



INVESTIGACIÓN ORIGINAL

<https://doi.org/10.18597/rcog.4277>

Demoras en el diagnóstico y tratamiento de cáncer de cuello uterino en el departamento del Meta, 2017-2023. Estudio de corte transversal

Delays in the diagnosis and treatment of cervical cancer in the department of Meta, 2017–2023: a cross-sectional study

César García-Balaguera¹ ; Sandra Patricia Ruiz Rodríguez²

Recibido: 26 junio, 2024 Aceptado: 5 mayo, 2025

RESUMEN

Objetivo: describir la prevalencia de las diferentes demoras en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de cuello uterino, hacer una aproximación a su incidencia en el Departamento del Meta (Colombia) en los últimos años, así como un análisis exploratorio a posibles factores asociados a las demoras.

Materiales y métodos: estudio de corte transversal, de los casos nuevos notificados de cáncer de cuello uterino en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Instituto Nacional de Salud de Colombia en el periodo 2017 a 2023. Se describe la proporción de casos en los que se identifican demoras en el proceso de atención, y, además, se describe la tasa de incidencia de cáncer de cuello uterino, por año, a partir de los datos poblacionales.

Resultados: se incluyeron 824 casos. Se evidenciaron demoras de más de 60 días en el proceso de atención en el 56,9% de los casos. Estas demoras se atribuyen al paciente en un 33,9% por desconocimiento o barreras geográficas, culturales o económicas,

el 36,2% a los servicios de salud por falta de oportunidad en la atención y el 22,9% al asegurador por barreras administrativas.

Conclusiones: las demoras son frecuentes en el proceso de atención en el Meta. Estas demoras afectan en especial a mujeres mayores de 40 años y residentes en zona rural. Se requieren estudios analíticos y cualitativos que exploren de manera más profunda las causas de las demoras.

Palabras clave: neoplasias del cérvix; tiempo de tratamiento; factores socioeconómicos; disparidades en atención de salud; obstetricia; ginecología.

ABSTRACT

Objective: To describe the prevalence of the different delays in the diagnosis and treatment of cervical cancer, to estimate its incidence in the Department of Meta (Colombia) in recent years, and to conduct an exploratory analysis of potential factors associated with these delays.

Material and methods: Cross-sectional study of newly reported cases of cervical cancer in the Epidemiological Surveillance System of the National Institute of Health of Colombia between 2017 and 2023. The proportion of cases in which delays in the care process were identified was described, as well as the annual incidence rate of cervical cancer based on population data.

* **Correspondencia:** Sede Ciencias de la Salud, Universidad Cooperativa de Colombia, Cra. 35 #36 a - 139. Villavicencio (Colombia). cesar.garcia@campusucc.edu.co

1. Facultad de Medicina, Universidad Cooperativa de Colombia. Villavicencio (Colombia).
2. Secretaría de Salud del Meta. Villavicencio (Colombia).

Cómo citar este artículo: García-Balaguera C, Ruiz Rodríguez SP. Demoras en el diagnóstico y tratamiento de cáncer de cuello uterino en el departamento del Meta, 2017-2023. Estudio de corte transversal. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2025;76:4277. <https://doi.org/10.18597/rcog.4277>

Results: A total of 824 cases were included. Delays of more than 60 days in the care process were observed in 56.9% of the cases. These delays were attributed to patients in 33.9% of cases due to lack of knowledge or geographic, cultural, or economic barriers; to health services in 36.2% of cases due to lack of timely care; and to insurers in 22.9% of cases due to administrative barriers.

Conclusions: Delays in the care process are common in Meta. These delays particularly affect women over 40 years of age and those residing in rural areas. Analytic and qualitative studies are needed to further explore the underlying causes of these delays.

Keywords: Neoplasms of the cervix; treatment time; socioeconomic factors; health care disparities; obstetrics; gynecology.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino es un problema de salud pública. Para 2022, era el cuarto tipo de cáncer más frecuente en mujeres en el mundo, con cerca 660.000 casos nuevos y cerca de 350.000 muertes en el mismo año. Para Colombia, en el año 2022 se estimaron 4.570 nuevos casos y se identificaron 2.435 muertes por esta causa, con una tasa de mortalidad ajustada por edad de 6,9 x 100.000 personas año (1). Según la Cuenta de Alto Costo (CAC), la prevalencia para el 2022 fue de 78,7 x 100.000 mujeres (2).

