



FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

TESIS

**FACTORES RELACIONADOS AL ABANDONO DEL EXAMEN DE
PAPANICOLAO EN EL DESPISTAJE DEL CÁNCER DEL CUELLO UTERINO
EN MAYORES DE 30 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD CLAS
PARCONA 2014 - 2016**

**PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
OBSTETRICIA**

**PRESENTADA POR LA BACHILLER:
PAOLA NOEMÍ ORELLANA VILCA**

**ASESOR:
HARRY RAÚL LEVEAU BARTRA**

ICA – PERU

2017

DEDICADO A:

Mis hijos y a mi padre.

AGRADECIMIENTO:

A mi madre, esposo por su apoyo incondicional.

RESUMEN

Objetivo: Identificar los factores relacionados al abandono del examen de Papanicolaou en el despistaje del cáncer del cuello uterino en mayores de 30 años que acuden al Centro de Salud CLAS Parcona diciembre 2016.

Material y métodos: Estudio no experimental, transversal y analítica. El estudio se realizó en toda la población que cumpla con los criterios de caso y control, que en el primer caso es de 156 pacientes y en el segundo caso es de 84 pacientes. Los datos fueron obtenidos a partir de historias clínicas y de la Estrategia de Prevención de cáncer ginecológico del Servicio de Obstetricia del Centro de Salud de Parcona y los datos que no se puedan obtenerlos se obtuvo a partir de una entrevista. Los controles se tomaron del grupo de pacientes que sus controles de PAP no tienen más de 3 años de antigüedad.

Conclusiones: Existen diferencias no significativas $p > 0.05$ entre el grado de instrucción de las mujeres y el abandono del Papanicolaou siendo en los que tienen primaria y secundaria 30.8% y 46.2% respectivamente mayor al grupo de mujeres que no abandonaron 14.3% y 35.7% respectivamente; en comparación con el grupo de mujeres con grado de instrucción superior donde el porcentaje de abandono fue de 23.1% respecto al 50% que no abandonó. Existen diferencias significativas entre la procedencia y el abandono del Papanicolaou presentándose en mayor porcentaje de abandono en los que proceden de zona rural 46.2% y solo 14.3% en los que no abandonaron, $p < 0.05$. Existen diferencias significativas entre la condición económica y el abandono del Papanicolaou presentándose en mayor porcentaje de abandono en los que tienen un nivel económico bajo 61.5% y solo 21.4% en los que no abandonaron, $p < 0.05$. No existen diferencias significativas $p > 0.05$ entre el estado civil y el abandono del Papanicolaou encontrándose un mayor porcentaje de abandono en los que son solteras 42.3% en comparación con las que no abandonaron 14.3%.

Palabras Clave: Factores asociados, abandono, Papanicolaou.

ABSTRACT

Objective: To identify the factors related to the abandonment of the Papanicolaou exam in the screening of cervical cancer in patients over 30 who attend the Health Center of Parcona CLAS December 2016.

Material and methods: Non-experimental, transversal and analytical study. The study was performed in the entire population that meets the criteria of case and control, which in the first case is 156 patients and in the second case is 84 patients. The data were obtained from medical records of the Parcona Health Center and data that can not be obtained from the medical records were obtained from an interview. Controls were taken from the group of patients whose PAP controls were no more than 3 years old.

Conclusions: There were no significant differences between the educational level of the women and the dropout of the Papanicolaou, where the primary and secondary levels were 30.8% and 46.2%, respectively, and the women who did not drop out were 14.3% and 35.7% respectively; In comparison with the group of women with a higher education degree where the dropout rate was 23.1% compared to 50% who did not drop out. There are significant differences between the origin and the abandonment of the Papanicolaou, presenting a higher percentage of abandonment in those who came from rural areas, 46.2% and only 14.3% in those who did not quit, $p < 0.05$. There are significant differences between the economic condition and the abandonment of the Papanicolaou, presenting a higher dropout rate in those with an economic level of 61.5% and only 21.4% in those who did not quit, $p < 0.05$. There were no significant differences between $p < 0.05$ between the marital status and the abandonment of the Papanicolaou, with a higher percentage of dropouts in which 42.3% were single compared with those who did not drop out at 14.3%.

Keywords: Associated factors, abandonment, Papanicolaou.

ÍNDICE	pag.
CARATULA	
DEDICATORIA -----	ii
AGRADECIMIENTO -----	iii
RESUMEN -----	iv
ABSTRACT -----	v
ÍNDICE -----	vi
INTRODUCCIÓN -----	viii

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1. Descripción de la realidad problemática -----	9
1.2. Delimitación de la investigación -----	11
1.3. Formulación del problema -----	11
1.3.1. Problema principal -----	11
1.3.2. Problemas secundarios -----	11
1.4. Objetivos -----	12
1.4.1. Objetivo general -----	12
1.4.2. Objetivos específicos -----	12
1.5. Hipótesis -----	13
1.5.2 Hipótesis específica -----	13
1.5.4 Variables -----	13
1.5.5 Variables independientes -----	13
1.5.6 Variable dependiente -----	13
1.5.7 Operacionalización de las variables -----	14
1.6. Diseño de la investigación -----	15
1.6.1 Tipo de investigación -----	15
1.6.2 Nivel de investigación -----	15
1.6.3 Método -----	15
1.7. Población y muestra de la investigación -----	15
1.7.1 Población -----	15
1.7.2 Muestra -----	15
Criterios de inclusión -----	16
Criterios de exclusión -----	16
1.8. Técnicas e instrumentos de recolección de datos -----	16

1.8.1 Técnicas -----	16
1.8.2 Instrumentos-----	16
1.8.3 Procesamiento de datos -----	16
1.9. Ética de la investigación-----	17
1.10. Justificación e importancia de la investigación -----	17

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación-----	18
2.2. Bases teóricas -----	23
2.3. Definición de términos básicos -----	35

CAPÍTULO III: PRESENTACIÓN ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.1 RESULTADOS -----	39
3.2 DISCUSIÓN -----	43
3.3 CONCLUSIONES-----	46
3.4 RECOMENDACIONES-----	47
Anexos -----	48
Fuentes de información -----	49
Matriz de consistencia -----	53
Ficha de recolección de datos-----	54

INTRODUCCIÓN

Desde 1943 la citología Cérvico-vaginal constituye una técnica diagnóstica importante, básica y fundamental en el estudio del cérvix que nos permite identificar tempranamente lesiones pre malignas.

Pese a todos los esfuerzos por el incremento en la cobertura de la toma de citología no se ha evidenciado un impacto en la disminución de la morbi-mortalidad asociada al Cáncer de cuello uterino.

Es importante resaltar la existencia de prejuicios sociales y educativos, que influyen a la hora de buscar servicios preventivos porque se convierten en limitantes para el autocuidado de la salud.

Algunos autores reportan que el diagnóstico en etapas tempranas del cáncer uterino permite el tratamiento adecuado y, en el 90% de los casos, las mujeres afectadas por estas enfermedades desarrollan una vida normal.¹

En Perú el Cáncer de Cuello Uterino es el ejemplo de la más dolorosa de las inequidades del cáncer porque daña a las madres de los estratos sociales económicamente desprotegidos. Este problema es consecuencia de la falta de un programa eficiente de citología cervical en la población de riesgo. Y no debiera seguirse repitiendo que “las pacientes consultan tardíamente” y que por eso el 85% de ellas tiene cáncer invasor cuando llega al hospital.²

Como elemento esencial de un programa de prevención de cáncer de cuello uterino, está planteada la promoción de la prueba del Papanicolaou, fácil de realizar, eficaz, barato e indoloro para la mujer y que en cambio puede salvarle la vida , si se realiza periódicamente, y que sin embargo no ha alcanzado aún los niveles de aceptación y cobertura deseados a pesar de todo el esfuerzo para proveerlo en todas las unidades de salud pública en donde se brindan servicios de salud integrales a la mujer independientemente de la causa que motiva la llegada de la paciente a dichas unidades.

Por ello que se diseña un estudio de conducta en la modalidad de conocimiento de causas para valorar los factores relacionados al abandono del examen citológico, que entorpece la detección precoz del cáncer ginecológico Comité Local de Administración en salud Parcona.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

Esta enfermedad puede detectarse fácilmente en estadios tempranos por medio de la prueba del Papanicolaou. Entonces, nos planteamos cual es la causa de un elevado número de mujeres que no cumplen con el tamizaje recomendado, siendo el PAP un medio sencillo, efectivo y económico para diagnosticar el cáncer cérvico uterino.

Claramente podría deberse, en parte, a una baja cobertura con PAP en la población.²

El cáncer de cuello cérvico-uterino representa un problema de salud pública, es por ello que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha identificado al cáncer del cuello uterino como prioritario en América Latina y el Caribe desde la década del 60 y representa la primera incidencia y causa de muerte de la mujer con cáncer en el mundo. A nivel mundial, es responsable de más del 12% de los cánceres fatales de la mujer.¹

Según un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cáncer es responsable aproximadamente del 13 al 15% de todas las muertes, cifra superada únicamente por las enfermedades infecciosas (29,5%) y cardiovasculares (30%). Para el año 2020 el número de muertes por año será de 10 millones: 47% corresponderá a países desarrollados y 55% a países en vía de desarrollo.¹

El cáncer cérvico uterino tiene enormes repercusiones en la población mundial, ya que cada año se originan más de 446.000 casos nuevos y 230.000 mujeres mueren por esta causa; es decir, cada minuto surge un nuevo caso de cáncer cérvico uterino y cada dos minutos fallece una

mujer por este cáncer. El 80% de los casos se presentan en los países en desarrollo, donde los programas de detección no están sólidamente establecidos o se enfrentan a barreras culturales y económicas que resultan por su ineficacia.¹

Alrededor de 50 % de las mujeres en Estados Unidos que desarrollan cáncer invasor del cérvix, nunca se ha realizado un Papanicolaou y otro 10 % no en los últimos cinco años.¹

La tasa estimada de cobertura del PAP varía de 7 a 42.9% en Perú o ciertas ciudades peruanas, los datos a nivel nacional son escasos.

En Perú, el cáncer de cérvix representa una patología de alta incidencia y alta mortalidad, pero no se ha encontrado estudios previos que evalúen las determinantes en la negación hacia la prueba citológica de cuello uterino.³

En el Perú, la neoplasia más frecuentemente diagnosticada entre mujeres procedentes de las diferentes regiones del país es el cáncer de cuello uterino (24.9%); el cual se diagnostica, en su mayoría, en estados avanzados de la enfermedad característica fuertemente relacionada al nivel de pobreza.

Para el período 2001-2011 se observó la tasa ajustada de mortalidad por cáncer de cuello uterino de 5.7 por 100 000 habitantes, correspondiéndole a Loreto el 18.0, a Huánuco el 12.8 y a Ucayali el 10.3, el 50% de estos casos murieron por diagnóstico tardío y falta de acceso a los tratamientos especializados.

Es la segunda tasa de mortalidad (9,9 por 100.000 mujeres en 2012) más alta de todo Sudamérica por esta patología. De acuerdo con los últimos datos de mortalidad en el país, en 2011 el cáncer de cuello uterino ocasionó el 5.6 defunciones por 100 000 habitantes en mujeres en edad fértil, lo cual significó un descenso con respecto al 2001 de un 27.8%.

