

INFORME N°065-FCS-EPE-UPeCEN-2018

A : Efraín Pedro Uribe Correa
Director del Centro de Investigación

DE : Lic. Marleny Mendoza Zúñiga
Coordinadora de la Escuela Profesional de Enfermería

ASUNTO : Informe Final de Proyecto de Investigación de la Escuela
Profesional de Enfermería

Fecha : 30 de Diciembre del 2018

Por medio de la presente reciba Ud. mi respetuosos saludos y a la vez hacer llegar a su despacho el Informe final del Proyecto de investigación **PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER CERVICOUTERINO EN USUARIAS DE LA UNIDAD ONCOLOGICA DEL CENTRO DE SALUD CONCEPCION – 2018**” de la Escuela Profesional de Enfermería.

Es todo cuanto informo para su conocimiento

Atentamente

Lic. Marleny Mendoza Zúñiga
Coordinadora de la Escuela Profesional de Enfermería

Código del proyecto de investigación: 201807

PROYECTO DE INVESTIGACION DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

1.- TITULO DEL PROYECTO DE INVESTIGACION

PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER CERVICOUTERINO EN USUARIAS DE LA UNIDAD ONCOLOGICA DEL CENTRO DE SALUD CONCEPCION – 2018

2.- INVESTIGADOR PRINCIPAL

- Lic. MARLENY MENDOZA ZUÑIGA

3.- INVESTIGADORAS COAUTORAS

- Mg. GINA FIORELLA LEON UNTIVEROS

4.- OBJETIVOS

4.1.- OBJETIVO GENERAL

Determinar las Prácticas de Prevención del Cáncer Cervicouterino en Usuaris de la Unidad Oncologica del Centro de Salud Concepcion – 2018

4.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las prácticas de prevención primaria y secundaria según características generales de las usuarias en estudio y la frecuencia de la realización de la prueba de papanicolau en las usuarias en estudio.
- Analizar la relación entre las prácticas de prevención del cáncer cervicouterino con las características sociodemográficas: edad, nivel de escolaridad, religión, ocupación, estado civil, nivel económico de las usuarias en estudio.

5.- RECURSOS HUMANOS

- Lic. MARLENY MENDOZA ZUÑIGA
- Mg. GINA FIORELLA LEON UNTIVEROS

INFORME FINAL

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO:

a. Código del proyecto de investigación: 201807

Título del proyecto de Investigación: **PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER CERVICOUTERINO EN USUARIAS DE LA UNIDAD ONCOLOGICA DEL CENTRO DE SALUD CONCEPCION – 2018”**

b. Investigador principal y Co-Investigador:

- Lic. MARLENY MENDOZA ZUÑIGA
- Mg. GINA FIORELLA LEON UNTIVEROS

2.- INTRODUCCION:

El cáncer constituye un problema de salud pública a nivel mundial, en la región de las Américas y en nuestro país, por su alta mortalidad como por la discapacidad que produce. Se estima que a nivel mundial se diagnostican aproximadamente 12.7 millones de casos nuevos de cáncer cada año, sin que se produzca una mejora sustancial en el control del cáncer, se prevé que para el año 2030, esta cifra anual se elevará a 21.3 millones de casos nuevos. La Organización Mundial de la Salud estima que para el año 2005 se produjeron 7.6 millones de defunciones por cáncer y que en los próximos 10 años morirán 84 millones más si no se emprenden las acciones respectivas. Más del 70% de todas las muertes por cáncer se produjeron en países con ingresos económicos bajos y medios, países donde los recursos disponibles para la prevención, diagnóstico y tratamiento son limitados o inexistentes.

A nivel mundial el cáncer de cuello uterino es el tercero en frecuencia en mujeres (530 mil nuevos casos, 13,6% del total) y el sétimo más común a nivel

general entre hombres y mujeres. El 85% de los casos registrados se producen en los países en desarrollo (453 mil casos). Las tasas de incidencia de cáncer de cuello uterino varían en más de 22 veces entre las regiones del mundo: las tasas más altas están en las regiones del Este Africano, específicamente en Zimbabwe y Uganda, con tasas de incidencia estandarizada por edad (TEE) de 47.3 y 45.8 casos por 100,000 mujeres respectivamente; y en América Latina, donde la ciudad de Trujillo en Perú reporta el nivel más alto en el continente (43.9 por 100,000); mientras que las tasas de incidencia más bajas se han encontrado en Israel (población no judía) con 2.4 por 100,00 y en Egipto con 2.1 por 100,000

En cuanto a mortalidad tenemos una estimación de 275 mil muertes en el año 2008 a nivel mundial, convirtiendo al cáncer de cuello uterino en la séptima causa de muerte por cáncer en ambos sexos.

En el Perú habrían ocurrido 4,142 casos de cáncer cervicouterino en ese año, representando una tasa de incidencia estandarizada de 37.1 casos por 100,000 mujeres; del mismo modo se estima que fallecieron 1,646 pacientes por esta causa. Podemos deducir que sólo el 20% de los casos ocurren en el área de Lima Metropolitana. La casuística del INEN revela que en los últimos años se recibe en promedio 1,600 casos de cáncer de cuello uterino infiltrante, siendo los estadios II y III los predominantes en frecuencia.

Encontraron que tanto a nivel mundial como en países de bajos-medios ingresos como el nuestro, el mayor número de muertes por cáncer cervicouterino es explicado por factores de riesgo como el consumo de tabaco, consumo de alcohol y bajo consumo de frutas y verduras en la dieta; mientras que, en países de altos ingresos, los factores de riesgo que explican el mayor número de muertes por cáncer son el consumo de tabaco, el consumo de

alcohol, el sobrepeso y la obesidad. Para el caso del cáncer de cérvix, la transmisión sexual del virus del papiloma humano constituyó la principal causa de muerte en países de bajos y medianos ingresos.

En el presente informe de investigación se presenta los hallazgos que en materia del estudio fueron analizados para determinar las prácticas de prevención del cáncer cervicouterino en usuarias de la Unidad Oncológica del Centro de Salud Concepcion.

3.- MARCO TEORICO

3. MARCO TEÓRICO

3.1. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

En Colombia Christian Adrián López-Castillo, Manuel Alejandro Calderón, María Mercedes González de S, 2012 ⁽¹⁹⁾, realizaron un estudio cuyo objetivo fue 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. El diseño del estudio fue de corte transversal, con muestreo por conveniencia. Con una muestra de 100 mujeres a quienes le aplicaron la entrevista. Los resultados que obtuvieron, indican que: la edad la media fue de 27,22 años. La mayoría tenían SIS BEN 1 (76%). El 89% de las mujeres encuestadas tenían poco conocimiento sobre cáncer de cuello uterino. El 51% tenían claro cómo se previene el cáncer de cuello uterino. El 88,8% de mujeres que habían tenido relaciones sexuales se había tomado alguna vez la citología. Existe una relación significativa ($p < 0.05$) entre el bajo conocimiento sobre la prevención, detección y periodicidad de la toma de la citología y las edades más bajas. No existe coherencia entre el conocimiento, el

pensamiento y las actitudes de las mujeres en edad reproductiva incluidas en el presente estudio. Las mujeres más jóvenes tienen un nivel más bajo de conocimientos pese a que acuden a la escuela. Con estos resultados pudieron reorientar los procesos educativos en esa comunidad, empezando desde la educación escolar, hacia aspectos socioculturales de las personas y con base en esto elaborar proyectos educativos mucho más pertinentes (conocimiento contextualizado y útil) convirtiéndolos en eficientes y efectivos .

En Paraguay Ruoti de García de Zúñiga, 2008⁽²¹⁾, realizaron un estudio titulado “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el test de Papanicolaou (PAP) en mujeres embarazadas consultantes de hospitales del Departamento de Alto Paraná, Paraguay”, cuyos resultados fueron: El 66.3% (695/1049) escuchó hablar del PAP. A las preguntas ¿Qué es el PAP? ha respondido correctamente el 15.5% (108), imprecisa el 38.7% (120), errónea el 7.2% (50) y no sabe el 33.7% (383); ¿Para qué sirve?, en forma correcta 12.8% (89), errónea 37.3%(258), imprecisa, 37.0% (257) y 11.4% (79) no sabe. Alrededor del 40.0% cree que debe hacerlo cada 6 meses y cada año. El 54.05%(372) considera que debe empezar a hacerse “al iniciar las relaciones sexuales” y el 41.4% (288) antes de los 20 años. Las principales fuentes de información sobre el PAP son el médico 32.7% (228); familiar 24.3% (169) y enfermera 19.2% (133). El 46.4% (487/1049) del total y el 70.1% (487/ 695) de las que mencionaron conocer se realizó alguna vez. El 16.0% una sola vez. 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.

En Colombia Cogollo Zuleima, 2007 ⁽²³⁾, realizaron un estudio titulado “Conocimientos, actitudes y prácticas de mujeres de 18 y 49 años frente a la citología cervicouterina en instituciones de salud pública de Cartagena (Colombia)”, cuyos resultados fueron: El promedio de edad fue de 30.8. De las participantes 48% eran bachilleres, 71% pertenecían al estrato socioeconómico 1 y el 73% vivían en unión libre o eran casadas. Se encontró que el 42% de las mujeres encuestadas tenían un bajo nivel de conocimiento, seguido por un nivel intermedio en el 40%. Respecto a la pregunta sobre cuál es el propósito de la Citología Cervicouterina, el 71% de las mujeres respondió que el propósito es detectar tempranamente el cáncer de cuello uterino, mientras que el 23% considera que es detectar cualquier cáncer ginecológico. Se encontró que el 55% de las encuestadas tienen una actitud desfavorable frente a la prueba, mientras que el 45% tienen una actitud favorable. Se observó que el 44% de las mujeres evaluadas tienen una práctica correcta, el 56% restante una práctica incorrecta. A la pregunta sobre la frecuencia con que las encuestadas menores de 30 años se realizaban una prueba de Citología Cervicouterina, el 72% se la realizaba una vez al año, mientras que del grupo mayor de 30 años solo el 13% se realiza la prueba en forma adecuada (1 vez cada 2 a 3 años). El principal motivo para realizarse una Citología Cervicouterina fue la iniciativa propia con un 54%, mientras que el 37% fue por solicitud médica.

En Perú Palma Flores Jenny Elizabeth, 2011 ⁽²⁷⁾, realizó un estudio titulado “Prácticas preventivas del Cáncer Cervicouterino en las usuarias del Centro de Salud Leonor Saavedra”, con el objetivo de determinar las prácticas preventivas del Cáncer Cervicouterino en las usuarias. El perfil de la usuaria que acude al establecimiento 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.

3.2. BASES TEÓRICAS

3.2.1. El autocuidado de Doretea Orem

La persona es un todo que funciona biológicamente, simbólicamente y socialmente, y que posee las capacidades, las aptitudes y la voluntad de comprometerse y de llevar a cabo autocuidados que son de tres tipos: los autocuidados universales, los autocuidados asociados a los procesos de crecimiento y de desarrollo humano y los autocuidados sexuales unidos a desviaciones de salud. La salud se define según esta autora como un estado de integridad de los componentes del sistema biológico y de los modos de funcionamiento biológico, simbólico y social del ser humano. Por último, el entorno representa todos los factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad para ejercerlos (Orem, 1993)⁽²⁸⁾.

