



Informe de Revisión Rápida – SDISS. No. 01 -2024

Revisión rápida: Factores asociados a la adherencia al tratamiento en pacientes con cáncer de cuello uterino

Octubre 2024

**INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
CENTRO DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD
SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional
de Salud

Centro de Evaluación
de Tecnologías en Salud

Investigar para proteger la salud



Dr. Víctor Javier Suárez Moreno
Presidente Ejecutivo
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Dr. Raúl Alonso Timaná Ruiz
Director
CENTRO DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD

Dr. Raúl Alonso Timaná Ruiz
Responsable
SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Subdirección de Investigación de Servicios de Salud
Centro de Evaluación de Tecnologías en Salud
Instituto Nacional de Salud
Av. Defensores del Morro 2268 (Ex Huaylas) - Chorrillos
Lima 09, Perú
Telf. (511) 7481111 Anexo 6650

Este informe de revisión rápida fue generado en respuesta a un requerimiento de la Dirección Ejecutiva de Prevención y Control de Cáncer (DPCAN), de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP), del Ministerio de Salud.

El Instituto Nacional de Salud es un Organismo Público Ejecutor del Ministerio de Salud del Perú dedicado a la investigación de los problemas prioritarios de salud y de desarrollo tecnológico. El Instituto Nacional de Salud tiene como mandato el proponer políticas y normas, promover, desarrollar y difundir la investigación científica-tecnológica y brindar servicios de salud en los campos de salud pública, control de enfermedades transmisibles y no transmisibles, alimentación y nutrición, producción de biológicos, control de calidad de alimentos, productos farmacéuticos y afines, salud ocupacional, protección del medio ambiente y salud intercultural, para contribuir a mejorar la calidad de vida de la población. A través del Centro de Evaluaciones de Tecnologías en Salud (CETS), tiene entre sus funciones promover, proponer y desarrollar investigación y evaluaciones económicas, de intervenciones y servicios de salud, que contribuyan a la toma de decisiones en salud pública.

Autor

Gilmer Solís Sánchez ¹

Revisora

Maricela Curisínche Rojas ¹

¹ Subdirección de Investigación de Servicios de Salud (SDISS), Centro de Evaluación de Tecnologías en Salud (CETS), Instituto Nacional de Salud (INS).

Repositorio general de documentos técnicos del CETS

<https://www.gob.pe/institucion/ins/informes-publicaciones/tipos/215-revisiones-rapidas>



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Los derechos reservados de este documento están protegidos por licencia Creative Commons Atribución-No Comercial-No Derivadas 4.0 Internacional. Esta licencia permite que la obra pueda ser libremente utilizada sólo para fines académicos y citando la fuente de procedencia. Su reproducción por o para organizaciones comerciales sólo puede realizarse con autorización escrita del Instituto Nacional de Salud, Perú

Cita recomendada:

Instituto Nacional de Salud (Perú). Revisión rápida: Factores asociados a la adherencia al tratamiento en pacientes con cáncer de cuello uterino. Subdirección de Investigación en Servicios de Salud. Centro de Evaluación de Tecnologías en Salud, Instituto Nacional de Salud, octubre de 2024. Serie: Informe de Revisión Rápida – SDISS. N.º 01-2024.

TABLA DE CONTENIDO

| | |
|---|----|
| MENSAJES CLAVES | 6 |
| RESUMEN EJECUTIVO..... | 7 |
| I. INTRODUCCIÓN | 9 |
| II. OBJETIVO | 10 |
| III. METODOLOGÍA | 11 |
| 3.1. Pregunta PEO..... | 11 |
| 3.2. Fuentes de Información | 11 |
| 3.3. Estrategia de búsqueda | 12 |
| 3.4. Criterios de elegibilidad de estudios..... | 12 |
| 3.5. Selección de los estudios y extracción de datos | 13 |
| 3.6. Evaluación de la calidad metodológica y riesgo de sesgo de los estudios incluidos.... | 13 |
| IV. RESULTADOS..... | 13 |
| 4.1. Características de los estudios incluidos..... | 14 |
| 4.2. Calidad metodológica y riesgo de sesgo de los estudios incluidos..... | 16 |
| V. PRINCIPALES HALLAZGOS | 17 |
| VI. CONCLUSIONES | 19 |
| VII. CONTRIBUCIÓN DE AUTORES..... | 20 |
| VIII. DECLARACIÓN DE INTERÉS | 21 |
| IX. FINANCIAMIENTO..... | 21 |
| X. REFERENCIAS..... | 21 |
| XI. ANEXOS..... | 25 |
| Anexo 01. Estrategias de búsqueda..... | 25 |
| Anexo 02. Flujograma de selección de estudios..... | 35 |
| Anexo 03. Motivo de exclusión de artículos durante la fase de lectura a texto completo | 36 |
| Anexo 04. Evaluación de riesgo de sesgo..... | 38 |
| Anexo 05: Principales hallazgos..... | 39 |

MENSAJES CLAVES

- El cáncer de cuello uterino es un problema de salud importante a nivel mundial y en el Perú, la cual tiene una elevada tasa de mortalidad, por lo cual se requiere tener adecuadas medidas de salud pública preventivas y brindar alternativas de tratamiento efectivas.
- Si bien es común encontrar múltiples estudios que evalúan intervenciones terapéuticas, existe una limitada cantidad de evidencia que exploran mediante investigaciones los factores que pueden afectar la adherencia al tratamiento oncológico, y con ello mejorar la esperanza de sobrevivida de las pacientes afectadas por esta patología.
- La pregunta PICO formulada fue la siguiente: P: Mujeres adultas con cáncer de cuello uterino, E: Factores asociados, O: Adherencia al tratamiento oncológico; para la cual se revisó la mejor evidencia disponible publicada a través de revisiones sistemáticas de cuatro bases de datos.
- Se incluyeron cinco revisiones sistemáticas heterogéneas que consideraron estudios primarios bajo enfoque cualitativo, cuantitativo, y/o de métodos mixtos; estas revisiones presentaron un bajo riesgo de sesgo, pero no reportaron estimaciones de efecto.
- La adherencia al tratamiento en pacientes con cáncer de cuello uterino es un desafío multifactorial influenciado por barreras socioeconómicas, geográficas, culturales y del sistema de salud.
- Para mejorar los resultados de salud, es fundamental abordar estas barreras a través de estrategias que incluyan el apoyo financiero, la descentralización de los servicios de salud, la educación comunitaria y la mejora de la infraestructura sanitaria.
- Solo mediante un enfoque integral que tenga en cuenta los determinantes sociales y culturales de la salud se podrá mejorar la adherencia y, en última instancia, la supervivencia de las pacientes con cáncer de cuello uterino.
- Los factores identificados proveen un marco de referencia para la planificación y conducción de futuros estudios primarios y/o secundarios enfocados específicamente a un aspecto particular.

RESUMEN EJECUTIVO

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino es uno de los principales tipos de cáncer que afectan a las mujeres, la cual tiene una de las mayores tasas de mortalidad; y aunque se han realizado notables esfuerzos en la implementación de medidas de prevención primaria, resulta fundamental contar con medidas efectivas de tratamiento para aquellas mujeres que ya cuentan con la enfermedad instaurada. El tratamiento oncológico como cualquier otro tipo de intervención es susceptible a la falta de adherencia, la cual puede conllevar no solo a problemas de morbilidad en la paciente, sino también a la muerte. Es plausible que se presenten diversas condiciones que estén afectando la adherencia al tratamiento oncológico en pacientes con cáncer de cuello uterino, aspecto que potencialmente cuenta con evidencia a través de investigaciones.

OBJETIVO

Sintetizar la mejor evidencia disponible sobre los factores asociados a la adherencia al tratamiento oncológico en pacientes con cáncer de cuello uterino.

METODOLOGÍA

La pregunta formulada para esta revisión siguió el formato PEO, llevándose a cabo bajo una metodología de revisión tipo paraguas (Umbrella Review), la cual se centró en identificar todas las características posibles que se hayan reportado en la literatura como condiciones que afectaban la adherencia al tratamiento oncológico en pacientes con cáncer de cuello uterino. Para la presente revisión se recopiló toda la evidencia científica disponible publicada mediante revisiones sistemáticas con o sin metaanálisis, sin distinción del enfoque empleado en los estudios primarios incluidos; para ese fin se construyeron estrategias de búsqueda exhaustivas para las bases de datos Medline, Cochrane Central Register of Clinical Trials y Cochrane Database of Systematic Reviews, EMBASE, y Web of Science. Todas las estrategias se aplicaron con última fecha al 01 de octubre de 2024. Para evaluar la calidad de la evidencia recopilada, se utilizó la herramienta de Evaluación Crítica para Revisiones Paraguas del Instituto Joanna Briggs (JBI). Se descartaron revisiones sistemáticas que fueran basadas en intervenciones, de estudios primarios desarrollado en el contexto de la pandemia de la COVID-19, y aquellas que tenían una población con particularidades como gestación, migración, entre otras.

RESULTADOS

Tras aplicar las estrategias de búsqueda elaboradas, inicialmente se identificaron 491 registros, de las cuales, tras un proceso de eliminación de duplicados, tamizaje de títulos y resúmenes, así

como de lectura de texto completo, se identificaron cinco artículos que respondían la pregunta PEO planteada, los cuales se centraban en estudios de enfoque cualitativo y no reportaban medidas de asociación o efecto.

CONCLUSIONES

- Se identificó que la literatura reporta como asociados a la adherencia al tratamiento oncológico en pacientes con cáncer de cuello uterino aspectos referidos a factores socioeconómicos, barreras geográficas y de accesibilidad, creencias culturales y religiosas, barreras del sistema de salud, e impacto psicosocial y familiar.
- La evidencia identificada se centra en estudios cualitativos los cuales son limitados para la toma de decisiones, pese a que estos tengan una adecuada calidad en su reporte; por lo cual los hallazgos ofrecen un marco referencial para la formulación de estudios primarios y/o secundarios centrados en alguno de los factores identificados.

PALABRAS CLAVE

Cáncer de cuello uterino; Adherencia al tratamiento; Aceptación de la atención de salud; Factores de riesgo; Determinantes epidemiológicos. (**Fuente:** DeCS BIREME)

I. INTRODUCCIÓN

El cáncer es una patología de importancia para la salud pública, la cual puede afectar a diferentes tejidos, órganos, y/o sistemas, presentando características de invasividad y proliferación. Entre los tipos de cáncer más frecuentes se destacan el cáncer de cuello uterino (o cáncer cervical), siendo identificado como una de las neoplasias más importantes a nivel mundial, tal como lo reporta la Organización Mundial de la Salud⁽¹⁾ y el Observatorio Global del Cáncer (Globocan por su abreviatura en inglés); en donde se destaca esta patología como el tercer tipo de neoplasia más frecuente entre todos los tipos de cáncer, ocupando además el segundo lugar en los de afectación a la población femenina⁽²⁾.

Según los datos de Globocan actualizado al 2022, se han reportado para ese año 4809 casos nuevos de cáncer de cuello uterino, cifra que corresponde a una incidencia estandarizada para la edad de 23,9 casos por cada 100 000 mujeres en riesgo⁽²⁾. Aunque no se ha establecido una causa directa para esta patología, se han identificado algunos factores de riesgo que se encuentran fuertemente vinculados con su aparición, entre los que se incluye la infección por el virus del papiloma humano (VPH)⁽³⁾, el tabaquismo, debilitamiento del sistema inmune, y el uso prolongado de anticonceptivos orales.

Histopatológicamente el Cáncer de cuello uterino se clasifica en dos tipos: i) el carcinoma de células escamosas, y ii) el adenocarcinoma; de los cuales el primero de ellos comprende a la mayoría de los casos reportados, mientras que el segundo -aunque menos común- presenta mayor agresividad⁽⁴⁾.

Si bien se han realizado múltiples esfuerzos hacia la detección temprana de esta patología como medida de prevención secundaria mediante la realización de pruebas de tamizaje o screening, principalmente mediante prueba de Papanicolaou (Pap)^(5,6); también se requiere contar con tratamientos adecuados con adherencia de las pacientes.

Cuando la enfermedad ya se encuentra instaurada se requiere de tratamiento, el cual puede ser variado lo cual depende de varias condiciones, entre las que se debe considerar el estadio de la enfermedad, el tipo histológico de la neoplasia, la edad del paciente, su estado de salud general entre otras⁽⁷⁾.

