



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

Factores asociados al tamizaje de cáncer de cuello uterino: análisis secundario, ENDES 2019

MODALIDAD DE OBTENCIÓN: SUSTENTACIÓN DE TESIS VIRTUAL

Para optar el título profesional de Médico (a) Cirujano (a)

AUTOR(ES)

Tokumoto Valera, Fiorella Sumiko (<https://orcid.org/0000-0003-0009-7685>)

Vidarte Paiva, Julio César (<https://orcid.org/0000-0002-6600-953X>)

ASESOR(ES)

Mg. Espinoza Rojas, Rubén (<https://orcid.org/0000-0002-1459-3711>)

Lima, 2022

Metadatos Complementarios

Datos de autor:

TOKUMOTO VALERA, FIORELLA SUMIKO

VIDARTE PAIVA, JULIO CÉSAR

Tipo de documento de identidad del AUTOR: DNI

Número de documento de identidad del AUTOR:

TOKUMOTO VALERA, FIORELLA SUMIKO: 74225172

VIDARTE PAIVA, JULIO CÉSAR: 45503698

Datos de asesor

ESPINOZA ROJAS, RUBÉN

Tipo de documento de identidad del ASESOR: DNI

Número de documento de identidad del ASESOR: 10882248

Datos del jurado

PRESIDENTE: DR. DE LA CRUZ VARGAS, JHONY

DNI: 06435134

ORCID: 0000-0002-5592-0504

MIEMBRO: QUIÑONES LAVERIANO, DANTE

DNI: 46174499

ORCID: 0000-0002-1129-1427

MIEMBRO: VELA RUIZ, JOSÉ MANUEL

DNI: 72849690

ORCID: 0000-0003-1811-4682

Datos de la investigación.

Campo del conocimiento OCDE: 3.02.27

Código del Programa: 912016

DEDICATORIA

A Dios en primer lugar, por regalarnos cada día de vida y ayudarnos a cumplir nuestras metas.

A mamá Irma y a mi abuelo Luis Froilan por su apoyo y afecto.

A Genoveva Yolanda Valera Málaga, en especial por su amor, apoyo incondicional y comprensión en la realización del presente trabajo y a lo largo de mis estudios para lograr mis objetivos.

A Violetta por su cariño y amor.

A Renzo Lazo por darme la motivación y ánimo para lograr culminar el presente trabajo.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, queremos agradecer al Dr. Rubén Espinoza, nuestro asesor del curso taller de tesis, quien nos orientó con sus conocimientos en la realización de nuestro trabajo de investigación.

Asimismo, un agradecimiento especial al curso de taller de tesis dictado por el Dr. Jhony de la Cruz Vargas, por brindarnos los recursos y enseñarnos cada paso para culminar el presente trabajo.

Por último, queremos agradecer a nuestra familia y compañeros. En especial, queremos hacer mención a nuestros padres, que gracias a su apoyo incondicional y cariño nos daban ánimos y fortaleza para continuar y lograr la culminación de nuestra tesis.

RESUMEN

Introducción: el tamizaje para cáncer de cuello uterino aplicado de manera oportuna se convierte en una intervención costo-efectiva para la detección oportuna de casos.

Objetivo: Determinar la asociación entre los factores sociodemográficos, socioculturales y de conocimiento con el tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres peruanas de

12 a 49 años, entrevistadas en la ENDES 2019. **Métodos:** Se realizó un estudio tipo cuantitativo, observacional, transversal y analítico de las mujeres entrevistadas en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES)2019. Se analizaron los datos de 11597 mujeres de 12 a 49 años. Se utilizó estadística descriptiva y analítica. Para el análisis bivariado y multivariado se utilizaron razones de prevalencia (RP) cruda y ajustada, con un intervalo de confianza de 95% y $p < 0.05$.

Resultados: La prevalencia del tamizaje de cáncer de cuello uterino fue de 67.6%. En el análisis multivariado, las variables que presentaron asociación estadísticamente significativa fueron edad 37 a 49 años (RP_a= 2.39, IC: 2.25-2.53), tener pareja (RP_a= 1.61, IC: 1.52-1.71), nivel educativo superior (RP_a= 1.09, IC: 1.07-1.12), ser pobre (RP_a= 1.09, IC: 1.05-1.12), vivir en área rural (RP_a= 0.90, IC: 0.86-0.94), tener cobertura de seguro de salud (RP_a= 1.14, IC: 1.11-1.18), edad de inicio de relaciones sexuales (RP_a= 0.99, IC: 0.96-1.01) y haber escuchado sobre el cáncer de cuello uterino (RP_a= 1.37, IC: 1.28-1.47) con el tamizaje para cáncer de cuello uterino.

Conclusiones: La edad, tener pareja, nivel educativo superior, ser pobre, vivir en área rural, tener cobertura de seguro de salud y haber escuchado sobre cáncer de cuello uterino son los factores con asociados de manera significativa a la realización del tamizaje de cáncer de cuello uterino. La edad de inicio de relaciones sexuales no está asociada de manera significativa al tamizaje de cáncer de cuello uterino.

Palabras clave: (DeCS): cáncer, cuello uterino, tamizaje, Perú.

ABSTRACT

Introduction: screening for cervical cancer applied in a timely manner becomes a cost-effective intervention for the timely detection of cases. **Objective:** To determine the association between sociodemographic, sociocultural and knowledge factors with cervical cancer screening in Peruvian women aged 12 to 49 years, interviewed in ENDES 2019. **Methods:** A quantitative, observational, cross-sectional and analysis of the women interviewed in the Demographic and Family Health Survey (ENDES) 2019. Data from 11,597 women aged 12 to 49 years were analyzed. Descriptive and analytical statistics were used. Crude and adjusted prevalence ratios (PR) were used for bivariate and multivariate analysis, with a 95% confidence interval and $p < 0.05$. **Results:** The prevalence of cervical cancer screening was 67.6%. In the multivariate analysis, the variables that presented a statistically significant association were age 37 to 49 years (RPa= 2.39, CI: 2.25-2.53), having a partner (RPa= 1.61, CI: 1.52-1.71), higher educational level (RPa= 1.09, CI: 1.07-1.12), being poor (RPa= 1.09, CI: 1.05-1.12), living in a rural area (RPa= 0.90, CI : 0.86-0.94), having health insurance coverage (RPa= 1.14, CI: 1.11-1.18), age at first sexual intercourse (RPa= 0.99, CI: 0.96-1.01) and having heard about cervical cancer (RPa= 1.37, CI: 1.28-1.47) with screening for cervical cancer. **Conclusions:** Age, having a partner, higher educational level, being poor, living in a rural area, having health insurance coverage and having heard about cervical cancer are the factors significantly associated with performing cervical cancer screening. cervix. The age of onset of sexual intercourse is not significantly associated with cervical cancer screening.

Key words: (MESH): cancer, cervix, screening, Peru.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	9
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	13
1.3. LINEA DE INVESTIGACIÓN NACIONAL Y DE LA URP VINCULADA.....	13
1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	14
1.5. DELIMITACION DEL PROBLEMA.....	14
1.6 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	14
1.5.1. OBJETIVO GENERAL.....	14
1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	17
2.2. BASES TEÓRICAS.....	25
2.3. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES.....	31
CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	
3.1. HIPÓTESIS: GENERAL, ESPECÍFICAS.....	32
3.2. VARIABLES PRINCIPALES DE INVESTIGACIÓN.....	33
CAPITULO IV: METODOLOGÍA	
4.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	34
4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	35
4.3. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	35
4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	34
4.5. RECOLECCIÓN DE DATOS.....	35
4.6. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	38

4.7. ASPECTOS ÉTICOS.....	39
---------------------------	----

CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1. RESULTADOS.....	40
5.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	52

CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. CONCLUSIONES.....	56
6.2. RECOMENDACIONES.....	57

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....

ANEXOS.....

ANEXO 1: ACTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS.....	64
--	----

ANEXO 2: CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS.....	65
---	----

ANEXO 3: CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS, FIRMADO POR LA SECRETARÍA ACADÉMICA.....	66
--	----

ANEXO 4: APROBACION POR EL COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACIÓN.....	67
--	----

ANEXO 5: ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS.....	68
--	----

ANEXO 6: REPORTE DE ORIGINALIDAD DEL TURNITIN.....	69
--	----

ANEXO 7: CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER.....	70
---	----

ANEXO 8: MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	72
--------------------------------------	----

ANEXO 9: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	73
---	----

ANEXO 10: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS O INSTRUMENTOS UTILIZADOS.....	74
--	----

ANEXO 11: BASES DE DATOS (EXCEL, SPSS), O EL LINK A SU BASE DE DATOS SUBIDA EN EL INICIB-URP.....	75
---	----

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino constituye un fundamental problema de la salud pública que afecta a la mayoría de mujeres en edad fértil, no solo en todo el mundo sino además en el territorio peruano, donde se vio su incidencia con una tendencia creciente en los últimos años; es una patología con una alta morbilidad y mortalidad; pertenece a las patologías más complejas de la medicina, por su naturaleza compleja, diversa y multicausal, por lo que la prevención mediante el tamizaje para cáncer de cuello uterino aplicado de manera oportuna se convierte en una intervención costo-efectiva para la detección oportuna de casos³⁸. En nuestro territorio peruano, en las mujeres el cáncer de cuello uterino se encuentra en segundo lugar posterior al cáncer de mama³, por ello realizamos en presente estudio de investigación, debido a su alta incidencia y mortalidad en los últimos años, Para realizar el presente trabajo de investigación se hizo un análisis de base secundaria de la ENDES³², es una encuesta nacional que es realizada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática en Perú, que nos proporcionó los datos para realizar el presente análisis, el estudio del cáncer de cuello uterino forma parte además del documento de las patologías no transmisibles, gracias a ello nos han permitido determinar en el presente estudio los factores asociados a la realización de la prueba de Papanicolaou en el año 2019 mediante el análisis de datos secundarios extraídos de la ENDES 2019.

LISTA DE TABLAS

TABLA N° 1: ANALISIS UNIVARIADO DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, SOCIOCULTURALES Y DE CONOCIMIENTO EN MUJERES DE 12 A 49 AÑOS DE EDAD. ENDES 2019.....	41
TABLA N°2: ANÁLISIS BIVARIADO CON F CORREGIDA DE LA ASOCIACIÓN DE LA REALIZACIÓN DEL TAMIZAJE DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO CON LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS.....	44
TABLA N°3: ANÁLISIS BIVARIADO CON F CORREGIDA DE LA ASOCIACIÓN DE LA REALIZACIÓN DEL TAMIZAJE DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO CON LOS FACTORES SOCIOCULTURALES, EN MUJERES PERUANAS DE 12 A 49 AÑOS.....	45
TABLA N°4: ANÁLISIS BIVARIADO CON F CORREGIDA, DE LA ASOCIACIÓN DE LA REALIZACIÓN DEL TAMIZAJE DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO CON EL FACTOR CONOCIMIENTO, EN MUJERES PERUANAS DE 12 A 49 AÑOS, ENTREVISTADAS EN LA ENDES 2019.....	46
TABLA N°5: ANÁLISIS BIVARIADO CON RP CRUDO DE LOS FACTORES ASOCIADOS A LA REALIZACIÓN DEL TAMIZAJE DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO, EN MUJERES DE 12 A 49 AÑOS, ENDES 2019.....	47
TABLA N°6: ANÁLISIS MULTIVARIADO CON RP AJUSTADO DE LOS FACTORES ASOCIADOS A LA REALIZACIÓN DEL TAMIZAJE DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO, EN MUJERES DE 12 A 49 AÑOS, ENDES 2019.....	50

LISTA DE GRAFICOS

GRÁFICO N°1: DISTRIBUCIÓN DEL TAMIZAJE PARA CÁNCER DE CUELLO UTERINO, EN MUJERES DE 12 A 49 AÑOS, ENTREVISTADAS EN LA ENDES 2019. (PORCENTAJE).....40

CAPÍTULO I:

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

A nivel mundial, el cáncer de cuello uterino (CaCu) representa una patología de importancia para la salud pública debido a la gran morbilidad y mortalidad que ocasiona en las mujeres¹. Al 2020, el cáncer de cuello uterino ocasiona el 3.3% de todas las muertes por cáncer en el mundo, siendo el noveno cáncer con mayor mortalidad². En las mujeres se posiciona como el cuarto cáncer con mayor incidencia, teniendo una tasa de incidencia de 13.3% del total de cánceres en este grupo. Al 2020, las cifras de GLOBOCAN reportan 604 127 casos nuevos de CaCu, con una tasa de incidencia de 3.1%, correspondiendo este hallazgo a predominio de Asia (351 720 casos) seguidos por África (117 316 casos) de entre los cuales la mortalidad se concentra fundamentalmente en Asia (199 902 muertes)². En el Perú, el CaCu ocupa el quinto lugar en casos nuevos de cáncer en el 2020, con una tasa de incidencia de 6.1%, ocupando en el caso de las mujeres la segunda posición en nuevos casos³, con una tasa de incidencia de 11.5%, atribuyéndosele la cuarta posición, 6.5% del total de causas de muerte por cáncer³. Para enfrentar esta problemática, diferentes países implementaron programas de tamizaje basados tanto en la técnica del Papanicolaou⁴⁻⁶ y las recomendaciones impartidas por la OMS⁷, considerando estas intervenciones como costo-efectivas y de gran utilidad para captar oportunamente casos de CaCu y reducir sus cifras lo cual viene siendo evidenciado en diferentes regiones del mundo desde su implementación⁸⁻¹⁰. Sin embargo, estos resultados son heterogéneos en la mayoría de regiones del mundo donde los países en vías de desarrollo tienen aún una carga para esta patología de aproximadamente 80% más en comparación con los países desarrollados¹¹. En estos casos, las estrategias encuentran limitaciones relacionadas a la captación de mujeres y la cobertura de salud en zonas requeridas⁹⁻¹⁰. Estas 2 constituyen problemas importantes a considerar.

Existen múltiples barreras para que una mujer participe de por lo menos una vez en un tamizaje contra CaCu. Entre las barreras reportadas existen diferencias relacionadas con la edad¹², raza⁶, estado socioeconómico^{6,13-15}, acceso a la salud⁶⁻¹⁴, nivel de educación^{13,16}, estar casada¹³, discapacidad¹⁷, antecedente de familiar con CaCu¹⁸, la baja percepción del riesgo del CaCu¹⁴, el desconocimiento tanto del CaCu como del VPH^{19,20}, la dominancia de la pareja para la toma de decisiones¹⁹ y la desconfianza generada por la toma de muestra a cargo del personal de salud masculino^{14,21}.

La finalidad del presente trabajo de investigación es determinar los factores asociados para realizarse el tamizaje de CaCu en mujeres de entre 12 a 49 años usando la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2019.