Entre los factores protectores más importantes para el cáncer de cuello uterino invasor se encuentra la detección temprana de la enfermedad (3,4). El tamizaje oportuno del cáncer da como resultado el diagnóstico en estadios más tempranos, un tratamiento menos intensivo y también una mayor sobrevida (5). Por lo tanto, es importante tener tiempos oportunos para el diagnóstico desde el inicio de los síntomas o una prueba de tamización positiva (VPH o citología) hasta la biopsia (6), y desde el diagnóstico hasta el tratamiento. Como límite máximo de oportunidad para el diagnóstico y tratamiento, se tienen diferentes horizontes de tiempo; por ejemplo, en Estados Unidos se tienen 60 días desde la consulta por la citología anormal hasta el diagnóstico, y 60 días desde este al tratamiento (7) en Colombia, la

meta de oportunidad para el diagnóstico son 15 días (2) y 30 para el tratamiento, desde la entrega de la biopsia, de acuerdo con el protocolo de vigilancia en salud pública (8). En el país se ha informado que el 67,7 % de las pacientes con cáncer de cuello uterino han sido diagnosticadas en una etapa invasiva; respecto al lapso entre el diagnóstico y el inicio del primer tratamiento se ha informado un tiempo de 71 días (9).

Las demoras en el proceso de atención del cáncer, en general, pueden ocurrir en varios momentos y se clasifican en: demoras atribuibles al paciente para buscar atención médica o retrasos imputables a los servicios de salud, demoras de los prestadores de salud y de los aseguradores de los servicios de salud que llevan a limitaciones de acceso o problemas en la remisión entre niveles de atención (10). Cada tipo de demora está influenciado por las características de los pacientes, de su entorno socioeconómico y de la calidad de los servicios de salud (11-14). También se clasifican en categorías según el momento del proceso de atención, ya sea en el diagnóstico, el tratamiento o el tiempo total del proceso (15); estas demoras se miden en días a través de la historia clínica de las pacientes (15), entrevistas (16) o sistemas de vigilancia en salud pública (5).

El conocimiento de las demoras es fundamental dado que permite el diseño de intervenciones que buscan mejorar la oportunidad en la atención del cáncer de cuello uterino para una mejor prevención y sobrevida, y que podrían reducir su impacto económico en el sistema de salud y en los hogares, especialmente en países desarrollados, aunque los resultados de algunas intervenciones son aún inciertos (17).

En el departamento del Meta se tiene la percepción de que hay un aumento de los casos, por lo que es importante hacer una estimación de la incidencia en los últimos años, y también determinar el desempeño de las aseguradoras y los prestadores de salud en términos de atención oportuna de los casos nuevos que se presentan.

Por lo tanto, el objetivo de este estudio es describir la prevalencia de las diferentes demoras en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de cuello uterino, hacer una aproximación a su incidencia en el Departamento del Meta (Colombia) en los últimos años, así como un análisis exploratorio a posibles factores asociados a las demoras.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño y población. Estudio descriptivo de corte transversal. Se incluyeron mujeres residentes en el departamento del Meta con diagnóstico de cáncer de cuello uterino entre enero de 2017 y octubre de 2023, registrados en la base de datos del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) mediante vigilancia pasiva. Se excluyeron las mujeres notificadas con cáncer de cuello uterino en centros diagnósticos del departamento del Meta, pero que residían en otros departamentos, así como los casos duplicados.

Procedimiento. Previa autorización de la Secretaría de Salud del Meta, se obtuvo la base de datos de Sivigila con código INS 155 Datos Básicos y Complementarios del departamento del Meta, Código departamental 050, de donde se tomaron los datos básicos, los datos complementarios y la información sobre demoras. Una vez obtenida la base de datos, el equipo investigador eliminó la información de casos duplicados, luego se filtraron los casos que residían en otros departamentos, posteriormente se separó la base de datos de casos de cáncer de mama y de cáncer de cuello uterino, y se verificó el cumplimiento de los criterios de selección de los registros. Para garantizar el anonimato, se ocultaron los datos personales de nombre, documento y número de identificación, barrio, dirección y teléfono. Se tomaron las variables: fecha de inicio de síntomas, fecha de primera consulta, toma de citología, colposcopia y biopsia, entrega del resultado e inicio de tratamiento. Se midió el número de días para cada paciente y, de esta manera, el equipo investigador estableció los tiempos de atención. La información se registró en un formulario específicamente hecho para el levantamiento de los datos, al que se le hizo una prueba piloto para verificar la pertinencia de los ítems incluidos. Se eliminaron las variables ocupación e inicio o no del tratamiento por tener un subregistro mayor del 70%. Luego, las variables ya depuradas se exportaron a la base de datos de Excel® donde se crearon las variables T1, T2 y T3; se hizo control de calidad para verificar datos fuera de rango o ausentes.

