

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA**  
“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”  
**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**  
**PROGRAMA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**“Adherencia a la citología cervical para diagnóstico de  
cáncer de cuello uterino en mujeres que acuden a los  
servicios hospitalarios: Hospital Nacional Carlos Alberto  
Seguín Escobedo, Hospital III Yanahuara EsSalud,  
Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza y Hospital  
III Goyeneche en Arequipa Diciembre 2013”**

**Autora:**

**RAQUEL AMPARO VERA VIZCARRA**

Trabajo de Investigación para optar el Título  
Profesional de Médico Cirujano

**Arequipa - Perú**

**2014**

## **DEDICATORIA**

Estar preparado es importante, saber esperarlo es aún más, pero aprovechar el momento adecuado es la clave de la vida.

Ahora es mi momento....

Agradezco a quienes me acompañaron a llegar a este momento: Mis padres que con su esfuerzo, dedicación y comprensión me hicieron una persona de bien, también a aquellas personas queridas que estuvieron cerca y ayudaron a cerrar esta etapa de mi vida para empezar otra.

Gracias

## **EPÍGRAFE**

Médicos. Hombres de suerte. Sus éxitos brillan al sol... y sus errores los  
cubre la tierra.

**Michel E. de Montaigne**

En cada acto médico debe estar presente el respeto por el paciente y los  
conceptos éticos y morales; entonces la ciencia y la conciencia estarán  
siempre del mismo lado, del lado de la humanidad.

**René Gerónimo Favaloro**

## ÍNDICE GENERAL

RESUMEN .....	v
ABSTRACT .....	vi
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO I: MATERIAL Y MÉTODOS .....	3
CAPÍTULO II: RESULTADOS .....	10
CAPÍTULO III: DISCUSIÓN Y COMENTARIOS .....	39
CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y PROPUESTAS .....	51
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	56
ANEXOS .....	58
Anexo 1: Ficha de recolección de datos .....	59
Anexo 2: Proyecto de Investigación .....	64

## RESUMEN

**Antecedente:** El examen citológico de cuello uterino para detección precoz del cáncer es una estrategia importante que debe cumplirse adecuadamente en mujeres con factores de riesgo.

**Objetivo:** Identificar la adherencia a la citología cervical en mujeres que acuden a servicios de salud de Arequipa.

**Métodos:** Se aplicó un cuestionario previamente validado en una muestra representativa de mujeres que acudieron a dos centros hospitalarios del MINSA (Hospital III Goyeneche y Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza), y dos de EsSalud (Hospital III Yanahuara y Hospital Nacional Carlos Alberto Seguín Escobedo). Se muestran los resultados mediante estadística descriptiva.

**Resultados:** La edad promedio en mujeres de EsSalud fue de 41.35 años, y en el MINSA de 38.16 años ( $p > 0.05$ ). En ambos grupos predominaron las mujeres casadas (74% en EsSalud, 47% en el MINSA;  $p > 0.05$ ). La edad promedio de inicio de IRS en mujeres de EsSalud fue de 20.44 años y en el MINSA de 20.61 años ( $p > 0.05$ ). El 45% de mujeres de EsSalud y el 43% del MINSA refirieron tener sólo una pareja sexual ( $p > 0.05$ ). El aspecto menos conocido sobre el PAP fue el de los requisitos para realizarse el examen (16.5%). Un 85% de mujeres de EsSalud se han realizado el PAP, comparado con 78% en el MINSA ( $p > 0.05$ ); entre las que se realizaron el estudio, 14.1% de mujeres de EsSalud y 16.7% del MINSA no recogieron los resultados, y entre las que sí lo hicieron 12.3% y 9.2% no conocen el resultado de su examen ( $p > 0.05$ ); en 44.7% de mujeres de EsSalud el examen fue incómodo, lo que ocurrió en 71.8% de mujeres del MINSA ( $p < 0.05$ ). Un 38.7% refirió que no volvería a hacerse el examen. Un 15% de mujeres de EsSalud y 25% del MINSA fueron no adherentes ( $p > 0.05$ ).

**Conclusión:** Un 20% de mujeres que acuden a los hospitales de estudio no son adherentes al Papanicolaou.

**PALABRAS CLAVE:** Papanicolaou, cáncer de cérvix, adherencia.

## ABSTRACT

**Background:** The cytology for cervical cancer screening is an important strategy to be properly fulfilled in women with risk factors.

**Objective:** To identify adherence to cervical cytology in women attending health services Arequipa.

**Methods:** A questionnaire previously validated in a representative sample of women attending two MINSA hospitals (Honorio Delgado Hospital and Goyeneche Hospital), and two EsSalud Hospitals (Yanahuara Hospital and Carlos Seguin Escobedo Hospital) was applied. The results are shown using descriptive statistics.

**Results:** The average age of women was 41.35 years in EsSalud, and in MINSA of 38.16 years ( $p > 0.05$ ). In both groups predominated married women (74% in EsSalud, 47% in MINSA,  $p > 0.05$ ). The average age of onset of sexual activity in EsSalud women was 20.44 years and in MINSA 20.61 years ( $p > 0.05$ ). A 45% of EsSalud women and 43% in MINSA reported having only one sexual partner ( $p > 0.05$ ). The least known aspect about PAP was the requirements for the test (16.5%). A 85% of women of EsSalud have performed the PAP, compared with 78% in the MINSA ( $p > 0.05$ ). Among those who had the test, 14.1% of women EsSalud and 16.7% of MINSA not collected the results, and among those who did it, 12.3% and 9.2% did not know the result of the test ( $p > 0.05$ ). In 44.7% of women of EsSalud examination was uncomfortable, which occurred in 71.8% of MINSA women ( $p < 0.05$ ). In 38.7% reported that they would not be tested again; 15% of women of EsSalud and 25% of MINSA were non-adherent ( $p > 0.05$ ).

**Conclusion:** 20% of women attending the study hospitals were not adherent to Papanicolaou.

**KEYWORDS:** Papanicolaou, cervix cancer, adhesion.

## INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino es una patología femenina altamente prevenible y curable si se detecta a tiempo, para lo cual es necesario una prevención, detección y tratamiento oportuno, es causado principalmente por el virus del papiloma humano (VPH), cuya vía de contagio es a través del contacto sexual, progresando en algunos casos a un cáncer <sup>1</sup>.

La adherencia, según la Organización Mundial de la Salud, es "... el grado en que el comportamiento de una persona -tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida - se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria.." En ese sentido, el cumplimiento de las recomendaciones acerca de la prevención del cáncer de cuello, ejecutando modificaciones en su conducta, se puede aplicar también a medidas preventivas, en las que interviene la voluntad de la persona para realizar acciones de salud.

El presente estudio busca conocer cuál es el porcentaje de mujeres que se realizan periódicamente la prueba de Papanicolaou, ya que por diferentes razones muchas mujeres deciden no hacerse el Papanicolaou y no acudir a buscar el resultado como por ejemplo: la falta de preocupación; los problemas relacionados al procedimiento como miedo, vergüenza, incomodidad falta de tiempo y la falta de conocimiento <sup>2</sup>, a pesar que la adherencia a este examen ha demostrado su utilidad para la pesquisa oportuna de la patología y para la disminución de la mortalidad.

Se debe proveer educación a las mujeres, acerca del Cáncer de Cuello uterino y de la necesidad del examen de pesquisa, de acuerdo a las necesidades educativas detectadas, para mejorar el conocimiento y la calidad de la información que ellas tienen. Se debe ser cuidadoso en el procedimiento, evitando situaciones que aumenten la incomodidad y la vergüenza que el examen produce a un gran porcentaje de ella.

Cada año, más de medio millón de mujeres en el mundo son diagnosticadas con cáncer de cuello uterino, y cerca de 25% mueren por esta causa, cerca de nueve de cada diez de estas muertes ocurren en países de ingresos medios y bajos, donde la tasa de mortalidad es del 85% , ocasionando profundas consecuencias negativas económicas y sociales <sup>1</sup>.

Según la Organización Panamericana de la Salud “El Cáncer cérvico-uterino se puede prevenir y curar a un costo y riesgo bajos cuando el tamizaje para facilitar la detección oportuna de lesiones precursoras, está disponible junto con el diagnóstico apropiado, el tratamiento y seguimiento”, las pruebas de detección de cáncer de cuello uterino disponibles consisten en la prueba de Papanicolaou y, en algunas mujeres, la prueba del virus del papiloma humano (VPH) aunque su costo elevado hace que sea inaccesible a poblaciones de bajos ingresos <sup>1</sup>.

Si el cáncer de cuello uterino se detecta y trata en sus primeras etapas, es posible curar a más de un 90% de las mujeres que lo padecen, cuanto más haya avanzado la enfermedad, más baja es la tasa de curación.

**CAPÍTULO I**  
**MATERIAL Y MÉTODOS**

## 1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

### **Técnicas:**

En la presente investigación se aplicó la técnica de la encuesta.

### **Instrumentos:**

El instrumento consiste en una ficha de recolección de datos (Anexo 1).

### **Materiales:**

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal.

## 2. Campo de verificación

2.1. **Ubicación espacial:** El presente estudio se realizó en cuatro centros hospitalarios importantes de Arequipa:

- Hospital Nacional Carlos Alberto Seguín Escobedo EsSalud
- Hospital III de Yanahuara EsSalud
- Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza MINSA
- Hospital III Goyeneche MINSA

2.2. **Ubicación temporal:** El estudio se realizó en forma coyuntural durante el mes de diciembre 2013.

2.3. **Unidades de estudio:** Mujeres entre 20 y 60 años de edad de Arequipa.

**Población:** Todas las mujeres entre 20 y 60 años que acuden a los centros de estudio.

**Muestra:** Se estudió una muestra representativa cuyo tamaño se calculó mediante la fórmula de muestreo para proporciones en grupos independientes:

$$n = \left[ \frac{Z\alpha\sqrt{2(\hat{p}\cdot\hat{q})} + Z\beta\sqrt{(p_1\cdot q_1) + (p_2\cdot q_2)}}{p_1 - p_2} \right]^2$$

Dónde:

n = tamaño de la muestra

Z $\alpha$  = coeficiente de confiabilidad para una precisión del 95% = 1.96

Z $\beta$  = coeficiente de confiabilidad para una potencia del 80% = 0.84

p<sub>1</sub> = propor. estimada de cumplimiento de PAP en MINSA = 0.30

p<sub>2</sub> = propor. estimada de cumplimiento de PAP en EsSalud = 0.50

$$\hat{p} = \frac{p_1 + p_2}{2}$$

$$q = 1 - p$$

Por tanto: n = 92,89  $\approx$  100 integrantes por grupo como mínimo.

- Hospital Nacional Carlos Alberto Seguín Escobedo = 50 mujeres
- Hospital III de Yanahuara EsSalud = 50 mujeres
- Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza = 50 mujeres
- Hospital III Goyeneche = 50 mujeres

Además los integrantes de la muestra deberán cumplir los criterios de selección.

**Criterios de selección:**

• **Criterios de Inclusión**

- Mujeres entre 20 – 60 años que acuden a consulta en los Hospitales de estudio
- Participación voluntaria en el estudio

• **Criterios de Exclusión**

- Mujeres que hayan sido diagnosticadas con cáncer de cuello uterino
- Mujeres menores de 20 años
- Mujeres mayores de 60 años

**3. Tipo de investigación:**

Según Altman el estudio es prospectivo, transversal y comparativo.

**4. Estrategia de Recolección de datos:**

**4.1. Organización:**

Se solicitó autorización a la Dirección de los Hospitales de estudio para la realización de la investigación.

Se contactó a las mujeres que acudieron a consulta o como acompañantes de pacientes en los diferentes centros de estudio; se explicó el motivo de la investigación y se solicitó su participación voluntaria y ANÓNIMA, y se les hizo entrega del formulario de preguntas.

Se respetó la decisión de las mujeres que no desearon iniciar o proseguir con la encuesta y se aseguró la confidencialidad de las informaciones obtenidas.

Una vez concluida la recolección de datos, éstos fueron organizados en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

#### **4.2. Validación de los instrumentos:**

Se elaboró un instrumento en base a la revisión de la literatura, con un cuestionario que contiene preguntas de índole general, para conocer las características epidemiológicas de las pacientes (que no se puntúan), preguntas acerca de la adherencia (aceptación, persistencia y cumplimiento), que se puntúan con un punto por respuesta correcta, y preguntas de motivación (no puntuadas). La escala de adherencia mostró una alta consistencia interna (alfa de Cronbach = 0,84).

Las preguntas de adherencia fueron puntuadas con un punto, considerando una Adherencia fuerte entre 8 – 10 puntos, una adherencia moderada entre 5 – 7 puntos, y una falta de adherencia

con < 5 puntos; además, si la respuesta a la pregunta 2, si se hizo o no el examen, definirá la adherencia.

#### **4.3. Criterios para manejo de resultados**

##### **a) Plan de Procesamiento**

Los datos registrados en el Anexo 1 fueron codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

##### **b) Plan de Clasificación:**

Se empleó una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2010).

##### **c) Plan de Codificación:**

Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala nominal y ordinal para facilitar el ingreso de datos.

##### **d) Plan de Recuento.**

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

##### **e) Plan de análisis**

Se empleó estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas), medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables

continuas; las variables categóricas se presentan como proporciones. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2010 con su complemento analítico y el paquete SPSSv.20.0 para Windows.

**CAPÍTULO II**  
**RESULTADOS**

**ADHERENCIA A LA CITOLOGÍA CERVICAL PARA DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE CUELLO  
UTERINO EN MUJERES QUE ACUDEN A LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS DE  
AREQUIPA 2013**

**Tabla 1**

**Distribución de mujeres encuestadas según edad y lugar de estudio**

Edad (años)	EsSalud		MINSA		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
20-29	23	23.0	25	25.0	48	24.0
30-39	16	16.0	33	33.0	49	24.5
40-49	35	35.0	22	22.0	57	28.5
50-59	18	18.0	16	16.0	34	17.0
60	8	8.0	4	4.0	12	6.0
Total	100	100.0	100	100.0	200	100.0

**Fuente:** Elaboración personal

Edad promedio  $\pm$  D. estándar (mín – máx)

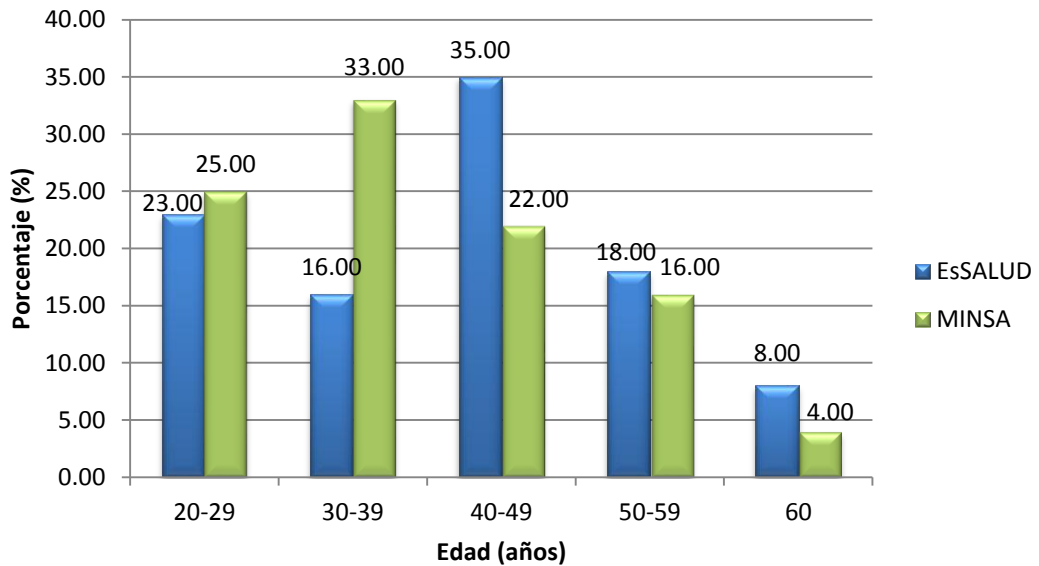
- EsSalud: 41.35  $\pm$  11.53 años (20-60 años)
- MINSA: 38.16  $\pm$  11.46 años (20-60 años)

U de Mann-Whitney = 4198      Z = 1.958      p = 0.0502 (p > 0.05)

**ADHERENCIA A LA CITOLOGÍA CERVICAL PARA DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE CUELLO  
UTERINO EN MUJERES QUE ACUDEN A LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS DE  
AREQUIPA 2013**

**Gráfico 1**

**Distribución de mujeres encuestadas según edad y lugar de estudio**



**Tabla y Gráfico 1:** La edad promedio en mujeres de EsSalud fue de 41.35 años, y en el MINSA de 38.16 años, aunque las diferencias no resultaron estadísticamente significativas ( $p > 0.05$ ), es decir son poblaciones similares.

