

# Tamizaje del cáncer de cuello uterino en mujeres afiliadas a Emssanar E.P.S. atendidas en la E.S.E. Divino Niño de Tumaco♦

Fecha de recepción: 26/01/2018  
Fecha de revisión: 22/03/2018  
Fecha de aprobación: 07/09/2018

**Cómo citar este artículo / To reference this article / Para citar este artículo:** Moreno, N., Molineros, L., Hoyos, M. y Tello, I. (2018). Tamizaje del cáncer de cuello uterino en mujeres afiliadas a Emssanar E.P.S. atendidas en la E.S.E. Divino Niño de Tumaco. *Revista Criterios*, 25(2), 129-150. Doi: <https://doi.org/10.31948/rev.criterios/25.2-art6>



DOI: <https://doi.org/10.31948/rev.criterios/25.2>

\*Artículo Resultado de Investigación.

\*\* Enfermera. Docente de Enfermería Universidad Mariana, Nariño, Colombia. Correo electrónico: novimo-123@hotmail.com

\*\*\*Biólogo, Epidemiólogo, Universidad del Valle; Grupo GINFYCA, Fundación Hospital San Pedro. Correo electrónico: lfmolc@hotmail.com

\*\*\*\* Enfermera; Auditora de Calidad Emssanar EPS, Valle del Cauca, Colombia. Correo electrónico: isaela\_hoyos1085@hotmail.com

\*\*\*\*\* Enfermera; Auditora de Cuentas E.S.E Centro Hospital Divino Niño Municipio de Tumaco, Nariño, Colombia. Correo electrónico: katera88@hotmail.com

**Norma Viviana Moreno Montenegro\*\***  
**Luis Fernando Molineros Gallón\*\*\***  
**María Isabel Hoyos López\*\*\*\***  
**Ivone Katherine Tello Ramírez\*\*\*\*\***

## Resumen

El cáncer de cuello uterino (CCU) es un problema de salud pública en el mundo, en el que Colombia presenta una ocurrencia del segundo lugar. Este estudio evaluó el impacto de los resultados del tamizaje para cáncer cervicouterino en usuarias de una institución de salud de Tumaco, Colombia. El estudio analizó inicialmente documentos pasivos de 16.513 mujeres registradas en una institución de salud de Tumaco, Colombia, a través de características sociodemográficas, clínicas y de seguimiento. Asimismo, de manera transversal evaluó el impacto del programa en una población de 363 mujeres con y sin infección, a través de un instrumento CAP-P. Como resultado se obtuvo que es una población vulnerable que desconoce la infección del VPH, tiene prácticas y percepciones inadecuadas que han conllevado la presencia ASCUS, VPH, NIC I, II, III y AGC.

**Palabras clave:** Tamizaje del CCU, Virus del papiloma humano, Conocimientos, Actitudes, Prácticas, Percepciones.

## Screening of cervical cancer in women affiliated with Emssanar E.P.S. attended in the E.S.E. Divino Niño, Tumaco

### Abstract

Cervical cancer (CCU) is a public health problem in the world, in which Colombia presents an occurrence of the second place. This study evaluated the impact of screening results for cervical cancer in users of a health institution in Tumaco, Colombia. The study initially analyzed passive documents of 16,513 women registered in a health institution in Tumaco, Colombia, through sociodemographic, clinical and monitoring characteristics. Likewise, in a cross-sectional manner, it evaluated the impact of the program on a population of 363 women with and without infection, through a CAP-P instrument. Results showed that, it is a vulnerable population that does not know the HPV infection, and has inadequate practices and perceptions that have led to the presence of ASCUS, HPV, CIN I, II, III and AGC.

**Key words:** Screening for cervical cancer, Human papilloma virus, Knowledges, Attitudes, Practices, and Perceptions.

## Rastreo do câncer cervical em mulheres afiliadas ao Emssanar E.P.S. atendidas em E.S.E. Divino Niño, Tumaco

### Resumo

O câncer de colo de útero (CCU) é um problema de saúde pública no mundo, no qual a Colômbia apresenta uma ocorrência do segundo lugar. Este estudo avaliou o impacto dos resultados de rastreamento para o câncer do colo do útero em usuários de uma instituição de saúde em Tumaco, Colômbia. Inicialmente, o estudo analisou documentos passivos de 16.513 mulheres registradas em uma instituição de saúde em Tumaco, Colômbia, por meio de características sociodemográficas, clínicas e de monitoramento. Da mesma forma, de maneira transversal, avaliou o impacto do programa em uma população de 363 mulheres com e sem infecção, por meio de um instrumento CAP-P. Os resultados mostraram que, é uma população vulnerável que não conhece a infecção pelo HPV, e possui práticas e percepções inadequadas que levaram à presença de ASCUS, HPV, NIC I, II, III e AGC.

**Palavras-chave:** rastreo do câncer cervical, vírus do papiloma humano, conhecimentos, atitudes, praticas, percepções.

## 1. Introducción

Las infecciones de transmisión sexual generan un problema de salud pública, entre los que se encuentra la papilomatosis humana, que se presenta por diferentes tipos de Virus de Papiloma Humano (VPH). Según informes de la Organización Mundial de la Salud (2014), la infección es una condición previa para el desarrollo del cáncer de cuello uterino (CCU) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012).

En Colombia, para los años 2007 a 2011, la incidencia estimada anual fue de 4.462, con una tasa cruda del 19.6 y una tasa ajustada por edad (TAE) por cada 100.00 habitantes de 19.3; la mortalidad observada fue de 1.861 casos, con una tasa cruda de 8.2 (TAE: 8.2). En el departamento de Nariño la incidencia estimada anual fue de 157 casos, con una tasa cruda del 19.4 (TAE: 29.4); la mortalidad observada es de 70 casos, con una tasa de 8.7 y una TAE de 9.1 (Pardo y Cendales, 2015). Estudios en el departamento de Nariño entre el 2008 y 2010 reportaron 23 casos en la ciudad de Pasto, 15 en Ipiales y once en el municipio de Tumaco (Yépez, Bravo, Hidalgo, Jurado y Bravo-Goyes, 2012), lo cual muestra al departamento, como uno de los más incidentes en el país.

