



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

**NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS SOBRE
PREVENCIÓN DE CÁNCER CERVICAL EN EL PERSONAL
PROFESIONAL Y TECNICO DE SALUD DEL HOSPITAL SAN
JUAN DE LURIGANCHO EN EL AÑO 2015**

TESIS PRESENTADO POR

BACHILLER: NOLE URIBE, ASTRID NATALI

PARA OPTAR

EL GRADO DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA

Lima, 2015

Dedicatoria

Dedico este trabajo a mis padres por su gran apoyo incondicional, porque siempre estuvieron pendientes de mí, alentándome en todo momento.

Agradecimiento

Agradezco a Dios, porque sin El nada hubiera sido posible. Porque me dio las fortalezas necesarias cuando más las necesitaba. Y a mis padres porque gracias a ellos puedo tener una carrera profesional.

RESUMEN

El presente estudio fue planteado con el **Objetivo** de Determinar el nivel de conocimiento y prácticas sobre prevención de cáncer cervical en el personal profesional y técnico de salud del hospital San Juan de Lurigancho en el año 2015. **Material y métodos** El estudio es de tipo observacional, Prospectivo, porque se registran los datos a medida que ocurren, Descriptivo porque permite describir los conocimientos y prácticas de los profesionales y técnicos y de corte transversal porque la unidad de muestra es tomada en una sola oportunidad, aplicativo porque se realizó sobre hechos concretos y específicos, de carácter netamente utilitarios. Para dicho estudio se elaboró un cuestionario de 18 preguntas, las que tendrán un valor determinado considerando; Alto (13-18), pts. Medio. (7-12).pts. Bajo (< de 6).pts. Que nos permitirá medir el nivel de conocimiento sobre prevención del cáncer cervical. Para las practicas en referencia a la prevención se elaboró un cuestionario con 18 preguntas, las que tendrán un valor determinado considerando; practicas adecuadas (10–18) preguntas acertadas y practicas inadecuadas (< de 10) preguntas acertadas **Resultados** El 29.6% de los profesionales encuestados tiene un nivel de conocimiento Bajo, el 57.4% tiene un nivel de conocimiento Medio y el 13.0% tiene un nivel de conocimiento Alto. El 32.5% de los técnicos encuestados tiene un nivel de conocimiento Bajo, el 48.7% tiene un nivel de conocimiento Medio y el 18.8% tiene un nivel de conocimiento Alto. Respecto a las prácticas en referencia a la prevención del cáncer cervical en profesionales el 29.6% tuvo prácticas adecuadas, mientras que el 70.4% tuvo prácticas inadecuadas. Respecto a las prácticas en referencia a la prevención del cáncer cervical en técnicos el 23.75% tuvo prácticas adecuadas, mientras que el 76.25% tuvo prácticas inadecuadas.

Palabras clave: Nivel de conocimiento, practicas de prevención y cáncer de cuello uterino.

ABSTRACT

This study was planned with the objective of determining the level of knowledge and practices on the prevention of cervical cancer in the professional and technical personnel health hospital San Juan de Lurigancho in the 2015. Material year and Methods This study is of type observational, prospective, because the data as they occur, Descriptive it allows to describe the knowledge and practices of professionals and technicians and cross section because the sample unit is taken in one shot, Aplicativo because it was made on concrete facts are recorded and specific, purely utilitarian character. For this study a questionnaire of 18 questions which will have a certain value considering was developed; High (13-18), pts. Medium. (7-12) .pts. Low (<6) .pts. It will allow us to measure the level of knowledge about cervical cancer prevention. For practices referring to preventing a questionnaire with 18 questions which will have a certain value considering was developed; appropriate practices (10-18) right questions and inadequate practices (<10) right questions Results 29.6% of professionals surveyed have a level of knowledge Low, 57.4% have a medium level of knowledge and 13.0% has a level of knowledge Alto. 32.5% of respondents have technical knowledge level Low, 48.7% have a medium level of knowledge and 18.8% has a level of knowledge Alto. Regarding practices in reference to preventing cervical cancer in professional 29.6% had good practices, while 70.4% had inadequate practices. Regarding practices in reference to preventing cervical cancer technicians 23.75% had good practices, while 76.25% had improper practices.

Keywords: level of knowledge, practices and prevention of cervical cancer.

ÍNDICE

CARATULA	1
DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTO	3
RESUMEN	4
ABSTRACT	5
ÍNDICE	6
INTRODUCCION	8
CAPITULO I: PLANEAMIENTO METODOLÒGICO	10
1.1 Descripción de la Realidad Problemática	10
1.2 Delimitación de la investigación	12
1.3 Formulación del Problema	13
1.3.1 Problema principal	13
1.3.2 Problemas secundarios	13
1.4 Objetivos de la investigación	13
1.4.1 Objetivo general	13
1.4.2 Objetivos específicos	13
1.5 Hipótesis y Variables de Investigación	13
1.5.1 Identificación y Clasificación de Variables e Indicadores	14
1.6 Diseño de la Investigación	15
1.6.1 Tipo de investigación	15
1.6.2 Nivel de la investigación	15
1.6.3 Método	16
1.7 Población y muestra	16
1.7.1 Población	16
1.7.2 Muestra	16
1.8 Técnicas e instrumentos	17
1.8.1 Técnicas	17
1.8.2 Instrumentos	17
1.9 Justificación e importancia de la investigación.	19

CAPITULO II	MARCO TEORICO	20
2.1	Fundamentos teóricos de la Investigación	20
2.1.1	Antecedentes	20
2.1.2	Bases teóricas	31
2.1.3	Definición de términos	50
CAPITULO III.	PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN ANÁLISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	52
3.1	Presentación de resultados	52
3.2	Interpretación, análisis y discusión de resultados	63
CAPITULO IV.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	65
4.1	Conclusiones	65
4.2	Recomendaciones	66
FUENTES DE INFORMACION		67
ANEXOS		72
	Matriz de consistencia	109
	Instrumentos de recolección de datos	110
	Juicio de expertos	118
	Autorización Institucional donde se ha realizado el estudio	121

INTRODUCCION

Sin lugar a duda una de las mayores expectativas que tiene el hombre en la actualidad es la lucha por su supervivencia y el enfrentamiento de los elementos o condiciones que la amenazan. El cáncer es una de ellas.

La infección por virus del papiloma humano (VPH) está considerada como una ITS, y es factor primordial en la génesis del cáncer cérvico-uterino. Según estudios epidemiológicos, en la actualidad la neoplasia cérvico-uterina se comporta como una enfermedad de transmisión sexual asociada a múltiples factores de riesgo, la mayoría de estos ligados a la conducta sexual de cada mujer. La epidemia de infecciones de transmisión sexual (ITS), representa la más diseminada y devastadora enfermedad que enfrentan las mujeres. Al presente, las relaciones sexuales tienden a iniciarse a edades más tempranas. Se puede apreciar que mientras más temprano aparece el desarrollo puberal, menos preparación tiene el individuo. Existen estudios que revelan una información deficiente por parte de los adolescentes en cuanto a las ITS, su mecanismo de transmisión, las consecuencias y formas de prevenirlas.

Al conocer la situación problemática referente a la elevada morbi-mortalidad por cáncer cérvico-uterino, la relación existente entre este y VPH, así como la tendencia actual al inicio de las relaciones sexuales a edades más tempranas, se decide realizar una investigación con el objetivo de identificar el nivel de conocimientos y practicas de prevención del cáncer cérvico-uterino en personal de salud.

El punto álgido en que hombres y mujeres contraen la infección es poco después del inicio de la vida sexual. Los PVH se transmiten por vía sexual, si bien no es necesario que haya una relación sexual con penetración para que se produzca la transmisión. El contacto directo con la piel de la zona genital es un modo de transmisión reconocido.

A nivel mundial, el CCU es el cuarto cáncer más frecuente en la mujer. Se calcula que en 2012 hubo 530 000 nuevos casos, que representaron el 7,5%

de la mortalidad femenina por cáncer. De las aproximadamente 270 000 defunciones por CCU que se registran cada año, más del 85% se producen en los países en desarrollo.

En los países desarrollados, se han puesto en marcha programas que permiten que las mujeres se sometan a pruebas de detección de la mayor parte de las lesiones precancerosas en fases en que todavía pueden tratarse fácilmente. En esos países el tratamiento precoz previene hasta el 80% de los casos de CCU.

En los países en desarrollo, el escaso acceso a pruebas de detección eficaces significa que, con frecuencia, la enfermedad no se detecta hasta las fases más avanzadas, cuando aparecen los síntomas. Además, las perspectivas de tratamiento de la enfermedad en una fase tan avanzada no siempre son buenas, por lo que en estos países la tasa de mortalidad por CCU es más alta.

La elevada tasa de mortalidad mundial por CCU (52%) podría reducirse con programas de detección y tratamiento eficaces.

La OMS recomienda la adopción de un enfoque integral para prevenir y controlar el CCU. Entre las medidas recomendadas por la Organización figura la aplicación de intervenciones a lo largo de la vida. El enfoque ha de ser multidisciplinar e incluir componentes como la educación y sensibilización de la comunidad, la movilización social, la vacunación, la detección, el tratamiento y los cuidados paliativos.

CAPÍTULO I

PLANEAMIENTO METODOLOGICO

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.

Según la OMS el cáncer de cuello uterino es el segundo tipo de cáncer más frecuente en la mujer, y prácticamente todos los casos están relacionados con la infección genital por papiloma virus humanos (PVH). Cerca de un 80% y una proporción aun mayor de las muertes por esta causa se registran en países de bajos ingresos, donde no hay acceso a la detección y tratamiento de esta enfermedad .¹

A nivel mundial el cáncer de cuello uterino es el cuarto cáncer mas frecuente en la mujer. Se calcula que en el 2012 hubo 530.000 nuevos casos, que representaron el 7.5% de la mortalidad femenina por cáncer. De las que aproximadamente hubo 270.000 defunciones por cáncer de cuello uterino que se registraron cada año.²

Se estiman cerca de 500.000 nuevos casos por año de los cuales el 80 % son diagnosticados en países en vías de desarrollo. Las regiones geográficas de mayor riesgo de cáncer incluyen el sur y este de África, Asia

del Pacífico, El Caribe, América Central y América del Sur, donde la incidencia excede los 30 casos/100.000 mujeres por año. Se estiman 270 muertes anuales y nuevamente el 75% ocurren en países en desarrollo, donde por falta de diagnóstico temprano sobreviven a cinco años menos del 50 % de las mujeres diagnosticadas. La edad promedio de presentación es 51 años, con dos picos de incidencia uno entre los 30 y 39 años y otro entre los 60 y 69 años.³

El cáncer cervicouterino que resulta de la infección persistente por determinados virus del papiloma humano, se desarrolla a lo largo de varios años ofreciendo múltiples oportunidades para la prevención, incluyendo la vacunación frente al VPH, el tamizaje y el tratamiento de las lesiones precancerosas.

La promoción y educación de la salud deben tener como objetivos garantizar que las mujeres, sus familias y la comunidad en general, comprendan que el cáncer cervicouterino es prevenible y que es necesario que las mujeres acudan a los servicios de tamizaje y reciban un tratamiento adecuado en caso que el resultado sea anormal.

Actualmente disponemos de vacunas efectivas y seguras frente a los tipos oncogénicos 16 y 18 del VPH, que permiten la prevención primaria de los casos de cáncer causados por estos tipos frecuentes de VPH.⁴

En el 2012 más de 83.100 mujeres fueron diagnosticadas de cáncer cervicouterino en la región de las Américas y casi 35.700 mujeres fallecieron a causa de esta enfermedad.

Si se mantienen las tendencias actuales, el número de muertes por este cáncer en las Américas aumentará hasta 51.500 en el 2030, debido al crecimiento de la población y al aumento de la expectativa de vida; un 89 % de estas muertes se producirán en América Latina y el Caribe.⁴

En un estudio realizado a profesionales de la salud (enfermeros) en Turquía en el año 2015 se encontró que el 11,6% se realizó pruebas de Papanicolaou. Ninguna de las enfermeras habían recibido la vacuna contra el VPH; razones incluyen no tener suficiente conocimiento acerca

de la vacuna y la creencia de que la vacuna no era muy frecuente (57,3% y 20,7%, respectivamente).

En cuanto a Chile, encabeza la lista de los 11 países que han descendido significativamente sus tasas de mortalidad por cáncer cervico uterino en la región, junto a Brasil, Canadá, Colombia, Costa Rica, El Salvador, México, Nicaragua, Panamá, Venezuela y Estados Unidos.⁵

En nuestro país, según datos de la Dirección General de Epidemiología, la tasa ajustada de cáncer de cuello uterino entre el año 2000 y el año 2011 ha fluctuado entre 7,7 y 5,6 defunciones por cada 100 000 mujeres, es decir no se ha reducido, a pesar de que el tamizaje de este cáncer mediante pruebas de Papanicolaou está implementado en toda la red de servicios de salud.⁶

En el Perú 8 mujeres mueren diariamente a causa del cáncer de cuello uterino, convirtiéndose en la principal causa de mortalidad de mujeres en nuestro país y este año según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se prevé 5000 nuevos casos.⁷

Ante esta situación los que deberían dar información y educación sobre la prevención deben ser los profesionales de la salud y técnicos.

1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Delimitación Espacial: El presente estudio se llevó a cabo en el hospital SJL ubicado en el departamento de Lima, provincia de Lima, distrito San Juan de Lurigancho.

El hospital San Juan de Lurigancho cuyo nivel de atención es categorizado como II-2, brinda los servicios de medicina, cirugía, pediatría, gineco-obstetricia, emergencia y cuidados críticos, anestesiología y centros quirúrgicos, enfermería, departamento de apoyo al diagnóstico, apoyo al tratamiento, odontología y farmacia las 24 horas del día.

Delimitación Temporal: El presente estudio recopiló datos en el año 2015.

Delimitación Social: Los datos se tomaron a todos los trabajadores profesionales y técnicos que laboran en hospital San Juan de Lurigancho

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

1.3.1 PROBLEMA PRINCIPAL

¿Cuál es el nivel de conocimiento y prácticas sobre prevención de cáncer cervical en el personal profesional y técnico de salud del hospital San Juan de Lurigancho en el año 2015?

1.3.2 PROBLEMAS SECUNDARIOS

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre prevención de cáncer cervical en el personal profesional y técnico de salud?

¿Cuáles son las prácticas en referencia a la prevención del cáncer cervical en el personal profesional y técnico de salud?

1.4 OBJETIVOS.

1.4.1 OBJETIVO GENERAL.

Determinar el nivel de conocimiento y prácticas sobre prevención de cáncer cervical en el personal profesional y técnico de salud del hospital San Juan de Lurigancho en el año 2015.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Identificar el nivel de conocimiento sobre prevención de cáncer cervical.

Identificar las prácticas en referencia a la prevención del cáncer cervical.

1.5 HIPOTESIS

El presente estudio por ser descriptivo no tiene hipótesis.

1.5.1 IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE VARIABLES E INDICADORES

1.5.1.1 Variable 1: Nivel de conocimiento sobre prevención de cáncer cervical en el personal de salud.

1.5.1.2 Variable 2: Practicas sobre prevención de cáncer cervical en el personal de salud.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
Nivel de conocimiento	Prevención primaria	Edad Inicio de relaciones sexuales
		Número de parejas sexuales
		Promiscuidad
		Alimentación balanceada
		Practica ejercicios
		Uso de preservativos
		Consumo tabaco
		Uso Prolongado método anticonceptivo hormonal
		Padecer Infecciones de transmisión sexual
		Vacunación contra el PVH
	Prevención secundaria	Tamizaje de Papanicolaou
		Tamizaje Inspección visual con acido acético(IVAA)
		Colposcopia mas biopsia
		Crioterapia
		Cono leep

Practicas	Practicas sobre Prevención primaria	Edad de inicio de relaciones sexuales
		Evitar múltiples parejas sexuales
		Tener una buena alimentación
		Realizar ejercicios frecuentemente
		Uso de preservativos en las relaciones sexuales
		No fumar
		Uso prolongado de anticonceptivos hormonales
		Vacunarse contra el PVH
	Practicas sobre Prevención secundaria	Realización de la prueba de Papanicolaou
		Primera prueba de Papanicolaou
		Frecuencia de la prueba del Papanicolaou
		Ultima prueba de Papanicolaou
		Cantidad de pruebas del Papanicolaou
		Realización de ivaa
		Realización de colposcopia
Realización de crioterapia		
Realización de cono leep		

1.6 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Observacional con diseño descriptivo, prospectivo y de corte transversal porque los datos se recogieron a medida que fueron sucediendo y en un solo momento.