Variables medidas: edad, nacionalidad, departamento y municipio de residencia, tipo de régimen de aseguramiento en salud, pertenencia étnica,

estrato, tipo de cáncer, resultado de la biopsia, grado histológico, tratamiento recibido y fecha de inicio del tratamiento. La clasificación inicial del caso, si fue hospitalizada, fecha de la hospitalización, estado final del paciente –vivo o muerto– y la causa básica de la muerte. El tiempo entre el inicio de síntomas y la primera consulta (T1) se atribuyó al paciente, al entorno y a los entes territoriales; un tiempo mayor a 30 días se consideró demora. El tiempo entre la primera consulta y la toma de la biopsia (T2) –incluye la toma previa de la citología o la prueba de VPH y la entrega del resultado– se atribuyó al asegurador y al prestador de servicios; un tiempo mayor a 30 días se consideró demora. El tiempo entre la entrega del resultado de la biopsia y el inicio del tratamiento (T3) se atribuyó al prestador y al asegurador; un tiempo mayor a 30 días se consideró demora, esto con base en las responsabilidades definidas en la Ruta Integral de Atención de Cáncer de Colombia (18).

Análisis estadístico. Se realizó un análisis univariado para evaluar las frecuencias relativas y absolutas en las variables cualitativas. Para las variables cuantitativas se utilizó la estimación de las medidas de tendencia y dispersión según normalidad. Se estimó la tasa de incidencia por cada año para el departamento del Meta, se tomó como población la aportada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) para cada año. Los registros en los que no se pudieron establecer las demoras fueron excluidos del análisis. El análisis exploratorio para buscar posibles hipótesis de asociación entre las variables basales y la demora total se hizo mediante análisis bivariado por tablas de contingencia 2x2, mediante la prueba Chi cuadrado, con un nivel de significancia de 0,05. La razón de oportunidades cruda (*odds ratio* - OR) se calculó con su respectivo intervalo de confianza al 95% (IC 95%).

Aspectos éticos. El estudio contó con el aval del Subcomité de Bioética de la Universidad Cooperativa de Colombia (UCC), bajo el Acta 26 de 2023. Adicionalmente, se tomaron las medidas necesarias para proteger y garantizar la confidencialidad de los datos y la privacidad de las mujeres incluidas, anonimizando los datos para el análisis.

RESULTADOS

La base de datos inicial del evento INS155 incluyó 924 casos cáncer de cuello uterino, de estos se eliminaron 12 duplicados y se excluyeron 49 por residencia en otros departamentos (5,4%). Se

excluyeron del análisis 29 registros (3%) que no tenían datos de las fechas para calcular las demoras en días. Finalmente, se analizaron las demoras en 824 registros de mujeres con cáncer en el estudio (Figura 1).

