



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**FACTORES ASOCIADOS A LA REALIZACIÓN DEL EXAMEN DE PAPANICOLAOU
EN MUJERES DE 15 A 49 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD 7 DE
JUNIO, MANANTAY, ABRIL 2017**

TESIS PRESENTADA POR LA BACHILLER:

SOTELO ASIPALI , ANA ISABEL

PARA OPTAR

TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA

ASESORA :

GOMEZ BARRÍA, LUISA ISABEL

PUCALLPA- 2017

INDICE

CARATULA	I
INDICE	II
DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTO	V
RESUMEN	VI
ABSTRACT	VII
INTRODUCCION	VIII

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO METODOLOGICO

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA	10
1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	13
1.2.1 DELIMITACIÓN ESPACIAL	13
1.2.2 DELIMITACIÓN TEMPORAL	13
1.2.3 DELIMITACIÓN SOCIAL	13
1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	13
1.3.1 PROBLEMA PRINCIPAL	13
1.3.2 PROBLEMAS SECUNDARIOS	13
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	
1.4.1 OBJETIVO GENERAL	14
1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	
1.5 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	
1.5.1 IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE VARIABLES E INDICADORES	15
1.5.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	16
1.6 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	18
1.6.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	18
1.6.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN	18

1.6.3 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN	18
1.7 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN	19
1.7.1 POBLACIÓN	19
1.7.2 MUESTRA	19
1.8 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	20
1.8.1 TÉCNICAS	20
1.8.2 INSTRUMENTOS	21
1.9 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN	23

CAPÍTULO II MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	25
2.2 BASES TEÓRICAS	39
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS	80

CAPITULO III

PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

3.1 RESULTADO, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	82
3.2 CONCLUSIONES	102
3.3 RECOMENDACIONES	103
3.4 FUENTES DE INFORMACIÓN	105

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA	
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTE	
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	
EVALUACIÓN DE FIABILIDAD DEL INSTRUMENTO	
AUTORIZACIÓN DEL DIRECTOR DONDE SE HIZO EL ESTUDIO	

DEDICATORIA

A mis padres, mi esposo e hijos por apoyarme en todo momento para lograr mis metas y haber depositado su entera confianza en cada reto que se me ha presentado

AGRADECIMIENTO

A Dios por su inmenso amor.

A mi Familia quienes con su amor y apoyo incondicional me acompañaron en este largo camino, entendiendo mis ausencias y mis malos momentos, para ellos toda mi gratitud.

A todas aquellas personas que me acompañaron desde el inicio en este largo camino y a las que fueron uniéndose al mismo para hacer realidad mi sueño.

RESUMEN

Objetivo: Identificar los factores asociados a la realización del examen de Papanicolau en mujeres de 15 a 49 años, en el Centro de Salud 7 de Junio. **Material y métodos:** Estudio descriptivo, cualitativo, de asociación, de corte transversal, prospectivo. Se encuestó a 258 usuarias en abril 2017. Las variables del estudio fueron: Factores asociados (demográficos, gineco obstétricos y conocimientos sobre el cáncer de cuello uterino), realización del examen de Papanicolaou. Con un nivel de confianza de $p < 0.05$, se obtuvieron los siguientes **resultados:** El 65% tiene entre 20 a 34 años, el 14% es adolescente, el 80% es ama de casa; estos dos factores se asocian significativamente con la realización del examen de Papanicolaou. El 76% es conviviente, 69% tiene instrucción secundaria, 20% aún no ha tenido embarazo, 23% ha tenido sólo un embarazo, el 20% entre 4 a más, 67% tuvo sólo parto vaginal, 96% inició actividad sexual en la adolescencia y 56% tuvo su primer embarazo en la adolescencia; existiendo asociación significativa con todos estos factores gineco obstétricos para la realización del examen. Los conocimientos sobre el cáncer de cuello uterino asociados son, el cáncer es una enfermedad grave, se contrae por relaciones sexuales, reconocimiento de signos y síntomas, que los antecedentes familiares de cáncer de cuello uterino, consumo de alcohol y drogas, ser madre en la adolescencia son factores de riesgo, existe vacunación contra el papiloma virus, higiene genital diaria, y realizarse el examen de Papanicolaou. **Conclusión:** Los factores asociados con la realización del examen de Papanicolaou son la edad, ocupación, número de embarazos, tipo de parto, edad de inicio de relaciones sexuales, edad del primer embarazo, conocimiento de que el cáncer es una enfermedad grave, se contrae por las relaciones sexuales, son factores de riesgo los antecedentes familiares de cáncer de cuello uterino, ser madre desde la adolescencia.

Palabras clave: Factores asociados, mujeres en edad fértil, cáncer de cuello uterino, factores demográficos, gineco obstétricos, conocimientos sobre el cáncer de cuello uterino, examen de Papanicolaou.

ABSTRACT

Objective: To identify the factors associated with performing the Pap test in women aged 15-49 at the June 7 Health Center.

Material and methods: Descriptive, qualitative, association, cross-sectional, prospective study. A total of 258 users were surveyed in April 2017. The study variables were: Associated factors (demographics, obstetrics gynecologist and knowledge of cervical cancer), Pap smear test. With a confidence level of $p < 0.05$, the following .

Results were obtained: 65% are between 20 and 34 years old, 14% are adolescents, 80% are housewives; These two factors are significantly associated with performing the Pap test. 76% are cohabiting, 69% have secondary education, 20% still have not had a pregnancy, 23% have had only one pregnancy, 20% between 4 and more, 67% had only vaginal delivery, 96% initiated sexual activity in the Adolescence and 56% had their first pregnancy in adolescence; There is a significant association with all these obstetric factors for the examination. The knowledge about cervical cancer associated are, cancer is a serious disease, is contracted by sex, recognition of signs and symptoms, a family history of cervical cancer, alcohol and drug use, mother in the Adolescent are risk factors, there is vaccination against papilloma virus, daily genital hygiene, and the Papanicolaou test.**Conclusion:** The factors associated with performing the Pap test are age, occupation, number of pregnancies, type of delivery, age of onset of sexual intercourse, age of first pregnancy, knowledge that cancer is a serious illness, By sexual intercourse, family history of cervical cancer is a risk factor, being a mother since adolescence.

Key words: Associated factors, women of childbearing age, cervical uterine cancer, demographic factors, obstetric gynecologist, knowledge of cervical cancer, Pap smear.

INTRODUCCION

El examen de detección temprana del cáncer de cuello uterino más usado es la citología cérvico uterina, más conocida como examen de Papanicolaou por las usuarias de los servicios de salud sexual y reproductiva. Está bien establecido que el examen de Papanicolaou conocido por las usuarias de los servicios de salud sexual y reproductiva, junto con un adecuado tratamiento pueden generar reducciones importantes en la tasa de mortalidad. Sin embargo, a pesar de la disponibilidad de estas estrategias en el Perú, el cáncer de cuello uterino sigue siendo una importante causa de mortalidad. (1)

El cáncer de cérvix es el segundo tumor más frecuente en la población femenina con más de medio millón de casos anuales en todo el mundo y constituye uno de los problemas de salud pública más importantes en América Latina. El cáncer de cuello uterino (CCU), se desarrolla lentamente con el transcurso del tiempo, iniciando los cambios celulares a nivel del cérvix (displasia), que se tornan cancerosas, crecen y se diseminan profundamente en el cérvix y las áreas circundantes (1).

En el presente estudio de “Factores asociados a la realización del examen de Papanicolaou en mujeres de 15 a 49 años“, son factores asociados con la realización del examen de Papanicolaou, los factores demográficos como la edad, ocupación, los factores antecedentes gineco obstétricos como el número de embarazos, tipo de parto, edad de inicio de relaciones sexuales, edad del primer embarazo, y los conocimientos sobre el cáncer de cuello uterino, como el conocimiento de que el cáncer es una enfermedad grave, que se contrae por las relaciones sexuales, que son factores de riesgo los antecedentes familiares de cáncer de cuello uterino, y el conocimiento del hecho de ser madre desde la adolescencia.

El estudio se llevó a cabo en el Centro de Salud 7 de Junio, establecimiento de nivel I-3, ubicado en el distrito de Manantay de la Provincia de Coronel Portillo en

la Región Ucayali, durante el mes de abril 2017, aplicándose la encuesta a 258 usuarias de los servicios de Salud Sexual y Reproductiva del centro de Salud.

La citología cervical (Papanicolaou), es el método más eficaz y de bajo costo, y su objetivo es determinar la presencia y extensión de células anormales. A pesar de los beneficios reconocidos de la prueba de Papanicolaou y de ser un estudio que viene realizándose desde hace muchos años, no todas las mujeres aprovechan este recurso por múltiples factores. Lo que se pretende identificar en este estudio, sirva de información a los profesionales de salud sexual para actuar y contribuir en la reducción de la mortalidad; solamente se logrará elevando la cobertura de toma de muestras de Papanicolaou, lo que conduciría a detección temprana de lesiones que en el futuro derivarían a cáncer cérvico uterino.

A nivel nacional existen estudios relacionados a este tema, pero a nivel local aún tenemos la necesidad de información actualizada permanentemente, y de esta manera adoptar la mejor estrategia para reducir dicho riesgo, ello justificó la realización del presente estudio. Esta investigación contribuye en la generación de conocimientos sobre factores asociados a la toma de Papanicolaou en las mujeres en edad fértil.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.

El cáncer de cérvix es el segundo tumor más frecuente en la población femenina con más de medio millón de casos anuales en todo el mundo y constituye uno de los problemas de salud pública más importantes en América Latina. El cáncer de cuello uterino (CCU), se desarrolla lentamente con el transcurso del tiempo, iniciando los cambios celulares a nivel del cérvix (displasia), que se tornan cancerosas, crecen y se diseminan profundamente en el cérvix y las áreas circundantes ⁽¹⁾.

Más del 80% de estos casos ocurren en países en desarrollo, las tasa de incidencia más altas ocurren en África, América del Centro; del Sur y Asia. En el año 2008, se registraron 12.4 millones de nuevos casos de cáncer y 7.6 millones de muertes por esta enfermedad. En el mundo muere una mujer por cáncer cervical cada dos minutos (5.259 muertes por semana) y 83% de estas muertes ocurren en países en vías de desarrollo. En América Latina, durante el mismo año, se registraron 2.6 millones de casos y 1.3 millones de muerte por cáncer ⁽¹⁾

En el año 2012 se atribuyen 8.2 millones de muertes ocurridas por el cáncer y 60% de los nuevos casos anuales totales del mundo se producen en África, Asia, América Central y Sudamérica. ⁽²⁾

El uso de la citología cérvico-vaginal convencional ha logrado reducir la mortalidad por CCU en países desarrollados, tanto cuando es aplicada en programas organizados de detección. Es así como en América Latina, donde a pesar de la disponibilidad de la prueba de Papanicolaou, alrededor de 32 000 mujeres mueren cada año por CCU. En Argentina, durante el año 2013 se diagnosticaron 4,956 casos y murieron 2,127 mujeres anualmente a causa de esta enfermedad. Soneji y colaboradores realiza un estudio concluyendo que el conocimiento de la prueba de Papanicolaou puede derivar indirectamente de un mayor nivel de educación ⁽³⁾

El cáncer como grave y emergente problema de salud pública en el mundo y en el Perú, retara en los próximos años el sistema de salud. Esto se hará más evidente en países en vías de desarrollo como el nuestro, a menos que demos consistencia y sostenibilidad a las decisiones del sector, integrando capacidades técnicas y profesionales en los diferentes niveles de atención. Estas capacidades se deberán coordinar y fortalecer con otros programas y sectores como educación, promoción, desarrollo social, etc. De otra manera, las consecuencias de acciones inco nexas se evidenciarán no solo en altas tasas de morbimortalidad, sino además en el alto costo terapéutico y social en los próximos años. Por eso se puede afirmar que el cáncer es una enfermedad no solamente del individuo, sino de la familia y la sociedad. En el Perú contamos con Registros Poblacionales de Cáncer, como los de Lima Metropolitana, Trujillo y Arequipa, con contribuciones regionales importantes y que cubren aproximadamente el 36% de la población. Estos registros cuentan con metodología validada por organismos internacionales, pero es importante fortalecerlos, mejorar su calidad y

ampliar su número para potenciar el Registro Nacional Integrado de Cáncer.
(4)

Se incrementó en el 2012 en 31 % con una incidencia de 5400 nuevos casos de cáncer de mujeres al año y más de 2700 mueren por causa de esta enfermedad. (5)

Primera causa de muerte en mujeres a nivel nacional y segunda en frecuencia en la población. La tasa de incidencia nacional es de 34.5 por 100,000 mujeres (4446 casos nuevos) y la tasa de mortalidad es de 16.3 por 100 mil. (2098 mujeres)⁽⁶⁾

Según el Ministerio de Salud del Perú (MINSA) tiene una curva de incidencia con crecimiento exponencial a partir de los 35-39 años de edad y un pico a los 55 años. Los estudios de la historia natural de la enfermedad han determinado que la enfermedad en su etapa pre invasoras por 10-15 años, por lo que se puede detectar lesiones tempranas de CCU a partir del quinquenio entre 25-29 años. (7)

El papanicolau constituye una de las pruebas fundamentales para el descarte de cáncer de cuello uterino, en el 2013 de acuerdo al consolidado anual de la Diresa Ucayali en el área de estadística e informática se informa que se realizó 6140 tomas de papanicolau, para el año 2014 se tuvo una cifra de 7480 y el año 2015 se realizó 11810 muestras de papanicolau. (8)

Toda la información antes mencionada nos lleva a plantear la siguiente interrogante.

1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación se desarrollará en el Centro de Salud 7 de Junio; establecimiento de salud Nivel I – 3 que se encuentra ubicado en el Asentamiento Humano 7 de junio Jr. Los tulipanes MZ: 05 LT: 27, Localidad de Pucallpa, Distrito de Manantay, Provincia de Coronel Portillo, Departamento de Ucayali.

Las personas que participarán del estudio estarán conformados por las mujeres en edad fértil que acudirán a las consultas en el servicio de Gineco-obstetricia durante el mes de abril del 2017.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

1.3.1. PROBLEMA PRINCIPAL

- ¿Cuáles son los factores asociados a la realización del examen de Papanicolau en mujeres de 15 a 49 años, usuarias de los servicios de salud sexual y reproductiva del Centro de Salud 7 de Junio, abril 2017?

1.3.2. PROBLEMAS SECUNDARIOS

- ¿Cuáles son los factores demográficos asociados a la realización del examen de Papanicolaou en mujeres de 15 a 49 años, que acuden a los servicios de salud sexual y reproductiva del centro de Salud 7 de junio, abril 2017?
- ¿Cuáles son los factores gineco obstétricos asociados a la realización del examen de Papanicolaou en mujeres de 15 a 49 años, que acuden a los

servicios de salud sexual y reproductiva del centro de Salud 7 de junio, abril 2017?

- ¿Cuáles son los conocimientos sobre el cáncer de cuello uterino asociados a la realización del examen de Papanicolaou en mujeres de 15 a 49 años, que acuden a los servicios de salud sexual y reproductiva del centro de Salud 7 de junio, abril 2017?
- ¿Cuál es el porcentaje de mujeres de 15 a 49 años, que se realizaron el examen de Papanicolaou, entre las que acuden a los servicios de salud sexual y reproductiva del centro de Salud 7 de Junio, abril 2017?

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.4.1. OBJETIVO PRINCIPAL

- Identificar los factores asociados a la realización del examen de Papanicolau en mujeres de 15 a 49 años, usuarias de los servicios de salud sexual y reproductiva del Centro de Salud 7 de junio, abril 2017.

1.4.2. OBJETIVOS SECUNDARIOS

- Determinar los factores demográficos asociados a la realización del examen de Papanicolaou en mujeres de 15 a 49 años, usuarias de los servicios de salud sexual y reproductiva del centro de Salud 7 de Junio, abril 2017.
- Establecer los factores gineco obstétricos asociados a la realización del examen de Papanicolaou, en mujeres de 15 a 49 años, usuarias de los servicios de salud sexual y reproductiva del centro de Salud 7 de Junio, abril 2017.

- Identificar los conocimientos sobre el cáncer de cuello uterino asociados a la realización del Papanicolaou en mujeres de 15 a 49 años, usuarias de los servicios de salud sexual y reproductiva del centro de Salud 7 de junio, abril 2017.
- Estimar el porcentaje de mujeres de 15 a 49 años, que se realizaron el examen de Papanicolaou, entre las que acuden a los servicios de salud sexual y reproductiva del centro de Salud 7 de junio, abril 2017.

1.5. HIPÓTESIS Y VARIABLES

1.5.1. HIPÓTESIS

El presente estudio no presenta hipótesis por tratarse de un estudio descriptivo exploratorio, para identificar cuáles son las variables independientes que se asocian o influyen en la variable dependiente.

1.5.2. VARIABLES

- **Variable Independiente**

Factores Asociados

- **Variable Dependiente**

Realización del examen de Papanicolau.

1.5.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	ASPECTOS O DIMENSIONES	INDICADORES
VARIABLE INDEPENDIENTE	FACTORES DEMOGRÁFICAS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Edad ✓ Grado de Instrucción ✓ Ocupación ✓ Estado Civil
	FACTORES GÍNECO OBSTÉTRICOS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Número de embarazos ✓ Tipo de partos ✓ Edad de inicio de relaciones sexuales ✓ Edad en el primer embarazo
	FACTORES ASOCIADOS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Concepto de cáncer de cuello uterino ✓ Virus que causa el cáncer de cuello uterino ✓ Vía de Transmisión ✓ Signos y síntomas ✓ Existe tratamiento oportuno ✓ Conoce sobre factores de riesgo: <ul style="list-style-type: none"> • Inicio temprano de la actividad sexual • Antecedentes familiares de cáncer de cuello uterino • Tener más de una pareja sexual • Consumo de alcohol y tabaco

		<ul style="list-style-type: none"> • Relaciones sexuales sin preservativo. • Parto en la adolescencia ✓ Conocimientos sobre prevención: <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra el PVH • Orientación sobre el cáncer de cuello uterino • Uso del preservativo • Estilos de vida saludables ✓ Conocimientos sobre detección: <ul style="list-style-type: none"> • Examen de Papanicolaou • En que etapa se realiza • Momento del ciclo menstrual en el que se realiza • Cada cuanto tiempo se realiza
VARIABLE DEPENDIENTE REALIZACIÓN DEL EXAMEN DE PAPANICOLAO	PORCENTAJE DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS QUE SE REALIZARON EL EXAMEN DE PAPANICOLAOU	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Usuaris que se realizaron el examen ✓ Usuaris que nunca se realizaron el examen

1.6. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Descriptivo: Porque se describirán las características en las unidades de estudio.

De Asociación: Porque se evaluará a través de prueba estadística si existe asociación entre las variables de estudio.

Prospectivo y transversal: Porque se registrará la información luego de la planificación y según van ocurriendo los fenómenos y finalmente transversal porque la unidad de muestra será tomada en una sola oportunidad⁽⁵³⁾

1.6.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Descriptivo, porque se pretende describir el objeto de estudio, que son los factores que se asocian o influyen en la decisión de las usuarias del centro de salud para realizarse el examen de Papanicolaou para la detección del cáncer de cuello uterino. Se describirá el fenómeno investigado indicado y enumerando sus propiedades y rasgos principales y si se refleja en el hecho de la realización del examen de Papanicolaou, por parte de las unidades de estudio o análisis⁽⁵³⁾

1.6.3. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

Cualitativo por que las variables serán medidas sólo en frecuencias, para luego mediante prueba estadística buscar la asociación. ⁽⁵³⁾

1.7. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

1.7.1. POBLACIÓN

La población de mujeres de 15 a 49 años, de la jurisdicción del centro de salud 7 de junio, considerada para el cálculo de la muestra de estudio fue el número de 2432 que se atendieron en el año 2016, las mismas que tienen la posibilidad de haber recibido la orientación sobre la importancia del Papanicolaou y también se les realizó el examen a un número de ellas.

1.7.2. MUESTRA

La muestra del estudio fue calculada con la formula de población conocida:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{E^2(N-1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde:

- n= Tamaño de la muestra
 - N= 2432 mujeres de 15 a 49 años de edad
 - Z= Nivel de confianza 95% = 1,96
 - p= probabilidad de acierto en este caso el valor será 0,75 el 75%.
 - q = probabilidad de no acierto que será 0,25 el 25%.
 - E = error máximo permitido que será del 5% e igual a 0,05.
- Reemplazando los valores tenemos:

$$n = \frac{(1,96)^2 \cdot 0,75 \times 0,25 \times 2432}{(0,05)^2(2431) + (1,96)^2 \times 0,75 \times 0,25}$$
$$n = \frac{1751.76}{6.0775 + 0.7203}$$
$$n = \frac{1751.76}{6.7978} = 257.69 = 258$$

La muestra se constituyó de 258 mujeres de 15 a 49 años de edad que acudieron a los servicios de salud sexual y reproductiva del Centro de 7 de Junio en el mes de abril 2017.

1.7.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Mujeres de 15 a 49 años
- Mujeres que hayan iniciado actividad sexual.
- Mujeres que acepten participar voluntariamente del estudio y firmen el consentimiento informado.
- Mujeres sin diagnóstico de cáncer de cuello uterino.

1.7.4. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Mujeres menores de 15 años y mayores de 49 años.
- Mujeres que no hayan iniciado su actividad sexual.
- Mujeres que no deseen participar

1.8. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1.8.1. TÉCNICAS

Se aplicará una encuesta a las mujeres de 15 a 49 años de edad que se atenderán en el Centro de Salud 7 de junio, mediante preguntas orientadas a datos semográficos, gineco obstétricos y de conocimientos sobre el cáncer de cuello uterino, en lo referente a conocimientos generales, factores de riesgo, prevención y detección.

Previamente se solicitó a la Gerencia del Centro de Salud 7 de Junio y a la Jefatura de Salud Sexual y Reproductiva, la autorización necesaria para el levantamiento de la información.

Se abordó y explicó a las mujeres en edad de 15 a 49 años sobre el objetivo de la encuesta, y por su deseo de participar se le solicitó la firma del consentimiento informado, luego de obtenida la información se procedió al procesamiento de los datos a través del programa de Excell 2011, los resultados se analizaron e interpretaron a través de tablas y gráficos.

1.8.2. INSTRUMENTOS

Para la recolección de la información se elaboró un cuestionario por parte de la investigadora, que permitirá acceder a información demográfica y gineco obstétrica y de conocimientos, relacionados al programa de cáncer de cuello uterino. La encuesta tiene las siguientes características:

La primera parte:

- a. Datos sobre factores demográficos y antecedentes gineco obstétricos, entre los que se encuentran si se realizó el examen de Papanicolaou. Consta de 9 ítems.

La segunda parte:

- b. Información sobre conocimientos que poseen las usuarias sobre el cáncer de cuello uterino en relación a etiología, factores de riesgo, prevención y detección.

Para calcular la confiabilidad de la encuesta, luego de una prueba piloto se utilizó el método de Kuder Richardson que es similar a la de Alfa de Cronbach, pero que se aplica a ítems dicotómicos. Con un índice de 0.97 de confiabilidad.

El instrumento para la recolección de los datos para el estudio ha sido elaborada en forma riguroza siguiendo el orden de los objetivos del estudio y un constructo de acuerdo a la teoría del cáncer de cuello uterino y conceptos que se transmiten en la consejería y difusión sobre temas del cáncer de cuello uterino y deben conocer las usuarias. No se sometió a juicio de expertos, debido a que se llegó a niveles óptimos de confiabilidad.

1.9. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

El cáncer de cuello uterino (CCU), de cérvix o simplemente cérvico-uterino, es uno de los principales problemas de salud pública en el mundo, el cual es considerado como la causa más frecuente de morbi-mortalidad, en cuanto a cáncer ginecológico, seguido por el cáncer de mama, con un 86% de casos y un 88% de muertes en países en vías de desarrollo; porcentajes que se incrementarían para el año 2025 si no mejorar los programas de prevención (9).

Así también permitirá contar con información clave e identificar las brechas existentes en las variables estudiadas, la misma que revertirá en la preparación de las mujeres, generando un cambio en su actitud y prácticas en favor de la salud sexual y reproductiva de la población femenina, desde ya, la contribución teórica se centra en la ausencia de investigaciones locales sobre el tema, lo que exige la declaración de bases conceptuales y /o constructos que guiaran el trabajo del obstetra

El obstetra que labora en el primer nivel de atención contribuye de manera importante, mediante el desarrollo de actividades preventivo-promocionales, el cual presenta una creciente incidencia, por lo que constituye un problema de salud reproductiva en la mujer.

El presente trabajo de investigación es importante porque mediante él se podrá contribuir al desarrollo de las actividades preventivo promocional, en el proceso de concientizar a las mujeres en edad fértil a tener responsabilidad de cuidar su salud, enfatizando el riesgo para su salud en desarrollar cáncer de cuello uterino , Siendo este un problema de salud reproductiva en la mujer, especialmente para los países en desarrollo, como es nuestro país y por ende nuestra ciudad, que conlleva a consecuencia

negativas para los grupos vulnerables como son las mujeres en edad fértil sexualmente activas. Se debe tener en cuenta los conocimientos que presenta la población en estudio ya que contribuye a mejorar la calidad de vida de las personas.