1.6.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Aplicativo porque se realizó sobre hechos concretos y específicos, de carácter netamente utilitarios.

1.6.3 MÉTODO

Cuantitativo porque se valió de los números para examinar datos e información. Con un determinado nivel de error y nivel de confianza.

1.7 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

1.7.1 POBLACIÓN

Consta de 150 profesionales en general entre médicos, obstetras, enfermeras, odontólogos, tecnólogos médicos y asistentes sociales.

Consta de 100 técnicos entre técnicos de enfermería, farmacia y laboratorio.

1.7.2 MUESTRA

$$\text{Formula: } n = \frac{z^2 p \cdot q}{e^2}$$

Donde:
Z: nivel de confiabilidad
P: éxito
Q: fracaso
E: error

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.5 \times 0.05}{0.05^2} \Rightarrow n = 150 \text{ (población)}$$

$$\frac{384}{150} = 2.56 + 1 = 3.56 \quad \frac{385}{3.56} = 108 \Rightarrow \text{PROFESIONALES}$$

$$384 = 3.84 + 1 = 4.84 \quad \frac{385}{4.84} = 80 \Rightarrow \text{TECNICOS}$$

Donde la muestra será de 108 profesionales y 80 técnicos

CRITERIOS DE INCLUSION

- Profesionales y técnicos que acepten participar voluntariamente del estudio y firmen el consentimiento informado.
- Obstetras que roten por el servicio de gineco-obstetricia.
- Enfermeras que roten en el servicio de neonatología.
- Médicos del servicio de gineco-obstetricia y medicina interna.
- Tecnólogos médicos
- Asistentas sociales
- Técnicos de enfermería que rotan por el servicio de gineco-obstetricia y neonatología, técnicos de farmacia y técnicos de laboratorio

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Profesionales y técnicos que no deseen participar del estudio.

1.8 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1.8.1 TÉCNICAS

La técnica que se utilizó fue una encuesta estructurada, pues se realizó una serie de preguntas a los profesionales y técnicos de la salud, sobre el nivel de conocimiento y las practicas en referencia a la prevención del cáncer cervical.

1.8.2 INSTRUMENTO

Se elaboró un cuestionario estructurado para la recolección de datos, el cual estuvo dividido en 2 variables.

La primera variable se dividió en 3 ítems, el primer ítems busca identificar los datos generales, el segundo medir el nivel de conocimiento sobre la prevención primaria y el tercero ítem busca medir el nivel de conocimiento sobre prevención secundaria.

En los datos generales se realizaron preguntas como la edad, genero, profesión y tiempo de servicio en el hospital.

Para medir el nivel de conocimiento se realizaron 18 preguntas con respecto a la definición y prevención del cáncer de cuello uterino. A las cuales se les dio una puntuación de :

Nivel de conocimiento	Puntuación
BAJO	0 a 6 preguntas acertadas
MEDIO	7 a 12 preguntas acertadas
ALTO	13 a 18 preguntas acertadas

Para medir las prácticas en referencia a la prevención del cáncer cervical, se realizaron 18 preguntas, la mayoría de ellas cerradas, con el objetivo de medir las prácticas en referencia a la prevención primaria y secundaria del cáncer de cuello uterino. A las cuales se les dio una puntuación de :

PRACTICAS EN REFERENCIA A LA PREVENCIÓN	PUNTUACION
PRACTICAS ADECUADAS	10 - 18
PRACTICAS INADECUADAS	< 10

1.9 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

El cáncer de cuello uterino es causado por un virus llamado virus del papiloma humano, que se propaga mediante el acto sexual y causa infección en el cuello uterino. La mayoría de las personas nunca sabrá si tienen HPV. Sin embargo, si el HPV no desaparece por sí solo, puede causar cambios en las células del cuello uterino. Estos cambios por lo general aparecen en la prueba de Papanicolaou.

Algunas mujeres tienen una probabilidad mayor de padecer este cáncer, las que no se hacen la prueba de Papanicolaou o que no se la hacen tan frecuentemente como deberían.

Una manera bien comprobada para prevenir el cáncer de cuello uterino consiste en hacerse pruebas de detección para encontrar pre cánceres antes de que se tornen en cánceres invasivos. La prueba de Papanicolaou y la prueba del virus de papiloma humano (VPH) se usan para esto. Si se encuentra un pre cáncer, se puede tratar al detener el cáncer de cuello uterino antes de que realmente comience. Los resultados del estudio nos permitirán conocer el nivel de conocimiento y comportamiento del personal profesional y técnico del hospital en referencia a los programas de prevención del cáncer ginecológico. El presente estudio se lleva a cabo debido a las altas incidencias de mortalidad por cáncer de cuello uterino en el Perú, para poder identificar cuanto conoce el personal de salud, sobre prevención de cáncer de cuello uterino siendo ellos promotores de salud y quienes van a llevar el mensaje sobre cómo y de qué manera podemos prevenir dicho cáncer; para que así las tasas de mortalidad por esta enfermedad descendan con el transcurrir de los años.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO.

2.1 FUNDAMENTOS TEORICOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1 ANTECEDENTES

En la bibliografía buscada, solo se ha encontrado los siguientes antecedentes de investigación, con los cuales trabajaremos para el presente estudio.

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Christian Adrián López-Castillo, Manuel Alejandro Calderón, María Mercedes González de S.⁸ realizaron un estudio sobre **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 en Pereyra enero/junio del 2013** el cual tiene como **Objetivo:** 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. **Metodología:** Estudio de corte transversal, con muestreo por conveniencia, usando una encuesta de Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) diseñada por los investigadores. Se incluyeron mujeres en edades comprendidas entre los 14 y 49 años de un barrio de la comuna 10 de la ciudad de Armenia, Colombia, entrevistadas durante febrero y marzo de 2010. **Resultados:** En total se entrevistaron 100 mujeres. En la distribución por edad la media fue de 27,22 años. La mayoría tenían SISBEN 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.

Giselle Riquelme H., Ximena Concha P., María Teresa Urrutia S.⁹ Realizaron un estudio sobre **Intervenciones educativas para la prevención del cáncer cervicouterino** en Santiago de Chile en el año 2012 con el **Objetivo:** de conocer las intervenciones educativas destinadas a la prevención del Cáncer de Cuello uterino, descritas en la literatura, e identificar las características principales de ellas. **Metodología:** tipo de estudio analítico, retrospectivo. Se realizó una búsqueda en las bases de datos Medline/Pubmed, ProQuest, Scielo y el metabuscador Tripdatabase durante los meses de marzo y abril del 2011. Se encontró un total de 26 artículos, seleccionando aquellos que cumplieran con una antigüedad no mayor a 10 años que incluían la temática de interés. Finalmente, se utilizaron 15 investigaciones para esta revisión. **Resultados:** Las siguientes variables fueron los elementos principales medidos en las distintas investigaciones revisadas: aumento de la toma de PAP en las mujeres del estudio, las investigaciones muestran un aumento significativo en la toma del examen de PAP. nivel de conciencia

y conocimiento sobre CC y PAP, se ve mejorado en aquellos grupos sometidos a una intervención educativa en torno al tema, observándose mejoras puntuales en elementos tales como lugares donde realizarse el PAP o características de este examen, síntomas asociados al CACU, y factores de riesgo para CC. En la variable cambios en el nivel de conocimiento, actitudes y factores psicosociales que impiden las prácticas preventivas en salud, los resultados muestran un cambio positivo en la percepción de autoeficacia en la población que recibió la intervención educativa y cambio de conducta entre la negación a la toma de PAP a la aceptación del mismo.

Lucia S. Tamayo A; María G. Chávez M; Liliana M. Henao F.¹⁰ En su trabajo de investigación denominado **Cáncer de cuello uterino: más allá de lo que es; la percepción de las mujeres de Antioquia (Colombia) y Colima (México), 2008** , en Medellín Colombia en May/Aug-2009 con el **objetivo:** de describir e interpretar las percepciones de las mujeres sobre el autocuidado, el cáncer de cuello uterino, sus causas ,factores de riesgo y prevención, en municipios con altas y bajas tasas de mortalidad por esta enfermedad, en el departamento de Antioquia, Colombia, y el estado de Colima, México, durante el periodo 2005-2006.**Metodología:**El tipo de estudio es cualitativo prospectivo de corte transversal a través del grupo de discusión; se conformaron 22 grupos en tres municipios de Antioquia (Colombia) y un municipio de Colima (México), con 108 mujeres. En el grupo de discusión, la dinámica articula a un grupo en situación discursiva (o conversación) y a un investigador que no participa en ese proceso de habla, pero que lo determina .Los integrantes comparten aspectos comunes como la edad, estrato social o sitio de vivienda, lo que los hace homogéneos, aunque con discursos heterogéneos. En el grupo de discusión participan generalmente entre 5 y 7 personas, y se realiza en tres etapas: preproducción, producción y posproducción. **Resultados:** Se obtuvo como resultado que las descripciones e interpretaciones que

hacen las mujeres sobre el cáncer de cuello uterino, sus factores de riesgo, la prestación de servicios de salud y el autocuidado, en los tres municipios de Antioquia y el de Colima, se encontraron más similitudes que diferencias; por esta razón los resultados se presentan en genérico para todos los municipios y grupos de edad, haciendo las anotaciones respectivas en las diferencias. Los textos significativos se identifican con el número del grupo y la inicial del municipio.

Silvina Arrossi; Melisa Paolino; Rengaswamy Sankaranarayanan.¹¹

Realizaron un estudio denominado **Retos de los programas de prevención de cáncer cervicouterino en países en desarrollo: análisis de situación de la organización del programa en Argentina** en Washington Oct. 2010 cuyo **Objetivo:** Es realizar un análisis de la situación actual de las actividades de prevención del cáncer cervicouterino en Argentina, específicamente con respecto a los siguientes aspectos: a) el marco organizativo de las actividades de prevención del cáncer cervicouterino; b) la cobertura de la prueba de Papanicolaou; c) la organización de los laboratorios de citología; y d) el seguimiento y el tratamiento de las mujeres que presentan lesiones anómalas.

Métodos: Se llevó a cabo un análisis de la situación actual de los programas provinciales de prevención del cáncer cervicouterino a partir de los datos de un cuestionario *ad hoc* enviado a los directivos de los programas en las 24 provincias de Argentina. Además, en cada provincia se examinaron las directrices del programa provincial, los informes estadísticos, las leyes y los reglamentos de los programas, y se entrevistaron algunos directivos clave.

Resultados: Se obtuvieron datos de 19 de las 24 provincias argentinas. Cuatro de las 19 provincias no tienen instaurado ningún marco programático formal. La citología convencional es la prueba de tamizaje que más se utiliza y, en general, el tamizaje es oportunista. El intervalo

recomendado entre las pruebas de resultado normal es de 3 años en la mayoría de las provincias y la edad a la que se indica efectuar el tamizaje en las distintas provincias se ubica entre los 10 y los 70 años; sin embargo, el tamizaje anual o bianual es la práctica habitual una vez que la mujer comienza a mantener relaciones sexuales. Ninguno de los programas provinciales pudo aportar datos acerca de la cobertura de la prueba de Papanicolaou. La mayoría de los laboratorios de citología no disponen de una política de control de calidad. Es muy variable el número de pruebas de citología cervical que llega a cada laboratorio (entre 650 y 24 000 por año). La mayoría de las provincias carece de un registro de acontecimientos relacionados con la detección y el tratamiento del cáncer cervicouterino.

Koc. Z, cinarli T ¹² en su estudio denominado **El cáncer de cuello uterino, Virus del Papiloma Humano, y de vacunación: conocimiento, la conciencia y las prácticas entre las enfermeras de los hospitales turcos**. En Turquía 2015 cuyo **OBJETIVO:** Este estudio descriptivo transversal se llevó a cabo para determinar el conocimiento, la conciencia y las prácticas de las enfermeras del hospital de Turquía en relación con el cáncer de cuello uterino, el VPH y la vacunación contra el VPH. **MÉTODOS:** Este estudio se llevó a cabo del 1 de febrero al 30 de marzo de 2013. Un total de 464 enfermeras que trabajan en un hospital universitario localizado en la región central del Mar Negro en el norte de Turquía participó. **RESULTADOS:** En los enfermeros participantes, el 13,8% de las enfermeras se realizó cribado de cáncer de cuello uterino y el 11,6% recibieron pruebas de Papanicolaou. Las razones para no participar en la detección del cáncer de cuello uterino incluyen la falta de actividad sexual, no considerarse en situación de riesgo, y la vergüenza (28.2%, 18.3% y 16.8%, respectivamente). Ninguna de las enfermeras habían recibido la vacuna contra el VPH; razones incluyen no tener suficiente conocimiento acerca de la vacuna y

la creencia de que la vacuna no era muy frecuente (57,3% y 20,7%, respectivamente). Casi la mitad (44%) declararon que no recomendaría la vacuna contra el VPH a sus pacientes porque no creen que tenían suficiente conocimiento sobre el mismo (56%).

Bednarczyk RA; Butsashvili M; Kamkamidze G; Kajaia M; McNutt LA.¹³ Realizaron un estudio denominado **Actitudes y conocimientos de los médicos de Georgia con respecto a la prevención del cáncer de cuello uterino de 2010**. En Georgia jun. 2013 con el **Objetivo** de Documentar el conocimiento, las actitudes y las prácticas del médico de Georgia en relación con el VPH, la prueba de Papanicolaou, y la vacunación contra el VPH, y evaluar si la práctica del médico podría cambiar con la educación y la formación adicional. **Métodos:** Un estudio transversal se llevó a cabo mediante una encuesta auto-administrada por escrito de 288 médicos que ejercen en 7 instituciones de salud en Tbilisi, Rustavi, y Batumi, Georgia. Se recogieron datos sobre la demografía, la conducta de los percibidos y las barreras a las pruebas de Papanicolaou, los conocimientos sobre el VPH y la vacunación contra el VPH, y la voluntad de recibir educación y capacitación sobre el VPH y el cáncer cervical. Se calcularon los recuentos univariados y proporciones. Las pruebas de citología vaginal y las barreras se compararon a través de dos variables utilizando la demografía y la regresión de Poisson con robustos métodos de la varianza de error. **Resultados:** En general, el 54% de los médicos nunca se llevaron a cabo las pruebas de Papanicolaou; mayoría de las pruebas recogidas no fue su responsabilidad. La mayoría (88%) obstetras / ginecólogos a cabo la citología. Los médicos más jóvenes eran más propensos a realizar la prueba de Papanicolaou. Aproximadamente el 48% de los médicos ofreció activamente la vacuna contra el VPH. La mayoría de los médicos se mostraron receptivos a un aumento de la educación y la formación sobre el VPH y el cáncer cervical. **Conclusión:** existen diferencias

relacionadas con la edad en la realización de las pruebas y las actitudes hacia la prueba de Papanicolaou entre los médicos de Georgia. Hay una oportunidad para aumentar las pruebas citología vaginal y una vacuna contra el VPH proporcionar asesoramiento basado en la evidencia en Georgia.

Mazzadi, Alejandro; Paolino, Melisa; Silvina.¹⁴ Realizaron un estudio y lo denominaron **Aceptabilidad y conocimientos sobre la vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) en médicos ginecólogos de la Argentina** sept.-oct. 2012 cuyo **Objetivo** es evaluar entre los ginecólogos argentinos la aceptabilidad y prescripción de la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH), los conocimientos sobre sus características y uso, y las nociones médico-biológicas sobre infección por VPH y cáncer cervicouterino. **Material y métodos:** Entre noviembre de 2009 y marzo de 2010 se encuestaron a 686 ginecólogos vía internet. **Resultados:** Más de 80% de los encuestados prescribe la vacuna, conoce sus características y administración, y considera la necesidad de continuar con el tamizaje cervical en mujeres vacunadas. El 37% posee un conocimiento global de la relación entre vacuna y detección/tratamiento de la patología cervical. De los encuestados, 25% subestima la magnitud de la infección, ≈30% no reconoce el rol etiológico del VPH en la enfermedad, y ≈40% posee un conocimiento global del manejo de la infección.