La alta prevalencia del CCU, el conocimiento de su historia natural, el éxito del tratamiento de las lesiones precancerosas, así como el bajo costo de los métodos de detección de estas lesiones intraepiteliales mediante el tamizaje citológico, justifican el diseño de programas de detección precoz de esta neoplasia en el mundo, los cuales han logrado un descenso significativo de la mortalidad específica, como ha sido demostrado en países como Canadá, Colombia Británica y países escandinavos. Además, en países como Nueva Zelanda, se da la transición a programas con exámenes de detección basados en el VPH quinquenales para mujeres entre 25 y 69 años, lo cual ha disminuido la incidencia de CCU. Sin embargo, en Latinoamérica, donde se ha implementado programas de detección temprana basados en tamizaje citológico, la reducción no ha sido la esperada; por lo tanto, actualmente se considera como de alto riesgo para el desarrollo del CCU (Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino, PNPCC, s.f.).

La implementación de la norma de detección temprana de CCU en Colombia, en particular en el departamento de Nariño, evidencia falencias por sus bajos resultados, lo que ha conllevado la no detección oportuna de lesiones preneoplásicas y neoplásicas del cuello uterino, retrasando la oportunidad en el diagnóstico y tratamiento, con lo cual disminuyen las posibilidades de curación y el tiempo de sobrevivencia. El impacto de las acciones educativas en el programa puede estar influenciando clínicamente el deterioro de su condición de salud, lo cual lleva a evolucionar a otros estadios (NIC I, HSIL O AGC), por lo que se hace evidente la importancia de retratar la actualidad de la enfermedad en sus diferentes factores de riesgo y progresiones prevenibles, relacionados con la adquisición inicial de la infección por VPH.

Este estudio describió las características sociodemográficas y clínicas y el seguimiento del programa de CCU en mujeres diagnosticadas con VPH, con el fin de establecer estrategias que permitieran mejorar el programa de tamizaje en la institución estudiada -EPS del Centro Hospital Divino Niño en el municipio de San Andrés de Tumaco-, además de conocer el impacto de los procesos de promoción y prevención de la enfermedad. Por tal fin, se caracterizó retrospectivamente los factores clínicos y de seguimiento a mujeres diagnosticadas con VPH entre el periodo 2014-2016.

## 2. Metodología

Estudio de tipo analítico que contempla dos abordajes, donde se tomó como dimensiones, las características sociodemográficas, clínicas, el padecimiento (conocimientos, actitudes, prácticas y percepciones) y el seguimiento sobre el tamizaje de CCU en mujeres del Centro de Salud Divino Niño del municipio de Tumaco.

Para el primer abordaje fueron caracterizados retrospectivamente los factores clínicos y de seguimiento a mujeres diagnosticadas con VPH en el periodo 2014-2016, a través de la base de datos de la EPS Emssanar, cedida por la E.S.E. Centro Hospital Divino Niño. La población estuvo conformada por 16.513 mujeres registradas en la base de datos, las cuales asistieron a la toma de citología. Para la obtención de esta información se analizó el reporte de cada una de las usuarias con el respectivo resultado citológico.

Para el segundo abordaje se describió de manera trasversal las características sociodemográficas, los conocimientos, actitudes, prácticas y percepciones en la población objeto de estudio. La población estuvo conformada por 16.513 mujeres registradas en la base de datos de la E.S.E. Centro Hospital Divino Niño que pertenece a la EPS EMSSANAR en el periodo 2014-2016. De la base de datos se identificó a 121 mujeres VPH positivas, teniendo en cuenta los criterios de tipificación; el muestreo fue por conveniencia, tomando el doble de la población objeto de estudio, 242 usuarias que asistieron a la toma de citología y que no registraron antecedentes de infección por VPH o CCU. Para la recolección de la información se utilizó el instrumento CAP-P conformado por 71 preguntas, que comprende las siguientes dimensiones: Datos sociodemográficos: 14 preguntas; Conocimientos: 15 preguntas; Actitudes: 20 preguntas; Prácticas: 11 preguntas; y Percepciones: 11 preguntas.

Una vez identificada la población, se contrató dos auxiliares de enfermería a quienes se las capacitó en el tema VPH, manejo del aplicativo en línea e importancia de explicar el consentimiento informado, con el objetivo de aplicar la encuesta CAP-P con criterios de calidad, y realizar visitas domiciliarias efectivas a través de contacto telefónico para establecer una cita y posteriormente realizar la encuesta CAP-P a través de un aplicativo en la página web.

Teniendo en cuenta la base de datos, se evidenció sesgos de información porque hubo mujeres que no contestaron, o su número celular se encontró apagado

o suspendido. Además, no existía dirección exacta que permitiera desplazarse hasta la vivienda, ya que el municipio de Tumaco no cuenta con nomenclatura que permita llegar fácilmente a la vivienda. A esto se le suma el problema de orden público que acontece en la actualidad, motivo por el cual se logró localizar solo a 70 mujeres a quienes se les aplicó la encuesta CAP-P en su respectivo domicilio. Para ello, las auxiliares de enfermería se acercaron a la E.S.E. Centro Hospital Divino Niño teniendo en cuenta los días de mayor afluencia que son los lunes, martes y miércoles, realizando el aplicativo sin mayor dificultad.

Para ambos abordajes, una vez obtenida la información de la base de datos, se descargó en el programa Excel; posteriormente se migró los datos al programa SPSS 20 para Windows 2010 y luego se realizó un análisis univariado para explorar las variables de estudio; éste se describió a través de frecuencias y porcentaje, luego un análisis bivariado, tomando como variable dependiente la unificación de las variables presencia de VPH y ASCUS, y más tarde se utilizó la prueba de Chi cuadrado y/o Fisher con una confianza del 95 %.

### 3. Resultados

Tabla 1. Datos sociodemográficos de las mujeres con VPH

Datos Sociodemográficos							
Variable	n		P	Variable	n		P
	Sí	No			Sí	Sí	
<b>Comuna</b>				<b>Estrato socioeconómico</b>			
1	33	94	0.013 (a)	0	1	3	0.000 (a)
2	8	9		1	47	299	
3	3	9		2	20	6	
4	3	4		3	2	1	
5	23	126		5	0	3	
<b>Tiempo de vivir en Tumaco-años</b>				<b>Ocupación:</b>			
<1	0	12	0.007 (a)	Ama de casa	49	131	0.000 (a)
1-3	30	75		Independiente	5	39	
3-5	25	72		Oficios	5	20	
5-10	10	56		Estudiante	0	13	
10-20	2	25		otra	11	39	
20+	3	2					

<b>Religión:</b>			<b>Área donde reside</b>					
Ninguna	3	38		Urbana	53	178	0.423 (b)	
Católico	52	151	0.037(a)	Rural	17	64		
Cristiano	10	44						
Otro	5	9						