Por lo tanto la presente investigación pretende abordar a las mujeres en edad fértil y de esta manera conocer aspectos importantes sobre el CCU. Así mismo tiene como finalidad de conocer los conocimientos sobre el CCU, desarrollar hábitos saludables, mediante la educación e información sobre la importancia del examen de Papanicolaou, como uno de los métodos oportunos para prevenir el CCU.

La población en estudio tiene sus propias costumbres características culturales, por lo que es fundamental conocer los conocimientos, como uno de los pilares principales para fortalecer las políticas de promoción y prevención.

Esta investigación además servirá para potencializar la participación y conexión al examen de Papanicolaou en mujeres en edad fértil mediante las modificaciones de las costumbres, creencias y mitos los cuales se realizara dando capacitaciones frecuentes utilizando material didáctico, que brinde información sobre la importancia del CCU y la toma de Papanicolaou, obteniendo como resultado a corto o largo plazo aumento en la cobertura y disminución de la morbi-mortalidad por CCU.

El beneficio directo será para la población del C.S. 7 de junio, en el grupo de MEF brindándoles información sobre los conocimientos del cáncer del cuello uterino, sobre las lesiones pre malignas y tratamiento oportuno y así mejor la calidad de vida de la MEF, reduciendo el impacto a nivel de gobierno, social y familiar.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

León S, Calli R. Factores relacionados con el examen de Papanicolaou y la mortalidad por cáncer de cuello uterino en Argentina. Rev.Arg Salud Pública. 2013; 4(5): 20 – 25. **Objetivo:** Estimar la relación que tiene la realización de Papanicolaou, por un lado, con los factores socio-demográficos y, por el otro, con la mortalidad por cáncer de cuello uterino. **Material y Método:** Se efectuó un estudio de corte transversal y de tipo ecológico. Las variables analizadas fueron: proporción de realización de Papanicolaou, edad, cobertura de salud, necesidades básicas insatisfecha (NBI), nivel de instrucción y estado civil. Se realizó un análisis bivariado y multivariado, calculando OR e IC 95%. Se consideró la asociación con $p < 0.05$. **Resultados:** Tomando como referencia basal al grupo de 18 a 24 años, presentaron más chances de realizarse Papanicolaou las mujeres de 25 – 34 años [OR 2,56 (IC 95%: 2,31-2,84)] de 35 – 49 [OR 2,95 (IC 95%: 2,67 – 3,26)], DE 50 – 65 [OR 1,89 (IC 95%: 1,71 – 2,09)] y de 66 o más [OR 0,63 (IC95%: 0,57 – 0,70)]. Presentaron más chances de no realizarse Papanicolaou las mujeres con NBI [OR 1,71 (IC 95%: 1,58 – 1,86)], sin

instrucción [OR 4,12 (IC 95%: 3,29 – 5,19)], sin cobertura de salud [OR 1,47 (IC 95%: 1,37 – 1,57)] y sin unión estable [OR 2,0 (IC 95%: 1,98 – 2,12)]. La tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino en 2010 fue de 14,8 por 100 000 mujeres. La correlación entre tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino y realización de Papanicolaou fue de $\beta_1 = -0,20$, IC95%: -0,39 a -0,01, $R^2: 0,17$. **Conclusiones:** Los factores socio-demográficos analizados están asociados con la realización de Papanicolaou. A mayor proporción de exámenes, se reduce la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino. ⁽¹⁰⁾

Truzzi PD. Grado de conocimientos y prevalencia en la realización del examen de Papanicolaou [Tesis para optar el grado de Médico Cirujano]. Rosario, Argentina: Universidad Abierta Interamericana, 2013. **Objetivo:** Determinar el nivel de instrucción de las pacientes que participan en el estudio. Comprobar cómo influye el mismo según, los diferentes grados de conocimientos. Comprobar, según la edad, cuantas pacientes se realizan el examen de Papanicolaou. Conocer con qué frecuencia se realizan el Papanicolaou las pacientes que concurren al Centro de Salud. Establecer las razones del porqué se lo hicieron o del porqué no se lo hicieron al examen. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo, observacional, de corte transversal, que se realizó en el período correspondiente entre los meses de Agosto y Diciembre del 2012, mediante una encuesta realizada en la sala de espera a mujeres seleccionadas al azar entre las concurrencias al centro de salud N 20 – Nuestra Señora de la Esperanza, ubicado en la intersección de las calles Superí y Pizzurno en la zona noroeste de la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fé – Argentina. **Resultados:** De entre las 190 mujeres encuestadas, 79% afirma haber escuchado hablar alguna vez sobre el examen de Papanicolaou. Los niveles de instrucción Medio-Bajo, predominaron en respuestas erróneas o negativas. Un 62% afirma haberse hecho el Papanicolaou. Entre los motivos más destacados del porque nunca se hicieron el examen, un 3% refirió no tener conocimiento alguno sobre la existencia del mismo. **Conclusión:** Un 62% afirmó haberse realizado alguna

vez en su vida el Papanicolaou. Su mayor prevalencia de utilización (33%), se concentra entre los 24 y 31 años. Alarmantemente, un 26% desconoce plenamente el motivo por el cual se lo realizó. Más de la mitad de las participantes (58%) desconoce la finalidad preventiva del mismo. El 31% no tenía conocimiento alguno sobre su existencia. Los niveles de instrucción Medio-Bajo predominaron en respuestas erróneas o negativas. ⁽¹¹⁾

Malvina Páez B, María I. Rodríguez-Riveros, Elena Kasamatsu, Amalia Castro, Elizabeth Orué , Natalia Lampert, Mónica Ruoti , Mónica Sequera, Graciela Giménez, Laura Mendoza, Pamela Mongelós ,Adriana Valenzuela, María A. Leguizamón S. Su trabajo se realizó en mujeres de 12 Unidades de Salud Familiar (USF) de Bañado Sur-Asunción en el año 2012, con el **objetivo** de determinar conocimientos, actitudes y prácticas sobre virus del papiloma humano (VPH) y cáncer de cuello uterino en mujeres de 12 Unidades de Salud Familiar (USF) de Bañado Sur-Asunción, periodo abril-octubre 2012. **Metodología:** Estudio descriptivo de corte transversal, utilizando cuestionario estructurado auto administrado. **Resultados:** La edad promedio de las encuestadas fue 42 años, la mayoría en unión libre o casadas (70%); 65% tienen educación básica y media, 56% son amas de casa. El 83% tienen seguro médico; 78% escuchó hablar sobre cáncer de cuello uterino, 74% de éstas en los centros de salud. El 10% de las encuestadas conoce el VPH y lo relaciona con la enfermedad, 90 % escuchó hablar sobre la prueba de Papanicolaou, el 27 % de ellas sabe en qué consiste; 90% de las mujeres demostró actitud favorable y 56% prácticas favorables respecto a la prevención de la enfermedad. **Conclusión:** El estudio permite conocer la percepción que tiene una población de mujeres de un barrio marginal de la capital del país, respecto al cáncer de cuello uterino y el principal factor de riesgo que lo produce, a fin de incrementar la prestación de servicios de prevención de este tipo de cáncer, además de propiciar el trabajo interinstitucional e intersectorial en la prevención y control de la enfermedad en el país. ⁽¹²⁾

Christian Adrián López-Castillo, Manuel Alejandro Calderón, María Mercedes González de S. Su trabajo realizado en un barrio de la comuna 10 de Armenia en el año 2012 , con el objetivo de Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas frente al cáncer de cuello uterino de las mujeres entre 14 y 49 años de un barrio de la comuna 10 de Armenia, Colombia. **Materiales y métodos:** Estudio de corte transversal, con muestreo por conveniencia. **Resultados:** En total se entrevistaron 100 mujeres. En la distribución por edad la media fue de 27,22 años. La mayoría tenían SIS BEN 1 (76%). El 89% de las mujeres encuestadas tenían poco conocimiento sobre cáncer de cuello uterino. El 51% tenían claro cómo se previene el cáncer de cuello uterino. El 88,8% de mujeres que habían tenido relaciones sexuales se había tomado alguna vez la citología. Existe una relación significativa ($p < 0.05$) entre el bajo conocimiento sobre la prevención, detección y periodicidad de la toma de la citología y las edades más bajas. **En conclusión,** este estudio nos permite conocer la forma en que adoptan los conocimientos sobre cáncer de cuello uterino, las mujeres encuestadas en edad reproductiva de un barrio de Armenia de la comuna 10 de Armenia, lo que eventualmente podrá alertar a las autoridades de salud para que realicen campañas preventivas sobre esta patología y especialmente sobre la difusión en esta población de la citología vaginal como medida de tamizaje del cáncer de cuello uterino.⁽¹³⁾

José Ramón Urdaneta Machado, María Lorena Nava Suarez, José García, Maritza Cepeda de Villalobos, Nasser Baabel Zambrano, Jenny Salazar, Alfi Contreras Benítez, Andrea Mujica Arriaz. Su trabajo realizado en Maternidad “Dr. Armando Castillo Plaza” en el año 2013, con el objetivo de Relacionar el nivel de conocimiento acerca del cáncer cérvico-uterino con los hallazgos encontrados en citologías cérvico-vaginales de mujeres pertenecientes a estratos sociales bajos atendidas en la consulta ginecológica de la Maternidad “Dr. Armando Castillo Plaza”. **MÉTODO:**

Investigación correlacional se estudiaron 50 mujeres pertenecientes a estratos socioeconómicos bajos; a quienes se les aplicó cuestionario para la evaluación del nivel de conocimiento acerca del cáncer y se les tomó una muestra para citología cérvico-vaginal, la cual fue teñida con tinción de Papanicolaou. **RESULTADOS:** La mayoría de las mujeres demostraron un nivel de conocimiento suficiente (64 %), siendo la puntuación promedio arrojada por el cuestionario de $16,02 \pm 03,14$ puntos. Aunque, la mayor parte de las pacientes presentaron hallazgos citológicos anormales (80 % infecciones, 32 % lesiones intra-epiteliales de bajo grado y 10 % de alto grado), no se encontró relación significativa entre los estratos socioeconómicos con el nivel de conocimiento acerca del cáncer ($P > 0,05$) o con los hallazgos citológicos ($P > 0,05$), ni tampoco entre los Hallazgos citológicos y el nivel de conocimiento; no estando estas expuestas a un mayor riesgo de presentar una lesión pre maligna de bajo (OR [IC95 %]= 0,416 [1,122-1,420]; $P > 0,05$) o alto grado (OR [IC95 %]=1,142 [0,188-6,949]; $P > 0,05$) por tener un menor nivel de conocimiento sobre la enfermedad. **CONCLUSIÓN:** No existe una asociación significativa entre el nivel de conocimiento y los hallazgos citológicos en las mujeres pertenecientes a estratos socioeconómicos bajos evaluadas. ⁽¹⁴⁾

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

Palma Flores, Jenny Elizabeth en su trabajo realizado en el C. S. Leonor Saavedra –San Juan de Miraflores en el año 2011, con el objetivo Determinar las prácticas preventivas del Cáncer Cérvico-uterino en las usuarias del Centro de Salud Leonor Saavedra, Enero a marzo 2011. **Material y método:** Estudio descriptivo, de corte transversal. Pacientes: Mujeres en edad fértil, de 20 a 49 años que acudan al consultorio de Ginecología y Obstetricia. Intervenciones: Cuestionario estructurado llenado en entrevista, durante los meses de enero, febrero y marzo del 2011. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS versión 19.00.Obteniendo

como **resultado** perfil de la usuaria que acude al C. S. Leonor Saavedra es mujer de 32 años, conviviente (52,4%), con nivel secundario (54,8%), ama de casa (54,8%), que vive con sus hijos y su pareja (70,2%), de religión católica (73,0%), cuyos ingresos mensuales son menores a los S/. 1000 (61,3%). Entre las prácticas de prevención primaria del Cáncer Cérvico-uterino relacionadas con la conducta sexual, tenemos: Sólo el 26,9% ha retrasado el inicio de relaciones sexuales hasta los 20 años, el 43,7% limita el número de compañeros sexuales a uno, el 72,1% conoce las características sexuales de su pareja, el 73,9% ha evitado el contagio de Infecciones de Transmisión Sexual, el 88,2% ha evitado el uso prolongado de pastillas anticonceptivas, sólo el 12,2% usa siempre preservativo en sus relaciones sexuales. Respecto a las relacionadas con la reproducción tenemos: El 41,9% ha retrasado su primer parto hasta los 22 años, el 81,9% ha limitado el número de partos vaginales a uno o dos. El 91,9% ha evitado el consumo de tabaco, el 57,3% se alimenta balanceadamente, y sólo el 32% tiene algún conocimiento sobre el Papiloma Virus Humano. En cuanto a las prácticas de prevención secundaria tenemos: El 84,9% se ha realizado el Papanicolaou; de las cuales sólo el 11,1% se lo realizó después de iniciar su vida sexual, sólo el 34,6% se lo realiza cada año, el 67,8% se ha realizado su última prueba hace menos de un año, el 30,8% se la ha realizado más de seis veces, el 86,1% conoce el resultado de su último Papanicolaou, y sólo el 36,1% conoce el propósito de la prueba. **Conclusiones:** La mayoría conoce las características sexuales de su pareja, y limita el número de partos vaginales; además han evitado el contagio de Infecciones de Transmisión Sexual y el uso prolongado de píldoras como prevención primaria. En cuanto a la toma de Papanicolaou, la mayoría se la ha realizado como prevención secundaria. ⁽¹⁵⁾

Solís Villanueva, Nelly en su trabajo realizado en 23 comunidades del distrito de Chimbote en el año 2014, con el objetivo del presente estudio es describir y analizar los conocimientos, actitudes y prácticas que influyen en la aplicación del test Papanicolaou en las mujeres en edad fértil del distrito de Chimbote en junio-julio del año 2014, **Material y Método:** es descriptivo-cuantitativa; para la recolección de la información se utilizó un diseño simple de una sola casilla de corte transversal y se analizaron las respuestas de 2701 mujeres encuestadas provenientes de 23 comunidades. Los **resultados** concluyen que solo el 44% de las encuestadas tienen conocimiento sobre la prueba. Además, aunque el 85% muestra una actitud favorable, ello no se refleja en la práctica, donde el 69% no tiene un comportamiento adecuado y rutinario frente la toma de Papanicolaou. **Conclusiones:** Que las mujeres chibotanas a pesar de no contar con conocimientos sobre la toma de Papanicolaou, existe predisposición favorable en las actitudes; sin embargo, persiste algunas diferencias en la práctica y la decisión de la toma de la prueba. ⁽¹⁶⁾

Corazza,Rita, en su trabajo realizado en Churcampa (Huancavelica, Perú) y Ferrara (Emilia Romagna, Italia), en el año 2014, con el objetivo describir las prestaciones de salud en los establecimientos de Churcampa (Huancavelica, Perú) y Ferrara (Emilia Romagna, Italia), y que conocimientos, actitudes y prácticas tienen las mujeres en edad fértil, sobre la toma del Papanicolaou, de la comunidad de Churcampa en el periodo Mayo-Octubre del 2014. **Material y método** : Tipo cualitativo por la parte de comparación y descripción de las diferentes realidades, y de tipo cuantitativo por describir el conocimiento, la actitud y la practica en Churcampa. Para la investigación cuantitativa se utilizó un cuestionario para medir el conocimiento, la actitud y la práctica de las mujeres de Churcampa sobre el Papanicolaou, el universo está constituido por el total de mujeres en edad fértil (100 MEF) en edades de 15 a 49 años, que radican en el ámbito geográfico de Churcampa distrito de Huancavelica, es una muestra no probabilística por cuota. Para el estudio

cualitativo se trabajó revisando la literatura y los protocolos utilizados en el Hospital Santa Ana de Ferrara y en el Centro de Salud de Churcampa, y comparados mediante una check-list. Obteniendo como **resultado** que: A través del presente estudio se han podido evidenciar las diferencias entre la realidad de Italia y de Perú. Por el estudio del perfil epidemiológico de las dos provincias estudiada, según el informe AIRTUM 2010 (registro de cáncer asociación italiana), la prevalencia desde primero de enero del 2006, de las mujeres con cáncer de cuello uterino en la región Emilia Romana es 3.069 casos, de los cuales 457 en la provincia de Ferrara. Las tendencias de la incidencia mostraron una disminución anual del -4,5% entre 1991 y 2006. En la Provincia de Churcampa, de la región de Huancavelica, según la estima de la Dirección General de Epidemiología del MINSA de Perú, la región Huancavelica entre el año 2006 y 2011 ha presentado 95 casos de cáncer de cuello del útero. Es importante recordar que las estima deben ser proporcionadas a la población, Italia cuenta con 59 millones de habitantes, Perú 30 millones, la región Emilia Romana 4 millones y 400mil, Huancavelica 37 mil habitantes. Un otro factor a tener en cuenta es, por cuanto he podido observar con la experiencia empírica en Churcampa y en Ferrara, el número de mujer que se someten a la toma del Papanicolaou, un número mucho más elevado en Ferrara porque llamadas mediante correo y por cultura. Los procedimientos utilizados por la toma de PAP, son diferentes en Churcampa y en Ferrara, en la primera se utiliza la técnica convencional y en la segunda se utiliza la técnica más avanzada en fase líquida, donde se puede buscar también el ADN viral. En Italia la prueba de PAP debe ser realizada por todas las mujeres de edades comprendidas entre 25 y 64 años, cada tres años. De acuerdo con la evidencia científica disponible es este el tiempo de intervalo máximo de beneficios de detección para reducir al mínimo los costos y visitas necesarias. En Perú la toma de Papanicolaou se debe hacer a todas las mujeres con edad comprendida entre los 30 y 49 años que hayan tenido relaciones coitales con un intervalo entre uno y lo otro que no debe ser mayor de tres años. Será a criterio del profesional de salud la evaluación

para hacer la toma en mujeres en menor de 30 años y mayor de 49. Es bien recordar que en casi todo el Perú los profesionales han adoptado la técnica de tomar la muestra con frecuencia anual y a todas las mujeres que han tenido relaciones sexuales aun no es especificado en la norma. Por los tratamientos utilizados no se han evidenciados grandes diferencias entre las dos Provincias. Con el trabajo cuantitativo se logró establecer relaciones significativas entre el conocimiento del Papanicolaou, la actitudes y la práctica efectiva, en las mujeres de Churcampa se evidenció que solo un 45% tiene un buen conocimiento sobre los seis reactivos analizados, el 82% de las mujeres resulto que conoce que es un examen del cuello del útero, el 61% a la pregunta sobre donde se saca la muestra respondió correctamente y el 39% no sabía el sitio anatómico. El 77% declaró que el examen servía para detectar el cáncer del cuello del útero y el 65% respondió correctamente las medidas de prevención del cáncer Cérvico-uterino frente al 35% que no lo hizo. Pocas mujeres saben cuándo no se pueden efectuar la muestra, solo el 32% sabía que si una mujer esta menstruando, si ha tenido relaciones sexuales o se ha puesto cremas o óvulos vaginales el día anterior no puede tomarse el Papanicolaou mientras que el 68% no conocía. Más o menos la mitad de la muestra (53%) conoce la frecuencia correcta de tiempo entre la cual se debe tomar el examen, cada año, el 47% no conoce. En cuanto a la actitud casi todas (92%) declaran tener una actitud favorable sobre la toma del Papanicolaou. y solo el 8% declara de no tener una predisposición favorable. Estos resultados indicarían que la tasa de tomas realizada tendría que ser más alta de la que hay en este Centro de Salud. Así mismo se evidencia una diferencia entre actitud y practica porque en la encuesta más o menos la mitad (54%) practica correctamente y frecuentemente la toma y el 46% no la práctica. **Conclusión:** Hay una discordancia entre la actitud y la práctica efectiva en la población en estudio.

(17)

Macha Julián ,Aydee Zandra , Quiroz Díaz, Nicolas Augusto en su trabajo realizado barrio Cerrito de la Libertad, distrito de Huancayo en el año 2015, con el **objetivo:** describir el conocimiento, actitudes y prácticas hacia la toma del Papanicolaou en mujeres de edad fértil del barrio Cerrito de la Libertad, distrito de Huancayo en el año 2015. Metodología: para alcanzar el objetivo propuesto se desarrolló una investigación de tipo cuantitativo y nivel descriptivo, con diseño simple de una casilla y de corte transversal. La población muestral estuvo compuesta por 132 mujeres en edad fértil, a quienes se les aplicó un cuestionario estructurado para medir el conocimiento, actitudes y prácticas hacia la toma del papanicolaou. **Resultados:** El 59,84 % de mujeres desconocen aspectos básicos referentes a la prueba del papanicolaou; en cuanto a la actitud, en un 90,91 % es favorable; en sus prácticas hacia la toma de la prueba del papanicolaou es no aceptable en un 56,81 %. **Conclusiones:** La mayoría de mujeres desconoce el momento idóneo para realizarse la prueba del papanicolaou, aunque tienen una actitud favorable para realizarse la prueba; en cuanto a la práctica, más de la mitad (56,81 %) no practica la prueba en el momento adecuado ni recogen sus resultados.⁽¹⁸⁾

Roque Agapito, Katherine Cecilia en su trabajo realizado Centro de Salud San Fernando en el año 2014, con el Objetivo: determinar la relación entre los conocimientos y las actitudes sobre cáncer de cuello uterino con la toma de Papanicolaou en las usuarias que acuden al Centro de Salud San Fernando durante el periodo de Julio- Agosto del 2014. **Metodología:** estudio observacional, analítico-correlacional, prospectivo de corte transversal. Se entrevistó un total de 148 usuarias atendidas en el Centro de Salud San Fernando-Agustino, evaluando en ellas el nivel de conocimientos y actitudes sobre el cáncer de cuello uterino y si esto influye en la toma de Papanicolaou durante el año 2014. Los datos obtenidos se registraron en el programa Statistics SPSS v.21. Para evaluar el grado de asociación, se utilizó la prueba Chi-cuadrado, con un nivel de confianza (IC) del 95%,

considerándose significativo un valor $p \leq 0.05$. **Resultados:** de 148 usuarias con edades comprendidas entre 20-59 años, el 62.8% se realizó examen de Papanicolaou en los tres últimos años, mientras que el 37.2% refiere que no se lo realizó en más de tres años o nunca lo hizo, siendo los motivos por falta de tiempo (41.9%) o por temor (25.8%). Respecto al nivel de conocimiento sobre cáncer de cuello uterino en la población total fue: el 58.8% alcanzó un nivel “Medio” y el 20.9% “Bajo” y frente a las actitudes el 83.8% tuvo un actitud “Negativa” y el 16.2% “Positiva”. El nivel de conocimientos sobre cáncer de cuello uterino en las usuarias que si se realizaron el Papanicolaou fue “Medio” en un 50.5% y “Alto” en 25.8% comparado con las usuarias que no se realizaron el Papanicolaou que obtuvieron un nivel “Medio” en un 72.7% y “Alto” en un 10.9%, existiendo una diferencia estadísticamente significativa ($p=0.023$). Las actitudes frente al cáncer de cuello uterino en las usuarias que si se realizaron el Papanicolaou fueron “Negativas” en el 81.7% comparado con las usuarias que no se realizaron el Papanicolaou que fueron “Negativas” en un 87.3%, no existiendo una diferencia estadísticamente significativa ($p=0.376$). Las usuarias con una actitud “Positiva” frente al cáncer de cuello uterino, tuvieron un nivel de conocimientos “Medio” en el 70.8% y “Alto” en el 25% comparado con las usuarias con actitud “Negativa” que tuvieron un nivel “Medio” en el 56.5% y “Bajo” en el 19.4%, existiendo entre estos valores cierta significancia ($p=0.087$). **Conclusiones:** Existe relación significativa entre los conocimientos sobre cáncer de cuello uterino y la toma de Papanicolaou ($p=0.023$), sin embargo no se determinó relación entre las actitudes sobre el cáncer de cuello uterino y la toma de Papanicolaou ($p=0.376$), observándose una actitud negativa tanto en el grupo de pacientes que se tomaron y no se tomaron el Papanicolaou. ⁽¹⁹⁾

2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES

Arévalo Linares, Deysi en su trabajo realizado Hospital Regional de Pucallpa en el periodo noviembre del 2013 a noviembre del 2014, con el Objetivo : Determinar los conocimientos, actitudes y practicas sobre el Examen de Papanicolaou en las adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo noviembre del 2013 a noviembre del 2014. **Metodología:** El presente trabajo es de tipo cuali cuantitativo, nivel aplicativo método descriptivo exploratorio. Se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento de recolección de datos un cuestionario, el cual fue aplicado a 203 adolescentes de 12 a 19 años atendidas en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa. **Resultado:** Se entrevistaron a 203 adolescentes, 64% de ellas mostraron un nivel regular de conocimiento, mientras que el 29% tuvieron un nivel malo de conocimiento; 56% presentaron una actitud indiferente y un 39% una actitud negativa. Con respecto a las practicas presentan variadas particularidades como que el 65% indica la edad de inicio de actividad sexual entre 16 – 19 años, el número de parejas sexuales manifestado es en su mayoría de 2 a 4 con un 56%, el 91% usa de MAC, siendo el inyectable el de mayor uso, por otro lado el 51% ya experimento una gestación y que el 07% indica haber cursado una segunda gestación; el 17% indica haberse realizado el examen, de ellas conocen sus resultados el 10%; y de la coyuntura para realizarse el examen fue por iniciativa propia y porque habla campaña gratuita. **Conclusiones:** Por el presente estudio podemos concluir que cerca de la mitad de la población adolescentes tiene un nivel de conocimiento regular; así mismo estas adolescentes presentan una actitud indiferente y de las prácticas se reportan que el 96% son activas sexualmente, que el promedio de parejas sexuales es de 2 a 4; que la mayoría de ellas métodos anticonceptivos e incluso el 58% han experimentado embarazos; una pequeña proporción se ha realizado el examen y que la situación de mayor referencia para realizarse el examen fue por iniciativa propia. ⁽²⁰⁾