En las etapas tempranas de la enfermedad, en donde la neoplasia se encuentra circunscrita al cuello uterino, el tratamiento puede implicar una cirugía de extirpación completa del útero (histerectomía) o extirpación de una porción del cuello uterino (conización);^(8,9) sin embargo, algunas veces, se puede considerar a la radioterapia y quimioterapia como medidas complementarias o coadyuvantes al tratamiento quirúrgico.^(10,11)

Cuando la neoplasia ya se ha desarrollado a nivel avanzado, en donde se ha propagado más allá del cuello uterino, el tratamiento es más complejo, optándose generalmente por la administración combinada de radioterapia y quimioterapia; es en estos casos en donde actualmente, la terapia dirigida e inmunoterapia se presentan como opciones terapéuticas para algunos casos de cáncer cervical recurrente o metastásico. Sin embargo, es importante resaltar que la elección del tratamiento se basa en una evaluación de la relación entre la eficacia del tratamiento y la calidad de vida de la paciente.^(10,12,13)

La adherencia al tratamiento es un factor crucial para garantizar la efectividad del manejo del cáncer de cuello uterino, para lo cual las pacientes deben seguir las pautas terapéuticas de manera rigurosa, ya sea para cumplir con los controles postoperatorios, completar ciclos de quimioterapia, y/o asistir a sesiones de radioterapia. Pese a conocer la importancia del tratamiento, como toda terapia su adherencia puede ser un desafío, la cual podría tener bases en diversas características propias del paciente tales como son las barreras socioeconómicas, la falta de información, y el miedo a los efectos secundarios; así como además, pueden haber características propias de los servicios de salud como es la dificultad de acceso a instalaciones de salud en áreas rurales, la limitada disponibilidad de profesionales capacitados y los largos tiempos de espera. Así también, se debe considerar los efectos secundarios del tratamiento, como son la presencia de fatiga, náuseas, dolor, entre otros.

La falta de adherencia al tratamiento puede tener consecuencias sobre el empeoramiento de la condición y progresión de la enfermedad, afectando la calidad de vida de las pacientes, quienes presentan sintomatología más marcada y dolorosa; reduciendo además significativamente las posibilidades de supervivencia. Al respecto es importante resaltar que esta patología ocupa el sexto lugar en la mortalidad por cáncer sin distinción de sexo, y el tercero entre mujeres según lo reportado por la Globocan al 2022 en el mundo; pero ocupa el primer lugar en el Perú para ambos escenarios con el reporte 2545 mujeres fallecidas, lo que se traduce en una incidencia estandarizada para la edad de 12,1 casos por cada 100 000 mujeres.⁽²⁾

Garantizar la adherencia al tratamiento oncológico en pacientes con cáncer de cuello uterino es clave para mejorar los resultados clínicos y reducir la mortalidad asociada con esta enfermedad; por lo cual se torna importante recabar la evidencia sobre los factores que se han identificado que afectan la adherencia a dicho tratamiento.

II. OBJETIVO

Sintetizar la mejor evidencia disponible sobre los factores asociados a la adherencia al tratamiento oncológico en pacientes con cáncer de cuello uterino.

III. METODOLOGÍA

3.1. Pregunta PEO

Dada las características de la revisión tipo paraguas (umbrella review), la cual se centra en explorar las potenciales características que participen como exposiciones naturales que puedan estar vinculadas con el desenlace mediante la evaluación de revisiones sistemáticas previas, se planteó seguir el formato PEO⁽¹⁴⁾; con lo cual la pregunta fue:

- En mujeres adultas con cáncer de cuello uterino ¿cuáles son los factores asociados a la adherencia al tratamiento oncológico?

Los componentes específicos de la pregunta se presentan a continuación:

Tabla 1. Componentes de la pregunta PEO

| | |
|-------------------|--|
| Población | Mujeres adultas con cáncer de cuello uterino |
| Exposición | Factores asociados* |
| Desenlace | Adherencia al tratamiento oncológico: <ul style="list-style-type: none"> • Aceptación al tratamiento/terapia/medicación • Ausencia al tratamiento/terapia/medicación • Cumplimiento del tratamiento/terapia/medicación • Interrupción del tratamiento/terapia/medicación • No asistencia al tratamiento/terapia/medicación • No presencia al tratamiento/terapia/medicación • Pérdida de cita |

*Considera todas las características posibles que se hayan identificado en la literatura (de la paciente, del tratamiento, del sistema de salud, u otras).

3.2. Fuentes de Información

Para la recuperación de artículos científicos incluidos en la presente revisión rápida se considerará emplear cuatro (04) fuentes de información correspondientes a las bases de datos: i) Medline mediante la plataforma PubMed, ii) Cochrane Central Register of Clinical Trials (CENTRAL) y Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR) mediante la plataforma The Cochrane Library, iii) Embase mediante la plataforma Elsevier, y iv) Web of Science (WoS) mediante la plataforma Clarivate Analytics.

3.3. Estrategia de búsqueda

La identificación de evidencia científica sobre los factores de riesgo asociados a la adherencia al tratamiento oncológico en pacientes con cáncer de cuello uterino se realizó considerando términos controlados comprendidos dentro de los componentes de la pregunta PEO y contenidos en los tesauros: i) Medical Subject Headings (MeSH), y ii) Embase Subject Headings (EMTREE); adicionalmente se consideraron otros términos derivados de los definidos en los tesauros los cuales fueron identificados como empleados en la literatura científica.

Se construyeron estrategias de búsquedas que comprendían términos similares para cada una de las plataformas empleadas las cuales fueron combinadas considerando los operadores booleanos AND, OR, y NOT; así además abordaron los criterios de elegibilidad establecidos.

Las estrategias se construyeron sin considerar restricción de tiempo según antigüedad de los documentos, y se aplicaron el 01 de octubre de 2024 para recuperar todos los documentos hasta dicha fecha.

La síntesis de las estrategias construidas y la cantidad de documentos identificados en cada una de las etapas de su construcción se detallan en el anexo 01.

3.4. Criterios de elegibilidad de estudios

Acorde a las características y objetivo de la revisión rápida, se consideró incluir revisiones sistemáticas (RS) sin distinción de contar o no con meta-análisis; así además, fueron consideradas publicaciones en español e inglés, y aquellas RS que consideraron estudios primarios de enfoque cuantitativo, cualitativo, y/o de métodos mixtos.

Se excluyeron RS que consideraron únicamente ensayos clínicos, evaluaban procesos de implementación, se centraban en el impacto de la pandemia por la COVID-19, y/o se enfocaban únicamente en poblaciones de: i) migrantes, ii) gestantes, iii) con infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH), iv) no correspondían al cáncer de cuello uterino, v) no reportaban la adherencia al tratamiento oncológico, y/o vi) no reportaban datos sobre condiciones que afectaban la adherencia.

Así también, no se consideraron comentarios ni protocolos de RS, ni los resúmenes y/o proceedings papers.

3.5. Selección de los estudios y extracción de datos

El proceso de selección de los estudios en las diferentes bases de datos fue desarrollado por el autor, para lo cual los registros identificados fueron cargados en formato RIS (por las siglas de Research Information Systems) en la plataforma electrónica Rayyan (<https://www.rayyan.ai/>)⁽¹⁵⁾ en la cual se realizó la detección de registros duplicados, donde tras la revisión de cada caso se procedió a remover los que fueron determinados como duplicados. Tras ello, los registros restantes ingresaron a cribado mediante lectura de título y resumen.

Posterior a la exclusión en la etapa de cribado, se recuperaron los textos completos de los artículos seleccionados para lectura completa considerados potencialmente relevantes en la fase previa. Finalizada la exclusión de los registros a texto completo, se procedió a la extracción de datos de los artículos incluidos para realizar la síntesis cuantitativa de la información.

El proceso completo de identificación, cribado (o tamizaje) de registros o artículos, elegibilidad, e inclusión, así como los detalles de las exclusiones se presentan bajo el diagrama de flujo PRISMA en el Anexo 02; así también, el listado nominal de los estudios excluidos durante la fase de elegibilidad, así como los motivos de dicha exclusión se muestra en el Anexo 03.

3.6. Evaluación de la calidad metodológica y riesgo de sesgo de los estudios incluidos

El autor llevó a cabo la evaluación de la calidad de todos los artículos incluidos para lo cual empleó la herramienta de Evaluación Crítica para Revisiones Paraguas (Umbrella Review) del Instituto Joanna Briggs (JBI), el cual comprende once (11) ítems que permite analizar de manera crítica y exhaustiva aspectos de las revisiones sistemáticas incluidas en el estudio correspondientes a: i) la pregunta de la revisión, ii) los criterios de inclusión, iii) las estrategias construidas, iv) las fuentes empleadas, v) los criterios de evaluación de la calidad, vi) la revisión independiente, vii) los métodos de la extracción de datos, viii) los métodos para la síntesis, ix) la valoración de sesgo de publicación, x) las recomendaciones basadas en los datos, y xi) las recomendaciones de nuevos estudios⁽¹⁶⁾.

IV. RESULTADOS

Se identificaron 491 registros en las cuatro (04) bases de datos empleadas, donde luego de la eliminación de registros duplicados (n=180) ingresaron a cribado o tamizaje por lectura de título y resumen 311 registros, excluyéndose 294 de ellos por no cumplir con los criterios de elegibilidad y/o no corresponder con la pregunta PEO planteada. Durante el proceso de recuperación de artículos para el cribado por lectura a texto completo, uno de los artículos no pudo ser

recuperado, obteniéndose solo 16 artículos, de los cuales fueron excluidos 11; tras lo cual se consideraron 5 artículos de revisiones sistemáticas para ser incluidos en la presente revisión. El flujograma de selección de los estudios (Diagrama de Flujo PRISMA) y el motivo de exclusión de los artículos en la etapa de lectura a texto completo están disponibles en los Anexos 02 y 03, respectivamente.

4.1. Características de los estudios incluidos

En esta revisión se incluyeron cinco estudios correspondientes a revisiones sistemáticas que sintetizaban la literatura existente en cuanto a la adherencia al tratamiento oncológico en pacientes con cáncer de cuello uterino; los cuales incluyeron tanto estudios de enfoque cualitativo, cuantitativo, y/o de métodos mixtos. (Tabla 2)

Entre los artículos incluidos se tiene el de Bierbaum et al., quienes realizaron una revisión sistemática a partir de veinte estudios observacionales, entre los cuales solo cuatro se enfocaban a cáncer cervical. El objetivo de dicha revisión era caracterizar la adherencia a las guías de tratamiento recomendado empleadas en Australia: GMCT 2009, ACN 2004, NCCN 2015, ESMO 2010, JSGO 2007, SIGN 2008, y NSW GOSG 2004. Los autores identificaron estimaciones descriptivas sobre la adherencia, encontrando que esta era de un 83% respecto a las recomendaciones terapéuticas considerando los hallazgos de los tres estudios heterogéneos incluidos; pese a ello no se reportaron medidas de asociación.⁽¹⁷⁾

Mwamba et al., el 2023 realizaron una revisión sistemática en el cual sintetizaban la información sobre las barreras para el diagnóstico y tratamiento de cáncer en África Subsahariana, en donde incluyeron para ello 39 estudios primarios cualitativos, de los cuales solo 8 de ellos estaban orientados específicamente a cáncer cervical. Para la identificación de los factores asociados a la adherencia siguieron la definición de las cinco dimensiones de la adherencia de la OMS: factores del paciente, factores de la condición de salud, factores del sistema de salud y del equipo, factores socioeconómicos y factores de la terapia médica. El estudio ofrece una perspectiva cualitativa sin estimaciones de asociación o efecto.

En la revisión sistemática de Ooko et al.⁽¹⁸⁾, del 2023 incluyeron 12 estudios observacionales de enfoque cualitativo, cuantitativo, y de métodos mixtos que exploraban aspectos de accesibilidad geográfica a través de la ubicación de los establecimientos de salud y de la vivienda de los usuarios, disponibilidad de la oferta sanitaria (profesionales, medicamentos, equipo, servicios), accesibilidad financiera (costos y precios, recursos de los usuarios, financiamiento), y aceptabilidad (actitudes, expectativas, y características). El estudio ofrece una perspectiva cualitativa sin estimaciones de asociación o efecto.

Reis et al.⁽¹⁹⁾, mediante una revisión sistemática realizada el 2023 sintetizaron la evidencia de las experiencias de mujeres después del tratamiento oncológico para cáncer de cuello uterino mediante la inclusión de 15 estudios de enfoque cualitativo en donde abordaron cuatro aspectos: i) Motivadores para la búsqueda de atención médica, ii) Obstáculos para buscar atención médica, iii) Retraso en el diagnóstico, y iv) Afrontamiento de la enfermedad. Los estudios incluidos comprendían países del continente africano, y América. La revisión sistemática ofrece una perspectiva cualitativa sin estimaciones de asociación o efecto.

Finalmente, se incluyó la revisión sistemática de Zibako et al.⁽²⁰⁾, realizada el 2022 en donde se sintetizaron 15 estudios que seguían enfoque cualitativo, cuantitativo, y de métodos mixtos y se realizaron en países del continente africano. La revisión abarcó cinco ejes temáticos: i) Cobertura de vacunación contra el virus de papiloma humano, ii) Presentación de cáncer en estadio avanzado, iii) Barreras para la el tamizaje, iv) Estado de quimioterapia, v) Estado de radioterapia. La revisión sistemática ofrece una perspectiva cualitativa, aunque reporta estimaciones de fuerza de asociación para desenlaces diferentes a los del objetivos de esta revisión.