**ADHERENCIA A LA CITOLOGÍA CERVICAL PARA DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE CUELLO  
UTERINO EN MUJERES QUE ACUDEN A LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS DE  
AREQUIPA 2013**

**Tabla 2**

**Distribución de mujeres encuestadas según estado civil**

<b>Estado civil</b>	<b>EsSalud</b>		<b>MINSA</b>		<b>Total</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Soltera	18	18.0	31	31.0	49	24.5
Casada	74	74.0	47	47.0	121	60.5
Conviviente	2	2.0	19	19.0	21	10.5
Separada	4	4.0	2	2.0	6	3.0
Viuda	2	2.0	1	1.0	3	1.5
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100.0</b>	<b>100</b>	<b>100.0</b>	<b>200</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Elaboración personal

Chi<sup>2</sup> = 24.24

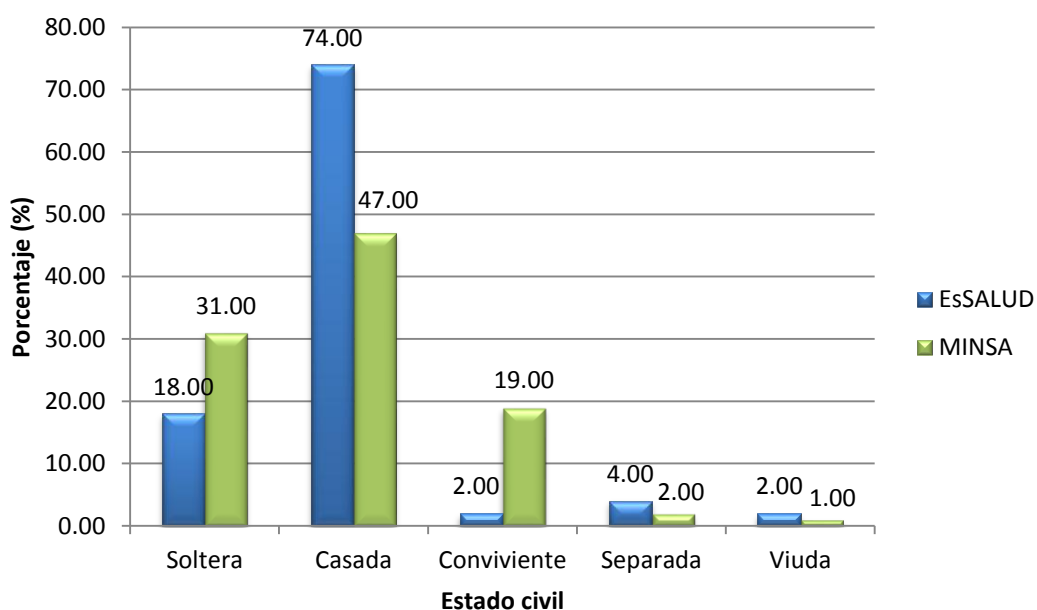
G. libertad = 4

p = 0.0001 (p < 0.05)

**ADHERENCIA A LA CITOLOGÍA CERVICAL PARA DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE CUELLO  
UTERINO EN MUJERES QUE ACUDEN A LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS DE  
AREQUIPA 2013**

**Gráfico 2**

**Distribución de mujeres encuestadas según estado civil**



**Tabla y Gráfico 2:** Hubo proporciones diferentes de estado civil ( $p < 0,05$ ), con 18% de solteras en EsSalud, comparada con 31% en el MINSA, aunque en ambos grupos predominaron las mujeres casadas (74% en EsSalud, 47% en el MINSA).

**ADHERENCIA A LA CITOLOGÍA CERVICAL PARA DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE CUELLO  
UTERINO EN MUJERES QUE ACUDEN A LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS DE  
AREQUIPA 2013**

**Tabla 3**

**Distribución de mujeres encuestadas según nivel de instrucción**

<b>Nivel de Instrucción</b>	<b>EsSalud</b>		<b>MINSA</b>		<b>Total</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Primaria	1	1.0	11	11.0	12	6.0
Secundaria	18	18.0	48	48.0	66	33.0
Superior	74	74.0	38	38.0	112	56.0
Técnico	7	7.0	3	3.0	10	5.0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100.0</b>	<b>100</b>	<b>100.0</b>	<b>200</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Elaboración personal

$\text{Chi}^2 = 35.14$

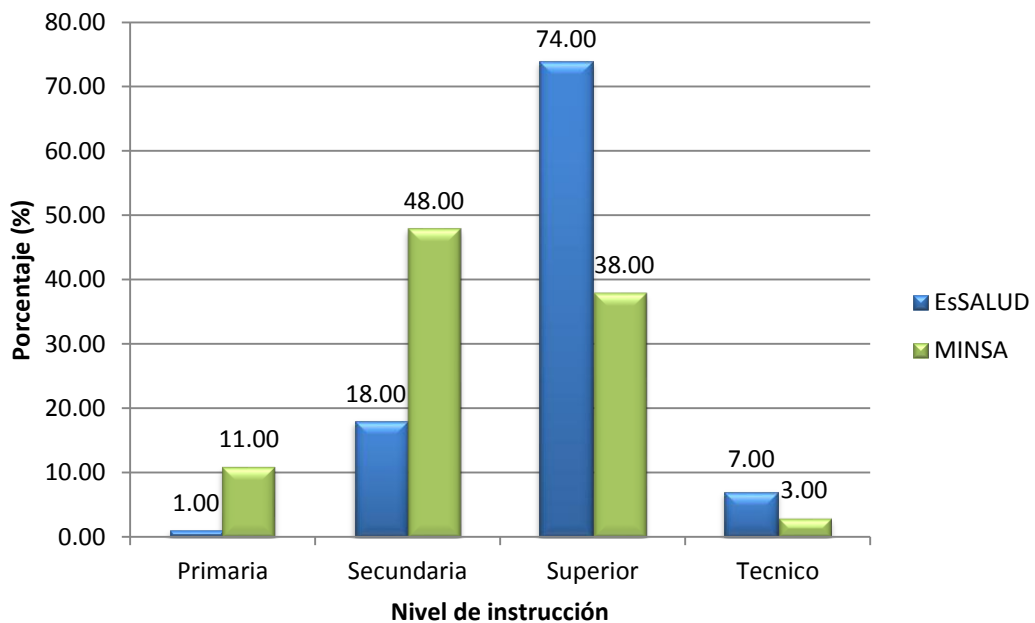
G. libertad = 3

$p = 0.0000001$  ( $p < 0.05$ )

**ADHERENCIA A LA CITOLOGÍA CERVICAL PARA DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE CUELLO  
UTERINO EN MUJERES QUE ACUDEN A LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS DE  
AREQUIPA 2013**

**Gráfico 3**

**Distribución de mujeres encuestadas según nivel de instrucción**



**Tabla y Gráfico 3:** Hubo significativamente más mujeres de educación superior en EsSalud (74%), mientras que en el MINSA predominó la instrucción secundaria (48%) y 11% de mujeres del MINSA tenían instrucción primaria, comparadas con 1% en EsSalud. Existen diferencias poblacionales por el antecedente del grado de instrucción ( $p < 0.05$ ).

**ADHERENCIA A LA CITOLOGÍA CERVICAL PARA DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE CUELLO  
UTERINO EN MUJERES QUE ACUDEN A LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS DE  
AREQUIPA 2013**

**Tabla 4**

**Distribución de mujeres encuestadas según edad de inicio de  
Relaciones sexuales (IRS)**

Edad IRS (años)	EsSalud		MINSA		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
< 15	2	2.0	2	2.0	4	2.0
15-19	44	44.0	47	47.0	91	45.5
20-24	34	34.0	26	26.0	60	30.0
25-29	13	13.0	18	18.0	31	15.5
≥ 30	2	2.0	4	4.0	6	3.0
No IRS	5	5.0	4	4.0	9	4.5
Total	100	100.0	100	100.0	200	100.0

**Fuente:** Elaboración personal

Edad promedio ± D. estándar (mín – máx)

- EsSalud: 20.44 ± 3.83 años (11-30 años)
- MINSA: 20.61 ± 5.00 años (12-41 años)

Prueba U = 4430.27

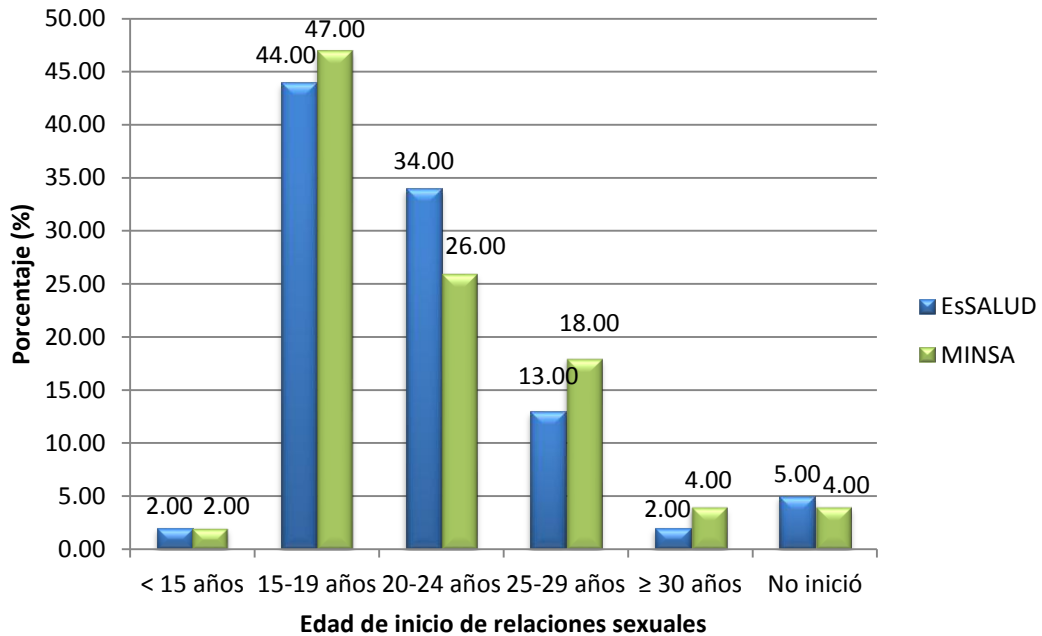
Z = 0.34

p = 0.7346 (p > 0.05)

**ADHERENCIA A LA CITOLOGÍA CERVICAL PARA DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE CUELLO  
UTERINO EN MUJERES QUE ACUDEN A LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS DE  
AREQUIPA 2013**

**Gráfico 4**

**Distribución de mujeres encuestadas según edad de inicio de  
Relaciones sexuales**



**Tabla y Gráfico 4:** La edad promedio de inicio de IRS en EsSalud fue de 20.44 años y en el MINSA de 20.61 años; las diferencias no resultaron significativas ( $p > 0.05$ ). La edad de inicio de relaciones sexuales es similares en ambos grupos de estudio.

**ADHERENCIA A LA CITOLOGÍA CERVICAL PARA DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE CUELLO  
UTERINO EN MUJERES QUE ACUDEN A LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS DE  
AREQUIPA 2013**

**Tabla 5**

**Distribución de mujeres encuestadas según número de parejas  
sexuales**

Número de parejas sexuales	EsSalud		MINSA		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Una	45	45.0	43	43.0	88	44.0
Dos	28	28.0	32	32.0	60	30.0
Tres	11	11.0	15	15.0	26	13.0
Cuatro	7	7.0	4	4.0	11	5.5
Cinco a más	4	4.0	2	2.0	6	3.0
No inició	5	5.0	4	4.0	9	4.5
Total	100	100.0	100	100.0	200	100.0

**Fuente:** Elaboración personal

$\chi^2 = 2.52$

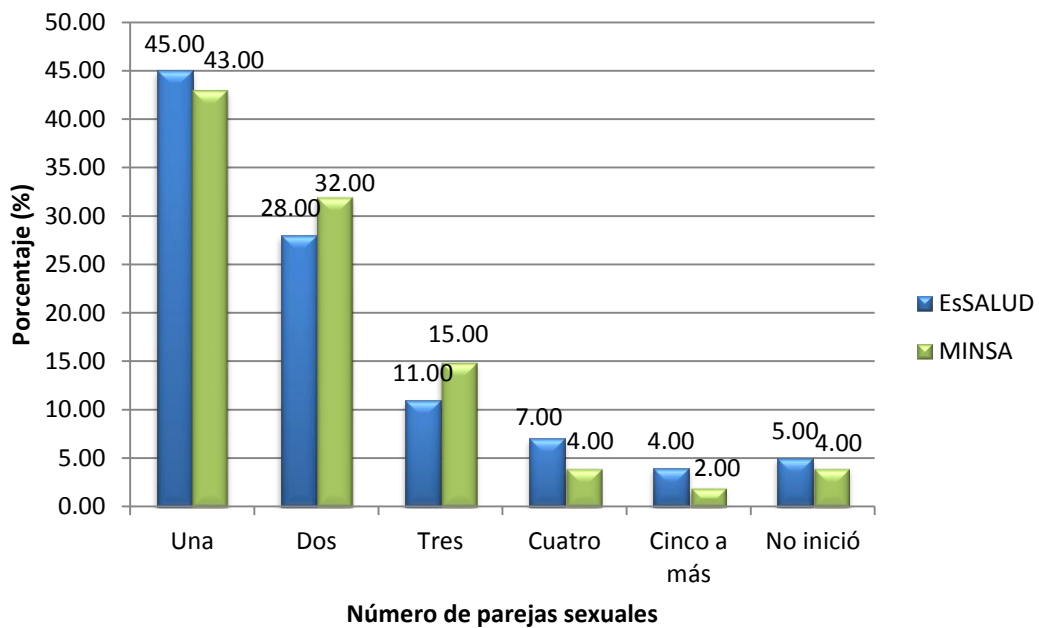
G. libertad = 5

$p = 0.77$  ( $p > 0.05$ )

**ADHERENCIA A LA CITOLOGÍA CERVICAL PARA DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE CUELLO  
UTERINO EN MUJERES QUE ACUDEN A LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS DE  
AREQUIPA 2013**

**Gráfico 5**

**Distribución de mujeres encuestadas según número de parejas  
sexuales**



**Tabla y Gráfico 5:** El 45% de mujeres de EsSalud y el 43% del MINSA refirieron tener sólo una pareja sexual; 28% en el primer grupo y 32% en el segundo tuvieron dos parejas; un 5 a 4% de mujeres encuestadas refirieron aún no iniciar su vida sexual; las diferencias no resultaron significativas ( $p > 0.05$ ). El componente del número de parejas sexuales es similar en ambos grupos.

