

Repercusiones del cáncer de cuello uterino en la salud pública

Yulieth Angely Calderón-Estrada¹

Khateryne Youleth-Portilla²

Cómo citar este artículo / To reference this article / Para citar este artículo: Calderón-Estrada, Y. A. y Youleth-Portilla, K. (2021). Repercusiones del cáncer de cuello uterino en la salud pública. *Revista Criterios*, 28(2), 111-124. <https://doi.org/10.31948/rev.criterios/28.2-art7>

Fecha de recepción: 31/08/2020

Fecha de revisión: 26/11/2020

Fecha de aprobación: 29/04/2021

Resumen

El cáncer de cuello uterino es la segunda causa de muerte en el mundo, por neoplasias malignas en la mujer, causando unas 300 000 muertes al año. El 80 % de estos casos se da en países en vías de desarrollo. Aunque no todos ellos terminan en decesos ni en la mutilación (histerectomía radical) de la mujer, la cifra es supremamente elevada, como para no preocuparse. El estudio que se realizó tuvo como objetivo, evaluar los resultados del programa de tamizaje de cáncer de cuello uterino en términos de morbilidad, fiabilidad y conducta en mujeres atendidas en la IPS Indígena Mallamas en el municipio de Ipiales, departamento de Nariño, Colombia. La población estuvo compuesta por 39.147 mujeres registradas en la base de datos de la IPS. Para la recolección de la información se utilizó el instrumento sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas, conformado por 50 preguntas.

Palabras clave: Cáncer de cuello uterino; morbilidad; infección; campañas de prevención.



Artículo resultado de la investigación titulada: *Evaluación de los resultados del programa de cáncer de cuello uterino de la IPS Indígena Mallamas.*

¹Magíster en Administración en Salud. Directora Local de Salud Alcaldía Municipal de Santacruz, Guachaves, Nariño, Colombia. E-mail: yuli-angel5@hotmail.com

²Magíster en Administración en Salud. Secretaría de Salud Alcaldía Municipal de Túquerres, Nariño, Colombia. E-mail: fonocentersas@hotmail.com

Public health implications of cervical cancer

Abstract

Cervical cancer is the second leading cause of death in the world leaving as a consequence, approximately 300,000 deaths a year. 80% of these cases occur in developing countries; although not all of them end in deaths or mutilation (radical hysterectomy) of women, the number is extremely high to be ignored. The objective of this study was to evaluate the results of the cervical cancer screening program in terms of morbidity, reliability and behavior in women treated at the Institutional Health Indigenous Mallamas in the municipality of Ipiales, department of Nariño, Colombia. The population was made up of 39,147 women registered in the IPS database. To collect the information, the instrument on Knowledge, Attitudes and Practices was used, consisting of 50 questions.

Keywords: Cervical cancer; morbidity; infection; prevention campaigns.

Implicações do câncer do colo do útero para a saúde pública

Resumo

O câncer cervical é a segunda causa de morte no mundo, deixando como consequência, aproximadamente 300.000 mortes por ano. 80% desses casos ocorrem em países em desenvolvimento; embora nem todos terminem em mortes ou mutilação (histerectomia radical) de mulheres, o número é extremamente alto para não se preocupar. O objetivo do estudo foi avaliar os resultados do programa de rastreamento do câncer do colo do útero em termos de morbidade, confiabilidade e comportamento em mulheres atendidas em Instituição de Saúde Indígena Mallamas no município de Ipiales, departamento de Nariño, Colômbia. A população foi composta por 39.147 mulheres registradas no banco de dados em IPS. Para a coleta das informações, foi utilizado o instrumento Conhecimento, Atitudes e Práticas, composto por 50 questões.

Palavras-chave: Câncer de colo do útero; morbidade; infecção; campanhas de prevenção.

1. Introducción

El cáncer de cuello uterino (CCU) es en el mundo, la segunda causa de muerte por neoplasias malignas en la mujer, causando unas 300 000 muertes al año, de las cuales el 80 % corresponde a casos en países en vías de desarrollo y, aunque no todos ellos terminan en decesos o en la mutilación (histerectomía radical) de la mujer (Cvetkovic-Vega, León-Nakamura y Yábar-Berrocal, 2019), la cifra es muy elevada y debe llamar la atención de las entidades prestadoras de salud y los gobiernos en general.

Este tipo de cáncer lleva una corresponsabilidad tanto en las mujeres como en los hombres, a ser potencialmente portadores del virus de papiloma humano (VPH) y de las autoridades de salud públicas y privadas y, esto debe ser tomado en cuenta en cualquier campaña de prevención y atención que se lleve a cabo.

La infección por VPH es más común en mujeres jóvenes sexualmente activas, entre los 18 y los 30 años de edad; esto significa que el virus se contrae en este rango de edad y se manifiesta algunos años después; por ello, es más común encontrar CCU en mujeres mayores de 35 años, dado que ésta es una enfermedad de progresión lenta.

La infección por VPH se ha convertido en un problema global de salud pública que preocupa a las autoridades sanitarias, suscita interés en la población general y, hoy en día, requiere de la intervención efectiva a través de estrategias de Atención Primaria en Salud (APS). "El VPH es una infección de transmisión sexual (ITS) y casi todos los individuos quedan infectados por el VPH en un plazo de 2-5 años después de iniciar la actividad sexual" sostienen Winer et al. (2003) y Kjaer et al. (2001, citados por Martínez-Galiano, 2007, p. 42).