<b>Cesáreas</b>			<b>¿Lugar de atención del último parto?</b>					
Ninguna	50	128	0.027 (a)	Ninguno			0.000 (a)	
1	16	73		Atención intrahospitalaria				
2	3	35		1	43	44		129
3	1	6		Atención extra hospitalaria				
				Intra y extra hospitalaria			12	52
							13	18

\*frecuencia (n); probabilidad (p), Chi<sub>2</sub> (a), Fisher (b)

Variable	n		p	Variable	N		p	
	Sí	No			Sí	No		
<b>Edad</b>	¿Usted sabe leer y escribir?						0.171 (b)	
18-24	4	56	Sí			62		225
25-34	17	69	No			8		17
35-44	16	75	0.000 (a)					
45-54	21	29						
55-64	5	7						
65+	7	6						
<b>¿Usted trabaja?</b>	<b>Número de embarazos</b>							
Sí	47	101	0.000 (b)	Ninguno			0	18
No	23	141		1-2			17	102
				3-4			28	80
				5 o más			25	42

Último estudio realizado			Número de partos			
Primaria incompleta	2	18	Ninguno	5	71	
Primaria completa			1-2	20	73	
Primaria grado	25	9	3-4	21	66	0.000 (a)
Secundaria Incompleta	4	19	5 o más	24	32	
	1	25				
Secundaria completa			<b>Barrio:</b>			
Sec. Grado			Buchelli	0	41	
Estudios técnicos incompletos	12	11	Exporcol	5	5	
Estudios técnicos completos	20	70	El Bajito	4	3	0.000 (a)
Estudios técnicos grado	1	42	La Ciudadela	0	31	
Universitarios Incompleto	1	4	Nuevo Milenio	1	11	
Universitarios Completo	2	31	El Obrero	4	30	
Universitarios Grado	1	0	Unión Victoria	1	53	
Posgradual grado	0	7	Otro	55	68	
	1	5				
	0	1				

\*Frecuencia (n); probabilidad (p), Chi<sub>2</sub> (a), Fisher (b)

Al caracterizar sociodemográficamente a las mujeres con VPH, se evidencia que pertenecen a la Comuna 1 (n = 33) y 5 (n = 23); de estrato socioeconómico 1 (n = 47); viven en Tumaco de 1 a 3 años (n = 30). En cuanto a la ocupación, en su mayoría son amas de casa (n = 49); de religión católica (n = 52); su edad está entre 45-54 años (n = 21); la mayoría ha realizado estudios primarios completos (n = 25), seguido de secundaria completa (n = 20); trabajan (n = 47) y no lo hacen (n = 23).

El número de embarazos más frecuentes está entre 3 y 4 (n = 28), y cinco o más (n = 25); el número de partos es de 5 o más (n = 25), de 3 - 4 (n = 21) y de 1-2 (n = 17).

Con respecto a las cesáreas, respondieron que no se les ha realizado este procedimiento ( $n = 50$ ), por consiguiente, las mujeres que han tenido hijos refieren que el lugar de atención del último parto fue el hospital ( $n = 44$ ).

Tabla 2. Conocimientos que tienen las mujeres con VPH

Variable	Conocimientos						
	n		p	Variable	n		p
	Sí	No			Sí	No	
¿Sabe usted qué es la infección por VPH?				¿Conoce usted los factores de riesgo que hacen que una mujer o un hombre se infecten con VPH?			
Sí	23	107	0.058 (b)	Sí	19	113	0.002 (b)
No	47	135		No	51	129	
¿Sabe usted cómo se transmite la infección de VPH?				¿Sabe usted cómo se diagnostica la infección de VPH?			
Contacto sexual	25	174	0.000 (a)	Sí	19	97	0.032 (b)
No conoce	44	68		No	51	145	
Otra	1	0					
¿Conoce usted qué es el CCU?				¿Conoce usted cómo se detecta el CCU?			
Sí	39	149	0.228 (b)	Sí	34	134	0.192 (b)
No	31	93		No	36	108	
¿Conoce usted la periodicidad de la citología?	5			¿Sabe usted la importancia de recibir el resultado de la citología?			
Menos de 6 meses	0			Sí			
Cada 6 meses		9		No			
Depende del resultado anterior (cada 6 meses o cada año)		43	0.256 (a)		62	227	0.115 (b)
Depende de la edad o la salud de la mujer (cada 3-6 meses o cada año)	0	2				18	
Cada año	55	172					
No sabe	4	12					

\*frecuencia (n); probabilidad (p),  $\chi^2$  (a), Fisher (b)



Variable	Conocimientos							
	n		p	Variable	n		p	
	Sí	No			Sí	No		
¿Conoce usted el tiempo en que su IPS le debe entregar el resultado de la citología?				¿Conoce usted el significado del resultado de la citología anormal/positiva?				
Al otro día	0	4	0.000 (a)	Sí	46	112	0.003 (b)	
Antes de los 15 días	5	35		No	24	130		
Al mes	31	157						
A los 2 meses	21	12						
A los 6 meses	3	1						
Al año	1	0						
No sé	9	33						
¿Quién debe prevenir la infección de VPH?					¿Conoce usted cómo se puede prevenir la infección por VPH?			
La mujer	15	56	0.000 (a)	Sí	8	131	0.000 (b)	
La pareja	20	146		No	62	111		
La familia	4	34						
El Ministerio de Salud	2	1						
La Secretaría de Salud del municipio	3	1						
La EPS	1	0						
La IPS	1	0						
No sé	24	4						
<b>Si contesta "sí" elija la opción de acuerdo con la siguiente lista:</b>				¿Conoce usted las complicaciones de la infección por VPH?				
Que algo está mal	41	58	0.000 (a)	Sí	10	94	0.000 (b)	
Que hay infección	4	42		No	60	148		
Que tiene una lesión en el cuello uterino que puede tratarse	0	2						
Que hay que hacer más estudios	0	6			¿Considera que el VPH es un problema para usted y su familia?			
CCU	0	5			Sí	47	234	0.000 (b)
Otro	0	128			No	23	8	
No sabe	0	1						
	25							

\*frecuencia (n); probabilidad (p), Chi<sub>2</sub> (a), Fisher (b)

Las mujeres, en su mayoría, no conocen sobre la infección por VPH ( $n = 47$ ), y los factores de riesgo que conllevan su adquisición ( $n = 51$ ), su forma de transmisión ( $n = 44$ ), y de las complicaciones que se suscita ( $n = 60$ ). Tampoco manifiestan conocer cómo se realiza el diagnóstico ( $n = 51$ ) y las formas de prevención ( $n = 62$ ). A pesar de ello, consideran que esta enfermedad es un problema para ellas y su familia ( $n = 47$ ), pero que quien debe prevenir la infección es su pareja ( $n = 20$ ).