3.2.2. La acción Razonada

La teoría de la acción razonada (del inglés: *theory of reasoned action (TRA)*) es un modelo general de las relaciones entre actitudes, convicciones, presión social, intenciones y conducta. Fue desarrollado por Martin Fishbein e Icek Ajzen (1975, 1980).

Las acciones se basan en las actitudes individuales, por lo que una teoría de la acción consiste esencialmente en una descripción de las actitudes. La información que permite la formación de las mismas es de tipo cognitivo, afectivo y conductual.

La información cognitiva se refiere a las creencias y al conocimiento que poseemos acerca de un objeto. En forma similar, la información referida a las demás personas se basa en dichos componentes y es una causa importante de la formación de nuestra respuesta afectiva.

La información conductual también influye en las actitudes, ya que evaluamos nuestras propias actitudes en forma similar a cómo lo hacemos con las de los demás ⁽²⁹⁾.

3.2.3. Teoría del aprendizaje social

La teoría del aprendizaje social o TAS es la teoría de que las personas aprenden nuevas conductas a través del refuerzo o castigo, o a través del aprendizaje observacional de los factores sociales de su entorno. Si las personas ven consecuencias deseables y positivas en la conducta observada, es más probable que la imiten, tomen como modelo y adopten.

Julian B. Rotter se distanció de las teorías basadas en la psicosis y del conductismo radical, y desarrolló una teoría del aprendizaje basada en la interacción. En *Social Learning and Clinical Psychology* (1954), Rotter sugiere que el resultado de la conducta tiene un impacto en la motivación de las personas para realizar esa conducta específica. Las personas desean evitar las consecuencias negativas, y obtener las positivas. Si uno espera un resultado positivo de una conducta, o piensa que hay una alta posibilidad de que produzca un resultado positivo, entonces habrá más posibilidades de ejecutar dicha conducta. La conducta se refuerza, con consecuencias positivas, llevando a la persona a repetirla. Esta teoría del aprendizaje

social sugiere que la conducta es influenciada por factores o estímulos del entorno, y no únicamente por los psicológicos.

Albert Bandura (1977) expandió la idea de Rotter, al igual que la de un trabajo anterior de Miller y Dollard (1941), y se relaciona con las teorías del aprendizaje social de Vygotsky y Lave. Su teoría comprende aspectos del aprendizaje cognitivo y conductual. El aprendizaje conductual presupone que el entorno de las personas causa que éstas se comporten de una manera determinada. El aprendizaje cognitivo presupone que los factores psicológicos son importantes influencias en las conductas de las personas. El aprendizaje social sugiere que una combinación de factores del entorno (sociales) y psicológicos influyen en la conducta. La teoría del aprendizaje social señala tres requisitos para que las personas aprendan y modelen su comportamiento: retención (recordar lo que uno ha observado), reproducción (habilidad de reproducir la conducta) y motivación (una buena razón) para querer adoptar esa conducta ⁽³⁰⁾.

3.2.4 GENERALIDADES SOBRE EL CÁNCER

Unas 25.000 personas, de las 37.000 que cada año se diagnostican como casos nuevos de cáncer en el país, no tienen acceso a ningún tratamiento especializado por carencia de servicios de salud, medios económicos y falta de educación, entre otros factores que configuran un panorama de dolor, enfermedad y muerte para esos miles de pacientes.

Según manifestación del Dr. Carlos Vallejos Sologuren, expresa: "Si aplicáramos lo que sabemos en detectar y prevenir el cáncer, cada

año se evitarían 100.000 casos de cáncer y alrededor de 60.000 muertes", además considera que el elemento indispensable de un Plan Nacional de Control del Cáncer es educar a la población. Coincidentemente con su opinión el Dr. Luis Pinillos Ashton considera que la solución frente a la problemática nacional en el combate del cáncer estriba en la normatividad y brindar mayores recursos; y en lo cultural, recomendó destacar la educación e información en este aspecto. Otras recomendaciones fueron reforzar la educación en prevención. ⁽³¹⁾

Según las actuales investigaciones la exposición laboral, ambiental, las formas de vida también tienen relación con el cáncer y conocer las causas del cáncer ayudaría a prevenirlos.

3.2.5 CÁNCER CERVICOUTERINO

El cáncer de cuello uterino 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. ⁽³²⁾

Mongrut Steane, Andrés refiere que "el cáncer de cuello uterino se inicia en la línea de unión del epitelio pavimentoso que cubre el exocérnix, 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”⁽³³⁾

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.⁽³⁴⁾

3.2.6. PROMOCION DE LA SALUD

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla¹ y que se dedica a estudiar las formas de favorecer una mejor salud en la población. Consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Las áreas de acción que se proponen son: construir políticas públicas saludables, crear ambientes que favorezcan la salud, desarrollar habilidades personales, reforzar la acción comunitaria, reorientar los servicios de salud.

La promoción de la salud se nutre de muchas disciplinas como la epidemiología, la medicina, la sociología, la psicología, la comunicación y la pedagogía. Además utiliza no sólo herramientas pedagógicas o comunicativas, sino también la abogacía y las intervenciones estructurales⁽³³⁾.

3.2.7. PREVENCIÓN

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. Existen dos niveles diferentes de prevención: primaria y secundaria.⁽³³⁾

✓ 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.⁽³⁵⁾

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. ⁽³⁵⁾

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. ⁽³⁶⁾

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. ⁽³⁷⁾

La prevención primaria del cáncer cervical, 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. ⁽³⁷⁾

Factores de Riesgo para el Cáncer Cervicouterino

Clasificación según Ortiz Serrano

A. Factor de Riesgo Primario: Papiloma Virus Humano

Según Mongrut Steane, Andrés “a la fecha se han acumulado investigaciones que demuestran la existencia de vinculación entre el cáncer de cuello uterino y algunos virus precisamente oncógenos. Existe asociación entre el Herpes Virus Simple tipo 2, de la enfermedad herpética genital y el Papiloma Virus Humano del condiloma acuminado, con la enfermedad cancerosa del cuello uterino.”⁽³⁸⁾

Ortiz Serrano, Ricardo y Colbs. Refieren “El Papiloma Virus Humano es el principal factor de riesgo asociado con cáncer de cuello uterino y sus precursores. En la actualidad es considerado como virtualmente necesario pero no suficiente como agente causal. El virus produce una infección selectiva del epitelio de la piel y de la mucosa genital. Estas infecciones pueden ser asintomáticas o estar asociadas con una variedad de neoplasias benignas y malignas. La infección con Papiloma Virus Humano se asociaba principalmente con verrugas vulvares y plantares, de frecuente aparición en adultos jóvenes y niños. En adultos se observaba en lesiones anogenitales por el condiloma acuminado, una de las infecciones más comunes de transmisión sexual. La infección por Papiloma Virus Humano en el cuello uterino puede producir anomalías en las células escamosas que son detectadas más frecuentemente por la prueba de tamizaje de Papanicolaou, como coilocitos, aunque pueden recuperarse por técnicas de biología molecular en biopsias, muestras de citología, cepillado vulvar y hasta orina. La mayoría de las infecciones genitales por Papiloma Virus Humano son transmitidas por contacto sexual directo sin que haya evidencia de lesiones. El

hombre cursa como portador asintomático. En la última década se ha publicado una serie de artículos que mencionan la presencia de Papiloma Virus Humano intranuclear en aquellas células del cuello uterino con lesión intraepitelial y cáncer. Se considera que en promedio deben transcurrir catorce años para que una neoinfección conduzca a la manifestación neoplásica más primaria, sin que se haya podido demostrar sin lugar a dudas si lo crítico es el tamaño de la carga viral o la persistencia de la infección” ⁽³⁸⁾ .

Según Serman, Felipe, “los virus papiloma son un género de virus agrupados juntos por su tumorigenicidad y homogeneidad de DNA, que afectan a vertebrados. Actualmente se conocen más de 70 tipos de Papiloma Virus Humano, mostrando cada tipo un tropismo particular por sitios anatómicos específicos, siendo comunes las infecciones de piel y de mucosas del tracto oral, respiratorio y anogenital. La International Agency for Research on Cancer (IARC) de la OMS los clasifica como “carcinogénicos” (tipos 16 y 18), “probablemente carcinogénicos” (tipos 31 y 33), y “posiblemente carcinogénicos” (otros excepto 6 y 11). Se ha encontrado una fuerte asociación entre infección anogenital por PVH y desarrollo de neoplasia cervical intraepitelial y cáncer cervicouterino invasor. Desde el punto de vista genómico, el DNA del Papiloma Virus Humano se divide funcionalmente en 2 tipos de genes: los tempranos (E), y los tardíos (L). Los tempranos son responsables de la replicación del DNA, regulación transcripcional, y transformación del DNA de la célula infectada. Los genes tardíos codifican las proteínas de la cápside

viral. Los productos de los genes tempranos actúan como oncoproteínas. Estas, expresadas en todos los tumores, inactivan a los productos génicos celulares supresores de tumores p53 y pRb, causando proliferación celular descontrolada. La infección por PVH clínica y subclínica es la Infecciones de Transmisión Sexual más común actualmente. La infección asintomática del cuello uterino por Papiloma Virus Humano se detecta en el 5 a 40% de las mujeres en edad reproductiva".⁽³⁷⁾

B. Factores de Riesgo Secundarios

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.⁽³⁸⁾

Factores relacionados con la reproducción: Paridad, edad del primer parto y número de partos vaginales.⁽³⁸⁾

Métodos Anticonceptivos: Anticonceptivos orales y métodos de barrera.⁽³⁸⁾

Hábitos nocivos:

- Tabaquismo⁽³⁸⁾
- Alcoholismo⁽³⁸⁾

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.⁽³⁴⁾

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. ⁽²⁹⁾. 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. ⁽³⁹⁾

Factor genético:

Aunque el Papiloma Virus Humano 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 Papiloma Virus Humano 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. ⁽³⁹⁾

✓ **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. ⁽³³⁾

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. ⁽³⁹⁾

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. ⁽³⁶⁾

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. ⁽³⁷⁾

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. ⁽⁴¹⁾

La prevención secundaria (según Amaya) se da a través de: ⁽⁴¹⁾

La citología cervicovaginal o Prueba de Papanicolaou: es un examen citológico cuyo objetivo es detectar células cervicouterinas anormales.

⁽⁴¹⁾

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 citotecnólogos, e indirectamente, podría disminuir la incidencia de cáncer invasivo. ⁽⁴¹⁾

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. ⁽⁴³⁾

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. ⁽⁴³⁾

3.3 PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER CERVICOUTERINO

Las prácticas de prevención depende de la visión que se tengan de la prevención y si la consideran conveniente y efectivo.

