

Universidad de Huánuco
Facultad de Ciencias de la Salud
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS

PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER CERVICOUTERINO EN
USUARIAS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN EL HOSPITAL DE
CONTIGENCIA HERMILO VALDIZAN MEDRANO
HUÁNUCO DE ENERO A MARZO DEL 2019.

Para Optar el Título Profesional de :
OBSTETRA

TESISTA

Bach. ZAMBRANO ORIHUELA, Jovita

ASESORA

Dra. PALACIOS ZEVALLOS, Julia

Huánuco - Perú
2019



ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
OBSTETRICIA

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, siendo las dieciséis horas del día cuatro días del mes de Diciembre del año dos mil diecinueve, se reunieron en el Auditorio de la Ciudad La Esperanza de la Universidad de Huánuco de esa ciudad, los Miembros del Jurado, designados por Resolución N° 2293-2019-D-FCS-UDH de fecha 02 de Diciembre del 2019 y al amparo de la Ley Universitaria N° 30220, Resolución N° 1839-2019-R-UDH de fecha 18/OCT/18 Capítulo V Artículo 44° y 45° del Reglamento de Grados y Títulos para evaluar la Tesis titulada: "PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER CERVICOUTERINO EN USUARIAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN EL HOSPITAL DE CONTINGENCIA HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO HUÁNUCO DE ENERO A MARZO DEL 2019" presentado por la Bachiller doña **Jovita ZAMBRANO ORIHUELA** para optar el Título Profesional de **OBSTETRA**.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas; procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del Jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándola APROBADA por UNANIMIDAD con el calificativo cuantitativo de 10 y cualitativo de BUENO (Art. 54).

Siendo las 17:30 horas del día, se dio por concluido el acto académico, firmando para constancia los miembros del Jurado.

.....
Dra. Juana Irma Palacios Zevallos
PRESIDENTA

.....
Mg. Martha Alejandrina Pozo Pérez
SECRETARIA

.....
Mg. Maricela Luz Marcelo Armas
VOCAL

/gtc.

DEDICATORIA

A Dios por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por su infinito amor y bondad, por darnos la vida y salud cada día mi familia que fue de mucho apoyo, su confianza y motivación constante que nos impulsó en los momentos más difíciles de mi carrera y sobre todo el gran apoyo incondicional que me brindaron mi hijo y hermana.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar agradezco a dios por la vida, por darme las fuerzas para seguir adelante y dándome las ganas de aprender y haber culminado mi carrera profesional.

Gracias a mi familia por su confianza y su apoyo incondicional y espiritual que para mí fue una fuerza más para seguir adelante y enfrentar cualquier impedimento u obstáculo de la vida.

Agradezco a la casa de aprendizaje profesionales, la UNIVERSIDAD DE HUANUCO y la plana de docentes que con sus enseñanzas hicieron mi futuro profesional y espiritual.

ÍNDICE

| | |
|-----------------------|-------------|
| DEDICATORIA | II |
| AGRADECIMIENTO | III |
| ÍNDICE | IV |
| RESUMEN | VI |
| SUMMARY | VII |
| INTRODUCCIÓN | VIII |

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACION

| | |
|--|----|
| 1.1. Descripción del problema | 10 |
| 1.2. Formulación del Problema | 13 |
| 1.3. Objetivo general | 13 |
| 1.4. Objetivos Específicos | 14 |
| 1.5. Justificación de la investigación | 14 |
| 1.6. Limitaciones de la investigación | 15 |
| 1.7. Viabilidad de la investigación | 15 |

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

| | |
|--------------------------------------|----|
| 2.1 Antecedentes de la Investigación | 16 |
| 2.2 Bases Teóricas | 27 |
| 2.3 Definición de conceptos Básicos | 47 |
| 2.4. Variable | 48 |
| 2.4.1. Variable principal | 48 |
| 2.5. Operacionalización de variable | 49 |

CAPITULO III

MÉTODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

| | |
|---|----|
| 3.1. Tipo de estudio | 52 |
| 3.1.1 Enfoque | 52 |
| 3.1.2 Alcance a nivel Nacional | 52 |
| 3.1.3. Diseño | 52 |
| 3.2. Población y muestra | 53 |
| 3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos. | 53 |
| 3.4. Técnicas para el procesamiento de análisis de la información | 54 |

CAPITULO IV

RESULTADOS

| | |
|-----------------------------|----|
| 4.1. Procesamiento de datos | 56 |
|-----------------------------|----|

CAPITULO V

DISCUSION DE RESULTADOS

| | |
|--|-----------|
| 5.1. CONTRASTACIÓN DE LOS RESIULTADOS | 77 |
| CONCLUSIONES | 79 |
| RECOMENDACIONES | 80 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 81 |
| ANEXOS | 86 |

RESUMEN

El presente trabajo de investigación titulado PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER CERVICOUTERINO EN USUARIAS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN EL HOSPITAL DE CONTIGENCIA HERMILIO VALDIZAN MEDRANO HUÀNUCO DE ENERO A MARZO 2019.” se llevó a cabo con el objetivo de Determinar las prácticas de prevención del cáncer cérvicouterino en usuarias de planificación familiar, teniendo como muestra una población de 60, y obteniendo los siguientes resultados: las edades del grupo en estudio entre los 31 a más años con el 38%, el nivel de instrucción, 44% nivel primario, la procedencia de la población en estudio, 78% fueron de zona urbana, religión el 52% católicos, estado civil el 57% son parejas convivientes, el 38% es ama de casa, recibió educación sexual 28% lo recibieron de los medios de comunicación, el 35% tuvo su primera relación sexual antes de los 19 años, el 48% tuvo dos parejas sexuales, si tuvieron alguna ITS el 8%, mientras que el 92% no los tuvieron. La totalidad de las personas que tuvieron ITS recibieron tratamiento, el 62% usó algún método anticonceptivo hormonal, no utilizó el condón con el 43%, el 93% si tienen hijos, tuvo su primer hijo estuvo entre los 20 a 25 años con el 40%, el 28% consume verduras 3 veces por semana, el 58% no tuvieron familiares que tuvieron cáncer, el 77% se realizó el Papanicolaou, el 36% se realiza el PAP cada 3 años, el 35% se realizó el PAP hace más de 3 años, el 82% si conoce los resultados de su último examen del PAP.