Con respecto al CCU, consideran que el resultado de la citología debe ser retirado al mes ( $n = 31$ ); conocen el resultado de la citología anormal positiva ( $n = 46$ ), refiriendo que algo está mal ( $n = 41$ ); sin embargo, desconocen que, al estar anormal, el resultado indica la posibilidad de tener una lesión o CCU ( $n = 0$ ).

Tabla 3. Actitudes frente al VPH

Actitudes frente al VPH							
Variable	n		p	Variable	n		p
	Sí	No			Sí	No	
¿Hacerse la citología vaginal periódicamente previene la aparición del CCU?			0.043 (b)	¿Tener más de un compañero sexual aumenta la posibilidad de sufrir CCU?			0.000 (b)
Sí	57	218		Sí	58	238	
No	13	24		No	12	4	
¿Usar condón en las relaciones sexuales disminuye la posibilidad de sufrir CCU?			0.000 (b)	¿La citología es una prueba que permite anticiparse a la enfermedad o descubrirla en su estado oculto?			0.001(b)
Sí	49	240		Sí	63	240	
No	21	2		No	7	2	
¿Las mujeres mayores de edad que no tienen compañero sexual deben hacerse la citología?			0.053 (b)	¿La forma en que la trata cada médico o enfermera en la citología influye para futuras decisiones para tomarse la citología?			0.093 (b)
Sí	62	230		Sí	64	233	
No	8	12		No	6	9	
*frecuencia (n); probabilidad (P), Chi <sub>2</sub> (a), Fisher (b)							
Variable	n		p	Variable	n		p
	Sí	No			Sí	No	
¿La entrega de los resultados de la citología es rápida y oportuna?			0.000 (b)	¿No me realizo la citología porque el personal administrativo o quien da las citas me atiende mal?			0.000 (b)
Sí	28	179		Sí	14	9	
No	42	63		No	56	233	

¿Es necesario reclamar el resultado de la citología?	Sí	68	240	0.218 (b)	¿Todas las mujeres que tienen relaciones sexuales deben hacerse la citología?	Sí	58	241	0.000 (b)
	No	2	2			No	12	1	
¿La distancia entre el centro de salud más cercano influye para no tomarse la citología?	Sí	33	26	0.000 (b)	¿No me realizo la citología porque nunca hay citas o se demoran mucho tiempo en otorgarlas?	Sí	18	7	0.000 (b)
	No	37	216			No	52	235	
¿No me realizo la citología porque duele?	Sí	3	7	0.397 (b)	¿No voy a recoger los resultados de la citología por temor a recibir una mala noticia?	Sí	2	7	0.673 (b)
	No	67	235			No	68	235	
¿La explicación que brindan los profesionales de la salud motiva a realizarse la citología?	Sí	20	226	0.000 (b)	¿El largo tiempo de espera en el centro de salud del día de la toma de citología influye en futuras decisiones de realizarse la citología?	Sí	35	23	0.000 (b)
	No	50	16			No	35	219	

\*frecuencia (n); probabilidad (P), Chi<sub>2</sub> (a), Fisher (b)

Variable	n		P	Variable	n		p	
	Sí	No			Sí	No		
¿Me da susto tomarme la citología por temor a saber que tengo cáncer?	Sí	6	15	¿Fumar aumenta el riesgo de producir CCU?	Sí	44	183	0.027 (b)
	No	64	227		No	26	59	
¿La citología es un procedimiento muy costoso?	Sí	2	1	¿Me siento más cómoda cuando la citología es tomada por una mujer y no por un hombre?	Sí	62	235	0.007 (b)
	No	68	241		No	8	7	

\*frecuencia (n); probabilidad (P), Chi<sub>2</sub> (a), Fisher (b)

Respecto a las actitudes frente al VPH, se encuentra que las mujeres consideran que hacerse la citología vaginal periódicamente previene la aparición del CCU ( $n = 57$ ); les permite anticiparse a la enfermedad o descubrirla en su estado oculto ( $n = 63$ ). Además, refieren que todas las mujeres que tienen relaciones sexuales deben hacerse la citología ( $n = 58$ ), incluyendo aquéllas mayores de edad que no tienen compañero sexual ( $n = 62$ ). Se sienten más cómodas cuando la citología es tomada por una mujer ( $n = 62$ ), y reconocen que tener más de un compañero sexual aumenta la posibilidad de sufrir CCU ( $n = 58$ ). En este sentido, manifiestan que el uso de condones en las relaciones sexuales disminuye la posibilidad de sufrir esta complicación ( $n = 49$ ).

Para la toma de futuras citologías, influye la forma cómo son tratadas las mujeres, por el personal de salud ( $n = 64$ ); asimismo, el tiempo de espera es equitativo para esta población que está y no está de acuerdo ( $n = 35$ ); el trato del personal administrativo no tiene que ver para la toma ( $n = 56$ ), y la explicación que brindan los profesionales de salud no interfiere en la motivación en realizarse próximas citologías ( $n = 50$ ).

Por otra parte, las mujeres describen que los resultados no son rápidos y oportunos ( $n = 42$ ) y el retiro de estos no tiene que ver con la demora en la asignación de la cita ( $n = 52$ ), ni influye la distancia para realizarse el tamizaje de citologías ( $n = 37$ ). Finalmente, reconocen que fumar sí aumenta el riesgo de producir CCU ( $n = 44$ ).