ANTECEDENTES NACIONALES

Alarco Ríos, Emelyn Johana¹⁵ en su estudio denominado **conocimientos sobre cáncer de cuello uterino en gestantes atendidas en el centro de salud Carlos Cueto Fernandini enero – marzo 2014** cuyo **Objetivo:** es determinar el conocimiento sobre cáncer de cuello uterino que tienen las gestantes atendidas en el Centro de

Salud Carlos Cueto Fernandini durante el periodo de enero a marzo del 2014. **Metodología:** Estudio de tipo observacional con diseño descriptivo, prospectivo de corte transversal. Se evaluaron a 74 gestantes atendidas durante los meses de enero a marzo del 2014 seleccionadas por los criterios de selección del estudio. Los datos fueron registrados en el programa Statistics SPSS v.21. Para el análisis estadístico de las variables cuantitativas se estimaron medidas de tendencia central (media) y medidas de dispersión (desviación estándar) y para el análisis de las variables cualitativas se estimaron frecuencias Absolutas y relativas. **Resultados:** La edad promedio de las gestantes que acuden al Centro de Salud Carlos Cueto Fernandini es de 25.7 años, encontrándose la mayoría en un rango de edad entre 20 a 34 años (68.9%). El 60.8% tiene un nivel de educación secundaria, el 54.1% de las gestantes es conviviente y el 73% de las participantes es ama de casa (73%) procedentes en su mayoría (94.6%) del distrito de Los Olivos. Las gestantes en un 60.8% son nulíparas, en un 32.4% son primíparas y en un 4.1% son secundíparas. En cuanto al inicio de las relaciones sexuales, el 55.4% de las participantes ha iniciado sus relaciones sexuales entre los 17 - 21 años y el 27% antes de los 17 años. Con respecto al número de parejas sexuales, el 47.3% ha tenido 2 y solo el 10.8% de tres a más parejas sexuales. La información que recibieron sobre el cáncer de cuello uterino fue principalmente a través del internet (44.6%), de los profesionales de salud (36.5%) o en los colegios (8.1%). El nivel de conocimiento total sobre cáncer de cuello uterino fue de "Medio" (55.4%) a "Bajo" (25.7%), incluyendo el conocimiento sobre los conceptos generales ("Medio" en el 52.7% y "Bajo" en el 25.7%), sobre los factores de riesgo ("Medio" en el 59.5% y "Bajo" en el 22.9%) y sobre la prevención del cáncer de cuello uterino ("Medio" en el 67.6% y "Bajo" en el 17.6%).

Roque Agapito, Katherine Cecilia¹⁶ realizó un estudio y lo denominó **Conocimientos y actitudes sobre cáncer de cuello uterino relacionados con la toma de Papanicolaou en las usuarias del Centro de Salud San Fernando: julio-agosto 2014** el cual tuvo como **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 ($p=0.087$).

Paredes cruz, Elizabeth del Pilar¹⁷ En su estudio llamado **Intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos sobre cáncer de cuello uterino y el virus del papiloma humano en estudiantes de la UNASAN, filial Barranca, 2010** tuvo como **Objetivo:** evaluar el efecto de la intervención educativa sobre el nivel de conocimientos y actitudes frente al cáncer de cuello uterino y el virus del papiloma humano en estudiantes de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo (UNASAM) -Filial Barranca. **Metodología:** El estudio fue cuasi experimental, longitudinal, prospectivo, de casos y controles. La muestra fueron 60 universitarias del primer ciclo de la Facultad de Ciencias Médicas de la Filial Barranca y 60 controles. Se usó el Programa SPSS versión 15.0. Para la significancia estadística se tomó la prueba t-student y la prueba de McNemar, con un valor de $p<0.05$ y un intervalo de confianza al 95%. **Resultado:** Se encontró, que la edad promedio en el grupo control (19.84 años) fue ligeramente mayor que el experimental (17.80 años). El 100% de las alumnas de Enfermería fueron solteras a diferencia de un 96.67% de Obstetricia. En cuanto a la prueba de conocimiento sobre el Cáncer de Cuello Uterino y el Virus del Papiloma Humano, el 90% desaprobó la prueba antes de la intervención y al final solo el 28.33%, lo que fue significativo ($p=0.00$) con la prueba t-student, al igual que a los dos meses ($p=0.00$), mientras que la evaluación final y a los dos meses de la intervención no evidenció un incremento significativo ($p=0.94$). La Prueba de McNemar demostró que

al Final de la intervención educativa hubo cambios significativos ($p=0.00$), mientras que a los dos meses no se mejoró el nivel de conocimientos ($p=0.629$). Así se obtuvo que el promedio basal del grupo experimental ($X =6.82$, $DE=3.12$) aumento al final de la intervención ($X =11.33$, $DE=1.30$), comparado con el grupo control que fue ($X =7.50$, $DE=2.68$) y ($X =7.43$, $DE=2.90$) respectivamente. Respecto a la actitud, con la prueba t-student se encontró un incremento significativo ($p=0.00$) en el promedio del puntaje de la prueba de actitud a los dos meses de concluida la intervención. Se vio una diferencia media entre la prueba basal y a dos meses de la intervención de 2,70 puntos en el control y 35,60 puntos el experimental. La actitud fue positiva en el grupo experimental a diferencia del control que tuvo actitudes negativas. Cuando las universitarias tuvieron más conocimiento, su actitud mejoró positivamente, por ello es importante que tengan una mayor información sobre el tema lo que podría tener un efecto protector sobre su salud y en sus pares.

Palma flores, Jenny Elizabeth¹⁸ realizo un estudio titulado **Prácticas de prevención del cáncer cervicouterino en usuarias del C.S. Leonor Saavedra - San Juan de Miraflores: de enero a marzo del año 2011** este tuvo como **Objetivo:** Determinar las prácticas preventivas del Cáncer Cervicouterino en las usuarias del Centro de Salud Leonor Saavedra. Lugar: Centro de Salud Leonor Saavedra-San Juan de Miraflores-Lima **Metodología:** 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. **Resultados:** El 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 Cervicouterino 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.

2.1.2 BASES TEÓRICAS

Carcinogénesis

No hay dudas hoy sobre el papel causal de la infección persistente por los tipos oncogénicos del virus del papiloma humano. Sin embargo el cáncer cervical es una rara complicación de esta infección, necesario pero no suficiente para el desarrollo neoplásico. Por lo tanto cobran importancia en la carcinogénesis otros cofactores tales como los

sexuales (inicio precoz de relaciones sexuales, múltiples parejas, etc.), el tabaquismo y la inmunosupresión. ³

Pesquisa y prevención

El cáncer de cuello uterino es uno de los pocos cánceres humanos evitables. Su prevención se basa en el diagnóstico y tratamiento de las lesiones pre cancerosas (neoplasia intraepitelial cervical NIC). En teoría el tratamiento de las lesiones precursoras prevendría el desarrollo neoplásico. Sin embargo este proceso es más complejo de lo que parece ya que requiere:

- Tamizaje citológico regular de la población en riesgo
- Amplia cobertura de esta población
- Apropiado manejo de las lesiones precursoras

Los países desarrollados que cuentan con screening organizado, han mostrado un importante descenso en la incidencia y mortalidad por esta neoplasia, hecho que no se cumple en los países en vías de desarrollo, donde la ausencia de programas de pesquisa y prevención es responsable de la alta incidencia y mortalidad por cáncer cervical. ³

Factores de riesgo

Los factores de riesgo relacionados con cáncer cervicouterino son:

- 1) Inicio precoz de las relaciones sexuales
- 2) Múltiples parejas sexuales
- 3) Promiscuidad de la pareja
- 4) Lugar de procedencia
- 5) Infecciones de transmisión sexual
- 6) Bajo nivel socioeconómico
- 7) Multiparidad
- 8) Tabaquismo
- 9) Mujeres sin antecedente de control citológico
- 10) Inmunodeficiencia

11) Mujeres que utilizan anticonceptivos orales.¹⁹

Tabaquismo

Cuando alguien fuma, tanto el fumador como las personas que le rodean están expuestos a muchas sustancias químicas cancerígenas que afectan otros órganos, además de los pulmones. Estas sustancias dañinas son absorbidas a través de los pulmones y conducidas al torrente sanguíneo por todo el cuerpo. Las fumadoras tienen aproximadamente el doble de probabilidades respecto a las no fumadoras de padecer cáncer de cuello uterino. Se han detectado subproductos del tabaco en la mucosidad cervical de mujeres fumadoras. Los investigadores creen que estas sustancias dañan el ADN de las células en el cuello uterino y pueden contribuir al origen del cáncer de cuello uterino. Además, fumar hace que el sistema inmunológico sea menos eficaz en combatir las infecciones con VPH.

Inmunosupresión

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH o HIV, en inglés), el virus que causa el SIDA (AIDS), causa daño al sistema inmunológico y ocasiona que las mujeres estén en un mayor riesgo de infecciones con VPH. Esto podría explicar por qué las mujeres con SIDA (AIDS) tienen un mayor riesgo de cáncer de cuello uterino. El sistema inmunológico es importante para destruir las células cancerosas, así como para retardar su crecimiento y extensión. En las mujeres infectadas con VIH, un precáncer de cuello uterino puede transformarse en un cáncer invasivo con mayor rapidez de la normal. Otro grupo de mujeres en riesgo de cáncer de cuello uterino son aquellas que reciben medicamentos para suprimir sus respuestas inmunes, como aquellas mujeres que reciben tratamiento para una enfermedad autoinmune (en la cual el sistema inmunológico ve a los propios tejidos del cuerpo como extraños,

atacándolos como haría en el caso de un germen) o aquéllas que han tenido un trasplante de órgano.

Infección con clamidia

La clamidia es una clase relativamente común de bacteria que puede infectar el sistema reproductor. Se transmite mediante el contacto sexual. La infección con clamidia puede causar inflamación de la pelvis que puede conducir a la infertilidad. Algunos estudios han indicado que las mujeres cuyos resultados de análisis de sangre muestran evidencia de una infección pasada o actual con clamidia tienen mayor riesgo de cáncer de cuello uterino que las mujeres con un análisis de sangre normal. A menudo, las mujeres que están infectadas con clamidia no presentan síntomas. De hecho, puede que no sepan que están infectadas a menos que se les practique un examen de clamidia durante un examen pélvico.²⁷

Una alimentación con pocas frutas y verduras

Las mujeres con una alimentación que no incluya suficientes frutas, ensaladas y verduras pueden tener un mayor riesgo de cáncer de cuello uterino.

Tener sobrepeso

Las mujeres que tienen sobrepeso tienen una mayor probabilidad de padecer adenocarcinoma del cuello uterino.²⁷

Uso prolongado de anticonceptivos orales (píldoras para el control de la natalidad)

Existe evidencia de que el uso de píldoras anticonceptivas por períodos prolongados aumenta el riesgo de cáncer de cuello uterino. La investigación sugiere que el riesgo de cáncer de cuello uterino aumenta mientras más tiempo una mujer tome las píldoras, pero el riesgo se

reduce nuevamente después de suspender las píldoras. En un estudio, el riesgo de cáncer de cuello uterino se duplicó en las mujeres que tomaron píldoras anticonceptivas por más de 5 años, pero el riesgo regresó a lo normal después de 10 años de haber dejado de tomarlas.

La Sociedad Americana Contra El Cáncer opina que una mujer y su médico deben considerar si los beneficios de usar píldoras anticonceptivas superan los riesgos potenciales. Una mujer con múltiples parejas sexuales, independientemente de que use otro tipo de contraceptivo, debe usar condones (preservativos) para reducir el riesgo de enfermedades de transmisión sexual.²⁷

Uso de un dispositivo intrauterino

Un estudio reciente encontró que las mujeres que en algún momento han usado un dispositivo intrauterino tenían un menor riesgo de cáncer de cuello uterino. El efecto en el riesgo se observó incluso en mujeres que tuvieron un dispositivo intrauterino por menos de un año, y el efecto protector permaneció después que los dispositivos fueron removidos.

El uso de un dispositivo intrauterino también podría reducir el riesgo de cáncer de endometrio (uterino). Sin embargo, los dispositivos intrauterinos presentan algunos riesgos. Una mujer interesada en el uso de un dispositivo intrauterino debe primero hablar con su médico sobre los posibles riesgos y beneficios. Además, una mujer con múltiples parejas sexuales, independientemente de qué otro tipo de contraceptivo use, debe usar condones para reducir el riesgo de enfermedades de transmisión sexual.

Tener muchos embarazos a término

Las mujeres que han tenido tres o más embarazos a término (completos) tienen un riesgo aumentado de padecer cáncer de cuello uterino. Nadie sabe realmente la razón de esto. Una teoría consiste en

que estas mujeres pudieron haber tenido relaciones sexuales (coito) sin protección para quedar embarazadas, por lo que pudieron haber estado más expuestas al VPH. Además, algunos estudios han indicado que los cambios hormonales durante el embarazo podrían causar que las mujeres sean más susceptibles a infección con VPH o crecimiento tumoral. También se cree que las mujeres embarazadas podrían tener sistemas inmunológicos más débiles, lo que permite la infección con VPH y crecimiento tumoral.²⁷

Tener menos de 17 años en el primer embarazo a término

Las mujeres que tuvieron su primer embarazo a término a la edad de 17 años o menos son casi dos veces más propensas a llegar a tener cáncer de cuello uterino posteriormente en la vida que las que tuvieron su primer embarazo a los 25 años o después.

Pobreza

La pobreza es también un factor de riesgo para el cáncer de cuello uterino. Muchas mujeres con bajos ingresos no tienen acceso fácil a servicios adecuados de atención a la salud, incluyendo las pruebas de Papanicolaou. Esto significa que es posible que no se hagan las pruebas de detección ni reciban tratamiento para precánceres de cuello uterino.²⁷

Prevención primaria

Las principales medidas descritas para prevención primaria son la educación a la población en relación a la importancia de ésta patología, sus factores de riesgo y de prevención, como también la vacunación por virus papiloma humano (VPH).

En los últimos 20 años ha habido importantes avances en la comprensión de la historia natural del cáncer cervicouterino. Las publicaciones, indican que el factor imprescindible y necesario para

lesiones precursoras y cáncer cervical son los genotipos de alto riesgo del VPH (que se adquieren por contacto sexual) estableciéndose con certeza la asociación causal entre la presencia de algunos genotipos de VPH de alto riesgo con el desarrollo de cáncer cérvico uterino. Estudios prospectivos y retrospectivos de alta calidad, han identificado la existencia de al menos 15 genotipos con potencial carcinogénico y que son la causa necesaria de prácticamente todos los tipos más frecuentes de cáncer de cuello uterino y lesiones pre-invasivas. No obstante, la prevalencia de la infección por VPH en la población, es mucho más elevada que aquella de lesiones precursoras y cáncer; la evidencia indica que es necesario, además, la presencia de cofactores de riesgo. La educación a la población acerca del conocimiento respecto a la génesis del cáncer cervicouterino y de sus factores y cofactores, es una de las principales herramienta a utilizar en la prevención primaria. Esta estrategia debe incluir una adecuada educación en salud sexual y paternidad responsable, especialmente en grupos adolescentes, así como la promoción acerca de los beneficios de una alimentación saludable. Se ha observado en estudios randomizados de intervención comunitaria, que la educación aumenta el nivel de conocimiento en las mujeres y también favorece en menor medida la actitud positiva para la toma del examen de Papanicolaou (PAP) y la adherencia a los programas de tamizaje. Además, estudios descriptivos han demostrado que el uso de estrategias para invitar a las mujeres a hacerse el PAP o rescatar a las inasistentes, aumentan la adherencia al tamizaje .²¹

Uso de preservativos

Los preservativos protegen solo parcialmente del contagio de VPH, dado que puede haber virus en las superficies corporales no cubiertas por el preservativo, como son la zona perianal y el ano en los varones y mujeres, la vulva y el perineo en las mujeres y el escroto en los varones.

A pesar de ello, se ha visto que el uso sistemático y correcto de preservativos brinda importantes beneficios:

- Permite una eliminación más rápida del VPH tanto en los varones como en las mujeres;
- Aumenta la regresión de las lesiones cervicouterinas;
- Reduce el riesgo de verrugas genitales;
- Reduce el riesgo de precáncer cervicouterino y de cáncer cervicouterino;
- Protege contra otras infecciones de transmisión sexual (ITS), incluidas las infecciones por clamidias y el VHS-2, que son posibles cofactores del cáncer cervicouterino;
- Protege contra la infección por el VIH, un conocido facilitador tanto de la infección por VPH encógenos como de la progresión a lesiones de alto grado;
- Protege contra el embarazo no deseado.