2. Metodología

Se realizó un estudio analítico para evaluar los resultados del programa de tamizaje de CCU en términos de morbilidad, fiabilidad y conducta en mujeres atendidas en la IPS Indígena Mallamas en el municipio de Ipiales, Nariño, bajo tres abordajes que dieron cuenta de las dimensiones:

- Características sociodemográficas de la población
- Indicadores de fiabilidad a la Norma

- Conducta frente al VPH y el CCU a través del padecimiento (conocimientos, actitudes y prácticas).

Para el **primer abordaje** se caracterizó la fiabilidad a la norma, los factores obstétricos, clínicos e individuales en mujeres diagnosticadas con VPH en el periodo 2014-2018, a través de los reportes del Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN) y la base de datos de la IPS Indígena Mallamas. La población estuvo conformada por 39.147 mujeres registradas en la base de datos, las cuales asistieron a la toma de la citología.

Para el **segundo abordaje**, con el fin de determinar la fiabilidad de la norma técnica de CCU en términos de indicadores de cumplimiento entre 2014-2018, se describió de manera transversal, los factores obstétricos e individuales, los conocimientos, actitudes y prácticas en la población objeto de estudio, conformada por 15.267 mujeres registradas en la base de datos de la IPS, en la cual se identificó a 30 de ellas, VPH positivas, pero solo fue posible contactar a 29; se empleó un método no probabilístico.

Las mujeres que no registraron antecedentes de infección por VPH o CCU fueron seleccionadas considerando los criterios de tipificación y partiendo de un muestreo por conveniencia, tomando un periodo de dos meses (septiembre - noviembre 2018), de lunes a viernes de 10 a 12 del día, que fueron las horas de mayor afluencia, para un total de (n = 155) usuarias que asistieron a la toma de citología a la IPS.

Para ambos abordajes, una vez obtenida la información de la base de datos, ésta 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; éstas fueron descritas a través de frecuencias y porcentajes; luego se realizó un análisis bivariado por medio de la prueba de Spearman e IC 95 %, tomando como variable dependiente, la presencia de VPH o ASC US en el resultado, dado que, según estudios como el de Mercado, Arean, Gómez, Paniello, Mallor, Lozano y Santamaría (2017), el 70 % de esta patología involucra el VPH.

Para el **tercer abordaje**, se caracterizó las condiciones demográficas, obstétricas y de conductas de tipo padecimientos en mujeres tamizadas en el programa de CCU. Se realizó 184 encuestas a mujeres registradas en la IPS, con el propósito de averiguar sobre la conducta

del padecimiento (conocimiento, actitudes, prácticas) en el abordaje de la infección del VPH y el CCU, con lo cual se obtuvo 29 mujeres diagnosticadas como positivas para VPH y 155 sin reporte de infección actual o previa.

3. Resultados

Características sociodemográficas

La población estuvo compuesta por 39.147 mujeres registradas en la base de datos de la IPS. La característica de la población evidenció que las edades más frecuentes fueron: de 25 a 34 (76 %) en la que 7,6 % fueron VPH positivas ($n = 14$) y de 35 a 44 (48 %) en las que 4,89 % fueron VPH positivas ($n = 9$).

El estrato socioeconómico fue reconocido como bajo para la gran mayoría (94 %); el 97 % de las mujeres manifestaron ser de religión católica, provenientes en su mayoría de la zona rural (58 %). El 45 % informaron estar en unión libre, el 34 % ser solteras; el 65 % no trabaja, aunque el 57 % informó que eran amas de casa (57 %). Todas las mujeres sabían leer y escribir, pero con escolaridad baja (Tabla 1).

Tabla 1

Características sociodemográficas, población 2018

Sociodemográficas	n(%)		P
	Sí	No	
Edad			
18 a 24	3(1.63)	44(23.9)	0.076
25 a 34	14(7.6)	62(33.69)	
35 a 44	9(4.89)	39(21.19)	
45 a 54	3(1.63)	10(5.43)	
Estrato socioeconómico			
Bajo-Bajo	0(0)	8(4.34)	0.514
Bajo	29(15.8)	144(78.26)	
Medio-Bajo	0(0)	3(1.63)	
Religión			
Católica	29(15.8)	145(78.8)	0.178
Cristiana	0(0)	9(4.9)	
Ninguna	1(0.54)	1(0.54)	
Área donde reside			
Urbana	9(4.9)	67(36.4)	0.223
Rural	20(10.8)	88(47.8)	
Estado civil			
Soltero	5(2.71)	58(31.5)	0,123
Casada	9(4.9)	30(4.7)	
Unión Libre	16(8.7)	67(36.4)	
¿Usted trabaja?			
Sí	7(3.8)	57(31)	0.192
No	22(11.9)	98(53.3)	

Ocupación		
Agricultora	2(1.08)	17(9.2)
Ama de Casa	22(11.9)	83(45.1)
Servicios Generales	2(1.08)	6(3.3)
Auxiliar de Pedagogía	0(0)	1(0.54)
Estudiantes	0(0)	16(8.7)
Cerrajera	2(1.08)	0(0)
Comerciante	0(0)	12(6.5)
Enfermera	0(0)	4(2.17)
Estilista	1(0.54)	0(0)
Independiente	0(0)	10(5.43)
Ventas	0(0)	6(3.3)
Escolaridad		
Primaria completa	6(3.3)	49(26.6)
Primaria incompleta	6(3.3)	14(7.6)
Secundaria completa	11(6)	63(34.2)
Secundaria incompleta	3(1.63)	22(11.9)
Estudios Técnicos completos	2(1.08)	6(3.3)
Estudios Técnicos incompletos	0(0)	1(0.54)
Pregrado	1(0.54)	0(0)

0.138

0.669

*Frecuencia Absoluta (n); Frecuencia Relativa (%); Probabilidad de Spearman (P)

Para el primer abordaje se determinó la fiabilidad a la norma técnica de CCU en términos de indicadores de cumplimiento reportados por el IDSN, cuyos resultados, reportados específicamente en la plataforma de indicadores de gestión del riesgo individual, permitieron evidenciar información sobre el cumplimiento por los diferentes regímenes de Cobertura, Oportunidad de la Colposcopia, Morbilidad y Mortalidad, específicamente en la IPS Indígena Mallamas, comparados con los reportes nacionales y departamentales.