Tabla 2. Características de los estudios incluidos.

| N | Autor(es) | Año | Diseño de las revisiones incluidas | Países donde se ejecutaron los estudios | Periodo | Bases Empleadas | Cantidad de Estudios | Financiamiento |
|---|---------------------------------|------|---|---|------------------|---|----------------------|---|
| 1 | Bierbaum et al. ⁽¹⁷⁾ | 2023 | Cohorte retrospectiva (n=3), Descriptivo (n=1) | Australia, y Reino Unido | Hasta junio 2022 | Medline, EMBASE, PsycINFO, Scopus, y Web of Science core collection | 4 | Australian Institute of Health Innovation |
| 2 | Mwamba et al. ⁽²¹⁾ | 2023 | Cualitativos (n=8) | Kenia, Uganda, Ghana, Nigeria, Etiopía, y Sudáfrica. | De 1995 a 2020 | PubMed, EMBASE, CINAHL, y PsycINFO | 8 | London School of Hygiene and Tropical Medicine's Wellcome Institutional Strategic Support Fund |
| 3 | Ooko et al. ⁽¹⁸⁾ | 2023 | Cualitativos (n=5), métodos mixtos (n=2), transversales (n=5) | África, Brasil, e India | Hasta mayo 2022 | CINAHL, CENTRAL, MEDLINE, PubMed, PsychINFO, y Scopus | 12 | Ninguno |
| 4 | Reis et al. ⁽¹⁹⁾ | 2023 | Cualitativos (n=15) | Estados Unidos, Brasil, Ruanda, Malawi, Sudáfrica, Etiopía, | Hasta junio 2020 | PubMed, Embase, CINAHL, y Web of Science | 15 | Scholarships Unified Program of the University of São Paulo, Conselho Nacional de Desenvolvimento |

| N | Autor(es) | Año | Diseño de las revisiones incluidas | Países donde se ejecutaron los estudios | Periodo | Bases Empleadas | Cantidad de Estudios | Financiamiento |
|---|-------------------------------|------|---------------------------------------|--|--------------------|---|----------------------|---|
| | | | | Botsuana, Uganda, y Colombia | | | | Científico e Tecnológico (CNPq), y Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). |
| 5 | Zibako et al. ⁽²⁰⁾ | 2022 | Cualitativos, Cuantitativos, y mixtos | Sudáfrica, Malawi, Etiopía, Uganda, Tanzania, Ghana, Zimbabue, Ruanda, Nigeria, Mozambique, Botsuana, Senegal, y Camerún | Hasta octubre 2020 | PubMed, EBSCOhost, Scopus, y Cochrane Database of Systematic Review | 15 | Ninguno |

CINAHL: Cumulative Index of Nursing and Allied Literature, CENTRAL: Cochrane Central Register of Controlled Trials.

4.2. Calidad metodológica y riesgo de sesgo de los estudios incluidos

Para evaluar el riesgo de sesgo en el estudio se empleó la lista de verificación para la evaluación crítica de revisiones sistemáticas y síntesis de investigación del Joanna Briggs Institute (JBI), la cual abarca once aspectos metodológicos.

De los cinco revisiones evaluadas dos de ellas abordan adecuadamente los aspectos metodológicos que expresan bajo sesgo en todos los criterios evaluables. Entre los tres estudios que presentaron limitaciones metodológicas, el aspecto sobre la realización de la evaluación por parte de dos evaluadores de manera independiente fue descrita de forma poco clara en uno, y no se cumplió en otro.

Uno de los estudios no presentó claridad en cuanto a presentar la pregunta de investigación de forma explícita. Finalmente, uno de los estudios no empleó adecuadamente métodos para reducir los errores durante la extracción

Los detalles de la evaluación del riesgo de sesgo con la herramienta del JBI se encuentran en el Anexo 03.

V. PRINCIPALES HALLAZGOS

La adherencia al tratamiento es un factor clave en el manejo del cáncer de cuello uterino, ya que influye significativamente en los resultados de salud y la supervivencia de las pacientes. Diversos estudios han identificado múltiples factores que afectan la adherencia a los tratamientos, desde aspectos socioeconómicos hasta barreras de acceso a los servicios de salud. En este ensayo, se discuten los principales determinantes asociados a la adherencia en el tratamiento del cáncer de cuello uterino, basándose en una revisión de cinco estudios relevantes (Anexo 05).

Factores Socioeconómicos

Uno de los factores más comúnmente reportados en la literatura es la influencia de las barreras socioeconómicas sobre la adherencia al tratamiento encontrándose identificados en cuatro de los cinco estudios incluidos en la presente revisión^(17,18,20,21). Los altos costos de los tratamientos, incluyendo quimioterapia, radioterapia y los medicamentos paliativos, fueron identificados como un obstáculo significativo para muchas pacientes^(18,21) hecho que limita el acceso y uso de los servicios de salud. En la revisión realizada por Mwamba et al.⁽²¹⁾, se identificaron dos estudios realizados en Kenia⁽²²⁾ y Etiopía⁽²³⁾ se encontró que las pacientes y sus familias a menudo tenían que recurrir a la venta de propiedades o endeudarse para cubrir los gastos médicos, lo que afecta negativamente la continuidad del tratamiento; Ooko et al.⁽¹⁸⁾, también identificaron relatos de pacientes atendidos en Malawi en los que se señalaba la necesidad de recurrir a la venta de propiedades para solventar los gastos del tratamiento oncológico⁽²⁴⁾. Según el estudio de Bates et al.⁽²⁴⁾, incluido en la revisión de Ooko et al., la pobreza extrema, especialmente en las zonas rurales, llevó a muchas mujeres a priorizar otras responsabilidades económicas sobre el tratamiento, resultando en tasas de abandono altas⁽¹⁸⁾.

Barreras Geográficas y de Accesibilidad

El aspecto geográfico se ha destacado como una de las condiciones más comunes que repercuten en la adherencia al tratamiento oncológico siendo identificado en todas las revisiones incluidas en esta revisión rápida. Las mujeres en áreas rurales a menudo tienen que viajar largas distancias para recibir atención especializada, reportando Ooko et al.⁽¹⁸⁾, que esto genera altos costos de transporte y tiempo perdido en el trabajo⁽²⁵⁾. Esto es particularmente evidente en estudios realizados en África subsahariana, donde la falta de infraestructura descentralizada y la escasez de equipos radiológicos y médicos hacen que el acceso al tratamiento sea extremadamente limitado^(18,21); destacándose que en dos estudios incluidos en la revisión de Ooko et al.⁽¹⁸⁾, se señala que existen países africanos con un único equipo de radioterapia para toda la población^(26,27). Las interrupciones en el tratamiento debido a la distancia y la falta de

recursos resultan en tasas de supervivencia reducidas y un mal control del tumor⁽²⁸⁾, según lo identificado por Zibako et al⁽²⁰⁾.

Creencias Culturales y Religiosas

Las creencias culturales y religiosas según tres de las revisiones incluidas⁽¹⁸⁻²⁰⁾, influyeron considerablemente en la decisión de las pacientes de adherirse al tratamiento. En varios estudios cualitativos, las mujeres expresaron su fe en que la intervención divina podría curar su enfermedad recurriendo incluso a empleo de elementos bendecidos como el agua⁽¹⁸⁾, estos hechos conllevaban a retrasar o rechazar tratamientos médicos⁽¹⁹⁾. Además, muchas pacientes en regiones rurales prefieren tratamientos tradicionales o alternativos debido a las presiones sociales y familiares⁽¹⁹⁾, lo que disminuye la adherencia a los regímenes de tratamiento basados en la evidencia^(17,21). Este tipo de creencias lleva a que muchas mujeres solo busquen atención médica cuando la enfermedad está en una etapa avanzada, lo que reduce la eficacia del tratamiento.

Barreras del Sistema de Salud

Todos los estudios incluidos en la presente revisión rápida concuerdan en que el sistema de salud juega un papel crucial en la adherencia al tratamiento. La escasez de personal capacitado^(26,27) identificada por Ooko et al.⁽¹⁸⁾, la falta de guías clínicas según Mwamba et al.⁽²¹⁾, y la infraestructura inadecuada^(18,20,21) en muchas regiones afectan la capacidad de los proveedores para brindar atención continua. En las revisiones realizadas por Bierbaum et al.⁽¹⁷⁾, y Mwamba et al.⁽²¹⁾, se encontró que la mala coordinación entre los niveles de atención primaria y especializada, junto con la falta de equipos y medicamentos esenciales como la morfina para el control del dolor, contribuyen a la interrupción del tratamiento^(20,21). Además, según un estudio de Tanzania⁽²⁹⁾ identificado por Mwamba et al.⁽²¹⁾ y por lo señalado en la revisión de Zibako et al.⁽²⁰⁾, la falta de documentación adecuada y seguimiento a las pacientes hace que sea difícil monitorear la adherencia y ajustar los tratamientos de manera oportuna.

Impacto Psicosocial y Familiar

En dos de las revisiones incluidas en el estudio se identificó que en las pacientes con cáncer de cuello uterino, sus responsabilidades familiares y el impacto emocional de un diagnóstico de cáncer también afectan la adherencia al tratamiento^(18,21). Según los estudios primarios incluidos en la revisión de Ooko et al.⁽¹⁸⁾, las mujeres que son las principales proveedoras de sus familias o que tienen múltiples hijos a menudo enfrentan la difícil decisión de interrumpir el tratamiento para continuar cuidando de sus seres queridos^(26,30,31). Además, el estigma asociado al cáncer de cuello uterino, incluyendo el temor a la discriminación y las preocupaciones sobre la imagen

corporal y la fertilidad, influyen en la decisión de muchas pacientes de no seguir el tratamiento completo según estudios incluidos en la revisión de Mwamba et al.,^(23,32-34) y en la de Ooko et al.^(27,30,35,36). La falta de apoyo emocional y financiero agrava estos factores, llevando a un abandono del tratamiento en etapas críticas⁽¹⁸⁾.

Tabla 3. Factores reportados y aspectos clave identificados en las revisiones incluidas.

| FACTORES | ASPECTOS CLAVE |
|--|--|
| Factores Socioeconómicos | Alto costo del tratamiento ^(18,21) |
| | Venta de propiedades y endeudamiento ^(22,23) |
| | Pobreza extrema y priorización de recursos ⁽²⁴⁾ |
| Barreras Geográficas y de Accesibilidad | Recorrer grandes distancias ⁽¹⁸⁾ |
| | Costo de transporte ⁽²⁵⁾ |
| | Tiempo perdido de trabajo ⁽²⁵⁾ |
| | Falta de estructura descentralizada ^(18,21) |
| | Escasez de equipos radiológicos y médicos en zonas cercanas ^(26,27) |
| Creencias Culturales y Religiosas | Fe en la intervención divina ⁽¹⁸⁾ |
| | Preferencia por medicina tradicional o alternativa ⁽¹⁹⁾ |
| Barreras del Sistema de Salud | Escasez de personal capacitado ^(26,27) |
| | Falta de guías clínicas ⁽²¹⁾ |
| | Infraestructura inadecuada ^(18,20,21) |
| | Mala coordinación entre los niveles de atención ^(20,21) |
| | Falta de equipos y medicamentos ^(20,21) |
| | Falta de documentación para monitoreo ⁽²⁹⁾ |
| Impacto Psicosocial y Familiar | Responsabilidad familiar al ser la principal proveedora ^(18,21) |
| | Impacto emocional ^(18,21) |
| | Tener múltiples hijos ^(26,30,31) |
| | Estigmatización y temor a la discriminación ^(23,32-34) |
| | Imagen corporal y fertilidad ^(27,30,35,36) |
| | Falta de apoyo emocional y financiero ⁽¹⁸⁾ |

VI. CONCLUSIONES

- La pregunta evaluada fue la siguiente: P: Mujeres adultas con cáncer de cuello uterino, E: Factores asociados, O: Adherencia al tratamiento oncológico.
- Se incluyeron cinco revisiones sistemáticas que sintetizaban artículos de enfoque cualitativo, cuantitativo y de métodos mixtos, en donde se identificaron factores socioeconómicos, barreras geográficas y de accesibilidad, creencias culturales y religiosas, barreras del sistema de salud, y de impacto psicosocial y familiar las cuales modifican la adherencia al tratamiento oncológico en mujeres con cáncer de cuello uterino.

