

Factores asociados con el conocimiento y tamizaje para cáncer de cuello uterino (examen de Papanicolaou) en mujeres peruanas en edad fértil. Análisis del periodo 1996-2008

Factors associated with knowledge and screening of cervical cancer (PAP test) in Peruvian women of childbearing age.
Analysis of period 1996-2008

César Gutiérrez^A, Franco Romaní^A, José Ramos^B, Edith Alarcón^A y Paolo Wong^A

RESUMEN

Objetivos: Determinar la frecuencia, características sociodemográficas y factores de relación interpersonal asociados a la realización del examen de Papanicolaou (PAP) en mujeres peruanas en edad fértil (MEF). **Materiales y métodos:** Se utilizó la base de datos de las Encuestas Demográficas y de Salud Familiar (ENDES) realizadas en los años 1996, 2000, 2004 y 2008. Se consideró como variables dependientes las preguntas: ¿Ha oído o escuchado de la prueba de Papanicolaou? y ¿Le hicieron una prueba de Papanicolaou en los últimos cinco años?. Las características sociodemográficas y de relación interpersonal fueron consideradas como variables independientes. Dichas variables ingresaron al análisis bivariado y de regresión logística, para determinar los factores que se encuentran asociados. **Resultados:** El porcentaje de MEF que se han realizado algún PAP fue de 42.8%, 45.7%, 47.3% y 45.6% para los años 1996, 2000, 2004 y 2008 respectivamente. Mientras que el porcentaje de MEF que ha escuchado sobre el PAP fue de 78.3%, 85.1%, 89.8% y 91.4% para los mismos años. Durante los cuatro años analizados, el vivir en la costa y en zona urbana fueron las variables asociadas con haber escuchado sobre el PAP. Mientras que el haberse realizado algún PAP sólo estuvo asociada con el vivir en la costa, en forma consecuyente durante los cuatro años analizados. **Conclusiones:** Las frecuencias de realización de PAP obtenidas son representativas de la realidad nacional. Comparadas con lo reportado por otros países de América del sur, nuestra cobertura es baja. Existen factores asociados al cumplimiento del PAP que puede ser modificados con el objetivo de mejorar la cobertura del PAP, método de tamizaje de elección para el cáncer de cuello uterino.

PALABRAS CLAVE: Papanicolaou, cáncer de cuello uterino, factores asociados

INTRODUCCIÓN

En el año 2008, en todo el mundo se registraron 12.4 millones de nuevos casos de cáncer y 7.6 millones de muertes por esta enfermedad. En América, durante el mismo año, se registraron 2.6 millones de casos y 1.3 millones de muertes por cáncer. Para el año 2030, también en América y considerando un incremento anual del 1%, se proyecta que existirán 6.4 millones de casos de cáncer, de los cuales 3.1 millones morirán debido a ello.¹

La incidencia del cáncer cervical a nivel mundial el año 2002 llegó a 468 000 casos nuevos y 233 000 defunciones por dicho cáncer. Más del 80% de estos casos ocurren en países en desarrollo, las tasas de incidencia más altas ocurren en África, América del Centro y del Sur y Asia.^{2,3} Como vemos el cáncer cervical es uno de los más importantes problemas de salud para la mujer adulta en países en desarrollo. Además de ser el segundo cáncer más común entre mujeres a nivel mundial.^{1,4}

En el año 2005, el cáncer produjo la muerte de 32 000 personas en el Perú, 17 000 de estas personas tuvieron menos de 70 años. El cáncer en el Perú es una de las principales causas de muerte. Para el año 2030 se proyecta como la segunda causa de defunciones (22.9%), sólo superada por el grupo de otras enfermedades crónicas.⁵

En el Perú, el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas muestra que desde el año 2000 al 2004, el número de casos nuevos de cáncer de cuello de útero atendidos en esta institución ha variado poco de 1320 en el 2000 a 1380 en el 2004.⁶

(A) Sección Epidemiología del Instituto de Medicina Tropical de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM), Lima-Perú. (B) Facultad de Medicina de la UNMSM. Correspondencia a César Gutiérrez: cguierrezv@epiredperu.net Recibido el 06 de abril de 2010 y aprobado el 19 de abril de 2010.

Cita sugerida: Gutiérrez C, Romaní F, Ramos J, Alarcón E, Wong P. Factores asociados con el conocimiento y tamizaje para cáncer de cuello uterino (examen de Papanicolaou) en mujeres peruanas en edad fértil. Análisis del periodo 1996-2008. Rev Peru Epidemiol. 2010; 14 (1).

Las tasas estandarizadas de incidencia estimada de cáncer a nivel nacional indican que el año 2002, por cada 100 000 mujeres se presentaron 55 casos nuevos de cáncer de cuello uterino, mientras las tasas estandarizadas de mortalidad por cáncer a nivel nacional indican, que el año 2005 por cada 100 000 mujeres fallecieron 30 mujeres por cáncer de cuello uterino.⁵ Para darnos una idea del impacto sobre la mortalidad del cáncer de cuello uterino, es importante saber que la Dirección General de Epidemiología para el año 2006 reporta que la tasa de mortalidad por cáncer en general en el Perú fue de 98.5 por 100 000 habitantes.⁷

En resumen, en el Perú, la neoplasia más frecuentemente diagnosticada entre mujeres procedentes de las diferentes regiones del país es el cáncer de cuello uterino (24.9%);⁸ el cual se diagnostica, en su mayoría, en estados avanzados de la enfermedad característica fuertemente relacionada al nivel de pobreza.⁹

El cáncer de cuello uterino refleja las notables inequidades en la salud y produce muerte de mujeres en sus años más productivos. Es la principal causa de pérdida de años de vida debido a cáncer en países en desarrollo. La mayor barrera para la prevención de cáncer de cuello es la falla en el tamizaje.¹

Las cifras mostradas anteriormente hacen que el cáncer de cuello de útero sea una prioridad de atención médica a nivel de salud pública, sobre todo si es una neoplasia que pueden ser detectada de manera incipiente a través de pruebas de tamizaje. Estas actividades preventivas permiten un diagnóstico temprano y consecuentemente una decisión terapéutica eficaz.¹⁰

Si bien el factor de riesgo más importante para el cáncer de cuello uterino es la infección por el virus papiloma humano, se han identificado otros factores de riesgo asociados a dicha neoplasia como la edad, obesidad, uso de anticonceptivos y el consumo de tabaco.¹¹ Así, el estilo de vida juega un rol importante en el desarrollo del cáncer de cuello uterino.¹²

La Organización Mundial de Salud, recomienda que la prevención primaria y secundaria son fundamentales en la lucha contra las enfermedades neoplásicas, siendo muy importante la educación en salud que debe recibir la población, para tomar conciencia de la necesidad de evaluaciones médica periódicas para un diagnóstico precoz.¹

El screening o detección precoz de lesiones ha demostrado reducir la mortalidad del cáncer de cuello uterino siendo el examen citológico cervical (Papanicolaou) el método de elección de screening utilizado en la actualidad.¹³⁻¹⁵

La efectividad de la citología cervico-uterina como prueba de tamizaje para el cáncer de cuello uterino ha sido demostrada en diferentes países donde se ha observado importante reducción de la mortalidad;¹⁴ sin embargo, en muchos países en vías de desarrollo que han implementado programas de detección temprana basados en la citología, la reducción no ha sido la esperada, proponiéndose nuevos enfoques sobre el screening de esta neoplasia.^{2,16-18}

La tasa estimada de cobertura del PAP varía de 7 a 42.9% en Perú o ciertas ciudades peruanas, los datos a nivel nacional son escasos.¹⁹

Intervenciones de tamizaje de cuello uterino regulares facilitan la detección temprana y pueden reducir dramáticamente las tasas de mortalidad por este cáncer. El éxito en la prevención involucra efectivos programas de salud pública y procedimientos, como el tamizaje. Sin embargo, estos esfuerzos se ven afectados en su cobertura y eficacia por ciertas características socioeconómicas y demográficas de la población objetivo. Así, en Latinoamérica, a pesar de existir programas de citología cervical (Papanicolaou), la mortalidad de cáncer cervical se ha ido incrementando con excepción de México y Chile. Si bien no se encuentra claramente

determinadas las causas de este fenómeno, al parecer no se encontraría relacionado a la cobertura y acceso a los sistemas de salud, como por ejemplo ocurre en Cuba que ostenta uno de los mayores avances en este sentido, si no que habrían otros factores poco explorados aún. Es más clara la relación entre la tendencia de muerte por cáncer y el desarrollo económico, ya que México y Chile ostentan mayor ingreso per cápita en la región y mejores indicadores económicos en general.²⁰

Varios estudios han explorado distintos factores que influyen en la adherencia y realización del PAP por parte de las mujeres en edad fértil.

Los factores o características relacionados con la realización del PAP son: conocimiento sobre el PAP,²¹ antecedente familiar de cáncer de cuello uterino,²² vivir en áreas urbanas,¹⁰ número de embarazos,^{10,19} uso de anticonceptivos,^{10,25} actitud frente al PAP,²³ tener actividad sexual,¹⁸ vivir en la costa,¹⁸ visitar periódicamente a un médico o ginecólogo,²⁴ nivel socioeconómico,²⁵ inicio temprano de relaciones sexuales,²⁵ nivel de conocimiento sobre PAP,^{10,23,25,26} edad,^{18,24,25,27,28} nivel educativo,^{10,18,29,30} tener algún seguro de salud,²⁹ índice de masa corporal (IMC) normal,²⁹ no fumadoras,²⁹ tener tamizaje previo para VIH,³⁰ ser profesionalmente activa,³⁰ mayores ingresos mensuales,^{24,28} estado civil (casada)^{24,28} e historia de infección cervical.²⁸

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) del Perú realiza, cada cierto intervalo de tiempo, la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), que es una investigación paralela a los Censos Nacionales de Población que se realizan en los países en vías de desarrollo como el Perú, con la finalidad de obtener información actualizada de tendencias y determinantes acerca de la salud materna e infantil, prevalencia de uso de anticonceptivos, fecundidad, salud y mortalidad en el primer año de vida; dicho conocimiento ha sido y es fundamental para la evaluación y formulación de los programas de población y salud familiar en nuestro país. La población objetivo la constituyen las mujeres de 15 a 49 años.³¹ Entre otras cosas, en dicha encuesta nacional, se pregunta a las mujeres acerca de la realización del Papanicolaou en los últimos años; así el ENDES constituye una importante herramienta para determinar la frecuencia y explorar algunos factores para la realización de este examen en nuestro país.