La mortalidad estimada por cáncer de cuello uterino es de 9.1 x 100 000 mujeres mayores de 15 años, correspondiéndole a Ucayali el 22.9, a La Libertad el 15.6 y a Huancavelica el 13.55%. Hay zonas no registradas probablemente por falta de información La Agencia Internacional de

Investigación en Cáncer ha estimado que el número de casos esperados de CCU en la población femenina del Perú en el año 2016 fue de 1674³ Lo que indica un aumento sostenido.

En el Centro de Salud de Parcona acuden mujeres en edad fértil que son las más propensas a contraer cáncer del cuello uterino en algún momento de sus vidas, por lo que de vital importancia reconocer los factores que se asocian al abandono en realizarse Papanicolaou periódicamente.

1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Delimitación Espacial. – La investigación se llevó a cabo en la Comité Local de Administración en salud Parcona - Ica

Delimitación Temporal. – La investigación se desarrolló en el mes de diciembre del 2016 sobre los datos del 2014 al 2016

Delimitación Social. – La investigación se realizó en los pacientes atendidos en la Comité Local de Administración en salud Parcona

Delimitación Conceptual. – Con el estudio se determinó los factores que se asocian al abandono de los controles de PAP.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1. Problema Principal

¿Cuáles son los factores relacionados al abandono del examen de Papanicolaou en el despistaje del cáncer del cuello uterino en mayores de 25 a 60 años que acuden al Centro de Salud CLAS Parcona 2014 - 2016?

1.3.2. Problemas Secundarios

1. ¿Es el grado de instrucción un factor asociado al abandono del examen de Papanicolaou en el despistaje del cáncer del cuello uterino?
2. ¿Es la procedencia un factor asociado al abandono del examen de Papanicolaou en el despistaje del cáncer del cuello uterino?

3. ¿Es el nivel socioeconómico un factor asociado al abandono del examen de Papanicolaou en el despistaje del cáncer del cuello uterino?
4. ¿Es el estado civil un factor asociado al abandono del examen de Papanicolaou en el despistaje del cáncer del cuello uterino?

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo General

Identificar los factores relacionados al abandono del examen de Papanicolaou en el despistaje del cáncer del cuello uterino en mayores de 25 a 60 años que acuden a la Comité Local de Administración en salud Parcona 2014 - 2016

1.4.2. Objetivos Específicos

1. Precisar si el grado de instrucción es un factor asociado al abandono del examen de Papanicolaou en el despistaje del cáncer del cuello uterino en mayores de 25 a 60 años que acuden a la Comité Local de Administración en salud Parcona 2014 - 2016
2. Conocer si la procedencia es un factor asociado al abandono del examen de Papanicolaou en el despistaje del cáncer del cuello uterino en mayores de 25 a 60 años que acuden a la Comité Local de Administración en salud Parcona 2014 - 2016
3. Identificar si el nivel socioeconómico es un factor asociado al abandono del examen de Papanicolaou en el despistaje del cáncer del cuello uterino en mayores de 25 a 60 años que acuden a la Comité Local de Administración en salud Parcona 2014 - 2016
4. Determinar si el estado civil es un factor asociado al abandono del examen de Papanicolaou en el despistaje del cáncer del cuello uterino en mayores de 25 a 60 años que acuden a la Comité Local de Administración en salud Parcona 2014 – 2016.

1.5. HIPÓTESIS

1.5.1. Hipótesis Específicas

Ha.- El grado de instrucción es un factor asociado al abandono del examen de Papanicolaou en el despistaje del cáncer del cuello uterino

Ha.- La procedencia es un factor asociado al abandono del examen de Papanicolaou en el despistaje del cáncer del cuello uterino

Ha.- El nivel socioeconómico es un factor asociado al abandono del examen de Papanicolaou en el despistaje del cáncer del cuello uterino

Ha.- El estado civil es un factor asociado al abandono del examen de Papanicolaou en el despistaje del cáncer del cuello uterino

1.5.2. VARIABLES

1.5.3. Dependiente

-Abandono del PAP como prueba de tamizaje para cáncer de cérvix

Indicador: Periodo entre una prueba y otra de \geq a 3 años

1.5.4. Independientes

-Factores relacionados

Grado de instrucción

Indicador

Años de estudios

Procedencia

Indicador

Área geográfica de donde procede

Condición socioeconómica

Indicador

Condición de vida según ingresos económicos

Estado civil

Indicador

Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.

1.5.5. Operacionalización de las variables

VARIABLE	DIMENSIONES	ESCALA	INDICADOR	VALOR FINAL	INSTRUMENTO	FUENTE
V. dependiente Abandono del PAP como prueba de tamizaje	Variable Dependiente	Nominal	Periodo entre una prueba y otra de \geq a 3 años	Si No	Ficha de recolección de datos	Historia Clínica
V. Independiente Factores relacionados	Grado de instrucción	Ordinal	Años de estudios	Analfabeta Primaria Secundaria Superior	Ficha de recolección de datos	Historia Clínica
	Procedencia	Nominal	Área geográfica de donde procede	Rural Urbana	Ficha de recolección de datos	Historia Clínica
	Condición socioeconómica	Ordinal	Condición de vida según ingresos económicos	Bajo Medio Alto	Ficha de recolección de datos	Historia Clínica
	Estado civil	Nominal	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	-Casada -Conviviente -Soltera	Ficha de recolección de datos	Historia Clínica

1.6. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1. Tipo de Investigación

Descriptivo, transversal por medir una sola vez la variable, retrospectiva al revisar datos documentales, analítica.

1.6.2. Nivel de Investigación

Relacional

1.6.3. Método

Inductivo pues del análisis de las variables en forma independiente se tomó una conclusión general.

1.7. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

1.7.1. Población

Mujeres de 25 a 60 años de edad que tienen examen de PAP para despistaje de cáncer de cuello uterino según lo registrado en el Centro de salud CLAS Parcona.

1.7.2. Muestra

$$n = \frac{N * z^2 * P * Q}{d^2 * (N-1) + z^2 * P * q}$$

$$N = 893$$

$$p = 30\% = 0.3 \text{ proporción estimada de PAP cumplidos}$$

$$q = 1 - 0.3 = 0.70$$

$$Z = 1.96$$

$$d = 5\% = 0.05$$

$$n = \frac{893 (1.96)^2 (0.3) (0.7)}{(0.05)^2 (893 - 1) + (1.96)^2 (0.3) (0.7)} = \frac{720}{3}$$

$$n = 240 \text{ Tamaño de la muestra}$$

El estudio se realizó en toda la población que cumpla con los criterios de caso y control, que en el primer caso es de 156 pacientes y en el segundo caso es de 84 pacientes

Definición de caso:

Paciente que tienen por lo menos un examen de PAP

Paciente que desde más de 3 años no cuenta con PAP de control.

Definición de control:

Paciente que tienen por lo menos un examen de PAP

Paciente cuyo último control no es mayor de 3 años.

1.8. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1.8.1. Técnicas

Los datos fueron obtenidos a partir de historias clínicas de estadística del Centro de Salud CLAS Parcona por lo que se solicitó a la dirección el permiso correspondiente para acceder a las historias clínicas.

Los casos se tomaron del total de casos encontrados en el año de estudio, tomando en cuenta que los datos necesarios para el estudio se encuentren completos y claros.

Los controles se tomaron del grupo de pacientes que sus controles de PAP no tienen más de 3 años de antigüedad.

1.8.2. Instrumentos

Ficha de recolección de datos donde están consignados los indicadores necesarios para la investigación

1.8.3. PROCESAMIENTO DE DATOS

La información fue procesada en el programa estadístico SPSS v23 para obtener el estadístico chi cuadrado que determinó las diferencias en las variables categóricas.

1.9. **ÉTICA:** Los datos se obtuvieron de forma anónima conservando la confidencialidad de los mismos, pues solo se usará para fines de la investigación.

1.10. **JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN**

Con este proyecto de investigación se busca generar propuestas a nivel Institucional para mejorar la efectividad del Programa de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino de la Comité Local de Administración en salud Parcona, a través de la implementación de Estrategias de sensibilización, educación e información a las usuarias sobre la importancia de la toma de citología y solicitud de resultados.

De igual manera se pretende fortalecer los procesos de seguimiento y canalización, con el fin de lograr la entrega de reportes en un 100%, así como establecer intervenciones articuladas entre el Centro de Salud y las Postas Médicas o el Centro de Referencia.

Este proyecto busca aportar a las Instituciones Públicas de baja complejidad, datos y una visión más amplia de las características de la población en la cual se hace intervención con el fin de mejorar la calidad de los diferentes programas de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino, a nivel distrital.

Los resultados obtenidos podrán coadyuvar a replantear estrategias de intervención comunitaria oportunas que permitan incrementar la tasa de cobertura en las mujeres que asisten a los servicios de salud, y de esta forma, lograr reducir la cifra de mujeres negadas a realizarse la prueba, así como mejorar el diagnóstico precoz de cáncer cervicouterino y la disminución de la mortalidad femenina por esta causa y costos de atención de los tratamientos para cáncer de cérvix en el Perú.

Importancia: Determinar cuáles son las posibles barreras entre el sistema de salud y la población para realizar el rastreo de cáncer de cuello de útero, nos permitirá tomar medidas para poder lograr un mayor acceso a la población a la realización del PAP, logrando de esta manera una mayor cobertura en la población estudiada.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

NIVEL INTERNACIONAL

Enrique C.⁴ (2012). Factores asociados a que usuarias de un hospital público, no soliciten los resultados de la citología cervical. Bogotá D.C. Se realizó un estudio en dos fases, un análisis descriptivo se analizó 12875 y una segunda que involucro 257 pacientes en un análisis de casos y controles de una muestra aleatoria. Resultados: Se utiliza para análisis bivariado la prueba de Chi cuadrado y regresión logística que muestran diferencias significativas en las siguientes variables: la explicación sobre la importancia del examen ($p= 0.0060$), importancia de la solicitud de resultado ($p= 0.003$), explicación sobre cuando reclamarlo ($p=0.030$), distancia entre residencia y centro de salud ($p=0.065$)

Badr P.⁵ (2012). Cobertura de PAP: barreras que determinan su accesibilidad en el primer nivel de atención. Archivos de medicina familiar y general, Argentina. Se utilizó un diseño de tipo transversal cuali-cuantitativo. Se realizó una encuesta estructurada a 224 mujeres sexualmente activas de entre 15 y 65 años, seleccionadas por muestreo aleatorio por conglomerados y una entrevista semiestructurada al personal de ambas unidades sanitarias. El 49,1% de las mujeres se realiza un PAP anualmente. Existe asociación entre: el tiempo desde el último PAP y la edad de la mujer ($p<0.001$), edad y conocimiento sobre

utilidad del PAP ($p < 0.001$) y conocimiento y cobertura ($p < 0.001$). Del análisis cualitativo se desprende que la sobrecarga del sistema de salud repercute negativamente en la realización del PAP. La principal barrera identificada es la falta de información.