- El riesgo de sesgo de los artículos incluidos fue bajo, encontrando que uno de los artículos era poco claro en cuanto a presentar de forma explícita su pregunta de investigación y no realizó una revisión crítica de forma independiente por dos revisores; otro estudio no implementó estrategias para reducir errores en la extracción de datos, y otro era poco claro sobre el proceso de revisión crítica por evaluadores independientes.
- Los artículos incluidos no reportaban medidas de asociación o efecto para la determinación de factores asociados, centrando su análisis y síntesis en el análisis narrativo de la información.
- La información comprendida en esta revisión fue heterogénea y ofrece evidencia limitada, la cual no considera información disponible de Perú, requiriéndose llevar a cabo estudios primarios en el país.
- Esta revisión aborda de manera exploratoria los factores asociados a la adherencia al tratamiento oncológico en pacientes con cáncer de cuello uterino que se han identificado en el cuerpo de evidencia; por lo cual presenta limitaciones para permitir la toma de decisiones por sí solas, ofreciendo en tanto un marco para la formulación de estudios primarios y/o secundarios (revisiones) centrados en alguno de los factores o aspectos claves que se han identificado.
- Los factores que la literatura reporta como asociados a la adherencia al tratamiento oncológico en pacientes con cáncer de cuello uterino se distribuyeron en factores socioeconómicos, barreras geográficas y de accesibilidad, creencias culturales y religiosas, barreras del sistema de salud, y impacto psicosocial y familiar; encontrando aspectos claves en cada uno de ellos, como es el alto costo del tratamiento, la necesidad de recorrer grandes distancias hasta los centros asistenciales, la fe en la intervención divina, la preferencia por medicina tradicional o alternativa, la falta de equipos y personal especializado, la responsabilidad económica hacia su familia, y el impacto emocional respecto a su imagen corporal y su fertilidad.

VII. CONTRIBUCIÓN DE AUTORES

GSS realizó la construcción de las estrategias de búsqueda, realizó el proceso de selección de los estudios, aplicó la evaluación de riesgo de sesgo mediante lectura crítica, llevó a cabo la extracción de los datos de los estudios incluidos, elaboró y revisó la versión preliminar del informe.

MCR supervisó las diferentes etapas de elaboración y revisó la versión preliminar del documento. El autor y la revisora aprobaron la versión final del informe.

VIII. DECLARACIÓN DE INTERÉS

Los profesionales participantes de la presente revisión rápida declaran no tener conflictos de interés con relación a las fuentes, contenidos, y procedimientos de este documento técnico.

IX. FINANCIAMIENTO

La presente revisión rápida fue financiada íntegramente por el Instituto Nacional de Salud de Perú.

X. REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Cervical cancer [Internet]. Cervical cancer. [citado el 23 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>
2. Global Cancer Observatory. Cancer Today [Internet]. Cancer Today. [citado el 23 de julio de 2024]. Disponible en: <https://gco.iarc.who.int/today/>
3. Sharma S, Chauhan D, Kumar S, Kumar R. Impact of HPV strains on molecular mechanisms of cervix cancer. *Microb Pathog*. 2024;186:106465. doi:10.1016/j.micpath.2023.106465
4. Liu S, Semenciw R, Mao Y. Cervical cancer: the increasing incidence of adenocarcinoma and adenosquamous carcinoma in younger women. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can*. 2001;164(8):1151–2.
5. Bloom JR, Stewart SL, Koo J, Hiatt RA. Cancer Screening in Public Health Clinics: The Importance of Clinic Utilization. *Med Care*. 2001;39(12):1345–51. doi:10.1097/00005650-200112000-00010
6. Damsgaard S, Allergodt K, Handberg C. Women’s experiences with opting out of cervical cancer screening and the role of the nurse in the women’s decision-making process. *J Clin Nurs*. 2024;33(7):2674–87. doi:10.1111/jocn.17067
7. Ang DJM, Chan JJ. Evolving standards and future directions for systemic therapies in cervical cancer. *J Gynecol Oncol*. 2024;35(2):e65. doi:10.3802/jgo.2024.35.e65
8. Yoneda JY, Braganca JF, Sarian LO, Borba PP, Conceição JCJ, Zeferino LC. Surgical Treatment of Microinvasive Cervical Cancer: Analysis of Pathologic Features With Implications on Radicality. *Int J Gynecol Cancer*. 2015;25(4):694–8. doi:10.1097/IGC.0000000000000416
9. Kim SI, Choi BR, Kim HS, Chung HH, Kim J-W, Park NH, et al. Cervical conization before primary radical hysterectomy has a protective effect on disease recurrence in early cervical cancer: A two-center matched cohort study according to surgical approach. *Gynecol Oncol*. 2022;164(3):535–42. doi:10.1016/j.ygyno.2021.12.023
10. Caruso G, Wagar MK, Hsu H-C, Hoegl J, Rey Valzacchi GM, Fernandes A, et al. Cervical cancer: a new era. *Int J Gynecol Cancer Off J Int Gynecol Cancer Soc*. 2024;ijgc–2024–005579. doi:10.1136/ijgc-2024-005579

11. Li C, Guo Y, Lin X, Feng X, Xu D, Yang R. Deep reinforcement learning in radiation therapy planning optimization: A comprehensive review. *Phys Medica PM Int J Devoted Appl Phys Med Biol Off J Ital Assoc Biomed Phys AIFB*. 2024;125:104498. doi:10.1016/j.ejmp.2024.104498
12. Restaino S, Pellecchia G, Arcieri M, Bogani G, Taliento C, Greco P, et al. Management for Cervical Cancer Patients: A Comparison of the Guidelines from the International Scientific Societies (ESGO-NCCN-ASCO-AIOM-FIGO-BGCS-SEOM-ESMO-JSGO). *Cancers*. 2024;16(14):2541. doi:10.3390/cancers16142541
13. Li C, Guo Y, Lin X, Feng X, Xu D, Yang R. Deep reinforcement learning in radiation therapy planning optimization: A comprehensive review. *Phys Med*. 2024;125:104498. doi:10.1016/j.ejmp.2024.104498
14. Munn Z, Stern C, Aromataris E, Lockwood C, Jordan Z. What kind of systematic review should I conduct? A proposed typology and guidance for systematic reviewers in the medical and health sciences. *BMC Med Res Methodol*. 2018;18(1):5. doi:10.1186/s12874-017-0468-4
15. Johnson N, Phillips M. Rayyan for systematic reviews. *J Electron Resour Librariansh*. 2018;30(1):46–8. doi:10.1080/1941126X.2018.1444339
16. Aromataris E, Fernandez R, Godfrey C, Holly C, Khalil H, Tungpunkom P. Umbrella reviews. En: Aromataris E, Lockwood C, Porritt K, Pilla B, Jordan Z, editores. *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. JBI; 2024. doi:10.46658/JBIMES-24-08
17. Bierbaum M, Rapport F, Arnolda G, Tran Y, Nic Giolla Easpaig B, Ludlow K, et al. Rates of adherence to cancer treatment guidelines in Australia and the factors associated with adherence: A systematic review. *Asia Pac J Clin Oncol*. 2023;19(6):618–44. doi:10.1111/ajco.13948
18. Ooko F, Mothiba T, Van Bogaert P, Wens J. Access to palliative care in patients with advanced cancer of the uterine cervix in the low- and middle-income countries: a systematic review. *BMC Palliat Care*. 2023;22(1):140. doi:10.1186/s12904-023-01263-9
19. Reis BS, Nogueira CM, Meneses ADFP, Mellado BH, Candido Dos Reis FJ. Experiences of women with advanced cervical cancer before starting the treatment: Systematic review of qualitative studies. *Int J Gynecol Obstet*. 2023;161(1):8–16. doi:10.1002/ijgo.14491
20. Zibako P, Hlongwa M, Tsikai N, Manyame S, Ginindza TG. Mapping Evidence on Management of Cervical Cancer in Sub-Saharan Africa: Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(15):9207. doi:10.3390/ijerph19159207
21. Mwamba M, Lombe DC, Msadabwe S, Bond V, Simwinga M, Sentoogo Ssemata A, et al. A Narrative Synthesis of Literature on the Barriers to Timely Diagnosis and Treatment of Cancer in Sub-Saharan Africa. *Clin Oncol*. 2023;35(9):e537–48. doi:10.1016/j.clon.2023.05.011
22. Gakunga R, Kinyanjui A, Ali Z, Ochieng' E, Gikaara N, Maluni F, et al. Identifying Barriers and Facilitators to Breast Cancer Early Detection and Subsequent Treatment Engagement in Kenya: A Qualitative Approach. *The Oncologist*. 2019;24(12):1549–56. doi:10.1634/theoncologist.2019-0257
23. Getachew S, Tesfaw A, Kaba M, Wienke A, Taylor L, Kantelhardt EJ, et al. Perceived barriers to early diagnosis of breast Cancer in south and southwestern Ethiopia: a qualitative study. *BMC Womens Health*. 2020;20(1):38. doi:10.1186/s12905-020-00909-7
24. Jane Bates M, Gordon MRP, Gordon SB, Tomeny EM, Muula AS, Davies H, et al. Palliative care and catastrophic costs in Malawi after a diagnosis of advanced cancer: a prospective cohort study. *Lancet Glob Health*. 2021;9(12):e1750–7. doi:10.1016/S2214-109X(21)00408-3

25. Rhee JY, Garralda E, Torrado C, Blanco S, Ayala I, Namisango E, et al. Palliative care in Africa: a scoping review from 2005–16. *Lancet Oncol.* 2017;18(9):e522–31. doi:10.1016/S1470-2045(17)30420-5
26. Mwaka AD, Wabinga HR, Mayanja-Kizza H. Mind the gaps: a qualitative study of perceptions of healthcare professionals on challenges and proposed remedies for cervical cancer help-seeking in post conflict northern Uganda. *BMC Fam Pract.* 2013;14(1):193. doi:10.1186/1471-2296-14-193
27. Tapera O, Dreyer G, Nyakabau AM, Kadzatsa W, Stray-Pedersen B, Hendricks SJH. Model strategies to address barriers to cervical cancer treatment and palliative care among women in Zimbabwe: a public health approach. *BMC Womens Health.* 2021;21(1):180. doi:10.1186/s12905-021-01322-4
28. Ogembo JG, Manga S, Nulah K, Foglabenchi LH, Perlman S, Wamai RG, et al. Achieving high uptake of human papillomavirus vaccine in Cameroon: Lessons learned in overcoming challenges. *Vaccine.* 2014;32(35):4399–403. doi:10.1016/j.vaccine.2014.06.064
29. Nyagabona SK, Luhar R, Ndumbalo J, Mvungi N, Ngoma M, Meena S, et al. Views from Multidisciplinary Oncology Clinicians on Strengthening Cancer Care Delivery Systems in Tanzania. *The Oncologist.* 2021;26(7):e1197–204. doi:10.1002/onco.13834
30. Kebede BG, Abraha A, Andersson R, Munthe C, Linderholm M, Linderholm B, et al. Communicative challenges among physicians, patients, and family caregivers in cancer care: An exploratory qualitative study in Ethiopia. Frey R, editor. *PLOS ONE.* 2020;15(3):e0230309. doi:10.1371/journal.pone.0230309
31. Dutta S, Biswas N, Mukherjee G. Evaluation of Socio-demographic Factors for Non-compliance to Treatment in Locally Advanced Cases of Cancer Cervix in a Rural Medical College Hospital in India. *Indian J Palliat Care.* 2013;19(3):158. doi:10.4103/0973-1075.121530
32. De Ver Dye T, Bogale S, Hobden C, Tilahun Y, Hechter V, Deressa T, et al. A mixed-method assessment of beliefs and practice around breast cancer in Ethiopia: Implications for public health programming and cancer control. *Glob Public Health.* 2011;6(7):719–31. doi:10.1080/17441692.2010.510479
33. Meacham E, Orem J, Nakigudde G, Zujewski JA, Rao D. Exploring stigma as a barrier to cancer service engagement with breast cancer survivors in Kampala, Uganda. *Psychooncology.* 2016;25(10):1206–11. doi:10.1002/pon.4215
34. Sayed S, Ngugi AK, Mahoney MR, Kurji J, Talib ZM, Macfarlane SB, et al. Breast Cancer knowledge, perceptions and practices in a rural Community in Coastal Kenya. *BMC Public Health.* 2019;19(1):180. doi:10.1186/s12889-019-6464-3
35. Van Schalkwyk SL, Maree JE, Dreyer Wright SC. Cervical cancer: the route from signs and symptoms to treatment in South Africa. *Reprod Health Matters.* 2008;16(32):9–17. doi:10.1016/S0968-8080(08)32399-4
36. Noor-Mahomed SB, Schlebusch L, Bosch BA. Suicidal Behavior in Patients Diagnosed with Cancer of the Cervix. *Crisis.* 2003;24(4):168–72. doi:10.1027//0227-5910.24.4.168
37. Arechkik A, Lahlou L, Obtel M, Kharbach A, Razine R. Cervical cancer in Morocco: A systematic review. *Rev D'Épidémiologie Santé Publique.* 2022;70(5):230–42. doi:10.1016/j.respe.2022.05.008
38. Bacorro W, Short M, Baldivia K, Mariano J, Bautista A, Amparo G, et al. Shared Decision Making in Oncology and Its Implementation in Cervical Cancer Management in the Philippines: A Narrative