Se han realizado estudios en algunos países de América Latina en base a las Encuestas Nacionales de Salud acerca de la cobertura de la citología de cuello uterino identificando las principales características sociodemográficas que influyen en la realización de dichos procedimientos, con resultados disímiles.^{32,33}

En nuestro país, se han realizado pocos estudios^{18,23,26} que analicen las características sociodemográficas relacionadas a la realización de estas pruebas de tamizaje. El presente estudio determinará la frecuencia, características sociodemográficas y factores asociados a la realización del examen de Papanicolaou en mujeres peruanas en edad fértil.

MATERIAL y MÉTODOS

Fuente de información

Se utilizó como base de datos los resultados de las Encuestas Demográficas y de Salud Familiar (ENDES) realizadas en los años 1996, 2000, 2004 y 2008.

El método de recolección de datos que utiliza dicha encuesta es la entrevista directa, con personal debidamente capacitado y entrenado para tal fin, se visitaron las viviendas seleccionadas durante el período de recolección de información en los años mencionados. La

Gutiérrez C, et al. Factores asociados con el conocimiento y tamizaje para cáncer de cuello uterino (examen de Papanicolaou) en mujeres peruanas en edad fértil. Análisis del periodo 1996-2008

Encuesta Demográfica y de Salud Familiar tiene la finalidad de obtener información actualizada de tendencias y determinantes acerca de la salud materna e infantil (niños menores de 5 años), prevalencia de uso de anticonceptivos, fecundidad, salud y mortalidad de niños en el primer año de vida.

El diseño muestral para cada una de las ENDES fue probabilístico, estratificado, multietápico, e incluyeron zonas urbanas y rurales de todos los departamentos del Perú incluyendo Lima Metropolitana. La población objetivo fueron las mujeres de 15 a 49 años, el tamaño final de muestra fue: 31 241 mujeres (año 1996), 27 843 mujeres (año 2000) y 12 237 mujeres (año 2008). Los datos sociodemográficos, de realización y conocimiento del PAP forman parte del presente estudio. Los datos fueron obtenidos de las secciones de datos básicos de la mujer en edad fértil, nupcialidad, fecundidad y cónyuge y la sección de mortalidad materna y violencia familiar.

VARIABLES DE ESTUDIO

Las preguntas que exploran las variables que analizamos fueron (variables dependientes):

1. ¿Ha oído o escuchado de la prueba de Papanicolaou (un examen médico que consiste en el raspado del cuello del útero de la mujer)?, las respuestas fueron (sí/no).
2. ¿Le hicieron una prueba de Papanicolaou en los últimos cinco años? (sí/no).

Las variables sociodemográficas estudiadas fueron (variables independientes):

- Edad: cuantitativa y para fines del análisis se categorizó de la siguiente manera: 15 a 19, 20 a 24, 25 a 29, 30 a 39 y de 40 a 49 años.
- Lugar de residencia: categórica (rural y urbana).
- Región natural: es categorizada como costa, sierra y selva.
- Nivel educativo alcanzado: categórica (no educación, primaria, secundaria y superior).
- Educación en años de estudio: cuantitativa, para fines de análisis se categorizó: 1 a 6 años, 7 a 12 y 12 a 18 años.
- Estado marital actual: categórica (soltera, casada, viuda, divorciada, conviviente y separada), que fueron recategorizadas como unidas, no unidas y con antecedente de unión.
- Edad al momento del matrimonio: cuantitativa.
- Edad de primera relación sexual: cuantitativa.
- Número de hijos: cuantitativa, para el análisis se categorizó: 0; 1 a 2; 3 a 4 y de 5 a más hijos.
- Uso de método anticonceptivo: categórica (sí/no).
- Nivel educativo de la pareja: categórica (no educación, primaria, secundaria y superior).
- Edad de la pareja: cuantitativa, para el análisis se categorizó: 15 a 19, 20 a 24, 25 a 29, 30 a 39, 40 a 49 y 50 a más años.
- Índice de riqueza: categórica, esta variable se explora a partir de la ENDES continua (2005-2008). Las categorías son muy pobre, pobre, media, rico y muy rico.

ASPECTOS ÉTICOS

Esta información se encuentra disponible en la página web del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Al ser un estudio de análisis de datos de fuentes secundarias donde la confidencialidad del paciente se encuentra asegurada y además es de conocimiento público (acceso en la siguiente página Web: <http://www1.inei.gob.pe/srienafo/index.htm>), no se requirió la revisión y aprobación por comités de ética.

ANÁLISIS DE DATOS

La información se encuentra disponible en forma de bases de datos en el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences). Se realizó el análisis descriptivo (frecuencias,

porcentajes, medias y desviación estándar) de las variables sociodemográficas para los años 1996, 2000, 2004 y 2008. También se realizó el análisis descriptivo por año de las preguntas sobre Papanicolaou. Para el reporte de los indicadores estadísticos descriptivos se empleó el factor de ponderación correspondiente a cada año.

Se usó el Chi-cuadrado de tendencias para evaluar diferencias entre las variables dependientes y el año de aplicación de la ENDES. Para evaluar diferencias entre medias se usó *t* de Students, para el análisis entre las variables dependientes y sociodemográficas (cualitativas) se usó Chi cuadrado. El análisis bivariado se realizó para cada año.

Se usó regresión logística incluyendo en el modelo las siguientes variables: edad, lugar de residencia, región natural, nivel educativo, estado marital actual, edad de primera relación sexual, número de hijos y uso actual de método anticonceptivo. No se incluyó en el modelo nivel educativo, edad al momento del matrimonio, ni edad de la pareja puesto que no todas las participantes tenían unión o antecedente de unión, tampoco se incluyó años de estudio debido a que esta variable ingresó al modelo como nivel educativo alcanzado. Para el año 2008 se incluyó además en el modelo de regresión logística la variable índice de riqueza.

Un *p* valor < 0,05 fue considerado estadísticamente significativo. Se usó para el análisis el paquete estadístico SPSS versión 16 y Epidat versión 3.1, los gráficos y tablas fueron realizados en MS Excel 2007.

RESULTADOS

Los resultados de la ENDES muestran que el año 1996 se encuestaron a 31 241 mujeres en edad fértil, 29 423 en 2000; 6 419 en 2004 y a 12 237 en el año 2008. En total para el presente estudio analizamos los datos de 79 320 mujeres peruanas en edad fértil.

Características sociodemográficas

En la Tabla 1 se muestran las variables sociodemográficas para los años 1996, 2000, 2004 y 2008. En dicha tabla observamos que la media de edad se fue incrementando durante los años de análisis. En todos los años, la mayoría de participantes vivieron en zonas urbanas. Respecto al nivel educativo, el porcentaje de mujeres que no tienen educación ha disminuido a la mitad en el año 2008, comparado con el año 1996 (6.2%), se observa además que gran parte de las participantes ha alcanzado la educación secundaria para los 4 años estudiados. Esto es compatible con el hecho que la media de años de estudio ha aumentado de 7.6 para el año 1996 a 9.5 para el año 2008. Respecto al estado civil, el porcentaje de mujeres convivientes se ha incrementado a lo largo de los años, mientras que el de casadas ha disminuido en la misma cantidad. En la Tabla 2 se detallan las variables relacionadas a nupcialidad, características del cónyuge, fecundidad y uso de métodos anticonceptivos. En ella observamos que la media de edad al momento del matrimonio se ha mantenido a lo largo de los cuatro años de estudio, al igual que la edad de primer coito. La media de número de hijos ha disminuido a casi dos hijos por mujer para el año 2008, lo cual es compatible con el aumento en el uso de algún método anticonceptivo de 40% en el año 1996 a 47% en el año 2008.

Evolución de la adherencia y conocimiento sobre métodos de tamizaje del cáncer de cuello uterino

En la Figura 1 se muestra en detalle como el porcentaje de mujeres que han escuchado sobre el PAP se ha incrementado de 78.3% en 1996 a 91.35% en 2008. Utilizando el Chi-cuadrado de tendencia se obtiene diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.001$). A la

TABLA 1. Factores sociodemográficos relacionados a las mujeres en edad fértil.

