

Adherencia y factores asociados al tamizaje de cáncer de cérvix. Guarainag-Paute. 2021

Adherence and factors associated with cervical cancer screening. Guarainag-Paute. 2021

Resumen

Objetivo: analizar la adherencia y factores asociados al tamizaje de cáncer de cérvix (CC) en la parroquia Guarainag, cantón Paute.

Metodología: estudio analítico de corte transversal, con una muestra de 208 mujeres escogidas al azar en una comunidad rural. Los datos se recolectaron mediante formulario elaborado por los autores con análisis univariado y bivariado de los datos en SPSS y Excel.

Resultados: el promedio de edad de las participantes fue de 49.3 años; en cuanto al estado civil el 53.5% eran casadas; 15.7% no tenían escolaridad; 85.4%, registraba bajos ingresos y el 24.5% no se había realizado la prueba de Papanicolaou (PAP) en ningún momento. Los factores que afectaron la adherencia al tamizaje de cáncer de cérvix fueron, miedo (17.3%) (RR 1.828, IC 1.094-3.054); falta de conocimiento (35.7%) (RR 2.657, IC 1.613-4.376); falta de acceso (18.4%) (RR 2.082, IC 1.278-3.390); favorecieron la realización del PAP el conocimiento adecuado sobre el cáncer de cérvix (53%) (RR 1.262, IC 1.056-1.506) y la realización de otros tamizajes (48.6%) (RR 21.316, IC 5.327-85.299).

Conclusiones: la población estudiada no se adhiere al tamizaje de CC debido al miedo, la falta de acceso al test o de conocimiento sobre su importancia; entre los factores que favorecen el cribaje se encontraron la realización de otros tamizajes como el DOC mamario y el acceso a información sobre el CC sus consecuencias y mecanismos de prevención.

Palabras claves: neoplasias del cuello uterino, cuello del útero, infecciones por papillomavirus, prueba de papanicolaou.

Abstract

Objective: to identify adherence and factors associated with cervical cancer screening in women from the Guarainag parish, Paute canton.

Methods: a cross-sectional, analytical study was carried out, the sample consisted of 208 women. The data was collected by a form made by the authors, a univariate and bivariate analysis was made in SPSS and Excel.

Results: the average age of 208 women surveyed was 49.39 and most were married (53.5%); where 15.7% had no schooling, the 85.4% had a low level of income, 24.5% of respondents had not had a Pap test at any time in their lives. The factors that showed limitations for adherence were: fear (17.3%) (RR 1.828, CI 1.094-3.054); lack of knowledge (35.7%) (RR 2.657, CI 1.613-4.376); lack of access (18.4%) (RR 2.082, CI 1.278-3.390); Factors favoring PAP performance included; adequate knowledge about cervical cancer (53%) (RR 1.262, CI 1.056-1.506) and performing other screenings (48.6%) (RR 21.316, CI 5.327-85.299).

Conclusions: the studied population does not adhere to CC screening due to fear, lack of access to the test or lack of knowledge about its importance; Among the factors that favor screening were the performance of other screenings such as breast DOC and access to information on CC, its consequences and prevention mechanisms.

Keywords: uterine cervical neoplasms, cervix uteri, papillomavirus infections, papanicolau test.

Introducción

El cáncer como problema de salud pública muestra las inequidades en los sistemas de salud, en la prevención y oportunidades terapéuticas; países en vías de desarrollo como Ecuador no logran aún desarrollar estrategias válidas

frente a patologías frecuentes y prevenibles como el cáncer de cuello uterino o cérvix (CC)¹.