La mortalidad para el régimen subsidiado por CCU entre 2012 y 2017 en el municipio de Ipiales, estuvo por encima de los datos nacionales y departamentales, en el que los años 2013 y 2016 presentaron 4,5 puntos por encima. La IPS Mallamas reportó una tendencia fluctuante que se incrementó hasta 8,33 % en 2018, al igual que Comfamiliar de Nariño con 10,04 % y Emssanar E.S.S. con 14,04 %

Tabla 2

Tabla comparativa de tasas de mortalidad por EAPB periodo 2012-2017

Geografía/EAPB (Entidades Administradoras de Planes de Beneficios)	2012	2013	2014	2015	2016	2017
	%					
COLOMBIA	6,70	6,43	6,77	6,59	6,84	6,59
NARIÑO	7,41	7,51	8,00	8,86	6,97	6,21
IPIALES	8,27	12,27	4,26	7,27	10,21	9,00
IPS MALLAMAS	--	13,50	4,10	6,77	4,29	8,33
COMFAMILIAR NARIÑO	--	16,04	--	7,25	27,76	10,04
EMSSANAR E.S.S.	25,79	20,55	--	17,01	28,25	14,04

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (2018).



La mortalidad por CCU en el régimen contributivo entre 2012 y 2017 en el municipio de Ipiales se encuentra por encima del porcentaje nacional y departamental, con fluctuaciones que alcanzan el 12,27 % para 2013, el 4,26 % para 2014 y el 7,27 % para 2015. Para el periodo 2016-2018 no se evidenció reporte (Tabla 3).

Tabla 3*Mortalidad Contributivo*

Geografía/EAPB	2012	2013	2014	2015	2016	2017
	%					
COLOMBIA	6,70	6,43	6,77	6,59	--	--
NARIÑO	7,41	7,51	8,00	8,86	--	--
IPIALES	8,27	12,27	4,26	7,27	--	--
EPS037 - NUEVA EPS	--	--		27,08	--	--
EPS013 - SALUDCOOP	11,04	7,41	9,27		--	--

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (2018).

Tabla 4*Características sociodemográficas de pacientes que participaron en el programa de detección de CCU de la IPS de Ipiales (N) 2013 – 2017*

Variables	2014	2015	2016	2017	2018
	n(%)	n(%)	n(%)	No.(%)	No.(%)
Grupo de edad					
13 a 17	207(2.5)	192(2.3)	201(2.8)	141(2.2)	188(2.2)
18 a 29	2268 (27.0)	2364(28.2)	1821(25.6)	1557(23.8)	2076(23.8)
30 a 44	3210(38.3)	3117(37.1)	2514(35.4)	2367(36.2)	3156(36.2)
45 a 64	2397(28.6)	2373(28.3)	2271(32.0)	2163(33.1)	2884(33.1)
65 y más	306(3.6)	348(4.1)	297(4.2)	315(4.8)	420(4.8)
Zona de Residencia					
Rural	6762(80.6)	6726(80.1)	5565(78.3)	5229(79.9)	6972(79.9)
Urbana	1626(19.4)	1668(19.9)	1533(21.6)	1314(20.1)	1752(20.1)
Desplazados					
No	8367(99.7)	8385(99.9)	7086(99.7)	6534(99.9)	8712(99.9)
Sí	21(0.3)	9(0.1)	12(0.2)	9(0.1)	12(0.1)
Etnia					
Afrocolombiano	6(0.1)	6(0.1)	9(0.1)	15(0.2)	28(0.3)
Indígena	0(0.0)	0(0.0)	3(0.0)	15(0.2)	20(0.2)
Mestizo	8382(99.9)	8388(99.9)	7095(99.9)	6528(99.8)	8704(99.8)
Régimen					
Contributivo	93(1.1)	63(0.8)	75(1.1)	75(1.1)	100(1.1)
Particular	3(0.0)	24(0.3)	9(0.1)	9(0.1)	12(0.1)
Subsidiado	8265(98.5)	8292(98.8)	7002(98.6)	6447(98.5)	8596(98.5)
Vinculado	27(0.3)	15(0.2)	12(0.2)	12(0.2)	16(0.2)

Condición de discapacidad					
No	8385(99.96)	8385(99.9)	7095(99.9)	6543(100.0)	8724(100.0)
Sí	3(0.04)	9(0.1)	3(0.04)	0(0.0)	0(0.0)

Fuente: IPS Municipal de Ipiales E.S.E. (2016).

La Tabla 4 permite evidenciar que la población atendida en la IPS Mallamas en Ipiales se encuentra, en su mayoría, entre el rango de 30-44 años, seguida de las de 18 a 64 años, lo cual es representativo para todos los años. Las mujeres en su mayoría provienen de la zona rural, reportando muy poca población desplazada. Respecto al grupo étnico, el grupo mestizo es el mejor representado y, en su mayoría, del régimen subsidiado.

Se realizó 184 encuestas a mujeres registradas en la IPS, con el fin de indagar sobre la conducta del padecimiento (conocimiento, actitudes, prácticas) en el abordaje de la infección del VPH y el CCU, con lo cual se obtuvo 29 mujeres diagnosticadas como positivas para VPH y 155 sin reporte de infección actual o previa.