Variable	1996	2000	2004	2008
Edad (%)				
15-19 años	21.2	20.3	19.0	19.2
20-24 años	18.2	17.0	17.8	14.4
25-29 años	15.8	15.2	14.1	15.1
30-39 años	26.9	27.1	27.5	27.2
40-49 años	17.9	20.3	21.5	24.0
Media (±DS)	28.9±9.6	29.5±9.8	30.0±9.9	30.5±10.1
Lugar de residencia (%)				
Urbano	73.5	69.9	71.2	73.7
Rural	26.5	30.1	28.8	26.3
Región natural (%)				
Costa	56.4	56.4	50.0	36.3
Sierra	32.6	32.4	27.7	27.0
Selva	11.0	11.2	22.3	36.7
Nivel educativo alcanzado (%)				
No educación	6.2	5.1	3.5	3.1
Primaria	29.3	28.6	26.3	24.7
Secundaria	42.3	44.6	43.3	43.2
Superior	22.2	21.7	26.9	29.1
Educación en años estudio				
1-6 años	35.1	30.2	24.4	25.4
7-11 años	46.5	47.0	47.4	46.3
12-18 años	18.3	22.8	28.2	28.3
Media (±DS)	7.6±4.2	8.3±4.3	8.9±4.4	9.5±4.3
Estado marital actual (%)				
Soltero	34.2	35.8	37.0	32.1
Casado	34.3	31.3	27.6	25.7
Conviviente	24.0	24.8	26.0	32.8
Viudez	1.1	1.4	0.7	0.5
Divorciada	0.2	0.2	0.1	0.1
Separada	6.1	6.4	8.7	8.8
Índice de riqueza				
Muy pobre	ND	ND	ND	5.7
Pobre	ND	ND	ND	22.7
Media	ND	ND	ND	22.2
Rico	ND	ND	ND	23.7
Muy Rico	ND	ND	ND	25.7

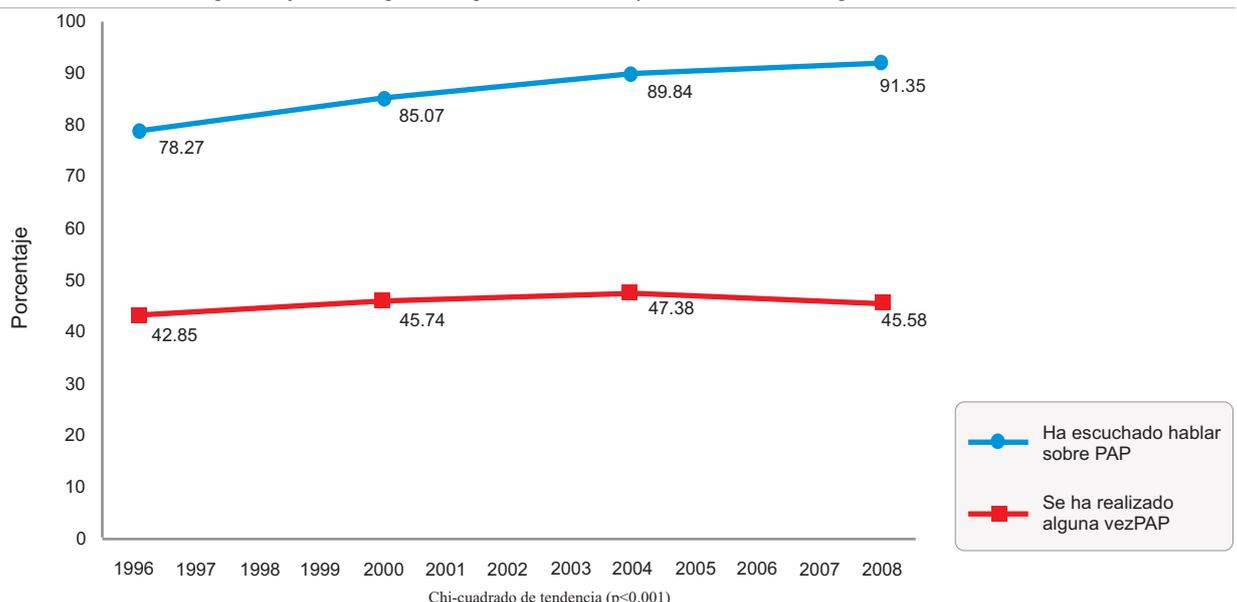
ND: No datos

pregunta sobre si se ha realizado alguna vez un PAP, la principal diferencia en porcentajes se da entre 1996 (42.9%) y 2004 (47.38%). Para el año 2008 este porcentaje disminuyó a un porcentaje similar al del 2000 (ver Figura 1).

Variables sociodemográficas asociadas a la realización del PAP

Las variables sociodemográficas asociadas a la realización del PAP durante los años 1996, 2000, 2004 y 2008, se muestran en las Tablas 3, 4, 5 y 6. En ellas mostramos la razón de probabilidades (odds ratio, OR) del análisis bivariado y el OR ajustado usando regresión

FIGURA 1. Evolución del porcentaje de MEF peruanas que han escuchado y se han realizado el Papanicolaou. Periodo 1996-2008



Gutiérrez C, et al. Factores asociados con el conocimiento y tamizaje para cáncer de cuello uterino (examen de Papanicolaou) en mujeres peruanas en edad fértil. Análisis del periodo 1996-2008

TABLA 2. Variables relacionadas a nupcialidad, cónyuge y fecundidad de MEF

Variable	1996	2000	2004	2006
Edad al momento del matrimonio				
Media (±DS)	19.9±4.5	20.2±4.6	20.5±4.7	19.9±4.5
Edad de primer coito				
Media (±DS)	18.5±3.8	18.5±3.9	18.6±3.7	18.1±3.6
Número de hijos				
0	2.5±2.7	2.4±2.6	2.2±2.4	1.9±2.1
1-2	34.7	35.2	36.3	33.7
3-4	29.0	38.4	32.6	35.4
Mayor o igual 5	19.8	11.2	19.0	20.2
	16.5	15.2	12.0	10.7
Uso de método anticonceptivo				
No usa	59.1	56	55.7	52.6
Usa algún método anticonceptivo	40.9	44	44.3	47.4
Nivel educativo de la pareja (%)				
No educación	2.6	1.8	1.7	1.5
Primaria	31.3	29.7	29.0	28.2
Secundaria	43.1	45.1	43.0	44.7
Superior	23.0	23.4	26.3	25.6
No sabe	ND	ND	ND	0.1
Edad de la pareja				
Media (±DS)	36.9±9.9	37.6±9.8	38.0±9.9	38.2±9.8
15-19 años	0.8	0.7	0.3	0.9
20-24 años	8.9	7.4	7.1	6.1
25-29 años	16.2	14.4	13.2	14.4
30-39 años	35.9	36.8	35.6	35.7
40-49 años	27.0	28.0	30.9	30.2
Mayor o igual a 50 años	11.2	11.6	13.0	12.7

ND: No datos

logística. Para el análisis de la regresión logística no se incluyó las variables: años de estudio, edad al momento de matrimonio, nivel educativo de la pareja y edad de la pareja.

Según el análisis multivariado las variables asociadas a haber escuchado sobre el PAP, en el año 1996 fueron: edad, residir en zona urbana, vivir en la costa, nivel educativo, uso de método anticonceptivo ($p < 0.001$). En el año 2000, las variables edad, residir en zona urbana, vivir en la costa, estar unido o tener antecedente de unión, uso de método anticonceptivo y nivel educativo fueron factores estadísticamente significativos ($p < 0.001$). En el año 2004, sólo el residir en zona urbana, vivir en la costa y el nivel educativo estuvieron asociados ($p < 0.001$). Para 2008, la edad, residir en zona urbana, vivir en la costa, nivel educativo, uso de método anticonceptivo y el índice de riqueza estuvieron asociadas en forma significativa ($p < 0.001$).

Observamos que el residir en zona urbana, vivir en la costa y un mejor nivel educativo están asociados en forma consecutiva con haber escuchado del PAP para todos los años analizados.

Realizando el mismo análisis para la variable "Se ha realizado alguna vez PAP", observamos que en el año 1996: edad, residir en zona urbana, vivir en la costa, nivel educativo, estado marital, edad de primera relación sexual, número de hijos y uso de métodos anticonceptivos fueron factores estadísticamente asociados ($p < 0.001$). En el año 2000: la edad, residir en zona urbana, vivir en la costa, estar unido o tener antecedente de unión, nivel educativo, edad de primera relación sexual, número de hijos y uso de métodos anticonceptivos resultaron asociadas con haberse realizado alguna vez PAP ($p < 0.001$). En el año 2004, el vivir en la costa fue la única variable asociada. En el año 2008; edad, vivir en la costa, nivel educativo, número de hijos, uso de método anticonceptivo y el índice de riqueza (medio a muy rico) fueron los factores asociados ($p < 0.001$).

El vivir en la costa fue la única variable asociada a haberse realizado alguna vez PAP durante los cuatro años de análisis. Sin embargo se debe considerar que edad, nivel educativo, número de hijos y el uso de métodos anticonceptivos fueron estadísticamente significativos luego del análisis multivariado en tres de los cuatro años analizados (1996, 2000 y 2008).

DISCUSIÓN

En el presente análisis, la frecuencia de mujeres peruanas en edad fértil que han escuchado alguna vez acerca del Papanicolaou (PAP) se ha incrementado gradualmente desde el año 1996, llegando al 91.35% de mujeres que habían escuchado del PAP para el año 2008. Si bien es cierto, este alto porcentaje no es sinónimo o mejor indicador de un conocimiento adecuado sobre prácticas preventivas para cáncer cervical, nos da una idea de cómo la mujeres peruanas se van familiarizando con el término *Papanicolaou*, pilar importante en la prevención del cáncer cervical.¹³⁻¹⁵ Un estudio similar en Colombia, que también tomo como fuente de datos secundaria a la ENDES, reporta para el año 2005 que el 98.8% de mujeres entre 25 y 69 años conoce acerca del PAP.³² Este hecho sería un primer indicio de las desigualdades en la epidemiología, estadio del cáncer al momento de diagnóstico y diferencias en las tasas de tamizaje entre los países latinoamericanos.³⁶

Respecto a la pregunta sobre "Si se ha realizado alguna vez un PAP", el porcentaje no superó nunca el 50% en ninguno de los años analizados; sin embargo, del año 1996 al 2004 el porcentaje de mujeres que alguna vez se ha realizado un PAP subió de 42.9% a 47.38%. Luego, en los años subsiguientes disminuyó en casi 2% para el año 2008. Esto refleja que a pesar de la mayor difusión del conocimiento sobre medidas preventivas para cáncer de cuello uterino, éste no ha sido suficiente para producir un aumento correlativo de la realización del PAP, comparado con el incremento que sí hubo en la frecuencia de mujeres que han escuchado acerca del PAP. Los porcentajes de mujeres que se han sometido a algún PAP en nuestro análisis varían de 42.9 a 47.3%, siendo estos resultados obtenidos de datos a nivel nacional. Pocos estudios peruanos han estimado la tasa de cobertura a nivel nacional de realización del PAP, sin embargo esta cifra varía según la literatura nacional de 7 a 42.9%.¹⁹ El estudio de Paz et al, que tuvo como base el estudio PREVEN analizó los datos del año 2006, reportando una cobertura del PAP del 30.9%.¹⁸ Por lo tanto, podríamos decir que en el año 2008, el 45.5% mujeres peruanas en edad fértil alguna vez se hicieron el PAP, siendo este porcentaje la aproximación más actual de la cobertura del PAP en el Perú.