Meza Rengifo, Perla Milagros en su trabajo realizado Puesto de Salud Dos de Mayo, durante el periodo Enero-Diciembre 2013 , con el **Objetivo:** Determinar el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas respecto al examen de Papanicolaou en las usuarias del Puesto de Salud Dos de Mayo, durante el periodo Enero-Diciembre 2013. Material y Método: Se realizó una investigación de tipo descriptivo de corte transversal, no experimental, exploratorio de Conocimientos, Actitudes y Prácticas. Se seleccionó al azar de una población total de 572 usuarias en edad fértil que acuden al Puesto de Salud “Dos de Mayo”, con una muestra de 231 usuarias mediante una fórmula estadística. Se diseñó una encuesta para la evaluación del conocimiento, actitudes, prácticas de las usuarias en relación con el examen de Papanicolaou, obteniendo los **resultados** de una fuente de información primaria que fue la ficha de recolección de datos, que agrupa las variables de interés, se evaluó mediante la escala de Likert. La información obtenida se procesó mediante el programa estadístico de SPSS versión 21, posteriormente representada en tablas y gráficos. **Resultados y Conclusiones:** Las características sociodemográficas que presentaron las 231 usuarias encuestadas corresponde a usuarias jóvenes entre 18 y 29 años, con una media para la edad de 28 años que acuden al Puesto de Salud “Dos de Mayo”, la mayoría de las usuarias curso estudios con secundaria incompleta, las usuarias se encuentran en estado conyugal de convivientes. La ocupación de la mayoría de las usuarias entrevistadas resulto que son amas de casa y se encontró un predominio a la religión católica. En relación a los antecedentes Gineco-obstétricos de las usuarias de estudio la mayoría son segundigestas con un promedio de más de 2 hijos, con relación a la vía del parto en las usuarias entrevistadas, la mayoría de ellas presentaron partos por vía vaginal, con un número de 2 a 3 hijos respectivamente, la mayoría de las mujeres del estudio refieren que nunca han presentado aborto, en relación al comportamiento de las infecciones de transmisión sexual en las mujeres entrevistadas un 42% refieren que no han

presentado infección de transmisión sexual, sin embargo cabe considerar que el 58% de las mujeres presentaron en algún momento de la vida enfermedades de transmisión sexual, dentro de los métodos anticonceptivos con mayor aceptación encontramos un 46% los anticonceptivos orales. Al analizar el conocimiento sobre la prueba de Papanicolaou la mayoría de las mujeres obtuvieron buenos conocimientos sobre el examen de Papanicolaou, conocen la utilidad de la prueba, reconocen la importancia de la consejería previa a la toma de la muestra, saben que se le debe de realizar a toda mujer que inicio vida sexual activa. Al analizar las actitudes de las usuarias, el resultado se calificó como adecuada o positiva en su mayoría sobre el examen del Papanicolaou es un aspecto positivo a tomar en cuenta para aumentar las coberturas de tamizaje, teniendo en cuenta que en alto porcentaje mostraron interés en tener mayor conocimiento sobre el mismo y en practicársela de manera periódica. De acuerdo con la clasificación de las prácticas, encontramos un mayor predominio de prácticas de riesgo intermedio, considerando que la mayoría de las usuarias se ha realizado alguna vez la prueba del Papanicolaou, con un predominio de más de 2 realizaciones del examen de Papanicolaou. En referencia a los factores asociados a la negación del examen del Papanicolaou se encontró con mayor frecuencia: la vergüenza y el miedo a la prueba y el no realizarse con un personal de sexo masculino, la mayoría de las mujeres recogen los resultados y los conocen habiendo recibido en su mayoría la información sobre el Papanicolaou por intermedio de un personal obstetra y por medio de una amiga, lo que arrojó como resultado que la mayoría las prácticas de las usuarias se clasificaron de riesgo intermedio.⁽²¹⁾

2.2. BASES TEÓRICAS

Definición de Cáncer

El cáncer es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células. El tumor suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo. Muchos tipos de cáncer se podrían prevenir evitando la exposición a factores de riesgo comunes como el humo de tabaco. Además, un porcentaje importante de cánceres pueden curarse mediante cirugía, radioterapia o quimioterapia, especialmente si se detectan en una fase temprana. ⁽²²⁾

Cáncer es el nombre que se da a un conjunto de enfermedades relacionadas. En todos los tipos de cáncer, algunas de las células del cuerpo empiezan a dividirse sin detenerse y se diseminan a los tejidos del derredor. El cáncer puede empezar casi en cualquier lugar del cuerpo humano, el cual está formado de trillones de células. Normalmente, las células humanas crecen y se dividen para formar nuevas células a medida que el cuerpo las necesita. Cuando las células normales envejecen o se dañan, mueren, y células nuevas las remplazan.

Sin embargo, en el cáncer, este proceso ordenado se descontrola. A medida que las células se hacen más y más anormales, las células viejas o dañadas sobreviven cuando deberían morir, y células nuevas se forman cuando no son necesarias. Estas células adicionales pueden dividirse sin interrupción y pueden formar masas que se llaman tumores. Muchos cánceres forman tumores sólidos, los cuales son masas de tejido. Los cánceres de la sangre, como las leucemias, en general no forman tumores sólidos. Los tumores cancerosos son malignos, lo que significa que se pueden extender a los tejidos cercanos o los pueden invadir. Además, al crecer estos tumores, algunas células cancerosas pueden desprenderse y moverse a lugares distantes del cuerpo por medio del sistema circulatorio o del sistema linfático

y formar nuevos tumores lejos del tumor original. Al contrario de los tumores malignos, los tumores benignos no se extienden a los tejidos cercanos y no los invaden. Sin embargo, a veces los tumores benignos pueden ser bastante grandes. Al extirparse, generalmente no vuelven a crecer, mientras que los tumores malignos sí vuelven a crecer algunas veces. Al contrario de la mayoría de los tumores benignos en otras partes del cuerpo, los tumores benignos de cerebro pueden poner la vida en peligro.⁽²³⁾

El cáncer es causado por una serie de mutaciones en los genes que controlan los mecanismos de crecimiento y división de las células. Estas mutaciones hacen que las células se dividan incesantemente o que pierdan su capacidad normal de morir. Algunas mutaciones son hereditarias, otras son causadas por factores ambientales como fumar o exposición a ciertos productos químicos, radiación o virus que dañan el ADN de las células.⁽²⁴⁾

Cuello Uterino

El cuello uterino es la parte fibromuscular inferior del útero. De forma cilíndrica o cónica, mide de 3 a 4 cm de largo y 2,5 cm de diámetro. La mitad inferior del cuello uterino, llamada hocico de tenca o porción vaginal, penetra en la vagina por su pared anterior, mientras la mitad superior queda por encima de la vagina.

El tamaño y la forma del cuello uterino varían según la edad, el número de partos y el momento del ciclo hormonal de la mujer. El de las mujeres que han tenido algún hijo es voluminoso, y el orificio externo se presenta como una ancha hendidura transversal. El orificio cervical externo de las nulíparas presenta el aspecto de una pequeña abertura circular en el centro del cuello uterino.

La porción supravaginal se une al cuerpo muscular del útero en el orificio cervical interno. La porción del cuello uterino exterior al orificio externo se llama exocérvix. Es la parte más fácilmente visualizable en la exploración con espéculo.

El espacio de la cavidad vaginal que rodea el cuello uterino se denomina fondo de saco vaginal, y se subdivide anatómicamente en fondos de saco laterales, fondo de saco anterior y fondo de saco posterior. Las ramas cervicales de las arterias uterinas descienden por las paredes laterales del cuello uterino en posición de las 3 y las 9 del reloj.⁽²⁵⁾

El endocérvix tiene muchas terminaciones nerviosas, que son escasas en el exocérvix. El cuello uterino está recubierto por epitelio escamoso estratificado no queratinizante y por epitelio cilíndrico. Estos dos tipos de epitelio confluyen en la unión escamoso-cilíndrica.

Normalmente el exocérvix está recubierto en gran parte por epitelio escamoso estratificado no queratinizante que contiene glucógeno. Es opaco, tiene muchas capas celulares (de 15 a 20) y es de color rosado pálido.

La maduración del epitelio escamoso del cuello uterino depende de la presencia de estrógeno, la hormona femenina. En ausencia de estrógeno no se producen maduración ni glucogénesis totales. En consecuencia, después de la menopausia, las células no maduran más allá de la capa parabasal y no se acumulan en capas múltiples de células planas. El epitelio se vuelve delgado y atrófico. A la inspección visual aparece pálido, con manchas Petequiales subepiteliales, por ser muy propenso a los traumatismos. ⁽²⁶⁾

Histología Cuello Uterino

El cuello uterino tiene dos porciones bien delimitadas: la que protruye dentro de la vagina: “el exocérvix”, y el canal endocervical.

El exocérvix está tapizado por un epitelio escamoso no queratinizado similar al epitelio vaginal. Este epitelio se divide en tres estratos:

- **El estrato basal / parabasal o estrato germinal**, constituido por una sola hilera de células basales que presentan núcleos alargados que se disponen en forma perpendicular a la membrana basal. Las células parabasales constituyen las dos hileras superiores y son células con

mayor cantidad de citoplasma y más grandes que las basales. Estas células son las encargadas del crecimiento y la regeneración epitelial.

- **El estrato medio o estrato espinoso**, formado por células que están madurando, se caracteriza por el aumento del tamaño del citoplasma. Los núcleos son redondos con cromatina finamente granular. Estas células son las llamadas intermedias en la citología exfoliativa. Ellas pueden tener glucógeno en su citoplasma y dar la imagen característica de una vacuola clara en el citoplasma.
- **El estrato superficial:** es el compartimento más diferenciado del epitelio. Las células son chatas, presentan abundante citoplasma y un núcleo picnótico característico. La función de estas células es de protección y evitar de infecciones. Su descamación se debe a la escasez de desmosomas.

Por debajo del epitelio escamoso se encuentra tejido conectivo con una fina vascularización que nutre al epitelio suprayacente. Además se pueden encontrar terminaciones nerviosas. En la edad reproductiva la acción de los estrógenos y de la progesterona produce el crecimiento, la maduración y la descamación del epitelio. Éste se renueva totalmente en 4 a 5 días y si se le agregan estrógenos en sólo 3 días.³ En la posmenopausia este epitelio se atrofia, disminuye su grosor y no se observan vacuolas de glucógeno intracitoplasmáticas.

La maduración normal de la edad reproductiva está ausente y este epitelio pierde su función de protección siendo frecuentes las infecciones y los sangrados.⁽²⁷⁾

El canal endocervical o endocérnix está formado por una hilera de células cilíndricas mucíparas que revisten la superficie y las estructuras glandulares. Estas estructuras glandulares son invaginaciones tortuosas del epitelio superficial, no son glándulas verdaderas. Las glándulas verdaderas

presentan diferentes tipos de epitelio en sus partes secretoras y en sus ductos. En el endocérnix el epitelio mucíparo es el mismo. La ramificación y los cortes determinan que estas ramificaciones presenten un aspecto nodular llamado Tunnel clusters. Las células cilíndricas presentan un núcleo basal con su eje perpendicular a la membrana basal y un citoplasma alto, finamente granular lleno de pequeñas vacuolas mucinosas. Estas vacuolas están constituidas por mucopolisacáridos, lo que puede apreciarse con la técnica de azul Alcian. También cabe observar células cilíndricas ciliadas – que se encargan del transporte del moco– y células argentafines, cuya función se desconoce.

Por debajo del epitelio cilíndrico mucíparo se encuentra una gruesa y desarrollada trama de vasos capilares en un estroma con mayor inervación que el exocérnix. Pueden hallarse tanto en el endocérnix como en el exocérnix folículos linfoides con o sin centros germinativos con células dendríticas, células de Langerhans, linfocitos T, responsables de la respuesta inmunitaria.

El moco producido por este epitelio también responde a estímulo hormonal. Los estrógenos producen estimulación de las células que dan como resultado un moco abundante, alcalino y acuoso que facilita la penetración espermática⁽²⁷⁾

La zona de transformación

La unión escamocolumnar es el punto en el cual el epitelio escamoso del exocérnix se une al epitelio cilíndrico mucíparo del endocérnix .

En el momento del nacimiento, el punto de unión entre el epitelio escamoso y el cilíndrico se encuentra en el orificio cervical externo y se denomina unión escamocolumnar original.

El desarrollo del cuello uterino durante la infancia y la pubertad produce su alargamiento con la consiguiente salida del epitelio mucíparo que forma un ectropión fisiológico. Éste presenta su máximo desarrollo durante la menarca y los primeros años de la vida reproductiva. Posteriormente este epitelio

mucíparo es reemplazado por un epitelio escamoso de tipo metaplásico. La unión entre este nuevo epitelio escamoso y el epitelio cilíndrico vuelve a encontrarse en el orificio cervical externo y se llama ahora unión escamocolumnar fisiológica o funcional. La zona comprendida entre la unión escamocolumnar original y la funcional se denomina zona de transformación. Está revestida por epitelio escamoso de tipo metaplásico y es el lugar de asiento de todas las lesiones precursoras del cáncer de cuello uterino. Todo lo anterior motiva la importancia de conocerla y estudiarla adecuadamente. Llamamos metaplasia escamosa al reemplazo del epitelio cilíndrico mucíparo por epitelio escamoso. Esto ocurre por dos mecanismos: por epitelización o crecimiento del epitelio escamoso en la zona de la unión y por proliferación de células de reserva que se diferencian hacia el epitelio escamoso. Este último proceso es generalmente llamado metaplasia escamosa cuando la metaplasia escamosa comienza a producirse las células de reserva son muy inmaduras y en general se debe establecer el diagnóstico diferencial con lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado. El resultado final de ambos procesos es un epitelio escamoso maduro que responde a los estímulos hormonales y en el que asientan las lesiones precursoras del cáncer de cuello uterino. ⁽²⁷⁾

Cáncer Del Cuello Uterino

El cáncer cérvicouterino, comienza en las células (generalmente en las escamosas) de la superficie del cuello uterino (parte inferior del útero), con el crecimiento o proliferación anormal y desordenada de las mismas evidenciado como un tumor maligno, que desemboca en la parte superior de la vagina, por su característica de invadir (metástasis) los tejidos adyacentes, facilitado por los factores propios o dependientes del huésped. Su desarrollo generalmente es muy lento, comienza como una afección precancerosa llamada displasia detectado por medio de una citología vaginal, y pueden pasar años para que se convierta en cáncer. Existen principalmente dos tipos de cáncer de cérvix: carcinoma escamoso en el 85% de los casos y

adenocarcinoma en el 15%. Se manifiesta de dos formas según su sintomatología: cáncer cérvicouterino no-agresivo, cuando las células anormales se limitan o se ubican solamente en la superficie del cérvix, y el cáncer cérvicouterino agresivo, cuando las células anormales se encuentran más profundamente en el cérvix o se han extendido más allá del cérvix a otros órganos o tejidos. ⁽²⁸⁾

Teorías Sobre el Cáncer Cérvicouterino

La necesidad de saber por qué ocurre la enfermedad sigue siendo una gran incógnita, sin embargo se han planteado algunas teorías que intentan explicarlo. Así tenemos:

- a) **Teoría del virus Cancerígeno:** propuesto por el estadounidense Peyton Rous en 1911 al descubrir un virus asociado al cáncer en pollos, es la más antigua y aún está en vigencia, pues actualmente se conoce que los virus de las hepatitis B y C pueden causar tumores en el hígado, así como se conoce que ciertas cepas del virus del papiloma humano producen cáncer de cuello uterino, que el virus HTLV-1 familia del VIH está vinculado a las leucemias y el virus Epstein-Barrestaría asociado a ciertas formas de linfomas y/o leucemias. Rous tenía razón y fue reconocido en 1966 con el Premio Nobel de Medicina.

- b) **Teoría del Oncogén:** propuesto por los estadounidenses Robert Huebner y George Todaro en 1969, postulando que había un gen en el organismo que se podía activar por los rayos X o por algún virus o agente cancerígeno y que podía ser responsable del cáncer cérvicouterino. Además, se ha descubierto que hay formas mutadas de genes que pueden inducir el cambio de células normales en células cancerosas y desde 1984 surge la teoría de la existencia de los denominados genes supresores de tumor, encargados de frenar el proceso de descontrol, que si fallan, pueden dejar que el cáncer avance.

- c) Teoría de la Inflamación:** donde tiene un papel protagónico el sistema inmune que defiende contra bacterias o virus, al generar una respuesta en forma de inflamación que puede favorecer o impedir el crecimiento de un tumor. Por ejemplo, el virus por papiloma humano puede producir inflamación crónica del cuello uterino y desencadenar en cáncer cérvicouterino.
- d) Teoría Génica:** surgido en la década de los noventa, postula que se produce una cascada de eventos que combinan mutaciones de ciertos genes y ausencia o inactivaciones de los genes supresores de tumores, y esa combinación trágica puede ser activada por virus, químicos, tabaco, dietas con grasas en exceso, radiación ultravioleta, y otros agentes que actuarían de la misma manera, sobre el código genético dañando algunos genes en el ADN genómico. Es decir, que para que se den las condiciones de que las células se reproduzcan y se vuelvan cancerosas hace falta ayuda del microambiente.⁽²⁸⁾
- e) La teoría del anti-oncogén o genes supresores de tumor:** Los oncogénes tendrían un efecto positivo o estimulador de la proliferación neoplásica y, en muchas circunstancias, también una importante participación en el ciclo celular normal. A partir de 1984, llamó la atención que tumores hereditarios como el retinoblastoma, el tumor de Wilms y otros, estuvieran asociados a la falta o inactivación de los dos alelos de un gen determinado. A estos genes ausentes o inactivados se los considera como anti-oncogénes o genes supresores de tumor, postulándose que su delección eliminaría un "freno" que mantendría la célula en el estado normal, con la consiguiente expansión clonal neoplásica. Este concepto de anti-oncogén se vió apoyado por experimentos muy anteriores, inexplicables en su momento: el hecho que la fusión de una célula normal con una neoplásica diera origen a un

híbrido normal, lo que sugería que a la célula transformada le faltaba algo. Poco a poco fue creciendo la lista de anti-oncogénes hasta ser casi más numerosa que la de los oncogénes, simulando un sistema génico homeostático. ⁽²⁹⁾

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A CÁNCER CERVICOUTERINO

Edad de la primera relación sexual.

El inicio temprano de las relaciones implica la aparición de múltiples compañeros sexuales. Se ha demostrado que en la adolescencia los tejidos cervicouterinos son más susceptibles a la acción de los carcinógenos, y de hecho, si existe un agente infeccioso relacionado, el tiempo de exposición a este será mucho mayor. El riesgo de lesión intraepitelial cuando el primer coito se tiene a los 17 años o menos es 2,4 veces mayor que cuando este se tiene a los 21 años (Bosch F X, 1995).

Características de la pareja sexual.

Diversos estudios sugieren que una mujer posee mayor riesgo de contraer la enfermedad debido a las características de su compañero sexual, aunque no satisfaga las condiciones de relaciones sexuales precoces y múltiples compañeros; de hecho, la historia sexual de su compañero podría ser tan importante como la propia (Bosch FX, 2002). En un estudio realizado se encontró que los compañeros de las mujeres que integraban el grupo de casos con cáncer habían tenido mayor número de parejas que las mujeres control; de la misma forma se halló que habían tenido la primera relación sexual a edad más precoz y mostraban una historia mayor de infecciones de transmisión sexual. Otras características que presentaban con mayor frecuencia eran las relaciones con prostitutas, el hábito de fumar y el poco uso de preservativos (Schlecht NF, 2001).

Además, una mujer tiene alto riesgo de lesión intraepitelial si sus compañeros sexuales tienen antecedentes de cáncer de pene, o haber estado casado anteriormente con una mujer con neoplasia cervical (De Sanjosé S, 1993).

Número de compañeros sexuales.

Existe una relación directamente proporcional entre el riesgo de lesión intraepitelial y el número de parejas sexuales. Esta exposición se ha relacionado básicamente con la probabilidad de exposición al VPH (Bosch FX, 2002, Apgar BS, 1999). Las mujeres solteras, viudas o separadas tienen más riesgo de infectarse por VPH dado que tienen más compañeros sexuales, sean permanentes u ocasionales (Hart KW, 2001). Torrejón en sus estudios ha demostrado la presencia de VPH cervical o vulvar en un 17-21% de las mujeres con una pareja sexual y en 69-83% de las mujeres con 5 o más parejas sexuales (Torrejón R, 2002).

Tabaquismo

Existe una relación directa entre el riesgo de lesiones preinvasoras y la duración e intensidad del hábito. En promedio se considera que las fumadoras tienen doble riesgo de lesión intraepitelial con respecto de las no fumadoras. Experimentalmente se ha demostrado la presencia de nicotina, cotinina y otros mutágenos derivados del tabaco, en mujeres fumadoras con lesión intraepitelial. Además, es bien conocido el daño molecular del ADN del tejido cervicouterino en mujeres que fuman. De igual manera, se postula que el tabaco induce un efecto inmunosupresor local. Diferentes estudios han encontrado mutágenos en el moco cervical, algunos a concentraciones muy superiores a las sanguíneas, lo que sugiere un efecto carcinogénico directo, aunque no es posible separar el hecho de las conductas de riesgo para adquirir VPH que se asumen con más frecuencia entre las mujeres fumadoras (Thun MJ, 2000).

CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA Y CULTURAL.

Existen datos controversiales respecto a la asociación entre CaCu y condición económica, social o educativa. Se acepta que las mujeres de más bajo nivel social, cultural y educativo, así como las inmigrantes extranjeras tienen mayor incidencia de CaCu, pero existen estudios que muestran a las universitarias como las que más lo padecen (Hasenyager C, 1999).

Existe la interrogante si esta condición está relacionada con una mayor exposición al VPH o la dificultad para acceder a los servicios de detección oportuna (Fernández ME, 1998, Lorant V, 2002). Benia y Tellecha, en Uruguay, informaron que más del 60% de las mujeres de 20 a 30 años no acuden a los servicios de tamizaje más por temor y trabas administrativas que a tener que vivir en condiciones que las expone más al virus (Benia W, Tellecha G, 2000).

En diversos estudios se ha demostrado que en Estados Unidos las mujeres de ascendencia hispánica o africana tienen más riesgo de adquirir VPH y padecer lesiones pre malignas y malignas del cuello uterino; sin embargo, este aspecto de raza es más un marcador de riesgo que un evento causal por sí mismo, en la medida que las poblaciones con este antecedente son más pobres y tienen conductas de mayor riesgo que sus contrapartes caucásicas (Judge, DE, 2002).

Paridad y edad del primer parto.

Se ha establecido que mujeres con dos o más hijos tienen un riesgo 80% mayor respecto de las nulípara de presentar lesión intraepitelial; luego de cuatro hijos dicho riesgo se triplica, después de siete se cuadruplica y con doce aumenta en cinco veces (Castañeda-Iñiguez MS, 1998).

A pesar de no existir ninguna explicación definitiva para este fenómeno, se cree que la inmunosupresión del embarazo o su influjo hormonal aumentan la susceptibilidad a la infección por VPH. Bosch demostró cómo la presencia de

uno o más partos antes de los 22 años cuadruplica el riesgo de neoplasia del cuello uterino (Bosch FX, 2002).

Inmunosupresión.

La respuesta inmunitaria está considerada como un potente mecanismo de resistencia al desarrollo de tumores, desde la fase de iniciación hasta el crecimiento y progresión de los mismos. La infección viral es común en pacientes con supresión/defecto en el SI demostrado por linfopenia, con la relación linfocitos B/ linfocitos T, migración espontánea y quimiotaxis de neutrófilos disminuida. Un ejemplo evidente ha sido demostrado en pacientes infectadas con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) las cuales muestran un incremento en la incidencia de lesiones intraepiteliales escamosas, debido al deterioro de las células y de los mecanismos de la respuesta inmunitaria contra la progresión de la enfermedad. Además, el comportamiento de los mecanismos efectores de la respuesta inmunitaria en pacientes con lesiones del cuello uterino, varían según el estadio y el tipo de VPH que infecta (León G, Bosques O, 2005).

Anticonceptivos orales.

Aunque no existen evidencias, se cree que su uso prolongado se asocia con mayor riesgo de lesión intraepitelial. En un estudio multicéntrico realizado por la International Agency for Research of Cancer (IARC), encontró que el uso de anticonceptivos orales por menos de cinco años no se relacionaba con la presencia de CaCu. El riesgo aumentó para las pacientes que los usaban entre cinco y diez o más años (Moreno V, 2002).

En algunos estudios se ha investigado a mujeres positivas para VPH sin encontrar asociación con este factor. Se plantea que esta asociación con el cáncer tiene probablemente más una relación con el comportamiento sexual que por efecto directo; se ha visto que las mujeres que han utilizado anticonceptivos orales por menos de cinco años tienen el mismo riesgo que aquellas que nunca los han utilizado, pero puede subir hasta cuatro veces

cuando el uso es mayor de diez años (Mohar A, 1997), además se ha descrito que existen varios mecanismos por los cuales las hormonas sexuales (estrógeno y progesterona) pueden catalogarse como factores que favorecen los efectos celulares de la persistente infección por el VPH.

Cuando la hormona se une a su receptor, se produce un cambio conformacional que provoca la dimerización del receptor, adquiriendo capacidad de unión a secuencias específicas de ADN (Edward SP, 2000). Existen regiones de regulación de la transcripción del ADN viral que contienen elementos de reconocimiento a hormonas y que aumentan el nivel de expresión de 2 genes virales, E6 y E7 (León G, Bosques O, 2005).

Otro mecanismo descrito es su acción sobre determinados genes asociados a la regulación del ciclo celular y al programa de muerte celular. Estas hormonas inhiben la transactivación transcripcional mediada por p53 de genes involucrados en el arresto del ciclo celular y la apoptosis (León G, Bosques O, 2005).

También los esteroides inhiben la efectiva respuesta inmunitaria contra las lesiones inducidas por VPH, particularmente a través de la inhibición de la expresión del MHC I y II, moléculas encargadas del reconocimiento y presentación de péptidos virales (Von Knebel DM, 1997).

Déficit nutricional.

El estado nutricional puede influir en la progresión de la infección por VPH. El patrón de metilación del ADN VPH in Vitro se ha asociado con la actividad transcripcional viral pues la RNA polimerasa, enzima encargada de la transcripción, se une con menos afinidad al ADN metilado.

Se conoce que los genes metilados ("imprinting" genómico) son inactivos, mientras que los metilados o hipometilados pueden ser transcritos para generar un producto proteico. La pérdida del "imprinting" en los fenómenos de carcinogénesis podrían vincularse con factores fisiológicos, ambientales y dietéticos, que poseen la capacidad de metilar al ADN (Gómez DE, 1998),

así el folato, la vitamina B6, la vitamina B12 y la metionina pueden tener su mecanismo de acción en la prevención del cáncer de cuello uterino a través de su papel en la mutilación (Sedjo RL, 2002, Shannon J, 2002).

Se ha comprobado que durante el embarazo ocurre una cierta depresión de los niveles de folato lo cual se ha relacionado con el aumento de riesgo de aparición de la enfermedad en multíparas. La ingestión de comidas ricas en vitamina A y, particularmente, en retinol se asoció con la reducción del riesgo de padecer traumas de desgarro del epitelio que pueden producirse durante el parto, y por sus propiedades antioxidantes está asociado con la afección en análisis. Algunos estudios científicos consideran que una dieta baja en antioxidantes, ácido fólico y vitamina C favorece la persistencia de la infección por VPH y la evolución de las lesiones de NIC I a NIC II, III y cáncer cervicouterino pero no son concluyentes (León G, Bosques O, 2005).

Enfermedades de transmisión sexual.

Se ha demostrado la asociación de cáncer de cuello uterino con enfermedades de transmisión sexual. En un estudio realizado en tres países se encontró asociación entre infección por VPH y Chlamydia trachomatis en Colombia y España, pero no en Brasil (Muñoz N, 1996); mientras que otros estudios han asociado la infección del serotipo G de esta bacteria con el virus (Anttila T, 2001). Adicionalmente, la coinfección con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) facilita el desarrollo de la neoplasia, con un aumento del riesgo de cáncer entre las infectadas por el VIH de hasta 3,2 veces el riesgo de las mujeres sin VIH (Mandelblatt JS, 1999). Con el desarrollo de técnicas en biología molecular para detectar la presencia de ADN del VPH en muestras citológicas durante la década de los ochenta, se pudo establecer el papel del VPH de alto riesgo en la etiología del CaCu. Posteriormente, estudios epidemiológicos multicentro conducidos en la década de los noventa, permitieron demostrar la asociación causal entre infecciones con VPH y el desarrollo de CaCu. Con la evidencia científica acumulada, hoy en día, la infección con VPH ha sido propuesta como la

primera causa necesaria para el desarrollo de CaCu. Sin embargo, no todas las mujeres infectadas con VPH desarrollan cáncer invasor, existiendo esta infección con frecuencia en mujeres sanas. Por lo tanto, otros cofactores deben ser necesarios para la progresión de la carcinogénesis en el cuello uterino (Woodman Ciaran BJ, 2007, Lizano-Soberón M, 2009). ⁽³⁰⁾

Cáncer de cuello uterino y VPH

Los virus oncogénicos desempeñan un papel etiológico de gran importancia en varios de los tumores malignos que afectan al hombre. Los estudios moleculares han demostrado la relación entre las células intraepiteliales y escamosas de cérvix con numerosas infecciones inducidas por los virus Epstein Barr, virus de inmunodeficiencia humana (VIH), herpes virus tipo II (VSH-2), citomegalovirus (CMV) y particularmente por el Virus de Papiloma Humano (VPH). Observaciones clínicas y estudios moleculares han permitido establecer un importante papel del VPH en el origen de las lesiones preinvasivas de cuello uterino. Desde hace casi 30 años se sugirió que el Virus del Papiloma Humano (VPH) era el agente causal del cáncer de cérvix uterino (Zur Hausen H, 1977). Esta idea le concedió el Premio Nobel en 2009 al profesor Harald Zur Hausen. Actualmente se ha establecido que la infección persistente por tipos oncogénicos de VPH es la causa necesaria del cáncer de cérvix. Mediante múltiples estudios epidemiológicos, moleculares y clínicos se ha demostrado que esta neoplasia es una secuela de una infección no resuelta de ciertos genotipos de VPH (Bosch FX, 2002).

En esencia, todos los cánceres de cérvix contienen DNA de algún tipo de VPH de alto riesgo. Se ha podido demostrar que este virus es el agente desencadenante de más del 95% de los cánceres cervicales y de las lesiones cervicales de alto grado. El VPH ha sido considerado un factor importante en el origen y evolución de las lesiones premalignas del CaCu; sin embargo, la exposición al virus no es suficiente para originar o causar una neoplasia intraepitelial cervical (Lizano-Soberón M, 2009). ⁽³⁰⁾

Virus de papiloma humano (vph)

El VPH es un miembro del género A de la familia Papovaviridae, es un virus sin cubierta que mide de 50 a 55 nanómetros (nm) de diámetro, presentando cápsides icosaédricas constituidas por 72 capsómeros, su genoma es un ácido desoxirribonucleico (ADN) circular de doble hélice, con un peso molecular aproximado de 5×10^6 Daltons, correspondiente a 8.000 pares de bases. (Braunwalal E y col, 1999).

El genoma viral está organizado y dispuesto en bloques separados que consisten en regiones de lectura abierta . Estas regiones han sido designadas como tempranas (E) que codifican para proteínas relacionadas con la replicación (E1), transcripción (E2) y transformación celular (E6 y E7), o tardíos (L) que codifican proteínas de la cápside (L1 y L2); además poseen una región denominada región reguladora ascendente (URR) ó región larga de control (LCR), que contiene secuencias de control para la replicación y expresión genética del VPH. (Callejas D, 1997; Rivera R y col, 2002; Crum C, 1998) (31)

Infección por vph y cofactores que facilitan las infecciones persistentes

La causa primaria del precancer cervicouterino y del cancer cervicouterino escamoso es la infección asintomática persistente o crónica por uno o más de los tipos de VPH de alto riesgo (carcinogénicos u oncogénicos). El VPH es la infección de transmisión sexual más frecuente.

De los más de 100 tipos de VPH, la mayoría no están asociados con el cancer cervicouterino.

Siete de cada 10 casos de cancer cervicouterino notificados en todo el mundo (el 70%) son causados por solo dos tipos de VPH: el 16 y el 18. Otros cuatro tipos de VPH de alto riesgo, el 31, el 33, el 45 y el 58, se encuentran con menor frecuencia asociados con cáncer cervicouterino, y algunos son más prevalentes que otros en ciertas zonas geográficas.

Dos tipos de VPH de bajo riesgo (6 y 11) no causan cancer cervicouterino, pero causan la mayoría de las verrugas genitales o condilomas.

Casi todas las mujeres y hombres contraen la infección por VPH poco después de iniciar su actividad sexual. No es necesario que haya penetración de la vagina por el pene porque el virus se puede transmitir por contacto de piel con piel entre las áreas genitales cercanas al pene y la vagina. Las infecciones de los hombres por VPH generalmente son asintomáticas, al igual que las de las mujeres, y la mayoría de las infecciones son de corta duración. Los hombres pueden contraer cáncer del ano; este se asocia con mayor frecuencia al VPH de tipo 16 y es más frecuente entre los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres. Los tipos de VPH 6 y 11 causan la mayoría de las verrugas genitales masculinas, así como las femeninas.

En las mujeres, durante la pubertad y el embarazo se agranda la zona de transformación en el exocervix. La exposición al VPH en esos momentos puede facilitar la infección y puede explicar las asociaciones del cáncer cervicouterino de células escamosas con un inicio precoz de la actividad sexual, con un primer parto a una edad temprana o con antecedentes de múltiples embarazos. Algunos comportamientos que también pueden aumentar el riesgo de infección por VPH (y por lo tanto de cáncer cervicouterino) son tener múltiples parejas sexuales, o compañeros íntimos con múltiples parejas sexuales.

Mientras que la infección por un tipo de VPH de alto riesgo es la causa subyacente de casi todos los casos de cáncer cervicouterino, no es verdad que estas infecciones casi siempre causen cáncer. De hecho, la mayoría de las mujeres infectadas por VPH de alto riesgo no contraen cáncer porque la mayoría de las infecciones, independientemente del tipo de VPH, son de corta duración; el cuerpo las elimina espontáneamente en menos de dos años. La infección por VPH de alto riesgo solo persiste (se hace crónica) en un porcentaje pequeño de mujeres, y solo un porcentaje pequeño de esas infecciones crónicas puede evolucionar hacia lesiones precancerosas; de estas, un porcentaje aun menor evolucionará hacia un cáncer invasor. Por lo

tanto, se calcula que no más de un 2% de las mujeres de los países de bajos recursos contraerán cáncer cervicouterino.

No se conocen bien las condiciones (cofactores) que pueden llevar a que una infección por VPH persista y evolucione hacia un cáncer, pero los siguientes factores de riesgo probablemente desempeñen una función:

- el tipo de VPH, su oncogenicidad o potencia carcinogénica; el estado inmunitario; las personas inmunodeprimidas, por ejemplo las infectadas con VIH, tienen mayores probabilidades de contraer infecciones persistentes por VPH y de tener una evolución más rápida hacia un precáncer y un cáncer;
- una coinfección por otros agentes de transmisión sexual, por ejemplo infección por herpes simple, clamidiasis o gonorrea;
- la paridad (número de hijos nacidos) y haber tenido un primer parto a una edad muy temprana;
- el tabaquismo;
- el uso de anticonceptivos orales durante más de cinco años.

El último cofactor, la utilización de anticonceptivos orales durante más de cinco años, es el más débil. Esto fue estudiado ampliamente por un grupo de expertos de la OMS, que concluyó que los grandes beneficios de la utilización de un método anticonceptivo muy eficaz para prevenir los embarazos inesperados e indeseados (con la consiguiente prevención de la morbilidad y la mortalidad asociadas a esos embarazos) exceden con creces el potencial extremadamente pequeño de un mayor riesgo de cáncer cervicouterino que puede resultar de la utilización de anticonceptivos orales. Por lo tanto, al desanimar o impedir la utilización de anticonceptivos orales no se favorece a la mujer. Esas mujeres, como todas las demás, solo necesitan someterse a tamizaje de cáncer cervicouterino.

La infección persistente con cepas oncogénicas de VPH es una condición necesaria pero no suficiente para la producción de cáncer de cuello uterino.

Además, deben asociarse factores de riesgo tales como el inicio precoz de las relaciones sexuales, la alta frecuencia de estas relaciones, el número elevado de parejas sexuales, la pobre higiene genital, el alto consumo de alcohol y drogas, la presencia concomitante de otras enfermedades de transmisión sexual, entre otros⁽³¹⁾.

Consumo de bebidas alcoholicas

El consumo de alcohol es un factor de riesgo para muchos tipos de cáncer, como los de boca, faringe, laringe, esófago, hígado, colon y recto, y mama. El riesgo de cáncer aumenta con la cantidad de alcohol consumida.

La fracción atribuible al alcohol en el caso de determinados tipos de cáncer relacionados con su consumo varía según se trate de hombres o mujeres, sobre todo por las diferencias en el nivel medio de consumo. Por ejemplo, el 22% de los casos de cáncer de boca y orofaringe en los hombres son atribuibles al alcohol, mientras que en las mujeres la carga de morbilidad atribuible a esa causa se reduce al 9%. En el cáncer de esófago e hígado se registra una diferencia parecida basada en el sexo (Rehm et al., 2004).⁽³²⁾

Clasificación clínica del cáncer de cuello uterino

La clasificación por etapas (estadios) o estatificación es el proceso de determinar hasta dónde se ha propagado el cáncer.

En los estadios tempranos, suele ser asintomático y es detectado por el examen ginecológico de rutina(examen periódico anual): especuloscopia o visión directa, además del papanicolaou y la colposcopia. En los estadios avanzados, los síntomas predominantes son: sangrado vaginal anormal, leucorrea -a veces fétida- y, más tardíamente, dolor pelviano asociado a la inflamación y propagación local del tumor.

El 80-90% de los carcinomas de cuello uterino tiene su origen en las células escamosas y la lesión precursora es la neoplasia intraepitelial del cuello uterino (CIN), la cual puede evolucionar a cáncer invasor y adoptar una configuración exofítica o endocervical.

A partir del cuello uterino, el tumor se propaga por extensión directa a través del espacio pericervical hacia los parametrios y/o a la vagina, pudiendo en algunos casos invadir el cuerpo uterino. El compromiso de los tejidos pericervicales incluye, además, la vejiga, el recto, los ganglios linfáticos regionales y la pared lateral pélvica.

La diseminación a distancia ocurre fundamentalmente por vía linfática y con mucha menor frecuencia por el torrente sanguíneo, pudiéndose observar enfermedad metastásica incluso en pacientes con un pequeño volumen tumoral primario.

El pronóstico del cáncer de cuello de útero está determinado por el tamaño tumoral, la extensión de la invasión miocervical (más de la mitad del espesor miocervical), la invasión parametrial, la extensión a la pared pelviana, la afectación de los ganglios linfáticos y la presencia de metástasis a distancia . Hay cuatro estadios de la enfermedad, tal como lo establece el sistema de clasificación de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), en el cual se basa el tratamiento. La correcta evaluación de cada una de estas fases es fundamental para determinar si la paciente se beneficiará con un tratamiento quirúrgico o con quimiorradioterapia concurrente. La cirugía se reserva para aquellos tumores menores o iguales al estadio IIA. Las mujeres con enfermedad en etapa temprana (en la cual no hay compromiso de los parametrios) pueden someterse a una histerectomía radical -denominada operación de Wertheim Meigs-, a una quimiorradioterapia concurrente o a ambas. Por el contrario, aquellas que se encuentran en el estadio IIB o enfermedad avanzada con afectación parametrial sólo pueden ser tratadas con quimiorradioterapia concurrente. La invasión metastásica de los ganglios linfáticos es un factor de mal pronóstico independiente, así como también la presencia de metástasis a distancia.

Una correcta estadificación y evaluación de los factores pronósticos es crucial, por lo que el sistema TNM de la American Joint Committee on Cancer (AJCC) ha sido integrado a los estadios aceptados por la FIGO.

Estos métodos se basan en el examen físico de la pelvis y en estudios de diagnóstico por imágenes, ya que los ginecólogos tienen dificultades en la valoración del componente endocervical del tumor, la invasión parametrial, la evaluación de la pared lateral pélvica y de los ganglios linfáticos regionales y extrapélvicos.

Criterios a considerar en el informe médico de los estudios por imágenes

Es posible realizar la evaluación de la extensión tumoral mediante Tomografía Computada (TC) y Resonancia Magnética (RM), pudiéndose objetivar la obstrucción ureteral extrínseca, la invasión vesical y rectal, la presencia de adenopatías y la propagación a nivel extrapélvico. Asu vez, por estos métodos, pueden monitorearse el tratamiento y la recurrencia del tumor.

Los factores más importantes a tener en cuenta en el informe de los estudios por imágenes deben incluir:

1. Tamaño del tumor.
2. Profundidad de la invasión miocervical.
3. Grado de extensión de la invasión parametrial (parametrios laterales y uterosacros), informando si llega hasta la pared pelviana.
4. Presencia de infiltración vaginal.
5. Evaluación de los ganglios linfáticos pelvianos y/o lumboaórticos desde la fosa obturatriz.
6. Evaluación de la infiltración del espacio véscicocérvico-vaginal y/o del espacio recto-vaginal.
7. Evaluación de posibles metástasis a distancia. ⁽³³⁾

Estadificación de cáncer de cuello uterino de acuerdo a los criterios unificados de la ajcc y figo. tumor primario (t).

CATEGORÍA	ESTADIO
TNM	FIGO
TX El tumor primario no puede evaluarse.	
T0 No hay evidencia de tumor primario.	
Tis* Carcinoma in situ (carcinoma preinvasivo).	
T1	I Carcinoma cervical confinado al útero (la extensión al cuerpo no debe ser tomada en cuenta).
T1a**	IA Carcinoma invasor diagnosticado sólo mediante microscopía. Invasión del estroma con una profundidad máxima de 5 mm y una extensión horizontal ² a 7 mm. El compromiso del compartimento vascular, venoso o linfático no afecta la clasificación.
T1a1	IA1 Invasión estromal ² 3 mm en profundidad y ² 7 mm de extensión horizontal.
T1a2	IA2 Invasión estromal > 3 mm y ² 5 mm en profundidad, con una extensión horizontal ² a 7 mm.
T1b	IB Lesión clínicamente visible confinada al cuello uterino o lesión microscópica mayor que T1a/IA2.
T1b1	IB1 Lesión clínicamente visible ² 4 cm en su mayor diámetro.
T1b2	IB2 Lesión clínicamente visible > 4 cm en su mayor diámetro.
T2	II Carcinoma cervical que invade más allá del útero, pero no compromete la pared pélvica o el tercio inferior de la vagina.
T2a	IIA Tumor sin invasión de parametrios.
T2a1	IIA1 Lesión clínicamente visible ² 4 cm en su mayor diámetro.
T2a2	IIA2 Lesión clínicamente visible > 4 cm en su mayor diámetro.
T2b	IB Tumor con invasión de parametrios, sin llegar a la pared pelviana.
T3	III Tumor que se extiende a la pared pélvica y/o compromete el tercio inferior de la vagina y/o causa hidronefrosis o alteración de la función renal.
T3a	IIIA El tumor compromete el tercio inferior de la vagina, sin extensión .
T3b	IIIB El tumor se extiende a la pared pélvica y/o causa hidronefrosis o alteración de la función renal.
T4	IVA El tumor invade la mucosa de la vejiga o del recto y/o se extiende más allá de la pelvis

* FIGO ya no considera el estadio 0 (Tis).

** Todas las lesiones visibles macroscópicamente, aun con invasión superficial, son consideradas como T1b/IB.

Estadificación de cáncer de cuello uterino de acuerdo a los criterios unificados de la AJCC y FIGO. Nódulos Linfáticos Regionales (N).

CATEGORÍA	ESTADIO
TNM	FIGO
NX Los ganglios linfáticos regionales no pueden ser evaluados.	
N0 No hay ganglios linfáticos regionales metastásicos.	
N1	IIIB Presencia de ganglios linfáticos regionales metastásicos.

Estadificación de cáncer de cuello uterino de acuerdo a los criterios unificados de la AJCC y FIGO. Metástasis a Distancia (M).

CATEGORÍA	ESTADIO
TNM	FIGO
M0 No hay metástasis a distancia.	
M1	IVB Metástasis a distancia (incluyendo siembra peritoneal, ganglios linfáticos supraclaviculares, mediastinales o para-aórticos, pulmón, hígado o hueso). (33)

Manifestaciones clínicas

Lamentablemente, muchas mujeres, especialmente las que no están sexualmente activas, pueden permanecer asintomáticas hasta que la enfermedad haya llegado a una fase avanzada.

Se presenta la lista de síntomas de cáncer cervicouterino invasor por grado de gravedad (temprano y avanzado).

Temprano:

- Flujo vaginal, a veces maloliente
- Hemorragias irregulares (de cualquier tipo) en mujeres en edad fecunda
- Oligometrorragia o hemorragia poscoital en mujeres de cualquier edad, inclusive jóvenes
- Oligometrorragia o hemorragia posmenopausica
- En caso de hemorragia perimenopausica anormal, siempre se debe considerar la posibilidad de un cancer cervicouterino, en particular si la hemorragia no responde al tratamiento apropiado

Avanzado :

- Miccion urgente o frecuente
- Dolor de espalda
- Dolor en la zona inferior del abdomen
- Dolor de espalda intenso
- Perdida de peso
- Disminucion del caudal urinario (por obstruccion uretral o insuficiencia renal).
- Perdidas de orina o heces por la vagina (debido a fistulas)
- Tumefaccion de los miembros inferiores,
- Disnea (debida a anemia o, rara vez, a metastasis pulmonares o derrame pleural). (34)

PREVENCIÓN DEL CÁNCER CERVICOUTERINO

La prevención de cáncer cervical recae en 2 categorías principales: Prevención primaria y secundaria.

Prevención Primaria

La prevención primaria se define en términos de salud pública como una prevención etiológica, es decir, actuaciones que conducen a la reducción de la incidencia de casos de cáncer.

Dado que la mayoría de los cánceres se producen por factores exógenos, y aunque no es posible dejar de considerar el importante papel que desempeña la predisposición genética, se puede afirmar que el cáncer es evitable. Éste es el principio fundamental que debe primar en la planificación de medidas de control, y debe considerarse una prioridad sanitaria el desarrollo de todas las medidas posibles que lleven a la eliminación de estos factores causales.⁽³⁵⁾

Es considerado como un conjunto de acciones encaminadas a modificar los hábitos poco saludables de la población hacia otros más adecuados. Con esto se consigue evitar que los factores de riesgo actúen sobre un órgano concreto y causen en él alteraciones que puedan generar un cáncer.

Para que una persona modifique un hábito es necesario una serie de pasos:

- Que posea información suficiente y veraz sobre un factor de riesgo.
- Que tome conciencia del riesgo que supone mantener dicho hábito.
- Que tome la decisión de modificarlo o evitar contacto con él.
- Que mantenga a lo largo del tiempo el cambio de comportamiento.

Esto se consigue ofreciendo información a la población a través de campañas y llevando a cabo programas de Educación para la Salud en los que se conciencie y ayude a la persona a adoptar y mantener hábitos de vida saludables.⁽³⁵⁾

Entonces la prevención primaria se caracteriza por la promoción de estilos de vida saludables y comportamientos que minimicen el riesgo de cáncer cervical; y la protección específica a través de la vacunación profiláctica contra el VPH.

El VPH es un virus que se transmite por vía sexual, la manera de prevenir la infección sería la abstinencia absoluta, que es totalmente irrealista. Se puede reducir las probabilidades de adquirir la infección con la práctica de la monogamia, pero ésta debería ser mutua; la circuncisión y el uso de preservativo solo confieren un cierto grado de protección. Las vacunas profilácticas representan el método ideal para prevenir la infección por VPH.
(36)

Existen dos tipos de vacunas una es la GARDASIL (vacuna recombinante tetravalente tipos 6-11-16-18) aprobado por la FDA en junio de 2006.

Dosis de administración :

Primera dosis en la fecha de elección .

Segunda dosis a los dos meses de la primera.

Tercera dosis al tercer mes de la primera .

CERVARIX : Es un vacuna bivalente para los tipos 16-18, la cual aún no ha sido aprobada por la FDA . (37)

Importancia del Consumo de Frutas y Vegetales: Beneficios

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su informe sobre la Salud en el Mundo publicado el año 2002, señala que las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), como las enfermedades cardiovasculares, obesidad, diabetes y algunos tipos de cáncer, representan alrededor del 60% de todas las defunciones y el 47% de la carga de enfermedades a nivel mundial

Según el mismo informe, los factores de riesgo comunes a las citadas enfermedades no transmisibles son el tabaquismo, la falta de actividad física y una alimentación poco saludable. En este contexto, se atribuyó que el bajo consumo de frutas y verduras se encuentra entre los 10 principales factores de riesgo asociados a Enfermedades Crónicas No Transmisibles, estimándose que en el mundo se podrían salvar 2.7 millones de vidas al año con un consumo suficiente de estos alimentos.

En el año 2003, el informe de la OMS “Dieta, nutrición y prevención de las enfermedades crónicas”, especifica como meta poblacional una ingesta de al menos 400 gramos diarios de frutas y verduras (excluyendo la papa y otros tubérculos ricos en almidón)

Las frutas y las verduras son fuentes alimentarias de vitaminas y minerales. Estos micronutrientes son elementos químicos esenciales que el organismo necesita en pequeñas cantidades para su funcionamiento normal. Participan en la utilización de la energía que aportan los macronutrientes y en la regulación de varios procesos tales como el mantenimiento de los huesos, los músculos y la sangre, así como en el fortalecimiento del sistema inmunológico, ayudando al organismo a defenderse de enfermedades . Las vitaminas y minerales son compuestos que el organismo no puede producir y deben ser proporcionados a través de los alimentos. Cuando la alimentación no satisface las necesidades de vitaminas y minerales se pueden desarrollar enfermedades por deficiencia. Los minerales son elementos químicos imprescindibles para el normal funcionamiento metabólico del organismo

- Las frutas y las verduras contienen fitoquímicos antioxidantes.
- Las frutas y vegetales no aportan cantidades significativas de grasas o lípidos.
- Los cereales integrales, las legumbres, las frutas y las verduras son fuentes importantes de fibra.
- Las frutas y las verduras aportan altas cantidades de agua.
- Las frutas y las verduras contribuyen a mantener un peso saludable. ⁽³⁸⁾

La Actividad Física puede reducir el Riesgo de Cáncer

Hacer actividad física de moderada a enérgica como parte de su estilo de vida reduce el riesgo de cáncer y de otras enfermedades crónicas, como las enfermedades cardíacas y la diabetes. La actividad física de moderada a enérgica es actividad que lo hace sudar y que hace que su corazón lata más

rápido. Incluye caminar, nadar, andar en bicicleta o correr. Una cantidad cada vez más amplia de investigaciones sugiere que hacer cualquier tipo de actividad para evitar estar sentado durante mucho tiempo ayuda a reducir el riesgo de cáncer.

Las investigaciones muestran que las personas que hacen actividad física de manera regular parecen tener un riesgo menor de cáncer.y algunas investigaciones han vinculado la actividad física con la reducción del riesgo de cáncer de útero. ⁽³⁹⁾

IDEAS FALSAS Y HECHOS SOBRE EL CÁNCER CERVICOUTERINO

IDEA FALSA	HECHO
Los dispositivos intrauterinos (DIU) producen cáncer cervicouterino.	Los DIU no se asocian con ningún aumento de cáncer cervicouterino.
En el cribado se extrae una parte del cuerpo.	El cribado del cáncer cervicouterino implica una recogida delicada de células de la superficie del cuello uterino; no se extrae ningún trozo de tejido.
El cribado es como una vacuna: una vez hecho impide que se tenga cáncer cervicouterino.	El cribado, en sí mismo, no previene el cáncer cervicouterino, sino que detecta si el cuello uterino es normal o no. Si las anomalías se detectan precozmente y se tratan, el cáncer se puede prevenir.
No vale la pena acudir por el cribado	El cribado puede detectar anomalías

del cáncer, pues sólo sirve para que la mujer sepa que tiene una enfermedad mortal y la enfermedad no tiene remedio.	antes de que se conviertan en cáncer. Asimismo, si el propio cáncer se detecta de manera precoz puede curarse con el tratamiento adecuado
El cáncer cervicouterino se observa en mujeres con hábitos poco higiénicos.	Nada indica que la higiene deficiente produzca cáncer cervicouterino.
El uso de tampones y de hierbas puede causar cáncer cervicouterino	El cáncer cervicouterino se debe a una infección vírica. El tabaquismo y las parejas sexuales múltiples pueden aumentar el riesgo, pero no está demostrado que el uso de tampones y de hierbas ejerza algún efecto.

Prevención Secundaria

La prevención secundaria incluye la detección temprana y la intervención rápida para detener la enfermedad en las primeras etapas, reducir su intensidad o prevenir complicaciones. El propósito es detectar los primeros síntomas sobre los cuales el paciente no es consciente o de los que no tiene conocimiento, de manera que la intervención rápida sea efectiva para controlar o curar la enfermedad. La metodología para tamizaje de cáncer cérvico uterino más utilizada a nivel mundial es la prueba de Papanicolaou (PAP), la cual consiste en una citología exfoliativa del cérvix. ⁽⁴⁰⁾

La Sociedad Americana de cáncer recomienda las siguientes guías para la detección del cáncer del cuello uterino:

- Todas las mujeres deben de comenzar las pruebas de detección del cáncer de cuello uterino tres años después de haber comenzado las relaciones sexuales (coito vaginal). Una mujer que espera hasta después

de los 18 años para comenzar a tener relaciones sexuales, debe iniciar la prueba de detección a no más tardar de los 21 años de edad, la prueba de Papanicolaou debe hacerse cada año.

- A partir de los 30 años de edad, muchas mujeres que hayan tenido pruebas consecutivas con resultados normales pueden hacerse las pruebas con menos frecuencia (cada tres años).
- Algunas mujeres deben continuar con las pruebas cada año, como las mujeres expuestas a dietilestilbestrol (DES) antes del nacimiento, aquellas con un historial de tratamiento para un pre cáncer, y las mujeres con un sistema inmunitario débil (por ejemplo, debido a la infección con VIH, trasplante de órgano, quimioterapia, o uso prolongado de esteroides).
- Las mujeres de 70 años o más, que hayan tenido tres o más pruebas de Papanicolaou consecutivas con resultados normales, y que no hayan tenido ninguna prueba con resultados anormales en los 10 años previos, pueden dejar de hacerse las pruebas de detección del cáncer de cuello uterino. Las mujeres con antecedentes de cáncer de cuello uterino, exposición a dietilestilbestrol (DES) antes del nacimiento, infección con VIH, o un sistema inmunitario débil, deben de continuar las pruebas de detección mientras estén en buen estado de salud.
- Las mujeres que se hayan sometido a una histerectomía total (extirpación del útero y del cuello uterino) puede que dejen de hacerse las pruebas de detección del cáncer del cuello uterino a menos que la cirugía se haya hecho como tratamiento de pre cáncer o de cáncer de cuello uterino (una histerectomía supra cervical) necesitan continuar las pruebas de detección de este cáncer.⁽⁴¹⁾

DEFINICIÓN DEL EXAMEN DE PAPANICOLAOU

Llamada así en honor a Georgios Papanicolaou, médico griego que fue pionero en citología y detección temprana de cáncer. Conocida como prueba de PAP o Citología Vaginal. Es un examen en el que se toman muestras de células epiteliales de la zona de transición del cuello uterino. Permite conocer el estado funcional de las hormonas e identificar las alteraciones inflamatorias a través del análisis de las células descamadas. El propósito principal es detectar cambios anormales en las células que pueden surgir por causa de cáncer de cérvix o antes de que se presente esta patología. Detecta el 95% de cánceres cervicales en un estado en que todavía no se ven a simple vista.⁽⁴²⁾

La agencia internacional de investigación sobre el cáncer recomienda practicar una citología cada año y posteriormente según los resultados anteriores, calculando que con ello el cáncer cervical invasivo descendería hasta un 90%.⁽⁴³⁾

La prueba de Papanicolaou es la manera más común para prevenir este cáncer. Si se encuentra un pre cáncer y se trata, se puede detener el cáncer de cuello uterino antes de que realmente comience. La mayoría de los casos de cáncer invasivo del cuello uterino se detecta en mujeres que no se han hecho las pruebas de Papanicolaou con regularidad.⁽⁴³⁾

El examen de papanicolau consiste en la extracción de una pequeña cantidad de células del cuello uterino para su observación a través de un microscopio en busca de la identificación de determinará el tipo de lesión y tratamiento a seguir, que puede incluir cirugía, terapia de radiación, quimioterapia o una combinación de estos, dependiendo de la diseminación o el deseo de embarazo posterior.⁽⁴⁴⁾

HISTORIA DEL EXAMEN DE PAPANICOLAOU

George Nicholas Papanicolaou, médico griego, profesor asociado del departamento de anatomía patológica, nació el 13 de mayo de 1883, en Kymi, una pequeña ciudad de la isla griega de Euboea. Su padre, Nicolás Papanicolau era médico, físico y Mayor de la ciudad de Kymi . su madre fue María Georgiou Kritsouta, una culta mujer muy interesada en la música y en la literatura. George fue el tercer hijo de cuatro hermanos . Influido por su padre estudió Medicina, en Atenas, graduándose con honores en 1904, a los 21 años de edad. En 1907, en Jena, inicia su formación de postítulo bajo la tutela de Ernest Haeckel, un partidario de las teorías evolucionistas de Darwin.

Papanicolaou decidió dedicar su vida por completo a la investigación, bajo la dirección de profesor Richard Goldshmidt. Con el grado de Doctor y transformado en un experto microscopista, George Papanicolaou regresó a Grecia en el año 1910. Contrajo matrimonio con Andromache Mavroyeni, hija del coronel Mavroyeni, era una mujer de fuerte personalidad y muy bien educada, tocaba el piano y hablaba francés.

Papanicolaou basado en sus observaciones, formuló la teoría de que «todas las hembras de especies superiores tienen una descarga vaginal periódica; los conejillos de indias son mamíferos y, por ende, deben tener una, y ésta es, tal vez, tan pequeña que no se puede percibir a simple vista». Se dice que esta afirmación fue la mecha de sus experimentos posteriores.

Para observar las descargas vaginales de los conejillos de indias, compró en la tienda Tiemann un espéculo nasal para examinar los fluidos vaginales de los pequeños animales, tomando muestras seriadas y observándolas teñidas al microscopio; allí pudo descubrir una impresionante riqueza celular y la existencia de diversos patrones y secuencias citológicas . Inspirado en la idea que dichos cambios celulares pudieran ocurrir en las mujeres, realizó el primer examen de citología exfoliativa en humanos, la cual fue tomada de su

propia esposa y teñida con la coloración que hasta el día de hoy lleva su nombre «la tinción de Papanicolaou».

Las observaciones de Papanicolaou tienen el mérito de haber establecido una asociación entre los patrones citológicos y los cambios en el ciclo ovárico y menstrual.1925 comenzó un estudio sistemático de frotis cervicales y vaginales de voluntarias y trabajadoras del Hospital de la Mujer de Nueva York. Por azar o intervención divina, en este estudio realizó el análisis citológico exfoliativo de una mujer portadora de cáncer de cuello uterino, hecho que él mismo años más tarde describiría de la siguiente forma: «La primera observación de células cancerosas en el frotis de cérvix fue una de las estremecedoras experiencias de mí carrera científica».

En el Hospital de Nueva York, donde todas las mujeres atendidas en el Servicio de Ginecología eran sometidas a una toma de muestra de citología exfoliativa cérvicovaginal, para ser interpretada por Papanicolaou; para tomar la muestra idearon una pipeta mediante la cual obtenían células del fondo vaginal y del exo y endocérvix, sin producir molestias ni dolor las pacientes. Los resultados fueron contundentes, pues el empleo rutinario del método permitió el diagnóstico de un número considerable de casos de cáncer de cuello uterino asintomáticos, algunos de ellos imperceptibles al ojo humano y solamente demostrables a través de biopsia o mediante el uso de la citología exfoliativa. Este trabajo, fue publicado en agosto de 1941 en el American Journal of Obstetrics and Gynecology con el título de «El valor diagnóstico de frotis vaginales en el carcinoma del útero ».

La American Cancer Society de los Estados Unidos se interesó por la técnica de Papanicolaou. Cuando comenzó a utilizarse con regularidad, en la década de 1950, las cifras de mortalidad por cáncer de cuello uterino disminuyeron drásticamente. El laboratorio de Papanicolaou se transformó en un centro de referencia para el mundo.

En 1961, programó iniciar el proyecto de citología más ambicioso del mundo, pero no pudo concretarlo, pues el 19 de febrero de 1962, George Papanicolaou muere fulminado por un infarto cardíaco.⁽⁴⁵⁾

Recomendaciones previo a la toma de la citología cervico vaginal

- Preferentemente será tomado en periodo sin menstruación o sangrado.
- Posterior al parto, el momento recomendado es a partir de las ocho semanas.
- No deben efectuarse duchas vaginales ni utilizar medicamentos dentro de la vagina en las 24 horas previas a la toma de la muestra.
- El frotis será tomado antes del tacto vaginal.
- No realizar biopsia vaginal, cervical o endometrial ni extirpación de polípos antes de tomar la muestra. ⁽⁴⁶⁾
- Esperar como mínimo un mes después de un legrado uterino instrumental (LUI) o aspiración manual endouterina (AMEU), luego de un aborto incompleto.
- Esperar como mínimo seis meses después de realizada la crioterapia, electrocoagulación, cono frío, resección con asa LEEP, etc.;
- Tomar la muestra en las embarazadas, no existen contra indicaciones, en su primera consulta prenatal independiente de la edad gestacional.
En este caso no se debe tomar la muestra del canal endocervical;
- No tomar la muestra si existe sangrado vaginal o menstrual. En estos casos se recomienda realizar un examen visual del cuello uterino para descartar los casos de cáncer evidentes. En caso de sospecha o duda referir a la paciente a un establecimiento de salud de mayor complejidad.

⁽⁴⁷⁾

Toma de muestra:

El profesional de la salud debidamente entrenado que toma la muestra de Papanicolaou deberá registrar, previo al procedimiento, los datos personales de cada mujer y antes de tomar la muestra deberá hacer la observación directa del cuello uterino para identificar cualquier lesión macroscópica.

Técnica de la toma de muestra:

- Presentarse y tratar con respeto a la paciente, manteniendo la privacidad.
- Explicar a la paciente detenidamente el proceso a realizarse.
- Completar correctamente el formulario con los datos de la paciente.
- Anotar en el extremo esmerilado de la lámina, con un lápiz de papel, el nombre y apellido de la paciente. En caso de no contar con láminas de borde esmerilado, se puede identificar la lámina con un lápiz graso o vitrográfico, ya que otros materiales, como la cinta adhesiva, corrector líquido o marcador, se borran al contacto con el alcohol.
- Colocar a la paciente en posición ginecológica utilizando una mesa ginecológica o una camilla con estribos, procurando contar con una fuente de luz adecuada que permita visualizar la vagina y el cuello uterino.
- No se debe practicar tacto vaginal antes de la toma de la muestra. Se elige un especulo vaginal adecuado a la paciente y se introduce delicadamente, lo que permite visualizar el cuello uterino en su totalidad, sin lastimarlo. Proceder a realizar un examen macroscópico del cuello uterino y registrar los hallazgos en el diagrama (circulo) del formulario de solicitud del estudio citológico: recordar que la mayoría de los carcinomas invasores del cuello uterino son visibles macroscópicamente.

- En aquellos casos en que exista gran cantidad de flujo vaginal, éste deberá ser cuidadosamente apartado antes de realizar la toma de muestra.
- Con el extremo ondeado de la espátula de Ayre se raspa ligeramente el orificio cervical externo, girando suavemente 360° de izquierda a derecha.
- Retirar cuidadosamente la espátula de la vagina y lo obtenido del raspado se extiende inmediatamente sobre la lámina (extendido fino), siguiendo la dirección izquierda a derecha en forma uniforme, procurando no dañar mucho la muestra tomada.
- Cuando la paciente tenga el antecedente de una histerectomía total, se tomará la muestra de la cúpula vaginal.
- Realizar la toma endocervical con el extremo lanceolado de la espátula o con el citobrush, haciéndolo girar 90° (extender el material de la misma forma como fue tomado). En la embarazada no se toma la muestra con cepillo endocervical.
- Sumergir la lámina en un recipiente de boca ancha con tapa que contenga alcohol rectificado (96°), que permita cubrir toda la superficie de la lámina, donde debe permanecer un mínimo de 15 minutos con el frasco tapado o hasta el momento de ser llevado al laboratorio. Se recomienda cambiar el alcohol al iniciar la semana de trabajo. Otra alternativa es aplicar el spray fijador sobre la lámina a una distancia de 20 cm. La falta de spray no es motivo suficiente para no tomar la muestra de PAP.
- Se retira el espéculo de la vagina y se lo deposita en un recipiente con hipoclorito de sodio diluido al 0,5% (lavandina ®) durante 10 minutos. Retírelo luego de ese tiempo para seguir con su procesamiento convencional. Exponer el instrumental más tiempo del señalado no mejora la bioseguridad y lo único que se consigue es deteriorarlo rápidamente.
- Ayudar a la paciente a levantarse de la camilla.

- Posteriormente se retira la lámina del recipiente dejando secar durante 10 minutos y se le envuelve en el formulario o se deposita en la caja porta-láminas, acompañado de los formularios para su envío al laboratorio.
- Limpiar y dejar en orden el equipo que se utilizó.
- La frecuencia del envío de los extendidos al laboratorio de citología variará de acuerdo al número de extendidos que se obtienen en un determinado lugar, y con el medio de transporte empleado. Se recomienda no retrasar más de una semana el envío de los extendidos para permitir de esa manera que los resultados sean remitidos al centro de toma de material dentro de 3 a 4 semanas como máximo luego de la toma del material. Retrasos mayores a un mes interfieren con el seguimiento adecuado de los casos, y producen un descreimiento en el programa. Por otra parte, se debe recordar que los extendidos acumulados, sin colorear, con frecuencia tienen contaminación. ⁽⁴⁸⁾

Ventajas del examen de papanicolaou

Es muy necesario que la comunidad conozca las ventajas que tiene el realizarse el examen de Papanicolaou, como son:

- Un costo adecuado y al alcance de la población.
- Confiabilidad en los resultados con un diagnóstico de más alta calidad y seguridad que conlleva una mayor tranquilidad.
- Disponibilidad para la toma del examen en los centros de salud de la comunidad.
- Toma de examen de Papanicolaou incluye examen ginecológico (palpación clínica de mamas) y apoyo educativo.
- Coordinación entre obstetra tratante y laboratorio de patología cervical.
- Derivación inmediata al nivel secundario en caso de sospecha de alguna patología maligna detectada durante la toma.
- Reducción de los falsos negativos. ⁽⁴⁸⁾

EL SISTEMA BETHESDA

Sistema de Bethesda	Histología
Células escamosas (o glandulares) atípicas de significado indeterminado (ASCUS o AGUS)	Alteraciones reactivas o sugestivas de lesión pre neoplásica
Lesión intra epitelial de bajo grado (LSIL)	Cambios Koilocíticos Neoplasia intra epitelial cervical (NIC I): displasia leve
Lesión intra epitelial de alta grado (HSIL)	NIC 2: DISPLASIA MODERADA NIC 3: DISPLASIA GRAVE CIS
Carcinoma invasivo	Carcinoma escamoso invasivo o adenocarcinoma

Clasificación de diagnóstico citológico según el sistema de Bethesda

El objetivo de ésta prueba es el diagnóstico de lesiones precursoras de cáncer de cuello de útero invasor en mujeres con vida sexual activa, e incluso en edad geriátrica justificándose su uso hasta ésta edad porque el cáncer cérvico uterino y sus precursores pueden presentar una latencia por largos períodos que pueden ser de 10 ó más años entre el transcurso de una lesión de bajo grado (NIC I) hasta un cáncer invasor. Los hallazgos se clasifican de acuerdo a la clasificación de Bethesda.⁽⁴⁹⁾

CONOCIMIENTO

- El conocimiento implica datos concretos sobre los que se basa una persona para decidir conductas, es decir lo que se debe o puede hacer frente a una situación partiendo de principios teóricos y científicos. El término conocimiento se usa en el sentido de conceptos e informaciones; es así como en el Hospital Vitarte se investiga los pre-saberes que existen y sus bases teóricas para poder establecerlos y de allí partir para el mejoramiento de los mismos.⁽⁵⁰⁾

- El conocimiento concebido desde la perspectiva constructivista de Ausubel, refiere que éste debe tener lugar a través de la recepción, y no del descubrimiento, pues la adquisición de un cuerpo de conocimiento claro, estable y organizado de parte del educando es el variable independiente más significativo que influye sobre su capacidad para adquirir nuevos conocimientos en el mismo campo.⁽⁵¹⁾

- Por su parte Vygotsky, refiere que el conocimiento no solo se construye de modo individual, sino que se construye entre las personas a medida que se interactúan. Consideraba que el medio social es crucial para el aprendizaje y pensaba que lo producía la integración de los factores sociales y personales. El fenómeno de la actividad social ayuda a explicar los cambios en la conciencia y fundamenta una teoría psicológica que unifica el comportamiento y la mente. El entorno social influye en la cognición por medio de sus instrumentos; es decir, sus objetos culturales (autos, máquinas) y su lenguaje e instituciones sociales (iglesias, escuelas). El cambio cognoscitivo es el resultado de utilizar los instrumentos culturales en las interrelaciones sociales y de internalizarlas y transformarlas mentalmente. La postura de Vygotsky es un ejemplo del constructivismo dialéctico, porque recalca la interacción de los individuos y su entorno.⁽⁵²⁾

- El conocimiento desde el punto de vista de la Salud Sexual y Reproductiva: Se debe tener presente que la orientación, comunicación e información sobre temas de Salud Reproductiva, es el proceso más eficaz para adquirir el conocimiento científico de los múltiples procesos como fenómenos de la naturaleza, la sociedad y el pensamiento así como para el individuo modifique su modo de ser, pensar, los hábitos y costumbres y que el conocimiento hace que los individuos identifiquen tempranamente las enfermedades y tengan mayor interés en tomar

medidas al respecto, lo cual se traduce en que actuarán teniendo en cuenta las medidas preventivas.

- En este contexto se puede visualizar que la carencia de conocimientos y de información puede determinar el comportamiento equivocado y erróneas valorizaciones con respecto a la salud. Asimismo, se debe considerar que la educación viene a ser un factor determinante en la conducta de la mujer en edad fértil con vida sexual activa, frente a la aceptación de realizarse de Papanicolaou como medida preventiva del cáncer de cuello uterino, podrá interesarse sobre sus problemas de salud, asistir a las consultas médicas más oportunamente y seguir mejor las indicaciones terapéuticas, por lo cual pueden contribuir constructiva o negativamente en el proceso salud-enfermedad. En este estudio se considera que el conocimiento significativo que tenga la paciente sobre Papanicolaou sirva para que pueda tener una actitud favorable.⁽⁵³⁾

IMPORTANCIA DE LA CONSEJERÍA SOBRE EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO

La consejería es el proceso mediante el cual el profesional de salud brinda información sobre prevención del cancer orientado a la promoción de estilos de vida saludables y una cultura de salud basada en el cumplimiento de pruebas y/o exámenes de tamizaje de los principales tipos de cáncer .La consejería es una herramienta que integra conocimiento del campo de la psicología ,medicina y ética la integración de estas ciencias permite a los profesionales de la consejería usar un abordaje multidimensional a fin de atender las necesidades físicas , esperituales ,emocionales y sociales de los aconsejados .

Sin embargo no es el propósito de la consejería el cambio inmediato del estilo de vida de la persona ,sino proveerla de la mayor información posible para que asuma una decisión responsable e informada sobre su vida diaria.

La consejería utiliza material informativa impreso con contenidos referidos al tema propiamente dicho o de prevención de cáncer en general.

La consejería preventiva , también incluye actividades educativas grupales sobre el tema , utilizando metodologías participativas y aspectos metodológicos de enseñanza para adultos , de igual manera el material impreso que se elabora para el desarrollo de las actividades educativas serán de acuerdo a cada región del país, Laconsejería deberá comprender los siguientes pasos:

- 1.-Establecer una relación cordial
- 2.-Identificar necesidades de la salud de la usuaria.
- 3.-Responder a las necesidades de información de la usuaria.
- 4.-Verificar la comprensión de la usuaria
- 5.-mantener la relación cordial. ⁽⁵⁴⁾

2.3. DEFINICIÓN DE TERMINOS BÁSICOS:

Factores

Son elementos que pueden condicionar una situación, volviéndose los causantes de la evolución o transformación de los hechos. Un factor es lo que contribuye a que se obtengan determinados resultados al caer sobre él la responsabilidad de la variación o de los cambios. Además, el término factor se utiliza en las matemáticas para hacer referencia a los diferentes términos de una multiplicación, siendo la factorización la aplicación de estas operaciones.⁽⁵⁵⁾

Demográficos

Son datos que sirven para el análisis de las comunidades humanas a partir de la estadística.⁽⁵⁶⁾

Conocimiento

Es una apreciación de la posesión de múltiples datos interrelacionados que por sí solos poseen menor valor cualitativo, significa en definitiva la posesión de un modelo de la realidad en la mente. Este comienza por los sentidos, pasa de estos al entendimiento y termina en la razón.⁽⁵⁷⁾

Cáncer cervical.

Cáncer que se forma en los tejidos del cérvix o cuello del útero, es decir el órgano que conecta al útero con la vagina. La infección con el virus del papiloma humano (VPH) es la causa principal del cáncer cervical. También se llama cáncer de cuello uterino.⁽⁵⁷⁾

Lesiones

Es un cambio anormal en la morfología o estructura de una parte del cuerpo producida por un daño externo o interno. Las heridas en la piel pueden considerarse lesiones producidas por un daño externo como los traumatismos. Las lesiones producen una alteración de la función o fisiología de órganos, sistemas y aparatos, trastornando la salud y produciendo enfermedad ⁽⁵⁸⁾

Prueba de Papanicolaou.

Procedimiento mediante el cual se raspan células del cérvix para examinarlas al microscopio. Se usa para detectar cáncer y cambios que pueden resultar en cáncer. Esta prueba puede mostrar también estados no cancerosos, como infecciones o inflamación. Se conoce también como frotis de Pap. ⁽⁵⁸⁾

Displasia.

Alteración precancerosa, en diferentes grados de gravedad, que puede regresar o evolucionar. También se utiliza éste término para describir una malformación congénita. ⁽⁵⁸⁾

Zona de transformación.

Es el área comprendida entre el epitelio escamoso original y el epitelio columnar del cérvix uterino, dentro de la cual pueden identificarse diversos grados de maduración del epitelio metaplásico. ⁽⁵⁹⁾

Unión escamo – columnar.

La unión escamocolumnar esta localizada en el punto donde el epitelio plano y el epitelio cilíndrico se encuentra. La localización de este punto varia durante la vida de la mujer debido a los cambios metaplasicos en el epitelio cervical que ocurren después de la pubertad y durante el embarazo. ⁽⁵⁹⁾

Metastasis.

Es el proceso de propagación de un foco canceroso a un órgano distinto de aquel en que se inicio. ocurre generalmente por via sanguínea o linfática. ⁽⁵⁹⁾

CAPÍTULO III

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

2.4. Resultado, Análisis e Interpretación

La población de estudio estuvo conformada por 258 usuarias que acudieron a los diferentes servicios de salud sexual y reproductiva, quienes cumplían con los criterios de inclusión, voluntariamente aceptaron participar y respondieron la encuesta durante el mes de Abril 2017.

CUADRO N° 01
FACTORES DEMOGRÁFICOS

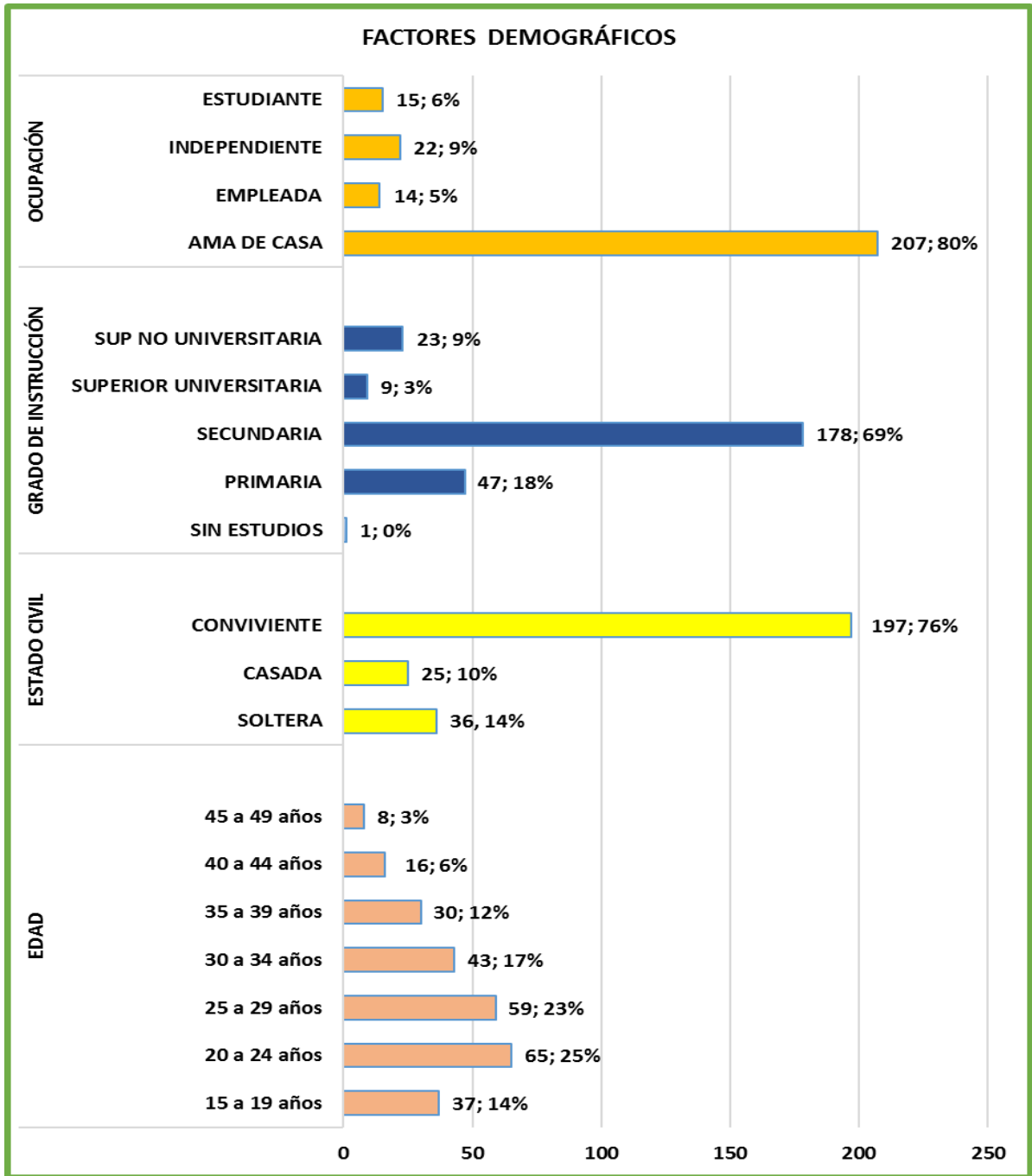
VARIABLE	INDICADOR	FRECUENCIA	%
EDAD	15 a 19 años	37	14
	20 a 24 años	65	25
	25 a 29 años	59	23
	30 a 34 años	43	17
	35 a 39 años	30	12
	40 a 44 años	16	6
	45 a 49 años	8	3
ESTADO CIVIL	Soltera	36	14
	Casada	25	10
	Conviviente	197	76
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Sin estudios	1	0
	Primaria	47	18
	Secundaria	178	69
	Superior universitaria	9	3
	Sup no universitaria	23	9
OCUPACIÓN	Ama de casa	207	80
	Empleada	14	5
	Independiente	22	9
	Estudiante	15	6

FUENTE: Instrumento de recolección de datos del estudio – abril 2017

Análisis e Interpretación: El 65% de las usuarias de la muestra de estudio se encuentran en el grupo etario de 20 a 34 años, el 14% se encuentran en etapa adolescente. El 76% mantiene relación de convivencia, el 69% tiene grado de instrucción secundaria y el 80% es ama de casa.

Contrastando con el estudio de **León S, Calli (2013)**, el grupo de 18 a 24 años, prevaleció ante el de 25 – 34 años y al de 35 – 49, de 50 – 65 y de 66 o más.

GRÁFICO N° 01



FUENTE: Instrumento de recolección de datos del estudio – abril 2017

CUADRO N° 02
FACTORES GÍNECO OBSTÉTRICOS

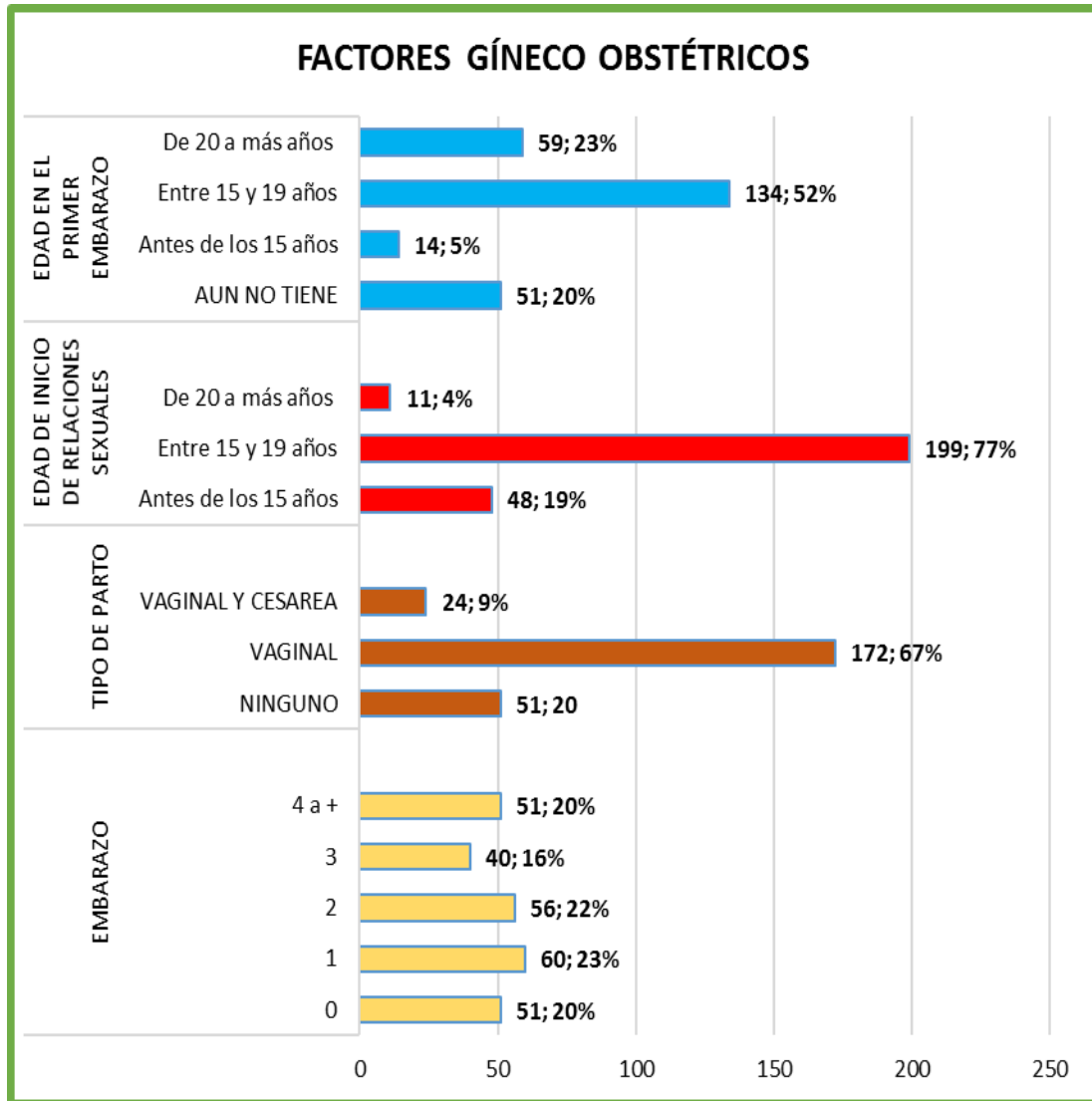
VARIABLE	INDICADOR	FRECUENCIA	%
N° DE EMBARAZOS	0	51	20
	1	60	23
	2	56	22
	3	40	16
	4 a +	51	20
TIPO DE PARTO	Ninguno	51	20
	Vaginal	172	67
	Cesárea	11	4
	Vaginal y Cesárea	24	9
EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES	Antes de los 15 años	48	19
	Entre 15 y 19 años	199	77
	De 20 a más años	11	4
EDAD EN EL PRIMER EMBARAZO	Aun no tiene	51	20
	Antes de los 15 años	14	5
	Entre 15 y 19 años	134	52
	De 20 a más años	59	23

FUENTE: Instrumento de recolección de datos del estudio - abril 2017

Análisis e Interpretación: El 20% de la muestra de estudio refiere no haber tenido embarazos aún, el 23% ha tenido al menos 1 embarazo, y también un 20% refiere entre 4 a más embarazos. El 67% tuvo parto vaginal. El 19% refiere haber iniciado su actividad sexual antes de los 15 años. El 96% de la muestra inició su actividad sexual durante la etapa adolescente; dentro de este grupo se encuentra el 57% que tuvo su primer embarazo antes de los 20 años.

Lo contrario se ve en un estudio realizado en Perú por Palma Flores, Jenny Elizabeth (2011), donde el 26,9% ha retrasado el inicio de relaciones sexuales hasta los 20 años.

GRÁFICO N° 02



FUENTE: Instrumento de recolección de datos del estudio – abril 2017

TABLA N° 01
REALIZACIÓN DEL EXAMEN DE PAPANICOLAOU

FECHA DEL ÚLTIMO PAPANICOLAOU	FRECUENCIA	%
Este año	103	40
Hace más de 1 año	44	17
Hace más de 3 años	44	17
Nunca	67	26
Total	258	100

FUENTE: Instrumento de recolección de datos del estudio – abril 2017

Análisis e Interpretación: El 40% de las usuarias de los servicios de salud sexual y reproductiva y que participaron en el estudio se realizó el examen en el año que viene cursándose, un 17% se realizó hace poco más de un año, así también un 17% se realizaron hace más de 3 años, y un 26% que equivale a poco más de la cuarta parte de la muestra de estudio, nunca se ha realizado el examen de Papanicolaou.

Según un estudio realizado en Perú de Roque Agapito, Katherine Cecilia 2014, el 62.8% se realizó examen de Papanicolaou en los tres últimos años, mientras que el 37.2% refiere que no se lo realizó en más de tres años o nunca lo hizo.

GRÁFICO N° 03



FUENTE: Instrumento de recolección de datos del estudio – abril 2017

TABLA N° 02

EVALUACION DE ASOCIACIÓN DE FACTORES DEMOGRÁFICOS Y LA REALIZACIÓN DEL EXAMEN DE PAPANICOLAOU

FACTOR DEMOGRÁFICO	CHI²	P	DIST. CHI² α=0.05
Edad	44.63	5.54E-08	12.592
Estado civil	8.02	0.236	12.592
Grado de instrucción	10.94	0.513	21.026
Ocupación	29.12	6.55E-01	16.919

Nivel de Significancia $p < 0.05$

Análisis e Interpretación: Con un nivel de significancia $p < 0.05$, existe asociación estadísticamente significativa para la realización del examen de Papanicolaou, con la edad y con la ocupación, no existe asociación significativa con el estado civil y el grado de instrucción.

El estudio de León S, Calli R. Objetivo: donde estimar la relación que tiene la realización de Papanicolaou, con los factores socio-demográficos y, con la mortalidad por cáncer de cuello uterino. (2013), menciona que Los factores socio-demográficos analizados están asociados con la realización de Papanicolaou, parecido a nuestro estudio

TABLA N° 03

**EVALUACION DE ASOCIACIÓN DE FACTORES GÍNECO OBSTÉTRICOS Y
LA REALIZACIÓN DEL EXAMEN DE PAPANICOLAOU**

ANTECEDENTES GÍNECO OBSTÉTRICOS	CHI²	P	DIST. CHI² α=0.05
N° de embarazos	34.79	5.06E-04	21,026
Tipos de parto	30.14	2.66E-03	16,919
Edad de inicio de relaciones sexuales	20.53	5.78E-02	12,592
Edad en el primer embarazo	38.01	1.53E-04	16,919

Valor de significancia $p < 0.05$

Análisis e Interpretación: Con un nivel de significancia $p < 0.05$, existe asociación estadísticamente significativa para la realización del examen de Papanicolaou, con el número de embarazos, los tipos de parto, la edad de inicio de relaciones sexuales y la edad del primer embarazo.

En cuanto al tipo de parto, relacionándolo con el estudio realizado en Pucallpa, por Meza Rengifo, la mayoría de las usuarias entrevistadas presentaron partos por vía vaginal, con un número de 2 a 3 hijos.

TABLA N° 04

CONOCIMIENTOS SOBRE EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO - I

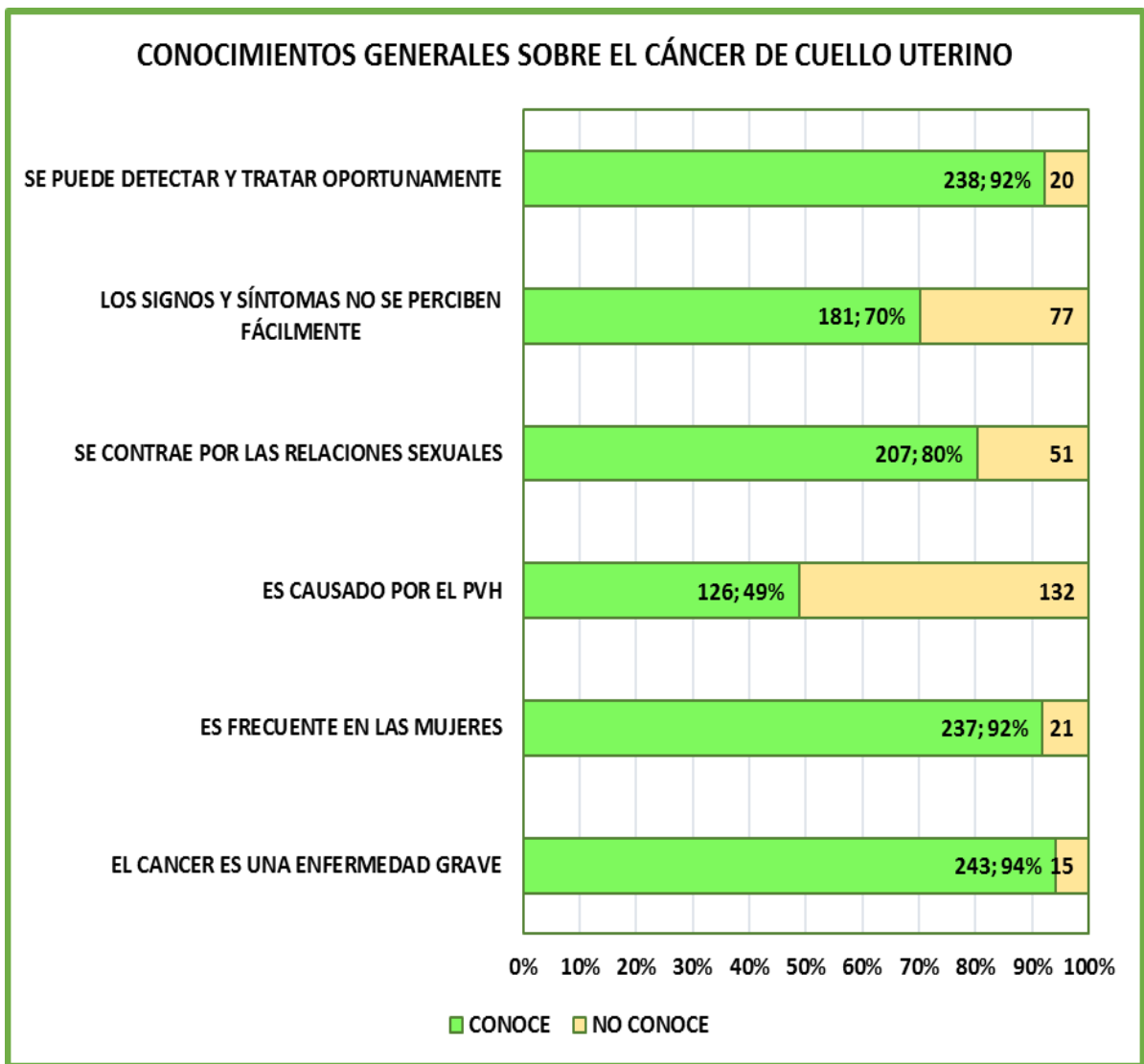
SOBRE EL CANCER DE CUELLO UTERINO GENERALMENTE CONOCE QUE:	Si	%	No	%	Total
El cáncer es una enfermedad grave	243	94	15	6	258
Es frecuente en las mujeres	237	92	21	8	258
Es causado por el PVH	126	49	132	51	258
Se contrae por las relaciones sexuales	207	80	51	20	258
Los signos y síntomas no se perciben fácilmente	181	70	77	30	258
Se puede detectar y tratar oportunamente	238	92	20	8	258

FUENTE: Instrumento de recolección de datos del estudio – abril 2017

Análisis e Interpretación: Considerando al 100% de la muestra por cada conocimiento, el 94% conoce que el cáncer de cuello uterino es una enfermedad grave, el 92% reconoce que es una enfermedad propia de las mujeres, sólo el 49% refiere que conoce que es causado por el virus del papiloma humano, mientras que el 51% refiere no saber este dato. El 80% conoce que se contrae por las relaciones sexuales, el 70% refiere que no le es fácil reconocer los signos y síntomas y el 92% refiere conocer que se puede detectar y tratar oportunamente.

En el estudio en Malvina Páez B, María I. Rodríguez-Riveros, el 78% escuchó hablar sobre el cáncer del cuello uterino y sólo el 10% de las encuestadas conoce el VPH y lo relaciona con la enfermedad.

GRÁFICO N° 04



FUENTE: Instrumento de recolección de datos del estudio – abril 2017

TABLA N° 05

**EVALUACIÓN DE ASOCIACIÓN ENTRE CONOCIMIENTOS SOBRE EL
CÁNCER DE CUELLO UTERINO Y LA REALIZACIÓN DEL EXAMEN DE
PAPANICOLAOU – I**

CONOCIMIENTOS GENERALES SOBRE EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO	CHI²	P
El cáncer es una enfermedad grave	8.7171	0.0333
Es frecuente en las mujeres	5.8861	0.1173
Es causado por el PVH	2.3116	0.5103
Se contrae por las relaciones sexuales	9.1295	0.0276
Los signos y síntomas no se perciben fácilmente	9.7395	0.0209
Se puede detectar y tratar oportunamente	4.6768	0.1970

Valor de significancia $p < 0.05$

Análisis e Interpretación: Con un nivel de significancia $p < 0.05$, existe asociación estadísticamente significativa entre el conocimiento de que el cáncer es una enfermedad grave, el conocimiento de que se contrae por relaciones sexuales, y el conocimiento de que no es fácil reconocer los signos y síntomas, con la realización del examen de Papanicolaou. No existe asociación significativa entre los conocimientos sobre que es más frecuente en las mujeres, si es causado por el virus del papiloma humano y si se puede detectar y tratar oportunamente, con la realización del examen de Papanicolaou.

TABLA N° 06

CONOCIMIENTOS SOBRE EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO – II

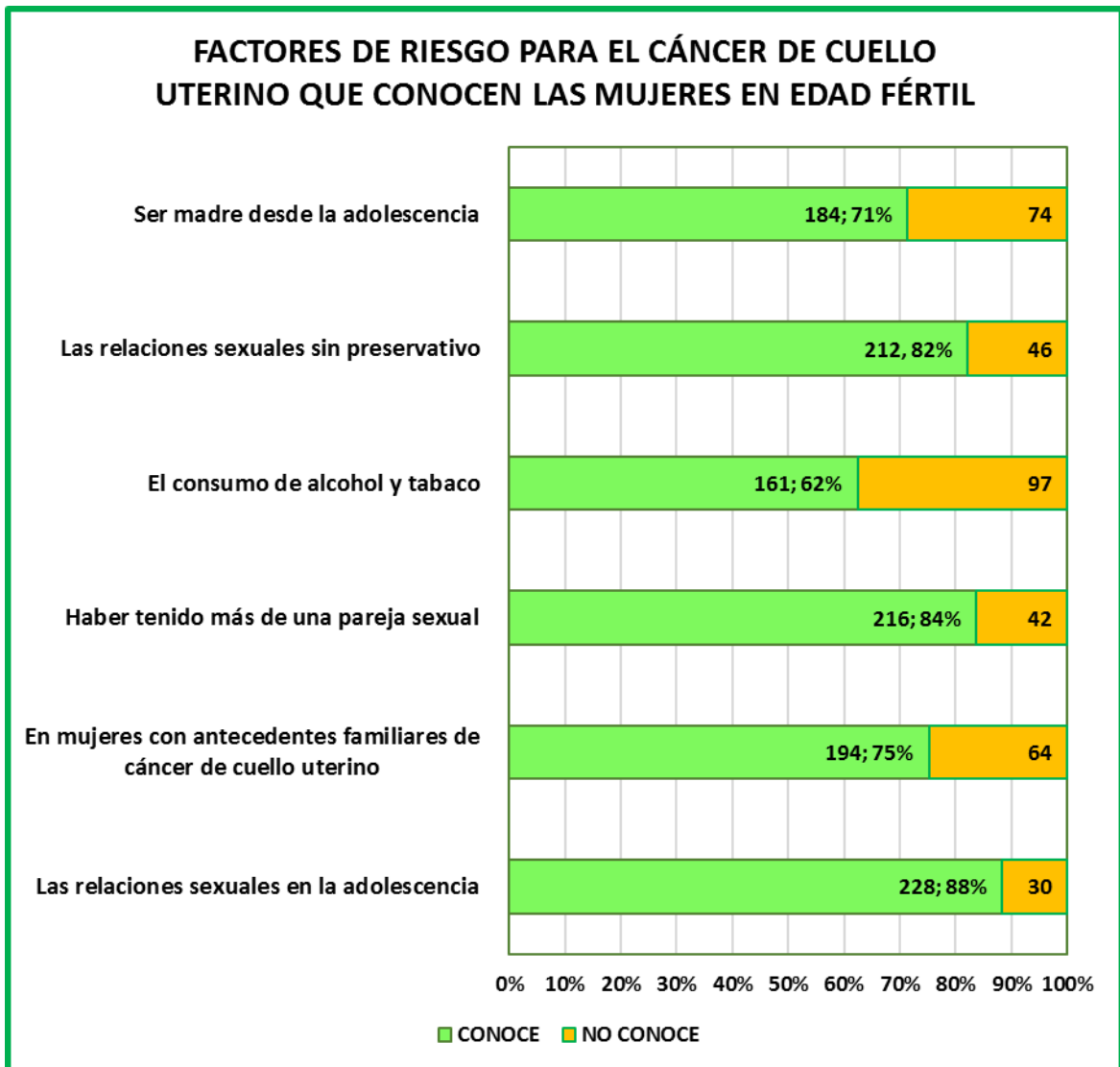
FACTORES DE RIESGO PARA EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO	SI	%	NO	%	TOTAL
Inicio de relaciones sexuales en la adolescencia	228	88	30	12	258
Antecedentes familiares de cáncer de cuello uterino	194	75	64	25	258
Haber tenido más de una pareja sexual	216	84	42	16	258
Consumo de alcohol y tabaco	161	62	97	38	258
Relaciones sexuales sin preservativo	212	82	46	18	258
Ser madre desde la adolescencia	184	71	74	29	258

FUENTE: Instrumento de recolección de datos del estudio – abril 2017

Análisis e Interpretación: Considerando al 100% de la muestra por cada conocimiento sobre factores de riesgo para el cáncer de cuello uterino, el 88% conoce que el inicio de relaciones sexuales precozmente en la adolescencia, el 75% conoce que los antecedentes familiares de cáncer de cuello uterino, el 84% conoce que el haber tenido más de una pareja sexual, el 62% conoce que el consumo de alcohol y tabaco, el 82% conoce que las relaciones sexuales sin preservativo, y el 71% conoce que ser madre en la adolescencia, son factores de riesgo para el cáncer de cuello uterino.