Conocimiento de la infección por VPH

Un gran número de la población, tanto positivas como negativas para VPH, refieren muy buenos conocimientos en torno a la infección y el CCU: un 96 % sobre la infección por VPH; un 90 % sobre los factores de riesgo; un 94 % sobre la transmisión; un 91,6 % sobre el diagnóstico; sobre el CCU, un 75 % y su detección, un 76,6 %.

Respecto a la citología, la población refirió conocer sobre la periodicidad, en un 87,3 %; sobre la importancia de recibir el resultado, 97,6 %; el tiempo de un mes en el que la IPS debe entregar el resultado, 85,6 %; un 70,6 %, sobre la interpretación del resultado (anormal/positiva); sobre las complicaciones de la infección del VPH, un 68,5 %. En menor proporción, 54 %, demostraron conocimientos sobre la prevención de la infección por VPH, además de que consideran que éste es un problema para ellas mismas y para sus familias, 76,6 %; sin embargo, expresaron que quien debe prevenir la infección es la pareja, en un 90,2 %, como se puede apreciar en la Tabla 5, a continuación.

Tabla 5

Conocimiento frente al CCU

Conocimientos	N		p
	Sí	No	
¿Sabe usted qué es la infección por VPH?			
Sí	28(15)	149(80.9)	0.109
No	1(0.54)	6(3.3)	
¿Conoce usted los factores de riesgo que hacen que la mujer o el hombre se infecten con VPH?			
Sí	24(13)	143(77.7)	0.106
No	5(2.71)	12(6.5)	
¿Sabe usted cómo se transmite la infección de VPH?			
Sí	24(13)	150(81.5)	0.329
No	0(0)	5(2.71)	
¿Sabe usted cómo se diagnostica la infección de VPH?			
Sí	29(15.8)	141(76.6)	0.093
No	0(0)	14 (7.6)	

¿Conoce usted qué es el cáncer de cuello uterino?				
Sí	25(13.6)	113(61.4)		
No	4(2.17)	42(22.8)		0.130
¿Conoce usted cómo se detecta el cáncer de cuello uterino?				
Sí	29(15.8)	112(60.8)		0.001
No	0(0)	43(23.3)		
¿Conoce usted la periodicidad de realización de la citología?				
No sabe	0(0)	1(0.54)		
Cada 6 meses	1(0.54)	4(2.17)		
Cada año	26(14)	135(73.3)		0.642
Depende del resultado anterior (cada 6 meses o cada año)				
Menos de 6 meses	2(1.08)	9(4.9)		
	0(0)	6(3.3)		
¿Sabe usted la importancia de recibir el resultado de la citología?				
Sí	29(15.8)	152(82.6)		
No	0(0)	3(1.63)		0.453
¿Conoce usted el tiempo en que su IPS debe entregarle el resultado de la citología?				
No sé	0(0)	5(2.71)		
Al otro día	0(0)	3(1.63)		0.415
Antes de 15 días	7(3.8)	28(15.2)		
Al mes	22(11.9)	119(64.7)		
¿Conoce usted el significado del resultado de la citología anormal/positiva?				
Sí	25(13.6)	105(57)		0.045
No	4(2.17)	50(27)		
¿Conoce usted las complicaciones de la infección del VPH?				
Sí	25(13.6)	101(54.9)		0.025
No	4(2.17)	54(29.3)		
¿Conoce usted cómo se puede prevenir la infección por VPH?				
Sí	25(13.6)	59(32)		0.011
No	4(2.17)	96(52)		
¿Considera que el VPH es un problema para usted y su familia?				
Sí	25(13.6)	116(63)		0.186
No	4(2.17)	39(21.2)		
¿Quién debe prevenir la infección de VPH?				
La familia	0(0)	7(3.8)		
Las IPS	2(1.08)	0(0)		
La mujer	0(0)	9(4.9)		0.582
La pareja	27(14.7)	139(75.5)		
*Frecuencia Absoluta (n); Frecuencia Relativa (%); Probabilidad de Spearman (P)				

De la Tabla 5, con referencia a las actitudes, se puede rescatar que la población informó que, hacerse la citología vaginal periódicamente previene la aparición del CCU en un 98,9 %, debido a que ésta es una prueba que permite anticiparse a la enfermedad o descubrirla en su estado oculto (95,1 %).

Para la población total sí es clara la necesidad de reclamar el resultado en un 100 %. También en su totalidad, consideran que tener más de un compañero sexual aumenta las posibilidades de sufrir CCU y más, si no se usa preservativo en las relaciones sexuales: 98,9 %, similar al conocimiento del peligro de fumar: 81 %.

Respecto a la atención y la forma como la trata cada médico o enfermera en la citología, el 97,6 % responde que se siente a gusto; la entrega de los resultados de la citología es rápida y oportuna, 78,2 %; la explicación que brindan los profesionales de la salud, 60,8 % y la comodidad que genera la citología tomada por una mujer y no por un hombre, 98,1 %, influye para futuras decisiones de volver a hacer el examen.

Sin embargo, un 71 % no cree que las mujeres mayores de edad que no tienen compañero sexual deban hacerse la citología. Por otro lado, en lo individual, manifiestan que no se toman la citología porque sienten dolor: 74,3 %; no recogen sus resultados por temor a recibir una mala noticia: 98,9 %; y les da susto saber que tienen cáncer: 90 %. En lo referente a la atención, consideran que la citología es un procedimiento muy costoso: 81 %, a diferencia de las que eran VPH positivas, que opinaron lo contrario: 100 %; no se realizan la citología porque el personal administrativo o quien da las citas las atiende mal: 83,1 %, hecho que es confirmado por el 100 % de las VPH positivas.