**ADHERENCIA A LA CITOLOGÍA CERVICAL PARA DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE CUELLO  
UTERINO EN MUJERES QUE ACUDEN A LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS DE  
AREQUIPA 2013**

**Tabla 6**

**Distribución de mujeres encuestadas según uso de métodos  
anticonceptivos**

<b>Métodos anticonceptivos</b>	<b>EsSalud</b>		<b>MINSA</b>		<b>Total</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Preservativos	9	9.0	11	11.0	20	10.0
Ligadura	7	7.0	7	7.0	14	7.0
T de Cobre	4	4.0	5	5.0	9	4.5
Antic. Orales	3	3.0	5	5.0	8	4.0
Inyectable	2	2.0	6	6.0	8	4.0
Ritmo	2	2.0	5	5.0	7	3.5
No usa	68	68.0	57	57.0	125	62.5
No inició RS	5	5.0	4	4.0	9	4.5
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100.0</b>	<b>100</b>	<b>100.0</b>	<b>200</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Elaboración personal

Chi<sup>2</sup> = 5.18

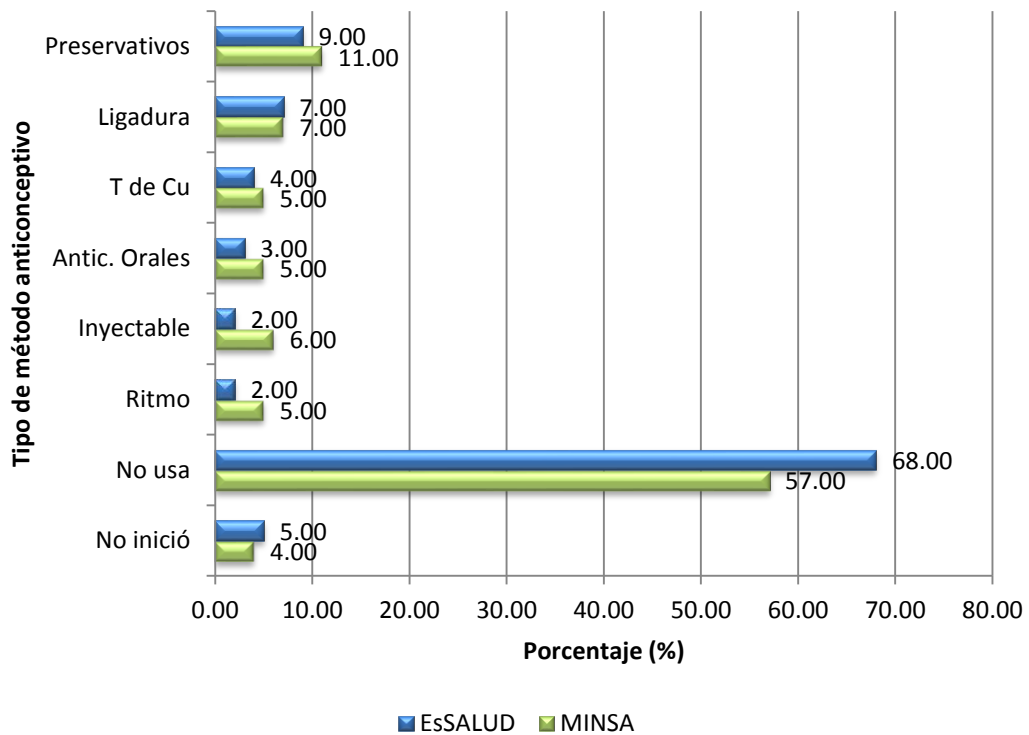
G. libertad = 7

p = 0.64 (p > 0.05)

**ADHERENCIA A LA CITOLOGÍA CERVICAL PARA DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE CUELLO  
UTERINO EN MUJERES QUE ACUDEN A LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS DE  
AREQUIPA 2013**

**Gráfico 6**

**Distribución de mujeres encuestadas según uso de métodos  
anticonceptivos**



**Tabla y Gráfico 6:** El 68% de mujeres de EsSalud y el 57% del MINSA no usan métodos anticonceptivos; los más empleados vienen a ser los preservativos (9% en EsSalud, 11% en el MINSA), y 7% de mujeres en ambas localizaciones tiene ligadura de trompas, siendo el uso de otros métodos similar ( $p > 0.05$ ).

**ADHERENCIA A LA CITOLOGÍA CERVICAL PARA DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE CUELLO  
UTERINO EN MUJERES QUE ACUDEN A LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS DE  
AREQUIPA 2013**

**Tabla 7**

**Distribución de mujeres encuestadas según conocimiento sobre el PAP**

<b>Conocimiento sobre el PAP</b>	<b>EsSalud</b>		<b>MINSA</b>		<b>Total</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Objetivo del estudio	94	94.0	93	93.0	187	93.5
Frecuencia del examen	93	93.0	90	90.0	183	91.5
Dónde se toma	81	81.0	74	74.0	155	77.5
Cuándo iniciar el PAP	68	68.0	69	69.0	137	68.5
Requisitos para prueba	16	16.0	17	17.0	33	16.5

**Fuente:** Elaboración personal

Chi<sup>2</sup> = 0.29

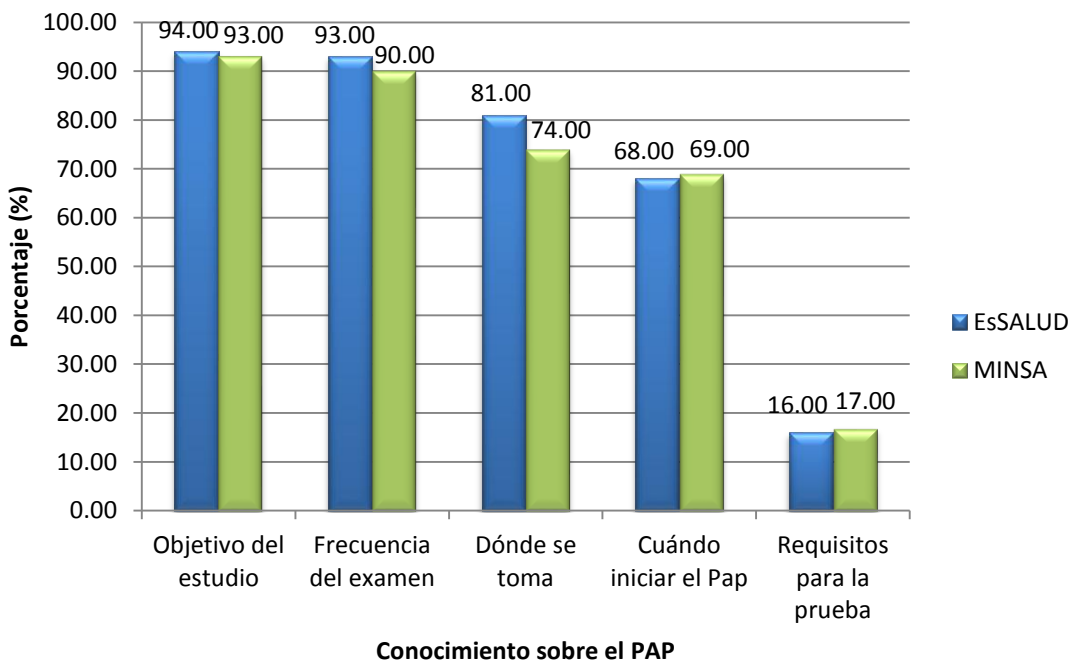
G. libertad = 4

p = 0.99 (p > 0.05)

**ADHERENCIA A LA CITOLOGÍA CERVICAL PARA DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE CUELLO  
UTERINO EN MUJERES QUE ACUDEN A LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS DE  
AREQUIPA 2013**

**Gráfico 7**

**Distribución de mujeres encuestadas según conocimiento sobre el PAP**



**Tabla y Gráfico 7:** Las respuestas fueron muy similares entre los dos grupos ( $p > 0.05$ ), siendo mejor conocidos los aspectos del objetivo del estudio (93.5%) y el aspecto menos conocido fue el de los requisitos necesarios para realizarse el examen (16.5%).

**ADHERENCIA A LA CITOLOGÍA CERVICAL PARA DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE CUELLO  
UTERINO EN MUJERES QUE ACUDEN A LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS DE  
AREQUIPA 2013**

**Tabla 8**

**Distribución de mujeres encuestadas según realización de PAP**

Realización de <b>PAP</b>	EsSalud		MINSA		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Se ha realizado prueba	85	85.0	78	78.0	163	81.5
No lo hizo	15	15.0	22	22.0	37	18.5
Total	100	100.0	100	100.0	200	100.0

**Fuente:** Elaboración personal

Chi<sup>2</sup> = 1.62

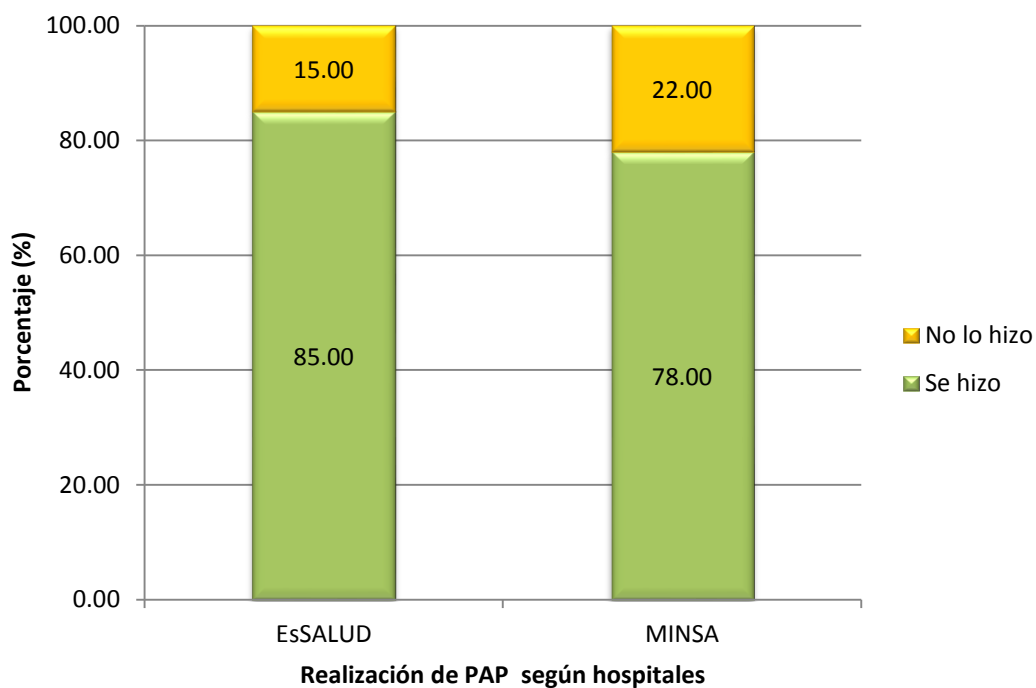
G. libertad = 1

p = 0.20 (p > 0.05)

**ADHERENCIA A LA CITOLOGÍA CERVICAL PARA DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES QUE ACUDEN A LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS DE AREQUIPA 2013**

**Gráfico 8**

**Distribución de mujeres encuestadas según realización de PAP**



**Tabla y Gráfico 8:** Muestran que 85% de mujeres de EsSalud se han realizado el PAP, comparado con 78% en el MINSA (81.5% del total de mujeres encuestadas); no hubo diferencias entre las dos sedes ( $p > 0.05$ ).

**ADHERENCIA A LA CITOLOGÍA CERVICAL PARA DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE CUELLO  
UTERINO EN MUJERES QUE ACUDEN A LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS DE  
AREQUIPA 2013**

**Tabla 9**

**Distribución de mujeres encuestadas según realización del último PAP**

Último PAP	EsSalud		MINSA		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Menos de un año	50	50.0	47	47.0	97	48.5
Hace 1-2 años	14	14.0	10	10.0	24	12.0
Hace 2-3 años	12	12.0	9	9.0	21	10.5
Más de 3 años	9	9.0	12	12.0	21	10.5
Nunca se hizo	15	15.0	22	22.0	37	18.5
Total	100	100.0	100	100.0	200	100.0

**Fuente:** Elaboración personal

Chi<sup>2</sup> = 2.94

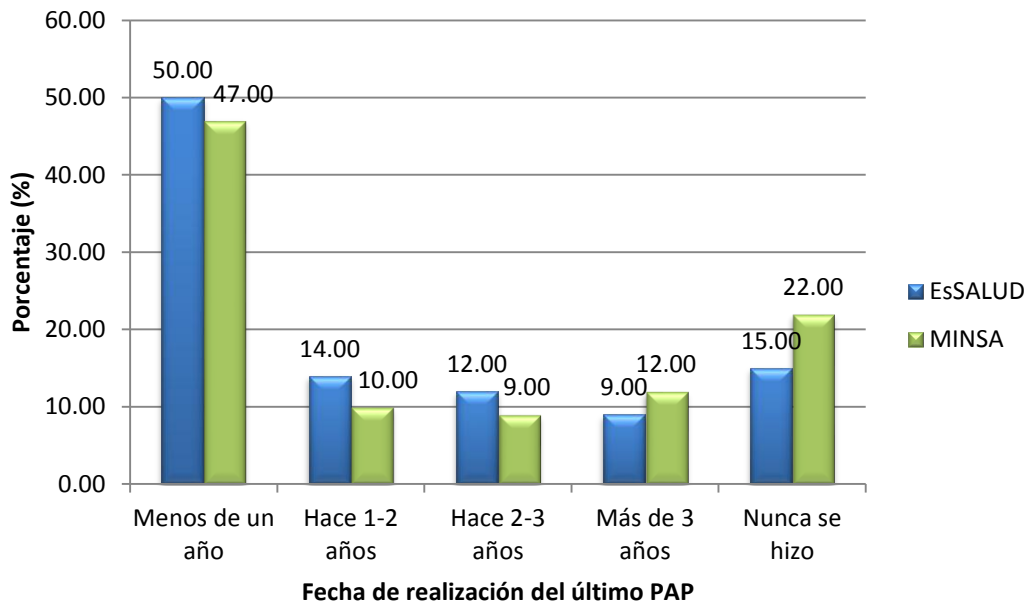
G. libertad = 4

p = 0.57 (p > 0.05)

**ADHERENCIA A LA CITOLOGÍA CERVICAL PARA DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES QUE ACUDEN A LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS DE AREQUIPA 2013**

**Gráfico 9**

**Distribución de mujeres encuestadas según realización del último PAP**



**Tabla y Gráfico 9:** La realización del PAP en 50% de mujeres de EsSalud fue hace menos de un año, lo que ocurrió en 47% de mujeres del MINSA. Los resultados fueron similares en ambos grupos, no hubo diferencia estadísticamente significativa ( $p > 0.05$ ).