- Review. *JCO Glob Oncol*. 2024;(10):e2300486. doi:10.1200/GO.23.00486
39. Bernardo BM, Zhang X, Beverly Hery CM, Meadows RJ, Paskett ED. The efficacy and cost-effectiveness of patient navigation programs across the cancer continuum: A systematic review. *Cancer*. 2019;125(16):2747–61. doi:10.1002/cncr.32147
 40. Covvey JR, Kamal KM, Gorse EE, Mehta Z, Dhumal T, Heidari E, et al. Barriers and facilitators to shared decision-making in oncology: a systematic review of the literature. *Support Care Cancer*. 2019;27(5):1613–37. doi:10.1007/s00520-019-04675-7
 41. Huang Z, Yu T, Wu S, Hu A. Correlates of stigma for patients with cancer: a systematic review and meta-analysis. *Support Care Cancer*. 2021;29(3):1195–203. doi:10.1007/s00520-020-05780-8
 42. Humphrey P, Bennett C, Cramp F. The experiences of women receiving brachytherapy for cervical cancer: A systematic literature review. *Radiography*. 2018;24(4):396–403. doi:10.1016/j.radi.2018.06.002
 43. Le Saux O, Lapotre-Aurette S, Watelet S, Castel-Kremer E, Lecardonnel C, Murard-Reeman F, et al. Systematic review of care needs for older patients treated with anticancer drugs. *J Geriatr Oncol*. 2018;9(5):441–50. doi:10.1016/j.jgo.2018.02.009
 44. Narbutas Š, York K, Stein BD, Magsanoc-Alikpala K, Majima Y, Kalo Z, et al. Overview on Patient Centricity in Cancer Care. *Front Pharmacol*. 2017;8:698. doi:10.3389/fphar.2017.00698
 45. Schimmers N, Breeksema JJ, Smith-Apeldoorn SY, Veraart J, Van Den Brink W, Schoevers RA. Psychedelics for the treatment of depression, anxiety, and existential distress in patients with a terminal illness: a systematic review. *Psychopharmacology (Berl)*. 2022;239(1):15–33. doi:10.1007/s00213-021-06027-y
 46. Tainio K, Athanasiou A, Tikkinen KAO, Aaltonen R, Cárdenas J, Hernández, et al. Clinical course of untreated cervical intraepithelial neoplasia grade 2 under active surveillance: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2018;k499. doi:10.1136/bmj.k499
 47. Zhang L, Sauvaget C, Mosquera I, Basu P. Efficacy, acceptability and safety of ablative versus excisional procedure in the treatment of histologically confirmed CIN2 /3: A systematic review. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2023;130(2):153–61. doi:10.1111/1471-0528.17251

XI. ANEXOS

Anexo 01. Estrategias de búsqueda

Tabla 4. Estrategia de búsqueda en PubMed/Medline.

| | | |
|-----------------------------------|--|------------------|
| Base de datos | Medline | |
| Plataforma | PubMed | |
| Fecha de búsqueda | 01 de octubre de 2024 | |
| Rango de fecha de búsqueda | Inicios de los tiempos al 01 de octubre de 2024 | |
| N.º | Estrategia de búsqueda | Resultado |
| #1 | Treatment Adherence and Compliance[mh] OR Treatment Adherence and Compliance[tiab] OR Therapeutic Adherence and Compliance[tiab] OR Treatment Adherence[tiab] OR Therapeutic Adherence[tiab] OR Patient Acceptance of Health Care[mh] OR Patient Acceptance of Health Care[tiab] OR Patient Acceptance of Healthcare[tiab] OR Healthcare Patient Acceptance[tiab] OR Healthcare Patient Acceptances[tiab] OR Health Care Utilization[tiab] OR Acceptability of Health Care[tiab] OR Health Care Acceptability[tiab] OR Acceptability of Healthcare[tiab] OR Healthcare Acceptabilities[tiab] OR Healthcare Acceptability[tiab] OR Health Care Seeking Behavior[tiab] OR Acceptors of Health Care[tiab] OR Health Care Acceptor[tiab] OR Health Care Acceptors[tiab] OR Nonacceptors of Health Care[tiab] OR Health Care Nonacceptor[tiab] OR Health Care Nonacceptors[tiab] OR No-Show Patients[mh] OR No-Show Patients[tiab] OR No-Show Patient[tiab] OR No Show Patients[tiab] OR Patient No-Show[tiab] OR Patient No Show[tiab] OR Patient Non-Attendance[tiab] OR Patient Non Attendance[tiab] OR Medication Adherence[mh] OR Medication Adherence[tiab] OR Drug Adherence[tiab] OR Medication Persistence[tiab] OR Medication Nonadherence[tiab] OR Medication Non-Adherence[tiab] OR Medication Non Adherence[tiab] OR Medication Noncompliance[tiab] OR Medication Compliance[tiab] OR Drug Compliance[tiab] OR Medication Non-Compliance[tiab] OR Medication Non Compliance[tiab] OR Patient Compliance[mh] OR Patient Compliance[tiab] OR Client Compliance[tiab] OR Client Compliances[tiab] OR Client Adherence[tiab] OR Patient Cooperation[tiab] OR Patient Adherence[tiab] OR Patient Non-Compliance[tiab] OR Patient Non Compliance[tiab] OR Non-Adherent Patient[tiab] OR Non Adherent Patient[tiab] OR Non-Adherent Patients[tiab] OR Patient Non-Adherence[tiab] OR Patient Non Adherence[tiab] OR Patient Nonadherence[tiab] OR Patient Noncompliance[tiab] OR Treatment Compliance[tiab] OR Treatment Compliances[tiab] OR Therapeutic Compliance[tiab] OR Therapeutic Compliances[tiab] OR Treatment Interruption[mh] OR Treatment Interruption[tiab] OR Planned Treatment Interruption[tiab] OR Interrupted Treatment[tiab] OR Drug Holiday[tiab] OR Medication Holiday[tiab] OR Scheduled Treatment Interruption[tiab] OR Structured Treatment Interruption[tiab] OR adherence to therapy[tiab] OR adherence to treatment[tiab] OR appointment no | 345 041 |

| | | |
|----|---|------------|
| | show[tiab] OR clinic nonattendance[tiab] OR clinic non-attendance[tiab] OR compliance to therapy[tiab] OR compliance to treatment[tiab] OR defaulted appointment[tiab] OR defaulted therapy[tiab] OR defaulted treatment[tiab] OR defaulted visits[tiab] OR defaulting patient[tiab] OR dosage adherence[tiab] OR dosage compliance[tiab] OR dose adherence[tiab] OR dose compliance[tiab] OR dosing adherence[tiab] OR dosing compliance[tiab] OR drug adherence[tiab] OR drug intake compliance[tiab] OR drug regimen adherence[tiab] OR drug regimen compliance[tiab] OR interrupted therapy[tiab] OR medication intake adherence[tiab] OR missed appointment[tiab] OR no show[tiab] OR non-attendance patient[tiab] OR nonattendance patients[tiab] OR nonattending patient[tiab] OR non-attending patient[tiab] OR no-show[tiab] OR no-shows[tiab] OR patient absenteeism[tiab] OR no-shows[tiab] OR patient absenteeism[tiab] OR patient adherence[tiab] OR patient attitude[tiab] OR patient attitude[tiab] OR patient default[tiab] OR patient nonattendance[tiab] OR patient truancy[tiab] OR patients attitude[tiab] OR sick role[tiab] OR therapy adherence[tiab] OR therapy compliance[tiab] OR therapy default[tiab] OR therapy interruption[tiab] OR treatment adherence[tiab] OR treatment adherence and compliance[tiab] OR treatment default[tiab] | |
| #2 | Uterine Cervical Neoplasms[mh] OR Uterine Cervical Neoplasms[tiab] OR Cervical Neoplasm, Uterine[tiab] OR Uterine Cervical Neoplasm[tiab] OR Cervix Neoplasm[tiab] OR Cervix Neoplasms[tiab] OR Cervical Neoplasms[tiab] OR Cervical Neoplasm[tiab] OR Cancer of the Uterine Cervix[tiab] OR Cancer of Cervix[tiab] OR Cancer of the Cervix[tiab] OR Cervix Cancer[tiab] OR Uterine Cervical Cancer[tiab] OR Uterine Cervical Cancers[tiab] OR Cervical Cancer[tiab] OR Cervical Cancers[tiab] OR uterine cervix tumor[tiab] OR cervical neoplasia[tiab] OR cervical tumor[tiab] OR cervical tumorigenesis[tiab] OR cervical tumour[tiab] OR cervix neoplasia[tiab] OR cervix tumor[tiab] OR cervix tumorigenesis[tiab] OR cervix tumour[tiab] OR cervix uteri tumor[tiab] OR neoplasia of the cervix[tiab] OR neoplasm of the cervix[tiab] OR neoplastic cervical[tiab] OR neoplastic cervix[tiab] OR tumor of the cervix[tiab] OR tumor of the uterine cervix[tiab] OR tumour of the cervix[tiab] OR tumour of the uterine cervix[tiab] OR uterine cervical neoplasia[tiab] OR uterine cervical tumor[tiab] OR uterine cervix neoplasia[tiab] OR uterine cervix neoplasm[tiab] OR uterine cervix tumor[tiab] OR uterine cervix tumour[tiab] | 112 717 |
| #3 | systematic review[ti] OR systematic literature review[ti] OR systematic scoping review[ti] OR systematic narrative review[ti] OR systematic qualitative review[ti] OR systematic evidence review[ti] OR systematic quantitative review[ti] OR systematic meta-review[ti] OR systematic critical review[ti] OR systematic mixed studies review[ti] OR systematic mapping review[ti] OR systematic cochrane review[ti] OR systematic search and review[ti] OR systematic integrative review[ti] OR Cochrane Database Syst Rev[ta] OR review[pt] OR systematic review[pt] | 3 569 875 |
| #4 | spanish[la] OR english[la] | 33 302 447 |
| #5 | comment[pt] OR protocol[ti] OR protocols[ti] | 1 146 204 |
| #6 | (#1 AND #2 AND #3 AND #4) NOT #5 | 81 |

Tabla 5. Estrategia de búsqueda en The Cochrane Library.

| | | |
|-----------------------------------|---|------------------|
| Base de datos | Cochrane Central Register of Clinical Trials (CENTRAL) y Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR) | |
| Plataforma | The Cochrane Library | |
| Fecha de búsqueda | 01 de octubre de 2024 | |
| Rango de fecha de búsqueda | Inicios de los tiempos al 01 de octubre de 2024 | |
| N.º | Estrategia de búsqueda | Resultado |
| #1 | MeSH descriptor: [Treatment Adherence and Compliance] explode all trees | 38 012 |
| #2 | MeSH descriptor: [Patient Acceptance of Health Care] explode all trees | 23 491 |
| #3 | MeSH descriptor: [No-Show Patients] explode all trees | 19 |
| #4 | MeSH descriptor: [Medication Adherence] explode all trees | 3850 |
| #5 | MeSH descriptor: [Patient Compliance] explode all trees | 15 613 |
| #6 | MeSH descriptor: [Treatment Interruption] explode all trees | 1 |
| #7 | (Treatment Adherence and Compliance):ti,ab OR (Therapeutic Adherence and Compliance):ti,ab OR (Treatment Adherence):ti,ab OR (Therapeutic Adherence):ti,ab OR (Patient Acceptance of Health Care):ti,ab OR (Patient Acceptance of Healthcare):ti,ab OR (Healthcare Patient Acceptance):ti,ab OR (Healthcare Patient Acceptances):ti,ab OR (Health Care Utilization):ti,ab OR (Acceptability of Health Care):ti,ab OR (Health Care Acceptability):ti,ab OR (Acceptability of Healthcare):ti,ab OR (Healthcare Acceptabilities):ti,ab OR (Healthcare Acceptability):ti,ab OR (Health Care Seeking Behavior):ti,ab OR (Acceptors of Health Care):ti,ab OR (Health Care Acceptor):ti,ab OR (Health Care Acceptors):ti,ab OR (Nonacceptors of Health Care):ti,ab OR (Health Care Nonacceptor):ti,ab OR (Health Care Nonacceptors):ti,ab OR (No-Show Patients):ti,ab OR (No-Show Patient):ti,ab OR (No Show Patients):ti,ab OR (Patient No-Show):ti,ab OR (Patient No Show):ti,ab OR (Patient Non-Attendance):ti,ab OR (Patient Non Attendance):ti,ab OR (Medication Adherence):ti,ab OR (Drug Adherence):ti,ab OR (Medication Persistence):ti,ab OR (Medication Nonadherence):ti,ab OR (Medication Non-Adherence):ti,ab OR (Medication Non Adherence):ti,ab OR (Medication Noncompliance):ti,ab OR (Medication Compliance):ti,ab OR (Drug Compliance):ti,ab OR (Medication Non-Compliance):ti,ab OR (Medication Non Compliance):ti,ab OR (Patient Compliance):ti,ab OR (Client Compliance):ti,ab OR (Client Compliances):ti,ab OR (Client Adherence):ti,ab OR (Patient Cooperation):ti,ab OR (Patient Adherence):ti,ab OR (Patient Non-Compliance):ti,ab OR (Patient Non Compliance):ti,ab OR (Non-Adherent Patient):ti,ab OR (Non Adherent Patient):ti,ab OR (Non-Adherent Patients):ti,ab OR (Patient Non-Adherence):ti,ab OR (Patient Non Adherence):ti,ab OR (Patient Nonadherence):ti,ab OR (Patient Noncompliance):ti,ab OR (Treatment Compliance):ti,ab OR (Treatment Compliances):ti,ab OR (Therapeutic Compliance):ti,ab OR (Therapeutic Compliances):ti,ab OR (Treatment Interruption):ti,ab OR (Planned Treatment Interruption):ti,ab OR (Interrupted Treatment):ti,ab OR (Drug Holiday):ti,ab OR | 120 638 |