Polo E.⁶ (2014). Factores personales relacionados con la realización de citología vaginal Sincelejo Colombia 2013 – 2014. La muestra estuvo conformada por 192 mujeres, que estuvieron entre el rango de edades de 15 a 69 años de edad a quienes se les aplicó una encuesta estructurada y una entrevista semi-estructurada. Resultados: Los resultados revelan que la mayoría de las mujeres se realiza la citología por voluntad propia en un 80% y tienen conocimientos adecuados sobre ésta y la enfermedad que previene. La disponibilidad de tiempo es un factor cultural que se constituye una barrera para la realización de la citología en un 95%. Tanto en las mujeres que se realizan la citología como en las que no se la realizan estuvieron presentes como barreras de tipo psicológico sentimientos como angustia por conocer los resultados en un 63% y 49%, temor en un 48% y 49%, miedo en un 41% y 54% y la pena o vergüenza en un 42% y 46%. Conclusión: De este estudio se establece que los factores psicológicos son los principales factores que están relacionados con la no realización de la prueba de citología por parte de las mujeres.

Ehrenzweig Y.⁷ (2013). Conocimientos sobre la prevención del cáncer cervicouterino, locus de control y realización del Papanicolaou, julio-diciembre de 2013 México. Se estudió una muestra de 208 mujeres de entre 30 y 64 años de edad. Las mujeres con escolaridad media superior y superior sabían más sobre la utilidad de la prueba y cuándo realizarla. Todas las mujeres sabían poco sobre los factores de riesgo del cáncer cervicouterino, incluso aquellas con educación superior. La mayoría de las mujeres con educación superior se realizaron la primera prueba antes de los 30 años, y solo seis de cada diez mujeres con escolaridad básica o media superior lo hicieron después de los 30 años o no lo habían hecho. Al dividir a las mujeres en

dos grupos según su nivel de conocimientos sobre la prevención del cáncer cervicouterino, se encontró que más de la mitad de quienes tuvieron mayores conocimientos se hicieron la primera prueba antes de los 30 años. Al dividir a las mujeres en dos grupos según sus puntajes de locus de control-azar, se encontró un mayor porcentaje de mujeres que no se habían hecho la prueba o que lo habían hecho después de los 30 años.

Garcés I, Rubio D, Scarinci I.⁸ (2012). Factores asociados con el tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres de nivel socioeconómico medio y bajo en Bogotá, Colombia. Se formaron 10 grupos focales segmentados por grupos de edad (18-33, 34-49 y 50-66). Resultados: Participaron 81 mujeres entre 18 y 66 años. Ellas reconocieron que esta enfermedad no siempre tiene síntomas, y que las citologías la detectan tempranamente. Sin embargo, mencionaron miedo a practicarse la citología, incomodidad/dolor, pena, mala atención, y miedo al diagnóstico de cáncer como las principales barreras para el tamizaje rutinario. Conclusión: las participantes reportaron conocimientos básicos acerca del CaCu y el tamizaje.

Urrutia M.⁹ (2015). Adherencia al tamizaje de cáncer cérvicouterino: Una mirada desde el modelo de determinantes sociales de la salud. Chile. Resultados: Son variados los estudios que establecen la relación entre los determinantes estructurales e intermediarios y la adherencia al tamizaje. Si bien hay estudios contradictorios, es relevante la asociación positiva entre determinantes estructurales y mayor adherencia: un mayor nivel educacional, la presencia de empleo y un mayor ingreso familiar determinan una mayor adherencia al tamizaje. Como determinantes estructurales, son varios los factores reportados, entre los que se encuentran las características del hogar, el tiempo de permanencia, las características del sistema de salud, su disponibilidad y contacto con profesionales de la salud, factores de riesgo para CC, conocimiento acerca de la enfermedad, así como también las creencias, entre otras.

Urrutia M.¹⁰ (2012). Creencias sobre Papanicolaou y cáncer cérvicouterino en un grupo de mujeres chilenas. Método: Estudio analítico de corte transversal realizado en 333 mujeres chilenas. Se estudiaron las creencias sobre el Papanicolaou y el cáncer cérvicouterino con un instrumento desarrollado y validado en población chilena (CPC-28). Resultados: El 96% de las mujeres refiere tener un Papanicolaou en los últimos 3 años. El antecedente familiar es reportado por el 49,8% como causa de cáncer cérvicouterino. La barrera principal para adherir al Papanicolaou es la falta de conocimiento en cuanto a la edad requerida. La principal señal de acción que impulsa a que la mujer adhiera al tamizaje es la indicación entregada por el doctor. El beneficio más importante es el cuidado de la salud. El 14,1% señala la presencia de relaciones sexuales como necesaria para adherir al tamizaje. El 17,4% de las mujeres se percibe fuera de riesgo de desarrollar un cáncer cérvicouterino. Las 6 dimensiones estudiadas se correlacionan entre sí. Conclusión: Las creencias deben ser consideradas al momento de intervenir una población, empezando por valorarlas y comprenderlas para posteriormente poder modificarlas.

López A.¹¹ (2016). Mitos y creencias relacionados al procedimiento del Papanicolaou en mujeres que iniciaron su vida sexual y acuden al centro de salud “El Valle”, febrero – julio 2016. Ecuador. Se realizó una investigación cualitativa que involucró a 10 mujeres que acuden al Centro de Salud “El Valle”, la técnica utilizada fue la entrevista verbal directa semi estructurada, determinando los mitos o creencias relacionados al Papanicolaou, utilizamos además una grabadora de voz, que permitió evidenciar las respuestas de las participantes en estudio. Resultados: Existen varias limitaciones para que las usuarias no acudan con regularidad a realizarse el Papanicolaou, entre estas se obtuvo: “me da vergüenza”, “tengo miedo”, “hay muchas personas dentro de la sala”, “preferiría una doctora no un doctor”, “no tengo tiempo”, “es doloroso”, entre otros. Conclusiones: Aún existen mitos y creencias por parte de las mujeres, además de la negativa a la realización del Papanicolaou

basada en el hecho de experiencias personales y comentarios que actúan como limitantes a la realización de esta prueba.

NIVEL NACIONAL

Huamán M.¹² (2010). Determinantes administrativos, psicológicos y culturales en la actitud hacia la prueba citológica de cuello uterino de mujeres trujillanas. Se entrevistó 280 mujeres en edad fértil residentes en la Provincia de Trujillo. Resultados. Se encontró que la frecuencia de negación hacia la prueba citológica de cuello uterino fue del 15.4%. El tipo de relaciones proveedor y usuario inadecuadas, el temor a la realización de la prueba, la oposición de la pareja y el bajo nivel de conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino y su despistaje son determinantes administrativos, psicológicos y culturales de la actitud hacia la prueba citológica de cuello uterino. ($P < 0.05$).

Gonzales J.¹³ (2015). Factores asociados al abandono del tamizaje de cáncer de cuello uterino en el Hospital Belén de Trujillo. Material y Métodos: Se llevó a cabo un estudio de tipo, analítico, observacional, retrospectivo, de casos y controles. La población de estudio estuvo constituida por 100 mujeres en dos grupos: con y sin abandono del tamizaje de cáncer de cuello uterino, correspondiendo 50 pacientes por cada grupo que acudieron a consultorios externos de ginecología del hospital Belén de Trujillo en el periodo de diciembre 2014 al febrero del 2015 que se realizaron tamizaje de cáncer de cuello uterino. Resultados: El análisis estadístico sobre las variables en estudio como factores de riesgo fue: estado civil soltera (OR: 2.95; $p < 0.05$), instrucción primaria (OR: 2.48; $p < 0.05$), procedencia rural (OR: 3.63; $p < 0.05$), nivel socioeconómico bajo (OR: 2.66; $p < 0.05$). Conclusiones: El estado civil soltera, el grado de instrucción primaria, la procedencia rural y el nivel socioeconómico bajo son factores de riesgo para abandono del tamizaje de cáncer de cuello uterino.

Mera A.¹⁴ (2014). Nivel de conocimiento y su relación con las prácticas de prevención del cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil del Caserío Bello Horizonte- Banda de Shilcayo. periodo julio-setiembre 2014. Se realizó una investigación descriptiva, prospectivo, correlacional, de corte transversal; la muestra estuvo constituida por 102 mujeres en edad fértil quienes cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, deducido probabilísticamente al 95% de confianza. Los resultados encontrados fueron: El 35,3% de las mujeres en edad fértil se encuentran en el grupo etario de 31 a 40 años; el 55,9% son convivientes; el 52,9% tienen estudios secundarios; y el 85,3% son amas de casa. El 52,9% de las mujeres en edad fértil tienen nivel de conocimiento medio sobre prevención el cáncer de cuello uterino. El 62,7% de mujeres en edad fértil tienen prácticas adecuadas sobre prevención del cáncer de cuello uterino. En la constatación de la hipótesis se obtuvo una puntuación de $p=0.014$ lo que demuestra que existe una relación estadísticamente significativa ($p \leq 0,05$) entre un nivel medio de conocimiento y las prácticas de prevención del cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil del caserío Bello Horizonte- La Banda de Shilcayo.

NIVEL LOCAL

No se encontraron en las bibliotecas de la zona ni en internet.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. CÁNCER DE CUELLO UTERINO

El cáncer de cuello uterino es una de las neoplasias con mayor incidencia en el mundo. Teniendo en cuenta los datos proporcionados por el proyecto GLOBOCAN, el cáncer de cuello uterino ocupa el quinto lugar de incidencia por cáncer en ambos sexos, cuando se filtra solo por las mujeres, sube al segundo lugar de incidencia con un 15.2 por 100.000 mujeres.

En la región de las Américas se encuentran datos de incidencia de cáncer de cuello uterino tan alto como los de Jamaica con 45.7 por 100.000 y el más bajo reportado por la isla de Barbados con una

incidencia de 20,8 por 100.000. En Estados Unidos se ha descrito una tasa de incidencia de 7,88 por 100.000 y una tasa de mortalidad de 3,23 por 100.000, lo cual se ha explicado por el tamizaje que ha permitido una detección temprana de los estadios iniciales de cáncer.¹⁵

El cáncer de cuello uterino en el país es la tercera causa de cáncer, en las mujeres corresponde a la segunda causa de cáncer, solo superado por el cáncer de mama. El cáncer de cuello uterino tiene una tasa de incidencia ajustada por edad de 3.4 por 100.000, con una tasa de mortalidad 18.2 por 100.000 mujeres.

Dentro del comportamiento epidemiológico del cáncer de cérvix se conoce que se presenta entre la quinta y sexta década de vida, con una media de 54 años, mientras que las lesiones precursoras, lesiones intraepiteliales se presentan frecuentemente en mujeres menores de 40 años.

La prevalencia estimada en un estudio de 2002 incluye los siguientes virus del papiloma son: 16, 58, 56, 81 y 18, se encontró mayor índice de infección en menores de 20 años además en este grupo etáreo coexistían mayor número de coinfección de múltiples cepas del virus.

La mayoría (9 de 10 casos) de los cánceres de cuello uterino son carcinomas de células escamosas. Estos cánceres se originan de células en el exocérvix y las células cancerosas tienen características de las células escamosas cuando se observan con un microscopio. Los carcinomas de células escamosas se originan con mayor frecuencia en la zona de transformación (donde el exocérvix se une al endocérvix).

La mayoría de los otros cánceres cervicales son adenocarcinomas. Los adenocarcinomas son cánceres que se originan de células glandulares. El adenocarcinoma cervical se origina en las células de las glándulas productoras de mucosidad del endocérvix. Los adenocarcinomas cervicales parecen haberse vuelto más comunes en los últimos 20 a 30 años.

