

INSPECCIÓN VISUAL CON ÁCIDO ACÉTICO Y EL CONTROL DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN ATENCIÓN PRIMARIA

BLADIMIR BECERRA-CANALES, MEDALITH CAMPOS-SOBRINO, MORAYMA CAMPOS-SOBRINO,
RICARDO D. MARTINEZ-MUÑANTE

Dirección de Investigación y Producción Intelectual, Universidad Autónoma de Ica (UAI), Ica, Perú

Dirección postal: Bladimir Becerra, La Angostura III Etapa H-10, Ica-Perú

E-mail: bladimir.becerra@autonomadeica.edu.pe

Recibido: 27-IX-2023

Aceptado: 12-XII-2023

Resumen

Introducción: La inspección visual con ácido acético (IVAA) es una alternativa primaria para mermar la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino (CaCu). El objetivo del estudio es conocer la proporción de mujeres de 30 a 49 años que usaron el test de IVAA en los últimos dos años y los factores asociados con el uso de la prueba, en el ámbito de la atención primaria.

Métodos: Estudio transversal y multicéntrico, participaron 706 mujeres de 30 a 49 años, usuarias de centros de atención primaria en una región del Perú. La variable dependiente fue el uso del test de IVAA, en los últimos dos años y las independientes los factores sociodemográficos, sociosanitarios, de información y actitud.

Resultados: La proporción de mujeres que usaron el test de IVAA, fue del 30.6%. Se asociaron con mayor uso de la prueba, el área de residencia urbana, haber recibido recomendación para realizarse la IVAA, sentir preocupación por adquirir CaCu, haber oído hablar del CaCu y del virus del papiloma humano, el considerar tener mayor o igual probabilidad de desarrollar CaCu respecto a mujeres de su edad y con menor uso de la prueba, el proceder de la sierra y considerar riesgoso realizarse la IVAA.

Conclusión: El programa de tamizaje del CaCu, mediante IVAA no estaría logrando el impacto deseado. Se requiere fortalecer estrategias e intervenciones en atención primaria, para mejorar las conductas y tasas del cribado

Palabras clave: cáncer de cuello uterino, tamizaje, atención primaria de salud

Abstract

Visual inspection with acetic acid and the control of cervical cancer in primary care

Introduction: Visual inspection with acetic acid (VIA) is a primary alternative to reduce cervical cancer (CaCu) incidence and mortality. The study aimed to determine the proportion of women aged 30-49 years who used VIA in the last two years and the factors associated with the use of the test in the primary care setting.

Methods: Cross-sectional, multicenter study. Seven hundred and six women aged 30 to 49 years participated, users of primary health care centers in a region of Peru. The dependent variable was the use of the VIA test in the last two years and the independent variables were sociodemographic, socio-health, information and attitudinal factors.

Results: The proportion of women who used the VIA test was 30.6%. The following factors were associated with greater use of the test: urban area of residence, having received a recommendation for VIA, feeling worried about acquiring CaCu, having heard about CaCu and the human papilloma virus. Also, considering having a greater or equal probability of developing CaCu compared to women of the same age, and with lower use of the test, coming from the highlands and considering it risky to undergo VIA.

Conclusion: The VIA screening program for CaCu would not be achieving the desired impact. There is a need to strengthen strategies and interventions in primary care to improve screening behaviors and rates.

Key words: cervical cancer, screening, primary health care

PUNTOS CLAVE**Conocimiento actual**

- El cáncer de cuello uterino, es un problema pendiente para los sistemas de salud; existen programas de tamizaje, pero sus resultados aún son limitados.

Contribución del artículo al conocimiento actual

- En atención primaria, tres de cada diez mujeres usan el test de inspección visual con ácido acético, se reportan factores asociados a mayor uso de la prueba. La implementación de estrategias que involucren estos factores, podrían incrementar las tasas del cribado.

El cáncer de cuello uterino (CaCu), es una neoplasia prevenible, mediante prevención primaria y detección precoz con técnicas de cribado. Sin embargo, al 2020 es el cuarto cáncer con mayor incidencia en mujeres a nivel global y el noveno con mayor mortalidad¹.

Perú, es el cuarto país con la tasa más alta de mortalidad en Sudamérica² esto revela enormes desigualdades en salud³. Fueron informados 2288 casos de fallecimiento, que representa el 12.3% de defunciones por cáncer en mujeres a nivel nacional^{2,4}. Con una incidencia del 25% en un periodo acotado (Ene-Abr) del 2022, lidera la incidencia de cáncer⁵. Por su parte, el Colegio Médico peruano advierte el incremento de CaCu². Asimismo, el impacto del tamizaje, es considerado insuficiente en países en vías de desarrollo⁶.

La Organización Panamericana de la Salud, señala que es posible mermar la mortalidad por CaCu, mediante la citología, las pruebas de VPH y la IVAA⁷. Por su parte, el Ministerio de Salud recomienda la IVAA cada dos años, en mujeres de 30 a 49 años⁸. La IVAA, consiste en aplicar ácido acético diluido en el cuello uterino y evaluar el efecto acetoblanqueador transitorio, que aparece y desaparece de manera diferente en tejidos sanos, lesiones benignas, precancerosas y cancerosas⁹. Tiene una alta sensibilidad, pero una precisión limitada y subjetiva, porque depende

de la capacitación y experiencia del personal sanitario; no obstante, es un método sencillo, aceptable y rentable en entornos de bajos recursos⁹.

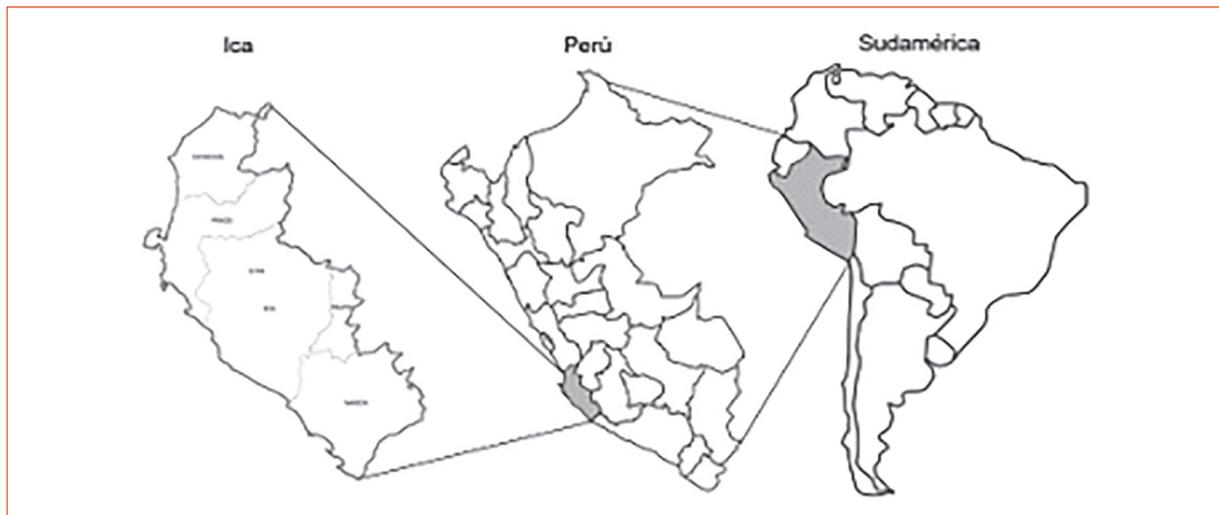
El tamizaje del CaCu, es clave para la prevención, detección precoz e instauración del tratamiento⁸. Un diagnóstico oportuno podría prevenir hasta el 40% de casos, especialmente en mujeres no vacunadas contra el virus del papiloma humano - VPH¹⁰. Sin embargo, la alta proporción de diagnósticos en etapas avanzadas refleja el poco éxito de los programas de tamizaje; esta situación es común en países en vías de desarrollo donde estos programas tienen menos probabilidades de tener éxito¹¹ debido a la persistencia de sistemas de salud fragmentados que carecen de recursos e infraestructura adecuados^{12,13}.

El uso del cribado se ha relacionado con diversos factores¹⁴ que podrían contribuir al diagnóstico tardío y generar tasas de mortalidad alta de CaCu. La erradicación de esta neoplasia depende de su identificación temprana y eliminación de barreras para su detección¹⁵ y estas intervenciones preventivas tienen oportunidades únicas en el ámbito de la atención primaria¹⁶.

En el país, la proporción de mujeres que utiliza el servicio de IVAA, no está bien documentado y existen factores sociodemográficos, sociosanitarios, de información y actitud, que podrían influir en la decisión de realizarse el cribado^{6, 14, 15}. Por tal razón, se requiere conocer la proporción de mujeres de 30 a 49 años que usaron el test de IVAA en los últimos dos años y los factores asociados con el uso de la prueba, en el ámbito de la atención primaria.

Materiales y métodos

Estudio de corte transversal, ejecutado durante mayo a agosto del 2023. La población fueron las mujeres usuarias de 30 a 49 años, atendidas en el segundo semestre del año 2022 (> de 10 000 mujeres) en Centros de Atención Primaria de cinco provincias del Perú (Fig. 1). El muestreo fue probabilístico estratificado y sistemático, en dos etapas. Primero con el algoritmo matemático para poblaciones infinitas, nivel de confianza 95%, precisión 4%, proporción esperada 50% y 17.4% de pérdida esperada, se estimó 706 participantes; luego se seleccionó mediante un sorteo ocho de 52 centros de salud y se asignó una muestra proporcional en cada uno, basada en su población atendida;

Figura 1 | Localización geográfica de la Región Ica, en la costa del Perú

las mujeres fueron seleccionadas por muestreo sistemático. Se incluyeron participantes de 30 a 49 años, de consulta ambulatoria, gestantes⁸ y que aceptaron participar del estudio. Se excluyeron mujeres que reportaron no haber iniciado relaciones sexuales, operadas de histerectomía total no asociada a CaCu, con CaCu y aquellas que emplearon otros métodos de tamizaje; además, usuarias de emergencia o con algún tipo de discapacidad que impidiera expresar su opinión.

Se utilizó un cuestionario construido por revisión bibliográfica y sometido a validación de contenido por un panel de expertos y prueba piloto en 30 mujeres con características similares a la muestra final.

La variable dependiente fue el uso del test de IVAA, en los últimos dos años. Las preguntas ¿Alguna vez en su vida, se ha hecho un examen de IVAA por el obstetra u otro profesional de salud? y ¿Hace cuánto tiempo te hiciste un examen de IVAA por última vez?, se utilizaron para identificar a las mujeres que habían usado el test de IVAA en los últimos dos años.

Variables independientes

Se incluyeron, factores sociodemográficos: edad/número de hijos/número de embarazo/inicio de relaciones sexuales/grado de instrucción/estado civil/región de origen y área de residencia^{6,14}. Sociosanitarios: uso de métodos anticonceptivos/seguro de salud/recibió recomendación para realizarse el examen de IVAA/padece de enfermedad ginecológica/tiene familiar o amiga con CaCu y preocupación por adquirir CaCu. Información y actitud ante CaCu y el examen de IVAA: alguna vez ha

oído hablar del CaCu/alguna vez ha oído hablar del VPH/ posibilidad de cura del CaCu, con su detección precoz o temprana/probabilidad de desarrollar CaCu, respecto a mujeres de su edad/necesidad de realizarse el examen de IVAA, aun sintiéndose bien/considera riesgoso realizarse el examen de IVAA/dejaría de realizarse el examen de IVAA, por miedo al diagnóstico y considera incómodo realizarse en examen de IVAA¹⁵.

Las mujeres usuarias fueron captadas en el momento de su ingreso al centro de salud, la encuesta fue heteroadministrada.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis estadístico descriptivo y se evaluaron diferencias con el Chi cuadrado de homogeneidad. Luego, se emplearon modelos lineales generalizados (MLG) de familia Poisson con función de enlace logarítmica para evitar problemas de convergencia y varianza robusta, para evaluar la asociación entre la variable uso del test de IVAA (sí/no) con los factores sociodemográficos, sociosanitarios, de información y actitud (previamente dicotomizadas); se usaron tres MLG ajustado, uno diferente para cada grupo de factores. Un análisis de cumplimiento de los supuestos, fue incluido para garantizar una adecuada interpretabilidad. Se calcularon razones de prevalencia crudas (RPC) y ajustadas (RPa) con sus IC 95%; se tomaron para el ajuste toda variable que cumplía con los siguientes criterios: $p < 0.05$ en el modelo crudo, un criterio epidemiológico y de disponibilidad. Para el procesamiento de datos, se empleó el paquete estadístico "Statistical Package for the Social Sciences" para Win-

dows versión 25.0; un valor de $p < 0.05$ fue aceptado como significativo. No se identificaron variables confusoras o de interacción durante el análisis estadístico.

Aspectos éticos

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Autónoma de Ica (CO-001-05-2023/CE). Se solicitó el consentimiento informado y comunicó a las mujeres que su participación era voluntaria y anónima.

Resultados

Participaron 706 mujeres (38 ± 6 años), la mayoría procedían de la costa (78.9%), no padecían de enfermedad ginecológica (93.2%), habían oído hablar del CaCu (94.6%) y del VPH (84.6%) y no consideraban riesgoso realizarse la IVAA (89.7%).

La proporción de mujeres que usaron el test de IVAA, como medio de tamizaje preventivo del CaCu, fue del 30.6%. En el grupo de factores sociodemográficos, mayores proporciones de uso fueron reveladas por las mujeres cuya región de origen es la selva (36.8%) y área de residencia urbano (36%). El residir en el área de residencia urbano se asoció con mayor uso de la prueba y el proceder de la sierra, con su menor uso (Tabla 1).

En el grupo de los factores sociosanitarios, se halló mayores proporciones de utilización del test en mujeres que recibieron recomendación del personal sanitario para realizarse la IVAA (60.7%). Las variables uso de métodos anticonceptivos, recibió recomendación para realizarse la IVAA, padece de enfermedad ginecológica, tiene familiar/amiga con CaCu y preocupación por adquirir CaCu, mostraron diferencias significativas. El haber recibido recomendación para realizarse la IVAA y el sentirse preocupa por adquirir CaCu se asociaron con mayor uso de la prueba (Tabla 2).

En el grupo de los factores de información y actitud ante el CaCu y la IVAA, mayores proporciones de uso del test fueron reportadas por las mujeres que creen tener mayor o igual probabilidad de desarrollar CaCu, respecto a mujeres de su edad (34.8%). Las diferencias fueron significativas en siete variables de las ocho de este grupo. Se asociaron con mayor uso de la prueba, El haber oído hablar del CaCu y del VPH, y considerar tener mayor o igual probabilidad de desarrollar

CaCu respecto a mujeres de su edad se asoció con mayor uso de la prueba, mientras que considerar riesgoso realizarse la IVAA se asoció con menor uso de la misma (Tabla 3).

Discusión

Los hallazgos revelan que tres de cada diez mujeres usaron el test de IVAA como medio de tamizaje preventivo del CaCu en Perú en los últimos dos años. Diversos estudios hallaron también una baja aceptabilidad del examen de IVAA¹⁷⁻¹⁹. Si bien se reportan variaciones en las coberturas, estas diferencias podrían deberse a la variabilidad poblacional y características sociodemográficas propias¹⁷, actitud individual, accesibilidad a los servicios de salud, disponibilidad y capacitación de los proveedores de servicios sanitarios. Asimismo, puede deberse a los entornos o instalaciones donde se realizaron las investigaciones¹⁸. Por otro lado, es necesario recalcar que las actividades preventivas-promocionales respecto al CaCu, se vienen ejecutando activamente en los centros de salud del Perú.

En el grupo de factores sociodemográficos, el área de residencia urbana incrementa el uso de la IVAA y, por el contrario, el proceder de la sierra como región de origen, merma su utilización. Estos resultados permiten inferir que el acceso a los medios de comunicación en una población urbana podría mejorar la aceptabilidad del cribado. Un estudio previo²⁰ respalda estos hallazgos y describe que vivir o proceder de zonas rurales como la sierra peruana podría ser un obstáculo para la adherencia al tamizaje de CaCu²¹.

En el grupo de factores sociosanitarios, el haber recibido recomendación para realizarse la IVAA aumenta el uso de la prueba, como se indica en otros estudios^{17,19}. Esto permite inferir que las consejerías intra- y extra-murales del personal de salud pueden tener un efecto favorable inmediato o mediato en la decisión de realizarse el examen. La recomendación conlleva a que la mujer se sienta preocupada por adquirir CaCu, esto aumenta el uso de la IVAA u otra técnica de cribado para CaCu²¹.

Respecto a los factores de información y actitud, las mujeres que han oído hablar del CaCu y del VPH tienen mayor probabilidad de usar la

Tabla 1 | Indicadores crudos y ajustados de la asociación entre los factores sociodemográficos y el uso del test de inspección visual de ácido acético (IVAA)

Variables	Uso de la IVAA [n (%)]			Modelo crudo		Modelo ajustado ¹	
	No	Sí	p ^a	RPc (IC 95%)	p	RPa (IC 95%)	p
Edad (años)							
30-40	314 (69.5)	138 (30.5)	0.961	Ref.		Ref.	
41-49	176 (69.3)	78 (30.7)		1.00 (0.79-1.26)	0.961	1.11 (0.89-1.40)	0.333
Número de hijos							
Sin hijos	34 (75.6)	11 (24.4)	0.355	Ref.		Ref.	
Con hijos	456 (69.0)	205 (31.0)		1.26 (0.75-2.14)	0.375	1.20 (0.38-3.77)	0.755
Número de embarazo							
Sin embarazo	30 (76.9)	9 (23.1)	0.295	Ref.		Ref.	
Con embarazo	460 (69.0)	207 (31.0)		1.34 (0.75-2.41)	0.320	1.08 (0.30-3.87)	0.899
Inicio de relaciones sexuales (años)							
30 a más (Adulto)	10 (100.0)	-	0.054	Ref.		Ref.	
18-29 (Joven)	287 (70.7)	119 (29.3)		0.90 (0.72-1.13)	0.388	0.96 (0.81-1.48)	0.403
12-17 (Adolescente)	193 (66.6)	97 (33.4)		1.16 (0.93-1.46)	0.168	1.38 (0.93-2.32)	0.291
Grado de instrucción							
Primaria	56 (78.9)	15 (21.1)	0.167			Ref.	
Secundaria	261 (67.6)	125 (32.4)		1.13 (0.90-1.42)	0.259	1.42 (0.88-2.29)	0.141
Superior	173 (69.5)	76 (30.5)		0.99 (0.78-1.25)	0.975	1.37 (0.83-2.25)	0.211
Estado civil							
Soltera	30 (75.0)	10 (25.0)	0.696	Ref.		Ref.	
Casada/conviviente	382 (69.3)	169 (30.7)		1.01 (0.77-1.32)	0.934	1.26 (0.73-2.19)	0.399
Divorciada/separada	78 (67.8)	37 (32.2)		1.06 (0.79-1.42)	0.685	1.33 (0.73-2.39)	0.343
Región de origen							
Selva	12 (63.2)	7 (36.8)	0.025	Ref.		Ref.	
Costa	375 (67.3)	182 (32.7)		1.43 (1.04-1.96)	0.027	0.77 (0.44-1.36)	0.382
Sierra	103 (79.2)	27 (20.8)		0.63 (0.44-0.90)	0.012	0.51 (0.27-0.98)	0.046
Área de residencia							
Rural	175 (81.8)	39 (18.2)	<0.001	Ref.		Ref.	
Urbano	315 (64.0)	177 (36.0)		1.97 (1.45-2.68)	<0.001	1.93 (1.41-2.62)	<0.001

IC 95%: intervalos de confianza al 95%; a pruebas Chi cuadrado de diferencia de proporciones; RPc: razón de prevalencia cruda; RPa: razón de prevalencia ajustada

¹Ajustado por todas las variables de la tabla

prueba; hallazgos similares fueron reportados¹⁷ y, asimismo, con mayor uso del tamizaje^{22,23}. Las mujeres que tenían conocimiento sobre el CaCu y del VPH podrían haber aumentado el riesgo autopercebido de desarrollar CaCu y este conocimiento puede haber alentado a las mujeres a realizarse la IVAA. De ahí que en quienes respondieron tener mayor o igual probabilidad de desarrollar CaCu respecto a mujeres de su edad, se reporte una mayor posibilidad de realizarse el

examen; así como lo revelan otros estudios.^{17,19} Esto indicaría que estas mujeres podrían estar más dispuestas a usar la prueba para protegerse contra el CaCu.

Por el contrario, se advierte que el uso del test sea menor en mujeres que consideran riesgoso realizarse la IVAA, lo que estaría relacionado con el miedo al examen¹⁸. Se ha encontrado que ciertas variables psicológicas podrían influir en la decisión de realizarse el tamizaje²⁴. Las

Tabla 2 | Indicadores crudos y ajustados de la asociación entre los factores sociosanitarios y el uso del test de inspección visual de ácido acético (IVAA) en el cribado cáncer de cuello uterino (CaCu)

Variables	Uso de la IVAA [n (%)]		p ^a	Modelo crudo		Modelo ajustado ¹	
	No	Sí		RPc (IC 95%)	p	RPa (IC 95%)	p
Uso de método anticonceptivos							
No	305 (74.9)	102 (25.1)	<0.001	Ref.		Ref.	
Sí	185 (61.9)	114 (38.1)		1.52 (1.21-1.89)	<0.001	1.11 (0.92-1.33)	0.253
Seguro de salud							
No	58 (70.7)	24 (29.3)	0.782	Ref.		Ref.	
Sí	432 (69.2)	192 (30.8)		1.05 (0.73-1.50)	0.783	1.07 (0.81-1.43)	0.607
Recibir recomendación para realizarse el examen de IVAA							
No	365 (94.1)	23 (5.9)	<0.001	Ref.		Ref.	
Sí	125 (39.3)	193 (60.7)		10.23 (6.82-15.36)	<0.001	9.60 (6.38-14.49)	<0.001
Padecer de enfermedad ginecológica							
No	463 (70.4)	195 (29.6)	0.040	Ref.		Ref.	
Sí	27 (56.3)	21 (43.8)		1.47 (1.04-2.07)	0.025	1.18 (0.93-1.50)	0.168
Tener familiar/amiga con CaCu							
No	425 (71.7)	168 (28.3)	0.003	Ref.		Ref.	
Sí	65 (57.5)	48 (42.5)		1.49 (1.16-1.92)	0.001	1.16 (0.96-1.40)	0.106
Preocupación por adquirir CaCu							
No	193 (79.4)	50 (20.6)	<0.001	Ref.		Ref.	
Sí	297 (64.1)	166 (35.9)		1.74 (1.32-2.29)	<0.001	1.30 (1.03-1.65)	0.025

IC 95%: intervalos de confianza al 95%; a pruebas Chi cuadrado de diferencia de proporciones; RPc: razón de prevalencia cruda; RPa: razón de prevalencia ajustada

¹Ajustado por todas las variables de la tabla

mujeres pueden considerar riesgoso el examen porque aun esta poco difundido el uso de este método en la muestra estudiada, lo que podría mermar la utilización de la prueba.

Se declara como limitaciones, que el diseño del estudio no permitió establecer relaciones de causalidad. No obstante, es necesario describir y evaluar la asociación entre las variables dado que la intención del estudio es que conocer estos factores y su grado de asociación con el uso de la IVAA pueda contribuir de forma indirecta a incrementar las tasas de tamizaje en la región. La posibilidad de sesgo de medición está presente por cuanto las variables fueron autodeclaradas y esto podría sobreestimar ligeramente los resultados. Sin embargo, el estudio es pertinente

porque analiza el uso preventivo de la IVAA en atención primaria. Dicho nivel de asistencia es una posición privilegiada por ser la puerta de entrada al sistema de salud y donde se realizan con mayor énfasis actividades preventivo-promocionales.

Se concluye que, en atención primaria, persiste una baja proporción de mujeres que usan el test de IVAA. Existen factores sociodemográficos, sociosanitarios, de información y actitud, que podrían incrementar la utilización del examen. Las mismas deberían ser tomadas en cuenta para mejorar las conductas y tasas del cribado.

Conflicto de intereses: Ninguno para declarar

Tabla 3 | Indicadores crudos y ajustados de la asociación entre los factores de información y actitud y el uso del test de inspección visual de ácido acético (IVAA) en el cribado cáncer de cuello uterino (CaCu)

Variables	Uso de la IVAA [n (%)]		p ^a	Modelo crudo		Modelo ajustado ¹	
	No	Sí		RPc (IC 95%)	p	RPa (IC 95%)	p
Alguna vez ha oído hablar del CaCu							
No	36 (94.7)	2 (5.3)	<0.001	Ref.			
Sí	454 (68.0)	214 (32.0)		6.08 (1.57-23.5)	0.009	4.43 (1.11-17.66)	0.035
Alguna vez ha oído hablar del VPH (n = 668)							
No	60 (84.5)	11 (15.5)	0.002	Ref.		0.005 2.14 (1.21-3.79) 0.008	
Sí	394 (66.0)	203 (34.0)		2.19 (1.26-3.82)			
Posibilidad de cura del CaCu, con su detección precoz o temprana							
No	93 (78.2)	26 (21.8)	0.023	Ref.		Ref.	
Sí	397 (67.6)	190 (32.4)		1.48 (1.03-2.12)	0.032	1.21 (0.83-1.76)	0.316
Probabilidad de desarrollar CaCu, respecto a mujeres de su edad							
< probabilidad	188 (77.4)	55 (22.6)	0.001	Ref.		Ref.	
≥ probabilidad	302 (65.2)	161 (34.8)		1.53 (1.18-2.00)	0.001	1.45 (1.11-1.90)	0.006
Necesidad de realizarse el examen de IVAA, aun sintiéndose bien							
No	66 (73.3)	24 (26.7)	0.387	Ref.		Ref.	
Sí	424 (68.8)	192 (31.2)		1.16 (0.81-1.67)	0.398	0.97 (0.67-1.40)	0.897
Considera riesgoso realizarse el examen de IVAA							
No	426 (67.3)	207 (32.7)	<0.001	Ref.		Ref.	
Sí	64 (87.7)	9 (12.3)		0.37 (0.20-0.70)	0.002	0.43 (0.23-0.82)	0.013
Dejaría de realizarse el examen de IVAA, por miedo al diagnóstico							
No	409 (68.7)	186 (31.3)	0.374	Ref.		Ref.	
Sí	81 (73.0)	30 (27.0)		0.86 (0.62-1.20)	0.385	1.07 (0.76-1.50)	0.673
Considera incómodo realizarse en examen de IVAA							
No	354 (66.8)	176 (33.2)	0.009	Ref.		Ref.	
Sí	136 (77.3)	40 (22.7)		0.68 (0.50-0.92)	0.013	0.76 (0.55-1.06)	0.110

IC 95%: intervalos de confianza al 95%; a pruebas Chi cuadrado de diferencia de proporciones; RPc: razón de prevalencia cruda; RPa: razón de prevalencia ajustada

¹Ajustado por todas las variables de la tabla.

Bibliografía

- World facts sheets. Cancer Source: Globocan 2020. En: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/900-world-fact-sheets.pdf>; consultado julio 2023.
- Colegio Médico del Perú. Perú reporta aumento de casos de cáncer de cuello uterino; c2022. En: <https://www.cmp.org.pe/peru-reporta-aumento-de-casos-de-cancer-de-cuello-uterino/>; consultado julio 2023.
- OPS/OMS World Health Organization. Cáncer de cuello uterino; c2023. En: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>; consultado noviembre 2023.
- International Agency for Research on Cancer. Perú, c2020. Source: Globocan; 2020. En: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/604-peru-fact-sheets.pdf>; consultado julio 2023.
- Ministerio de salud. Sala situacional del cáncer en el Perú. Enero-Abril 2022. En: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2022/SE37/cancer.pdf>; consultado julio 2023.
- Laberiano C. Estado del tamizaje del cáncer de cérvix en países de América Latina desde la perspectiva de los profesionales de salud. *Rev Peru Ginecol Obstet* 2020; 66: 37-40.
- Organización Panamericana de la Salud. Incorporación de la prueba del virus del papiloma humano en programas de prevención de cáncer cervicouterino, 2016. En: <https://>

- www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=36609-incorporacion-prueba-virus-papiloma-humano-programas-prevencion-cancer-cervicouterino-manual-gerentes-programas-salud-609&category_slug=guias-manuales-3444&Itemid=270&lang=en; consultado noviembre 2023
8. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N° 576-2019/MINSA. Lima: Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. MINSA; 2019. En: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/282080-576-2019-minsa>; consultado agosto 2023.
 9. Huy NV, Tam LM, Tram NV, et al. The value of visual inspection with acetic acid and Pap smear in cervical cancer screening program in low resource settings-A population-based study. *Gynecol Oncol Rep* 2018; 24: 18-20.
 10. World Health Organization. WHO guidance note: comprehensive cervical cancer prevention and control: a healthier future for girls and women. 2013. WHO; 2013. En: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/78128/9789241505147_eng.pdf?sequence=3; consultado julio 2023.
 11. Ruiz R, Serrano M, Ruiz EF, et al. Características clínico-patológicas y sobrevida en mujeres jóvenes con cáncer cervical: análisis retrospectivo del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* 2017; 34: 218-27.
 12. Ypanaqué-Luyo P, Martins M. Uso de los servicios de salud ambulatorios en la población peruana. *Rev Peru Med Exp Salud Pública* 2015; 32: 464-70.
 13. Ineficiencias del sector salud están afectando a millones de peruanos [Informe]. Perú: Perú 21; 2018. En: <https://peru21.pe/peru/situacion-salud-peru-ineficiencias-sector-afectando-millones-peruanos-396225-noticia/>; consultado agosto 2023.
 14. Borrás JM, Guillén M, Sánchez V, Juncà S, Vicente R. Educational level, voluntary private health insurance and opportunistic cancer screening among women in Catalonia (Spain). *Eur J Cancer Prev* 1999; 8: 427-34.
 15. Salehiniya H, Momenimovahed Z, Allahqoli L, Momenimovahed S, Alkatout I. Factors related to cervical cancer screening among Asian women. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2021; 25: 6109-22.
 16. Becerra-Canales B, Campos-Martínez HM, Campos-Sobrino M, et al. Trastorno de estrés postraumático y calidad de vida del paciente post-COVID-19 en Atención Primaria. *Aten Primaria* 2022; 54: 102460.
 17. Azene GK. Visual inspection with acetic-acid (VIA) service utilization and associated factors among women in Hawassa city, southern Ethiopia: a community based cross-sectional study. *Womens Midlife Health* 2021; 7: 6.
 18. Orang'o EO, Wachira J, Asirwa FC, et al. Factors associated with uptake of visual inspection with acetic acid (VIA) for cervical cancer screening in Western Kenya. *PLoS ONE* 2016; 11: e0157217.
 19. Destaw A, Midaksa M, Addissie A, Kantelhardt EJ, Gizaw M. Cervical cancer screening "see and treat approach": real-life uptake after invitation and associated factors at health facilities in Gondar, Northwest Ethiopia. *BMC Cancer* 2021; 21: 1031.
 20. Okyere J, Duodu PA, Aduse-Poku L, Agbadi P, Nutor JJ. Cervical cancer screening prevalence and its correlates in Cameroon: secondary data analysis of the 2018 demographic and health surveys. *BMC Public Health* 2021; 21: 1071.
 21. Urdaneta M, Castillo J, Zambrano Y, Baabel N, Alegría I, Romero Z. Adherencia al tamizaje de cáncer de cuello uterino mediante citología cérvicovaginal: opinión de mujeres venezolanas. *Rev. Venez. de Oncol* 2023; 35: 74-92.
 22. Cunningham MS, Skrastins E, Fitzpatrick R, et al. Cervical cancer screening and HPV vaccine acceptability among rural and urban women in Kilimanjaro Region, Tanzania. *BMJ Open* 2015; 5: e005828.
 23. Bendezu-Quispe G, Soriano-Moreno AN, Urrunaga-Pastor D, Venegas-Rodríguez G, Benites-Zapata VA. Association between knowledge about cervical cancer and having a Papanicolaou test in peruvian women. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* 2020; 37: 17-24.
 24. Salehiniya H, Momenimovahed Z, Allahqoli L, Momenimovahed S, Alkatout I. Factors related to cervical cancer screening among Asian women. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2021; 25: 6109-22.