Palabras claves: Prevención- cáncer cervicouterino- usuarias

SUMMARY

The present research work entitled PREVENTION PRACTICES OF CERVICOUTERINO CANCER IN USERS OF FAMILY PLANNING AT HOSPITAL OF CONTIGENCIA HERMILIO VALDIZAN MEDRANO HUÀNUCO FROM JANUARY TO MARCH 2019. "was carried out with the objective of determining the practices of prevention of cervical cancer in users of family planning, taking as sample a population of 60, and obtaining the following results: the ages of the group under study between the age of 31 and 38%, the level of education, 44% primary level, the origin of the population under study, 78% were from urban areas, religion 52% Catholics, civil status 57% are couples living together, 38% are housewives, received sex education 28% received it from the media, 35% had their first sexual relationship before age 19, 48% had two sexual partners, if they had an STI 8%, while 92% did not. The totality of people who had STIs received treatment, 62% used some hormonal contraceptive method, did not use the condom with 43%, 93% if they have children, had their first child was between 20 to 25 years with 40 %, 28% consume vegetables 3 times a week, 58% did not have family members who had cancer, 77% underwent Pap tests, 36% underwent PAP every 3 years, 35% underwent PAP, and more 3 years, 82% if you know the results of your last PAP test.

Keywords: Cervical cancer prevention- users

INTRODUCCIÓN

El cáncer cervicouterino constituye uno de los problemas más álgidos dentro de la salud de las mujeres, que ponen muy frecuentemente en peligro la vida. En la actualidad se tiene estimado que son alrededor de un millón de féminas adolecen de este mal. Sin embargo se debe señalar que en la mayoría de los casos no se han establecido el diagnóstico correcto, y por ende no tienen la accesibilidad pertinente a un tratamiento oportuno y adecuado, que puede hacer que sus vidas se prolonguen o tengan una buena calidad de vida. Durante las décadas pasadas se llegaron a diagnosticar alrededor de quinientos mil nuevos casos, de las cuales más de doscientos sesenta mil mujeres llegaron a fallecer por esta causa. Siendo más del 90% mujeres procedentes de los países en vías de desarrollo. Por lo que estudios pronostican que si las autoridades pertinentes no se preocupan por dar solución o adecuar el manejo correspondiente para estas patologías, las muertes de las mujeres ocasionadas por el cáncer cervicouterino, se verá incrementada durante las próximas décadas en un 25%.

Sin embargo, también se debe tener en consideración que los porcentajes de cáncer cervicouterino durante las tres últimas décadas se han visto disminuidas, en los países desarrollados, esto se debe a los cuidados y tratamientos modernos que se practican en esos países, con programas preventivos promocionales y tratamientos adecuados y oportunos. Pese a ello no todas las mujeres alcanzan a acceder de estos manejos, ya que son limitados y de poca accesibilidad, teniendo por lo tanto mujeres en riesgo y mujeres que aún continúan muriendo por estas patologías. Asimismo la carencia de concientización, sobre todo en lugares alejados o de extrema

pobreza que también involucran a los países desarrollados, corren el peligro de adolecer de esta enfermedad y poner en riesgo sus vidas. ²

Las evidencias científicas nos demuestran que el cáncer cervicouterino, se presenta sobre todo en aquellas mujeres cuyas edades han pasado de los 40, siendo el pico más elevado la edad de los 50 años. Por otro lado se debe indicar que el tipo de cáncer invasor cervical es muy baja en aquellas féminas de edades menores a los 25 años.

. La Alianza para la Prevención del Cáncer Cervicouterino (ACCP) encomienda concentrar el tamizaje en aquellas mujeres que tienen mayor riesgo de sufrir lesiones precancerosas pero antes de que la incidencia de cáncer invasor comience a alcanzar un valor máximo. ³

Las patologías cancerígenas, sobre todo del cuello uterino, representan un problema de la salud pública, y constituyen problemas importantes, haciendo que el diagnóstico se lleven a cabo de manera tardía, debido a la poca importancia o la dejadez que tiene nuestro sistema sanitario y esto se unen los temores y miedos de la población. Por lo que el diagnóstico en forma tardía, va a conllevar a tener que tratar a cánceres ya avanzados, aumentando los costos en el tratamiento y muchas veces con consecuencias lamentables para la mujer.

Se proyecta que cuando se emplean métodos de diagnóstico precoz se podrían prevenir al menos 40% de casos de cáncer de cuello uterino. Por esta razón, es imperioso encaminar esfuerzos hacia nuevas estrategias de intervención que consientan la caracterización de casos en estadios prematuros de la padecimiento, como lesiones pre malignas. ⁴

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción del problema

Cuando nos referimos a la patología del cáncer cervicouterino, estamos hablando de un problema que representa muchas molestias dentro de la salud social, ya que no solamente va a afectar a la persona como individuo sino que también tiene sus repercusiones dentro de toda la familia y comunidad a nivel mundial. La forma de cómo esta enfermedad va a afectar a las personas que las padecen, se pueden observar bajo las diferencias que se presentan en los porcentajes de incidencia, prevalencia y muerte, asimismo de acuerdo a las oportunidades que tienen en el tratamiento y sobrevivencia de las mujeres con esta patología en los diversos lugares donde se encuentran. La Organización Mundial de Salud (OMS) admite que es indispensable el mejoramiento de todas las estrategias para la detección y el manejo de la patología, sin estas estrategias durante las dos próximas décadas se verían incrementadas las defunciones en las mujeres que adolecen este mal. Siendo este incremento mayormente en los países en vías de desarrollo de los cuales aproximadamente 70 mil muertes en América Latina e en las Islas del Caribe.⁵

Cuando se habla a nivel del mundo el cáncer del cuello uterino, se evidencia que este mal es de gran impacto en la vida de las féminas en todo el planeta, específicamente en los países en vías de desarrollo como el nuestro, donde las estrategias y los programas, para la prevención y el

tratamiento de la enfermedad no se están llevando a cabo en forma adecuada y muchas veces no están bien determinadas o simplemente no se hacen efectivos. En la mayoría de dichos países el cáncer cervical es la principal causa de muerte de cáncer entre las mujeres. ⁶