Con menor frecuencia, el cáncer de cuello uterino tiene características tanto de los carcinomas de células escamosas como de los adenocarcinomas. Estos tumores se llaman carcinomas adenoescamosos o carcinomas mixtos.¹⁶

Aunque los cánceres cervicales se originan de células con cambios precancerosos (precánceres), sólo algunas de las mujeres con precánceres de cuello uterino padecerán cáncer. Por lo general toma varios años para que un precáncer de cuello uterino cambie a cáncer de cuello uterino, aunque esto puede ocurrir en menos de un año. En la mayoría de las mujeres, las células precancerosas desaparecerán sin tratamiento alguno. Aun así, en algunas mujeres los precánceres se convierten en cánceres verdaderos (invasivos). El tratamiento de todos los precánceres de cuello uterino puede prevenir casi todos los cánceres verdaderos.

Los cambios precancerosos y los tipos específicos de tratamiento para los precánceres se abordan en nuestro documento Prevención y detección temprana del cáncer de cuello uterino.

Por otro lado, el cáncer de cuello uterino tiende a ocurrir en la mediana edad. La mayoría de los casos se detecta en mujeres menores de 50 años. Rara vez se desarrolla en mujeres menores de 20 años. Muchas mujeres de edad avanzada no se dan cuenta que el riesgo de cáncer de cuello uterino aún existe a medida que envejecen. Más del 15% de los casos de cáncer de cuello uterino se detecta en mujeres que tienen más de 65 años. Sin embargo, estos cánceres rara vez ocurren en mujeres que se han estado haciendo pruebas regulares para detectar el cáncer de cuello uterino antes de cumplir los 65 años.¹⁷

Las lesiones precursoras de cáncer cervical se presentan en las pacientes con edades entre 25 y 35 años. La tasa de progresión a cáncer de cérvix invasor reportada para las lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado se encuentra alrededor de 1.5 % (0-4 %). De acuerdo con la edad, el pico de incidencia para lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado es de 35 a 38 años de edad, mientras que, para el cáncer invasores de 48 años, lo que hace evidente la progresión de la enfermedad con la edad.

La prevención del cáncer de cérvix tiene dos pilares fundamentales, la prevención primaria, por la cual se entiende todas las actividades que promuevan la generación de hábitos de vida saludables, y la minimización de los factores de riesgo para el Cáncer de Cérvix. La

prevención secundaria radica en las actividades de tamizaje, con el fin de realizar una detección temprana de la enfermedad con un control de su diseminación y evolución a un cáncer Cervical. Con el fin de poder unificar y brindar actividades de promoción y prevención se han generados programas organizados de tamización que se basan en educación a las mujeres, implementación de sistemas de información, búsqueda activa de las mujeres, la entrega oportuna de resultados de citologías y el aseguramiento del diagnóstico definitivo y el tratamiento. Para la prevención secundaria en la actualidad se cuenta con diferentes técnicas o métodos diagnósticos, dentro de los cuales se encuentran la citología cervical convencional, pruebas de detección del Virus de Papiloma Humano (VPH), citología en base líquida, técnicas de inspección visual.¹⁶

2.2.2. CITOLOGIA CONVENCIONAL

La prueba de citología convencional es un método diagnóstico que se basa en el estudio individual celular con el fin de detectar anomalías morfológicas de las células examinadas. Estas células son recogidas de las superficies de los tejidos y líquidos corporales entre otras en el caso de la citología cervical las células analizadas son producto de la descamación del cuello uterino, en especial de la unión escamo-celular. La citología ginecológica fue desarrollada por el Dr. George Papanicolaou, médico griego quien dedicó su vida al estudio del ciclo hormonal del epitelio vaginal. El Dr. Papanicolaou fomentó su hipótesis trabajando con animales, es así como en 1917 publica su teoría con animales en el American Journal of Anatomy. Pero fue solo hasta 1942 cuando publicó la tinción citológica que recibe su nombre y la cual ha logrado una reducción de la mortalidad de Cáncer de Cérvix hasta de un 80%.¹⁸

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a tamizaje o llamado también cribado, despistaje, detección precoz a la identificación presuntiva, con la ayuda de unas pruebas, de exámenes, o de otras técnicas susceptibles de aplicación rápida, de los sujetos afectados por una enfermedad o por una anomalía que hasta entonces había pasado

desapercibida. El tamizaje cervical está diseñado para encontrar células anormales del cuello uterino en las fases iniciales de desarrollo, cuando son fáciles de eliminar, evitando el desarrollo del cáncer.

La citología exfoliativa con tinción de Papanicolaou se considera la prueba de tamizaje para la detección del cáncer de cuello uterino más idónea. Queda claro que dicha intervención, el frotis por PAP, no es un método de diagnóstico definitivo por sí solo, siendo su objetivo poder identificar a esas mujeres que requieran procedimientos diagnósticos adicionales.

La citología convencional es la herramienta más económica, de las disponibles para la detección de cáncer de cérvix, ésta tiene una sensibilidad del 51% y una especificidad del 98%.¹⁹

Otras técnicas utilizadas para la detección de cáncer de cervical:

Durante la década de los 80's se presentaron diferentes denuncias relacionadas con la falta de precisión de los diagnósticos realizados por la citología convencional; en 1978 The Wall Street Journal, publica un informe en el que acusa a los laboratorios del este de Estados Unidos por esta imprecisión.

Estas denuncias favorecieron que se desarrollaron diferentes técnicas e instrumentos computarizados las cuales buscaban resolver los cinco problemas presentados con la citología convencional:

1. Captura de la muestra,
2. Fijación deficiente,
3. Distribución aleatoria de células anormales,
4. Existencia de elementos perturbadores,
5. Calidad del frotis.

En la citología de base líquida lo que se busca es introducir el instrumento de obtención de la muestra, en un medio líquido, lo cual permitirá fijar las células de una forma rápida, evitando la degeneración de las células por el aire. El medio líquido se toma y se realiza una mezcla hasta obtener una muestra homogénea que se pasa a los instrumentos para ser comparada por testigos históricos.

Cheung y colaboradores en 2003, realizaron un estudio comparativo entre la citología normal y la citología en base líquida, en donde encontraron una reducción de los resultados insatisfactorios y en los resultados subóptimos. De la misma forma no se encontraron diferencias significativas en la detección de carcinoma de células escamosas, adenocarcinoma y neoplasias intraepiteliales de alto grado.²⁰

La sensibilidad y especificidad de estas pruebas es variable, según las diferentes referencias. Para la citología convencional, un meta-análisis de estudios observacionales reportó una sensibilidad de 62% y especificidad de 95%, para lesiones preinvasoras (NIE) de alto grado o más30, mientras que otros estudios con poblaciones mayores a 2000 mujeres, la sensibilidad varía desde 44 a 86% y la especificidad de 62 a 98 %.

En general, se ha observado que la citología líquida y la tipificación VPH son más sensibles, pero menos específicas que la citología convencional. Un meta-análisis que incluyó 15 estudios de HC II y 6 estudios de PCR, estima una sensibilidad resumen de 90% y 81% y especificidad de 87% y 95% respectivamente.²⁰

Un estudio de cohorte, en 850 mujeres llevado a cabo en Guanacaste (Costa Rica), demostró una sensibilidad y especificidad para citología convencional de 63% y 93.7%, respectivamente (PAP atípico). Para citología líquida fue de 87.5% y 87.8%. La tipificación de VPH (PCR y HCII) mostró una sensibilidad de 85.3% y especificidad de 88.2%.¹⁹

En los estudios de costo efectividad realizados no se ha encontrado ventajas significativas de la implementación de la citología en base líquida frente a la citología convencional. En los estudios realizados para la comparación entre las dos técnicas con el fin de verificar la efectividad de las misma, se ha encontrado que la sensibilidad para lesiones intraepiteliales de alto grado mejor para la citología convencional, con especificidad similar entre las dos. De igual manera se encontró en el estudio que el Valor Predictivo Positivo es mayor para la citología convencional (11.4%) que para la citología en base líquida (9.5%). El Valor predictivo negativo es similar para ambas técnicas.²⁰

En Chile con el fin de determinar el costo de implementación de la citología en base líquida se obtuvieron los siguientes resultados para el 2004: el equipo para la citología en base líquida tenía un costo de aproximadamente 50.000 dólares y los insumos para cada muestra el costo promedio de 6 dólares, a diferencia de la citología convencional la cual no supera un costo de 2.5 dólares.

Teniendo en cuenta los argumentos anteriormente expuestos se considera que no hay evidencia que argumente el cambio de técnica de la citología convencional a la citología en base líquida.²⁰

Con el fin de simplificar las visitas a los centros de salud y hacer más eficiente la citología, algunos expertos han propuesto la utilización de métodos basados en el principio de ver la lesión y tratarla, para esto utilizan la visualización con lugol o con ácido acético.

Hoy se considera que las técnicas de inspección visual con ácido acético y con lugol han demostrado una reducción de la mortalidad de cáncer de cuello uterino en un 5%. La recomendación de tomarla dos veces en la vida, con intervalos de 10 años entre cada uno, de igual forma las recomendaciones del Instituto Nacional de Salud, (INC) determinan que la tamización con el uso de esta técnica deberá iniciarse a partir de los 30 años, hasta los 50 años.¹⁸

2.2.3. FACTORES ASOCIADOS A LA NO PRÁCTICA DE LA CITOLOGÍA.

El abandono del tamizaje para cáncer de cérvix se ha definido por el tiempo transcurrido desde la última citología realizada, considerándose como tal un tiempo de ≥ 3 años. Se han encontrado diversos factores sociales, culturales, personales ante la toma o no del tamizaje de cáncer de cuello uterino dentro de los cuales: Wiesner y Cols encontraron que la representación social de la mujer ante la toma de Papanicolaou se asocia con la información completa o incompleta que se tiene acerca de la prueba, ideas, desinformación, errores de información; acompañadas de barreras psicológicas para la acción como el miedo a un resultado adverso, al dolor del examen, el pudor si el examen fuese tomado por un varón o la presencia de personas extrañas al área.²¹

Deben tenerse en cuenta algunos aspectos para poner en marcha un programa de prevención de cáncer de cuello de útero. El fin de cualquier programa de prevención es la consecución de tres objetivos:

- 1- Alta cobertura.
- 2- Tamizaje con un test de buena calidad.
- 3- Adecuado tratamiento y seguimiento de las lesiones precancerosas.

Se entiende por cobertura efectiva a la proporción de la población que completa totalmente la recomendación a un tratamiento o programa de prevención. Esta definición es útil tanto para las acciones de salud sobre las personas, así como para las acciones de salud pública o de base poblacional.

Se requiere una cobertura del 80% sostenida por 10 años para disminuir la mortalidad por cáncer de cuello invasor. En el caso particular del PAP, la cobertura es el mayor factor a tener en cuenta para el éxito del programa. Hay que tener en cuenta la necesidad de la “continuidad” de la atención, determinada por la adherencia y los factores asociados al abandono del tratamiento o ausencia de los controles.²²

Para explicar la cobertura de un test y su posible falla, es necesario considerar las barreras que existen en la población y en el sistema de salud.