| | | |
|-----|---|-----------|
| | (Medication Holiday):ti,ab OR (Scheduled Treatment Interruption):ti,ab OR (Structured Treatment Interruption):ti,ab OR (adherence to therapy):ti,ab OR (adherence to treatment):ti,ab OR (appointment no show):ti,ab OR (clinic nonattendance):ti,ab OR (clinic non-attendance):ti,ab OR (compliance to therapy):ti,ab OR (compliance to treatment):ti,ab OR (defaulted appointment):ti,ab OR (defaulted therapy):ti,ab OR (defaulted treatment):ti,ab OR (defaulted visits):ti,ab OR (defaulting patient):ti,ab OR (dosage adherence):ti,ab OR (dosage compliance):ti,ab OR (dose adherence):ti,ab OR (dose compliance):ti,ab OR (dosing adherence):ti,ab OR (dosing compliance):ti,ab OR (drug adherence):ti,ab OR (drug intake compliance):ti,ab OR (drug regimen adherence):ti,ab OR (drug regimen compliance):ti,ab OR (interrupted therapy):ti,ab OR (medication intake adherence):ti,ab OR (missed appointment):ti,ab OR (no show):ti,ab OR (non-attendance patient):ti,ab OR (nonattendance patients):ti,ab OR (nonattending patient):ti,ab OR (non-attending patient):ti,ab OR (no-show):ti,ab OR (no-shows):ti,ab OR (patient absenteeism):ti,ab OR (no-shows):ti,ab OR (patient absenteeism):ti,ab OR (patient adherence):ti,ab OR (patient attitude):ti,ab OR (patient attitude):ti,ab OR (patient default):ti,ab OR (patient nonattendance):ti,ab OR (patient truancy):ti,ab OR (patients attitude):ti,ab OR (sick role):ti,ab OR (therapy adherence):ti,ab OR (therapy compliance):ti,ab OR (therapy default):ti,ab OR (therapy interruption):ti,ab OR (treatment adherence):ti,ab OR (treatment adherence and compliance):ti,ab OR (treatment default):ti,ab | |
| #8 | #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 | 148 391 |
| #9 | MeSH descriptor: [Uterine Cervical Neoplasms] explode all trees | 3524 |
| #10 | (Uterine Cervical Neoplasms):ti,ab OR (Cervical Neoplasm, Uterine):ti,ab OR (Uterine Cervical Neoplasm):ti,ab OR (Cervix Neoplasm):ti,ab OR (Cervix Neoplasms):ti,ab OR (Cervical Neoplasms):ti,ab OR (Cervical Neoplasm):ti,ab OR (Cancer of the Uterine Cervix):ti,ab OR (Cancer of Cervix):ti,ab OR (Cancer of the Cervix):ti,ab OR (Cervix Cancer):ti,ab OR (Uterine Cervical Cancer):ti,ab OR (Uterine Cervical Cancers):ti,ab OR (Cervical Cancer):ti,ab OR (Cervical Cancers):ti,ab OR (uterine cervix tumor):ti,ab OR (cervical neoplasia):ti,ab OR (cervical tumor):ti,ab OR (cervical tumorigenesis):ti,ab OR (cervical tumour):ti,ab OR (cervix neoplasia):ti,ab OR (cervix tumor):ti,ab OR (cervix tumorigenesis):ti,ab OR (cervix tumour):ti,ab OR (cervix uteri tumor):ti,ab OR (neoplasia of the cervix):ti,ab OR (neoplasm of the cervix):ti,ab OR (neoplastic cervical):ti,ab OR (neoplastic cervix):ti,ab OR (tumor of the cervix):ti,ab OR (tumor of the uterine cervix):ti,ab OR (tumour of the cervix):ti,ab OR (tumour of the uterine cervix):ti,ab OR (uterine cervical neoplasia):ti,ab OR (uterine cervical tumor):ti,ab OR (uterine cervix neoplasia):ti,ab OR (uterine cervix neoplasm):ti,ab OR (uterine cervix tumor):ti,ab OR (uterine cervix tumour):ti,ab | 7540 |
| #11 | #9 OR #10 | 8271 |
| #12 | #8 AND #11 in Cochrane Reviews | 15 |

Tabla 6. Estrategia de búsqueda en EMBASE.

| | | |
|-----------------------------------|--|------------------|
| Base de datos | EMBASE | |
| Plataforma | Elsevier | |
| Fecha de búsqueda | 01 de octubre de 2024 | |
| Rango de fecha de búsqueda | Inicios de los tiempos al 01 de octubre de 2024 | |
| N.º | Estrategia de búsqueda | Resultado |
| #1 | 'patient compliance'/exp OR 'adherence to therapy':ab,kw,ti OR 'adherence to treatment':ab,kw,ti OR 'compliance to therapy':ab,kw,ti OR 'compliance to treatment':ab,kw,ti OR 'patient compliance':ab,kw,ti OR 'therapy adherence':ab,kw,ti OR 'therapy compliance':ab,kw,ti OR 'treatment compliance':ab,kw,ti OR 'no-show'/exp OR 'appointment no show':ab,kw,ti OR 'clinic non-attendance':ab,kw,ti OR 'clinic nonattendance':ab,kw,ti OR 'defaulted appointment':ab,kw,ti OR 'defaulted visits':ab,kw,ti OR 'missed appointment':ab,kw,ti OR 'no show':ab,kw,ti OR 'no-show patient':ab,kw,ti OR 'no-show patients':ab,kw,ti OR 'no-shows':ab,kw,ti OR 'non-attendance patient':ab,kw,ti OR 'non-attending patient':ab,kw,ti OR 'nonattendance patients':ab,kw,ti OR 'nonattending patient':ab,kw,ti OR 'patient absenteeism':ab,kw,ti OR 'patient no-show':ab,kw,ti OR 'patient non-attendance':ab,kw,ti OR 'patient nonattendance':ab,kw,ti OR 'patient truancy':ab,kw,ti OR 'no-show':ab,kw,ti OR 'medication compliance'/exp OR 'dosage adherence':ab,kw,ti OR 'dosage compliance':ab,kw,ti OR 'dose adherence':ab,kw,ti OR 'dose compliance':ab,kw,ti OR 'dosing adherence':ab,kw,ti OR 'dosing compliance':ab,kw,ti OR 'drug compliance':ab,kw,ti OR 'drug intake compliance':ab,kw,ti OR 'drug regimen adherence':ab,kw,ti OR 'drug regimen compliance':ab,kw,ti OR 'medication adherence':ab,kw,ti OR 'medication compliance':ab,kw,ti OR 'medication intake adherence':ab,kw,ti OR 'patient attitude'/exp OR 'patient acceptance of health care':ab,kw,ti OR 'patients attitude':ab,kw,ti OR 'sick role':ab,kw,ti OR 'patient attitude':ab,kw,ti OR 'treatment interruption'/exp OR 'defaulted therapy':ab,kw,ti OR 'defaulted treatment':ab,kw,ti OR 'defaulting patient':ab,kw,ti OR 'interrupted therapy':ab,kw,ti OR 'interrupted treatment':ab,kw,ti OR 'patient default':ab,kw,ti OR 'therapy default':ab,kw,ti OR 'therapy interruption':ab,kw,ti OR 'treatment default':ab,kw,ti OR 'treatment interruption':ab,kw,ti OR 'acceptability of health care':ab,kw,ti OR 'acceptability of healthcare':ab,kw,ti OR 'acceptors of health care':ab,kw,ti OR 'client compliance':ab,kw,ti OR 'client compliances':ab,kw,ti OR 'client adherence':ab,kw,ti OR 'drug holiday':ab,kw,ti OR 'drug adherence':ab,kw,ti OR 'health care acceptability':ab,kw,ti OR 'health care acceptor':ab,kw,ti OR 'health care acceptors':ab,kw,ti OR 'health care nonacceptor':ab,kw,ti OR 'health care nonacceptors':ab,kw,ti OR 'health care seeking behavior':ab,kw,ti OR 'health care utilization':ab,kw,ti OR 'healthcare acceptabilities':ab,kw,ti OR 'healthcare acceptability':ab,kw,ti OR 'healthcare patient acceptance':ab,kw,ti OR 'healthcare patient acceptances':ab,kw,ti OR 'medication holiday':ab,kw,ti OR 'medication non | 599 192 |

| | | |
|----|---|------------|
| | <p>compliance':ab,kw,ti OR 'medication non adherence':ab,kw,ti OR 'medication nonadherence':ab,kw,ti OR 'medication non-adherence':ab,kw,ti OR 'medication noncompliance':ab,kw,ti OR 'medication non-compliance':ab,kw,ti OR 'medication persistence':ab,kw,ti OR 'no show patients':ab,kw,ti OR 'non adherent patient':ab,kw,ti OR 'nonacceptors of health care':ab,kw,ti OR 'non-adherent patient':ab,kw,ti OR 'non-adherent patients':ab,kw,ti OR 'patient acceptance of healthcare':ab,kw,ti OR 'patient cooperation':ab,kw,ti OR 'patient no show':ab,kw,ti OR 'patient non attendance':ab,kw,ti OR 'patient non compliance':ab,kw,ti OR 'patient non adherence':ab,kw,ti OR 'patient nonadherence':ab,kw,ti OR 'patient non-adherence':ab,kw,ti OR 'patient noncompliance':ab,kw,ti OR 'patient non-compliance':ab,kw,ti OR 'patient adherence':ab,kw,ti OR 'planned treatment interruption':ab,kw,ti OR 'scheduled treatment interruption':ab,kw,ti OR 'structured treatment interruption':ab,kw,ti OR 'therapeutic compliance':ab,kw,ti OR 'therapeutic compliances':ab,kw,ti OR 'therapeutic adherence':ab,kw,ti OR 'therapeutic adherence and compliance':ab,kw,ti OR 'treatment compliances':ab,kw,ti OR 'treatment adherence':ab,kw,ti OR 'treatment adherence and compliance':ab,kw,ti</p> | |
| #2 | <p>'uterine cervix tumor'/exp OR 'cervical neoplasia':ab,kw,ti OR 'cervical neoplasm':ab,kw,ti OR 'cervical tumor':ab,kw,ti OR 'cervical tumorigenesis':ab,kw,ti OR 'cervical tumour':ab,kw,ti OR 'cervix neoplasia':ab,kw,ti OR 'cervix neoplasm':ab,kw,ti OR 'cervix neoplasms':ab,kw,ti OR 'cervix tumor':ab,kw,ti OR 'cervix tumorigenesis':ab,kw,ti OR 'cervix tumour':ab,kw,ti OR 'cervix uteri tumor':ab,kw,ti OR 'neoplasia of the cervix':ab,kw,ti OR 'neoplasm of the cervix':ab,kw,ti OR 'neoplastic cervical':ab,kw,ti OR 'neoplastic cervix':ab,kw,ti OR 'tumor of the cervix':ab,kw,ti OR 'tumor of the uterine cervix':ab,kw,ti OR 'tumour of the cervix':ab,kw,ti OR 'tumour of the uterine cervix':ab,kw,ti OR 'uterine cervical neoplasia':ab,kw,ti OR 'uterine cervical neoplasm':ab,kw,ti OR 'uterine cervical neoplasms':ab,kw,ti OR 'uterine cervical tumor':ab,kw,ti OR 'uterine cervix neoplasia':ab,kw,ti OR 'uterine cervix neoplasm':ab,kw,ti OR 'uterine cervix tumor':ab,kw,ti OR 'uterine cervix tumour':ab,kw,ti OR 'cervical neoplasms':ab,kw,ti OR 'cancer of the uterine cervix':ab,kw,ti OR 'cancer of cervix':ab,kw,ti OR 'cancer of the cervix':ab,kw,ti OR 'cervix cancer':ab,kw,ti OR 'uterine cervical cancer':ab,kw,ti OR 'uterine cervical cancers':ab,kw,ti OR 'cervical cancer':ab,kw,ti OR 'cervical cancers':ab,kw,ti</p> | 171 589 |
| #3 | <p>'systematic review':ti OR 'systematic literature review':ti OR 'systematic scoping review':ti OR 'systematic narrative review':ti OR 'systematic qualitative review':ti OR 'systematic evidence review':ti OR 'systematic quantitative review':ti OR 'systematic meta-review':ti OR 'systematic critical review':ti OR 'systematic mixed studies review':ti OR 'systematic mapping review':ti OR 'systematic cochrane review':ti OR 'systematic search and review':ti OR 'systematic integrative review':ti OR 'cochrane database syst rev':ti OR 'review':ti OR 'meta analysis'/de OR 'meta analysis topic'/de OR 'network meta analysis'/de OR 'systematic review'/de OR 'systematic review topic'/de</p> | 1 270 787 |
| #4 | [english]/lim OR [spanish]/lim | 39 689 836 |
| #5 | 'comment':ti OR 'protocol':ti OR 'protocols':ti | 190 336 |

| | | |
|----|-------------------------|------------|
| #6 | #1 AND #2 AND #3 AND #4 | 264 |
| #7 | #6 NOT #5 | 258 |

Tabla 7. Estrategia de búsqueda en Web of Science.