2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son factores asociados al tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres peruanas de 12 a 49 años que participaron de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) durante el año 2019?

1.3 LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

El presente análisis se realizará a partir de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) elaborada en el año 2019 del territorio peruano. Además, corresponde a la prioridad de investigación en Cáncer, como parte del programa de Prioridades Nacionales de Investigación 2019-2023 realizado por el Instituto Nacional de Salud, así como a las mismas del Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas-INICIB y de la Universidad Ricardo Palma.

1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El cáncer de cuello uterino continúa siendo un problema de salud pública tanto a nivel mundial como a nivel nacional. Existen programas estandarizados de detección

oportuna, los cuales, a pesar de tener falencias relacionadas específicamente a aspectos técnicos de la toma de muestra, almacenamiento e interpretación, han demostrado costo-efectividad. Sin embargo, la captación de usuarias y cobertura de esta prueba aún es insuficiente lo cual viene demostrado en las cifras para CaCu registradas. Teniendo la ENDES un alcance nacional, el estudio de la población utilizando esta encuesta en torno a un tema como el tamizaje permitirá identificar factores que estén asociados a dicha conducta. De esta manera, permitirá el fortalecimiento o implementación de estrategias que refuercen la cobertura de forma que se genere a partir de la toma de decisiones, un impacto a nivel social evitando pérdidas de vidas humanas, carga social por enfermedad y costos elevados para el Estado.

1.5 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

El presente estudio de investigación tiene como tema principal determinar los factores asociados al tamizaje de cáncer de cuello uterino.

El trabajo de investigación se realizará en el Perú.

El estudio tiene como muestra a todas las mujeres de 12 a 49 años que hayan sido entrevistadas en la ENDES 2019 - Sección cáncer de cuello uterino.

El análisis se realizará durante el periodo enero – diciembre de 2019.

1.6 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1 Objetivo General:

- Determinar la asociación entre los factores sociodemográficos, socioculturales y de conocimiento con el tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres peruanas de 12 a 49 años, que participaron de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) durante el año 2019.

1.6.2 Objetivos Específicos:

FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS:

- Determinar la asociación entre la edad y la realización del tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres peruanas de 12 a 49 años, entrevistadas en la ENDES 2019.
- Determinar la asociación entre el estado civil y la realización del tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres peruanas de 12 a 49 años, entrevistadas en la ENDES 2019.
- Determinar la asociación entre el índice de riqueza y la realización del tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres peruanas de 12 a 49 años, entrevistadas en la ENDES 2019.
- Determinar la asociación entre el lugar de procedencia y la realización del tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres peruanas de 12 a 49 años, entrevistadas en la ENDES 2019.

FACTORES SOCIOCULTURALES:

- Determinar la asociación entre la edad de inicio de relaciones sexuales y la realización del tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres peruanas de 12 a 49 años, entrevistadas en la ENDES 2019.
- Determinar la asociación entre el nivel educativo y la realización del tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres peruanas de 12 a 49 años, entrevistadas en la ENDES 2019.
- Determinar la asociación entre el tener cobertura de salud y la realización del tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres peruanas de 12 a 49 años, entrevistadas en la ENDES 2019.

FACTOR CONOCIMIENTO:

- Determinar la asociación entre haber escuchado sobre el cáncer de cuello uterino y la realización del tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres peruanas de 12 a 49 años, entrevistadas en la ENDES 2019.

1.7 Viabilidad

Las variables de nuestro estudio están registradas en la base de datos ENDES 2019, por lo cual para la ejecución del presente análisis se tuvo acceso a esta base de datos, de ingreso disponible en la página web del INEI, por lo cual este estudio es posible de realizar. Se cuenta con estadísticos profesionales en la utilización de bases secundarias en INICIB.

CAPÍTULO II:

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la Investigación

2.1.1 Antecedentes Internacionales

Luzardo marcillo, et al. Calidad del programa de detección oportuna del cáncer cérvico-uterino. centro de salud pascuales. año 2018.

Se realizó un estudio observacional descriptivo, transversal. El 58.3% de consultorios no cumplen con características necesarias para realizar la toma del tamizaje para cáncer de cuello uterino, existiendo tiempos de demora de hasta 30 días en el 99% de los casos. Las falencias en recursos materiales, privacidad de consultorios, captación de las usuarias y su seguimiento son características que afectan a la calidad del programa²³.

Mandal ranajit, et al. Cancer screening and early diagnosis in low and middle income countries. 2018.

Los países en vías de desarrollo tienen una carga para cáncer de cuello uterino del 80% más en comparación con países desarrollados debido a la falta de programas de tamizaje efectivos. En algunos lugares el tamizaje occidental repetido cada 2 a 3 años no es aplicable. La síntesis de data de 11 estudios multicéntricos revelan que el PAP tiene una baja sensibilidad del 57% (IC:38-76%), y que la necesidad de múltiples citas, el escaso entrenamiento de los tomadores de muestras, citotecnólogos y citopatólogos constituyen barreras para su efectividad¹¹.

Mosquera-pinto, A. et al. Caracterización sociodemográfica y estudio de tamizaje de cáncer cérvico uterino en un centro de salud universitario en popayán cauca durante el año 2015.

Estudio descriptivo retrospectivo. Se tuvieron los datos de 154 pacientes con un promedio de edad de 37.42 años siendo el régimen de salud más frecuente el subsidiado (68%). El 72% tuvo como motivo de consulta a la citología para cáncer de cuello uterino, y el 28% tuvo un motivo diferente. El tamizaje tuvo resultados de tipo normal (13%) y anormalidad en células epiteliales (8.9%)²⁴.

Bou.orm, i.r et al. cervical cancer screening among lebanese women. 2018.

Estudio observacional descriptivo realizado a 2255 mujeres de Libia, resultando que el 35% del total se realizó alguna vez un tamizaje para cáncer de cuello uterino. Los principales motivos para realizárselo fueron residir en Beirut, tener un nivel socioeconómico alto, mejor educación, estado civil casado, presencia de cobertura de seguro y conocimiento de que alguien lo hizo anteriormente¹³.

Kamineni aruna, et al. cervical cancer screening research in the prospri consortium: rationale, methods and baseline findings from a u.s. cohort. 2019.

Se revisó la National Cancer Institute's Population-based Research Optimizing Screening through personalized regimens (PROSPR I). Se recolectó data de 4.7 millones de mujeres de edades entre 18 a 89 años desde el 2010 al 2014. La proporción de mujeres que recibieron tamizaje para CaCU fue de entre 26.1 al 36.1%²⁵.

Sawayageorge. F. cervical cancer screening: more choices in 2019.

Se reporta que la adherencia al tamizaje a nivel poblacional ha estado asociado a la disminución de la incidencia del cáncer de cuello uterino y la mortalidad en USA en las últimas décadas. En el año 2018 se reactualizaron las guías de tamizaje indicando a las

recomendaciones ya establecidas, la necesidad de fortalecer la estrategia de la prueba de VPH sola cada 5 años para mujeres de 30 a 65 años⁵.

Salguero Tejada, J. et al. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre virus del papiloma humano, cáncer cérvico uterino y prevención. 2015.

Estudio descriptivo de corte transversal a partir de una encuesta poblacional con una muestra probabilística de 838 mujeres en áreas urbanas de El Salvador. El 24.5% de las encuestadas conoce las causas por las que se desarrolla el cáncer de cérvix, siendo que el 27.5% reportó la citología y el 0.2% el uso de vacunas con un 27.5% de conocimiento adecuado en CaCu. Sin embargo, solo el 12.4% tuvo un conocimiento adecuado sobre la importancia de la citología, el 15.2% sobre el uso adecuado del VPH y el 58.7% tuvo disposición a que una hija o familiar suya se aplique la vacuna²⁶.

Gajardo macarena. Creencias sobre el cáncer cervicouterino y papanicolaou y su relación con la adherencia al tamizaje. 2017.

Se realizó un estudio con una muestra probabilística de 969 mujeres entre los 25 y 64 años pertenecientes a Puente Alto en Santiago. Se reportó una asociación estadísticamente significativa entre una mayor adherencia al tamizaje con el sentimiento de bienestar al cuidar su salud, la percepción de menos cantidad de barreras para tomarse el PAP, percepción del riesgo de desarrollar la enfermedad, saber que los síntomas no son un requisito para el PAP y la motivación dada por personal de salud o la madre²⁷.

Shindong, W. Disparities in cervical cancer screening among women with disabilities: a national database study in south korea. 2018.

Estudio de análisis secundario de datos a partir de los datos del programa nacional de tamizaje para cáncer en Korea del Sur durante los años 2006 al 2015. El tamizaje para CaCu en mujeres discapacitadas se incrementó a 42.1% en el 2015 con una variación del 21.3% en comparación con las mujeres no discapacitadas cuyo incremento fue del

31.9%. La discapacidad estuvo asociada con una baja tasa de tamizaje (ORa=0.71, IC: 0.70-0.72)¹⁷.

Laberianofernández, C. Estado del tamizaje del cáncer de cérvix en países de américa latina desde la perspectiva de los profesionales de salud. 2020.

Se desarrolló una encuesta online a grupos cerrados de patólogos y citotecnólogos obteniendo 155 cuestionarios completos. Entre las deficiencias que ocasionan pérdidas de eficiencia en el proceso se registra el mal abordaje del proceso, falta de entrenamiento del personal tanto a nivel de toma de muestra como de interpretación de resultados²⁸.

Chang H. et al. Factors associated with cervical cancer screening among married female immigrants with korean husbands in south korea. 2018.

Se realizó un análisis secundario a partir de la data de la encuesta nacional de servicios de salud entre los años 2014 a 2015. Se contó con una población de 15 935 participantes, de las cuales el 49% tuvo un tamizaje para CaCu. El Odds ratio para la participación en tamizaje en mujeres mayores de 50 años es mayor (OR:2.13, IC: 1.82-2.51) y también se incrementa conforme aumenta la duración de la estancia en Korea disminuye, este estudio demostró que las mujeres mayores de 50 años, tienen 3.56 más probabilidad de hacerse TC en comparación con las menores de 39 años. (ORa: 3.56, IC: 2.81-4.51).¹²

Kaneko N. et al. Factors associated with cervical cancer screening among young unmarried japanese women: results from an internet-based survey. 2018.

Se realizó una encuesta virtual a 700 mujeres japonesas mediante una compañía de investigación en marketing en el 2015. Se reportó que el 54.7% tuvieron tamizaje por lo menos alguna vez en su vida. Además, la edad, el estado de empleo, salario, número de parejas sexuales, vacunación para VPH, recibir cupones gratis para tamizaje estuvieron correlacionadas con tener tamizaje para CaCu alguna vez en su vida. Ser más joven, tener baja percepción de susceptibilidad, percepción alta de barreras logísticas y baja

confianza en recibir PAP de médicos hombres estuvieron asociadas a tener menor tamizaje, este estudio demostró que las mujeres entre 28 a 29 años, tienen 1.86 más probabilidad de hacerse TC en comparación con las de 20 a 23 años. (ORa: 1.86, IC: 1.08-3.21).¹⁴.

Ngwenya dumsile, et al. Knowledge, attitude and practice on cervical cancer and screening: a survey of men and women in swaziland. 2018.

Se realizó una encuesta comunitaria entre julio y agosto del 2015 entre 2020 hombres y 2013 mujeres entre 30 a 65 años. Se reporta que el 53.4% de mujeres y el 22.8% de hombres nombraron correctamente alguno de los síntomas del cáncer cervical. El 58.1% de participantes tenía ideas erróneas sobre los factores de riesgo. Solo el 5.2% d las mujeres tuvieron alguna vez un tamizaje. En las mujeres, el 40% reportó la necesidad de pedirle permiso a sus esposos para visitar la clínica¹⁹.

Thapa niersh. knowledge, attitude and practice and barriers of cervical cancer screening among women living in mid-western rural, nepal. 2018.

Se realizó un estudio transversal en un hospital con mujeres de 20 años a más. Participaron un total de 360 mujeres de edad 30 años de edad. Se reporta que más del 87% de mujeres tuvieron un inadecuado conocimiento, pero tenían un 72% de actitud favorable frente al tamizaje. El 86.4% de éstas nunca tuvo un tamizaje. Aquellas en cuyas familias hubo un historial de CaCu tuvieron una actitud más favorable a tener tamizaje. No se encontró asociación con estar casada. Entre las barreras para el tamizaje se encontró la falta de síntomas, despreocupación, vergüenza entre otros¹⁸.

Urrutia maria teresa et al. Factors affecting compliance with pap smear screening. 2016.

Estudio observacional analítico transversal. Se analizó la relación entre las características de las personas objetivo para el tamizaje en la salud pública y el porcentaje de cobertura de éste. Se contó con una participación de datos de 6058 mujeres desde una base de datos y 1042 a partir de entrevistas. El 77% de las mujeres que recibieron visitas para tamizaje reportaron tener tamizaje cada 3 años o menos²⁹.

Melnikow joy. screening for cervical cancer with high-risk human papillomavirus testing. updated evidence report and systematic review for the us preventive services task force. 2018.

Revisión sistemática a partir de estudios registrados en MEDLINE, PUBMED y Cochrane desde enero del 2011 a febrero del 2017. Se incluyeron 8 ensayos clínicos aleatorizados, 5 estudios de cohorte y 1 meta-análisis. Se encontró una detección a partir de tamizaje de altas tasas de NIC3 o más en el primer tamizaje comparado con la citología. El co-test no fue hecho en la detección inicial de los NIC3. Ambas estrategias de búsqueda de VPH tuvieron altas tasas de falsos positivos en comparación con la citología³⁰.

Kaso M, et al. Factors related to cervical cancer screening among women of childrearing age: a cross-sectional study of a nationally representative sample in Japan. 2019.

Se realizó un estudio analítico, descriptivo, el cual reporta que el estar casada aumenta 1.4 veces más la prevalencia de tener TC (ORa=2.4, IC: 2.24-2.58) en comparación con estar soltera³⁶.

2.1.2 Antecedentes Nacionales

Bendezu-Quispe, Guido et all. Asociación entre conocimientos acerca del cáncer de cuello uterino y realizarse una prueba de papanicolaou en mujeres peruanas. 2020.

Se hizo un estudio a partir de análisis secundario de datos desde la ENDES 2015 a la 2017. Se realizó un análisis de datos de 21 563 mujeres, se obtuvo que la prevalencia de hacerse un PAP fue de 52.4%. Se obtuvo como resultado asociación entre quienes respondieron que se puede prevenir el cáncer (RPa=1.09, IC:1.01-1.07), que habían oído sobre el CaCu (RPa=1.27, IC: 1.14-1.4) o del VPH (RPa=1.2, IC: 1.13-1.28) o que el VPH podía ser causa de CaCu (RPa= 1.21, IC: 1.11-1.33)²⁰.