Se entiende por barrera todo aquello que de un modo u otro dificulta o impide la presencia de una conducta preventiva activa. Se distinguen dos tipos de barreras:

- Las “subjetivas” relacionadas o determinadas por el conocimiento, los valores y las actitudes;
- las “objetivas” relacionadas con la estructura del sistema.²³

Uno de los principales obstáculos para solicitar una prueba de Papanicolaou en las instituciones públicas de salud se relaciona con un periodo de espera muy largo antes de recibir los resultados; cuando los resultados se demoran, las mujeres invariablemente pierden interés en el programa y a menudo no regresan. Además, las condiciones físicas en las cuales se toma el frotis de Papanicolaou (generalmente en lugares inadecuados y sin respeto a la intimidad) no contribuyen a una experiencia positiva, sobre todo cuando hay la percepción de que los

servicios en el sector privado son considerablemente más espaciosos y con mayor intimidad. En otros casos, el diagnóstico y el tratamiento no se programan automáticamente, lo cual ocasiona una falta de seguimiento apropiado y oportuno de las mujeres afectadas.

Probablemente factores relacionados con barreras de acceso, con una falta de adecuación de los servicios de salud a la forma como se distribuye el riesgo en la población de mujeres, además con la estructura y organización del actual Sistema de Salud parecen explicar este hecho.²⁴

Las barreras objetivas engloban a todas aquellas que obstaculizan el acceso al rastreo del Cáncer de Cuello Uterino, que tienen que ver con el entorno de las mujeres y son consideradas independientes de su voluntad. Las barreras que tienen que ver con la ineficacia del sistema de salud son las barreras de índole administrativas, como, por ejemplo, mal trato de parte de la administración del sistema de salud, largas demoras en la asignación de turnos, idas y vueltas al hospital para conseguir un turno en horas muy tempranas de la mañana, situaciones que favorecen el ausentismo y la postergación en el tiempo de los cuidados de salud. Estas barreras objetivas se vinculan directamente con el modelo de salud instaurado, que en la actualidad está desbordado por el gran caudal de pacientes que concurre a los centros de atención.

Esto ocurre con frecuencia debido a la existencia de un sistema de salud desorganizado y fragmentado, sin áreas claras de atención y sin población a cargo. Esto hace que las mujeres terminen deambulando por el sistema y quizás no aprovechando los recursos disponibles cercanos a sus lugares de residencia. En síntesis, todo esto resulta en ineficacia (para el rastreo de Cáncer de Cuello Uterino) y mala predisposición a la prevención por parte de las mujeres, lo que termina favoreciendo la consulta únicamente por problemas de salud.

Debemos considerar el concepto de “accesibilidad” entendiéndose al mismo como el vínculo que existe entre los sujetos y los servicios. Este vínculo se construye a partir de una combinación entre las “condiciones

y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos, y se manifiesta mediante la utilización o no de los servicios”.²⁵

Existen barreras de accesibilidad que se clasifican en:

- Geográficas: se definen como la imposibilidad de acceder a un servicio por impedimento geográfico, nos estamos refiriendo a la distancia de los centros de salud; junto a ella debemos considerar el tiempo de transporte real, que está asociado a la disponibilidad y tipo de transporte, calidad de las rutas y caminos, entre otros.

Este tiempo de transporte, sumado al tiempo de espera en el centro de salud para ser atendido, presenta una gran correlación con la percepción de la población del estado de accesibilidad real y de satisfacción. Uno de los indicadores más frecuentemente utilizado en esta materia ha sido el tiempo de transporte real asociado a la distancia.

Sin embargo, el “valor del tiempo” será diferente para los distintos grupos sociales, dependiendo de su autonomía, responsabilidad con terceros, empleo-desempleo, aspectos familiares y sociales, entre otros.

- Económica: se refiere a la falta de dinero para acceder al servicio (transporte, medicamentos, etc.).

- Administrativa: involucra la dificultad que impone la organización de los servicios (horarios de atención, turnos, etc.).

Otra dimensión a analizar es la aceptabilidad por parte de la población de las prestaciones ofrecidas y del modelo de atención, es decir, que a pesar de que los recursos estén disponibles y accesibles para la población, éstos no son usados por ellos.

Esto tiene una estrecha relación con la aceptación de la población, sobre todo en los temas de acciones preventivas, promocionales y de continuidad de la atención (adherencia). Las barreras de aceptación están principalmente basadas en aspectos no financieros, tales como aspectos culturales, creencias, religión, género y redes sociales.²⁶

Es por esto que el uso de los servicios de salud estará influenciado por las percepciones culturales, entendiéndose a éstas como un proceso biocultural donde entran en juego estímulos físicos y sensaciones que son seleccionados y organizados voluntaria e involuntariamente, y que estarán influenciados por las vivencias personales y las estructuras

culturales, ideológicas e históricas de la sociedad de la que forma parte cada persona. La cultura de pertenencia, el grupo en el que se está inserto en la sociedad, la clase social a la que se pertenece, influyen sobre las formas como es concebida la realidad, las cuales son aprendidas y reproducidas por los sujetos sociales.

Las creencias de cada individuo influyen en la relación entre ellos y el sistema de salud. Estas se definen como el firme asentimiento y conformidad con algo.

La creencia es la idea que se considera verdadera y a la que se da completo crédito como cierta. La conformación de una creencia nace desde el interior de una persona (se desarrolla a partir de las propias convicciones y valores morales) aunque también es influenciada por factores externos y por el entorno social.²⁷

Se evidencia en el estudio de factores asociados a la no realización de citología, el 68% de las mujeres manifestaron que fueron entregados rápidamente, un 22% afirmó que los demoraron y el 1% nunca los reclamó: por miedo, descuido o porque sólo lo consideran un requisito.

Otro de los estudios realizados muestra que la falta de tiempo fue poco significativa para explicar porque no se reclamaba el resultado con un 1,7% esto en contraste con las razones para no realizarse el examen, mientras la mayoría se debió a olvido por parte de las usuarias.

Múltiples estudios se han realizado sobre los conocimientos, prácticas y actitudes (CAP) acerca de practicarse la citología, someramente se determina información acerca de reclamar el resultado, y de los factores asociados a no hacerlo.²⁸

Podrían, por tanto, haber factores que no han sido suficientemente evaluados ya que las usuarias pueden tomarse el examen, pero se evidencia que en muchos casos no se reclama o no se hace de forma oportuna. Por los estudios relacionados sobre la práctica de citología se podría inferir que factores de educación, conocimientos, y sentimientos hacia la citología pueden influenciar que se reclame o no el resultado.

De otro lado, se evidencia que entre el 37 y 43% de citologías son solicitadas por el personal de salud, y el 53% aproximadamente por iniciativa propia, según estudios, por lo cual se requiere determinar cómo

esta falta de demanda inducida o educación por parte del personal de salud aumentaría el reclamo de resultados y por tanto, mayor adherencia y detección de lesiones preneoplásicas.²⁹

Otro factor de interés a evaluar para contribuir con soluciones a la mejora en el programa de detección temprana de cáncer de cuello uterino, es cómo las nuevas tecnologías ayudarían a mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres, y si sería factible por este medio que obtuvieran el resultado.³⁰

2.2.4. VACUNACIÓN CONTRA EL VIRUS PAPILOMA HUMANO

Recientemente se han publicado estudios prospectivos, randomizados, doble ciego con seguimiento de más de 4 y de 6 años para las 2 vacunas, que previenen la infección de dos de los genotipos más frecuentes del virus papiloma humano (genotipos 16 y 18) relacionados con el desarrollo de este cáncer.

Un estudio de meta-análisis de 9 ensayos clínicos randomizados resume que la vacuna es eficaz para prevenir lesiones precancerosas de alto grado (OR 0.14, IC95% 0.09-0.21) y bajo grado (OR: 0.13, IC95%: 0.11-0.19) e infección por VPH (OR: 0.12, IC95% 0.03-0.46).³¹

También se ha evaluado la seguridad de la vacuna, que muestra efectos adversos leves, la mayoría de las veces en relación al sitio de punción y no se han notificado muertes atribuibles a la vacuna.

Cabe señalar que las mencionadas vacunas son preventivas y las personas deben recibir las 3 dosis para alcanzar niveles adecuados de inmunidad. Seguimientos de hasta 60 meses, han demostrado niveles adecuados de inmunogenicidad.³²

Su utilización se recomienda en población femenina, que no haya tenido aún contacto con el virus. Igualmente, las personas vacunadas deben continuar haciéndose el PAP periódicamente, ya que pueden desarrollar una lesión preinvasora o un cáncer por alguno de los otros genotipos oncogénicos no incluidos en estas vacunas.³³

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Abandono del tamizaje de cáncer de cuello uterino: Consiste en la falta de cumplimiento al tamizaje para cáncer de cérvix y será definido por el tiempo desde la última citología realizada (ausencia o ≥ 3 años). (Diccionario de cáncer del Instituto Nacional del Cáncer)

Estado civil: Corresponde a la relación del individuo con su compañero en su vida afectiva; se considerará si es soltera o no soltera según la tenencia o no de pareja sentimental. (Diccionario de cáncer del Instituto Nacional del Cáncer)

Nivel de instrucción: Se considerará a aquel grado en donde la mujer haya aprobado satisfactoriamente por lo menos un grado de estudios: analfabeta, primaria, secundaria superior. (Diccionario de cáncer del Instituto Nacional del Cáncer)

Procedencia: Se considerará cuando la mujer tenga por domicilio cualquier sitio poblado que corresponda a centros poblados: urbano: si tiene disposición de servicios públicos y servicios básicos; o rural: si no cuenta con esta disposición. (Diccionario de cáncer del Instituto Nacional del Cáncer)

Relaciones Sexuales: Es la unión sexual entre individuos del sexo opuesto, consiste en la introducción del pene en la vagina (sexo vaginal) la que es precedida, acompañada y seguida por manifestaciones corporales y psicológicas que le son características. (Diccionario de cáncer del Instituto Nacional del Cáncer)

Edad de Inicio de Relaciones Sexuales: Es el tiempo en el que dos personas por primera vez tienen un encuentro sexual (coital). (Diccionario de cáncer del Instituto Nacional del Cáncer)

Compañeros Sexuales: Es el conjunto de dos personas que tienen relaciones coitales. (Diccionario de cáncer del Instituto Nacional del Cáncer)

Número de Compañeros Sexuales: Es una de las características cuantitativas de las personas con las cuales se mantuvo una relación no necesariamente sentimental. (Diccionario de cáncer del Instituto Nacional del Cáncer)

Cáncer: Tumor maligno en general ya sea de orígenes epiteliales o conjuntivas. (Diccionario de cáncer del Instituto Nacional del Cáncer)

Cuello Uterino: Es la parte final más baja del útero. Es de forma cilíndrica y continua con el cuerpo uterino; el conducto cervical es fusiforme presenta constricciones por arriba, a la altura del orificio interno y abajo, por el sitio del orificio externo, donde se abre hacia la vagina. (Diccionario de cáncer del Instituto Nacional del Cáncer)

Cáncer de Cuello Uterino: Es el carcinoma que se origina a partir de cualquiera de las estructuras histológicas que conforman el cuello uterino. El origen en ocasiones es primario, pero puede ser metafísico. (Diccionario de cáncer del Instituto Nacional del Cáncer)

Papanicolao: Procedimiento en el que se usa un cepillo pequeño o una espátula a fin de extraer suavemente células del cuello uterino. Las células extraídas se examinan al microscopio para determinar si hay cáncer de cuello uterino o cambios en las células que puedan producir este cáncer. (Diccionario de cáncer del Instituto Nacional del Cáncer)

IVAA: Es Inspección visual con ácido acético (IVAA) en la detección precoz del cáncer de cuello uterino. (Diccionario de cáncer del Instituto Nacional del Cáncer)

VPH: Son las siglas de Virus de Papiloma Humano, la enfermedad de transmisión sexual más reconocida en el mundo entero y más aún por sus muestras sintomáticas y diversidad de cepas virales en las que se pueden encontrar que la definen como una enfermedad con un amplio espectro en cualquier tipo de persona. (Diccionario de cáncer del Instituto Nacional del Cáncer)

CAPÍTULO III

PRESENTACIÓN ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.1 RESULTADOS

TABLA N° 1
PAPANICOLAO Y SU ASOCIACIÓN CON EL NIVEL DE INSTRUCCIÓN –
CENTRO DE SALUD CLAS PARCONA

GRADO DE INSTRUCCIÓN	PAPANICOLAO				Total	%
	ABANDONÓ	%	NO ABANDONÓ	%		
PRIMARIA	48	30.8%	12	14.3%	60	25.0%
SECUNDARIA	72	46.2%	30	35.7%	102	42.5%
SUPERIOR	36	23.0%	42	50.0%	78	32.5%
TOTAL	156	100%	84	100%	240	100.0

Fuente: Centro de Salud Parcona

En la tabla se observa que existe mayor proporción de mujeres que abandonaron el Papanicolaou en los que tuvieron nivel instructivo primaria y secundaria 30.8% y 46.2% respectivamente en contraparte que en los que no abandonaron 14.3% y 35.7% respectivamente. Aunque según el chi cuadrado (3.252) no sea significativo $p > 0.05$.