La importancia del presente análisis radica en que los porcentajes de cobertura de PAP mostrados en nuestros resultados reflejan en forma representativa y consistente la cobertura del PAP a nivel nacional a lo largo de 12 años.

El porcentaje de mujeres que se han realizado algún PAP en nuestro análisis es comparable con lo encontrado en México (45.5%),¹⁰ otro estudio realizado en ese mismo país muestra que el 63.3% de

mujeres tenían el antecedente de haberse realizado un PAP.³⁴ Sin embargo, en Colombia la cobertura del PAP en mujeres entre 25 a 69 años es de 76.5%;³² en Venezuela, 93% de mujeres refiere haberse realizado al menos un PAP;³⁵ en Brasil, un estudio reporta que el 93.3% de mujeres se ha realizado alguna vez un PAP.² Estas cifras de países latinoamericanos nos dan otro indicio de la desigualdad en la prevalencia del tamizaje de cáncer cervical y por ende de la

TABLA 3. Análisis bivariado de factores sociodemográficos asociados con haber escuchado sobre el Papanicolaou. Periodo 1996-2008.

Variable	Ha escuchado sobre el PAP OR (IC 95%)			
	1996	2000	2004	2008
Edad				
15-19 años	1	1	1	1
20-24 años	2.2 (2.1-2.4)	2.4 (2.2-2.6)	1.3 (1.0-1.7)	2.7 (2.3-3.2)
25-29 años	2.9 (2.7-3.2)	3.7 (3.3-4.1)	1.2 (0.9-1.6)	4.2 (3.4-5.2)
30-39 años	3.2 (2.9-3.5)	3.7 (3.3-3.9)	1.0 (0.8-1.2)	4.7 (3.9-5.7)
40-49 años	2.4 (2.2-2.6)	2.8 (2.5-3.0)	0.9 (0.8-1.2)	4.6 (3.8-5.6)
Lugar de residencia				
Rural	1	1	1	1
Urbano	7.5 (7.1-7.9)	13.1 (12.3-14.1)	1.3 (1.1-1.5)	4.3 (3.8-4.8)
Región natural				
Sierra	1	1	1	1
Selva	2.4 (2.2-2.6)	2.7 (2.5-2.9)	2.0 (1.7-2.5)	0.6 (0.5-0.7)
Costa	7.2 (6.7-7.7)	6.5 (5.9-7.1)	6.4 (5.2-7.9)	2.4 (1.7-3.3)
Nivel educativo				
No educación	1	1	1	1
Primaria	2.8 (2.5-3.1)	2.7 (2.4-3.0)	2.6 (2.0-3.4)	2.8 (2.2-3.5)
Secundaria	8.3 (7.5-9.2)	7.3 (6.5-8.1)	6.5 (4.9-8.4)	4.3 (3.4-5.3)
Superior	42.2 (36.1-49.3)	69.4 (54.3-88.6)	62.1 (37.0-104.3)	25.1 (18.1-34.9)
Años de estudio				
1 a 6 años	1	1	1	1
7 a 11 años	3.5 (3.3-3.7)	2.7 (2.5-2.9)	1.3 (1.1-1.6)	1.6 (1.4-1.8)
12 a 18 años	23.4 (19.3-28.3)	25.6 (20.3-32.2)	1.28 (1.04-1.57)	12.4 (9.0-17.1)
Estado marital actual				
Nunca unido	1	1	1	1
Actualmente sólo con antecedente de unión	1.6 (1.4-1.8)	2.5 (2.2-2.9)	0.8 (0.6-1.04)	1.1 (0.9-1.4)
Unido	1.5 (1.5-1.6)	1.7 (1.6-1.9)	0.9 (0.74-1.03)	1.1 (1.0-1.3)
Edad al momento de matrimonio				
14 a 19 años	1	1	1	1
20 a 24 años	1.6 (1.5-1.8)	1.5 (1.4-1.7)	1.2 (0.9-1.5)	0.9 (0.7-1.0)
25 a 29 años	2.9 (2.5-3.4)	2.2 (1.8-2.6)	1.0 (0.8-1.4)	0.9 (0.7-1.2)
30 años a más	2.4 (1.9-3.0)	2.3 (1.7-2.9)	0.7 (0.5-1.2)	1.0 (0.7-1.4)
Edad de primera relación sexual				
No ha tenido relaciones sexuales	1	1	1	1
14 a 19 años	1.4 (1.4-1.5)	1.9 (1.7-2.0)	0.9 (0.8-1.2)	1.3 (1.1-1.5)
20 a 24 años	2.9 (2.7-3.3)	3.5 (3.1-3.9)	1.1 (0.9-1.5)	1.2 (0.9-1.5)
25 a 29 años	5.4 (4.4-6.7)	7.1 (5.3-9.5)	0.8 (0.5-1.2)	1.1 (0.8-1.6)
30 años a más	2.0 (1.7-2.4)	1.2 (1.0-1.4)	0.6 (0.4-0.9)	0.9 (0.7-1.3)
Número de hijos				
0	1	1	1	1
1-2	2.1 (1.9-2.3)	2.3 (2.2-2.5)	0.9 (0.8-1.1)	2.7 (2.3-3.2)
3-4	1.9 (1.7-2.0)	2.3 (2.1-2.5)	0.9 (0.7-1.2)	3.1 (2.5-3.7)
Mayor o igual a 5	0.9 (0.8-0.9)	1.0 (0.9-1.1)	0.7 (0.6-0.9)	1.2 (0.9-1.4)
Uso de método anticonceptivo				
No usa	1	1	1	1
Usa algún método anticonceptivo	2.9 (2.8-3.2)	2.8 (2.6-2.9)	1.0 (0.8-1.2)	2.5 (2.2-2.8)
Nivel educativo de pareja				
No educación	1	1	1	1
Primaria	2.3 (1.9-2.7)	2.5 (2.1-3.1)	1.2 (0.6-2.1)	1.4 (0.8-2.6)
Secundaria	8.9 (7.5-10.6)	9.6 (7.8-11.8)	1.7 (0.9-3.1)	1.6 (0.9-2.9)
Superior	32.3 (25.9-40.3)	37.5 (28.3-49.7)	1.6 (0.9-3.0)	1.5 (0.8-2.7)
Edad de la pareja				
15 a 19 años	1	1	1	1
20 a 24 años	2.2 (1.6-3.1)	3.0 (1.0-9.2)	3.0 (1.0-9.2)	1.2 (0.5-3.0)
25 a 29 años	3.5 (2.6-4.8)	2.7 (0.9-7.9)	2.7 (0.9-7.9)	1.8 (0.5-2.8)
30 a 39 años	4.6 (3.4-6.3)	2.7 (0.9-7.8)	2.7 (1.0-7.8)	1.3 (0.6-3.1)
40 a 49 años	4.1 (2.9-5.6)	3.2 (1.1-9.3)	3.2 (1.1-9.3)	1.1 (0.5-2.7)
Mayor o igual a 50 años	3.7 (2.5-5.7)	3.9 (1.0-14.9)	3.8 (1.0-14.9)	1.6 (0.5-4.9)
Índice de riqueza				
Muy pobre	ND	ND	ND	1
Pobre	ND	ND	ND	2.2 (1.8-2.7)
Media	ND	ND	ND	6.6 (5.4-8.2)
Rico	ND	ND	ND	10.5 (8.2-13.4)
Muy rico	ND	ND	ND	12.6 (9.4-16.8)

ND: No datos

Gutiérrez C, et al. Factores asociados con el conocimiento y tamizaje para cáncer de cuello uterino (examen de Papanicolaou) en mujeres peruanas en edad fértil. Análisis del periodo 1996-2008

epidemiología de este cáncer en países sudamericanos.

Para el año 2005, en los Estados Unidos la cobertura del PAP fue de 74% y 79% para mujeres blancas hispánicas y no hispánicas respectivamente, el objetivo es lograr una cobertura del 90% para el 2010.³⁶

A pesar que en Perú la incidencia de cáncer cervical es una de las más altas en América y se ha demostrado que el tamizaje de cuello

uterino en forma regular puede reducir las tasas de mortalidad, nuestras cifras de tamizaje con PAP no corresponderían en forma ideal con la de un país con alta mortalidad y prevalencia de este cáncer.^{13-15,18}

Existen una serie de barreras para que las mujeres formen parte de las actividades preventivas contra el cáncer cervical, estas barreras pueden ser inconsistencia o falta de las actividades de tamizaje y seguimiento, poca comunicación médico paciente, barreras

TABLA 4. Análisis bivariado de factores sociodemográficos asociados con haber tenido algún Papanicolaou. Periodo 1996-2008.