Los preservativos pueden reducir el riesgo de contraer enfermedades relacionadas con el VPH porque disminuyen la cantidad de VPH transmitidos o reducen la posibilidad de re exposición. Hasta la fecha se desconoce si los preservativos femeninos (que cubren parte de la vulva) ofrecen la misma protección contra el VPH que los preservativos masculinos o si ofrecen una protección mayor.²⁹

Vacunación contra los PVH

En la actualidad existen dos vacunas que protegen contra los PVH 16 y 18, causantes del 70% de los casos de CCU, como mínimo. Las vacunas pueden conferir cierta protección cruzada frente a otros tipos de PVH menos comunes que también son causa de este cáncer. Una de las vacunas también protege contra los tipos 6 y 11, causantes de verrugas ano genital.

Los resultados de los ensayos clínicos muestran que ambas vacunas son seguras y muy eficaces en la prevención de la infección provocada por PVH 16 y 18.

Las dos vacunas funcionan mejor si se administran antes de la exposición a los PVH. Por tanto, es preferible administrarlas antes del inicio de la vida sexual.

Las vacunas no sirven para tratar las infecciones por PVH ni las enfermedades asociadas, como el cáncer.

Algunos países han empezado a vacunar a los niños, dado que la vacuna previene distintos tipos de cáncer genital tanto en hombres como en mujeres; además, una de las dos vacunas disponibles también previene las verrugas genitales en ambos sexos. La OMS recomienda que se vacune a las niñas de edades comprendidas entre los 9 y los 13 años, ya que esta es la medida de salud pública más costo eficaz contra el CCU.

La vacunación contra los PVH no sustituye a las pruebas de detección del CCU. En los países donde se introduzca la vacuna, podría seguir siendo necesario crear programas de detección o afianzarlos.²

GARDASIL.

La vacuna Gardasil está producida por la Compañía Farmacéutica Sanofi Pasteur MSD. Es una vacuna tetravalente recombinante (papiloma virus humano de los tipos 6, 11, 16, 18), fabricada mediante el ensamblaje, por ingeniería genética de las VLP (partículas semejantes a virus), conformadas por las proteínas L1 de las cápsulas de los papiloma virus humanos de tipo 6 (VPH 6), 11 (VPH 11), 16 (VPH 16) y 18 (VPH18). Cada dosis tiene un volumen de 0,5 ml y contiene 20 µg, 40 µg, 40 µg, 20 µg de la proteína L1 de los tipos de VPH 6, 11,16 y 18 respectivamente. La vacuna tiene un periodo de validez de 3 años almacenada entre 2-8° C .La

administración de la vacuna es intramuscular. El esquema de vacunación consta de tres dosis administradas de acuerdo a la siguiente posología: 0, 2 y 6 meses. Gardasil sólo protege contra la enfermedad causada por los VPH vacunales, no se ha demostrado que proteja frente a VPH no vacunales.²⁶

CERVARIX

Cervarix ha sido desarrollada para prevenir la enfermedad causada por los tipos 16 y 18 del virus del papiloma humano (VPH). Está producida por la Compañía Farmacéutica Glaxo Smith Kline Biologicals S.A. Es una vacuna recombinante compuesta por partículas VLP tipo L1 de la cápside del papiloma virus humanos de tipo 16 y 18 (VPH 16 y VPH 18). La vacuna ha sido formulada con un nuevo sistema adyuvante, el AS04, que contiene 500 µg de hidróxido de aluminio y 50 µg de monofosforil lípido A 3-desacilado (MPL) con el objetivo de inducir una respuesta inmunitaria más potente y duradera. Al igual que la anterior vacuna, al no contener material genético, no puede causar infección en el huésped. Cada dosis tiene un volumen de 0.5 ml y contiene 20 µg de la proteína L1 de cada uno de los tipos de VPH vacunales (VPH 16 y VPH 18). Su período de validez es de 3 años almacenado entre 2-8° C. La administración de la vacuna es intramuscular. El esquema de vacunación son tres dosis administradas de acuerdo a la siguiente posología: 0, 1, 6 meses.²⁶

Signos y síntomas

La mayoría de las infecciones por PVH son asintomáticas o pasan desapercibidas, y se resuelven de forma espontánea. Sin embargo, las infecciones persistentes provocadas por determinados tipos de PVH (sobre todo el 16 y el 18) pueden dar lugar a lesiones precancerosas, que, si no se tratan, pueden evolucionar hacia un CACU, aunque ese proceso suele durar muchos años.²

Los signos y síntomas más comunes son:

- Sangrado inter menstrual
- Sangrado postcoital
- Sangrado Posmenopáusico
- Apariencia anormal del cérvix (sospechosa de malignidad)
- Flujo vaginal
- Dolor pélvico¹⁸

Cómo evoluciona la infección por PVH hacia el cáncer de cuello uterino

Aunque la mayoría de las infecciones por PVH remitan por sí solas y la mayor parte de las lesiones precancerosas se resuelvan de forma espontánea, todas las mujeres corren el riesgo de que una infección por PVH se cronifique y de que las lesiones precancerosas evolucionen hacia un CCU invasivo.

En mujeres con un sistema inmunitario normal, el CCU tarda en desarrollarse de 15 a 20 años. Puede tardar de 5 a 10 años en mujeres con un sistema inmunitario debilitado, como las infectadas por VIH no tratadas.²

Detección del Cáncer de cuello uterino

Las pruebas de detección del CCU se realizan en mujeres que no tienen síntomas y se sienten perfectamente sanas, con el fin de detectar lesiones precancerosas o cancerosas. Si en el cribado se detectan lesiones precancerosas, éstas pueden tratarse fácilmente para evitar que se desarrolle un cáncer. Esas pruebas también permiten detectar el cáncer en sus fases iniciales, en las que puede tratarse con un pronóstico de curación muy bueno.

Debido a que las lesiones precancerosas tardan muchos años en aparecer, se recomienda que todas las mujeres de edades comprendidas entre los 30 y los 49 años se sometan a pruebas de

detección al menos una vez en la vida o incluso con más frecuencia. Las pruebas de detección únicamente permitirán reducir la mortalidad por CCU si se someten a ellas un porcentaje elevado de mujeres.

Actualmente, hay tres tipos diferentes de pruebas de detección:

- Citología convencional (prueba de Papanicolaou) y citología en base líquida.
- Inspección visual tras la aplicación de ácido acético.
- Pruebas de detección de tipos de PVH de alto riesgo.²

Los exámenes selectivos de detección de cáncer de cérvix constituyen una parte importante del cuidado médico regular de la mujer. Es una forma de detectar células del cérvix anormales, incluso lesiones precancerosas del cérvix, así como también cánceres cervicales en etapa temprana. Tanto las lesiones precancerosas como los cánceres de cérvix en etapa temprana se pueden tratar con mucho éxito. Se ha comprobado que los exámenes selectivos de detección rutinarios de cáncer de cérvix reducen considerablemente tanto el número de cánceres nuevos de cérvix que son diagnosticados cada año como las muertes por esta enfermedad.²³

Prevención secundaria

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. Se raspa suavemente la superficie del cuello uterino con una espátula de madera para desprender células y extenderlas en una lámina portaobjetos de vidrio. Una variante de este método citológico convencional es la “citología en base líquida”, que consiste en obtener las células por raspado suave del cuello uterino, con un cepillo que se deposita en un frasco con fijador y que se envía al laboratorio. Las células se homogenizan mediante un método de agitación o centrifugado y son depositadas en la lámina portaobjetos, todo dentro de un

procesamiento técnico automatizado. Este método deja muestras muy limpias y más fáciles de diagnosticar. Otro método que se ha planteado para tamizaje es la detección del virus papiloma, el cual se realiza mediante técnica de Reacción en Cadena de Polimerasa (PCR) o Captura Híbrida II (HCII) y en zonas de escasos recursos con población de difícil acceso también se ha planteado como alternativa la inspección visual con ácido acético (VIA) con tratamiento inmediato

La sensibilidad y especificidad de estas pruebas es variable, según las diferentes referencias. Para la citología convencional, un meta-análisis de estudios observacionales reportó una sensibilidad de 62% y especificidad de 95%, para lesiones pre invasoras (NIE) de alto grado o más, mientras que otros estudios con poblaciones mayores a 2000 mujeres, la sensibilidad varía desde 44 a 86% y la especificidad de 62 a 98 % 17 . En general, se ha observado que la citología líquida y la tipificación VPH son más sensibles, pero menos específicas que la citología convencional. Un meta-análisis que incluyó 15 estudios de HC II y 6 estudios de PCR, estima una sensibilidad resumen de 90% y 81% y especificidad de 87% y 95% respectivamente.²¹

Papanicolaou

La prueba de Papanicolaou es un procedimiento que se usa en la obtención de células del cuello uterino para realizar la citología cervical. Su procedimiento involucra colocar un espéculo de metal o plástico dentro de la vagina, de manera que el cuello uterino pueda verse bien, luego se obtiene, mediante un raspado ligero, una muestra de células y mucosidad de la exo-cérvix con una pequeña espátula; seguidamente se inserta un pequeño cepillo o una torunda de algodón en la abertura cervical para tomar una muestra del endo-cérvix. Por último, las muestras de células se preparan para que se puedan examinar con un microscopio en el laboratorio.²⁴

Frecuencia de la Toma de Papanicolaou

En marzo del 2012, la Brigada de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (United States Preventive Services Task Force) junto con la Sociedad Americana contra el Cáncer, la Sociedad Estadounidense de Colposcopia y Patología Cervical (American Society for Colposcopy and Cervical Pathology) y la Sociedad Estadounidense de Patología Clínica (American Society for Clinical Pathology) publicaron pautas actualizadas respecto de los exámenes selectivos de detección, entre las cuales recomiendan que la mujer se realice la primera prueba de Papanicolaou a los 21 años de edad. En menester explicar que, aunque las pautas anteriores recomendaron que las mujeres se hicieran su primera prueba de Papanicolaou tres años después de haber empezado a tener relaciones sexuales, ahora se recomienda esperar hasta los 21 años de edad porque se conoce que las adolescentes tienen un riesgo muy bajo de padecer cáncer de cérvix y una alta probabilidad de que las células anormales del cérvix desaparecerán por sí solas. Según las pautas actualizadas, las mujeres de 21 a 29 años de edad se deberán hacer una prueba de Papanicolaou cada tres años. Las mujeres de 30 a 65 años de edad pueden hacerse exámenes selectivos de detección cada cinco años con una prueba conjunta de Papanicolaou y de VPH o cada tres años con una prueba de Papanicolaou solamente.²⁵

Eficacia de la prueba:

Sensibilidad y especificidad

Sensibilidad: Proporción de todos aquellos con la enfermedad a los cuales la prueba identifica correctamente como positivos.

Especificidad: Proporción de todos aquellos sin la enfermedad (normales) a los cuales la prueba identifica correctamente como negativos.³⁰

Eficacia de la prueba de Papanicolaou

Sensibilidad = 51% para CIN I o mayor \ Márgenes, de 37% a 84%
Especificidad = 98% para CIN I o mayor \ Márgenes, de 86% a 100%³⁰

Métodos visuales

Inspección visual con ácido acético (IVAA)

Inspección visual con lugol (IVL)

Se dispone de dos métodos visuales:

- la inspección visual con solución de ácido acético (IVA); y
- la inspección visual con solución yodada de Lugol (IVL).

Una vez aplicada la solución de ácido acético diluido (vinagre), en el caso de la IVA, o la solución yodada de Lugol, en el caso de la IVL, las anomalías se identifican mediante la inspección del cuello uterino sin necesidad de aumento. El tejido cerviouterino anómalo que entra en contacto con la solución diluida de ácido acético cobra provisionalmente un color blanquecino («acetoblanco») y ello le permite al dispensador saber de inmediato si el resultado es positivo (anormalidad) o negativo (normalidad). Cuando se aplica la solución yodada al cuello uterino, las lesiones precancerosas y cancerosas aparecen bien definidas, gruesas y de un color amarillo azafranado o mostaza; en cambio, el epitelio escamoso se tiñe de un color marrón o negro y el epitelio cilíndrico conserva su color rosado habitual. Al no depender de servicios de laboratorio, ambos métodos de inspección visual constituyen alternativas promisorias a la citología en los lugares de escasos recursos. Actualmente se están probando en vastos ensayos controlados de diseño aleatorizado y transversal en países en desarrollo. Hasta no disponer de los resultados de dichos estudios, la OMS recomienda que tanto la IVA como la IVL se utilicen solamente en ensayos piloto, pues todavía no se ha comprobado su impacto en la incidencia y la mortalidad del cáncer cervicouterino. En

circunstancias experimentales, la IVA presenta una sensibilidad de detección de lesiones precancerosas y cancerosas de casi el 77 %, en promedio, con cifras que van del 56 % al 94 %. La especificidad varía entre el 74 % IVA e IVL HP10 Capítulo 4: Cribado del cáncer cervicouterino 101 4Capítulo 4: Cribado del cáncer cervicouterino y el 94 %, con un promedio de valores del 86 %. La utilización de un objetivo de poco aumento en la IVA no arroja mejores resultados que el ojo desnudo. Un estudio reveló que la IVL puede detectar el 92 % de los casos de pre cáncer o cáncer, que es una sensibilidad considerablemente mayor que la que proporcionan la IVA o la citología. Su capacidad para identificar mujeres exentas de enfermedad es semejante a la de la IVA (85 %) e inferior a la de la prueba de Papanicolaou. Un estudio indicó que la IVL es más reproducible que la IVA. La IVA y la IVL pueden realizarse en consultorios u otras instalaciones ambulatorias. Se trata en ambos casos de procedimientos breves e indoloros.

La evaluación es inmediata y no se necesitan muestras de ningún tipo.²⁹

Ventajas del IVAA y IVL

- La IVAA y la IVL son relativamente sencillas y pueden enseñarse a enfermeras, obstetras y otros profesionales sanitarios.
- La evaluación es inmediata y no se necesitan medios de transporte, ni así tampoco material ni personal de laboratorio.
- Las pruebas serán probablemente menos costosas que otros métodos de uso habitual.
- Los resultados se obtienen de inmediato, lo cual elimina la necesidad de consultas múltiples en la mayoría de los casos y disminuye la indisponibilidad de la paciente para el seguimiento.
- Se pueden aplicar teóricamente en una estrategia de cribado y tratamiento de la mujer en una única consulta.

Desventajas

- Debido al reducido valor diagnóstico del resultado positivo de la prueba (véase el Anexo 3), se atribuyen resultados positivos falsos a un número considerable de mujeres sanas y ello redundará en diagnósticos exagerados y tratamientos innecesarios y en la angustia injustificada de la mujer.
- Los métodos visuales no son fiables en las mujeres posmenopáusicas, pues la zona de transformación en dichas mujeres se encuentra a menudo dentro del conducto endocervical.
- No se tiene un testimonio permanente de la prueba que pueda examinarse luego.
- El IVAA se evaluó principalmente como método de cribado de una sola aplicación en la vida; no se ha determinado su eficacia en el cribado periódico. Cribado del cáncer cervicouterino
Dispensadores
Cualquier enfermera, obstetra, auxiliar de enfermería, médico y otros profesionales sanitarios pueden efectuar la IVA con un adecuado y continuo apoyo y supervisión. La formación puede llevar entre 5 y 10 días si se aplica un enfoque basado en la aptitud. Para mantener la calidad de los servicios, es imprescindible que un profesional con experiencia realice evaluaciones periódicas. Los estudios indican que los profesionales obtienen un mayor número de resultados positivos falsos inmediatamente después de la formación. Dichos resultados disminuyen en pocos meses conforme se va adquiriendo experiencia.
Indicaciones Si un programa las adopta como método de cribado, la IVA y la IVL están indicadas en todas las mujeres del grupo propicio de edades especificado en las directrices nacionales, siempre que:
 - Dichas mujeres sean premenopáusicas. No se recomienda la aplicación de estos métodos a mujeres posmenopáusicas, debido a que la zona de transición en dichas mujeres se localiza normalmente

en el interior del conducto cervical y no es visible en el examen con espéculo;

- Ambas uniones escamoso-cilíndricas (es decir, la zona de transformación entera) sean visibles. Si la paciente no cumple las indicaciones anteriores y no se dispone de ningún otro método de cribado alternativo en el entorno clínico específico, hay que derivarla para el Papanicolaou.²⁹

La colposcopia

Es la utilización del colposcopio, un instrumento que proporciona aumento y luz intensa para observar el cuello uterino. La biopsia es la extracción de una pequeña muestra de tejido de las zonas anómalas del cuello uterino con pinzas para biopsia. La biopsia puede provocar un malestar o dolor de tipo cólico ligero. También se puede practicar un legrado endocervical (LEC) para obtener una muestra de células del interior del conducto cervical. Ello puede producir un dolor de tipo cólico, pero no agudo, y en ocasiones induce una reacción vasovagal. Para efectuar la colposcopia, la biopsia y el legrado endocervical es necesario disponer del instrumental y el material siguientes:

- Espéculo vaginal desinfectado en grado extremo y espéculo endocervical estéril;
- Solución salina isotónica;
- Ácido acético al 3%-5%;
- colposcopio;
- Pasta de Monsel;
- Pinzas para biopsia en sacabocados;
- legra endocervical;
- Pinzas de anillo;
- Hisopos de algodón;
- Frascos para muestras con formol al 10% en su interior
- Lápiz y etiquetas.²⁹

La crioterapia

Es la congelación de las zonas anómalas del cuello uterino mediante la aplicación de un disco muy frío sobre ellas. Dura solamente unos minutos y por lo general causa solamente un dolor de tipo cólico ligero.