GRÁFICO N° 01

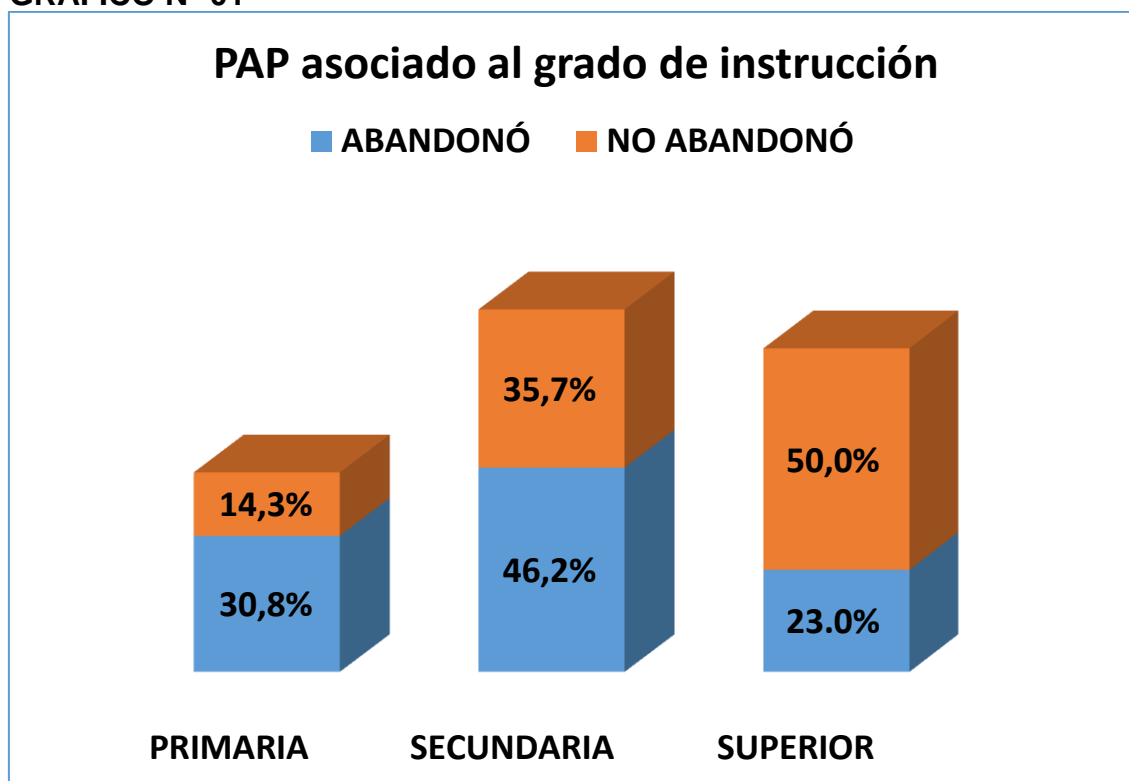


TABLA N° 2
PAPANICOLAO Y SU ASOCIACIÓN CON LA PROCEDENCIA – CENTRO
DE SALUD CLAS PARCONA

PROCEDENCIA	PAPANICOLAO				Total	%
	ABANDONÓ	%	NO ABANDONÓ	%		
RURAL	72	46.2%	12	14.3%	84	35.0%
URBANA	84	53.8%	72	85.7%	156	65.0%
TOTAL	156	100%	84	100%	240	100.0

Fuente: Centro de Salud Parcona

En la tabla se observa que existe mayor proporción de mujeres que abandonaron el Papanicolaou en los que viven en zona rural 46.2% en comparación con los que no abandonaron 14.3%. Diferencia significativa $p < 0.05$ con 95% de seguridad según el chi cuadrado (4.062).

GRÁFICO N° 02

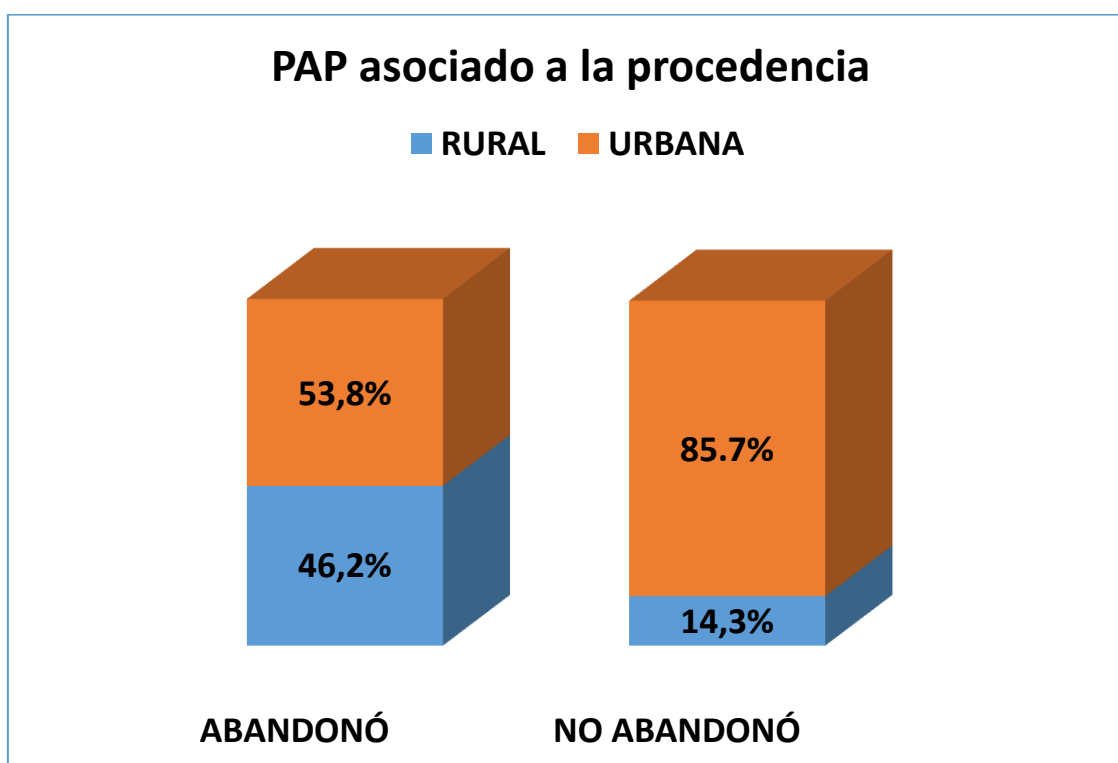


TABLA N° 3
PAPANICOLAO Y SU ASOCIACIÓN CON LA CONDICIÓN ECONÓMICA –
CENTRO DE SALUD CLAS PARCONA

CONDICIÓN ECONÓMICA	PAPANICOLAO				Total	%
	ABANDONÓ	%	NO ABANDONÓ	%		
BAJO	96	61.5%	18	21.4%	114	47.5%
MEDIO	60	38.5%	66	78.6%	126	52.5%
TOTAL	156	100%	84	100%	240	100.0

Fuente: Centro de Salud Parcona

En la tabla se observa que existe mayor proporción de mujeres que abandonaron el Papanicolaou en las que su condición económica era baja 61.5% mientras que en los que no abandonaron 21.4%. Diferencia significativa $p < 0.05$ con 95% de seguridad según el chi cuadrado (5.871).

