

**CARACTERIZACION DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD Y
CONDICIONES CLÍNICAS EN LAS MUJERES DIAGNOSTICADAS CON
CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN HUDN PERIODO 2017-2020**

AUTORES

**DAYANA VALENTINA MADROÑERO MADROÑERO
ANGIE KARINA MONCAYO MONCAYO
OSCAR IVÁN REALPE MUÑOZ
HÉCTOR DANIEL RODRÍGUEZ MARTÍNEZ.**

**FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD - PROGRAMA DE MEDICINA
SEDE PASTO
17/05/2022**

**CARACTERIZACION DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD Y
CONDICIONES CLÍNICAS EN LAS MUJERES DIAGNOSTICADAS CON
CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN HUDN PERIODO 2017-2020**

AUTORES

**DAYANA VALENTINA MADROÑERO MADROÑERO
ANGIE KARINA MONCAYO MONCAYO
OSCAR IVÁN REALPE MUÑOZ
HÉCTOR DANIEL RODRÍGUEZ MARTÍNEZ.**

TRABAJO DE GRADO

ASESORES

METODOLOGICOS

**GLORIA CRISTINA BOLAÑOS
ANA ISABEL VALLEJO**

ASESOR CIENTIFICO

FILIPO MORAN

**FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD - PROGRAMA DE MEDICINA
SEDE PASTO
17/05/2022**

ACEPTACION

Nota de aceptación.

Firma del coordinador de investigación.

Firma del jurado.

Firma del jurado.

San Juan de Pasto 17 de mayo 2022

DEDICATORIA

Este trabajo de grado se la dedico a Dios, por su amor, él ha sido mi guía, mi fortaleza, me dio la perseverancia y me acompañó en este logro más de mi vida, por su bondad que no tiene fin, siempre ha estado conmigo.

A mis padres con gran amor, Mabel y Julio Madroño, quienes con su amor y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir hoy, un sueño más, que inculcaron en mí, el ejemplo de esfuerzo, constancia, responsabilidad y valentía.

A mis hermanos, sobrinos, tíos y a toda mi familia, por el apoyo incondicional, por siempre impulsarme a ser mejor y lograr con éxito mis sueños.

Dedicatoria de Dayana Valentina Madroño Madroño

A Dios quien ha sido mi guía, fortaleza y su mano de fidelidad y amor han estado conmigo hasta el día de hoy. El esfuerzo y la dedicación en una carrera es un ejemplo y consecuencia de las personas que están detrás. El trabajo realizado dentro de este proyecto de investigación va principalmente dedicado a mis padres Eduar Enrique Moncayo Santacruz y Lida Janneth Moncayo Martínez, quienes con su amor, paciencia y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir hoy un sueño más, por el apoyo a mi educación y por ser los que siempre estuvieron conmigo, el ejemplo a seguir y mi gran orgullo, a mi hermano Edward Esteban Moncayo Moncayo por nunca dejarme sola, ser un pilar en mi vida, por su amor y palabras alentadoras, a toda mi familia que de una u otra manera hicieron parte de esta, mi historia.

De igual manera, quiero agradecer a mis asesores, compañeros de estudio, profesores y personal educativo que fueron los que me acompañaron en cada paso que di.

Por último, pero no menos importante, quiero agradecer a todas aquellas mujeres que se involucraron en nuestro trabajo de investigación, nos abrieron su corazón permitiéndonos entrevistarlas y contarnos un poco de su vida y a la fundación universitaria san Martín que nos permitieron crear una aportación más a lo académico.

Dedicatoria de Angie Karina Moncayo Moncayo

El presente trabajo lo dedico principalmente a Dios, a mis padres, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy. Ha sido un orgullo y un privilegio de ser su hijo, son los mejores padres.

A mi hermana por estar siempre presente acompañándome, y por el apoyo moral que me brindo a lo largo de esta etapa de mi vida.

A todas las personas que me han apoyado y han hecho que el trabajo se realice con éxito en especial a aquellas mujeres que nos abrieron las puertas y compartieron sus experiencias

Dedicatoria de Oscar Iván Realpe Muñoz

A Dios todopoderoso por iluminarme el camino y ser quien me mantiene en esta vida, permitiéndome ir siempre detrás de lo que siento y deseo conseguir.

A mi Madre María Carmenza Martínez fuente principal de mi fuerza, mi ejemplo de lucha diaria y quien me ha demostrado que ante momentos de adversidad debemos seguir perseverando por alcanzar nuestras metas y continúa siendo nobles; que una cicatriz no te define si no te fortalece; estas y otras virtudes que en resumen afirman que el amor de una madre es infinito y que además somos seres humanos con virtudes únicas. ¡Gracias Ma!

A mi Padre Guillermo Alfredo Rodríguez de la Rosa hombre de gran nobleza, puro de corazón. Mi mayor ejemplo de humildad; por su tiempo, dedicación y apoyo incondicional que me ofreció a pesar de las dificultades y tropiezos que se presentaron durante este proceso; por darme la oportunidad de realizar una carrera profesional, por creer en mí y acompañarme en los momentos fáciles y difíciles de mi vida, por su amor y su cariño que son difíciles de describir.

A mis hermanos, abuelos, tíos y primos por enseñarme que solo con dedicación se logran las metas, y que nunca debemos olvidar de dónde venimos. Gracias por su apoyo incondicional y ayudarme a no decaer. Gracias por sus oraciones, consejos y palabras de aliento que hicieron de mí una mejor persona y de una u otra forma me acompañan en todos mis sueños y metas.

A los tutores, asesores y docentes involucrados en este proyecto por su apoyo durante todos estos años. Ellos dedicaron tiempo de su vida personal además de la laboral para ayudarme en esta meta profesional y estaré agradecido por siempre.

A las pacientes del HUDN, que día a día luchan contra esta enfermedad y que sin ellas esto no hubiese sido posible. Son mi inspiración para haber escogido esta temática; el ser fuertes sobre pasa los límites, y se puede vencer esta enfermedad, les dedico este trabajo a todas las mujeres, para que tomen conciencia y conozcan que se puede prevenir o diagnosticar a tiempo esta enfermedad si cumplen con todo el proceso de tamizaje.

Dedicatoria de Héctor Daniel Rodríguez Martínez

AGRADECIMIENTO

A nuestros docentes y asesores en especial a la Dra. Ana Isabel Vallejo por su ayuda, paciencia y dedicación. Agradecerle también a toda nuestra familia por darnos apoyo y ánimo durante este proceso. A nuestros amigos y compañeros de toda la vida que nos acompañan siempre y finalmente agradecerle a todas las pacientes y familiares que hicieron parte de este gran proceso y proyecto.

**DAYANA VALENTINA MADROÑERO MADROÑERO
ANGIE KARINA MONCAYO MONCAYO
OSCAR IVÁN REALPE MUÑOZ
HÉCTOR DANIEL RODRÍGUEZ MARTÍNEZ**

IDENTIFICACIÓN DE LOS ESTUDIANTES

Dayana Valentina Madroño Madroño

Tel. 3176602927

Correo. vmadronero@gmail.com

Angie Karina Moncayo Moncayo

Tel. 3163922065

Correo. angiemm.2827@gmail.com

Oscar Iván Realpe Muñoz

Tel. 3206085579

Correo. oscarivan.realpe97@gmail.com

Héctor Daniel Rodríguez Martínez

Tel. 3168062424

Correo. hector.08091997@gmail.com

IDENTIFICACIÓN DE ASESORES

ASESRES METODOLOGICOS

Gloria Cristina Bolaños

Tel. 3459554272

Correo. gloria.bolanos@sanmartin.edu.co

Ana Isabel Vallejo

Tel. 3107867440

Correo. ana.vallejo@sanmartin.edu.co

ASESOR CIENTIFICO

Filipo Moran

Tel. 3006761926

Correo. fvmoranm@gmail.com

LINEA DE INVESTIGACIÓN

Epidemiología general

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION	20
1. DESCRIPCION DEL PROBLEMA	21
1.1 Formulación de pregunta de investigación	26
2. JUSTIFICACIÓN.....	27
3. MARCO REFERENCIAL	29
3.1 Antecedentes de la investigación	29
3.2 Marco Teórico	33
3.3 Marco legal.....	40
4. OBJETIVOS.....	41
4.1. General.....	41
4.2. Específicos.....	41
5. METODOLOGÍA.....	42
5.1 Tipo de estudio	42
5.2 Area de estudio.....	42
5.3 Población de estudio	42

5.4	Criterios de inclusión	42
5.5	Criterios de exclusión	42
5.6	control de sesgos y errores.....	42
5.6.1	Errores sistemáticos:.....	42
5.6.2	Sesgo de información.....	43
5.6.3	Sesgo de entrevistador:	43
5.6.4	Sesgo de confusión.....	43
5.7	Diseño de muestreo y tamaño de muestra	43
5.8	Variables.....	43
5.8.1	Matriz de variables	44
5.9	Recolección de datos	56
5.10	Técnicas e instrumentos.....	56
5.11	Procesamiento y análisis de datos	56
5.12	Consideraciones éticas	57
5.12.1	Principios éticos.....	57
6.	resultados	59
7.	discusión.....	73

8.	conclusiones	79
9.	recomendaciones	81
10.	Beneficios y limitaciones de la investigación.....	82
11.	REFERENCIAS BibliográfICAS	83
10	ANEXOS	91

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Tabla resumen de las variables sociodemográficas. Estado Civil	59
Tabla 2. Tabla resumen de variables sociodemográficas. Tipo de afiliación a salud	59
Tabla 3. Tabla resumen de variables sociodemográficas. Desplazamiento y Víctimas	60
Tabla 4. Tabla resumen de variables clínicas. N. de hijos, antecedentes de Caflia y Menopausia.....	61
Tabla 5. Tabla resumen de variables clínicas. alcoholismo y tabaquismo	61
Tabla 6. Tabla resumen de variables clínicas. Métodos diagnósticos.....	62
Tabla 7. Tabla resumen de variables clínicas. Tratamiento y estadio	63
Tabla 8. Tabla resumen de variables de determinantes estructurales. Etnia y Zona de procedencia	64
Tabla 9. Tabla resumen de variables de determinantes estructurales. Nivel socioeconómico y ocupación	64
Tabla 10. Tabla resumen de variables de determinantes estructurales. Ingresos mensuales y Escolaridad	65
Tabla 11. Tabla resumen de variables de determinantes estructurales. Dependencia económica.....	65

Tabla 12. Tabla resumen de variables de determinantes intermedios. Accesos ..	66
Tabla 13. Tabla resumen de variables de determinantes intermedios. Apoyo interno y externo	67
Tabla 14. Tabla resumen de variables de determinantes intermedios. Valoración del servicio.....	68
Tabla 15. Tabla resumen de variables de determinantes intermedios. De las Instalaciones	69
Tabla 16. Tabla resumen de variables de determinantes intermedios. Características de vivienda	70
Tabla 17. Tabla resumen de variables de determinantes intermedios. Servicios .	71
Tabla 18. Tabla resumen de variables de determinantes intermedios. Alimentación y uso de tiempo libre	72

GLOSARIO

CANCER: es una enfermedad por la que algunas células del cuerpo se multiplican sin control y se diseminan a otras partes del cuerpo. Es posible que el cáncer comience en cualquier parte del cuerpo humano, formado por billones de células

CÁNCER DE CUELLO UTERINO: es una enfermedad por la que se forman células malignas cancerosas en los tejidos del cuello uterino.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD: (DSS) Son las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen una persona.

CITOLOGÍA: Es una técnica se utiliza, para el diagnóstico de las lesiones cancerosas del cuello de útero, también permite el diagnóstico de otras infecciones de la zona.

MULTIPARIDAD: Corresponde a aquella condición por la cual la gestante ha tenido 2 o más partos.

ACCESIBILIDAD: Posibilidad que tiene el Usuario para utilizar los servicios de salud. **Oportunidad:** Posibilidad que tiene el Usuario de obtener los servicios que requiere sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.

FACTORES DE RIESGO: son condiciones, conductas, estilos de vida o situaciones que nos exponen a mayor riesgo de presentar una enfermedad, en este caso hablaremos de las enfermedades cardiovasculares.

RESUMEN

El CCU es el segundo cáncer más frecuente en mujeres en el mundo, con 86% de los casos. Se calcula que en 2018 hubo 570.000 nuevos casos, que representaron el 7,5% de la mortalidad femenina por cáncer. Se evidencia una mayor incidencia en mujeres entre 40 y 54 años, de las aproximadamente 311.000 defunciones por CCU que se registran cada año, más del 88% se producen en las regiones menos desarrolladas. (1) Cabe destacar que hay un patrón geográficamente definido de cáncer de cérvix, relacionado con la desigualdad social, pobreza, y con predominio de régimen subsidiado, en estas regiones. La relevancia social de este estudio radica en que el CCU es un evento de salud pública y en los países de ingresos bajos y medianos, su incidencia es de casi el doble y su tasa de mortalidad el triple que las de los países de ingresos altos (1). Es por eso por lo que en este estudio se va a caracterizar los determinantes sociales de salud y condiciones clínicas de las mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino en HUDN periodo 2017-2020. El tipo de estudio que se realizó fue cuantitativo observacional descriptivo, se excluyeron a pacientes gestantes y menores de edad.

En el estudio se contó con 148 pacientes del sexo femenino quienes presentaron una mediana de edad de 58 años, el 30,4% de las mujeres son casadas, el 27,7% en unión libre y el 23,0% solteras. la mayor proporción se concentró en el régimen subsidiado, siendo Emssanar la que aporta el 45% de las pacientes seguido de la EAPB de población indígena. Dentro de las condiciones clínicas se encontró que la mayoría de las pacientes eran multíparas, un 29% habían tenido entre 1 y 2 parejas, aunado que el 43% de las pacientes no hacían uso de preservativo. Referente a la toma de citología, colposcopia y biopsia se encontró que el mayor porcentaje de pacientes si se tomaron estos exámenes. En lo que respecta a las variables de acceso a los servicios de salud, se obtuvo que un 45% de las pacientes reporto retraso al acceso de autorizaciones médicas y que la principal red de apoyo de estas pacientes fue la familiares del núcleo familiar. También se encontró que 31% de las pacientes se encontró que comían entre 0-2 comidas al día y en su tiempo libre el 25% de las pacientes se dedican al hogar.

Los resultados también nos muestran que es necesario considerar la promoción y prevención del cáncer del cuello uterino, desde una perspectiva mucho más amplia, con un enfoque que va más allá de los fenómenos biomédicos, la falta de acceso a los servicios médicos, al tamizaje que conllevan a una problemática social que es evitable si se hace una atención primaria y secundaria adecuada sin limitar los retrasos a la hora de dar un diagnóstico y tratamiento oportuno.

INTRODUCCION

El cáncer de cuello uterino (CCU) es una de las neoplasias más comunes en las mujeres, en el mundo se diagnosticaron 569.847 casos nuevos de cáncer de cuello uterino, y se registran aproximadamente 311.365 mujeres que murieron a causa de este (2), en nuestro departamento Nariño para el 2019 la tasa de mortalidad fue de 4.5 x 100000 habitantes (3). El CCU es una enfermedad mortal que si se detecta y atiende a tiempo es curable en la mayor parte de los casos. Para superar esta enfermedad es necesario tomar al ser humano como un ente biológico y social, cuya salud se ve afectada por múltiples causas. Por ello los determinantes sociales de salud (DSS), condiciones y circunstancias en que viven las personas, también intervienen en el desarrollo de las enfermedades como el CCU (4).

Existe una estrecha relación entre los determinantes sociales de salud y el CCU convirtiéndose en un problema de Salud Pública, dadas las cifras en aumento de morbimortalidad anual, causando mayor demanda de servicios de salud incrementando así los costos de atención. Los determinantes sociales de salud juegan un rol importante a la hora de que las mujeres no puedan participar de las actividades de prevención primaria y secundaria para el cáncer de cuello uterino que se ofrecen en los hospitales (5). Por lo citado anteriormente, se realizó un estudio que evaluó los determinantes sociales en salud relacionados con cáncer de cuello uterino en nuestra región para identificar la problemática y encontrar posibles soluciones.

Por lo tanto, la presente investigación tiene como finalidad, identificar cuáles son los determinantes sociales de salud y condiciones clínicas en mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino en HUDN periodo 2017-2020.

En la presente investigación se encontrarán los resultados obtenidos de los objetivos propuesto en este estudio.

1. DESCRIPCION DEL PROBLEMA

Planteamiento del problema.

El cáncer de cérvix, o también llamado cáncer cervical, o cáncer de cuello uterino, o carcinoma de cérvix que se incluye las neoplasias malignas que se desarrollan en la porción fibromuscular inferior del útero que se proyecta dentro de la vagina (6). Es de las enfermedades más comunes en las mujeres. Las cifras de morbimortalidad anual en mujeres que desarrollan esta neoplasia han crecido de forma alarmante en las últimas décadas, y su principal causa es la infección por el virus del papiloma humano (VPH). Ningún otro cáncer tiene una relación de causalidad tan bien establecida con un virus (7). La OMS recomienda la adopción de un enfoque integral para prevenir y controlar el CCU. El conjunto de medidas recomendadas abarca intervenciones a lo largo de la vida. El enfoque debe ser multidisciplinario e incluir componentes como la educación de la comunidad, la movilización social, la vacunación, la detección, el tratamiento y los cuidados paliativos(1).

Además, es importante tener en cuenta los determinantes sociales como el nivel socioeconómico, el género, la raza/etnicidad, la educación y el acceso a los servicios de salud que juegan un rol importante en la aparición del CCU. La situación de inequidad frente a estos determinantes sociales pone en mayor riesgo a las mujeres de padecerlo (5). La mortalidad por cáncer de CCU está asociada a condiciones socioeconómicas desfavorables, encontrándose un mayor riesgo de mortalidad en regiones rurales dispersas, con bajo acceso a los servicios de salud y en grupos de menor nivel educativo.

El CCU es el segundo cáncer más frecuente en mujeres en el mundo, con 86% de los casos. Se calcula que en 2018 hubo 570.000 nuevos casos, que representaron el 7,5% de la mortalidad femenina por cáncer. Se evidencia una mayor incidencia en mujeres entre 40 y 54 años, de las aproximadamente 311.000 defunciones por CCU que se registran cada año, más del 88% se producen en las regiones menos desarrolladas (1), es la causa más importante de años de vida perdidos (por cáncer) entre las mujeres de América Latina y el Caribe, donde se concentra 13 % de los casos y 12 % de las muertes que ocurren anualmente en el mundo (8). Se calcula

que en 2018 hubo 570.000 nuevos casos, que representaron el 7,5% de la mortalidad femenina por cáncer (7).

En Colombia, el CCU es la primera causa de muerte por cáncer en mujeres de 30 a 59 años (9). El 79% de las mujeres colombianas entre 25 y 69 años se realizan el examen de citología, lo que ha evitado 3.700 muertes al año. Sin embargo, la meta es que el 100% de las mujeres se practiquen la citología para evitar la muerte de 1.900 mujeres al año por CCU (10). La incidencia de este cáncer es de 18,4 casos nuevos por cada 100.000 mujeres. Este tipo de cáncer es más mortal que el cáncer de mama puesto de las mujeres que lo padecen el 16,8 % mueren mientras que el 9,41 % de las mujeres con cáncer de mama mueren (11). Pero se considera un cáncer de desarrollo lento con una ventana de evolución de 20 años aproximadamente.

Según un estudio que mide la carga de cáncer en departamento de Nariño, se basó en el indicador AVISA (años de vida saludables perdidos), se destacan la emergencia de los tumores de estómago, cérvix, mama entre otros. En las mujeres el CCU es el segundo más frecuente, predominantemente en las regiones centro, y pacífica del departamento. Cabe destacar que hay un patrón geográficamente definido de cáncer de cérvix, relacionado con la desigualdad social, pobreza, y con predominio de régimen subsidiado, en estas regiones. La tasa de mortalidad en estas regiones en el 2009 fue de 7.6 x 100000 habitantes, y en las últimas décadas, los éxitos combinados de la prevención del cáncer, la detección temprana, y el tratamiento han reducido la incidencia y la mortalidad ya que para el 2019 la tasa de mortalidad fue de 4.5 x 100000 habitantes (3).

El registro Poblacional de cáncer del Municipio de Pasto procesa información de los casos de cáncer que ocurren en el área rural y urbana del municipio de Pasto-Colombia. La población se distribuye el 81.7% en la zona urbana y 18.3% en la zona rural. Los estudios realizados en el período 1998-2007 mostraron que el cáncer que produce mayor morbimortalidad en hombres fue el de estómago y en mujeres el de cérvix. La incidencia de tumores cancerígenos en mujeres fue de: mama (17.3%), cérvix (16.0%) en segundo lugar y las principales causas de mortalidad por cáncer en mujeres fueron los tumores de: Estómago (16.7%), Cérvix (12.5%) (7). En Pasto la tendencia de la incidencia de CCU ha bajado sin embargo la tendencia de la mortalidad se mantiene constante, resultados que reflejan dificultades en la detección temprana y tratamiento oportuno (12).