Iglesias Obando, N. et al. Determinantes sociales y culturales asociados a la asistencia al tamizaje de cáncer de cérvix en mujeres de 20 a 49 años. Centro de Salud Aranjuez, distrito de Trujillo. 2017.

Se realizó un estudio tipo observacional y analítico a partir de una muestra de 156 mujeres de entre 20 a 49 años. Se obtuvo como resultado del estudio que el 68.5% no tuvo una asistencia oportuna a la realización del tamizaje, con respecto a las mujeres que si se realizaron el tamizaje de cáncer de cérvix, se observó que el 52.3% tuvo educación secundaria y el 34.6% educación superior. No se encontró asociación significativa entre el nivel de ingresos con el tamizaje, se encontró asociación significativa entre el nivel de conocimiento y la asistencia al tamizaje¹⁶.

Mamani Sánchez, Telma et al. Determinantes socioculturales asociados a la no realización del tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres de 30 a 49 años según la ENDES del año 2018.

Se desarrolló un análisis observacional, transversal, analítico por medio del análisis secundario de la ENDES 2018 que compromete a mujeres de 30 a 59 años. Las mujeres sin pareja tienen 1.2 veces la prevalencia de no realizarse el tamizaje (RP=1.27,

IC:1.026-1.577), al igual que las mujeres con nivel educativo primaria o inferior (RP=2.622, IC:1.026-1.577) al igual que las mujeres con índice de riqueza pobre (RP=2.726, IC:2.25-3.3) y el no usar ningún método anticonceptivo (RP=4.94, IC: 3.285-7.42). No haber oído sobre el VPH (RP=3.776, IC:2.913-4.893) y las mujeres que no creen que el VPH causa CaCu (RP=2.945, IC: 2.438-3.558)¹⁵.

Asto García N. et al. factores asociados al rechazo del tamizaje de cáncer del cuello uterino en mujeres en edad reproductiva. hospital II essalud de ayacucho. octubre-diciembre, 2018.

Se desarrolló un estudio transversal descriptivo. Se encontró que el 34.8% de las mujeres rechazan el tamizaje para cáncer de cuello uterino, teniendo como factores culturales las creencias del uso de hierbas curativas (10.3%) y que el tamizaje genera infecciones (8.7%). Existen también factores como la vergüenza ante la toma de muestra por un varón (23.8). La edad de 20 a 35 años, paridad en múltiparas y el nivel de instrucción superior fueron factores asociados significativos al rechazo al tamizaje²¹.

Villavicencio Y. et al. perfil epidemiológico y resultados de las pruebas de tamizaje positivo para cáncer cervical en mujeres que acuden al centro de salud san ramón-Junín 2015-2018, 2020.

Se realizó un estudio descriptivo, transversal. Se contó con 3227 historias clínicas de pacientes oncológicas con resultados de PAP e IVAA. La muestra contó con 98 historias de pacientes con resultados positivos. La edad media fue de 35 años, siendo el inicio de relaciones sexuales entre 12 a 17 años, tener el parto entre 18 y 29 años (57.1%), haber tenido entre 2 a 5 parejas sexuales (79.4%). EL 33.3% no contaba con tamizaje cervical previo³¹.

2.2 Bases teóricas

DEFINICION

El cáncer de cérvix es una tumoración maligna que ocurre en las células del cuello del útero y que se concentra en el epitelio ocurriendo con más frecuencia en la zona de transformación del cuello uterino³⁷.

PATOGENIA

El cáncer de cérvix tiene diversas causas que desarrollan la enfermedad, razón por la cual las etiopatogenias es multifactorial siendo el Virus del papiloma humano la principal causa de infección persistente del cuello uterino, produciendo lesiones premalignas en el cérvix con displasias que pueden volverse cancerígenas, NIC (neoplasias intracervicales). Los subtipos 16 y 18 son los que exhiben una relación más estrecha con la formación de una displasia de grado alto y cáncer. En los estudios de Saslow, D. et al. (2012) se indica que una infección aguda por los tipos 16 y 18 del VPH hace que el riesgo de presentación rápida de una NIC de grado alto sea de 11 a 16,9 veces más alto³⁸.

Otros factores de riesgo en el cáncer de cuello uterino según Bravo Polanco et al (2020) es el inicio de vida sexual activa antes de los 18 años, el haber tenido múltiples parejas sexuales, el tabaquismo, el antecedente de infecciones de transmisión sexual, inmunosupresión, uso de anticonceptivos orales durante más de 5 años³⁷.

HISTOPATOLOGÍA

En relación a la histopatología, el 90% de casos de diagnóstico de cáncer cervical es en las células escamosas y se inician en la zona de transformación del exocérvix y de acuerdo a Saslow, D. et al. (2012) el adenocarcinoma representa el 10% de casos, que surgen en la capa cilíndrica glandular del endocérvix³⁸.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

El cáncer de cérvix al principio no tiene signos o síntomas; al ser asintomático es importante que las mujeres se realicen la prueba de tamizaje para la detección adecuada y precoz de cáncer. Entre las señales que más se manifiestan está el sangrado vaginal

irregular o exuberante y sangrado post coital, flujo vaginal acuoso, mucoso o purulento-maloliente, dolor pélvico, dispareunia; sin embargo, por lo general son síntomas inespecíficos como lo señala Saslow, D. et al. (2012) ³⁸.

SISTEMA BETHESDA

Calderón DF (2019) señala que en 1998 se introdujo el sistema Bethesda para la nomenclatura de citología cervical, la revisión de 2001 hace una síntesis del sistema en LIEBG (Lesión intraepitelial de bajo grado) que incluye NIC1, la atipia coilocítica, LIEAG (Lesión intraepitelial de alto grado) conformado por NIC2, NIC3 y Carcinoma in situ (CIS). La denominación ASC-US (atipia de significado indeterminado) comprende la ASC-H (no se puede excluir lesión de alto grado) y la AGUS (células glandulares atípicas) ³⁹.

DIAGNÓSTICO

Los programas de prevención de cáncer de cuello uterino (CaCu) buscan mediante pruebas de detección controlar a la mayor porción posible de mujeres y asegurar un procedimiento adecuado para cada una de las mujeres con resultado positivo o anormal en las pruebas. El diagnóstico puede hacerse en mujeres asintomáticas y sanas para igualmente identificar posibles lesiones precancerosas o cancerosas. Una vez que en el cribado se detectan lesiones precancerosas, para Saslow, D. et al. (2012) el tratamiento es sencillo para evadir su progresión. Estas pruebas hacen posible identificar el cáncer tempranamente en cuyo caso el pronóstico de curación es altamente posible. El objetivo de las pruebas de detección es sólo hacer posible disminuir la mortalidad por CaCu³⁸.

Saslow, D. et al. (2012) sostiene que la OMS reconoce tres pruebas para tamizaje de cuello uterino: citología, detección de VPH, e inspección visual directa con ácido acético (IVAA); así también según las recomendaciones de tamizaje de la OMS señala: no empezar antes de los 30 años de edad; realizar por lo menos una vez a mujeres entre los 30 y 49 años. A los pacientes con tamizaje positivo se les debe tratar eficazmente, razón por la cual se recomienda realizar tamizaje-tratamiento; en caso de tamizaje

negativo se recomienda hacer un nuevo estudio de 3-5 años, ahora, si la detección de VPH de alto riesgo es negativo el control recomendado será dentro de 5 años³⁸.

Para Saslow, D. et al. (2012) la detección citológica del cáncer de cuello uterino, puesta en marcha hace varias décadas ha demostrado su eficacia, al permitir una reducción masiva de la incidencia del cáncer de cuello³⁸.

CITOLOGÍA USUAL (FROTIS DE PAPANICOLAOU)

Para Bravo (2020) la sensibilidad para detección de lesiones precursoras de CaCu es 51% y equivocados negativos de 49; en tal sentido sostiene la necesidad de tener un eficiente sistema de salud como política costo–efectiva, toda vez que un sistema de salud poco organizado, con falta de recursos humanos y escasa oferta, el PAP no demostró ser de utilidad para reducir la incidencia de CaCu.³⁷.

Para detectar el cáncer cervicouterino la citología es el procedimiento más común, según la Federación Internacional de Gineco Obstetricia estos estudios se deben iniciar a los 21 años y 25 años de edad o a 3 años después del inicio de la vida sexual, en estos casos el procedimiento ginecológico como la colposcopia sirve para identificar lesiones sospechosas de manera directa³⁷.

ESTADIOS DEL CÁNCER CERVICOUTERINO:

Para el American Cancer Society (2021) el sistema de estadificación FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) puntualiza las etapas clínicas del cáncer de cuello uterino que van de la etapa I a IV:

“I: Las células cancerosas han crecido desde la superficie del cuello uterino hasta los tejidos más profundos de éste. El cáncer no se ha propagado a los ganglios linfáticos adyacentes. El cáncer no se ha propagado a lugares distantes

IA: Existe una cantidad muy pequeña de cáncer que sólo se puede observar con un microscopio. No se ha propagado a ganglios linfáticos adyacentes. No se ha propagado a lugares distantes.

IA1: El área del cáncer solo se puede ver con un microscopio y mide menos de 3 mm de profundidad. No se ha propagado a ganglios linfáticos adyacentes. No se ha propagado a lugares distantes.

IA2: El área del cáncer solo se puede ver con un microscopio y mide entre 3 y 5 mm de profundidad. No se ha propagado a ganglios linfáticos adyacentes. No se ha propagado a lugares distantes.

IB: Esto incluye el cáncer en etapa I que ha alcanzado más de 5 mm de profundidad, pero todavía se limita al cuello uterino. No se ha propagado a ganglios linfáticos adyacentes. No se ha propagado a lugares distantes.

IB1: El cáncer ha alcanzado una profundidad mayor.

IB1: El cáncer ha alcanzado una profundidad mayor de 5 mm y mide menos de 2 cm. No se ha propagado a ganglios linfáticos adyacentes. No se ha propagado a lugares distantes.

IB2: El cáncer mide al menos 2 cm, pero no es mayor que 4 cm. No se ha propagado a ganglios linfáticos adyacentes. No se ha propagado a lugares distantes.

IB3: El cáncer mide al menos 4 cm y se limita al cuello uterino. No se ha propagado a ganglios linfáticos adyacentes. No se ha propagado a lugares distantes.

II: El cáncer ha crecido fuera del cuello uterino y el útero, pero no se ha propagado a las paredes de la pelvis o a la parte inferior de la vagina. No se ha propagado a ganglios linfáticos adyacentes.

- No se ha propagado a lugares distantes.

IIA: El cáncer ha crecido fuera del cuello uterino y el útero, pero no se ha propagado a los tejidos próximos al cuello uterino (parametrio).

- No se ha propagado a ganglios linfáticos adyacentes.

- No se ha propagado a lugares distantes.

IIA1: El cáncer no mide más de 4 cm

- No se ha propagado a ganglios linfáticos adyacentes.
- No se ha propagado a lugares distantes.

IIA2: El cáncer mide 4 cm o más.

- No se ha propagado a ganglios linfáticos adyacentes.
- No se ha propagado a lugares distantes.

IIB: El cáncer ha crecido fuera del cuello uterino y el útero, y se ha propagado a los tejidos próximos al cuello uterino (parametrio).

- No se ha propagado a ganglios linfáticos adyacentes.
- No se ha propagado a lugares distantes.

III: El cáncer se ha propagado a la parte inferior de la vagina o a las paredes pélvicas. El cáncer puede estar bloqueando los uréteres (conductos que transportan la orina de los riñones a la vejiga).

- Podría o no haberse propagado a los ganglios linfáticos adyacentes.
- No se ha propagado a lugares distantes.

IIIA: El cáncer se ha propagado a la parte inferior de la vagina, pero no a las paredes pélvicas.

- No se ha propagado a ganglios linfáticos adyacentes.
- No se ha propagado a lugares distantes.

IIIB: El cáncer ha invadido las paredes de la pelvis y/o está bloqueando uno o ambos uréteres causando problemas con los riñones (condición llamada hidronefrosis).

- No se ha propagado a ganglios linfáticos adyacentes.

IIIC: El cáncer puede ser de cualquier tamaño.

- Los estudios por imágenes o una biopsia muestran que el cáncer se ha extendido a los ganglios linfáticos pélvicos cercanos (IIIC1) o a los ganglios linfáticos paraaórticos (IIIC2).
- No se ha propagado a lugares distantes.

IV: El cáncer ha crecido en la vejiga o el recto o en órganos lejanos como los pulmones o los huesos.

IVA: El cáncer se ha propagado a la vejiga o al recto o está creciendo fuera de la pelvis.

IVB: El cáncer se ha propagado a órganos distantes fuera del área pélvica, tales como ganglios linfáticos distantes, los pulmones, o los huesos.”⁴⁰

TRATAMIENTO

Para Vargas et al. (2021) el tratamiento para el cáncer de cuello uterino presenta varias opciones como la cirugía, quimioterapia (Qt), radioterapia (Rt) o combinación. Sin duda que todo va a depender de la etapa y la paridad o no satisfecha de la paciente, la cirugía incluye conización e hysterectomía. Así mismo los cánceres cervicouterinos micro invasivos se tratan con hysterectomía simple, es decir, una extirpación; para los casos más avanzados con hysterectomía radical y linfadenectomía pélvica; para los casos de invasión y diseminación de la enfermedad, el tratamiento corresponde al procedimiento con quimioterapia y radioterapia. Por otro lado, Vargas et al. (2021) va a señalar que el cáncer cervicouterino en estadio IV, se considera como una enfermedad incurable, los cuidados paliativos para darle una mejor calidad de vida posible a las pacientes sería la radioterapia y quimioterapia para retrasar la progresión ya que son paliativas para la sintomatología⁴¹.

2.3 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES

Edad: Cantidad de años acumulados desde el nacimiento hasta la entrevista.

Pareja: La mujer tiene un estado civil correspondiente a tener una pareja.

Ruralidad: Es la zona de residencia de tipo rural o no (urbana) de la mujer durante la entrevista.

Pobreza: Según el índice de riqueza, corresponde al estado del más pobre, muy pobre y pobre.

Nivel de educación: Corresponde al nivel de educación alcanzado por la mujer.

Cobertura de seguro: Corresponde a si la mujer tiene algún tipo de aseguramiento en salud.

Edad de inicio de relaciones sexuales: Edad a la cual la mujer tuvo su primera relación sexual.

Tamizaje para Cáncer de Cuello Uterino: Corresponde a si la mujer se ha hecho por lo menos alguna vez el Papanicolaou.

Haber oído sobre el cáncer de cuello uterino: Corresponde a si la mujer alguna vez en su vida ha oído sobre el cáncer de cuello uterino.

CAPÍTULO III:

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

3.1.1 HIPÓTESIS GENERAL

- Los factores sociodemográficos, socioculturales y de conocimiento están asociados al tamizaje para cáncer de cuello uterino en mujeres peruanas de 12 a 49 años entrevistadas en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) durante el año 2019.