Para practicar la crioterapia es necesario disponer del material e instrumental siguientes:

- Espéculo, desinfectado en grado extremo (no necesariamente estéril);
- Guantes de exploración desinfectados en grado extremo o desechable (no necesariamente estériles);
- Hisopos de algodón para frotar el cuello del útero;
- Solución salina isotónica;
- colposcopio, si ha previsto utilizarlo en dicha ocasión;
- Unidad de criocirugía con una fuente de gas adecuada²⁹

ESCISIÓN ELECTROQUIRÚRGICA CON ASA (LEEP)

La escisión electro quirúrgica con asa es la extirpación de las zonas anómalas del cuello uterino mediante un alambre delgado calentado con electricidad. Resulta eficaz para curar el pre cáncer en 9 de cada 10 mujeres. ²⁹

2.1.3 DEFINICIÓN DE TERMINOS

Conocimiento

Es el acumulo de información, adquirido de forma científica o empírica. En cuanto a conocer es aprender o captar con la inteligencia los entes y así convertirlos en objetos de un acto de conocimiento. Todo acto de conocimiento supone una referencia mutua o relación entre: sujeto –

objeto. Filosóficamente hablando, conocer significa aprender teóricamente los objetos, sus cualidades, sus modos, sus relaciones, poseer la verdad o por lo menos buscarla ansiosamente.²⁸

Prevención

Cualquier acto dirigido a prevenir la enfermedad y promover la salud, cuyo objetivo es evitar la necesidad de atención primaria, secundaria o terciaria. Incluye la evaluación y la promoción del potencial de salud, la administración de las medidas prescritas, como puede ser la inmunización, la educación sanitaria, el diagnóstico precoz y el tratamiento; el diagnóstico de las limitaciones funcionales y de las posibilidades de rehabilitación.²⁰

Cáncer cervico uterino

El cáncer cervicouterino (CaCu) es una alteración celular que se origina en el epitelio del cuello del útero y que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras, habitualmente de lenta y progresiva evolución en el tiempo, que se suceden generalmente en etapas. En grado variable evolucionan a cáncer in situ cuando compromete sólo a la superficie epitelial y luego a cáncer invasor cuando el compromiso traspasa la membrana basal.²¹

Prácticas de prevención

Las prácticas de prevención depende de la visión que se tengan de la prevención y si la consideran conveniente y efectivo. Actualmente podemos prevenir el cáncer de cuello uterino con tres estrategias: la primera es abstinencia sexual; retrasar la vida sexual después de los 20 años, monogamia y el uso de condón; la segunda, a través de la prevención primaria (antes de la adquisición del virus del papiloma

humano, vacunas profilácticas), en la etapa pre sexual y; la tercera, basada en la citología vaginal con tinción de Papanicolaou y pruebas de ADN.²²

CAPITULO III.
PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSION DE
RESULTADOS

RESULTADOS

I.DATOS GENERALES:

TABLA N° 1

Profesional / Técnico	Frecuencia	Porcentaje
Profesional	108	57.4%
Técnico	80	42.6%
Total	188	100.0%

Interpretación: Se encontraron de los 188 encuestados, personal profesional (médicos, obstetras, enfermeras, tecnólogo, asistente social y odontólogo) un 57.4%,(108) y personal técnico (tec. Enfermería, tec. Farmacia y tec. Laboratorio) un 42.6%(80).

TABLA N° 2

Profesión	Frecuencia	Porcentaje
Tec. Enfermería	45	23.9%
Medico	30	16.0%
Obstetra	29	15.4%

Enfermera	25	13.3%
Tec. Laboratorio	20	10.6%
Tec. Farmacia	15	8.0%
Tecnólogo	10	5.3%
Asistenta S.	8	4.3%
Odontólogo	6	3.2%
Total	188	100.0%

Interpretación: Con respecto a la profesión predominó el grupo de tec. De enfermería con un 23.9%,(45) seguido por el grupo medico con un 16.0%,(30) el grupo de obstetras con un 15.4, (29) el grupo de enfermeras con un 13.3%, (25) el grupo de tec. de laboratorio con un 10.6% ,(20) el grupo de tec. de farmacia con un 8.0% ,(15) tecnólogo con un 5.3%, (10) el grupo de asistenta social con un 4.3%,(8) y en último lugar el grupo de odontólogos con un 3.2%(6).

TABLA N° 3

Edad	Frecuencia	Porcentaje
30 a 35 ^a	23	12.2%
36 a 40 ^a	57	30.3%
41 a 45 ^a	41	21.8%

46 a 50 ^a	37	19.7%
51 a mas	30	16.0%
Total	188	100.0%

Interpretación: De los 188 encuestados predomino el grupo de edades entre 36 a 40 años con un 30.3%,(57) seguido por el grupo de 41 a 45 años con un 21.8%,(41) el grupo de 46 a 50 años con un 19.7%,(37) el grupo de 51 años a mas con un 16.0%,(30) siendo el último grupo de 30 a 35 años con un 12.2%(23).

TABLA N° 4

Género	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	135	71.8%
Masculino	53	28.2%
Total	188	100.0%

Interpretación: De los encuestados entre profesionales y técnicos el sexo femenino ocupó el primer lugar con un 71.8%,(135) seguido del sexo masculino con un 28.2%(53)

TABLA N° 5

Tiempo de servicio	Frecuencia	Porcentaje
--------------------	------------	------------

en el hospital		
0 a 5 años	115	61.2%
6 a 10 años	66	35.1%
11 a mas	7	3.7%
Total	188	100.0%

Interpretación: Con respecto al tiempo de servicio, el grupo de 0 a 5 años ocupó el primer lugar con un 61.2%,(115) seguido por el grupo de 6 a 10 años con un 35.1%(66) y el grupo de 11 años a mas solo con un 3.7%

II. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN DEL CÁNCER CERVICAL.

TABLA N° 6

PROFESIONALES		
Conocimiento (agrupado)	Nº	%
BAJO	32	29.6%
MEDIO	62	57.4%
ALTO	14	13.0%
Total	108	100.0%

Interpretación: En el presente cuadro se observa que con respecto al nivel del conocimiento sobre prevención del cáncer cervical predomina el grupo que tiene “conocimiento Medio”, con un 57.4%, seguido por el grupo que tiene “Alto conocimiento” con un 13.0%. Pero hay un grupo que el “conocimiento es Bajo” con un 29.6%

TABLA Nº 7

TECNICOS

Conocimiento (agrupado)	Nº	%
BAJO	26	32.5%
MEDIO	39	48.7%
ALTO	15	18.8%
Total	80	100.0%

Interpretación: En el presente cuadro se observa que con respecto al nivel del conocimiento sobre prevención del cáncer cervical en los técnicos predomina el grupo que tiene “conocimiento Medio”, con un 48.7%, seguido por el grupo que tiene “un conocimiento Alto” con un 18.8%. Pero hay un grupo que el “conocimiento es Bajo” con un 32.5%

TABLA Nº 8

NIVEL GENERAL

PROFESIONALES Y TECNICOS

PROFESIONALES			TECNICOS		
ALTO	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO
14	62	32	15	39	26
13.0%	57.4%	29.6%	18.8%	48.7%	32.5%

Interpretación: Con respecto al nivel del conocimiento general, podemos observar que entre profesionales y técnicos el alto nivel de conocimiento es similar 13.0% y 18.8% respectivamente, mientras que el nivel de conocimiento medio los profesionales tienen un 57.4% y los técnicos 48.7%; con respecto al nivel de conocimiento bajo se tiene 29.6% y 32.5% respectivamente.

III. PRÁCTICAS EN REFERENCIA A LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER CERVICAL.

TABLA N° 9

PROFESIONALES

Prácticas en referencia a la prevención	Nº	%
Prácticas adecuadas	32	29.6%
Prácticas inadecuadas	76	70.4%
TOTAL	108	100%

Interpretación: En el presente cuadro se observa que con respecto a las prácticas en referencia a la prevención del cáncer cervical en los profesionales un 29.6% (32) realiza prácticas adecuadas, mientras que un 70.4% (76) realiza prácticas inadecuadas.

TABLA N° 10

TECNICOS

Practicas en referencia a la prevención	Nº	%
Practicas adecuadas	19	23.75%
Practicas inadecuadas	61	76.25%
TOTAL	80	100%

Interpretación: En el presente cuadro se observa que con respecto a las practicas en referencia a la prevención de cáncer cervical en técnicos un 23.75%(19) realiza practicas adecuadas, mientras que un 76.25%(61) realiza practicas inadecuadas.

A NIVEL GENERAL

Prácticas en referencia a la prevención	Profesionales	Técnicos
Prácticas adecuadas	32 29.6%	19 23.75%
Prácticas inadecuadas	76 70.4%	61 76.25%

Interpretación: Con respecto a las prácticas en referencia a la prevención del cáncer de cuello uterino, podemos observar en el presente cuadro que entre profesionales y técnicos hay un similar porcentaje con respecto a las prácticas adecuadas e inadecuadas. Vemos que los profesionales tienen un 29.6% de prácticas adecuadas, mientras que los técnicos tienen un 23.75%. En las prácticas inadecuadas los profesionales tienen un porcentaje de 70.4% y los técnicos 76.25%.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El presente estudio revela el nivel de conocimiento y prácticas sobre prevención de cáncer cervical en el personal profesional y técnico del hospital

San Juan de Lurigancho, donde hallamos que el 57.4% fueron profesionales y el 42.6% fueron técnicos, los cuales se encontraban entre las edades de 30 y 56 años, siendo el grupo de 36 a 40 años el que tuvo un porcentaje mayor con un 30.3%. A diferencia del estudio de Mazzadi, Alejandro; Paolino, Melisa; Silvina. Denominado Aceptabilidad y conocimientos sobre la vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) en médicos ginecólogos de la Argentina sept.-oct. 2012 en el cual la población en estudio fueron profesionales (Ginecólogos) en un 100%. Al igual que en el estudio de Bednarczyk RA; Butsashvili M; Kamkamidze G; Kajaia M; McNutt LA. Actitudes y conocimientos de los médicos de Georgia con respecto a la prevención del cáncer de cuello uterino de 2010. En Georgia jun. 2013 en el cual los encuestados fueron también médicos. El presente estudio fue dirigido en su mayoría a mujeres ya que abarca nivel de conocimiento y prácticas de prevención sobre el cáncer cervical, es por esa razón que 72% fueron mujeres profesionales y el 28% fueron hombres. Por el contrario vemos que en el estudio de Koc. Z, cinarli T denominado El cáncer de cuello uterino, Virus del Papiloma Humano, y de vacunación: conocimiento, la conciencia y las prácticas entre las enfermeras de los hospitales turcos. En Turquía 2015 la población en estudio fueron profesionales (enfermeras). Con respecto al nivel de conocimiento sobre cáncer cervical en profesionales, se encontró que el 29.6% tuvo un nivel de conocimiento Bajo, el 57.4% tuvo un nivel de conocimiento Medio y el 13.0% tuvo un nivel de conocimiento Alto.

Con respecto al nivel del conocimiento sobre prevención del cáncer cervical en los técnicos predomina el grupo que tiene nivel de conocimiento Medio, con un 48.7%, seguido por el grupo que tiene un nivel conocimiento Alto con un 18.8%. Pero hay un grupo que el nivel de conocimiento es Bajo con un 32.5%. Acerca de las prácticas en referencia a la prevención del cáncer cervical en los profesionales, un 29.6% realiza prácticas adecuadas, mientras que un 70.4% realiza prácticas inadecuadas, lo que indica que los profesionales de la salud tienen los conocimientos necesarios acerca de la prevención del cáncer de cuello uterino, pero en las prácticas de prevención del CACU vemos lo

contrario. En el caso de las recomendaciones de las vacunas contra el VPH se encontró que el 33% de los médicos recomendaban dicha vacuna, por el contrario vemos que en el estudio de Mazzadi, Alejandro; Paolino, Melisa; Silvina. Denominado Aceptabilidad y conocimientos sobre la vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) en médicos ginecólogos de la Argentina sept.-oct. 2012 , más del 80 % de los médicos recomendaban y prescribían dicha vacuna.

Con respecto a las prácticas en referencia a la prevención de cáncer cervical en técnicos un 23.75% realiza prácticas adecuadas, mientras que un 76.25% realiza prácticas inadecuadas. Con respecto a la realización actual del Papanicolaou, se encontró que el 42.5% de profesionales y el 37% de técnicas NO se realizan el Papanicolaou. Por el contrario vemos que en el estudio de Koc. Z, cinarli T denominado El cáncer de cuello uterino, Virus del Papiloma Humano, y de vacunación: conocimiento, la conciencia y las prácticas entre las enfermeras de los hospitales turcos. En Turquía 2015 el 11.6% de las enfermeras si se realizan el Papanicolaou, a diferencia de nuestro estudio en el cual el 72 % de las enfermeras si se realiza el Papanicolaou.

CAPITULO IV.

4.1 CONCLUSIONES

Luego de finalizar el Estudio de Investigación se concluye que:

- ❖ El nivel de conocimiento sobre prevención del cáncer cervical en profesionales y técnicos es medio
- ❖ El 29.6% de los profesionales encuestados tiene un nivel de conocimiento Bajo, el 57.4% tiene un nivel de conocimiento Medio y el 13.0% tiene un nivel de conocimiento Alto
- ❖ El 32.5% de los técnicos encuestados tiene un nivel de conocimiento Bajo, el 48.7% tiene un nivel de conocimiento Medio y el 18.8% tiene un nivel de conocimiento Alto.
- ❖ Respecto a las prácticas en referencia a la prevención del cáncer cervical en profesionales el 29.6% tuvo prácticas adecuadas, mientras que el 70.4% tuvo prácticas inadecuadas.
- ❖ Respecto a las prácticas en referencia a la prevención del cáncer cervical en técnicos el 23.75% tuvo prácticas adecuadas, mientras que el 76.25% tuvo prácticas inadecuadas.

4.2 Recomendaciones

- ❖ Frente a esta situación concientizar y capacitar a todo el personal profesional y técnico de salud del hospital San Juan de Lurigancho con el objetivo de aumentar los conocimientos sobre la prevención del cáncer cervical con el fin de obtener profesionales competentes e idóneos.
- ❖ Realizar actividades preventivo-promocionales, a fin que los profesionales y técnicos de salud puedan ser agentes de socialización con la población que acude al establecimiento para recibir cualquier atención.
- ❖ El área responsable de este programa debe realizar actividades tendientes a la atención y control de cáncer ginecológico en general orientado al personal del establecimiento.
- ❖ Lograr el compromiso del personal de salud, tanto profesionales como técnicos a realizarse oportunamente las diferentes pruebas de detección de cáncer de cuello uterino.
- ❖ Lograr el compromiso del personal de salud, tanto profesional como técnico a llevar correctos estilos de vida y a la vez sensibilizarlos para que tengan un mejor auto cuidado.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Organización Mundial de Salud. Salud de la Mujer. Nota descriptiva nº 334, Del centro de prensa de la OMS; 2009, (fecha de acceso 7 de agosto del 2015)
Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs334/es/>
2. Organización Mundial de Salud. Papiloma Virus Humano (PVH) y Cáncer Cervico uterino. Nota descriptiva nº380 del Centro de prensa de la OMS; Mar. 2015.(fecha de acceso 7 de agosto del 2015)
Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs380/es/>
3. Testa, Roberto. Ginecología: Fundamentos para la práctica clínica ,1ra ed. Buenos Aires. Medica panamericana.2012 pag.480 (fecha de acceso 9 de agosto del 2015)
4. Organización Mundial de Salud. Cáncer: Nota informativa del centro de prensa de la OMS .Ginebra:OMS;2014(fecha de acceso 10 de agosto del 2015) Disponible en :<http://paho.org/cáncer/>
5. Catalina Rojas. Chile se ubica dentro de los 9 países que bajan las tasas de mortalidad. [sitio en internet] OMS 2013. (consultado 10 de agosto del 2015)
Disponible en: <http://www.latercera.com/noticia/nacional/2013/11/680-551396-9-oms-chile-se-alista-en-los-nueve-paises-que-estan-bajando-sus-tasas-de.shtml>
6. Ministerio de Salud ,Instituto Nacional de Salud, boletín INS Lima-Perù,2014 mar-abr. (fecha de acceso 10 de agosto del2015) Disponible en: http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/0/par/bol_2014/boletin%20mar-abr-2014%20final.pdf

7. Lanzan campaña para combatir el cáncer de cuello uterino [sitio internet] Diario El Comercio (consultado 10 de agosto del 2015) disponible en: <http://www.elcomercio.pe/ciencias/medicina/lanzan-campaña-combatir-cancer-cuello-uterino-noticia-1817963>
8. Christian Adrián López-Castillo, Manuel Alejandro Calderón, María Mercedes González de S; 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: Pereyra 2013
9. Giselle Riquelme H; Ximena Concha P; María teresa Urrutia S. Intervenciones educativas para la prevención de cáncer cervico uterino: Santiago (Chile)2012.
10. Lucia S. Tamayo A; María G; Chávez M; Liliana M; Henao F. Cáncer de cuello uterino: mas allá de lo que es; la percepción de las mujeres de Antioquia (Colombia) y Colima (México) 2008: Medellín (Colombia) 2009.
11. Silvina Arrossi; Melisa Paolino; Rengaswamy Sankaranarayanan. Retos de los programas de prevención de cáncer cervicouterino en países en desarrollo: análisis de situación de la organización del programa en Argentina: (Washington) 2010.
12. Koc. Z, cinarli T El cáncer de cuello uterino, Virus del Papiloma Humano, y de vacunación: conocimiento, la conciencia y las prácticas entre las enfermeras de los hospitales turcos. Turquía 2015
13. Bednarczyk RA; Butsashvili M; Kamkamidze G; Kajaia M; McNutt LA. Actitudes y conocimientos de los médicos de Georgia con respecto a la prevención del cáncer de cuello uterino de 2010. En Georgia jun. 2013

- 14.** Mazzadi, Alejandro; Paolino, Melisa; Silvina. Aceptabilidad y conocimientos sobre la vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) en médicos ginecólogos de la Argentina sept.-oct. 2012
- 15.** Alarco Ríos Emelyn Johana. Conocimientos sobre cáncer de cuello uterino en gestantes atendidas en el Centro de Salud Carlos Cueto Fernandini: Lima (Perú) 2014.
- 16.** Roque Agapito Katherine Cecilia. Conocimientos y actitudes sobre cáncer de cuello uterino relacionado con la toma de Papanicolaou en las usuarias del C.S San Fernando: Lima (Perú) 2014.
- 17.** Paredes Cruz Elizabeth del Pilar .Intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos sobre cáncer de cuello uterino y el virus del papiloma humano en estudiantes de la UNASAN, filial-Barranca: Lima (Perú) 2010.
- 18.** Palma Flores Jenny Elizabeth. Practicas de prevención de cáncer cervico uterino en usuarias del C.S Leonor Saavedra-San Juan de Miraflores: Lima (Perú) 2011.
- 19.** Seguro Social de Salud .Guía de práctica clínica de cáncer de cuello uterino. Gerencia de prestaciones hospitalarias. Lima (Perú)2011 Disponible en:
http://www.ginecologiaperu.com/files/guía_c_cuello_uterino2011_essalud.pdf
- 20.** Diccionario de Medicina. Océano Mosby. Barcelona; España
- 21.** Ministerio de Salud .Guía clínica cáncer cervico uterino. Nota descriptiva del centro de prensa del MINSA. Santiago; 2010.fecha de acceso 11 de agosto del 2015.
Disponible
<http://web.minsal.cl/portal/url/item/720bfefe91e9d2ede04001011f010ff2.pdf>

- 22.** Aranda Flores Carlos Eduardo. Prevención primaria del cáncer cervicouterino. En Revista GAMO. Vol. 8 (1). Año 2009. Págs. 1-4.(consultado 10 de agosto del 2015)
- 23.** Instituto Nacional del Cáncer de EEUU. [sitio Internet]. Hoja informativa: Pruebas de Papanicolaou y del virus del papiloma humano (VPH).Actualizada en mayo de 2012; (fecha de acceso el 11 de agosto del 2015) Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/recursos/hojas-informativas/detecciondiagnostico/Papanicolaou-respuestas>
- 24.** American Cancer Society. [Página principal en Internet]. Cáncer de cuello uterino. Atlanta: American Cancer society; [actualizada en enero del 2014; fecha de acceso el 11 de agosto del 2015]Disponible en: www.cancer.org/cancer-de-cuello-uterino-pdf
- 25.** American Joint Committee on Cancer. Cervix Uteri. In: AJCC Cancer Staging Manual. 7th ed. New York, NY: Springer; 2010: 395-402. (American Cancer Society. Cancer de cuello uterino.)
- 26.** Organización Mundial de la Salud. Vacunas contra el virus del papiloma humano. Documento de posición de la OMS N°-15, 2009, 84, 117–132 http://www.who.int/immunization/documents/WER_report_HPVSpanish.pdf
- 27.** Guía American Cancer Society .Cáncer de cuello uterino(cervical) 2014 (fecha de acceso 13 de agosto)Disponible <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002288-pdf.pdf>
- 28.** Cheesman S. Conceptos básicos en investigación. [Acceso el 13 de agosto del 2015]. Disponible en: <http://investigar1.files.wordpress.com/2010/05/conceptos.pdf>.

29. Organización mundial de la salud .Guía de prácticas esenciales. Control integral del cáncer cervico uterino (acceso el 14 de agosto del 2015)

Disponible en:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43675/1/9789243547008_spa.pdf

30. Alianza para la Prevención del Cáncer Cervicouterino (ACCP).La prueba de Papanicolao : Sustento científico hasta la fecha.(Acceso 14 de agosto del 2015).Disponible en

http://www.path.org/publications/files/RH_pap_test_sp.pdf

ANEXOS

II. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN DEL CÁNCER CERVICAL.

TABLA PREGUNTA N°6

El cáncer cervical es					
	a) Es una alteración de células en la vagina, que posteriormente produce un cáncer.	b) Es una infección en el endometrio.	c) Es causado por un virus llamado virus del papiloma humano, que se propaga mediante el acto sexual y causa infección en el cuello uterino	d) Es una infección causada por bacterias, debido a la falta de higiene.	Total
Profesional 108 (57.4%)	14 (13 %)	0 (0%)	94 (87%)	0 (0%)	108 (100%)
Técnico 80 (42.6%)	27 (33.8%)	0 (0%)	53 (66.2%)	0 (0%)	80 (100%)
Total 188 (100%)	41 (21.8%)	0 (0%)	147 (78.2%)	0 (0%)	188 (100%)

Interpretación: Según el gráfico de los 188 encuestados, se encontró que un 57.4 % (108) fueron profesionales, y un 42.6% (80) fueron técnicos. De los cuales el 13% (14) de los profesionales y el 33.8% (27) de los técnicos afirmaron que el cáncer cervical es una alteración de células en la vagina, que posteriormente produce un cáncer, y un 87% (94) de los profesionales y 66.2% (53) de los técnicos afirmo que el cáncer cervical es causado por un virus llamado virus del papiloma humano, que se propaga mediante el acto sexual y causa infección en el cuello uterino.

TABLA PREGUNTA N° 7

Cuál de las siguientes alternativas considera que es un factor que ayuda a prevenir el CACU?					
	a) No haber tenido nunca relaciones sexuales	b) Inicio tardío de relaciones sexuales	c) Inicio precoz de relaciones sexuales	d) Tener muchas relaciones sexuales	Total
Profesional	49 (45.4%)	59 (54.6%)	0	0	108 (100%)
Técnico	36 (45%)	44 (55%)	0	0	80 (100%)
Total	85 (45.2%)	103 (54.8%)	0	0	188 (100%)

Interpretación: De acuerdo al presente grafico, se encontró que un 45.4% de profesionales y un 45% de técnicos, afirmo que; no haber tenido nunca relaciones sexuales es un factor que ayuda a prevenir el CACU, mientras que un 54.6% de profesionales y un 55% de técnicos afirmo que el inicio tardío de relaciones sexuales también es un factor que ayuda a prevenir el CACU

TABLA PREGUNTA N° 8

El CACU es una enfermedad que se puede prevenir mediante la siguiente acción					
	a) Tener una sola pareja sexual	b) Evitar tener múltiples parejas sexuales	c) Tener solo 2 parejas sexuales	d) a y b	Total
Profesional	13 (12.1%)	30 (27.7%)	0	65 (60.2%)	108 (100%)
Técnico	15 (18.8%)	26 (32.5%)	0	39 (48.7%)	80 (100%)
Total	28 (14.9%)	56 (29.8%)	0	104 (55.3%)	188 (100%)

Interpretación: Según el cuadro podemos observar que un 12.1% de profesionales y un 18.8% de técnicos afirmaron que tener una sola pareja es una acción que ayuda a prevenir el CACU; mientras que un 27.7% y 32.5% respectivamente afirmaron que evitar tener múltiples parejas sexuales también es una acción que ayuda a prevenir el CACU. Un 60.2% de profesionales y un 48.7% de técnicos afirmaron que ambas acciones ayudan a prevenir el CACU.

TABLA PREGUNTA N° 9

El tener varias parejas sexuales a la vez, tanto la mujer o su pareja aumenta el riesgo de cáncer cervical?			
	a) Si	b) No	Total
Profesional	103 (95.4%)	5 (4.6%)	108 (100%)
Técnico	74 (92.5%)	6 (7.5%)	80 (100%)
Total	177 (94.1%)	11 (5.9%)	188 (100%)

Interpretación: Según el cuadro el 95.4% de profesionales y el 92.5% de técnicos manifiesta que el tener varias parejas sexuales a la vez, tanto la mujer o su pareja, si aumenta el riesgo de cáncer cervical, mientras que el 4.6% de profesionales y el 7.5% de técnicos manifiesta que no.

TABLA PREGUNTA N° 10

Una alimentación balanceada rica en frutas y verduras disminuye el riesgo de cáncer cervical?			
	a) Si	b) No	Total
Profesional	84 (77.8%)	24 (22.2%)	108 (100%)
Técnico	54 (67.5%)	26 (32.5%)	80 (100%)
Total	138 (73.4%)	50 (26.6%)	188 (100%)

Interpretación: Según el cuadro el 77.8% de profesionales y el 67.5% de técnicos manifiesta que, una alimentación balanceada rica en frutas y verduras si disminuye el riesgo de cáncer cervical, mientras que el 22.2% de profesionales y el 32.5% de técnicos manifiesta que no.

TABLA PREGUNTA N° 11

Practicar ejercicios diarios y mantener un peso adecuado disminuye el riesgo de cáncer cervical.			
	a) Si	b) No	Total
Profesional	98 (90.7%)	10 (9.3%)	108 (100%)
Técnico	71 (88.8%)	9 (11.2%)	80 (100%)
Total	169 (89.9%)	19 (10.1%)	188 (100%)

Interpretación: Según el cuadro el 90.7% de profesionales y el 88.8% de técnicos manifiesta que el practicar ejercicios diarios y mantener un peso adecuado si disminuye el riesgo de cáncer cervical, mientras que el 9.3% de profesionales y el 11.2% de técnicos manifiesta lo contrario.

TABLA PREGUNTA N° 12

RESPECTO AL USO DEL PRESERVATIVO							
	VVVF	FVVV	VVVV	FVVF	VFVV	FVfV	total
PROFESIONALES	18 (16.7%)	25 (23.1%)	25 (23.1%)	8 (7.4%)	17 (15.7%)	15 (13.8%)	108 100%
TECNICOS	10 (12.5%)	20 (25%)	20 (25%)	13 (16.3%)	6 (7.5%)	11 (13.7%)	80 100%
TOTAL	28 (14.9%)	45 (23.9%)	45 (23.9%)	21 (11.1%)	23 (12.2%)	26 (13.8%)	188 100%

TABLA PREGUNTA N° 13

Sobre el consumo de tabaco y cáncer cervical marca lo CORRECTO.					
	a) El consumo de tabaco no es un factor de riesgo de cáncer cervical	b) El consumo de tabaco incrementa el riesgo de cáncer	c) Ser fumador pasivo no incrementa el riesgo de cáncer cervical	d) El consumo de tabaco no incrementa el riesgo de cáncer	Total
Profesional	20 (18.6%)	69 (63.9%)	19 (17.6%)	0	108 (100%)
Técnico	20 (25%)	54 (67.5%)	6 (7.5%)	0	80 (100%)
Total	40 (21.3%)	123 (65.4%)	25 (13.3%)	0	188 (100%)

Interpretación: Según el cuadro el 18.6% de profesionales y el 25% de técnicos manifiesta que el consumo de tabaco no es un factor de riesgo de cáncer cervical, el 63.9% y el 67.5% respectivamente manifiesta que el consumo de tabaco incrementa el riesgo de cáncer, mientras que el 17.6% de profesionales y el 7.5% de técnicos manifiesta que ser fumador pasivo no incrementa el riesgo de cáncer cervical.

TABLA PREGUNTA N° 14

De los siguientes tipos de métodos anticonceptivos ¿cuál cree que aumenta el riesgo de CACU?					
	a) El uso prolongado de píldoras anticonceptivas	b) Los preservativos	c) EL uso prolongado de ampollas mensuales	d) Los parches anticonceptivos	Total
Profesional	70 (64.8%)	0	33 (30.6%)	5 (4.6%)	108 (100%)
Técnico	57 (71.2%)	0	19 (23.8%)	4 (5%)	80 (100%)
Total	127 (67.5%)	0	52 (27.7%)	9 (4.8%)	188 (100%)

Interpretación: Según el cuadro el 64.8% de profesionales y el 71.2% de técnicos manifiesta que el uso prolongado de píldoras anticonceptivas aumenta el riesgo de cáncer de cuello uterino, el 30.6% y el 23.8% respectivamente manifiesta que el uso prolongado de ampollas mensuales aumenta el riesgo de cáncer cervical, mientras que el 4.6% de profesionales y el 5% de técnicos manifiesta que los parches anticonceptivos aumentan el riesgo de cáncer

TABLA PREGUNTA N° 15

Lavarse los genitales una vez realizado el acto sexual evita contraer					
	a) El virus de papiloma humano	b) Infecciones de transmisión sexual	c) VIH	d) Ninguna de las anteriores	Total
Profesional	0	0	0	108 (100%)	108 (100%)
Técnico	0	0	0	80 (100%)	80 (100%)
Total	0	0	0	188 (100%)	188 (100%)

Interpretación: Según el cuadro el 100% de profesionales y el 100% de técnicos manifiesta que lavarse los genitales una vez realizado el acto sexual evita contraer el virus de papiloma humano, infecciones de transmisión sexual y el VIH.

TABLA PREGUNTA N° 16

Cuáles son las pruebas de tamizaje o de rutina que ayuda a prevenir el CACU?					
	a) Papanicolaou	b) Vacuna contra el PVH	c) IVAA (inspección visual con ácido acético)	d) a y c	Total
Profesional	24 (22.2%)	0	0	84 (77.8%)	108 (100%)
Técnico	26 (32.5%)	0	0	54 (67.5%)	80 (100%)
Total	50 (26.6%)	0	0	138 (73.4%)	188 (100%)

Interpretación: Según el cuadro el 22.2% de profesionales y el 32.5% de técnicos manifiesta que el Papanicolaou es una prueba de tamizaje y el 77.8% de profesionales y el 67.5% de técnicos manifiesta que el Papanicolaou y el IVVA son pruebas de tamizaje o de rutina.

TABLA PREGUNTA N° 17

Cuál de los siguientes alternativas previene el cáncer de cuello uterino?					
	a) La vacuna contra (VPH) y El Papanicolaou	b) El IVVA y la colposcopia	c) Los condones femeninos y los condones masculinos	d) todas las anteriores	Total
Profesional	13 (12. %)	0	0	95 (88%)	108 (100%)
Técnico	22 (27.5%)	0	0	58 (72.5)	80 (100%)
Total	35 (18.6%)	0	0	153 (81.4%)	188 (100%)

Interpretación: Según el cuadro el 12% de profesionales y el 27.5% de técnicos manifiesta que la vacuna contra el VPH y el Papanicolaou son alternativas que realizándolas previenen el cáncer de cuello uterino, mientras que el 88% de profesionales y el 72.5% de técnicos manifiesta que la vacuna contra el VPH , el Papanicolaou, el IVVA, la colposcopia, los condones femeninos y los condones masculinos, manifiesta son acciones que realizándolas previene el cáncer de cuello uterino.

TABLA PREGUNTA N° 18

La vacuna contra el VPH, es recomendable administrar a...					
	a) Mujeres que nunca han tenido relaciones sexuales.	b) mujeres que han tenido su primera relación sexual.	c) Mujeres que tienes muchas relaciones sexuales	d) Ninguna de las anteriores.	Total
Profesional	108 (100%)	0	0	0	108 (100%)
Técnico	80 (100%)	0	0	0	80 (100%)
Total	188 (100%)	0	0	0	188 (100%)

Interpretación: Según el cuadro el 100% de profesionales y el 100% de técnicos manifiestan que la vacuna contra el VPH es recomendable administrar a mujeres que nunca han tenido relaciones sexuales.

TABLA PREGUNTA N° 19

El Papanicolaou es:					
	a) Es un procedimiento que nos permite detectar infecciones de transmisión sexual.	b) Es un procedimiento que se usa en la obtención de células del cuello uterino para realizar la citología cervical y detectar células pre cancerosas.	c) Es una prueba que consiste en recoger muestras de células de la pared vaginal con un cito cepillo.	d) Es un procedimiento que se realiza para detectar cambios en las células del fondo uterino.	Total
Profesional	5 (4.6%)	85 (78.8%)	9 (8.3%)	9 (8.3%)	108 (100%)
Técnico	13 (16.2%)	51 (63.8%)	0 (0%)	16 (20%)	80 (100%)
Total	18 (9.6%)	136 (72.3%)	9 (4.8%)	25 (13.3%)	188 (100%)

Interpretación: Según el cuadro el 4.6% de profesionales y el 16.2% de técnicos manifiesta que el Papanicolaou es un procedimiento que nos permite detectar infecciones de transmisión sexual, el 78.8% y el 63.8% respectivamente manifiesta que el Papanicolaou es un procedimiento que se usa en la obtención de células del cuello uterino para realizar la citología cervical y detectar células pre cancerosas, el 8.3% de profesionales manifiesta que el Papanicolaou es una prueba que consiste en recoger muestras de células de la pared vaginal con un citocepillo y finalmente el 8.3% de profesionales y el 20% de técnicos afirma que el Papanicolaou es un procedimiento que se realiza para detectar cambios en las células del fondo uterino.

TABLA PREGUNTA N° 20

El Papanicolaou tiene una sensibilidad de:					
	a) 100%	b) 80%	c) 50%	d) 30%	Total
Profesional	4 (3.7%)	52 (48.2%)	25 (23.1%)	27 (25%)	108 (100%)
Técnico	0 (0%)	29 (36.2%)	25 (31.3%)	26 (32.5%)	80 (100%)
Total	4 (2.1%)	81 (43.1%)	50 (26.6%)	53 (28.2%)	188 (100%)

Interpretación: Según el cuadro el 3.7% de profesionales manifiesta que el Papanicolaou tiene una sensibilidad de 100%, el 48.2% de profesionales y el 36.2% de técnicos manifiesta que el Papanicolaou tiene una sensibilidad de 80%, el 23.1% y el 31.3% respectivamente manifiesta que el Papanicolaou tiene una sensibilidad de 50% y finalmente el 25% de profesionales y el 32.5% de técnicos manifiesta que el Papanicolaou tiene una sensibilidad de 30%.

TABLA PREGUNTA N° 21

En términos generales, cada cuanto tiempo considera Ud. que se debe realizar el PAP para prevenir el CACU?					
	a) cada 6 meses	b) cada año	c) cada 2 años	d) cada 5 años	Total
Profesional	23 (21.3%)	75 (69.4%)	10 (9.3%)	0	108 (100%)
Técnico	17 (21.3%)	49 (61.2%)	14 (17.5%)	0	80 (100%)
Total	40 (21.3%)	124 (66%)	24 (12.7%)	0	188 (100%)

Interpretación: Según el cuadro el 21.3% de profesionales y el 21.3% de técnicos manifiesta que en términos generales cada 6 meses se debe realizar una mujer el Papanicolaou para prevenir el cáncer de cuello uterino, mientras que el 69.4% y el 61.2% respectivamente manifiesta que debe ser cada año y finalmente el 9.3% de profesionales y el 17.5% de técnicos manifiesta que debe ser cada 2 años.

TABLA PREGUNTA N° 22

Cuál de las siguientes pruebas de tamizaje o de rutina es de menor costo para detectar CACU?					
	a) El Papanicolaou	b) El IVAA	c) La colposcopia	d) La vacuna contra el VPH	Total
Profesional	52 (48.1%)	42 (38.9%)	0	14 (13%)	108 (100%)
Técnico	36 (45%)	22 (27.5%)	0	22 (27.5%)	80 (100%)
Total	88 (46.8%)	64 (34%)	0	36 (19.2%)	188 (100%)

Interpretación: Según el cuadro el 48.1% de profesionales y el 45% de técnicos manifiesta que el Papanicolaou es la prueba de tamizaje de menor costo, mientras que el 38.9% y el 27.5% respectivamente manifiesta que el IVVA es la prueba de menor costo y finalmente el 13% de profesionales y el 27.5% de técnicos manifiesta que la prueba de menor costo es la vacuna contra el VPH .

TABLA PREGUNTA N° 23

RESPECTO AL USO DEL PRESERVATIVO						
	VVVV	VVfV	VVfF	VfVV	VfFV	total
PROFESIONALES	21 (19.5%)	15 (13.8%)	31 (28.7%)	18 (16.6%)	23 (21.4%)	108 100%
TECNICOS	52 (65%)		7 (8.8%)	21 (26.2%)		80 100%
TOTAL	73 (39.8%)	15 (7.9%)	38 (20.2%)	37 (19.7%)	23 (12.2%)	188 100%

III.- PRÁCTICAS SOBRE PREVENCIÓN DEL CÁNCER CERVICAL EN EL PERSONAL DE SALUD.

TABLA PREGUNTA N° 24

¿Ha tenido Ud. Relaciones sexuales? A qué edad	Frecuencia	Porcentaje
15 a 18 años	36	19.1%
19 a 21 años	109	58.0%
22 a 25 años	43	22.9%
Total	188	100.0%

Interpretación: Con respecto a la edad de inicio de relaciones sexuales el grupo de 19 a 21 años ocupó el primer lugar con un 58.0%, seguido por el grupo de 22 a 25 años con un 22.9% y en último lugar el grupo de 15 a 18 años con un 19.1%

TABLA PREGUNTA N° 25

Número de compañeros sexuales				
	1	2	3	Total
Profesional	34 (31.5%)	60 (55.5%)	14 (13%)	108 (100%)
Técnico	29 (36.3%)	41 (51.2%)	10 (12.5%)	80 (100%)
Total	63 (33.5%)	101 (53.7%)	24 (12.8%)	188 (100%)

Interpretación: Según el cuadro el 31.5% de profesionales y el 36.3% de técnicos tuvo 1 pareja sexual, el 55.5% y el 51.2% respectivamente tuvieron 2 parejas sexuales, el 13% de profesionales y el 12.5% de técnicos tuvieron 3 parejas sexuales.

TABLA PREGUNTA N° 26

Alimentos que consume 3 veces por semana.	Frecuencia	Porcentaje
- verduras, origen animal, frutas, menestras	36	19.1%
- origen animal menestras, frutas	26	13.8%
- menest, frutas, leche ,origen animal	23	12.2%
- origen animal, frutas, menestras	23	12.2%
- origen animal, leche, menestras, frutas	19	10.1%
- Verduras, menestras, vísceras, frutas	14	7.4%
- leche, menestras, frutas	12	6.4%
- verdu, leche, menest, frutas	12	6.4%
- otros	23	12.2%
- Total	188	100.0%

Interpretación: A esta pregunta, la mayoría come sano, variando entre un 19% a un 6.4% las diferentes combinaciones de alimentos

TABLA PREGUNTA N° 27

Cada qué tiempo realiza ejercicios?					
	a) No realiza ejercicios	b) una vez por semana	c) 3 veces por semana	d) 1 vez al mes	Total
Profesional	94 (87%)	0 (0%)	0 (0%)	14 (13%)	108 (100%)
Técnico	71 (88.8%)	0	0	9 (11.2%)	80 (100%)
Total	165 (87.8%)	0	0	23 (12.2%)	188 (100%)

Interpretación: Según el cuadro el 87% de profesionales y el 88.8% de técnicos no realizan ejercicios, mientras que el 13% y el 11.2% respectivamente realiza ejercicios 1 vez al mes.

TABLA PREGUNTA N° 28

Usa preservativos para cada relación sexual?			
	a) Si	b) No	Total
Profesional	11 (10.2%)	97 (89.8%)	108 (100%)
Técnico	11 (13.8%)	69 (86.2%)	80 (100%)
Total	22 (11.7%)	166 (88.3%)	188 (100%)

Interpretación: Según el cuadro el 10.2% de profesionales y el 13.8% de técnicos si usan preservativos para cada relación sexual, mientras que el 89.8% de profesionales y el 86.2% de técnicos no usan preservativos para cada relación sexual.

TABLA PREGUNTA N° 29

Fuma Ud. diariamente?			
	a) Si	b) No	Total
Profesional	0	108 (100%)	108 (100%)
Técnico	0	80 (100%)	80 (100%)
Total	0	188 (100%)	188 (100%)

Interpretación: Según el cuadro el 100% de profesionales y el 100% de técnicos no fuman diariamente.

TABLA PREGUNTA N° 30

Ha usado Ud. el Método Anticonceptivo Hormonal Oral (Pastillas Anticonceptivas)?	Frecuencia	Porcentaje
1 años	6	4.4%
2 años	32	24%
3 años	36	27%
4 años	3	2.2%
5 años	28	21%
NO	30	22.2%
Total	135	100.0%

Interpretación: Según el cuadro las mujeres que han usado el método anticonceptivo hormonal oral por 3 años se encuentran en mayor porcentaje con un 27%, seguido por las que han usado 2 años con un 24%, las que no han usado el método con un 22.2%, las que han usado 5 años con un 21% y por último las que han usado el método por 1 año con un 4.4%.

TABLA PREGUNTA N° 31

¿Ha tenido Ud. alguna Infección de Transmisión Sexual?			
	a) SI Pase a la siguiente pregunta	b) NO Pase a la pregunta 33	Total
Profesional	5 (6.8%)	68 (93.2%)	73 (100%)
Técnico	4 (6.5%)	58 (93.5%)	62 (100%)
Total	9 (6.7%)	126 (93.3%)	135 (100%)

Interpretación: Según el cuadro el 6.8% de profesionales mujeres y el 6.5% de técnicas si tuvo alguna infección de transmisión sexual, mientras que el 93.2% y el 93.5% respectivamente no tuvieron ninguna infección de transmisión sexual.

TABLA PREGUNTA N° 32

¿Se trató Ud. la Infección de transmisión Sexual?			
	a) Si	b) NO TUVE	Total
Profesional	5 (6.8%)	68 (93.2%)	73 (100%)
Técnico	4 (6.5%)	58 (93.5%)	62 (100%)
Total	11 (6.7%)	177 (93.3%)	135 (100%)

Interpretación: Según el cuadro el 6.8% de profesionales y el 6.5% de técnicas si se trato la infección de transmisión sexual.

TABLA PREGUNTA N° 33

Recomendaría la vacunación contra el VPH			
	a) Si	b) NO	Total
Profesional	50 (68.5%)	23 (31.5%)	73 (100%)
Técnico	48 (77.4%)	14 (22.6%)	62 (100%)
Total	98 (72.6%)	37 (27.4%)	135 (100%)

Interpretación: Según el cuadro el 68.5% de profesionales mujeres y el 77.4% de técnicas si recomendaría la vacunación contra el VPH, mientras que el 31.5% y el 22.6% no recomendarían la vacuna contra el VPH.

TABLA PREGUNTA N° 34

Te realizas actualmente el Papanicolaou			
	a) Si	b) NO	Total
Profesional	42 (57.5%)	31 (42.5%)	73 (100%)
Técnico	39 (63%)	23 (37%)	62 (100%)
Total	81 (60%)	54 (40%)	135 (100%)

Interpretación: Según el cuadro el 57.5% de profesionales mujeres y el 63% de técnicas SI se realizan actualmente el Papanicolaou, mientras que el 42.5% y el 37% respectivamente NO se realiza el Papanicolaou.

TABLA PREGUNTA N° 35

A qué edad fue tu primera prueba de Papanicolaou?		Frecuencia	Porcentaje
20 a 25 a		60	44.4%
26 a 30 a		32	23.7%
31 a mas		15	11.1%
NO		28	20.8%
Total		135	100.0%

Interpretación: Según el cuadro, la edad de las profesionales y técnicas que se realizaron el Papanicolaou por primera vez fue entre 20 a 25 años con mayor porcentaje, 44.4% aproximadamente, 26 a 30 años con un 23.7%, el 20.8% no se ha realizado el Papanicolaou, y por último el grupo de 31 años a mas con un 11.1%

TABLA PREGUNTA N° 36

Con que frecuencia te realizas el Papanicolaou?					
	a) 1 vez al año	b) 2 veces al año	c) Cada 3 años	No	Total
Profesional	29 (39.7%)	0	22 (30.1%)	22 (30.2%)	73 (100%)
Técnico	24 (38.7%)	0	24 (38.7%)	14 (22.6%)	62 (100%)
	53 (39.3%)	0	46 (34%)	36 (26.7%)	135 (100%)

Interpretación: Según el cuadro el 39.7% de profesionales mujeres y el 38.7% de técnicas se realizaron el Papanicolaou 1 vez al año, el 30.1% y el 38.7% respectivamente se realizaron cada 3 años y el 30.2% de profesionales mujeres y el 22.6% de técnicas no se realizan el Papanicolaou.

TABLA PREGUNTA N° 37

¿Cuándo fue la última vez que se realizó la Prueba de Papanicolaou?					
	a) Hace 3 años	b) Hace 2 años	c) Hace 1 año	No	Total
Profesional	0	14 (19.2%)	35 (47.9%)	24 (32.9%)	73 (100%)
Técnico	0	12 (19.4%)	36 (58%)	14 (22.6%)	62 (100%)
	0	26 (19.3%)	71 (52.6%)	38 (28.1%)	135 (100%)

Interpretación: Según el cuadro el 19.2% de profesionales mujeres y el 19.4% de técnicos manifestaron que hace 2 años que fue su última prueba de Papanicolaou, el 47.9% y el 58% respectivamente manifestaron que fue hace 1 años y el 32.9% de profesionales y el 22.6% de técnicas manifestó que no realiza el PAP

TABLA PREGUNTA N° 38

Cuántas pruebas de Papanicolaou se ha realizado hasta el momento?	Frecuencia	Porcentaje
1 a 5	36	26.6%
6 a 10	30	22.2%
11 a 15	22	16.3%
16 a 22	7	5.2%
NO	40	29.6%
Total	135	100.0%

Interpretación: con respecto a las pruebas de Papanicolaou que se han realizado hasta el momento, hay un 29.6% que no se realiza el PAP, seguido por el grupo que se realizó de 1 a 5 pruebas con un 26.6%, el grupo que se realizó de 6 a 10 pruebas con un 22.2%, el grupo que se realizó 11 a 15 pruebas con un 16.3% y por último el grupo que se realizó de 16 a 22 pruebas con un 5.2%

TABLA PREGUNTA N° 39

Se ha realizado alguna vez el IVAA?			
	a) Si	b) NO	Total
Profesional	9 (12.3%)	64 (87.7%)	73 (100%)
Técnico	5 (8%)	57 (91.2%)	62 (100%)
	14 (10.4%)	121 (89.6%)	135 (100%)

Interpretación: Según el cuadro el 12.3% de profesionales mujeres y el 8% de técnicas SI se ha realizado alguna vez el IVVA, mientras que el 87.7% y el 91.2% respectivamente NO se ha realizado el IVVA.

TABLA PREGUNTA N° 40

A tenido alguna vez un resultado anormal y se ha realizado la colposcopia?			
	a) Si	b) NO	Total
Profesional	3 (4.1%)	70 (95.9%)	73 (100%)
Técnico	2 (3.3%)	60 (96.7%)	62 (100%)
	5 (3.7%)	130 (96.3%)	135 (100%)

Interpretación: Según el cuadro el 4.1% de profesionales mujeres y el 3.3% de técnicas a tenido alguna vez un resultado anormal y se ha realizado la colposcopia, mientras que el 95.9% y el 96.7% respectivamente no ha tenido nunca un resultado anormal.

TABLA PREGUNTA N° 41

Si tuviera un resultado anormal con células pre cancerosas se realizaría la crioterapia o el conoleep?			
	a) Si	b) NO	Total
Profesional	50 (68.5%)	23 (31.5%)	73 (100%)
Técnico	48 (77.4%)	14 (22.6%)	62 (100%)
	98 (72.6%)	37 (27.4%)	135 (100%)

Interpretación: Según el cuadro el 68.5% de profesionales mujeres y el 77.4% de técnicas manifestaron que SI se realizarían la crioterapia o conoleep si tuvieran un resultado anormal, mientras que el 31.5% y el 22.6 respectivamente manifestó que no se realizaría la crioterapia o el conoleep

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO DEL PROYECTO: NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS SOBRE PREVENCIÓN DE CÁNCER CERVICAL EN EL PERSONAL PROFESIONAL Y TECNICO DE SALUD DEL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO EN EL AÑO 2015

Problema	Objetivo	Hipótesis	Operacionalización		Método
			Variable	Indicadores	
¿Cuál es el nivel de conocimiento y prácticas sobre prevención de cáncer cervical en el personal profesional y técnico del HSJL en el año 2015?	Determinar el nivel de conocimiento y practicas sobre prevención de cáncer cervical en el personal profesional y técnico del HSJL en el año 2015?	no pertinente	Nivel de conocimiento sobre prevención del cáncer cervical en el personal de salud	Edad Inicio precoz de relaciones sexuales Numero parejas sexuales Promiscuidad Alimentación balanceada Practica de ejercicios Uso de preservativos Consumo de tabaco Uso prolongado de anticonceptivos Hormonales Padecer infecciones de transmisión sexual Vacuna contra el VPH Tamizaje de papanicolao Tamizaje de IVAA Colposcopia mas biopsia Crioterapia Cono leep	Descriptivo, prospectivo de corte transversal. Nivel aplicativo. Método cuantitativo.
			Practicas sobre prevención de cáncer cervical en el personal de salud	Edad de inicio de relaciones sexuales Evitar múltiples parejas sexuales Tener una buena alimentación Realizar ejercicios frecuentemente Uso de preservativos en las relaciones sexuales. No fumar ITS Uso prolongado de anticonceptivos orales Vacunarse contra VPH Realización de la prueba de PAP Primera prueba de PAP Frecuencia de la prueba de PAP Ultima prueba de PAP Cantidad de pruebas de PAP Realización de IVAA Realización de crioterapia y conoleep	



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

CUESTIONARIO

Instrucciones generales: El presente cuestionario es anónimo, tiene como finalidad determinar el nivel de conocimiento y las prácticas de prevención del Cáncer Cervicouterino en el personal profesional y técnico del hospital SJL, la información obtenida de este cuestionario será utilizada para el trabajo de investigación. A continuación encontrará un listado de preguntas con diferentes alternativas como respuestas. En las respuestas de cada pregunta marcar la alternativa que crea conveniente. Agradecemos su colaboración, respondiendo a las preguntas en forma sincera para la veracidad del trabajo que se está realizando.

I. DATOS GENERALES:

1. Profesional Técnico
2. Profesión :
3. Edad :
4. Género: masculino femenino
5. Tiempo de servicio en el hospital :
-

II. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN DEL CÁNCER CERVICAL.

6. El cáncer cervical es:

- a) Es una alteración de células en la vagina, que posteriormente produce un cáncer.
- b) Es una infección en el endometrio.

- c) Es causado por un virus llamado virus del papiloma humano, que se propaga mediante el acto sexual y causa infección en el cuello uterino
- d) Es una infección causada por bacterias, debido a la falta de higiene.

7. Cuál de las siguientes alternativas considera que es un factor que ayuda a prevenir el CACU?

- a) No haber tenido nunca relaciones sexuales
- b) Inicio tardío de relaciones sexuales
- c) Inicio precoz de relaciones sexuales
- d) Tener muchas relaciones sexuales

8. El CACU es una enfermedad que se puede prevenir mediante la siguiente acción:

- a) Tener una sola pareja sexual
- b) Evitar tener múltiples parejas sexuales
- c) Tener solo 2 parejas sexuales
- d) a y b

9. El tener varias parejas sexuales a la vez, tanto la mujer o su pareja aumenta el riesgo de cáncer cervical?

- a) Si
- b) No

10. Una alimentación balanceada rica en frutas y verduras disminuye el riesgo de cáncer cervical?

- a) Si
- b) No

11. Practicar ejercicios diarios y mantener un peso adecuado disminuye el riesgo de cáncer cervical.

- a) Si
- b) No

12. Respecto al uso de preservativo. Marque (V) verdadero o (F) falso

- El uso continuo del condón disminuye el riesgo de cáncer ()
- Protege contra el embarazo no deseado ()
- El condón nos protege de las ITS ()

- Reduce el riesgo de verrugas genitales ()

13. Sobre el consumo de tabaco y cáncer cervical marca lo CORRECTO.

- a) El consumo de tabaco no es un factor de riesgo de cáncer cervical
- b) El consumo de tabaco incrementa el riesgo de cáncer
- c) Ser fumador pasivo no incrementa el riesgo de cáncer cervical
- d) El consumo de tabaco no incrementa el riesgo de cáncer

14. De los siguientes tipos de métodos anticonceptivos ¿cuál cree que aumenta el riesgo de CACU?

- a) El uso prolongado de píldoras anticonceptivas
- b) Los preservativos
- c) EL uso prolongado de ampollas mensuales
- d) Los parches anticonceptivos

15. Lavarse los genitales una vez realizado el acto sexual evita contraer

.....

- a) El virus de papiloma humano
- b) Infecciones de transmisión sexual
- c) VIH
- d) Ninguna de las anteriores

16. Cuáles son las pruebas de tamizaje o de rutina que ayuda a prevenir el CACU?

- a) Papanicolaou
- b) Vacuna contra el PVH
- c) IVAA (inspección visual con ácido acético)
- d) a y c

17. Cuál de los siguientes alternativas previene el cáncer de cuello uterino?

- a) La vacuna contra (VPH) y El Papanicolaou
- b) El IVVA y la colposcopia
- c) Los condones femeninos y los condones masculinos
- d) todas las anteriores

18. La vacuna contra el VPH, es recomendable administrar a...

- a) Mujeres que nunca han tenido relaciones sexuales.
- b) mujeres que han tenido su primera relación sexual.
- c) Mujeres que tienes muchas relaciones sexuales
- d) Ninguna de las anteriores.

19. El Papanicolaou es:

- a) Es un procedimiento que nos permite detectar infecciones de transmisión sexual.
- b) Es un procedimiento que se usa en la obtención de células del cuello uterino para realizar la citología cervical y detectar células pre cancerosas.
- c) Es una prueba que consiste en recoger muestras de células de la pared vaginal con un cito cepillo.
- d) Es un procedimiento que se realiza para detectar cambios en las células del fondo uterino.

20. El Papanicolaou tiene una sensibilidad de:

- a) 100%
- b) 80%
- c) 50%
- d) 30%

21. En términos generales, cada cuanto tiempo considera Ud. que se debe realizar el PAP para prevenir el CACU?

- a) cada 6 meses
- b) cada año
- c) cada 2 años
- d) cada 5 años

22. Cuál de las siguientes pruebas de tamizaje o de rutina es de menor costo para detectar CACU?

- a) El Papanicolaou
- b) El IVAA
- c) La colposcopia
- d) La vacuna contra el VPH

23.- Respecto a la crioterapia y conoleep marque (V) verdadero y (F) falso

- a) Son procedimientos para prevenir el CACU ()
- b) Se realiza cuando se han detectado células anormales en un Papanicolaou. ()
- c) Son tratamientos para las células anormales del cuello uterino ()
- d) Son seguros y eficaces ()

III. PRACTICAS SOBRE PREVENCIÓN DEL CÁNCER CERVICAL EN EL PERSONAL DE SALUD.

24. ¿Ha tenido Ud. Relaciones sexuales?

a) Si ¿A qué edad fue tu primera relación sexual?: _____ b) No

25. Numero de compañeros sexuales _____

26. Marque con un aspa (X) aquellos alimentos que consuma 3 veces por semana.

- | | |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Verduras | <input type="checkbox"/> Vísceras |
| <input type="checkbox"/> Alimentos de origen animal | <input type="checkbox"/> Menestras |
| <input type="checkbox"/> Leche y derivados | <input type="checkbox"/> Frutas |

27. Cada que tiempo realiza ejercicios?

- a) No realiza ejercicios
- b) una vez por semana
- c) 3 veces por semana
- d) 1 vez al mes

28. Usa preservativos para cada relación sexual?

- a) Si
- b) No

29. Fuma Ud. diariamente?

a) Si ¿Cuántos cigarros?: _____ b) No

30. Ha usado Ud. el Método Anticonceptivo Hormonal Oral (Pastillas Anticonceptivas)?

a) Si ¿Cuánto tiempo?: _____ b) No

31. ¿Ha tenido Ud. alguna Infección de Transmisión Sexual?

a) Si Pase a la siguiente pregunta b) NO Pase a la pregunta 34

41. Si tuviera un resultado anormal con células pre cancerosas se realizaría la crioterapia o el conoleep?

a) Si

b) No

ESCALA DE CALIFICACIÓN
PARA EL JUEZ EXPERTO

Mg. Esp. Obstetra:
Estimado juez experto (a): July Raquel Santos Rosales

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	✓		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio	✓		
3. La estructura del instrumento es adecuado	✓		
4. Los ítems del instrumento responde a la Operacionalización de la variable	✓		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	✓		
6. Los ítems son claros y entendibles	✓		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación		✓	Mejorar los números Preguntas.

SUGERENCIAS: Modificar en base observaciones.

.....

.....

.....

.....


FIRMA DEL JUEZ EXPERTO

**ESCALA DE CALIFICACIÓN
PARA EL JUEZ EXPERTO**

Estimado juez experto (a): Mag. Giovanna Gladys Pante Salas

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	✓		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio	✓		
3. La estructura del instrumento es adecuado	✓		
4. Los ítems del instrumento responde a la Operacionalización de la variable	✓		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	✓		
6. Los ítems son claros y entendibles	✓		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación	✓		

SUGERENCIAS:

Revisar el tipo de pregunta para las operacionalización y
responder los ítems

.....

.....

.....

.....

.....

MINISTERIO DE EDUCACIÓN
HONORABLE CONSEJO NACIONAL DE JURISDICCIÓN

FIRMA DEL JUEZ EXPERTO
Gladys Pante Salas

ESCALA DE CALIFICACIÓN
PARA EL JUEZ EXPERTO

Estimado juez experto (a): Obet-Juan Otavio De la Torre

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	X		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio	X		
3. La estructura del instrumento es adecuado	X		
4. Los ítems del instrumento responde a la Operacionalización de la variable	X		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	X		
6. Los ítems son claros y entendibles	X		Colocar en preludio algunos ítems prácticos para tener
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación	X		

SUGERENCIAS:

MINISTERIO DE SALUD
Hospital General de la Universidad
Lic. Juan Otavio De la Torre
CATEDRÁTICO

FIRMA DEL JUEZ EXPERTO



CIRCULAR N° 001- 2016-UADI - HSJL

A : Sr. JOSE NESTOR CASTRO MANRIQUE
Jefe de la Unidad de Recursos Humanos

Dr. CARLOS HURTADO RUBIO
Jefe del Departamento de Pediatría

Dr. PORFIRIO CHANGA CAMPOS
Jefe del Departamento de Medicina

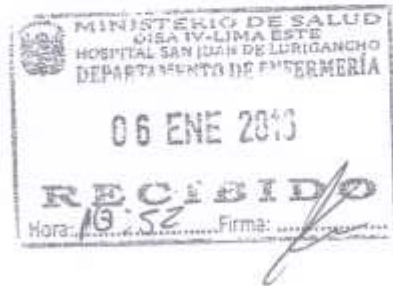
Dr. FRANCISCO JOSE HIDALGO PINCHI
Jefe del Departamento de Gineco obstetricia

Dr. WILDER ISAIS VASQUEZ RUIZ
Jefe del Departamento de Cirugía

Lic. SUSANA AREVALO RODRIGUEZ
Jefe del Departamento de Enfermería

ASUNTO : PROYECTO DE INVESTIGACION

FECHA : Canto Grande, 05 de Enero del 2016

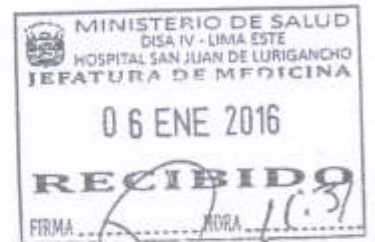
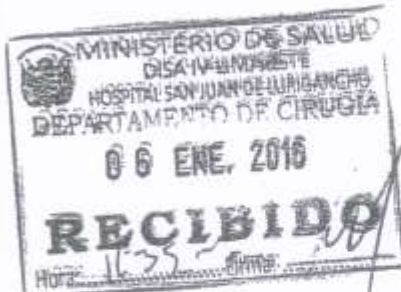


Por medio del presente es grato dirigirme a Usted, para saludarle cordialmente y a la vez hacer de su conocimiento que con la finalidad de obtener la licenciatura en Obstetricia se ha presentado la Tesis titulada "NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS SOBRE PREVENCIÓN DE CÁNCER CERVICAL EN EL PERSONAL PROFESIONAL Y TÉCNICO DE SALUD DEL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO", el cual ha sido revisado por el Comité de Ética e Investigación.

Por lo expuesto solicito a Usted, se brinde las facilidades a la tesista ASTRID NATALI NOLE URIBE de la UAP para aplicar instrumentos de investigación.

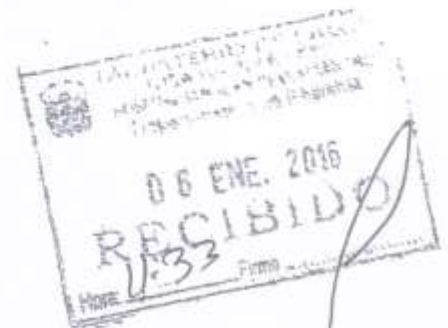
Agradeciendo su atención al presente quedo de usted no sin antes reiterarle mi consideración y estima personal.

Atentamente,



MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Hospital San Juan de Lurigancho
Lic. MARÍA ANGELO VILCHEZ VASQUEZ
CER. 038398
Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación

MINISTERIO DE SALUD
DISA IV - LIMA ESTE
HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO
GINECO-OBSTETRICIA



06 ENE. 2016
RECIBIDO
Hora: 11:38 Firma: [Signature]