Tabla 4. Prácticas realizadas por las mujeres portadores del VPH

Variable	Prácticas						
	N		p	Variable	n		p
	Sí	No			Sí	No	
¿Cuándo se debe tomar la citología?				¿Quién le informó sobre los tiempos en los que debe tomarse la citología?			
Al inicio de las relaciones sexuales	51	217		Se lo explicó el médico	11	76	
Cada vez que se tiene relaciones sexuales	14	11		Se lo explicó otro profesional de la salud (enfermera, psicóloga, trabajadora social)	41	113	0.001 (a)
Cada vez que se tenga sospecha de la pareja	4	14	0.000(a)	Promotor de la salud	11	50	
Nunca	1	0		Lo escuchó por la televisión/radio	3	1	
				Lo vio en un folleto/afiche	3	2	
				Amigo/familiar	0	1	

Año de inicio de las relaciones sexuales			¿Usa anticonceptivos?				
<16	35	100	0.222 (a)	Sí	18	50	0.228 (b)
17-19	28	94		No	52	192	
20-24	5	42					
25>	0	2					
No sabe/ No recuerda							
Método de anticoncepción			Fumador				
Ninguno	43	192	0.003 (a)	Sí	9	6	0.001 (b)
Hormonal	19	31		No	61	236	
Quirúrgico	5	5					
Barrera	3	14					
Cuando le diagnosticaron infección por VPH ¿inició con el tratamiento inmediato?			0.000 (b)				
Sí	30	1					
No	40	241					

\*frecuencia (n); probabilidad (P), Chi<sub>2</sub> (a), Fisher (b)

Prácticas							
Variable	n		p	Variable	n		p
	Sí	No			Sí	No	
Historia sexual	6	2	0.000 (a)	¿Qué tipo de medidas preventivas considera efectivas para prevenir la infección por VPH?	10	36	0.645 (a)
Ninguna	9	91		No tener relaciones sexuales a temprana edad	39	125	
1	27	102		Tener relaciones sexuales con preservativo	21	76	
2	20	36		No tener múltiples parejas sexuales	0	5	
3	5	9		No fumar			
4	3	2					
5							
¿Ha tenido más de dos compañeros al mismo tiempo?			0.003 (b)	¿Usted ha adoptado prácticas de autocuidado después del diagnóstico de la infección por VPH?			0.000(b)
Sí	6	1.9		Sí	39	31	
No	306	981		No	1	241	

\*frecuencia (n); probabilidad (P), Chi<sub>2</sub> (a), Fisher (b)

En cuanto a las prácticas, las mujeres portadoras de VPH refieren que su historia sexual es de dos compañeros (n = 27), seguido de tres (n = 20); manifiestan no haber tenido más de dos compañeros al mismo tiempo (n = 65), además de no utilizar

métodos de anticoncepción (n = 52). Después del diagnóstico con VPH expresan haber adoptado prácticas de autocuidado (n = 39), aunque no iniciaron tratamiento de inmediato (n = 40). Sostienen que el momento de tomarse la citología fue al inicio de las relaciones sexuales (n = 51) y que quienes les informaron sobre los tiempos de la toma fueron los profesionales de la salud (enfermera, psicóloga, trabajadora social) (n = 41). Por otra parte, dicen no tener el hábito de fumar (n = 61).

Tabla 5. Percepciones de las mujeres con VPH

Variable	Percepciones						
	n		p	Variable	n		p
	Sí	No			Sí	No	
¿Considera que la infección por VPH podría afectar su entorno laboral?			0.228 (b)	¿Después de la citología el médico fijó nuevo control?			0.001 (b)
Sí	65	232		Sí	25	142	
No	5	10		No	45	100	
¿Después de la citología, el médico fijó nuevo control?			0.001 (b)	¿Ha sido convocada para asistir a control por su IPS?			0.000 (b)
Sí	25	142		Sí	15	111	
No	45	100		No	55	131	
¿Su IPS le ofrece información suficiente sobre infección por VPH o CCU?			0.023 (b)	¿Considera usted que la IPS entrega los resultados de la citología oportunamente?			0.000 (b)
Sí	12	72		Sí	24	183	
No	58	170		No	46	59	
¿Ha recibido buena atención durante la citología por parte de los funcionarios de salud?			0.000 (b)	¿Usted cree que la infección por VPH se puede prevenir?			0.024 (b)
Sí	50	224		Sí	66	240	
No	20	18		No	4	2	
¿Una persona con infección por VPH se preocupa por su salud?			0.568 (b)	¿Cree que la infección por VPH afecta el entorno familiar?			0.673 (b)
Sí	68	236		Sí	68	235	
No	2	6		No	2	7	
¿Una persona diagnosticada con infección por VPH puede ser rechazada por su pareja?			0.295 (b)	¿Ha participado en procesos educativos para la prevención sobre infección por VPH o CCU?			0.026 (b)
Sí	58	191		Sí	9	59	
No	12	51		No	61	183	

\*frecuencia (n); probabilidad (P), Chi<sub>2</sub> (a), Fisher (b)

La percepción de las mujeres frente al VPH y el CCU es que no fueron convocadas a control por su IPS (n = 55) y que el médico no les fijó nuevo control después de la citología (n = 25), además de que su IPS no les ofrece información suficiente sobre esta enfermedad (n = 58), así como tampoco les entregan los resultados de las citologías de manera oportuna (n = 46). Sin embargo, manifiestan que recibieron buena atención por parte de los funcionarios (n = 50). Por otro lado, consideran que se puede prevenir la infección por VPH (n = 66), a pesar de referir no haber participado en los procesos educativos para la prevención del CCU (n = 61).

Tabla 6. Características clínicas de las mujeres con VPH

Variable	2014		2015		2016	
	N	%	n	%	N	%
<b>Anormalidad en células escamosas</b>						
<b>ASC-US</b>						
Presentó	23	82.1	11	55	16	23.5
No presentó	5	17.9	9	45	52	76.5
<b>ASC-H</b>						
Presentó	0	0	0	0	5	7.35
No presentó	28	100	20	100	63	92.7
<b>Sugestivo de VPH</b>						
Presentó	0	0	0	0	2	2.9
No presentó	28	100	20	100	66	97.1
<b>NIC I</b>						
Presentó	2	7.2	6	30	2	2.9
No presentó	26	92.8	14	70	66	97.1
<b>NIC II</b>						
Presentó	0	0	0	0	2	2.9
No presentó	28	100	20	100	66	97.1
<b>NIC III</b>						
Presentó	0	0	0	0	1	1.5
No presentó	28	100	20	100	67	98.5
<b>Anormalidad de células atípicas endocervicales (AGC)</b>						
Presentó	0	0	3	15	1	1.5
No presentó	28	100	17	85	67	98.5
<b>Tumor maligno de cuello de útero</b>						
Presentó	0	0	0	0	1	1.5
No presentó	28	100	20	100	67	98.5

\* Frecuencia (n); Porcentaje (%); Probabilidad (0.05>p) de Chi<sub>2</sub> (a); de Fisher (b)

Al caracterizar clínicamente a las mujeres con VPH, se tiene el reporte BETHES-DA que indicó que en el año 2014, el 82,1% de ellas presentaron atipias en células escamosas de significado incierto (ASC-US); para 2015 bajó este porcentaje en un 55 % y para 2016 bajó ligeramente su incidencia en un 23,5 %. El ASC-H con un

7,35 % y células escamosas como sugestivo de VPH en un 2,9 % solo se presentó en el año 2016; en lo referente a NIC I las mujeres que lo padecieron representaron un 7,2 % en el año 2014; el 30 % para 2015 y 2,9 % en el año 2016. En este mismo año el reporte de personas con NIC II fue de 2,9 % y NIC III 1,5 %; el año 2015 fue el de mayor prevalencia (15 %) en las mujeres que presentaron células glandulares (AGC) en el reporte de citología, seguido de 1,5 en 2016; en este año el tumor maligno de cuello de útero se presentó en un 1,5 %.