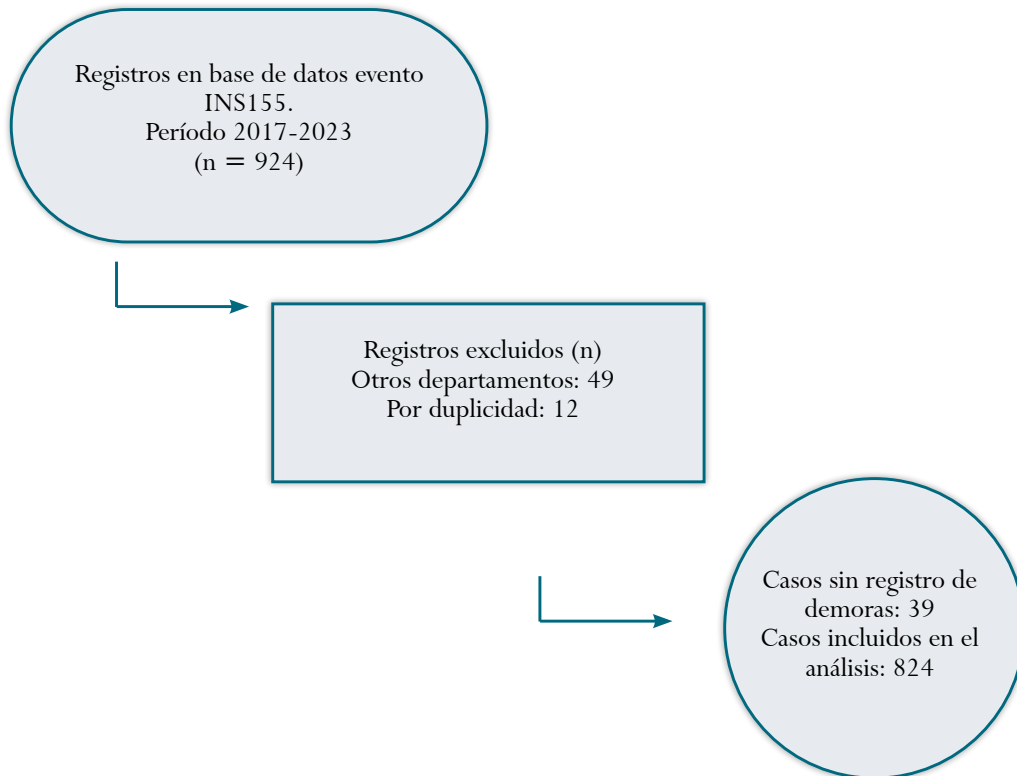


Figura 1. Flujograma de selección de casos.
Fuente: Autores.

Respecto a la edad, las pacientes tenían una media de 42,4 (desviación estándar [DE]± 13,4) El 82,73% provenía del área urbana, el 46,7% pertenecía al régimen contributivo y 43,7% al subsidiado. Un total de 7 mujeres (0,81%) eran de etnia indígena (Tabla 1).

Respecto al diagnóstico histológico se realizó biopsia de exocervix al 88,9% y biopsia de endocervix al 35,8%. El 87% correspondió a cáncer escamocelular y el resto a adenocarcinoma. En cuanto al estadio, el 40% tenían lesión intraepitelial de alto grado o carcinoma in situ, el 36% estadio IA

a IB2 y el 24% mayor o igual a IB3. El tratamiento fue quirúrgico en 469 (57%) casos, radioterapia en 190 (23%), quimioterapia en 124 (15%), recibieron terapia combinada 41 (5%). Este 5% de tratamiento combinado se distribuye así: quimioterapia y radioterapia 25 (3%), quirúrgico y radioterapia 10 (1,2%), tratamiento quirúrgico y quimioterapia 4 (0,48%), quirúrgico, quimioterapia y radioterapia 2 (0,24%). En el seguimiento se perdieron 35 mujeres (4%), de las cuales se tiene registro del inicio del tratamiento —que se incluye en los datos anteriores—, pero que no lo culminaron (Tabla 1).

Tabla 1. Características demográficas y clínico-patológicas.			
Variable	Con demora al tratamiento mayor ≥ a 60 días (n = 466 [56,9 %])	Sin demora al tratamiento menor 60 días (n = 358 [43,1 %])	p
Edad media en años	42,4	39	0,04
Zona de residencia			
Urbana	275 (59,1)	308 (86,1)	0,28
Rural	191 (40,9)	50 (13,9)	
Aseguramiento			
Contributivo	291 (62,5)	165 (46,1)	0,11
Subsidiado	155 (33,3)	176 (49,1)	
Especial	20 (4,2)	17 (4,8)	
Biopsia exocérvix			
Sí	414 (88,96)	306 (85,5)	0,002
No	52 (11,04)	52 (14,5)	
Extensión			
LEI-AG NICIII-In situ	258 (55,3)	242 (67,5)	0,29
Ca escamo-celular	208 (44,7)	116 (32,5)	
Biopsia endocérvix			
Sí	167 (35,8)	117 (32,8)	0,2
No	299 (64,2)	241 (67,2)	
Tratamiento			
Radiológico			
Sí	108 (23,18)	82 (22,9)	0,12
No	358 (76,82)	276 (77,1)	
Quirúrgico			
Sí	266 (57)	203 (56,7)	0,27
No	200 (43)	155 (43,3)	
Quimioterapia			
Sí	71 (15,23)	53 (14,8)	0,025
No	395 (84,77)	305 (85,2)	

Fuente: Autores.