GRÁFICO N° 03

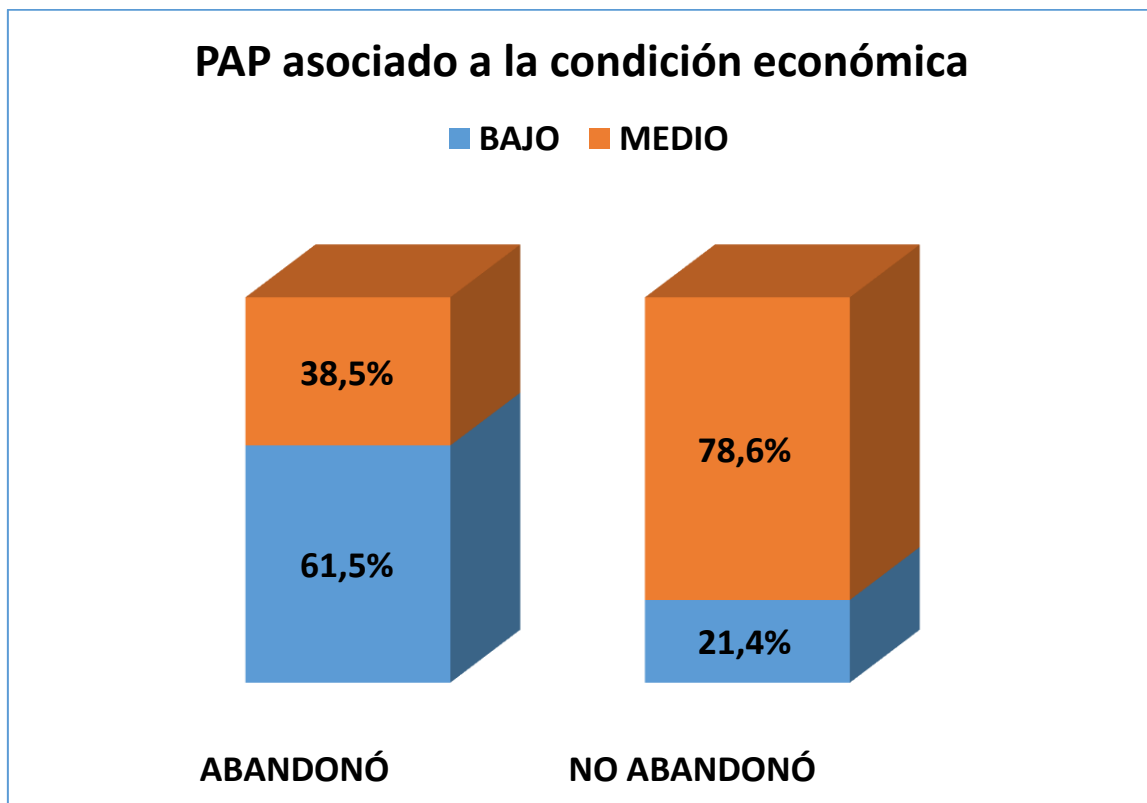


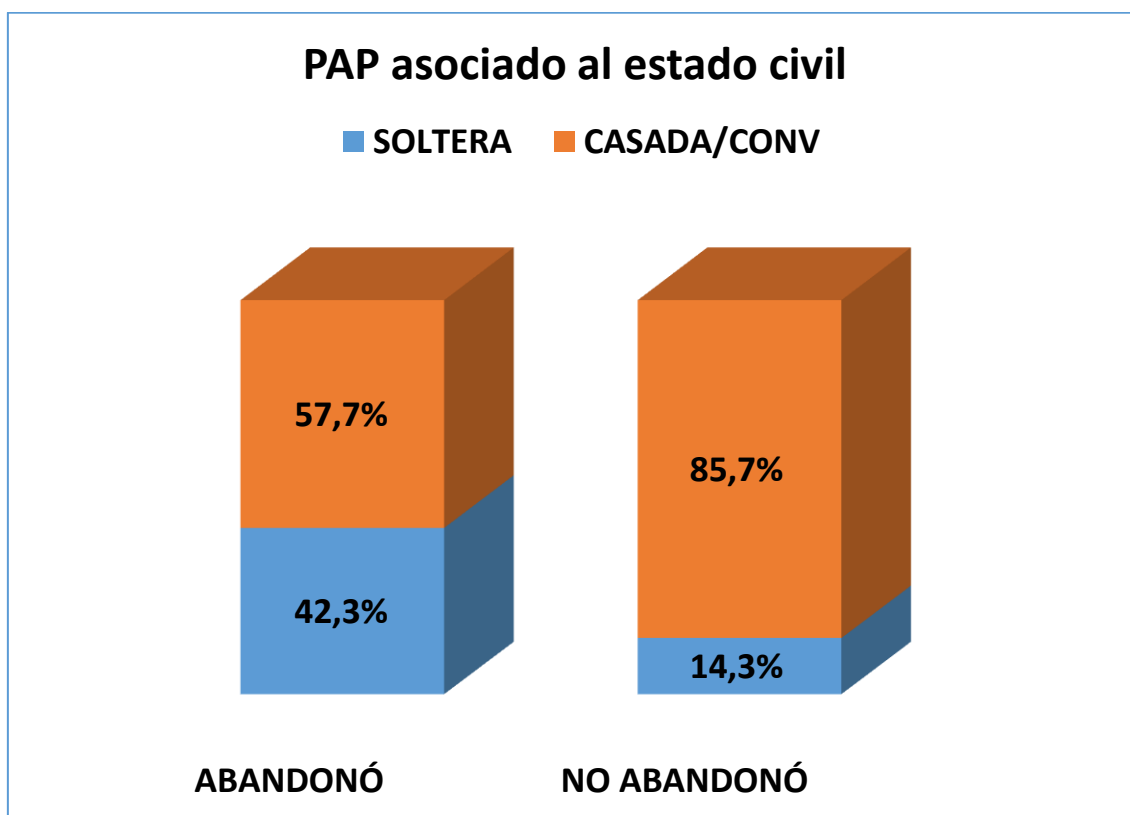
TABLA N° 4
PAPANICOLAO Y SU ASOCIACIÓN AL ESTADO CIVIL – CENTRO DE
SALUD CLAS PARCONA

ESTADO CIVIL	PAPANICOLAO				Total	%
	ABANDONÓ	%	NO ABANDONÓ	%		
SOLTERA	66	42.3%	12	14.3%	78	32.5%
CASADA/CONV	90	57.7%	72	85.7%	162	67.5%
TOTAL	156	100%	84	100%	240	100.0

Fuente: Centro de Salud Parcona

En la tabla se observa que existe mayor proporción de mujeres que abandonaron el Papanicolaou en las que eran solteras 42.3% mientras que en los que no abandonaron 14.3% eran solteras. Diferencia no significativa según el chi cuadrado (3.257) $p > 0.05$.

GRÁFICO N° 04



3.2. DISCUSIÓN

El estudio tuvo como propósito determinar los factores que se asocian al abandono del Papanicolaou como examen de diagnóstico y tamizaje del cáncer del cuello uterino en mujeres mayores de 30 años, para ello se obtuvieron de los registros del Centro de Salud CLAS Parcona las pacientes que presentaron al menos un examen de PAP en años antes del 2014, encontrándose 40 pacientes de los cuales 26 de ellas no presenta un control desde al menos 3 años (65% de abandono del PAP) y 14 (35% de adherencia al PAP) mujeres que su último control no es mayor de 3 años las que constituyen el grupo control.

Se asociación en primer lugar el grado de instrucción con el PAP encontrándose diferencias sobre todo en los grupos de mujeres con grado de instrucción primaria y secundaria con el grupo de mujeres con grado de instrucción superior siendo el abandono del PAP más frecuente en las mujeres que tienen grado de instrucción primaria y secundaria comparando con sus homólogas que no abandonaron el examen; si bien es cierto estas diferencias no son significativas pero están presentes lo que podría deberse a que la muestra es insuficiente para detectar diferencias. Estas diferencias se deberían a que el grado de instrucción está ligado al conocimiento sobre la importancia de este examen proveyéndose que a menor grado de instrucción menor conocimiento sobre el PAP y por lo tanto menor adherencia a continuar con el examen. Así lo demuestra Ehrenzweig Y.⁷ (2013) pues en su estudio determina que las mujeres con escolaridad media superior y superior sabían más sobre la utilidad de la prueba de PAP y cuándo realizarla, por lo que el abandono es menos frecuente en este grupo de mujeres. De igual manera lo demuestra Urrutia M.⁹ (2015), pues menciona que un mayor nivel educacional determina una mayor adherencia al tamizaje con PAP. El mismo autor Urrutia M.¹⁰ (2012), pero en año diferente relaciona la adherencia al PAP con las creencias no fundadas sobre las

desventajas del método la que se relacionaría al pobre grado de instrucción de la mujer.

Pero al asociar el abandono del PAP con la procedencia de la paciente se observa diferencias significativas con 955 de seguridad a favor de las que proceden de zonas urbanas, pues ellas son las que tienen un mayor porcentaje de no abandono comparando con sus homólogas que proceden de zonas rurales que tienen mayor proporción de abandono del examen; ello se debería a las facilidades de información y accesibilidad que goza la paciente que vive cerca al centro de Salud pues las que viven más alejados catalogados como rural la accesibilidad y el tiempo empleado para su acercamiento al Centro de Salud son barreras que finalmente determinan que la paciente abandone el examen. Así lo demostró también Enrique C.⁴ (2012) en su estudio, pues concluye que, la distancia entre residencia y centro de salud ($p=0.065$) muestra asociación no significativa. También Badr P.⁵ (2012), encuentra la falta de información como principal barrera para el PAP, la que está relacionada a la distancia que se encuentran las mujeres del Centro de salud. De igual modo Huamán M.¹² (2010), asocia el bajo nivel de conocimiento del PAP con el abandono del examen.

La condición económica también está asociada significativamente al examen de PAP pues se observó que existe mayor proporción de pacientes que abandonan el examen de Papanicolaou en aquellas pacientes que son de medios económicos bajos en relación a sus equivalentes que no abandonaron el examen, Ello se puede explicar que la economía es una barrera para acceder a los servicios de salud tanto por no disponer de ellos como por condicionar mayor ocupación para obtener los medios económicos que finalmente limita el tiempo para acudir al Centro de Salud. Polo E.⁶ (2014), encuentra que la disponibilidad de tiempo es un factor cultural que se constituye una barrera para la realización de la citología en un 95%, y ello se observa sobre todo en las mujeres con bajos medios económicos.

También se estudió el estado civil y su asociación al abandono del PAP encontrándose diferencias no significativas a favor de las mujeres que son casadas o convivientes pues en ellas se observa mayor proporción de no abandono del examen del PAP mientras que en las solteras el abandono muestra mayor frecuencia. Lo que se debería en buena parte porque la mujer casada es más consciente de su condición de riesgo para cáncer del cuello uterino que las solteras. Del mismo modo lo demuestra Gonzales J.¹³ (2015) en su estudio encontrando como factores de riesgo del abandono del PAP al estado civil soltera (OR: 2.95; $p < 0.05$), instrucción primaria (OR: 2.48; $p < 0.05$), procedencia rural (OR: 3.63; $p < 0.05$), nivel socioeconómico bajo (OR: 2.66; $p < 0.05$).

3.3. CONCLUSIONES

1. Existe un alto porcentaje de abandono de la toma de muestra de Papanicolaou, representando el 64 % del total de la población en el Centro de Salud Clas Parcona.
2. Existen diferencias no significativas $p > 0.05$ entre el grado de instrucción de las mujeres y el abandono del Papanicolaou siendo en los que tienen primaria y secundaria 30.8% y 46.2% respectivamente mayor al grupo de mujeres que no abandonaron 14.3% y 35.7% respectivamente; en comparación con el grupo de mujeres con grado de instrucción superior donde el porcentaje de abandono fue de 23.1% respecto al 50% que no abandonó.
3. Existen diferencias significativas entre la procedencia y el abandono del Papanicolaou presentándose en mayor porcentaje de abandono en los que proceden de zona rural 46.2% y solo 14.3% en los que no abandonaron, con una $p < 0.05$
4. Existen diferencias significativas entre la condición económica y el abandono del Papanicolaou presentándose en mayor porcentaje de abandono en los que tienen un nivel económico bajo 61.5% y solo 21.4% en los que no abandonaron, con una $p < 0.05$
5. No existen diferencias significativas $p > 0.05$ entre el estado civil y el abandono del Papanicolaou encontrándose un mayor porcentaje de abandono en los que son solteras 42.3% en comparación con las que no abandonaron 14.3%.

3.4. RECOMENDACIONES

1.- Realizar sesiones educativas en instituciones públicas y privadas, como por ejemplo, colegios, universidades, vaso de leche, etc. Ya que se ha observado con mayor frecuencia en las mujeres que tienen un menor nivel educativo debido a la poca información que ellos tienen sobre la importancia de este examen por lo que informar a este grupo de personas es primordial, sobre la ventajas e inocuidad del examen y la enorme ventaja de hacer diagnóstico oportuno de una patología de carácter mortal.

2.- Acceder a poblaciones rurales a través de acciones de acercamiento de los servicios del Centro de Salud a las comunidades, realizando campañas de despistaje sobre todo en éstas áreas vulnerables, la que se lograría trasladando unidades de campaña donde se respete la privacidad y realizar PAP en sus comunidades; las que se deben realizar mediante una programación periódica a fin de que se recolecte la muestra y sea informada en la siguiente cita, tratando de ampliar la cobertura en cada campaña.

3.- Facilitar el examen de Papanicolaou a los más necesitados, a los que su condición económica no les permite acercarse al Centro de salud y mucho menos realizar pagos por exámenes que podrían ser exonerados por el centro de salud.

4.- Coordinar el apoyo de las autoridades Regionales para incremento de personal especializado, en número suficiente para acceder a poblaciones rurales a través de acciones de acercamiento a su lugar de trabajo ó domicilio.