De igual manera, el 56,5 % mencionó que la distancia al centro de salud más cercano es muy grande. Refieren que no se hacen la citología porque nunca hay citas o se demoran mucho tiempo en otorgarlas: 82 %, lo cual es confirmado por el 92 % de las VPH positivas (n = 27). Además, que el tiempo de espera es muy largo en el centro de salud: 60,8 %, lo cual influye en futuras decisiones de realizarse la citología.

4. Discusión

Los resultados obtenidos en la investigación permiten evidenciar datos importantes relacionados con el proceso de atención del programa de detección temprana de CCU en la

IPS Mallamas en la ciudad de Ipiales, dado que es el segundo tipo de cáncer más frecuente en la mujer. López-Castillo, Calderón y González (2013) concluyen que, prácticamente, todos los casos están relacionados con la infección genital por PVH. Hoy en día, en países de bajos ingresos se registra cerca de un 80 % de los casos y una proporción aún mayor de muertes por esta causa, en los cuales habitualmente no hay acceso a la detección y tratamiento de esta enfermedad.

El VPH se transmite por contacto sexual; es un virus común, de fácil transmisión. Páez, Rodríguez-Riveros, Kasamatsu, Castro, Orué, Lampert, Ruoti, Giménez, Mendoza, Mongelos, Valenzuela y Leguizamón (2016) estiman que cuatro de cada cinco personas contraen uno o varios de los tipos de virus en algún momento de su vida; su infección es una causa muy importante de morbilidad y mortalidad. En la actualidad está claramente establecido tanto desde el punto de vista biológico como epidemiológico, que es causa de todos los cánceres de cuello uterino. También produce la mayoría de cánceres de vagina y de ano, al igual que determinados cánceres de vulva, pene y orofaringe, así como también el cáncer de piel no melanoma y el cáncer de conjuntiva (Ortiz, Uribe, Díaz y Dangond, 2004).

Las Resoluciones 412 de 2000 y 4505 de 2012 del Ministerio de Salud sirvieron en este estudio para evaluar el programa a partir de las características de la población, los indicadores respecto a las acciones, el estado clínico de la población y la conducta de la población frente al CCU, así como también, indicadores como proporción de mujeres con toma de citología cérvico-uterina, proporción de mujeres que requieren toma de colposcopia y cumplen el estándar de oportunidad, proporción de mujeres con toma de citología cérvico-uterina, entre otros, que son los que registran el IDSN y la IPS Mallamas para evaluar la fiabilidad del programa en el departamento.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1998), existe una clara relación entre la conducta de las personas y su estado general de salud. El estilo y la calidad de vida influyen en la forma como se siente una persona, en términos de salud. No se puede desconocer que algunos hábitos son producidos por la forma de vida de las ciudades y por la sociedad de consumo, que resultan nocivos para la salud tanto física, como biológica y psicológica (Carosio, 2008). La asociación entre infección por HPV y el CCU es determinada por la permanencia de la enfermedad en las poblaciones, partiendo de

cómo éstas dan cuenta de la enfermedad y la asumen en contexto. Para este modelo se parte desde los determinantes epidemiológicos referidos al padecimiento de la enfermedad, mediante los conocimientos, las actitudes, las prácticas y las percepciones.

La IPS Indígena Mallamas de Ipiales, Nariño, desarrolla actualmente el programa de prevención de CCU, amparado en la normatividad vigente; sin embargo, los resultados, en términos de la implementación, no permiten la articulación de una información que conceda la toma de decisiones. Por lo tanto, este estudio, de manera transversal abordó la evaluación de los resultados del programa mediante **la morbilidad y fidelidad en términos de conducta y seguimiento** a este programa.

En primer lugar, la fiabilidad a la norma evidenció que la proporción de mujeres que requieren toma de colposcopia y cumplen el estándar de oportunidad-Nariño del periodo 2014-2018, ha sido baja a lo largo de los años; no obstante, en 2018 disminuyó la proporción, lo cual coincide con los resultados del estudio de García-López, León-Hernández, García-Perdomo y Pacheco (2017) donde, del total de 37.462 de las citologías tomadas, se tomó 1.705 colposcopias con un promedio desde la toma hasta el reporte de 31 y, 32 días, entre la toma de la citología y el tratamiento de 210 días. Se evidenció que únicamente al 4,5 % se le realizó colposcopia. Conjuntamente, en Costa Rica, en una evaluación de oportunidad de atención del resultado citológico al diagnóstico, se evidenció mayor cumplimiento para la detección de lesiones intraepiteliales de bajo grado (LEI BG) y de alto grado (LEI AG) para la sospecha de cáncer invasor.

En cuanto a la mortalidad por CCU para el régimen subsidiado, el municipio de Ipiales está por encima del porcentaje departamental. A nivel nacional, para el régimen contributivo no hay datos que se relacionen específicamente en CCU, pero en el estudio de Pardo y Cendales (2019), la distribución de pacientes fallecidos según el régimen de seguridad social, evidenció que 15,6 % (n = 160) eran afiliados al régimen contributivo y 69,8 % (n = 717) al régimen subsidiado, lo que indica, según Castro-Jiménez, Vera-Cala y Posso-Valencia (2006), que hay una alta mortalidad en personas sin capacidad de pago, siendo el tumor maligno de cuello uterino, una de las primeras causas de defunción en mujeres a nivel nacional.