Respecto a las 466 pacientes que presentaron demoras (56,9 %), 159 (33,9 %) tuvieron demora en T1 y 168 (36,2 %) en T2, con un promedio de 66,8 días que, sumados, corresponden al 70,1 % de demoras relacionadas con el proceso diagnóstico; 139 (29,9 %) corresponden a T3, con un promedio de 152 días. Un total de 70 (9,2 %) pacientes tuvieron demora en T1 o T2

y T3. La incidencia de cáncer de cérvix para el departamento de Meta varió entre 8,60 y 21,21 x 100.000 mujeres entre 2017 y 2023 (Tabla 2). Por último, en el análisis crudo de posibles asociaciones se identifican como posibles variables asociadas a las demoras tener una edad mayor de 40 años, residir en zona rural y tener cáncer infiltrante (Tabla 3).

Tabla 2.
Incidencia de casos de cáncer de cérvix 2017-2023, departamento del Meta.

AÑO	n	%	Incidencia X 100.000 mujeres
2017	75	8,69	7,34
2018	183	21,21	17,6
2019	189	21,09	17,9
2020	95	11,01	8,78
2021	96	11,12	8,74
2022	134	15,53	12,03
2023	91	10,54	8,05

Fuente: Autores.

Tabla 3.
Análisis de posibles factores de riesgo para demoras en la atención de cáncer de cérvix, departamento del Meta.

Variable	Factor de riesgo	Demora		
		OR	IC 95 %	p
Características sociodemográficas				
Edad	> 40	1,31	1,02-1,71	0,049
Estrato social	Estrato bajo	0,89	0,67-1,18	0,4246
Zona de residencia	Rural	1,74	1,16-2,607	0,0073
Afiliación a seguridad social en salud	Régimen subsidiado (bajo ingreso)	1,019	0,89-1,44	0,8929
Características del cáncer				
Grado histológico Bx exocérvix	Infiltrante	1,31	1,002-1,85	0,0092
Grado histológico Bx endocérvix	Infiltrante	1,37	0,98-2,59	0,016
Motivo de consulta	Asintomática	0,86	0,65-1,13	0,2897
Tratamiento quirúrgico	Sí	1,514	0,95-2,77	0,156
Tratamiento radioterapia	Sí	1,002	0,65-1,99	0,944

Fuente: Autores.

DISCUSIÓN

En este estudio identificamos una prevalencia de demoras en la atención y el diagnóstico de cáncer de cuello uterino, así: el 56,9% de las mujeres presentaron demoras en el proceso de atención, el 70,1% en el proceso de diagnóstico y 29,9% en proceso terapéutico. Además, determinamos una tasa incidencia del 8 al 21 x 100.000 mujeres para el periodo de estudio.

Las demoras diagnósticas se explican a la luz de la ruta de atención: para T1 principalmente a problemas del entorno de la paciente por no

conocer sus riesgos, no consultar oportunamente, no tomarse la citología, no tener acceso al sistema de salud, escasa información o educación, o a problemas de oferta de servicios y a la demora en el tratamiento por trámites administrativos. En T2, se atribuye al proveedor de patología (más de 15 días para la entrega del resultado), a los entes territoriales –municipios y departamentos– y a los aseguradores según la Ruta Integral de Atención en Colombia. La demora T3 se atribuye al asegurador EPS, por no iniciar oportunamente (45 días o más) el tratamiento.