3.1.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

- H1: La edad de entrevistada está asociada a la práctica del tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres de 12 a 49 años.
- H2: El estado civil está asociado a la práctica del tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres de 12 a 49 años.
- H3: El índice de riqueza está asociado a la práctica del tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres de 12 a 49 años.
- H4: El lugar de procedencia está asociado a la práctica del tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres de 12 a 49 años.
- H5: La edad de inicio de relaciones sexuales está asociada a la práctica del tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres de 12 a 49 años.
- H6: El nivel educativo está asociado a la práctica del tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres de 12 a 49 años.
- H7: El tener cobertura de salud está asociado a la práctica del tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres de 12 a 49 años.
- H8: El haber escuchado sobre cáncer de cuello uterino está asociado a la práctica del tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres de 12 a 49 años.

3.2 VARIABLES PRINCIPALES DE INVESTIGACIÓN:

Variable Dependiente:

- Tamizaje para Cáncer de Cuello Uterino

ITEM PREGUNTA: ¿Alguna vez en su vida un médico u otro profesional de salud le ha realizado la prueba de Papanicolaou?

Variables Independientes:

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

- 1. Edad: Categorizado en tres grupos 12-28 años y 29-36 años y 37-49 años
- 2. Estado civil: se categorizo en tener pareja o no tener pareja
- 3. Lugar de procedencia: Se categorizó en urbano o rural
- 4. Índice de riqueza: Se categorizó como pobre o no pobre.

FACTORES SOCIOCULTURALES

- 5. Nivel educativo: Se categorizó en educación superior y no superior (sin educación, primaria, secundaria)
- 6. Edad de inicio de relaciones sexuales: Se categorizó en mayor de 18 años y menor de 18 años
- 7. Cobertura de seguro de salud: se categorizó según tener seguro de salud o no tener seguro de salud.

FACTOR CONOCIMIENTO

- 8. Haber escuchado sobre el cáncer de cuello uterino: Se categorizó como si o no ha escuchado sobre el cáncer de cuello uterino.

CAPÍTULO IV:

METODOLOGÍA

4.1 TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, observacional, transversal²² y analítico. Se realizó un análisis secundario de datos a partir de la ENDES 2019.

- Cuantitativo: porque se usaron métodos estadísticos para analizar las variables.
- Observacional: porque no se interviene en las variables del estudio.
- Transversal: el estudio evalúa las variables en un solo periodo de tiempo.
- Analítico: porque se buscará asociaciones entre las variables y el estudio.

El presente trabajo de investigación se ha desarrollado en el contexto de VII Curso de Taller de Titulación por Tesis según enfoque y metodología publicada.

La ENDES es ejecutada desde 1986 por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) del Perú, bajo el modelo y metodología del Programa de encuestas demográficas y de salud. Esta se realiza anualmente desde el 2004 lo cual provee una gran cantidad de información en salud pública. Además, actualmente son utilizadas para realizar el seguimiento sistemático del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)³³.

4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

4.2.1 Población

La población del presente análisis fueron todas las mujeres de 12 a 49 años de edad residentes en las viviendas de áreas urbanas y rurales del Perú en el año 2019.

4.2.2 Muestra

4.2.2.1 Tamaño muestral

La muestra inicial fue de 12768 de las cuales, aplicando los criterios de inclusión y exclusión, se obtuvo una muestra final de 11597 mujeres de 12 a 49 años entrevistadas en la ENDES durante el año 2019.

4.2.2.2 Tipo de muestreo

Muestreo bietápico, probabilístico de tipo equilibrado, estratificado e independiente, a nivel departamental y por área urbana y rural.

4.2.2.3 Criterios de selección de la muestra

Criterios de inclusión

- Mujeres de edad fértil esperada (12 a 49 años) que se realizaron el tamizaje de cáncer de cuello uterino.
- Mujeres de edad fértil esperada que han tenido relaciones sexuales al menos 01 vez en su vida.
- Mujeres de edad fértil que respondieron a todas las preguntas de manera completa.

Criterios de exclusión

- Mujeres de edad fértil esperada que no respondieron al menos una de las preguntas.
- Mujeres de edad fértil esperada que no están dentro del rango de edad de 12 a 49 años.

- Mujeres en edad fértil que respondieron algunas preguntas como “NO SABE”.
- Mujeres en edad fértil residentes en viviendas colectivas.

4.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

La tabla de operacionalización de variables se encuentra en el Anexo 09.

4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos del presente estudio se ingresó a la página web oficial del Instituto Nacional de Estadística e Información (INEI)³², en la opción “microdatos”. Después se ingresó a la sección de “consultas por encuesta” donde se seleccionó la Encuesta demográfica y de salud familiar 2019, luego se recolectó y se descargó las siguientes bases de datos CSALUD001 (que contenía la variable dependiente), RECH1 (que contenía la variable edad y nivel educativo), RECH4 (que contenía la variable seguro de salud), RECH23 (que contenía la variable índice de riqueza) y RECH0 (que contenía la variable lugar de procedencia: rural/urbano y RE516171 (que contenía la variable edad de inicio de relaciones sexuales) en formato SPSS, que contenían las variables pertinentes y necesarias para la ejecución del análisis y así someter a prueba las hipótesis planteadas.

La técnica utilizada por la ENDES fue la encuesta y se utilizaron 3 instrumentos o cuestionarios.

1. Cuestionario del hogar que incluye características de las viviendas y sus miembros entrevistados.
2. Cuestionario individual que se enfoca en mujeres en edad fértil de 12 a 49 años de edad
3. Cuestionario de salud que evalúa a todas las personas de 12 años a 49 años. La sección sobre prevención y control del cáncer evalúa el acceso a las pruebas diagnósticas del cáncer de cuello uterino en mujeres de 12-49 años.

Variables de análisis

HV270 Índice de riqueza	Vivienda(RECH23)
HV105 Edad	Persona(RECH1)
HV109 Nivel educativo	Persona(RECH1)
SH11Z Seguro de Salud	Persona (RECH4)
QS411 Realización de PAP	Salud (CSALU001)
QS413 Conocimiento sobre el cáncer de cérvix	Salud (CSALU001)
HV11 Estado civil	Persona(RECH1)
HV025 Lugar de procedencia (urbano/rural)	Hogar(RECH0)
V525 Edad de inicio de relaciones sexuales	Persona(RE516171)

4.5 RECOLECCIÓN DE DATOS

La base de datos CSALUD001 tiene la variable dependiente, tamizaje de cáncer de cuello uterino. Se seleccionaron las variables de interés para el estudio estadístico. La variable dependiente medida en este análisis es el tamizaje de cáncer de cuello uterino y las variables independientes son los factores sociodemográficos como son la edad, el estado civil, el lugar de residencia, índice de riqueza; y los factores socioculturales como el nivel educativo, cobertura de seguro de salud y la edad de inicio de relaciones sexuales; variables que según la literatura influyen en el tamizaje de cáncer de cuello uterino, la variable edad categorizándola en: edades: de 12 a 28 años, de 29 a 36 años y de 37 a 49 años, la variable nivel educativo, en nivel educativo superior y nivel educativo no superior (sin educación, primaria y secundaria), estado civil se categorizó en con pareja y sin pareja, el índice de riqueza, en pobre (pobre, muy pobre) y no pobre (medio, rico y muy rico), el lugar de residencia en rural y urbano, la cobertura de seguro de salud se categorizó en con cobertura y sin cobertura, la edad de inicio de relaciones sexuales se categorizó en menores de 18 y mayores de 18 años, el nivel de conocimiento sobre cáncer de cuello uterino, se categorizó en sí ha escuchado o no ha escuchado sobre cáncer de cuello uterino. Posteriormente, se procedió a aplicar el filtro cumpliendo los

criterios de inclusión y exclusión, con el fin de obtener una muestra homogénea, que garanticen la fiabilidad y calidad de la información, para el análisis estadístico de las variables con el programa SPSS. La muestra está constituida por 11597 mujeres de 12 a 49 años, entrevistadas en la ENDES 2019, que respondieron a la pregunta con relación al tamizaje de cáncer de cuello uterino.

En la ENDES 2019 se recolectaron los datos mediante entrevistas realizadas por personal capacitado, quienes visitaron los hogares para entrevistar a los participantes usando un dispositivo móvil. La data final es de acceso público³² y está disponible en <http://inei.inei.gob.pe/microdatos/>.

4.6 PROCESAMIENTO DE DATOS Y PLAN DE ANÁLISIS:

La base de datos se descargó de la página web del INEI en formato SPSS versión 26, asimismo, el estudio de las variables estadístico se realizó con el programa estadístico SPSS. El documento descargado estuvo en formato de extensión de tipo SPSS por lo que se utilizó el programa Stata Transfer para poder convertirlo en extensión de tipo .dta permitiendo el procesamiento de datos en el programa Stata ver. 16 (Stata Corporation, CollegeStation, Texas, EE. UU.)

Luego se identificó al módulo que corresponde al tamizaje para cáncer de cuello uterino y las variables de interés, después se recolectó y se descargó las bases de datos: CSALUD001, RECH4, RECH1, RECH0, RE516171, RECH23 en formato SPSS, que contenían las variables pertinentes y fundamentales para la ejecución del presente estudio. Todos los análisis fueron realizados considerando el diseño de muestreo complejo y bietápico de la ENDES. Utilizando el comando MERGE se parearon los datos correspondientes a cada individuo, y con el comando Svy se realizó la ponderación respectiva. Luego de ello, la data final fue editada renombrando los códigos de las variables de interés y excluyendo las entradas con variables incompletas.

Las variables cualitativas se analizaron en tablas de frecuencias y contingencia. Para evaluar la asociación entre variables cualitativas o categóricas, se utilizó el estadístico F corregida. Como medida para la evaluación de los factores asociados se realizó un análisis multivariado mediante modelos de regresión de Poisson con varianzas de error robustas para calcular razones de prevalencia crudas (RPc) y ajustadas (RPa) como medida de asociación. Para el análisis, se consideró un intervalo confianza de 95% y estadísticamente significativo los valores de $p < 0,05$.

Asimismo, se utilizó el diseño de muestras complejas incorporando el factor de ponderación.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

El presente trabajo corresponde a un análisis secundario de datos de la ENDES 2019. La base de datos ENDES 2019 sigue la política en el Perú de «Datos Abiertos»³⁴. Para su ejecución el INEI solicitó un consentimiento informado a cada entrevistada (ver anexo 9). Se respetaron todos los lineamientos de investigación ética y lo indicado en la Declaración de Helsinki³⁵. El estudio cuenta con la aprobación institucional del Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas y el comité de ética de la Universidad Ricardo Palma.

Código de aprobación: PG 257 – 021.

Limitaciones de la investigación

El diseño de tipo observacional analítico transversal que impide establecer la relación de temporalidad entre la variable dependiente y las covariables del estudio. Por otro lado, al ser un análisis secundario de datos la encuesta ENDES fue diseñada con objetivos específicos y las variables definidas según los criterios de quienes elaboraron dicha encuesta. Sin embargo, consideramos que los hallazgos del estudio son útiles para conocer un panorama actualizado sobre el tamizaje del cáncer del cuello uterino.

CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1 RESULTADOS

En la base de datos de la ENDES del 2019 se registraron un total de 11597 mujeres entrevistadas de 12 a 49 años incluidas en este estudio, de las cuales la prevalencia de tamizaje de cáncer de cuello uterino fue de 67.6% (figura 1).

Asimismo, el 39.2% (n=4552) tuvo edad entre 37 a 49 años, y el 30.5% (n=3532) de 29 a 36 años. Con relación al estado civil, el 83.5% (n=9686) tuvo pareja, el 60.1% (n=6973) tuvo un nivel educativo no superior, el 42.3% (n=4910) pertenecía a un nivel socioeconómico no pobre, el 80.1% (n=9289) vivía en el área urbana y el 75.4% (n=8743) tenía cobertura de seguro, el 91.3% (n=10582) escuchó alguna vez sobre el cáncer de cuello uterino y como antecedente el 51.3% (n=5950) inició las relaciones sexuales con o más de 18 años. (ver tabla n°1)

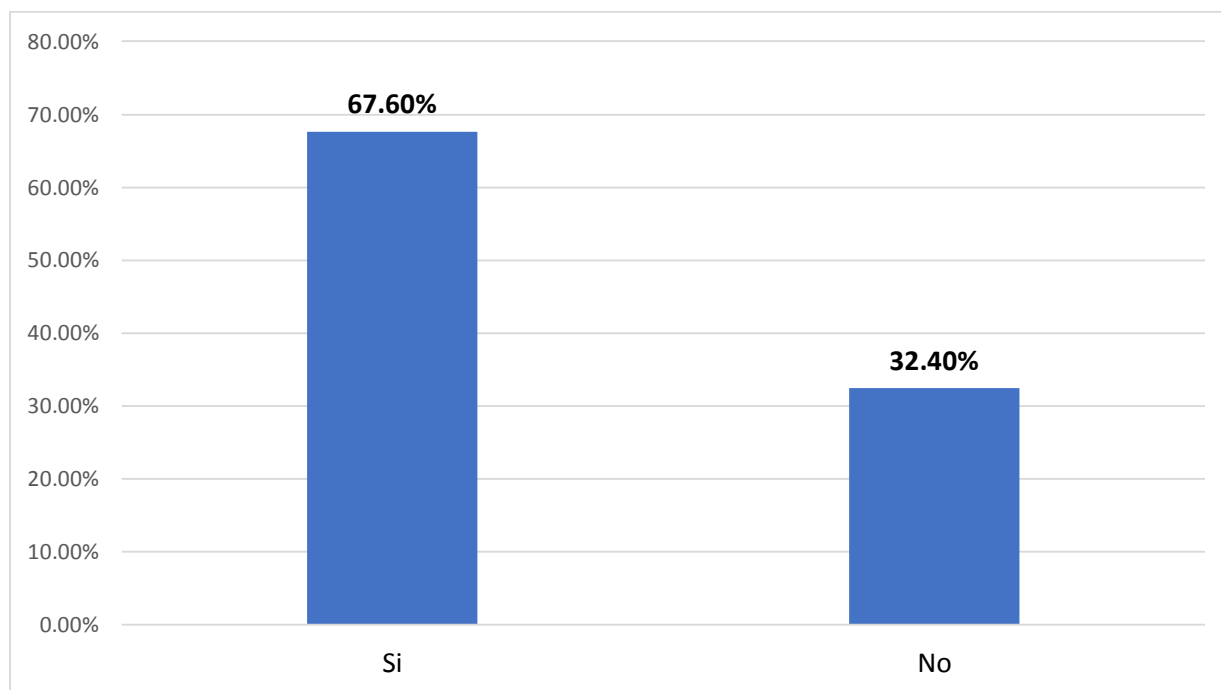


Gráfico N°1. Distribución del tamizaje para cáncer de cuello uterino, en mujeres de 12 a 49 años, entrevistadas en la ENDES 2019. (Porcentaje).