Variable	Se ha realizado alguna vez PAP OR (IC 95%)			
	1996	2000	2004	2008
Edad				
15-19 años	1	1	1	1
20-24 años	5.7 (4.8-6.7)	5.9 (5.2-6.8)	0.9 (0.8-1.1)	6.1 (4.8-7.9)
25-29 años	13.2 (11.2-15.4)	12.8 (11.1-14.6)	1.0 (1.8-1.3)	17.6 (13.8-22.3)
30-39 años	22.9 (19.7-26.7)	20.6 (18.1-23.5)	1.0 (0.8-1.1)	29.2 (23.2-36.8)
40-49 años	22.7 (19.4-26.6)	18.7 (16.4-21.4)	0.9 (0.8-1.1)	32.2 (25.5-40.6)
Lugar de residencia				
Rural	1	1	1	1
Urbano	1.4 (1.3-1.5)	1.4 (1.3-1.5)	1.0 (0.9-1.2)	1.1 (0.9-1.2)
Región natural				
Sierra	1	1	1	1
Selva	1.1 (1.0-1.1)	0.9 (0.8-0.9)	1.4 (1.2-1.6)	0.9 (0.9-1.1)
Costa	1.2 (1.2-1.3)	1.0 (0.9-1.1)	1.4 (1.3-1.6)	1.2 (1.1-1.4)
Nivel educativo				
No educación	1	1	1	1
Primaria	1.4 (1.1-1.6)	1.1 (0.9-1.3)	1.6 (1.2-2.2)	1.1 (0.9-1.4)
Secundaria	1.2 (0.9-1.4)	0.8 (0.7-0.9)	1.1 (0.8-1.5)	0.7 (0.6-0.9)
Superior	1.3 (1.1-1.5)	1.2 (1.0-1.4)	1.6 (1.2-2.8)	0.9 (0.8-1.3)
Años de estudio				
1 a 6 años	1	1	1	1
7 a 11 años	0.8 (0.7-0.9)	0.8 (0.7-0.8)	1.1 (0.9-1.2)	0.6 (0.5-0.7)
12 a 18 años	1.3 (1.2-1.4)	1.1 (1.0-1.2)	1.1 (1.0-1.3)	0.9 (0.8-1.1)
Estado marital actual				
Nunca unido	1	1	1	1
Actualmente sólo con antecedente de unión	11.2 (9.8-12.8)	10.8 (9.6-12.2)	1.5 (0.9-1.4)	1.3 (1.1-1.5)
Unido	15.6 (14.0-17.2)	13.9 (12.8-15.1)	1.0 (0.9-1.1)	1.4 (1.3-1.5)
Edad al momento de matrimonio				
14 a 19 años	1	1	1	1
20 a 24 años	1.3 (1.2-1.4)	1.3 (1.2-1.4)	1.1 (1.0-1.3)	1.0 (0.9-1.1)
25 a 29 años	1.6 (1.5-1.8)	1.7 (1.5-1.9)	1.1 (0.9-1.4)	1.1 (1.0-1.3)
30 años a más	1.7 (1.4-2.0)	1.8 (1.6-2.2)	1.1 (0.8-1.6)	1.2 (1.0-1.5)
Edad de primera relación sexual				
No ha tenido relaciones sexuales	1	1	1	1
14 a 19 años	54.6 (43.6-68.2)	58.5 (47.7-71.8)	1.0 (0.9-1.2)	1.5 (1.3-1.6)
20 a 24 años	65.7 (52.3-82.6)	71.4 (57.8-88.1)	1.1 (0.9-1.3)	1.3 (1.2-1.5)
25 a 29 años	80.7 (62.6-103.9)	72.4 (57.0-91.9)	0.9 (0.7-1.3)	1.6 (1.3-1.9)
30 años a más	74.0 (57.3-95.6)	56.3 (44.5-71.2)	0.9 (0.7-1.3)	1.4 (1.1-1.8)
Número de hijos				
0	1	1	1	1
1-2	14.2 (12.8-15.7)	15.2 (13.8-16.6)	1.1 (0.9-1.2)	11.5 (10.1-13.1)
3-4	16.4 (14.7-18.3)	16.1 (14.6-17.8)	1.0 (0.9-1.2)	14.9 (12.9-17.2)
Mayor o igual a 5	10.6 (9.4-11.8)	11.2 (10.1-12.4)	1.0 (0.8-1.1)	10.7 (9.2-12.6)
Uso de método anticonceptivo				
No usa	1	1	1	1
Usa algún método anticonceptivo	2.8 (3.7-4.1)	4.1 (3.8-4.3)	0.9 (0.9-1.1)	2.9 (2.8-3.2)
Nivel educativo de pareja				
No educación	1	1	1	1
Primaria	1.3 (0.9-1.7)	1.5 (1.2-2.0)	0.5 (0.3-0.8)	0.7 (0.5-1.1)
Secundaria	2.0 (1.6-2.7)	2.2 (1.6-2.8)	0.5 (0.3-0.8)	0.8 (0.6-1.3)
Superior	3.4 (2.6-4.5)	3.7 (2.8-4.9)	0.6 (0.3-0.9)	0.9 (0.6-1.4)
Edad de la pareja				
15 a 19 años	1	1	1	1
20 a 24 años	1.7 (0.9-2.9)	1.7 (1.1-2.8)	1.1 (0.3-3.1)	1.1 (0.6-1.9)
25 a 29 años	2.7 (1.6-4.7)	2.6 (1.6-4.1)	0.8 (0.3-2.6)	1.2 (0.7-2.3)
30 a 39 años	4.3 (2.5-7.4)	3.9 (2.4-6.2)	0.7 (0.3-2.4)	1.5 (0.8-2.6)
40 a 49 años	4.7 (2.7-8.1)	3.5 (2.2-5.7)	0.7 (0.3-2.4)	1.6 (0.9-2.8)
Mayor o igual a 50 años	3.2 (1.8-5.8)	3.2 (1.8-5.5)	1.1 (0.3-3.7)	1.4 (0.7-2.8)
Índice de riqueza				
Muy pobre	ND	ND	ND	1
Pobre	ND	ND	ND	1.0 (0.8-1.3)
Media	ND	ND	ND	1.3 (1.1-1.7)
Rico	ND	ND	ND	1.5 (1.2-2.0)
Muy rico	ND	ND	ND	1.9 (1.5-2.5)

ND: No datos

culturales o falta de conocimiento acerca del PAP y cáncer cervical y bajo nivel socioeconómico.³⁶

En este análisis encontramos que los factores asociados a haber escuchado sobre el PAP y haberse realizado alguna vez un PAP varían dependiendo del año analizado. Así para el año 1996, las mujeres de 30 a 39 años o de 40 a 49 años tuvieron cuatro y casi seis veces más probabilidad de haber escuchado sobre PAP que las mujeres de 15 a 19 años, para el año 2000 y 2008 esta fuerte asociación se mantiene. Para el año 2004 no encontramos dicha asociación, probablemente por el menor número de muestra que participó durante dicho año. La misma explicación podría darse para los demás factores que en el año 2004 no resultaron significativos.

El residir en zona urbana es una variable que en los cuatro años de análisis resultó asociada a haber escuchado sobre el PAP, esto se explicaría por la mayor exposición que tienen las mujeres en zonas urbanas a la información sobre prevención del cáncer del cuello uterino, así las barreras culturales y de comunicación jugarían un rol importante en el menor conocimiento sobre PAP en zonas rurales.³⁶ De igual manera, las mujeres que viven en la región costa presentan en forma persistente en los cuatro años de análisis mayor probabilidad de haber escuchado sobre el PAP; sin embargo, esta probabilidad disminuye a partir del año 2000. El nivel educativo secundario y superior estuvieron fuertemente asociados a haber escuchado sobre PAP en los cuatro años analizados demostrando que es el factor más importante, incluso el haber alcanzado el nivel

educativo primario predispone de manera significativa para haber escuchado sobre PAP. El usar algún método anticonceptivo, variable que reflejaría cercanía a los servicios de salud y por ende un mejor nivel de conocimiento, también está relacionada en forma persistente a haber escuchado sobre el PAP, ya que las mujeres que usan algún método anticonceptivo tienen casi dos veces más probabilidad de haber escuchado del PAP, que las mujeres que no usan algún método anticonceptivo.

Respecto a los factores asociados a haberse realizado alguna vez el PAP, tenemos que el vivir en la costa estuvo débilmente asociado con realizarse alguna vez el PAP en los cuatro años de análisis. Para los años 1996, 2000 y 2008, observamos que la edad, mayor nivel educativo, el uso de algún método anticonceptivo y tener entre uno a cuatro hijos fueron los predictores más significantes para haberse sometido a un PAP. Para los años 1996 y 2000, el estado marital y haber iniciado las relaciones sexuales, sobre todo si la primera relación sexual estuvo entre 14 a 19 años estuvieron relacionados con el haberse realizado PAP. Además para el año 2008 se incluyó en el análisis multivariado el índice de riqueza, siendo también un predictor para haber escuchado del PAP y haberse sometido a algún PAP. Así, las mujeres que tuvieron un índice de riqueza de "muy rico" tuvieron 2 veces más probabilidad de haberse realizado un PAP comparados con los de índice de riqueza de "muy pobre". De esta forma el nivel socioeconómico está relacionado con una buena cobertura del PAP.