A nivel de los indicadores clínicos e individuales, la población tanto de usuarias positivas como de negativas para VPH, refiere tener suficientes conocimientos o estar educadas con respecto a la infección, los factores de riesgo, la trasmisión, el diagnóstico, la detección y el CCU, contrario a lo expresado en el estudio de López-Castillo et al. (2013), quienes refieren que un (n = 82 %) de la población había escuchado sobre el CCU; sin embargo, solo el (n = 5 %) tenía un concepto adecuado sobre el mismo.

Por otro lado, la población manifiesta conocer que la periodicidad para realizarse la citología es de un año, al igual que la importancia de recibir el resultado, el tiempo de entrega por parte de la IPS, la interpretación de los resultados de la misma y las complicaciones de la infección del VPH, relacionado con el estudio de López-Castillo et al. (2013), donde más del 50 % de las mujeres que fueron encuestadas tenían claro cómo se previene el CCU.

En cuanto a las actitudes, se evidenció que son favorables, porque un gran porcentaje de la población sostiene que la citología vaginal periódica previene la aparición del CCU y, así mismo, tienen clara la necesidad de reclamar los resultados, mas no los recogen por temor a recibir una mala noticia, similar a lo que sostienen Moreno, Molineros, Hoyos y Tello (2019), respecto a que, si bien las mujeres estudiadas saben la importancia de recibir el resultado en la institución, cuando el reporte es anormal, saben que algo está mal y, aunque desconocen la posibilidad de presentar una lesión o CCU, las predispone a no acudir oportunamente a los servicios de salud para la realización de controles y el respectivo seguimiento.

La población también considera que tener más de un compañero sexual aumenta la posibilidad y riesgo de sufrir CCU, más aún, si no se usa un preservativo en las relaciones sexuales. Por otra parte, la mayoría de usuarias sostiene que el hecho de no fumar, no significa una medida de prevención para el CCU, coincidiendo con los resultados realizados por Moreno et al., (2019).

En cuanto a la calidad de atención, la forma como el personal médico y de enfermería trata a las usuarias en la toma de citología, sí influye en que vuelvan a la institución de salud, al igual que, la entrega de los resultados de la citología sea rápida y oportuna, lo cual se asemeja al estudio de López-Castillo et al., (2013), cuando afirman que el 54 % de las mujeres encuestadas piensa que la forma

como las trata cada médico o enfermera en la citología, influye para futuras decisiones. De igual forma, el estudio de Moreno et al., (2019), refiere que, el no entregar el resultado oportuno puede conllevar la detección tardía de la enfermedad y la desmotivación de las usuarias para asistir al programa de tamizaje de citología.

La explicación que brindan los profesionales de la salud respecto a que quien toma la citología, sea una mujer y no un hombre, no influye para nada en los resultados. En este punto, las respuestas de las mujeres encuestadas fueron en un alto porcentaje, contradictorias con el estudio de López-Castillo et al., (2013), quienes refieren que más del 90 % de las encuestadas respondieron que sí influye que el tamizaje lo realice una mujer y no un hombre. Estos autores también refirieron que, en cuanto a la actitud de las usuarias respecto a si se realizan o no la citología porque el personal administrativo o quien les da las citas las atiende mal, la mayoría respondió que el trato que les brindan los profesionales de la institución no influye para tomarse la citología, contrario al presente estudio, donde el 50 % de las mujeres encuestadas respondió que este factor sí influye en este aspecto. El 57 % está de acuerdo con que la explicación que brindan los profesionales de la salud motiva a realizarse la citología y el 24 % se muestra en desacuerdo.

Con relación a si el tiempo de espera en el centro de salud el día de la toma de la citología, influye en futuras decisiones para la toma, más del 70 % de las encuestadas respondió que no, contrario al estudio de López-Castillo et al., (2013), quienes expresan que el 50 % de las mujeres entrevistadas están de acuerdo con que el largo tiempo de espera en el centro de salud el día de la toma de la citología sí influye en futuras decisiones de realizarse la citología, mientras que el 28 % está en desacuerdo.

Referente a las prácticas, las usuarias encuestadas respondieron sobre factores de riesgo para la infección por VPH, donde el instrumento arrojó que la mayoría tiene prácticas inadecuadas, ante preguntas como: tiempos en que debe tomarse la citología, el (n = 98,9 %) refiere que, al iniciar las relaciones sexuales; así mismo, el (n = 55,4 %) inició las relaciones sexuales cuando eran menor a 16 años, seguidas de, entre 17 y 19 (n = 35,9 %) lo cual se relaciona con lo expuesto en el estudio de López-Castillo et al., (2013), quienes al explorar la periodicidad de la toma de la citología, encontraron que el 59 % de

la población tenía un conocimiento alto al respecto, y un 33 % evidenció un nivel bajo. Y al preguntar cuándo se debe iniciar la toma de la citología, el 66 % de las mujeres respondió con un nivel alto de conocimiento y el 33 %, bajo.

El 59,7 % de la muestra ha tenido un solo compañero, lo cual es reiterado por las VPH positivas; así mismo, el 75,8 % de la muestra refiere usar anticonceptivos, en un 53,3 %, lo cual es contradictorio debido a que su método de preferencia es el hormonal: 46,8 %, seguido del quirúrgico: 34,2 %, lo cual no se relaciona con lo expuesto en el estudio de López-Castillo et al., (2013), donde el 17,7 % de las mujeres usa siempre preservativos en las relaciones sexuales, mientras que el 82,3 % no lo hace.

Igualmente, las usuarias encuestadas entrevistadas manifiestan no haber tenido más de dos compañeros al mismo tiempo (98,9 %), acorde con lo expuesto en el estudio de López-Castillo et al., (2013), para quienes el 31 % está en desacuerdo que el número de compañeros aumente la posibilidad de sufrir CCU, mientras que el 49 % está de acuerdo.