| | | |
|-----------------------------------|--|------------------|
| Base de datos | Web of Science (WoS) | |
| Plataforma | Clarivate Analytics | |
| Fecha de búsqueda | 01 de octubre de 2024 | |
| Rango de fecha de búsqueda | Inicios de los tiempos al 01 de octubre de 2024 | |
| N.º | Estrategia de búsqueda | Resultado |
| #1 | QMTS=(patient compliance) OR (TI=(patient compliance) AND AB=(patient compliance)) OR (TI=(adherence to therapy) AND AB=(adherence to therapy)) OR (TI=(adherence to treatment) AND AB=(adherence to treatment)) OR (TI=(compliance to therapy) AND AB=(compliance to therapy)) OR (TI=(compliance to treatment) AND AB=(compliance to treatment)) OR (TI=(patient adherence) AND AB=(patient adherence)) OR (TI=(patient compliance) AND AB=(patient compliance)) OR (TI=(therapy adherence) AND AB=(therapy adherence)) OR (TI=(therapy compliance) AND AB=(therapy compliance)) OR (TI=(treatment adherence) AND AB=(treatment adherence)) OR (TI=(treatment adherence and compliance) AND AB=(treatment adherence and compliance)) OR (TI=(treatment compliance) AND AB=(treatment compliance)) OR QMTS=(no-show) OR (TI=(no-show) AND AB=(no-show)) OR (TI=(appointment no show) AND AB=(appointment no show)) OR (TI=(clinic non-attendance) AND AB=(clinic non-attendance)) OR (TI=(clinic nonattendance) AND AB=(clinic nonattendance)) OR (TI=(defaulted appointment) AND AB=(defaulted appointment)) OR (TI=(defaulted visits) AND AB=(defaulted visits)) OR (TI=(missed appointment) AND AB=(missed appointment)) OR (TI=(no show) AND AB=(no show)) OR (TI=(no-show patient) AND AB=(no-show patient)) OR (TI=(no-show patients) AND AB=(no-show patients)) OR (TI=(no-shows) AND AB=(no-shows)) OR (TI=(non-attendance patient) AND AB=(non-attendance patient)) OR (TI=(non-attending patient) AND AB=(non-attending patient)) OR (TI=(nonattendance patients) AND AB=(nonattendance patients)) OR (TI=(nonattending patient) AND AB=(nonattending patient)) OR (TI=(patient absenteeism) AND AB=(patient absenteeism)) OR (TI=(patient no-show) AND AB=(patient no-show)) OR (TI=(patient non-attendance) AND AB=(patient non-attendance)) OR (TI=(patient nonattendance) AND AB=(patient nonattendance)) OR (TI=(patient truancy) AND AB=(patient truancy)) OR (TI=(no-show) AND AB=(no-show)) OR QMTS=(medication compliance) OR (TI=(medication compliance) AND AB=(medication compliance)) OR (TI=(dosage adherence) AND AB=(dosage adherence)) OR (TI=(dosage compliance) AND AB=(dosage compliance)) OR | 170 140 |



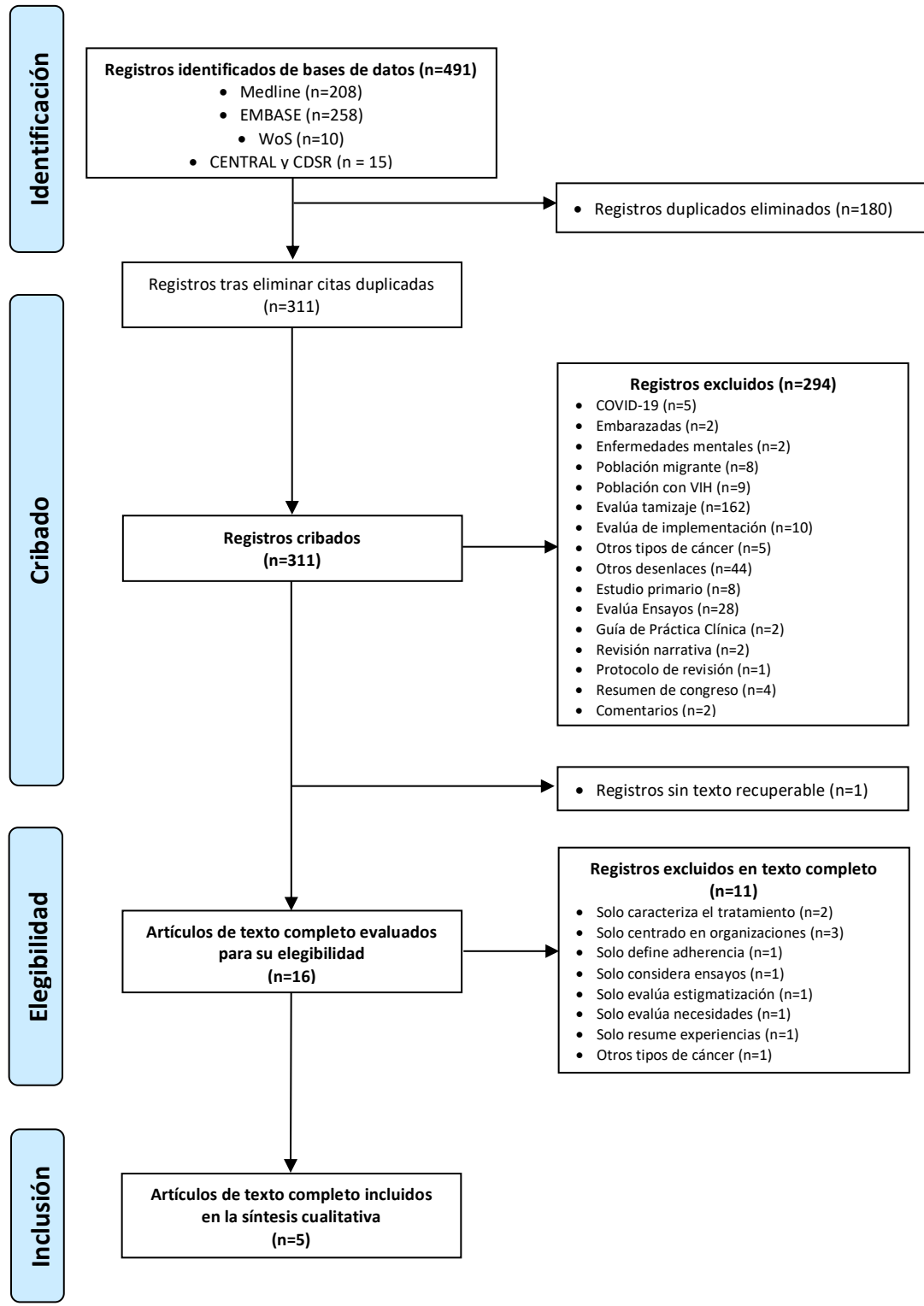
| | | |
|--|--|--|
| | <p>(TI=(dose adherence) AND AB=(dose adherence)) OR (TI=(dose compliance) AND AB=(dose compliance)) OR (TI=(dosing adherence) AND AB=(dosing adherence)) OR (TI=(dosing compliance) AND AB=(dosing compliance)) OR (TI=(drug adherence) AND AB=(drug adherence)) OR (TI=(drug compliance) AND AB=(drug compliance)) OR (TI=(drug intake compliance) AND AB=(drug intake compliance)) OR (TI=(drug regimen adherence) AND AB=(drug regimen adherence)) OR (TI=(drug regimen compliance) AND AB=(drug regimen compliance)) OR (TI=(medication adherence) AND AB=(medication adherence)) OR (TI=(medication compliance) AND AB=(medication compliance)) OR (TI=(medication intake adherence) AND AB=(medication intake adherence)) OR QMTS=(patient attitude) OR (TI=(patient attitude) AND AB=(patient attitude)) OR (TI=(patient acceptance of health care) AND AB=(patient acceptance of health care)) OR (TI=(patients attitude) AND AB=(patients attitude)) OR (TI=(sick role) AND AB=(sick role)) OR (TI=(patient attitude) AND AB=(patient attitude)) OR QMTS=(treatment interruption) OR (TI=(treatment interruption) AND AB=(treatment interruption)) OR (TI=(defaulted therapy) AND AB=(defaulted therapy)) OR (TI=(defaulted treatment) AND AB=(defaulted treatment)) OR (TI=(defaulting patient) AND AB=(defaulting patient)) OR (TI=(interrupted therapy) AND AB=(interrupted therapy)) OR (TI=(interrupted treatment) AND AB=(interrupted treatment)) OR (TI=(patient default) AND AB=(patient default)) OR (TI=(therapy default) AND AB=(therapy default)) OR (TI=(therapy interruption) AND AB=(therapy interruption)) OR (TI=(treatment default) AND AB=(treatment default)) OR (TI=(treatment interruption) AND AB=(treatment interruption)) OR (TI=(Acceptability of Health Care) AND AB=(Acceptability of Health Care)) OR (TI=(Acceptability of Healthcare) AND AB=(Acceptability of Healthcare)) OR (TI=(Acceptors of Health Care) AND AB=(Acceptors of Health Care)) OR (TI=(Client Compliance) AND AB=(Client Compliance)) OR (TI=(Client Compliances) AND AB=(Client Compliances)) OR (TI=(Client Adherence) AND AB=(Client Adherence)) OR (TI=(Drug Holiday) AND AB=(Drug Holiday)) OR (TI=(Drug Adherence) AND AB=(Drug Adherence)) OR (TI=(Health Care Acceptability) AND AB=(Health Care Acceptability)) OR (TI=(Health Care Acceptor) AND AB=(Health Care Acceptor)) OR (TI=(Health Care Acceptors) AND AB=(Health Care Acceptors)) OR (TI=(Health Care Nonacceptor) AND AB=(Health Care Nonacceptor)) OR (TI=(Health Care Nonacceptors) AND AB=(Health Care Nonacceptors)) OR (TI=(Health Care Seeking Behavior) AND AB=(Health Care Seeking Behavior)) OR (TI=(Health Care Utilization) AND AB=(Health Care Utilization)) OR (TI=(Healthcare Acceptabilities) AND AB=(Healthcare Acceptabilities)) OR (TI=(Healthcare Acceptability) AND AB=(Healthcare Acceptability)) OR (TI=(Healthcare Patient Acceptance) AND AB=(Healthcare Patient Acceptance)) OR (TI=(Healthcare Patient Acceptances) AND AB=(Healthcare Patient Acceptances)) OR (TI=(Medication Holiday) AND AB=(Medication Holiday)) OR (TI=(Medication Non Compliance) AND AB=(Medication Non Compliance)) OR (TI=(Medication Non Adherence) AND AB=(Medication Non Adherence)) OR (TI=(Medication Nonadherence) AND AB=(Medication Nonadherence)) OR (TI=(Medication Non-Adherence) AND AB=(Medication Non-Adherence)) OR</p> | |
|--|--|--|