TABLA 5. Análisis multivariado de los factores sociodemográficos asociados con haber escuchado sobre el Papanicolaou. Periodo 1996-2008

Variable	Ha escuchado sobre el PAP			
	1996	2000	2004	2008
	OR (IC95%) ajustado			
Edad				
15-19 años	1	1	1	
20-24 años	1.8 (1.4-2.2)	1.7 (1.5-1.9)	1.2 (0.9-1.6)	2.0 (1.6-2.5)
25-29 años	2.8 (2.1-3.7)	3.2 (2.7-2.8)	1.1 (0.8-1.6)	3.7 (2.8-4.9)
30-39 años	4.4 (3.2-5.9)	4.4 (2.7-5.2)	0.9 (0.6-1.3)	5.2 (3.9-6.9)
40-49 años	5.8 (4.1-8.2)	5.2 (4.3-6.2)	0.9 (0.6-1.4)	7.8 (5.6-10.8)
Lugar de residencia				
Rural	1		1	
Urbano	2.9 (2.6-3.3)	2.4 (2.2-2.6)	1.4 (1.2-1.7)	1.7 (1.4-2.1)
Región natural				
Sierra	1		1	1
Selva	2.0 (1.8-2.3)	2.4 (2.2-2.7)	1.4 (1.2-1.8)	0.8(0.7-0.9)
Costa	4.8 (4.1-5.6)	3.2 (2.9-3.6)	1.5 (1.3-1.9)	1.8(1.2-2.5)
Nivel educativo				
No educación	1	1		1
Primaria	2.8 (2.5-3.1)	2.9 (2.6-3.3)	1.6 (1.2-2.1)	3.1(2.4-4.1)
Secundaria	9.9 (8.6-11.4)	10.6 (9.1-12.3)	2.1 (1.6-2.9)	7.5(5.5-10.3)
Superior	39.9 (32.9-48.5)	58.1 (44.2-76.4)	2.5 (1.8-3.5)	24.5(16.3-36.8)
Estado marital actual				
Nunca unido	1	1	1	1
Actualmente sólo con antecedente de unión	1.1 (0.9-1.4)	1.8 (1.4-2.2)	0.7 (0.5-1.1)	0.8(0.6-1.1)
Unido	1.2 (0.9-1.4)	1.3 (1.1-1.5)	0.9 (0.6-1.2)	0.76(0.6-0.9)
Edad de primera relación sexual				
No ha tenido relaciones sexuales	1	1	1	1
14 a 19 años	1.2 (1.0-1.4)	1.3 (1.1-1.5)	1.4 (0.9-1.9)	0.9 (0.7-1.1)
20 a 24 años	1.1 (0.9-1.3)	1.1 (0.9-1.3)	1.5 (0.9-2.2)	0.7 (0.5-0.9)
25 a 29 años	1.4 (1.0-1.9)	1.3 (0.9-1.9)	1.0 (0.6-1.7)	0.7 (0.4-0.9)
30 años a más	0.9 (0.7-1.2)	1.0 (0.8-1.3)	1.0 (0.6-1.6)	0.7 (0.5-0.9)
Número de hijos				
0	1	1	1	1
1-2	1.4 (1.2-1.7)	1.3 (1.1-1.5)	0.9 (0.6-1.4)	1.6 (1.3-2.1)
3-4	1.3 (1.1-1.6)	1.2 (0.9-1.5)	1.0 (0.7-1.6)	1.8 (1.3-2.4)
Mayor o igual a 5	0.9 (0.7-1.2)	0.8 (0.7-1.1)	0.8 (0.5-1.3)	1.1 (0.7-1.5)
Uso de método anticonceptivo				
No usa	1	1	1	1
Usa algún método anticonceptivo	2.1 (1.9-2.3)	1.9 (1.7-2.1)	1.0 (0.8-1.2)	1.7 (1.4-1.9)
Índice de riqueza				
Muy pobre	ND	ND	ND	1
Pobre	ND	ND	ND	1.0 (0.8-1.3)
Media	ND	ND	ND	1.3 (1.1-1.7)
Rico	ND	ND	ND	1.5 (1.2-2.0)
Muy rico	ND	ND	ND	1.9 (1.5-2.5)

ND: No datos

Gutiérrez C, et al. Factores asociados con el conocimiento y tamizaje para cáncer de cuello uterino (examen de Papanicolaou) en mujeres peruanas en edad fértil. Análisis del periodo 1996-2008

TABLA 6. Análisis multivariado de los factores sociodemográficos asociados con haber tenido algún Papanicolaou. Periodo 1996-2008.

Variable	Se ha realizado alguna vez Pap OR (IC95%) ajustado			
	1996	2000	2004	2008
Edad				
15-19 años	1	1	1	1
20-24 años	1.6 (1.3-1.9)	1.6 (1.4-1.9)	0.9 (0.7-1.1)	2.8 (2.2-3.7)
25-29 años	2.7 (2.3-3.3)	2.3 (1.9-2.7)	1.0 (0.7-1.2)	5.9 (4.6-7.8)
30-39 años	4.7 (3.9-5.7)	3.4 (2.8-3.9)	0.9 (0.6-1.1)	8.2 (6.3-10.7)
40-49 años	5.8 (4.7-7.2)	3.5 (2.9-4.2)	0.9 (0.6-1.1)	9.2 (7.0-12.2)
Lugar de residencia				
Rural	1	1	1	1
Urbano	1.3 (1.2-1.4)	1.1 (1.0-1.2)	1.0 (0.8-1.1)	0.9 (0.8-1.0)
Región natural				
Sierra	1	1	1	1
Selva	1.1 (0.9-1.1)	1.1 (0.9-1.2)	1.1 (0.9-1.2)	1.1 (0.9-1.2)
Costa	1.5 (1.4-1.7)	1.3 (1.2-1.4)	1.2 (1.0-1.3)	1.3 (1.1-1.5)
Nivel educativo				
No educación	1	1	1	1
Primaria	1.4 (1.2-1.7)	1.2 (1.1-1.4)	1.2 (0.8-1.6)	1.1 (0.9-1.5)
Secundaria	2.1 (1.8-2.6)	1.8 (1.5-2.1)	1.2 (0.9-1.6)	1.4 (1.0-1.8)
Superior	3.2 (2.6-3.9)	2.8 (2.4-3.4)	1.1(0.8-1.5)	1.8 (1.3-2.4)
Estado marital actual				
Nunca unido	1	1	1	1
Actualmente sólo con antecedente de unión	1.5 (1.3-1.9)	1.8 (1.5-2.1)	1.1 (0.8-1.4)	0.9 (0.7-1.0)
Unido	2.3 (1.9-2.7)	2.4 (2.1-2.7)	0.9 (0.7-1.3)	1.0 (0.8-1.0)
Edad de primera relación sexual				
No ha tenido relaciones sexuales	1	1	1	1
14 a 19 años	10.1 (7.7-13.2)	9.2 (7.2-11.7)	1.0 (0.8-1.3)	0.8 (0.7-0.9)
20 a 24 años	8.0 (6.1-10.5)	8.1 (6.3-10.3)	1.1 (0.8-1.4)	1.1 (0.8-1.3)
25 a 29 años	7.6 (5.7-10.3)	7.1 (5.4-9.4)	1.0 (0.7-1.4)	1.0 (0.7-1.1)
30 años a más	7.8 (5.8-10.6)	7.4 (5.7-9.7)	0,9 (0.6-1.4)	0,9 (0.7-1.1)
Número de hijos				
0	1	1	1	1
1-2	2.2 (1.9-2.5)	2.6 (2.3-2.9)	1.2 (0.9-1.6)	6.1 (5.2-7.1)
3-4	1.8 (1.6-2.2)	2.2 (1.9-2.6)	1.2 (0.9-1.7)	6.2 (5.1-7.6)
Mayor o igual a 5	1.3 (1.1-1.5)	1.7 (1.4-2.0)	1.2 (0.8-1.6)	5.2 (4.2-6.6)
Uso de método anticonceptivo				
No usa	1	1	1	1
Usa algún método anticonceptivo	1.3 (1.2-1.4)	1.3 (1.2-1.4)	1.0 (0.9-1.2)	1.4 (1.3-1.5)
Índice de riqueza				
Muy pobre	ND	ND	ND	1
Pobre	ND	ND	ND	1.0 (0.8-1.3)
Media	ND	ND	ND	1.3 (1.1-1.7)
Rico	ND	ND	ND	1.5 (1.2-2.0)
Muy rico	ND	ND	ND	1.9 (1.5-2.5)

ND: No datos

Como vemos los factores asociados varían por año estudiado, no existiendo necesariamente una relación de aumento o disminución de las probabilidades de haber escuchado o de tener algún PAP a lo largo de los años, lo cual se podría deber a que son datos obtenidos en forma transversal, por lo que el análisis de un año es una fotografía estática de los factores de riesgo asociados con las variables dependientes estudiadas. Sin embargo la persistencia de algunos factores asociados a través de cada uno de los años analizados, nos da una idea de su importancia e impacto.

Nuestros resultados son consistentes con el estudio de Paz et al. quienes encontraron como predictores más importantes para realizarse el PAP: la edad entre 25 a 29 años, estar casado o convivir, tener uno o dos o más hijos, tener estudios superiores, haber tenido relaciones sexuales, inicio de relaciones sexuales antes de los 17 años y vivir en la costa.¹⁸ Un estudio realizado en México entre 1996 y 1997 encontró que el conocer la utilidad del PAP, haber tenido síntomas ginecológicos, nivel de escolaridad de la mujer y de su pareja y utilizar métodos de planificación familiar están relacionados con mayor prevalencia de utilización del tamizaje del cáncer cervical.³⁴ Otro estudio en México entre el año 2000 y 2003, encontró que las mujeres de 65 a 79 años, el vivir en zonas suburbanas, no tener educación, tener cinco o más embarazos, no usar métodos anticonceptivos y el no conocer sobre el cáncer cervical fueron factores sociales asociados con falta de cumplimiento del programa de tamizaje para cáncer cervicouterino.¹⁰ En Colombia,

un estudio que usó también la ENDES del año 2005 como base de datos analizó los factores sociodemográficos que están asociados con la realización del PAP, encontrando que el nivel educativo, el nivel de riqueza, el tener hijos vivos y el estar gestando son condiciones asociadas a la toma de PAP en los últimos tres años.³²