ANEXOS

- **FUENTES DE INFORMACIÓN**
- **MATRIZ DE CONSISTENCIA**
- **FICHA DE RECOLECIÓN DE DATOS**

Fuentes de información

- 1.- Organización Mundial de la Salud. Nueva guía de la OMS para la prevención y el control del cáncer cervicouterino. 2014 diciembre 3. [Sitio en Internet].
- 2.- Ministerio de Salud. Instituto de enfermedades neoplásicas. Perú: Ministerio de Salud; 2011.
- 3.- Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES 2014.
- 4.- Enrique C. (2012). Factores asociados a que usuarias de un hospital público, no soliciten los resultados de la citología cervical. Bogotá D.C.
- 5.- Badr P. (2012). Cobertura de PAP: barreras que determinan su accesibilidad en el primer nivel de atención. Archivos de medicina familiar y general, Argentina. vol 9, n° 1 (2012). .
- 6.- Polo E. (2014). Factores personales relacionados con la realización de citología vaginal Sincelejo Colombia 2013 – 2014. Revisalud Unisucre 2014; 2(1): 31 – 41
- 7.- Ehrenzweig Y. (2013). Conocimientos sobre la prevención del cáncer cervicouterino, locus de control y realización del Papanicolaou. Psicología y Salud, Vol. 23, Núm. 2: 161-169, julio-diciembre de 2013 México.
- 8.- Garcés IC, Rubio DC, Scarinci IC. Factores asociados con el tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres de nivel socioeconómico medio y bajo en Bogotá, Colombia. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2012; 30(1): 7-16.
- 9.- Urrutia M. (2015). Adherencia al tamizaje de cáncer cérvicouterino: Una mirada desde el modelo de determinantes sociales de la salud. Chile. Rev chil Obstet Ginecol 2015; 80(2)
- 10.- Urrutia M. (2012). Creencias sobre Papanicolaou y cáncer cérvicouterino en un grupo de mujeres chilenas.
- 11.- López A (2016). Mitos y creencias relacionados al procedimiento del Papanicolaou en mujeres que iniciaron su vida sexual y acuden al centro de salud “El Valle”, febrero – julio 2016. Ecuador.

- 12.- Huamán M. (2010). Determinantes administrativos, psicológicos y culturales en la actitud hacia la prueba citológica de cuello uterino de mujeres trujillanas. UCV - Scientia 2(2), 2010.
- 13.- Gonzales J. (2015). Factores asociados al abandono del tamizaje de cáncer de cuello uterino en el Hospital Belén de Trujillo.
- 14.- Mera A. (2014). Nivel de conocimiento y su relación con las prácticas de prevención del cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil del Caserío Bello Horizonte- Banda de Shilcayo. periodo julio-setiembre 2014.
- 15.- Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología. Noticias SOCHOG. Citado 8 mayo 2013. Disponible en:
<http://www.sochog.cl/noticias-sochog.php?id=71>.
- 16.- Moiso A. Determinantes de la Salud. En: Fundamentos de Salud Pública. Barragan H. Citado 29 Abril 2013. Disponible en:
http://www.inus.org.ar/documentacion/Documentos%20Tecnicos/Fundamentos_de_la_salud_publica/cap_6.pdf.
- 17.- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Guía de práctica clínica del cáncer del cuello uterino. Estadística: perfil epidemiológico [página de internet].Lima: INEN; 2011. [Fecha de acceso: 2 junio de 2012]. Disponible en:
http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/normas_tecnicas/2011/03022011_R.J_011_2011OKEY.pdf
- 18.- Torres Vidal M. Evaluación de los resultados de Papanicolaou como indicador de cáncer de cuello uterino en las mujeres de edad fértil de 20 a 45 años, que acuden a consulta en el Subcentro de Salud “29 de noviembre” de la ciudad de Santa Rosa 2009. Tesis de Maestría. Santa Rosa: Universidad de Guayaquil, Facultad de Ciencias Medicas; 2012.
- 19.- Moya Salazar J, Rojas Zumaran V, Torres Martínez R, Rosas Vargas L. Calidad de los extendidos cervicouterinos dentro de la coloración de Papanicolaou para el cribado de cáncer cervical en Lima, Perú. Revista Española de Patología. 2016 enero - Marzo; 49(01).

- 20.- Benitez Escobar K, Montenegro Zumarraga M. Concordancia de hallazgos entre citología cervico vaginal convencional y citología de base líquida, empleando clasificación de Bethesda en mujeres no embarazadas que acuden a la consulta externa de ginecología del Hospital Oncológico Solon Espinoza SOLCA. Tesis de Especialidad. Quito: Universidad Central del Ecuador, Facultad de Ciencias Médicas; 2012.
- 21.- Belalcazar Sánchez YM, De la Cruz Moreira EY. Barreras que enfrentan las mujeres de 40 – 65 años que acuden a la consulta de ginecología de la unidad metropolitana de salud sur para la realización de la citología cervicouterina y la comprensión del cáncer de cérvix. Tesis de Especialización. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Medicina; 2014.
- 22.- Medrano Santa Cruz M, Salazar Salvatierra E. Factores socioculturales y psicológicos que influyen en la decisión de las usuarias para la toma de Papanicolaou. Centro de Salud Carlos Cueto Fernandini. Tesis de grado. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014.
- 23.- Diaz Salcedo D. Valoración de los factores que influyen en la no realización del PAPtest en mujeres de 35 a 50 años en la parroquia de Juan Benigno Vela, provincia de Tungurahua. Tesis de Pregrado. Ambato: Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Ciencias de la Salud; 2013.
- 24.- Valencia Bautista RX. Conocimiento, actitudes y prácticas sobre el examen de Papanicolaou en mujeres indígenas de pulahuin y su relación con el desarrollo de patología cervical. Tesis de Pregrado. Ambato: Universidad Técnica de Ambato, Carrera de Medicina; 2014.
- 25.- Ministerio de salud. Manual de procedimientos para el diagnóstico en citología cérvico uterina. Serie de normas técnicas N°43. Perú. 2011.
- 26.- Sánchez B., J.J. (2012). Tendencias de mortalidad por Cáncer de Cuello Uterino en las siete regiones socioeconómicas y en las 32 entidades federativas de México en los años 2000-2008. Gaceta Médica de México, 148, 42-51.
- 27.- Barrios L, Benedetti I, Alvis L, Arroyo B. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la citología cervico-uterina en mujeres de Sincelejo y

Cartagena, Colombia. Revista de Ciencias Biomédicas. 2011;2(2):6. Epub 2011.

28.- Figueroa N. Conocimiento, actitudes y prácticas de la citología cérvico uterina, en mujeres mayores de 15 años en condición de desplazamiento, en el Barrio las flores; sector Caguan, Chipi y Tambos; del Distrito de Barranquilla. [Tesis de Magister en Salud Pública]. Bogotá D.C: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina; 2011.

29.- Barrientos J, Colocho I, Romero P, Urbina N. Factores que Influyen en la Falta de Realización de Citología en Mujeres Sexualmente Activas en la Comunidad Los Héroes de la Unidad de Salud El Palmar de Santa Ana de Septiembre del 2011 a Marzo del 2012 [Tesis]. Santa Ana El Salvador: Universidad Autónoma de Santa Ana. Facultad de Ciencias de la Salud; 2012.

30.- Díaz Brito Y, Báez Pupol M, Pérez Riverol J, García Placeres M. Presencia de algunos factores de riesgo de cáncer de cérvix en mujeres con citologías normales. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2014; 30(2):198-207.

31.- Castro Balarezo E. Edad de inicio de relaciones coitales y número de compañeros sexuales como factor de riesgo para el Cáncer de Cuello Uterino en mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo Sullana II-2 [Tesis Doctoral]. Fac. de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego. Tumbes, Perú. 2014.

32.- Arzuaga M, De Lourdes M, De Azevedo V. El cáncer de cuello de útero: un problema social mundial. Rev. Cubana Enfermería 2012; 28(1):63-73.

33.- Asociación Argentina de Prevención y Educación del Cáncer. Disponible en: www.aapec.com.ar/Bahia%20Blanca.pdf [citado el 05/05/2011].

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVO ESPECÍFICO	HIPÓTESIS	VARIABLES	INDICADORES	INSTRUMENTO	FUENTE
<p>¿Cuáles son los factores relacionados al abandono del examen de Papanicolaou en el despistaje del cáncer del cuello uterino en mayores de 30 años que acuden al Centro de Salud clas Parcona diciembre 2016?</p> <p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</p> <p>¿Es el grado de instrucción un factor asociado al abandono del examen de Papanicolaou en el despistaje del cáncer del cuello uterino?</p> <p>¿Es la procedencia un factor asociado al abandono del examen de Papanicolaou en el despistaje del cáncer del cuello uterino?</p> <p>¿Es el nivel socioeconómico un factor asociado al abandono del examen de Papanicolaou en el despistaje del cáncer del cuello uterino?</p> <p>¿Es el estado civil un factor asociado al abandono del examen de Papanicolaou en el despistaje del cáncer del cuello uterino?</p>	<p>Identificar los factores relacionados al abandono del examen de Papanicolaou en el despistaje del cáncer del cuello uterino en mayores de 30 años que acuden al Centro de Salud clas Parcona diciembre 2016</p>	<p>1.Precisar si el grado de instrucción es un factor asociado al abandono del examen de Papanicolaou en el despistaje del cáncer del cuello uterino.</p> <p>2.Conocer si la procedencia es un factor asociado al abandono del examen de Papanicolaou en el despistaje del cáncer del cuello uterino.</p> <p>3.Identificar si el nivel socioeconómico es un factor asociado al abandono del examen de Papanicolaou en el despistaje del cáncer del cuello uterino.</p> <p>4.Determinar si el estado civil es un factor asociado al abandono del examen de Papanicolaou en el despistaje del cáncer del cuello uterino.</p>	<p>Ha.- El grado de instrucción es un factor asociado al abandono del examen de Papanicolaou en el despistaje del cáncer del cuello uterino</p> <p>Ha.- La procedencia es un factor asociado al abandono del examen de Papanicolaou en el despistaje del cáncer del cuello uterino</p> <p>Ha.- El nivel socioeconómico es un factor asociado al abandono del examen de Papanicolaou en el despistaje del cáncer del cuello uterino</p> <p>Ha.- El estado civil es un factor asociado al abandono del examen de Papanicolaou en el despistaje del cáncer del cuello uterino</p>	<p>DEPENDIENTE Abandono del PAP como prueba de tamizaje</p> <p>INDEPENDIENTES Factores relacionados</p> <p>-Grado de instrucción</p> <p>-Procedencia</p> <p>-Condición socioeconómica</p> <p>-Estado civil</p>	<p>Periodo entre una prueba y otra de \geq a 3 años</p> <p>Analfabeta, Primaria Secundaria Superior</p> <p>Rural Urbana</p> <p>Bajo Medio Alto</p> <p>Casada o conviviente Soltera</p>	<p>Ficha de recolección de datos</p>	<p>HC</p>



FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1.- Ficha N° _____

2.- Abandono del PAP como prueba de tamizaje

SI NO

AÑO DE LA ÚLTIMA TOMA DE PAPANICOLAU

Antes del 2014 () 2014 () 2015() 2016 ()

3.- Edad

30-40 41-50 años 51 a más

4.- Grado de instrucción

ANALFABETA PRIMARIA
SECUNDARIA SUPERIOR

5.- Procedencia

RURAL URBANA

6.- Condición socioeconómica

BAJO MEDIO

7.- Estado civil

Soltera Casada o conviviente