**ADHERENCIA A LA CITOLOGÍA CERVICAL PARA DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE CUELLO  
UTERINO EN MUJERES QUE ACUDEN A LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS DE  
AREQUIPA 2013**

**Tabla 10**

**Distribución de mujeres encuestadas según interés por resultados de  
PAP previo**

Interés por resultados de PAP	EsSalud		MINSA		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Recogió resultado	73	85.9	65	83.3	138	84.7
No recogió	12	14.1	13	16.7	25	15.3
Total	85	100.0	78	100.0	163	100.0
Conoce el resultado	64	87.7	59	90.8	123	89.1
Desconoce	9	12.3	6	9.2	15	10.9
Total	73	100.0	65	100.0	138	100.0

**Fuente:** Elaboración personal

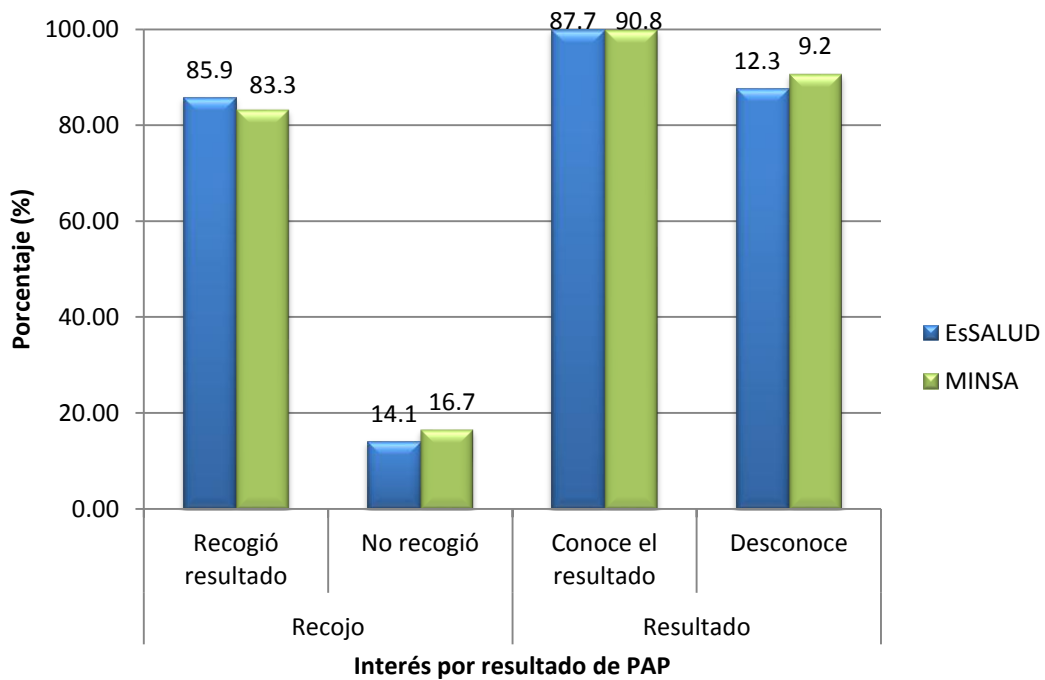
Chi<sup>2</sup> recoj. = 0.20                      G. libertad = 1                      p = 0.65 (p > 0.05)

Chi<sup>2</sup> conoc. = 0.34                      G. libertad = 1                      p = 0.56 (p > 0.05)

**ADHERENCIA A LA CITOLOGÍA CERVICAL PARA DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE CUELLO  
UTERINO EN MUJERES QUE ACUDEN A LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS DE  
AREQUIPA 2013**

**Gráfico 10**

**Distribución de mujeres encuestadas según interés por resultados de  
PAP previo**



**Tabla y Gráfico 10:** Entre las mujeres que se realizaron el estudio, el 14.1% de mujeres de EsSalud y el 16.7% del MINSA no recogieron los resultados, y entre las que sí lo hicieron el 12.3% y 9.2% no conocen el resultado de su examen. En ambos casos, las diferencias entre instituciones no es significativa ( $p > 0.05$ ). El porcentaje de mujeres que no recogieron el resultado de su examen es similar en ambos grupos.

**ADHERENCIA A LA CITOLOGÍA CERVICAL PARA DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE CUELLO  
UTERINO EN MUJERES QUE ACUDEN A LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS DE  
AREQUIPA 2013**

**Tabla 11**

**Distribución de mujeres encuestadas según origen de recomendación  
del PAP**

<b>Origen de recomendación del PAP</b>	<b>EsSalud</b>		<b>MINSA</b>		<b>Total</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Personal de salud	30	35.3	37	47.4	67	41.1
Decisión propia	46	54.1	33	42.3	79	48.5
Pareja	4	4.7	5	6.4	9	5.5
Familiar	5	5.9	2	2.6	7	4.3
Amiga	0	0.0	1	1.3	1	0.6
<b>Total</b>	<b>85</b>	<b>100.0</b>	<b>78</b>	<b>100.0</b>	<b>163</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Elaboración personal

Chi<sup>2</sup> = 4.98

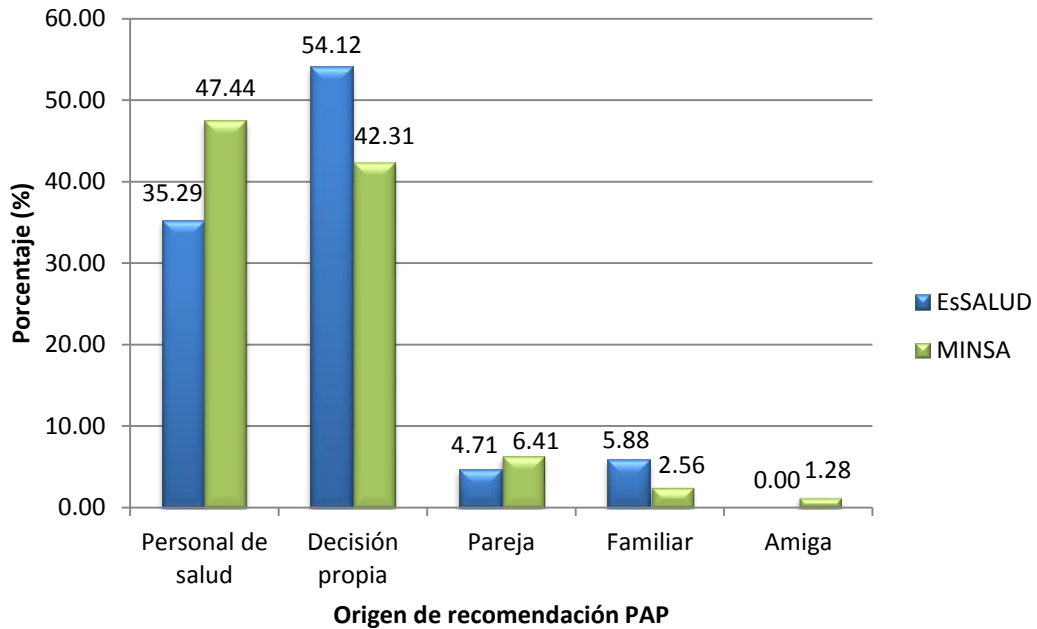
G. libertad = 4

p = 0.29 (p > 0.05)

**ADHERENCIA A LA CITOLOGÍA CERVICAL PARA DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE CUELLO  
UTERINO EN MUJERES QUE ACUDEN A LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS DE  
AREQUIPA 2013**

**Gráfico 11**

**Distribución de mujeres encuestadas según origen de recomendación  
del PAP**



**Tabla y Gráfico 11:** En 41.1% de las mujeres que se realizaron el examen, quien lo recomendó fue un personal de salud, en 48.5% de casos fue por decisión propia. No hubo diferencias entre los grupos ( $p > 0.05$ ). El mayor número de mujeres se realizó el examen por decisión propia.

**ADHERENCIA A LA CITOLOGÍA CERVICAL PARA DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE CUELLO  
UTERINO EN MUJERES QUE ACUDEN A LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS DE  
AREQUIPA 2013**

**Tabla 12**

**Distribución de mujeres encuestadas según características de su  
último examen**

Características de su último PAP		EsSalud		MINSA		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%
Lugar	Por consult.	73	85.9	67	85.9	140	85.9
	En campaña	12	14.1	11	14.1	23	14.1
Molestias	Incómodo	38	44.7	56	71.8	94	57.7
	Sin molestia	47	55.3	22	28.2	69	42.3
Intención de continuar	Sí	52	61.2	48	61.5	100	61.3
	No	33	38.8	30	38.5	63	38.7
Total		85	100.0	78	100.0	163	100.0

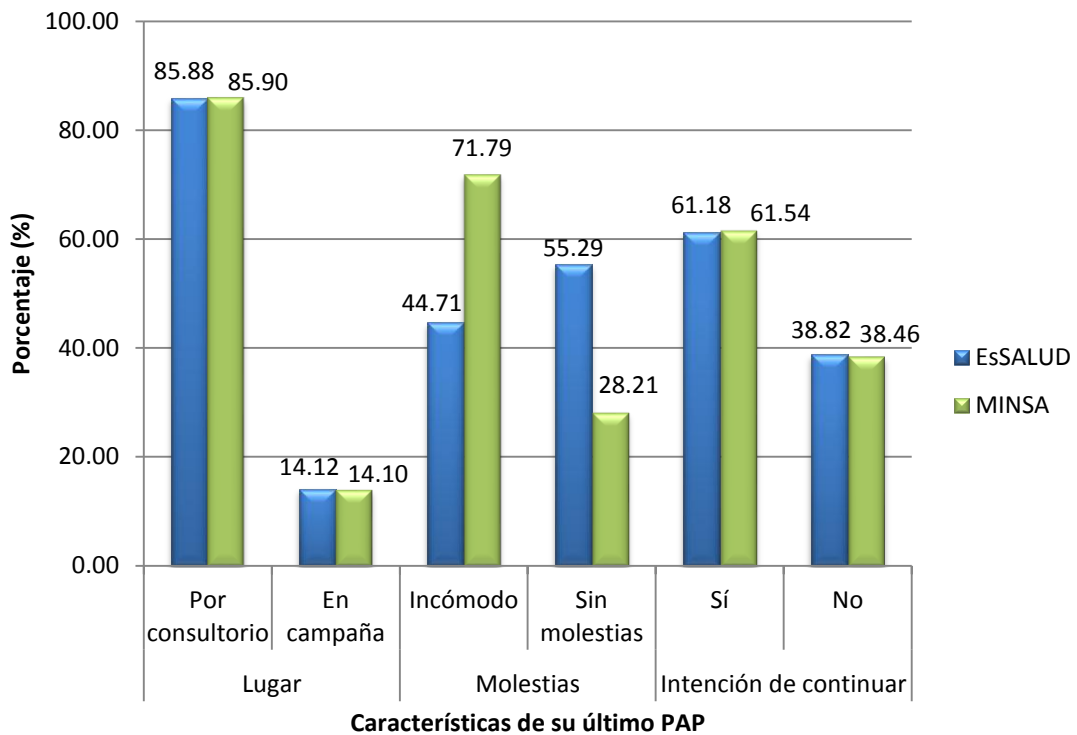
**Fuente:** Elaboración personal

Chi <sup>2</sup> lugar. = 0.00	G. libertad = 1	p = 1.00 (p > 0.05)
Chi <sup>2</sup> Molestia. = 12.23	G. libertad = 1	p = 0.0005 (p < 0.05)
Chi <sup>2</sup> intenc. = 0.00	G. libertad = 1	p = 0.96 (p > 0.05)

**ADHERENCIA A LA CITOLOGÍA CERVICAL PARA DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES QUE ACUDEN A LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS DE AREQUIPA 2013**

**Gráfico 12**

**Distribución de mujeres encuestadas según características de su último examen**



**Tabla y Gráfico 12:** El 85.9% de casos en ambas localizaciones se realizó el examen en consulta externa y en 14.1% se realizó en campaña; en 44.7% de mujeres de EsSalud el examen fue incómodo, lo que ocurrió en 71.8% de mujeres del MINSA ( $p < 0.05$ ). El 61.3% de mujeres en ambas instituciones manifestó la intención de continuar haciéndose los exámenes, mientras que 38.7% refirió que no volvería a hacerse el examen ( $p > 0.05$ ). Los resultados en ambos grupos de estudio son similares.

**ADHERENCIA A LA CITOLOGÍA CERVICAL PARA DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE CUELLO  
UTERINO EN MUJERES QUE ACUDEN A LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS DE  
AREQUIPA 2013**

**Tabla 13**

**Distribución de mujeres encuestadas según motivos para no realizar el  
examen**

<b>Motivos para no realizar PAP</b>	<b>EsSalud</b>		<b>MINSA</b>		<b>Total</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Falta de tiempo	22	66.7	19	63.3	41	65.1
Vergüenza	8	24.2	6	20.0	14	22.2
Miedo	1	3.0	3	10.0	4	6.3
No le interesa	1	3.0	1	3.3	2	3.2
Desconocimiento	1	3.0	1	3.3	2	3.2
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100.0</b>	<b>30</b>	<b>100.0</b>	<b>63</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Elaboración personal

$\text{Chi}^2 = 1.37$

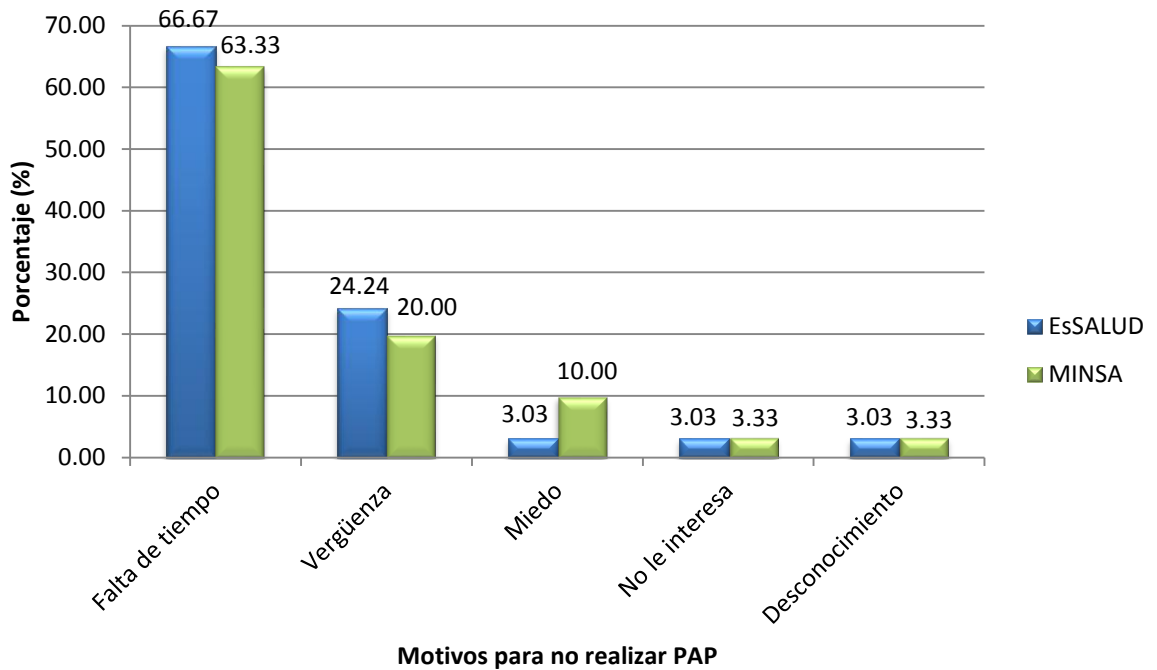
G. libertad = 4

$p = 0.85$  ( $p > 0.05$ )

**ADHERENCIA A LA CITOLOGÍA CERVICAL PARA DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE CUELLO  
UTERINO EN MUJERES QUE ACUDEN A LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS DE  
AREQUIPA 2013**

**Gráfico 13**

**Distribución de mujeres encuestadas según motivos para no realizar el examen**



**Tabla y Gráfico 13:** El 65.1% arguyó falta de tiempo, 22.2% no lo hará por vergüenza, 6.3% por miedo y en 3.2% del total de mujeres por falta de interés o por desconocimiento. No hay una diferencia significativa entre ambos grupos de estudio.