Estudios similares que buscan establecer que factores están asociados a la realización del PAP realizados en Europa muestran similares hallazgos, un estudio realizado en Francia encontró que tener tamizaje previo para infección por VIH, ser profesionalmente activa, conocer acerca del cáncer cervical, nivel educativo y tener algún chequeo por el ginecólogo en los últimos cinco años son factores asociados a la realización del PAP.³⁰ En España, los factores positivamente asociados con el tamizaje son edad entre 26 y 55 años, mayor nivel socioeconómico, haber estado embarazada, edad temprana de primera relación sexual, conocimiento acerca del cáncer cervical y del papiloma virus humano, uso de algún método anticonceptivo, estar casada y mayor nivel educativo.^{24,25} En Estados Unidos, un estudio analizó los datos de la Encuesta Nacional de Salud del año 2005 investigando específicamente qué factores se encuentran asociados a la adherencia al PAP, encontrando que el poseer seguro de salud, conocer sobre el virus papiloma humano y el nivel educativo fueron predictores de adherencia al tamizaje periódico para cáncer de cuello uterino. Mientras el tener obesidad de grado I a III fue un factor predictor de incumplimiento.²⁹

El cáncer de cuello uterino es la neoplasia más frecuente en mujeres

en nuestro país,⁸ además es el segundo cáncer más frecuente en mujeres a nivel mundial y aunque prevenible, el cáncer cervical causa el 6% de las muertes por cáncer en mujeres en los Estados Unidos.³⁷ Esto habla del impacto que tiene este cáncer tanto en países en desarrollo, como en vías de desarrollo. A pesar que es ampliamente conocido que el PAP puede reducir la mortalidad del cáncer cervical muchas mujeres a nivel mundial aún no se realizan el tamizaje en forma regular. Históricamente, el cáncer de cuello uterino ha sido el modelo de prevención primaria y secundaria con una alta probabilidad de diagnóstico temprano mediante el PAP.³⁸

Desde que el PAP se introdujo en el año 1940, la incidencia y mortalidad de cáncer cervical ha disminuido mucho en países que han organizado sus programas de tamizaje.²⁹ Sin embargo, como hemos visto, existen muchos factores o características socio-demográficas asociadas con haberse realizado alguna vez un PAP o con realizarse en forma regular el tamizaje. El conocimiento de dichos factores predictores es crítico ya que el cáncer cervical es uno de los cánceres más prevenibles y tratable, sobre todo si es detectado en estadios tempranos.^{9,29}

Con el presente análisis pretendemos entender qué factores socio-demográficos son los asociados con el antecedente de haber sido sometido a un PAP y con haber escuchado sobre el PAP, nuestros resultados provienen de datos nacionales representativos. Nuestros resultados son consistentes con lo encontrado en estudios similares llevados a cabo en otros países de Sudamérica,^{10,32-34} Europa,^{24,25,30} y Estados Unidos.²⁹ Sin embargo, un aspecto importante de nuestro estudio es el análisis de los factores asociados en cuatro años puntuales, así vemos como los factores predictores van variando dependiendo del año de análisis. No obstante, existen factores sociodemográficos que permanecen asociados en forma significativa a lo largo de los años con haber tenido un PAP, como el vivir en la costa, residir en zona urbana, nivel educativo, estado marital, uso de método anticonceptivo, número de hijos e índice de riqueza. Conociendo estos factores, es posible intervenir en ellos para poder mejorar las tasas de adherencia al tamizaje. Además se busca manejar adecuadamente los recursos en la prevención del cáncer de cuello uterino y focalizarlos en la población de mayor riesgo, logrando una cobertura suficiente. La adecuada cobertura es un factor de gran impacto para disminuir la mortalidad del cáncer de cérvix. En nuestro país la toma de muestra del PAP se realiza desde el primer nivel de atención (postas y centros de salud) existiendo todo un sistema de referencia y contrarreferencia para el control y seguimiento. Estas actividades de detección, diagnóstico y tratamiento están dirigidas a mujeres que han tenido relaciones coitales, se hace mayor énfasis en el grupo entre 30 y 49 años y en aquellas mujeres con uno o más factores de riesgo.³⁸ Desde el año 2002, el

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) empezó a elaborar un Plan Nacional de control de Cáncer, luego en el año 2005, el MINSA, a través de la Estrategia Nacional departamento de Prevención y Control de los Daños No Transmisibles. Dicha estrategias son brindadas en gran parte por el Ministerio de Salud, ya que cuenta a nivel nacional con la mayor cobertura de servicios de salud, 84.7% de los establecimientos de salud (hospitales, centros y postas de salud) en zonas rurales y urbanas le pertenecen al MINSA.³⁹

Por tanto, gran parte de la oferta del PAP recae en el MINSA y dentro de esta institución el personal de obstetricia es el responsable de la toma del PAP, sin embargo en centros y postas de áreas rurales de la sierra y selva no cuentan con obstetrices ni enfermeras, razón por la cual la tasa de cobertura del PAP es menor. Entonces es importante fortalecer el rol de las obstetrices en la toma correcta del PAP y en implementar estrategias de captación de mujeres que cumplen con los requisitos para ser sometidas al PAP.

Dentro de las debilidades del presente análisis tenemos que al analizar una base de datos secundaria, las preguntas que se estudian "Has escuchado sobre el PAP" y "Se ha realizado alguna vez un PAP" no son el mejor indicador de cobertura de tamizaje ni de nivel de conocimiento sobre PAP. Sin embargo, dichas preguntas nos dan una idea del conocimiento y cobertura del PAP, y además nos permite tener cifras que pueden ser comparables entre distintos años de estudio (1996, 2000, 2004 y 2008) y con otros países en donde también se han realizado análisis similares. Asimismo, no se pudo explorar otros factores sociodemográficos que han sido encontrados en otros estudios con diseños metodológicos diferentes. Otra debilidad es que no llevamos a cabo un análisis diferencial por región natural, por ende no podemos afirmar y especificar que factores sociodemográficos son más relacionados en una región u otra.

Se recomienda esfuerzos para incrementar la cobertura del PAP entre las mujeres peruanas una vez que estas inician su vida sexual y sobretodo si tienen algún factor de riesgo para cáncer de cuello uterino, mediante estrategias de promoción de la salud. Como país que ostenta una de las tasas más altas de cáncer de cuello uterino en Latinoamérica, es urgente mejorar nuestras tasas de cobertura de PAP, por lo tanto, es necesario llevar a cabo mayor investigación acerca de los conocimientos, actitudes, creencias y otras barreras de utilización que nos permitan llevar a cabo intervenciones acordes a las necesidades particulares de cada región natural, sobretodo en la sierra y selva de nuestro país.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BOYLE P, LEVIN B. WORLD CANCER REPORT 2008. LYON: INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER; 2008.
2. MAUAD EC, NICOLAU SM, MOREIRA LF, HAIKEL RL, JR., LONGATTO-FILHO A, BARACAT EC: ADHERENCE TO CERVICAL AND BREAST CANCER PROGRAMS IS CRUCIAL TO IMPROVING SCREENING PERFORMANCE. RURAL REMOTE HEALTH 2009; 9(3): 1241.
3. WORLD HEALTH ORGANIZATION. CANCER (PÁGINA WEB). GENEVA: WHO (VISITADA 22 FEBRERO DE 2010). DISPONIBLE EN: [HTTPS://WWW.WHO.INT/CANCER/EN](https://www.who.int/cancer/en)
4. HEBERT JR, DAGUISE VG, HURLEY DM, ET AL.: MAPPING CANCER MORTALITY TO INCIDENCE RATIOS TO ILLUSTRATE RACIAL AND SEX DISPARITIES IN A HIGH RISK POPULATION. CANCER 2009; 115(11): 2539-52.
5. WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO GLOBAL INFOBASE. GENEVA: WHO (VISITADA 22 FEBRERO DEL 2010). DISPONIBLE EN: [HTTPS://WWW.WHO.INT/INFOBASE/REPORT.ASPX](https://www.who.int/infobase/report.aspx)
6. INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS. PÁGINA WEB. INEN (VISITADA 22 FEBRERO DEL 2010) DISPONIBLE EN: [HTTP://WWW.INEN.SLD.PE/PORTAL/ESTADISTICAS/DATOSNDEPIDEMIOLOGICOS.HTML](http://www.inen.sld.pe/portal/estadisticas/datosn Epidemiologicos.html)
7. DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD DEL PERÚ 2008. DISPONIBLE EN: [HTTP://WWW.DGE.GOB.PE/ASIS_INDBAS.PHP](http://www.dge.gob.pe/asis_indbas.php)
8. POQUIOMA E, ALARCÓN E. EPIDEMIOLOGÍA DESCRIPTIVA DE LAS NEOPLASIAS MALIGNAS EN EL INEN PERIODO 2000ND2004. BOLETÍN DEL INEN. 2007;29(2):66-81.
9. GUTIÉRREZ C, ALARCÓN E. NIVEL DE POBREZA ASOCIADO AL ESTADIO DE GRAVEDAD DEL CÁNCER GINECOLÓGICO. AN. FAC. MED., DIC. 2008, VOL.69, NO.4, P.239-243.
10. HERNÁNDEZ D. ET AL. FACTORES ASOCIADOS CON INCUMPLIMIENTO PARA TAMIZAJE EN CÁNCER DE CÉRVIX. REV MED INST MEX SEGURO SOC 2007; 45 (4): 313-320.
11. STEWART BW & KLEIHUES P, EDITORS. WORLD CANCER REPORT. FRANCE: IARC PRESS: 2003.
12. INSTITUTE OF MEDICINE. NATIONAL RESEARCH COUNCIL. LIFESTYLE BEHAVIORS CONTRIBUTING TO THE BURDEN OF CANCER. IN: CURRY S, BYERS T, & HEWITT M, EDITORS. FULFILLING THE POTENTIAL OF CANCER PREVENTION AND EARLY DETECTION. WASHINGTON, DC: THE NATIONAL ACADEMIES PRESS: 2003. P. 41-86.

Gutiérrez C, et al. Factores asociados con el conocimiento y tamizaje para cáncer de cuello uterino (examen de Papanicolaou) en mujeres peruanas en edad fértil. Análisis del periodo 1996-2008

13. QUINN M, BABB P, JONES J, ALLEN E. EFFECT OF SCREENING ON INCIDENCE OF AND MORTALITY FROM CANCER OF CERVIX IN ENGLAND: EVALUATION BASED ON ROUTINELY COLLECTED STATISTICS. *BMJ* 1999;318:904-8.
14. ADVISORY COMMITTEE ON BREAST CANCER SCREENING. SCREENING FOR BREAST CANCER IN ENGLAND: PAST AND FUTURE SHEFFIELD: NHS CANCER SCREENING PROGRAMMES, 2006. (NHS BREAST SCREENING PROGRAMME PUBLICATION NO 61).
15. MOSER K, PATNICK J, BERAL V. INEQUALITIES IN REPORTED USE OF BREAST AND CERVICAL SCREENING IN GREAT BRITAIN: ANALYSIS OF CROSS SECTIONAL SURVEY DATA. *BMJ*. 2009 JUN 16;338:b2025.
16. MURILLO RH. LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER: MÁS ALLÁ DE LAS PRUEBAS DE TAMIZAJE. *REV. COLOMB CANCEROL* 2003;7(2):23-33.
17. JIMENEZ-PEREZ M, THOMAS DB. HAS THE USE OF PAP SMEARS REDUCED THE RISK OF INVASIVE CERVICAL CANCER IN GUADALAJARA, MEXICO? *INT J CANCER* 1999;82:804-9.
18. PAZ V, LEE F, CÁRCAMO C, HOLMES K, GAMETT G, GARCIA P. WHO IS GETTING PAP SMEARS IN URBAN PERU?. *INTERNATIONAL JOURNAL OF EPIDEMIOLOGY* 2008;37:862-869.
19. SOLIDORO A, OLIVARES L, CASTELLANO C, BARRIGA O, GALDOS R, CACERES E. CANCER DE CUELLO UTERINO EN EL PERÚ. *DIAGNOSTICO*. 2004;43:29-33.
20. IARC HANDBOOKS OF CANCER PREVENTION VOLUME 7. INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER. BREAST CANCER SCREENING 2002., LYON: IARC PRESS; 2002.
21. OTHMAN N, DEVI B, HALIMAH Y. CERVICAL CANCER SCREENING: PATIENTS' UNDERSTANDING IN MAJOR HOSPITALS IN MALAYSIA. *ASIAN PACIFIC J CANCER PREV*, 2009. 10, 569-574.
22. ERTEM G. AWARENESS OF CERVICAL CANCER RISK FACTORS AND SCREENING BEHAVIOUR AMONG NURSES IN A RURAL REGION OF TURKEY. *ASIAN PACIFIC J CANCER PREV*, 2009. 10, 735-738.
23. HUAMANI CH, ORTEGA A, GUARDIA-RICRA M, ROCA J. CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE LA TOMA DE PAPANICOLAOU EN MUJERES DE LIMA, PERÚ 2007. *REV PERU MED EXP SALUD PUBLICA*. 2008; 25(1): 44-50.
24. LÓPEZ M, HERNÁNDEZ V, DE ANDRÉS A, GARRIDO P, DE MIGUEL A, GARCÍA R. BREAST AND CERVICAL CANCER SCREENING IN SPAIN AND PREDICTORS OF ADHERENCE. *EUR J CANCER PREV*. 2010; 27.
25. PUIG-TINTORÉ L, CASTELLSAGUÉ X, TORNÉ A, DE SANJOSÉ S, CORTÉS J, ROURA E, MÉNDEZ C, BOSCH F. COVERAGE AND FACTORS ASSOCIATED WITH CERVICAL CANCER SCREENING: RESULTS FROM THE AFRODITA STUDY: A POPULATION-BASED SURVEY IN SPAIN. *LOW GENIT TRACT Dis*. 2008 APR;12(2):82-9.
26. BAZÁN F, POSSO M, GUTIÉRREZ C. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU. *AN FAC MED LIMA* 2007; 68(1): 47-56.
27. GAO W, PATERSON J, DESOUSA R, LU T. DEMOGRAPHIC PREDICTORS OF CERVICAL CANCER SCREENING IN CHINESE WOMEN IN NEW ZEALAND. *N Z MED J*. 2008 JUL 4;121(1277):8-17.
28. KHADIJA EL-HAMMASI, OLA SAMIR, SOANIA KETTANEH, ATHARI AL-FADLI, LUKMAN THALIB. USE OF AND ATTITUDES AND KNOWLEDGE ABOUT PAP SMEARS AMONG WOMEN IN KUWAIT. *JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH*. 2009, 18(11): 1825-1832.
29. NELSON W, MOSER R, GAFFEY A, WALDRON W. ADHERENCE TO CERVICAL CANCER SCREENING GUIDELINES FOR U.S. WOMEN AGED 25-64: DATA FROM THE 2005 HEALTH INFORMATION NATIONAL TRENDS SURVEY (HINTS). *JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH*. 2009, 18(11): 1759-1768.
30. GRANGÉ G, MALVY D, LANÇON F, GAUDIN AF, EL HASNAOUI A. FACTORS ASSOCIATED WITH REGULAR CERVICAL CANCER SCREENING. *INT J GYNAECOL OBSTET*. 2008 JUL;102(1):28-33.
31. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA DEL PERÚ. DISPONIBLE: WWW.INEL.GOB.PE/WEB/ENDES/ (VISITADA 28 DE FEBRERO 2010).
32. PINEROS, MARION ET AL. PAP TEST COVERAGE AND RELATED FACTORS IN COLOMBIA, 2005. *REV. SALUD PÚBLICA*. 2007, 9(3) : 327-341.
33. LOPEZ L, SUAREZ L, TORRES L. DETECCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA EN MÉXICO: SÍNTESIS DE LOS RESULTADOS DE LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD REPRODUCTIVA. *SALUD PÚBLICA MÉX*. 2009, 51(2): s345-s34.
34. LAZCANO E, MOSS S, CRUZ A, ALONSO DE RUIZ P, CASARES S, MARTÍNEZ C, HERNÁNDEZ M. FACTORES QUE DETERMINAN LA PARTICIPACIÓN EN EL TAMIZAJE DE CÁNCER CERVICAL EN EL ESTADO DE MORELOS. *SALUD PUBLICA MEX* 1999;41:278-285.
35. NÚÑEZ J, VELÁSQUEZ J, MINDIOLA R, MUNROE D. NIVEL EDUCACIONAL Y LOS PROGRAMAS DE PESQUISA DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN UN ÁREA URBANA VENEZOLANA. *INVEST CLIN* 2008; 49(3): 331 - 339.
36. FLORES K, BENCOMO C. PREVENTING CERVICAL CANCER IN THE LATINA POPULATION. *JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH*. 2009, 18(12):1935-1943.
37. BHAREL M, CASEY C, WITTENBERG E. DISPARITIES IN CANCER SCREENING: ACCEPTANCE OF PAP SMEARS AMONG HOMELESS WOMEN. *JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH*. 2009. 18(12): 2011-2017
38. NORMA TÉCNICO ONCOLÓGICA PARA LA DETECCIÓN, PREVENCIÓN Y MANEJO DE LESIONES PREMALIGNAS DE CUELLO UTERINO. DISPONIBLE EN PÁGINA WEB: [HTTP://WWW.PERUCONTRAELCANCER.COM/DOCUMENTOS/NORMA-TECNICO-ADMINISTRATIVA-ONCOLOGICA-DE-CANCER-DE-CUELLO-UTERINO.PDF](http://www.perucontraelcancer.com/documentos/NORMA-TECNICO-ADMINISTRATIVA-ONCOLOGICA-DE-CANCER-DE-CUELLO-UTERINO.PDF) (ACCESO 18 DE MARZO 2010).
39. ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD-2005. DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA. MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ. DISPONIBLE ONLINE EN: [HTTP://WWW.DGE.GOB.PE/PUBLICACIONES/PUB_ASIS/ASIS15.PDF](http://www.dge.gob.pe/publicaciones/pub_asis/ASIS15.PDF) (ACCESO 18 DE MARZO 2010) ADOLESCENT DEPRESSION SCALE EN POBLACIÓN COMUNITARIA Y CLÍNICA. *INTERNATIONAL JOURNAL OF CLINICAL AND HEALTH PSYCHOLOGY*. 2008. 8(1): 247-266

ABSTRACT

FACTOR ASSOCIATED WITH KNOWLEDGE AND SCREENING OF CERVICAL CANCER (PAP TEST) IN PERUVIAN WOMEN OF CHILDBEARING AGE. ANALYSIS OF PERIOD 1996-2008

Objectives: To determinate the frequency, sociodemographics characteristics and interpersonal factors associated with cervical cancer screening in Peruvian women of childbearing age. **Methods:** We used the database of the national Demographic and Family Health (DHS) survey conducted in 1996, 2000, 2004 and 2008. We considered as dependent variable the questions: Have you heard of the PAP smear? and Have you had a PAP smear in the last 5 years?. Sociodemographics characteristics and interpersonal factors were considered as independent variables. Dependent and independent variables were used in the bivariate and multivariate analysis in order to determinate which factors were associated. **Results:** The percentage of women in childbearing age with any PAP smear was 42.8%, 45.7%, 47.3% and 45.6% for 1996, 2000, 2004 and 2008 respectively. While the percentage of women in childbearing age who had heard about PAP smear was 78.3%, 85.1%, 89.8% and 91.4% for the same years. During the 4 years analyzed, living in the coast and in urban areas were associated with having heard of PAP test. While only having had a previously PAP smear was associated with living in the coast in a consistent manner during the four years analyzed. **Conclusions:** The frequency of cervical cancer screening obtained in this study are representative of the national reality. The coverage in Peru is low compared with other South American countries. There are some factors associated with PAP smear that can be modified to improve its coverage, knowing that it is the screening method of choice for cervical cancer.

KEY WORDS: PAP test, Cervical cancer, Associated factors



Artículo terminado de editar el
martes, 4 de mayo de 2010