Diferente ocurre e un estudio realizado en Pucallpa de Arévalo Linares, Deysi (2013) Noviembre(2014), el 65% indica la edad de inicio de actividad sexual entre 16 – 19 años, el número de parejas sexuales manifestado es en su mayoría de 2 a 4 en un 56%, el 51% ya ha tenido una gestación y el 7% indica haber cursado una segunda gestación.

GRÁFICO N° 05



FUENTE: Instrumento de recolección de datos del estudio – abril 2017

TABLA N° 07
**EVALUACIÓN DE ASOCIACIÓN ENTRE CONOCIMIENTOS SOBRE EL
 CÁNCER DE CUELLO UTERINO Y LA REALIZACIÓN DEL EXAMEN DE
 PAPANICOLAOU – II**

CONOCE QUE SON FACTORES DE RIESGO	CHI²	P
Las relaciones sexuales desde la adolescencia	2.4904	0.4770
Antecedentes familiares de cáncer de cuello uterino	16.0061	0.0011
Haber tenido más de una pareja sexual	1.8217	0.6102
El consumo de alcohol y drogas	13.7406	0.0033
Las relaciones sexuales sin preservativo	3.2944	0.3484
Ser madre desde la adolescencia	14.6914	0.0021

Nivel de Significancia $p < 0.05$

Análisis e Interpretación: Con un nivel de significancia $p < 0.05$, existe asociación estadísticamente significativa entre el conocimiento de que los factores de riesgo, antecedentes familiares de cáncer de cuello uterino, consumo de alcohol y tabaco, y que ser madre desde la adolescencia, con la realización del examen de Papanicolaou. No existe asociación significativa entre el conocimiento de que los factores de riesgo, haber iniciado relaciones sexuales en la adolescencia, el haber tenido más de una pareja sexual y el tener relaciones sexuales sin preservativo, con la realización del examen de Papanicolaou.

TABLA N° 08

CONOCIMIENTOS SOBRE EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO – III

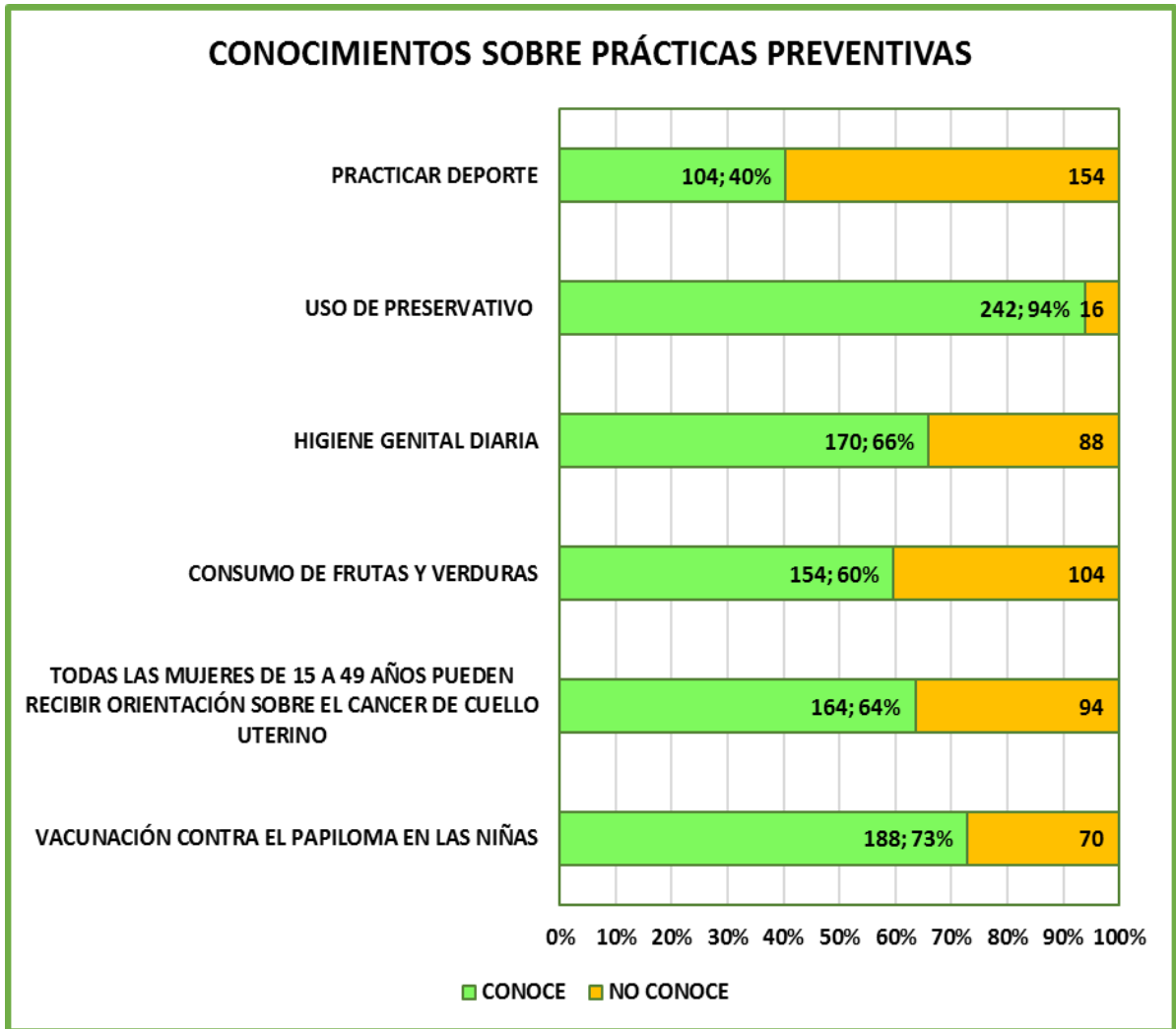
CONOCIMIENTOS SOBRE PRÁCTICAS PREVENTIVAS	Si	%	No	%	Total
Vacunación contra el papiloma en las niñas	188	73	70	27	258
Todas las mujeres de 15 a 49 años pueden recibir orientación sobre el cancer de cuello uterino	164	64	94	36	258
Consumo de frutas y verduras	154	60	104	40	258
Higiene genital diaria	170	66	88	34	258
Uso de preservativo	242	94	16	6	258
Practicar deporte	104	40	154	60	258

FUENTE: Instrumento de recolección de datos del estudio – abril 2017

Análisis e Interpretación: Considerando al 100% de la muestra por cada conocimiento sobre prevención del cáncer de cuello uterino, el 73% conoce que existe vacunación contra el VPH, el 64% conoce que todas las mujeres de 15 a 49 años pueden recibir orientación sobre el cáncer de cuello uterino, el 60% refiere que sabe que el consumo de frutas y verduras es saludable y puede prevenir cualquier tipo de cáncer, el 66% opina que la higiene genital puede ayudar a prevenir el cáncer de cuello uterino, el 94% conoce que el preservativo puede ayudar a prevenir el cáncer de cuello uterino y el 40% opina que hacer deporte también puede ayudar a prevenir cualquier tipo de cáncer.

En relación al estudio realizado en Perú por Palma Flores, Jenny Elizabeth (2011), cuyo objetivo fue “Determinar las prácticas preventivas del Cáncer Cérvico-uterino en las usuarias del Centro de Salud Leonor Saavedra menciona que solo el 57,3% se alimenta balanceadamente, encontrándose similitud de resultados con nuestro estudio.

GRÁFICO N° 06



FUENTE: Instrumento de recolección de datos del estudio – abril 2017

TABLA N° 09

**EVALUACIÓN DE ASOCIACIÓN ENTRE CONOCIMIENTOS SOBRE EL
CÁNCER DE CUELLO UTERINO Y LA REALIZACIÓN DEL EXAMEN DE
PAPANICOLAOU – III**

CONOCIMIENTOS SOBRE PRÁCTICAS PREVENTIVAS	CHI²	P
Vacunación contra el papiloma en las niñas	8.6764	0.0339
Todas las mujeres de 15 a 49 años pueden recibir orientación sobre el cancer de cuello uterino	1.0780	0.7824
Consumo de frutas y verduras	1.6630	0.6452
Higiene genital diaria	10.3299	0.0160
Uso de preservativo	1.0125	0.7982
Practicar deporte	1.2632	0.7379

Nivel de significancia $p < 0.05$

Análisis e Interpretación: Con un nivel de significancia $p < 0.05$, existe asociación estadísticamente significativa entre el conocimiento de que existe vacunación contra el cáncer de cuello uterino, y que la higiene diaria puede ayudar a prevenir el cáncer de cuello uterino, con la realización del examen de Papanicolaou. No existe asociación significativa entre el conocimiento de que todas las mujeres de 15 a 49 años, independiente mente de que se hayan realizado o no el examen de Papanicolaou pueden recibir orientación sobre el cáncer de cuello uterino, consumo de frutas y verduras, uso del preservativo y el practicar deporte , con la realización del examen de Papanicolaou.

TABLA N° 10

CONOCIMIENTOS SOBRE EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO – IV

CONOCIMIENTOS SOBRE EL PAPANICOLAOU PARA LA DETECCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO	Si	%	No	%	Total
Es un examen de células del cuello uterino	198	77	60	23	258
Sólo deben realizarse las mujeres que tienen hijo	59	23	199	77	258
Pueden realizarse las mujeres aún cuando tienen flujo vaginal con mal olor	227	88	31	12	258
Se debe realizar durante la menstruación	25	10	233	90	258
Se realiza solo en los Hospitales	28	11	230	89	258
Sólo se realiza una vez en la vida	16	6	242	94	258

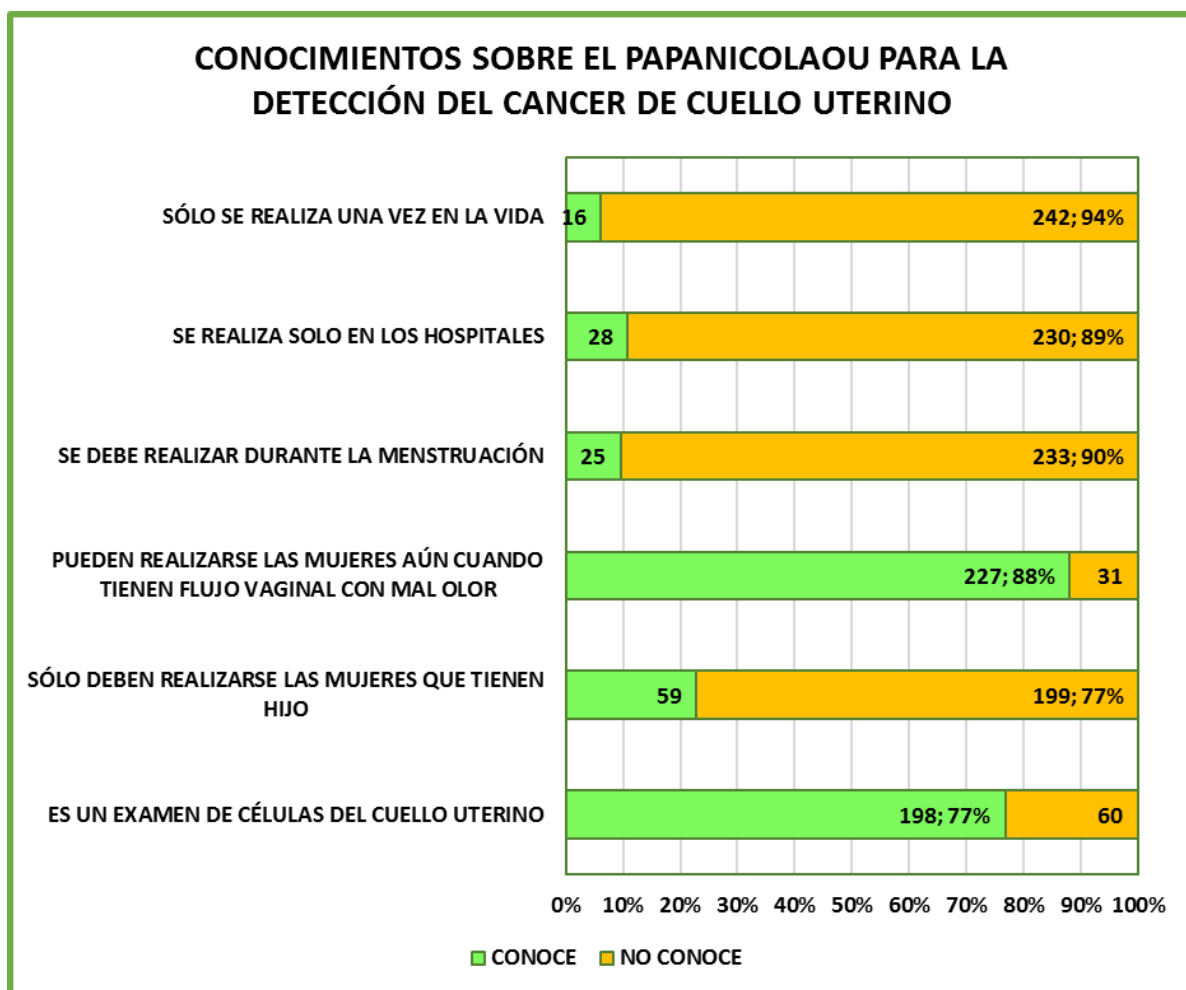
FUENTE: Instrumento de recolección de datos del estudio – abril 2017

Análisis e Interpretación: Considerando al 100% de la muestra por cada conocimiento sobre detección del cáncer de cuello uterino a través del examen de Papanicolaou, el 77% conoce que el Papanicolaou es un examen de las células del cuello uterino, también el 77% conoce que no sólo las mujeres que tienen hijos pueden realizarse el examen, el 88% refiere que se debe realizar el examen aún cuando existe flujo con mal olor, el 90% refiere que sabe que se debe realizar el examen cuando no se encuentre en su periodo de menstruación, el 89% conoce que el examen no sólo se realiza en los hospitales y el 94% conoce que no sólo se realiza una vez en la vida.

Contrastando el estudio realizado por Corazza, Rita, en su trabajo realizado en Churcampa (Huancavelica, Perú) y Ferrara (Emilia Romagna, Italia), en el año 2014, con el objetivo describir las prestaciones de salud en los establecimientos de Churcampa (Huancavelica, Perú) y Ferrara (Emilia Romagna, Italia), y que conocimientos, actitudes y prácticas tienen las mujeres en edad fértil, sobre la toma del Papanicolaou, estos resultados difieren de lo encontrado en nuestro estudio, encontrándose el 82% de las mujeres resulto que conoce que es un

examen del cuello del útero. Pocas mujeres saben cuándo no se pueden efectuar la muestra, solo el 32% sabía que si una mujer esta menstruando.

GRÁFICO N° 07



FUENTE: Instrumento de recolección de datos del estudio – abril 2017

TABLA N° 11

**EVALUACIÓN DE ASOCIACIÓN ENTRE CONOCIMIENTOS SOBRE EL
CÁNCER DE CUELLO UTERINO Y LA REALIZACIÓN DEL EXAMEN DE
PAPANICOLAOU – IV**

CONOCIMIENTOS SOBRE DETECCIÓN	CHI²	P
Es un examen de células del cuello uterino	3.7059	0.2950
Sólo deben realizarse las mujeres que tienen hijo	0.4019	0.9398
Pueden realizarse las mujeres aún cuando tienen flujo vaginal con mal olor	1.1821	0.7573
Se debe realizar durante la menstruación	10.3299	0.0160
Se realiza solo en los hospitales	1.0125	0.7982
Sólo se realiza una vez en la vida	52.6098	0.0000

Nivel de Significancia $p < 0.05$

Análisis e Interpretación: Con un nivel de significancia $p < 0.05$, existe asociación estadísticamente significativa entre el conocimiento de que el examen de Papanicolaou se debe realizar fuera del periodo de menstruación, y que el examen no sólo se realiza una vez en la vida, con la realización del examen de Papanicolaou. No existe asociación significativa entre el conocimiento de que el examen es de las células del cuello uterino, conocimiento de que no solamente pueden realizarse las mujeres que ya tienen hijo, conocimiento de que no deben realizarse si es que tienen flujo vaginal con mal olor y el conocimiento de que sólo se realiza en el hospital, con la realización del examen de Papanicolaou.

CONCLUSIONES

1. Los factores demográficos asociados a la realización del examen de Papanicolaou fueron la edad y la ocupación. Entre las características de las unidades de estudio, se concluye que, el 65% tiene entre 20 a 34 años de edad, el 14% es adolescente. El 76% mantiene relación de convivencia, el 69% tiene grado de instrucción secundaria y el 80% es ama de casa.
2. Los factores gineco obstétricos asociados a la realización del examen de Papanicolaou son: el número de embarazos, los tipos de parto, la edad de inicio de relaciones sexuales y la edad del primer embarazo. El 20% aún no ha tenido embarazo, el 23% ha tenido un embarazo, el 20% entre 4 a más. El 67% tuvo sólo parto vaginal. El 96% de la muestra inició su actividad sexual durante la etapa adolescente; y el 56% tuvo su primer embarazo antes de los 20 años.
3. Los conocimientos sobre el cancer de cuello uterino, asociados a la realización del examen de Papanicolaou en el estudio fueron: El conocimiento de que el cáncer es una enfermedad grave, de que se contrae por relaciones sexuales, que no es fácil reconocer los signos y síntomas. Que son factores de riesgo los antecedentes familiares de cáncer de cuello uterino, consumo de alcohol y tabaco, ser madre desde la adolescencia. Que existe vacunación contra el cáncer de cuello uterino, que la higiene diaria puede ayudar a prevenir el cáncer de cuello uterino. Que el examen de Papanicolaou se debe realizar fuera del periodo de menstruación, y que el examen no sólo se realiza una vez en la vida.
4. El 74% de las usuarias encuestadas se realizaron el examen de Papanicolaou, un 40% del total de las usuarias encuestadas se realizaron en el año en curso o hace menos de un año, un 17% se realizó hace más de un año y también un 17% hace más de 3 años. El 26% de las usuarias encuestadas aún no se ha realizado el examen.

RECOMENDACIONES

1. Los profesionales de obstetricia pueden tener en cuenta que el 96% de las mujeres usuarias de los servicios de salud sexual y reproductiva inicia su actividad sexual en la adolescencia, así también el 56% que tuvo su primer embarazo antes de los 20 años, es decir en la etapa adolescente, los cuáles son los principales riesgos para el cáncer de cuello uterino, lo que podría sugerir fortalecer el tema de cáncer de cuello uterino en las actividades preventivas dirigidas a la población adolescente, incluso incidir en las madres usuarias para su futura generación.
2. En el primer nivel de atención, los profesionales de obstetricia deben fortalecer la prevención del cáncer de cuello uterino y la realización del examen en las usuarias de todos los servicios de salud sexual y reproductiva a través de mensajes sobre los beneficios de realizarse el examen de Papanicolaou y de la verificación de la realización del examen en su historia clínica, independientemente de la edad que tenga y de su ocupación.
3. A través de los medios de comunicación como la radio y la televisión, así como directamente en sesiones educativas en los colegios, los profesionales de obstetricia deben intensificar la información sobre el agente causal y los factores de riesgo para el cáncer de cuello uterino, como son el inicio temprano de las relaciones sexuales, el embarazo que se produce en forma precoz.
4. También a través de los medios de comunicación como la radio y la televisión, así como directamente en sesiones educativas en los colegios, los profesionales de obstetricia deben intensificar la información sobre estilos de vida saludables para la prevención del cáncer de cuello uterino y mantener la

salud sexual y reproductiva libre de riesgos en lo posible, como es el caso del uso del preservativo como una manera sencilla de prevención.

5. Para incrementar el número de usuarias que se realicen el examen según el programa de prevención de cáncer de cuello uterino, los profesionales de obstetricia, en paralelo a fortalecer los conocimientos en las usuarias, debe incidir en que el examen de Papanicolaou es gratuito ya que se puede realizar a través del seguro de salud o del programa de prevención de cáncer de cuello uterino.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Saavedra J R C, López L M V. Relación entre el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas sobre el examen de Papanicolaou en mujeres en edad fértil sexualmente activas de la urbanización "las Palmeras [tesis título] Tarapoto, Universidad Nacional de San Martín; 201
2. Organización Mundial de Salud – 2014 www.who.int/cancer/palliative/es/- visto en febrero del 2014
3. AnaJM, Grado de conocimiento métodos sobre de detección del cáncer de cuello uterino en las mujeres residentes en el noroeste (N.O) cordobés. Rev Arg Morfol 2015; III (2): 25-37
4. Sarria-Bardales G, Limache-García A. Control del cáncer en el Perú: un abordaje integral para un problema de salud pública. Rev Perú med exp salud pública. 2013; 30(1):93-8.
5. Vigilancia Epidemiológica de Cáncer. Análisis de Situación de Salud. Boletín epidemiológico.(Lima). 2012; 21 (52): 880 – 82
<http://www.dge.gob.pe/boletines/2012/52.pdf> - Visto marzo 2016.
6. Ministerio de Salud - 2012 <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2012/pnlcc/index.html>
Visto 13 Mar 2016.
7. Ybaseta-Medina J, Paccori-Rodrigo F ; Vilca-Yange A. Factores clínico epidemiológicos del cáncer de cuello uterino en el Hospital Santa María del Socorro. Ica, Perú. Rev Med Panacea. 2014; 4(3):61-5.

8. DIRESA UCAYALI . Area de estadística e informática (consolidado regional 2013, 2014, y 2015)
9. Almonte M, Murillo R, Sánchez G I, et al. Nuevos paradigmas y desafíos en la prevención y control del cáncer de cuello uterino en América Latina. Salud Pública de México. 2010, 52(6): 544-99.
10. León S, Calli R. Factores relacionados con el examen de Papanicolaou y la mortalidad por cáncer de cuello uterino en Argentina. Rev. Arg Salud Pública. 2013;4(5): 20 – 25
11. Truzzi PD. Grado de conocimientos y prevalencia en la realización del examen de Papanicolaou [Tesis para optar el grado de Médico Cirujano]. Rosario, Argentina: Universidad Abierta Interamericana; 2013.
12. Páez M, Rodríguez-Riveros MI, Kasamatsu E , et al. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre virus de papiloma humano (VPH) y cáncer de cuello uterino en mujeres de 30 y más años de edad, de un barrio ribereño de Asunción, (Bañado Sur). 2012. Rev Univ Ind Santander Salud. 2016; 48(1): 37-44
13. López-Castillo CH A, Calderón M A, González de S M M . Conocimientos, actitudes y prácticas respecto al cáncer de cuello uterino de mujeres entre 14 y 49 años de un barrio de la comuna 10 de la ciudad de Armenia, Colombia .2012. Rev Méd Risaralda 2013; 19 (1):14-20.
14. Urdaneta-Machado J R, Nava-Suarez M L, García j, et al. Conocimiento del Cáncer de Cuello Uterino y Hallazgos Citológicos en Mujeres de Estratos Socioeconómicos Bajos. Rev Venez Oncol 2013,25(4):211-28.
15. Flores, J E P. Prácticas de Prevención del Cáncer Cérvico-uterino en Usuarías del C.S. Leonor Saavedra-San Juan de Miraflores [Tesis de título] Lima, Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2011.