**ADHERENCIA A LA CITOLOGÍA CERVICAL PARA DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE CUELLO  
UTERINO EN MUJERES QUE ACUDEN A LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS DE  
AREQUIPA 2013**

**Tabla 14**

**Distribución de mujeres encuestadas según adherencia al examen de  
Papanicolaou**

<b>Adherencia al PAP</b>	<b>EsSalud</b>		<b>MINSA</b>		<b>Total</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Adecuada	54	54.0	48	48.0	102	51.0
Moderada	31	31.0	27	27.0	58	29.0
No adherente	15	15.0	25	25.0	40	20.0
Total general	100	100.0	100	100.0	200	100.0

**Fuente:** Elaboración personal

$\text{Chi}^2 = 3.13$

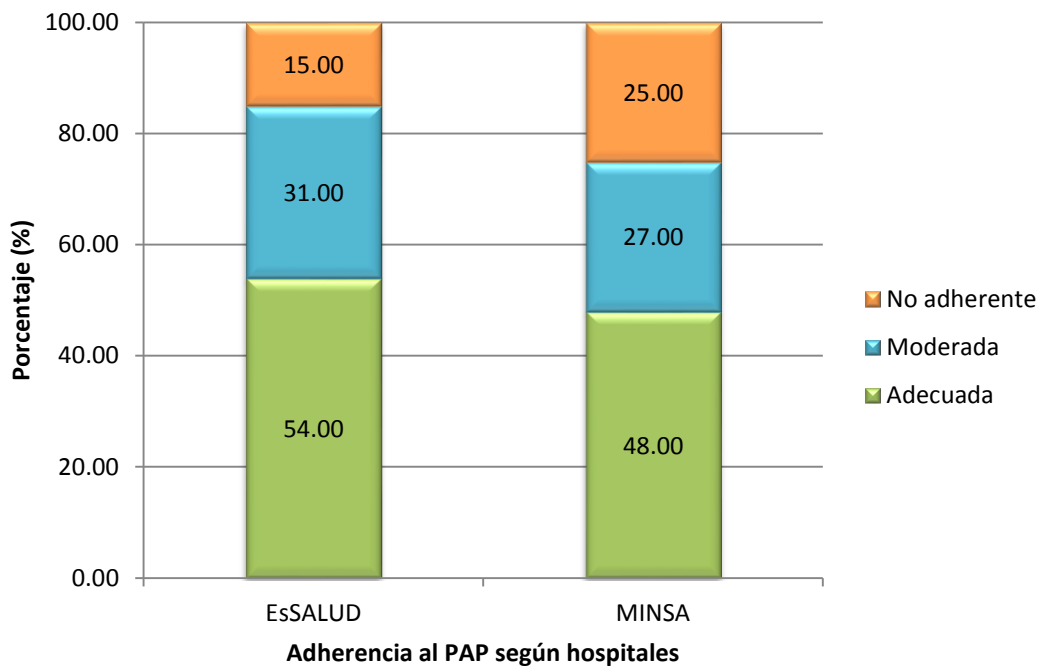
G. libertad = 2

$p = 0.21$  ( $p > 0.05$ )

**ADHERENCIA A LA CITOLOGÍA CERVICAL PARA DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES QUE ACUDEN A LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS DE AREQUIPA 2013**

**Gráfico 14**

**Distribución de mujeres encuestadas según adherencia al examen de Papanicolaou**



**Tabla y Gráfico 14:** El 54% de mujeres de EsSalud y 48% del MINSA mostraron una adherencia adecuada, 31% y 27% moderada, y el 15% de mujeres de EsSalud y 25% del MINSA fueron no adherentes, haciendo un global de 20%, sin diferencias significativas entre los dos grupos de estudio ( $p > 0.05$ ).

**CAPÍTULO III**  
**DISCUSIÓN Y COMENTARIOS**

## DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

En la **Tabla y Gráfico 1** se muestra la distribución de las mujeres encuestadas según edad; en los hospitales de EsSalud el 35% de mujeres tuvo de 40 a 49 años, y en los hospitales del MINSA la edad predominante fue de 30 a 39 años (33%). La edad promedio en mujeres de EsSalud fue de 41.35 años, y en el MINSA de 38.16 años, aunque las diferencias no resultaron estadísticamente significativas ( $p > 0.05$ ).

En el presente estudio encontramos que la diferencia de edades entre las mujeres encuestadas no es significativa y el mayor número de mujeres está en el rango de 30 – 49 años que es la edad de mayor incidencia de cáncer de cuello uterino <sup>3</sup> y por lo tanto es el grupo en el que se debe poner mayor énfasis en que se realicen el PAP para un diagnóstico temprano de este tipo de cáncer.

La **Tabla y Gráfico 2** muestran a las mujeres encuestadas según estado civil; hubo proporciones diferentes de estado civil ( $p < 0,05$ ), con 18% de solteras en EsSalud, comparada con 31% en el MINSA, aunque en ambos grupos predominaron las mujeres casadas (74% en EsSalud, 47% en el MINSA).

Si bien el estado civil es un factor muy variable hay que tenerlo en cuenta ya que hay estudios que señalan que el estar casada está relacionado con el haberse realizado un PAP <sup>3</sup> y otros la necesidad de la aceptación de la pareja para poder incrementar la aceptación de la prueba <sup>4</sup>.

La instrucción de las mujeres encuestadas se puede apreciar en la **Tabla y Gráfico 3**; hubo significativamente más mujeres de educación superior en EsSalud (74%), mientras que en el MINSA predominó la instrucción secundaria (48%) y 11% de mujeres del MINSA tenían instrucción primaria, comparadas con 1% en EsSalud ( $p < 0.05$ ).

El grado de instrucción es importante ya que a mayor grado de instrucción hay mayor probabilidad de haber escuchado alguna vez acerca del Papanicolaou y sobre prácticas preventivas para cáncer cervical, lo cual contribuye a tener una mejor actitud frente a este examen <sup>(3, 4, 7)</sup>.

La **Tabla y Gráfico 4** muestran la edad de inicio de relaciones sexuales en las mujeres encuestadas; en EsSalud el 44% lo hizo entre los 15 y 19 años, y en el MINSA este mismo rango se encontró en 47% de casos; la edad promedio de inicio de IRS en EsSalud fue de 20.44 años y en el MINSA de 20.61 años; las diferencias no resultaron significativas ( $p > 0.05$ ).

Aunque la edad promedio de inicio de relaciones sexuales fue de 20.44 años en EsSalud y de 20.61 años en el MINSA, siendo menor el riesgo en comparación a otros lugares como un sector en Colombia, donde el inicio es a los 16 años, o en un sector de Cuba donde es a los 14 años <sup>4</sup>; el 47% de las mujeres refiere su edad de inicio antes de los 20 años, de las cuales un 2% refiere su edad de inicio antes de los 15 años teniendo ellas mayor riesgo de presentar cáncer de cuello uterino.

El número de parejas sexuales de las mujeres se muestra en la **Tabla y Gráfico 5**; en 45% de mujeres de EsSalud y el 43% del MINSA refirieron

tener sólo una pareja sexual; 28% en el primer grupo y 32% en el segundo tuvieron dos parejas; un 5 a 4% de mujeres encuestadas refirieron aún no iniciar su vida sexual; las diferencias no resultaron significativas ( $p > 0.05$ ).

Es importante conocer el número de parejas sexuales de las mujeres ya que entre los factores de riesgo de cáncer de cuello uterino está el tener múltiples compañeros sexuales y una pareja masculina con muchas compañeras sexuales presentes o pasadas; si bien el 44% de mujeres refiere haber tenido 1 pareja, el 30% 2 parejas y el 4.5% no haber iniciado sus relaciones sexuales, tenemos un 21.5% que tuvo 3 o más parejas sexuales siendo este un factor de riesgo de cáncer cervical.

En cuanto al uso de métodos anticonceptivos, además del 5 a 4% de mujeres que no inició su vida sexual, el 68% de mujeres de EsSalud y el 57% del MINSA no usan métodos anticonceptivos; los más empleados vienen a ser los preservativos (9% en EsSalud, 11% en el MINSA), y 7% de mujeres en ambas localizaciones tiene ligadura de trompas, siendo el uso de otros métodos similar ( $p > 0.05$ ) (**Tabla y Gráfico 6**).

En el estudio realizado el año 2008 “Factores asociados con el conocimiento y tamizaje para cáncer de cuello uterino (examen de Papanicolaou) en mujeres peruanas en edad fértil. Análisis del periodo 1996-2008”, se considera que el usar algún método anticonceptivo es una variable que reflejaría cercanía a los servicios de salud y por ende un mejor nivel de conocimiento, también está relacionada en forma persistente a haber escuchado sobre el PAP, ya que las mujeres que usan algún método

anticonceptivo tienen casi dos veces más probabilidad de haber escuchado del PAP, que las mujeres que no usan algún método anticonceptivo <sup>3</sup>.

En la **Tabla y Gráfico 7** se muestra los conocimientos de las mujeres encuestadas acerca del examen de Papanicolaou; las respuestas fueron muy similares entre los dos grupos ( $p > 0.05$ ), siendo mejor conocidos los aspectos del objetivo del estudio (93.5%), la frecuencia con que debe realizarse el examen (91.55), el lugar de dónde se toma la muestra (77.5%), y cuándo iniciar los estudios (68.5%), y el aspecto menos conocido fue el de los requisitos necesarios para realizarse el examen (16.5%).

Respecto al conocimiento acerca del examen de PAP, encontramos que son más las mujeres que saben aspectos del objetivo del estudio y la frecuencia con que debe realizarse el examen, pero son menos las que conocen cuando se debe iniciar y los requisitos necesarios para realizarse el examen; esto refleja una instrucción incompleta en relación con las prácticas correctas sobre la toma del PAP, lo cual es similar a los resultados del estudio “Conocimientos y actitudes sobre la toma de Papanicolaou en mujeres de Lima, Perú 2007” donde encontramos que sólo el 23% de las mujeres encuestadas tienen conocimientos altos, además son más las que saben con qué frecuencia deben tomarse un PAP, pero menos las que conocen desde qué edad se debe iniciar <sup>4</sup>.

En relación a la adherencia, la **Tabla y Gráfico 8** muestran que 85% de mujeres de EsSalud se han realizado el PAP, comparado con 78% en el MINSA (81.5% del total de mujeres encuestadas); no hubo diferencias entre

las dos sedes ( $p > 0.05$ ). La realización del PAP en 50% de mujeres de EsSalud fue hace menos de un año, lo que ocurrió en 47% de mujeres del MINSA ( $p > 0.05$ ) (**Tabla y Gráfico 9**).

Respecto a la pregunta sobre “Si se ha realizado alguna vez un PAP”, el porcentaje de mujeres encuestadas que si se realizó un PAP fue de 81.5% frente a un 18.5% de mujeres que nunca se realizaron este estudio, lo cual contrasta con un estudio realizado el año 2008 “Factores asociados con el conocimiento y tamizaje para cáncer de cuello uterino (examen de Papanicolaou) en mujeres peruanas en edad fértil. Análisis del periodo 1996-2008”, donde el porcentaje de mujeres que se realizaron un PAP no superó el 50% y dicho resultado fue comparado con lo encontrado en México (45.5%), Colombia (76.5%); Venezuela (93%) y Brasil (93.3%)<sup>3</sup>. Estas cifras de países latinoamericanos nos dan un indicio de la desigualdad en la prevalencia del tamizaje de cáncer cervical y por ende de la epidemiología de este cáncer en países sudamericanos. En el presente estudio notamos que hubo un aumento del porcentaje de mujeres que se realizaron un PAP con respecto al estudio mencionado, lo cual contribuiría a un diagnóstico precoz y a reducir las tasas de mortalidad por cáncer de cuello uterino. Por otra parte encontramos que sólo un 48.5% se realizó un PAP hace menos de un año y que el 33% de mujeres encuestadas no se realiza un PAP hace más de un año lo cual no iría acorde con la frecuencia con que debe realizarse el examen.

En la **Tabla y Gráfico 10** se muestra el destino del examen realizado; entre las mujeres que se realizaron el estudio, el 14.1% de mujeres de EsSalud y el 16.7% del MINSA no recogieron los resultados, y entre las que sí lo hicieron el 12.3% y 9.2% no conocen el resultado de su examen. En ambos casos, las diferencias entre instituciones no es significativa ( $p > 0.05$ ).

Si bien en la tabla anterior encontramos que un 81.5% si se realizan el examen, aquí encontramos que de estas mujeres un 15.3% no recogen sus resultados y de las que si lo recogen un 10.9% no saben el resultado, lo cual disminuye la actitud positiva frente al examen ya que no basta con realizarse el examen si no se recogen los resultados, puesto que al no tener los resultados no podemos afirmar que la mujer tenga o no cáncer.

La **Tabla y Gráfico 11** muestran el origen de la recomendación para la realización del PAP; en 41.1% de las mujeres que se realizaron el examen, quien lo recomendó fue un personal de salud, en 48.5% de casos fue por decisión propia, y en menor proporción por recomendación de la pareja (5.5%), de un familiar (4.3%) o de algún amigo (0.6%). No hubo diferencias entre los grupos ( $p > 0.05$ ).

Encontramos que la mayor parte de mujeres encuestadas acudió a realizarse el PAP por decisión propia lo cual demuestra una buena actitud ante este examen, seguido de una recomendación por un personal de salud y en menor proporción de la pareja, un familiar y un amigo, lo cual concuerda con el estudio “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou” donde un 53.2% se realizó un PAP por iniciativa propia,

mientras un 39.8% por solicitud médica <sup>7</sup>; este resultado contrasta con otros estudios que señalan la necesidad de la aceptación de la pareja para poder incrementar la aceptación de la prueba <sup>4</sup>.