Actualmente podemos prevenir el cáncer de cuello uterino con tres estrategias: la primera es abstinencia sexual; retrasar la vida sexual después de los 20 años, monogamia y el uso de condón; la segunda, a través de la prevención primaria (antes de la adquisición del virus del papiloma humano, vacunas profilácticas), en la etapa presexual y; la tercera, basada en la citología vaginal con tinción de Papanicolaou y pruebas de ADN. ⁽⁴²⁾

CLASIFICACIÓN SEGÚN ORTIZ SERRANO

✓ Prácticas de Prevención Primaria del Cáncer Cervicouterino

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.

En junio de 2006, la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos aprobó la vacuna llamada Gardasil, la cual previene contra la infección producida por los dos tipos de Papiloma Virus Humano responsables de la mayoría de los casos de cáncer cervical. Los estudios han mostrado que la vacuna parece prevenir el cáncer cervical en sus etapas iniciales y las lesiones precancerosas.

Sería necesario efectuar la vacunación a una edad temprana antes del inicio de una vida sexual activa. Esta vacuna sería particularmente beneficiosa en países en vías de desarrollo, en donde el acceso a servicios de salud es muy limitado. Esta vacuna ya está disponible actualmente, sin embargo transcurrirá varios años antes que sea disponible a nivel nacional y para toda la población. ⁽³⁸⁾

Hasta que la vacuna protectora esté disponible a gran escala, la prevención primaria deberá enfocarse en modificar las prácticas sexuales y otros comportamientos que aumentan el riesgo de una persona de infectarse.

RELACIONADOS CON LA CONDUCTA SEXUAL

Retrasar del 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”.⁽³⁸⁾

Mongrut Steane, Andrés, sustenta que “Investigaciones epidemiológicas han demostrado que la precocidad en las relaciones sexuales significan 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. Coppleson 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”.⁽²⁹⁾

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”.⁽⁴⁴⁾

Limitar del número de compañeros sexuales

Ortiz Serrano, Ricardo y Colbs. 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.”⁽³⁸⁾

Según Mongrut Steane, Andrés manifiesta: “el número de compañeros sexuales es un factor de riesgo, no por el hecho de la variación, ni por la frecuencia con que se practica el coito, sino porque la promiscuidad generalmente tiene el antecedente de la precocidad sexual y el alto riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual, en cuya etiología participan virus oncógenos.”⁽³³⁾

Castañeda Iñiguez, Maura y Colbs. Plantean: “respecto al número de compañeros sexuales no se observan diferencias significativas entre aquellas que indicaron haber tenido una pareja sexual y aquellas que notificaron más de una”.⁽⁴⁴⁾

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.⁽³⁸⁾

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 ⁽³⁹⁾.

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 Research on Cancer (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. ⁽³⁸⁾

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. ⁽³⁸⁾

RELACIONADOS CON LA CONDUCTA REPRODUCTIVA

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. ⁽⁴¹⁾

Además Bosch demostró cómo la presencia de uno o más partos antes de los 22 años cuadruplica el riesgo de neoplasia del cuello uterino. ⁽³⁸⁾

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. ⁽⁴⁴⁾

Limitar el número de partos vaginales

Las mujeres con uno o más partos vaginales tienen un riesgo 70% mayor de lesión intraepitelial, comparadas con aquellas que sólo tuvieron partos por cesárea. La razón para esta asociación es el traumatismo repetido del cuello en el momento del parto. Sin embargo, no se encuentra suficiente evidencia al respecto por lo que es un punto bastante controvertido. ⁽³⁰⁾ Respecto al número de partos, el riesgo se quintuplica para las mujeres que han tenido 12 o más en relación con aquellas que sólo tuvieron menos de tres. ⁽³⁴⁾

EVITACION DE HÁBITOS NOCIVOS

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.⁽³⁸⁾

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.

Evitar beber alcohol

El alcohol no es cancerígeno, pero interfiere con el metabolismo de otros agentes que pueden producir cáncer. El alcohol se ha asociado con la presencia de carcinomas de célula escamosa, predominante en el cáncer cervicouterino, el de pulmón y el de laringe⁽³⁸⁾

FACTORES INMUNOLÓGICOS

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).⁽⁴⁵⁾

COMPORTAMIENTO DE PROTECCION SEXUAL DE LA PAREJA

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 promíscuo, este aportará el factor de riesgo para la mujer.⁽³³⁾

INTERES POR OBTENER INFORMACION SOBRE LA CAUSALIDAD Y DETECCION DEL CANCER CERVICOUTERINO, TRASMISION DE PVH

El rol de las mujeres en edad fértil que comiencen su vida sexual deben asumir conductas sexuales saludables y responsables para ello deben de tener el interes por informarse acerca de la causalidad y deteccion del cancer cervicouterino, y la trasmision dell Papiloma Virus Humano que es un organismo difusamente encontrados en un alto porcentaje de adultos sexualmente activos), deben tomar

decisiones sobre su salud sexual y reproductiva considerando su autoestima y autorespeto, así iniciar la detección precoz del cáncer cervicouterino a través de los servicios de tamizaje. 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 hasta la edad de 35 años. A partir de esta edad, el examen citológico será hecho cada 5 años hasta la edad de 60. ⁽⁴⁶⁾

✓ **Prácticas de Prevención Secundaria del Cáncer Cervicouterino**

Las prácticas de prevención secundaria incluyen la detección temprana y la intervención rápida para detectar la enfermedad en las primeras etapas. La Prueba de Papanicolaou a nivel mundial sigue siendo la prueba más utilizada y apropiada para el tamizaje de lesiones premalignas del cuello uterino.

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 %. ⁽⁴⁶⁾

En relación a los programas de detección en el Perú, las mujeres pertenecen a 3 grupos diferentes con diferente riesgo para desarrollar Cáncer Cervicouterino:

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. ⁽⁴⁷⁾

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). ⁽⁴⁸⁾

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. ⁽⁴⁸⁾

4.- ESTRATEGIAS Y MECANISMOS EMPLEADOS PARA LA CAPTACION DE INFORMACION RELEVANTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

4.1.- Ámbito del estudio

Este estudio se llevó a cabo en la Unidad Oncológica del Centro de Salud David Guerrero Duarte de Huancayo; el cual se ubica en la provincia de Huancayo. Brinda asistencia las 24 horas del día, a la población en general.

El período de estudio estuvo comprendido entre los meses de Enero a Abril del 2018, este periodo de tiempo es establecido por los investigadores será susceptible a alguna modificación, de acuerdo a la fecha de aprobación del proyecto en cuestión.

4.2.- Tipo de estudio

De acuerdo al análisis y alcance de los resultados, el tipo de es **cuantitativo**.

Por el número de variables, el presente estudio, será analítico, ya que el presente estudio consta de dos variables (variable independiente y dependiente).

Por el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información, el estudio fue **prospectivo**, porque se registraron la información según como fueron ocurriendo los fenómenos que se presentaban en el momento de los hechos.

Será **transversal** puesto que solo se recogerá los datos en una sola oportunidad.

4.3.-Método de estudio

Se hizo uso del método hipotético-deductivo, el cual es el procedimiento o camino que sigue el investigador para hacer de su actividad una práctica científica. Este método parte de unas premisas teóricas dadas, llega a unas

conclusiones determinadas a través de un procedimiento de inferencia o cálculo formal.

El método hipotético-deductivo, se trata de establecer la verdad o falsedad de las hipótesis que no podemos comprobar directamente, por su carácter de enunciados generales, o sea leyes, que incluyen términos teóricos, a partir de la verdad o falsedad de las consecuencias observacionales, unos enunciados que se refieren a objetos y propiedades observables, que se obtienen deduciéndolos de las hipótesis, y cuya verdad o falsedad estamos en condiciones de establecer directamente. Estas consecuencias observacionales son predicciones de que algo sucederá si la hipótesis es verdadera.

El paso de las premisas a la conclusión o conclusiones se realiza a través de tres fases o momentos: I. Observación, II. Formulación de hipótesis y III. Verificación o contrastación de las hipótesis:

En la fase I de la observación, se realizará el análisis del problema en estudio, para poder llegar a la segunda fase que la formulación de las hipótesis de investigación que expliquen los hechos observados.

Ya en la verificación o contrastación de la hipótesis, una vez formulada la hipótesis y sus consecuencias será preciso proceder a su verificación o contrastación, esto se realizará a través de diferentes métodos inferenciales.

4.4.- Diseño de la investigación

El diseño que se utilizó en la presente investigación es descriptivo.

4.5.-Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se aplicó un cuestionario estructurado llenado en entrevista, que consta de 6 preguntas de datos generales; y 27 de datos específicos, las cuales son preguntas dicotómicas.

4.6.- Validez y confiabilidad e los instrumentos de recolección de datos

La validez de contenido y constructo del instrumento, se realizó a través de la realización de una prueba piloto a 10 usuarias del Centro de Salud David Guerrero Duarte –Huancayo, lo que permitió corregir el número, la claridad, la dificultad, el orden, el tiempo de duración de las preguntas y formato del cuestionario. Posteriormente, fue sometido a juicio de expertos, constituido por tres médicos de la Unidad Oncológica y dos Licenciada en Enfermería que laboran en la Unidad Oncológica. Además se calculó el alfa de Cronbach, que resultó fiable.

4.7.- Procedimientos de recolección de datos

Para concretar el trabajo de campo, se solicitó el permiso a la institución ámbito de estudio donde se están aplicando los instrumentos de recolección de datos, a la muestra correspondiente, especificando el cronograma de actividades desde la recolección de datos hasta el procesamiento de la información.

Para aplicar los instrumentos de recolección de datos, se capacitó a una encuestadora profesional (profesional de enfermería) para la mecánica de la entrevista y el registro de datos de las fichas, garantizando una correcta recolección de la información y el control de calidad de los datos. El tiempo empleado en rellenar los formularios oscilo entre 15 y 40 minutos. La

recogida de estos datos. Luego de concluida la recolección de datos se procesaron en forma manual, previa elaboración de la tabla de códigos, asignándole a la respuesta correcta el valor de 1 punto y 2 puntos a la respuesta incorrecta. Para la presentación de los hallazgos se realizaron tablas y gráficos estadísticos, en el Programa SPSS versión 19.00, para realizar el análisis e interpretación de la información obtenida, considerando el marco teórico.

4.8.- Tabulación y análisis de datos

Se esbozo las siguientes fases:

- **Exploración de los datos:** Se examinó en forma crítica cada uno de los instrumentos de recolección de datos que se utilizarán y al mismo tiempo se realizó el control de calidad de datos a fin de hacer las correcciones necesarias.
- **Categorización de los datos:** Se realizó la codificación en la etapa de recolección de datos, transformándose en códigos numéricos de acuerdo a las respuestas esperadas en los instrumentos respectivos, según las variables del estudio.
- **Ordenamiento de los datos:** Se ejecutó de acuerdo a las variables de nuestra investigación.
- **Presentación de datos:** Se presentó los datos en tablas académicas y en representaciones gráficas de las variables en estudio.