16. Villanueva, N S. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la aplicación del Papanicolaou en mujeres en edad fértil, Chimbote. In Crescendo Ciencias de la Salud . 2015; 2(2): 475-88.
17. Corazza,R El cáncer del cuello uterino, un océano de diferencias, estudio comparativo Italia y Perú los establecimientos de Churcampa (Huancavelica, Perú) y Ferrara (Emilia Romagna, Italia) [Doble titulación] Chimbote, Universidad Uladech Católica y Universidad de Ferrara; 2014 .
18. Macha Julián A Z, Quiroz Díaz N A. Conocimientos, actitudes y prácticas del Papanicolaou en mujeres del barrio Cerrito de La Libertad. In Crescendo Ciencias de la Salud. 2015; 2(2): 436- 46.
19. Agapito, K C R. Conocimientos y actitudes sobre cáncer decuello uterino relacionados con la toma de papanicolaou en las usuarias del Centro de Salud San Fernando. [Tesis de título] Lima Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014.
20. Linares, D A. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el Examen de Papanicolaou en las adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo noviembre del 2013 a noviembre del 2014. [Tesis de título]Pucallpa Universidad Alas Peruanas; 2015.
21. Rengifo, P M M. Conocimiento, Actitudes y Prácticas respecto al examen de Papanicolaou en las Usuaris del Puesto de Salud “Dos de Mayo”, durante el periodo Enero - Diciembre 2013. [Tesis de título] Pucallpa Universidad Alas Peruanas; 2014.
22. Organización Mundial de Salud – 2016 [http:// www.who.int/topics/cancer/es](http://www.who.int/topics/cancer/es) - visto en marzo del 2016.
23. Instituto Nacional del Cáncer – 2015

- <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/que-es> - visto marzo 2016.
24. Sociedad Española de oncología Médica – 2015
<http://espanol.dana-farber.org/acerca/> - visto marzo 2016.
25. Introducción a la anatomía del cuello uterino.
<http://screening.iarc.fr/doc/colpochapteres01.pdf>.
26. Anatomía, citología e histología del cuello uterino, la vagina y la vulva normales y patológicos. Ecosistema vaginal.
<http://media.axon.es/pdf/65277.pdf>.
27. Mori B R S , Ocampo k E S , Castillos P T . Conducta sexual y reproductiva asociados al cáncer cérvicouterino, en mujeres atendidas entre 2012-2013, en el Hospital Regional de Loreto, Punchana 2014. [Tesis de título] Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonia Peruana; 2014.
28. Dosne P Ch. La etiología del cáncer: Vigencia de cinco paradigmas sucesivos. Medicina (B. Aires) [online]. 2003, vol.63, n.6, pp. 757-760 . Disponible en:<<http://www.scielo.org.ar/scielo.php?> – visto abril 2016.´
29. Monsalve D E C . Caracterización de la respuesta inmunitaria-inflamatoria en el Cuello Uterino en pacientes con Displasias de Cervix. [Tesis doctoral] España:Universidad Alcalá de Henares ; 2011.
30. Castillo Y N C. Patrones de infiltración leucocitaria y de expresión tisular de quimioquinas, factor de crecimiento endotelial vascular y mediadores del metabolismo oxidativo en lesiones inflamatorias y neoplásicas de cérvix. [Tesis doctoral] España : Universidad Alcalá de Henares ; 2012
31. Organización Mundial de Salud – 2015
<http://www.who.int/cancer/prevention/es/> - Visto 15 Feb 2017

32. Álvarez C, Nessim E C, Virginillo J M ,et al. Actualización de la estadificación de cáncer de cuello uterino .2012, Rev. Argen radiol, 76 (2):169-71.
33. Control integral del cancer cervicouterino: guia de practicas esenciales – 2a ed.Capitulo VI. Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer Cervicouterino Invasor.2015 . P – 185-86. [Accesado el 15 de diciembre].Disponible en : <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/cervical-cancer-guide/es/>
34. Prevención del cáncer - SEOM-2015
<http://www.seom.org/es/informacion-sobre-el-cancer/prevencion-cancer>
35. Prevención - Asociación Española Contra el Cáncer-2015
[http:// www.aecc.es](http://www.aecc.es) › Sobre el cáncer
36. Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Salud. Manual de procedimientos para el diagnóstico en citología cérvico uterina. Serie de normas técnicas 43. Perú. 2005.
37. OlivaresA B , M. Oyarsún T y CortésO. -Importancia del consumo de frutas y vegetales: beneficios de la huerta en la alimentación familiar.Vol I ed Mas Grafik chile 2011.
38. Actividad física y riesgo de cáncer | Cancer.Net. Approved by the Cancer.Net Editorial Board, 2016.En:
<http://www.cancer.net/es/desplazarse-por...cáncer/...y.../actividad-física-y-riesgo-de-cáncer>
39. Control integral del cancer cervicouterino: guia de practicas esenciales Capítulo 3. Fomento de la salud: prevención, educación sanitaria y orientación 2007 . P – 52. [Accesado el 15 de diciembre].Disponible en: <http://www.inppares.org/.../OMS%20%20Control%20integral%20del%20cancer%20cervicout>.

40. Manual de patología cervical [en línea] Capituli III. 2007. Virus del P Papiloma Humano P. 43. Disponible en : <http://www.acomicil.com/adamedmujer.com/wpcontent/uploads/2013/bibliografia/gindoxi/ManualPatologiaCervical.pdf>
41. Amaya J, Restrepo S. Tamizaje para cáncer de cuello uterino: cómo, desde y hasta cuándo. Rev.colomb.obstet.ginecol.2005; 56(1):59-67 [Revista en internet]. [Citado el 13 de abril del 2014].En: <http://www.redalyc.org/pdf/1952/195214314007.pdf>
42. Ministerio de Salud. Guía clínica cáncer cervico uterina: Minsal. 2^{da} edición. Chile.2010
43. Serveleon FFG , Nivel de Conocimiento y Actitud sobre el Papanicolaou en Mujeres de 20 a 30 años en el Hospital de Vitarte en el año 2014 [Tesis para optar el título de licenciada en obstetricia] Lima Alas peruanas; 2015.
44. Galán-Rodas E , Díaz-Vélez C, Rodas J LTamizaje Citológico para Cáncer de Cuello Uterino: una problemática emergente. 2013 , Rev. cuerpo méd. HNAAA 6(2) :53
45. Oddó D. Vida y obra de uno de los médicos más conocidos del siglo XX. (I y II partes). Chile. Fecha de acceso 20 de Octubre de 2011]. URL disponible en:<http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/histologia/georgenicholaspapanicolaou.pdf>
46. Manual para Tamizaje del Cancer Cervico Uterino - ministerio de salud pública y asistencia social. <http://www.mspas.gob.gt/files/descargas/protecciondelasalud/componentecancer/manual%20para%20tamizaje%20del%20cancer%20cervico%20uterino.pdf>. visto en julio del 2016.

47. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Manual Nacional de Normas y Procedimientos para la Prevención y el Control del Cáncer de Cuello Uterino. Paraguay. 2010.
48. Ministerio de Salud. Guías Nacionales de Atención integral de Salud Sexual y Reproductiva: Contenido I: Atención de la Salud Sexual y Reproductiva. Perú. 2007.
49. Varela S. Citología cervical. Rev.Med.Hond.2005; 73:131
50. Rafael A. Desarrollo Cognitivo: las teorías de Piaget y de Vygotsky. Máster en paidopsiquiatría. 2009. [Revista en Internet]. [Citado el 22 de octubre 2014]. En: http://www.paidopsiquiatría.cat/files/teorias_desarrollo_cognitivo.pdf
51. Aprendizaje cognitivo. [Citado el 22 de octubre de 2014]. En: http://eprints.ucm.es/10176/1/Aprendizaje_cognitivo_pdf.
52. Moret Ventura, Carmen. Actitudes de los adolescentes hacia la realidad multicultural en el principado de Andorra. Tesis doctoral. Universidad de Murcia. Departamento de Teoría e historia de la educación. Facultad de educación. 2008.1 (1):85-89 [Revista en Internet]. [Citado el 9 de febrero de 2015]. Disponible en : http://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/10060/1/Moret_Ventura.pdf.
53. Bernardos D. ¿Qué es el conocimiento? 2008. México. Fecha de acceso 16 de Octubre de 2011]. URL disponible en: <http://www.esp.uem.es/isbc/Daniel.Bernardos.Bermejo.Conocimiento.pdf>
54. Guía Técnica para la Consejería preventiva del cáncer. Perú. 2011
55. Definición ABC <https://www.definicionabc.com/general/factores.php>
56. La estadística. <https://definicion.de/demografia/>

57. Diccionario Médico Teide . Edición: 2^a 2012.
58. Diccionario medico . Disponible en : http://www.portalesmédicos.com/diccionario_medico/index.php?title=Especial%3ASearch&redirs=0&search=estroma&fulltext=Search&ns0=1
59. Montoya G , Solis Y, juscamaita J. Metodología de la Investigación Científica en Salud .Huanuco. Edita : Universidad nacional Hermilio Valdizán Huánuco.2009. Cap : III. Pag: 100- 106

ANEXOS



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES

**ESTUDIO: CONOCIMIENTOS SOBRE EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO, Y
LA REALIZACIÓN DEL EXAMEN DE PAPANICOLAOU EN MUJERES DE 15
A 49 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD 7 DE JUNIO.**

Estimada Sr(a). Soy la Sra. Ana Isabel Sotelo Asipali (Bachiller en Obstetricia-UAP), actualmente me encuentro realizando un estudio de investigación en coordinación con el Centro de Salud 7 de Junio, con la finalidad de Identificar los conocimientos sobre al Cáncer de Cuello Uterino y la realización del examen de Papanicolaou en las mujeres de 15 a 49 años que son atendidas en los servicios de salud sexual y reproductiva, en el periodo de abril 2017, por lo cual es de suma importancia y ayuda su participación con el cuestionario.

Le informo desde ya, que la información que usted brinde es totalmente confidencial, su participación en la presente encuesta no tiene ningún riesgo para Usted ni para su familia y que en el momento que usted disponga puede negarse a participar si no lo desea.

Si accede de manera voluntaria, se le solicita que responda con sinceridad las preguntas que a continuación se presentan.

Agradezco anticipadamente su colaboración.

ANA ISABEL SOTELO ASIPALI
Celular: 968593842

Firma de la participante



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
FICHA DE RECOLECCION DE DATOS**

**CONOCIMIENTOS SOBRE EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO, Y LA REALIZACIÓN
DEL EXAMEN DE PAPANICOLAOU EN MUJERES DE 15 A 49 AÑOS QUE ACUDEN
AL CENTRO DE SALUD 7 DE JUNIO, MANANTAY, ABRIL 2017**

Por favor marque con una x la respuesta que usted considere correcta en el cuestionario de conocimientos

I. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y GINECO OBSTÉTRICAS:

1. Edad: _____
2. Estado civil: Soltera () Conviviente () Casada () Viuda ()
Divorciada ()
3. Grado de instrucción: Sin estudios () Primaria ()
Secundaria () Superior no universitario () Superior universitario ()
4. Ocupación: _____
5. Número de hijos:
a) 0 b) 1 c) 2 d) 3 e) 4 o mas
6. Tipo de partos
a) Ninguno b) Vaginal c) Cesárea d) Vaginal y Cesarea
7. Edad de inicio de relaciones sexuales
a) Antes de los 15 años b) Entre 15 y 19 años c) De 20 a más años
8. Edad de su primer embarazo
a) Antes de los 15 años b) Entre 15 y 19 años c) De 20 a más años
9. Cuándo fue la última vez que se realizó el examen de Papanicolaou
a) Nunca b) Este año c) Hace más de 1 año d) Hace más de 3 años

II. CONOCIMIENTOS SOBRE CANCER DE CUELLO UTERINO

Marque con una (X) sobre los conceptos del cáncer de cuello uterino

1. El cáncer de cuello uterino es una enfermedad grave Si () No ()
2. Es un cáncer muy frecuente en las mujeres Si () No ()
3. Es causado por el virus: PVH () VIH () Herpes ()
4. Se contrae por las relaciones sexuales Si () No ()
5. Los signos y síntomas del cáncer de cuello uterino se perciben fácilmente Si () No ()
6. Se puede detectar y tratar tempranamente Si () No ()

Marque con una (X) sobre los factores de riesgo para contraer el cáncer de cuello uterino

1. Las relaciones sexuales en la adolescencia aumentan el riesgo de adquirir cáncer de cuello uterino Si () No ()
2. Las mujeres con antecedentes familiares de cáncer de cuello uterino tienen más riesgo de desarrollarlo Si () No ()
3. Haber tenido más de una pareja sexual aumenta el riesgo de cáncer de cuello uterino Si () No ()
4. El consumo de alcohol y tabaco incrementan el riesgo de cáncer de cuello uterino Si () No ()
5. Las relaciones sexuales sin preservativo aumentan el riesgo de cáncer de cuello uterino Si () No ()
6. Ser madre en la adolescencia incrementa el riesgo de cáncer de cuello uterino Si () No ()

Marque con una (X) sobre la prevención del cáncer de cuello uterino

1. Existe una vacuna que previene el cáncer de cuello uterino Si () No ()

2. La orientación sobre el cáncer de cuello uterino sólo se brinda a las mujeres que ya iniciaron relaciones sexuales Si () No ()
3. El método anticonceptivo que además de prevenir el embarazo puede ayudar a prevenir infecciones de transmisión sexual y el cáncer de cuello uterino es:
La píldora de emergencia () La ligadura de Trompas ()
El preservativo () La vasectomía ()
4. El consumo de frutas y verduras ayuda a prevenir el cáncer de cuello uterino Si () No ()
5. La higiene genital diaria previene el cáncer de cuello uterino Si () No ()
6. Practicar deporte previene el cáncer de cuello uterino Si () No ()

Marque con una (X) sobre el examen de detección del cáncer de cuello uterino

1. El Papanicolaou es un examen de las células del cuello uterino Si () No ()
2. El Papanicolaou solo deben realizarse las mujeres que tienen hijos Si () No ()
3. El Papanicolaou deben realizarse las mujeres solo cuando tienen flujo vaginal con mal olor Si () No ()
4. El Papanicolaou se debe realizar durante la menstruación Si () No ()
5. El Papanicolaou sólo se realiza una vez en la vida Si () No ()
6. El examen de Papanicolaou es realizado en:
Farmacia () Establecimiento de salud () Centros educativos ()

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE CONOCIMIENTOS GENERALES (KUDER RICHARDSON)

PACIENTE	p1	p2	p3	p4	p5	p6	SUMA
1	1	1	0	1	0	1	4
2	1	1	0	1	0	1	4
3	1	1	1	1	0	1	5
4	1	1	0	1	1	1	5
5	1	1	1	1	0	1	5
6	1	1	0	1	0	0	3
7	1	1	0	1	1	0	4
8	1	1	1	1	0	1	5
9	1	1	0	1	0	1	4
10	1	1	1	1	1	1	6
11	1	1	1	0	0	1	4
12	1	1	0	1	0	1	4
13	1	1	1	1	0	1	5
14	1	1	0	0	0	1	3
15	1	1	0	1	0	1	4
16	1	0	0	1	0	1	3
17	1	1	0	1	1	1	5
18	1	1	0	1	0	1	4
19	1	1	0	1	1	0	4
20	1	1	0	1	0	0	3
21	1	1	1	1	1	1	6
22	1	1	1	1	0	1	5
23	1	0	0	1	1	1	4
24	1	1	1	1	1	1	6
25	1	1	1	1	1	1	6
26	1	0	0	1	0	1	3
27	1	1	0	0	0	1	3
28	1	1	0	1	0	1	4
29	1	0	0	1	0	1	3
30	1	1	0	0	0	1	3
SUMA	30	26	10	26	9	26	127
media arit	1.00	0.87	0.33	0.87	0.30	0.87	4.23
Varianza	0.00	2.68	6.33	2.68	6.03	3.41	26.25
p	1.00	0.87	0.33	0.87	0.30	0.87	
q	0.00	0.13	0.67	0.13	0.70	0.13	
p*q	0.00	0.12	0.22	0.12	0.21	0.12	0.78
KR-20	1.20	0.03	0.97	0.97			

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE CONOCIMIENTOS DE FACTORES DE RIESGO PARA EL CANCER DE CUELLO UTERINO (KUDER RICHARDSON)

Paciente	p1	p2	p3	p4	p5	p6	SUMA
1	0	0	1	1	0	0	2
2	1	1	1	0	1	1	5
3	0	0	1	0	0	0	1
4	1	1	0	1	0	0	3
5	1	1	0	1	0	0	3
6	1	1	0	1	0	0	3
7	1	0	0	0	1	1	3
8	1	1	1	1	0	0	4
9	0	0	0	0	1	1	2
10	1	1	1	0	1	1	5
11	1	1	0	0	0	0	2
12	0	0	0	1	0	0	1
13	1	1	1	1	1	1	6
14	1	1	0	1	0	0	3
15	1	1	1	1	0	0	4
16	0	0	0	1	1	1	3
17	1	1	1	1	1	1	6
18	0	0	0	1	0	0	1
19	1	1	1	1	1	1	6
20	0	0	1	0	1	1	3
21	1	1	0	0	0	0	2
22	0	0	0	1	0	0	1
23	1	1	1	1	1	1	6
24	1	1	0	1	0	0	3
25	1	1	1	1	0	0	4
26	1	0	0	1	1	1	4
27	0	1	1	1	1	1	5
28	1	0	0	1	0	0	2
29	1	1	1	1	1	1	6
30	1	0	1	0	1	1	4
SUMA	21	18	15	21	14	14	103
media arit	0.70	0.60	0.50	0.70	0.47	0.47	3.43
Varianza	6.03	6.32	6.75	5.64	6.68	6.68	68.14
p	0.70	0.60	0.50	0.70	0.47	0.47	
q	0.30	0.40	0.50	0.30	0.53	0.53	
p*q	0.21	0.24	0.25	0.21	0.25	0.25	1.16
KR-20	1.20	0.02	0.98	0.98			

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE CONOCIMIENTOS DE PREVENCIÓN DE CANCER DE CUELLO UTERINO (KUDER RICHARDSON)

Pacientes	p1	p2	p3	p4	p5	p6	SUMA
1	1	0	1	1	1	0	4
1	1	1	1	1	1	1	6
3	1	0	1	1	1	1	5
4	1	0	1	1	1	1	5
5	0	0	1	0	1	1	3
6	1	0	1	1	1	0	4
7	1	0	1	1	0	1	4
8	1	0	1	1	1	1	5
9	1	1	1	0	1	1	5
10	1	0	1	1	1	1	5
11	0	1	1	1	1	1	5
12	1	1	1	1	1	1	6
13	1	1	1	1	1	0	5
14	1	1	1	1	1	0	5
15	1	0	1	0	1	0	3
16	0	1	1	1	1	0	4
17	1	1	1	1	1	1	6
18	1	1	1	1	1	1	6
19	1	0	1	1	1	1	5
20	1	0	1	1	1	1	5
21	1	1	1	0	1	1	5
22	1	1	1	1	1	1	6
23	1	1	1	1	0	1	5
24	0	1	1	1	1	1	5
25	1	0	1	0	1	1	4
26	1	1	1	1	1	1	6
27	1	1	1	1	1	1	6
28	0	1	1	0	1	0	3
29	1	1	1	1	1	0	5
30	1	1	1	1	1	0	5
SUMA	25	18	30	24	28	21	146
media arit	0.83	0.60	1.00	0.80	0.93	0.70	4.87
Varianza	3.44	6.73	0.00	4.10	1.85	4.82	20.06
p	0.83	0.60	1.00	0.80	0.93	0.70	
q	0.17	0.40	0.00	0.20	0.07	0.30	
p*q	0.14	0.24	0.00	0.16	0.06	0.21	0.60
KR-20	1.20	0.03	0.97	0.97			

**CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE CONOCIMIENTOS SOBRE
DETECCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO (KUDER RICHARDSON)**

Pacientes	p1	p2	p3	p4	p5	p6	suma
1	1	1	1	1	1	1	6
2	1	1	1	1	1	1	6
3	1	1	1	1	1	1	6
4	1	1	1	1	1	1	6
5	1	1	1	1	1	1	6
6	1	0	1	1	1	1	5
7	1	1	1	1	1	1	6
8	1	1	1	1	1	1	6
9	1	0	0	1	1	1	4
10	1	1	1	1	1	1	6
11	1	1	1	1	1	1	6
12	1	1	1	1	1	1	6
13	1	1	1	1	1	1	6
14	1	1	1	1	1	1	6
15	1	1	1	1	1	1	6
16	1	1	1	1	1	1	6
17	1	0	1	1	1	1	5
18	0	1	1	1	1	1	5
19	1	1	0	1	1	1	5
20	1	1	1	1	1	1	6
21	1	1	1	1	1	1	6
22	1	1	1	1	1	1	6
23	1	1	1	1	1	1	6
24	1	1	1	1	1	1	6
25	1	1	1	1	1	1	6
26	1	1	1	1	1	1	6
27	1	0	1	1	1	1	5
28	0	1	1	1	1	1	5
29	1	1	0	1	1	1	5
30	1	1	1	1	1	1	6
SUMA	28	26	27	30	30	30	171
media arit	0.93	0.87	0.90	1.00	1.00	1.00	5.70
Varianza	1.02	3.41	1.87	0.00	0.00	0.00	7.23
p	0.93	0.87	0.90	1.00	1.00	1.00	
q	0.07	0.13	0.10	0.00	0.00	0.00	
p*q	0.06	0.12	0.09	0.00	0.00	0.00	0.27
KR-20	1.25	0.04	0.96	0.96			

MATRIZ DE CONCISTENCIA

TITULO: FACTORES ASOCIADOS A LA REALIZACIÓN DEL EXAMEN DE PAPANICOLAOU EN MUJERES DE 15 A 49 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD 7 DE JUNIO, MANANTAY, ABRIL 2017

PROBLEMAS	OBJETIVOS	VARIABLES	DIMESIONES	INDICADORES	MÉTODO
<p>PROBLEMA PRINCIPAL ¿Cuáles son los factores asociados a la realización del examen de Papanicolaou en mujeres de 15 a 49 años, usuarias de los servicios de salud sexual y reproductiva del Centro de Salud 7 de Junio, abril 2017?</p> <p>PROBLEMAS SECUNDARIOS ¿Cuáles son los factores demográficos asociados a la realización del examen de Papanicolaou en mujeres de 15 a 49 años, que acuden a los servicios de salud sexual y reproductiva del centro de Salud 7 de junio, abril 2017? ¿Cuáles son los antecedentes gineco obstétricos asociados a la realización del examen de Papanicolaou en la realización del examen de Papanicolaou en mujeres de 15 a 49 años, que acuden a los servicios de salud sexual y reproductiva del centro de Salud 7 de junio, abril 2017? ¿Cuáles son los conocimientos sobre el cáncer de cuello uterino asociados a la realización del examen de Papanicolaou en mujeres de 15 a 49 años, que acuden a los servicios de salud sexual y reproductiva del centro de Salud 7 de junio, abril 2017?</p>	<p>OBJETIVO PRINCIPAL Identificar los factores asociados a la realización del examen de Papanicolaou en mujeres de 15 a 49 años, usuarias de los servicios de salud sexual y reproductiva del Centro de Salud 7 de junio, abril 2017.</p> <p>OBJETIVOS SECUNDARIOS Determinar las características demográficas asociadas a la realización del examen de Papanicolaou en mujeres de 15 a 49 años, usuarias de los servicios de salud sexual y reproductiva del centro de Salud 7 de Junio, abril 2017. Establecer los antecedentes gineco obstétricos asociados a la realización del examen de Papanicolaou, en mujeres de 15 a 49 años, usuarias de los servicios de salud sexual y reproductiva del centro de Salud 7 de Junio, abril 2017. Identificar los conocimientos sobre el cáncer de cuello uterino asociados a la realización del Papanicolaou en mujeres de 15 a 49 años, usuarias de los servicios de salud sexual y reproductiva del centro de Salud 7 de Junio, abril 2017.</p>	<p>VARIABLE INDEPENDIENTE</p> <p>FACTORES ASOCIADOS</p>	<p>CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS</p> <p>ANTECEDENTES GÍNECO OBSTÉTRICOS</p> <p>CONOCIMIENTOS SOBRE EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Edad ✓ Grado de Instrucción ✓ Ocupación ✓ Estado Civil ✓ Número de embarazos ✓ Tipo de partos ✓ Edad de inicio de relaciones sexuales ✓ Edad en el primer embarazo ✓ Concepto de cáncer de cuello uterino ✓ Virus que causa el cáncer de cuello uterino ✓ Vía de Transmisión ✓ Signos y síntomas ✓ Factores de riesgo; Inicio temprano de la actividad sexual, antecedentes familiares de ca de cérvix, tener más de una pareja sexual, consumo de tabaco, consumo de alcohol, relaciones sexuales sin preservativo, parto en la aoldescencia. ✓ Prevención: hábitos saludables, vacuna contra el PVH ✓ Detección: Concepto del Papanicolaou, cuando y donde se realiza. 	<p>CUALITATIVO</p> <p>DESCRIPTIVO</p>
<p>¿Cuál es el porcentaje de mujeres de 15 a 49 años, que se realizaron el examen de Papanicolaou, entre las que acuden a los servicios de salud sexual y reproductiva del centro de Salud 7 de Junio, abril 2017?</p>	<p>Estimar el porcentaje de mujeres de 15 a 49 años, que se realizaron el examen de Papanicolaou, entre las que acuden a los servicios de salud sexual y reproductiva del centro de Salud 7 de junio, abril 2017.</p>	<p>VARIABLE DEPENDIENTE</p> <p>REALIZACIÓN DEL EXAMEN DE PAPANICOLAOU.</p>	<p>Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que se realizaron el examen de Papanicolaou</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Usuarías que se realizaron el examen ✓ Usuarías que nunca se realizaron el examen. 	<p>FRECUENCIA ABSOLUTA PORCENTUAL</p>