Respecto a los hallazgos en cuanto a las demoras en el proceso de atención, nuestros datos son inferiores a los informados por Hernández et al. (9), en un estudio transversal que incluyó 1.249 mujeres a partir del Registro Nacional de Cáncer en Colombia; ellos identifican que el 88 % de las pacientes tuvieron demoras para iniciar el tratamiento en el año 2018. También son menores a los informados por Gyenwali et al. en Nepal (19), en un estudio transversal con 110 pacientes, donde el 77 % de las mujeres con cáncer de cuello uterino tuvieron demoras mayores a 90 días en el diagnóstico. Por otra parte, nuestros datos son similares a los informados por Da Silva en el estado de Bahia en Brasil (20), quienes en un estudio transversal en el que incluyeron 9.184 casos de cáncer de cérvix en estadios tempranos y avanzados identificaron demoras para iniciar el tratamiento en el 65 % de las mujeres. Asimismo, nuestros datos muestran mayor demora que en California, Estados Unidos, donde Kotha et al. (21), en un estudio de cohorte retrospectiva en el que incluyeron 143 mujeres con cáncer de cérvix localmente avanzado, identifican que el 50 % de las pacientes tuvieron demoras entre el diagnóstico y el inicio de la radioterapia. Además, Lim et al. (16), en un estudio de cohorte transversal hecho en el Reino Unido, en el que entrevistaron 128 mujeres con cáncer de cuello uterino, en 40 pacientes que consultaron por síntomas (31 %) identificaron la demora del paciente en un 28 % y demoras por el proveedor en el 60 %.

Este estudio presenta limitaciones, como la toma de datos de fuentes secundarias que incrementa el riesgo de sesgos de medición. Estos sesgos se controlan mediante la eliminación de casos repetidos y la aplicación clara de los criterios de inclusión. Respecto al análisis bivariado, las comparaciones múltiples podrían incrementar el error tipo I, sin embargo, los análisis exploratorios en estudios de corte transversal pretenden la generación de hipótesis, lo cual se logra en el estudio.

Como fortaleza tenemos el importante número de mujeres incluidas en la ventana de observación y la utilidad del instrumento de registro –ficha de notificación del sistema de vigilancia en salud

pública– que permitió obtener la información requerida.

CONCLUSIONES

Las demoras son frecuentes en el proceso de atención en el Meta. Afectan en especial a mujeres mayores de 40 años y residentes en zona rural. Se requieren estudios analíticos y cualitativos que exploren de manera más profunda las causas de las demoras.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

CGB: conceptualización, diseño del estudio, adquisición de datos, escritura del manuscrito, gestión de la publicación.

SPRR: análisis e interpretación de los datos, aprobación final de la versión para ser publicada

REFERENCIAS

1. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, et al. Global Cancer Observatory: Cancer Today. [Internet]. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2024. Disponible en: <https://gco.iarc.who.int/today>.
2. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, Cuenta de Alto Costo (CAC). Magnitud, tendencia y acceso a los servicios de salud a las personas con enfermedades de alto costo 2022. Bogotá DC: CAC; 2023.
3. Landy R, Pesola F, Castañón A, Sasiemi P. Impact of cervical screening on cervical cancer mortality: Estimation using stage-specific results from a nested case-control study. *Br J Cancer*. 2016;115(9):1140-6. <https://doi.org/10.1038/bjc.2016.290>
4. Peirson L, Fitzpatrick D, Ciliska D, Warren R. Screening for cervical cancer: A systematic review and meta-analysis. *Syst Rev*. 2013;2:35. <https://doi.org/10.1186/2046-4053-2-35>
5. Benard V, Howe W, Royalty J, Helsel W, Kammerer W, Richardson L. Timeliness of cervical cancer diagnosis and initiation of treatment in the National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program. *J Womens Health*. 2012;21(7):77682. <https://doi.org/10.1089/jwh.2011.3224>