TABLA N° 1: ANALISIS UNIVARIADO DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, SOCIOCULTURALES Y DE CONOCIMIENTO EN MUJERES DE 12 A 49 AÑOS DE EDAD. ENDES 2019.

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS		n	%	CV (%)
Edad	Total	11597	100.0	1.6
	MEDIA+/- DS	32.1+/-8.2		
	12 a 28 años	3513	30.3	2.9
	29 a 36 años	3532	30.5	3.4
	37 a 49 años	4552	39.2	2.9
Estado civil	Total	11597	100.0	
	Con pareja	9686	83.5	1.8
	Sin pareja	1911	16.5	5.2
Indice de riqueza	Total	11597	100.0	
	No pobre ²	4910	42.3	2.1
	Pobre ³	6687	57.7	2.6
Lugar de procedencia	Total	11597	100.0	
	Urbano	9289	80.1	2.0
	Rural	2308	19.9	2.1
				CV (%)
VARIABLES SOCIOCULTURALES		n	%	
	Total	11597	100.0	

Edad de inicio de relaciones sexuales	<18 años		5647	48.7	2.3
	>= 18 años		5950	51.3	2.4
Nivel educativo	Total		11597	100.0	
	Educación superior ¹	no	6973	60.1	2.0
	Educación superior		4624	39.9	3.0
Cobertura de Seguro	Total		11597	100.0	
	Sin cobertura		2854	24.6	3.8
	Con cobertura		8743	75.4	1.9
VARIABLE CONOCIMIENTO			n	%	CV (%)
Ha escuchado sobre el cáncer de cuello uterino	Total		11597	100.0	
	No		1015	8.7	5.4
	Sí		10582	91.3	1.7

*Media y desviación estándar

1. Categoría agrupa: sin educación, primaria y secundaria
2. Categoría agrupa: rico, muy rico
3. Categoría agrupa: medio, pobre, muy pobre

Fuente: Elaboración propia de los resultados y base de datos del INEI – ENDES 2019.

Tamizaje cervical

Con relación a los factores sociodemográficos, las participantes que tuvieron tamizaje cervical (TC) el 49.2% (n=3866) tuvieron entre 37 a 49 años, y con pareja fue del 91.7% (n=7191), el 83.1% (n=6517) residía en zona urbana, el 62.4% (n=4895) era pobre. (Ver tabla N°2).

De las mujeres que se realizaron el tamizaje de cuello uterino con relación a los factores socioculturales, el 78.9% (n=6191) tuvo cobertura de seguro al momento de la encuesta, el 54.9% (n=4309) iniciaron sus relaciones sexuales con 18 o más años de edad, el 57.9% (n=4543) tuvieron educación no superior. (Ver tabla N°3).

Asimismo, las mujeres que se realizaron el tamizaje de cuello uterino con relación al factor conocimiento, el 94.7% (n=7432) habían escuchado sobre el cáncer de cuello uterino. (Ver tabla N°4).

Respecto a la relación de los factores asociados y tamizaje de cáncer de cuello uterino se encontró asociación significativa con edad, estado civil, nivel educativo, pobreza, ruralidad, cobertura de seguro, edad de inicio de relaciones sexuales y haber escuchado sobre el cáncer de cuello uterino, en todos los casos con valores $p < 0.001$.

TABLA N°2: ANÁLISIS BIVARIADO CON F CORREGIDA, DE LA ASOCIACIÓN DE LA REALIZACIÓN DEL TAMIZAJE DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO CON LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS.

Tamizaje de cáncer de cuello uterino						
	Si (N=7845)		No(N=3752)		F corregida	P valor
	n	%	n	%		
	Edad					
12 a 28 años	1087	13.9	2426	64.7		
29 a 36 años	2892	36.9	640	17.0	520.536	
37 a 49 años	3866	49.2	686	18.3		
Tenencia de pareja						<0.001
Si	7191	91.7	2495	66.5	305.480	
No	654	8.3	1257	33.5		
Lugar de residencia						<0.001
Urbano	6517	83.1	2772	73.9	76.027	
Rural	1328	16.9	980	26.1		
Índice de Riqueza						<0.001
No pobre	2950	37.6	1960	52.2		
Pobre	4895	62.4	1792	47.8	66.950	

Fuente: Elaboración propia de los resultados y base de datos del INEI – ENDES 2019

TABLA N°3: ANÁLISIS BIVARIADO CON F CORREGIDA, DE LA ASOCIACIÓN DE LA REALIZACIÓN DEL TAMIZAJE DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO CON LOS FACTORES SOCIOCULTURALES, EN MUJERES PERUANAS DE 12 A 49 AÑOS.

Tamizaje de cáncer de cuello uterino						
		Si (N=7845)		No(N=3752)		
						F corregida
		n	%	n	%	P valor
Nivel educativo						<0.001
Educación no superior	no	4543	57.9	2430	64.7	14.596
Educación superior		3302	42.1	1322	35.3	
Cobertura de Seguro de Salud						<0.001
Sin cobertura		1654	21.1	1200	32.0	44.603
Con cobertura		6191	78.9	2552	68.0	
Edad de inicio de relaciones sexuales						<0.001
<18 años		3536	45.1	2112	56.3	37.092
>= 18 años		4309	54.9	1640	43.7	

Fuente: Elaboración propia de los resultados y base de datos del INEI – ENDES 2019

TABLA N°4: ANÁLISIS BIVARIADO CON F CORREGIDA, DE LA ASOCIACIÓN DE LA REALIZACIÓN DEL TAMIZAJE DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO CON EL FACTOR CONOCIMIENTO, EN MUJERES PERUANAS DE 12 A 49 AÑOS, ENTREVISTADAS EN LA ENDES 2019

Tamizaje de cáncer de cuello uterino						
	Si (N=7845)		No(N=3752)		F corregida	P valor
	n	%	n	%		
	¿Ha escuchado sobre el cáncer de cuello uterino?					
No	413	5.3	601	16.0		
Sí	7432	94.7	3151	84.0		

Fuente: Elaboración propia de los resultados y base de datos del INEI – ENDES 2019

Respecto al análisis bivariado con el Rp crudo se encontró las asociaciones significativas siguientes: A partir de ello se encontraron las siguientes asociaciones significativas con el desenlace TC: edad de 29 a 36 años (RPc: 2.67, IC:2.52-2.82, p<0.001), edad de 37 a 49 años (RPc: 2.80, IC: 2.65-2.96, p<0.001), estado civil con pareja (RPc: 2.18, IC: 2.05-2.33, p<0.001), nivel educativo superior (RPc: 1.09, IC: 1.06-1.11, p<0.001), ser pobre (RPc: 1.21, IC: 1.18-1.25, p<0.001), vivir en una zona rural (RPc: 0.82, 0.79-0.85, p<0.001), cobertura de seguro (RPc: 1.24, IC:1.19-1.28, p<0.001), edad de inicio de relaciones sexuales mayor de 18 años (RPc: 1.14, IC:1.11-1.17, p<0.001), haber escuchado sobre cáncer de cuello uterino (RPc: 1.71, IC: 1.58-1.85, p<0.001).

Interpretando las asociaciones, edad de 29 a 36 años y la edad de 37 a 49 años, tener pareja, tener un nivel educativo superior, ser pobre, tener cobertura de seguro, edad de inicio de relaciones sexuales mayor de 18 años y si haber escuchado sobre el cáncer de cuello uterino aumentan la prevalencia de tener tamizaje cervical. Residir en una zona rural disminuye la prevalencia de tener tamizaje cervical en comparación con residir en áreas urbanas. (Ver Tabla N°5).

TABLA N° 5 ANÁLISIS BIVARIADO CON RP CRUDO DE LOS FACTORES ASOCIADOS A LA REALIZACIÓN DEL TAMIZAJE DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO, EN MUJERES DE 12 A 49 AÑOS, ENDES 2019.

FACTORES ASOCIADOS		P valor	RPcrudo	IC 95%	
				Inferior	Superior
FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS					
Edad	37 a 49 años	<0.001	2.798	2.648	2.957
	29 a 36 años	<0.001	2.668	2.521	2.823
	12 a 28 años		Ref.		
Tenencia de pareja	Con pareja	<0.001	2.183	2.045	2.330
	Sin pareja		Ref.		
Indice de riqueza	pobre	<0.001	1.213	1.179	1.248
	no pobre		Ref.		
Lugar de residencia	Rural	<0.001	0.817	0.785	0.850
	Urbano		Ref.		

FACTORES SOCIOCULTURALES					
Nivel educativo	Educación superior	<0.001	1.085	1.056	1.114
	Educación no superior		Ref.		
Edad de inicio de relaciones sexuales	Mayor 18	<0.001	1.139	1.109	1.170
	Menor 18		Ref.		
Cobertura de seguro	Con seguro	<0.001	1.236	1.193	1.281
	Sin seguro		Ref.		
FACTOR CONOCIMIENTO					
¿Ha escuchado sobre el cáncer de cuello uterino?	Si ha oído sobre cancer de cuello uterino	<0.001	1.710	1.580	1.850
	No ha oído sobre cancer de cuello uterino		Ref.		

Fuente: Elaboración propia de los resultados y base de datos del INEI – ENDES 2019.

Posteriormente se procedió a realizar el ajuste estadístico correspondiente mediante la regresión de poisson para calcular la Razón de Prevalencias ajustada (RPa) de manera que se controle la influencia de las demás variables significativas sobre la asociación cruda, de forma que se obtenga la cuantificación real de dicha asociación.

A partir de ello se encontraron las siguientes asociaciones significativas con el desenlace TC: edad de 29 a 36 años (RPa: 2.29, IC:2.16-2.42, $p<0.001$), edad de 37 a 49 años (RPa: 2.39 , IC: 2.25-2.53, $p<0.001$), estado civil con pareja (RPa: 1.61, IC: 1.52-1.71, $p<0.001$), nivel educativo superior (RPa: 1.09, IC: 1.07-1.12, $p<0.001$), ser pobre (RPa: 1.09, IC: 1.05-1.12, $p<0.001$), vivir en una zona rural (RPa: 0.90, 0.87-0.94, $p<0.001$), cobertura de seguro (RPa: 1.14, IC:1.11-1.18, $p<0.001$), edad de inicio de relaciones sexuales (Rpa:0.99, IC:0.96-1.00, $p<0.001$) haber escuchado sobre cáncer de cuello uterino (RPa: 1.37, IC: 1.28-1.47, $p<0.001$). (Ver tabla N°6).

Interpretando las asociaciones, edad de 29 a 36 años y la edad de 37 a 49 años, tener pareja, tener un nivel educativo superior, ser pobre, tener cobertura de seguro, si haber escuchado sobre el cáncer de cuello uterino aumentan la prevalencia de tener tamizaje cervical ajustado por todas las demás variables. Residir en una zona rural disminuye la prevalencia de tener tamizaje cervical en comparación con residir en áreas urbanas, ajustado por las demás variables. La edad de inicio de relaciones sexuales no está asociada de manera significativa al tamizaje de cáncer de cuello uterino, (Ver tabla N°6).

TABLA N° 6. ANÁLISIS MULTIVARIADO CON RP AJUSTADO DE LOS FACTORES ASOCIADOS A LA REALIZACIÓN DEL TAMIZAJE DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO, EN MUJERES DE 12 A 49 AÑOS, ENDES 2019.

FACTORES ASOCIADOS		RP ajustado	IC 95%		P valor
			Inferior	Superior	
FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS					
Edad	37 a 49 años	2.386	2.254	2.526	<0.001
	29 a 36 años	2.289	2.161	2.424	
	12 a 28 años	Ref.			
Tenencia de pareja	con pareja	1.614	1.522	1.712	<0.001
	sin pareja	Ref.			
Indice de riqueza	pobre	1.085	1.052	1.118	<0.001
	no pobre	Ref.			
Lugar de residencia	rural	0.90	0.864	0.937	<0.001
	urbano	Ref.			

Nivel educativo	educacion superior	1.092	1.065	1.119	<0.001
	educacion no superior	Ref.			
Cobertura de seguro	con seguro	1.144	1.109	1.179	<0.001
	sin seguro	Ref.			
Edad de inicio de relaciones sexuales	mayor de 18	0.985	0.962	1.008	0.192
	menor de 18	Ref.			
¿Ha escuchado sobre el cáncer de cuello uterino?	sí ha oído sobre cáncer de cuello uterino	1.369	1.275	1.471	<0.001
	no ha oído sobre cáncer de cuello uterino	Ref.			

5.2 DISCUSIÓN

El cáncer de cuello uterino es una patología considerada como un problema de salud pública a nivel mundial y especialmente en los países en vías de desarrollo principalmente por las barreras relacionadas a la captación oportuna de las pacientes y por los altos costos sociales y económicos relacionados con su tratamiento. Para superar esta problemática existe una técnica costo-efectiva muy utilizada para el tamizaje de cáncer de cuello uterino denominada prueba de Papanicolaou. Esta prueba de muy bajo costo, adecuada sensibilidad y especificidad es utilizada en el primer nivel de atención para la captación oportuna de pacientes consideradas tributarias de evaluación. Este estudio realiza un análisis secundario de datos a partir de información recolectada de mujeres de 12 a 49 años que participaron de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del año 2019.

En nuestro estudio reportamos que el 67.6% (n= 7845) de las mujeres del estudio se hizo por lo menos alguna vez el TC. Este hallazgo difiere de lo hallado por Bendezú et al. en el 2020 en cuyo estudio se encontró una prevalencia de 52.4% a partir de estudiar la ENDES del 2015, 2016 y 2017 en mujeres de entre 30 a 49 años. Sin embargo, la tendencia de TC en años anteriores al 2010 fue de hasta 42.9% y en el 2018 se consideró entre 86.9% (n=6340) a partir de un análisis de mujeres entre 30 a 49 años que participaron en la ENDES 2018. Esta diferencia puede explicarse porque en nuestro estudio solo se consideró el año 2019 en contraste con el estudio de Bendezú que consideró 3 años, lo cual puede tener un efecto sobre el cálculo de la frecuencia final para esos tres años. En el comparativo de 2019 contra 2018, el estudio de Mamani obtuvo 19.3% adicional de frecuencia probablemente porque el intervalo de la edad partía desde 30 y en nuestro estudio la población incluyó a participantes desde 12 años. Es importante resaltar estas diferencias, porque indican que en los últimos años (2019 y 2018) la prevalencia ha aumentado comparándola con la de años anteriores, lo cual puede ser atribuido al fortalecimiento de los programas de tamizaje y también a la mayor cobertura y concientización. Esto resulta importante considerando que la tasa de TC en países en desarrollo es baja.