Así mismo, en cuanto a las medidas preventivas efectivas para prevenir el VPH, el mayor porcentaje de las encuestadas lo relaciona con no fumar: 53,4 %. El 100 % dejó en claro que no fuma y con relación a la atención, manifiestan que el médico, en un 52,7 %, les informó sobre los tiempos en que debían tomarse la citología; igualmente, que su IPS les ofrece información suficiente sobre la infección por VPH o el CCU: 52,7 % y que si les diagnosticaran VPH, iniciarían de inmediato el tratamiento: 57,1 %, relacionado con el estudio de López-Castillo et al., (2013), donde al preguntarles a las mujeres entrevistadas si el fumar aumentaba el riesgo de sufrir CCU, el 46 % respondió de forma neutral, el 21 % en desacuerdo y el 33 % de acuerdo.

Una de las características sociodemográficas de la población respecto a la edad, es que fueron ubicadas entre los 25 y los 34 años, no acorde con lo encontrado en el estudio de Rodríguez-González, Pérez y Sarduy (2014), donde la mayor frecuencia de mujeres estudiadas sin infección por VPH se encontraba en las edades extremas: 29,7 % de ellas correspondía al grupo de 40 a 44 años y 29,1 % a aquellas entre 55 y 59 años. Por su parte, el presente estudio arrojó que el estrato socioeconómico de esta población fue reconocido como bajo para la gran mayoría: 94 %, resultados similares a los encontrados en el trabajo de Castillo-Ávila,

Canencia-Padilla, Zurbarán-Lamadrid, Pertuz-Cantillo, Montes-Padilla y Jiménez-Chacón, (2015), en el cual la población de mujeres con diagnóstico de CCU de la ciudad de Cartagena, Colombia, pertenece a los estratos socioeconómicos 1, 2 y 3, y el mayor impacto negativo de la enfermedad, según el QLQ-30 (Cruz, Moreno y Angarita, 2013), se observa en las mujeres de estrato 1.

Otros resultados relacionados con la caracterización de la población corresponden al tipo de religión, reportando que el 97 % pertenece a la religión católica, lo cual se relaciona con lo expuesto por Conde, Lemos y Ferreira (2018), donde la mayoría (98,0 %) de mujeres con CCU que participaron en el estudio, declaró ser religiosa y entre éstas, el 62,7 % eran católicas. Así mismo, se reporta que la mayor parte de la población no trabaja fuera del hogar; son amas de casa y todas saben leer y escribir, aunque su escolaridad era baja.

Por lo tanto, todas las características sociodemográficas de la población concuerdan con lo expuesto en el artículo de Conde et al., (2018), donde enuncian que las potencias de enfermedad y perjuicios al CCU dependen de las condiciones sociales, ambientales, políticas y económicas; esto es, de las características biológicas y comportamentales de los sujetos; los autores sostienen que, al identificar estos aspectos, se busca encontrar soluciones para la realización de una prevención eficaz relacionada con la salud de la mujer en situación de vulnerabilidad.

Ahora bien, considerando que, en Colombia el CCU es la primera causa de muerte por cáncer entre mujeres, especialmente entre aquellas de 30 a 59 años, se debe considerar seriamente asegurar el éxito de los programas, con una vacunación efectiva, para lo cual se necesita el pleno respaldo de las autoridades de salud pública, los trabajadores sanitarios y la población en general.

Como sostiene el Ministerio de Salud y Protección Social (2020), a diferencia de otros cánceres, éste cuenta con un agente causal en la mayoría de los casos: el virus del papiloma humano (VPH), de los cuales hay dos tipos: el 16 y el 18, que son los causantes del 70 % de los CCU y de las lesiones precancerosas del cuello del útero, aunque el tipo 16 es el que genera el mayor riesgo.

La mortalidad por esta causa está asociada a condiciones socioeconómicas desfavorables,

encontrando un mayor peligro en regiones rurales que tienen bajo o nulo acceso a los servicios de salud; de igual manera, en los grupos con un menor nivel educativo, razón por la cual se requiere información verdadera y contundente por parte del personal sanitario, que ayude a vencer las resistencias a los exámenes periódicos y a la vacunación que manifiestan ciertos sectores sociales. Pero el compromiso y la responsabilidad no pueden quedarse allí, puesto que atañe a todas las comunidades, aunque de manera especial a las mujeres, directas implicadas en las consecuencias de sufrir un CCU. "De ahí la importancia de estar bien informados y formados sobre el tema, porque estamos hablando de un problema de gran magnitud: el cáncer" (Martínez-Galiano, 2007, p. 44).

5. Conclusiones

A pesar de todos los estudios, aún se observa falencias en la cobertura de la citología y en la colposcopia en el programa del departamento. También se evidencia una planeación incorrecta para su ejecución.

La mortalidad en los regímenes subsidiado y contributivo en el municipio de Ipiales sobresalen por estar por encima del promedio nacional y departamental.

Lo reportado por la IPS Mallamas de Ipiales no coincide con lo reportado por el IDSN en la plataforma de indicadores de gestión del riesgo individual del Ministerio de Salud y Protección Social (2018; 2020).

El cribado del programa de CCU deja muchas dudas en cuanto a su eficiencia en el diagnóstico e intervención de la infección, porque muchas de las mujeres han sido diagnosticadas tardíamente.

En las mujeres existe una asociación entre la infección por el VPH y los comportamientos sexuales de riesgo, para adquirir infecciones de transmisión sexual, por lo cual se pone de manifiesto la pertinencia en la utilización del VPH como bioindicador de comportamiento sexual en ellas.