Tabla 7. Conducta

Variable	2014		2015		2016	
	N	%	n	%	n	%
<b>Colposcopia más biopsia</b>						
Sí	0	0	10	50	23	33,8
No	28	100	10	50	45	66,2
<b>Conización cervical</b>						
Sí	0	0	0	0	4	5,9
No	28	100	20	100	64	94,1
<b>Tratamiento farmacológico</b>						
Sí	0	0	0	0	2	2,9
No	28	100	20	100	66	97,1
<b>Radioterapia</b>						
Sí	0	0	0	0	1	1,5
No	28	100	20	100	67	98,5
<b>Cauterización</b>						
Sí	0	0	0	0	1	1,5
No	28	100	20	100	67	98,5
<b>Histerectomía</b>						
Sí	0	0	0	0	1	1,5
No	28	100	20	100	67	98,5

\*Frecuencia (n); Porcentaje (%)

Al describir el seguimiento realizado a las mujeres tamizadas con anormalidad citológica entre los años 2014-2016, se cuenta con información del requerimiento de colposcopia más biopsia para el año 2015 (50 %) y en el año 2016, las mujeres que necesitaron colposcopia, también requirieron biopsia, en un 33,8 %.

Las mujeres que requirieron conización cervical representaron solamente el 5,9 %, y tratamiento farmacológico, el 2,9 %. En lo referente a radioterapia, cauterización e histerectomía, necesitaron en un 1,5 % para el año 2016. Sin embargo, no se cuenta con información para los años 2014 y 2015, donde se carece de registros sobre colposcopia y conducta a seguir.

#### 4. Discusión

Para determinar el impacto de los resultados del programa de tamizaje de CCU en el municipio de San Andrés de Tumaco adscritos a la E.S.E. Centro Hospital



Divino Niño, se tomó en cuenta los conocimientos, actitudes, prácticas y percepciones de las mujeres con VPH, aplicándose el instrumento CAP-P. Al caracterizar sociodemográficamente a la población con VPH en los periodos 2014-2016 se evidencia que se encuentran en la edad comprendida entre los 45-54 años, contrario a los hallazgos referenciados por Oviedo, et al., (2004), quienes encontraron que el grupo más afectado con VPH se encuentra entre los 15 y los 20 años.

La población pertenece a la zona urbana de las comunas 1 y 5; son de bajo nivel socioeconómico, cultural, educativo, cuya ocupación principal es la ser ama de casa, datos similares a los encontrados en el estudio de López-Castillo, Calderón y González (2013), quienes afirman que las mujeres con baja condición socioeconómica tienen limitaciones para acceder a los servicios de salud, y que la principal ocupación fue el hogar. De la misma manera, se puede aseverar que estas mujeres tienen un factor de riesgo importante por presentar multiparidad, como lo indica el trabajo realizado por Ochoa-Carrillo, Guarneros y Velasco (2015), quienes manifiestan que un factor de riesgo asociado guarda relación con la multiparidad. Por su parte, Rivera y Quintero (2006) sostienen “que el 55,7 % han tenido entre 1–20 embarazos” (p. 22); los factores de riesgo encontrados y comparados con otros estudios demuestran que son características que determinan cierto grado de vulnerabilidad en las mujeres. Lessick, Woodring, Naber y Halstead (1992) expresan que “la vulnerabilidad es un proceso dinámico establecido por la interacción de los elementos que la componen, tales como edad, raza, pobreza, escolaridad, soporte social y presencia de agravantes a la salud” (p. 14).

Referente a la identificación de conocimientos, actitudes, práctica y percepciones, se evidencia que las mujeres con VPH desconocen esta patología, que es equiparable con la investigación desarrollada por López-Castillo et al., (2013): “al preguntar sobre el virus del papiloma humano (VPH), solo el 7 % de las mujeres tenía un concepto adecuado, contra 88 % que era bajo, y 5 % intermedio” (p. 17). Sin embargo, Páez et al., (2016) refieren que solo el 10 % conoce sobre el VPH, indicando bajos conocimientos sobre este tema. Además, las mujeres manifiestan no conocer los factores de riesgo y formas de transmisión, contrario a lo reportado por Barrios, Díaz y Del Toro (2016) quienes afirman que “el 90 % reconoce que es una infección de transmisión sexual; también existe déficit en el conocimiento con relación a la prevención del VPH” (p. 22).

Con base en lo anterior, se presume que las instituciones de salud no están cumpliendo la estrategia educativa respecto a la infección de VPH ya que hay desconocimiento de esta patología, lo que se podría constituir en un factor de riesgo para la adopción de prácticas de autocuidado. Contrario a lo inicialmente mencionado, se puede afirmar que las mujeres consideran que es un problema para ellas, su familia, y que quien debe prevenir la infección, es la pareja.

En lo que concierne al CCU y la periodicidad de la toma de citología, en el presente trabajo se evidencia que las mujeres tienen conocimiento sobre el tema,

contrastando con la investigación de López-Castillo et al., (2013), quienes indican que su población tenía poco conocimiento sobre este aspecto. Asimismo, las mujeres estudiadas en la actual investigación, saben la importancia de recibir el resultado en la institución, y que cuando el reporte es anormal algo está mal, aunque desconocen la posibilidad de presentar una lesión o CCU, lo que las predispone a no acudir oportunamente a los servicios de salud para la realización de controles y seguimiento.

Las mujeres con VPH demostraron una actitud favorable de comportamiento o conducta frente a la infección, ya que refieren que hacerse la citología vaginal periódicamente previene la aparición del CCU, similar a lo que sostienen López-Castillo et al., (2013): “Con respecto a la citología vaginal y el resultado que reporta, cuando se les preguntó si ésta es una prueba que permite anticiparse a la enfermedad o descubrirla en su estado oculto, solo el 37 % estuvo en desacuerdo” (p. 17), lo que evidencia que el 63 % está de acuerdo. Además, las mujeres consideran que es importante la toma de las citologías, ya que así se anticipan a la enfermedad, sin verse afectada esta decisión, por el dolor que les pudo causar.

Otro aspecto importante es que la distancia a la institución o el trato recibido por parte del personal de salud, no influyen para la toma de la citología, demostrando que son conscientes de realizarse el tamizaje para detectar tempranamente y disminuir el CCU. En este sentido consideran que fumar puede contribuir en la adquisición del VPH o CCU. En este punto, López-Castillo et al., (2013) afirman que las mujeres encuestadas contestaron que consideran que fumar aumenta el riesgo de sufrir CCU en un 33 %.

De igual manera, las mujeres estudiadas en la presente investigación, tienen claro que el hecho de tener más de un compañero sexual aumenta el riesgo de sufrir CCU y que deben realizarse la citología una vez hayan iniciado las relaciones sexuales, incluyendo las mayores de edad sin compañero sexual; también señalan que el usar preservativos disminuye el riesgo de CCU, coincidiendo con los resultados realizados por López-Castillo et al., (2013) quienes aseguran que el 39 % de las mujeres entrevistadas describe que el uso de preservativos en sus relaciones sexuales disminuye la posibilidad de sufrir o padecer esta enfermedad.

Las mujeres tienen buena actitud frente al VPH, considerando que tomarse la citología periódicamente, reclamar los resultados oportunamente y mantener buenas prácticas ante su vida sexual, disminuyen los factores de riesgo para la adquisición de esta enfermedad. Sin embargo, consideran que hay falencias por parte de la institución de salud, ya que ésta no garantiza la oportuna entrega de los resultados. Cabe mencionar que las instituciones de salud están en la obligación de garantizar el cumplimiento del programa de salud sexual y reproductiva con calidad, según lo establecido por la norma técnica que indica que el resultado debe ser entregado en 15 días (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012); el no hacerlo así puede conllevar la detección tardía de la enfermedad y la desmotivación de las usuarias para asistir al programa de tamizaje de citología.

Al tomar en cuenta sus prácticas, se puede aseverar que su vida sexual la iniciaron a temprana edad, convirtiéndose en un factor de riesgo para la adquisición de VPH. León y Bosques (2005) afirman que “la vida sexual incrementa la frecuencia del padecimiento de forma importante, sobre todo en aquellas mujeres que la inician antes de los 16 años de edad” (párr. 28).

En la presente población no hubo múltiples parejas sexuales, lo cual se considera un factor protector para evitar el VPH, a diferencia de otros estudios como el de Oviedo et al. (2004) quienes hallaron que un 70 % de las mujeres tuvo más de una pareja sexual; no obstante, un factor de riesgo es que no utilizan métodos de anticoncepción (barrera), a pesar de que conocen las medidas preventivas.

Las mujeres con citología anormal no iniciaron tratamiento inmediato, poniendo en riesgo su salud, con lo que se presume que este problema es por falta de oportunidad tanto en el momento del diagnóstico como en el seguimiento. Del mismo modo, Paolino y Arrossi (2012) aseveran que “el porcentaje de abandono [al tratamiento] en la población de estudio fue del 23,5 %. Entre estas mujeres, el 40,5 % mencionó motivos de abandono relacionados con la organización del sistema de salud y el 30,9 % [por] motivos subjetivos” (p. 247).

Con relación a las percepciones de las mujeres con VPH, éstas reconocen que no han participado de procesos educativos e informativos ni han sido convocadas a control por su IPS, o por el médico tratante, lo cual se asemeja al estudio de López-Castillo et al., (2013), cuando afirman que en Colombia, la estructura educativa a nivel de prevención en salud, (especialmente en educación sexual) es deficiente, sobre todo en cuanto a población vulnerable se refiere, debido a que no se da a conocer los factores de riesgo y métodos de detección precoz, repercutiendo en un impacto negativo en la morbimortalidad por esta patología. Sin embargo, a pesar de esta situación, en este estudio la población considera que se puede prevenir el VPH y que una persona con esta patología se preocupa por su salud ya que esto afecta el entorno familiar, la relación de pareja y el entorno laboral.

De acuerdo con la caracterización clínica, los factores mencionados han sido determinantes en el desarrollo de las infecciones de VPH y otras complicaciones, señalando clínicamente que a pesar de haber disminuido la incidencia de cambios atípicos en las ASCUS desde el año 2014 al 2016, aun su prevalencia es importante y alarmante. González (2003) sostiene que “una citología con ASCUS involucra desde cambios benignos, que son la mayoría, hasta neoplasias, por lo cual su reporte no debe desestimarse” (p. 194). Respecto a la presencia de células escamosas atípicas (ASC-H) y células escamosas como sugestivo de VPH, esta patología solo se presentó en el año 2016 en una baja incidencia, presumiendo que hubo fallas individuales o institucionales para la detección temprana de esta complicación, lo que pudo llevar al desarrollo de una displasia leve (NIC I) que se presentó durante los tres años, u otras patologías como anomalías de células glandulares (AGC) en un 15 %, al igual que el desarrollo de lesiones intraepite-

liales de alto grado (HSIL) en el año 2016, situación que debe ser preocupante tanto para la E.P.S. EMSSANAR como para la E.S.E. Divino Niño.

En lo concerniente al seguimiento realizado frente a los casos diagnosticados con anormalidad citológica, solamente se definió conducta con requerimiento de colposcopia en los años 2015 y 2016, aunque no se evidencia suficientes datos de calidad respecto a los años 2014 y 2015, que permitan conocer el seguimiento que se efectuó a estas mujeres en cuanto a fechas de toma de citología, envío de muestras, resultados y conducta a seguir, contradiciendo la normatividad vigente con relación al CCU (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012), refiriendo claramente que las unidades donde se realiza el tamizaje deben encargarse no solo de la toma de la citología, sino que deben garantizar los informes de los resultados, hacer el seguimiento de los casos problema, manejar el esquema 1-1-3 en la población objeto y remitir a un nivel superior a las usuarias que requieran de un procedimiento diagnóstico definitivo: Unidades de Colposcopia y Patología cervicouterina, nivel II.

Finalmente, se puede afirmar que el tamizaje de CCU se encuentra implementado en la ESE Centro Hospital Divino Niño del municipio de Tumaco, según lo establecido en la norma técnica de detección temprana de CCU; sin embargo, de sus resultados se puede inferir que existen falencias en los procesos internos, que han llevado a que no sean detectadas oportunamente las lesiones preneoplásicas y neoplásicas del cuello uterino, retrasando la oportunidad en el diagnóstico y tratamiento, y en consecuencia, disminuyendo las posibilidades de curación y el tiempo de sobrevida. Además, el déficit de conocimientos, actitudes, prácticas y percepciones, como también las características sociodemográficas, han hecho que clínicamente se deteriore su condición de salud, llegando a un NIC I, HSIL o AGC, por lo que se hace evidente la importancia de intervenir oportunamente a través de acciones que ayuden a disminuir los factores de riesgo prevenibles relacionados con la adquisición de la infección por VPH, con un amplio despliegue de información, educación y técnicas adecuadas de comunicación para promover la detección precoz, asegurar el seguimiento, un tratamiento oportuno y la rehabilitación integral.

## 5. Conclusiones

De acuerdo con el análisis de resultados, se evidencia que las mujeres presentan condiciones vulnerables como bajo nivel socioeconómico y escolar, ser amas de casa y presentar multiparidad, lo cual influye significativamente para la presencia de VPH y complicación por CCU.

Es evidente que las mujeres carecen de conocimiento sobre el VPH, los factores de riesgo, las formas de transmisión y prevención, que las predisponen a la adquisición de este padecimiento, el cual conlleva complicaciones como el CCU.

Se puede aseverar que el déficit de actitudes, prácticas y percepciones ha influido clínicamente en el deterioro de la condición de salud, llegando a un NIC I, HSIL o AGC, por lo que se hace indudable la importancia de intervenir oportunamente a través de acciones que ayuden a disminuir los factores de riesgo

prevenibles relacionados con la adquisición de la infección por VPH.

Si bien la ESE Centro Hospital Divino Niño del municipio de Tumaco ha implementado la norma técnica de detección temprana de CCU, de sus resultados aún se puede inferir que existen falencias en los procesos internos, que han llevado a no detectar oportunamente lesiones preneoplásicas y neoplásicas del cuello uterino, retrasando la oportunidad en el diagnóstico y tratamiento, y disminuyendo las posibilidades de curación y el tiempo de sobrevida.

Se evidencia falta de seguimiento y control por parte de EMSSANAR EPS en la adopción y adaptación de la norma técnica de detección temprana de CCU en CHDN, dado que se observa déficit en la calidad del sistema de información entregado por el programa 'Prevengamos el CCU'.

## 6. Conflicto de intereses

Los autores de este artículo declaran no tener ningún tipo de conflicto de intereses sobre el trabajo presentado.

## Referencias

- Barrios, Z., Díaz, A. y Del Toro, M. (2016). Conocimientos acerca del virus de papiloma humano y su relación con la práctica sexual en estudiantes de Ciencias de la Salud en Cartagena- Colombia. Recuperado de <http://revistas.curnvirtual.edu.co/index.php/cienciaysalud/article/view/670>
- González, M. (2003). Patología cervical y el reporte de ASCUS en la citología. *Revista colombiana de Obstetricia y Ginecología* 54(3), 193-198.
- León, G. y Bosques, O. (2005). Infección por el virus del papiloma humano y factores relacionados con la actividad sexual en la génesis del cáncer de cuello uterino. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* 31(1).
- Lessick, M., Woodring, B., Naber, S. & Halstead, L. (1992). Vulnerability: a conceptual model applied to perinatal and neonatal nursing. *The Journal of perinatal and neonatal nursing* 6(3), 1-14.
- López-Castillo, C., Calderón, M. y González, M. (2013). Conocimientos, actitudes y prácticas respecto al cáncer de cuello uterino de mujeres entre 14 y 49 años de un barrio de la comuna 10 de la ciudad de Armenia, Colombia. *Revista Médica Risaralda* 19(1), 14-20.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). Lineamientos técnicos y operativos para la vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH). Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Lineamientos%20VPH.pdf>
- Ochoa-Carrillo, F., Guarneros, D. y Velasco, M. (2015). Infección por virus del papiloma humano en mujeres y su prevención. *Gaceta Mexicana de Oncología* 14(3), 157-163. DOI: 10.1016/j.gamo.2015.08.002
- Organización Mundial de la Salud. (2014). Directrices de la OPS/OMS sobre tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer cervicou-

terino. Recuperado de [https://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening\\_and\\_treatment\\_of\\_precancerous\\_lesions/es/](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/es/)

Oviedo, G., Arpaia, A., Ratia, E., Seco, N., Rodríguez, I. y Ramírez, Z. (2004). Factores de riesgo en mujeres con infección del virus papiloma humano. *Revista Chilena de Obstétrica y Ginecología* 69(5), 343-346.

Páez, M., Rodríguez, M., Kasamatsu, E., Castro, A., Orué, E., Lampert, N.,... Leguizmón, M. (2016). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre virus de papiloma humano (VPH) y cáncer de cuello uterino en mujeres de 30 y más años de edad, de un barrio ribereño de Asunción (Bañado Sur) 2012. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud* 48(1), 37-44. DOI: <https://doi.org/1018273/revsal.v48n1-2016004>.

Paolino, M. y Arrossi, S. (2012). Análisis de los motivos del abandono del proceso de seguimiento y tratamiento por parte de mujeres con lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino en la provincia de Jujuy: implicancias para la gestión. *Salud Colectiva* 8(3), 247-261.

Pardo, C. y Cendales, R. (2015). *Incidencia, mortalidad y prevalencia de cáncer en Colombia 2007-2011*. Bogotá, D.C.: Instituto Nacional de Cancerología ESE.

Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino (PNPCC). (s.f.). Guía Programática Abreviada para el Tamizaje de Cáncer Cervicouterino. Recuperado de [http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/000000433cnt-Guia\\_Programatica\\_Abreviada\\_BAJA.pdf](http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/000000433cnt-Guia_Programatica_Abreviada_BAJA.pdf)

Rivera, B. y Quintero, J. (2006). *Prevalencia de lesiones intraepiteliales escamosas y factores de riesgo en las usuarias del servicio de citología del laboratorio docente asistencial* (Trabajo de Grado). Medellín, Universidad de Antioquia. Recuperado de <http://tesis.udea.edu.co/bitstream/10495/394/1/PrevalenciaLesionesIntraepitelialesEscamosas.pdf>

Yépez, M., Bravo, L.E., Hidalgo, A., Jurado, D. y Bravo, L.M. (2012). *Incidencia y mortalidad por cáncer. Municipio de Pasto 2003-2007*. Pasto, Colombia: Editorial Universitaria Universidad de Nariño.