- **Población**

La población esta constituida con mujeres en edad fértil usuarias del en la Unidad Oncológica del Centro de Salud David Guerrero Duarte –Huancayo, durante el periodo del estudio; se toma como referencia el último trimestre.

- **Tamaño de muestra:**

Para el cálculo del tamaño de muestra se empleó la fórmula para una sola población, con población conocida, obteniéndose una muestra de 172 mujeres para el presente estudio.

$$n = \frac{S^2}{\frac{\epsilon^2}{Z^2} + \frac{S^2}{N}}$$

Dónde:

N = Tamaño necesario de la muestra

S² = Desviación estándar de la población

E² = Error o diferencia máxima entre la media muestral y la media de la población que está dispuesto a aceptar con el nivel de confianza que se ha definido

Z² = Margen de confiabilidad o número de unidades de desviación estándar en la distribución normal que producirá el nivel deseado de confianza

N° = Tamaño de la Población: 536

n = 172

- **Características de la población**

Criterios de inclusión. Se incluyeron en el estudio a las pacientes:

- En edad fértil, de 18 a 55 años, usuarias del Centro de Salud David Guerrero Duarte –Huancayo.
- Que tengan hijos
- Que hablen castellano.
- Que cuenten con algún grado de escolaridad que les permita leer y escribir.
- Que hayan aceptado participar en la investigación (firmen su consentimiento informado).

Criterios de exclusión

- Mujeres con antecedente de cáncer cervicouterino.
- Mujeres que no acepten participar en el estudio.

Unidad de muestreo

Unidad seleccionada igual que la unidad de análisis.

Tipo de muestreo

La selección de la muestra fue mediante el muestreo no probabilístico o dirigido, intencional o por conveniencia, en la cual se seleccionó directa e intencionadamente a todos los individuos de la población. Además, se tendrá en consideración los criterios de inclusión.

5.- ANALISIS E INTERPRETACION DE LA INFORMACION

RESULTADOS

ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Tabla 01. Distribución de la edad en las usuarias de la Unidad Oncológica del Centro de Salud Concepción - 2018

Edad	(N = 172)	
	Nº	%
18 a 25 años	46	26,7
26 a 45 años	93	54,1
46 a 55 años	33	19,2
Total	172	100,0

Fuente. Encuesta de prácticas de prevención del cáncer cervicouterino aplicado a las usuarias de la unidad Oncológica del Centro de Salud Concepción (ANEXO 02).

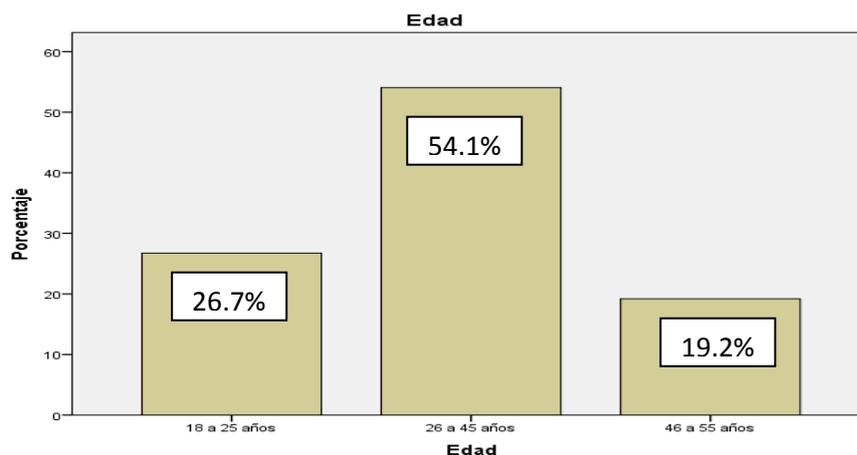


Figura 01. Representación gráfica de Distribución de la edad en las usuarias de la Unidad Oncológica del Centro de Salud Concepción, 2018.

Analizando categóricamente las prácticas de prevención del cáncer de cervicouterino aplicada a las usuarias de la Unidad Oncológica del Centro de Salud Concepción, tuvo como muestra a 172 pacientes, donde 54.1% (93) tenían entre 26 a 45 años de edad, 26.1% (46) de 18 a 25 años, 19.2% (33) de 46 a 55 años, notándose que el gran porcentaje de usuarias osciló entre 26 y 45 años de edad.

Tabla 02. Distribución del nivel de escolaridad de las usuarias de Unidad Oncológica del Centro de Salud Concepción, 2018.

Nivel de Escolaridad	(N = 172)	
	Nº	%
Primaria completa	8	4,7
Primaria Incompleta	14	8,1
Secundaria Completa	49	28,5
Secundaria Incompleta	29	16,9
Superior Completa	49	28,5
Superior incompleta	23	13,4
Total	172	100,0

Fuente. Fuente. Encuesta de prácticas de prevención del cáncer cervicouterino aplicado a las usuarias de la unidad Oncológica del Centro de Salud Concepción (ANEXO 02).

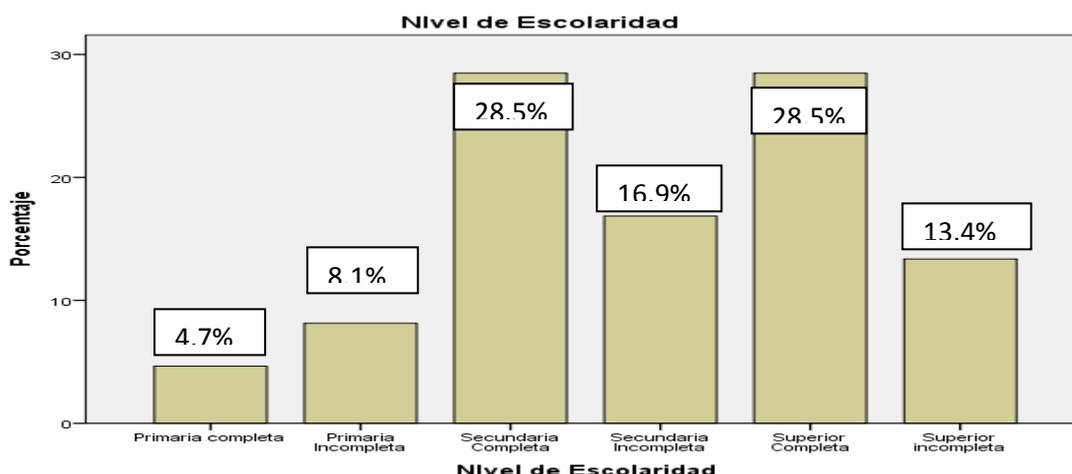


Figura 02. Representación gráfica de Distribución del nivel de escolaridad de las usuarias de la Unidad Oncológica del Centro de Salud Concepción, 2018

Analizando categóricamente el nivel de escolaridad o grado de instrucción de las usuarias de la Unidad Oncológica es 28.5% (49) tienen un grado de instrucción de Secundaria completa, 28.5% (49) tienen un grado de instrucción de superior completa, 16.9%(29) Secundaria completa, 13.4%(23) Superior Incompleta. De este cuadro se puede observar que gran porcentaje de usuarias tienen un grado de instrucción superior completa y secundaria completa.

Tabla 03. Distribución del estado civil de las usuarias de la Unidad Oncológica del Centro de Salud Concepción, 2018

Estado civil	(N = 172)	
	Nº	%
Soltera	41	23,8
Conviviente	76	44,2
Casada	50	29,1
Viuda	3	1,7
Divorciada	2	1,2
Total	172	100,0

Fuente. Encuesta de prácticas de prevención del cáncer cervicouterino aplicado a las usuarias de la Unidad Oncológica del Centro de Salud Concepción (ANEXO 02).

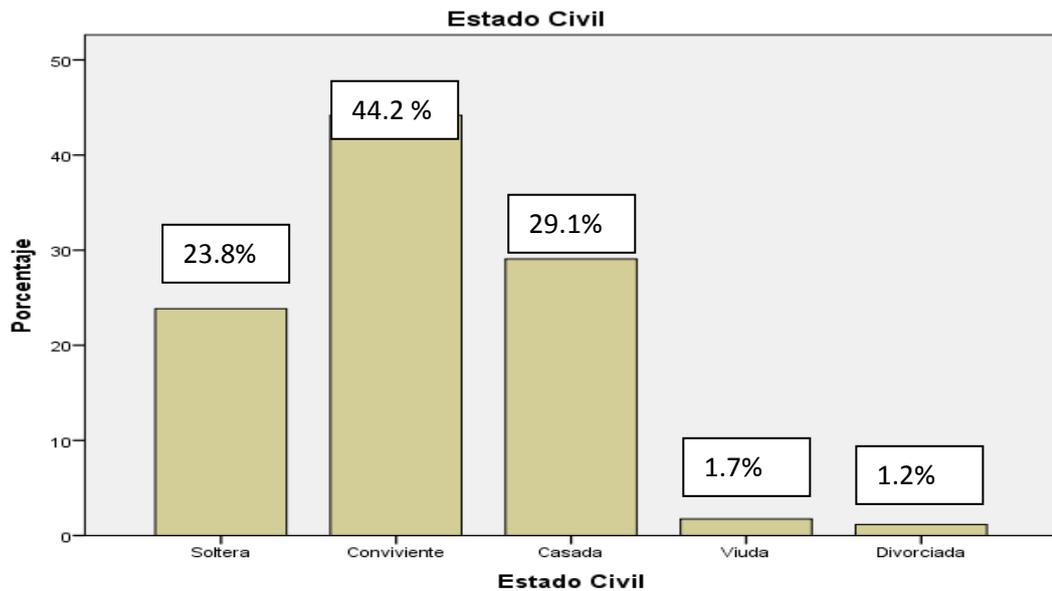


Figura 03. Representación gráfica de Distribución del estado civil de las usuarias de la Unidad Oncológica del Centro de Salud Concepción, 2018

Analizando categóricamente el estado civil de la usuarias de la Unidad Oncológica, donde 44.2% (76) es conviviente, 29.1% (50) casadas, 23.8% (41) solteras, 1.7%(3) viuda, 1.2%(2) divorciadas de este cuadro se puede observar que la mayoría de las usuarias son convivientes seguido de las casadas y un pequeño porcentaje son divorciadas, se puede evidenciar que la mayoría de las mujeres que asisten para la prevención primaria son las que tiene pareja.

Tabla 04. Distribución de la ocupación de las usuarias de la Unidad Oncológica del Centro de Salud Concepción, 2018

Ocupación	(N = 172)	
	Nº	%
Ama de casa	63	36,6
Agricultor	11	6,4
Negociante	26	15,1

Otros	72	41,9
Total	172	100,0

Fuente. Encuesta de prácticas de prevención del cáncer cervicouterino aplicado a las usuarias de la Unidad Oncológica del Centro de Salud Concepcion (ANEXO 02).