6. Rayner M, Welp A, Stoler M, Cantrell L. Cervical cancer screening recommendations: Now and for the future. *Healthcare*. 2023;11(16):2273. <https://doi.org/10.3390/healthcare11162273>
7. Benard VB, Howe W, Royalty J, Helsel W, Kammerer W, Richardson LC. Timeliness of cervical cancer diagnosis and initiation of treatment in the National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program. *J Womens Health (Larchmt)*. 2012;21(7):776-82. <https://doi.org/10.1089/jwh.2011.3224>.
8. Colombia. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública. Cáncer de mama y cuello uterino. Versión 6; 2024. <https://doi.org/10.33610/JMEW9210>
9. Hernández J, Ramírez P, Valbuena A, Acuña L, González J. Factors associated with delays in time to treatment initiation in Colombian women with cervical cancer: A cross-sectional analysis. *Gynecol Oncol Rep*. 2021;35:100697. <https://doi.org/10.1016/j.gore.2021.100697>
10. Caplan L. Delay in breast cancer: Implications for stage at diagnosis and survival. *Front Public Health*. 2014;2:87. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2014.00087>
11. Robinson K, Christensen K, Ottesen B, Krasnik A. Socio-demographic factors, comorbidity and diagnostic delay among women diagnosed with cervical, endometrial or ovarian cancer. *Eur J Cancer Care*. 2011;20(5):653-61. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2011.01259.x>
12. Kuroki L, Massad L, Woolfolk C, Thompson T, McQueen A, Kreuter M. Cervical cancer risk and screening among women seeking assistance with basic needs. *Am J Obstet Gynecol*. 2021;224(4):368.e1-368.e8. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.12.018>
13. Wang M, Jin Y, Zheng Z. The association of cervical cancer screening and quality of care: A systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2019. *J Glob Health*. 2023;13(04090). <https://doi.org/10.7189/jogh.13.04090>
14. Allahqoli L, Dehdari T, Rahmani A, Fallahi A, Gharacheh M, Hajinasab N, et al. Delayed cervical cancer diagnosis: A systematic review. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2022;26(22):8467-80. https://doi.org/10.26355/eurrev_202211_30382
15. Piñeros M, Sánchez R, Perry F, García O, Ocampo R, Cendales R. Demoras en el diagnóstico y tratamiento de mujeres con cáncer de mama en Bogotá, Colombia. *Salud Pública Méx* [Internet]. 2011;53(6):478-85. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000600003&lng=es.
16. Lim A, Ramirez A, Hamilton W, Sasieni P, Patnick J, Forbes L. Delays in diagnosis of young females with symptomatic cervical cancer in England: An interview-based study. *Br J Gen Pract*. 2014;64(627):e602-10. <https://doi.org/10.3399/bjgp14X681757>
17. Bastani R, Yabroff K, Myers R, Glenn B. Interventions to improve follow-up of abnormal findings in cancer screening. *Cancer*. 2004;101(5 Suppl):1188-200. <https://doi.org/10.1002/cncr.20506>
18. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. RIAS para población con riesgo o presencia de cáncer, y RIAS específicas de Cáncer de mama y Cáncer de cérvix. Política integral de Atención en Salud; Observatorio Nacional de Cáncer (ONC) [Internet]; 2016. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/rias-cancer.zip>.
19. Gyenwali D, Khanal G, Paudel R, Amatya A, Pariyar J, Onta S. Estimates of delays in diagnosis of cervical cancer in Nepal. *BMC Womens Health*. 2014;14(1):29. <https://doi.org/10.1186/1472-6874-14-29>
20. Silva D, Pinto M, Figueiredo M. Factors associated with delay in specialized treatment after diagnosis of cervical cancer in Bahia State, Brazil. *Cad Saude Publica*. 2022;38(5):e00022421. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT022421>
21. Kotha N, Williamson C, Mell L, Murphy J, Martinez E, Binder P, Mayadev J. Disparities in time to start of definitive radiation treatment for patients with locally advanced cervical cancer. *Int J Gynecol Cancer*. 2022;32(5):613-8. <https://doi.org/10.1136/ijgc-2021-003305>

FINANCIACIÓN

Universidad Cooperativa de Colombia. La universidad no influyó en ninguna parte de los contenidos del artículo.

Conflicto de intereses: Ninguno declarado.



Disponible en:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195282750002>

Cómo citar el artículo

Número completo

Más información del artículo

Página de la revista en redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de revistas científicas de Acceso Abierto diamante
Infraestructura abierta no comercial propiedad de la
academia

César García-Balaguera, Sandra Patricia Ruiz Rodríguez
**Demoras en el diagnóstico y tratamiento de cáncer de
cuello uterino en el departamento del Meta, 2017-2023.
Estudio de corte transversal**
**Delays in the diagnosis and treatment of cervical cancer
in the department of Meta, 2017-2023: a cross-sectional
study**

Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología
vol. 76, núm. 2, 4277, 2025
Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología; Revista
Colombiana de Obstetricia y Ginecología,
ISSN: 0034-7434
ISSN-E: 2463-0225

DOI: <https://doi.org/10.18597/rcog.4277>