De las mujeres entre 29 a 36 años, el 36.0% (n=2892) se hicieron el TC y además, aquellas de este grupo etario tuvieron 2.29 veces la prevalencia de hacerse TC en comparación con las de 12 a 28 años (RPa: 2.29, IC: 2.16-2.42, $p < 0.001$). De forma semejante, en el grupo etario entre 37 a 49 años, el 49.3% (n=3866) se hicieron el TC, siendo que las de este grupo tuvieron 2.39 veces la prevalencia de hacerse TC en comparación con las de 12 a 28 años (RPa: 2.39, IC: 2.25-2.53, $p < 0.001$). De forma análoga, el estudio Kaneko en el 2018 en Japón, demostró que las mujeres entre 28 a 29 años, tienen 1.86 más probabilidad de hacerse TC en comparación con las de 20 a 23 años. (ORa: 1.86, IC: 1.08-3.21), asimismo, el estudio de Chang del año 2018, demostró que las mujeres mayores de 50 años, tienen 3.56 más probabilidad de hacerse TC en comparación con las menores de 39 años. (ORa: 3.56, IC: 2.81-4.51). En nuestro estudio reportamos que cuando las mujeres tienen más edad, su prevalencia para realizarse el TC es mayor comparada con las más jóvenes, lo cual se sustenta en el hallazgo del estudio en Japón. Esta realidad puede explicarse considerando que cuanto mayor es la mujer tiene un mayor grado de conocimiento y madurez respecto de su vida sexual, así como también un incremento, en algunos casos, de la cantidad de parejas sexuales y los riesgos que conlleva ello. A partir de esto, las mujeres con más edad al ser conscientes de ello acuden con mayor frecuencia a realizarse el tamizaje que en las mujeres más jóvenes quienes tienen una menor percepción del riesgo, en muchos casos por desconocimiento.

Las mujeres que tuvieron TC y tenían pareja fueron el 91.7% (n=7191) hallándose además que éstas tuvieron 1.61 veces la prevalencia de TC que las que no tuvieron pareja (RPa=1.61, IC: 1.52-1.71, $p < 0.001$). El estudio de Kaso et al reporta que el estar casada aumenta 1.4 más la probabilidad de tener TC (ORa=2.4, IC: 2.24-2.58) en comparación con estar soltera y Ngwenya et al. en el 2018 reportó que no existía asociación significativa entre las mujeres casadas y las solteras (ORa= 1.43, IC: 0.77-2.65). La influencia de tener pareja resulta importante cuando las mujeres deciden realizarse TC, probablemente por el apoyo y consejo adicional de la pareja y también por condiciones relacionadas a la protección y la buena salud consideradas dentro de una relación. Sin embargo, a pesar de estos hallazgos también existe evidencia que indica que la presencia de la pareja no es fundamental. Es importante señalar que el criterio de

clasificación no fue el mismo: en nuestro estudio se consideró tener pareja a todo lo que implique mantener una relación con alguien, sea casado, conviviente, a diferencia de los otros estudios que solo consideraron a esta dimensión explorada como estar casada o no.

Con relación al nivel educativo, de las que tuvieron TC, el 42.1% (n=3302) correspondía al nivel de educación superior a partir del cual aquellas con dicho nivel tuvieron 1.09 veces la prevalencia de TC que las de nivel educativo no superior (RPa=1.09, IC:1.07-1.12, $p<0.001$). Si bien este resultado es considerado como una asociación de tipo marginal por encontrarse la medida de asociación muy cercana a la unidad, el estudio de Ngwenya et al. encuentra un hallazgo no significativo cuando compara haber terminado la educación secundaria contra la primaria (ORa: 1.46, IC: 0.81-2.64). Kaso et al compararon el nivel educacional universitario contra el escolar encontrando que las mujeres que tuvieron nivel universitario tienen 1.28 más probabilidad de tener TC en comparación con el escolar (ORa: 1.28, IC: 1.21-1.35). Se considera que las mujeres con educación superior tienen una mejor percepción del riesgo de cáncer de cuello uterino y las bondades del tamizaje, por lo que es esperable que la relación entre educación y TC sea de tipo directa y tras su contraste entre grupos sea significativa.

Las mujeres que tuvieron TC y que eran pobres fueron el 62.4% (n=4895) siendo el caso que cuando eran pobres tuvieron 1.09 veces la prevalencia de TC en comparación a cuando no lo eran (RPa=1.09, IC: 1.05-1.12, $p<0.001$). En relación con el lugar de residencia, aquellas mujeres que tuvieron TC y residían en zonas rurales fueron el 16.9% (n=1328) tuvieron 0.90 veces menos la prevalencia de TC que las que residían en áreas no rurales (RPa=0.90, IC: 0.86-0.94 ($p<0.001$)). Asimismo, aquellos que tuvieron cobertura de seguro en salud tuvieron 1.14 veces la prevalencia de tener TC comparados con los que no (RPa= 1.14; IC: 1.11-1.18; $p<0.001$).

El nivel económico pobre y la residencia en áreas rurales son factores que van muy relacionados. Se entiende que personas que residen en áreas rurales tienen menos acceso al tamizaje tanto por desconocer su importancia como también en muchos casos por el poco acceso al sistema de salud lo cual está relacionado con la cobertura. Múltiples estudios reportan similitudes en estos hallazgos. En el caso de la pobreza y el aumento

de la prevalencia de TC, consideramos este hallazgo a ser considerado con cautela puesto que no se han analizado otros factores que permitan el ajuste estadístico para la cuantificación de esta asociación.

Aquellas que sí conocían acerca del cáncer de cuello uterino y tuvieron TC fue del 94.7% (n=7432), siendo el caso que las que sí conocían tuvieron 1.37 veces la prevalencia de tener TC en comparación con las que no conocían de ello (RPa=1.37, IC: 1.28-1.47, $p<0.001$). Este hallazgo coincide con lo reportado otros investigadores como Bendezú, en este estudio se evidenció 1.27 veces la prevalencia de tamizaje cervical en aquellas mujeres que habían oído hablar del cáncer de cérvix (RPa=1.27, IC: 1.14-1.40). El estudio de Mamani reporta también que las mujeres que no han oído hablar del cáncer de cuello uterino tienen 3.78 veces la prevalencia de no tener tamizaje (RPa= 3.78, IC: 2.19-4.9). Al conocer sobre el cáncer de cuello uterino, la mujer concientiza el riesgo de padecerlo, aprende cuáles son las conductas de riesgo asociadas a esta patología y acerca de la utilidad del tamizaje en momentos específicos de su vida. El aspecto psicosocial relacionado a la percepción de susceptibilidad (ORa= 1.07, IC: 1.04-1.10) y beneficios (ORa= 1.14, IC: 1.08-1.21) resultan muy importantes cuando se trata de valorar el tomar la decisión de realizar un TC.

Con relación a las limitaciones de esta investigación tenemos al diseño de tipo observacional analítico transversal que impide establecer la relación de temporalidad entre la variable dependiente y las covariables del estudio. Por otro lado, al ser un análisis secundario de datos la encuesta ENDES fue diseñada con objetivos específicos y las variables definidas según los criterios de quienes elaboraron dicha encuesta; sin embargo, estas definiciones no son necesariamente las que los autores del estudio consideran para evaluar el desenlace para cáncer de cuello uterino. Esta limitación es inherente al análisis secundario de datos a partir de encuestas que no fueron diseñadas específicamente para los objetivos específicos de un estudio en particular.

CAPÍTULO VI:

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

CONCLUSION GENERAL:

- Los factores asociados a la práctica del tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres peruanas de 12 a 49 años, entrevistadas en la ENDES 2019, son la edad, el nivel educativo, el lugar de procedencia, el estado civil, el seguro de salud, el índice de riqueza, la edad de inicio de relaciones sexuales y el haber escuchado sobre el cáncer de cuello uterino.

CONCLUSIONES ESPECIFICAS:

- La edad de la entrevistada está asociada de manera significativa a la práctica del tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres 12 a 49 años.
- El nivel educativo está asociado de manera significativa a la práctica del tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres peruanas de 12 a 49 años, entrevistadas en la ENDES 2019.
- El lugar de procedencia está asociado de manera significativa a la práctica del tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres peruanas de 12 a 49 años, entrevistadas en la ENDES 2019.
- El estado civil está asociado de manera significativa a la práctica del tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres peruanas de 12 a 49 años, entrevistadas en la ENDES 2019.
- El seguro de salud está asociado de manera significativa a la práctica del tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres peruanas de 12 a 49 años, entrevistadas en la ENDES 2019.

- El índice de riqueza está asociado de manera significativa a la práctica del tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres peruanas de 12 a 49 años, entrevistadas en la ENDES 2019.
- La edad de inicio de relaciones sexuales no está asociada de manera significativa a la práctica del tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres peruanas de 12 a 49 años, entrevistadas en la ENDES 2019.
- El haber escuchado sobre el cáncer de cuello uterino está asociado de manera significativa a la práctica del tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres peruanas de 12 a 49 años, entrevistadas en la ENDES 2019.

6.2 RECOMENDACIONES

Se recomienda realizar estudios observacionales de tipo caso-control en búsqueda de un mayor nivel de evidencia para las asociaciones exploradas y explorando aquellas que no resultaron significativas en este análisis.

Se encontraron asociaciones significativas entre el tamizaje cervical y las variables edad, estado civil, nivel educativo, índice de riqueza (ser pobre), ruralidad, y haber oído hablar sobre el cáncer de cuello uterino, por lo que se recomienda que los estudios posteriores se enfoquen también en estas variables, para mejorar los programas de tamizaje cervical y lograr con ello disminuir la incidencia de cáncer de cuello uterino, logrando una detección y tratamiento oportuno de los casos.

Asimismo, se recomienda mejorar los estilos de vida de las mujeres para de esta manera reducir la incidencia de casos de cáncer de cuello uterino.

Por otro lado, es importante promover a nivel local el uso de definiciones operacionales estandarizadas que permitan comparar adecuadamente las variables y sus hallazgos. Finalmente, la evidencia generada a partir de este estudio observacional analítico transversal permitirá a los tomadores de decisiones en salud pública reforzar el enfoque de los programas de tamizaje con la finalidad de mejorar la captación del público objetivo.

Se recomienda la creación de estrategias en el primer nivel de atención para las usuarias, como, por ejemplo, pruebas gratuitas de papanicolaou, y así fomentar a las usuarias la adherencia al tamizaje y el cuidado de su salud.

Es importante la capacitación de las usuarias sobre el cáncer de cuello uterino, para que las mujeres tengan conocimiento sobre la enfermedad y así tengan mayor percepción de los riesgos y concientización de esta patología.

Si bien es cierto, la ENDES es una encuesta estratificada, se debería mejorar el alcance a la población de mujeres del territorio peruano.

Para evaluar el tamizaje de cuello uterino y observar si se están cumpliendo las estrategias de prevención de CaCu, se debería hacer un seguimiento anual de todos los casos de las mujeres que se realicen esta prueba de tamizaje, para de esta manera lograr los objetivos y el tratamiento oportuno de los casos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. International Agency for Research in Cancer. World facts sheets. Cancer Source: Globocan 2020. Published online 2020. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/900-world-fact-sheets.pdf>
2. International Agency for Research in Cancer. Cérvix Uteri Fact Sheet. Globocan 2020. Published 2020. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/23-Cervix-uteri-fact-sheet.pdf>
3. International Agency for Research in Cancer. Perú Fact Sheets. Source: Globocan 2020. Published 2020. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/604-peru-fact-sheets.pdf>
4. Feldman S. Screening Options for Preventing Cervical Cancer. *JAMA Intern Med.* 2019;179(7):879. doi:10.1001/jamainternmed.2019.0298.
5. Sawaya GF, Smith-McCune K, Kuppermann M. Cervical Cancer Screening: More Choices in 2019. *JAMA.* 2019;321(20):2018. doi:10.1001/jama.2019.4595
6. Stumbar SE, Stevens M, Feld Z. Cervical Cancer and Its Precursors. *Prim Care Clin Off Pract.* 2019;46(1):117-134. doi:10.1016/j.pop.2018.10.011
7. World Health Organization. Comprehensive Cervical Cancer Control: A Guide to Essential Practice. WHO; 2014:364. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/cervical-cancer-guide/en/>
8. Popadiuk C. Cervical Cancer Screening in Canada. *J ObstetGynaecol Can.* 2019;41:S177-S180. doi:10.1016/j.jogc.2019.08.013.
9. Elit L, Ogilvie G, Lee M. Cervical Cancer Screening in Low-Resource Settings. *J ObstetGynaecol Can.* 2017;39(12):1183-1184. doi:10.1016/j.jogc.2017.09.011.
10. Toliman PJ, Kaldor JM, Tabrizi SN, Vallely AJ. Innovative approaches to cervical cancer screening in low- and middle-income countries. *Climacteric.* 2018;21(3):235-238. doi:10.1080/13697137.2018.1439917.