| | | |
|-----------|--|---------------|
| | <p>(TI=(Medication Noncompliance) AND AB=(Medication Noncompliance)) OR (TI=(Medication Non-Compliance) AND AB=(Medication Non-Compliance)) OR (TI=(Medication Persistence) AND AB=(Medication Persistence)) OR (TI=(No Show Patients) AND AB=(No Show Patients)) OR (TI=(Non Adherent Patient) AND AB=(Non Adherent Patient)) OR (TI=(Non Adherent Patient) AND AB=(Non Adherent Patient)) OR (TI=(Non Adherent Patient) AND AB=(Non Adherent Patient)) OR (TI=(Non Adherent Patients) AND AB=(Non Adherent Patients)) OR (TI=(Patient Acceptance of Healthcare) AND AB=(Patient Acceptance of Healthcare)) OR (TI=(Patient Cooperation) AND AB=(Patient Cooperation)) OR (TI=(Patient No Show) AND AB=(Patient No Show)) OR (TI=(Patient Non Attendance) AND AB=(Patient Non Attendance)) OR (TI=(Patient Non Compliance) AND AB=(Patient Non Compliance)) OR (TI=(Patient Non Adherence) AND AB=(Patient Non Adherence)) OR (TI=(Patient Nonadherence) AND AB=(Patient Nonadherence)) OR (TI=(Patient Non-Adherence) AND AB=(Patient Non-Adherence)) OR (TI=(Patient Noncompliance) AND AB=(Patient Noncompliance)) OR (TI=(Patient Non-Compliance) AND AB=(Patient Non-Compliance)) OR (TI=(Patient Adherence) AND AB=(Patient Adherence)) OR (TI=(Planned Treatment Interruption) AND AB=(Planned Treatment Interruption)) OR (TI=(Scheduled Treatment Interruption) AND AB=(Scheduled Treatment Interruption)) OR (TI=(Structured Treatment Interruption) AND AB=(Structured Treatment Interruption)) OR (TI=(Therapeutic Compliance) AND AB=(Therapeutic Compliance)) OR (TI=(Therapeutic Compliances) AND AB=(Therapeutic Compliances)) OR (TI=(Therapeutic Adherence) AND AB=(Therapeutic Adherence)) OR (TI=(Therapeutic Adherence and Compliance) AND AB=(Therapeutic Adherence and Compliance)) OR (TI=(Treatment Compliances) AND AB=(Treatment Compliances)) OR (TI=(Treatment Adherence) AND AB=(Treatment Adherence)) OR (TI=(Treatment Adherence and Compliance) AND AB=(Treatment Adherence and Compliance))</p> | |
| <p>#2</p> | <p>QMTS=(uterine cervix tumor) OR (TI=(uterine cervix tumor) AND AB=(uterine cervix tumor)) OR (TI=(cervical neoplasia) AND AB=(cervical neoplasia)) OR (TI=(cervical neoplasm) AND AB=(cervical neoplasm)) OR (TI=(cervical tumor) AND AB=(cervical tumor)) OR (TI=(cervical tumorigenesis) AND AB=(cervical tumorigenesis)) OR (TI=(cervical tumour) AND AB=(cervical tumour)) OR (TI=(cervix neoplasia) AND AB=(cervix neoplasia)) OR (TI=(cervix neoplasm) AND AB=(cervix neoplasm)) OR (TI=(cervix neoplasms) AND AB=(cervix neoplasms)) OR (TI=(cervix tumor) AND AB=(cervix tumor)) OR (TI=(cervix tumorigenesis) AND AB=(cervix tumorigenesis)) OR (TI=(cervix tumour) AND AB=(cervix tumour)) OR (TI=(cervix uteri tumor) AND AB=(cervix uteri tumor)) OR (TI=(neoplasia of the cervix) AND AB=(neoplasia of the cervix)) OR (TI=(neoplasm of the cervix) AND AB=(neoplasm of the cervix)) OR (TI=(neoplastic cervical) AND AB=(neoplastic cervical)) OR (TI=(neoplastic cervix) AND AB=(neoplastic cervix)) OR (TI=(tumor of the cervix) AND AB=(tumor of the cervix)) OR (TI=(tumor of the uterine cervix) AND AB=(tumor of the uterine cervix)) OR (TI=(tumour of the cervix) AND AB=(tumour of the cervix)) OR (TI=(tumour of the uterine cervix) AND AB=(tumour of the uterine cervix)) OR (TI=(uterine cervical</p> | <p>32 184</p> |



| | | |
|----|---|------------|
| | neoplasia) AND AB=(uterine cervical neoplasia)) OR (TI=(uterine cervical neoplasm) AND AB=(uterine cervical neoplasm)) OR (TI=(uterine cervical neoplasms) AND AB=(uterine cervical neoplasms)) OR (TI=(uterine cervical tumor) AND AB=(uterine cervical tumor)) OR (TI=(uterine cervix neoplasia) AND AB=(uterine cervix neoplasia)) OR (TI=(uterine cervix neoplasm) AND AB=(uterine cervix neoplasm)) OR (TI=(uterine cervix tumor) AND AB=(uterine cervix tumor)) OR (TI=(uterine cervix tumour) AND AB=(uterine cervix tumour)) OR (TI=(Cervical Neoplasms) AND AB=(Cervical Neoplasms)) OR (TI=(Cancer of the Uterine Cervix) AND AB=(Cancer of the Uterine Cervix)) OR (TI=(Cancer of Cervix) AND AB=(Cancer of Cervix)) OR (TI=(Cancer of the Cervix) AND AB=(Cancer of the Cervix)) OR (TI=(Cervix Cancer) AND AB=(Cervix Cancer)) OR (TI=(Uterine Cervical Cancer) AND AB=(Uterine Cervical Cancer)) OR (TI=(Uterine Cervical Cancers) AND AB=(Uterine Cervical Cancers)) OR (TI=(Cervical Cancer) AND AB=(Cervical Cancer)) OR (TI=(Cervical Cancers) AND AB=(Cervical Cancers)) | |
| #3 | TI=(systematic review) OR TI=(systematic literature review) OR TI=(systematic scoping review) OR TI=(systematic narrative review) OR TI=(systematic qualitative review) OR TI=(systematic evidence review) OR TI=(systematic quantitative review) OR TI=(systematic meta-review) OR TI=(systematic critical review) OR TI=(systematic mixed studies review) OR TI=(systematic mapping review) OR TI=(systematic cochrane review) OR TI=(systematic search and review) OR TI=(systematic integrative review) | 334 482 |
| #4 | LA==(english) OR LA==(spanish) | 47 402 686 |
| #5 | #1 AND #2 AND #3 AND #4 | 10 |
| #6 | TI=(comment) OR TI=(protocol) OR TI=(protocols) | 262 712 |
| #7 | #5 NOT #6 | 10 |

Anexo 02. Flujograma de selección de estudios



Anexo 03. Motivo de exclusión de artículos durante la fase de lectura a texto completo

| Autores | Año | Título | Motivo de exclusión |
|---------------------------------|------------|--|---|
| Arechkik et al. ⁽³⁷⁾ | 2022 | Cervical cancer in Morocco: A systematic review | Solo caracteriza el tratamiento administrado sin considerar la medición de falta de adherencia |
| Bacorro et al. ⁽³⁸⁾ | 2024 | Shared Decision Making in Oncology and Its Implementation in Cervical Cancer Management in the Philippines: A Narrative Review | Solo caracteriza el tratamiento centrado en organizaciones |
| Bernardo et al. ⁽³⁹⁾ | 2019 | The efficacy and cost-effectiveness of patient navigation programs across the cancer continuum: A systematic review | Solo caracteriza el tratamiento centrado en organizaciones |
| Covvey et al. ⁽⁴⁰⁾ | 2019 | Barriers and facilitators to shared decision-making in oncology: a systematic review of the literature | Evalúa aspectos para otros tipos de cáncer |
| Huang et al. ⁽⁴¹⁾ | 2021 | Correlates of stigma for patients with cancer: a systematic review and meta-analysis | Solo define aspectos psicológicos sobre la estigmatización sin medición de la falta de adherencia |
| Humphrey et al. ⁽⁴²⁾ | 2018 | The experiences of women receiving brachytherapy for cervical cancer: A systematic literature review | Solo resumen experiencias de las mujeres con cáncer de cuello uterino |
| Le Saux et al. ⁽⁴³⁾ | 2018 | Systematic review of care needs for older patients treated with anticancer drugs | Solo evalúa necesidades de pacientes con cáncer sin medir la falta de adherencia |
| Narbutas et al. ⁽⁴⁴⁾ | 2017 | Overview on patient centricity in cancer care | Solo caracteriza el tratamiento centrado en organizaciones |

| | | | |
|---------------------------------|------|---|---|
| Schimmel et al. ⁽⁴⁵⁾ | 2022 | Psychedelics for the treatment of depression, anxiety, and existential distress in patients with a terminal illness: a systematic review | Solo caracteriza el tratamiento administrado sin considerar la medición de falta de adherencia |
| Tainio et al. ⁽⁴⁶⁾ | 2018 | Clinical course of untreated cervical intraepithelial neoplasia grade 2 under active surveillance: Systematic review and meta-analysis | Solo define adherencia al tratamiento mediante tasas sin explorar los factores asociadas a esta |
| Zhang ⁽⁴⁷⁾ et al. | 2023 | Efficacy, acceptability and safety of ablative versus excisional procedure in the treatment of histologically confirmed CIN2/3: A systematic review | Solo considera ensayos clínicos en los artículos incluidos |

Anexo 04. Evaluación de riesgo de sesgo

| Lista de Verificación para la Evaluación Crítica de Revisiones Sistemáticas y Síntesis de Investigación del Joanna Briggs Institute (JBI) | Autores (Año) | | | | |
|---|------------------------|----------------------|--------------------|--------------------|----------------------|
| | Bierbaum et al. (2023) | Mwamba et al. (2023) | Ooko et al. (2023) | Reis et al. (2023) | Zibako et al. (2022) |
| ¿Está la pregunta de la revisión clara y explícitamente formulada? | PC | S | S | S | S |
| ¿Fueron los criterios de inclusión apropiados para la pregunta de la revisión? | S | NA | S | NA | NA |
| ¿Fue adecuada la estrategia de búsqueda? | S | S | S | S | S |
| ¿Fueron suficientes las fuentes y recursos utilizados para buscar estudios? | S | S | S | S | S |
| ¿Fueron los criterios para evaluar los estudios apropiados? | S | S | S | S | S |
| ¿Se realizó la evaluación crítica de forma independiente por dos o más revisores? | N | S | S | PC | S |
| ¿Hubo métodos para minimizar errores en la extracción de datos? | S | N | S | S | S |
| ¿Fueron apropiados los métodos utilizados para combinar los estudios? | S | S | S | S | S |
| ¿Se evaluó la probabilidad de sesgo de publicación? | NA | NA | NA | NA | NA |
| ¿Estuvieron las recomendaciones para políticas y/o prácticas respaldadas por los datos reportados? | S | S | S | S | S |
| ¿Fueron apropiadas las directrices específicas para nuevas investigaciones? | S | S | S | S | S |
| General | Bajo | Bajo | Bajo | Bajo | Bajo |

La clasificación del riesgo de sesgo fue alta cuando el estudio alcanzó hasta un 49% de respuestas "sí", moderada cuando el estudio alcanzó entre un 50% y un 69% de respuestas "sí", y baja cuando el estudio alcanzó más del 70% de respuestas "sí".

S: Sí, N: No, PC: Poco claro, NA: No aplica.

Anexo 05: Principales hallazgos

| N | Autor(es) | Año | Principales hallazgos |
|---|---------------------------------|------|--|
| 1 | Bierbaum et al. ⁽¹⁷⁾ | 2023 | <ul style="list-style-type: none"> • Edad del paciente: Pacientes más jóvenes tienden a recibir tratamiento de forma adherente a las recomendaciones clínicas en comparación con los de mayor edad. • Estado socioeconómico: Pacientes de áreas con menor desventaja socioeconómica tenían más probabilidades de recibir tratamiento. • Distancia al centro de tratamiento: El vivir a mayor distancia conlleva a menor adherencia. |
| 2 | Mwamba et al. ⁽²¹⁾ | 2023 | <ul style="list-style-type: none"> • Escasez de personal capacitado: La falta de profesionales de la salud entrenados afecta la adherencia. • Coordinación deficiente entre los niveles de atención: Los sistemas de referencia ineficaces y las largas esperas para los resultados afectan la continuidad del tratamiento. • Costos altos de diagnóstico y tratamiento: Muchas pacientes no pueden continuar con el tratamiento debido a barreras financieras. • Preferencia por medicinas tradicionales: Algunas pacientes optan por tratamientos alternativos en lugar de la medicina convencional debido a creencias culturales. |
| 3 | Ooko et al. ⁽¹⁸⁾ | 2023 | <ul style="list-style-type: none"> • Distancia geográfica: Los hospitales especializados se encuentran en áreas urbanas, lo que limita el acceso para pacientes en áreas rurales. • Costo del tratamiento: Los altos costos de radioterapia y medicamentos paliativos, junto con la pobreza de las familias, afectan la adherencia. • Creencias culturales: Algunas pacientes prefieren tratamientos tradicionales debido a creencias locales y la presión familiar. • Desconocimiento sobre el cáncer: La falta de información precisa sobre el cáncer y su tratamiento conduce a una baja adherencia. |
| 4 | Reis et al. ⁽¹⁹⁾ | 2023 | <ul style="list-style-type: none"> • Religiosidad: La esperanza en la intervención divina puede retrasar la decisión de iniciar tratamiento. • Factores socioculturales: Las normas de género y las presiones familiares afectan las decisiones de tratamiento, como la necesidad de obtener el permiso del esposo. • Estrés emocional: La soledad o el abandono por parte de sus parejas afecta la adherencia de las pacientes al tratamiento. |
| 5 | Zibako et al. ⁽²⁰⁾ | 2022 | <ul style="list-style-type: none"> • Barreras financieras: La falta de recursos económicos afecta el acceso a medicamentos y quimioterapia. • Escasez de medicamentos: La falta de suministro de quimioterapia y analgésicos reduce la adherencia al tratamiento. • Creencias culturales: Algunas pacientes ven el cáncer como una sentencia de muerte y prefieren evitar el tratamiento. • Infraestructura limitada: La falta de equipos y la interrupción de los tratamientos debido a fallos en las máquinas impacta negativamente en la adherencia. |