6. Recomendaciones

Hacer un seguimiento apropiado a las mujeres con anomalías citológicas, ya que en ello recae el éxito del programa de promoción y prevención del CCU. De esta manera se puede asegurar el diagnóstico y tratamiento definitivo

en las lesiones que sean detectadas en el programa, lo cual debe ser una prioridad para las entidades de salud.

Insistir en la importancia de la sensibilización de los profesionales de la salud en cuanto al diligenciamiento de los formatos y la historia clínica, ya que se convierten en las herramientas fundamentales de obtención de información para realizar estrategias y priorizar actividades.

Hacer un seguimiento a las pacientes diagnosticadas por infección por VPH, en el que se incorpore pruebas confirmatorias del tipo de agente relacionado con la lesión; así, se lograría diagnosticar y tratar de manera oportuna las lesiones clínicas y subclínicas, para disminuir la prevalencia de infección por VPH y CCU.

Replicar este estudio en otros municipios, con el propósito de profundizar sobre los factores de riesgo y su relación con la infección y el CCU, de modo que genere acciones de tipo promocional de la salud en hogares y escuelas.

7. Conflicto de intereses

Las autoras del artículo declaran no tener ningún tipo de conflicto de intereses del trabajo presentado.

Referencias

- Carosio, A. (2008). El género de consumo en la sociedad de consumo. *La Ventana. Revista de Estudios de Género*, 3(27), 5-19.
- Castillo-Ávila, I.Y., Canencia-Padilla, J., Zurbarán-Lamadrid, M., Pertuz-Cantillo, D., Montes-Padilla, M. y Jiménez-Chacón, E. (2015). Calidad de vida en mujeres con cáncer cérvico-uterino, Cartagena (Colombia). *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 66(1), 22-31.
- Castro-Jiménez, M.Á., Vera-Cala, L.M. y Posso-Valencia, H.J. (2006). Epidemiología del cáncer de cuello uterino: estado del arte. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 57(3), 182-189.
- Conde, C., Lemos, T. y Ferreira, M. (2018). Características sociodemográficas, individuales y de programación de las mujeres con cáncer cervical. *Enfermería Global*, 17(49), 348-380.
- Cruz, H.F., Moreno, J.E. y Angarita, A. (2013). Medición de la calidad de vida por el cuestionario QLQ-C30 en sujetos con diversos tipos de cáncer de la ciudad de Bucarmanaga-Colombia. *Enfermería Global*, 12(30), 294-303.
- Cvetkovic-Vega, A., León-Nakamura, C. y Yábar-Berrocal, A. (2019). Características del tamizaje para cáncer cérvico-uterino en ocho establecimientos de salud. *Revista Facultad de Medicina Humana*, 19(1), 16-23. <https://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/1788>
- García-López, T., León-Hernández, J., García-Perdomo, H. y Pacheco, R. (2017). Evaluación de un programa de detección temprana de cáncer cervicouterino en Colombia. *Revista Colombiana de Cancerología*, 21(3), 143-151.
- IPS Municipal de Ipiales E.S.E. (2016). Plan de Gestión Institucional 2016-2020. <https://es.slideshare.net/rjuInteractivtec/plan-gerencial-2016-2020-ips-municipal-de-ipiales>
- 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.
- Martínez-Galiano, J.M. (2007). El virus del papiloma humano (VHP). Un problema importante para la salud pública en vías de solución. *Indez de Enfermería*, 16(58), 42-44.
- Mercado, M., Arean, C., Gómez, M.L., Paniello, I., Mallor, F., Lozano, M.D. y Santamaría, M. (2017). Influencia de la edad en la prevalencia de virus de papiloma humano de alto riesgo en mujeres con lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino en la comunidad Navarra. *Revista Española de Salud Pública*, 91, 1-8.

- Ministerio de Salud. (2002). Resolución 412 del 25 de febrero de 2002. http://www.saludcolombia.com/actual/htmlnormas/Res412_00.htm
- Ministerio de Salud. (2012). Resolución 4505 de 2012. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/abece-resolucion-4505.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Gestión Integral de Riesgo en Salud. <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/gestion-integral-de-riesgo-en-salud.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). Cáncer de cuello uterino. <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Cancer-decuellouterino.aspx>
- Moreno, N.V., Molineros, L.F., Hoyos, M.I. y Tello, I. (2019). 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. [10.31948/rev.criterios.25.2-art6](https://doi.org/10.31948/rev.criterios.25.2-art6)
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1998). Promoción de la Salud. Glosario. https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67246/1/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf
- Ortiz, R., Uribe, C., Díaz, L. y Dangond, Y. (2004). Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 55(2), 146-160.
- Páez, M., Rodríguez-Riveros, M., Kasamatsu, E., Castro, A., Orué, E., Lampert, N., Ruoti, M., Giménez, G., Mendoza, L., Mongelos, P., Valenzuela, A. y Leguizamón, 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). *Revista de la Universidad Industrial de Santander*, 48(1), 37-44.
- Pardo, C. y Cendales, R. (2019). Incidencia, mortalidad y prevalencia de cáncer, según localización tablas 5-60 hombres y mujeres, 2007-2011. <http://www.cancer.gov.co/files/libros/archivos/incidencia1.pdf>
- Rodríguez-González, D., Pérez, J. y Sarduy, M. (2014). Infección por el virus del papiloma humano en mujeres de edad mediana y factores asociados. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 40(2), 218-232.

Contribución:

Las autoras elaboraron el artículo, lo leyeron y aprobaron.