11. Mandal R, Basu P. Cancer screening and early diagnosis in low and middle income countries: Current situation and future perspectives. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*. 2018;61(12):1505-1512. doi:10.1007/s00103-018-2833-9.
12. Chang H, Seo S-S, Myong J-P, Koo J-W, Jeong J. Factors Associated with Cervical Cancer Screening among Married Female Immigrants with Korean Husbands in South Korea. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(11):2528. doi:10.3390/ijerph15112528.
13. Bou-Orm IR, Sakr RE, Adib SM. Cervical cancer screening among Lebanese women. *RevÉpidémiologieSanté Publique*. 2018;66(1):1-6. doi:10.1016/j.respe.2017.10.004.
14. Kaneko N. Factors associated with cervical cancer screening among young unmarried Japanese women: results from an internet-based survey. *BMC WomensHealth*. 2018;18(1):132. doi:10.1186/s12905-018-0623-z
15. Mamani Sánchez, Telma Jahayra. Determinantes socioculturales asociados a la no realización del tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres de 30 a 49 años de edad según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del año 2018. Published online 2020.
16. Iglesias Obando, N. et al. Determinantes sociales y culturales asociados a la asistencia al tamizaje de cáncer de cérvix en mujeres de 20 a 49 años. Centro de Salud Aranjuez, distrito de Trujillo. 2016. Published online 2017.
17. Shin DW, Lee J-W, Jung JH, et al. Disparities in Cervical Cancer Screening Among Women With Disabilities: A National Database Study in South Korea. *J Clin Oncol*. 2018;36(27):2778-2786. doi:10.1200/JCO.2018.77.7912
18. Thapa N, Maharjan M, Petrini MA, et al. Knowledge, attitude, practice and barriers of cervical cancer screening among women living in mid-western rural, Nepal. *J Gynecol Oncol*. 2018;29(4):e57. doi:10.3802/jgo.2018.29.e57

19. Ngwenya D, Huang S-L. Knowledge, attitude and practice on cervical cancer and screening: a survey of men and women in Swaziland. *J Public Health*. 2018;40(3):e343-e350. doi:10.1093/pubmed/fox174
20. Bendezu-Quispe G, Soriano-Moreno AN, Urrunaga-Pastor D, Venegas-Rodríguez G, Benites-Zapata VA. Asociación entre conocimientos acerca del cáncer de cuello uterino y realizarse una prueba de Papanicolau en mujeres peruanas. *RevPeruMedExp Salud Pública*. 2020;37(1):17-24. doi:10.17843/rpmesp.2020.371.4730
21. Asto García, Nélica, Ayala Espinoza, Jhovany, Velarde Valer, Héctor Danilo. Factores asociados al rechazo del tamizaje del cáncer de cuello uterino en mujeres en edad reproductiva. Hospital II ESSALUD de Ayacucho, octubre-diciembre 2017. Published online 2017.
22. Quispe AM, Valentin EB, Gutierrez AR, Mares JD. Serie de Redacción Científica: Estudios Transversales. *Rev Cuerpo Méd HNAAA*. 2020;13(1):72-77. doi:10.35434/rcmhnaaa.2020.131.626
23. Calidad del programa de detección oportuna del cáncer cérvico-uterino. Centro de Salud Pascuales. Año 2018. Published online 2018.
24. Mosquera-Pinto, A. Caracterización sociodemográfica y estudio de tamizaje de cáncer cérvico uterino en un centro de salud universitario en Popayan Cauca durante el año 2015. *CIMEL*. 2017; 22(2):24-29.
25. Kamineni A. et al. Cervical cancer screening research in the PROSPR I consortium: rationale, methods and baseline findings from US cohort: cervical cancer screening research. *Int J Cancer*. 2019; 144(6):1460-1473. doi: 10.1002/ijc.31940
26. Salguero Tejada, J. et al. Conocimientos, actitudes y practicas sobre virus del papiloma humano, cancer cérvico uterino y prevención. *RevCentroamObstetGinecol*. 2015; 20(1):4-9.
27. Gajardo M. Creencias sobre el cáncer cervicouterino y papanicolaou y su relación con la adherencia al tamizaje. *RevchilObstetGinecol*. 2017; 82(6):706-712. doi: 10.4067/SO717-7262017000600706.

28. Laberiano, C. Estado del tamizaje del cáncer de cérvix en países de América Latina desde la perspectiva de los profesionales de salud. *RevPeruGinecol Obstet.*2020;66(1):4. doi: 10.1200/JCO.2018.77.7912
29. Urrutia MT. Población objetivo del tamizaje de cáncer cervicouterino en el sistema público de atención chileno y su relación con la cobertura de PAP: implicancias en políticas de salud y asignación de recursos públicos. *Rev Medica Chile.* 2016;144(12):13-160. doi: 10.4067/S0034-98872016001200006.
30. Melnikow J. et al. Screening for cervical cancer with High-Risk Human Papillomavirus Testing: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA.* 2018. 320(7):687. doi:10.1001/jama.2018.10400.
31. Villavicencio Y. et al. Perfil epidemiológico y resultados de las pruebas de tamizaje positivo para cáncer cervical en mujeres que acuden al centro de salud San Ramon-Junín. 2015-2018. Published Online 2020.
32. PERÚ Instituto Nacional de Estadística e Informática [Internet]. Disponible en: <https://proyectos.inei.gob.pe/endes/>
33. Perú: Línea de base de los principales indicadores disponibles de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) 2016 [Internet]. SINIA | Sistema Nacional de Información Ambiental. Disponible en: <https://sinia.minam.gob.pe/documentos/peru-linea-base-principales-indicadores-disponibles-objetivos>
34. DIGITAL SDG. Datos Abiertos [Internet]. Disponible en: <http://www.softwarepublico.gob.pe/index.php/es/software-publico-es-2/datos-abiertos>
35. Van Delden JJM, Van der Graaf R. Revised CIOMS International Ethical Guidelines for Health-Related Research Involving Humans. *JAMA.* 2017;317(2):135. doi:10.1001/jama.2016.18977
36. Kaso M, et al. Factors related to cervical cancer screening among women of childrearing age: a cross-sectional study of a nationally representative sample in Japan. *Int J Clin Oncol.* 2019;24(3):313-322. doi:10.1007/s10147-018-1350-z

37. Bravo Polanco E, Águila Rodríguez N, Guerra Villapanda D; et al. Cáncer cérvico uterino: prevención y tratamiento. Medisur [revista en Internet]. 2020; 18(4): 8. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4648>
38. Saslow, D. et al. 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. Journal of lower genital tract disease, 2012; 16(3), 175–204. doi: <https://doi.org/10.1097/LGT.0b013e31824ca9d5>
39. Calderón DF. Diagnóstico y tratamiento de las lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado del cuello uterino. Cambios rev.méd. 2019;18(1):76-84.
40. American Cancer Society. Detección temprana, diagnóstico y clasificación por etapas [Internet]: cancer.org; 30.07.2020 [consultado el 15.10.2021]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas.html>
41. Vargas Hernández V, Vargas Aguilar V, Sosa Durán E; et al. Diagnóstico y tratamiento de las lesiones precursoras y cáncer del cuello uterino. Revista Oficial FLASOG. 2021. Vol. (28). 26-35.

ANEXOS

ANEXO 1: ACTA DE APROBACION DEL PROYECTO DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Manuel Huamán Guerrero
Oficina de Grados y Títulos

ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE TESIS

Los miembros que firman la presente acta en relación al Proyecto de Tesis “FACTORES ASOCIADOS AL TAMIZAJE DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO: ANÁLISIS SECUNDARIO, ENDES 2019”, que presentan la SRTA. FIORELLA SUMIKO TOKUMOTO VALERA y el SR. JULIO CÉSAR VIDARTE PAIVA, para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, declaran que el referido proyecto cumple con los requisitos correspondientes, tanto en forma como en fondo; indicando que se proceda con la ejecución del mismo.

En fe de lo cual firman los siguientes docentes:

Profesor. Ruben Espinoza Rojas
ASESOR DE LA TESIS

Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas
DIRECTOR DEL CURSO-TALLER

Lima, 17 de diciembre del 2020

ANEXO 2: CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS

**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Manuel Huamán Guerrero**

Instituto de Investigaciones de Ciencias Biomédicas

Oficina de Grados y Títulos

Formamos seres para una cultura de paz



Carta de Compromiso del Asesor de Tesis

Por la presente acepto el compromiso para desempeñarme como asesor de Tesis de los estudiantes de Medicina Humana, SRTA. FIORELLA SUMIKO TOKUMOTO VALERA y del SR. JULIO CÉSAR VIDARTE PAIVA, de acuerdo a los siguientes principios:

1. Seguir los lineamientos y objetivos establecidos en el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina Humana, sobre el proyecto de tesis.
2. Respetar los lineamientos y políticas establecidos por la Facultad de Medicina Humana y el INICIB, así como al Jurado de Tesis, designado por ellos.
3. Propiciar el respeto entre el estudiante, Director de Tesis Asesores y Jurado de Tesis.
4. Considerar seis meses como tiempo máximo para concluir en su totalidad la tesis, motivando al estudiante a finalizar y sustentar oportunamente
5. Cumplir los principios éticos que corresponden a un proyecto de investigación científica y con la tesis.
6. Guiar, supervisar y ayudar en el desarrollo del proyecto de tesis, brindando asesoramiento para superar los puntos críticos o no claros.
7. Revisar el trabajo escrito final del estudiante y que cumplan con la metodología establecida
8. Asesorar al estudiante para la presentación de la defensa de la tesis (sustentación) ante el Jurado Examinador.
9. Atender de manera cordial y respetuosa a los alumnos.

Atentamente,

(Profesor. Rubén Espinoza Rojas)

Lima, 17 de diciembre del 2020

**ANEXO 3: CARTA DE APROBACION DEL PROYECTO DE TESIS, FIRMADO POR
LA SECRETARIA ACADEMICA**



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

LICENCIAMIENTO INSTITUCIONAL RESOLUCIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO N° 040-2016-SUNEDUC/D

Facultad de Medicina Humana
Manuel Huamán Guerrero

Oficio N°0246-2021-FMH-D

Lima, 19 de enero de 2021

Señorita
TOKUMOTO VALERA FIORELLA SUMIKO

Presente. -

ASUNTO: Aprobación del Proyecto de Tesis.

De mi mayor consideración:

Me dirijo a usted para hacer conocimiento que el proyecto de tesis **"FACTORES ASOCIADOS A TAMIZAJE DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO: ANÁLISIS SECUNDARIO, ENDES 2019"** con la propuesta de dos autores, presentado ante la facultad de Medicina Humana para optar el Título Profesional de Médica Cirujana ha sido aprobado por el consejo de Facultad en sesión de fecha 14 de enero de 2021.

Por lo tanto, queda usted expedita con la finalidad de que prosiga con la ejecución del mismo, teniendo en cuenta el Reglamento de Grados y Títulos.

Sin otro particular,

Atentamente,



Hilda Jurupe Chico.
Secretaria Académica

ANEXO 4: CONSTANCIA DE APROBACION DEL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACION.

COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION
FACULTAD DE MEDICINA "MANUEL HUAMAN GUERRERO"
UNIVERSIDAD RICARDO PALMA



CONSTANCIA

El Presidente del Comité de Etica de Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Ricardo Palma deja constancia de que el proyecto de investigación :

Título: ***"FACTORES ASOCIADOS AL TAMIZAJE DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO: ANÁLISIS SECUNDARIO, ENDES 2019"***.

Investigadores:

IORELLA SUMIKO TOKUMOTO VALERA Y JULIO CÉSAR VIDARTE PAIVA

Código del Comité: **PG 257 - 021**

Ha sido revisado y evaluado por los miembros del Comité que presido, concluyendo que le corresponde la categoría EXENTO DE REVISIÓN por un período de 1 año.

Exhortamos al investigador (a) la publicación del trabajo de tesis concluido para colaborar con desarrollo científico del país.

Lima, 31 de Diciembre del 2021

Dra. Sonia Indacochea Cáceda
Presidente del Comité de Etica de Investigación

ANEXO 5: ACTA DE APROBACION DEL BORRADOR DE TESIS FIRMADO

ANEXO 3: ACTA DE APROBACION DEL BORRADOR DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas
Oficina de Grados y Títulos

FORMAMOS SERES HUMANOS PARA UNA CULTURA DE PAZ

ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS

Los abajo firmantes, director/asesor y miembros del Jurado de la Tesis titulada "FACTORES ASOCIADOS AL TAMIZAJE DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO: ANÁLISIS SECUNDARIO, ENDES 2019", que presentan los tesisistas **FIGRELLA SUMIKO TOKUMOTO VALERA** y **JULIO CÉSAR VIDARTE PAIVA** para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, dejan constancia de haber revisado el borrador de tesis correspondiente, declarando que este se halla conforme, reuniendo los requisitos en lo que respecta a la forma y al fondo.

Por lo tanto, consideramos que el borrador de tesis se halla expedito para la impresión, de acuerdo a lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos, y ha sido revisado con el software Turnitin, quedando atentos a la citación que fija día, hora y lugar, para la sustentación correspondiente.

En fe de lo cual firman los miembros del Jurado de Tesis:

Dr. JHONY A. DE LA CRUZ VARGAS
PRESIDENTE

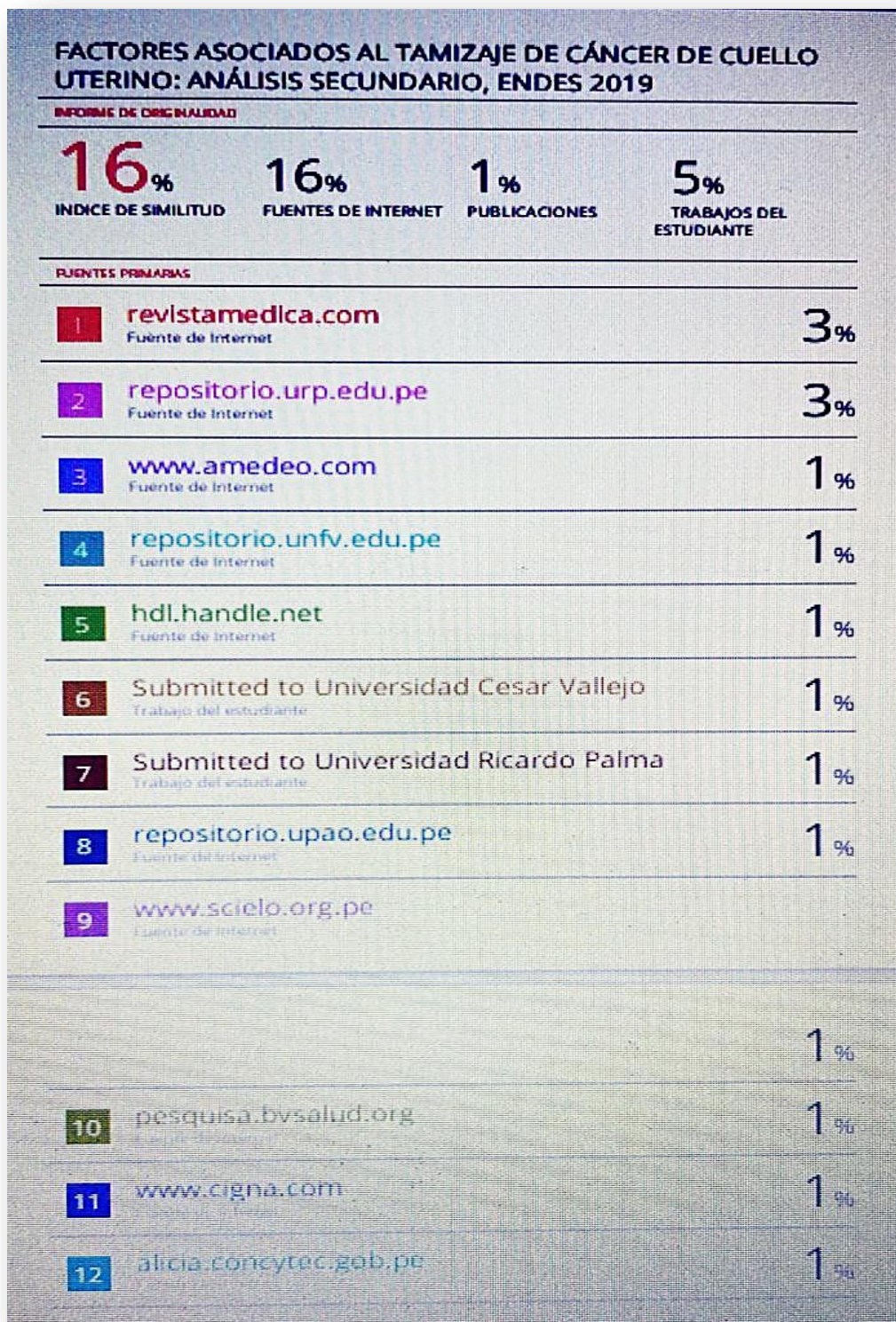
Mg. DANTE M. QUINONES LAVERIANO
MIEMBRO

Mg. JOSÉ MANUEL VELA RUIZ
MIEMBRO

Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas

Mg. Rubén Espinoza Rojas

ANEXO 6: REPORTE DE ORIGINALIDAD DEL TURNITIN



ANEXO 7: CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

MANUEL HUAMÁN GUERRERO

VII CURSO TALLER PARA LA TITULACION POR TESIS MODALIDAD VIRTUAL

CERTIFICADO

Por el presente se deja constancia que la Srta.