Las características del último examen de PAP realizado en las mujeres se muestran en la **Tabla y Gráfico 12**; el 85.9% de casos en ambas localizaciones se realizó el examen en consulta externa y en 14.1% se realizó en campaña; en 44.7% de mujeres de EsSalud el examen fue incómodo, lo que ocurrió en 71.8% de mujeres del MINSA ( $p < 0.05$ ). El 61.3% de mujeres en ambas instituciones manifestó la intención de continuar haciéndose los exámenes, mientras que 38.7% refirió que no volvería a hacerse el examen ( $p > 0.05$ ). De ellas, los motivos referidos para no realizarse el examen (**Tabla y Gráfico 13**) el 65.1% arguyó falta de tiempo, 22.2% no lo hará por vergüenza, 6.3% por miedo y en 3.2% del total de mujeres por falta de interés o por desconocimiento.

Al querer evaluar la actitud de las mujeres encuestadas encontramos que un 85.9% se realizó la toma de PAP por consultorio externo y que un 14.1% a través de campaña de salud, lo que muestra que la mayoría de mujeres tiene una buena actitud en cuanto a la toma del examen ya que demuestran preocupación al sacar un turno para acudir por consultorio. También encontramos que hay una marcada diferencia en cuanto a la incomodidad que sienten las mujeres que se toman un PAP en los hospitales del MINSA en contraste con los de EsSalud, lo cual nos llama la atención y nos hace pensar que factores estarían influyendo en este resultado, además

se debe tener en cuenta que una mala experiencia, como incomodidades o resultados negativos en una toma de PAP, afectarían su percepción a la prueba y por tanto, empeorarían su actitud <sup>4</sup>.

En cuanto a la interrogante sobre la intención de continuar haciéndose los exámenes un 61.3% tiene una respuesta positiva frente a un 38.7% que refirió no volvería a hacerse el examen por diferentes motivos entre los cuales la falta de tiempo ocupa un 65.1% y la vergüenza un 22.2%. Dicho resultado es preocupante ya que al no realizarse el PAP no se podría hacer un diagnóstico temprano y un tratamiento precoz para disminuir la tasa de mortalidad por cáncer de cérvix. Este resultado se puede comparar con el encontrado en el estudio “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou”, donde encontramos que tan solo 34% de la población refirió sentirse dispuesta cuando se le solicitaba realizarse un PAP, mientras que 30% se refirió preocupada, 16.2% incómoda y 10.8% avergonzada <sup>7</sup> y con el estudio “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el Papanicolaou en mujeres de 15 a 50 años en el hospital La Paz” donde encontramos que un 76.5% se sintió incómoda durante el examen y el 25% indicó vergüenza <sup>9</sup>.

Finalmente, la **Tabla y Gráfico 14** muestran los resultados de la evaluación de la adherencia de las mujeres al examen de Papanicolaou; el 54% de mujeres de EsSalud y 48% del MINSA mostraron una adherencia adecuada, 31% y 27% moderada, y el 15% de mujeres de EsSalud y 25%

del MINSA fueron no adherentes, haciendo un global de 20%, sin diferencias significativas entre los dos grupos ( $p > 0.05$ ).

Los resultados obtenidos en este estudio demuestran que de un total de 200 mujeres de edad entre 20 a 60 años, el 51% presenta una actitud adecuada, el 29% una actitud moderada y un 20% de mujeres tiene falta de adherencia, lo cual contrasta con un estudio realizado el año 2010 “Actitud ante la toma del Papanicolaou en mujeres de 20 a 45 años de una congregación rural”, los resultados obtenidos en este estudio demuestran que de un total de 70 mujeres en edad de 20 a 45 años, el 91.4% presenta una actitud positiva ante la toma del Papanicolaou y tan solo el 8.6% actitud indiferente <sup>5</sup>.

La falta de interés por conocer la importancia del estudio, considerarla innecesaria, falta de tiempo, etc, son argumentos que apoyan el descuido de su salud y sólo realizan la prueba en caso necesario, lo cual trae como consecuencia encontrar en un alto porcentaje de mujeres que acuden de manera tardía a los servicios de detección oportuna del cáncer cervical esta patología <sup>8</sup>.

Estudios revelan que el 80 por ciento de las mujeres que mueren de cáncer cervical, nunca se habían hecho la prueba, es decir que de cada cinco mujeres, cuatro mueren de esta enfermedad por no haberse sometido al examen, el cual hubiera evitado no sólo la muerte, sino incluso la enfermedad en sí.

En países en vías de desarrollo, como el nuestro, los programas de tamizaje o las campañas de prevención convencionales bien dirigidas, seguirán siendo la mejor medida de control del cáncer cérvico-uterino hasta que se dispongan de métodos estandarizados y baratos para la identificación tanto de los distintos tipos de HPV como las lesiones precursoras. Es importante propiciar el Papanicolaou de rutina para obtener un diagnóstico oportuno y brindar en los servicios asistenciales una adecuada información para crear conciencia sobre la importancia de realizarlo en forma periódica para su detección precoz, para lo cual se hace necesario también sensibilizar y capacitar a los profesionales de la salud.

Se evidencia que existe poca difusión de la información por medios de comunicación (TV, radio, diario) por lo que se hace necesario realizar en el país una campaña masiva de comunicación, que contribuya a crear conciencia, sobre la necesidad de examinarse mediante esta prueba, que no causa dolor, que se brinda en forma gratuita o con un bajo costo, y que el cáncer cervical no sólo puede ser curado sino que también puede ser prevenido utilizando el Test de Papanicolaou que es fundamental para la salud de la población femenina <sup>6</sup>.

Como limitaciones del estudio debemos señalar la dificultad de recolectar información sobre la vida personal e íntima a través de cuestionarios; dado que la encuesta era auto administrada pudo haberse excluido a más mujeres con niveles de instrucción bajo; además no se calculó una tasa de rechazo a la encuesta, pudiendo afectar los resultados si

el rechazo fue motivado por las preguntas intimas, pues el estudio incluiría a más mujeres con actitudes positivas.

**CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES  
Y PROPUESTAS**

## CONCLUSIONES

**Primera.** La adherencia al examen de Papanicolaou en Es Salud es adecuada en un 54%, moderada en un 31% y falta de adherencia en un 15%; en mujeres del MINSA es adecuada en un 48%, moderada 27% y falta de adherencia en un 25%.

En general la adherencia de las mujeres a la realización del examen de citología cervical para prevención del cáncer de cuello uterino fue adecuada en 51% y moderada en 29%, con falta de adherencia en 20% de mujeres.

**Segunda.** El conocimiento sobre el objetivo del estudio fue acertado en el 94% de mujeres de EsSalud y 93% del MINSA, sobre frecuencia del examen 93% EsSalud y 90% MINSA y lugar de donde se toma la muestra 81% EsSalud, 74% MINSA, entonces, el conocimiento acerca del examen de Papanicolaou es bueno en cuanto al objeto del estudio, la frecuencia de su realización y de dónde se toma el examen.

**Tercera.-** En cuanto a las actitudes frente al PAP encontramos que en EsSalud 85% de las mujeres si se realizaron la prueba frente a un 78% del MINSA, de las cuales el 50% de mujeres de EsSalud y el 47% del MINSA se realizaron el examen hace menos de un año y el 61.2% de EsSalud y el 61.5% del MINSA tienen la intención de repetirse l examen.

Entonces encontramos que las actitudes de las mujeres hacia el examen de Papanicolaou mostraron que casi la mitad sigue una frecuencia de examen adecuada, y la mayoría se interesa por su resultado, aunque un 38.7% de mujeres no tiene intención de repetirse el examen, siendo mayor la incomodidad ante el mismo en el MINSA.

## RECOMENDACIONES Y PROPUESTAS

- 1) Cada hospital debe poner un consultorio especial para la toma del Papanicolaou que cuente con privacidad y un personal que informe a la paciente sobre la importancia de este y explicarle paso a paso como se realiza el examen para evitar que la mujer se sienta incomoda o tenga miedo ante este examen, además acortar el tiempo para la entrega de resultados, para evitar que las mujeres no recojan el resultado de su examen.
  
- 2) El director de cada hospital puede programar charlas para los pacientes que acuden a los distintos consultorios para brindar información acerca de la importancia de PAP.
  
- 3) El Ministerio de Salud debe realizar campañas de salud periódicas para que sea más fácil acceder a este examen y así aumentar el porcentaje de mujeres que se realizan un PAP, además debe informar a la población mediante los medios de comunicación sobre este examen, sus características y la gran importancia que tiene para un diagnóstico precoz del cáncer de cérvix.

- 4) Las universidades deben educar a sus profesionales no solo en conocimientos sino también en valores, que no olviden que tratan con personas y que deben respetar su pudor y aclarar todas sus dudas frente a este examen.
  
- 5) Se recomienda realizar un estudio donde se indague más sobre las causas específicas de la incomodidad de las mujeres, además se puede tomar la tasa de rechazo ante la encuesta para tener unos mejores datos sobre la adherencia, ya que al ser voluntaria la encuesta la mayoría de mujeres que aceptaron es porque tienen una actitud positiva.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Schiffman M, Castle P: The Promise of Global Cervical-Cancer Prevention. NEJ 353:2101-2104, 2005
2. Solidoro A, Olivares L, Castellano C, Barriga O, Galdós R, Cáceres E: Cáncer de cuello uterino en el Perú: Impacto económico del cáncer invasor. Rev Diagnóstico.SF
3. Gutiérrez C, Romaní F, Ramos J, Alarcón E, Wong P: Factores asociados con el conocimiento y tamizaje para cáncer de cuello uterino (examen de Papanicolaou) en mujeres peruanas en edad fértil. Análisis del periodo 1996-2008. Rev Peruana de Epidemiología; abril 22, 2007
4. Huamaní CH, Hurtado A, Guardia M, Roca J: Conocimientos y actitudes sobre la toma de Papanicolaou en mujeres de Lima, Perú 2007. Rev Peru Med Exp Salud Publica 25(1):44-50, 2008
5. Martínez M, Vázquez S: Actitud ante la toma del Papanicolaou en mujeres de 20 a 45 años de una congregación rural. Universidad Veracruzana, junio 2010.
6. Ruoti de García M, Arrom de Fresco CH, Ruoti M, Orué E: Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el test de Papanicolaou en mujeres embarazadas consultantes de hospitales públicos del Departamento de Alto Paraná, Paraguay. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud, Vol. 4(2) Diciembre 2008

7. Bazán F, Posso M, Gutiérrez C: Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou. An Fac Med Lima 68(1), 2007
8. Arguero LB, García ML, Álvarez GM, Montaña AC, Durán DA: Información y actitudes relacionadas con el Papanicolaou en estudiantes de licenciatura, mujeres docentes y personal administrativo. Fac Med Iztacala Mex. SF
9. Zenteno CV, Rivas PJ: Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el Papanicolaou en mujeres de 15 a 50 años en el Hospital La Paz. Archivo del Hospital La Paz, Vol. 5(2) Julio-Diciembre 2007

# **ANEXOS**

**Anexo 1**  
**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

## FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

*Le pedimos por favor que responda las siguientes preguntas, con total sinceridad, es una entrevista anónima, no tiene que darnos su nombre, sus respuestas son muy importantes y nos permitirán mejorar la salud de la mujer*

HOSPITAL:..... FICHA NRO:.....

Edad ..... Estado civil .....

Grado de instrucción.....

¿A qué edad inició usted sus relaciones sexuales?:.....

¿Cuántas parejas sexuales ha tenido:.....

Usa algún método anticonceptivo: No ( ), Si ( )

¿Cuál?.....

1. ¿Ha oído o escuchado de la prueba de Papanicolaou?

a) Si ( )

b) No ( )

2. ¿Se ha realizado alguna vez la prueba de Papanicolaou?

c) Si ( )

d) No ( )

3. ¿Cuándo fue la fecha en que se realizó su último Papanicolaou?

a) Nunca ( )

b) < 1 año ( )

c) 1 – 2 años ( )

d) 2 – 3 años ( )

e) 3 – 4 años ( )

f) 4 – 5 años ( )

g) >5 años ( )

4. El Papanicolaou sirve para:

- a) Detectar SIDA en una persona ( )
- b) Detectar cáncer de cuello uterino ( )
- c) Detectar cáncer de mama ( )
- d) Detectar tuberculosis en un paciente ( )
- e) No sabe ( )

5. ¿Cuándo se debe empezar a hacerse el Papanicolaou o PAP?

- a) Después de ser casada ( )
- b) Después de tener al primer hijo ( )
- c) A partir de la primera menstruación ( )
- d) A partir de la primera relación sexual ( )
- e) Depende de cada uno ( )

6. El Papanicolaou se toma:

- a) Por raspado de la mucosa oral ( )
- b) Por muestra de orina ( )
- c) Por examen de sangre ( )
- d) Por raspado del cuello uterino ( )
- e) Por muestra del flujo vaginal ( )

7. ¿Sabe cada cuanto debe realizarse un PAP?

- a) 1 vez al año ( )
- b) Cada 2 años ( )
- c) Cada 3 años ( )
- d) Depende de cada uno ( )
- e) No sabe ( )

8. ¿Cuáles son las condiciones y/o requisitos previos para realizarse la prueba?

- a) Ninguno ( )
- b) Estar menstruando ( )
- c) No tener relaciones sexuales 24 horas antes del examen ( )
- d) Lavado de partes genitales ( )
- e) No sabe ( )

9. ¿Recibió usted el resultado de su último Papanicolaou?

- a) Si ( )
- b) No ( )

10. Si respondió sí en la pregunta anterior, ¿Conoce cuál fue el resultado de dicho examen?

- a) Si ( )
- b) No ( )

11. ¿Qué persona le sugirió que se haga el PAP?

- a) Personal de salud ( )
- b) Familiar ( )
- c) Pareja ( )
- d) Amiga ( )
- e) Por decisión propia ( )

12. Durante el examen de PAP se sintió incomoda

- a) Si ( )
- b) No ( )

13. Volvería a hacerse un PAP aunque se sintió incómoda

- a) Si ( )
- b) No ( )

14. ¿Cuál es el motivo por el cual no se realiza o no volvería a realizarse un Papanicolaou?

a) Vergüenza ( )

b) Falta de tiempo ( )

c) Miedo ( )

d) No le interesa ( )

e) Desconocimiento ( )

f) Ninguno ( )

15. Su último PAP fue tomado:

a) Voluntariamente, sacando cita por consultorio ( )

b) En campaña de salud ( )

**Anexo 2**  
**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

**UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA  
MARIA  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**



**“Adherencia a la citología cervical para diagnóstico de  
cáncer de cuello uterino en mujeres que acuden a los  
servicios hospitalarios: Hospital Nacional Carlos Alberto  
Seguín Escobedo, Hospital III Yanahuara EsSalud,  
Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza y Hospital  
III Goyeneche en Arequipa Diciembre 2013”**

Proyecto de Tesis elaborado por:  
Raquel Amparo Vera Vizcarra

Para optar el Título Profesional de Médico Cirujana

AREQUIPA – PERÚ  
2013

## **I. PREAMBULO**

El cáncer de cuello uterino es una patología femenina altamente prevenible y curable si se detecta a tiempo, para lo cual es necesario una prevención, detección y tratamiento oportuno, es causado principalmente por el virus del papiloma humano (VPH), cuya vía de contagio es a través del contacto sexual, progresando en algunos casos a un cáncer <sup>1</sup>.