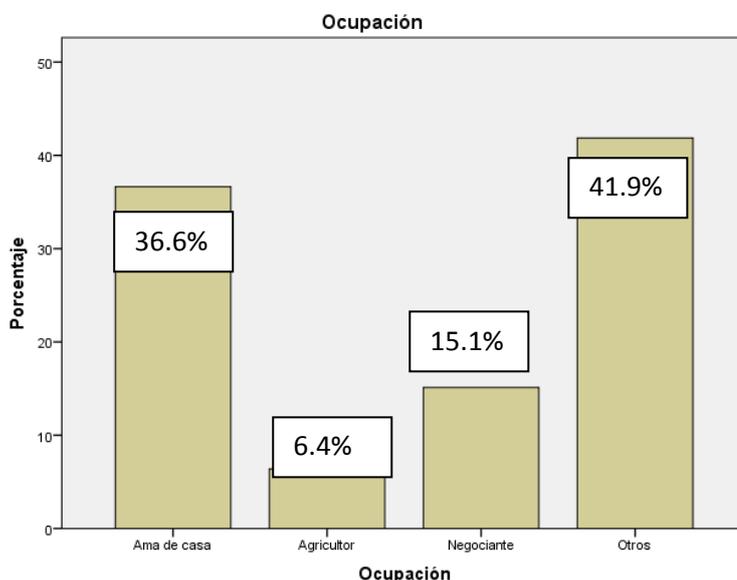


Figura 04. Representación gráfica de Distribución de la ocupación de las usuarias de la Unidad Oncológica del Centro de Salud Concepción, 2018

Analizando categóricamente en relación a la ocupación que realizan de las usuarias de la unidad de oncología, donde 41.9% (145) realizan diversas ocupaciones, 36.6% (63) ama de casa, 15.1% (26) negociante, 6.4% (11). Se observa del cuadro evidenciar que la mayoría de las usuarias es ama de casa por lo que cuenta con un tiempo disponible para poder realizarse atenciones médicas y otra gran mayoría de mujeres que tiene otra ocupación.

Tabla 05. Distribución de la religión en usuarias de la Unidad Oncológica del Centro de Salud Concepción, 2018

Religión	(N = 172)	
	Nº	%
Católica	145	84,3
Evangélica	20	11,6

Otros	7	4,1
Total	172	100,0

Fuente. Encuesta de prácticas de prevención del cáncer cervicouterino aplicado a las usuarias de la Unidad Oncológica del Centro de Salud Concepcion (ANEXO 02).

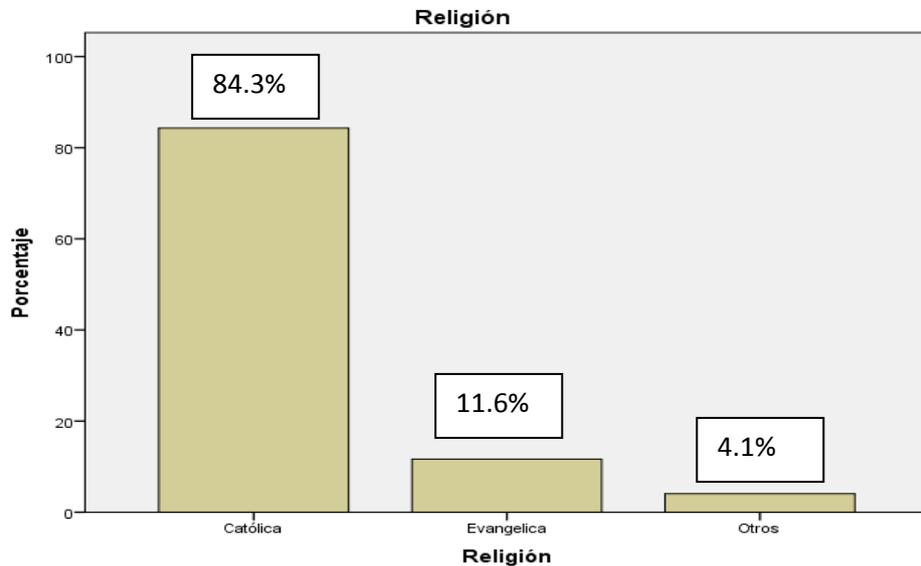


Figura 05. Representación gráfica de Distribución de la ocupación de las usuarias de la Unidad Oncológica del Centro de Salud Concepción, 2018

Analizando categóricamente en relación a la religión que profesan las usuarias de la unidad de oncología donde 84.3% (145) católica, 11.6% (20) evangélica, 4.1% (7) otras religiones. Se puede observar que el gran porcentaje de mujeres profesan la religión católica y en menor porcentaje profesan otras religiones razón por la cual no se tuvo mayores problemas en el desarrollo del estudio.

Tabla 06. Distribución del nivel económico en las usuarias de la Unidad Oncológica del Centro de Salud Concepción, 2018

Nivel económico	(N = 172)	
	Nº	%
Alto (mayor a 751 nuevos soles)	108	62,8

Medio (501 a 750 nuevos soles)	46	26,7
Bajo (menos de 500 nuevos soles)	18	10,5
Total	172	100,0

Fuente. Encuesta de prácticas de prevención del cáncer cervicouterino aplicado a las usuarias de la Unidad Oncológica del Centro de Salud Concepcion (ANEXO 02).

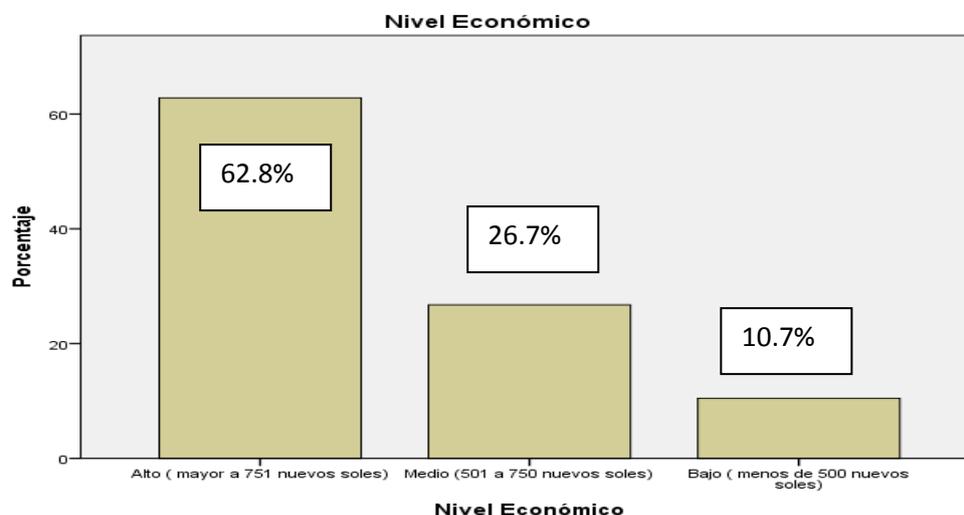


Figura 06. Representación gráfica de Distribución del nivel económico en las usuarias de la Unidad Oncológica del Centro de Salud Concepción, 2018

En relación al nivel económico de las usuarias de la unidad de oncología donde 62.8% (108) presenta un nivel alto, 26.7% (46) presenta nivel económico medio, 10.5% (18) presenta nivel económico bajo. Se puede observar que el gran porcentaje de mujeres presenta un nivel económico que cubre las necesidades de la canasta familiar incluyendo las atenciones médicas.

Tabla 7. Distribución de las Prácticas de Prevención del Cáncer Cervicouterino aplicada por las usuarias de la Unidad Oncológica del Centro de Salud Concepción, 2018

Prácticas de prevención del CACU	(N = 172)	
	Nº	%
Correcto	27	15,7

Incorrecto	145	84,3
Total	172	100,0

Fuente. Encuesta de prácticas de prevención del cáncer cervicouterino aplicado a las usuarias de la Unidad Oncológica del Centro de Salud Concepción (ANEXO 02).

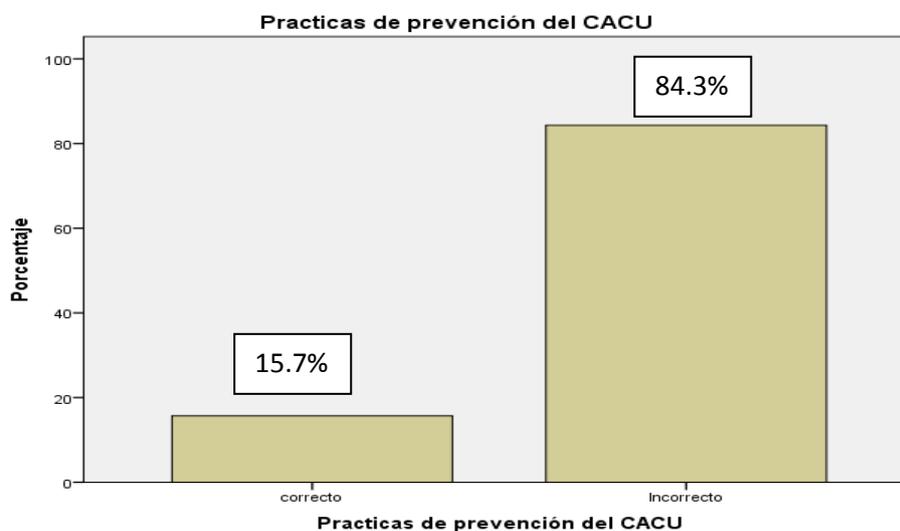


Figura 07. Representación gráfica de Distribución de las Prácticas de Prevención del Cáncer Cervicouterino aplicada por las usuarias de la Unidad Oncológica del Centro de Salud Concepción, 2018

En relación a las prácticas de prevención del cáncer cervicouterino en las usuarias de la unidad de oncología donde 84.3% (145) son incorrectas ,15.7% (27) son correctas, del cual podemos observar que el gran porcentaje de mujeres no realizan las prácticas de prevención, en cuanto a la conducta sexual, conducta reproductiva, hábitos nocivos, alimentación adecuada, comportamientos de protección sexual ,interés por obtener información sobre cáncer de cuello uterino, frecuencia de toma de Papanicolaou.

Tabla 8. Distribución Prácticas de Prevención Primaria del Cáncer Cervicouterino aplicada a las Usuarias de la Unidad Oncológica del Centro de Salud Concepción, 2018

Prácticas de prevención primaria del CACU	(N = 172)	
	Nº	%

Correcto	86	50,0
Incorrecto	86	50,0
Total	172	100,0

Fuente. Encuesta de prácticas de prevención del cáncer cervicouterino aplicado a las usuarias de la Unidad Oncológica del Centro de salud Concepcion (ANEXO 02).

