

BARRERAS PARA LA TOMA DE PAPANICOLAOU EN MUJERES DE 25 A 64 AÑOS DE LA COMUNIDAD RURAL EL PALOMAR – MUNICIPIO MECAPACA, LA PAZ BOLIVIA, SEGUNDO TRIMESTRE 2022

BARRIERS TO TAKING PAPANICOLAOU IN WOMEN AGED 25 TO 64 FROM THE EL PALOMAR RURAL COMMUNITY – MECAPACA MUNICIPALITY, LA PAZ, BOLIVIA, SECOND QUARTER 2022

Jhoselin Pamela Huacario-Chambilla ¹

RESUMEN

Introducción. El cáncer de cuello uterino (CACU) es un problema de salud pública, provoca la muerte de aproximadamente 260.000 personas y afecta a más de 500.000 nuevas mujeres cada año en el mundo. Sin embargo, a diferencia de la mayoría de los cánceres, el CACU puede prevenirse mediante programas de tamizaje económicos y de fácil acceso como lo es la toma de papanicolaou. El presente estudio tiene como objetivo determinar las barreras para la toma de papanicolaou.

Material y método. Se llevó a cabo en la comunidad El Palomar – Municipio Mecapaca esta investigación de tipo descriptiva, cuantitativa de corte transversal, con una muestra conformada por 89 mujeres 25 a 64 años, se utilizó un instrumento validado sobre barreras que influyen en la falta de adherencia al tamizaje del CACU.

Resultados. El 61% de las encuestadas no se realizó previamente una prueba de Papanicolaou, la principal barrera percibida por las mujeres encuestadas para la toma de papanicolaou fue la barrera cultural (67%), la segunda barrera el conocimiento respecto al CACU (52.8%) y la tercera barrera fue la accesibilidad que disponen para la asistencia médica (33.7%). Se realizó ferias de salud para informar a la población sobre el cáncer cervicouterino logrando un aumento de la cobertura (17%) en la toma de Papanicolaou.

Conclusión. Se enfatiza en el problema, presente y futuro, que representa la falta de adherencia al tamizaje de cáncer cervicouterino en la población femenina y la necesaria acción sobre las barreras percibidas por la población adaptando los programas de promoción.

Palabras claves: Cáncer cervicouterino, Papanicolaou.

¹Médico cirujano. Universidad Mayor de San Andrés. Facultad de Medicina, Enfermería, Nutrición y Tecnología Médica. La Paz, Bolivia.

<https://orcid.org/0009-0004-1383-2954>

Correspondencia a: jhoselinhuacario@gmail.com

Recibido: 05/11/2022 Aceptado: 15/12/2022



ABSTRACT

Introduction. Cervical cancer is a public health problem, causing the death of approximately 260,000 people and affecting more than 500,000 new women every year in the world. However, unlike most cancers, cervical cancer can be prevented through inexpensive and easily accessible screening programs such as Pap smears. The present study aims to determine the barriers to taking Pap smears.

Material and method. This descriptive, quantitative cross-sectional research was carried out in the El Palomar community - Mecapaca Municipality, with a sample made up of 89 women between 25 and 64 years of age. A validated instrument was used on barriers that influence the lack of adherence to cervical cancer screening

Results. 61% of the respondents had not previously performed a Pap smear, the main barrier perceived by the women surveyed for taking a Pap smear was the cultural barrier (67%), the second barrier was knowledge regarding cervical cancer uterine (52.8%) and the third barrier was the accessibility available to medical care (33.7%). Health fairs were held to inform the population about cervical cancer, achieving an increase in coverage (17%) in Pap smears.

Conclusion. Emphasis is placed on the problem, present and future, that represents the lack of adherence to cervical cancer screening in the female population and the necessary action on the barriers perceived by the population, adapting the promotion programs.

Keywords: Cervical cancer, Pap smear.

INTRODUCCIÓN

El presente siglo transcurrirá con variables cambios en el estilo de vida de mayor o menor intensidad de los ciudadanos del mundo, la población llegará cerca a los nueve mil millones, de los cuales 15% corresponderá a mayores de 65 años (por el incremento en la expectativa de vida) (1).

Todos los cambios que conllevan el aumento del IDH (índice de desarrollo humano) en mayor o menor intensidad (según la región y el país) vienen configurando un escenario que mostrará un incremento significativo de los casos nuevos y fallecimientos por cáncer. En el caso específico de las mujeres y el cáncer a mediados del siglo que transitamos se espera que la mitad de las mujeres sufran lesiones pre neoplásicas o francamente neoplásicas de las cuales el 50% corresponderá a cáncer ginecológico (2).

El cáncer de cuello uterino es un cáncer de crecimiento lento que a veces no presenta síntomas, pero se encuentra mediante pruebas de tamizaje de rutina, es una enfermedad asociada a muchos factores etiológicos, siendo el factor etiopatogénico más importante el Virus del Papiloma Humano (VPH) (3).

El diagnóstico está ya clásicamente establecido hace muchos años y se basa en la citología, IVAA (Inspección visual con ácido acético), colposcopia, biopsia e histología (4). Es el cuarto tipo de cáncer más frecuente en las mujeres de todo el mundo, con una incidencia estimada de 604000 nuevos casos y 342000 muertes en 2020. En torno al 90% de los nuevos casos y muertes en el ámbito mundial en 2020 tuvieron lugar en países de ingresos bajos y medianos (5).

Bolivia tiene una de las tasas de incidencia y mortalidad más altas del Mundo; según estimaciones de la OMS 4,5 mujeres mueren al día por cáncer cérvico uterino (4), tiene la tasa de mortalidad por CACU más alta de América (26,3 por cada 100 mil mujeres).

Es la enfermedad más frecuente en las mujeres de 25 a 64 años de edad, con una tasa de incidencia de 151,4 por cada 100 mil mujeres en este grupo de edad.

Un estudio realizado por el Instituto Nacional de Laboratorios de Salud sobre muestras citológicas de las ciudades de La Paz y El Alto (años 2004 y 2005) indicó que la población con mayor riesgo tiene entre 25 y 40 años; esta investigación mostró que la edad media de lesiones de bajo grado era de 25 años, 28 años para las lesiones de alto grado y 38 años para los carcinomas in situ; el estudio concluye que la incidencia del CACU es cada vez más frecuente en personas jóvenes y de menor edad (6).

En relación a ello el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Cuello Uterino viene desarrollando actividades por casi tres décadas, con importantes avances en la parte normativa; sin embargo, los resultados obtenidos hasta el momento no han sido suficientes para controlar la incidencia o la mortalidad de hecho la cobertura de la prueba de tamizaje utilizada no ha superado en ningún momento el 16% pese al acceso gratuito a la población en general a prestaciones de salud (1).

A diferencia de la mayoría de los cánceres, el CACU puede prevenirse mediante programas de tamizaje económicos y de fácil acceso, diseñados para identificar y tratar las lesiones pre-cancerosas, es indudable que la detección, el diagnóstico y la erradicación de las lesiones precursoras previenen el desarrollo del cáncer

invasor de cuello uterino, por lo que es necesaria la realización de pruebas de Papanicolaou en servicio, en forma sostenible, con coberturas por encima del 80% para detectar y tratar el padecimiento en etapas iniciales. Esto generaría un importante impacto en la morbimortalidad de la mujer boliviana (4), sin embargo, a pesar de ser altamente prevenible y el tamizaje muy práctico, el Cáncer cervicouterino sigue causando la muerte de 35.700 mujeres cada año en América, con tasas de mortalidad 3 veces más altas en América Latina y el Caribe que en Norteamérica. La mayor incidencia y mortalidad por cáncer cervicouterino se presentan en Guyana, Bolivia y Nicaragua (2).

Por tal motivo se deben estudiar y trabajar con mayor detalle en las barreras que determinan la baja cobertura de Papanicolaou en nuestro contexto de tal manera mejorar y organizar programas efectivos de tamizaje, educación para la salud, acciones de promoción, difusión e información de los factores de riesgo, así como la sensibilización en el autocuidado de la salud. Por lo cual el presente estudio tiene como objetivo determinar las barreras por parte de las mujeres del área rural que influyen para la falta de adherencia al tamizaje del cáncer cervicouterino e identificar la principal barrera percibida en la población de estudio para organizar programas efectivos de tamizaje, educación para la salud, acciones de promoción, difusión e información de los factores de riesgo, así como la sensibilización en el autocuidado de la salud.

MATERIAL Y MÉTODOS

El diseño del estudio fue cuantitativo, observacional, descriptivo de corte transversal.

El universo está conformado por la población femenina de 25 a 64 años de edad que viven en

la localidad rural de El Palomar en el municipio de Mecapaca de la Provincia Murillo en el Departamento de La Paz – Bolivia.

Según la población total estimada por el SEDES para el C.S. Ambulatorio Palomar es de 2328 habitantes de los cuales 412 son mujeres de 25 a 64 años de edad población objeto estimada para el tamizaje de cáncer cervicouterino por papanicolaou.

Se calculó el tamaño de muestra, según la fórmula para estimación de proporciones con tamaño de universo conocido resultando en 89 mujeres, el tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia.

Para esta investigación se utilizó el cuestionario de Granados, et al., (7) sobre barreras de acceso para pruebas de cribado de cáncer cervicouterino, el instrumento que constó de un apartado de datos sociodemográficos y tres dimensiones a considerar: nueve ítems de conocimiento, diez de aspectos culturales y cinco de acceso a los servicios de salud, en escala de tipo Likert con las respuestas: totalmente de acuerdo, acuerdo, indeciso, en desacuerdo y totalmente desacuerdo, obteniendo un instrumento de veinticinco ítems, la participación de las encuestadas fue netamente voluntaria, informando el objetivo de llenar dicho cuestionario y corroborando el consentimiento informado.

Se hizo la interpretación en base al puntaje asignado a cada categoría de la escala de Likert: Totalmente de acuerdo: 5 puntos; Acuerdo: 4 puntos; Indeciso: 3 puntos; Desacuerdo: 2 puntos y Totalmente en desacuerdo 1 punto y las respuestas de las participantes teniendo los siguientes parámetros:

- Barrera conocimiento. Ítem 1-9: Existe Barrera: 0-27 puntos; Puede Existir Barrera: 28-36 puntos; No existe Barrera: >37 puntos.
- Barrera Cultural. Ítem 10-20: Existe Barrera: >45 puntos; Puede Existir Barrera: 34-44 puntos; No existe Barrera: 0-33 puntos.
- Barrera de acceso demográfico. Ítem 21-25: Existe Barrera: más de 21 puntos; Puede Existir Barrera: 16-20 puntos; No existe Barrera: 15 puntos o menos.

Los datos recolectados fueron agrupados y estructurados utilizando el análisis cuantitativo y la interpretación porcentual de los datos estadísticos con ayuda del software informático SPSS y Excel.

RESULTADOS

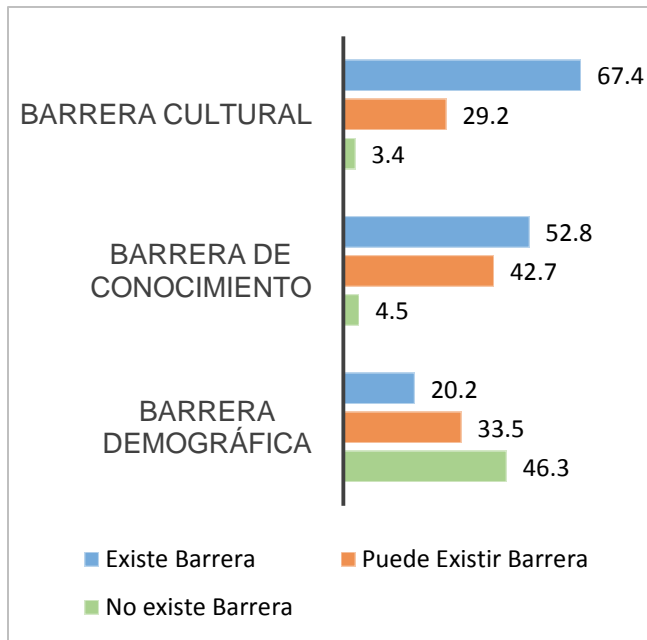
De las 89 mujeres encuestadas, el promedio de edad fue 31 años, 49% de las personas eran casadas y 28% en unión libre, 14% solteras y divorciadas 4%. Se evidenció que la edad más frecuente de inicio de relaciones sexuales en las encuestadas fue a los 15 años. En cuanto a la ocupación con mayor frecuencia las mujeres encuestadas se dedicaban a la agricultura en 79.8%, comercio 12.4%, labores de ama de casa 5.6% y trabajo relacionado a la cocina 2%.

En relación al grado de instrucción el 46% cursó hasta la primaria, 28% hasta la secundaria, 14% no tuvo ninguna formación académica, el 11% logró alcanzar el bachillerato. Se evidenció que el 45% de las mujeres encuestadas desconocían el objetivo del papanicolaou y el 61% no se realizó hasta el momento de la entrevista un papanicolaou.

El factor que influye en la mayoría de las encuestadas para el cribado del cáncer cervicouterino fueron las barreras culturales, seguido de las barreras de conocimiento,

observándose que no existe una barrera demográfica percibida para la mayoría de la población encuestada (Figura 1).

Figura 1. Frecuencia de las barreras percibidas por las mujeres de 25 a 64 años de la comunidad El palomar-Mecapaca, Segundo trimestre 2022



Fuente: Datos propios elaborados en la investigación

Dentro de los factores que influyen en la barrera cultural destacan los siguientes resultados: la mayoría de las encuestadas identificó como una barrera, el sentir pena o vergüenza de que un hombre le realice el Papanicolaou.

Se evidenció que la autorización de las parejas de las mujeres encuestadas influye con la decisión para realizarse el papanicolaou, afirmando que a su pareja le molesta que alguien vea sus partes íntimas para la realización del examen.

En relación a la ansiedad que genera los resultados del Papanicolaou, la mayoría de las mujeres encuestadas percibe la preocupación que genera los resultados como una barrera.

Se evidenció que la preocupación sobre el dolor que genera realizarse la prueba representa una barrera para la mayoría de las encuestadas (Figura 2).

En relación con la barrera de conocimiento se obtuvo con mayor frecuencia una respuesta de indecisión dentro de la escala de Likert por parte de las participantes al encontrarse confundidas ante las afirmaciones o preguntas que se le realizaban, la mayoría respondieron con indecisión sobre la etiología del cáncer cervicouterino indicando no saber el significado de la sigla "VPH", de igual manera desconocían su forma de transmisión y su forma de contagio.

Respecto al conocimiento de los síntomas y signos del virus del papiloma humano se evidenció que de igual manera la mayoría respondió con indecisión a la afirmación sobre las manifestaciones clínicas del VPH, síntomas del VPH y si el cáncer cervicouterino sólo se presenta en las mujeres (Figura 3).

Respecto a la barrera de acceso demográfico se evidenció que para el 66% de las mujeres encuestadas no existe dicha barrera, en tanto que el 33.7% puede existir la barrera.

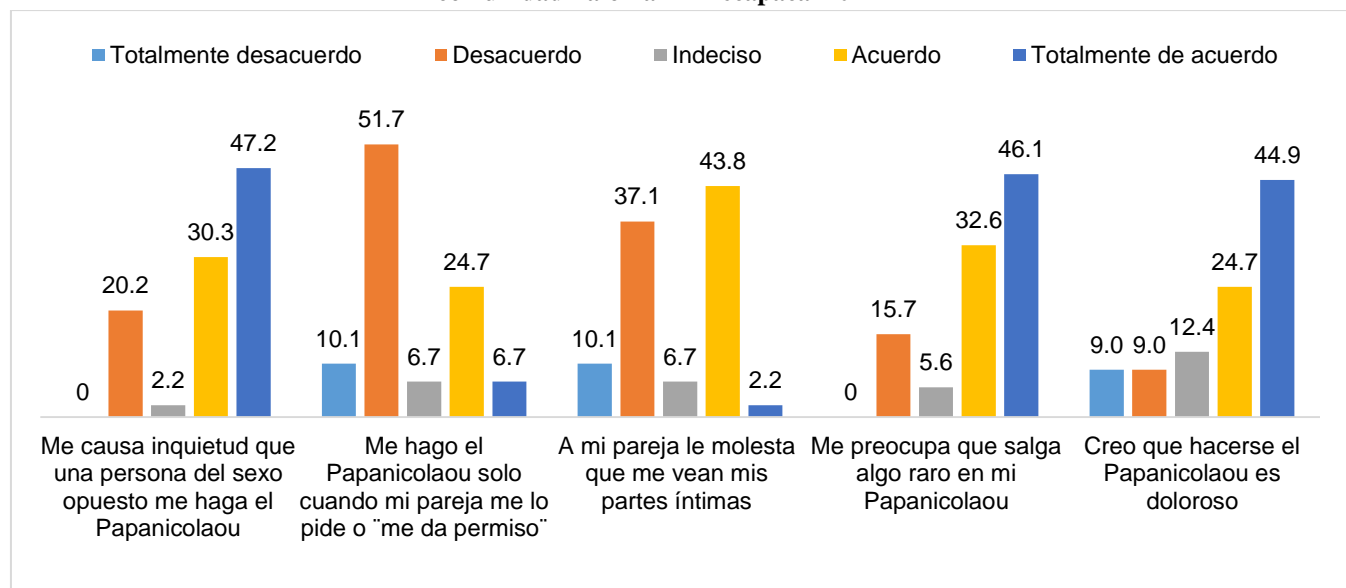
El 42% de la población encuestada indica que sus horarios libres no coinciden con los del centro de salud para poder acudir a hacerse un papanicolaou y el 38% lo vincula a su trabajo, el 31.5% indica que encuentran como barrera que la última vez que se realizó el Papanicolaou no supo los resultados.

Al concluir el estudio y las estrategias de promoción del tamizaje para el cáncer cervicouterino, se analizó el indicador de la cobertura general de papanicolaou del centro de salud Palomar durante el segundo trimestre de la gestión 2022, logrando un aumento del 17% en la cobertura de la prueba (Figura 4).

En relación a los resultados de las pruebas de papanicolaou de la población en estudio el porcentaje de pruebas con resultado citológico

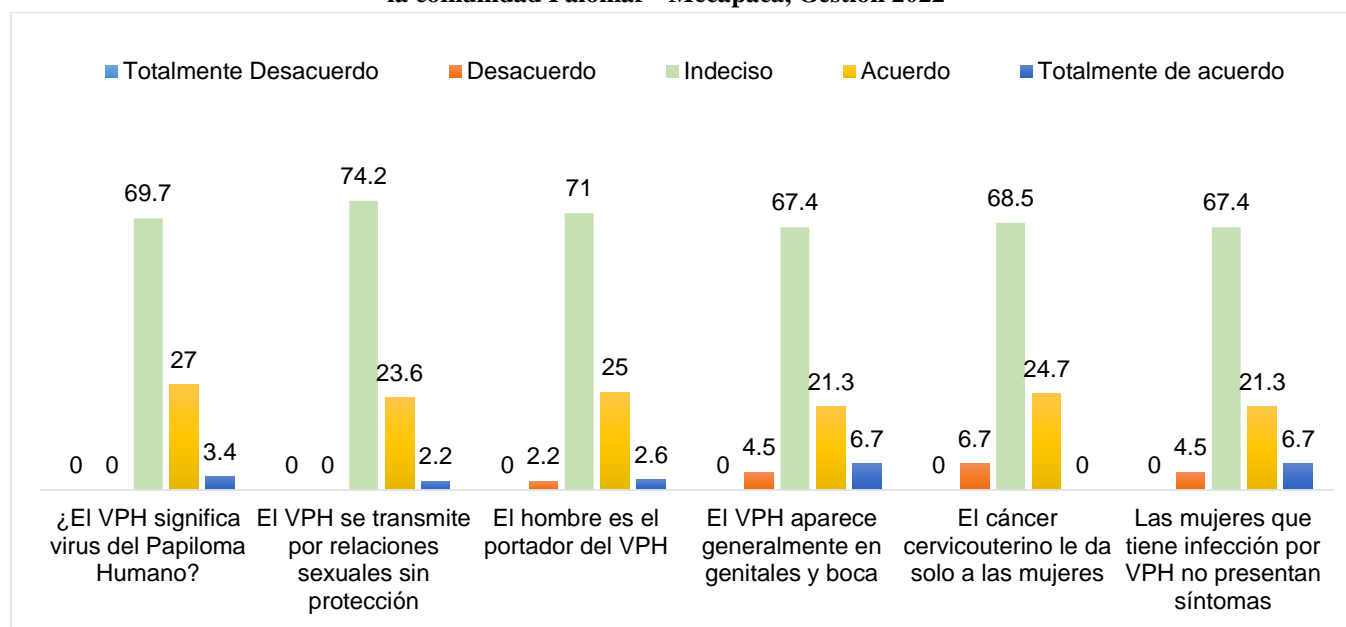
de Lesión Intraepitelial de Alto Grado (LIEAG) fue 5.7% teniendo como estándar dentro de la norma un valor de 1 a 5% (6).

Figura 2. Barreras culturales percibidas sobre el tamizaje del cáncer cervicouterino de las mujeres encuestadas en la comunidad Palomar – Mecapaca 2022



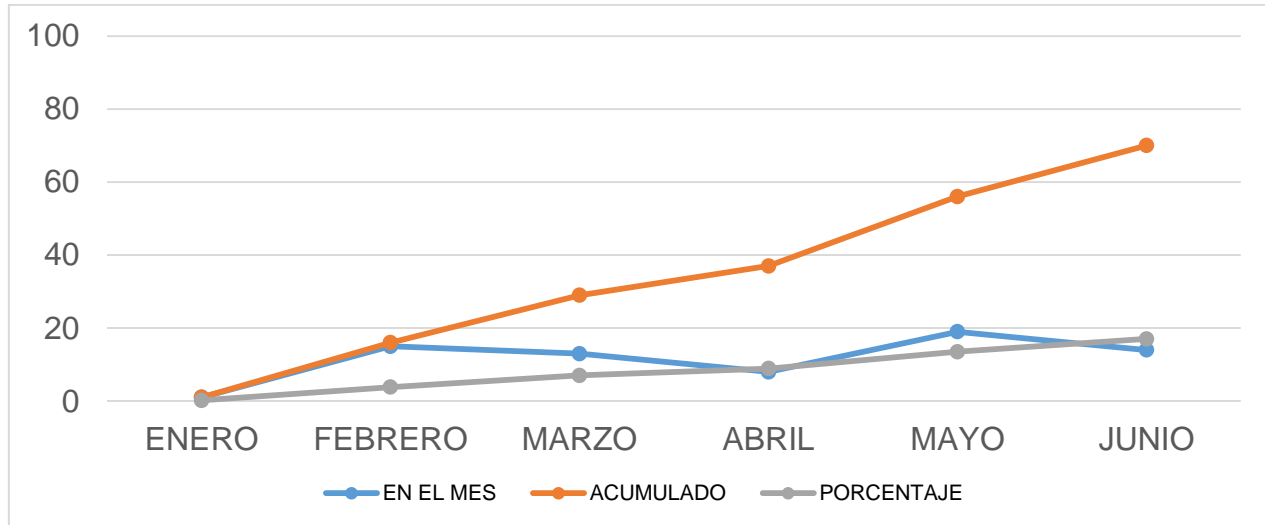
Fuente: Datos propios elaborados en la investigación

Figura 3. Porcentaje de las respuestas de conocimiento sobre cáncer cervicouterino de las mujeres encuestadas en la comunidad Palomar - Mecapaca, Gestión 2022



Fuente: Datos propios elaborados en la investigación

Figura 4. Cobertura de Papanicolau del Centro de Salud Ambulatorio Palomar, gestión 2022



Fuente: Datos extraídos del Sistema Nacional de Información en Salud del Centro de Salud Ambulatorio Palomar

DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio coinciden con los encontrados en un estudio realizado en Estados Unidos sobre la toma de papanicolaou en donde se observó que mujeres de origen hispano participan menos en los programas de tamizaje de cáncer cervicouterino que las mujeres de otros grupos étnicos evidenciaron que las razones de esta actitud son los sentimientos de vergüenza, miedo y desesperanza, la falta de conocimientos acerca del cáncer cervicouterino y del tamizaje, en el que se concluía que tener un mayor nivel de aculturación se asoció de manera directa con el hecho de haberse sometido al tamizaje en alguna ocasión (8).

A diferencia de otros estudios de las mismas características las barreras demográficas para la atención clínica y toma de papanicolaou no representa una barrera en nuestro contexto debido al seguro universal de salud ya que las mujeres bolivianas tienen el acceso gratuito a la atención médica y al tamizaje del cáncer

cervicouterino a diferencia de otros países en el que la prestación de este servicio tiene un costo.

En relación a estudios realizados en nuestro contexto, se evidenció que al igual que el presente estudio las barreras han sido la vergüenza hacia la prueba, la falta de tiempo, de información en algunos ámbitos, la timidez y el pudor.

No solo en la realización del procedimiento, demostraron una actitud recelosa, por el hecho de hablar temas íntimos con los médicos, y en la parte física indicaron que fue doloroso (9).

Las características de esta barrera cultural coincide con estudios realizados en el mismo contexto como el estudio de Escobar Acarapi sobre los factores que intervienen en el uso métodos anticonceptivos en el municipio Quiabaya de la ciudad de La Paz en el cual indica que el 63% del total de las encuestadas, refiere que el factor social fue el que

mayormente influyó en la decisión de no usar anticonceptivos es la pareja (10). Señalando la gran influencia sociocultural sobre las decisiones en salud que toman las mujeres en edad fértil en las comunidades rurales.

Realizando un análisis nacional no se puede negar que las coberturas de papanicolaou incrementaron, pero dicho dato no es suficiente si no se alcanza 80% de la población femenina en edad de riesgo (estándar internacional necesario para lograr resultados significativos). La tasa de cobertura de papanicolaou en las mujeres de 25 a 64 años de edad solo llegó al 11,6% en 2007. Sin embargo, esta tasa corresponde solamente al número de muestras de papanicolaou tomadas y no al número de mujeres con resultado citológico. Además, con los recursos disponibles actualmente, se debería lograr mejores coberturas, calidad e impacto sobre la morbi-mortalidad por cáncer cervicouterino (6).

En conclusión la principal barrera para la toma de papanicolaou de las mujeres de 25 a 64 años de edad en la comunidad rural de El Palomar-Mecapaca, durante el segundo trimestre de la gestión 2022 es la barrera cultural seguida de la barrera del conocimiento, trabajando con énfasis se realizó ferias de salud para informar y sensibilizar a la población (adolescentes, mujeres, familias, autoridades) sobre el cáncer cervicouterino e incrementar las coberturas del centro de salud Palomar de toma de Papanicolaou para la detección precoz de lesiones preneoplásicas obteniendo una cobertura de 17% durante el primer semestre del centro de salud ambulatorio Palomar, cabe recalcar el llamativo porcentaje de pruebas con resultado citológico LIEAG encontrado que fue de 5.7% teniendo en cuenta que el estándar

es de 1 a 5 %. Se enfatiza en el problema, presente y futura, que representa la falta de adherencia al tamizaje de cáncer cervicouterino y la necesaria acción sobre este mismo adaptando los programas de promoción a las barreras observadas en este trabajo de investigación.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece al personal del Centro de Salud El Palomar y los habitantes de la comunidad por la cooperación durante la realización del presente estudio. A todos mis docentes por brindarme su conocimiento y enseñanza.

REFERENCIAS

1. Igor Pardo Zapata. Guía de tamizaje de cáncer de cuello uterino de mama [Internet]. 1er edición. Vol. 335. La paz - Bolivia: Ministerio de Salud y Deportes; 2013 [citado el 11 de mayo de 2022]. Disponible en: https://www.minsalud.gob.bo/images/Documentacion/dgss/Area_Continuo/LIBRO%20GUIA%20TAMIZAJE.pdf
2. Arrossi S, Sankaranarayanan R, Parkin DM. Incidencia y mortalidad del cáncer cervicouterino en América Latina. Salud Publica Mex [Internet]. 2003 [citado el 15 de junio de 2022];45 Suppl 3(SUPPL. 3). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14746023/>
3. Definición de cáncer de cuello uterino - Diccionario de cáncer del NCI - NCI [Internet]. [citado el 11 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/cancer-de-cuello-uterino>
4. Ministerio de Salud y Deportes. Norma nacional reglas, protocolos y

- procedimientos para la detección y control de cáncer de cuello uterino [Internet]. 4ta edición. La Paz - Bolivia: Excelsior SRL; 2009 [citado el 10 de mayo de 2022]. Disponible en: https://www.minsalud.gob.bo/images/Documentacion/redes_salud/NORMA%20NACIONAL%20REGLAS%20PROTOCOLOS%20Y%20PROCEDMIENTOS%20PARA%20LA%20DET.pdf
5. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Estadísticas mundiales del cáncer 2020: estimaciones de GLOBOCAN de incidencia y mortalidad en todo el mundo para 36 cánceres en 185 países. *CA Cancer J Clin* [Internet]. mayo de 2021 [citado el 15 de marzo de 2023];71(3):209–49. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33538338/>
 6. Pardo I, Zárate A, Padilla H. Plan nacional de prevención, control y seguimiento de cáncer de cuello uterino [Internet]. 1er ed. Vol. 119. La Paz - Bolivia: Ministerio de Salud y Deportes; 2009 [citado el 11 de mayo de 2022]. Disponible en: https://www.iccp-portal.org/system/files/plans/plan_cancer_cuello_uterino.pdf
 7. Gutiérrez Granados MM, Juárez Lira A. Desarrollo y validación de un instrumento en la determinación de barreras de acceso para pruebas de cribado de cáncer cervicouterino en México. *Revista Científica de Enfermería*. el 30 de septiembre de 2021;(21):4.
 8. Ciertas percepciones y creencias de las mujeres hispanas en Estados Unidos obstaculizan la prevención del cáncer cervicouterino. *Revista Panamericana de Salud Pública*. abril de 2004;15(4):273–4.
 9. Orihuela Tejerina DA, Cala Chambi E, Cortéz Gordillo J. Percepción de la prueba de tamizaje (PAPANICOLAU), para detectar cáncer cérvico uterino en mujeres cursantes de la maestría de Salud Pública Mención Epidemiología de la Universidad Mayor de San Andrés, La Paz-Bolivia, Gestión 2012 [Internet]. [La Paz - Bolivia]: Universidad Mayor de San Andrés; 2012 [citado el 16 de junio de 2022]. Disponible en: <https://repositorio.umsa.bo/xmlui/handle/123456789/16160>
 10. Escobar Acarapi A. Factores que intervienen en el uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil del municipio de Quiabaya durante el cuarto trimestre de la gestión 2018. *MED-FMENT Salud Pública en Acción* [Internet]. el 9 de junio de 2020 [citado el 16 de marzo de 2023];1(1):1-3 e4. Disponible en: https://ojs.umsa.bo/ojs/index.php/med_spa/article/view/spav1n1ar1