La adherencia, según la Organización Mundial de la Salud, es "... el grado en que el comportamiento de una persona -tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida - se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria.." En ese sentido, el cumplimiento de las recomendaciones acerca de la prevención del cáncer de cuello, ejecutando modificaciones en su conducta, se puede aplicar también a medidas preventivas, en las que interviene la voluntad de la persona para realizar acciones de salud.

El presente estudio busca conocer cuál es el porcentaje de mujeres que se realizan periódicamente la prueba de Papanicolaou, ya que por diferentes razones muchas mujeres deciden no hacerse el Papanicolaou y no acudir a buscar el resultado como por ejemplo: la falta de preocupación; los problemas relacionados al procedimiento como miedo, vergüenza, incomodidad falta de tiempo y la falta de conocimiento <sup>2</sup>, a pesar que la adherencia a este examen ha demostrado su utilidad para la pesquisa oportuna de la patología y para la disminución de la mortalidad.

Se debe proveer educación a las mujeres, acerca del Cáncer de Cuello uterino y de la necesidad del examen de pesquisa, de acuerdo a las necesidades educativas detectadas, para mejorar el conocimiento y la calidad de la información que ellas tienen. Se debe ser cuidadoso en el

procedimiento, evitando situaciones que aumenten la incomodidad y la vergüenza que el examen produce a un gran porcentaje de ella.

Cada año, más de medio millón de mujeres en el mundo son diagnosticadas con cáncer de cuello uterino, y cerca de 25% mueren por esta causa, cerca de nueve de cada diez de estas muertes ocurren en países de ingresos medios y bajos, donde la tasa de mortalidad es del 85% , ocasionando profundas consecuencias económicas y sociales <sup>1</sup>.

Según la Organización Panamericana de la Salud “El Cáncer cérvico-uterino se puede prevenir y curar a un costo y riesgo bajos cuando el tamizaje para facilitar la detección oportuna de lesiones precursoras, está disponible junto con el diagnóstico apropiado, el tratamiento y seguimiento”, las pruebas de detección de cáncer de cuello uterino disponibles consisten en la prueba de Papanicolaou y, en algunas mujeres, la prueba del virus del papiloma humano (VPH) aunque su costo elevado hace que sea inaccesible a poblaciones de bajos ingresos <sup>1</sup>.

Si el cáncer de cuello uterino se detecta y trata en sus primeras etapas, es posible curar a más de un 90% de las mujeres que lo padecen, cuanto más haya avanzado la enfermedad, más baja es la tasa de curación.

## **II. PLANEAMIENTO TEÓRICO**

### **1.- PROBLEMA DE INVESTIGACION**

#### 1.1. Enunciado

“Adherencia a la citología cervical para diagnóstico de cáncer de cuello uterino en mujeres que acuden a los servicios hospitalarios: Hospital Nacional Carlos Alberto Seguín Escobedo, Hospital III Yanahuara EsSalud, Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza y Hospital III Goyeneche en Arequipa Diciembre 2013”

## 1.2. Descripción del problema

### A) Área del Conocimiento

- a. Área General: Ciencias de la Salud
- b. Área Específica: Medicina Humana
- c. Especialidad: Ginecología / Salud Pública
- d. Línea: Prevención de cáncer de cuello uterino

### B) Análisis y operacionalización de Variables e indicadores

VARIABLE	INDICADOR	VALORES O CATEGORIAS DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE
Adherencia a la citología cervical	Facilidad para efectuar la prueba de PAP	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adherencia fuerte (8 – 10 puntos)</li> <li>• Adherencia moderada (5 – 7 puntos)</li> <li>• No adherencia (<math>\leq</math> 5 puntos)</li> </ul>	Categórica Ordinal
<b>SUBVARIABLES</b>			
Conocimientos acerca del PAP	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para qué sirve</li> <li>• Cuándo se realiza</li> <li>• Técnica del examen</li> <li>• Frecuencia del examen</li> <li>• Preparación para el examen</li> </ul>	Correcto (1p) Incorrecto (0p)	Categórica nominal

Actitudes hacia el PAP	Recogió los resultados del PAP	Si (1p) No (0p)	Categórica nominal
	Conocimiento del Resultado del PAP	Si / No	Categórica nominal
	Motivo de no realizarse PAP	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vergüenza</li> <li>• Falta de tiempo</li> <li>• No le interesa</li> <li>• Miedo</li> <li>• Desconocimiento</li> <li>• Ninguno</li> </ul>	Categórica nominal
	Oportunidad de realizarse un PAP	Voluntario (1p) Campaña (0p)	Categórica nominal

### **VARIABLES INTERVINIENTES**

Edad	Fecha de nacimiento	Años	Cuantitativa continua
Grado de instrucción	Último año de instrucción	Primaria, Secundaria, Superior	Categórica ordinal
Estado civil	Unión civil declarada	Soltera, Casada, Separada, Viuda	Categórica nominal
Inicio de relaciones sexuales	Cuando fue su primera relación sexual	<15 años 15 – 20 años 20 – 25 años >25 años	Cuantitativa continua
Número de parejas	Cuántas parejas sexuales tuvo	1, 2, 3, 4, >4	Cuantitativa discreta
Uso de métodos	Si la mujer utiliza algún tipo de	No Si: Ritmo, Píldora	Cualitativa Nominal

Anticonceptivos	método anticonceptivo	Inyectable, T Cu, Otro	
Fuente de información	Origen de la recomendación	Decisión propia, personal de salud, familiar, amiga	Cualitativa nominal

### C) Interrogantes Básicas

- ¿Cuál es la adherencia de las mujeres a la realización del examen de citología cervical para prevención del cáncer de cuello uterino?
- ¿Cuál es el nivel de conocimientos acerca del examen de Papanicolaou?
- ¿Cuáles son las actitudes de las mujeres hacia el examen de Papanicolaou?

### D) Tipo de investigación

Según Altman el estudio es prospectivo, transversal y comparativo

## 1.3 Justificación

### ▪ Originalidad

El presente trabajo posee información de nivel con originalidad propia dado a que no se encontró antecedentes de trabajo de investigación sobre este problema en la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María.

### ▪ Relevancia

Los resultados que se obtengan a partir del presente estudio nos revelaran los datos acerca de la adherencia al PAP de las mujeres de Arequipa.

- Viabilidad

La investigación cuenta con viabilidad ya que se cuentan con todos los elementos y medios requeridos: infraestructura, tiempo, bibliografías y asesoría necesaria.

## **2. MARCO CONCEPTUAL:**

El siglo XXI encuentra al mundo claramente dividido en dos: el mundo desarrollado y el que no ha alcanzado el desarrollo. La Agencia Internacional Contra el Cáncer ha determinado que la mayoría (53%) de casos de cáncer y 60% de las muertes por cáncer ocurrieron en los países del tercer mundo <sup>3</sup>. Más aún se han encontrado marcadas diferencias en la incidencia de las diferentes neoplasias en países pobres y países desarrollados.

El Registro de Cáncer de Lima y el de la ciudad de Trujillo han coincidido en que el Cáncer de Cuello Uterino tiene en la mujer peruana, una de las incidencias más altas del mundo <sup>4</sup>. Según las estadísticas del INEN la neoplasia maligna más frecuente en mujeres es el cáncer de cuello uterino <sup>(5,10)</sup>.

En cuanto a la histología del cuello uterino normal podemos distinguir dos tipos de epitelio: uno cilíndrico monoestratificado que reviste el canal endocervical y otro pavimentoso poliestratificado en el exocérvix. La zona límite entre ambos epitelios, denominada unión escamocilíndrico escamocolumnar reviste gran importancia debido a que es donde se realiza la transformación de un epitelio en otro (metaplasia) y por ser el asiento más frecuente de las lesiones neoplásicas <sup>6</sup>.

La desorganización de la arquitectura epitelial y la aparición de atipias citonucleares, que afectan a todo o parte del espesor del epitelio sin invadir la estroma subyacente, es lo que se agrupa bajo la denominación de neoplasia intraepitelial del cuello uterino (CIN).

Según la extensión de la lesión dentro del epitelio, el CIN se clasifica en tres grados <sup>12</sup>:

- CIN grado I (sinónimo de displasia leve). Las alteraciones afectan al tercio inferior del grosor total del epitelio
- CIN grado II (sinónimo de displasia moderada). Las alteraciones afectan entre uno y dos tercios del grosor total del epitelio
- CIN grado III (sinónimo de displasia grave: carcinoma in situ). Las alteraciones se extienden a todo el grosor del epitelio.

Actualmente se utiliza de forma bastante generalizada el sistema de Bethesda para el informe diagnóstico de citología cérvico-vaginal, que introduce el término lesión intraepitelial escamosa (LIE). Algunas lesiones progresan de grado hasta invadir el estroma, otras permanecen estacionarias o regresan de forma espontánea. Se considera que el 25%-35% regresarán, el 60% persistirán y el 15% progresarán hacia la invasión. En general, cuanto mayor es el grado de una lesión, más probable es su progresión <sup>(6,11,12)</sup>.

Los programas de detección buscan diagnosticar lesiones precancerosas y tratarlas antes de que progresen y se conviertan en un cáncer invasivo. Los países desarrollados empezaron hace muchos años programas de citología cervical en todas las mujeres sexualmente activas, y han logrado una sustancial disminución de la incidencia y mortalidad por Cáncer de Cuello Uterino. En USA la incidencia y mortalidad por Cáncer de Cuello Uterino entre los años 1950 y 1970, se redujo en más de 70% gracias a estos programas. Por el contrario en las mujeres de los países que carecen de programas efectivos de

“screening”, la mayoría de los casos es diagnosticada en las etapas tardías de la enfermedad, cuando su tratamiento representa un desafío formidable y un costo prohibitivo.

En lo que respecta a supervivencia, los porcentajes de curación en el carcinoma in situ a los cinco años oscilan entre el 95%-100%, en el estadio I son del 80%, en el estadio II del 60%, en el III del 30%-40% y en el IV los porcentajes son muy bajos <sup>12</sup>.

En el Perú, de acuerdo a los resultados de los registros de cáncer poblacionales de Lima, Trujillo y Arequipa, se ha estimado que en el año 2004 habían ocurrido 3,962 casos nuevos y fallecieron 1,540 mujeres por esta causa. En las ciudades de Trujillo y Arequipa el cáncer de cuello uterino es la primera causa de cáncer en mujeres.

El cáncer de cuello uterino es causado principalmente por el virus del papiloma humano (VPH)<sup>(11,12)</sup>, cuya vía de contagio es a través del contacto sexual, por microtraumatismos a través del coito con una persona infectada, progresando en algunos casos a un cáncer <sup>8</sup>. Es posible evitar en gran medida el cáncer de cuello uterino mediante pruebas de detección periódicas de este cáncer. Casi la mitad de los casos de cáncer de cuello uterino ocurre en mujeres que nunca han tenido una prueba de detección. Si el cáncer de cuello uterino se detecta y trata en sus primeras etapas, es posible curar a más de un 90% de las mujeres que lo padecen, cuanto más haya avanzado la enfermedad, más baja es la tasa de curación.

### **Cómo evoluciona el cáncer de cuello uterino:**

Por lo general, el cáncer de cuello uterino tarda varios años en desarrollarse, durante este tiempo las células en el cuello uterino o alrededor de este se vuelven anormales. Los primeros cambios celulares que ocurren antes de que se desarrolle el cáncer se llaman

displasia o neoplasia cervical intraepitelial (NIC). El PAP detecta estas alteraciones celulares y permite dar tratamiento temprano.

El virus del papiloma pertenece a la familia de los Papilloma viridae y representa una de las infecciones de transmisión sexual más comunes, y se conocen más de 100 tipos virales que en relación a su patogenia oncológica, se clasifican en tipos de alto riesgo oncológico 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58y de bajo riesgo oncológico 6, 11 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81 <sup>1</sup>

### **Factores de riesgo:**

Las mujeres que tienen mayor riesgo son las que han tenido varias parejas sexuales, prostitución, tener una pareja sexual masculina que ha tenido varias parejas sexuales, comienzo de las relaciones sexuales a una edad temprana, las que fuman, las que han tenido muchos hijos, las que han utilizado píldoras anticonceptivas por mucho tiempo o las personas inmunodeprimidas, como por ejemplo las que tienen una infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), consumen corticoides<sup>12</sup>. Generalmente al inicio es asintomático, sin embargo, más adelante pueden presentar dolor en la pelvis o sangrado vaginal, y suele tomar varios años para que progrese a cáncer <sup>8</sup>.

Podemos decir que la progresión de este tumor a cáncer invasivo viene determinada por la infección persistente del VPH. Hay que tener en cuenta que un alto porcentaje de estas infecciones regresan espontáneamente y otro, entre el 5% y el 10%, dan lugar a un estado de portadora crónica, alguna de las cuales evoluciona posteriormente a lesiones neoplásicas.

### **Síntomas:**

A menudo no presentan síntomas, para cuando se presentan los síntomas las células cancerosas ya se han diseminado, estos pueden

ser sangrado anormal, manchas de sangre o secreción acuosa vaginal, el sangrado menstrual podría ser más intenso de lo acostumbrado y puede haber sangrado después de las relaciones sexuales. En un estado avanzado de cáncer hay dolor pélvico, dificultad para orinar y piernas hinchadas

### **Diagnóstico:**

Las pruebas de detección de cáncer de cuello uterino disponibles consisten en la prueba de citología cervical más conocida como la prueba de Papanicolaou y, en algunas mujeres, la prueba del virus del papiloma humano (VPH) aunque su costo elevado hace que sea inaccesible a poblaciones de bajos ingresos. El Congreso Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) emitió directrices en el año 2009 cuya recomendación indica realizar el examen de papanicolaou anualmente para detectar el cáncer cervical a partir de los 21 años, una vez cada dos años entre las mujeres de 21 a 29 años de edad, y una vez cada tres años para las mujeres a partir de los 30 años, así como una prueba del VPH conjuntamente, idealmente cada 5 años <sup>9</sup>. Las mujeres con un historial de cáncer de cuello uterino, las que están infectadas con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), aquellas con un sistema inmunitario debilitado o las que estuvieron expuestas a dietil estilbestrol (DES) antes de nacer no deben seguir estas pautas rutinarias.

El examen de Papanicolau consiste en la extracción de una pequeña cantidad de células del cuello uterino para su observación a través de un microscopio en busca de la identificación de células anormales, siendo necesaria una biopsia que determinará el tipo de lesión y tratamiento a seguir, que puede incluir cirugía, terapia de radiación, quimioterapia o una combinación de estos, dependiendo de la diseminación o el deseo de embarazo posterior.

### **Citología cervicovaginal:**

La prueba de elección es la citología de Papanicolaou, que se basa en el estudio morfológico de las células obtenidas por la exfoliación espontánea o inducida del epitelio cervical. No se trata de una técnica diagnóstica y por ello el hallazgo de una citología positiva o sospechosa sólo debe ser el punto de partida para una investigación más profunda <sup>12</sup>.

Se obtiene una vez introducido el espéculo y bajo el control visual del cérvix. Para la muestra endocervical se utiliza un hisopo (seco o húmedo) o un cepillo endocervical. la espátula de Ayre clásica o modificada sirve para la toma exocervical y la vaginal.

La toma de muestra se debe hacer antes del tacto vaginal, en ausencia de menstruación o de sangrado y sin utilizar lubricantes. Recomendaremos a la mujer no realizar tratamientos intravaginales desde una semana antes, evitar lavados o duchas vaginales y el coito en las 24 horas anteriores <sup>12</sup>.