En Ecuador el CC fue el segundo cáncer más frecuente en mujeres, con una tasa de morbilidad de 16 por cada 100 mil habitantes y una mortalidad de 8.2 por cada 100 mil habitantes²; mientras que en los Estados Unidos, país donde se han aplicado estrategias de cribaje y control oportuno, como el tamizaje doble o la vacunación masiva, las tasas de morbilidad disminuyen significativamente a 7.5 por cada 100 mil habitantes y una mortalidad de 2.2 por cada 100 mil habitantes³.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) planteó como meta para el año 2045, reducir el CC en un 42%, las acciones se enfocan en la estrategia 90-70-90, que se traduce en: 90% de la población vacunada contra el virus del papiloma humano (VPH), 70% de mujeres tamizadas con pruebas de alta sensibilidad al menos dos veces durante su vida (35 y 45 años) y 90% de pacientes con enfermedad cervical recibiendo seguimiento y tratamiento adecuado, sea de lesiones precancerosas o cáncer invasor⁴.

En Ecuador, como parte de la estrategia nacional de atención integral del cáncer, se ejecutan acciones de prevención secundaria orientadas a su detección oportuna que incluye cribado en la población de 21 a 65 años con citología vaginal (PAP), controles cada 3 años si las dos últimas citologías fueron normales; citología y pruebas moleculares para ADN de VPH cada 5 años⁵; la realización del PAP está fuertemente relacionada con determinantes socioeconómicas y sociodemográficas^{3,6}; en la zona rural un 57.7% de mujeres nunca se han sometido a un PAP⁷.

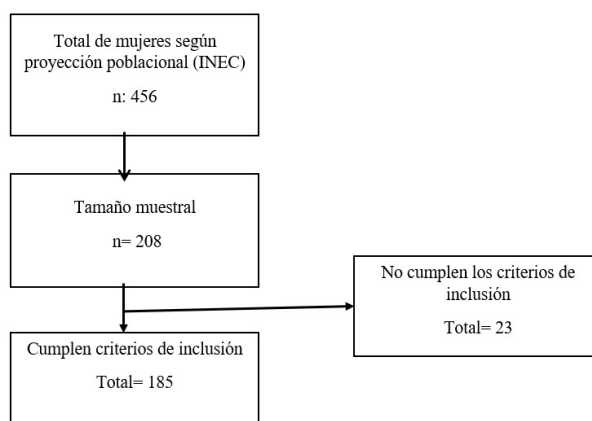
En las comunidades campesinas es necesario conocer la adherencia de la población al tamizaje y las determinantes sociodemográficas para detección oportuna del CC. El propósito de la presente investigación fue analizar la adherencia al tamizaje de la población rural de la parroquia Guarainag del cantón Paute, provincia del Azuay y además conocer las barreras que limitan su realización.

Metodología

Se realizó un estudio analítico de corte transversal. El universo de estudio fue el total de mujeres en edad fértil de la parroquia Guarainag del cantón Paute que según las proyecciones del INEC para el año 2021 ascendían a 456. La muestra fue calculada con una prevalencia de realización de PAP entre 40.9% y 51.4%⁸, haciendo uso del valor menor con intervalo de confianza del 95% y margen de error del 5% se obtuvo una muestra de 208 mujeres. La aleatorización se efectuó utilizando el plano catastral para obtener el código único de casa que fue procesado en el programa random.org.

Los criterios de inclusión fueron: mujeres mayores de 18 años con vida sexual activa; firma y aceptación del consentimiento informado; se excluyeron aquellas personas sin capacidad de contestar el formulario. Las variables analizadas fueron: realización de PAP, características sociodemográficas, historia gineco-obstétrica, factores que favorecen y limitan la toma del PAP. (Figura N1)

Figura N1. Tamaño muestral y selección de participantes



Únicamente 185 mujeres cumplieron con los criterios de inclusión y conformaron la muestra de estudio.

La investigación fue aprobada por el Comité de Bioética del Área de la Salud (COBIAS) de la Universidad de Cuenca bajo el código 2021-109EO-M, siguiendo los lineamientos de la Declaración de Helsinki y el Consejo Internacional para organizaciones Médicas en Salud (CIOMS). Todas las participantes fueron notificadas sobre el propósito de la investigación y firmaron el consentimiento informado antes de realizar la encuesta.

Los datos que se obtuvieron fueron tabulados e ingresados a los programas Excel 2019 y a SPSS24. Se realizó un análisis univariado y bivariado, para determinar asociación se evaluó el riesgo relativo e intervalo de confianza; además,

de valor $p < 0.05$ para establecer diferencia estadística. El instrumento usado para la recolección de datos fue un formulario de preguntas elaborado por los autores.

Resultados

En la presente investigación 47 mujeres (25.4%) no se han realizado ningún PAP a lo largo de su vida; 18 se sometieron a un tamizaje excesivo al haber tenido más de 14 PAP a lo largo de su vida, siendo el valor máximo 30 PAP. Con respecto a la frecuencia anual de este examen, la mayoría (68.1%) no se realizó el tamizaje cada año, mientras que el 2.16% se aplicó este examen más de una vez por año. (Tabla N°1)

Tabla N°1

Características del tamizaje con Papanicolaou		
Realización de PAP	n=185	%
Si	138	74.6
No	47	25.4
Número de PAP realizados en su vida		
0	47	25.4
1-10	116	62.7
11-20	17	9.2
21-30	5	2.7
Frecuencia de PAP en un año		
0	126	68.1
1	55	29.7
Más de 1	4	2.2

El 17.3% de la población de estudio manifestó miedo, siendo datos estadísticamente significativos (RR 1.828, IC 1.094-3.054; valor p de 0.03). Con respecto a la falta de conocimiento, el 35.7% consideró como limitante no tener el suficiente conocimiento sobre el tema (RR 2.657 IC 1.613-4.376 valor de p 0,00). Se quejaron de la falta de acceso al PAP, 18.4% (RR 2.082 IC 1.278-3.390 valor de p 0.006), 35.7% de participantes considera como barrera la falta de conocimiento y 18.4% la falta de acceso, valores con significancia estadística ($p < 0.05$) entendiéndose estos factores como limitantes que dificultan la adherencia al tamizaje de PAP (Tabla N°2).

Tabla N°2

Influencia de factores limitantes para la realización de PAP en mujeres de Guarainag

VARIABLE	REALIZACIÓN DE PAP					
	No se realizó PAP	Si se realizó PAP	Total	RR	Valor de p	IC
	n(%)	n(%)	n(%)			
Miedo	SI 13(7)	19(10.3)	32(17.3)	1.828	0.03**	1.094-3.054
Vergüenza	SI 8(4.3)	45(24.3)	53(28.6)	1.205	0.041	1.029-1.412
Falta de conocimiento	SI 28(15.1)	38(20.5)	66(35.7)	2.657	0.000**	1.613-4.376
Falta de	SI 15(8.1)	19(10.3)	34(18.4)	2.082	0.006**	1.278-

Acceso							3.390
Incomodidad	SI	5(2.7)	25(13.5)	30(16.2)	0.615	0.230	0.256-1.426
Falta de Tiempo	SI	6(3.2)	34(18.4)	40(21.6)	0.530	0.088	0.243-1.159
Organización del sistema de Salud	SI	4(2.2)	12(6.5)	16(8.6)	0.983	0.969	0.405-2.386
Poca confianza en la prueba	SI	3(1.6)	7(3.8)	10(5.4)	1.193	0.731	0.448-3.181
Resultados tardíos	SI	3(1.6)	11(5.9)	14(7.6)	0.833	0.722	0.292-2.344
Costo Elevado	SI	2(1.1)	10(5.4)	12(6.5)	0.641	0.472	0.176-2.327
Otras Razones	SI	14(7.6)	49(26.5)	63(34.1)	0.822	0.475	0.476-1.419

En la Tabla N°3 se puede identificar que las entrevistadas con información sobre el CC (98 mujeres, 53%) tienen más posibilidades de realizarse el tamizaje con PAP (RR 1.21 IC 95% 1.05-1.50 valor de p 0.008).

Tabla N3

Asociación entre grado de conocimiento sobre C.C. y sus causales con la realización de PAP en mujeres de Guarainag.

VARIABLE		Si se realizó	No se realizó	Total	RR	Valor de p	IC 95%
		n(%)	n(%)	n(%)			
Conocimiento de VPH	SI	40(21.6)	13(7)	53(28.6)	1.017	0.862	0.846-1.221
Conocimiento sobre prevención VPH	SI	16(8.6)	7(3.8)	23(12.4)	0.924	0.554	0.695-1.228
Conocimiento sobre Cáncer de Cérvix	SI	81(43.8)	17(9.2)	98(53)	1.262	0.008**	1.056-1.506
Conocimientos sobre prevención de Cáncer de Cérvix	SI	30(19.5)	6(3.2)	36(19.5)	1.150	0.180	0.964-1.372

En la Tabla N°4 se observa que el 48.6% manifestó haberse realizado DOC mamario, el 47.6% se realizaron ambos tamizajes; las mujeres que cumplen con otros cribados tienen más probabilidades de someterse al tamizaje por PAP, siendo datos estadísticamente significativos. (RR 21.316; IC 5.327-85.299; valor p de 0.000).

Tabla N4

Asociación entre factores sociodemográficos y personales con la realización de PAP en Guarainag

VARIABLE		No se realizó	Si se realizó	Total	RR	Valor de p	IC 95%
		n(%)	n(%)	n(%)			
Nivel de escolaridad	NULO	8(4.3)	21(11.4)	29(15.7)	1.103	0.769	0.576-2.112
	SI ESCOLARIDAD	39(21.1)	117(63.2)	156(84.3)			
Ingreso socioeconómico	BAJO	40(21.6)	118(63.8)	158(85.4)	0.976	0.946	0.489-1.950
	MEDIO Y ALTO	7(3.8)	20(10.8)	27(14.6)			
Acceso a servicios de salud	NO	18(9.7)	41(22.2)	59(31.9)	1.326	0.275	0.804-2.186
	SI	29(15.7)	97(52.4)	126(68.1)			
Realización de otros tamizajes de DOC	NO	45(24.3)	50(27.0)	95(51.4)	21.316	0.000**	5.327-85.299
	SI	2(1.1)	88(47.6)	90(48.6)			
Uso de métodos anticonceptivos	NO	33(17.8)	75(40.5)	108(58.4)	1.681	0.057	0.967-2.920
	SI	14(7.6)	63(34.1)	77(41.6)			

Discusión

El INEC en su informe del año 2018⁹ señala que en la población rural el 58.7% de las mujeres no se realizó ni una sola prueba de PAP, datos que difieren con la presente investigación en donde el 25.4% de mujeres no registraron PAP a pesar de haber iniciado su vida sexual.

El 74.6% de entrevistadas que se realizaron el PAP no se adhieren al tamizaje, el 13% solo se ha realizado un PAP a lo largo de su vida; en los estudios de Ibáñez y colaboradores¹⁰ se evidenció que las mujeres con un infra tamizaje tienen más riesgo de desarrollar CC, es así que el 73.8% no tenía antecedentes de citología de control en los 10 años previos.

Por otro lado, hay pacientes con sobre-tamizaje incluso con más de 20 PAP (6.4%), posiblemente al ser atendida en otras prestaciones de salud como programas de planificación familiar; esta duplicación de pruebas podría evitarse con adecuados programas sanitarios, por ejemplo, Worthington y colaboradores¹¹ en Canadá demostraron que la mayoría de encuestadas, 61.4%, cumplía con el tamizaje adecuado según la normativa internacional.

En Nepal Darj y colaboradores¹² identificaron la vergüenza como uno de los principales sentimientos limitantes; no solo por la incomodidad de mostrar los genitales al personal de salud especialmente a profesionales varones. Dato que coincide con el presente estudio en donde un 28.6% de mujeres refirieron vergüenza y un 17.3% manifestó que sentía miedo.

El miedo está relacionado con las dinámicas domino-familiares machistas prevalentes en la población estudiada donde 16.2% de mujeres no contaba con el apoyo de su pareja para la realización de controles ginecológicos y en ciertas entrevistadas inclusive tenían prohibición de realización de estos exámenes; Hassani y colaboradores¹³ coinciden en que la falta de apoyo familiar y sobre todo de las parejas, constituye un obstáculo importante para el tamizaje.

La desinformación es otra barrera significativa que afectó a 35.7% de mujeres; de las cuales el 15.1% manifestaron falta de conocimiento sobre el tema; Matassini y colaboradores¹⁴ en su investigación encontraron resultados similares, las personas con conocimientos insuficientes generan una falsa sensación de seguridad y subestimación de la enfermedad..

Con respecto a la evaluación de conocimientos sobre el cáncer de cérvix, el VPH y los métodos de prevención, el 71.4% de las entrevistadas no identifican al virus del papiloma humano y sus implicaciones en la salud sexual, el 18.4% nunca se ha realizado un tamizaje y el 87.6% desconocían de métodos de prevención; el 47% de participantes ignoraba la relación con el CC; Matassini y colaboradores¹⁴ al respecto señalan que el desinterés en la realización del tamizaje se debe al desconocimiento sobre la enfermedad, sus consecuencias, y los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y de prevención.

En cuanto a otros tamizajes durante los programas para la detección oportuna del cáncer mamario por ejemplo, hace más probable que las mujeres se realicen conjuntamente cribado para CC, de las pacientes con tamizaje mamario solo 2 (1.1%) no se realizaron exámenes para CC, en contraste con las 88 (47.6%) que si lo hicieron; al respecto, Rodríguez y colaboradores¹⁵ en Chile concluyeron que a medida que aumenta el nivel educativo de la mujer disminuye la probabilidad de abstenerse el control en ambos exámenes ($p < 0.01$), situación más acentuada en el caso del PAP; la ausencia de pareja hace que la mujer no considere medidas para prevenir el cáncer mamario, cerca de 1 de cada 2 mujeres en esta condición se abstiene (47.4%), representando en el modelo una probabilidad de 59% más a la de mujeres emparejadas.

Conclusiones _

La población estudiada no se adhiere al tamizaje de CC debido al miedo, la falta de acceso al test o de conocimiento sobre su importancia; entre los factores que favorecen el cribaje se encontraron la realización de otros tamizajes como el DOC mamario y el acceso a información sobre el CC sus consecuencias y mecanismos de prevención. Entre las limitaciones de la investigación, al trabajar en el sector rural se encontró una población al principio renuente a firmar los consentimientos y a responder preguntas de índole sexual, además que debido a situaciones migratorias el mayor porcentaje de mujeres, eran mayores de 60 años.

Recomendaciones

Al haber identificado los puntos vértice que inciden en la adherencia al tamizaje, estos se pueden usar como punto de partida para acciones que favorezcan el apego de las mujeres a la realización de PAP y mejoren su salud. Esta información podría ser aprovechada por el Ministerio de Salud de Ecuador para mejorar programas de salud sexual y reproductiva en el sector rural.

Se recomienda fortalecer medidas preventivas proveyendo de información en las escuelas/colegios sobre la necesidad y criterios para la realización de PAP, para generar consciencia colectiva sobre la salud sexual y reproductiva desde etapas

tempranas. Es importante, centrarse en el ámbito de la atención primaria de salud con las comunidades para dar a conocer sus servicios en base a promoción y prevención.

Aspectos bioéticos

Esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Universidad de Cuenca, código de aprobación: 2021-109EO-M. La participación en el estudio fue completamente voluntaria y posterior a la firma de un consentimiento informado por parte de los participantes.

Información de los autores

- Torres Ulloa Maria Augusta. Estudiante de la carrera de Medicina de la Universidad de Cuenca. Cuenca-Azuay-Ecuador.

E-mail: maria.torresu@ucuenca.edu.ec

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8645-3243>

- Peñafiel Saavedra Daniel Santiago. Estudiante de la carrera de Medicina de la Universidad de Cuenca. Cuenca-Azuay-Ecuador.

E-mail: daniels.penafiels@ucuenca.edu.ec

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6775-6230>

- Vega Crespo Bernardo José. Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Ginecología y Obstetricia. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de Cuenca. Cuenca-Azuay-Ecuador.

E-mail: bernardo.vegac@ucuenca.edu.ec

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2545-4733>

Contribución de los autores

MT y DP: análisis de información y redacción de manuscrito, diseño y revisión bibliográfica. Los autores y autoras leyeron y aprobaron la versión final del manuscrito.

BV: Idea de la investigación, análisis de información, revisión bibliográfica y redacción de manuscrito.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no poseer conflictos de interés en la realización de este estudio.

Fuentes de financiamiento

Autofinanciado.

Referencias bibliográficas

1. PAHO/WHO. World Cancer Report: Cancer Research for Cancer Prevention (IARC) - PAHO/WHO | Pan American Health Organization. 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/en/node/69005>
2. Globocan. Ecuador: Fact sheets. International Agency for Reserch on Cancer. 2020. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/218-ecuador-fact-sheets.pdf>
3. Vale D, Teixeira J, Bragança J, Derchain S, Sarian L, Zeferino L. Elimination of cervical cancer in low- and middle-income countries: Inequality of access and fragile healthcare systems. *Int J Gynecol Obstet.* 2021;152:7-11. doi: 10.1002/ijgo.13458
4. OPS/OMS. Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. WHO. Disponible en: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240014107>
5. Ministerio de Salud Pública. Estrategia Nacional para la atención integral del cáncer en el Ecuador. Disponible en: https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/ac_0059_2017.pdf
6. Hoque M, Haque E, Karim M. Cervical cancer in low-income countries: A Bangladeshi perspective. *Int J Gynecol Obstet.* 2021;152:19-25. doi: 10.1002/ijgo.13400
7. Ferreira Salazar C, García García K, Macías Leiva L. Mujeres y hombres del Ecuador en cifras III: serie información estratégica. 2013. Disponible en: https://repositorio.iaen.edu.ec/bitstream/handle/24000/4470/MUJER_HOMBRE_IIIweb.pdf?sequence=1&isAllowed=y
8. Instituto Nacional de Estadística y. Salud Reproductiva y Nutrición [Internet]. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/salud-salud-reproductiva-y-nutricion/>

9. MSP, INEC, OPS/OMS. Encuesta STEPS Ecuador 2018. Quito-Ecuador. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/10/INFORME-STEPS.pdf>
10. Ibáñez R, Alejo M, Combalia N, Tarroch X, Autonell J, Codina L, et al. Underscreened Women Remain Overrepresented in the Pool of Cervical Cancer Cases in Spain: A Need to Rethink the Screening Interventions. *BioMed Res Int*. 2015;2015:e605375. doi: 10.1155/2015/605375
11. Worthington C, McLeish K, Fuller-Thomson E. Adherence over time to cervical cancer screening guidelines: insights from the Canadian National Population Health Survey. *J Womens Health* 2002. 2012;21:199-208. doi: 10.1089/jwh.2010.2090
12. Darj E, Chalise P, Shakya S. Barriers and facilitators to cervical cancer screening in Nepal: A qualitative study. *Sex Reprod Healthc Off J Swed Assoc Midwives*. 2019;20:20-6. doi: 10.1016/j.srhc.2019.02.001
13. Hassani L, Dehdari T, Hajizadeh E, Shojaeizadeh D, Abedini M, Nedjat S. Barriers to Pap smear Test for the second time in women referring to health care centers in the South of Teheran: A qualitative approach. *Int J Community Based Nurs Midwifery*. 2017;5(4):376-85. Disponible en: https://ijcbnm.sums.ac.ir/article_40804_2a4ef54121124405de8f010226e602c2.pdf
14. Matassini Eyzaguirre S, Luna V. Barreras para diagnóstico y tratamiento de cáncer de cuello uterino en un hospital público de Lima, Perú: un estudio cualitativo. *Acta Med. Peru*. 2020;37:463-70. doi: 10.35663/amp.2020.374.1835
15. Rodríguez-Garcés C, Padilla-Fuentes G. Cáncer mamario y cervicouterino: el problema del absentismo femenino en la acción preventiva. *Univ. Salud*. 2020;22(1):41-51. doi: <https://doi.org/10.22267/rus.202201.17>