En la actualidad hay tres vacunas que protegen contra los VPH 16 y 18, causantes del 70% de los casos de CCU como mínimo. Las vacunas funcionan mejor si se administran antes de la exposición al VPH. Por tanto, la OMS recomienda vacunar

a las niñas entre los 9 y los 14 años, cuando la mayoría de ellas todavía no han iniciado su actividad sexual (1). Por lo anterior, el Ministerio de Salud Colombiano cambió el esquema de vacunación contra el VPH, para la prevención primaria, el programa ampliado de inmunización (PAI) (9). Cuenta con la vacuna tetravalente contra el VPH a dos dosis. La primera de (0 y 6 meses), y la segunda para todas las niñas inmunocompetentes entre 9 y 18 años (12).

Desde la clínica, cuando una mujer presente síntomas sospechosos de CCU, debe ser derivada a un centro apropiado para su evaluación, diagnóstico y tratamiento. En la atención terciaria, se debe tener en cuenta los síntomas clínicos, que dependiendo de los otros órganos que el CCU haya podido afectar, en fases avanzadas pueden aparecer otros síntomas graves. El diagnóstico del CCU debe ser histopatológico. La determinación del estadio se basa en el tamaño del tumor y su extensión hacia la pelvis y órganos distantes. El tratamiento depende del estadio de la enfermedad y las opciones serían la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia. Los cuidados paliativos también son un elemento esencial del tratamiento para aliviar dolores y sufrimientos innecesarios (1).

Desde los determinantes sociales de salud (DSS), estos son factores modulantes en la adherencia al tratamiento, por lo tanto, se deben tener en cuenta en la atención clínica terciaria (13). La OMS ha elaborado una guía sobre cómo prevenir y combatir el CCU mediante la vacunación, el cribado y el tratamiento del cáncer invasivo. La Organización colabora con los países y los asociados para elaborar y aplicar programas integrales. En mayo de 2018, se comenzó a adoptar medidas destinadas a eliminar el CCU (1). En relación con la atención terciaria, se analiza los estadios del CCU y los tratamientos teniendo en cuenta las características clínicas y epidemiológicas de cada paciente. (14). Varios estudios confirman que, aunque la mayoría de las infecciones por VPH desaparecen por sí mismas y la mayoría de las lesiones precancerosas se resuelven de forma espontánea, todas las mujeres corren el riesgo de que las infecciones por VPH se cronifiquen y las lesiones precancerosas evolucionen hacia el cáncer de cérvix invasivo (1,15,16). Otros factores de riesgo que se relacionen directamente con este cáncer son: Ser joven, Iniciar vida sexual <18 años, Múltiples parejas sexuales, ITS, Tabaquismo, Inmunosupresión, Mujer de 30 años sin citología, Multiparidad, Pareja hombre con VPH, Pareja promiscua, Déficit ácido fólico (17). Cuando una mujer presente síntomas sospechosos de CCU, debe ser derivada a un centro apropiado para su evaluación, diagnóstico y tratamiento.

Además, destacan que identificar los síntomas sospechosos de CCU, en los estadios iniciales ayuda a favorecer el diagnóstico: La sintomatología en ocasiones presenta datos de infecciones cervicovaginales caracterizadas por flujo vaginal,

disuria, irritación genital y dispareunia, pero el mayor porcentaje de pacientes se presentan prácticamente asintomáticas. En lesiones avanzadas la sintomatología se da por crecimiento tumoral primordialmente, o bien, secundarias a invasiones o diseminación extra pélvica de la lesión. La exploración física en estos pacientes debe incluir tanto la especuloscopia, el examen pélvico transvaginal, así como transrectal. La Citología cervical, presenta una sensibilidad de 51% y una especificidad del 98% Como parte de la detección temprana se debe realizar la citología cervical para llegar al diagnóstico de CCU. La Colposcopia tiene una sensibilidad de 95% y una especificidad de 98% se incluye dentro de los estudios de abordaje y revisión de los pacientes con diagnóstico de CCU, la colposcopia por si sola es el método único de diagnóstico, además es posible tomar una biopsia bajo visión directa de las áreas sospechosas de malignidad (18-20).

En los últimos 30 años las tasas de CCU han disminuido considerablemente en gran parte de los países desarrollados, sobre todo gracias a los programas de cribado y tratamiento. Sin embargo, durante el mismo periodo, esas tasas han aumentado o se han mantenido en los mismos niveles en los países en desarrollo, por lo general debido al acceso limitado a servicios de salud, a la falta de concientización o a la ausencia de programas de cribado y tratamiento. Las mujeres más pobres y de las zonas rurales de los países no desarrollados corren mayor riesgo de padecer CCU invasivo (17), existiendo una relación directa con los determinantes sociales de la salud, en donde las poblaciones de bajos recursos se ven más afectadas, ya que esta población no tiene la misma accesibilidad a los servicios (21,22).

Los determinantes sociales como el nivel socioeconómico, el género, la raza/etnicidad, la educación y el acceso a los servicios de salud juegan un rol importante en la aparición del CCU. La situación de inequidad frente a estos determinantes sociales pone en mayor riesgo a las mujeres de padecer complicaciones de esta enfermedad (23).

En el departamento de Nariño, existen poblaciones de mujeres dentro de la costa, la sierra y la selva, así como minorías étnicas (Indígenas, afrodescendientes)(24), que se encuentran en una posición de inequidad respecto a los determinantes sociales de salud antes mencionados y por tanto están en situación de vulnerabilidad frente al CCU. Estas minorías y las mujeres de bajos recursos económicos están en desventaja de acceder a los servicios de tamizaje, diagnóstico y tratamiento para CCU, y también están asociadas a una supervivencia más corta después de realizado el diagnóstico (25,26).

En el departamento de Nariño, surgió la necesidad de hacer una investigación, para identificar los DSS existentes en el CCU, puesto que esta población vive en un entorno de desigualdades en general. Dado que las condiciones socioculturales son diferentes entre países, regiones o grupos humanos, es importante resaltar que la identificación de estos factores es de gran necesidad en municipio, esta investigación se basa en poder identificar los determinantes sociales de salud más influyentes a la hora de desarrollar un CCU, por lo tanto, esta investigación busca dar respuesta a la siguiente pregunta.

1.1 Formulación de pregunta de investigación

¿Cuales son los determinantes sociales de salud y condiciones clínicas presentes en las mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino en HUDN en el periodo 2017-2020?

2. JUSTIFICACIÓN

Teniendo en cuenta que el CCU es una enfermedad prevenible y curable si es detectada en una fase temprana y debidamente tratada. Sin embargo, sigue siendo uno de los tipos de cáncer más comunes y con gran incidencia en la muerte de mujeres alrededor de todo el mundo, también encontramos los determinantes sociales de la salud los cuales tienen un papel sumamente importante a la hora de prevenir y curar esta enfermedad (1). Por lo tanto, el presente estudio se realiza ante la necesidad de conocer más a fondo y contribuir a fortalecer la relación que existe entre los determinantes sociales de la salud y esta enfermedad.

La relevancia social de este estudio radica en que el CCU es un evento de salud pública, y ya que pocas enfermedades reflejan las desigualdades socioeconómicas a nivel mundial como el CCU. En los países de ingresos bajos y medianos, su incidencia es de casi el doble y su tasa de mortalidad el triple que las de los países de ingresos altos (1). Pese a que existen medidas probadas y costo-eficaces para eliminar el CCU, hasta la fecha no se han aplicado de manera generalizada en las regiones del mundo donde el nivel de morbilidad es sumamente elevado (1).

Desde el enfoque de los determinantes sociales de la salud, para tener una eficacia óptima, será preciso adaptar la escala de esas medidas a los niveles nacionales y aplicarlas mediante plataformas de servicios de salud para que de esta manera tengan en cuenta las necesidades de las mujeres, sus circunstancias sociales y las barreras de índole personal, cultural, social, estructural y económica que obstaculizan su acceso a esos servicios. Es de vital importancia disponer de servicios de salud integrados, centrados en las personas, respetando y protegiendo los derechos y la dignidad de las mujeres.

Esta investigación se realiza con el fin de dar un aporte a la comunidad científica, el cual es contribuyendo con unas bases teóricas sólidas sobre la relación que existe entre los DSS y el cáncer de cuello uterino, de tal manera tener la oportunidad de aplicar un método apropiado para que la atención integral al CCU sea factible y asequible en los países de ingresos bajos y medianos, también contribuir a la prevención y control de este cáncer (24).

Los resultados de esta investigación son muy útiles para futuros estudios, ya que sirven como base para mejorar la prevención y manejo, también contribuye para

educar a la comunidad sobre los determinantes sociales de la salud con el CCU en las mujeres de la ciudad de Pasto, a sus familias, además, al personal de salud del HUDN, estudiantes, a la comunidad científica y a la comunidad en general ya que esta problemática es un asunto de conocimiento para todos.

3. MARCO REFERENCIAL

En este apartado se trató el contexto teórico en el cual se ubica el tema de la propuesta, estudiando el estado del arte, los conceptos propios de la investigación y el marco de trabajo.

3.1 Antecedentes de la investigación

- **Variables sociodemográficas**

Dahiya N. (2016) Describe en su estudio que la edad media de las mujeres en el momento de la detección del cáncer de cuello uterino era de $52,28 \pm 11,29$ años (rango 30-75 años). Más del 60% de los pacientes eran analfabetas y pertenecían a un nivel socioeconómico medio. Treinta y nueve por ciento de los sujetos del estudio tuvieron su primera experiencia sexual antes de los 15 años. Casi el 54% de las mujeres tuvo 5 o más embarazos. Casi el 73% de las mujeres tuvieron todos los partos en casa (27).

Conde C. (2018) muestra que el grupo de edad predominante fue entre 40 y 57 años. La mayoría inició actividad sexual entre 15 y 18 años, preveían en las casadas, blancas, enseñanza básica, renta familiar entre uno y dos salarios mínimos y vivienda propia. Antes del diagnóstico del cáncer cervical, el 45.5% realizaba el examen preventivo anualmente y después de la colecta citopatológica ocurrió al menos una vez al año. La mayor parte buscó el servicio de salud después de los síntomas de la enfermedad(28).

Sosa S. (2020) En su tesis, nos hablan de la presencia de determinantes sociales como el estado civil, donde se observa que el grupo más frecuente para la toma y no toma de citología fue Casada y Viviendo con la pareja con el 76,6% y 61,3% respectivamente; La etnia más frecuente en los dos grupos fue mayoría étnica con un 70,9% para toma de citología y 63,9% para la no toma d citología, el régimen de afiliación con respecto a la toma y no toma de citología fue el régimen subsidiado con un 78% y 79% respectivamente. El cuanto al nivel de escolaridad el grupo que presenta mayor frecuencia de toma de citología cérvico vaginal fue primaria (52,3%) y secundaria (29,2%) y para el grupo que no toman la citología cervical fue primaria con un 42,9%. El 83,2% de las mujeres que no se realizaron la citología tenían un índice de riqueza más bajo de manera similar ocurrió en el grupo que se tomaron

la citología el 77% también tenían un índice de riqueza más bajo Las mujeres que no tenían trabajo presentaron el 40,6% del grupo que no se toma la citología en contraste con el grupo toma de citología que el 38,3% tenían trabajo (29).

- **Condiciones clínicas**

Conde C (2018) muestra que la mujer que tuvo hasta cinco parejas sexuales y nunca usó preservativo. Antes del diagnóstico del cáncer cervical, el 45.5% realizaba el examen preventivo anualmente y después de la colecta citopatológica ocurrió al menos una vez al año. La mayor parte buscó el servicio de salud después de los síntomas de la enfermedad (28).

García L (2016) nos muestra que la de edad promedio fue 35,5 años, el 62% del grupo estudio se encontró entre los 20 y 39 años. El 78% presentó LIE de bajo grado y el 22% LIE de alto grado. El 74% tuvo dos o más embarazos, 44,1% su primer embarazo fue antes de los 20 años, 64% tuvieron dos o más partos, 94.66% de la población no era fumadora, 4% refirió consumir alcohol regularmente, 54% afirmó haber tenido dos o más compañeros sexuales, 62% inició su vida sexual entre los 16-20 años, 22% usa anticonceptivos hormonales y 38% no utiliza métodos de planificación familiar (30).

Luna (2019) recomienda, que la exploración física debe incluir la especuloscopia, el examen pélvico transvaginal y transrectal. Destaca la importancia de la citología cervical y la colposcopia para llegar al diagnóstico de CCU como método único y sugiere la toma de biopsia bajo visión directa de las áreas sospechosas de malignidad (31)

José Núñez-Troconis (2017), Del 5 al 10% de todos los cánceres son causados por factores internos tales como la herencia, mutaciones, factores hormonales y estado inmune del huésped y el 90 a 95% por factores externos o ambientales y estilo de vida tales como las radiaciones, dieta, infecciones, alcohol, obesidad, exposición al sol, inactividad física y tabaco o cigarrillo. Las evidencias indican que todas las muertes se deben en un 25 a 30% al tabaco o cigarrillo, el 30 a 35% asociados a la dieta, alrededor del 15 a 20% a infecciones, y el restante porcentaje se debe a factores tales como radiaciones, estrés, actividad física, contaminantes ambientales, etc. una serie de estudios casos-controles sobre cáncer In Situ e invasivo del CCU, donde los autores concluyen que las fumadoras tienen un riesgo más elevado de padecer CCU, inclusive después de controlar el fuerte efecto del VPH y otros cofactores que intervienen en la progresión del CCU, al comparar con el riesgo en la no fumadoras; ellos sugieren que el CCU tipo epidermoide se

agregar a la lista de los canceres asociados al cigarrillo pero no así, el adenocarcinoma (32).

Lin AJ (2019) nos dicen que cada persona con cáncer es diferente, y es difícil predecir lo que una mujer individual debe esperar en el futuro. Las posibilidades de que el cáncer cervical en estadio temprano se pueda curar son buenas en la mayoría de los casos. Al discutir las posibilidades de curación, es importante recordar que estos números representan promedios y no necesariamente predicen lo que le sucederá. Las tasas de supervivencia de las mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio temprano que tienen un tratamiento estándar son excelentes. En las primeras etapas (fase IA) a los cinco años después del diagnóstico, aproximadamente el 95 por ciento de las mujeres están vivas. Esto significa que el 5 por ciento de las mujeres murieron, aunque la causa de la muerte no estaba necesariamente relacionada con el cáncer. En el caso de cánceres ligeramente más grandes (estadio IB1, lo que significa que el cáncer se limita al cuello uterino y es inferior a 2 cm), aproximadamente el 90 por ciento de las mujeres están vivas a los cinco años después del diagnóstico. La probabilidad de que el cáncer vuelva o se propague a otros órganos y se vuelva potencialmente mortal puede aumentar si se ha diseminado a los ganglios linfáticos(33).

- **Determinantes sociales de la salud (DSS)**

DSS Estructurales

Urrutia M (2015), nos muestra que los estudios son variados, establecen una relación entre los determinantes estructurales e intermediarios y la adherencia al tamizaje. Si bien hay estudios contradictorios, es relevante la asociación positiva entre determinantes estructurales y mayor adherencia: un mayor nivel educacional, la presencia de empleo y un mayor ingreso familiar determinan una mayor adherencia al tamizaje. Como determinantes estructurales, son varios los factores reportados, entre los que se encuentran las características del hogar, el tiempo de permanencia, las características del sistema de salud, su disponibilidad y contacto con profesionales de la salud, factores de riesgo para CCU, conocimiento acerca de la enfermedad así como también las creencias, entre otras (34).

Benites-Zapata (2013) En sus revisiones sistemáticas seleccionadas dice que, Brankovic 2013, presenta en su estudio los DSS como género, raza, etnia, estado socioeconómico, educación y acceso a los servicios de salud o falta de seguro médico. Encontrando que la población de mujeres lesbianas tiene baja percepción de riesgo y no acuden a realizarse la citología vaginal. Las mujeres de etnia afrodescendiente tienen menos probabilidad de ser operadas por CCU en

comparación a las otras etnias. Igualmente, el bajo estado socioeconómico se asoció a una baja supervivencia y mayor incidencia de desarrollar CCU, como consecuencia de un tamizaje bajo y seguimiento inadecuado. La variable Educación reporta que el idioma es una barrera para el tamizaje de mujeres inmigrantes. En relación al acceso a los servicios de salud y a la falta de seguro social se muestra una baja en las mujeres que viven en zonas rurales (5).

Benites-Zapata (2013) En sus revisiones sistemáticas seleccionadas dice que, Pruitt 2009, relaciona los DSS étnicos y presenta que las mujeres de color que viven en las zonas de menor pobreza comparadas con mujeres que viven en zonas de alta pobreza, fueron 1,2 veces más propensas a no tener acceso a la citología vaginal en los últimos 2 años. Por lo tanto, existe una asociación negativa entre el área de pobreza y la realización de la citología vaginal. Al igual que Brankovic (2013), la educación tuvo una correlación significativa positiva en la realización del tamizaje, es decir, cuando se compara a las mujeres menos educadas, las pruebas de tamizaje disminuyen, y viceversa (5).

DSS intermedios.

Bermedo & Carrasco (2015), destacan como la parte laboral y la zona donde se vive afecta el tamizaje para el CCU, lo anterior refleja el déficit en los DSS específicamente los que hacen relación a los sistemas de salud (acceso geográfico, integralidad, calidad y tiempo de atención). Es decir, las mujeres que estaban desempleadas no tuvieron acceso a los sistemas de salud y presentaron menos probabilidades de haberse hecho una citología vaginal, al igual que las mujeres que vivían en zona rural por el difícil acceso a los mismos (35).

García-Balaguera (2018), muestra que los DSS intermedios “condiciones de vida”, están directamente relacionados con el desarrollo y la evolución precoz de enfermedades como el CCU. En su estudio, tanto la población civil como las víctimas de la guerra, no tenían garantizado el derecho a la salud, por lo tanto los programas de promoción y prevención no fueron aplicados en su totalidad y el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación no estaban adaptados a las realidades culturales, los entornos y los quereres de las comunidades (37).

Conde C (2018), muestra en su estudio, que las que tenían una renta familiar entre uno y dos salarios mínimos y vivienda propia. Antes del diagnóstico del cáncer cervical, el 45.5% realizaba el examen preventivo anualmente y después de la colecta citopatológica ocurrió al menos una vez al año. La mayor parte buscó el servicio de salud después de los síntomas de la enfermedad (28).

3.2 Marco Teórico

Cáncer de Cuello Uterino: El CCU o cáncer cervical se origina cuando las células comienzan a crecer sin control, en las células que revisten el cuello uterino, la parte inferior del útero. En su mayoría el cáncer inicia en la zona de transformación del útero (38).

En Colombia, el cáncer de cuello uterino es la primera causa de muerte por cáncer entre mujeres de 30 a 59 años. A diferencia de otros cánceres, éste cuenta con un agente causal en la mayoría de los casos: el virus del papiloma humano (VPH). Se encuentran dos tipos de VPH (16 y 18) que son los causantes del 70% de los cánceres de cuello uterino y de las lesiones precancerosas del cuello del útero, aunque el tipo de virus que genera el mayor riesgo a desarrollar cáncer in situ o cáncer invasor es el VPH 16.

La mortalidad por cáncer de cuello uterino está asociada a condiciones socioeconómicas desfavorables, encontrándose un mayor riesgo de mortalidad en regiones rurales dispersas, con bajo acceso a los servicios de salud y en grupos de menor nivel educativo (39).

Características sociodemográficas: Son el conjunto de características biológicas, socioeconómico y culturales que están presentes en la población objeto de estudio, tomando aquellas que puedan ser medibles (40).

Condiciones clínicas: Las mujeres con precánceres y CCU en etapa temprana usualmente no presentan síntomas. Los síntomas a menudo no comienzan hasta que un cáncer se torna más grande y crece hacia el tejido adyacente. Cuando esto ocurre, los síntomas más comunes son: Sangrado vaginal anormal, una secreción vaginal inusual, dolor durante las relaciones sexuales, dolor en la región pélvica (41).

Determinantes Sociales de Salud: En el modelo de determinantes sociales de la OMS se habla de los determinantes sociales y ambientales del proceso salud-enfermedad. No se trata de factores o variables, las cuales pueden ser sueltas, no relacionadas, que no establecen un mecanismo explicativo-interpretativo, sino de procesos que permiten identificar en forma jerarquizada un determinante estructural dado por contextos y posición social de las personas, familias y comunidades, y un determinante intermedio representado por las llamadas condiciones materiales en que transcurre la trayectoria de vida de las personas, las familias y las comunidades.

En el año 2005, la OMS creó la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, con el objetivo de influir, a través de políticas y programas, sobre aquellos determinantes que fomentan la equidad sanitaria; además para mitigar las desigualdades y la injusticia social que de forma directa o indirecta tiene un impacto sobre la salud y calidad de vida de las personas.

El modelo de determinantes sociales de la OMS es explicativo e interpretativo del proceso salud-enfermedad, esto quiere decir que no pretende sólo buscar causalidad sino visibilizar y explicar las inequidades en calidad de vida y salud, así como orientar hacia las soluciones a las mismas inequidades, reconociendo jerarquías y responsabilidades diferenciales importantes.

Este modelo de determinantes sociales es el que orienta, dentro del Plan Decenal de Salud Pública, la afectación del determinante estructural, no es del sector salud, sino de toda la sociedad y del Estado, aunque a partir del sector salud se puede valorar cómo afecta este determinante los resultados de salud de una población.