En la valoración del resultado citológico se tendrá en cuenta si la muestra es adecuada y si existen signos inflamatorios o infecciosos que puedan alterar el resultado. Para considerar una muestra citológica como adecuada para su estudio es necesaria la presencia de células endocervicales y moco con células metaplásicas de la unión escamocilíndrica.

#### **Validez:**

La prueba de Papanicolaou tiene una sensibilidad (proporción del total de mujeres con cáncer que la prueba es capaz de detectar) que oscila entre el 74% y el 97,6% y una especificidad (proporción de mujeres sanas confirmadas como tales por el valor negativo de la prueba) entre el 50% y el 91% <sup>12</sup>. Esta variabilidad repercute negativamente en la eficiencia de esta intervención al tratarse de una enfermedad de baja

prevalencia, puesto que esto hace que disminuya notablemente el valor predictivo positivo de la prueba (proporción de resultados válidos entre los resultados positivos de la prueba), lo cual supone a su vez que sea necesario un elevado número de reexploraciones para confirmar el diagnóstico. Estos datos que hemos visto están en función de la calidad de la toma de la muestra citológica, de su lectura e interpretación y de los posibles errores en el procesamiento de dicha muestra. Como es de suponer, los errores cometidos en la interpretación de esta prueba pueden ser muy importantes sobre todo en el caso de los falsos negativos, puesto que ello conlleva la no detección de casos de lesión que pueden evolucionar hacia estadios más avanzados.

En el estudio realizado en Inglaterra y Gales se estima una disminución del 70% de la incidencia de cáncer invasivo y del 60% de la mortalidad como efecto del cribado en mujeres menores de 55 años en el período 1988-1997 <sup>12</sup>.

Sin embargo, otros estudios realizados acerca de evaluaciones de programas de cribado bien organizados y de larga duración no son tan optimistas y señalan el limitado impacto obtenido sobre la mortalidad producida por este tumor, planteando si es necesario dedicar tantos recursos para lograr tan escasos beneficios.

### **Periodicidad**

Existe controversia en cuanto a la frecuencia del cribado. Después de evaluar 8 programas a nivel mundial, que incluían 1.800.000 mujeres, la Agencia Internacional de Investigación del Cáncer (IARC) llega a la conclusión que realizar la exploración cada 3 ó 5 años no ofrece una protección significativamente menor que hacerlo anualmente <sup>12</sup>.

Según la revisión realizada por esta Agencia, la reducción del riesgo obtenida con la realización de citología cada 3 años a partir de los 35 con una prueba negativa previa es del 90,8%, lo que supone realizar 10 pruebas a lo largo de la vida de la mujer. La reducción del riesgo sería del 92,5% cuando se realiza cada 2 años (15 pruebas) y del 93,5% si se hace anualmente (30 pruebas).

El intervalo idóneo entre pruebas se logra al alcanzar el punto de equilibrio entre la reducción del riesgo obtenida con intervalos cada vez más cortos y los menores costes generales para prevenir este cáncer. A este respecto, Miller concluyó en sus trabajos que el mayor grado de coste- efectividad se consigue con un intervalo de cribado de 3 a 5 años empezando a la edad de 25 años. Por eso parece inadecuado e ineficiente ofrecer la prueba de forma anual a mujeres asintomáticas y sin riesgo elevado.

Según este estudio parece razonable recomendar <sup>12</sup>:

- Realizar citología exfoliativa cervical a toda mujer entre 18-65 años, que mantenga o haya mantenido relaciones sexuales, durante 2 años consecutivos (con el fin de detectar los falsos negativos).

Si ambas pruebas son normales, se repetirá la toma con la periodicidad siguiente:

- Cada 3 años hasta los 35 años.
- Cada 5 años de los 35 a los 65 años.
- Mujeres mayores de 65 años sin control en los 5 años anteriores deben ser controladas durante 2 años consecutivos.
- Si los resultados de ambas pruebas son normales se abandonará el control.
- Anual hasta los 35 años, en aquellas mujeres con tratamiento anticonceptivo hormonal y en las que presenten factores de riesgo relacionados con la enfermedad<sup>24</sup>.

- No se recomienda su realización a mujeres que nunca han tenido una vida sexualmente activa y aquellas a las que se ha practicado una histerectomía total.

Estudios señalan que algunos de los factores que favorecen que las mujeres se tomen el Papanicolaou son: el grado de conocimiento, la presencia de síntomas ginecológicos, la edad mayor de 30 años, el mayor nivel socio-económico, y el tener seguro de salud. Estudios señalan que algunos de los factores que favorecen que las mujeres se tomen el Papanicolaou son: el grado de conocimiento, la presencia de síntomas ginecológicos, la edad mayor de 30 años, el mayor nivel socio-económico y el tener seguro de salud.

Los factores por los que muchas mujeres no se realizan un Papanicolaou son <sup>2</sup>:

- **Falta de preocupación:** presenta la falta de preocupación de aspectos asociados a la propia mujer, que hacen que no se interese por acudir a realizarse el examen. La “dejación”, es un término referido reiteradamente por las mujeres, la “flojera” es otra de las causas a las que las mujeres atribuyen que no se hagan el PAP, otra causa es el hecho que las mujeres refieren postergarse, principalmente por otros integrantes de la familia, “... las mujeres se postergan, primero el grupo familiar después ellas”, “...nos preocupan más los hijos y la familia que nosotras mismas”.
- **Problemas asociados al procedimiento:** considera todas aquellas causas que, de alguna u otra manera, impiden que la mujer acuda a tomarse el PAP o a recibir el resultado, y está relacionada al procedimiento o a las consecuencias que éste pueda tener. El miedo es una de las categorías más comunes para las mujeres, tanto en lo referente a los motivos para no tomarse el PAP, como para no acudir a buscar el resultado, miedo al dolor y a

su vez al desconocimiento del procedimiento como tal, miedo a encontrarse con alguna enfermedad y prefieren no saberlo, en este caso el temor que provoca el diagnóstico de cáncer. La vergüenza y la incomodidad que les causa el examen, es otra de las barreras percibidas por las mujeres, para acudir a realizarse el PAP, sobre todo si las atiende un hombre.

La falta de tiempo es un aspecto considerado por algunas de las mujeres, ya sea para no tomarse el PAP como para no ir a retirar el resultado. Cabe señalar que la falta de tiempo se asocia a las actividades laborales que las mujeres tienen y por la espera que deben realizar en el consultorio.

- **Falta de conocimiento:** Tema asociado a la falta de conocimiento que las mujeres tienen, ya sea relacionado al examen y su utilidad como también al momento que deben conocer el resultado.

Se debe proveer educación a las mujeres, acerca del Ca de Cuello uterino y de la necesidad del examen de pesquisa, de acuerdo a las necesidades educativas detectadas, para mejorar el conocimiento y la calidad de la información que ellas tienen. Se debe ser cuidadoso en el procedimiento, evitando situaciones que aumenten la incomodidad y la vergüenza que el examen produce a un gran porcentaje de ella.

En el Perú, las acciones de prevención del cáncer de cuello uterino están extendidas como política sectorial desde el año 2007, sin embargo a la fecha no han logrado una cobertura óptima, por ejemplo en la Red Asistencial de Lambayeque se tiene que el 17,7% de los casos de cáncer de cuello uterino fueron detectados inicialmente por tamizaje<sup>3</sup>, según el registro hospitalario de cáncer, y considerando que para que un programa de control del cáncer de cuello uterino sea exitoso se espera que el tamizaje cobertura por encima del 70% de la población de riesgo, y en el país estamos muy lejos de esa cobertura,

siendo uno de los principales problemas el largo periodo de espera para obtener los resultados, lo cual genera que el diagnóstico y el tratamiento no se realice oportunamente, así como la falta de un seguimiento apropiado y oportuno de las mujeres afectadas.

### 3.- OBJETIVOS

#### a) Objetivo general

- Identificar la adherencia a la citología cervical para diagnóstico de cáncer de cuello uterino en mujeres que acuden a los servicios de salud de Arequipa 2013

#### b) Objetivos específicos

- Identificar la adherencia de las mujeres a la realización del examen de citología cervical para prevención del cáncer de cuello uterino.
- Establecer el nivel de conocimientos acerca del examen de Papanicolaou.
- Describir las actitudes de las mujeres hacia el examen de Papanicolaou.

## III. PLANEAMIENTO OPERACIONAL

### 1.- Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

#### 1.1. Técnica:

- En la presente investigación se aplicará la técnica de la encuesta

#### 1.2. Instrumentos:

- Ficha de recolección de datos

### 1.3. Materiales

- Útiles de escritorio
- Papelería
- Computadora personal

## 2.- Campo de Verificación

### 2.1 Ubicación Espacial

- Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo EsSalud
- Hospital III de Yanahuara EsSalud
- Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza MINSA
- Hospital III Goyeneche MINSA

### 2.2 Ubicación Temporal

- Enero 2014

### 2.3 Fuentes de estudio

Mujeres en edad reproductiva de Arequipa

#### a) Criterios de inclusión

- Mujeres entre 20 – 60 años que acuden a consulta en los Hospitales:
  - Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo
  - Hospital III de Yanahuara EsSalud
  - Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza
  - Hospital III Goyeneche
- Participación voluntaria en el estudio

#### b) Criterios de exclusión

- Mujeres que hayan sido diagnosticadas con cáncer de cuello uterino
- Mujeres menores de 20 años

- Mujeres mayores de 60 años

### 3.- Estrategia de Recolección de datos

#### 3.1 Organización:

Recoger datos mediante la ficha de recolección de datos.

**Muestra:** Se estudiará una muestra representativa cuyo tamaño se calculó mediante la fórmula de muestreo para proporciones en grupos independientes:

$$n = \left[ \frac{Z\alpha\sqrt{2(\hat{p}\cdot\hat{q})} + Z\beta\sqrt{(p_1\cdot q_1) + (p_2\cdot q_2)}}{p_1 - p_2} \right]^2$$

Dónde:

n = tamaño de la muestra

Z $\alpha$  = coeficiente de confiabilidad para una precisión del 95% = 1.96

Z $\beta$  = coeficiente de confiabilidad para una potencia del 80% = 0.84

p<sub>1</sub> = proporción estimada de cumplimiento de PAP en MINSA = 0.30

p<sub>2</sub> = proporción estimada de cumplimiento de PAP en ES SALUD = 0.50

$$\hat{p} = \frac{p_1 + p_2}{2}$$

$$q = 1 - p$$

Por tanto: n = 92,89  $\approx$  100 integrantes por grupo como mínimo.

- Hospital Nacional Carlos Alberto Seguín Escobedo = 50 mujeres
- Hospital III de Yanahuara EsSalud = 50 mujeres
- Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza = 50 mujeres
- Hospital III Goyeneche = 50 mujeres

Además los integrantes de la muestra deberán cumplir los criterios de selección.

### 3.2. Instrumento

Se elaboró un instrumento en base a la revisión de la literatura, con un cuestionario que contiene preguntas de índole general, para conocer las características epidemiológicas de las pacientes (que no se puntúan), preguntas acerca de la adherencia (aceptación, persistencia y cumplimiento), que se puntúan con un punto por respuesta correcta, y preguntas de motivación (no puntuadas). La escala de adherencia mostró una alta consistencia interna (alfa de Cronbach = 0,84).

### 3.3. Recursos

#### a. Recursos Humanos

- El autor: Bachiller en Medicina Raquel Amparo Vera Vizcarra
- Asesor: Médico Oncólogo Dr. Mendoza del Solar
- Grupo recolector de datos

#### b. Recursos Físicos

- Ficha de recolección de datos
- Material de escritorio
- Impresora
- Procesador de texto Microsoft Office Word 2010
- Procesador de datos Microsoft Office Excel 2010

#### c. Recursos Financieros

- Autofinanciado por el autor

#### 4.- Criterios o estrategia para el manejo de resultados

##### **a) Plan de Procesamiento:**

Los datos registrados en el Anexo 1 serán luego codificados y tabulados para su análisis e interpretación. Las preguntas de adherencia serán puntuadas con un punto, considerando una Adherencia fuerte entre 8 – 10 puntos, una adherencia moderada entre 5 – 7 puntos, y una falta de adherencia con < 5 puntos.

##### **b) Plan de Clasificación:**

Se empleará una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2010).

##### **c) Plan de Codificación:**

Se procederá a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala continua y categórica para facilitar el ingreso de datos.

##### **d) Plan de Recuento.**

El recuento de los datos será electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

##### **e) Plan de análisis**

Se empleará estadística descriptiva con medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentarán como proporciones. Para el análisis de datos se empleará la hoja de

cálculo de Excel 2010 con su complemento analítico y el paquete SPSSv.20.0.

## V. CRONOGRAMA:

	DICIEMBRE 2013			Enero 2014		
ACTIVIDADES	Semana 1	Semana 2 - 3	Semana 4	Semana 1	Semana 2	Semana 3
Elección del tema						
Revisión bibliográfica						
Aprobación del proyecto						
Ejecución						
Análisis de interpretación						
Informe Final						

## VI REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Schiffman M, Castle P: The Promise of Global Cervical-Cancer Prevention. N Engl J Med 353:2101-2104, 2005
2. Solidoro A, Olivares L, Castellano C, Barriga O, Galdós R, Cáceres E: Cáncer de cuello uterino en el Perú: Impacto económico del cáncer invasor. Rev Diagnóstico.SF
3. Galán E, Díaz C, Rodas J: Tamizaje citológico para cáncer de cuello uterino: una problemática emergente. Rev. cuerpo méd. HNAAA 6(2):52-54, 2013
4. Urrutia M, Poupin L, Concha X, Viñales D, Iglesias C, Reyes V: ¿Por qué las mujeres no se toman el Papanicolaou?: Barreras percibidas por un grupo de mujeres ingresadas al programa de Cáncer cervicouterino. REV CHIL OBSTET GINECOL 73(2): 98-103, 2008
5. The American College of Obstetricians and Gynecologists: El cáncer de cuello uterino 2013
6. The American College of Obstetricians and Gynecologists: Pruebas de detección de cáncer de cuello uterino, 2013
7. The American College of Obstetricians and Gynecologists: Datos sobre resultados anormales de pruebas Papanicolaou. 2009
8. Instituto Nacional De Enfermedades Neoplásicas: Neoplasias malignas más frecuentes 1985 – 2011

9. Medina L, Rodríguez B, Núñez E, Guzmán A, Chávez R, Cueto U: Controlando el cáncer. Boletín mensual, año I, edición N°1, Setiembre 2010. IREN – SUR, 2010
10. Guía de Práctica Clínica – Cáncer de cuello uterino. INEN 2011
11. Hernández D, Linaldi F, Apresa T, Escudero P, Alvarado I, Ornelas L: Factores asociados con incumplimiento para tamizaje en cáncer de cérvix. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 45 (4): 313-320, 2007
12. Sánchez P: Cáncer de cérvix uterino SEMERGEN 28(3):145-51, 2002
13. Solidoro A: Cáncer en el siglo XXI. Acta Med Per. 23(2):112-118, 2006
14. Saslow D, Solomon D, Lawson H, Killackey M, Kulasingam S, Cain J: American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology Screening Guidelines for the Prevention and Early Detection of Cervical Cancer. Am J Clin Pathol 137:516-542, 2012