FIGRELLA SUMIKO TOKUMOTO VALERA

Ha cumplido con los requisitos del CURSO-TALLER para la Titulación por Tesis Modalidad Virtual durante los meses de setiembre, octubre, noviembre, diciembre 2020 y enero 2021, con la finalidad de desarrollar el proyecto de Tesis, así como la culminación del mismo, siendo el título de la tesis:

**FACTORES ASOCIADOS A TAMIZAJE DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO:
ANÁLISIS SECUNDARIO, ENDES 2019. Con la propuesta de dos
autores.**

Por lo tanto, se extiende el presente certificado con valor curricular y valido por 06 conferencias académicas para la sustentación de tesis respectiva de acuerdo a artículo 14° de Reglamento vigente de Grados y Títulos de Facultad de Medicina Humana aprobado mediante Acuerdo de Consejo Universitario N°2583-2018.

Lima, 12 de enero de 2021



Dr. Jhony De La Cruz Vargas

Director del Curso Taller



Dra. Maria del Socorro Alatriza Gutiérrez Vda. De Bambarén

Decana (e)



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

MANUEL HUAMÁN GUERRERO

**VII CURSO TALLER PARA LA TITULACION POR TESIS
MODALIDAD VIRTUAL**

CERTIFICADO

Por el presente se deja constancia que el Sr.


JULIO CÉSAR VIDARTE PAIVA

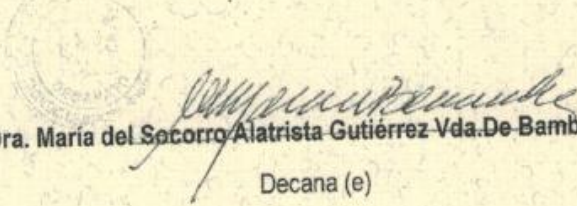
Ha cumplido con los requisitos del CURSO-TALLER para la Titulación por Tesis Modalidad Virtual durante los meses de setiembre, octubre, noviembre, diciembre 2020 y enero 2021, con la finalidad de desarrollar el proyecto de Tesis, así como la culminación del mismo, siendo el título de la tesis:

**FACTORES ASOCIADOS A TAMIZAJE DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO:
ANÁLISIS SECUNDARIO, ENDES 2019. Con la propuesta de dos
autores.**

Por lo tanto, se extiende el presente certificado con valor curricular y valido por 06 conferencias académicas para la sustentación de tesis respectiva de acuerdo a artículo 14° de Reglamento vigente de Grados y Títulos de Facultad de Medicina Humana aprobado mediante Acuerdo de Consejo Universitario N°2583-2018.

Lima, 12 de enero de 2021


Dr. Jhony De La Cruz Vargas
Director del Curso Taller


Dra. Maria del Socorro Alatriza Gutiérrez Vda. De Bambarén
Decana (e)

ANEXO 8: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño metodológico	Población y muestra	Técnica e instrumento	Análisis estadístico
<p>¿Cuáles son factores asociados al tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres peruanas de 12 a 49 años que participaron de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) durante el año 2019?</p>	<p>Objetivo General: -Determinar la asociación entre los factores sociodemográficos, socioculturales y de conocimiento con el tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres peruanas de 12 a 49 años, que participaron de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) durante el año 2019.</p> <p>Objetivos Específicos:</p> <p>FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS: -Determinar la asociación entre la edad y la práctica del tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres peruanas de 12 a 49 años, entrevistadas en la ENDES 2019.</p> <p>-Determinar la asociación entre el estado civil y la práctica del tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres peruanas de 12 a 49 años, entrevistadas en la ENDES 2019.</p> <p>-Determinar la asociación entre el índice de riqueza y la práctica del tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres peruanas de 12 a 49 años, entrevistadas en la ENDES 2019.</p> <p>-Determinar la asociación entre el lugar de procedencia y la práctica del tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres peruanas de 12 a 49 años, entrevistadas en la ENDES 2019.</p> <p>FACTORES SOCIOCULTURALES: -Determinar la asociación entre la edad de inicio de relaciones sexuales y la práctica del tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres peruanas de 12 a 49 años, entrevistadas en la ENDES 2019.</p> <p>-Determinar la asociación entre el nivel educativo y la práctica del tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres peruanas de 12 a 49 años, entrevistadas en la ENDES 2019.</p> <p>-Determinar la asociación entre el tener cobertura de salud y la práctica del tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres peruanas de 12 a 49 años, entrevistadas en la ENDES 2019.</p> <p>FACTOR CONOCIMIENTO: -Determinar la asociación entre haber escuchado sobre el cáncer de cuello uterino y la práctica del tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres peruanas de 12 a 49 años, entrevistadas en la ENDES 2019.</p>	<p>HIPÓTESIS GENERAL -Los factores sociodemográficos, socioculturales y de conocimiento están asociados al tamizaje para cáncer de cuello uterino en mujeres peruanas de 12 a 49 años entrevistadas en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) durante el año 2019.</p> <p>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS</p> <p>FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS: -H1: La edad de entrevistada está asociada a la práctica del tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres de 12 a 49 años. -H2: El estado civil está asociado a la práctica del tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres de 12 a 49 años. -H3: El índice de riqueza está asociado a la práctica del tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres de 12 a 49 años. -H4: El lugar de procedencia está asociado a la práctica del tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres de 12 a 49 años.</p> <p>FACTORES SOCIOCULTURALES: -H5: La edad de inicio de relaciones sexuales está asociada a la práctica del tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres de 12 a 49 años. -H6: El nivel educativo está asociado a la práctica del tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres de 12 a 49 años. -H7: El tener cobertura de salud está asociado a la práctica del tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres de 12 a 49 años. FACTOR CONOCIMIENTO: -H8: El haber escuchado sobre cáncer de cuello uterino está asociado a la práctica del tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres de 12 a 49 años.</p>	<p>Variable Dependiente: -Tamizaje de Cáncer de Cuello Uterino</p> <p>Variable Independiente:</p> <p>FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS: -Edad -Estado civil -Índice de riqueza -Lugar de procedencia</p> <p>FACTORES SOCIOCULTURALES: -Edad de inicio de relaciones sexuales -Nivel educativo -Cobertura de seguro de salud</p> <p>FACTOR CONOCIMIENTO: -Haber oído sobre el cáncer de cuello uterino</p>	<p>Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, observacional, retrospectivo, transversal y analítico. Se realizó un análisis secundario de datos a partir de la ENDES 2019.</p>	<p>La población del estudio fueron todas las mujeres de 12 hasta 49 años residentes en las viviendas de áreas urbanas y rurales del Perú en el año 2019.</p> <p>La muestra final de la presente está constituida por 11597 mujeres de 12 a 49 años entrevistadas en la ENDES durante el año 2019, las cuales cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.</p> <p>Muestreo bietápico, probabilístico de tipo equilibrado, estratificado e independiente, a nivel departamental y por área urbana y rural.</p>	<p>Para la recolección de datos del presente estudio se ingresó a la página web oficial del Instituto Nacional de Estadística e Información (INEI)², en la opción "microdatos". Después se ingresó a la sección de "consultas por encuesta" donde se seleccionó la Encuesta demográfica y de salud familiar 2019, luego se recolectó y se descargó las siguientes bases de datos CSALUD001 (que contenía la variable dependiente), RECH1 (que contenía la variable edad y nivel educativo), RECH4 (que contenía la variable seguro de salud), RECH23 (que contenía la variable índice de riqueza) y RECH0 (que contenía la variable lugar de procedencia: rural/urbano y RES16171 (que contenía la variable edad de inicio de relaciones sexuales) en formato SPSS, que contenían las variables pertinentes y necesarias. Finalmente, se procedió a aplicar el filtro cumpliendo los criterios de inclusión y exclusión, con la finalidad de obtener una muestra homogénea, que garantice la confiabilidad y calidad de la información, para el análisis estadístico de las variables con el programa SPSS. La muestra está constituida por 11597 mujeres de 12 a 49 años, entrevistadas en la ENDES 2019, que respondieron a la pregunta referente al tamizaje de cáncer de cuello uterino.</p>	<p>La base de datos se descargó de la página web del INEI en formato SPSS versión 26.0 como se explicó en la sección previa, asimismo, el análisis estadístico se realizó con el programa estadístico SPSS. Las variables cualitativas se analizaron en tablas de frecuencias y contingencia. Para evaluar la asociación entre variables cualitativas o categóricas, se utilizó el estadístico F corregida. Como medida para la evaluación de los factores de riesgo se utilizó la razón de prevalencia cruda (RPC) con su respectivo intervalo de confianza. Finalmente, se calculó la razón de prevalencia ajustada (RPA), a través de un modelo de regresión de Poisson con varianza robusta. Para el análisis se utilizó un nivel de confianza de 95%, una significancia estadística de p<0.05. Se utilizó el programa estadístico Stata Ver 16 para el análisis de la data.</p>

ANEXO 9: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

#	Nombre de Variable	Definición Operacional	Tipo	Naturaleza	Escala	Nombre de variable en microdatos ENDES	Indicador	Medición
1	¿Alguna vez en su vida un médico u otro profesional de salud le ha realizado la prueba de papanicolaou?	Se registra que la mujer se ha realizado alguna vez el Papanicolaou, registrado en la ENDES	Dependiente	Cualitativa	Nominal	QS411	Uso	SI=1; No=0
2	Edad	Cantidad de años de la participante, registrado en la ENDES	Covariable	Cuantitativa	De Razón	QS23	Años	37 a 49 años=3; 29 a 36 años=2; 12 a 28 años=1
3	Pareja	Registro de si la mujer tiene un estado civil que implique tener una pareja (conviviente y casada), registrado en la ENDES	Covariable	Cualitativa	Nominal	V501	Pareja	Con pareja=1; Sin pareja=0
4	Lugar de residencia	Área que habita la mujer en base a su urbanización registrado en la ENDES	Covariable	Cualitativa	Nominal	HV025	Ruralidad	Rural=1; Urbano=0
5	Pobreza	A partir del índice de riqueza, la mujer tiene un estado de pobreza (el más pobre, muy pobre y pobre), registrado en la ENDES	Covariable	Cualitativa	Nominal	V190	Pobreza	SI=1; No=0
6	Nivel educativo	Corresponde al nivel de educación alcanzado por la mujer, registrado en la ENDES	Covariable	Cualitativa	Nominal	QS25N	Educación	0= No superior, 1=Superior
7	Cobertura en Salud	Corresponde a si la mujer cuenta con algún tipo de aseguramiento en salud, registrado en la ENDES	Covariable	Cualitativa	Nominal	QS26	Ocupación	SI=1; No=0
8	Edad de inicio de Relación sexual	Edad a la cual tuvo su primera relación sexual, registrado en la ENDES	Covariable	Cualitativa	Nominal	V525	Edad	0= Menor de 18; 1= Mayor o igual a 18
9	Haber oído sobre el cáncer de cuello uterino	Corresponde a si la mujer ha oído alguna vez sobre el cáncer de cuello uterino, registrado en la ENDES	Covariable	Cualitativa	Nominal	QS402	Conocimiento	SI=1; No=0

ANEXO 10: CONSENTIMIENTO INFORMADO DE MUJERES ENTREVISTADAS EN LA ENDES 2019. INSTRUMENTO: ENCUESTA (ENDES).

REPÚBLICA DEL PERÚ
 INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA
ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR
ENDES - 2019
PRIMER SEMESTRE

CUESTIONARIO INDIVIDUAL - MUJERES DE 12 A 49 AÑOS

CONGLOMERADO				VIVIENDA				HOGAR			

CONSENTIMIENTO

Señora (Señorita), mi nombre es _____ y estoy trabajando para el Instituto Nacional de Estadística e Informática, institución que por especial encargo del Ministerio de Salud está realizando un estudio sobre la salud de las mujeres, las niñas y los niños menores de seis años, a nivel nacional y en cada uno de los departamentos del país, con el objeto de evaluar y orientar la futura implementación de los programas de salud materno infantil, orientados a elevar las condiciones de salud de la población en el país.

Con tal motivo, me gustaría hacerle algunas preguntas sobre su salud y la salud de sus hijas e hijos. La información que nos brinde es estrictamente confidencial y permanecerá en absoluta reserva.

En este momento, ¿Usted desea preguntarme algo acerca de esta investigación o estudio? ¿Puedo iniciar la entrevista ahora?

FIRMA DE LA ENTREVISTADORA: _____

FECHA: _____

SI, ACEPTA: 1

SI, EN OTRO MOMENTO: 2

NO, NO ACEPTA LA ENTREVISTA: 3

NOMBRE Y NÚMERO DE ORDEN DE LA ENTREVISTADA
 EN EL CUESTIONARIO DE HOGAR : _____

MUJER SELECCIONADA PARA SECCIÓN DE VIOLENCIA DOMÉSTICA SI = 1 NO = 2

VISITAS DE LA ENTREVISTADORA						
	1a.	2a.	3a.	4a.	5a.	VISITA FINAL
FECHA						FECHA: DÍA..... MES..... AÑO.....
NOMBRE DE LA ENTREVISTADORA						EQUIPO NÚMERO..... ENTREVISTADORA.....
RESULTADO***						RESULTADO FINAL.....
PRÓXIMA VISITA: FECHA HORA						NÚMERO TOTAL DE VISITAS.....
***CÓDIGOS DE RESULTADO: 1 COMPLETA 6 DISCAPACITADA (marque con X) 2 AUSENTE Ver 7 OTRA (ESPECIFIQUE) 3 APLAZADA Or 4 RECHAZADA Hablar 5 INCOMPLETA Moverse Entender Relacionarse						TOTAL NIÑAS / OS < 5 AÑOS TOTAL NIÑAS / OS CON CARNÉ
NOMBRE Y FECHA DE SUPERVISION	SUPERVISORA LOCAL		SUPERVISORA NACIONAL		DIGITADOR (A)	
NOMBRE Y FECHA DE REVISION						

**ANEXO 11: BASES DE DATOS (EXCEL, SPSS), O EL LINK A SU BASE DE DATOS
SUBIDA EN EL INICIB-URP.**

La base de datos en formato SPSS será adjuntada en el correo junto a la tesis.