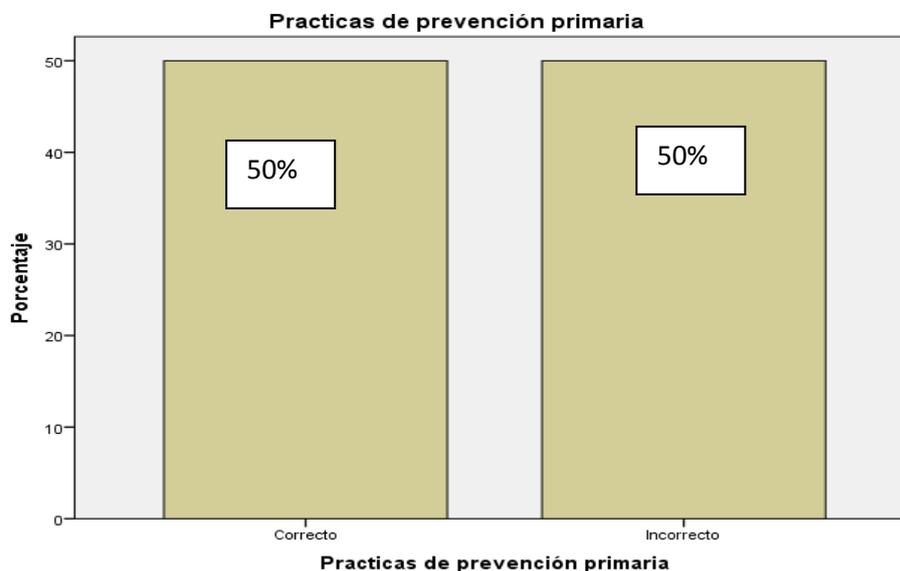


Figura 08. Representación gráfica de Distribución Prácticas de Prevención Primaria del Cáncer Cervicouterino aplicada a las Usuarias de la Unidad Oncológica del Centro de Salud Concepción, 2018

En relación a la prevención primaria del cáncer cervicouterino que aplican las usuarias en estudio, se observó que 86(50%) realizaban practicas correctas y 86 (50%) lo hacía de forma incorrecta, de acuerdo a esta realidad podemos deducir que el gran porcentaje de mujeres realizan las prácticas correctas con respecto a conducta sexual, conducta reproductiva, hábitos nocivos, alimentación adecuada, comportamientos de protección sexual, interés por obtener información sobre cáncer de cuello uterino.

Tabla 9. Distribución Prácticas de Prevención Secundaria del Cáncer Cervico Uterino aplicada a las Usuarias de la Unidad Oncológica del Centro de Salud Concepción, 2018

Prácticas de prevención secundaria del CACU	(N = 172)
---	-----------

	Nº	%
Correcto	23	13,4
Incorrecto	149	86,6
Total	172	100,0

Fuente. Encuesta de prácticas de prevención del cáncer cervicouterino aplicado a las usuarias de la Unidad Oncológica del Centro de Salud Concepcion (ANEXO 02).



Figura 09. Representación gráfica de Distribución Prácticas de Prevención Secundaria del Cáncer Cervico Uterino aplicada a las Usuarias de la Unidad Oncológica del Centro de Salud Concepción, 2018

En relación a las Practicas de Prevención Secundaria en usuarias de la unidad de oncología en estudio donde 86.6% (149) realiza practicas incorrectas, 13.4% (23) realiza las practicas correctas, se puede observar que el gran porcentaje de mujeres no se realiza la Prueba de Papanicolaou con la frecuencia adecuada y lo importante que es el conocer los resultados de la misma .

Tabla 10. Distribución de la Frecuencia de Realizarse la Prueba de Papanicolaou Después de su Primera Relación Sexual en Usuarias de la Unidad Oncológica del Centro de Salud Concepción, 2018

Se realizó la prueba de papanicolaou despues de su primera relación sexual	(N = 172)	
	Nº	%
Si	32	18,6

No	140	81,4
Total	172	100,0

Fuente. Encuesta de prácticas de prevención del cáncer cervicouterino aplicado a las usuarias de la Unidad Oncológica del Centro de Salud Concepcion (ANEXO 02).

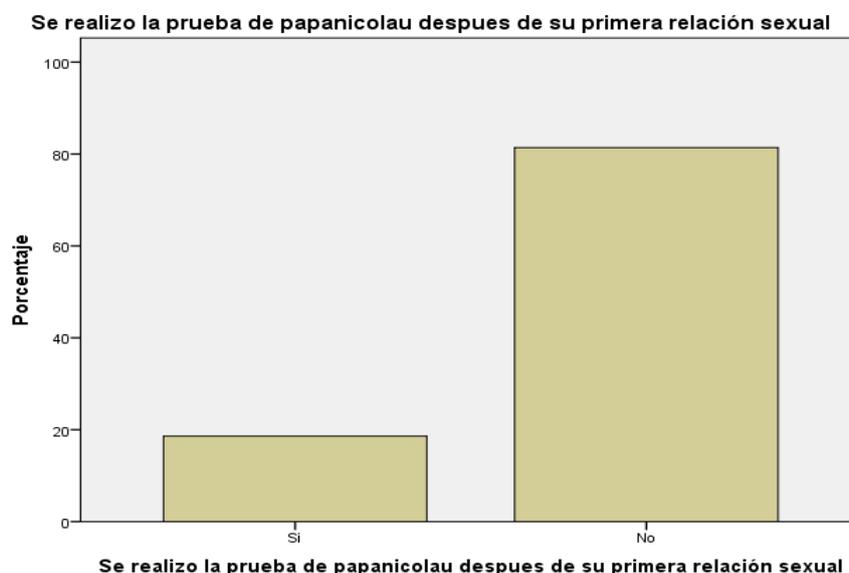


Figura 10. Representación gráfica de Distribución de la Frecuencia De realizarse la Prueba de Papanicolau Despues de su Primera Relación Sexual en Usuarias de la Unidad Oncológica del Centro de Salud Concepción, 2018

En relación si se realizó la prueba de papanicolau después de su primera relación sexual en usuarias de la unidad de oncología en estudio donde 81.4% (140) no se realizaron, 18.6% (32) si se realizaron. Se puede observar del gran porcentaje de mujeres no se realizaron la prueba de Papanicolau después de su primera relación sexual por el desconocimiento en cuanto a esta prueba y tenemos un mínimo porcentaje que si lo hicieron.

Tabla 11. Distribución Respecto a si se Realiza cada año la Prueba de Papanicolau en Usuarias de la Unidad Oncológica del Centro de Salud Concepción, 2018

Se realizó la prueba de papanicolau despues de su primera relación sexual	(N = 172)
---	-----------

	N°	%
Si	46	26,7
No	126	73,3
Total	172	100,0

Fuente. Encuesta de prácticas de prevención del cáncer cervicouterino aplicado a las usuarias de la Unidad Oncológica del Centro de Salud Concepcion (ANEXO 02).



Figura 11. Representación gráfica de Distribución Respecto a si se Realiza cada año la Prueba de Papanicolau en Usuaris de la Unidad Oncológica del Centro de Salud Concepción, 2018

En relación si se realiza cada año la Prueba de Papanicolaou en usuarias de la unidad de oncología en estudio donde 73.3% (126) no se realiza ,26.7% (46) si se realiza. Se puede observar del gran porcentaje de mujeres no se realiza la Prueba de Papanicolaou cada año por el desconocimiento que existe de realizarse esta prueba anualmente para prevenir el cáncer.

ANÁLISIS INFERENCIAL

Tabla 12. Comparación de proporciones de las prácticas de prevención del cáncer cérvicouterino, según grupos de edad

de las usuarias de la Unidad Oncológica del Centro de Salud Concepción, 2018

(nt = 172)						
Edad	Prácticas de prevención del CACU		Total	χ^2	Gf	p-valor
	Correcto N(%)	Incorrecto N(%)	N(%)			
18 a 25 años	8(4.7)	38(22.1)	46(26.7)	1.348	2	0.510
26 a 45 años	16(9.3)	77(44.8)	93(54.1)			
46 a 55 años	3(1.7)	30(17.4)	33(19.2)			
Total	27(15.7)	145(84.3)	172(100)			

Fuente. Encuesta de prácticas de prevención del cáncer cervicouterino aplicado a las usuarias de la Unidad Oncológica del Centro de Salud Concepcion(ANEXO 02).

Al comparar en la muestra en estudio la variable prácticas de prevención (nominal y dicotómica), se observó prácticas incorrectas en los diferentes grupos de edades estudiadas, principalmente en las de 26-45 años (44.8% en las expuestas) respecto a las que optan por prácticas correctas (9.3% expuestas). Se comprobó la no existencia de relación entre la edad de las usuarias en estudio con las prácticas de prevención del cáncer cérvicouterino, el que fue contrastada mediante la prueba de Chi cuadrada cuyo valor calculado fue $X^2 = 1.348$ y $p = 0.510$, siendo no significativo, por lo que se admite que ambas variables no se relacionan. Es decir la edad no representa un factor que determina las prácticas de prevención.

Tabla 13. Comparación de proporciones de las prácticas de prevención del cáncer cérvicouterino, según la escolaridad de las usuarias de la Unidad Oncológica del Centro de Salud Concepción, 2018

(nt = 172)						
Nivel de escolaridad	Prácticas de prevención del CACU		Total	X ²	GI	p-valor
	Correcto N(%)	Incorrecto N(%)	N(%)			
Primaria completa	0(0)	8(7)	8(4.7)			
Primaria incompleta	1(0.6)	13(7.6)	14(8.1)			
Secundaria Completa	5(2.9)	44(25.6)	49(28.5)	7.1	5	0.2
Secundaria incompleta	8(4.7)	21(12.2)	29(16.9)			
Superior Completa	8(4.7)	41(23.8)	49(28.5)			
Superior incompleta	5(2.9)	18(10.5)	23(13.4)			
Total	27(15.7)	145(84.3)	172(100)			

Fuente. Encuesta de prácticas de prevención del cáncer cervicouterino aplicado a las usuarias de la Unidad Oncológica del Ce3ntro de Salud Concepcion (ANEXO 02).

Al comparar en la muestra en estudio la variable prácticas de prevención (nominal y dicotómica), se observó prácticas incorrectas en los diferentes grupos de niveles de escolaridad estudiados, principalmente en los de secundaria completa (25,6% en las expuestas) respecto a las que optan por prácticas correctas (4,7% expuestas). Se comprobó la no existencia de relación entre el nivel de escolaridad de las usuarias en estudio con las prácticas de prevención del cáncer cérvicouterino, el que fue contrastada mediante la prueba de Chi cuadrada cuyo valor calculado fue $X^2 = 7.128$ y $p = 0.211$, siendo no significativo, por lo que se admite que ambas variables no se relacionan. Es decir el nivel de escolaridad no representa un factor que determina las prácticas de prevención.

Tabla 14. Comparación de proporciones de las prácticas de prevención del cáncer cérvicouterino, según la Estado Civil de las usuarias de la Unidad Oncológica del Centro de Salud Concepción, 2018

Estado Civil	Prácticas de prevención del CACU		Total	X ²	GL	p-valor
	Correcto	Incorrecto	N(%)			
	N(%)	N(%)				
Soltera	6(3.5)	35(20.3)	41(23.8)			
Conviviente	15(8.7)	61(35.5)	76(44.2)			
Casada	6(3.5)	44(25.6)	50(29.1)	2.42	4	0.659
Viuda	0(0)	3(1.7)	3(1.7)			
Divorciada	0(0)	2(1.2)	2(1.2)			
Total	27(15.7)	145(84.3)	172(100)			

Fuente. Encuesta de prácticas de prevención del cáncer cervicouterino aplicado a las usuarias de la Unidad Oncológica del Centro de Salud Concepcion (ANEXO 02).

Al comparar la variable (nominal y dicotómica) en la muestra en estudio, se observó prácticas de prevención del Cacu incorrectas en el grupo de estado civil convivientes (35.5% expuestos), respecto a prácticas de prevención correctas en el mismo grupo (8.7% expuestos). Por tanto se admite la no existencia de relación entre el estado civil de las usuarias en estudio con las prácticas de prevención del cáncer cérvicouterino, el que fue contrastada mediante la prueba de Chi cuadrada cuyo valor calculado fue $X^2 = 2.420$ y $p = 0.659$, siendo no significativo, por lo que se admite que ambas variables no se relacionan. Es decir el estado civil no representa un factor que determina las prácticas de prevención.

Tabla 15. Comparación de proporciones de las prácticas de prevención del cáncer cérvicouterino, según la Ocupación de las usuarias de la Unidad Oncológica del Centro de Salud Concepción, 2018

Estado Civil	(nt = 172)		Total	χ^2	GL	p-valor
	Prácticas de prevención del CACU					
	Correcto N(%)	Incorrecto N(%)	N(%)			
Ama de casa	9(5.2)	54(31.4)	63(36.6)	2.909	3	0.406
Agricultor	0(0)	11(6.4)	11(6.4)			
Negociante	4(2.3)	22(12.8)	26(15.1)			
Otros	14(8.1)	58(33.7)	72(41.9)			
Total	27(15.7)	145(84.3)	172(100)			

Fuente. Encuesta de prácticas de prevención del cáncer cervicouterino aplicado a las usuarias de la Unidad Oncológica del Centro de Salud concepcion (ANEXO 02).

Al comparar la variable (nominal y dicotómica) en la muestra en estudio, se observó prácticas de prevención del Cacu incorrectas en el grupo de ocupación concernientes a otros (33.7 % expuestos), respecto a prácticas de prevención correctas en el mismo grupo (8.1% expuestos). Por tanto se admite la no existencia de relación entre la ocupación de las usuarias en estudio con las prácticas de prevención del cáncer cérvicouterino, el que fue contrastada mediante la prueba de Chi cuadrada cuyo valor calculado fue $X^2 = 2.909$ y $p = 0.406$, siendo no significativo, por lo que se admite que ambas variables no se relacionan.

Tabla 16. Comparación de proporciones de las prácticas de prevención del cáncer cervicouterino, según la Religión de las usuarias de la Unidad Oncológica del Centro de Salud Concepción, 2018

(nt = 172)						
Religión	Prácticas de prevención del CACU		Total	X ²	GL	p-valor
	Correcto	Incorrecto	N(%)			
	N(%)	N(%)				
Católica	25(14.5)	120(69.8)	145(84.3)	2.005	2	0.358
Evangélica	2(1.2)	18(10.5)	20(11.6)			
Otros	0(0)	7(4.1)	7(4.1)			
Total	27(15.7)	145(84.3)	172(100)			

Fuente. Encuesta de prácticas de prevención del cáncer cervicouterino aplicado a las usuarias de la Unidad Oncológica del Centro de Salud Concepcion (ANEXO 02).

Al comparar la variable (nominal y dicotómica) en la muestra en estudio, se observó prácticas de prevención del Cacú incorrectas en el grupo de religión católica (84.3 % expuestos), respecto a prácticas de prevención correctas en el mismo grupo (14.5% expuestos). Por tanto se admite la no existencia de relación entre la ocupación de las usuarias en estudio con las prácticas de prevención del cáncer cervicouterino, el que fue contrastada mediante la prueba de Chi cuadrada cuyo valor calculado fue $X^2 = 2.055$ y $p = 0.358$, siendo no significativo, por lo que se admite que ambas variables no se relacionan.

Tabla 17. Comparación de proporciones de las prácticas de prevención del cáncer cervicouterino, según nivel económico de las usuarias de la Unidad Oncológica del Centro de Salud Concepción, 2018

(nt = 172)						
Nivel Económico	Prácticas de prevención del CACU		Total	X ²	GL	p-valor
	Correcto	Incorrecto	N(%)			
	N(%)	N(%)				
Alto (mayor a 751 nuevos soles)	24(14)	84(48.8)	108(62.8)	9.753	2	0
Medio (501 a 750 nuevos soles)	3(1.7)	43(25)	46(26.7)			
Bajo (menos de 500 nuevos soles)	0(0)	18(10.5)	18(10.5)			
Total	27(15.7)	145(84.3)	172(100)			

Fuente. Encuesta de prácticas de prevención del cáncer cervicouterino aplicado a las usuarias de la Unidad Oncológica del Centro de salud Concepcion (ANEXO 02).

Con estos resultados se comprobó la existencia de relación entre las prácticas de prevención del cáncer cervicouterino con el nivel económico de las usuarias en estudio, donde se obtuvo, un valor calculado de $\chi^2=9.753$ y $p= 0.008$ para 2 grados de libertad; siendo significativo, con lo que se rechazó la hipótesis nula y se admite que ambas variables se relacionan: indicando que a mayor nivel socioeconómico, prácticas de prevención de Cacú serán correctas.

Tabla 18. Comparación de proporciones de las prácticas de prevención primaria y secundaria del cáncer cervicouterino de las usuarias de la Unidad Oncológica del Centro de Salud Concepción, 2018

		(nt = 172)				X²	GL	p-valor
		Prácticas de prevención secundaria						
		Correcto		Incorrecto				
		Nº	%	Nº	%			
Prácticas de prevención primaria	Correcto	13	50	73	13.4	0.5	1	0.5
	Incorrecto	10	50	76	86.6			
Total		23	100	149	100			

En base a los resultados obtenidos se admite que no existe la relación entre las prácticas de prevención primaria y secundaria del cáncer cervicouterino de las usuarias en estudio, donde se identifica, un valor de [$\chi^2= 0.452$ y $p= 0.502$]; siendo estadísticamente no significativo, con lo que se da por cierta la hipótesis nula y se rechaza que ambas variables se relacionan.

6.- CONCLUSIONES, RESULTADOS HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES

6.1.- CONCLUSIONES

- Se observó que no existe relación entre la edad de las usuaria en estudio con las prácticas de prevención del cáncer cérvicouterino, el que fue contrastada mediante la prueba de $X^2 = 1.348$ y $p = 0.510$, siendo no significativo, por lo que se rechazó la hipótesis nula y se admite que ambas variables no se relacionan.
- Se estableció que no existe relación entre el nivel de escolaridad de las usuaria en estudio con las prácticas de prevención del cáncer cérvicouterino, el que fue contrastada mediante la prueba de $X^2 = 7.128$ y $p = 0.211$, siendo no significativo, por lo que se admite que ambas variables no se relacionan.
- Se observó que no existe relación entre el estado civil de las usuaria en estudio con las prácticas de prevención del cáncer cérvicouterino, el que fue contrastada mediante la prueba de $X^2 = 2.420$ y $p = 0.659$, siendo no significativo, por lo que se rechazó la hipótesis nula y se admite que ambas variables no se relacionan.
- Se estableció que no existe relación entre la ocupación de las usuaria en estudio con las prácticas de prevención del cáncer cérvicouterino, el que fue contrastada mediante la prueba de $X^2 = 2.909$ y $p = 0.406$, siendo no significativo, por lo que se admite que ambas variables no se relacionan.
- Se obtuvo que no existe relación entre la religión de las usuaria en estudio con las prácticas de prevención del cáncer cérvicouterino, el que fue contrastada mediante la prueba de $X^2 = 2.055$ y $p = 0.358$,

siendo no significativo, por lo que se rechazó la hipótesis nula y se admite que ambas variables no se relacionan.

- Existe relación entre las prácticas de prevención del cáncer cervicouterino con el nivel socioeconómico de las usuarias en estudio, donde se obtuvo, un valor calculado de $X^2= 9.753$ y $p= 0.008$ para 2 grados de libertad; siendo significativo, con lo que se rechazó la hipótesis nula y se admite que ambas variables se relacionan: indicando que a mayor nivel socioeconómico, prácticas de prevención de Cacú serán correctas.

6.2.- . RECOMENDACIONES

- Se debe desarrollar actividades preventivo – promocionales sobre el Cáncer Cervicouterino, de manera organizada, con herramientas adecuadas, mensajes claros y materiales de apoyo indispensables, adaptándolas a las circunstancias y características personales de las usuarias de la Unidad Oncológica de Huancayo; encaminadas a obtener una conducta final deseada: Realización de la Prueba de Papanicolaou temprana, periódica y oportuna.
- Concientizar y estimular a todo el personal de salud, el interés por aumentar las coberturas de la Prueba de Papanicolaou, ofreciéndola constantemente a todas las usuarias que acuden al a Unidad Oncológica de Huancayo.

- Lograr el compromiso de las autoridades que correspondan, para la proporción oportuna de insumos en la toma del Papanicolaou, así como reactivos para el procesamiento de las muestras y la entrega oportuna de resultados; que garantice la atención de la demanda del servicio de detección de Cáncer.

- Realizar estudios de mayor alcance que consideren estas prácticas de prevención, para observar la realidad nacional, y eventualmente en un futuro, proponer programas de intervención que tiendan a modificar las prácticas erróneas.

7.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. **Ramos Muñoz, Willy. Venegas Ojeda, Diego** Análisis de la Situación del Cáncer en el Perú. 2013. Pág. 16.
2. **Pinillos Ashton, Luis.** Guías para la promoción de salud orientada a la prevención y control del cáncer. 2010. Págs. 3.
3. **Gerend M A, Barley J.** Human papillomavirus vaccine acceptability among young adult men. Sex Transm Dis 2009; 36. Págs. 58-62.
4. **Centers for Disease Control and Prevention [Internet]:** Cervical cancer. [citado 2011 Nov 18]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/cancer/cervical> .
5. **Organización Panamericana de la Salud. [Internet]:** Expertos en la Américas piden mejoras para evitar muertes por cáncer de cuello uterino. [citado 2008 Sep 1]. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ps080514.htm>
6. **Pan American Health Organization and World Health Organization [Internet]:** Regional strategy and plan of action for cervical cancer prevention and control. [citado 2008 Sep 1]. Disponible en: <http://www.paho.org/English/GOV/CE/ce140-14-e.pdf>.
7. **Ferreccio C, Prado R, Luzoro A, Ampuero S, Snijders P, Meijer C, et al.** Population-based prevalence and age distribution of human papillomavirus among women in Santiago, Chile. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2008; 13 (12): 2271-6.
8. **Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C and Parkin DM.** **Globocan** .Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 10. [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2010. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr>.

9. **Curado MP et al. Cancer Incidence in Five Continents Volume IX .IARC** Scientific Publications N° 160. International Agency for Cancer Research (WHO) and International Association for Cancer Registries; Lyon, France. (2007).
10. **Jemal A et al. Cancer Statistics, 2010.** Ca Cancer J Clin 60:277-300; 2010
11. **Poquioma E. Junio 2007.** Estimaciones de parámetros epidemiológicos y cálculo de AVISA del Grupo Cáncer. Lima: Promoviendo alianzas y estrategias, Abt. Associates Inc.
12. **Registro de Cáncer Poblacional de Trujillo, 1996-2002**
13. **Registro de Cáncer Poblacional de Arequipa, 2002-2003**
14. **Registro de Cáncer de Lima Metropolitana, 2004-2005.** Informe Ejecutivo. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Departamento de Epidemiología y Estadística, enero 2011.
15. **Solidoro Santisteban Andrés.** Apuntes de Cancerología. Perú. Concytec – Dominus punto. 2005. Págs. 17-19.
16. **Jhingran A, Russell AH, Seiden MV et al.** Cancers of the cervix, vulva, and vagina. In: Abeloff MD, Armitage JO, Niederhuber JE, et al. eds. *Abeloff's Clinical Oncology.* 4thed. Philadelphia, PA: Elsevier Churchill-Livingstone; 2008:chap 91
17. **Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.** Estadísticas de Salud Mortalidad por Neoplasias Malignas. Perú. 2012. Pág.63
18. **Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.** Departamento de Promoción de la Salud y Control del Cáncer: Quienes somos. Perú. 2003. Pág.34

19. **Christian Adrián López-Castillo, Manuel Alejandro Calderón, María Mercedes González de S.** Conocimientos, actitudes y prácticas respecto al cáncer de cuello uterino de mujeres entre 14 y 49 años de un barrio de la comuna 10 de la ciudad de Armenia, Colombia, 2012.
20. **Vega Alanis María del Carmen.** Factores de riesgo para cáncer cervicouterino en mujeres de Metamoros, Tamaulipas. En tesis para optar el grado en ciencias de enfermería. Universidad Autónoma de Nuevo León. México. Año 2004. Págs. 10-15.
21. **Ruoti de García de Zúñiga y col.** Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el test de Papanicolaou (PAP) en mujeres embarazadas consultantes de hospitales del Departamento de Alto Paraná, Paraguay. En Revista Memorias Institucionales de Investigación en Ciencias y Salud. Vol.6 (2). Año 2008. Págs. 48,51-58.
22. **Soza Rodríguez Noel.** 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 2006. En tesis para optar el título de especialista en Medicina Integral. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Año 2007. Págs. 4, 5, 23-29.
23. **Cogollo Zuleima y col.** Conocimientos, actitudes y prácticas de mujeres de 18 y 49 años frente a la citología cervicouterina en instituciones de salud pública de Cartagena (Colombia). En Revista Salud Uninorte. Barranquilla. Vol. 26 (2). Año 2010. Colombia. Págs. 223, 226-229.
24. **Castro Miriam y col.** Nivel de conocimiento sobre cáncer cervical e y el Papanicolaou en relación al temor, estrés o vergüenza al tamizaje: estudio transversal en una comunidad pobre. En Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. Perú. Vol. 51 (2). Año 2005. Págs. 94, 96, 97.

25. **Huamaní Charles y col.** Conocimientos y actitudes sobre la toma de Papanicolaou en mujeres de Lima, 2007. En Revista Peruana Médica Exploratoria en Salud Pública. Perú. Vol. 25 (1). Año 2008. Págs. 44, 46, 47.
26. **Bazán Fernando y col.** Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou. En Revista Anales de la Facultad de Medicina. Lima-Perú. Vol. 68 (1). Año 2007. Págs. 47, 49-52.
27. **Palma Flores, Jenny Elizabeth,** Prácticas de Prevención del Cáncer Cervicouterino en Usuarías del C.S Leonor Saavedra –San Juan De Miraflores, AÑO 2011. Págs. 7.
28. **Orem, D. E. Modelo de Orem,** Conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Masson -Salvat Enfermería. (1993)
29. **S. Worchel, J. Cooper, G.R. Goethals, J. Olson ,** “Psicología Social” – Thomson Editores (2003)
30. **Rotter, J. B.** Social Learning and Clinical Psychology. Prentice-Hall. (1945).
31. **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.
32. **<http://www.latinsalud.com> Cáncer de Cuello Uterino.** Año 2011.
33. **Mongrut Steane Andrés.** Tratado de Ginecología 4ta Edición Perú, 2000 Págs. 303- 314.
34. **OPS. Oficina regional de la OMS.** Hoja Informativa Programa mujer salud y desarrollo. Año 2004. Págs. 3-8.
35. **Chocarro Gonzales, Lourdes.** Enfermería Medicoquirúrgica: procedimientos y cuidados en la enfermería. 1ra Edición. España. Editorial ELSEVIER. Año 2006. Pág. 42.

ANEXOS

ANEXO 1
FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

INSTITUCION: UNIDAD ONCOLOGICA DEL CENTRO DE SALUD CONCEPCION

INVESTIGADORES:

✓ **Marleny, MENDOZA ZUÑIGA**

✓ **Gina Fiorella , León Untiveros**

✓ Por medio del presente documento hago constar que acepto voluntariamente mi participación en la investigación titulada; **PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER CERVICOUTERINO EN USUARIAS DE LA UNIDAD ONCOLOGICA DEL CENTRO DE SALUD CONCEPCION – 2018**” a cargo de las investigadoras **Marleny, MENDOZA ZUÑIGA y Gina Fiorella , León Untiveros**

Se me ha explicado, que el propósito del estudio, la que Será aplicado al mi persona bajo mi responsabilidad.

Comprendo perfectamente que el propósito es determinar **PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER CERVICOUTERINO** en las usuarias de la Unidad Oncológica del Centro de Salud concepcion

El personal que realizará el estudio es un personal calificado, firmo el documento como prueba de mi aceptación recibiendo previamente la información y objetivo de trabajo, además la información obtenida se manipulara con confidencialidad y solo con fines científicos, que en ningún caso será publicado el nombre o identificación.

• **Nombres y firmas del participante o responsable legal**

Huella digital

Firma del paciente: _____



Concepción, 2018

ANEXO 2

CUESTIONARIO DE PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER CERVICOUTERINO APLICADA A LAS USUARIAS DE LA UNIDAD ONCOLOGICA DEL CENTRO DE SALUD CONCEPCION.

TITULO DE INVESTIGACION: “NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE FACTORES DE RIESGO Y PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA EN USUARIAS DE 19 A 49 AÑOS DE LA UNIDAD ONCOLOGICA DEL CENTRO DE SALUD CONCEPCION - 2018”

I. DATOS GENERALES

Edad:

18 a 25 años () 26 a 45 años () 46 a 55 años ()

Nivel de escolaridad:

Primaria completa () Primaria incompleta () Secundaria completa ()

Secundaria incompleta () Superior completa () Superior incompleta ()

Estado civil:

Soltera () Conviviente () Casado () Viuda ()

Divorciada ()

Ocupación:

Ama de Casa () Agricultor () Negociantes () Otros ()

Religión:

Católica () Evangélica () Otros ()

Nivel Económico:

Alto (mayor a 751 nuevos soles) ()

Medio (501 -750 nuevos soles) ()

Bajo (menos a 500 soles) ()

II.- PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN PRIMARIA DEL CÁNCER CERVICOUTERINO (CACU)

Conducta sexual

1. ¿El inicio de sus relaciones sexuales fue después de los 17 años?

Sí () No ()

2. ¿Ha tenido sólo una pareja sexual?

Sí () No ()

3. ¿Actualmente tiene sólo una pareja sexual?

Sí () No ()

4. ¿Se ha realizado tamizaje de Infección de Transmisión Sexual?

Sí () No ()

5. ¿Usa Ud. el preservativo en sus relaciones sexuales?

Sí () No ()

6. ¿Usa métodos anticonceptivos Oral con alternancia y no mayor de 5 años?

Sí () No ()

Conducta Reproductiva

7. ¿Fue el primer parto después de los 17 años?

Sí () No ()

8. ¿Tiene usted menos o igual a 2 hijos?

Sí () No ()

9. ¿Alguno de sus partos fueron cesárea?

Sí () No ()

Evitación de hábitos nocivos

10. ¿Ud. evita fumar?

Sí () No ()

11. ¿Ud. evita consumir alcohol?

SI () NO ()

Alimentación adecuada

12. ¿Consume usted verduras Ud. 3 veces por semana?

Sí () No ()

13. ¿Consume usted menestras 3 veces por semana?

Sí () No ()

14. ¿Consume usted vísceras 3 veces por semana?

Sí () No ()

15. ¿Consume usted leche y derivados 3 veces por semana?

Sí () No ()

16. ¿Consume usted carnes rojas una vez por semana?

Sí () No ()

Comportamiento de protección sexual de la pareja

17. ¿Tu pareja tiene otras parejas sexuales?

Sí () No ()

18. ¿Tu pareja utiliza preservativo durante las relaciones sexuales?

Sí () No ()

Interés por obtener Información sobre causalidad de cáncer cervicouterino

19. ¿Sabe usted que el papiloma virus humano es el causante de cáncer cervicouterino?

Sí () No ()

20. ¿Sabe usted que el Papiloma Virus Humano se trasmite mediante las relaciones sexuales sin protección?

Sí () No ()

21. ¿Sabe Ud. que el cáncer cervicouterino se detecta mediante una Prueba de Papanicolaou?

Sí () No ()

III.- PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN SECUNDARIA DEL CÁNCER CERVICOUTERINO (CACU)

22. ¿Se realizó la Prueba de Papanicolaou después de su primera relación sexual?

Sí () No ()

23. ¿Ud. se realiza cada año la Prueba de Papanicolaou?

Sí () No ()

24. ¿Por lo menos la última vez que se realizó la Prueba de Papanicolaou fue hace 3 años?

Sí () No ()

25. ¿Se realizó la Prueba de Papanicolaou durante el embarazo?

Sí () No ()

26. ¿Se realizó la Prueba de Papanicolaou después del I Trimestre?

Sí () No ()

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

Sí () No ()

FICHA PARA EL JUICIO DE EXPERTOS

Experto:

Cargo:

Instrucciones:

A continuación usted tiene columnas enumeradas por cuadros para evaluar cada una de las preguntas respectivas de la encuesta, en seis aspectos diferentes: Marque en el espacio en blanco para cada pregunta con un check si no le encuentra ninguna objeción o una x si tiene que modificarse en ese aspecto la pregunta. La modificación que deba realizarse podrá ser detallada al

N°	VARIABLES	E d a d	Niv el Edu caci ón	Estado Civil	Ocupaci ón	Religión	Nivel. Económico	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
1	¿Esta pregunta permitirá alcanzar el objetivo planteado en el estudio?																																	
2	¿La pregunta está formulada en forma clara?																																	
3	¿El orden de esta pregunta es el adecuado?																																	
4	¿La redacción es entendible o coherente con el propósito del estudio?																																	
5	¿Si, el contenido corresponde con el propósito del estudio?																																	
6	¿El vocabulario de esta pregunta es el adecuado?																																	

final en el espacio de observaciones y sugerencias.

Observaciones y sugerencias:

