

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

**FACTORES DE RIESGO SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A LA NO
ADHERENCIA A PAPANICOLAU DE CUELLO UTERINO EN EL
HOSPITAL LA NORIA**

AUTORA: BECERRA ALVITES SHARIFFA

ASESOR: DEZA HUANES PEDRO

Trujillo – Perú

2020

MIEMBROS DEL JURADO:

Dr. Jorge Jara Valderrama

Presidente

Dr. Jorge Lozada Cáceda

Secretario

Dr. Félix Mesta Corcuera.

Vocal

DEDICATORIA

A mi madre por darme el mayor ejemplo de superación, que me enseñó a no rendirme a pesar de los obstáculos, a mi abuelita que fue mi fuente de inspiración quién me incentivó a lograr mis metas, a mi familia que siempre estuvo ahí para darme palabras de aliento y a mi enamorado que ha sido la persona que ha estado ahí para darme la mano en los momentos difíciles brindándome mucha fortaleza.

Para ustedes con mucho cariño, los quiero mucho.

AGRADECIMIENTO

A Dios porque gracias a su divina bendición he podido llegar a donde estoy, que a pesar de que el camino no ha sido fácil, estuvo presente en cada paso dado y en cada decisión que tomé, solo tengo palabras de agradecimiento por su infinito amor y por estar presente en mi vida.

A mi madre que, con su esfuerzo y dedicación con el apoyo de mi abuelita supieron sacarme adelante a pesar de las limitaciones, siempre motivándome a lograr todo lo que me proponga y ante cada adversidad estuvieron conmigo.

A mi asesor Pedro Deza Huanes, quién con sus conocimientos y su profesionalismo supo guiarme para llevar a cabo mi trabajo correctamente brindándome su apoyo en todo momento.

INDICE

1. Introducción	8
1.1 Marco Teórico:.....	8
1.2 Antecedentes:.....	11
1.3 Justificación:	13
1.4 Enunciado del problema:	14
1.5 Hipótesis:	14
1.6 Objetivos:.....	14
2. Material y método	15
2.1. Población:.....	16
2.2 Criterios de selección:	16
2.3 Muestra:	17
2.5 Variables y escalas de medición:	19
2.6 Definiciones operacionales:	20
2.7 procedimiento y técnicas:.....	20
2.8 Plan de análisis de datos:	21
2.9 Aspectos éticos:.....	22
3. Resultados:	23
4. Discusión:.....	31
5. Conclusiones:	34
6. Recomendaciones:	35
7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	36
8. ANEXOS.....	39
ANEXO 1:	39
ANEXO 2:	40

RESUMEN

Objetivo: Determinar si los factores de riesgo sociodemográficos están asociados a la no adherencia a Papanicolau de cuello uterino en el Hospital La Noria.

Material y Métodos: Se llevó a cabo un estudio de tipo analítico, observacional, de casos y controles, retrospectivo. La población de estudio estuvo constituida por 112 mujeres en edad fértil según criterios de inclusión y exclusión establecidos distribuidos en dos grupos: con adherencia a Papanicolau (PAP) o sin ella; se calculó el odds ratio y la prueba chi cuadrado.

Resultados: El bajo grado de instrucción es factor de riesgo para no adherencia a Papanicolau de cuello uterino con un odds ratio de 2.45 el cual fue significativo ($p < 0.05$). La nuliparidad es factor de riesgo para no adherencia a Papanicolau de cuello uterino con un odds ratio de 3.1 el cual fue significativo ($p < 0.05$). El nivel socioeconómico es factor de riesgo para no adherencia a Papanicolau de cuello uterino con un odds ratio de 3.88 el cual fue significativo ($p < 0.05$). El estado civil no conviviente es factor de riesgo para no adherencia a Papanicolau de cuello uterino con un odds ratio de 2.75 el cual fue significativo ($p < 0.05$). En el análisis multivariado se reconocen a las variables bajo grado de instrucción, nuliparidad, bajo nivel socioeconómico, estado civil no conviviente, bajo conocimiento de PAP y dificultad para acceso como factores de riesgo para no adherencia a Papanicolau de cuello uterino.

Conclusiones: El bajo grado de instrucción, nuliparidad, bajo nivel socioeconómico, estado civil no conviviente, bajo conocimiento de PAP y dificultad para acceso son factores de riesgo para no adherencia a Papanicolau de cuello uterino.

Palabras claves: Factores de riesgo, no adherencia, Papanicolau de cuello uterino.

ABSTRACT

Objective: To determine if sociodemographic risk factors are associated with non-adherence to Pap smears of the cervix at La Noria Hospital.

Material and Methods: A retrospective analytical, observational, case-control study was conducted. The study population consisted of 112 women of childbearing age according to established inclusion and exclusion criteria distributed in two groups: with or without PAP adherence; The odds ratio and the chi-square test were calculated.

Results: The low degree of instruction is a risk factor for non-adherence to Pap smears of the cervix with an odds ratio of 2.45 which was significant ($p < 0.05$). Nulliparity is a risk factor for non-adherence to Pap smears of the cervix with an odds ratio of 3.1 which was significant ($p < 0.05$). The socioeconomic level is a risk factor for non-adherence to Pap smears of the cervix with an odds ratio of 3.88 which was significant ($p < 0.05$). Non-cohabiting marital status is a risk factor for non-adherence to Pap smears of the cervix with an odds ratio of 2.75 which was significant ($p < 0.05$). In the multivariate analysis, the variables are recognized as low level of education, nulliparity, low socioeconomic status, non-cohabiting marital status, knowledge of PAP and difficulty in access as risk factors for non-adherence to cervical Pap smear.

Conclusions: The low level of education, nulliparity, low socioeconomic status, non-cohabiting marital status, low knowledge of PAP and difficulty in access are risk factors for non-adherence to Pap smears of the cervix.

Keywords: *Risk factors, non-adherence, Pap smear of the cervix.*

1. Introducción

1.1 Marco Teórico:

El cáncer en la actualidad es la segunda principal causa de muerte en el mundo, después de la enfermedad cardíaca, lo cual predispone una gran preocupación en la sociedad. Los cánceres ginecológicos se encuentran entre los más frecuentes cánceres en mujeres¹. Se considera al cáncer de cuello uterino como uno de los que afecta con mayor frecuencia, siendo este además uno de los principales problemas de salud pública y causante de años de discapacidad en el mundo².

En países subdesarrollados como en Latinoamérica se considera al Perú como un país que reporta el mayor nivel de mujeres con cáncer de cérvix, así mismo uno de los tipos de cáncer más prevenibles debido la presencia de lesiones detectables mediante citología y la introducción de tratamientos efectivos³.

Un método eficiente para detectar de forma oportuna este tipo de cáncer es a través de un estudio citológico del cérvix Papanicolau (PAP), donde se puede encontrar los cambios de la célula en el cuello del útero que son los precursores del cáncer. La clínica de este tipo de cáncer es asintomática en los estadios iniciales debido a que su progresión es lenta, por lo que es necesario realizarse estas pruebas antes que causen sintomatología y así se pueda iniciar de manera temprana el tratamiento adecuado. Por lo tanto, el cáncer de cérvix es una enfermedad 90% prevenible siempre y cuando se realicen la prueba de PAP de forma regular⁴.

En el 2015, en Norteamérica se informaron 528,000 casos nuevos y 266,000 casos de muerte por cáncer cervical⁵. El cáncer cervical es el cuarto cáncer

más común en mujeres y el séptimo más común en general, encontrándose la mayoría en áreas subdesarrolladas en un 85%⁶.

La incidencia y mortalidad de cáncer cervical es el más alto en África subsahariana, el sudeste asiático, Norteamérica, Europa central y oriental. En Zimbabwe, Malawi y Uganda, la prevalencia del cáncer cervical es más del doble en comparación a otras regiones⁷. Cinco países tienen la mayor incidencia de casos de cáncer de cuello uterino; India (122.844 casos), China (61.619), Indonesia (20.928), Brasil (18,503) y la Federación Rusa (15,342). La prevalencia más baja se encontró en Asia occidental.⁸

En Perú, muere una mujer cada 5 horas debido al cáncer de cuello uterino siendo el más notificado en un 24.1% de los cánceres en las mujeres. Además, se recolectó información epidemiológica sobre el virus del papiloma humano (VPH) y cáncer en el 2016 por el Centro de Información de VPH y Cáncer del Institut Català d'Oncologia, donde se un reportó sobre el cáncer de cuello uterino en el Perú en base a la información encontrada en Globocan, el cual estimó que en el 2012 hubo 4636 casos y 1715 muertes por cáncer de cuello uterino. En ese año, la incidencia anual por 100,000 habitantes fue de 31.3% y la incidencia estandarizada por edad fue de 32.7% mientras que la tasa de mortalidad fue de 11.6% y la tasa de mortalidad estandarizada fue de 12%⁹.

El cáncer de cuello uterino en el Perú, predominó en el departamento de Loreto con un 29.4%, mientras que en Ucayali con un 28.6%, Madre de Dios (28.5%) y Moquegua (28.4%) y con respecto a las tasas de mortalidad por este tipo de cáncer por cada 100,000 habitantes predominó Loreto (18%), Huánuco (12.8%), Ucayali (10.3%), con valores que cuadriplican a Lima (4.2%), por lo que se concluye que el cáncer de cuello uterino es una amenaza que se encuentra vigente en muchas mujeres siendo considerado un problema de salud pública⁹.

El cáncer cervical tiene la tasa de incidencia más alta en adultos jóvenes. En países desarrollados se evidencia una importante reducción en la mortalidad que está asociada con cáncer de cuello uterino ya que muchos se han detectado de forma oportuna¹⁰. Los resultados de varios estudios refieren que las diferencias socioeconómicas juegan un papel importante en la incidencia, mortalidad y tasa de supervivencia del cáncer cervical¹¹.

Esto se encuentra asociado con una variedad de factores, como el bajo acceso a la detección, la no implementación de programas de prevención y tratamiento inadecuado y malas condiciones sanitarias. Varios estudios epidemiológicos han revelado el papel de varios factores genéticos en la incidencia de cáncer cervical¹².

Entre ellos están la infección de pacientes por el virus del papiloma humano (VPH) siendo los causales los tipos 16 Y 18; siendo considerado este el factor etiológico más importante para la inducción de este cáncer y su forma de transmisión se da por vía sexual, vinculándose fuertemente con el cáncer de cuello uterino. En los últimos años las pruebas de VPH (como método de detección) y vacunación fueron introducidos para la prevención del cáncer cervical^{13,14}.

La prueba de Papanicolaou (PAP), que se introdujo en la década de 1940 tiene la capacidad de detectar el cáncer de cuello uterino en la etapa preinvasiva. El uso extenso de esta prueba ha producido una reducción de gran significado en la incidencia de cáncer de cuello uterino y la enfermedad invasiva. Posteriormente, el Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos informó que las mujeres que no se realizaron las pruebas de PAP para detectar cáncer cervical tenían un riesgo tres a diez veces mayor de desarrollar cáncer cervical invasivo¹⁵.

El riesgo también aumentará si hay un abandono de su control después de haberse realizado la última prueba de Papanicolaou o con intervalos de detección más largos. Las mujeres que no se hacen pruebas de Papanicolaou y aquellas cuyo intervalo entre frotis es más de 3 años tienen el mayor riesgo de desarrollar cáncer cervical¹⁶.

Un programa de detección de cáncer de cuello uterino recomienda la prueba de Papanicolaou para todas las mujeres entre las edades de 20 y 65 años que sean o hayan sido sexualmente activas. En la que refiere que, si dos pruebas anuales consecutivas son negativas, se puede realizar una evaluación posterior cada tres años¹⁷.

Los grupos focales del programa son mujeres que reciben ayuda de planificación familiar o asisten a clínicas de salud materno-infantil. Aunque la prueba está ampliamente disponible y se ofrece de manera gratuita en las clínicas de salud pública, este programa no ha logrado una cobertura de detección satisfactoria y una reducción significativa en la incidencia de cáncer de cuello uterino debido a su naturaleza oportunista^{18,19}.

1.2 Antecedentes:

Whitehouse K, et al (Norteamérica, 2015); investigaron los factores de riesgo sociodemográficos y de comportamiento que podrían predisponer a las mujeres esterilizadas a realizar pruebas de detección no adherentes a despistaje de cáncer de cuello uterino; en un análisis secundario de mujeres (n = 1688) inscritas en un estudio transversal en América del Norte y divididas en grupos de cribado (n = 925) y diagnóstico (n = 763), las mujeres esterilizadas tenían un 39% más de probabilidades de no adherencia ($p \leq 0.05$) especialmente si estaban divorciadas, separadas o viudas (OR = 1.62), hispanas (OR = 1.57) y con un mayor número de partos vaginales (OR

= 2.00). La educación fue un modificador de la medida del efecto, significativamente asociado con la no adherencia (OR = 1.60)²⁰.

Mori A, et al (Perú, 2015); se llevó a cabo un estudio para determinar los factores (edad, estado civil, grado de instrucción, ingreso económico, accesibilidad a los servicios de salud, nivel de conocimiento) asociados a la práctica de la prueba de Papanicolaou en 151 mujeres; los hallazgos de los factores asociados a la práctica de la prueba de Papanicolaou de las mujeres son: edad ($P= 0,186 > \alpha = 0,05$), estado civil ($P= 0,094 > \alpha = 0,05$), grado de instrucción ($P= 0,477 > \alpha = 0,05$), ingreso económico ($P= 0,496 > \alpha = 0,05$), accesibilidad a los servicios de salud ($P = 0,510 > \alpha = 0,05$) y encontró relación estadísticamente significativa entre el factor nivel de conocimiento y la práctica de la prueba de Papanicolaou ($P= 0,007 < \alpha=0.05$)²¹.

Gutiérrez C, et al (Perú, 2010); se determinó la frecuencia, características sociodemográficas y factores de relación interpersonal asociados a la realización del examen de Papanicolaou (PAP); el porcentaje 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; el haberse realizado algún PAP sólo estuvo asociada con el vivir en la costa, en forma consecuyente durante los cuatro años analizados ($p<0.05$)²².

Salinas Z. et al (Perú, 2017); investigaron los factores asociados a la decisión de realizarse la prueba de Papanicolaou en un estudio de tipo observacional, analítico de casos y controles, con una muestra de 116 usuarias divididas en dos grupos: el primero formado por 58 usuarias con último Papanicolaou reciente de los últimos 3 años (casos) y el grupo formado por usuarias con último Papanicolaou de hace más de 3 años (controles); respecto a los factores personales asociados a la decisión de realizarse el Papanicolaou se encuentran: pareja de acuerdo con que se

realice la prueba ($p=0.000$; $OR=6.97$ (2.42 – 20.05)), que personal de salud explique sobre la importancia de la prueba ($p=0.001$; $OR=4.45$ (1.72 – 11.53))²³.

Gonzales J. et al (Perú, 2015); determinaron los factores de riesgo asociados al abandono del tamizaje de cáncer de cuello uterino en un estudio de tipo, analítico, observacional, retrospectivo, de casos y controles en 100 mujeres en dos grupos: con y sin abandono del tamizaje de cáncer de cuello uterino, correspondiendo 50 pacientes por cada grupo ; se encontró como factor de riesgo el grado de instrucción primaria ($OR: 2.48$; $p<0.05$); siendo la frecuencia de grado de instrucción primaria de 76% en el grupo de casos y de 56% en el grupo de controles²⁴.

1.3 Justificación:

Teniendo en cuenta que el cáncer de cuello uterino se considera una de las patologías malignas observadas con mayor frecuencia en las mujeres de nuestra población, constituyéndose en el estadio inicial en la historia natural del cáncer de cuello uterino y por lo mismo es potencialmente controlable. Su presentación clínica habitual no suele presentar signos y síntomas en el examen físico habitual, por lo cual resulta de importancia contar con una valoración de los factores de riesgo que cumpla la función de tamizaje en este sentido habiéndose registrado la baja adherencia respecto a la estrategia principal de despistaje de cáncer de cuello uterino a través de la prueba de Papanicolau, podría resultar de interés tener en cuenta los factores asociados con la no adherencia a este procedimiento de tamizaje de cáncer de cuello uterino; con el objetivo de direccionar el enfoque terapéutico y mejorar la calidad de vida en este tipo de pacientes; resulta de importancia verificar esta asociación en nuestro medio tomando en cuenta que no hemos identificado estudios semejantes en nuestra realidad motivo por el cual nos planteamos la siguiente investigación.

1.4 Enunciado del problema:

¿Los factores de riesgo sociodemográficos están asociados a la no adherencia a Papanicolau de cuello uterino en el Hospital La Noria?

1.5 Hipótesis:

Hipótesis nula (H₀):

Los factores de riesgo sociodemográficos no están asociados a la no adherencia a Papanicolau de cuello uterino en el Hospital La Noria

Hipótesis alterna (H_a):

Los factores de riesgo sociodemográficos están asociados a la no adherencia a Papanicolau de cuello uterino en el Hospital La Noria

1.6 Objetivos:

Objetivos generales:

Determinar si los factores de riesgo sociodemográficos están asociados a la no adherencia a Papanicolau de cuello uterino en el Hospital La Noria

Objetivos específicos:

Determinar si el bajo grado de instrucción es factor de riesgo que se asocia a la no adherencia a Papanicolau de cuello uterino.

Determinar si la nuliparidad es factor de riesgo que se asocia a la no adherencia a Papanicolau de cuello uterino.

Determinar si el bajo nivel socioeconómico es factor de riesgo que se asocia la no adherencia a Papanicolau de cuello uterino.

Determinar si el estado civil no conviviente es factor de riesgo a la no adherencia a Papanicolau de cuello uterino.

2. MATERIAL Y MÉTODO

Diseño de Estudio: Observacional, longitudinales, retrospectivo, de casos y controles.

G1 X1 O1, O2, O3, O4

P NR

G1 X2 O1, O2, O3, O4

P: Población

G1: Pacientes

X1: No adherencia al Papanicolau de cuello uterino

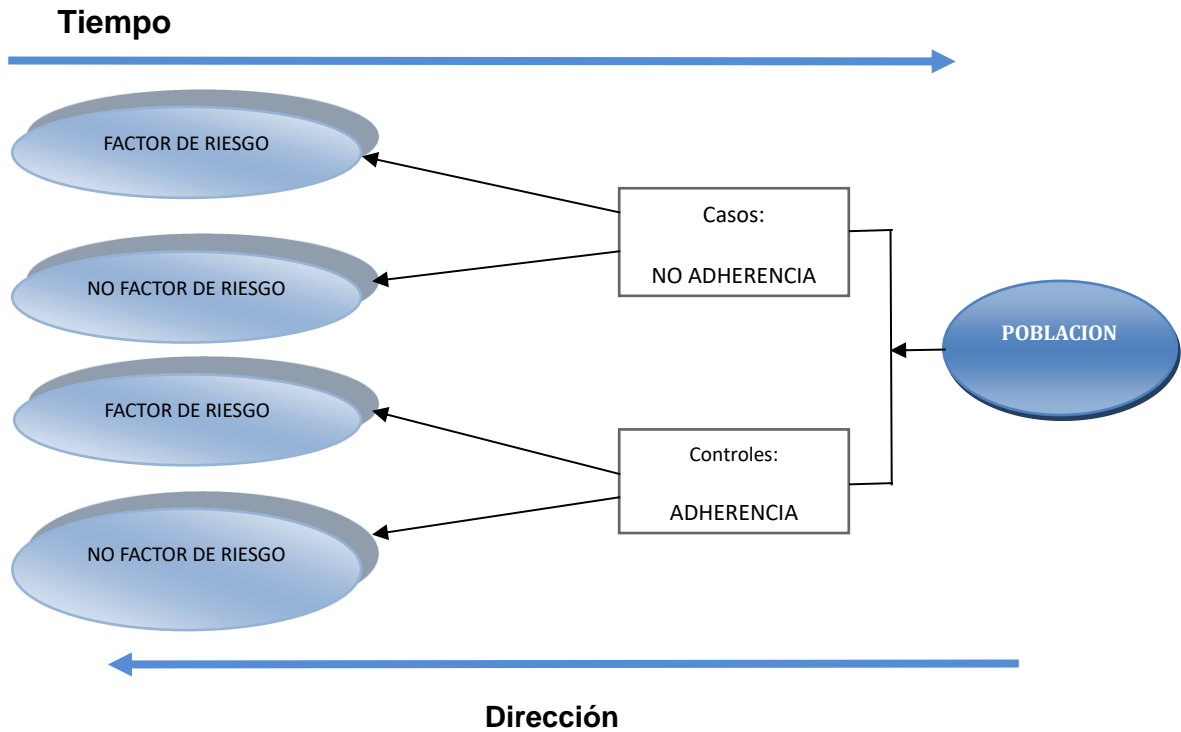
X2: Adherencia al Papanicolau de cuello uterino

O1: Bajo grado de instrucción

O2: Nuliparidad

O3: Bajo nivel socioeconómico

O4: Estado civil no conviviente



2.1. Población:

Población diana: Estuvo constituida por las pacientes mujeres en edad fértil atendidas en Consultorios Externos de Gineco Obstetricia del Hospital La Noria durante período 2016 –2018.

Población de estudio: Estuvo constituida por las pacientes mujeres en edad fértil atendidas en Consultorios Externos de Gineco Obstetricia del Hospital La Noria y que cumplieron los siguientes criterios de selección.

2.2 Criterios de selección:

Criterios de Inclusión (Casos):

- Pacientes sin adherencia a despistaje de cáncer de cuello uterino con Papanicolau.
- Pacientes con edades entre 21 a 65 años
- Pacientes en cuyas historias clínicas se encuentren los estudios necesarios para precisar las variables en estudio.

Criterios de Inclusión (Controles):

- Pacientes con adherencia al despistaje de cáncer de cuello uterino con Papanicolau.
- Pacientes con edades entre 21 a 65 años
- Pacientes en cuyas historias clínicas se encuentren los estudios necesarios para precisar las variables en estudio.

Criterios de Exclusión:

- Pacientes histerectomizadas
- Pacientes con infección por virus de inmunodeficiencia adquirida
- Pacientes que no han iniciado su vida sexual.

2.3 Muestra:

2.3.1 Unidad de Análisis: Estuvo constituido por cada una de las pacientes mujeres en edad fértil atendidas en Consultorios Externos de Gineco Obstetricia del Hospital La Noria durante período 2016 –2018 y que cumplieron los criterios de selección.

2.3.2 Unidad de Muestreo: Unidad de Muestreo: Estuvo constituido por las historias clínicas de todas las mujeres en edad fértil atendidas en Consultorios Externos de Gineco Obstetricia del Hospital La Noria durante período 2016 – 2018 y que cumplieron los siguientes criterios de selección.

2.3.3 Tamaño muestral:

Para la determinación del tamaño de muestra se utilizó la fórmula estadística para estudios de casos y controles²⁴:

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 P (1 - P) (r + 1)}{d^2 r}$$

Donde:

$$P = \frac{p_2 + r p_1}{1 + r} = \text{promedio ponderado de } p_1 \text{ y } p_2$$

p_1 = Proporción de casos expuestos al factor de riesgo.

p_2 = Proporción de controles expuestos al factor de riesgo.

r = Razón de número de controles por caso

n = Número de casos

d = Valor nulo de las diferencias en proporciones = $p_1 - p_2$

$Z_{\alpha/2} = 1,96$ para $\alpha = 0.05$

$Z_{\beta} = 0,84$ para $\beta = 0.20$

$P_1 = 0.76$ (Ref. 21)

$P_2 = 0.56$ (Ref. 21)

R: 1

Reemplazando los valores, se tiene:

$$n = 56$$

CASOS	:(No adherencia al Papanicolau)	=	56	pacientes
CONTROLES	:(Adherencia al Papanicolau)	=	56	pacientes.

Método de muestreo: La población fue seleccionada en forma aleatoria simple.

2.5 Variables y escalas de medición:

VARIABLES	TIPO	ESCALA	INDICADORES	INDICES
DEPENDIENTE:				
No adherencia a despistaje de cáncer de cuello uterino	Cualitativa	Nominal	Historia clínica	Si – No
INDEPENDIENTE:				
Bajo grado de instrucción	Cualitativa	Nominal	Primaria– secundaria-superior	Si - No
Nuliparidad	Cualitativa	Nominal	Número de partos	Si – No
Bajo nivel socioeconómico	Cualitativa	Nominal	Alto - bajo	
Estado civil	Cualitativa	Nominal	Convivencia con pareja	Si - No
				Si - No
INTERVINIENTE				
Edad	Cuantitativa	Discreta	Fecha de nacimiento	Años
Procedencia	Cualitativa	Nominal	Domicilio	Urbano –

Bajo conocimiento sobre el procedimiento	cualitativa	Nominal	Alto – bajo	Rural Si – No
Dificultad para acceder a una cita en el centro de salud.	Cualitativa	Nominal	visitar periódicamente a un médico o ginecólogo	Si-No

2.6 Definiciones operacionales:

No adherencia al Papanicolau de cuello uterino: Consiste en el incumplimiento al tamizaje para cáncer de cérvix y será definido por el tiempo desde la última citología realizada (ausencia o ≥ 3 años)²².

Bajo nivel de instrucción: Se considerará cuando la paciente no haya cursado ningún grado de estudios o solo haya completado el grado de instrucción primaria; en contraste con las pacientes que hayan cursado o completado el grado de instrucción secundario, técnico o superior²³.

Nuliparidad: Se considerará cuando la paciente con vida sexual activa no haya experimentado ninguna gestación²⁴.

Bajo nivel socioeconómico: Se considerará cuando la paciente con la pareja sin empleo u ocupación tenga un ingreso familiar menor de 800 soles. ²⁵

Estado civil no conviviente: Se considerará cuando la paciente no tenga pareja estable o teniendo una pareja, no tenga convivencia con ella.

2.7 procedimiento y técnicas:

Ingresaron al estudio las pacientes mujeres en edad fértil atendidas en Consultorios Externos de Gineco Obstetricia del Hospital La Noria durante

período 2016 –2018 que cumplieron los criterios de selección correspondientes.

Se solicitó la autorización para la ejecución del proyecto en el ámbito sanitario referido y posteriormente:

1. Se realizó la captación de los pacientes según muestreo aleatorio simple.
2. Se recogieron los datos pertinentes correspondientes a las variables en estudio las cuales se incorporaron en la hoja de recolección de datos (Anexo 1).
3. Se continuó con el llenado de la hoja de recolección de datos hasta completar los tamaños muestrales en ambos grupos de estudio.
4. Se recogió la información de todas las hojas de recolección de datos con la finalidad de elaborar la base de datos respectiva para proceder a realizar el análisis respectivo.

2.8 Plan de análisis de datos:

Por medio de la aplicación del Paquete SPSS V 23.0 se procesó la información registrada en las hojas de recolección de datos.

Estadística Descriptiva:

Se obtuvieron datos de distribución de frecuencias esto para las variables cualitativas y medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas; tendencias que luego fueron presentados en cuadros de entrada simple y doble, así como gráficos de relevancia.

Estadística Analítica:

En el análisis estadístico se hizo uso de la prueba chi cuadrado para las variables cualitativas para verificar la significancia estadística de las

asociaciones encontradas con las condiciones en estudio; las asociaciones fueron consideradas significativas si la posibilidad de equivocarse fue menor al 5% ($p < 0.05$).

Estadígrafo propio del estudio

Dado que el estudio correspondió a un diseño de casos y controles, se obtuvo el Odds ratio (OR) para los factores de riesgo en cuanto a su asociación con la aparición de no adherencia a Papanicolau de cuello uterino. Se calculó el intervalo de confianza al 95% del estadígrafo correspondiente.

$$\text{ODSS RATIO: } a \times d / b \times c$$

2.9 Aspectos éticos:

La presente investigación contó con la autorización del comité de Investigación y Bioética del Hospital La Noria y de la Universidad Privada Antenor Orrego. Debido a que fue un estudio de casos y controles en donde solo se recogieron datos clínicos de las historias de los pacientes; se tomó en cuenta la declaración de Helsinki II (Numerales: 11,12,14,15,22 y 23)²⁶ y la ley general de salud (D.S. 017-2006-SA y D.S. 006-2007-SA)²⁷

Limitaciones:

Tomando en cuenta que el diseño de estudio correspondió un estudio retrospectivo en donde no se realizó seguimiento a los pacientes sino únicamente se realizó la revisión de los expedientes clínicos; existió la posibilidad de recurrir al sesgo de información considerando un subregistro o mal registro de la información contenida en la historia.

3.- Resultados:

Tabla N° 01. Características de las pacientes atendidas en Consultorios Externos de Gineco Obstetricia del Hospital La Noria durante período 2016 – 2018:

Variables intervinientes	No adherencia a PAP (n=56)	Adherencia a PAP (n=56)	OR (IC 95%)	Valor p
-------------------------------------	---------------------------------------	------------------------------------	--------------------	----------------

Edad (años):				
Promedio	43.4 +/- 17.8	41.2 +/- 14.3	NA	0.064
Procedencia:				
Urbano	52 (93%)	54 (96%)	OR :0.62	0.081
Rural	4 (7%)	2 (4%)	(IC 95% 0.4 – 1.4)	
Bajo conocimiento de PAP:				
Si	38 (68%)	24 (43%)	OR: 2.81	0.029
No	18 (32%)	32 (57%)	(IC95% 1.5 – 5.1)	
Dificultad para acceso:				
Si	23 (41%)	11 (20%)	OR :2.85	0.034
No	33 (59%)	45 (80%)	(IC 95% 1.7– 5.5)	

FUENTE: Hospital La Noria –Fichas de recolección: 2016 - 2018.

Tabla N° 02: Bajo grado de instrucción como factor de riesgo para no adherencia a Papanicolau de cuello uterino en el Hospital La Noria durante período 2016 –2018:

Bajo grado de instrucción	Adherencia al PAP		Total
	No	Si	
Si	21 (38%)	11 (20%)	32

No	35 (62%)	45 (80%)	80
Total	56 (100%)	56 (100%)	112

FUENTE: Hospital La Noria –Fichas de recolección: 2016 - 2018.

- Chi cuadrado: 4.3
- $p < 0.05$.
- Odds ratio: 2.45
- Intervalo de confianza al 95%: (1.4 –4.3)

Respecto a la influencia de bajo grado de instrucción en el riesgo de no adherencia PAP se documenta riesgo a nivel muestral con un odds ratio >1 ; expresa esta mismo riesgo a nivel poblacional con un intervalo de confianza al 95% > 1 y finalmente expresa significancia de esta tendencia al verificar que la influencia del azar es decir el valor de p es inferior al 5%.

Gráfico N° 01: Bajo grado de instrucción como factor de riesgo para no adherencia a Papanicolau de cuello uterino en el Hospital La Noria durante período 2016 –2018:

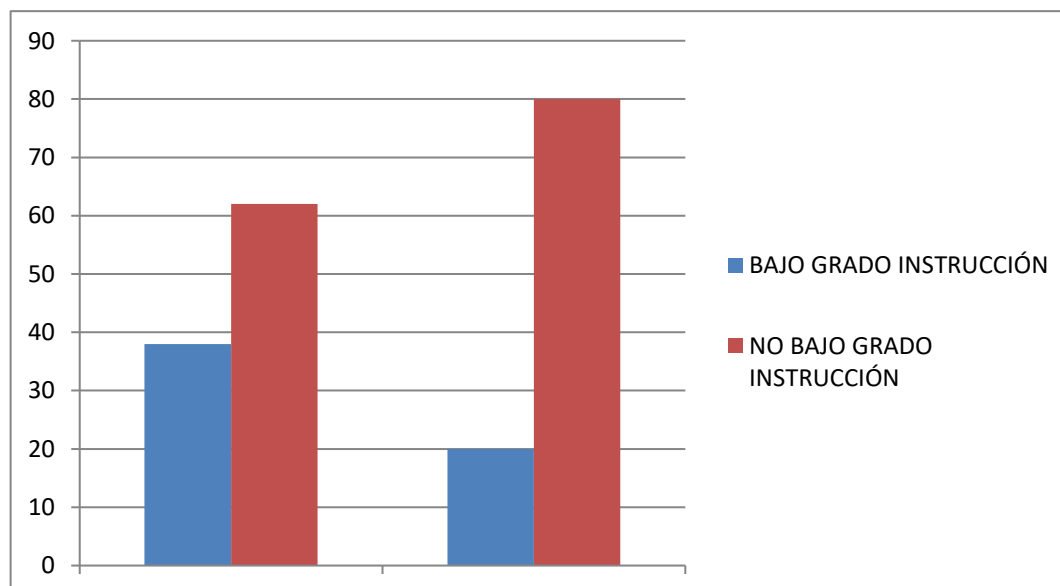


Tabla N° 03: Nuliparidad como factor de riesgo para no adherencia a Papanicolau de cuello uterino en el Hospital La Noria durante período 2016 – 2018:

Nuliparidad	Adherencia al PAP		Total
	No	Si	
Si	19 (34%)	8 (14%)	27
No	37 (66%)	48 (86%)	85
Total	56 (100%)	56 (100%)	112

FUENTE: Hospital La Noria –Fichas de recolección: 2016 - 2018.

- Chi cuadrado: 6.1
- $p < 0.05$.
- Odds ratio: 3.1
- Intervalo de confianza al 95%: (1.6 –5.8)

Respecto a la influencia de nuliparidad en el riesgo de no adherencia PAP se documenta riesgo a nivel muestral con un odds ratio > 1 ; expresa este mismo riesgo a nivel poblacional con un intervalo de confianza al 95% > 1 y finalmente expresa significancia de esta tendencia al verificar que la influencia del azar es decir el valor de p es inferior al 5%.

Gráfico N° 02: Nuliparidad como factor de riesgo para no adherencia a Papanicolau de cuello uterino en el Hospital La Noria durante período 2016 – 2018:

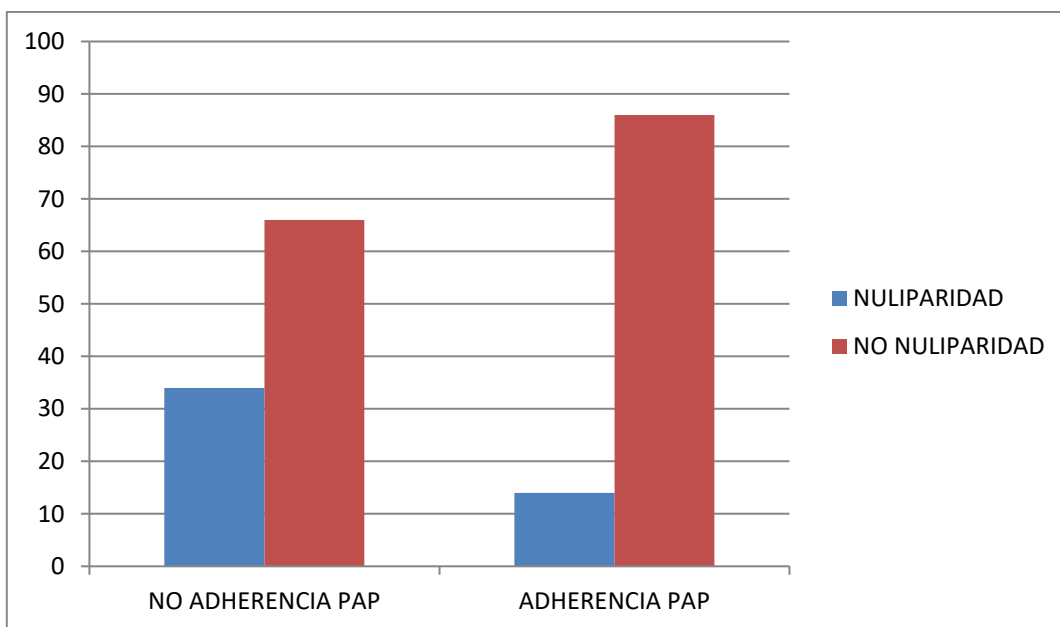


Tabla N° 04: Bajo nivel socioeconómico como factor de riesgo para no adherencia a Papanicolau de cuello uterino en el Hospital La Noria durante período 2016 –2018:

Bajo nivel socioeconómico	Adherencia al PAP		Total
	No	Si	
Si	20 (36%)	7 (13%)	27
No	36 (64%)	49 (87%)	85

Total	56 (100%)	56 (100%)	112
--------------	------------------	------------------	------------

FUENTE: Hospital La Noria –Fichas de recolección: 2016 - 2018.

- Chi cuadrado: 10.2
- p<0.05.
- Odds ratio: 3.88
- Intervalo de confianza al 95%: (1.8 –6.5)

Respecto a la influencia de bajo nivel socioeconómico en el riesgo de no adherencia PAP se documenta riesgo a nivel muestral con un odds ratio >1; expresa este mismo riesgo a nivel poblacional con un intervalo de confianza al 95% > 1 y finalmente expresa significancia de esta tendencia al verificar que la influencia del azar es decir el valor de p es inferior al 5%.

Gráfico N° 03: Bajo nivel socioeconómico como factor de riesgo para no adherencia a Papanicolau de cuello uterino en el Hospital La Noria durante período 2016 –2018:

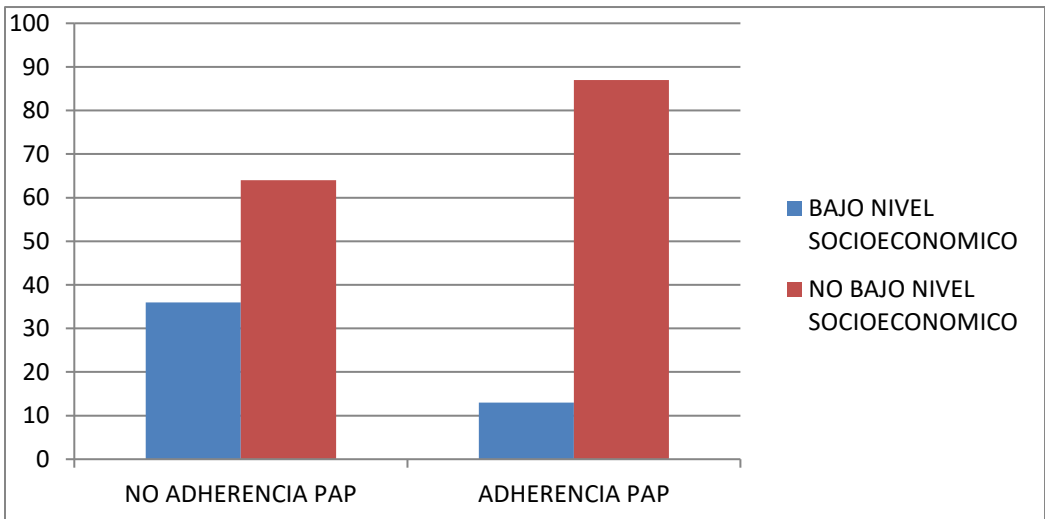


Tabla N° 05: Estado civil no conviviente como factor de riesgo para no adherencia a Papanicolau de cuello uterino en el Hospital La Noria durante período 2016 –2018:

Estado civil	Adherencia al PAP		Total
	No	Si	
No conviviente	24 (43%)	12 (21%)	36
Conviviente	32 (57%)	44 (79%)	76
Total	56 (100%)	56 (100%)	112

FUENTE: Hospital La Noria –Fichas de recolección: 2016 - 2018.

- Chi cuadrado: 5.9
- $p < 0.05$.
- Odds ratio: 2.75
- Intervalo de confianza al 95%: (1.5 –5.8)

Respecto a la influencia del estado civil no conviviente en el riesgo de no adherencia PAP se documenta riesgo a nivel muestral con un odds ratio > 1 ; expresa este mismo riesgo a nivel poblacional con un intervalo de confianza al 95% > 1 y finalmente expresa significancia de esta tendencia al verificar que la influencia del azar es decir el valor de p es inferior al 5%.

Gráfico N° 04: Estado civil no conviviente como factor de riesgo para no adherencia a Papanicolau de cuello uterino en el Hospital La Noria durante período 2016 –2018:

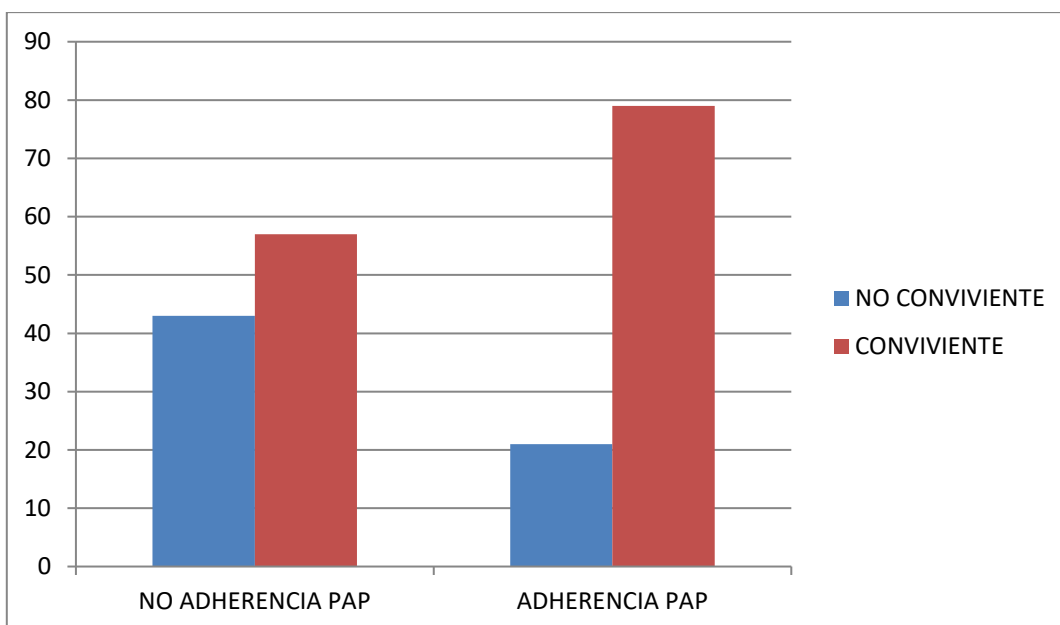


Tabla N° 06: Análisis multivariado de los factores de riesgo para no adherencia a Papanicolau de cuello uterino en el Hospital La Noria durante período 2016 –2018:

Variable	Estadísticos				Valor de p
	OR	IC 95%	Wald	B	
Bajo grado instrucción	2.9	(1.5 – 5.2)	5.9	0.88	p= 0.038
Nuliparidad	2.7	(1.3 – 4.6)	5.4	0.85	p=0.033
Bajo nivel socioeconómico	3.1	(1.8 – 4.9)	6.2	0.91	p= 0.029
Estado civil no conviviente	3.4	(1,9 – 4.5)	5.8	0.84	p= 0.041
Bajo conocimiento de PAP	2.6	(1.2 – 3.3)	5.5	0.82	p=0.043
Dificultad para acceso	2.4	(1.4 – 3.5)	4.9	0.87	p=0.040

FUENTE: Hospital La Noria –Fichas de recolección: 2016 - 2018.

En el análisis multivariado a través de regresión logística se corrobora la significancia del riesgo únicamente para las variables: bajo grado de instrucción, nuliparidad, bajo nivel socioeconómico, estado civil no conviviente, bajo conocimiento de PAP y dificultad para acceso como factores de riesgo para no adherencia a Papanicolaou de cuello uterino ($p < 0.05$).

4.Discusión:

El cáncer de cuello uterino es una enfermedad que puede prevenir al realizarse una detección, tratamiento y seguimiento de forma adecuada. Una prueba de Papanicolaou (PAP), que se introdujo en la década de 1940, tiene la capacidad de detectar el cáncer de cuello uterino en la etapa pre-invasiva. El uso extenso de esta prueba ha producido una reducción tremenda en la incidencia de cáncer de cuello uterino. Posteriormente, el Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos informó que las mujeres que no se realizaron las pruebas de PAP para detectar cáncer cervical tenían un riesgo tres a diez veces mayor de desarrollar cáncer cervical invasivo¹⁵. Un programa de detección de cáncer de cuello uterino recomienda la prueba de Papanicolaou para todas las mujeres entre las edades de 20 y 65 años que sean o hayan sido sexualmente activas. Si dos pruebas anuales consecutivas son negativas, se puede realizar una evaluación posterior cada tres años¹⁶. Aunque la prueba está ampliamente disponible y se ofrece de forma gratuita en las clínicas de salud pública, este programa no ha logrado una cobertura de detección satisfactoria y una reducción significativa en la incidencia de cáncer de cuello uterino debido a su naturaleza oportunista^{17,18}.

En la Tabla N° 1 se compara información general de los pacientes, que podrían considerarse como variables intervinientes en tal sentido comparan las variables edad, procedencia, bajo conocimiento de PAP, dificultad de

acceso; sin verificar diferencias significativas respecto a estas características entre los pacientes de uno u otro grupo de estudio excepto para bajo conocimiento de PAP y dificultad de acceso; estos hallazgos son coincidentes con lo descrito por Mori A, et al en Perú en el 2015; quién registró relación estadísticamente significativa entre el factor nivel de conocimiento y la práctica de la prueba de Papanicolaou ($P= 0,007 < \alpha=0.05$).

En la tabla N° 2 se verifica la asociación del bajo grado de instrucción respecto al desenlace no adherencia al cancer de cuello uterino, con el odds ratio de 2.45; el cual traduce mayor riesgo en nuestra muestra siendo verificado a través de la prueba chi cuadrado la cual alcanza un valor suficiente para reconocer significancia estadística ($p < 0.05$) tras lo cual es posible concluir que existe asociación entre estas variables.

En relacion con los antecedentes podemos describir las tendencias de Whitehouse K, et al en Norteamérica, Evaluaron factores de riesgo sociodemográficos y de comportamiento que podrían predisponer a las mujeres esterilizadas a realizar pruebas de detección no adherentes a despistaje de cuello uterino en la que la educación fue un modificador de la medida del efecto, significativamente asociado con la no adherencia ($OR= 1.60$)²⁰.

En la tabla N° 3 se valora las condición nuliparidad respecto al riesgo de no adherencia al despistaje de cáncer de cuello uterino, observando que la intensidad del odds ratio para esta fue 3.1; suficiente como para proyectar esta tendencia a toda la población y por ende reconocer significancia estadística ($p < 0.05$) para atribuirle asociación entre las variables en estudio.

Hacemos referencia también a lo descrito por Salinas Z. et al en Perú en el 2017 quienes evaluaron factores asociados a realización de prueba de Papanicolaou en 116 usuarias divididas en dos grupos: el primero formado por 58 usuarias con último Papanicolaou reciente y el otro grupo con

Papanicolaou de hace más de 3 años se reconocieron como factores: pareja de acuerdo ($p=0.000$; $OR=6.97$ (2.42 – 20.05)), explicación del personal sanitario ($p=0.001$; $OR=4.45$ (1.72 – 11.53))²³.

En la tabla N° 4 se toma en cuenta para el análisis el bajo nivel socioeconómico respecto al desenlace no adherencia a despistaje de cáncer de cuello uterino, observando que el odds ratio para esta variable fue 3.88; valor que tiene impacto en el análisis estadístico en el cual es posible extrapolar esta tendencia muestral a toda la población al corresponderle significancia estadística ($p<0.05$) reconociendo asociación entre las variables en estudio.

Dentro de los antecedentes encontrados tenemos el estudio de Gutiérrez C, et al en Perú en el 2010 quienes valoraron las características sociodemográficas asociados a la realización del examen de Papanicolaou (PAP); el porcentaje que se realizó algún PAP fue de 42.8%, 45.7%, 47.3% y 45.6% para los años 1996, 2000, 2004 y 2008; el haberse realizado algún PAP estuvo asociada con vivir en la costa ($p<0.05$)²².

En la Tabla 5 se verifica el impacto del estado civil no conviviente en relación con el riesgo de desarrollar no adherencia al despistaje de cáncer de cuello uterino; reconociendo un odds ratio de 2.75; verificado a través de la prueba chi cuadrado para extrapolar esta conclusión a la población; siendo el valor alcanzado significativo ($p<0.05$); con lo que es posible reconocer asociación entre las variables en estudio.

En relación con los antecedentes podemos describir las tendencias de Whitehouse K, et al en Norteamérica en el 2015 quienes verificaron los factores de riesgo sociodemográficos para no adherencia a despistaje de cáncer de cuello uterino; en un análisis secundario de mujeres ($n = 1688$) en un estudio transversal los factores fueron: divorciadas, separadas o viudas

(OR = 1.62), hispanas (OR = 1.57) y con un mayor número de partos vaginales (OR = 2.00)

En la Tabla 6 se aprecia el análisis multivariado en el que se puede reconocer a través de la técnica de regresión logística la influencia de cada factor de riesgo en un contexto más sistemático e integrado y con un mejor control de sesgos; identificando al bajo grado de instrucción, nuliparidad, bajo nivel socioeconómico, estado civil no conviviente, bajo conocimiento de PAP y dificultad para acceso como factores de riesgo para no adherencia a Papanicolau de cuello uterino.

Reconocemos los hallazgos descritos por Gonzales J. et al en Perú en el 2015 quienes evaluaron factores de riesgo asociados al abandono del tamizaje de cáncer de cuello uterino en 100 mujeres en dos grupos: con y sin abandono del tamizaje de cáncer de cuello uterino, se encontró como factores: grado de instrucción primaria (OR: 2.48; $p < 0.05$); la frecuencia de grado de instrucción primaria fue 76% en el grupo de casos y de 56% en el grupo de controles²⁴.

5. Conclusiones:

1. El bajo grado de instrucción es un factor de riesgo que se asocia a la no adherencia a Papanicolau de cuello uterino.
2. La nuliparidad es un factor de riesgo que se asocia a la no adherencia a Papanicolau de cuello uterino.
3. El bajo nivel socioeconómico es un factor de riesgo que se asocia a la no adherencia a Papanicolau de cuello uterino.
4. El estado civil no conviviente es un factor de riesgo que se asocia a la no adherencia a Papanicolau de cuello uterino.

6. Recomendaciones:

1. Las tendencias encontradas debieran ser tomadas en cuenta como base para desarrollar estrategias de intervención que mejoren la adherencia de las mujeres en edad fértil al cumplimiento de las recomendaciones internacionales para la práctica de despistaje de cáncer de cuello uterino.
2. Es conveniente el inicio de estudios observacionales con miras caracterizar nuevos factores asociados al desenlace en estudio, como características epidemiológicas, socioculturales o comorbilidades que puedan influir en la adherencia a la estrategia para despistaje de cáncer de cuello uterino.
3. Se requiere la capacitación del personal de salud para enfocarse en instituciones de quinto grado de nivel primaria dando a conocer sobre que es el cáncer de cuello uterino y cuál es la forma de prevención a través de la vacunación a niñas entres las edades de 9 y 13 años.
4. Recomendar a los médicos de centros de salud de atención primaria tener como prioridad a los grupos de bajo grado de instrucción, bajo nivel socioeconómico y estado civil no conviviente creando un clima de confianza para poder explicar la importancia de realizar el tamizaje y seguimiento óptimo como forma preventiva de cáncer de cuello uterino.
5. Implementar una metodología de medición de coberturas de vacunación encargado por un grupo de trabajo teniendo un adecuado seguimiento de vacunación en niñas para su protección y supervivencia.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.-Shrestha A, Neupane D, Vedsted P, Kallestrup P. Cervical cancer prevalence, incidence and mortality in low and middle income countries: a systematic review. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP* 2018; 19(2): 319.
- 2.-Akinyemiju T, Ogunsina K, Sakhuja S, Ogbhodo V, Braithwaite, D. Lifecourse socioeconomic status and breast and cervical cancer screening: Analysis of the WHO9s Study on Global Ageing and Adult Health (SAGE). *BMJ Open* 2016; 6(11), e012753.
- 3.-Ganesan S, Subbiah V, Michael J. Associated factors with cervical pre-malignant lesions among the married fisher women community at Sadras, Tamil Nadu. *Asia-Pacific journal of oncology nursing* 2015; 2: 42
- 4- Vargas J, Huarez B, Rengifo G, Montalván E, Gabriel A. El programa de evaluación externa del desempeño de la citología para el tamizaje de cáncer de cuello uterino. Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Salud (Perú). *Boletín* 2014-20 Nro. 03. 2014.
- 5.-Momenimovahed Z, Ghoncheh M, Pakzad R, Hasanpour H. Incidence and mortality of uterine cancer and relationship with Human Development Index in the world. *CUKUROVA MEDICAL JOURNAL* 2017; 42: 233–240
- 6.-Torre L, Siegel R, Ward E, Jemal A. Global cancer incidence and mortality rates and trends—An update. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers* 2016; 25(1): 16–27.
- 7.-Vaccarella S, Laversanne M, Ferlay J, Bray F. Cervical cancer in Africa, Latin America and the Caribbean, and Asia: Regional inequalities and changing trends. *International Journal of Cancer* 2017; 141(10), 1997–2001
- 8.-Plummer M. Global burden of cancers attributable to infections in 2012: A synthetic analysis. *The Lancet. Global Health* 2016; 4(9), e609–e616.

9- Guía técnica: Guía de práctica clínica para la prevención y manejo del cáncer de cuello uterino / Ministerio de Salud. Despacho Viceministerial de Salud Pública. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Prevención y control del Cáncer. – Lima: 29 p.; ilustr. RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 1013-2016/MINSA.

10.-Makuza J, Nsanzimana S, Muhimpundu M, Pace L. Prevalence and risk factors for cervical cancer and pre-cancerous lesions in Rwanda. *The Pan African Medical Journal*, 2015; 22: 5-11.

11.-Monnat S. Race/ethnicity and the socioeconomic status gradient in women's cancer screening utilization: A case of diminishing returns? *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 2014; 25(1), 332–356.

12.-Poorolajal J, Jenabi E. The association between BMI and cervical cancer risk: A meta-analysis. *European Journal of Cancer Prevention* 2016; 25(3), 232–238.

13.-Wigle J, Coast E, Watson D. Human papillomavirus (HPV) vaccine implementation in low and middle-income countries (LMICs): Health system experiences and prospects. *Vaccine* 2014; 31(37), 3811–3817.

14.-La Vecchia C, Boccia S. Oral contraceptives, human papillomavirus and cervical cancer. *European Journal of Cancer Prevention* 2014; 23(2): 110–112.

15.-Limmer K, LoBiondo-Wood G, Dains J. Predictors of cervical cancer screening adherence in the United States: A systematic review. *Journal of the Advanced Practitioner in Oncology*. 2014 Jan;5(1):31–41.

16.-Gan D, Dahlui M. Cervical screening uptake and its predictors among rural women in Malaysia. *Singapore Medical Journal*. 2014;54(3):163–168.

17.-Bayu H, Berhe Y, Mulat A, Alemu A. Cervical Cancer Screening Service Uptake and Associated Factors among Age Eligible Women in Mekelle Zone,

Northern Ethiopia, 2015: A Community Based Study Using Health Belief Model. PLOS ONE. 2016;11(3):e0149908.

18.-Abdullah NN, Al-Kubaisy W, Mokhtar MM. Health Behaviour Regarding Cervical Cancer Screening Among Urban Women in Malaysia. Procedia - Social and Behavioral Sciences. 2014;85(0):110–117.

19.-Visanuyothin S, Chompikul J, Mongkolchat A. Determinants of cervical cancer screening adherence in urban areas of Nakhon Ratchasima Province, Thailand. Journal of Infection and Public Health. 2015;8(6):543–552.

20.-Whitehouse K, Montealegre J, Follen M, Scheurer M, Aagaard K. Sociodemographic factors associated with pap test adherence and cervical dysplasia in surgically sterilized women. Journal of reproduction & infertility 2015; 15(2): 94.

21.-Mori A, Dashenka M, Rodríguez T, Almendra S, Isuiza M. Factores asociados a la práctica de la prueba de papanicolaou en mujeres del AA. HH. Cabo Lopez Iquitos 2015. Tesis.

22.-Gutiérrez C, Roman 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. Revista peruana de epidemiología 2010;14(1): 39-49.

23.-Salinas Z. Factores asociados a la decisión de realizarse la prueba de Papanicolaou en usuarias del Hospital San Juan de Lurigancho de junio a julio, 2017. Tesis. Peru.

24.-Gonzales J. Factores asociados al abandono del tamizaje de cáncer de cuello uterino en el Hospital Belén de Trujillo. 2015. Tesis.

25.- 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. Revista Peruana de Epidemiología.

26.-Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 2011.

27.-Ley general de salud. N° 26842. Concordancias: D.S.N° 007-98-SA. Perú :20 de julio de 2012.

8. ANEXO

ANEXO 1:

Factores de riesgo sociodemográficos asociados a la no adherencia a Papanicolau de cuello uterino en el Hospital La Noria

PROTOCOLO DE RECOLECCION DE DATOS

Fecha..... N°.....

I. DATOS GENERALES:

1.1. Número de historia clínica: _____

1.2 Procedencia: _____

1.3. Edad: _____

1.4 Bajo conocimiento sobre el procedimiento: Si () No ()

1.5 Dificultad para acceder a una cita en el centro de salud: Si () No ()

II: VARIABLE DEPENDIENTE:

Adherencia a Papanicolau: Si () No ()

III: VARIABLE INDEPENDIENTE

Bajo grado de instrucción: Si () No ()

Nuliparidad: Si () No ()

Bajo nivel socioeconómico: Si () No ()

Estado civil no conviviente: Si () No ()

ANEXO 2:

SOLICITO AUTORIZACION DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN DE PREGRADO

Señor(a) Doctor(a)

Constantino Vila Córdova Director Ejecutivo (e). Red de Salud Trujillo

Yo, **BECERRA ALVITES SHARIFFA**, alumna de la Universidad Privada Antenor Orrego de la facultad de medicina humana, con **DNI 71445837** y correo electrónico shari_4_2@hotmail.com, con el debido respeto me presento y expongo:

Que siendo requisito indispensable para poder optar por el título profesional de médico cirujano recurro a su digno despacho a fin de que se revise mi proyecto de investigación titulado: "FACTORES DE RIESGO SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A LA NO ADHERENCIA A PAPA NICOLAU DE CUELLO UTERINO EN EL HOSPITAL LA NORIA", a fin de ser desarrollado con datos del hospital que usted dirige.

Por lo expuesto es justicia que espero alcanzar.

Atentamente.

Trujillo, 07 de enero del 2020

BECERRA ALVITES SHARIFFA

DNI:71445837

Adjunto los siguientes documentos:

- Copia de la resolución de Aprobación del Proyecto de Investigación emitido por la universidad.
- Constancia del asesor
- Fotocopia simple de DNI
- Copia de proyecto de Investigación anillado y sellado.