, tratamiento y pronóstico de su enfermedad y se les otorgó el apoyo necesario para continuar con su seguimiento de control médico.

A pesar de los altos riesgos encontrados en los datos anteriores, es importante considerar los riesgos atribuibles para identificar las variables en las que se puede incidir en la prevención del abandono del tratamiento con mayor relevancia poblacional. En este sentido, las variables miedo a la muerte, rechazo al tratamiento y la falta de información del médico hacia la paciente, son variables factibles que pueden ser modificadas, usando estrategias que permitan a la paciente disminuir las dudas sobre el tratamiento y pronóstico de la enfermedad.^{33,35,36} Por otro lado, consideramos que la promoción de la descentralización de los servicios básicos de especialidad médica sobre todo en áreas de difícil acceso, permitiría evitar tiempos de atención prolongados que impacten en el cumplimiento y control de las lesiones precursoras de cáncer de cérvix.

La condición de tener un familiar enfermo al cuidado de la paciente tuvo una fuerte asociación con el abandono, pero muy baja relevancia poblacional, debido básicamente a la baja frecuencia observada (2.3%). En general cuando se presenta una problemática de este tipo, la población lo maneja a través de las redes de apoyo que han sido referidas también en otros estudios y que son frecuentes entre nuestra población.³⁰ Por otro lado, aquellas

pacientes que pierden su vigencia de derechos a la atención del IMSS pueden ser referidas a otras instituciones para continuar con su atención médica.

Se puede considerar que la cifra observada en la población estudiada esté subestimada, ya que es muy posible que el hecho de haber realizado el estudio prolectivo pudo sesgar al personal de salud en mejorar la atención médica, condición contraria cuando se realiza un estudio retrolectivo, donde se sobrestiman las pérdidas por falta de evidencias escritas en el expediente. Otro punto que pudo contribuir a subestimar la cifra fue que en el estudio no se contempló el proceso inicial del tamizaje, como se comentó anteriormente, ni el final del proceso sobre contrarreferencia y rehabilitación. Esto limita la validez externa del estudio a las pacientes que acuden con resultados de una citología cervical anormal al solicitar cita en la consulta externa de especialidad. La continuidad en la atención médica está dada por una complejidad de factores que requieren atención cuidadosa multidisciplinaria durante todas las fases de la enfermedad. La intervención no debe estar sólo limitada al especialista en ginecología oncológica, sino al apoyo psicológico, nutricional y preventivo que pueda mejorar las oportunidades del paciente para el logro de su bienestar físico y mental con una integración plena a la sociedad y su familia.

Consideramos que es necesario evaluar continuamente los factores que identifican a la población de alto riesgo en fallar con el cumplimiento terapéutico para tomar las acciones preventivas que garanticen el éxito del tratamiento esperado y así contribuir a la disminución de la morbilidad y mortalidad por cáncer cervical.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen la colaboración del personal adscrito a los Servicios de Colposcopia del Tracto Genital Inferior del Hospital de Ginecoobstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala" y de la UMAE HGO 3, Centro Médico "La Raza", del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Este trabajo fue parcialmente apoyado por el Fondo de Fomento a la Investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social (FP/0038/743).

REFERENCIAS

1. Registro Histopatológico de Neoplasias en México. Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología e Informática. 2001.

2. Kiviat N. Natural history of cervical neoplasia: Overview and update. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175: 1099-104.
3. van Oortmarsen GJ, Habbema JD. Epidemiological evidence for age-dependent regression of pre-invasive cervical cancer. *Br J Cancer* 1991; 64: 559-65.
4. Boone CW, Kelloff GJ, Steele VE. Natural history of intraepithelial neoplasia in humans with implications for cancer chemoprevention strategy. *Cancer Res* 1992; 52: 1651-9.
5. Wright TC Jr, Cox JT, Massad LS, Twiggs LB, Wilkinson EJ. 2001 Consensus Guidelines for the management of women with cervical cytological abnormalities. *JAMA* 2002; 287: 2120-9.
6. Cullen J, Schwartz MD, Lawrence WF, Selby JV, Mandelblatt JS. Short-Term Impact of Cancer Prevention and Screening Activities on Quality of Life. *J Clin Oncol* 2004; 22: 943-52.
7. McDonald TW, Neutens JJ, Fischer LM, Jessee D. Impact of cervical intraepithelial neoplasia diagnosis and treatment of self-esteem and body image. *Gynecol Oncol* 1989; 34: 345-9.
8. Eger RR, Peipert JF. Risk factor for noncompliance in a colposcopy clinic. *J Reprod Med* 1996; 41: 671-4.
9. Schofield MJ, Sanson-Fisher R, Halpin S, Redman S. Notification and follow-up Pap of test results: current practice and women's preferences. *Prev Med* 1994; 23: 276-83.
10. Padilla-Paz LA, Carlson JDO, Twiggs LB, Lonky N, Crum CP, Felix J, et al. Evidence supporting the current management guidelines for High-Grade Squamous Intraepithelial Lesion Cytology. *J Lower Genital Tract Dis* 2004; 8: 139-46.
11. Cirisano FD. Management of pre-invasive disease of the cervix. *Semin Surg Oncol* 1999; 16: 222-7.
12. Nuovo J, Melnikow J, Willan AR, Chan BK. Treatment outcomes for squamous intraepithelial lesions. *Int J Gynecol Obstet* 2000; 68: 25-33.
13. Skinner EN, Gehrig PA, Van Le L. High-Grade Squamous Intraepithelial Lesions: Abbreviating Posttreatment Surveillance. *Obstet Gynecol* 2004; 103: 488-92.
14. Hagen B, Skjeldestad FE, Bratt H, Tingulstad S, Lie AK. CO2 Laser ionization for cervical intraepithelial neoplasia grade II-III: complications and efficacy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1998; 77: 558-63.
15. Reich O, Pickel H, Lahousen M, Tamussino K, Winter R. Cervical intraepithelial neoplasia III: long-term outcome after cold-knife ionization with clear margins. *Obstet Gynecol* 2001; 97: 428-30.
16. Keijser KG, Kenemans P, van der Zanden PH, Schijf C, Voijts GP, Rolland R. Diathermy loop excision in the management of cervical intraepithelial neoplasia: diagnosis and treatment in one procedure. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 166: pp. 1281-7.
17. Marcus AC, Kaplan CP, Crane LA, Berek JS, Bernstein J, Gunning JE, et al. Reducing loss-to-follow-up among women with abnormal Pap smear. Result from a randomized trial testing and intensive follow-up protocol and economic incentives. *Med Care* 1998; 36: 397-410.
18. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the health belief model. *Health Educ Q* 1988; 15: 175-83.
19. Austin LT, Ahmad F, McNally MJ, Stewart DE. Breast and cervical cancer screening in Hispanic women: A literature review using the health belief model. *Womens Health Issues* 2002; 12: 122-8.
20. Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1998. Para la prevención, detección, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino. 1998.
21. Rothman K, Greenland S. Case-Control studies. In: Rothman K, Greenland S. *Modern Epidemiology*. 2nd edition. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1998, 93-100.
22. SPSS, v 12. Statistical Package for Social Sciences. 2005.
23. Lockwood-Rayermann S. Characteristics of participation in cervical cancer screening. *Cancer Nurs* 2004; 27: 353-63.
24. Fiscella K, Franks P, Gold MR, Clancy CM. Inequality in quality: addressing socioeconomic, racial, and ethnic disparities in health care. *JAMA* 2000; 283: 2579-84.
25. Olvera Rodríguez A, Quiroz Pérez Q, Pérez López JC, Morales VR. Displasia cervical y carcinoma cérvico uterino: Un reto para los servicios de salud. *Ginecol Obstet Mex* 1998; 66: 232-6.
26. Miller SM, Siejak KK, Schroeder CM, Lerman C, Hernandez E, Helm CW. Enhancing adherence following abnormal PAP smear among low-income minority women: a preventive telephone counseling strategy. *J Natl Cancer Inst* 1997; 21: 703-8.
27. Sardell AN, Trierweiler SJ. Disclosing the cancer diagnosis. Procedure that patients hopefulness. *Cancer* 1993; 72: 3355-65.
28. Lee J, Seow A, Ling SL, Peng LH. Improving adherence to regular pap smear screening among Asian women: a population-based study in Singapore. *Health Educ Behav* 2002; 29: 207-18.
29. Olsen MM. Family participation in posthospital care: women's work. *J Psychosoc Oncol* 1989; 7: 77-93.
30. Merrill JM. Access to high-tech health care. Ethics. *Cancer* 1991; 67: 1750-52.
31. Shetter AG. The fundamentals of patient assessment: the importance of the examination and the patient relationship. *Clin Neurosurg* 2004; 51: 26-9.
32. Petkova V. The role of information for improvement of patients' treatment in Bulgaria. *Cent Eur J Public Health* 2004; 12: 69-74.
33. Coyle N, Sculco L. Communication and the patient/physician relationship: a phenomenological inquiry. *J Support Oncol* 2003; 1: 206-15.
34. Massad LS, Meyer P, Hobbs J. Knowledge of cervical cancer screening among women attending urban colposcopy clinics. *Cancer Detect Prev* 1997; 21: 103-9.
35. Seffrin JR, Wilson JL, Bruce L, Black BL. Patient perceptions. *Cancer* 1991; 67(s): 1783-7.
36. Nelson K, Geiger AM, Mangione CM. Effect of health beliefs on delays in care for abnormal cervical cytology in a multi-ethnic population. *J Gen Intern Med* 2002; 17: 709-16.

Reimpresos:

Dra. Dulce Ma. Hernández Hernández

División de Epidemiología, Unidad de Investigación Médica en Enfermedades Oncológicas. Hospital de Oncología. CMN Siglo XXI, IMSS. Av. Cuauhtémoc 330, Col. Doctores. 06720, México, D.F. Tel.: 5627-6900, Ext. 22703, Correo electrónico: dulcema@servidor.unam.mx

Recibido el 3 de junio de 2005.
Aceptado el 17 de marzo de 2006.