Cada año se determinan en América más de 80 000 casos nuevos, 12 500 en Norteamérica, 47 900 en Sudamérica, 15 600 en Centroamérica y cerca de 5 000 en el Caribe. El CCU es la segunda neoplasia más común en mujeres de América Latina. La incidencia en la región es de 21,2 casos por 100 000 mujeres, alcanzando valores superiores a 30 en países como Perú, Paraguay, Guyana, Bolivia, Honduras, Venezuela, Nicaragua y Surinam. ⁷

En nuestro país, el cáncer cérvicouterino compone la primordial causa de muerte por cáncer entre las mujeres. La tasa estimada de incidencia del cáncer cérvicouterino es de 48,2 por 100.000 y la tasa estimada de mortalidad es de 24,6 por 100.000. El cáncer cérvicouterino constituye una prioridad nacional y hace ya más de 30 años que existen servicios de tamizaje. ⁸

En la actualidad más de la mitad de los casos nuevos de cáncer y cerca de dos terceras partes de las muertes causadas por el cáncer ocurren en países de bajos y medianos ingresos, llamados también países en desarrollo; sin embargo, solamente el 5% de los recursos globales para el cáncer se usan en estos países como el nuestro; instituciones dedicadas a la investigación del cáncer muestran que una tercera parte de las muertes por cáncer se pueden prevenir mediante pruebas de detección,

vacunas y cambios de estilo de vida, como dejar de fumar. Pero muchos de los servicios y tecnologías que pueden ayudar a prevenir y a tratar el cáncer no se encuentran ampliamente disponibles en nuestro país y menos aún en nuestra región; además, no hay registros del cáncer poblacional que ayude a hacer un seguimiento de los casos de cáncer y las muertes que causa.⁹

En la región Huánuco, la mortalidad por cáncer en los últimos cinco años mantiene una tendencia regular, con ligeros cambios en su ubicación de los tipos de cáncer en los periodos evaluados; así en el 2015 se encuentra que la primera causa de morir por cáncer es el de estómago, representando el 25.1%, seguido por cáncer de hígado (13.6%), cáncer de cérvix (9.9%), próstata (7.9%), pulmón (7.2%), sitio primario desconocido (6.0%) y colón (4.0%) entre los principales para este año. También se observa para este año la aparición de nuevas localizaciones como el de próstata, ya mencionado y el de piel (2.0%) entre las diez primeras causas de defunción.¹⁰

Los programas de detección y control del CCU son establecidos en la epidemiología y en las acciones de prevención propuestas, que incluyen tres niveles: prevención primaria, prevención secundaria y prevención terciaria. La prevención primaria del cáncer se basa en el presupuesto de que la promoción de la salud puede comprimir la exhibición de la población a elementos de peligro del cáncer, con el objetivo de disminuir la incidencia de la enfermedad. La prevención secundaria incluye un conjunto de acciones que promueven el diagnóstico precoz de la enfermedad y su tratamiento inmediato, aumentando la posibilidad de

cura, mejorando la calidad de vida y la sobrevida y disminuyendo la mortalidad por cáncer. Y la prevención terciaria engloba las actividades para la rehabilitación e prevención de las complicaciones derivadas de la enfermedad. Mas el control del cáncer depende esencialmente de acciones en las áreas de la promoción de la salud, protección específica e del diagnóstico precoz de la enfermedad. ¹¹

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuáles son las prácticas de prevención del cáncer cérvicouterino en usuarias de planificación familiar en el hospital de contingencia Hermilio Valdizán Medrano 2019?

21.2.2. Problemas especificos

1. ¿Cuáles son las prácticas de **prevención primaria** del cáncer cérvicouterino en las usuarias de planificación familiar en el hospital de contingencia Hermilio Valdizán Medrano 2019?
2. ¿Cuáles son las prácticas de **prevención secundaria** del cáncer cérvicouterino en las usuarias de planificación familiar en el hospital de contingencia Hermilio Valdizán Medrano 2019?

1.3. Objetivo general

- Determinar las prácticas de prevención del cáncer cérvicouterino en usuarias de planificación familiar en el hospital de contingencia Hermilio Valdizán Medrano 2019.

1.4. Objetivos específicos

- Identificar las prácticas de prevención primaria del cáncer cérvicouterino en las usuarias de planificación familiar en el hospital de contingencia Hermilio Valdizán Medrano 2019.
- Identificar las prácticas de prevención secundaria del cáncer cérvicouterino en las usuarias de planificación familiar en el hospital de contingencia Hermilio Valdizán Medrano 2019.

1.5. Justificación de la investigación

El/ la obstetra que labora en el primer nivel de atención contribuye de manera importante, mediante el desarrollo de actividades preventivo-promocionales, el proceso de concientizar a la población en la gran responsabilidad de cuidar su salud, enfatizando las áreas que demandan mayor riesgo para la salud como es el Cáncer Cérvicouterino, el cual presenta una creciente incidencia, por lo que constituye un problema de salud reproductiva en la mujer, especialmente en los países en desarrollo, por su gran magnitud y consecuencias negativas para el grupo vulnerable (mujer en edad reproductiva que tiene una vida sexual activa), para lo cual debe tener en cuenta las prácticas de prevención que realiza su población, lo cual contribuirá a mejorar la calidad de vida de las personas y a disminuir la incidencia del Cáncer Cérvicouterino.

El/la obstetra tiene como responsabilidad y tarea de concientizar a la población, además de mejorar las estrategias de promoción, motivando a

las mujeres que se realicen de manera oportuna el examen citológico como lo es el Papanicolaou

1.6. Limitaciones de la investigación

Para el diseño del proyecto de investigación se dispuso de diversos trabajos de investigación relacionados al tema como material de consulta así mismo, de bibliografía actualizada y de fuentes bibliográficas en Internet, por lo que no existen limitaciones metodológicas para su desarrollo.

Por ser un estudio descriptivo, los datos estarán ligados a la veracidad de las respuestas. Describirá las características propias de una población estática perteneciente a una región geográfica determinada (Hospital de Contingencia Hermilio Valdizan Medrano).

De acuerdo a los resultados obtenidos, el estudio no puede extrapolarse a toda la población adolescente de las instituciones educativas, debido a la particularidad de la investigación, limitándose solo al que corresponde.

1.7. Viabilidad de la Investigación

El estudio es viable académicamente pues se sustenta en bases teóricas y conceptuales, seleccionadas de fuentes primarias y secundarias.

El estudio es viable institucionalmente por contar con la autorización de la universidad de Huánuco y el Hospital de contingencia Hermilio Valdizán Medrano.

El estudio es viable económicamente porque se cuenta con los recursos financieros que se invirtió en el proyecto.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Antecedentes internacionales

En Ecuador en el 2015, Pontón efectuó un estudio cuantitativo, prospectivo, descriptivo de corte transversal, titulado “Conocimiento y práctica sobre citología cervical de mujeres en edad fértil que acuden a consulta externa en el área de salud #3 de la ciudad de Loja”, cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimiento y práctica sobre citología vaginal, a qué edad se la realizan con más frecuencia y las limitantes. El universo estuvo fueron las pacientes en edad fértil usuarias de la consulta externa. Aplicaron una encuesta de 15 preguntas cerradas. Los resultados evidenciaron que un 55% de la población estudiada poseen un nivel de conocimiento alto, el 40% medio y 5% bajo nivel de conocimiento. La edad promedio en la que más se realizaban el examen de citología es de 35 a 39 años de edad, y las limitantes identificadas para la no realización del examen de citología cervical en su orden son: el temor 50%; el desconocimiento, vergüenza y falta de tiempo el 14% y, por bajos recursos económicos el 8%. Palabras claves: Citología cervical, edad fértil.¹²

En Nicaragua en el 2016 Vílchez y Báez efectuaron un estudio titulado. “Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre la Citología Cervico-Vaginal (Papanicolaou) en mujeres de edad fértil con Inicio de Vida Sexual Activa que asisten al Centro de Salud William Pacheco, Municipio de Yalaguina, Departamento de Madriz 01 de agosto-31 de

octubre 2015.” Cuyo objetivo estratégico fueron en el mejoramiento de la calidad de atención hacia la población de nuestro país. Se aplicó en una muestra de 337 mujeres en edad fértil, con vida sexual activa, una encuesta dirigida a las mujeres en estudio para valorar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el Papanicolaou. Al finalizar el trabajo de investigación que realizaron llegaron a los siguientes resultados: Del grupo estudiado en su mayoría fueron mujeres que presentaron edades entre los 15 a los 26 años, referente al estado civil la mayoría estudiada fueron de estado civil casada, en cuanto a la religión que profesaron fueron la religión católica, con un lugar de procedencia de la zona rural, el nivel educativo que encontraron fue el nivel primario, luego hallaron también en relación al nivel de conocimiento fue bueno, predominó en un 86.9% el nivel de conocimiento regular, y en el 10.1% tuvieron un nivel de conocimiento malo.¹³

En Ecuador en el 2015 Bermeo efectuó un estudio descriptivo – analítico titulado. “Conocimientos y prácticas para la prevención y detección oportuna del cáncer cérvico uterino que tienen las mujeres en edad de riesgo (35-65 años) que acuden a solca de la ciudad de Esmeraldas enero - abril 2015.” Cuyo objetivo fue determinar los conocimientos y prácticas de medidas preventivas, para determinar la participación de la pareja en la aplicación de medidas de prevención y detección oportuna del cáncer cérvicouterino, se diseñó una guía educativa sobre el cáncer cérvicouterino.

La muestra fue constituida por 120 mujeres. Aplicaron instrumento la encuesta, Los resultados evidenciaron que un 85,84 % se efectúa una prueba de Papanicolaou así mismo el 65% de ellas lo practican cada año. El 65% de las encuestadas tratan oportunamente las ITS, sin embargo 61,66% no hacen uso del preservativo para protegerse en cada relación sexual. Además 65% utilizan para su higiene vaginal diaria agua de la llave. El 59,16% de las encuestadas son apoyadas por sus parejas económicamente para exámenes, tratamientos, medicación, no participan en el tratamiento o esperando a que sus esposas culminen del mismo. Un alto índice de las encuestadas alcanzó un nivel muy bajo y otras nada de conocimiento en cuanto al VPH, cáncer cérvicouterino, factores de riesgo y sus medidas preventivas. Se puede concluir que existe un alto porcentaje con déficit o pobreza de conocimiento sobre estos temas situación que pudiera estar asociada a la escasa realización de prácticas para poder prevenir y detectar a tiempo esta mortal enfermedad. De igual manera se determinó la poca participación de la pareja, considerando que más lo hacen económicamente que involucrándose en el tratamiento enviado para ambos o siendo obligadas a abandonarlo para cumplir con las necesidades del hombre en el ámbito sexual.¹⁴

En Colombia en el 2016 Hurtado, Lora, Trillos efectuaron un estudio transversal tipo descriptivo titulado “Conocimientos, actitudes y prácticas en citología cérvicouterino en estudiantes del programa de enfermería de una universidad pública de la ciudad de santa marta Colombia. 2016”, cuyo objetivo fue describir los conocimientos, actitudes y prácticas sobre

la citología cérvico uterina que tienen las usuarias de Enfermería de una universidad pública en Santa Marta- Colombia 2016 se tomó una población de 164 mujeres de la Universidad del Magdalena pertenecientes al Programa de Enfermería Aplicaron una encuesta tipo CAP (conocimiento – actitud y práctica) sobre la citología cervicouterina (CCU), Los resultados evidenciaron que la mayoría de las encuestadas 161 personas que corresponden al (98,17%) respondieron de forma correcta, ¿en qué lugar se toma la muestra de citología Cervicovaginal? 153 personas que corresponden al (93,29%) respondieron de forma adecuada al elegir como opción cuello del útero el objetivo de la realización de la citología cervicouterina se obtuvo que la mayoría de las encuestadas respondieron de forma acertada, 159 personas que equivalen al (96,95%) contestaron detección de cáncer de cuello, ¿en qué momento se debe realizar este examen? Lo cual logró evidenciar que 117 personas que representan el (71,34%) afirmaron que el momento en el que se debe realizar el examen es al iniciar las relaciones sexuales. b. prácticas y actitudes: Palabras Claves: Citología Cervicouterina, Cáncer de cérvix, conocimientos, prácticas y actitudes. ¹⁵

Antecedentes Nacionales

En Ica en el 2017 Gómez efectuó un estudio aplicada, descriptiva el diseño es no experimental - transversal titulado “Prácticas protectoras del cáncer cervicouterino en mujeres atendidas en el puesto de salud balconcito, en los meses enero – marzo del 2017”, cuyo proposito fue definir el nivel de las Prácticas preventivas del Cáncer Cérvicouterino en usuarias en edad reproductiva. Se trabajó con una población

conformada por 321 mujeres, la muestra se conformó por 175 mujeres en edad reproductiva. Se empleó la encuesta, cuya herramienta elegida fue el cuestionario, cuenta con 20 preguntas, con escalas abiertas, cerradas de tipo dicotómicas y politómicas. En relación a los datos finales logrados en el trabajo que realizaron fueron: Qué la mayoría de personas estudiadas manifestaron haber recibido información sobre educación sexual proveniente del personal médico, por otro lado se obtuvo que la mayoría manifestó haber tenido una sola pareja sexual, pero que sin embargo desconocían sobre la fidelidad de su pareja, de igual forma se obtuvieron datos sobre la utilización o no utilización de métodos anticonceptivos obtuvieron que solamente usaban en forma ocasional los preservativos, cuando se evidencian los resultados que hallaron sobre el consumo de alimentos saludable tenemos que el 100% dijeron consumir este tipo de alimentos saludables y balanceados.(carnes, aves, pescado ,frutas y verduras), 48% se realizó su última prueba de Papanicolaou en una Posta. ¹⁶

En Lima en el 2016 Yalico efectuó un estudio descriptivo, con diseño comparativo, prospectivo de corte Transversal “Prácticas de prevención primaria de cáncer cérvicouterino en mujeres adolescentes y adultas que acuden al consultorio de prevención de cáncer ginecológico del Hospital Nacional Sergio E. Bernales marzo 2016”, cuyo objetivo fue determinar la diferencia en las Prácticas de Prevención Primaria de Cáncer Cérvicouterino entre las usuarias adolescentes y adultas que acuden al Consultorio de Prevención de Cáncer Ginecológico del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en Marzo del año 2016. El cuál contó con una

muestra de 90 mujeres adultas y 26 mujeres adolescentes que se atienden en el Consultorio de Prevención de Cáncer Ginecológico del Hospital Nacional Sergio E. Bernales. Se aplicó un instrumento de investigación se utilizó el programa estadístico SPSS versión 23 para Windows y Ms Excel 2013. Asimismo, se aplicó la prueba alfa de Cronbach para determinar el coeficiente de confiabilidad por tener el cuestionario respuestas politómicas. Los resultados evidenciaron que en adolescentes tenemos que el 53.8% son solteras, el 61.5% terminó la Secundaria y el 50% proviene del distrito de Carabayllo. Las Prácticas de Prevención Primaria de Cáncer Cervicouterino relacionadas al aspecto reproductivo son: en un 57.7% han limitado el número de embarazos a 1, un 77.8% no evitaron un embarazo precoz, el 76.5% limitaron el número de partos vaginales a 1, ninguna refirió un uso prolongado de los métodos anticonceptivos hormonales orales y un 65.4% usa preservativo durante las relaciones sexuales; en la conducta sexual un 84.6% no retrasaron el inicio de su vida sexual, el 61.5% limitan el número de parejas sexuales a 1 y el 84.6% evita el contagio de una ITS; en los hábitos alimenticios el 69.2% de las adolescentes refirieron no consumir frutas 4 veces por semanas, el 57.7% no consumir leche y derivados 4 veces por semana y 69.2% no consumir menestras y legumbres 4 veces por semana; y en cuanto la vacuna contra VPH, el 50% de las adolescentes refirieron no haber escuchado o leído sobre la vacuna contra el VPH, el 46.2% indica que sólo mujeres pueden vacunarse contra el VPH según la campaña del Ministerio de Salud y que la edad propicia para vacunarse según la campaña del Ministerio de

Salud es de 9 a 13 años. En las mujeres adultas el 53.3% son convivientes, el 42.2% terminó la Secundaria y el 68.9% proviene del Distrito de Comas. Las Prácticas de Prevención Primaria de Cáncer Cervicouterino relacionadas al aspecto reproductivo son: el 74.4% no limita el número de embarazos a 1, un 55.7% evitó un embarazo precoz, el 59.5% no limitó el número de partos vaginales a 1 o 2, el 30% evita un uso prolongado los métodos anticonceptivos hormonales orales y el 68.9% usa preservativo durante sus relaciones sexuales; en la conducta sexual el 55.6% no retrasó el inicio de su vida sexual, el 30% limita su número de parejas sexuales a 1, el 84.4% evita en contagio de una ITS; en los hábitos alimenticios el 75.6% indica sí consumir frutas 4 veces por semana, el 57.8% sí consumir leche y derivados 4 veces por semana y el 54.4% no consumen menestras y legumbres 4 veces por semana; y lo relacionado a la vacuna contra el VPH, el 71.1% refirió haber escuchado o leído sobre la vacuna contra el VPH, el 54.4% que las mujeres pueden vacunarse según la campaña del Ministerio de Salud y que la edad idónea para vacunarse según la campaña del Ministerio de Salud es de 9 a 13 años según el 47.8%. Palabras claves: Prácticas de Prevención Primaria, Factores de Riesgo, Cáncer Cérvicouterino¹⁷

En Lima en el 2015 Gutiérrez efectuó un estudio tipo cuantitativo de corte transversal y nivel aplicativo titulado “Prácticas de prevención del cáncer cérvicouterino en las usuarias del centro de salud Ancieta Baja en el periodo 2015” cuyo objetivo fue determinar las prácticas de prevención del cáncer cérvicouterino. La muestra estuvo constituida por 365 usuarias atendidas en el Centro de Salud Ancieta Baja con un rango

de 12 a 59 años. Se aplicó un cuestionario anónimo seleccionada aleatoriamente de aquellas que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión respectivamente. El cuestionario estuvo conformado por tres rubros; el primer rubro de datos generales que tiene seis ítems, el segundo relacionado a la práctica en el comportamiento sexual para la prevención del cáncer cervicouterino que tiene diez ítems, el tercero relacionado a la práctica en el hábito tóxico para la prevención del cáncer cervicouterino que tiene siete ítems. Para el análisis estadístico se aplicó el programa de SPSS versión 20 para ser analizados, interpretados y presentados en tablas y gráficos. Los resultados evidenciaron que un (50,96%) tienen entre 18 y 29 años. Acerca del grado de instrucción (75,07%) tiene estudios secundarios. En relación al estado civil (66,58%) son convivientes. En relación a la ocupación (65,75%) son amas de casa. Acerca de la paridad (39,18%) tiene un solo hijo. Entre las prácticas en el comportamiento sexual para la prevención del cáncer cervicouterino tenemos el 76,44% no retrasó el inicio de relaciones sexuales hasta los 18 años, el 71,23% desconoce el número de parejas sexuales de su pareja actual, el 98,63% no conoce si su pareja actual presento alguna infección de transmisión sexual, el 54,52% limito el número de parejas sexuales a uno, el 68,49% nunca usa el preservativo durante sus relaciones sexuales, el 95,89% ha evitado el contagio de infecciones de transmisión sexual, el 86,58% se realizó la prueba de Papanicolaou, el 52,53% no se realiza periódicamente la prueba de Papanicolaou, el 76,90% si recogió y conoce el resultado de la prueba de Papanicolaou. En cuanto las prácticas en los hábitos

tóxicos para la prevención del cáncer cérvicouterino tenemos el 92,88% no consume el tabaco mientras de las que consumen el 69,23% consume una vez a la VI semana el tabaco, el 65,21% si consume bebidas alcohólicas mientras de las que consumen 97,48% consume con poca frecuencia. Palabras claves: Neoplasias de la Corteza Suprarrenal, Mujeres.¹⁸

En Tarapoto en el 2017 Cotrina, Yalico efectuaron un estudio cuantitativo, descriptiva - prospectiva, de corte transversal, con diseño Correlacional titulado. “Promoción de la salud y su influencia en las prácticas de prevención del cáncer cérvico uterino en usuarias atendidas en el área mujer del centro de salud de morales. Octubre 2016 – marzo 2017” cuyo objetivo fue determinar la influencia de la promoción de la salud en las prácticas de prevención del Cáncer cervicouterino que realizan las usuarias atendidas en el área Mujer del Centro de Salud de Morales. Octubre 2016 – febrero 2017. La muestra estuvo constituida por 177 usuarias y 15 profesionales de salud. Los resultados evidenciaron que la población de usuarias se caracteriza por tener entre 20 a 34 años (89,9%), estado civil convivientes (44,1%), instrucción secundaria (56,5%), ser ama de casa (52,5%) y profesar la religión católica (61,6%). El 73,3% de los profesionales realizaron acciones de promoción de la salud según normas vigentes. El 62,1% de las usuarias tienen una práctica adecuada de prevención primaria y el 70,6% de prevención secundaria. El 75,1% se realiza la prueba de papanicolau, 71,2% sabe los motivos por la que debe realizarse y el 49,2% conocelos resultados. El 32,2% lo realiza en edad adecuada y el 24,9% lo realiza

confrecuencia. Cuya conclusión fueron acciones de promoción de la salud influyen significativamente en las prácticas preventivas del cáncer cervico uterino ($\chi^2= 46,856$; $p =0,0000$). Así como la dimensión primaria ($\chi^2= 19,437$; $p =0,0000$) y secundaria ($\chi^2=19,200$; $p =0,0000$). ($p<0.01$).¹⁹

En Lambayeque en el 2017 Bazán efectuó un estudio observacional con enfoque transversal, titulado “Conocimiento Y Prácticas Relacionados Con La Prevención Y Diagnóstico Del Cáncer De Cuello Uterino, En Usuaris Aseguradas Al S.I.S. Que Acuden A Consultorio Externo Del Hospital Santa María De Cutervo” cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimiento y prácticas en temas de prevención y diagnóstico del cáncer de cuello uterino. La muestra estuvo conformada por 340 usuarias de 20 a 59 años de edad que acudieron a consulta externa del hospital. Se aplicó una encuesta, la cual fue validada por juicio de expertos. Los resultados evidenciaron que un 75% de las usuarias encuestadas presentaron nivel de conocimiento Insuficiente y un 47.6% presentaron un nivel de práctica Inadecuada, no existiendo usuaria alguna que calificara como Adecuada. Palabras clave: Conocimiento y Práctica en salud, Prevención y Diagnóstico. ²⁰

Antecedentes locales

EN Huánuco en el 2017 Vela efectuó un estudio tipo descriptivo, transversal. titulado “prácticas de prevención del cáncer cervico uterino en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Huánuco Sede Tingo Maria, mayo a junio 2017”, cuyo objetivo fue

determinar las prácticas de prevención del cáncer cérvico uterino en usuarias de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Huánuco sede Tingo María. Se aplicó un cuestionario estructurado, la misma que fue aplicado mediante encuesta en los meses mayo a junio del 2017, para el análisis estadístico de los resultados se utilizó el programa SPSS versión 22. Los resultados evidenciaron que tiene edad media de 21 años, 80% son solteras, 74% no tienen parejas, 86% son católicas, 37% viven solas en cuartos alquilados. Sobre las prácticas de prevención primaria del Cáncer Cérvico uterino referente a la conducta sexual, 36% recibieron información sobre educación sexual por parte de sus profesores, solo 8% retrasaron su primer coito hasta 20 años, 48% tiene una pareja sexual, solo 17% conoce las características sexuales de sus parejas sexuales, 99% no ha tenido infecciones de transmisión sexual, solo 32 % usan método anticonceptivo hormonal oral, y han usado por un tiempo menor a un año, solo 16% utiliza siempre preservativo durante la relaciones sexuales, referente a su reproducción 82% son nulíparas, 4% han tenido su primer hijo después de 22 años, en referente a sus hábitos ; 98% evitan fumar cigarrillos, 96% tienen alimentación adecuada y balanceada, 86% tienen conocimiento sobre el Papiloma Virus Humano. Referente a las V prácticas de prevención secundaria solo 29% se ha realizado el examen de Papanicolaou, solo se han realizado por una vez, y 100% de los que se realizaron este examen conocen su resultado, 99% conocen sobre la utilidad del examen de Papanicolaou, teniendo como conclusiones: la población estudiada en su mayoría solo ha tenido una pareja sexual, no

presentaron episodios de infección de transmisión sexual, son nulíparas, conocen sobre el virus de papiloma humano y el examen de Papanicolaou, porque son población joven y estudiantes de facultad de ciencias de la salud. Palabras claves: cáncer cérvico uterino, prevención primaria, prevención secundaria, Papanicolaou.²¹

2.2. Bases teóricas

2.2.1 Cáncer cérvicouterino

El cáncer cérvicouterino es la enfermedad ginecológica neoplásica más común en todo el mundo, es una enfermedad en la cual se encuentra células cancerosas (malignas) en los tejidos del cuello uterino. El cuello uterino es la abertura del útero, el órgano hueco en forma de pera donde se desarrolla el feto y lo conecta con la vagina (canal de nacimiento). El Cáncer cérvico uterino suele crecer lentamente por un período de tiempo, antes de que se encuentre células cancerosas en el cuello uterino, sus tejidos experimentan cambios y empiezan a aparecer células anormales (proceso conocido como displasia). La prueba de Papanicolaou generalmente encuentra estas células. Posteriormente, las células cancerosas comienzan a crecer y se diseminan con mayor profundidad en el cuello uterino y en las áreas circundantes.²²

La infección por el VPH es una infección de transmisión sexual (ITS) y en las últimas décadas se le ha reconocido como en una de las principales. No es necesario que haya coito vaginal para contraer la

infección, ya que este virus se puede transmitir por el contacto de piel entre las áreas genitales, es por ello que todas las mujeres deben someterse a tamizaje de cáncer cérvicouterino al menos una vez entre los 30 y 49 años de edad, o según las directrices nacionales.²³

Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino

El cáncer de cuello uterino y las lesiones pre malignas se comportan como una enfermedad de transmisión sexual, asociada especialmente a la infección por el virus del papiloma humano (VPH), aunque existe cierta susceptibilidad genética entre las mujeres con presencia simultánea de HLA-B*07 y HLA-B*0302, pero con disminución del riesgo entre quienes tienen HLA-DRB1*1301.

Infección por VPH

El VPH 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.

En adultos se observaba en lesiones anogenitales por el condiloma acuminado, una de las infecciones más comunes de transmisión sexual. La infección por VPH 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 VPH son transmitidas por contacto sexual directo sin que haya evidencia de lesiones. El hombre cursa como portador asintomático.

Numerosos estudios epidemiológicos han confirmado la relación entre la infección por VPH, con o sin cofactores, y el desarrollo del cáncer de cuello uterino, a pesar que la mayoría de las infecciones cervicales son autolimitadas. El papel que desempeña el VPH tiene que ver con los genes precoces (E1 a E7) y tardíos (L1 y L2) que tiene el virus. La integración normalmente ocurre entre el E1/E2, produciendo una alteración de la integridad y la expresión génica. Estos fragmentos codifican proteínas de unión al ADN que regulan la transcripción y la replicación viral. En los serotipos de VPH 16 y 18, la proteína E2 reprime el promotor a través del cual se transcriben los genes E6 y E7. A causa de la integración los genes E6 y E7 se expresan en el cáncer positivo para VPH. Parece que los únicos factores virales necesarios para la inmortalidad de las células epiteliales genitales humanas son los E6 y E7. Además, estas dos oncoproteínas forman complejos con otras proteínas reguladoras de las células (la P53 y pRB) que producen degradación rápida de la P53 e impiden, por tanto, su función normal en respuesta al daño del ADN inducido por otros factores. Normalmente niveles elevados de P53 pueden producir la detención del crecimiento celular, permitiendo la reparación del ADN o la apoptosis.

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.²⁴

Características de la conducta sexual

Número de compañeros sexuales. Existe una relación directamente proporcional entre el riesgo de lesión intraepitelial y el número de parejas sexuales. Esta exposición se ha relacionado básicamente con la probabilidad de exposición al VPH. Por ejemplo, las mujeres solteras, viudas o separadas tienen más riesgo de infectarse por VPH dado que tienen más compañeros sexuales, sea permanente u ocasional.

Edad del primer coito. 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.

Características del compañero sexual. 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.

Otras características que presentaban con mayor frecuencia eran más cantidad de visitas a prostitutas y el hábito de fumar.

Una mujer tiene alto riesgo de lesión intraepitelial si sus compañeros sexuales tienen antecedentes de cáncer de pene, y este estuvo casado con una mujer que presentó neoplasia cervical, visita frecuentemente a prostitutas y nunca utiliza condón.

Enfermedades de transmisión sexual. Se ha demostrado la asociación de cáncer de cuello uterino con enfermedades de transmisión sexual tipo sífilis o blenorragia, así como 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. En un estudio realizado en tres países se encontró asociación entre infección por VPH y *C. trachomatis* en Colombia y España, pero no en Brasil, mientras que otros estudios han asociado la infección del serotipo G de esta bacteria con el virus.

Adicionalmente, la coinfección con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) facilita el desarrollo de la neoplasia, con un aumento del riesgo de cáncer entre las infectadas por el VIH de hasta 3,2 veces el riesgo de las mujeres sin VIH.²⁵

Factores relacionados con la reproducción

Paridad

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 para este fenómeno, se cree que la inmunosupresión del embarazo o su influjo hormonal aumentan la susceptibilidad a la infección por VPH; sin embargo, al revisar la extensa literatura al respecto podemos concluir que estos estudios en su mayoría son bastante contradictorios.

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

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.

Tabaquismo. Existe una relación directa entre el riesgo de lesiones preinvasoras y la duración e intensidad del hábito. En promedio se considera que las fumadoras tienen doble riesgo de lesión

intraepitelial con respecto de las no fumadoras. Experimentalmente se ha demostrado la presencia de nicotina, cotinina y otros mutágenos derivados del tabaco, en mujeres fumadoras con lesión intraepitelial. Además, es bien conocido el daño molecular del ADN del tejido cervicouterino en mujeres que fuman. Como si fuera poco, se postula que el tabaco induce un efecto inmunosupresor local. Diferentes estudios han encontrado mutágenos en el moco cervical, algunos a concentraciones muy superiores a las sanguíneas, lo que sugiere un efecto carcinogénico directo, aunque no es posible separar el hecho de las conductas de riesgo para adquirir VPH que se asumen con más frecuencia entre las mujeres fumadoras; con todo, estudios de gran envergadura no soportan claramente la asociación directa entre tabaquismo y el cáncer del cuello uterino.²⁶

Métodos anticonceptivos

Anticonceptivos orales. Aunque controvertido, 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 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 (OR = 0,77; IC 95% 0,46 a 1,29).

La evidencia para la asociación entre el cáncer de cuello uterino y los anticonceptivos orales u otras hormonas anticonceptivas no es completamente consistente. Varios estudios han investigado a mujeres positivas para VPH sin encontrar asociación con este factor. Se plantea que esta asociación con el cáncer tiene probablemente más una relación con el comportamiento sexual que por efecto directo; se ha visto que las mujeres que han utilizado anticonceptivos orales por menos de cinco años tienen el mismo riesgo que aquellas que nunca los han utilizado, pero puede subir hasta cuatro veces cuando el uso es mayor de diez años.

Métodos de barrera. Tanto el condón como el diafragma y hasta los espermicidas han mostrado que disminuyen la posibilidad de cáncer cérvicouterino, al parecer por su efecto sobre la transmisión del VPH.²⁷

Factores psicosociales

Condición socioeconómica y cultural. Hay gran cantidad de datos que son controvertidos respecto a la asociación que se da entre cáncer de cuello uterino y condición económica, social o educativa. Se acepta que las mujeres de más bajo nivel social, cultural y educativo, así como los inmigrantes extranjeros tienen mayor incidencia de cáncer del cuello uterino, pero existen estudios que muestran a las universitarias como las que más lo sufren.

La pregunta es si esta condición implica mayor exposición al VPH o dificultades para acceder a los servicios de detección oportuna. Benia y Tellecha, en Uruguay, informaron que más del 60% de las mujeres de 20 a 30 años no acuden a los servicios de tamizaje más por temor y trabas administrativas que a tener que vivir en condiciones que las expone más al virus.

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

Factores asociados con la calidad de la atención

El cáncer de cuello uterino es una enfermedad previsible cuando su diagnóstico es oportuno y se realiza un tratamiento adecuado de las lesiones premalignas. En países desarrollados donde hay amplia cobertura, el 80% de los casos de lesiones que afectan el cuello uterino son detectados como neoplasia intraepitelial, lo cual sugiere que existen elevados estándares de calidad en los programas de detección temprana. De ahí la importancia de estos programas en la disminución del cáncer de cuello uterino en países nórdicos como Canadá y Estados Unidos. Caso contrario sucede en los países en desarrollo, donde debido a la baja cobertura y los bajos estándares de

calidad los índices de mortalidad por cáncer de cuello uterino no han disminuido.

En diversos estudios se han identificado problemas asociados con la reducida eficiencia y efectividad de los programas de detección temprana de cáncer de cuello uterino. En México, por ejemplo, las deficiencias están relacionadas con las bajas coberturas y calidad en el servicio, con deficientes procedimientos para la obtención de especímenes adecuados de citología exfoliativa, altos índices de diagnóstico falso negativo en centros de lectura de citología ginecológica, y en las mujeres que acuden para detección tardíamente; es de resaltar que en ese país las coberturas más bajas de los programas se dan sobre todo en las áreas rurales.

Desde esta perspectiva se entiende que cada programa institucional ha de garantizar los aspectos fundamentales para la atención humanizada, tales como el acceso, la oportunidad, la privacidad y la confidencialidad necesaria, entre otros.

Acceso. Se define como la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Pertinencia técnica y científica. Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, de acuerdo con la evidencia científica, y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales. Dentro del conocimiento de los profesionales que

intervienen en la norma técnica se destacan la actualización, la capacitación y la educación médica continuada.

Es importante además que los programas de educación concuerden con la realidad epidemiológica del país, así como con las políticas y programas nacionales de salud. Actualmente en Colombia se encuentra definida la competencia del recurso humano para el manejo de la norma técnica de detección temprana de cáncer de cuello uterino; existe además documentación que la mayoría de los especímenes mal tomados se relacionan con la intervención de médicos recién graduados o con más de 25 años de experiencia sin educación continuada.

Otro aspecto es la falta de sensibilidad de los médicos para enfocarse en que el servicio se debe orientar hacia la búsqueda activa de los casos donde es fundamental definir la competencia laboral relacionada con el conocimiento, la actitud y las habilidades de realización que todo profesional debe tener frente a la prevención y tratamiento del cáncer de cuello uterino, ello permitiría un alto grado de flexibilidad y réplica en el proceso educativo según los participantes y su campo de acción.

Oportunidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y

con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.²⁸

2.2.3 Signos Y Síntomas Del Cáncer Cérvicouterino

Sangrado vaginal anormal

El sangrado es una de las señales que puede presentarse entre período o incremento en la cantidad del mismo. Este signo se presenta, ya que nuevos vasos sanguíneos se forman, con membrana más débil, por lo tanto, se lesionan de forma recurrente.

Secreción vaginal anormal

En el cáncer de cuello uterino que ya ha progresado, se evidencia una secreción vaginal de mal olor, color oscuro. Pero es difícil de distinguir esta secreción porque varias patologías o infecciones de Trasmisión Sexual causan la aparición de esta sintomatología.

Dolor en la pierna y espalda

Dolores musculares cuando el cáncer de cérvix se encuentra progresando, puede afectar a la inervación de las piernas y espalda comprimiéndolos, lo cual causa dolor. Si compromete a los vasos linfáticos provocará inflamación.

Síntomas adicionales

Como en todos los tipos de cáncer se observan cambios en la mujer como disminución de peso, cansancio, falla renal si los riñones se encuentran ocluidos, llevando a la muerte.²⁹

2.2.4 Clasificación De Figo Del Cáncer Cérvicouterino

Estadio I

El carcinoma de estadio I se limita estrictamente al cuello uterino. No se debe tomar en cuenta la extensión al cuerpo uterino. El diagnóstico de los estadios IA1 y IA2 debe hacerse a partir de los exámenes microscópicos de un tejido extirpado, preferentemente un cono, que rodee la lesión entera.

- ❖ **Estadio IA:** Cáncer invasor identificado a través de un examen microscópico únicamente. La invasión se limita a la invasión del estroma medida con un máximo de 5 mm de profundidad y 7 mm de extensión horizontal.
- ❖ **Estadio IA1:** La invasión medida en el estroma no supera 3 mm de profundidad y 7 mm de diámetro.
- ