

**UNIVERSIDAD NACIONAL
“SANTIAGO ANTÚNEZ DE MAYOLO”
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



**“PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER
CERVICOUTERINO EN USUARIAS DEL CENTRO DE SALUD
LAURIAMA-BARRANCA, 2017”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE:
LICENCIADAS EN OBSTETRICIA**

Bach. GARRO VALDERRAMA, Alida Lesly

Bach. CULLA RAMOS, Maylin Pamela

Asesora: Dra. RODRIGUEZ FIGUEROA ADA EUDOCIA

HUARAZ – PERÚ

2018

DEDICATORIA

A Dios y a mis abuelitos paternos, quienes desde el cielo guían mi camino. A mis padres, pilares fundamentales en mi vida, con mucho amor y cariño, les dedico todo mi esfuerzo, en reconocimiento a todo sacrificio. A Luis, mi gran amor por ser mi compañero inseparable de cada día. Lia y Nia mis pequeñas, mi gran motivación. A mis hermanos, abuelitos maternos, tíos, suegros, cuñadas, primos, abuelos y amigos. Gracias por haber fomentado en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida.

Alida

A Dios por guiar mis pasos y brindarme salud para lograr mis objetivos, a mis padres por ser mi fortaleza, por ese amor y esfuerzo desmedido que hacen para que pueda cumplir con mis metas, este año y el que paso fue doloroso solo me queda el consuelo de pensar que alguien que ahora está en el cielo vela por mí.

Maylin

Agradecimiento

En primer lugar a mi universidad, a mi honorable facultad y a todos los profesores que a lo largo de mi camino por la carrera me brindaron su apoyo y la oportunidad de integrar los conocimientos suficientes, así mismo quisiera mencionar en particular a mi asesora Ada Rodríguez, por la acertada orientación, el soporte y discusión crítica que nos permitió un buen aprovechamiento en el trabajo realizado y que este trabajo de investigación llegará a un buen término.

Alida

A mi asesora por su tiempo, apoyo y motivación. A mis jurados y docentes por compartirme sus conocimientos e ideas, a la UNASAM por permitirme ser parte de él, en el transcurso de mi vida estudiantil.

Maylin

ÍNDICE

RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vii
1. INTRODUCCION.....	7
2. HIPOTESIS.....	12
3. BASES TEORICAS.....	15
4. MATERIALES Y METODOS.....	57
5. RESULTADOS.....	63
6. DISCUSION.....	80
7. CONCLUSIONES.....	86
8. RECOMENDACIONES.....	87
9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	
ANEXOS	

RESUMEN

Se planteó el siguiente problema: ¿Cuáles son las prácticas de prevención del Cáncer Cervicouterino en usuarias del Centro de Salud Lauriama de Barranca, 2017?, con el objetivo general de determinar las prácticas de prevención del Cáncer Cervicouterino en las usuarias del Centro de Salud Lauriama de Barranca, 2017; hipótesis: Existen prácticas de prevención primaria y secundaria para prevenir el Cáncer Cervicouterino en usuarias del Centro de Salud Lauriama de Barranca, 2017. Investigación descriptiva, prospectivo y transversal, con una muestra de 120 usuarias. Se usó como instrumento de recolección de datos un cuestionario de preguntas, la información se procesó mediante el programa estadístico SPSS Versión 22.0 Resultados: El 90.8 % de las usuarias tienen las edades de 20-30 años. El 87.5 % de usuarias son convivientes. El 88.3 % de usuarias tienen grado de instrucción secundaria. El 71.7 % de usuarias son amas de casa. Respecto a las prácticas de prevención primaria: El 49.2 % de usuarias han recibido orientación sexual de un familiar, seguido del 26.7 % de los profesores. 55.0% de las usuarias tuvieron su primera relación sexual < de 15 años, seguido del 24.2% entre los 16 a 19 años. El 68.3% de las usuarias, manifestaron que tuvieron dos compañeros sexuales. El 73.3% de las usuarias manifestaron que sus parejas le son fieles. El 83.3 % de usuarias no tuvieron ITS. El 56.7 % de usuarias son multíparas, seguido del 41.7 % son primíparas. El 50.0 % de usuarias tuvieron su primer parto entre las edades de 16-21 años, seguido del 48.3 % más de 21 años. Las usuarias en su totalidad no consumen tabaco. Respecto a las prácticas de prevención secundaria: 100 % de las usuarias se hicieron la Prueba de Papanicolau. El 75 % de las usuarias se han realizado la Prueba de Papanicolau durante su embarazo. Se concluyó que las prácticas de prevención primaria y secundaria previenen el cáncer cervicouterino en mujeres.

Palabras clave: Cáncer cervicouterino, prácticas de prevención primaria y secundaria.

ABSTRACT

The following problem was posed: What are the cervical cancer prevention practices in users of the Lauriama Health Center of Barranca, 2017?, with the general objective of determining cervical cancer prevention practices in the users of the Lauriama Health Center from Barranca, 2017; hypothesis: There are primary and secondary prevention practices to prevent cervical cancer in users of the Lauriama Health Center in Barranca, 2017. Descriptive, prospective and cross-sectional research, with a sample of 120 users. A questionnaire of questions was used as a data collection instrument, the information was processed through the statistical program SPSS Version 22.0 Results: 90.8% of the users are 20-30 years old. 87.5% of users are cohabitants. 88.3% of users have a secondary education degree. 71.7% of users are housewives. Regarding primary prevention practices: 49.2% of users have received sexual orientation from a family member, followed by 26.7% of teachers. 55.0% of the users had their first sexual relationship <of 15 years, followed by 24.2% between the ages of 16 and 19. 68.3% of the users said they had two sexual partners. 73.3% of the users said that their partners are faithful. 83.3% of users did not have STIs. 56.7% of users are multiparous, followed by 41.7% are primiparous. 50.0% of users had their first birth between the ages of 16-21 years, followed by 48.3% over 21 years. The users as a whole do not consume tobacco. Regarding secondary prevention practices: 100% of the users had a Pap test. 75% of the users have had a Pap test during their pregnancy. It was concluded that primary and secondary prevention practices prevent cervical cancer in women of childbearing age.

Key words: Cervical cancer, primary and secondary prevention practices.

1. INTRODUCCION

El cáncer cervicouterino sigue siendo un problema importante de salud pública entre las mujeres del mundo, representa el 10% de todos los cánceres diagnosticados en mujeres, es el tercer cáncer más común en ellas y el séptimo en comparación con todos los cánceres, especialmente en países en desarrollo que registran más del 85% de los casos diagnosticados, aproximadamente 466,000 nuevos casos cada año asociado a una alta mortalidad, donde el 90% de casos ocurre en mujeres de 35 años a más, a diferencia de lo que sucede en los países desarrollados.⁽¹⁾

La incidencia mundial de cáncer se elevará de 11 a 16 millones de casos para el año 2020 y el número de muertes por cáncer subiría de 6 a 10 millones, de acuerdo a estimados de la Organización Mundial de la Salud (2014). El problema es más grave para los países emergentes: las dos terceras partes del total de casos ocurrirán en países subdesarrollados, y de los 10 millones de muertos por cáncer en el 2020, el 75% serán hombres y mujeres de países pobres. Por otro lado, en los últimos años se han registrado alrededor de 450 mil muertes a causa del cáncer en América Latina y la tendencia es aún creciente.⁽²⁾

En Latinoamérica y el Caribe, las tasas de incidencia y mortalidad por cáncer cervicouterino son muy altas registrando una incidencia acumulada de 24,6 x 100 000 mujeres y una mortalidad de 11,2 x 100 000 mujeres de los casos mundiales por año, sólo superadas por las de África Oriental y Melanesia. El cáncer cervical es el cuarto cáncer más frecuente en mujeres en América, y el segundo cáncer más frecuente entre las mujeres de 15 a 44 años de edad.⁽³⁾

De igual modo la Guía de Control Integral del Cáncer Cervicouterino - Guía de Prácticas Esenciales (OMS), menciona utilizar las pruebas de detección de PVH como método de cribado para prevenir el cáncer cervicouterino. Con las pruebas de detección de PVH, la frecuencia del cribado disminuirá. Si el resultado de la prueba de detección de PVH es negativo, la mujer no tendrá que someterse de nuevo a la prueba al menos durante cinco años, aunque sí deberá repetirla antes de que transcurran diez años. La guía recomienda que, en lugar de centrar la atención en promover la realización de pruebas de cribado a las mujeres mayores de 29 años, se establezca una comunicación con un público más amplio: adolescentes, padres, educadores, líderes y profesionales de la salud a todos los niveles, de modo que las mujeres reciban información en todas las etapas de su vida.⁽⁴⁾

Se calcula que al menos un millón de mujeres del mundo entero padecen cáncer cervicouterino, y muchas de ellas no tienen acceso a servicios de salud que las orienten sobre las medidas de prevención y les ofrezcan tratamientos curativos o paliativos. En los últimos 30 años las tasas de cáncer cervicouterino han disminuido considerablemente en gran parte del mundo desarrollado, sobre todo gracias a los programas de cribado y tratamiento. Las mujeres más pobres y de las zonas rurales de los países desarrollados corren mayor riesgo de padecer cáncer cervicouterino invasivo.⁽⁵⁾

A nivel nacional, considerando los cánceres con mayor tasa de incidencia según fuentes del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas(INEN) del 2014, el Cáncer de Cuello Uterino ocupa el primer lugar, seguido por Cáncer de Mama, Cáncer de Pulmón, Cáncer de Estómago que va en aumento y en quinto lugar el

Cáncer de Próstata. La tasa estimada de incidencia del Cáncer Cervicouterino es de 48,2 por 100.000 y la tasa estimada de mortalidad es de 24,6 por 100.000, por lo que el Cáncer Cervicouterino constituye una prioridad nacional y hace ya más de 30 años que existen servicios de tamizaje. ^(6,7, 8)

En el Perú, no existe un Registro Nacional de Cáncer por lo que no es posible conocer la real magnitud de este grave problema de salud. El Registro de Cáncer de Lima Metropolitana encontró una Tasa Cruda de incidencia de cáncer de 111.39 por 100.000 personas residentes en la capital, en el año 2012 según proyección estimada de la Oficina de Epidemiología del INEN se presentaron 40 mil casos nuevos de cáncer en el país, manteniendo la incidencia general una tendencia creciente; en ese mismo año, 29 mil personas fallecieron a causa de neoplasias según registro de mortalidad del MINSA, adquiriendo así la mortalidad por tumores un notable incremento al convertirse en la segunda causa de muerte en el país, llegando a representar el 17.4 % del total de las defunciones registradas. Dentro de este grupo, se evidencia que el 53.0 % de las muertes corresponden al sexo femenino, las mismas que se producen con mayor frecuencia a partir de los 35 años. ⁽⁹⁾

Por otro lado, según el registro del Plan Operativo Anual Año Fiscal 2015 de la Dirección Regional de Salud Hospital Barranca Cajatambo, en el año 2013 se ha realizado 6960 Papanicolaou (PAP), muy similar al año 2012 en que se realizaron 6585 PAP, procesándose el 84% (5505/6585) de los casos, desde el 2010 se ha realizado la toma de muestra de PAP a población adolescente, adulta y adulta mayor, en la que la población adulta tiene la mayor proporción, lográndose detectar 8 casos positivos, lo que hace el 20%, todos han sido

derivados a Establecimientos de salud de mayor capacidad resolutive para su Diagnostico final y tratamiento.⁽¹⁰⁾

Así también es necesario precisar que el Centro de Salud Lauriama de la Provincia Barranca, cuenta con un programa específico que desarrolle actividad preventivo-promocional referente al cáncer ginecológico (cuello uterino), se realizan campañas internas y externas de detección de lesiones precancerosas del cáncer cervicouterino con el examen de Papanicolaou, abordando de esta manera el segundo nivel de prevención elaborando charlas para prevenir el cáncer cervicouterino en el mismo Centro de Salud, en los colegios, en las comunidades. Los casos detectados de cáncer cervicouterino son derivados al Hospital de Barranca.

Por las con sideraciones mencionadas anteriormente, se consideró necesario realizar la presente tesis mediante la formulación del siguiente **problema**: ¿Cuáles son las prácticas de prevención del Cáncer Cervicouterino en las usuarias del Centro de Salud Lauriama de Barranca, 2017?; teniendo como **objetivo general** determinar las prácticas de prevención del Cáncer Cervicouterino en las usuarias del Centro de Salud Lauriama de Barranca, 2017. **Los objetivos específicos** fueron: Describir las características sociodemográficas de las usuarias del Centro de Salud Lauriama de Barranca, Identificar las prácticas de prevención primaria del cáncer cervicouterino de las usuarias del Centro de Salud Lauriama de Barranca, Identificar las prácticas de prevención secundaria del cáncer cervicouterino de las usuarias del Centro de

Salud Lauriama de Barranca. De esta manera se concluyó que existen prácticas de prevención primaria y secundaria del cáncer cervicouterino de las usuarias.

La presente investigación consta de seis partes. En la primera se da a conocer la hipótesis, variables y operacionalización de las mismas. En la segunda parte, se exponen los fundamentos teóricos y los antecedentes del estudio en el contexto internacional y nacional. A continuación, en la tercera parte, se describen los materiales y métodos utilizados en el proceso de recojo, procesamiento y análisis de la información. En la cuarta y quinta parte se exponen y discuten los resultados principales de la investigación, de acuerdo a los objetivos propuestos. En la sexta parte se presentan las conclusiones del trabajo y las recomendaciones correspondientes. En el anexo se incluye el instrumento utilizado para la recolección de datos.

Finalmente, es pertinente indicar que la justificación de la presente tesis se fundamenta por su valor teórico ya que permitirá conocer nuevas o desconocidas teorías que ayudaran a implementar actividades educativas formales y sistemáticas de carácter preventivo, básicamente a través de la educación en los distintos niveles de atención que incrementen la calidad del diagnóstico y la toma de las medidas de tipo curativas pertinentes en el enfrentamiento a dicho problema de salud. El trabajo se justifica por su relevancia social, pretendemos, con los resultados que se obtengan al finalizar el estudio, contribuirá a fortalecer las estrategias de intervención a este problema, como lo fundamentamos atañe a una población importante de la sociedad, como es el caso de las mujeres del Centro de Salud Lauriama de la Provincia de Barranca, quienes se beneficiaran, a través de programas de prevención que puedan disminuir los casos de cáncer

cérvicouterino, de esta manera disminuir los índices de morbimortalidad en este grupo etario.^(11,12). La información que se obtenga servirá para revisar, desarrollar o apoyar una teoría necesaria para futuras investigaciones, como es el caso del tamizaje que sigue siendo esencial para luchar contra este tipo de cáncer. Por otro lado, la obstetra que labora en el primer nivel de atención contribuye de manera importante, mediante el desarrollo de actividades preventivo-promocionales, el proceso de concientizar a la población en la gran responsabilidad de cuidar su salud, enfatizando las áreas que demandan mayor riesgo para la salud como es el cáncer cervicouterino.

2. HIPOTESIS.

Existen prácticas de prevención primaria y secundaria para prevenir el cáncer cervicouterino en usuarias del Centro de Salud Lauriama de Barranca, 2017.

2.1. VARIABLE

Prácticas de Prevención del cáncer cervicouterino

1.5.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORIAS	ESCALA DE MEDICION	
-Prácticas de Prevención del Cáncer Cervicouterino	Acciones que se realizan a fin de desarrollar medidas y técnicas que puedan evitar la aparición del cáncer cervicouterino	I. Características Sociodemográficas de Las Usuaris	Edad	0: 20-30 1: 31- 41 2: >de 41 años	De razón	
			Grado de instrucción	0: Analfabeta 1: Primaria 2: Secundaria 3: Superior	Nominal	
			Estado civil	0: Soltera 1: Conviviente 2: Casada	Nominal	
			Ocupación de la usuaria	0: Ama de casa 1: Empleada público/Privado 2: Comerciante 3: Otro	Nominal	
		a. Relacionado a la Conducta Sexual	I. Prácticas de Prevención Primaria del Cáncer Cervicouterino	Fuente de educación sexual	0. Personal de Salud 1. profesores 2. familiar 3. Amigas 4. medios de comunicación	Nominal
				Edad de inicio de la relación sexual	0: ≤ 15 años 1: 16-19 años 2: ≥ 20 años	De razón
				Número de parejas sexuales	0: ≥ 3 parejas 1: 2 parejas 2: 1 pareja	Ordinal
				Características sexuales de la pareja	0: No conoce 1: Si conoce	Nominal

			Infección de Transmisión Sexual	0: Si 1: No	Nominal
			Tratamiento de la ITS	0: Si 1: No	Nominal
		b. Relacionado a la Reproducción	Paridad	0: Nulípara 1: Primípara 2: Multípara	Ordinal
			Edad del primer parto	0: ≤ 15 años 1: 16-21 años 2: ≥ 22 años	De razón
			Número de partos vaginales	0: ≥ 3 partos 1: 2 Partos 2: 1 Parto	De Intervalo
		d. Relacionado a los Hábitos Nocivos	Consumo de tabaco	0: Si 1: No	Nominal
		c. Relacionado al Virus Papiloma Humano	Percepción del riesgo de contagio del Virus Papiloma Humano	0: Si 1: No	Nominal
		II-Prácticas de Prevención Secundaria del Cáncer Cervicouterino a. Características de la Prueba de Papanicolaou	Realización de la Prueba de Papanicolaou	0: No 1: Sí	Nominal
			Momento de la primera Prueba de Papanicolaou	0: En cualquier momento 1: Después de 1ra. relación sexual 2: Cuando estaba embarazada	Nominal
			Última Prueba de Papanicolaou	0: > de 3 años 1: < de 3 años 2: No se acuerda	Ordinal

3. BASES TEÓRICAS.

3.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

BALDIZÓN, Justo (2007) **Conocimientos, actitudes y prácticas del Cáncer Cervicouterino y el examen de Papanicolaou en las mujeres del Municipio de Paiwas en el periodo de Enero a Diciembre del año 2007.** Nicaragua. Tesis de Posgrado. Objetivo: Describir los conocimientos, actitudes y prácticas del Cáncer Cervicouterino y del examen de Papanicolaou en las mujeres del municipio de Paiwas en el periodo de Enero a Diciembre del 2007. Un estudio descriptivo de corte transversal. Resultados: Edad mayor o igual a 18 años y que iniciaron vida sexual. Encontrándose en la población de estudio que el grupo más prevalente fue el de los adultos con un 31.5%, de baja escolaridad; analfabeta con 43.3 %, procedentes de zonas rurales con un 67.2%, de estados conyugales por unión libre en un 46.5% y profesando la religión católica en un 68.8%. En cuanto a los conocimientos de cáncer cervicouterino y del examen de Papanicolaou se encontró que las mujeres tienen una mala información acerca de esta patología con un 68.4% de la población total. Las actitudes fueron desfavorables en un 45.3% seguidas de indiferencias con un 32.4 %, todo esto acompañado de prácticas de riesgo medio que realizan las pacientes en un 51%. Conclusiones: Es por ello que recomendamos establecer en la población una educación continua periódica y de amplia cobertura sobre la prevención, detección y atención del cáncer cervicouterino, así como brindar aspectos fundamentales positivos sobre conocimientos, actitudes y prácticas de riesgos de este mismo y la importancia del examen de Papanicolaou.⁽¹³⁾

CASTILLO, Margarita (2009) "**Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou en mujeres de 15 a 54 años residentes en la ciudad de la Pintada, abril de 2009**". Panamá. Tesis de Posgrado. Objetivo: Conocer el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas que sobre la prueba de Papanicolaou tienen las mujeres de 15 a 54 años de edad residentes en el distrito de La Pintada al mes de abril del 2009. Estudio descriptivo, de asociación y comparación de subgrupos mediante un diseño no experimental. El universo lo conformaron 4,058 mujeres. Se seleccionó una muestra de 100 mujeres de este grupo. Para la recolección de la información se empleó un formulario de 36 preguntas; 15 corresponden a datos socios demográficos, 8 son de conocimiento, 10 son de actitud y 3 son de práctica e incluyen varias alternativas de respuesta. Como medidas de asociación se emplearon los estadísticos Chi-Cuadrado. Resultados: La asociación se consideró significativa a un nivel de 0.05. Para el análisis de los mismos se utilizarán distribución de frecuencias absolutas y relativas obtenidas del programa S.P.S.S. 17. Los conocimientos sobre el PAP se asociaron positivamente a los estudios y a la actitud. La actitud se asoció a las prácticas (esta asociación no fue muy fuerte Conclusiones: Existe asociación significativa entre el nivel de conocimiento sobre el Papanicolaou y las actitudes se asociaron a las prácticas sobre la prueba de Papanicolaou en mujeres de 15 a 54 años residentes en la ciudad de la Pintada. ⁽¹⁴⁾

VEGA, Alanís (2011) **Factores de riesgo para cáncer cervicouterino en mujeres de Matamoros, Tamaulipas**. México. Artículo de investigación.

Objetivo: Determinar los factores de riesgo para cáncer cervicouterino en mujeres de Matamoros, Tamaulipas. Estudio descriptivo, observacional.

Resultados: En lo que respecta a aspectos reproductivos, el promedio de la edad fue 36,39 años, con un promedio en el número de gestaciones de 2,94 y una media en el número de partos de 2,03. El número de cesáreas y abortos presenta ambos un rango de 0 a 4; con respecto a la menarquía, la edad media en que se presentó fue de 12,88. Respecto a las características de conducta sexual, se encontró que la edad de inicio de vida sexual tuvo una media de 19,72 y en el número de parejas sexuales la media fue de 1,38. Se presentan los factores de riesgo reproductivos donde al respecto la edad mayor de 35 años se presentó en un 35,4% de las mujeres. En las gestaciones fue de 94,0%. En cuanto a los partos, la prevalencia fue de 32,2% mayor de tres partos. La prevalencia del factor de riesgo por presencia de aborto fue de 25,5%. En la edad de la menarquia el factor de riesgo es para quienes presentan su primera menstruación a la edad de 14 años o más, la prevalencia de esta situación fue de 31,6%. Conclusiones. Con respecto a los factores de riesgo de conducta sexual, la prevalencia de mujeres que tuvieron una edad de inicio de vida sexual menos a los 16 años fue de 17%. En relación al número de pareja sexual fue mayor de 4. La prevalencia que se presentó fue de 0,9%.⁽¹⁵⁾

GARCÍA, Ruoti (2011) **Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el test de Papanicolaou (PAP) en mujeres embarazadas consultantes de hospitales del Departamento de Alto Paraná.** Paraguay. Tesis de Pregrado. Objetivo: Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el test de

Papanicolaou (PAP) en mujeres embarazadas consultantes de hospitales del Departamento de Alto Paraná, Paraguay. Estudio descriptivo, prospectivo, con una muestra de 150 usuarias del Departamento de Alto Paraná, Paraguay. Resultados: El 66.3% escuchó hablar del PAP sobre el conocimiento el 15.5% (108), imprecisa el 38.7% (120), errónea el 7.2% (50) y no sabe el 33.7% (383); respondieron en forma correcta del conocimiento de PAP y para qué sirve en un 12.8% (89), errónea 37.3%(258), imprecisa, 37.0% (257) y 11.4% (79) no sabe. Alrededor del 40.0%. Conclusiones: Es alto el porcentaje que no tienen conocimiento sobre el PAP y que dieron respuestas imprecisas y erróneas y que nunca se han realizado el test. ⁽¹⁶⁾

SALINAS, Janeth (2012) Factores de riesgo y prevención del cáncer cervicouterino en las usuarias de la “Clínica Granados”. Salinas. 2012. Ecuador. Tesis de Pregrado. Objetivo: Identifican los factores de riesgo, el conocimiento y las medidas de prevención de cáncer cervicouterino que tienen las mujeres en edad fértil de la Clínica Granados. Estudio descriptivo transversal. La técnica es la encuesta, con un cuestionario de preguntas que se aplicó a 100 mujeres en edad fértil. Resultados: El 60% de las usuarias tienen un déficit en el conocimiento sobre el cáncer cervicouterino; el 85% de las mujeres de la muestra de estudio tienen como mínimo tres factores de riesgo entre los que se cuenta el uso de anticonceptivos orales, antecedentes familiares de cáncer cervicouterino y el Virus Del Papiloma Humano (VPH); el 92% conoce parcialmente cuando debe evitar tener contacto sexual y el 100% solo aplica una de las medidas de prevención sobre el cáncer cervicouterino.

Conclusiones: Ante los resultados obtenidos se plantea la propuesta de un programa educativo sobre el cáncer cervicouterino. ⁽¹⁷⁾

LÓPEZ, Christian (2012) **Conocimientos, actitudes y prácticas respecto al cáncer de cuello uterino**. Colombia. Artículo de Investigación. 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. Estudio de corte transversal, con muestreo por conveniencia. Resultados: En total se entrevistaron 100 mujeres. En la distribución por edad la media fue de 27,22 años. La mayoría tenían 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. Conclusiones: Existe una relación significativa entre el nivel de conocimiento y las actitudes respecto al cáncer de cuello uterino. ⁽¹⁸⁾

RAMÍREZ, Elizabeth (2015) **Conocimientos, actitudes y prácticas frente a la toma de Papanicolaou en la población de mujeres trabajadoras de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de la Plata**. Argentina. Tesis de Posgrado. Objetivo: Describir y analizar los conocimientos, actitudes y prácticas que influyen en la toma de muestra de Papanicolaou en las mujeres trabajadoras del área docente y administrativa de la facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata, con el

fin de optimizar el cumplimiento regular de este procedimiento en dicha población. Un estudio de corte transversal. Resultados: En este estudio se analizaron las respuestas de doscientas mujeres encuestadas, de las cuales ciento cuarenta y cuatro eran docentes y cincuenta y seis no docentes. Se construyó una base de datos en Excel y se analizó con el programa SPSS Versión 19. Con el análisis efectuado a pesar de contar con conocimientos sobre la toma de Papanicolaou existen algunas diferencias en las actitudes, la decisión de la toma de la prueba y la ejecución efectiva del test por parte de las mujeres dependiendo si estas son del grupo de docentes o de no docentes. Conclusiones: Del mismo modo puede decirse que las mujeres en su ámbito laboral, podrían convertirse en población cautiva que favorezca el fortalecimiento del Programa Detección Temprana del Cáncer de Cuello Uterino de la provincia de Buenos Aires, incluyendo el proceso adecuado de toma, entrega de resultados y campañas de educación para el afianzamiento de los conocimientos sobre el tema. ⁽¹⁹⁾

SOZA, Noel, (2015) Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el Papanicolaou entre pacientes ingresadas al servicio de ginecología del Hospital Alemán-Nicaragüense en los meses de septiembre, octubre y noviembre del año 2015. Nicaragua. Artículo de Investigación. Objetivo: Determinar el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas sobre el Papanicolaou entre pacientes ingresadas al servicio de ginecología del Hospital Alemán-Nicaragüense en los meses de septiembre, octubre y noviembre del año 2015. Nicaragua. Estudio descriptivo, prospectivo. Con una muestra de

123 mujeres en edad fértil. Resultados: La mayoría de las pacientes (58%) no se han realizado el Papanicolaou en los últimos 2 años, realizándose solo el 42% de ellas. Los conocimientos, actitudes y prácticas de las pacientes fueron buenas en la mayoría, pero con porcentajes muy bajos, por debajo del 50% por lo cual se consideran insuficientes para la importancia que reviste el test del Papanicolaou. Los conocimientos se mostraron mejores en pacientes del área urbana, las de mayor escolaridad, a mayor paridad y con el aumento de edad de las pacientes. Conclusiones: Las actitudes y las prácticas de las pacientes mejoraron también con la edad, la escolaridad, la paridad y el uso de la planificación familiar. ⁽²⁰⁾

Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) (2015) **Cáncer cervical: Percepción social, prevención y conocimientos**. Argentina. Artículo de Investigación. Objetivo: Conocer la percepción social, prevención y conocimientos sobre el cáncer cervical. Estudio descriptivo, diseño no experimental de corte transversal. Con una población de 250 mujeres en edad fértil y una muestra de 134. Resultados: El 70% de las entrevistadas opina que el Cáncer Cervical es un problema de salud muy o bastante grave para la población nacional. La fecha del primer Papanicolaou varía según la edad actual y el nivel educativo de las mujeres. Cuanto mayor es la edad actual más tardía es la realización de la primera prueba. Tanto la fecha de realización del último Papanicolaou como la frecuencia evidencian que una gran mayoría de la población mantiene conductas preventivas con respecto a su salud ginecológica, sólo una minoría se encuentra en una situación de mayor riesgo.

Conclusiones: El perfil de esas mujeres es de bajo nivel educativo y sus edades son extremas. Las más jóvenes no concurren a la atención ginecológica después del inicio de las relaciones sexuales y las de mayor edad han discontinuado o bien nunca han iniciado la atención de su salud ginecológica.

(21)

CARDOZO, Jorge (2015) Conocimientos, actitudes y prácticas respecto al Cáncer de Cuello Uterino en el municipio de Sucre. Bolivia. Artículo de Investigación. Objetivo: Determinar el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas respecto al cáncer de cuello uterino en el municipio de Sucre. Bolivia. Estudio descriptivo, prospectivo. Con una población de 340 mujeres en edad fértil que acuden al consultorio de ginecología, con una muestra de 120 mujeres. Resultados: En cuanto al conocimiento de las mujeres para saber si existe la posibilidad de tener cáncer de cuello uterino, sólo una cuarta parte de ellas sabe cómo detectar este problema y las otras tres cuartas partes no lo saben. En cuanto a las actitudes, sólo el 10% de las mujeres, sus parejas están de acuerdo en que se hagan el Papanicolaou; y entre las razones por las que no se hacen periódicamente el Papanicolaou figuran el miedo y sobre todo la vergüenza. En cuanto a las prácticas, casi la mitad de las mujeres que ya iniciaron sus relaciones sexuales no se hicieron nunca el Papanicolaou. Los motivos más frecuentes son el miedo, la falta de información y falta de acceso. Además, no todas vuelven a recoger sus resultados (12%), el 57% no saben para qué sirve el Papanicolaou. Conclusiones: El promedio de la frecuencia es

cada año. Y de las mujeres que se hicieron el Papanicolaou la mayoría (87%) recibió buena atención. ⁽²²⁾

PALMA, Jenny (2011) Prácticas de prevención del cáncer cervicouterino en usuarias del Centro de Salud Leonor Saavedra-San Juan de Miraflores; de enero a marzo del año 2011.Peru. Tesis de Pregrado. **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. Estudio descriptivo, de corte transversal. En pacientes 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. Conclusiones: La mayoría conoce las características sexuales de su pareja, y limita el número de partos vaginales; además han evitado el contagio de Infecciones de Transmisión Sexual y el uso prolongado de píldoras como prevención primaria. En cuanto a la toma de Papanicolaou, la mayoría se la ha realizado como prevención secundaria. ⁽²³⁾

CARRASCO Juan (2011) Relación entre el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas sobre el examen de Papanicolaou en mujeres en edad fértil sexualmente activas de la urbanización “Las Palmeras” en el Distrito de Morales, julio - diciembre 2011. Perú. Tesis de Pregrado. Objetivo: Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas sobre el examen de Papanicolaou que tienen las mujeres en edad fértil sexualmente activas de la Urbanización “Las Palmeras” en el distrito de Morales, julio – diciembre 2011. Se realizó una investigación cuantitativa,

descriptiva correlacional, prospectiva, de corte transversal. Con una muestra de 111 MEF sexualmente activas. Resultados: Las mujeres en edad fértil sexualmente activas de la Urbanización “Las Palmeras” del distrito de Morales, se caracterizan por: El 42,34% oscilan entre los 20 y 29 años; el 61,26% son convivientes; el 44,14% son de nivel secundario. Asimismo, el 60,36% conocen que el Papanicolaou se usa para la detección del cáncer de cuello uterino; 43,24% conocen que el inicio de relaciones sexuales es el indicador más importante para realizarse el examen de Papanicolaou. Del mismo modo el 50,45% presentaron un nivel de conocimientos alto sobre el examen de Papanicolaou; 54,05% mostraron una actitud favorable frente al examen de Papanicolaou; 76,58% adoptan una práctica inadecuada frente al examen de Papanicolaou. Conclusiones: Existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento alto y la actitud favorable, y entre el nivel de conocimiento alto y la práctica adecuada de las MEF frente al examen de Papanicolaou ($p = < 0,05$).⁽²⁴⁾

SOLANO, Iris (2013) Nivel de conocimientos y actitudes en relación con las prácticas de prevención del cáncer de cuello uterino. Alto Trujillo, 2013. Perú. Tesis de Pregrado. Objetivo: Indagar los factores que influyen en la práctica de prevención contra el cáncer de cuello en las mujeres del Centro Poblado Alto Trujillo, el Porvenir, durante los meses de marzo 2013 – febrero 2014. Estudio descriptivo correlacional de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 385 mujeres que cumplieron los criterios de inclusión mencionados en la investigación.. Resultados: Fueron presentados en tablas

simples y de doble entrada, donde el 48,8% presentó nivel de conocimiento medio sobre cáncer de cuello uterino, 61,6 % una actitud favorable de prevención del cáncer de cuello uterino y el 42,9 % obtuvo prácticas de prevención regulares sobre cáncer de cuello uterino. Conclusiones: El nivel de conocimientos y las actitudes se relacionan de manera significativa con la práctica de prevención del cáncer de cuello uterino, en las mujeres del Centro Poblado Alto Trujillo, el Porvenir. Siendo la significancia estadística de $p=0.0268$ y 0.0346 respectivamente. ⁽²⁵⁾

ALVARADO, María (2014) Nivel de conocimiento y su relación con las prácticas de prevención del cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil del Caserío Bello Horizonte- Banda de Shilcayo. Periodo Julio-Setiembre 2014. Perú. Artículo de Investigación. Objetivo: Determinar el nivel de conocimiento y su Relación con las prácticas de prevención del cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil del Caserío Bello Horizonte- Banda de Shilcayo, Julio-Setiembre 2014. Una investigación descriptiva, prospectivo, correlacional, de corte transversal; la muestra Estuvo constituida por 102 mujeres en edad fértil quienes cumplieron con los criterios de Inclusión y exclusión, deducido probabilísticamente al 95% de confianza. Resultados: El 35,3% de las mujeres en edad fértil se encuentran en el grupo etario de 31 a 40 años; el 55,9% son convivientes; el 52,9% tienen estudios secundarios; y el 85,3% son amas de casa. El 52,9% de las mujeres en edad fértil tienen nivel de conocimiento Medio sobre prevención el cáncer de cuello uterino. El 62,7% de mujeres en edad fértil Tienen prácticas adecuadas sobre prevención del cáncer

de cuello uterino. Conclusiones: En la Constatación de la hipótesis se obtuvo una puntuación de $p=0.014$ lo que demuestra que existe una relación estadísticamente significativa ($p \leq 0,05$) entre un nivel medio de Conocimiento y las prácticas de prevención del cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil del caserío Bello Horizonte- La Banda de Shilcayo.⁽²⁶⁾

QUISPE, Fiorella (2014) **Nivel de conocimiento y actitud sobre el Papanicolaou en mujeres de 20 a 30 años en el hospital de Vitarte en el año 2014.** Perú. Tesis de Pregrado. Objetivo: Determinar el nivel de conocimiento y actitud sobre Papanicolaou de las mujeres de 20 a 30 años atendidas en el Hospital de Vitarte en el año 2014. Un estudio descriptivo de corte transversal, aplicativo, cuantitativo. Se utilizó como técnica la encuesta y el instrumento fue un cuestionario previamente elaborado y aplicado a una muestra de 81 mujeres atendidas en el Hospital de Vitarte. Resultados: El 22.2% tuvieron un nivel de conocimiento alto y el 56.8% un nivel medio; así mismo el 75.3% tuvo una actitud favorable, y un 24.7% una actitud desfavorable. Conclusiones: Por el presente estudio podemos concluir que más de la mitad de las mujeres encuestadas tiene un nivel de conocimiento medio y una actitud favorable frente al examen de Papanicolaou.⁽²⁷⁾

DELGADO Julio (2015) **Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou en pacientes mujeres mayores de 18 años atendidas en consulta externa del hospital Regional Docente las Mercedes. Chiclayo.** Perú. Tesis de Pregrado. Objetivo: Medir el nivel de conocimiento,

actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou. Una investigación cuantitativa con enfoque descriptivo transversal en el Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo. La muestra estuvo conformada por 375 mujeres mayores de 18 años que acudieron a consulta externa del hospital. Resultados: El 40.5 % de mujeres encuestadas presentaron un nivel de conocimientos alto; sin embargo, el 60.5% presentaron un nivel de actitudes desfavorable y un 53.9% un nivel de prácticas inadecuadas. Conclusiones: Si se tiene un nivel de conocimiento alto, entonces se tendrá actitudes y prácticas positivas sobre la prueba de Papanicolaou en pacientes mujeres mayores de 18 años atendidas en consulta externa del hospital Regional Docente las Mercedes.⁽²⁸⁾

MARTINEZ, Brenda (2015) Medidas preventivas del cáncer cérvico en usuarias del Centro de Salud Daniel Alcides Carrión – Sunampe-Chincha en el periodo Enero – Marzo del año 2015. Perú. Tesis de Posgrado. Objetivo de determinar las prácticas de prevención del cáncer cérvico en las usuarias del Centro de Salud Daniel Alcides Carrión Sunampe-Chincha en el periodo Julio - Setiembre del año 2015. Un estudio descriptivo, de corte transversal en pacientes: Mujeres en edad fértil, de 15 a 49 años que acudan al consultorio de Obstetricia. Resultados: El perfil de la usuaria que acude al Centro de Salud Daniel Alcides Carrión Sunampe-Chincha es mujer de 31 años, casada (58.3%), con nivel secundario (61.1%), ama de casa (88%), que vive sin pareja (65%), de religión católica (70.4%), cuyos ingresos mensuales son menores a

los S/. 1000 (93.5%). Entre las prácticas de prevención primaria del Cáncer Cérvico, relacionadas con la conducta sexual, tenemos: Solo el 67.6% ha retrasado el inicio de relaciones sexuales hasta los 20 años, el 74.1% limita el número de compañeros sexuales a uno, el 48.1% conoce las características sexuales de su pareja, el 78.7% ha evitado el contagio de Infecciones de Transmisión Sexual, el 51.9% ha evitado el uso prolongado de pastillas anticonceptivas, solo el 11.1% usa siempre preservativo en sus relaciones sexuales. Respecto a las relacionadas con la reproducción tenemos: El 17.6% ha retrasado su primer parto hasta los 17 años, el 58.4% ha limitado el número de partos vaginales a uno o dos. El 99.1% ha evitado el consumo de tabaco, el 92.6 % se alimenta balanceadamente, y solo el 64.8% tiene algún conocimiento sobre el Papiloma Virus Humano. En cuanto a las prácticas de prevención secundaria tenemos: El 95.4 % se ha realizado el Papanicolaou; de las cuales solo el 10.2 % se realizó después de iniciar su vida sexual, solo el 47.2% se realiza cada año, el 67,8% se ha realizado su última prueba hace menos de un año, el 6.5% se la ha realizado más de seis veces, el 79.6% conoce el resultado de su ultimo Papanicolaou. Encontrando que la mayoría conoce las características prevención sexuales de su pareja, y limita el número de partos vaginales; además han evitado el contagio de Infecciones de Transmisión Sexual y el uso prolongado de píldoras como primaria. Conclusiones: En cuanto a la toma de Papanicolaou, la mayoría se la ha realizado como prevención secundaria. ⁽²⁹⁾

3.2. BASES TEÓRICAS

A. PRACTICAS DE PREVENCION

a. Definición: La prevención se refiere a todas aquellas actividades orientadas a proteger a las personas de las amenazas potenciales o reales a la salud y las consecuencias subsecuentes. Prevenir significa, inhibir el desarrollo de la enfermedad, reducir su progreso y proteger el organismo de efectos dañinos futuros.⁽³⁰⁾

b. Niveles de Prevención: Existen dos niveles de prevención: primaria y secundaria.⁽³⁰⁾

- ✓ **Prevención Primaria:** La prevención primaria incluye medidas específicas de protección contra la enfermedad o el trauma, como inmunización, saneamiento ambiental y protección contra riesgos ocupacionales. Las actividades de promoción de salud se consideran como una forma de prevención primaria. De acuerdo al patrón de enfermedad, la prevención primaria interviene en el período preclínico y parte del período subclínico. Según Leavell y Clark las estrategias a nivel de la prevención primaria se centran en alterar los factores del agente, del huésped, o del entorno antes de la pérdida de la salud o el inicio de la enfermedad. Las metas de la prevención primaria son aumentar el nivel de la calidad de estar bien y minimizar o eliminar el riesgo de la pérdida de la salud.⁽³⁰⁾

En el cáncer: Promoción de la salud y la reducción del riesgo. Estos esfuerzos de primera línea promueven los estilos de vida sanos de la población general y reducen la exposición a peligros ambientales, evitando por completo el cáncer.⁽³⁰⁾

En el cáncer cervicouterino Mediante la prevención y control de la infección genital por Papiloma Virus Humano se podría lograr la prevención primaria del cáncer cervicouterino. La prevención de la infección genital por Papiloma Virus Humano se podría conseguir con estrategias de promoción de la salud dirigidas a un cambio en el comportamiento sexual teniendo como blanco todas las Infecciones de Transmisión Sexual de significado en salud pública.⁽³⁰⁾

La prevención primaria del Cáncer Cervicouterino, a través de la prevención de la infección con Papiloma Virus Humano sin duda contribuye a reducir la mortalidad por cáncer. Sin embargo, la prevención primaria del Papiloma Virus Humano presenta mayores desafíos que la prevención primaria de las otras Infecciones de Transmisión Sexual.⁽³¹⁾

Clasificación de prevención primaria

1.- Vacuna contra Papiloma Virus Humano: la prevención de la infección del Papiloma Virus Humano contribuirá asimismo a reducir la incidencia del cáncer cervical, pero es algo difícil de lograr. Este virus se transmite fácilmente y suele no mostrar síntoma alguno; y si bien pueden tratarse las verrugas genitales debidas a ciertas formas del virus, no hay nada que permita eliminar la infección en sí, y la persona puede transmitirla durante años.

La forma más eficaz de prevenir el cáncer cervicouterino es por medio de una vacuna.⁽³²⁾

La prevención primaria, mediante inmunización para el virus del papiloma humano, con vacuna tetravalente contra genotipos 6, 11, 16 y 18 y bivalente contra genotipos 16 y 18 es eficaz en pacientes sin exposición previa a los genotipos virales contenidos en las vacunas, principalmente cuando no han iniciado la vida sexual activa, por eso se recomienda aplicarla a mujeres de entre 9 y 13 años de edad

En la actualidad, en el mundo sólo existen dos vacunas contra el VPH que se fabrican con tecnología recombinante.⁽³²⁾

- Gardasil, desarrollada por Merck Sharp and Dohme, La vacuna tetravalente, autorizada en 2006, contiene partículas similares a virus de los genotipos de VPH -6, 11, 16y 18. La vacuna contiene levadura como sustrato y como coadyuvante sulfato de hidroxifosfato de aluminio amorfo. Cada dosis de 0.5 mL de esta vacuna contiene 20 µg de proteína L1 de VPH-6, 40 µg de proteína L1 de VPH-11,40 µg de proteína L1 de virus del VPH-16 y 20 µg de proteínaL1 de VPH -18, adsorbida en 225 µg de adyuvante.

La formulación no contiene antibióticos, tiomersal ni otros conservadores. Esta vacuna se aprobó para aplicarla a niñas preadolescentes (en algunos países a niñas de sólo nueve años), para prevenir lesiones escamosas intraepiteliales y cáncer cervicouterino y verrugas anogenitales en las mujeres. Además, la vacuna tetravalente se aprobó para prevenir lesiones escamosas intraepiteliales y cáncer

de vulva y vagina, así como VG. En algunos países también se ha autorizado la vacuna para prevenir verrugas anogenitales en hombres.⁽³²⁾

- Cervarix, desarrollada por Glaxo Smith Kline. La vacuna bivalente, autorizada en 2007, contiene partículas similares a virus de los genotipos VPH-16 y 18. Se elabora con un novedoso sistema de expresión de baculovirus en células de *Trichoplusia ni*. Cada dosis de 0.5 mL de vacuna bivalente contiene 20 µg de proteína L1 de VPH-16 y 20 µg de proteína L1 de VPH-18 absorbidos en un sistema coadyuvante patentado, ASO4, que contiene 500 µg de hidróxido de aluminio y 50 µg de 3-O-desacil-4' monofosforil lípido A. La vacuna no contiene tiomersal, antibióticos ni otros conservadores. Se aprobó para administrarse a niñas a partir de los 10 años de edad para prevenir lesiones escamosas intraepiteliales y cáncer cervicouterino. No se ha solicitado su autorización para administrarla a varones.¹⁶ La eficacia a largo plazo por arriba de 6.4 con adyuvante ASO4 señala alta inmunogenicidad y seguridad.¹⁷ El sistema adyuvante ASO4 induce de forma significativa títulos más altos de anticuerpos frente a VPH-16-18 comparado con los mismos antígenos coadyuvantes con hidróxido de aluminio aislado, así como una mayor frecuencia de linfocitos B de memoria específicos. La vacuna VPH-16-18 ASO4 adyuvante tiene alta protección contra la infección por VPH 16 y 18 y alteraciones cito histológicas por arriba de 6.4 años, además de protección contra infección por VPH 31 y 45. La eficacia es alta con elevadas concentraciones de sustancias neutralizadoras de anticuerpos contra VPH 16 y 18 y puede esperarse una protección por más años. Además, no existe asociación entre el adyuvante ASO4

y las enfermedades autoinmunitarias; sin embargo, es necesario el control clínico de alguna enfermedad autoinmunitaria cuando se introduce una nueva vacuna.

Ambas vacunas están elaboradas con virus-likeparticles (VLP) o partículas similares a virus, del fragmento L1 de la cápside del VPH.⁽³²⁾

✓ **Prevención Secundaria:** la prevención secundaria incluye la detección temprana y la intervención rápida para detener la enfermedad en las primeras etapas, reducir su intensidad o prevenir complicaciones. Esto se logra mediante controles para detectar las enfermedades como la diabetes, carcinoma in situ, tuberculosis o glaucoma. El propósito es detectar los primeros síntomas sobre los cuales el paciente no es consciente o de los que no tiene conocimiento, de manera que la intervención rápida sea efectiva para controlar o curar la enfermedad.

De acuerdo al patrón de enfermedad, la prevención secundaria interviene en parte del período subclínico. Hall y Redding expresan que el propósito está orientado a identificar cuanto antes e intervenir eficazmente en el proceso de la enfermedad para minimizar los efectos adversos y controlar las complicaciones.

(34)

En el cáncer: Implica el reconocimiento sistemático y la detección precoz para identificar y tratar tempranamente los casos de cáncer, aumentando así las perspectivas de curación.⁽³⁴⁾

En el cáncer cervicouterino: el camino para prevenir las muertes por cáncer de cérvix es simple y eficaz. Si las lesiones precancerosas son detectadas precozmente y tratadas con éxito, la mujer no desarrollará cáncer. ⁽³⁴⁾

Los esfuerzos de prevención del cáncer cervicouterino en todo el mundo se han centrado en el tamizaje de las mujeres en situación de riesgo de contraer la enfermedad, empleando las pruebas de Papanicolaou y el tratamiento de las lesiones precancerosas. En algunos países desarrollados, los programas de tamizaje de Papanicolaou, también conocidos como programas de tamizaje citológico, han dado resultados notables en cuanto a la reducción de la incidencia de cáncer cervicouterino y de la mortalidad. La incidencia del cáncer cervicouterino puede reducirse hasta un 90% si los procedimientos de tamizaje son buenos y se logra una cobertura elevada. ⁽³⁴⁾

1.- La Citología Cervicovaginal o prueba de Papanicolaou

En la prueba de Papanicolaou, se toma una muestra de células de la zona de transformación del cuello del útero por medio de un cepillo o de una espátula de madera de punta extendida; ya no se recomienda la utilización de un hisopo de algodón. Se deben tomar muestras de toda la zona de transformación, dado que allí es donde se desarrollan prácticamente todas las lesiones de alto grado. La muestra se esparce sobre el portaobjetos y se fija inmediatamente con una solución para preservar las células. El portaobjetos se envía al laboratorio de citología donde se tiñe y examina al microscopio para determinar si las células son normales y clasificarlas apropiadamente, según la clasificación de Bethesda. Los resultados de la prueba de Papanicolaou se envían luego al establecimiento

sanitario donde se tomó la muestra. Los agentes de salud son responsables de que se transmitan los resultados a la mujer y de que reciba el seguimiento apropiado.

La prueba de Papanicolaou se realiza en menos de 5 minutos, no es dolorosa y se puede efectuar en una sala de reconocimiento ambulatorio. Se aconseja postergar la prueba de Papanicolaou si la mujer está menstruando abundantemente, presenta signos clínicos evidentes de inflamación o está embarazada.

Un frotis satisfactorio contiene un número apropiado de células del epitelio escamoso debidamente preservadas y un adecuado componente endocervical o de la zona de transformación. Cada frotis se debe rotular de forma legible.

La exactitud de la prueba citológica depende de la calidad de los servicios, incluidas las prácticas de recogida de muestras (la toma y la fijación de los frotis) y la preparación e interpretación de los frotis en el laboratorio. En las condiciones óptimas de los países desarrollados o de los centros de investigación, la citología convencional permite detectar hasta el 84 % de los casos de precáncer y cáncer. No obstante, en peores condiciones su sensibilidad se reduce al 38 %. La especificidad de la prueba suele ser del 90 %, En relación a los programas de detección en el Perú, las mujeres pertenecen a 3 grupos diferentes con diferente riesgo para desarrollar Cáncer Cervicouterino. ⁽³³⁾

Las mujeres del grupo de bajo riesgo, es decir aquellas que nunca tuvieron relaciones sexuales, que fueron sometidas a histerectomía por proceso benigno o que tuvieron exámenes periódicos hasta la edad de 60 años, no tienen necesidad de recurrir a ningún programa de detección.

Las mujeres en actividad sexual, pueden seguir el esquema diseñado por Walton, quien propone que la toma de muestras debe iniciarse cuando la mujer comienza su vida sexual. Si este primer examen es negativo, debe ser repetido al año y si esta segunda muestra también es negativa, las siguientes se tomarán cada tres años.

Las mujeres que tienen alto riesgo, tienen como característica, inicio precoz de relaciones sexuales, promiscuidad sexual, falta de higiene, infecciones del aparato genital, etc. Este grupo debe tener examen citológico anual. En nuestro país este sector de la población es, desgraciadamente, el más numeroso.

Por ello el Ministerio de Salud del Perú, recomienda realizarse la prueba del Papanicolaou, cada 3 años cuando sus 2 primeros exámenes anuales consecutivos sean negativos a criterio de su médico (evaluación de factores de riesgo).

Requisitos para la Prueba de Papanicolaou: Se debe acudir:

- Sin haberse aplicado duchas vaginales, cremas vaginales ni óvulos vaginales dos días antes previos al examen.
- Sin menstruación.
- Sin haber tenido relaciones sexuales dos días antes previos al examen.

Frecuencia de la Prueba de Papanicolaou: Es importante tener en cuenta la historia natural del cáncer cervical para decidir cuándo iniciar las pruebas de

detección, frecuencia con que éstas deben efectuarse y cuando recomendar un tratamiento y/o seguimiento. En la mayoría de los países desarrollados se recomienda a las mujeres realizarse la primera prueba de Papanicolaou poco después de convertirse en sexualmente activas o a más tardar a los 21 años de edad.

La Prueba de Papanicolaou debe realizarse anualmente.

A partir de los 30 años de edad, las mujeres que hayan tenido tres Pruebas de Papanicolaou consecutivas con resultados normales pueden hacerse las pruebas cada dos o tres años.

Las mujeres de 70 años o más, que hayan tenido tres o más Prueba de Papanicolaou consecutivas con resultados normales, y que no hayan tenido ninguna prueba con resultados anormales en los 10 años previos, pueden dejar de hacerse las pruebas de detección del cáncer de cuello uterino. Las mujeres que se hayan sometido a una histerectomía total (extirpación del útero y del cuello uterino) también pueden dejar de hacerse las pruebas de detección del cáncer de cuello uterino. ⁽³³⁾

Clasificación de prevención secundaria según Amaya

- La citología cervicovaginal o Prueba de Papanicolaou: es un examen citológico cuyo objetivo es detectar células cervicouterinas anormales
- Citología en base líquida: La ventaja de esta prueba es que reduce los falsos negativos, el número de muestras insatisfactorias y el tiempo necesario para examinar una muestra por parte de los cito tecnólogos, e indirectamente, podría disminuir la incidencia de cáncer invasivo.

- Tipificación de Papiloma Virus Humano de alto riesgo: El test de captura de híbridos tipo I (HC I) tiene una sensibilidad igual a la citología cervicovaginal en la detección de neoplasia. Por su facilidad en la toma y rapidez en la lectura, este test es una buena alternativa a la citología en sitios de bajos recursos donde la toma, el transporte de la muestra y el seguimiento de los pacientes no sean fáciles.
- Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA): Consiste en la inspección visual del cérvix luego de una aplicación de ácido acético diluida del 3 al 5% sin utilizar lente de aumento (a simple vista) y utilizando una fuente luminosa. El epitelio anormal se muestra como zonas acetoblancas, que dependiendo de las características se clasifican en lesiones negativas, sospechosas o definitivas.
- **Factores relacionados con la conducta sexual:** Número de compañeros sexuales, edad de la primera relación sexual, características sexuales de la pareja e Infecciones de Transmisión Sexual.

Inicio de las relaciones sexuales : Ortiz Serrano, Ricardo y Colbs. Se refieren que “el inicio temprano de las relaciones implica la aparición de múltiples compañeros sexuales, con el consiguiente riesgo dado por estas. Se ha demostrado también que en la adolescencia los tejidos cervicouterinos son más susceptibles a la acción de los carcinógenos, y de hecho, si existe un agente infeccioso relacionado, el tiempo de exposición a este será mucho mayor. El riesgo de lesión intraepitelial cuando el primer coito se tiene a los 17 años o menos es 2,4 veces mayor que cuando este se tiene a los 21 años”.

Mongrut Steane, Andrés, sustenta que “Investigaciones epidemiológicas han demostrado que la precocidad en las relaciones sexuales significa un factor de riesgo. El coito realizado desde edad temprana en la adolescencia y la continuación de su práctica, predisponen a la mujer hacia el cáncer de cuello uterino. Copleston postula que el epitelio cervical en la adolescencia se encuentra en período dinámico de metaplasma, muy susceptible a patrones atípicos metaplásicos, cuando se expone al contacto del pene y del semen”.⁽³⁵⁾

Castañeda Iñiguez, Maura y Colbs. plantean “el riesgo de neoplasia cervical es mayor en la medida en que el inicio de la vida sexual activa es más temprano; así, al tomar como referencia a las mujeres que iniciaron su vida sexual después de los 20 años, se estima que aquellas que lo hicieron antes de los 15 años tienen un riesgo dos veces mayor”.⁽³⁶⁾

Limitar del número de compañeros sexuales: Ortiz Serrano, Ricardo y Col. plantean “existe una relación directamente proporcional entre el riesgo de lesión intraepitelial y el número de parejas sexuales. Esta exposición se ha relacionado básicamente con la probabilidad de exposición al Papiloma Virus Humano”.⁽³⁵⁾

Conocer las características sexuales de la pareja: Cada vez hay más datos que sugieren que una mujer puede correr mayor riesgo debido a las características de su compañero sexual, aunque no satisfaga las condiciones de relaciones sexuales precoces y múltiples compañeros; de hecho, la historia sexual de su compañero podría ser tan importante como la propia. En mujeres monogámicas, si el marido o el compañero sexual es promiscuo, este aportará el factor de riesgo para la mujer.⁽³⁶⁾

Evitar el contagio de una Infección de Transmisión Sexual: se ha demostrado la asociación de cáncer de cuello uterino con Infecciones de Transmisión Sexual tipo sífilis o blenorragia, así como con la historia de infección a repetición del aparato genital; sin embargo, no se ha demostrado relación con antecedentes de infección por Chlamydia trachomatis o herpes simple.

Adicionalmente, la coinfección con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) facilita el desarrollo de la neoplasia, con un aumento del riesgo de cáncer entre las infectadas por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana de hasta 3,2 veces el riesgo de las mujeres sin Virus de la Inmunodeficiencia Humana. ⁽³⁶⁾

- **Factores relacionados con la reproducción:** Paridad, edad del primer parto y número de partos vaginales.

Limitar el número de gestaciones o partos: se ha establecido que mujeres con dos o más hijos tienen un riesgo 80% mayor respecto de las nulíparas de presentar lesión intraepitelial; luego de cuatro hijos dicho riesgo se triplica, después de siete se cuadruplica y con doce aumenta en cinco veces. A pesar de no existir ninguna explicación definitiva se cree que la inmunosupresión del embarazo o su influjo hormonal aumentan la susceptibilidad a la infección por Papiloma Virus Humano.

⁽³⁶⁾

El aumento en el número de gestaciones ha mostrado una tendencia lineal en el riesgo de neoplasia cervical. Así, las mujeres que han tenido más de doce gestaciones corren un riesgo cinco veces superior de contraer este tumor maligno que aquellas que se han embarazado menos de tres veces.

Evitar un embarazo precoz: las mujeres que tuvieron su primer embarazo completo 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 22 años o más.

Además, Bosch demostró cómo la presencia de uno o más partos antes de los 22 años cuadruplica el riesgo de neoplasia del cuello uterino.

- **Métodos Anticonceptivos:** Anticonceptivos orales y métodos de barrera.

Evitar el uso prolongado del Método Anticonceptivo Hormonal Oral: Se cree que su uso prolongado se asocia con mayor riesgo de lesión intraepitelial. Sin embargo, es mucho mayor la probabilidad de un embarazo indeseado cuando éstos se dejan de tomar, que el riesgo de aparición potencial de la neoplasia cervical. En un estudio multicéntrico realizado por la International Agency for Researchon Cáncer (IARC), encontró que el uso de anticonceptivos orales por menos de cinco años no se relacionaba con la presencia de cáncer de cuello uterino. El riesgo aumentó para las pacientes que los usaban entre cinco y diez o más años. Se plantea que esta asociación con el cáncer tiene probablemente más una relación con el comportamiento sexual que por efecto directo.

Ha sido reportado que el uso de anticonceptivos orales por más de 5 años es un cofactor que incrementa 4 veces el riesgo de padecer cáncer de cérvix en mujeres portadoras de VPH. Otro hallazgo de las investigaciones epidemiológicas expone que, tras un diagnóstico de displasia, en aquellas mujeres que consumen anticonceptivos orales, la progresión a carcinoma in situ es más rápida. ⁽³³⁾

Uso de preservativos durante las relaciones sexuales: los preservativos protegen solo parcialmente del contagio de Papiloma Virus Humano, 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 disminuye la posibilidad de cáncer cervicouterino, al parecer por su efecto sobre la transmisión del Papiloma Virus Humano. Además, brinda importantes beneficios:

- Permite una eliminación más rápida del Papiloma Virus Humano 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, incluidas las infecciones por clamidias y el Virus del Herpes Simple Tipo II, que son posibles cofactores del cáncer cervicouterino.
- Protege contra la infección por el VIH, un conocido facilitador tanto de la infección por Papiloma Virus Humano oncógenos como de la progresión a lesiones de alto grado.

- **Hábitos nocivos:** Tabaquismo.

Evitar fumar: existe una relación directa entre el riesgo de lesiones preinvasoras y la duración e intensidad del hábito de fumar. En promedio se considera que las fumadoras tienen doble riesgo de lesión intraepitelial con respecto de las no fumadoras. Experimentalmente se ha demostrado la presencia de nicotina, cotinina y otros mutágenos derivados del tabaco, en mujeres fumadoras con lesión intraepitelial. Además, es bien conocido el daño molecular del ADN del tejido cervicouterino en mujeres que fuman.

El tabaquismo se ha asociado con la presencia de carcinomas de célula escamosa, predominante en el cáncer cervicouterino, el de pulmón y el de laringe. Se ha propuesto la hipótesis de que los carcinógenos procedentes del consumo del tabaco (nicotina y cotina), al ser transportados por el sistema circulatorio y llegar al epitelio cervical, puedan iniciar o actuar como cocarcinógenos en las células ya afectadas por agentes transformantes posiblemente por transmisión venérea como el Papiloma Virus Humano y el herpes virus tipo II. Otro mecanismo atribuido a este factor para explicar su efecto en el cáncer de cérvix, es la inducción indirecta de inmunosupresión y la reducción de antioxidantes provenientes de la dieta. Sin embargo, actualmente se le da una importancia moderada a este factor, pero se acepta que, junto a otros, aumenta 3 veces el riesgo de padecer la enfermedad comparado con las mujeres no fumadoras y se ha reportado que existe una fuerte relación dosis-respuesta.

(33)

- **Factores Inmunológicos:** Bajo niveles de micronutrientes: Como cofactores asociados con un mayor riesgo a cáncer de cuello uterino son la reducción de los niveles de vitaminas A, C y ácido fólico en la dieta.

Sistema Inmune comprometido: Desde que los tumores son más frecuentes en mujeres que sufren inmunosupresión o que reciben medicación inmunosupresiva, conduce a la posibilidad del desarrollo más rápido del cáncer por menor resistencia a la agresión viral. La respuesta inmune está considerada como un potente mecanismo de resistencia al desarrollo de tumores, desde la fase de iniciación hasta el crecimiento y progresión de los mismos.

Consumir alimentos ricos en Vitamina A, C y Ácido Fólico: aunque los estudios científicos no son concluyentes se considera que una dieta baja en antioxidantes, ácido fólico y vitamina C, favorece la persistencia de la infección por Papiloma Virus Humano y la evolución de las lesiones de neoplasia intraepitelial y cáncer cervicouterino. Por lo que se debe:

- Aumentar el consumo de sustancias antioxidantes. Para ello debe comer mucha fruta y verdura: el tomate, de preferencia cocido es rico en un antioxidante llamado licopeno; otros alimentos ricos en antioxidantes son las frutas y vegetales rojos y amarillos, como el pimiento (ricos en betacarotenos).
- Consumir mucha vitamina C natural presente en el jugo de naranja fresco, limón, tomate, kiwi, fresa.
- Consumir alimentos ricos en ácido fólico. Algunas de las principales fuentes alimentarias de ácido fólico son los vegetales de hojas verdes (que se deben consumir crudas o poco cocidas), el hígado, los granos integrales, los cítricos, las nueces, las legumbres y la levadura de cerveza. También puede consumir el ácido fólico en tabletas. La dosis es de 400 microgramos diarios, para ello puede consumir media tableta de 1mg al día (lo usual es conseguir tabletas de 1 mg).

- **Factor genético:** Aunque el Papiloma Virus Humano (VPH) es el principal factor de riesgo para el desarrollo de cáncer de cérvix, sólo pocas mujeres infectadas desarrollan la enfermedad. La susceptibilidad genética a la infección por el VPH parece ser importante en determinar el riesgo individual de desarrollo viral del cáncer. La habilidad de ciertos haplotipos de HLA es predisponente a aumentar la susceptibilidad a la iniciación y persistencia de la infección por Papiloma Virus Humano y, por consiguiente, al desarrollo de tumores malignos en el cuello uterino.⁽³⁷⁾

B. CANCER CERVICOUTERINO

a). Definición: El Cáncer Cervicouterino es un tumor originado a partir de una transformación maligna de las células epiteliales que revisten este segmento del útero. Constituye uno de los tumores más frecuentes que afectan a los órganos de aparato genital femenino. Si bien puede aparecer a cualquier edad, habitualmente lo hace alrededor de la cuarta década de la vida de la mujer.⁽³⁸⁾

Mongrut Steane, Andrés refiere que “el cáncer de cuello uterino se inicia en la línea de unión del epitelio pavimentoso que cubre el exocérvix, con el epitelio cilíndrico endocervical a nivel del orificio externo del cuello o en zona cercana si existe ectopia. Histológicamente el 95 % corresponde a carcinoma epidermoide, o de células planas y el resto son adenocarcinomas que nacen de las glándulas endocervicales, raramente el sarcoma. La lesión puede ser exofítica de crecimiento hacia la vagina y endofítica de crecimiento hacia las partes altas.

El cáncer cervicouterino obedece a un cambio en las células que cubren las paredes del cuello uterino (la parte inferior de la matriz que va del útero a la vagina, o el canal de parto). Estas células son inicialmente normales y gradualmente se convierten en precancerosas, manifestándose como lesiones en la pared del útero. Eventualmente pueden cambiar a células cancerígenas, sin embargo, en más del 50% de las mujeres con lesiones precancerosas, las células permanecen benignas (precancerosas). Con frecuencia, en sus etapas iniciales el Cáncer Cervicouterino no muestra síntomas, por lo que a menudo no se detecta hasta que se hace severo.⁽³⁷⁾

b). Signos y Síntomas del Cáncer de Cervicouterino: las mujeres con cánceres de cuello uterino en etapa temprana y precánceres usualmente no presentan síntomas. Los síntomas a menudo no comienzan hasta que un cáncer se torna invasivo y crece hacia el tejido adyacente. Cuando esto ocurre, los síntomas más comunes son:

- Sangrado vaginal anormal, tal como sangrado después del coito vaginal, sangrado después de la menopausia, sangrado y manchado entre periodos y periodos menstruales que duran más tiempo o con sangrado más profuso de lo usual. También puede ocurrir sangrado después de una ducha vaginal o después del examen pélvico.
- Una secreción vaginal inusual (la secreción puede contener algo de sangre y se puede presentar entre sus periodos o después de la menopausia).
- Dolor durante las relaciones sexuales (coito).

Estas señales y síntomas también pueden ser causados por otras condiciones que no son cáncer de cuello uterino. Por ejemplo, una infección puede causar dolor o sangrado. Aun así, si usted tiene alguna de estos signos u otros síntomas sospechosos, es importante que vea a su médico de inmediato. Ignorar los síntomas puede permitir que el cáncer progrese a una etapa más avanzada y que se reduzcan sus probabilidades de un tratamiento eficaz. Lo mejor es que no espere a que aparezcan los síntomas. Hágase pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos regulares. ⁽³⁹⁾

c). Diagnóstico del Cáncer Cervicouterino: un resultado anormal de una prueba de Papanicolaou es a menudo el primer paso para encontrar el cáncer de cuello uterino. Este resultado conducirá a pruebas adicionales que pueden diagnosticar el cáncer de cuello uterino. También se puede sospechar de cáncer de cuello uterino si usted presenta síntomas, como sangrado vaginal anormal o dolor durante el coito. Su médico de cabecera o ginecólogo a menudo puede realizar las pruebas necesarias para diagnosticar los cánceres y los precánceres. Es posible que también pueda tratar los precánceres. Si existe un diagnóstico de cáncer invasivo, su doctor le debe referir a un oncólogo ginecólogo, un doctor que se especializa en los cánceres de sistema reproductor femenino. ⁽³⁹⁾

La prueba de Papanicolaou es una prueba de detección, no de diagnóstico. Por lo tanto, el resultado anormal de una prueba de Papanicolaou podría significar que es necesario realizar otras pruebas, incluyendo a veces pruebas para determinar si en realidad hay un cáncer o un precáncer. Las pruebas que se usan incluyen un colposcopio (con biopsia) y un raspado endocervical. Si una biopsia muestra un

precáncer, los médicos toman medidas para evitar que se origine un verdadero cáncer. El tratamiento de los resultados anormales de la prueba de Papanicolaou se aborda en nuestro documento Prevención y detección temprana del cáncer de cuello uterino. ⁽³⁹⁾

- **Colposcopia:** si presenta ciertos síntomas que sugieren la presencia de un cáncer, o si la prueba de Papanicolaou muestra células anormales, será necesario realizarle una prueba llamada colposcopia. Usted se acuesta en una camilla como lo hace cuando se hace el examen pélvico. Se coloca un espéculo en la vagina para ayudar al médico a observar el cuello uterino. El doctor usará el colposcopio para examinar el cuello uterino. Este instrumento que permanece fuera del cuerpo, tiene lentes de aumento como los binoculares. El colposcopio permite que el doctor vea de cerca y claramente la superficie del cuello uterino. Por lo general, el médico aplicará a su cuello uterino una solución diluida de ácido acético (parecida al vinagre) para que sea más fácil ver cualquier área anormal.

La colposcopia en sí no causa más molestias que cualquier otro examen con espéculo. Además, no causa efectos secundarios y se puede realizar en forma segura incluso si usted está embarazada. Al igual que la prueba de Papanicolaou, es mejor no hacerla durante su periodo menstrual. Se hace una biopsia si se observa un área anormal en el cuello uterino. Para una biopsia, se extirpa un pequeño fragmento de tejido del área que luce anormal. La muestra se envía a un patólogo para que la examine bajo el microscopio. Una biopsia es la única manera de determinar si un área anormal es un precáncer, un cáncer o ninguno de los dos. Aunque el procedimiento de colposcopia usualmente no es doloroso,

la biopsia cervical puede causar molestias, calambres e incluso dolor en algunas mujeres.⁽³⁹⁾

- **Biopsias cervicales:** se pueden usar varios tipos de biopsias para diagnosticar los cánceres o los precánceres de cuello uterino. Si la biopsia puede extirpar completamente todo el tejido anormal, éste puede que sea el único tratamiento necesario.
- **Biopsia colposcópica:** para este tipo de biopsia, se examina primero el cuello uterino con un colposcopio para detectar áreas anormales. Se utilizan unas pinzas de biopsia para extirpar una pequeña sección (de aproximadamente 1/8 de pulgada) del área anormal en la superficie del cuello uterino. El procedimiento de biopsia puede causar dolor con calambres leve o dolor de breve duración y es posible que presente posteriormente un ligero sangrado. Algunas veces, se usa un anestésico local para anestesiarse el cuello uterino antes de la biopsia.
- **Curetaje endocervical (raspado endocervical):** algunas veces, la zona de transformación (el área en riesgo de infección con VPH y precáncer) no se puede ver con el colposcopio y se tiene que hacer un procedimiento adicional para examinar esa área y determinar si hay cáncer. Esto significa hacer un raspado en el endocérnix al insertar un instrumento estrecho (la cureta) en el canal endocervical (la parte del cuello uterino más cercana al útero). La cureta se usa para raspar el interior del canal y extraer algo de tejido que luego se envía al laboratorio para un examen. Después de este procedimiento, las pacientes pueden sentir retorcijones y también pueden presentar algo de sangrado.
- **Biopsia de cono:** en este procedimiento, también conocido como conización, el doctor extrae del cuello uterino un fragmento de tejido en forma de cono. La

base del cono está constituida por el exocérvix (la parte externa del cuello uterino), y la punta o ápice del cono está formada por el canal endocervical. El tejido que se extirpa en el cono incluye la zona de transformación (el límite entre el exocérvix y el endocérvix, donde hay más probabilidad de que los cánceres y los precánceres se originen).

Una biopsia de cono también se puede usar como tratamiento para extirpar por completo muchos precánceres, así como tumores cancerosos en etapas muy tempranas. Realizar una biopsia de cono no evitará que la mayoría de las mujeres queden embarazadas, pero si se les extirpa una gran cantidad de tejido, pueden tener un mayor riesgo de partos prematuros.

- **Estudios por imágenes:** si su doctor encuentra que usted tiene cáncer de cuello uterino, se podrían realizar ciertos estudios por imágenes. Éstos incluyen imágenes por resonancia magnética (MRI, por sus siglas en inglés) y tomografía computarizada (CT, por sus siglas en inglés). Estos estudios pueden mostrar si el cáncer se ha propagado fuera del cuello uterino.
- **Radiografía de tórax:** para determinar si el cáncer se propagó a los pulmones, puede que se le haga una radiografía del tórax. Esto es muy poco probable a menos que el cáncer esté bastante avanzado. Si los resultados son normales, probablemente no tenga cáncer en los pulmones.
- **Tomografía computarizada:** la tomografía computarizada (computedtomography, CT) es un procedimiento de rayos X que produce imágenes transversales detalladas del cuerpo. En lugar de tomar una fotografía, como con una radiografía convencional, un tomógrafo toma varias imágenes a medida que gira alrededor de usted. Luego una computadora combina estas

fotografías en una imagen de una sección de su cuerpo (imagine las rebanadas que forman una barra de pan). La máquina toma muchas imágenes de la parte de su cuerpo bajo estudio. Esta prueba puede ayudar a determinar si su cáncer se ha propagado a los ganglios linfáticos en el abdomen y la pelvis. También se puede usar para saber si el cáncer se ha propagado al hígado, los pulmones, o a cualquier otro lugar en el cuerpo.

- **Imágenes por resonancia magnética:** las imágenes por resonancia magnética (magneticresonanceimaging, MRI) utilizan ondas de radio e imanes muy potentes en lugar de rayos X para obtener las imágenes. La energía de las ondas de radio es absorbida y luego liberada en un patrón formado por el tipo de tejido y por determinadas enfermedades. Una computadora traduce el patrón de las ondas de radio generado por los tejidos en una imagen muy detallada de las partes del cuerpo. Las imágenes por resonancia magnética no sólo producen imágenes transversales del cuerpo al igual que la tomografía computarizada, sino que también producen secciones a lo largo de su cuerpo.

Los exámenes de MRI son muy útiles para examinar los tumores pélvicos. También son útiles para encontrar el cáncer que se ha propagado al cerebro o a la médula espinal.

- **Urografía intravenosa**

La urografía intravenosa (también conocida como pielograma intravenoso o IVP) consiste en una radiografía del sistema urinario, tomada después de inyectar un colorante especial en una vena. Este colorante es extraído del torrente sanguíneo por los riñones y pasa por los uréteres hasta la vejiga (los

uréteres son los conductos que conectan a los riñones con la vejiga). Esta prueba encuentra anomalías en el tracto urinario, tales como cambios causados por la propagación del cáncer de cuello uterino a los ganglios linfáticos de la pelvis, que pueden comprimir o bloquear un uréter. Actualmente, este examen se usa pocas veces en la evaluación de las pacientes con cáncer de cuello uterino.

- **Tomografía por emisión de positrones**

La tomografía por emisión de positrones (positronemissiontomography, PET), utiliza glucosa (un tipo de azúcar) que contiene un átomo radiactivo. Las células cancerosas en el cuerpo absorben grandes cantidades de azúcares radiactivos y una cámara especial puede detectar dicha radiactividad. Este estudio puede ayudar a ver si el cáncer se ha propagado a los ganglios linfáticos. La tomografía por emisión de positrones también puede ser útil si su médico cree que el cáncer se propagó, pero sin saber adónde. La PET puede ser utilizada en vez de otros tipos de radiografías, ya que examina todo el cuerpo. A menudo, los estudios de la PET se combinan con los estudios de la CT usando una máquina que puede hacer ambas al mismo tiempo. El estudio CT/PET se usa pocas veces en las pacientes con cáncer de cuello uterino en etapas iniciales, aunque puede que se use para detectar la enfermedad en una etapa más avanzada. ⁽⁴⁰⁾

3.3. DEFINICION DE TERMINOS

a. Adyacente:

Dícese que lo adyacente es lo que está al lado, lo contiguo o alledaño. ⁽⁴¹⁾

b. Biopsia:

Es un procedimiento diagnóstico que consiste en la extracción de una muestra total o parcial de tejido para ser examinada al microscopio por un médico anatomopatólogo. ⁽⁴²⁾

c. Colposcopia:

Es una especie de telescopio binocular de enfoque próximo que permite al médico ver con detalle regiones anormales del cuello uterino, a través de la vagina, por lo que es posible extraer una biopsia del área anormal y enviarlo al patólogo. ⁽⁴³⁾

d. Cureta:

Raspado, en general de las paredes internas de un conducto, cavidad o estructura, para eliminar un tejido anormal o excrecencia, o bien para obtener una muestra. El curetaje se suele aplicar también en las limpiezas bucales. ⁽⁴⁴⁾

e. Conización:

Es un procedimiento terapéutico-diagnóstico mediante el cual se practica en el cuello uterino una incisión en forma de cono, utilizando bisturí quirúrgico o radiocirugía, para hacer la exéresis de procesos patológicos que engloben tanto el exocervix como el endocervix, de etiología variada.

⁽⁴⁵⁾

f. Carcinoma. E

Está definida en el contexto de la medicina como un tumor de tipo maligno proveniente de las estructuras glandulares o epiteliales, y representan el 80% de todos los cánceres. Pueden clasificarse en distintos tipos de ellas, los adenocarcinomas y las epidermoide.⁽⁴⁶⁾

g. Cistoscopia:

Es una exploración endoscópica que introduce un tubo delgado a través del meato uretral, accediendo a la uretra y vejiga urinaria⁽⁴⁷⁾

h. Displasia:

Es una anomalía en el desarrollo de ciertos órganos presente al nacer, que provoca malformaciones o deformaciones. Algunas displasias son compatibles con la vida, otros no lo son y provocan la muerte al nacer o, a veces incluso antes del nacimiento. La displasia provoca alteraciones en el organismo y veces son potencialmente mortales.⁽⁴⁸⁾

i. Exocervix:

La parte del cuello uterino más cercana al cuerpo del útero se llama endocervix. La parte próxima a la vagina, es el exocervix (o ectocervix). Los dos tipos principales de células que cubren el cuello del útero son las células escamosas (en el exocervix) y las células glandulares en el endocervix.⁽⁴⁹⁾

j. Endocervical:

Parte interna del cuello uterino que forma el canal que conecta la vagina con el útero. La endocérvix está revestida con células que elaboran moco. Durante un examen pélvico se raspan las células de la endocérvix.⁽⁵⁰⁾

Perteneciente o relativo al crecimiento que tiende hacia el interior, como ocurre en los tumores endofíticos, que crecen en el interior de un determinado órgano o estructura.⁽⁵²⁾

k. Invasivo:

Lo invasivo es aquello relacionado con la invasión, palabra integrada por el prefijo “in” que indica algo interno y por “vas” en el sentido de “ir”. Lo invasivo es aquello que sale de su propio territorio o campo de acción, para penetrar en otro que no le pertenece.⁽⁵³⁾

l. Paliativo:

Que sirve para atenuar o suavizar los efectos de una cosa negativa, como un dolor, un sufrimiento o un castigo⁽⁵⁹⁾

4. MATERIALES Y METODOS

4.1. TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es de tipo **PROSPECTIVO**, debido a que se recopiló información sobre las prácticas de prevención del cáncer cervicouterino de las usuarias del Centro de Salud Lauriama – Barranca.

Así mismo el estudio es **DESCRIPTIVO**, porque nos permitió solamente describir un fenómeno ya dado a través del estudio de la variable.

4.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACION

El diseño de la investigación que se empleó fue **no experimental**, debido a que no se manipularon las variables en estudio. Según el número de mediciones fue de tipo **transversal**, ya que la población que se investigó, solo fue observada en un solo momento con el objetivo de analizar los datos que se obtuvieron de las unidades de análisis.

4.3. POBLACIÓN O UNIVERSO

El estudio se realizó en el Centro de Salud Lauriama, ubicado en el Distrito de Barranca del Departamento de Lima. La población estuvo conformada por 120 mujeres que acudieron al Consultorio de Obstetricia del Centro de Salud Lauriama, en el año 2017 (Octubre a Diciembre). Cuya población se obtuvo de la Oficina de Estadística del mencionado establecimiento de salud.

Para la obtención de la población se tuvo en cuenta los siguientes criterios:

a) Criterios de inclusión:

- Mujeres de 20 a 49 años usuarias del Centro de Salud Lauriama.

- Mujeres que acuden al consultorio de Obstetricia del Centro de Salud Lauriama.
- Mujeres que acepten participar voluntariamente en el estudio y acepten firmar el Consentimiento Informado.

b) Criterios de exclusión:

- Mujeres menores de 20 y mayores de 49 años usuarias del Centro de Salud Lauriama
- Mujeres que no acuden al consultorio de Obstetricia del Centro de Salud Lauriama
- Mujeres que no acepten participar voluntariamente en el estudio y que no hayan aceptado firmar el Consentimiento Informado.
- Mujeres con algún problema de salud mental.

4.4. UNIDAD DE ANALISIS Y MUESTRA

4.4.1. UNIDAD DE ANÁLISIS.

Cada una de las mujeres que asistieron al Consultorio de Obstetricia del Centro de Salud Lauriama, Barranca, 2017

4.4.2. MUESTRA

Para obtener la muestra se utilizó el muestreo no probabilístico, por conveniencia conformado por 120 mujeres en el Centro de Salud Lauriama, 2017.

4.5. INSTRUMENTO DE RECOPIACION DE DATOS

De acuerdo al tipo de estudio, la técnica que se usó para la recolección de datos es la encuesta, y como instrumento para el registro de datos se utilizó el cuestionario (Anexo N° 01).

El instrumento se aplicó a cada una de las mujeres usuarias que acudieron al consultorio de Obstetricia en el Centro de Salud Lauriama, habiéndose considerado como requisito previo la firma voluntaria del consentimiento informado (Anexo N° 03).

El instrumento de recolección de datos está compuesto por un cuestionario estructurado, que consta de lo siguiente:

- Primera parte: Características sociodemográficas: Contiene 05 ítems
- Segunda parte: Prácticas de Prevención Primaria : Contiene 11 ítems
- Tercera parte: Prácticas de Prevención Secundaria: Contiene 03 ítems

El instrumento de recolección de datos fue sometido a la prueba de juicio de expertos para su validación (Anexo N° 02) y estuvo conformado por un médico Ginecoobstetra y dos Obstetras. Asimismo, luego de la aplicación de una prueba piloto al 10 % de la población se procedió al cálculo de la confiabilidad del instrumento mediante el Coeficiente alfa de Cronbach. (Anexo N°04)

4.6. ANALISIS ESTADISTICO E INTERPRETACION DE LA INFORMACION.

a). Análisis descriptivo:

Con los resultados que se obtuvo del instrumento de recolección de la información se estableció una base de datos para lo cual se usó el programa estadístico SPSS versión 22,0.

Para lo cual una vez confeccionada la base de datos, se procedió a realizar el análisis descriptivo de las variables en tablas en estudio y se presentan los resultados en tablas unidimensionales y tablas bidimensionales, usando las frecuencias estadísticas.

4.7. ETICA DE LA INVESTIGACION.

Al establecer las pautas iniciales de esta investigación desde el punto de vista ético, se ha optado por ceñirse estrictamente a lo establecido en los principios básicos y operacionales de la declaración de Helsinki, la cual fue promulgada por la Asociación Médica Mundial (AMM).⁽⁶¹⁾

Como un cuerpo de principios éticos que deben guiar a la comunidad médica y otras personas que se dedican a la investigación con seres humanos, siendo como el documento más importante en la ética de la investigación en ciencias de la salud. (Principio 1)

a). Principio básico: es el respeto por el individuo, su derecho a la autodeterminación y el derecho a tomar decisiones informadas (consentimiento informado) incluyendo la participación en la investigación, tanto al inicio como durante el curso de la investigación.

El deber del investigador es solamente hacia la usuaria y mientras exista necesidad de llevar a cabo una investigación, el bienestar del sujeto debe ser siempre procedente sobre los intereses de la práctica preventiva y cáncer cervicouterino.

El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente en un protocolo de investigación. Este debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y deben indicar como se han considerado los principios enunciados en esta declaración. El protocolo debe incluir información sobre financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, otros posibles conflictos de interés e incentivos para las personas que han sufrido daños como consecuencia de su participación en la investigación. El protocolo debe describir los arreglos para el acceso después del ensayo a intervenciones identificadas como beneficiosas en el estudio o el acceso a otra atención o beneficios apropiados.⁽⁶¹⁾

b). Principios operacionales: la investigación se debe basar en un conocimiento cuidadoso del campo científico, una cuidadosa evaluación de las usuarias y que sea conducida y manejada por investigadores expertos usando protocolos aprobados, sujeta a una revisión ética e identificar su relación con la declaración. Los estudios deberán ser discontinuados si la información disponible indica que las consideraciones originales no son satisfactorias. Por lo tanto, la presente investigación no compromete ni afecta la moral y la ética de las usuarias ya que antes de su participación se les

informara con todo detalle los procedimientos a seguir durante el desarrollo del estudio, así como los beneficios que se obtendrían al finalizar el estudio.

(61)

c). El principio de beneficencia: A través de la presente investigación de obtendrá beneficios para la profesión, que permitirá prevenir el cáncer cervicouterino.

5. RESULTADOS

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS USUARIAS DEL CENTRO DE SALUD LAURIAMA-BARRANCA, 2017”

TABLA 1. Edad de las usuarias del Centro de Salud Lauriama-Barranca, 2017.

EDAD	n	%
20-30 años	109	90.8
31- 41 años	10	8.3
>de 41 años	1	0.8
Total	120	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a las usuarias del C. S. Lauriama.Barranca-2017

Se evidencia que el 90.8 % de usuarias del Centro de Salud Lauriama de Barranca tienen las edades de 20-30 años, seguido del 8.3 % entre 31-41 años. Esto significa, que el mayor número de usuarias son entre jóvenes y adultas jóvenes, las que acuden con más frecuencia al Consultorio de Obstetricia.

**TABLA 2. Estado civil de las usuarias del Centro de Salud
Lauriama-Barranca, 2017.**

ESTADO CIVIL	n	%
Soltera	2	1.7
Conviviente	105	87.5
Casada	13	10.8
Total	120	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a las usuarias del C. S. Lauriama.Barranca-2017

Se evidencia que el 87.5 % de usuarias del Centro de Salud Lauriama de Barranca son convivientes, seguido del 10.8 % son casadas. Esto significa, que el mayor número de usuarias no regularizan su situación conyugal y son las que más acuden al Consultorio de Obstetricia.

**TABLA 3. Grado de instrucción de las usuarias del Centro de Salud
Lauriama-Barranca, 2017.**

GRADO DE INSTRUCCIÓN	n	%
Analfabeta	2	1.7
Primaria	6	5.0
Secundaria	106	88.3
Superior	6	5.0
Total	120	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a las usuarias del C. S. Lauriama.Barranca-2017

Se observa que el 88.3 % de usuarias del Centro de Salud Lauriama de Barranca tienen grado de instrucción secundaria, seguido del 5.0 % y 5.0 % superior respectivamente. Esto significa, que el mayor número de usuarias solo han concluido el nivel secundario, probablemente son las que han tenido hijos a temprana edad o su situación económica no les ha permitido seguir sus estudios superiores y son las que más acuden al Consultorio de Obstetricia.

TABLA 4. Ocupación de las usuarias del Centro de Salud**Lauriama-Barranca, 2017.**

OCUPACION	n	%
Ama de casa	86	71.7
Empleada pública/Privada	22	18.3
Comerciante	2	1.7
Otro	10	8.3
Total	120	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a las usuarias del C. S. Lauriama.Barranca-2017

Nos indica que el 71.7 % de usuarias del Centro de Salud Lauriama de Barranca son amas de casa, seguido del 18.3% son empleadas publicas/privadas. Esto nos indica, que la mayoría de las usuarias se dedican a su hogar y son las que más acuden al consultorio de Obstetricia del mencionado Centro de Salud y casi la mitad de ellas trabajan en el sector publico/privado y probablemente acuden a otro establecimiento de salud.

II: PRACTICAS DE PREVENCIÓN PRIMARIA

a. RELACIONADO A LA CONDUCTA SEXUAL

TABLA 5. Fuente de educación sexual recibido por las usuarias del Centro de Salud Lauriama-Barranca, 2017

FUENTE DE EDUCACIÓN SEXUAL:	n	%
Personal de salud	6	5.0
Profesores	32	26.7
Familiar	59	49.2
Amigas	0	0.0
Medios de comunicación	23	19.2
Total	120	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a las usuarias del C. S. Lauriama.Barranca-2017

Se puede apreciar el 49.2 % de usuarias del Centro de Salud Lauriama de Barranca han recibido orientación sexual de un familiar, seguido del 26.7 % de los profesores, un 19.2 % de los medios de comunicación y un 5.0 % del personal de salud. Según estos resultados podemos interpretar, que el personal de salud no está cumpliendo su labor preventiva promocional sobre educación sexual con las usuarias, ya que ellas reciben en su mayoría de sus familiares y de los profesores.

**TABLA 6. Edad de inicio de las relaciones sexuales en usuarias del
Centro de Salud Lauriama-Barranca, 2017**

EDAD DE LA PRIMERA RELACION SEXUAL	n	%
<=15 años	66	55.0
16-19 años	29	24.2
>=20 años	25	20.8
Total	120	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a las usuarias del C. S. Lauriama.Barranca-2017

Se observa, el 55.0% de las usuarias del Centro de Salud Lauriama-Barranca manifestaron que su primera relación sexual fue cuando eran menores de 15 años, seguido del 24.2% entre los 16 a 19 y el 20.8% más de 19 años. Podemos interpretar que las usuarias en su mayoría han tenido relaciones sexuales a temprana edad, tal vez porque no han recibido una orientación sexual oportuna de parte de sus familiares o de otra fuente.

TABLA 7. Número de compañeros sexuales de las usuarias del**Centro de Salud Lauriama-Barranca, 2017**

NÚMERO DE COMPAÑEROS		
SEXUALES	n	%
1 pareja	29	24.2
2 parejas	82	68.3
>=3 parejas	9	7.5
Total	120	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a las usuarias del C. S. Lauriama.Barranca-2017

Se observa, el 68.3% de las usuarias del Centro de Salud Lauriama-Barranca manifestaron que tuvieron dos compañeros sexuales; además se aprecia que el 24.2% tienen un compañero sexual y finalmente el 7.5% tuvieron más de dos compañeros sexuales. Podemos interpretar estos resultados, que no hay promiscuidad sexual en las usuarias, en su mayoría han tenido de 1 a 2 compañeros sexuales hasta el momento de la investigación.

**TABLA 8. Características sexuales de la pareja de las usuarias del
Centro de Salud Lauriama-Barranca, 2017**

CARACTERÍSTICAS SEXUALES DE LA PAREJA	n	%
Me es fiel	88	73.3
Tiene otras parejas sexuales	0	0.0
No se	32	26.7
Total	120	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a las usuarias del C. S. Lauriama.Barranca-2017

Nos muestra que el 73.3% de las usuarias del Centro de Salud Lauriama-Barranca manifestaron que sus parejas son fieles; además se aprecia que el 26.7% no saben si sus parejas son fieles. Podemos interpretar estos resultados, que las usuarias tienen mucha confianza con sus parejas en su mayoría y el resto no saben nada de las características sexuales de su pareja, probablemente no han observado o no se enteraron de nada por ello el desconocimiento.

TABLA 9. Si las usuarias del Centro de Salud Lauriama de Barranca han tenido Infecciones de Transmisión sexual.

INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL	n	%
Si	20	16.7
No	100	83.3
Total	120	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a las usuarias del C. S. Lauriama. Barranca-2017

Nos muestra que el 83.3 % de usuarias del Centro de Salud Lauriama de Barranca no tuvieron ITS, pero un 16.7 % si la tuvieron. Estos resultados, llaman la atención que de todas maneras una tercera parte de la población estudiada tuvieron ITS y es necesario implementar labores de prevención a fin de disminuir estas enfermedades.

TABLA 10. Tratamiento de las usuarias del Centro de Salud**Lauriama Barranca respecto a las ITS:**

RECIBIÓ TRATAMIENTO DE LAS		
INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN	n	%
SEXUAL		
Si	20	16.7
No	100	83.3
Total	120	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a las usuarias del C. S. Lauriama.Barranca-2017

Nos muestra que el 83.3 % de las usuarias del Centro de Salud Lauriama de Barranca, no recibieron tratamiento de la ITS que padecieron y solo el 16.7 % recibió tratamiento. Estos resultados podemos interpretar, que la mayoría no recibió tratamiento de las ITS, probablemente por descuido o situaciones socioeconómicas o tal vez falta de orientación de las consecuencias que podría ocurrir por la falta de tratamiento.

b. RELACIONADO A LA REPRODUCCION

TABLA 11. Paridad de las usuarias del centro de Salud de Lauriama-Barranca 2017.

PARIDAD	n	%
Nulípara	2	1.7
Primípara	50	41.7
Multípara	68	56.7
Total	120	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a las usuarias del C. S. Lauriama.Barranca-2017

Nos muestra que el 56.7 % de usuarias del Centro de Salud Lauriama son multíparas, seguido del 41.7 % son primíparas y un 1.7 % son nulíparas. Se puede interpretar, que la mayoría tienen más de un hijo y que es necesario realizar actividades de prevención sobre planificación familiar para evitar embarazos no deseados, ya que la mayoría tienen edades de 20 a 30 años.

TABLA 12. Edad del primer parto de las usuarias del Centro de Salud Lauriama-Barranca. 2017.

EDAD DEL PRIMER PARTO	n	%
No tiene parto	2	1.7
<=15 años	0	0.0
16-21 años	60	50.0
>=22 años	58	48.3
Total	120	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a las usuarias del C. S. Lauriama.Barranca-2017

Se da a conocer que el 50.0 % de usuarias del Centro de Salud Lauriama de Barranca tuvieron su primer parto entre las edades de 16-21 años, seguido del 48.3 % más de 21 años. Se puede interpretar que las usuarias tuvieron su primer parto a temprana edad, esto coincide porque tuvieron en su mayoría relaciones sexuales a temprana edad.

TABLA 13. Número de partos vaginales de las usuarias del Centro de Salud Lauriama. Barranca. 2017.

NUMERO DE PARTOS VAGINALES	n	%
0 Partos	11	9.2
1 Parto	42	35.0
2 Partos	61	50.8
3 Partos	6	5.0
Total	120	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a las usuarias del C. S. Lauriama.Barranca-2017

Se observa, el 50.8 % de usuarias del Centro de Salud de Lauriama de Barranca han tenido 2 partos vaginales, seguido del 35.0 % un parto vaginal. Podemos interpretar estos resultados, que la mayoría probablemente ha recibido su control prenatal durante su embarazo y ello ha contribuido la no presencia de complicaciones para un parto por cesárea.

d. RELACIONADO A LOS HABITOS NOCIVOS

**TAB LA 14. Consumo de tabaco de parte de las usuarias del
Centro de Salud Lauriama. Barranca. 2017**

CONSUMO DE TABACO	n	%
Si	0	0.0
No	120	100.0
Total	120	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a las usuarias del C. S. Lauriama. Barranca-2017

Se observa, el 100 % de las usuarias no consumen tabaco. Podemos interpretar que probablemente no es costumbre o no han contestado sinceramente a las respuestas.

II. PRACTICAS DE PREVENCIÓN SECUNDARIA DEL CÁNCER CERVICOUTERINO

CARACTERÍSTICAS DE LA PRUEBA DE PAPANICOLAU

TABLA 15. Realización de la Prueba de Papanicolau de las usuarias del Centro de Salud Lauriama. Barranca. 2017.

REALIZACIÓN LA PRUEBA DE PAPANICOLAU	n	%
Si	120	100.0
No	0	0.0
Total	120	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a las usuarias del C. S. Lauriama. Barranca-2017.

El 100 % de las usuarias del Centro de Salud Lauriama, Barranca se hicieron la Prueba de Papanicolau. Esto significa que en este aspecto las usuarias tienen conocimiento que es muy importante prevenir el cáncer de cuello uterino.

TABLA 16. Momento de realizar la Prueba de Papanicolau en las usuarias del Centro de salud Lauriama. Barranca. 2017.

MOMENTO EN QUE SE REALIZÓ LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU	n	%
Después de mi primera relación sexual	29	24.2
Cuando estaba embarazada	90	75.0
No se acuerda	1	0.8
Total	120	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a las usuarias del C. S. Lauriama.Barranca-2017.

Se evidencia que el 75 % de las usuarias del Centro de Salud de Lauriama. Barranca se han realizado la Prueba de Papanicolau durante su embarazo, seguido del 25.2 % después de la primera relación sexual.

Podemos interpretar estos resultados, que el personal de obstetricia del mencionado Centro de Salud, realiza una atención integral a las gestantes.

TABLA 17. Última Prueba de Papanicolau, que se han realizado las usuarias del Centro de Salud Lauriama.Barranca.2017.

ÚLTIMA VEZ QUE SE REALIZÓ LA PRUEBA DE PAPANICOLAU?	n	%
> de 3 años	3	2.5
< de 3 años	115	95.8
No se acuerda	2	1.7
Total	120	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a las usuarias del C. S. Lauriama.Barranca-2017.

Nos muestra el 96 % de las usuarias del Centro de Salud Lauriama de Barranca se han realizado en un tiempo menos de tres años, seguido del 2.5 %, no se realizan más de 3 años. Podemos interpretar estos resultados, que el personal de obstetricia debe promover realizar campañas de prevención del cáncer del cuello uterino a fin de sensibilizar a la población.

6. DISCUSION

En la tabla 1 se observa los resultados de la edad de las usuarias del Centro de Salud Lauriama. Barranca, el 90.8 % tienen las edades de 20-30 años, seguido del 8.3 % entre 31-41 años. Al respecto Vega en su investigación, encontró el promedio de la edad fue 36,39 años en las mujeres en edad fértil que acuden a su tamizaje para prevenir el cáncer del cuello uterino ⁽¹⁵⁾.

Por otro lado, Carrasco, en su trabajo menciona, el 42,34% de las usuarias oscilan entre los 20 y 29 años, en relación al nivel de conocimiento, actitudes y prácticas sobre el examen de Papanicolaou en mujeres en edad fértil sexualmente activas ⁽²⁴⁾.

En la tabla 2 se observa el 87.5 % de usuarias del Centro de Salud Lauriama de Barranca son convivientes, seguido del 10.8 % son casadas. Estos resultados son semejantes a los encontrados por Palma, en su estudio sobre prácticas de prevención del cáncer cervicouterino, donde el 52.4 % de usuarias son convivientes ⁽²³⁾. Por otro lado, Carrasco, en su investigación pública, el 61,26% de usuarias son convivientes, cuando relaciono el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas sobre el examen de Papanicolaou en mujeres en edad fértil sexualmente activas ⁽²⁴⁾.

En la tabla 3 se observa el 88.3 % de usuarias del Centro de Salud Lauriama de Barranca tienen grado de instrucción secundaria, seguido del 5.0 % y 5.0 % superior respectivamente. Estudios similares realizados por Martínez, sobre medidas preventivas del cáncer cérvico en usuarias encontró que tenían un nivel secundario el 61.1% ⁽²⁹⁾. Al respecto Alvarado en su estudio sobre nivel de conocimiento y su relación con las prácticas de prevención

del cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil refirió el 52.9% tienen estudios secundarios ⁽²⁶⁾.

En la tabla 4 se observa, el 71.7 % de usuarias del Centro de Salud Lauriama de Barranca son amas de casa, seguido del 18.3% son empleadas publicas/privadas. Al respecto Martínez en su estudio sobre medidas preventivas del cáncer cérvico en usuarias encontró el 88 % son amas de casa ⁽²⁹⁾. Por otro lado, Palma, en su estudio sobre prácticas de prevención del cáncer cervicouterino encontró, el 54.8 % de usuarias son amas de casa ⁽²³⁾. La ocupación de las usuarias en su mayoría son amas de casa probablemente se debe a factores socioculturales y el acceso que tienen a establecimientos de salud público.

En la tabla 5 se observa, el 49.2 % de usuarias del Centro de Salud Lauriama de Barranca han recibido orientación sexual de un familiar, seguido del 26.7 % de los profesores, un 19.2 % de los medios de comunicación y un 5.0 % del personal de salud. Estos resultados son semejantes a los encontrados por Martínez, en su estudio sobre medidas preventivas del cáncer cervicouterino, el 52 % ha recibido orientación sexual de sus padres, 32 % de sus profesores ⁽²⁹⁾.

En la tabla 6 se observa, el 55.0% de las usuarias del Centro de Salud Lauriama-Barranca manifestaron que su primera relación sexual fue cuando eran menores de 15 años, seguido del 24.2% entre los 16 a 19 y el 20.8% más de 19 años. Similares resultados fueron encontrados por Vega en su estudio sobre factores de riesgo del cáncer cervicouterino, donde menciona la prevalencia de mujeres que tuvieron una edad de inicio de vida sexual fue

menos de los 16 años que hacen el 17 % ⁽¹⁵⁾. Estos resultados difieren a lo encontrado por Palma, donde manifiesta que sólo el 26,9% de usuarias ha retrasado el inicio de relaciones sexuales hasta los 20 años ⁽²³⁾. El inicio de las relaciones sexuales en la mayoría de jóvenes se inicia a temprana edad, especialmente en aquellos que no han recibido orientación sexual o a consecuencia de factores familiares, culturales, etc.

En la tabla 7 se observa, el 68.3% de las usuarias del Centro de Salud Lauriama-Barranca manifestaron que tuvieron dos compañeros sexuales; además se aprecia que el 24.2% tienen un compañero sexual y finalmente el 7.5% tuvieron más de dos compañeros sexuales. Estos resultados son semejantes a lo encontrado por Vega, en relación al número de pareja sexual de las usuarias fue mayor de 4 ⁽¹⁵⁾. Estos resultados difieren a lo encontrado por Palma donde menciona que el 43,7% limita el número de compañeros sexuales a uno ⁽²³⁾. El número de parejas sexuales es un factor de riesgo para adquirir el cáncer cervicouterino, lo cual varía según el grado cultural de las personas.

En la tabla 8 se observa, el 73.3% de las usuarias del Centro de Salud Lauriama-Barranca manifestaron parejas son que sus fieles; además se aprecia que el 26.7% no saben si sus parejas son fieles. Al respecto Palma, en su estudio sobre prácticas de prevención del cáncer cervicouterino, encontró el 72,1% de usuarias conoce las características sexuales de su pareja ⁽²³⁾. Similares resultados fueron encontrados por Martínez en su estudio sobre prácticas preventivas del cáncer cervicouterino donde encontró que el 48.1% de mujeres en edad fértil conoce las características

sexuales de su pareja ⁽²⁹⁾. Es fundamental conocer los antecedentes sexuales de una pareja, a fin de prevenir el cáncer del cuello uterino, muchas veces no es considerado de importancia por algunos sectores de la población.

En la tabla 9 se observa, el 83.3 % de usuarias del Centro de Salud Lauriama de Barranca no tuvieron ITS, pero un 16.7 % si la tuvieron. Estos resultados son semejantes a lo encontrado por Palma, en su estudio sobre prácticas de prevención del cáncer cervicouterino, donde menciona que el 73,9% de mujeres en edad fértil han evitado el contagio de Infecciones de Transmisión Sexual ⁽²³⁾. Hay prácticas de prevención de las ITS, es por ello fundamental elevar el nivel de conocimiento y el cambio de actitudes sobre prácticas de prevención de las ITS a través de programas educativos.

En la tabla 10 se observa, el 83.3 % de las usuarias del Centro de Salud Lauriama de Barranca, no recibieron tratamiento de la ITS que padecieron y solo el 16.7 % recibió tratamiento. La falta de tratamiento de las ITS, es un antecedente sobre el estado de salud sexual y reproductiva de la mujer y por ende de su pareja.

En la tabla 11 se observa, el 56.7 % de usuarias del Centro de Salud Lauriama son multíparas, seguido del 41.7 % son primíparas y un 1.7 % son nulíparas. Estos resultados son semejantes a lo encontrado por Vega, donde menciona en cuanto a los partos, la prevalencia fue de 32,2% mayor de tres partos ⁽¹⁵⁾. Por otro lado, Martínez, en su estudio encontró, el 58.4% de mujeres en edad fértil han limitado el número de partos vaginales de uno o dos ⁽²⁹⁾. La planificación familiar es un método que toda usuaria debe asumir a fin de prevenir embarazos no deseados.

En la tabla 12 se observa, el 50.0 % de usuarias del Centro de Salud Lauriama de Barranca tuvieron su primer parto entre las edades de 16-21 años, seguido del 48.3 % más de 21 años. Estos resultados son semejantes a lo encontrado por Martínez en su estudio sobre prácticas de prevención del cáncer cervicouterino donde menciona, 17.6% de mujeres en edad fértil han retrasado su primer parto hasta los 17 años ⁽²⁹⁾. El embarazo a temprana edad es un alto riesgo obstétrico que se puede prevenir con la planificación familiar.

En la tabla 13 se observa, el 50.8 % de usuarias del Centro de Salud de Lauriama de Barranca han tenido 2 partos vaginales, seguido del 35.0 % un parto vaginal. Estos resultados son semejantes a lo encontrado por Martínez, donde el 58.4% de usuarias ha limitado el número de partos vaginales de uno o dos⁽²⁹⁾. En muchos hogares la pareja tiene prácticas de prevención para evitar un embarazo no deseado.

En la tabla 14 se observa, el 100 % de las usuarias del Centro de Salud de Lauriama, Barranca no consumen tabaco. Estos estudios son semejantes a lo encontrado por Martínez, donde menciona, el 99.1% ha evitado el consumo de tabaco ⁽²⁹⁾. El consumo de tabaco puede ser un factor de riesgo para la presencia de cáncer cervicouterino.

En la tabla 15 se observa, observa, el 100 % de las usuarias delo Centro de Salud Lauriama, Barranca se hicieron la Prueba de Papanicolau. Estos resultados son semejantes a lo encontrado por Martínez, donde menciona. el 95.4 % de usuarias se han realizado el Papanicolaou⁽²⁹⁾. Las labores

educativas sobre prácticas de prevención del cáncer cervicouterino realizado por el personal de Obstetricia son fundamentales.

En la Tabla 16 se observa, el 75 % de las usuarias del Centro de Salud de Lauriama. Barranca se han realizado la Prueba de Papanicolau durante su embarazo, seguido del 25.2 % después de la primera relación sexual. Éstos resultados son semejantes a lo encontrado por Martínez, donde menciona, el 95.4 % se ha realizado el Papanicolaou; de las cuales solo el 10.2 % se realizó después de iniciar su vida sexual, solo el 47.2% se realiza cada año, el 67,8% se ha realizado su última prueba hace menos de un año, el 6.5% se la ha realizado más de seis veces, el 79.6% conoce el resultado de su ultimo Papanicolaou ⁽²⁹⁾.

En la tabla 17 se observa, el 96 % de las usuarias del Centro de Salud Lauriama de Barranca se han realizado en un tiempo menos de tres años, seguido del 2.5 %, no se realizan más de 3 años. Estudios similares realizado por Martínez, menciona, el 67,8% se ha realizado su última prueba hace menos de un año, el 6.5% se la ha realizado más de seis veces. El examen de Papanicolau se debe realizar una vez al año.

7. CONCLUSIONES

1) Respecto a las características sociodemográficas de las usuarias, el mayor número de usuarias que acuden al Centro de Salud Lauriama hacen el 90.8 % que tienen edades de 20-30 años. El mayor porcentaje que es el 87.5 % son convivientes. Un porcentaje elevado de 88.3 % tienen grado de instrucción secundaria. El 71.7 % está conformado por amas de casa.

2) Respecto a las prácticas de prevención primaria, El 49.2 % de usuarias han recibido orientación sexual de un familiar, seguido del 26.7 % de los profesores. Un 55.0% tuvieron su primera relación sexual < de 15 años, seguido del 24.2% entre los 16 a 19 años. El 68.3%, manifestaron que tuvieron dos compañeros sexuales. Un 73.3% manifestaron que sus parejas le son fieles. El mayor número que hacen el 83.3 % no tuvieron ITS. El 56.7 % son multíparas, seguido del 41.7 % son primíparas. El 50.0 % tuvieron su primer parto entre las edades de 16-21 años, seguido del 48.3 % más de 21 años. Las usuarias en su totalidad no consumen tabaco

3) Respecto a las prácticas de prevención secundaria, la población total de usuarias se hicieron la Prueba de Papanicolau. El 75 % se han realizado la Prueba de Papanicolau durante su embarazo.

8. RECOMENDACIONES

- a. Se debe desarrollar actividades preventivo – promocionales sobre el Cáncer Cervicouterino, de manera organizada, mensajes claros con materiales de apoyo indispensables, adaptándolas a las circunstancias y características personales de las usuarias del Centro de Salud Lauriama; para obtener una conducta final deseada: Realización de la prueba de Papanicolaou temprana, periódica y oportuna.
- b. Realizar una intervención de manera escalonada en el distrito de Barranca, que comprenda 3 fases: una educativa, otra de detección, y de tratamiento; con la participación y apoyo del Instituto de Enfermedades Neoplásicas, lo cual asegura un mayor impacto en las acciones para la prevención del Cáncer Cervicouterino
- c. En los Centros de Salud deben implementar servicios diferenciados para los adolescentes a cargo de las obstetras para brindarles toda la información necesaria en el área de la salud sexual y reproductiva, dando facilidades de horarios para mayor asistencia, como también coordinar con las instituciones Educativas para dar sesiones educativas en estos establecimientos abarcando un mayor número de adolescentes.
- d. Las obstetras deben trabajar en equipo con el área de Psicología durante las sesiones educativas para guiar a los adolescentes en su proyecto de vida y concientizarlos que en esta etapa su principal objetivo es estudiar para lograr ser profesionales. También se debe

trabajar con los padres en las Escuelas para padres para que sepan guiar a sus hijos en esta etapa de la adolescencia.

- e. El Centro de Salud de Lauriama debe realizar campañas informativas acerca de la vacuna contra el Virus Papiloma Humano para toda la población, de igual manera el Ministerio de Salud debe hacer más promoción de la vacuna usando distintos medios de comunicación.

9. BIBLIOGRÁFICAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Información sobre HPV y cáncer cervical en las Américas [Base de Datos en Internet]. Bethesda (MD). Estados Unidos. citado el 9 de Nov. de 2015.
2. Organización Mundial de la Salud. Información sobre cáncer cervicouterino un problema social mundial. [Base de datos en internet]. Biblioteca de Medicina. Santiago de Chile. citado 11 de jul. de 2014.
3. La Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad materna en el mundo [Base de datos en internet] Boletín informativo de la OPS. Distrito de Columbia-Estados Unidos. citado 12 de jul. de 2014.
4. Guía Control Integral del Cáncer Cervicouterino-Guía de Prácticas Esenciales-OMS.España. Citado 05 de Dic. de 2014.
5. Marleen T. Directora del Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas de la OMS. Ginebra. citado 05 de Mar. De 2014.
6. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Estadísticas de Salud Mortalidad por Neoplasias Malignas. Perú.citado 4 de Feb.2000.
7. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Cáncer ocasiona 450 mil muertes en Latinoamérica.[Revistas/Medicina].Perú. citado 6 de Jun. 2014.
8. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Promoción de la salud y control del cáncer.[Revistas/Medicina].Perú. citado 21 de Abr. 2013.
9. Ministerio de Salud. Manual de Normas y Procedimientos para la Prevención del Cáncer de Cuello Uterino. [Internet] Medine Plus-Información de Salud de la Biblioteca del Ministerio de Salud. 2012 [citado 5 de marzo de 2012]. Recuperado a partir de:

<https://medlineplus.gov/spanish/highbloodpressure.html>

- 10.** Plan Operativo Anual de la Dirección Regional de Salud Hospital Barranca Cajatambo. Registro de Papanicolau. [Hospital de barranca]. Perú. citado 15 Ago. 2015.
- 11.** Ministerio de Salud. Plan Nacional para la Prevención del Cáncer Ginecólogo. Perú. citado 8 de Mar 2010.
- 12.** Organización Panamericana de la Salud. Análisis de la situación de cáncer de cervicouterino en América Latina y el Caribe. Distrito de Columbia - Estados Unidos. citado 20 Nov. 2012.
- 13.** Baldizón J. Conocimientos, actitudes y prácticas del Cáncer Cervicouterino y el examen de Papanicolaou en las mujeres del Municipio de Paiwas. [Tesis doctoral]. Nicaragua. en el periodo de Enero a Diciembre del año 2007.
- 14.** Castillo M. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou en mujeres de 15 a 54 años residentes en la ciudad de la Pintada. [Tesis doctoral]. Panamá. abril de 2009.
- 15.** Vega A. Factores de riesgo para cáncer cervicouterino en mujeres de Matamoros, Tamaulipas. [Revista Scielo]. México. Agosto 2011; 24 (240): 20-25.
- 16.** García R. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el test de Papanicolaou en mujeres embarazadas consultantes de hospitales del Departamento de Alto Paraná. [Tesis doctoral]. Paraguay. 2011.

17. Salinas J. Factores de riesgo y prevención del cáncer cérvicouterino en las usuarias de la “Clínica Granados”. Salinas. [Tesis de Pregrado]. Ecuador. 2012.
18. López C. Conocimientos, actitudes y prácticas respecto al cáncer de cuello uterino. [Revista Científica Hinari]. Colombia. Julio 2012; 20 (220): 29-35.
19. Ramírez E. Conocimientos, actitudes y prácticas frente a la toma de Papanicolaou en la población de mujeres trabajadoras de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de la Plata. [Tesis de Posgrado]. Argentina. 2015.
20. Sosa N. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el Papanicolaou entre pacientes ingresadas al servicio de ginecología del Hospital Alemán-Nicaragüense. [Revista Científica Scielo]. Nicaragua. en los meses de septiembre, octubre y noviembre del año 2015; 22 (220): 15-20.
21. Centro de Estudios de Estado y Sociedad. Cáncer cervical; Percepción social, prevención y conocimientos. [Revista Científica Scielo]. Argentina. Mayo 2015; 29 (220): 30-40.
22. Cardozo J. Conocimientos, actitudes y prácticas respecto al Cáncer de Cuello Uterino en el municipio de Sucre. [Revista Científica Hinari]. Bolivia. Julio 2015; 30 (240): 24-27.
23. Palma J. Prácticas de prevención del cáncer cervicouterino en usuarias del Centro de Salud Leonor Saavedra- San Juan de Miraflores. [Tesis de Pregrado]. Perú. de enero a marzo del año 2011.
24. Carrasco J. Relación entre el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas sobre el examen de Papanicolaou en mujeres en edad fértil sexualmente

activas de la urbanización “Las Palmeras” en el Distrito de Morales. [Tesis de Pregrado]. Perú. julio - diciembre 2011.

- 25.** Solano I. Nivel de conocimientos y actitudes en relación con las prácticas de prevención del cáncer de cuello uterino. Alto Trujillo. [Tesis de Pregrado]. Perú. 2013.
- 26.** Alvarado M. Nivel de conocimiento y su relación con las prácticas de prevención del cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil.[Revista científica Scielo]. Perú. del Caserío Bello Horizonte- Banda de Shilcayo. Periodo Julio-Setiembre 2014; 22 (220): 15-20.
- 27.** Quispe F. Nivel de conocimiento y actitud sobre el Papanicolaou en mujeres de 20 a 30 años en el hospital de Vitarte.[Tesis de Pregrado]. Perú. en el año 2014.
- 28.** Delgado J. Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou en pacientes mujeres mayores de 18 años atendidas en consulta externa del hospital Regional Docente las Mercedes. [Tesis de Pregrado]. Perú. 2015.
- 29.** Martínez B. Medidas preventivas del cáncer Cérvico en usuarias del Centro de Salud Daniel Alcides Carrión – Chincha. [Tesis de Posgrado]. Perú. en el periodo Enero – Marzo del año 2015.
- 30.** Sosa R. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el Papanicolaou entre pacientes ingresadas al servicio de ginecología del Hospital. [Revista de Ginecología y Obstetricia]. Año 2012. Vol. 5 (3). Pág. 25-34.
- 31.** Organización Mundial de la Salud. Guía de control del cáncer cervicouterino. Estados Unidos. citado 15 de Jun. 2013.

- 32.** Cogollo Z. Conocimientos, actitudes y prácticas de mujeres de 18 y 49 años frente a la citología cervicouterina en instituciones de salud pública de Cartagena. [Revista Salud Uninorte. Barranquilla]. Colombia. Año 2010. Vol. 26 (2). Págs. 223, 226-229.
- 33.** Organización Mundial de la Salud. Prevención y el control del cáncer cervicouterino. Estados Unidos. citado 11 de mayo 2014.
- 34.** Víctor V. Guatavo. A. prevención primaria y secundaria del cáncer cervicouterino. [Revista]. Vol. 80, N° 3. Mayo – junio 2012
- 35.** Zenteno V. Rivas J. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el Papanicolaou en mujeres de 15 a 50 años en el Hospital La Paz. [Revista Archivos del Hospital La Paz]. Bolivia. Octubre. Año 2007. Vol. 5 (2). Págs. 7-13.
- 36.** Castro M. Nivel de conocimiento sobre cáncer cervical el Papanicolaou en relación al temor, estrés o vergüenza al tamizaje estudio transversal en una comunidad pobre. [Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia]. Perú. Año 2005. Vol. 51 (2). Págs. 94, 96, 97.
- 37.** Picón M. Conocimientos, actitudes y prácticas de mujeres jóvenes acerca del Papiloma Virus Humano. Chile. Año 2009. Págs. 3, 15-31.
- 38.** Organización Panamericana de la Salud. Cáncer cervicouterino magnitud del problema; Fundamentos en Planificación de programas apropiados para la prevención del cáncer Cervicouterino 3ra Edición. Washington citado 20 de Mayo. 2002.

39. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Departamento de Promoción de la Salud y Control del Cáncer. [Manual docentes]. Perú. citado 30 de Jul. 2013.
40. Gestión Médica. Enfrentarán preocupante avance del cáncer con Plan Nacional de Control. En Gestión Médica, periódico para los Profesionales de la Salud. 4ta Edición. [Tratado de Ginecología]. Perú. Semana del 5 al 11 de Setiembre. 2015. Págs. 2-5.
41. Mongrut Steane Andrés. 4ta Edición Perú, 2000 Págs. 303- 314.
42. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Departamento de Prevención, Detección y Diagnóstico. Prevención y detección del Cáncer. Año 2004. Págs. 10 y 17.
43. hall Joanne y Col. Enfermería en Salud Comunitaria: un enfoque de Sistemas. Año 2002. Págs. 318-320.
44. Serman F. Cáncer Cervicouterino; Epidemiología, Historia Natural y Rol del Virus Papiloma Humano. Perspectivas en Prevención y Tratamiento. [Revista Chilena Obstetricia y ginecología]. Chile. 2002. Volumen 67. N° 4. Págs. 318-323.
45. Ortiz R. Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino. [Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología]. Colombia. 2004. Vol.55 N°2 Págs. 148-154.
46. Aranda Flores Carlos Eduardo. Prevención primaria del cáncer cervicouterino. [Revista GAMO]. Año 2009. Vol. 8 (1). Págs. 1-4.
47. Vasallo y barrios. Actualización Ponderada de los Factores del Cáncer. Montevideo. Año 2003. Págs. 1-3.

48. Amaya, J. Tamizaje para cáncer de cuello uterino.[Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología]. Año 2005. Vol. 56 (1). Págs. 62-64.
49. León G. Mecanismos moleculares de los cofactores asociados con el cáncer de cuello uterino En Ginecología Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. [Revista Cubana Obstetricia y Ginecología]. 2004. Volumen 30 / N° 3.
50. Bazán F. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou. [Revista Anales de la Facultad de Medicina]. Lima-Perú. Año 2007. Vol. 68 (1). Págs. 47, 49-52.
51. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Departamento de la Salud y Prevención del Cáncer. El Cáncer como problema de salud pública. Año 2006. Págs. 11-12.
52. . Latinsalud de Cáncer de Cuello Uterino. Año 2005.
53. Chocarro L. Enfermería Medico quirúrgica; procedimientos y cuidados en la enfermería. 1ra Edición. España. Año 2006. Pág. 42.
54. OPS. Tamizaje; Pruebas de Papanicolaou. Aspectos Destacados del tema, N°.2. En Planificación de programas apropiados para la prevención del cáncer Cervicouterino 3ra Edición. 2002. Pág. 11
55. OPS. Oficina regional de la OMS. Hoja Informativa Programa mujer salud y desarrollo. Año 2004. Págs. 3-8.
56. OMS. Control integral del cáncer cervicouterino: guías prácticas esenciales. Año 2007. Págs. 95-96.
57. Castañeda M. El cáncer cervical como problema de Salud Pública en mujeres mexicanas y su relación con Virus del Papiloma Humano. [En tesis para optar

el grado de Doctor en Salud Pública y Metodología de la Investigación Biomédica]. Año 2002. Págs. 42-52.

- 58.** Sarduy R. neoplasia Intraepitelial Cervical. Preámbulo del Cáncer Cervicouterino. Cuba. Año 2008. Pág. 4.
- 59.** Ludmir G. Ginecología y Obstetricia. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento. CONCYTEC. Lima Perú. 2007. Págs. 1131-1132.
- 60.** Hernández. R. Fernández. C. Baptista. P. Metodología de la Investigación. Quinta edición. México; 2010.
- 61.** Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para la Investigación Médicas en seres humanos. Journal of American Medical Association. 2014.

ANEXOS



ANEXO N°01

CUESTIONARIO
“PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER CERVICOUTERINO EN
USUARIAS DEL CENTRO DE SALUD LAURIAMA-BARRANCA, 2017”

Presentación: Las investigadoras, Alida Lesly Garro Valderrama, Maylin Pamela Culla Ramos, Bachilleres en Obstetricia de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo, están trabajando en un estudio que servirá para la elaboración de una tesis acerca de “Prácticas de prevención del Cáncer Cervicouterino en usuarias del Centro de Salud Lauriama-Barranca, 2017”. Para ello les pediremos que fuera tan amable de contestar unas preguntas con la mayor sinceridad posible. Sus respuestas serán confidenciales y anónimas.

Instrucciones generales: El presente cuestionario es anónimo, tiene como finalidad determinar las Prácticas de prevención del cáncer cervicouterino en usuarias del Centro de Salud Lauriama-Barranca, 2017, 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. Características sociodemográficas:

01. ¿Cuántos años tienes?

0: 20-30

1: 31- 41

2: >de 41 años

02. ¿Cuál es tu grado de instrucción?

0: Analfabeta

1: Primaria

2: Secundaria

3: Superior

03. ¿Cuál es tu estado civil?

0: Soltera

1: Conviviente

2: Casada

04. ¿Cuál es la ocupación actual de tu pareja?

0: Empleado público/Privado

1: Comerciante

2: Otro

05. ¿A qué te dedicas?

0: Ama de casa

1: Empleada público/Privado

2: Comerciante

3: Otro

II. PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN PRIMARIA DEL CÁNCER CERVICOUTERINO.

a. Relacionado a la Conducta Sexual

1. De quién ha recibido Ud. educación sexual:

a) Personal de salud

b) Profesores

c) familiar

d) Amigas

e) Medios de comunicación.

a) ¿A qué edad fue tu primera relación sexual? :_____

2. Número de compañeros sexuales: _____

3. Características sexuales de la pareja

a) Me es fiel

b) tiene otras parejas sexuales

c) no se

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

a) SI

a) No

5. ¿Se trató Ud. la Infección de Transmisión Sexual?

a) SI

b) No

¿ **b. Relacionado a la Reproducción**

6. ¿Tiene Ud. hijos?

a) SI Pase a la siguiente pregunta

b) NO Pase a la pregunta 11

7. ¿A qué edad fue su primer parto?: _____

8. ¿Cuántos hijos tiene Ud.?: _____

9. ¿Cuántos partos vaginales tiene?: _____

d. Relacionado a Hábitos Nocivos

10. ¿Fuma Ud. diariamente?

a) SI ¿Cuántos cigarros?: _____

b)

NO

11. ¿Qué tipo de insumo consume usted?

a. Ninguna

b. Marihuana

c. Cocaína

d. Otros

**II. PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN SECUNDARIA DEL CÁNCER
CERVICOUTERINO**

a. Características de la Prueba del Papanicolaou

12. ¿Se ha realizado Ud. la Prueba de Papanicolaou?

a) SI Pase a la siguiente pregunta

b) NO

13. ¿En qué momento se realizó la Prueba de Papanicolaou?

a) Después de mi primera relación sexual

b) Cuando estaba embarazada

c) No se acuerda

14. ¿Cuándo fue la última vez que se realizó la Prueba de Papanicolaou?

a) > de 3 años

b) < de 3 años

c) No se acuerda.

15. ¿Conoce Ud. el resultado de su última Prueba de Papanicolaou?

a) SI

b) NO

GRACIAS POR SU PARTICIPACION



ANEXO N°02

MATRIZ DE VALIDACION DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

El instrumento para la recolección de datos de la investigación, será validado por jueces o expertos, la validación consta de ocho aspectos que se describen a continuación:

1. El instrumento persigue los fines de los objetivos generales (...)
2. El instrumento no persigue los fines de los objetivos específicos (...)
3. La hipótesis es atingente al problema y a los objetivos planteados (...)
4. El número de los ítems que cubre cada dimensión es el correcto (...)
5. Los ítems están redactados correctamente (...)
6. Los ítems despiertan ambigüedades en el entrevistado/encuestado (...)
7. El instrumento que se va aplicar llega a la comprobación de la hipótesis (...)
8. La (s) hipótesis está formulada correctamente (...)

LEYENDA

PUNTUACIÓN

DA: De Acuerdo

1

ED: En Desacuerdo

0

Validez del Contenido:

JUEZ	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Ítem 6	Ítem 7	Ítem 8	TOTAL
I	1	0	1	1	1	0	1	1	6
II	1	0	1	1	1	0	1	1	6
III	1	0	1	1	1	0	1	1	6
TOTAL	3	0	3	3	3	0	3	3	18



ANEXO N°03

“PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER CERVICOUTERINO EN USUARIAS DEL CENTRO DE SALUD LAURIAMA-BARRANCA, 2017”

1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por, Alida Lesly Garro Valderrama, Maylin Pamela Culla Ramos, Bachilleres en Obstetricia de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo. La meta de este estudio es determinar cuáles son las prácticas de prevención del Cáncer Cervicouterino en las usuarias del Centro de Salud Lauriama-Barranca, 2017.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista y completar una encuesta. Esto tomará aproximadamente 10 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Alida Lesly Garro Valderrama, Maylin Pamela Culla Ramos, Bachilleres en Obstetricia de la

Escuela Profesional de Obstetricia de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo. He sido informada de que la meta de este estudio es determinar cuáles son las prácticas de prevención del cáncer cervicouterino en las usuarias del Centro de Salud Lauriama de Barranca.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 10 minutos.

GRACIAS POR SU PARTICIPACION

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

ANEXO N°04

VALIDEZ

Para validar la investigación se entregó los resúmenes del proyecto de investigación a tres expertos, después los expertos hicieron una calificación con escala dicotómica (de acuerdo y en desacuerdo) a 8 preguntas formuladas el cual se ingresó en el software SPSS y se calculó el W de Kendall que es prácticamente superior a 0.8 como se muestra en los siguientes resultados:

Rangos

	Rango promedio
El instrumento persigue los fines de los objetivos generales	5,33
El instrumento no persigue los fines de los objetivos específicos	1,33
La hipótesis es atingente (atingencia: conexión, relación de una cosa con otra,) al problema y a los objetivos planteados	5,33
El número de los ítems que cubre cada dimensión es el correcto	5,33
Los ítems están redactados correctamente	5,33
Los ítems despiertan ambigüedades en el entrevistado/encuestado	2,67
El instrumento que se va a aplicar llega a la comprobación de la hipótesis	5,33
La (s) hipótesis está formulada correctamente	5,33

Estadísticos de prueba

N	3
W de Kendall ^a	0,849
Chi-cuadrado	17,839
gl	7
Sig. asintótica	0,013

a. Coeficiente de concordancia de Kendall

En conclusión, el trabajo de investigación es válido por el método de juicio de expertos.

ANEXO N°05

DETERMINACIÓN DE LA FIABILIDAD

Para la Confiabilidad del cuestionario de preguntas para la recolección de datos, se utilizó el análisis de consistencia Alfa de Crombach (α), donde,

$$\hat{\alpha} = \left(\frac{k}{k-1} \right) \left(1 - \frac{\sum \hat{\sigma}_i^2}{\hat{\sigma}_x^2} \right)$$

Al realizar esta prueba, para el instrumento observamos un valor de $\alpha = 0,781$, además el alfa de Cronbach si se elimina el ítem y podemos apreciar que todos los ítems tienen alfa de Cronbach superior a 0.7:

ÍTEMS	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
De quién ha recibido Ud. educación sexual:	42.4750	4.688	0.714	0.245
¿A qué edad fue tu primera relación sexual?	43.8333	6.342	0.777	0.211
Número de compañeros sexuales	43.6583	5.588	0.755	0.298
Características sexuales de la pareja	43.9583	5.738	0.786	0.175
¿Ha tenido Ud. alguna Infección de Transmisión Sexual?	43.6583	5.437	0.787	0.236
¿Se trató Ud. la Infección de Transmisión Sexual?	43.6583	5.437	0.787	0.236
¿Tiene Ud. hijos?	44.4750	6.067	0.704	0.247
¿A qué edad fue su primer parto?	43.0417	5.452	0.723	0.232
¿Cuántos hijos tiene Ud.?	42.8917	4.938	0.790	0.244
¿Cuántos partos vaginales tiene?	42.9750	4.814	0.786	0.244
¿Fuma Ud. diariamente?	43.4917	5.865	0.720	0.291
¿Qué tipo de insumo consume usted?	44.4917	5.865	0.780	0.291
¿Se ha realizado Ud. la Prueba de Papanicolaou?	44.4917	5.865	0.790	0.291

¿En qué momento se realizó la Prueba de Papanicolaou?	43.7250	6.117	0.790	0.207
¿Cuándo fue la última vez que se realizó la Prueba de Papanicolaou?	43.5000	5.916	0.793	0.273
¿Conoce Ud. el resultado de su última Prueba de Papanicolaou?	44.4250	5.692	0.793	0.232
¿Cuántos años tienes?	44.3917	5.786	0.781	0.289
¿Cuál es tu grado de instrucción?	42.5250	5.865	0.784	0.262
¿Cuál es tu estado civil?	43.4000	5.822	0.745	0.279
¿Cuál es la ocupación actual de tu pareja?	43.2083	5.645	0.785	0.246
¿A qué te dedicas?	44.0250	5.588	0.782	0.205

En resumen, el instrumento es confiable y se pueden aplicar a la muestra.