El sistema de salud colombiano se constituye en la actualidad, en el modelo de determinantes sociales y ambientales de la OMS, como un "determinante intermedio", es decir, está dado y explicado por un modelo de desarrollo económico, social y político. No es posible garantizar el derecho a la salud desde un solo sector, en este sentido, se debe desarrollar, desde el sector salud, una fuerte apuesta desde la interseccionalidad y la intersectorialidad, ésta última considerada una nueva lógica de gestión, que trasciende un único «sector» de la política social y estrategia política de articulación entre «sectores» sociales diversos y especializados. Además, si se relaciona con su condición de estrategia, se entiende también como: instrumento de optimización de saberes; competencias y relaciones sinérgicas, a favor de un objetivo común; y práctica social compartida, que requiere investigación, planificación y evaluación para la realización de acciones conjuntas".

Actualmente, por medio de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) se pretenden afectar los determinantes sociales y ambientales de la salud. Desde la promoción se busca fomentar el mejoramiento y la optimización de los contextos en los que viven y se reproducen, biológica y socialmente, las personas, las familias y la comunidad. El fomento de estos procesos se asigna mediante el reconocimiento de la necesidad de jerarquizar y explicitar las responsabilidades, y a nivel territorial de da para mejorar la calidad de vida y garantizar los servicios de salud. Esta jerarquización implica reconocer actores y responsables diferenciales, así como estructuras de poder y formas de gobernabilidad que pueden producir

mayor segregación e inequidad como, por ejemplo, la corrupción y la presencia de grupos armados. (42,43).

Marco teórico

En este aparte se describe:

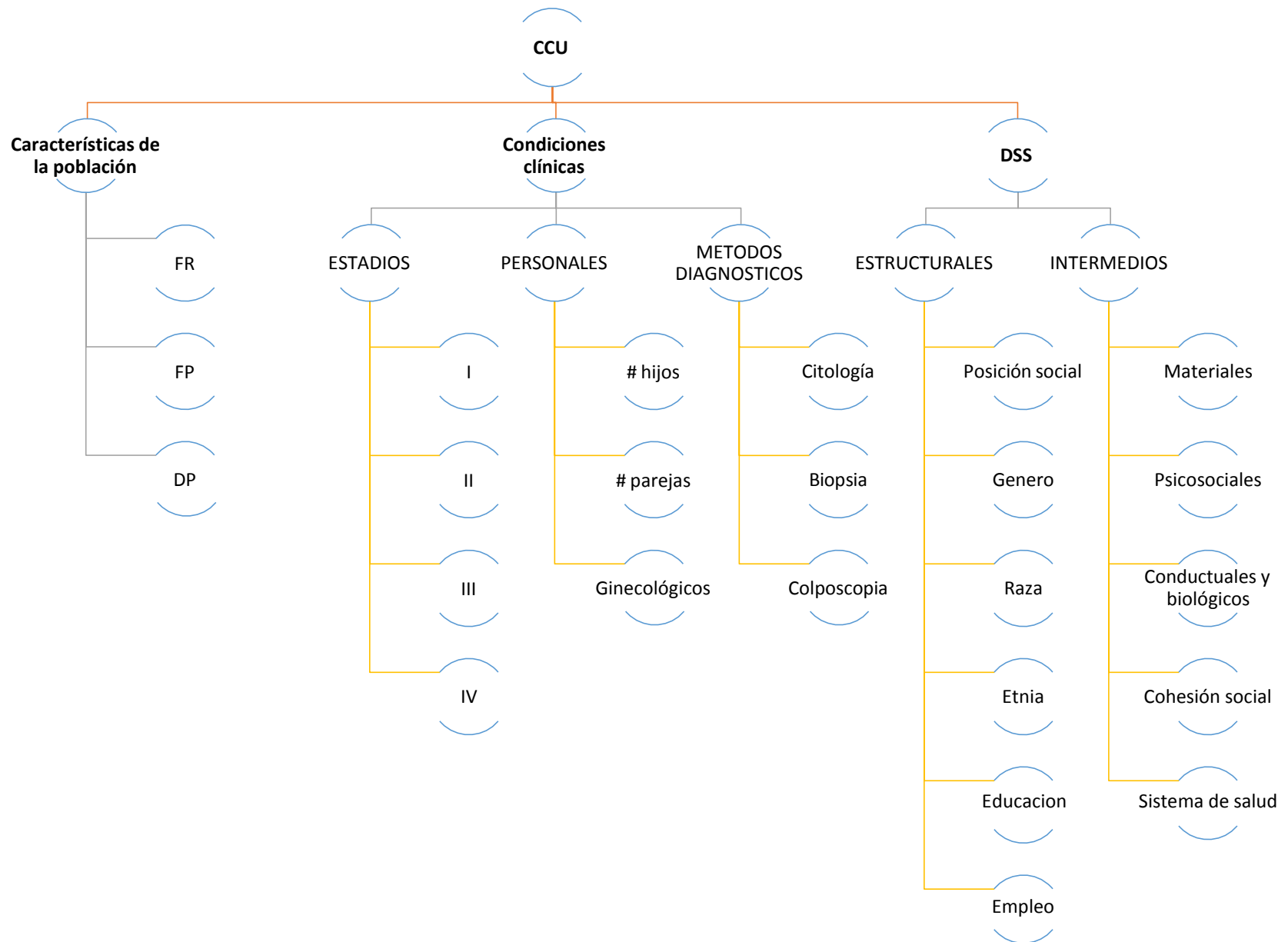
- Las definiciones de: características sociodemográficas, Condiciones clínicas y determinantes sociales salud (DSS) en el CCU.
- Que se evalúa: características sociodemográficas, Condiciones clínicas y DSS en el CCU.
- Como se evalúa: características sociodemográficas, Condiciones clínicas y DSS en el CCU.
- Que instrumentos o medios se usan para evaluar: características sociodemográficas, Condiciones clínicas y DSS en el CCU.

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS CONDICIONES CLÍNICAS Y DETERMINANTES SOCIALES SALUD (DSS) EN EL CCU.

Figura 1 Framework de la investigación



Fuente: Creación de los autores, 2020



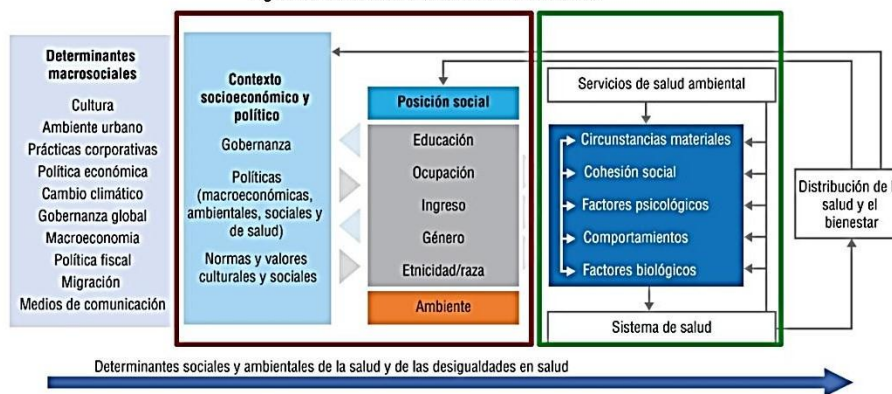
CUADRO DE MARCO TEORICO

	CANCER DE CUELLO UTERINO	MANIFESTACIONES CLINICAS	MANIFESTACIONES EPIDEMIOLOGICAS	DETERMINANTES SOCIALES SALUD (DSS)
DEFINICIÓN	El cáncer cervical o cáncer de cérvix o carcinoma de cérvix o cáncer de cuello de útero incluye las neoplasias malignas que se desarrollan en la porción fibromuscular inferior del útero que se proyecta dentro de la vagina (44) ¹	Son las manifestaciones objetivas, clínicamente fiables, y observadas en la exploración médica que corresponden a los signos, y los elementos subjetivos, señales percibidas, que corresponde a síntomas, presentes en la población objeto de estudio(45).	Estudia la distribución frecuencia, y factores determinantes de la enfermedad existente en la población objeto de estudio(46).	Las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud(47) ²
QUE SE EVALÚA	<p>El cérvix uterino presenta lesiones asintomáticas mucho antes de la aparición del cáncer. Reciben el nombre de neoplasia cervical intraepitelial (CIN, por sus siglas en inglés). Estas lesiones son las precursoras del cáncer. Consisten en la desorganización o displasia del epitelio exocervical. Con los años, evolucionan hasta transformarse en carcinoma, aunque también pueden regresar espontáneamente. Estas alteraciones precursoras solo se detectan mediante la citología, la colposcopia y la biopsia y observación al microscopio. Según el grado de evolución que presenten al observarlas con el microscopio se clasifican en tres grados:</p> <p>CIN I: Solo se observa displasia en el tercio inferior del epitelio. La mayoría regresan espontáneamente a los 2 años, pero el 10% progresa a CIN de mayor grado.</p> <p>CIN II: Hay displasia en los dos tercios inferiores del epitelio.</p>	<p>SÍNTOMAS CLINICOS</p> <p>Más de la mitad de los casos de cáncer cervical se detectan en mujeres que no participan en revisiones regulares. Lo más frecuente es que sea asintomática. Los principales síntomas son(7)⁴:</p> <p>Hemorragia anormal, en "agua de lavar carne" (cuando da síntomas, es el primero en aparecer) Aumento de flujo vaginal Dolor en el pubis Dispareunia. En fases avanzadas aparecen síntomas por invasión vesical (disuria, hematuria) y rectal (disquecia, hematoquecia).</p> <p>Tipos de cáncer de cuello uterino, existen tres categorías de cáncer de cuello uterino (8)⁵:</p> <p>Tumor escamoso: Este es el subtipo más común, representa entre el 70% y el 80% de los cánceres de cuello uterino. El</p>	<p>Factores de riesgo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dieta inadecuada • Defensas bajas • Múltiples gestaciones • Múltiples compañeros sexuales • Una pareja masculina con muchas compañeras sexuales presentes o pasadas • Edad temprana en la primera relación sexual • Elevado número de partos • Infección persistente con un VPH de alto riesgo (como VPH 16 o 18) • Infección por VHS tipo II y otras ITSS (como marcadores de promiscuidad sexual) • Inmunosupresión ciertos subtipos de HLA (antígenos leucocitarios humanos) • Uso de contraceptivos orales • Fumar 	<p>1. Estructurales y/o sociales: se refiere a aquellos atributos que generan o fortalecen la estratificación de una sociedad y definen la posición socioeconómica de la gente. El adjetivo "estructural" recalca la jerarquía causal de los determinantes sociales en la generación de las inequidades sociales en materia de salud. Son aquellos que tienen que ver con: posición social, género, raza y grupo étnico, acceso a la educación y al empleo(49)⁶.</p> <p>2. Intermedios y personales: Los determinantes intermedios se distribuyen según la estratificación social y determinan las diferencias en cuanto a la exposición y la vulnerabilidad a las condiciones perjudiciales para la salud</p> <p>Las principales categorías de determinantes intermedios de la salud son: Circunstancias materiales, Circunstancias psicosociales, Factores conductuales y biológicos, Cohesión social, Sistema de salud</p>

	<p>CIN III: El epitelio es displásico en su totalidad. También recibe el nombre de "carcinoma in situ". La mayoría no regresan espontáneamente, y a los 2 años el 10% se ha transformado en un carcinoma invasor La anterior información fue tomada de OMS Screening Group (48)³</p>	<p>carcinoma de células escamosas comienza en las células delgadas y planas que recubren el cuello uterino. Tumor glandular (adenocarcinoma): Este subtipo representa entre el 20% y el 25% de los cánceres de cuello uterino. El adenocarcinoma comienza en las células cervicales que producen moco y otros líquidos. Otros tumores epiteliales: Estos subtipos menos frecuentes incluyen el carcinoma adenoescamoso, los tumores neuroendocrinos y el carcinoma indiferenciado estos son más frecuentes en otras partes del cuerpo.</p>	<p>Resultados citológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anormalidades De Células Epiteliales - De Células Escamosas <ul style="list-style-type: none"> ✓ Atipias de células escamosas de significado indeterminado (ASCUS o ACSI) ✓ Lesiones Escamosas Intraepiteliales de Bajo Grado (LEIBG): Infección por Virus del Papiloma Humano - VPH Neoplasia intraepitelial del cérvix grado I (NIC) ✓ Lesiones Escamosas Intraepiteliales de Alto Grado (LEIAG): Neoplasia intraepitelial grado II (NIC II) Neoplasia intraepitelial grado III (NIC III) Carcinoma escamocelular - De Células Glandulares <ul style="list-style-type: none"> ✓ Células Endometriales de Aspecto Benigno en pacientes postmenopáusicas ✓ Atipias de células glandulares de significado Indeterminado (AGUS - AGSI): Adenocarcinoma endocervical Adenocarcinoma endometrial Adenocarcinoma extrauterino Adenocarcinoma de sitio no especificado. 	
<p>COMO SE EVALUA</p>	<p>La prueba de Papanicolaou, también llamada citología vaginal, es una exploración complementaria que se realiza para diagnosticar el cáncer cervicouterino. También se puede realizar citología anal para detección de cáncer anorectal, en personas que tienen relaciones sexuales anales.</p> <p>La colposcopia, el principal objetivo es la prevención del cáncer de cuello uterino, mediante la detección y el tratamiento de las lesiones pre malignas en estadios tempranos.</p> <p>La biopsia, es un procedimiento diagnóstico que consiste en la extracción de una muestra total o parcial de tejido para ser examinada al microscopio por un médico anatomopatólogo.</p> <p>Si se confirma la presencia de cáncer cervical, pueden recomendarse otros exámenes para determinar hasta qué punto la enfermedad se ha extendido, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Análisis de sangre y orina. • Radiografías y exámenes por ultrasonido de las áreas pélvica y abdominal. 	<p>ESTADIFICACIÓN DEL CCU</p> <p>La clasificación de las etapas clínicas de la evolución del carcinoma de cuello, partiendo de la etapa cero, que correspondería al carcinoma in situ (CIN-III o HSIL) (51)⁸</p> <p>Estadio I: confinado al cuello del útero. Con un estadio IA si el tumor mide menos de 7 mm de superficie y 5 mm de invasión en profundidad; y un estadio IB si el tumor mide más o es macroscópico.</p> <p>Estadio II: se extiende más allá del cuello, pero no se extiende a la pared de la pelvis y, si afecta a la vagina, no llega a su tercio inferior. Se clasifica como IIA si no afecta a parametrios (IIA1 si es menor de 4 cm y IIA2 si es mayor) y IIB si los afecta.</p> <p>Estadio III: el carcinoma se extiende a la pared pelviana. En la exploración al tacto rectal no existe espacio entre el tumor y la pared pelviana; el tumor se extiende además al tercio inferior de la vagina. Sería un estadio IIIA si afecta al tercio inferior de la vagina, y un IIIB si afecta pared pélvica o tiene repercusión sobre el riñón.</p> <p>Estadio IV: estadio metastásico local (puede infiltrar la pared de la vejiga urinaria o el recto) (IVA) o a distancia (IVB), por ejemplo, si aparecen en los pulmones</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Otras neoplasias malignas - Anormalidades de células no epiteliales. • Infección - Vaginosis Bacteriana - Tricomonas - Clamidia - Actinomises - Herpes - Otros 	<p>Determinantes estructurales: El adjetivo "estructural" recalca la jerarquía causal de los determinantes sociales en la generación de las inequidades sociales en materia de salud. Son aquellos que tienen que ver con: posición social, género, raza y grupo étnico, acceso a la educación y al empleo (25)⁹.</p> <p>Determinantes intermedios: Las principales categorías de determinantes intermedios de la salud son:</p> <p>Circunstancias materiales: calidad de la vivienda y del vecindario, posibilidades de consumo (medios financieros para adquirir alimentos saludables, ropa apropiada, etc.) y el entorno físico de trabajo.</p> <p>Circunstancias psicosociales: factores psicosociales de tensión, circunstancias de vida y relaciones estresantes, apoyo y redes sociales.</p> <p>Factores conductuales y biológicos: nutrición, actividad física, consumo de alcohol, tabaco y drogas; los factores biológicos también incluyen los factores genéticos.</p> <p>Cohesión social: la existencia de confianza mutua y respeto entre los diversos grupos y sectores de la sociedad; contribuye a la manera en que las personas valoran su salud. Sistema de salud: exposición y vulnerabilidad a los factores de riesgo, acceso a los servicios y programas de salud para mediar las</p>

	La información anterior se tomó de la American Society of Clinical Oncology (ASCO)(50) ⁷		<ul style="list-style-type: none"> • Cambios reactivos - Cambios reparativos - Inflamación por atrofia - Cambios por radioterapia - Cambios por dispositivo intrauterino - Otros <ul style="list-style-type: none"> • Patrón hormonal compatible con edad e historia • Patrón hormonal no compatible con edad e historia • Evaluación hormonal no factible (causa) <p>Reporte de la Colposcopia Este reporte debe hacerse con base en los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Satisfactoria • Insatisfactoria • Negativa o normal • Positiva o anormal <p>Resultados de la Biopsia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infección por VPH • NIC de bajo grado: NIC I • NIC de alto grado: NIC II, NIC III • Neoplasia microinfiltrante: escamocelular o adenocarcinoma • Neoplasia infiltrante: escamocelular o adenocarcinoma <p>La información anterior se tomó de la Norma técnica para la detección temprana del cáncer de cuello uterino y guía de atención de lesiones preneoplásicas de cuello uterino (2014) (9).</p>	consecuencias de las enfermedades para la vida de las personas. Ver Figura 2
INSTRUMENTOS	Especulo y microscopio para la citología Colposcopia para la colposcopia Microscopio para la biopsia	Valoración médica y resultados de laboratorios	Especulo y microscopio para la citología Colposcopia para la colposcopia Microscopio para la biopsia	Modelo de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (2007)

Figura 1. Modelo de Determinantes Sociales de la Salud



Determinantes estructurales y determinantes intermedios

Fuente: Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice) WHO pp. 48.2007

3.3 Marco legal

Este proyecto se llevó a cabo bajo el desarrollo de unos criterios, como en toda investigación médica realizada en seres humanos, los cuales dictan que se debe ajustar a los principios científicos y éticos que la justifiquen, está fundamentada en aportes teóricos previos, y otros hechos científicos, se velara por la seguridad de las personas que participan en la investigación y se explicara claramente los riesgos que trae hacer parte de ella, se debe procurara que sean mínimos. este proyecto es de riesgo mínimo ya que se llevó a cabo la recolección de datos por medio de historias clínicas y una encuesta telefónica, y se contó con un consentimiento informado.

Se garantizó la protección de la privacidad de los participantes, en el momento de publicar los resultados, se realizó sin ningún dato que exponga su identidad, lo anterior estipulado en la resolución número 8430 de 1993 (octubre 4) (52).

4. OBJETIVOS

4.1. GENERAL

- Caracterizar los determinantes sociales de salud y condiciones clínicas de las mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino en HUDN periodo 2017-2020

4.2. ESPECÍFICOS

- Describir las características sociodemográficas de la población objeto de estudio.
- Definir las condiciones clínicas de las mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino del HUDN.
- Describir los determinantes estructurales de la población objeto de estudio.
- Describir los determinantes intermedios de la población objeto de estudio.

5. METODOLOGÍA

5.1 TIPO DE ESTUDIO

El estudio se basó en el paradigma positivista que orienta la investigación, de enfoque cuantitativo, de acuerdo con el control de la asignación, observacional, de acuerdo con la finalidad, descriptivo, de acuerdo al seguimiento, transversal, de acuerdo al tiempo, retrospectivo.

5.2 AREA DE ESTUDIO

Oncología

5.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO

148 mujeres que fueron diagnóstico de cáncer de cuello uterino y que asistieron al HUDN en el periodo 2017-2020

5.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Mujeres con diagnóstico de cáncer cuello uterino
- Mujeres mayores de 18 años
- Mujeres diagnosticadas que fueron tratadas en HUDN
- Historias clínicas de todas las mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino que recibieron tratamiento en el HDN

5.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Mujeres gestantes
- Historias clínicas de mujeres que fueron diagnosticadas en años superiores e inferiores a los estipulados en nuestra investigación.

5.6 CONTROL DE SEGOS Y ERRORES

5.6.1 Errores sistemáticos:

- Error al escoger un instrumento de medición, debido a que no se encontró un instrumento como tal para nuestra investigación, se elaboró un instrumento al cual se le realizó una prueba piloto para su validación.
- Error de diseño del instrumento de medición, esto se controló, al realizar la prueba piloto la cual nos permitió realizar los ajustes pertinentes, para tener un buen instrumento de medición, para la obtención de datos de acuerdo a los objetivos planteados en nuestra investigación.

5.6.2 Sesgo de información:

- Recuerdo de memoria, este se controló, realizando una anotación de datos a la hora que se realizó la entrevista.
- Sensibilidad del instrumento, este se controló luego de realizar la prueba piloto, la cual nos permitió realizar los ajustes necesarios, captando la información necesaria para nuestra investigación, con calibración de las variables.

5.6.3 Sesgo de entrevistador:

- Falta de experiencia por parte de los investigadores, este se controló con un entrenamiento previo a la hora de realizar la prueba piloto del instrumento, practicas antes de realizar la entrevista.
- Al momento de realizar la entrevista obtener una respuesta a conveniencias del formulario, esta se controló mediante la elaboración coniza y exacta de preguntas.
- Problemas en la forma de interrogar, este se controló realizando un entrenamiento de los investigadores y sus familiares, para así poder solventar cada pregunta con las palabras adecuadas entendibles para una población general.

5.6.4 Sesgo de confusión:

- Cuestionario mal formulado y estructurado, este sesgo se controló, luego de realizar la prueba piloto, la cual nos permitió ajustar un orden adecuado, según lo que ha sido estructurado.
- Formulación de preguntas abiertas, este se controló con la implementación de preguntas cerradas, con un marco de opciones establecido.
- Variables que no sean comprensibles, esto se controló realizando una descripción de las variables que sea clara y una definición específica.

5.7 DISEÑO DE MUESTREO Y TAMAÑO DE MUESTRA

Se tomó el 100% de las mujeres diagnosticadas con patología cervical neoplásica en HUDN, que fue igual a 148 pacientes con revisión de historia clínica y 86 pacientes que aceptaron la encuesta telefónica.

5.8 Variables

Variables independientes: Cáncer de cuello uterino, determinantes sociales de la salud.

Variables dependientes: Variables sociodemográficas, Condiciones clínicas.

5.8.1 MATRIZ DE VARIABLES

1. Describir las características sociodemográficas de la población objeto de estudio.

VARIABLE	DEFINICION	INDICADOR	TIPO/ESCALA
Identificación.	Número de identificación de la una persona, es único en cada persona.	Numero	cualitativa ordinal
Edad	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento hasta la fecha.	Mayores de 18 años	cuantitativa continua
Estado Civil	Situación de convivencia en una familia.	Soltero	cualitativa nominal
		Cazado	
		Unión Libre	
		Divorciado	
Tipo de afiliación a salud	Se refiere al tipo de afiliación al sistema de seguridad social	Contributivo	Cualitativa nominal
		Subsidiado	
		Ninguno	
Nombre de EPS	Entidad prestadora de servicio de salud, es la seguridad social.	Nombre	Cualitativa nominal
Lugar de procedencia	Hace referencia a nombre de lugar donde reside el usuario.	Nombre del municipio	Cualitativa nominal
Desplazamiento forzado	Si se ha visto forzada a desplazarse dentro o fuera de su lugar de procedencia.	Si-No	Categórica
Víctima de conflicto	Cuando la persona ha sufrido daño, donde se vean vulnerados sus derecho o cualquier tipo de violencia.	Si-No	Categórica

2. Definir las condiciones clínicas de las mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino del HUDN.

VARIABLE	DEFINICION	INDICADOR	TIPO/ESCALA
Número de hijos	Número de hijos que han tenido hasta el momento, ya sean nacido vivo, o mortinatos.	Numero	Cuantitativa discreta
Número de parejas sexuales	Número de parejas que han tenido hasta el momento.	1 a 2	Categórica
		3 a 4	
		Más de 5	
Usó preservativo	El uso de protección con preservativo, a la hora de tener relaciones sexuales.	Si-No	Categórica
Antecedentes de cáncer familiar	Enfermedades que se han dado en la familia.	Si-No	Categórica
Menopausia	Momento donde se ausenta por completo los períodos menstruales.	Si-No	Categórica
Tabaquismo	Consumo crónico de tabaco.	Si-No	Categórica
Alcoholismo	Consumos crónico de bebidas alcohólicas.	Si-No	Categórica
Citologías	Procedimiento donde se usa un cepillo pequeño para extraer células del cuello uterino para examinarlas y detectar el CCU.	Si-No	Categórica
Colposcopia	Procedimiento realizado con el colposcopio para examinar el cuello uterino, vagina y la vulva.	Si-No	Categórica

Biopsias	Es la extracción de tejidos para luego ser examinados por un patólogo.	Si-No	Categórica
Laboratorios	Son estudios analíticas, usados con el fin de establecer un diagnóstico, evolución y resultados de un tratamiento.	Si-No	Categórica
Recuperación total	Hace referencia a la recuperación de una lesión.	Si-No	Categórica
Histerectomía	Procedimiento quirúrgico donde se extraer el útero.	Si-No	Categórica
Metástasis	Es la diseminación de células cancerosas de un órgano a otro órgano del cuerpo.	Si-No	Categórica
Estadios	Es la extensión y gravedad del cáncer.	1A1	Categórica
		1A2	
		1B1	
		1B2	
		2A1	
		2A2	
		2B	
		3A	
		3B	
		4A	
		4B	

3. Describir los determinantes estructurales de la población objeto de estudio.

VARIABLE	DEFINICION	INDICADOR	TIPO/ESCALA
Etnia	Grupo étnico al cual pertenece.	Mestizos	Cualitativa nominal
		Caucásicos	
		Afrocolombianos	
		Indígenas	
		Otros grupos	
Zona de procedencia	Es la zona donde reside el usuario.	Rural	Cualitativa nominal
		Urbana	
Nivel socioeconómico	Estrato socioeconómico de la paciente	Estrato 1	Cualitativo ordinal
		Estrato 2	
		Estrato 3	
		Estrato 4	
		Mayor de estrato 5	
Ocupación	Es a lo que ella se dedica, empleo o profesión.	Estudiante	Cualitativa nominal
		Desempleado	
		Empleado	
		Independiente	

Ingresos mensuales	Es el ingreso económico neto en el hogar.	Menos de 1 salario mínimo	Categórica
		De 2 a 4 salarios mínimos	
		Más de 4 salarios mínimos	
Nivel educativo	Es el nivel de educación que tiene una persona.	Básica primaria	Cualitativa nominal
		Bachillerato	
		Técnico	
		Universidad	
		Sin estudio	

4. Describir los determinantes intermedios de la población objeto de estudio.

VARIABLE	DEFINICION	INDICADOR	TIPO/ESCALA
Acceso a autorizaciones medicas	Medición de la oportunidad que se tiene para poder autorizar las citas medicas	Retraso	Categórica
		Oportuno	
Acceso a citas medicas	Medición de la oportunidad a la hora de acceder a una cita médica inicial o de control.	Retraso	Categórica
		Oportuno	
Acceso de interconsulta	Medición de la oportunidad de poder acceder a una valoración por un especialista.	Si-No	Categórica
Acceso a consulta oncológica	Medición de la oportunidad que se tiene para acceder a una valoración con un especialista en oncología.	Retraso	Categórica
		Oportuno	
Acceso a cirugía	Medición de la oportunidad de acceso a un tratamiento quirúrgico.	Retraso	Categórica
		Oportuno	
Acceso a quimioterapias	Medición de la oportunidad a la hora de obtener un tratamiento mediante quimioterapia.	Retraso	Categórica
		Oportuno	
Acceso a radioterapia	Medición de la oportunidad a la hora de obtener un tratamiento mediante radioterapia.	Retraso	Categórica
		Oportuno	

Acceso a medicamentos	Medición de la oportunidad a la hora de adquirir un tratamiento farmacológico.	Retraso	Categórica
		Oportuno	
Quien es la persona que le ayuda a recibir los medicamentos	Persona delegada para recibir los medicamentos	Familiares del núcleo familiar	Categórica
		Parientes	
		Amigos	
		Conocidos	
		Nadie	
Le ha sido fácil hablar con el centro de salud cuando lo ha necesitado	¿En caso de necesitar asistencia es fácil comunicarse con las personas encargadas de brindar este servicio?	Si-No	Categórica
Como fue la atención prestada	¿La atención que recibió por parte de los profesionales de salud fue satisfactoria o no?	Buena	Categórica
		Regular	
		Mala	
El médico tenía la orientación apropiada a sus necesidades	¿El profesional que lo atendió contaba con el conocimiento necesario para brindarle una buena atención?	Si-No	Categórica
La atención prestada por el médico es	¿La atención prestada por parte del profesional cumplió con sus expectativas?	Satisfactoria	Categórica
		Insatisfactoria	
El servicio tenía alguna preferencia en los pacientes oncológicos	¿Usted considera que en el lugar donde recibió el tratamiento brindaban	Si-No	Categórica

	un mejor tratamiento a los pacientes oncológicos?		
El espacio de espera del centro es cómodo y agradable	Usted considera que el lugar de espera de sus citas y tratamiento fueron de su agrado	Si	Categórica
		No	
		A veces	
Las instalaciones de servicio estuvieron siempre limpias	Se refiere a que si usted considera que las instalaciones donde recibió si tratamiento tenían un aseo adecuado	Si	Categórica
		No	
		A veces	
Han entendido a todas las sus dudas que han tenido	A la hora de estar en sus controles le resolvieron todo tipo de dudas.	Si-No	Categórica
Le han dado atención personalizada y suficiente	Le han resuelto todas sus dudas con buena atención y se ha sentido muy bien tratada	Si-No	Categórica
Tipo de residencia	Aquellos lugares los cuales se encuentran diseñados estructuralmente, para que sean habitados.	Casa	Categórica
		Apartamento	
		Habitación	
Lugar de residencia es	El lugar donde usted vive es propio o paga por su estadía.	Anticresis	Categórica
		Propia	
		Arrendado	
El sitio de habitación tiene humedad	En su casa donde vive las paredes o el piso tienen humedad.	Si-No	Categórica
		Cemento	

Como son los pisos del sitio de habitación	De que material está hecho el piso de su habitación.	Madera	Categórica
		Barro o Tierra	
Como son las paredes del sitio de habitación	De que material están hechas las paredes de su habitación.	Cemento	Categórica
		Madera	
		Bahareque	
		Barro o Tierra	
Cuántos viven en el sitio de habitación	Aparte de usted, cuantas personas más viven en su misma habitación.	1 personas	Categórica
		2 a 4 personas	
		5 a 7 personas	
		Más de 8 personas	
Con que tipo de servíos públicos cuenta	actividades organizadas que tienden a satisfacer necesidades de interés general en forma regular y continua	Agua potable	Categórica
		Energía	
		Alcantarillado	
		Gas	
		Teléfono	
		Internet	
Quienes hacen parte de su red de apoyo	Conjunto de relaciones que integran a una persona con su entorno social, o con personas con las que establecen	Familiares del núcleo familiar	Categórica
		Parientes	

	vínculos solidarios y de comunicación para resolver necesidades específicas.	Amigos	
		Conocidos	
		Nadie	
En su casa quien le ayuda en su cuidado	Persona encargada de ayudar a otra persona que necesita asistencia para cuidarse.	Familiares del núcleo familiar	Categórica
		Parientes	
		Amigos	
		Conocidos	
		Nadie	
Quién le proporcionaba los alimentos	Persona encargada de suministrar y velar por la alimentación de otra persona que lo necesita.	Familiares del núcleo familiar	Categórica
		Parientes	
		Amigos	
		Conocidos	
		Nadie	
Pertenece algún grupo de apoyo psicológico	Conjunto de personas que bajo la supervisión de un profesional comparten experiencias, estrategias y habilidades de afrontamiento, proporcionar ayuda mutua e identificar recursos comunitarios, entre otros.	Si-No	Categórica
Vías de transito	Espacio donde se desarrolla el tránsito. Se denomina vía a toda	Pavimentado	Categórica
		Destapada	

	calle, carretera o camino abierto al uso público para desarrollar su movilidad.	Trocha	
		Agua	
Trabaja	Conjunto de actividades que son realizadas con el objetivo de alcanzar una meta, solucionar un problema o producir bienes y servicios para atender las necesidades humanas.	Si-No	Categórica
Trabajaba	Conjunto de actividades que eran realizadas con el objetivo de alcanzar una meta, solucionar un problema o producir bienes y servicios para atender las necesidades humanas.	Si-No	Categórica
Depende económicamente de alguien	Persona que carece de autonomía económica y está sometida en su manutención y gastos a las decisiones de otra.	Si-No	Categórica
Por su enfermedad tuvo que dejar de trabajar	Persona que carece de autonomía para hacer actividades laborales en general	Si-No	Categórica
Quién se encarga de proveer el vestido	Persona encargada de suministrar y velar por el vestido y presentación de otra persona que lo necesita.	Familiares del núcleo familiar	Categórica
		Parientes	
		Amigos	
		Conocidos	
		Nadie	

Vinculación laboral	Situación donde un individuo logra entrar al mercado laboral a través de un empleo formal, es decir con todas las prestaciones de ley.	Contrato a Término Fijo	Categórica
		Contrato a término indefinido	
		Contrato de Obra o labor	
		Contrato civil por prestación de servicios	
		Contrato de aprendizaje	
		Contrato ocasional de trabajo	
		Ninguno	
Alimentación	Conjunto de acciones mediante las cuales se proporcionan alimentos al organismo. Abarca la selección de alimentos, su cocinado y su ingestión.	Numero de comidas 0-2	Categórica
		Numero de comidas 3-4	
		Numero de comidas 5-6	
		Numero de comidas más 6	
Uso de tiempo libre	Periodo de tiempo disponible para una persona para realizar actividades de carácter voluntario, cuya realización reportan una satisfacción y que no están relacionadas con obligaciones laborales y/o formativas.	Deporte	Categórica
		Ver películas	
		Cocinar	
		Manualidades	
		Bailar	
		Fiestas	
		Otros	

5.9 RECOLECCIÓN DE DATOS

Se realizó una lista de las pacientes con los números de teléfono y previo entrenamiento de los investigadores, se inició las llamadas a las pacientes o familiares, explicando el objetivo de la investigación, el alcance, los beneficios y solicitando el consentimiento para realizar la encuesta.

La recolección de datos se divide en 2 fases, la primera consiste en aplicar el instrumento en la historia clínica, donde se aborda las variables correspondientes y luego se realizó encuesta telefónica, a la población objeto de estudio por parte de los estudiantes de la FUSM, donde se aplicó el cuestionario CCUDSS4, de tipo estructurado o elaborado por los investigadores, se tuvo como primera fuente encuesta a paciente, si la paciente estaba fallecida, se tomó en cuenta como segunda fuente, a familiar que estuvo en todo el proceso de la enfermedad, y en casos que familiar no respondió o los números telefónicos fueron nulos, se tomó una tercera fuente, que es el referente de cáncer, además se realizó la aplicación de un consentimiento informado (Revisar anexo 2), ya sea de manera electrónica donde se envió vía correo electrónico, para que la paciente haga la firma de este, si no existe accesos a estos medios, se aplicara vía telefónica, donde la llamada fueron grabadas, para constancias del consentimiento previo, para los dos casos se explicó y se resolvieron toda duda existente, y así poder recibir la aceptación previa de las pacientes, todas las llamadas fueron grabadas y archivadas como evidencia.

5.10 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

El instrumento que se utilizó fue elaborado por los investigadores, al instrumento se le denomina CCUDSS4, el cual tiene el objetivo describir las variables sociodemográficas, condiciones clínicas y los DSS de las mujeres diagnosticadas con CCU, este se sometió a una prueba piloto previa, para su validación. Así se utilizó el cuestionario con preguntas cerradas tipo estructurado (Revisar anexo 1).

5.11 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Los investigadores, fueron estudiantes de la Fundación Universitaria San Martín, sede Pasto, enfocados en los 4 objetivos del proyecto, una vez se tuvo el aval de la universidad, la institución Hospital Universitario Departamental De Nariño e institución Fundación Hospitalaria San Pedro, se hizo una revisión de historias clínicas y una entrevista a las pacientes que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión, una vez realizados estos procedimientos, se digitaron en una base de

datos y se sometieron a una clasificación, registro, tabulación y codificación utilizando la estadística descriptiva-inferencial, en donde las variables cualitativas, se midieron en tablas de frecuencia absoluta y frecuencia relativa, a través de tablas de distribución o gráficos de barras, para las variables cuantitativas estas se calcularon con medidas de tendencia central y de dispersión, los resultados se graficaron en cajas y bigotes, y para mirar la relación de las variables se hizo el uso de chi cuadrado, además se hizo una validación semanal de la calidad de datos recolectados por los integrantes.

5.12 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Esta investigación se rigió por los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud de Colombia, definidos en la Resolución N° 008430 del 4 de octubre de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. “Se considera una investigación sin riesgo”, porque los datos van a ser recolectados de historias clínicas y una entrevista, en donde se analizó eventos ya ocurridos de mujeres con CCU, para esto se emplean técnicas y métodos de investigación documental, el objeto de proyecto no incluyo ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, de los individuos que participan en el estudio, realizaremos un consentimiento informado de acuerdo a las pautas establecidas por el HUDN, los resultados que se obtuvieron con la aplicación de este estudio, no se usaron para realizar señalamientos de culpabilidad administrativa o asistencial y no poden ser utilizados como pruebas de carácter legal o disciplinario y la divulgación de la información fue únicamente con fines educativos e investigativos (52).

5.12.1 PRINCIPIOS ÉTICOS

No maleficencia, la investigación tiene este deber ético fundamental de no causar daño, mediante los procedimientos que se realizaron en la investigación, este equivale a que no se causó daño alguno aquellas personas que participaron en la investigación, este se cumplió ya que esta investigación no es experimental.

Justicia, para cumplir con esta investigación, la selección de los participantes se realizó de forma aleatoria, donde no se evidencie ninguna selección preferencial al elegir el participante, esto implica que la investigación es equitativa en ofrecer a cada persona las mismas posibilidades de beneficio o riesgo, independientemente de sus condiciones personales.

Beneficencia, las pacientes que hicieron parte de la investigación se beneficiaron de información precisa de datos que contribuyan en su proceso de enfermedad, estos datos tales como factores de riesgo, los cuales compliquen la condición de la paciente, estos se identificaron en la entrevista realizada, para ello se realizó una especie de inducción donde se recordara cuáles son los cuidados que se deben

tener, para así evitar las posibles complicaciones y lograr un beneficio en nuestra población objeto de estudio.

Autonomía, todas las pacientes que participaron de la investigación lo hicieron de manera voluntaria y sin ninguna obligación, se les informo y se les hizo leer y firmar un consentimiento informado, el cual expresa de manera clara en que consiste la investigación y el manejo de la información.

Confidencialidad, a las pacientes se les informo el manejo y administración de la información privada suministrada, la información obtenida durante la investigación fue manejada por el grupo de investigación, los profesionales permitentes y se utilizaron con fines educativos.

Privacidad, para garantizar la privacidad de las pacientes que participaron en la investigación, se les informo que la información va a ser guardada sin identificación de suministrador (en anonimato), por lo tanto, en el momento del reporte final de la investigación, no se encontrará ningún nombre que pueda colocar en evidencia la participación de las pacientes en el estudio, y toda la información obtenida solo será manejada por el grupo de investigación (52).

Por otra parte, se obtuvo el aval del comité de ética de la Fundación Universitaria San Martín, y se tendrán en cuenta los principios éticos acordes con la investigación(53).

6. RESULTADOS

Características sociodemográficas de la población objeto de estudio.

En el estudio se contó con 148 pacientes del sexo femenino quienes presentaron una mediana de edad de 58 años (percentil 25 46 años – percentil 75 70 años) con una desviación estándar de 15,52, con una edad mínima de 29 años y la máxima de 91 años. El 30,4% de las mujeres son casadas, el 27,7% en unión libre y el 23.0% solteras.

Tabla 1. Tabla resumen de las variables sociodemográficas. Estado Civil

Razonamiento	Frecuencia	Porcentaje
Estado Civil		
Casada	45	30,4
Divorciada	12	8,1
Sin dato	10	6,8
Soltera	34	23,0
Unión Libre	41	27,7
Viuda	6	4,1
Total	148	100,0

Fuente: Base de datos CA Cérnix, elaborada por los autores

Al observar el tipo de afiliación a salud, la mayor proporción se concentró en el régimen subsidiado, siendo Emssanar la que aporta el 45% de las pacientes seguido de la EAPB de población indígena. Para el régimen contributivo el 55% de las pacientes pertenecían a la nueva EPS.

Tabla 2. Tabla resumen de variables sociodemográficas. Tipo de afiliación a salud

Razonamiento	Frecuencia	Porcentaje
Tipo de afiliación a salud		
Contributivo	20	13,5
Especial	3	2,0
Excepcion	1	0,7
No Asegurado - Pobre	4	2,7
Subsidiado	120	81,1
Total	148	100,0

Fuente: Base de datos CA Cérnix, elaborada por los autores

Frente al lugar de procedencia, se reportó que el 37.2% eran de la ciudad de pasto, un 6.8% de Tumaco, y en igual proporción Ipiales y Tuquerres con un 4,7%, dentro del porcentaje restante en su mayoría son municipios de Nariño, en un porcentaje menor del departamento del Putumayo y la ciudad de Cali.

En cuanto a desplazamiento forzado se evidenció que el 6,8% de las pacientes fueron víctimas en algún momento de su vida, de igual forma en la categoría víctimas de conflicto armado se encontró que el 9,5% pertenecen a este grupo poblacional.

Tabla 3. Tabla resumen de variables sociodemográficas. Desplazamiento y Víctimas

Razonamiento	Frecuencia	Porcentaje
Desplazamiento forzado		
No	86	58,1
Si	10	6,8
Sin dato	52	35,1
Víctima de conflicto		
No	83	56,1
Si	14	9,5
Sin dato	51	34,5
Total	148	100,0

Fuente: Base de datos CA Cérvix, elaborada por los autores

Condiciones clínicas de las mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino del HUDN.

Dentro de las condiciones clínicas se encontró que la mayoría de las pacientes eran multíparas, de las cuales en un 26% de las pacientes tuvieron 2 hijos, un 18% tuvo 3 hijos, y un 8 % tuvo 5 hijos, así mismo en el número de parejas sexuales, se encontró que las pacientes en un 29% habían tenido entre 1 y 2 parejas y un 25% tuvieron entre 3 a 4 parejas sexuales, aunado a esto el uso de preservativo, se encontró que el 43% de las pacientes no hacían uso de este, y que un 27% si hacía uso, en antecedentes de cáncer familiar, se encontró que el 43% no había tenido antecedentes, y un 41% de las pacientes si presento antecedentes de cáncer familiar, en cuanto a la variable menopausia, se encontró que el 68% de las pacientes ya cursaban con menopausia.

Tabla 4. Tabla resumen de variables clínicas. N. de hijos, antecedentes de Ca flia y Menopausia

Razonamiento	Frecuencia	Porcentaje
Número de hijos		
Sin Hijos	6	4,1
1 A 2 Hijos	62	41,9
3 A 5 Hijos	51	34,5
6 A 8 Hijos	9	6,1
9 A 11 Hijos	4	2,7
12 A 14 Hijos	2	1,4
Sin Datos	14	9,5
Antecedentes de cáncer familiar		
No	70	47,3
Si	62	41,9
Sin dato	16	10,8
Menopausia		
No	35	23,6
Si	101	68,2
Sin dato	12	8,1
Total	148	100,0

Fuente: Base de datos CA Cérvix, elaborada por los autores

Con respecto al consumo de tóxicos, respecto al tabaquismo se encontró que el 58% no consumía tabaco, del mismo modo en alcoholismo, se encontró que el 68% de las pacientes no hacía ingesta de sustancias alcohólicas.

Tabla 5. Tabla resumen de variables clínicas. alcoholismo y tabaquismo

Razonamiento	Frecuencia	Porcentaje
Tabaquismo		
No	87	58,8
Si	45	30,4
Sin dato	16	10,8
Alcoholismo		
No	101	68,2
Si	26	17,6
Sin dato	21	14,2
Total	148	100,0

Fuente: Base de datos CA Cérvix, elaborada por los autores

Referente a la toma de citología, se encontró que el 62% si, se tomaron la citología, y un 23% de las pacientes, no se realizó el estudio, así mismo en la toma de colposcopia, se encontró que, al 52% de la población, si se le tomo la colposcopia para su diagnóstico de cáncer y respecto a la toma de biopsia, se evidenció que, a un 95% de las pacientes, si se les tomo una biopsia para su respectivo diagnóstico, en toma de laboratorios, se encontró que, al 99% si se le realizo toma de laboratorios.

Tabla 6. Tabla resumen de variables clínicas. Métodos diagnósticos

Razonamiento	Frecuencia	Porcentaje	
Citología			
No		34	23,0
Si		93	62,8
Sin dato		21	14,2
Colposcopia			
No		41	27,7
Si		78	52,7
Sin dato		29	19,6
Biopsia			
Si		142	95,9
Sin dato		6	4,1
Laboratorios			
No		1	0,7
Si		147	99,3
Total		148	100,0

Fuente: Base de datos CA Cervix, elaborada por los autores

Sobre las pacientes recibieron o no tratamiento, un 91% si lo recibió, y un 8% no recibió tratamiento, en lo que respecta al tipo de tratamiento, un 77% de las pacientes recibieron quimioterapia, 78% recibió radioterapia, y 47% de las pacientes recibieron braquiterapia, acerca de la variable recuperación total, un 65% de las pacientes no, tuvieron recuperación total de la enfermedad, y un 16% si, tuvo recuperación total de su enfermedad, un 56% de las pacientes no, presentaban histerectomía, y un 31% presentaba ya histerectomía, un 45% de las pacientes no, presentaba metástasis, y un 41% si, presentaba metástasis, en cuanto a estadios, se encontró que, un 29% presentaba un estadio 3B, un 19% un estadio 2B, y un 6% presentaba un estadio 1B1.

Tabla 7. Tabla resumen de variables clínicas. Tratamiento y estadio

Razonamiento	Frecuencia	Porcentaje
Recibió tratamiento		
No	12	8,1
Si	136	91,9
Recibió quimioterapia		
No	32	21,6
Si	115	77,7
Sin dato	1	0,7
Recibió radioterapia		
No	31	20,9
Si	116	78,4
Sin dato	1	0,7
Recibió braquiterapia		
No	77	52,0
Si	70	47,3
Sin dato	1	0,7
Recuperación total		
No	97	65,5
Si	25	16,9
Sin dato	26	17,6
Histerectomía		
No	83	56,1
Si	47	31,8
Sin dato	18	12,2
Metástasis		
No	68	45,9
Si	61	41,2
Sin dato	19	12,8
Estadios		
1A1	8	5,4
1A2	5	3,4
1B1	10	6,8
1B2	8	5,4
2A1	8	5,4
2A2	6	4,1
2B	29	19,6
3A	14	9,5
3B	44	29,7
4A	7	4,7
4B	6	4,1
Sin dato	3	2,0
Total	148	100,0

Fuente: Base de datos CA Cervix, elaborada por los autores

Determinantes estructurales de la población objeto de estudio.

En cuanto a los determinantes sociales de salud estructurales, en la etnia se encontró que el 56% de las pacientes era de raza mestiza, el 18,2% indígenas, el 10,8% afroamericanos, con respecto a la zona de procedencia encontramos que en

su mayoría eran de zona urbana con el 51,4% y en menor cantidad de zona rural con el 45,9%.

Tabla 8. Tabla resumen de variables de determinantes estructurales. Etnia y Zona de procedencia

Razonamiento	Frecuencia	Porcentaje
Etnia		
Afrocolombianos	16	10,8
Indígenas	27	18,2
Mestizos	84	56,8
Sin dato	21	14,2
Zona de procedencia		
Rural	68	45,9
Sin dato	4	2,7
Urbana	76	51,4
Total	148	100,0

Fuente: Base de datos CA Cérnix, elaborada por los autores

Con respecto al nivel socioeconómico, se reportó que la mayoría eran de estrato 1 con el 52,0%, y una minoría eran estrato 4 con tan solo el 0,7%, frente a la ocupación se obtuvo que el 39,2% eran amas de casa, un índice de desempleo del 26,4%, trabajadoras independientes con el 15,5% y solo el 11,5% eran empleadas.

Tabla 9. Tabla resumen de variables de determinantes estructurales. Nivel socioeconómico y ocupación

Razonamiento	Frecuencia	Porcentaje
Nivel Socioeconómico		
Estrato 0	7	4,7
Estrato 1	77	52,0
Estrato 2	39	26,4
Estrato 3	13	8,8
Estrato 4	1	0,7
Sin dato	11	7,4
Ocupación		
Ama de casa	58	39,2
Desempleado	39	26,4
Empleado	17	11,5
Independiente	23	15,5
Sin dato	11	7,4
Total	148	100,0

Fuente: Base de datos CA Cérnix, elaborada por los autores

Frente a los ingresos mensuales, se analizó que un 43,3% vivían con menos de 1 salario mínimo, un 4,1% entre 2 y 4 salarios mínimos y al observar el nivel educativo, la mayoría solo tenían la básica primaria con el 25%, el 19,6% bachillerato, un 14,2% primaria incompleta, solo el 4,7% con título Universitario.

Tabla 10. Tabla resumen de variables de determinantes estructurales. Ingresos mensuales y Escolaridad

Razonamiento	Frecuencia	Porcentaje
Ingresos mensuales		
< 1 salario mínimo	73	49,3
1 Salario minimo	28	18,9
2 a 4 salarios mínimos	6	4,1
Sin dato	41	27,7
Nivel educativo		
Bachillerato	29	19,6
Básica primaria	37	25,0
Primaria incompleta	21	14,2
Sin dato	29	19,6
Sin estudio	8	5,4
Técnico	17	11,5
Universidad	7	4,7
Total	148	100,0

Fuente: Base de datos CA Cérvix, elaborada por los autores

Uno de los pilares es el empleo de estas pacientes, donde se encontró que un 50% no trabaja y que un 56% si lo hacía, esto se puede explicar porque cuando se les pregunto a las pacientes que si la causa de dejar de trabajar fue por el cáncer, un 45% respondieron que sí; Es por eso por lo que también se encontró que un 47% depende económicamente de alguien y tan solo un 6% tiene contrato a término fijo en comparación a un 51% de pacientes que no tiene ningún tipo de vinculación laboral; Las pacientes refirieron que al no trabajar o en su tiempo libre se dedican a hacer labores en el hogar, manualidades y otras actividades en un 25%, 11.5% y 11.5% respectivamente.

Tabla 11. Tabla resumen de variables de determinantes estructurales. Dependencia económica

Razonamiento	Frecuencia	Porcentaje
Trabaja		
No	74	50,0
Si	23	15,5
Sin dato	51	34,5
Con la enfermedad deja de trabajar		
No	29	19,6
Si	68	45,9
Sin dato	51	34,5

Razonamiento	Frecuencia	Porcentaje	
Trabajaba			
No	14	9,5	
Si	83	56,1	
Sin dato	51	34,5	
Depende económicamente de alguien			
No		27	18,2
Si		70	47,3
Sin dato		51	34,5
Que hace en tiempo libre			
Bailar	2	1,4	
Cocinar	14	9,5	
Deporte	3	2,0	
Hogar	37	25,0	
Manualidades	17	11,5	
Otros	17	11,5	
Sin dato	51	34,5	
Ver películas	7	4,7	
Total		148	100,0

Fuente: Base de datos CA Cérnix, elaborada por los autores

Determinantes intermedios de la población objeto de estudio.

En lo que respecta a las variables de acceso a los servicios de salud, se obtuvo que un 45% de las pacientes reportó retraso al acceso de autorizaciones médicas, en cuanto a las citas médicas en un porcentaje menor, el 28%, manifestó retraso, por otro lado 79% de las pacientes si tuvo acceso a interconsulta y en lo referente al acceso a consulta oncológica un 50% reportó que si fue oportuno. De mismo modo, en el acceso a cirugía hubo un 59% que no aplicó para este procedimiento y un 18% al cual, si se le realizó y respecto al acceso a quimioterapias, radioterapias y medicamentos un 38%, 34% y 36% respectivamente, manifestaron que fue oportuno.

Tabla 12. Tabla resumen de variables de determinantes intermedios. Accesos

Razonamiento	Frecuencia	Porcentaje
Acceso a autorizaciones medicas		
Oportuno	60	40,5
Retraso	67	45,3
Sin dato	21	14,2
Acceso a citas medicas		
Oportuno	85	57,4
Retraso	42	28,4
Sin dato	21	14,2
Acceso de interconsulta		

Razonamiento	Frecuencia	Porcentaje
No	17	11,5
Si	118	79,7
Sin dato	13	8,8
Acceso a consulta oncologica		
Oportuno	75	50,7
Retraso	52	35,1
Sin dato	21	14,2
Acceso a cirugias		
No aplica	88	59,5
Oportuno	27	18,2
Retraso	12	8,1
Sin dato	21	14,2
Acceso a quimioterapia		
No aplica	10	6,8
Oportuno	57	38,5
Retraso	30	20,3
Sin dato	51	34,5
Acceso a radioterapia		
No aplica	12	8,1
Oportuno	51	34,5
Retraso	34	23,0
Sin dato	51	34,5
Acceso a medicamentos		
No aplica	5	3,4
Oportuno	54	36,5
Retraso	38	25,7
Sin dato	51	34,5
Total	148	100,0

Fuente: Base de datos CA cérvix, elaborada por los autores.

Uno de los pilares de los determinantes sociales intermedios son las redes de apoyo, donde se encontró que el 58% de las pacientes hacían parte de una red de apoyo interna, mientras que un 7% era externa. Asimismo, un 48% de las pacientes manifestaron que familiares del núcleo familiar les ayudaban a recibir los medicamentos. A un 45%, familiares del núcleo familiar les ayudaban en su cuidado. En igual proporción quien proveía alimentación y vestimenta a las pacientes son los familiares del núcleo familiar con un 46% y de la totalidad de las pacientes un 33% si pertenece a un grupo psicológico, mientras que un 32% no.

Tabla 13. Tabla resumen de variables de determinantes intermedios. Apoyo interno y externo

Razonamiento	Frecuencia	Porcentaje
Quiénes hacen parte de su red de apoyo		
Externa	11	7,4
Interna	86	58,1
Sin dato	51	34,5
Quiénes es la persona que le ayuda a recibir los medicamentos		
Amigos	1	0,7

Razonamiento	Frecuencia	Porcentaje
Conocidos	1	0,7
Familiares del núcleo familiar	72	48,6
Nadie	6	4,1
No aplica	1	0,7
Parientes	16	10,8
Sin dato	51	34,5
En su casa quien le ayuda en su cuidado		
Amigos	1	0,7
Conocidos	2	1,4
Familiares del núcleo familiar	68	45,9
Nadie	3	2,0
Parientes	23	15,5
Sin dato	51	34,5
Quien le proporcionaba sus alimentos		
Amigos	1	0,7
Familiares del núcleo familiar	69	46,6
Nadie	6	4,1
Parientes	21	14,2
Sin dato	51	34,5
Quien le provee el vestido		
Familiares del núcleo familiar	69	46,6
Nadie	8	5,4
No aplica	2	1,4
Parientes	20	13,5
Sin dato	49	33,1
Pertenece a algún grupo psicológico		
No	48	32,4
Si	50	33,8
Sin dato	50	33,8
Total	148	100,0

Fuente: Base de datos CA cérvix, elaborada por los autores.

En cuanto a la atención prestada a las pacientes, un 35% manifestó que si fue fácil hablar con el centro de salud cuando lo necesitaba y un 29% refirió que no. Igualmente, un 38% dijo que la atención prestada por el personal de salud fue buena y un 23% regular. Por otro lado, un 53% de las pacientes manifestaron que los médicos si tenían una orientación adecuada para sus necesidades, como también en un 46% la atención prestada por el medico fue satisfactoria y en un 18% insatisfactoria. En los servicios prestados, un 39% manifestó que si hubo preferencia sobre los pacientes oncológicos y un 25% dijo que no. También se reportó que si se atendieron todas las dudas en un 51% de los casos y además tuvieron una atención personalizada y suficiente en un 45%.

Tabla 14. Tabla resumen de variables de determinantes intermedios. Valoración del servicio

Razonamiento	Frecuencia	Porcentaje
Le ha sido fácil hablar con el centro de salud cuando lo ha necesitado		

Razonamiento	Frecuencia	Porcentaje
No	44	29,7
Si	53	35,8
Sin dato	51	34,5
Como fue la atención prestada por el personal de salud		
Buena	57	38,5
Mala	5	3,4
Regular	35	23,6
Sin dato	51	34,5
El medico tenía la orientación apropiada a sus necesidades		
No	18	12,2
Si	79	53,4
Sin dato	51	34,5
La atención prestada por el medico es		
Insatisfactoria	27	18,2
Satisfactoria	69	46,6
Sin dato	52	35,1
El servicio tenía una preferencia por los pacientes oncológicos		
No	38	25,7
Si	58	39,2
Sin dato	52	35,1
Han atendido a todas las dudas que ha tenido		
No	20	13,5
Si	76	51,4
Sin dato	52	35,1
Tuvo una atención personalizada y suficiente		
No	28	18,92
Si	68	45,95
Sin dato	52	35,14
Total	148	100,00

Fuente: Base de datos CA cérvix, elaborada por los autores.

Por otro lado respecto a las condiciones de los espacios de los centros de salud donde fueron atendidas las pacientes, un 43% manifestó que el espacio si fue cómodo y agradable, además un 63% dijo que las instalaciones de salud siempre estuvieron limpias.

Tabla 15. Tabla resumen de variables de determinantes intermedios. De las Instalaciones

Razonamiento	Frecuencia	Porcentaje
El espacio de espera en el centro de salud es cómodo y agradable		
A veces	22	14,9
No	9	6,1
Si	64	43,2
Sin dato	53	35,8
Las instalaciones del servicio estuvieron siempre limpias		
A veces	1	0,7
Si	94	63,5
Sin dato	53	35,8

Razonamiento	Frecuencia	Porcentaje
Total	148	100,0

Fuente: Base de datos CA cérvix, elaborada por los autores.

Respecto a las condiciones de vivienda, se evidenció que un 47% residen en casa y un 11% en apartamento, además un 35% manifestó que tienen vivienda propia, seguida de un 21% que arrendan el lugar donde residen. En cuanto a las residencias de las pacientes se reportó que, un 37% no presentaba humedad, un 32% tenían pisos de cemento, 53% tenían paredes en cemento repellido y además un 32% compartía habitación hasta con 4 personas, mientras que un 29% no lo hace. Así mismo, en lo referente a vías de tránsito aledañas al lugar de vivienda, un 33% eran pavimentadas, un 27% destapada, un 3.4% trocha y un 1.4% agua.

Tabla 16. Tabla resumen de variables de determinantes intermedios. Características de vivienda

Razonamiento	Frecuencia	Porcentaje
Cuál es su tipo de residencia		
Apartamento	17	11,5
Casa	71	47,9
Habitación	8	5,4
Sin dato	52	35,1
Lugar de residencia		
Anticresis	12	8,1
Arrendado	32	21,6
Propia	53	35,8
Sin dato	51	34,5
La habitación donde vive tiene humedad		
No	55	37,2
Si	43	29,0
Sin dato	50	33,8
Como son los pisos de su habitación		
Barro o Tierra	6	4,1
Cemento	48	32,4
Cerámica	24	16,2
Madera	20	13,5
Sin dato	50	33,8
Como son las paredes de su habitación		
Bahareque	1	0,7
Barro o Tierra	5	3,4
Cemento repellido	79	53,4
Madera	13	8,8
Sin dato	50	33,8
Cuántas personas viven por habitación		
1 personas	43	29,1
2 a 4 personas	48	32,4

Razonamiento	Frecuencia	Porcentaje
5 a 7 personas	7	4,7
Sin dato	50	33,8
Las vías de tránsito donde vive son		
Agua	2	1,4
Destapada	41	27,7
Pavimentado	49	33,1
Sin dato	51	34,5
Trocha	5	3,4
Total	148	100,0

Fuente: Base de datos CA cérvix, elaborada por los autores.

En los servicios públicos con los que contaba cada paciente se evidenció, que el 57% si contaba con agua potable, 62% si contaba con energía, 52% si tenía red de alcantarillado y un 13% no contaba con este servicio, 38% si contaba con gas y 27% no, por otra parte en los servicios de comunicación un 39% no cuenta con servicio de telefonía y un 41% no cuenta con acceso a internet.

Tabla 17. Tabla resumen de variables de determinantes intermedios. Servicios

Razonamiento	Frecuencia	Porcentaje
Su vivienda cuenta con agua potable		
No	12	8,1
Si	85	57,4
Sin dato	51	34,5
Su vivienda cuenta con energía		
No	5	3,4
Si	93	62,8
Sin dato	50	33,8
Su vivienda cuenta con alcantarillado		
No	20	13,5
Si	77	52,0
Sin dato	51	34,5
Su vivienda cuenta con gas		
No	40	27,0
Si	57	38,5
Sin dato	51	34,5
Su vivienda cuenta con teléfono		
No	59	39,9
Si	38	25,7
Sin dato	51	34,5
Su vivienda cuenta con internet		
No	62	41,9
Si	38	25,7
Sin dato	48	32,4
Total	148	100,0

Fuente: Base de datos CA cérvix, elaborada por los autores.

En lo que respecta a la alimentación en 31% de las pacientes se encontró que comían entre 0-2 comidas al día y un 29% entre 3-4 y en su tiempo libre el 25% de las pacientes se dedican al hogar y un 11% a manualidades.

Tabla 18. Tabla resumen de variables de determinantes intermedios. Alimentación y uso de tiempo libre

Razonamiento	Frecuencia	Porcentaje
Cuántas veces come al día		
Numero de comidas 0-2	46	31,1
Numero de comidas 3-4	44	29,7
Numero de comidas 5-6	7	4,7
Sin dato	51	34,5
Que hace en su tiempo libre		
Bailar	2	1,4
Cocinar	14	9,5
Deporte	3	2,0
Hogar	37	25,0
Manualidades	17	11,5
Otros	17	11,5
Sin dato	51	34,5
Ver películas	7	4,7
Total	148	100,0

Fuente: Base de datos CA cérvix, elaborada por los autores.

7. DISCUSIÓN

Con relación a las características sociodemográficas se encontró en una población estudiada se abordó aspectos relacionados con las características sociodemográficas de la población objeto de estudio, según los autores del artículo de revisión revista colombiana de obstetricia y ginecología, “epidemiología del cáncer de cuello uterino: estado del arte” menciona que entre las edades de 44 y 60 años es donde se encuentra la mayor cantidad de diagnósticos realizados con cáncer de cérvix, en el estudio estadísticas importantes sobre el cáncer de cuello uterino de la sociedad americana contra el cáncer estima que para el año 2022 en los estados unidos se obtuvo que es más frecuente en mujeres entre los 36 y 44 años sin embargo los diagnósticos en su mayoría se hacen entre los 50 y 65 años; en otros estudios se obtuvo en relación con los factores sociodemográficos el 47.8% de las pacientes con diagnóstico de cáncer de cuello uterino atendidas en el Hospital Goyeneche tienen entre 36-60 años, seguido del 43.5% de pacientes de 61 años o más, mientras que solo el 8.7% tienen 35 años o menos lo cual concuerda con datos del sistema nacional de vigilancia epidemiológica donde se observó que durante los años 2006 al 2011 la mayor parte de casos notificados de cáncer de cuello uterino se encontraron en mujeres de 40 a 49 años de edad; esto es equiparable en nuestro estudio ya que obtuvimos que la edad media para diagnóstico de cáncer es de 58 años (54).

Al igual que en el estudio realizado por Sosa, universidad del rosario “determinantes sociales y su asociación con la no toma de citología cérvico vaginal en la población rural de Colombia” según los autores independientemente de la zona en la que venga ya sea rural o urbana si la paciente pertenece a un estrato bajo, no tiene los recursos para pagar un régimen contributivo por lo cual también tiene mayor dificultad para acceder a los servicios de salud oportunamente, esto en relación con nuestro estudio podemos ver que es equiparable ya que tenemos que el 81.1% pertenecían a régimen subsidiado (55).

Con respecto a las condiciones clínicas en el estudio realizado por Gallegos, Fuentes y González, en el año 2019, se encontró que un factor de riesgo para el cáncer de cuello uterino, fue la mujeres multípara, las cuales tuvieron 3 o más partos, lo cual incrementa el riesgo de la presencia de esta enfermedad en un 2.31 veces más el riesgo (56). Otro estudio realizado por Pérez, Rosales, Hernández y Sánchez, en el año 2019, menciona que una paridad de 2 a 3 hijos se caracteriza como un riesgo de cáncer de cuello

uterino (57). En el estudio realizado por García, Lecompte, Leones y López, en el año 2016, concluyen, al igual que en los dos anteriores estudios, que la multiparidad, mujeres con 3 o más partos, presenta mayor riesgo de presentar cáncer de cuello uterino (58). Esto es equiparable en nuestro estudio, el 41% de las pacientes presentaban una paridad de 2 hijos.

En el estudio realizado por Conde, Rossi y Márquez, en el año 2018, se encontró, que antes del diagnóstico de cáncer de cuello uterino las pacientes se realizaban la citología anualmente, con la presencia de dificultad para agendar la fecha de la realización de la citología (59). En otro estudio realizado por Rodríguez y Padilla, en el año 2018, arrojó que la población presentaba dificultad en el acceso, lo cual lo atribuye a una excusa frecuente para no considerar la realización de la citología como una acción recurrente (60), por otro lado, en el estudio realizado por Sarmiento y Amaya. en el año 2019. el cual muestra que el 85% de las citologías fueron normales antes del diagnóstico de cáncer de cuello uterino (61). Y en el estudio realizado por Sandoval, Alvarado y Pinzón, en el año 2015, se encontró que la realización de la citología, a medida que aumenta en la edad, la mujer tiende a realizarse más la prueba de citología, además se encontró una fuerte asociación, en la mujer que vive en zona rural y un estrato socioeconómico bajo de pobreza tiene menor posibilidad de la toma de citología (62), estos estudios en comparación al nuestro, el 62% de la población se realizó la toma de la citología.

En concordancia de los determinantes estructurales en el estudio realizado por Vélez, menciona en su estudio que el estado de salud está determinado por la edad, el ingreso, el nivel educativo, la actividad laboral y la ubicación geográfica, todos los determinantes mencionados sumado al nivel educativo condicionan el estado de salud de los individuos, en este trabajo evidenciamos que la mujeres sin educación tienen un mayor riesgo de no realizarse la citología; y solo el hecho de cursar con un nivel educativo básico primaria se comporta como un factor protector para la no toma de citología. Pese a la gran cobertura del sistema de salud colombiano persisten brechas en el acceso y oportunidad a servicios básicos como es la toma de citología vaginal, los resultados de este estudio mostraron que las mujeres que pertenecen a la etnia negra, mulata y Afrocolombiana tienen un mayor riesgo de no realizarse la citología, lo cual se extrapola a nuestra investigación y los respectivos resultados encontrados (63).

En el estudio realizado por coronel, revista médica de la universidad de Veracruzana “Cáncer del cuello uterino según zona urbana, suburbana y rural en Veracruz. SESVER” según los autores basados en estudios anteriores encontraron que hay mayor incidencia en el área rural, más sin

embargo hay mayores diagnósticos en la zona urbana debido a lo ya mencionado en anteriores estudios, el acceso a los servicios de salud para un diagnóstico oportuno, por tanto son cuando ya pueden acceder al servicio de salud se evidenció que un gran número de mujeres se encontraban con un cáncer ya en estadios avanzados; según otros estudios los resultados nos dan a conocer que en cuanto a los factores sociodemográficos de las pacientes con diagnóstico de cáncer de cuello uterino, el 52.2% de las pacientes provienen de zona urbana mientras que el 47.8% proviene de zona rural, equiparado a nuestros resultados donde 51,4 % provenía de zona urbana y 45,9% de zona rura (64).

En el estudio realizado por Gutierrez, “Nivel de pobreza asociado al estadio de gravedad del cáncer ginecológico” según los autores se estableció una correlación directa estadísticamente significativa entre el nivel de pobreza y casos avanzados de cáncer de cuello uterino, es decir que, a mayor nivel de pobreza, mayor la proporción de mujeres que acudían al centro de salud en estadios avanzados de esta patología, según otros estudios Milward Ubillús, las mujeres pobres tienen pocas opciones de hacerse un examen clínico de descarte y tienen complicaciones en el acceso al tamizaje, la pobreza o incluso un grado socioeconómico inferior estarían vinculados causal y directamente con una elevada tasa de incidencia de las neoplasias, por lo que se convierte en el determinante social más importante de ser abordado y atendido, lo que es equiparable con nuestro estudio ya que tenemos que el 52 % de las pacientes diagnosticadas con este cáncer pertenecen a estrato 1 (65).

Sanfilippo y cols. describen en una investigación que mostró que 84% de las mujeres que fallecieron por cáncer de cérvix tenían escolaridad de primaria o eran iletradas. Por otra parte, en diversos trabajos se ha mencionado que mujeres con bajo nivel educativo tienen mayor probabilidad (1.6 veces más) de desarrollar cáncer de cérvix. Esta enfermedad está relacionada con la pobreza y la baja educación, ya que esto conforma una especie de barrera para el acceso a la realización de las pruebas de tamizaje y para el apego a los tratamientos, similar a nuestro estudio donde se evidenció, que el 25% de las pacientes curso hasta básica primaria, 14% primaria incompleta, 19% logro acabar bachillerato y solo un 4% hizo carrera universitaria.

En cuanto a los determinantes sociales intermedios y/o personales se distribuyen según la estratificación social y determinan las diferencias en cuanto a la exposición y vulnerabilidad a las condiciones perjudiciales para la salud de cada paciente.

Ana Molina, et al. Mencionan que las desigualdades en el acceso a cribados del cáncer de cérvix, han mejorado en la actualidad, con respecto a años anteriores; equiparable a nuestro estudio donde se encontró que el mayor porcentaje de las pacientes manifestó un acceso oportuno a estos servicios, como citas médicas, sin embargo también encontraron en el mismo estudio que los grupos sociales que no acceden a los programas de cribado para el cáncer de cérvix eran aquellos que no tenían cobertura, existían limitaciones o retrasos para el adecuado manejo de su enfermedad y en nuestro estudio encontramos que barreras hacia el acceso de salud como dificultad para las autorizaciones médicas, dificultad en el desplazamiento por vías de tránsito y bajo porcentaje de mujeres con servicios como telefonía e internet (66).

Laura Naranjo, et al. Nos habla de dificultad en el acceso por falta de oportunidad para la atención, demoras o negación de la autorización e insatisfacción por problemas de salud no resueltos e ineficiencia en la atención, tales motivos se han mantenido a lo largo de los años, y esto es manifestado por las pacientes, en esta investigación donde la mayoría de las pacientes manifestó retraso en el acceso a autorizaciones médicas (67).

Leydi Pulido, et al. En su estudio encontró dificultad en el acceso a los servicios de salud, las cuales influyen directamente para que la usuaria no consulte a tiempo, semejante a lo encontrado en nuestro estudio, también menciona que la baja efectividad del proceso de tamizaje está relacionada con la cobertura, calidad en la toma, lectura de la citología, acceso oportuno a la confirmación diagnóstica, tratamiento y calidad de esta misma, además de ello, dice que las demoras en la entrega del resultado y la dificultad para apartar una cita con especialista son situaciones que dificultan la detección y el tratamiento oportuno, algo también que se extrapola a nuestro estudio ya que las pacientes refirieron retraso para el acceso de las citas con especialistas, dificultad para desplazarse, y cuando lograron llegar a la institución les informan que no las pueden atender, que no está el resultado o que han perdido la cita (68).

Silvia Guadalupe, Et al encontraron que los familiares más cercanos fueron los encargados de proveer económica y emocionalmente a estas pacientes durante su enfermedad; en nuestro estudio encontramos que en mayor proporción los familiares de núcleo familiar son los encargados del cuidado, apoyo, alimentación, entre otras atenciones necesarias de estas pacientes (69).

Margarita Gómez, et al. Encontraron que las mujeres durante el proceso de diagnóstico, tratamiento y alta del cáncer de cérvix vivieron el apoyo social de sus familiares, seguidos de sus amigos y personal de salud; en nuestro

estudio encontramos que principalmente los familiares del núcleo familiar fueron los principales responsables del apoyo en todo el transcurso de la enfermedad de estas pacientes. En el mismo estudio también mencionan que otra manera de dar apoyo a las pacientes oncológicas es desde la parte emocional, donde no es necesario pertenecer a grupos, por lo contrario, el apoyo familiar es el principal impulsor de conformar una buena condición emocional y que además favorece la adherencia al tratamiento de estas pacientes; lo cual se equipara al presente estudio ya que casi en porcentajes similares, las pacientes si pertenecen y no a un grupo psicológico, donde además se evidencia que la red de apoyo más prevalente fue la red de apoyo interna, por último aclara que el soporte emocional incluye la presencia física, el acompañamiento, el afecto y la comprensión, y es especialmente válido cuando proviene del cónyuge, la familia o los amigos íntimos; por el contrario, su ausencia va a resultar perjudicial en las pacientes, lo que concluye con nuestro estudio donde se encontró que los parientes y en mayor proporción los familiares del núcleo familiar proporcionaron el soporte emocional y económico que requirieron estas pacientes, en todo el proceso de la enfermedad (70).

Tedros Adhanom, et al. Mencionan que, para alcanzar una eficacia óptima, la atención se debe fundamentar en una buena relación médico paciente y contar con las capacidades suficientes para una atención integral de las pacientes oncológicas; en nuestro estudio encontramos que las mujeres encuestadas manifestaron una buena y satisfactoria atención, por parte de médicos y otros miembros del personal de salud, donde además refieren que cumplían con los requisitos para una adecuada atención. Por otro lado nos dice que para lograr una buena atención y prestar un buen servicio, se debe dar prioridad y dar una evaluación del contexto de cada paciente con el fin de integrar y priorizar el manejo de cada paciente según la necesidad de cada una; en nuestro estudio encontramos que en este grupo poblacional si se logró la integración de una atención adecuada y se brindó el manejo según las necesidades de cada paciente, con el conocimiento científico y práctico pertinente del personal médico (71).

Leydi Pulido, et al. Menciona en su estudio que otro aspecto que se rescata es la deficiencia en la infraestructura del espacio destinado para realizar este procedimiento, pues se evidenció que el lugar donde se toman las citologías es el mismo donde se toman muestras de sangre, se asignan citas y se da respuesta a inquietudes de los usuarios de la unidad de salud, algo que difiere de lo encontrado en el presente estudio ya que las pacientes manifestaron que los espacios de los centros de espera de las instituciones eran cómodos y limpios. Algo que también difiere con nuestro estudio, es que se habla sobre la facilidad para solicitar una cita, ya que se encontró que las

mujeres pueden hacerlo por teléfono en la mayoría de las instituciones, sin embargo, en nuestros resultados encontramos que la mayoría de las pacientes no contaban con servicios como red telefónica e internet, lo cual les impide acceder a las facilidades que hay actualmente para solicitar una cita (68).

Melisa Merello, menciona en su estudio que una persona cuya alimentación es equilibrada y adecuada, generalmente obtiene suficientes vitaminas y minerales, lo cual ayuda al bienestar físico y nutricional de las pacientes; sin embargo en la evaluación dietética se encontró que las pacientes oncológicas tenían una ingesta insuficiente de alimentos, aunado a esto las carencias económicas, presentando una dieta hipocalórica, hipo grasa e hipoproteica algo equiparado a nuestros resultados, ya que la mayoría de las pacientes solamente se alimentaban de 0-2 veces al día (72).

8. CONCLUSIONES

La mayor incidencia de cáncer de cérvix se dio con una mediana de edad de 58 años (percentil 25 46 años – percentil 75 70 años).

Al observar el tipo de afiliación a salud obtuvimos que en mayor proporción se concentró en el régimen subsidiado, también que la mayoría de las pacientes no habían culminado sus estudios y eran en un 52%

Se encontró en el estudio que existe una relación estrecha con la presencia del CCU y la paridad de la mujer.

En relación con la citología, la frecuencia, el acceso, el nivel tanto socioeconómico y educativo, se ven presentes en la mujer con CCU.

Es necesario considerar la prevención de cáncer de cérvix desde una perspectiva mucho más amplia, con un enfoque que va más allá de los fenómenos biomédicos que la falta de adherencia al tamizaje conlleva, sino como una problemática social que explica dicho comportamiento en salud. Se requieren investigaciones que consideren los diferentes factores o determinantes, y sus respectivas interrelaciones en grupos de mujeres que adhieren y que no adhieren al tamizaje

En cuanto al nivel socioeconómico se observó que hay mayor incidencia de pacientes de estrato 1 por lo que se pudo concluir que estrato bajo es directamente proporcional con el desarrollo de cáncer de cérvix.

Por otro lado, también se concluye que el nivel de educación tiene gran importancia dentro de los determinantes sociales de la salud ya que se pudo evidenciar en diferentes estudios que a menor nivel educativo mayor incidencia de este cáncer.

Se encontraron diferentes tipos de barreras que impiden el diagnóstico y tratamiento oportuno del cáncer de cérvix, como retraso en las autorizaciones médicas, la dificultad para el desplazamiento hacia el lugar de atención y en algunas pacientes dificultad para la comunicación hacia el centro de salud

A pesar de que la atención brindada por el personal de salud, en su mayoría era buena y satisfactoria, sigue persistiendo la dificultad del acceso a la interconsulta, lo cual es una barrera para el diagnóstico y tratamiento.

El acompañamiento y la ayuda familiar fue la principal red de apoyo, lo cual impulsa a conformar una buena condición emocional y además favorece la adherencia al tratamiento de estas pacientes

Dentro de la revisión bibliográfica realizada, hay determinantes sociales que no se han evaluado durante investigaciones previas

9. RECOMENDACIONES

Se recomienda a la institución de salud, hacer seguimiento continuo a las pacientes sobre su condición actual.

Se recomienda hacer una revisión de la base de datos de Sivigila, ya que en esta no se encuentra la totalidad de pacientes que logramos reclutar en nuestra investigación y se hace necesario puesto que en la política nacional de cáncer está la caracterización de la enfermedad

Los resultados también nos muestran que es necesario considerar la promoción y prevención del cáncer del cuello uterino, desde una perspectiva mucho más amplia, con un enfoque que va más allá de los fenómenos biomédicos, la falta de acceso a los servicios médicos, al tamizaje que conllevan a una problemática social que es evitable si se hace una atención primaria y secundaria adecuada sin limitar los retrasos a la hora de dar un diagnóstico y tratamiento oportuno.

Se recomienda también al personal de atención primaria poner énfasis en la educación a mujeres sobre la importancia de acudir a programas preventivos, brindando orientación y consejería para la realización de esta actividad.

Reforzar programas de tamizaje oportunistas y organizados, que sean de calidad y tengan buena cobertura, fácil acceso y rápido diagnóstico.

10. BENEFICIOS Y LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Beneficios

- Se llenó un vacío de conocimiento en nuestra región.
- Se aportó un nuevo conocimiento a las distintas comunidades, científica educativa y de investigación.
- Al identificar los distintos factores que se relacionan con el CCU, se pudo generar la intervención de cada uno de estos.
- Con esta investigación se pudo identificar las circunstancias relacionadas con el CUC y con esto realizar una prevención o intervención adecuada para mejorar la problemática.
- Identificación de factores que tengan relación con el CCU.
- Elaboración de políticas que logren Integrar una prevención o el actuar directamente sobre esta población.
- Ayudar a incrementar la eficacia de los tamizajes en los distintos centros prestadores del servicio de salud.
- Disminuir la presencia del CCU, con los resultados obtenidos en la investigación y realizar intervenciones apropiadas por parte del HUDN.
- Promover ventajas competitivas a futuros investigadores.

Limitaciones

- Acceso a una base de datos para la obtención de datos
- Datos erróneos de diagnóstico de las pacientes.
- Pacientes que no quisieron participar de la investigación.
- Datos telefónicos erróneos para hacer la entrevista telefónica.
- Falta de información por parte de los familiares de las pacientes que fallecieron a la hora de responder la encuesta telefónica.
- Fallo al recibir el aval para hacer uso de historias clínicas y datos en Fundación Hospital San Pedro.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Papilomavirus humanos (PVH) y cáncer cervicouterino, 2019. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hpv\)-and-cervical-cancer](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer)
2. Cáncer de cuello uterino aumentará mortalidad para 2020 y 2050 - CONSULTORSALUD [Internet]. [citado 14 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://consultorsalud.com/cancer-de-cuello-uterino-aumentara-mortalidad-para-2020-y-2050/>
3. Rocha-Buelvas A, Trujillo-Montalvo E, Hidalgo-Patiño C, Hidalgo-Eraso Á. Carga de cáncer del departamento de Nariño y subregiones, Colombia, 2010. 2014;32:15.
4. Ledesma-López V, López-Casamichana M, Fragozo-Sandoval F, Sierra-Martínez M, Chávez-Ocaña S, Reyes-Hernández OD, et al. Perfil epidemiológico y algunas determinantes sociales de mujeres mexicanas con lesiones intraepiteliales cervicales en el Hospital Juárez de México y la Clínica Integral de la Mujer. :7.
5. Benites-Zapata VA. Determinantes sociales para cáncer de cuello uterino. 2013 [citado 19 de octubre de 2020]; Disponible en: <http://rgdoi.net/10.13140/RG.2.1.1994.9924>
6. Wikipedia. Cáncer cervical, 2020. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/C%C3%A1ncer_cervical#:~:text=El%20c%C3%A1ncer%20cervical%20o%20c%C3%A1ncer,proyector%20dentro%20de%20la%20vagina
7. American Society of Clinical Oncology (ASCO). Cáncer de cuello uterino: Síntomas y signos. Disponible en: <https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-de-cuello-uterino/s%C3%ADntomas-y-signos>
8. Minsalud. Norma técnica para la detección temprana del cáncer de cuello uterino y guía de atención de lesiones preneoplásicas de cuello uterino (2014).
9. Minsalud. Norma técnica para la detección temprana del cáncer de cuello uterino y guía de atención de lesiones preneoplásicas de cuello uterino.

Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/cervical-cancer/symptoms-causes/syc-20352501>

10. Minsalud. Observatorio Nacional de Cáncer Guía Metodológica 2018. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/guia-ross-cancer.pdf>
11. INS. Cáncer de Mama Y Cuello Uterino Colombia 2018. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/C%C3%81NCER%20DE%20MAMA%20Y%20CUELLO%20UTERINO_2018.pdf
12. Brome Bohórquez MR, Montoya Restrepo DM, Salcedo LA. Cancer incidence and mortality in Medellin-Colombia, 2010-2014. *cm.* 1 de enero de 2018;49(1):81-8.
13. OMS. Cáncer cervicouterino,. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5420:2018-cervical-cancer&Itemid=3637&lang=es
14. OMS. Comprehensive Cervical Cancer Control A guide to essential practice, Second edition. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/144785/9789241548953_eng.pdf;jsessionid=2F6C7D0AD1B91143F0F9D9EC46B66F4D?sequence=1
15. Prevalencia de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino y antecedentes sexuales/reproductivos de indígenas de Caaguazú, Paraguay 2015-2017, 2018. Disponible en: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/02/980457/15-20.pdf>
16. Rojas. V. La ecologización de la coloración del Papanicolaou en el diagnóstico del cáncer de cuello uterino 2018. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2018/im183c.pdf>
17. OMS. Nueva guía de la OMS para la prevención y el control del cáncer cervicouterino.2014. Disponible en: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/preventing-cervical-cancer/es/>
18. Recomendaciones para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de cuello uterino 2019. Disponible en:

<https://repository.unad.edu.co/bitstream/handle/10596/31878/ychavarron.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

19. Barriale. L. Utilidad de la citología cervicovaginal y colposcopia en el diagnóstico de cáncer de cuello uterino en el Hospital P.N.P. Luis N. Sáenz durante el año 2016. 2018. Disponible en: <http://168.121.49.87/bitstream/handle/URP/1220/15%20BARRIALES%20REVILLA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
20. Gómez. D. Correlación de resultados de los métodos diagnósticos de las patologías del cuello uterino en el Hospital “Camilo Cienfuegos”, 2019. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v45n3/1561-3062-gin-45-03-e478.pdf>
21. Castaño LSÁ. Determinantes sociais da saúde: além dos fatores de risco. 2009;11.
22. Los Determinantes Sociales de la Salud base teórica de la salud pública.pdf.
23. Benites, V. Determinantes sociales para cáncer de cuello uterino 2013. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/280579901_Determinantes_sociales_para_cancer_de_cuello_uterino
24. Minsalud. Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia, 2019. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-2019-colombia.pdf>
25. PAHO. Determinantes e inequidades en salud. 2012. Disponible en: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=sa-2012-volumen-regional-18&alias=163-capitulo-2-determinantes-e-inequidades-salud-163&Itemid=231&lang=en
26. Minsalud. Informe Técnico Sexta edición Desigualdades Sociales en Salud en Colombia Informe Nacional 2015. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/6.%20Desigualdades%20sociales.pdf>
27. Dahiya N, Bachani D, Acharya AS, Sharma DN, Gupta S, Haresh KP. Socio-Demographic, Reproductive and Clinical Profile of Women Diagnosed with Advanced Cervical Cancer in a Tertiary Care Institute of Delhi. J Obstet Gynaecol India. febrero de 2017;67(1):53-60.

28. Conde CR, Lemos TMR, Ferreira M de LDSM. Sociodemographic, individual and programming characteristics of women with cervical cancer. *eglobal*. 30 de diciembre de 2017;17(1):348.
29. Saboyá ELS, Rodríguez MML, Giraldo FG. DETERMINANTES SOCIALES Y SU ASOCIACIÓN CON LA NO TOMA DE CITOLOGÍA CÉRVICO VAGINAL EN LA POBLACIÓN RURAL DE COLOMBIA. :59.
30. Barrios Garcia L, Lecompte Osorio PA, Leones Castillo A, López Custode FR. Factores de riesgo presentes en pacientes con lesiones intraepiteliales escamosas del cérvix en la Clínica Maternidad Rafael Calvo en la ciudad de Cartagena (Colombia): estudio descriptivo. *archmed*. 30 de junio de 2016;16(1):109-17.
31. Luna Martillo ST, Chaguay Blacio DN, Barco Ramírez EB, Carbo Palacio JA. Neoplasia Cervicouterina: diagnóstico y tratamiento. *RECIMUNDO*. 30 de diciembre de 2019;3(4):3-28.
32. Núñez-Troconis J. Cigarrillo y cáncer de cuello uterino. *Rev chil obstet ginecol*. abril de 2017;82(2):144-52.
33. Lin AJ, Kidd E, Dehdashti F, Siegel BA, Mutic S, Thaker PH, et al. Intensity Modulated Radiation Therapy and Image-Guided Adapted Brachytherapy for Cervix Cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 1 de abril de 2019;103(5):1088-97.
34. Urrutia MT, Gajardo M. Adherencia al tamizaje de cáncer cérvicouterino: Una mirada desde el modelo de determinantes sociales de la salud. *Rev chil obstet ginecol*. abril de 2015;80(2):101-10.
35. Bermedo-Carrasco S, Peña-Sánchez JN, Lepnurm R, Szafron M, Waldner C. Inequities in cervical cancer screening among Colombian women: A multilevel analysis of a nationwide survey. *Cancer Epidemiology*. abril de 2015;39(2):229-36.
36. Challier B, Meslans Y. Áreas desfavorecidas y asistencia a la detección del cáncer de cuello uterino en una región. :6.
37. García-Balaguera C. La salud como derecho en el postconflicto colombiano. *Rev salud pública*. 1 de noviembre de 2018;20(6):778-84.

38. ¿Qué es cáncer de cuello uterino (cervical)? [Internet]. [citado 19 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/acerca/que-es-cancer-de-cuello-uterino.html>
39. Cáncer de cuello uterino [Internet]. [citado 19 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Cancer-de-cuello-uterino.aspx>
40. Juárez R, Orlando A. FACTORES DE RIESGO PARA EL CONSUMO DE TABACO EN UNA POBLACIÓN DE ADOLESCENTES. :6.
41. Signos y síntomas del cáncer de cuello uterino [Internet]. [citado 14 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/senales-sintomas.html>
42. OMS | Determinantes sociales de la salud [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 14 de noviembre de 2020]. Disponible en: https://www.who.int/social_determinants/es/
43. Hernández LJ, Ocampo J, Ríos D, Calderón C. El modelo de la OMS como orientador en la salud pública a partir de los determinantes sociales. Rev salud pública. 1 de mayo de 2017;19(3):393-5.
44. Wikipedia. Cáncer cervicouterino. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/C%C3%A1ncer_cervical#:~:text=El%20c%C3%A1ncer%20cervical%20o%20c%C3%A1ncer,proyecta%20dentro%20de%20la%20vagina
45. Signo clínico. En: Wikipedia, la enciclopedia libre [Internet]. 2020 [citado 12 de noviembre de 2020]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Signo_cl%C3%ADnico&oldid=130879913
46. Epidemiología. En: Wikipedia, la enciclopedia libre [Internet]. 2020 [citado 12 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Epidemiolog%C3%ADa&oldid=130196894>
47. OMS/OPS. Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud: resumen analítico del informe final 2008. Disponible en:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69830/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

48. OMS. La colposcopia y el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical: Manual para principiantes, J.W. Sellors & R. Sankaranarayanan. Disponible en: <https://screening.iarc.fr/colpochap.php?lang=3&chap=11.php>
49. De la Guardia, M. La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. 2019. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/jonnpr/v5n1/2529-850X-jonnpr-5-01-81.pdf>
50. American Society of Clinical Oncology (ASCO). Cáncer de cuello uterino: Diagnóstico. Disponible en: <https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-de-cuello-uterino/diagn%C3%B3stico>
51. OMS. Manual práctico para la Detección Visual de las Neoplasias Cervicales. Disponible en: <https://screening.iarc.fr/viaviliappendix1.php?lang=3>
52. Ministerio de Salud. RESOLUCION NUMERO 8430 DE 1993 [Internet]. Decreto 2164 DE 1992 y la Ley 10 de 1990 p. 19. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
53. Garzón N et al. Recomendaciones éticas para las investigaciones en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: UNAL. Facultad de Enfermería, Centro de extensión e investigación; 2008, 24 p.
54. Prevención y control del cáncer de cuello uterino 1.pdf.
55. EDWIN LEANDRO SOSA SABOYÁ - DETERMINANTES SOCIALES Y SU ASOCIACIÓN CON LA NO T.pdf.
56. Gallegos Toribio R, Fuentes Vargas MA, Gonzales Menéndez JM. FACTORES DEL ESTILO DE VIDA PREDISPONENTES A DISPLASIA CERVICAL EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA, 2013-2017. RFMH [Internet]. 10 de abril de 2019 [citado 29 de mayo de 2022];19(2). Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rfmh/v19n2/a04v19n2.pdf>
57. 2 Comportamiento de los factores de riesgo asociados al cáncer de cuello.pdf.
58. Barrios Garcia et al. - 2016 - Factores de riesgo presentes en pacientes con lesi.pdf.

59. 4 Características sociodemográficas, individuales y de programación de las mujeres con cáncer cervical.pdf.
60. 5 Cáncer de cérvix y autorresponsabilidad perfilando el riesgo de abstención al Papanicolaou entre las mujeres chilenas mediante Árboles de Decisión.pdf.
61. 6 Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino y resultados de prueba de Papanicolaou en adolescentes marginadas de Bogotá, Colombia.pdf.
62. 7AUTONOMÍA DE LA MUJER, Y LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DEL CUELLO 7.pdf.
63. Vélez C. Discapacidad y Determinantes Sociales de la Salud Estructurales e Intermedios: Diferencias por Género. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/318882729_Discapacidad_y_Determinantes_Sociales_de_la_Salud_Estructurales_e_Intermedios_Diferencias_por_Genero
64. Coronel-Brizio P. Cáncer del cuello uterino según zona urbana, suburbana y rural en Veracruz. Disponible en: medigraphic.com/pdfs/veracruzana/muv-2010/muv101b.pdf
65. Gutiérrez C. Nivel de pobreza asociado al estadio de gravedad del cáncer ginecológico. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v69n4/a04v69n4.pdf>
66. Sáenz M. Equidad y determinantes sociales de la salud: reflexiones desde América Latina. Disponible en: <http://sia.eurosocial-ii.eu/files/docs/1445409020-Equidad%20y%20determinantes%20sociales%20de%20la%20salud.pdf>
67. Turner BS. The History of the Changing Concepts of Health and Illness: Outline of a General Model of Illness Categories. En: Handbook of Social Studies in Health and Medicine [Internet]. London: SAGE Publications Ltd; 2000 [citado 29 de mayo de 2022]. p. 9-23. Disponible en: https://sk.sagepub.com/reference/hdbk_socstudyhealth/n2.xml
68. Aranguren L. Barreras para la prevención y detección temprana de cáncer de cuello uterino. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/13051>

69. Soltero-Rivera S. Determinantes sociales de la salud de la OMS en mujeres mexicanas con el virus de papiloma. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RENH/article/view/2694>
70. Drolet M, Bénard É, Pérez N, Brisson M, Ali H, Boily MC, et al. Population-level impact and herd effects following the introduction of human papillomavirus vaccination programmes: updated systematic review and meta-analysis. *The Lancet*. agosto de 2019;394(10197):497-509.
71. Adhanom T. Global strategy towards eliminating cervical cancer as a public health problem. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/cervical-cancer/cerv-cancer-elimn-strategy-16dec-12pm.pdf>
72. Tapia M. Cancer cervicouterino escamoso no queratinizante en paciente de 25 años: reporte de caso clínico. Disponible en: https://www.revistaavft.com/images/revistas/2021/avft_3_2021/12_cancer_cervico_uterino_escamoso.pdf

10 ANEXOS

ANEXO 1.

Cuestionario de encuesta realizado en Google cuestionarios se deja link de ingreso.

11 https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSf6LCfCK-gLpPpNtauTWpL9IDIf7EinwqzyJjZX6vLy_qqkEA/viewform

29/5/22, 10:44

CCUDSS4: CARACTERIZACION DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD Y CONDICIONES CLÍNICAS EN LAS MUJE...

CCUDSS4: CARACTERIZACION DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD Y CONDICIONES CLÍNICAS EN LAS MUJERES DIAGNOSTICADAS CON CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN HUDN PERIODO 2017-2020.

Los datos obtenidos de Historia Clínica y entrevista telefónica se mantendrán bajo estricta confiabilidad y serán utilizados de acuerdo con el cumplimiento de la ley 1581 de 2012 de Protección de datos personales. Al proporcionar cualquier información personal a esta investigación, se entiende completamente y consciente de forma clara la transferencia de esta información, recolección y procesamiento de la misma en Colombia, esto bajo lo establecido en la política de privacidad

*Obligatorio

Variables sociodemográficas

1. Numero de identificación. *

2. Edad. *

ANEXO 2.

Consentimiento Informado

Investigadores: Dayana Valentina Madroñero Madroñero, Angie Karina Moncayo Moncayo, Oscar Iván Realpe Muñoz, Héctor Daniel Rodríguez Martínez

San Juan de Pasto

Lea cuidadosamente el consentimiento y formule al investigador las preguntas necesarias antes de firmar. Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le solicitará que firme esta forma de consentimiento, del cual recibirá una copia firmada y fechada.

Esta investigación busca identificar los determinantes sociales de salud que son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen incluido el sistema de salud, como por ejemplo raza, posición social, empleo, acceso a educación, calidad de vivienda, dieta, alimentación, sistema de salud, lugar de procedencia, entre otros, los cuales tienen un rol importante a la hora del desarrollo de esta enfermedad como lo es el cáncer de cuello uterino.

Por ello, es importante resaltar la necesidad de nuestra investigación que se basa en poder identificar cuales determinantes sociales de salud son los que más afectan o están presentes a la hora de desarrollar cáncer de cuello uterino y a su vez identificar también los factores de riesgo para desarrollarlo.

Esta investigación se realiza con el propósito de dar un aporte a la comunidad científica, aportando conocimientos sólidos sobre cuáles son los determinantes sociales de la salud que están presentes en el cáncer de cuello uterino también brindarle conocimiento al personal de la salud de los hospitales, estudiantes y a la comunidad en general, ya que esta problemática es un asunto de conocimiento para todos.

El objetivo principal de esta investigación es caracterizar cuáles son los determinantes sociales de salud y condiciones clínicas presentes en las mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino en HUDN periodo 2017-2020

Esperamos clasificar a la población con el fin de conocer y determinar un perfil social para posteriormente realizar una descripción con fines de identificar componentes, acontecimientos, procesos y contextos más influyentes con esta investigación; como también es importante conocerla clínicamente para evitar el progreso de esta enfermedad.

La población que hace parte de nuestro estudio son mujeres vivas con diagnóstico de cáncer de cuello uterino en Hospital Universitario Departamental de Nariño y Fundación Hospital San Pedro en el periodo 2017-2018-2019-2020, mujeres mayores de 18 años, mujeres diagnosticadas que residan en algún municipio del departamento de Nariño, historias clínicas de todas las mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino que recibieron tratamiento en el Hospital Universitario Departamental de Nariño y Fundación Hospitalaria San Pedro en el periodo y se tomaran al menos 200 pacientes. Las mujeres que no pueden formar parte de esta presente investigación son las mujeres que estén embarazadas, muertas y que no correspondan con los años anteriormente dichos.

Esta investigación se realizará por medio de historias clínicas y por medio de llamadas a las pacientes, no habrá visitas, consultas adicionales o cualquier tipo de intervención, únicamente será una llamada donde no se generará ninguna molestia y por esto se considera una investigación sin riesgos según la resolución 8430 de 1993.

Usted como participante va a colaborar en este estudio llenando una falta de conocimiento que hay respecto al tema en nuestra región y para en un futuro poder alertar mediante la educación y prevención sobre los determinantes sociales de salud presentes en el cáncer de cuello uterino. Esta información será confidencial, en ningún momento se revelarán nombres o documentos de identidad, toda la información personal se manejará únicamente entre los integrantes del estudio.

La participación será totalmente voluntaria, esta decisión no afectará la atención que usted como paciente puede seguir recibiendo en el Hospital y si en algún momento desea, puede retirarse sin ningún tipo de problema.

Por lo anterior yo: _____ identificado con la cedula número: _____, he entendido, comprendido y se me han resuelto las dudas frente a la información aquí plasmada y acepto participar en el estudio de investigación titulado _____

Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

FIRMA PARTICIPANTE _____

FIRMA TESTIGO 1 _____

FIRMA TESTIGO 2 _____

ANEXO 3.

Cronograma

	2021												2022					
ACTIVIDAD	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6			
ELABORACION DE PROPUESTA																		
PRESENTACION DE PROPUESTA	■	■																
AJUSTES DE PROPUESTA		■		■														
SOLICITUD DE AVALES		■	■															
PRUEBA PILOTO /ENTRENAMIENTO EN HERRAMIENTAS		■	■															
CALIBRACION DE INSTRUMENTOS		■	■															
PRESENTACION EN LA INSTITUCION A DESARROLLAR EL PROYECTO				■														
RECOLECCION DE INFORMACION				■	■	■												
DIGITACION Y DEPURACION DE DATOS					■	■												
ANALISIS ESTADISTICO DE LOS DATOS							■	■		■	■	■						
ELABORACION DE INFORME FINAL												■	■					
PREPARACION SUSTENTACION														■				
SUSTENTACION DE PROYECTO DE GRADO														■				
ELABORACION DE ARTICULO CIENTIFICO														■				

Anexo 4

Presupuesto

RESUMEN DEL PRESUPUESTO

RESUMEN								
		ESTUDIANTES EN FORMACION EN MEDICINA		FUNDACION UNIVERSITARIA SAN		ALIADOS		TOTAL
		Especie	Efectivo	Especie	Efectivo	Especie	Efectivo	
1	Talento humano	\$ 15.358.464	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
2	Equipos y software	\$ 0	\$ 15.337.999	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 15.337.999
3	Capacitación	\$ 0	\$ 35.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 35.000
4	Servicios tecnológicos y pruebas	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
5	Materiales, insumos y documentación	\$ 0	\$ 86.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 86.000
6	Gastos de viaje	\$ 0	\$ 760.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 760.000
7	Administrativos	\$ 0	\$ 0	\$ 3.451.630	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 3.451.630
8	Otros	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
INVERSION TOTAL DEL PROYECTO		\$ 15.358.464	\$ 16.218.999	\$ 3.451.630	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 35.029.093

Interpretación

El presupuesto de la investigación se divide en talento humano en donde se ocupó un valor de 15.358.464, este se calculó con un sueldo de tecnólogos por cada integrante, en equipos y Software se ocupó 15.337.999, esto evaluado al costo de cada equipo de cada integrante, tanto equipo de cómputo, telefónico, y de sistema de software, en capacitación se utilizó 35.000, esto evaluado para adquirir una capacitación, para el manejo de los sistemas operativos, para el procesamiento de datos estadísticos para los 4 investigadores, en materiales, insumos y documentación se ocupó 86.000, esto evaluado con el usos de resma de papel, lapiceros, elementos de bioseguridad, en gastos de viajes se utilizó 760.000 evaluado acorde al transporte público, para hacer los distintos viajes a los

hospitales para la recolección de datos de historias clínicas, y entro otros viajes necesarios durante la investigación, en administrativos el cual tiene un valor de 3.451.630 evaluado con respecto al asesor metodológico, con un valor mensual de 94.998, al cual se lo requiero por un tiempo de 18 meses, un asesor científico, con un valor mensual 158.333, al cual se lo requiero por un tiempo de 7 meses, asesor estadístico, con un valor mensual de 158.333, al cual se lo requiero por un tiempo de 4 meses, estos costos corrieron por cuenta de la Fundación Universitaria San Martín, en total se ocupó un presupuesto de 35.029,093.

Anexo 5.

CARTA DE SOLICITUD DE AVAL AL COMITÉ ETICO DE INVESTIGACION

Fundación Universitaria San Martín, _____

Señores:

Comité ético de investigación

Fundación Universitaria San Martín sede Pasto

ASUNTO: Solicitud de revisión del anteproyecto al comité ético de investigación para su aval.

Respetados doctores.

Por medio de la presente, me permito solicitar muy respetuosamente se realice la revisión del anteproyecto *titulado "Determinantes sociales de salud y condiciones clínicas en las mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino en HUDN periodo 2017-2020"*

Quedamos atentos a su respuesta.

Nos despedimos agradeciéndoles su disponibilidad y atención prestada.

Cordialmente.

Valentina Madroño
Angie Moncayo
Iván Realpe
Héctor Rodríguez

ANEXO 6.

ARTICULO CIENTIFICO



**FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD - PROGRAMA DE MEDICINA
SEDE PASTO
ONCOLOGIA
SAN JUAN DE PASTO**

17/05/2022

**CARACTERIZACION DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE
SALUD Y CONDICIONES CLÍNICAS EN LAS MUJERES
DIAGNOSTICADAS CON CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN
HUDN PERIODO 2017-2020.**

AUTORES:

Dayana Valentina Madroñero Madroñero.
Angie Karina Moncayo Moncayo.
Oscar Iván Realpe Muñoz.
Héctor Daniel Rodríguez Martínez.

ASESORES METODOLOGICOS:

Gloria Cristina Bolaños.
Ana Isabel Vallejo.

ASESOR CIENTIFICO:

Filipo Moran

CARACTERIZACION DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD Y CONDICIONES CLÍNICAS EN LAS MUJERES DIAGNOSTICADAS CON CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN HUDN PERIODO 2017-2020.

Dayana V. Madroñero M; Angie K. Moncayo M; Oscar I. Realpe M; Héctor D. Rodríguez M.

FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN

FACULTAD ciencias DE la SALUD - PROGRAMA DE MEDICINA

SEDE PASTO

17/05/2022

RESUMEN.

El CCU es el segundo cáncer más frecuente en mujeres en el mundo, con 86% de los casos (1). Cabe destacar que hay un patrón geográficamente definido de cáncer de cérvix, relacionado con la desigualdad social, pobreza, y con predominio de régimen subsidiado, en estas regiones. La relevancia social de este estudio radica en que el CCU es un evento de salud pública y en los países de ingresos bajos y medianos, su incidencia es de casi el doble y su tasa de mortalidad el triple que las de los países de ingresos altos (1). Es por eso por lo que en este estudio se va a caracterizar los determinantes sociales de salud y condiciones clínicas de las mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino en HUDN periodo 2017-2020. El tipo de estudio que se realizó fue cuantitativo observacional descriptivo, se excluyeron a pacientes gestantes y menores de edad. En el estudio se

contó con 148 pacientes del sexo femenino quienes presentaron una mediana de edad de 58 años. La mayor proporción se concentró en el régimen subsidiado, siendo Emssanar la que aporta el 45% de las pacientes. En lo que respecta a las variables de acceso a los servicios de salud, se obtuvo que un 45% de las pacientes reportó retraso al acceso de autorizaciones médicas y que la principal red de apoyo de estas pacientes fue la familiares del núcleo familiar. Los resultados también nos muestran que es necesario considerar la promoción y prevención del cáncer del cuello uterino, desde una perspectiva mucho más amplia, con un enfoque que va más allá de los fenómenos biomédicos.

Palabras clave:

CÁNCER: es una enfermedad por la que algunas células del cuerpo se multiplican sin control y se diseminan a otras partes del cuerpo. Es posible que el cáncer comience en cualquier parte del cuerpo humano, formado por billones de células

CÁNCER DE CUELLO UTERINO: es una enfermedad por la que se forman células malignas cancerosas en los tejidos del cuello uterino.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD: (DSS) Son las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen una persona.

CITOLOGÍA: Es una técnica se utiliza, para el diagnóstico de las lesiones cancerosas del cuello de útero, también permite el diagnóstico de otras infecciones de la zona.

MULTIPARIDAD: Corresponde a aquella condición por la cual la gestante ha tenido 2 o más partos.

ACCESIBILIDAD: Posibilidad que tiene el Usuario para utilizar los servicios de salud. Oportunidad: Posibilidad que tiene el Usuario de obtener los servicios que requiere sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.

FACTORES DE RIESGO: son condiciones, conductas, estilos de vida o situaciones que nos exponen a mayor riesgo de presentar una enfermedad, en este caso hablaremos de las enfermedades cardiovasculares.

I. OBJETIVO.

• OBJETIVO GENERAL:

- ✓ Caracterizar los determinantes sociales de salud y condiciones clínicas de las mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino en HUDN periodo 2017-2020.

• OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- ✓ Describir las características sociodemográficas de la población objeto de estudio.
- ✓ Definir las condiciones clínicas de las mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino del HUDN.
- ✓ Describir los determinantes estructurales de la población objeto de estudio.

- ✓ Describir los determinantes intermedios de la población objeto de estudio.

II. MARCO TEORICO.

El cáncer de cérvix, o también llamado cáncer cervical, o cáncer de cuello uterino, o carcinoma de cérvix que se incluye las neoplasias malignas que se desarrollan en la porción fibromuscular inferior del útero que se proyecta dentro de la vagina. Es de las enfermedades más comunes en las mujeres. Las cifras de morbilidad anual en mujeres que desarrollan esta neoplasia han crecido de forma alarmante en las últimas décadas, y su principal causa es la infección por el virus del papiloma humano (VPH). Ningún otro cáncer tiene una relación de causalidad tan bien establecida con un virus (2). La OMS recomienda la adopción de un enfoque integral para prevenir y controlar el CCU. El conjunto de medidas recomendadas abarca intervenciones a lo largo de la vida. El enfoque debe ser multidisciplinario e incluir componentes como la educación de la comunidad, la movilización social, la vacunación, la detección, el tratamiento y los cuidados paliativos (1).

Además, es importante tener en cuenta los determinantes sociales como el nivel socioeconómico, el género, la raza/etnicidad, la educación y el acceso a los servicios de salud que juegan un rol importante en la aparición del CCU. La situación de inequidad frente a estos

determinantes sociales pone en mayor riesgo a las mujeres de padecerlo (3). La mortalidad por cáncer de CCU está asociada a condiciones socioeconómicas desfavorables, encontrándose un mayor riesgo de mortalidad en regiones rurales dispersas, con bajo acceso a los servicios de salud y en grupos de menor nivel educativo.

El CCU es el segundo cáncer más frecuente en mujeres en el mundo, con 86% de los casos. Se calcula que en 2018 hubo 570.000 nuevos casos, que representaron el 7,5% de la mortalidad femenina por cáncer. Se evidencia una mayor incidencia en mujeres entre 40 y 54 años, de las aproximadamente 311.000 defunciones por CCU que se registran cada año, más del 88% se producen en las regiones menos desarrolladas (1), es la causa más importante de años de vida perdidos (por cáncer) entre las mujeres de América Latina y el Caribe, donde se concentra 13 % de los casos y 12 % de las muertes que ocurren anualmente en el mundo (4). Se calcula que en 2018 hubo 570.000 nuevos casos, que representaron el 7,5% de la mortalidad femenina por cáncer (5).

El registro Poblacional de cáncer del Municipio de Pasto procesa información de los casos de cáncer que ocurren en el área rural y urbana del municipio de Pasto-Colombia. La población se distribuye el 81.7% en la zona urbana y 18.3% en la zona rural. Los estudios realizados en el período 1998-2007 mostraron que el cáncer que produce mayor morbimortalidad en hombres fue el de estómago y en

mujeres el de cérvix. La incidencia de tumores cancerígenos en mujeres fue de: mama (17.3%), cérvix (16.0%) en segundo lugar y las principales causas de mortalidad por cáncer en mujeres fueron los tumores de: Estómago (16.7%), Cérvix (12.5%) (5). En Pasto la tendencia de la incidencia de CCU ha bajado sin embargo la tendencia de la mortalidad se mantiene constante, resultados que reflejan dificultades en la detección temprana y tratamiento oportuno (6).

Desde los determinantes sociales de salud (DSS), estos son factores modulantes en la adherencia al tratamiento, por lo tanto, se deben tener en cuenta en la atención clínica terciaria (7). La OMS ha elaborado una guía sobre cómo prevenir y combatir el CCU mediante la vacunación, el cribado y el tratamiento del cáncer invasivo. La Organización colabora con los países y los asociados para elaborar y aplicar programas integrales. En mayo de 2018, se comenzó a adoptar medidas destinadas a eliminar el CCU (1). En relación con la atención terciaria, se analiza los estadios del CCU y los tratamientos teniendo en cuenta las características clínicas y epidemiológicas de cada paciente. (8). Varios estudios confirman que, aunque la mayoría de las infecciones por VPH desaparecen por sí mismas y la mayoría de las lesiones precancerosas se resuelven de forma espontánea, todas las mujeres corren el riesgo de que las infecciones por VPH se cronifiquen y las lesiones precancerosas evolucionen hacia el cáncer de cérvix invasivo (1,9,10). Otros factores de riesgo que se

relacionen directamente con este cáncer son: Ser joven, Iniciar vida sexual <18 años, Múltiples parejas sexuales, ITS, Tabaquismo, Inmunosupresión, Mujer de 30 años sin citología, Multiparidad, Pareja hombre con VPH, Pareja promiscua, Déficit ácido fólico (11). Cuando una mujer presente síntomas sospechosos de CCU, debe ser derivada a un centro apropiado para su evaluación, diagnóstico y tratamiento.

En el departamento de Nariño, existen poblaciones de mujeres dentro de la costa, la sierra y la selva, así como minorías étnicas (Indígenas, afrodescendientes)(12), que se encuentran en una posición de inequidad respecto a los determinantes sociales de salud antes mencionados y por tanto están en situación de vulnerabilidad frente al CCU. Estas minorías y las mujeres de bajos recursos económicos están en desventaja de acceder a los servicios de tamizaje, diagnóstico y tratamiento para CCU, y también están asociadas a una supervivencia más corta después de realizado el diagnóstico (13,14).

III. DESARROLLO.

TIPO DE ESTUDIO: El estudio se basó en el paradigma positivista que orienta la investigación, de enfoque cuantitativo, de acuerdo con el control de la asignación, observacional, de acuerdo con la finalidad, descriptivo, de acuerdo con el seguimiento, transversal, de acuerdo con el tiempo, retrospectivo.

ÁREA DE ESTUDIO: Oncología

POBLACIÓN DE ESTUDIO: 148 mujeres que fueron diagnóstico de cáncer de cuello uterino y que asistieron al HUDN en el periodo 2017-2020

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ✓ Mujeres con diagnóstico de cáncer cuello uterino
- ✓ Mujeres mayores de 18 años
- ✓ Mujeres diagnosticadas que fueron tratadas en HUDN
- ✓ Historias clínicas de todas las mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino que recibieron tratamiento en el HDN

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- ✓ Mujeres gestantes
- ✓ Historias clínicas de mujeres que fueron diagnosticadas en años superiores e inferiores a los estipulados en nuestra investigación.

Se tomó el 100% de las mujeres diagnosticadas con patología cervical neoplásica en HUDN, que fue igual a 148 pacientes con revisión de historia clínica y 86 pacientes que

aceptaron la encuesta telefónica. Se realizó una lista de las pacientes con los números de teléfono y previo entrenamiento de los investigadores, se inició las llamadas a las pacientes o familiares, explicando el objetivo de la investigación, el alcance, los beneficios y solicitando el consentimiento para realizar la encuesta.

La recolección de datos se divide en 2 fases, la primera consiste en aplicar el instrumento en la historia clínica, donde se aborda las variables correspondientes y luego se realizó encuesta telefónica, a la población objeto de estudio por parte de los estudiantes de la FUSM, donde se aplicó el cuestionario CCUDSS4, de tipo estructurado o elaborado por los investigadores, se tuvo como primera fuente encuesta a paciente, si la paciente estaba fallecida, se tomó en cuenta como segunda fuente, a familiar que estuvo en todo el proceso de la enfermedad, y en casos que familiar no respondió o los números telefónicos fueron nulos, se tomó una tercera fuente, que es el referente de cáncer, además se realizó la aplicación de un consentimiento informado, ya sea de manera electrónica donde se envió vía correo electrónico, para que la paciente haga la firma de este, si no existe accesos a estos medios, se aplicara vía telefónica, donde la llamada fueron grabadas, para constancias del consentimiento previo, para los dos casos se explicó y se resolvieron toda duda existente, y así poder recibir la aceptación previa de las pacientes, todas las llamadas fueron grabadas y archivadas como evidencia.

IV. RESULTADOS.

Resultados de las características sociodemográficas de la población objeto de estudio. La edad promedio de la muestra estudiada fue de 58 años, con una edad mínima de veintinueve años y la máxima de noventa y un años. El treinta punto cuatro por ciento de las mujeres son casadas, el veintisiete punto siete por ciento en unión libre y el veintitrés por ciento solteras. El cuarenta y cinco por ciento de las pacientes pertenecían a régimen subsidiado siendo la EPS con mayor aporte de pacientes Emssanar y en el régimen contributivo en cincuenta y cinco por ciento fueron pacientes de la nueva EPS.

Resultados las condiciones clínicas de las mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino del HUDN. Se encontró que la mayoría de las pacientes eran multíparas, de las cuales el veintiséis por ciento de las pacientes tuvieron dos hijos, un dieciocho por ciento tuvo tres hijos, y solo el ocho por ciento tuvieron hasta cinco hijos. En el número de parejas sexuales el veintinueve por ciento habían tenido entre una y dos parejas y hasta el veinticinco por ciento tuvieron entre tres y cuatro parejas sexuales. En los antecedentes familiares encontramos que hasta el cuarenta y tres por ciento de las pacientes de este estudio si tenían antecedentes de cáncer. Se encontró que el sesenta y dos por ciento se realizaron la toma de la citología. El noventa y cinco por ciento de las pacientes fueron diagnosticadas por

medio de una biopsia y el cincuenta y dos por ciento se les realizó la toma de colposcopia.

Con respecto al tratamiento tenemos que el noventa y uno por ciento de las pacientes recibieron tratamiento, el setenta y siete por ciento recibieron quimioterapia, el setenta y ocho por ciento recibió radioterapia, y tan solo el cuarenta y siete por ciento de las pacientes recibieron braquiterapia. De toda la muestra el sesenta y cinco por ciento de las pacientes se recuperaron, y el diez y seis por ciento no lograron recuperarse en su totalidad. El cuarenta y uno por ciento presentaron metástasis y el estadio en el que se realizaron la mayoría de los diagnósticos fue 3B con el veintinueve por ciento y en de menor incidencia fue 1B1 con tan solo el seis por ciento.

Resultados de los determinantes estructurales de la población objeto de estudio. En la raza el cincuenta y seis por ciento eran mestizas, un diez y ocho por ciento indígenas y a la población afro solo pertenecían el diez por ciento. Mayor incidencia en zona urbana que rural con el cincuenta y uno por ciento, y cuarenta y cinco por ciento, respectivamente. El cincuenta y dos por ciento pertenecían al estrato 1, y el cero punto siete por ciento pertenecían a estrato 4. En los ingresos mensuales el cuarenta y tres por ciento vivían con menos de un salario mínimo y en su mayoría solo tenían una básica primaria que pertenecían al veinticinco por ciento y solo el cuatro punto siete por ciento contaban con título Universitario. Se encontró que hasta el cuarenta y cinco por ciento de las pacientes dejaron de

trabajar a causa de la enfermedad, por lo tanto, hasta el cuarenta y siete por ciento de ellas dependían económicamente de alguien más.

Resultado de los determinantes intermedios de la población objeto de estudio. Se obtuvo que hubo retraso en las autorizaciones medicas en un cuarenta y cinco por ciento, el cincuenta por ciento de las pacientes refieren que las consultas oncológicas fueron oportunas, en cuanto a al acceso a quimioterapias, radioterapias y medicamentos un treinta y ocho, treinta y cuatro y treinta y seis por ciento, respectivamente, fue de manera oportuna. Con referencia a la red de apoyo el cincuenta y ocho por ciento tenían una red de apoyo interna, y en cuarenta y cinco por ciento los integrantes de su núcleo familiar eran quienes les ayudaban en sus cuidados. Un treinta y nueve por ciento reportaron que si hubo prioridad por las pacientes oncológicas. El treinta y cinco por ciento de las pacientes tenían una vivienda propia, el veintinueve por ciento referían presentar humedad en las habitaciones, las vías de tránsito del treinta y tres por ciento eran pavimentadas, y que el cincuenta y siete por ciento contaba con agua potable, sesenta y dos por ciento contaba con energía, cincuenta y dos por ciento tenía red de alcantarillado.

V. DISCUSION.

La edad media para diagnóstico de cáncer es de 58 años (percentil 25 46

años percentil 75 70 años), coincide con la bibliografía en la que se indica que entre las edades de 44 y 60 años es donde se encuentra la mayor cantidad de diagnósticos realizados con cáncer de cérvix (15).

El ochenta y un por ciento de las mujeres que participaron en este estudio pertenecían al régimen subsidiado esto es equiparable con otros estudios, como el de Sosa donde nos da a conocer que las personas de estrato bajo tienen mayor dificultad para acceder a un sistema de salud oportuno, por ende, encontramos mayor incidencia en el régimen subsidiado (16).

En el estudio realizado por Gallegos y otras bibliografías, se encontró que un factor de riesgo para el cáncer de cuello uterino, es ser unja mujer múltipara, ya que tener 3 o más partos, incrementa el riesgo de adquirir este cáncer en un 2.31 veces más, que en una mujer no múltipara (17).

El estudio realizado por Rodríguez, arrojó que la población presentaba dificultad en el acceso para la toma de citología, lo cual lo atribuye a una excusa frecuente para no realizársela de recurrente y como está estipulado (18), por otro lado, en el estudio realizado por Sarmiento y Amaya, el cual muestra que el 85% de las citologías fueron normales antes del diagnóstico de cáncer de cuello uterino (19), estos estudios en comparación el nuestro, encontramos que el 62% de la población se realizó citología aun con las limitaciones que

se presentan a la hora de sacar la cita o asistir a la misma.

En este estudio la mayoría de las pacientes manifestaron que el acceso a una autorización médica siempre presentaba retraso, y eso se lo ha visto a través de los años como lo manifestó Laura Naranjo, et al. Nos habla de dificultad en el acceso por falta de oportunidad para la atención, demoras o negación de la autorización e insatisfacción por problemas de salud no resueltos e ineficiencia en la atención (20).

Silvia Guadalupe, Et al encontraron que los familiares más cercanos fueron los encargados de proveer económica y emocionalmente a estas pacientes durante su enfermedad; en nuestro estudio encontramos que en mayor proporción los familiares de núcleo familiar son los encargados del cuidado, apoyo, alimentación, entre otras atenciones necesarias de estas pacientes (21).

En este estudio encontramos que en este grupo poblacional si se logró la integración de una atención adecuada y se brindó el manejo según las necesidades de cada paciente, con el conocimiento científico y práctico pertinente del personal médico, lo que coincide con la bibliografía de Tedros Adhanom donde nos menciona que , para alcanzar una eficacia óptima, la atención se debe fundamentar en una buena relación médico paciente y contar con las capacidades suficientes

para una atención integral de las pacientes oncológicas (22).

VI. CONCLUSIONES.

La mayor incidencia de cáncer de cérvix se dio con una mediana de edad de 58 años (percentil 25 46 años – percentil 75 70 años). Se encontró en el estudio que existe una relación estrecha con la presencia del CCU y la paridad de la mujer. Es necesario considerar la prevención de cáncer de cérvix desde una perspectiva mucho más amplia, con un enfoque que va más allá de los fenómenos biomédicos que la falta de adherencia al tamizaje conlleva, sino como una problemática social que explica dicho comportamiento en salud. Se requieren investigaciones que consideren los diferentes factores o determinantes, y sus respectivas interrelaciones en grupos de mujeres que adhieren y que no adhieren al tamizaje

En cuanto al nivel socioeconómico se observó que hay mayor incidencia de pacientes de estrato 1 por lo que se pudo concluir que estrato bajo es directamente proporcional con el desarrollo de cáncer de cérvix. Por otro lado, también se concluye que el nivel de educación tiene gran importancia dentro de los determinantes sociales de la salud ya que se pudo evidenciar en diferentes estudios que a menor nivel educativo mayor incidencia de este cáncer.

El acompañamiento y la ayuda familiar fue la principal red de apoyo, lo cual impulsa a conformar una buena

condición emocional y además favorece la adherencia al tratamiento de estas pacientes. Dentro de la revisión bibliográfica realizada, hay determinantes sociales que no se han evaluado durante investigaciones previas.

VII. REFERENCIAS.

1. OMS. Papilomavirus humanos (PVH) y cáncer cervicouterino, 2019. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hpv\)-and-cervical-cancer](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer)
2. Rocha-Buelvas A, Trujillo-Montalvo E, Hidalgo-Patiño C, Hidalgo-Eraso Á. Carga de cáncer del departamento de Nariño y subregiones, Colombia, 2010. 2014;32:15.
3. Benites-Zapata VA. Determinantes sociales para cáncer de cuello uterino. 2013 [citado 19 de octubre de 2020]; Disponible en: <http://rgdoi.net/10.13140/RG.2.1.1994.9924>
4. Minsalud. Norma técnica para la detección temprana del cáncer de cuello uterino y guía de atención de lesiones preneoplásicas de cuello uterino (2014).
5. American Society of Clinical Oncology (ASCO). Cáncer de cuello uterino: Síntomas y signos. Disponible en: <https://www.cancer.net/es/tipos-de-cancer/cancer-de-cuello-uterino/sintomas-y-signos>
6. Brome Bohórquez MR, Montoya Restrepo DM, Salcedo LA. Cancer incidence and mortality in Medellin-Colombia, 2010-2014. *cm*. 1 de enero de 2018;49(1):81-8.
7. OMS. Cáncer cervicouterino,. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5420:2018-cervical-cancer&Itemid=3637&lang=es

8. OMS. Comprehensive Cervical Cancer Control A guide to essential practice, Second edition. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/144785/9789241548953_eng.pdf;jsessionid=2F6C7D0AD1B91143F0F9D9EC46B66F4D?sequence=1
9. Prevalencia de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino y antecedentes sexuales/reproductivos de indígenas de Caaguazú, Paraguay 2015-2017, 2018. Disponible en: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/02/980457/15-20.pdf>
10. Rojas. V. La ecologización de la coloración del Papanicolaou en el diagnóstico del cáncer de cuello uterino 2018. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2018/im183c.pdf>
11. OMS. Nueva guía de la OMS para la prevención y el control del cáncer cervicouterino.2014. Disponible en: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/preventing-cervical-cancer/es/>
12. Minsalud. Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia, 2019. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-2019-colombia.pdf>
13. PAHO. Determinantes e inequidades en salud. 2012. Disponible en: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=sa-2012-volumen-regional-18&alias=163-capitulo-2-determinantes-e-inequidades-salud-163&Itemid=231&lang=en
14. Minsalud. Informe Técnico Sexta edición Desigualdades Sociales en Salud en Colombia Informe Nacional 2015. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/6.%20Desigualdades%20sociales.pdf>
15. Prevención y control del cáncer de cuello uterino 1.pdf.
16. EDWIN LEANDRO SOSA SABOYÁ. DETERMINANTES SOCIALES Y SU ASOCIACIÓN CON LA NO TOMA DE CITOLOGÍA CÉRVICO VAGINAL EN LA POBLACIÓN RURAL DE COLOMBIA [Internet]. Disponible en: <https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/25396/DETERMINANTES%20SOC%20-%20CCV%20%20RP1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
17. Gallegos Toribio R, Fuentes Vargas MA, Gonzales Menéndez JM. FACTORES DEL ESTILO DE VIDA PREDISponentes A DISPLASIA CERVICAL EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA, 2013-2017. RFMH [Internet]. 10 de abril de 2019 [citado 29 de mayo de 2022];19(2). Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rfmh/v19n2/a04v19n2.pdf>
18. 5 Cáncer de cérvix y autorresponsabilidad perfilando el riesgo de abstención al Papanicolaou entre las mujeres chilenas mediante Árboles de Decisión.pdf.
19. 6 Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino y resultados de prueba de Papanicolaou en adolescentes marginadas de Bogotá, Colombia.pdf.
20. Turner BS. The History of the Changing Concepts of Health and Illness: Outline of a General Model of Illness Categories. En: Handbook of Social Studies in Health and Medicine [Internet]. London: SAGE Publications Ltd; 2000 [citado 29 de mayo de 2022]. p. 9-23. Disponible en: https://sk.sagepub.com/reference/hdbk_socstudyhealth/n2.xml
21. Soltero-Rivera S. Determinantes sociales de la salud de la OMS en mujeres mexicanas con el virus de papiloma. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RENH/article/view/2694>
22. Adhanom T. Global strategy towards eliminating cervical cancer as a public health problem. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/cervical-cancer/cerv-cancer-elimn-strategy-16dec-12pm.pdf>

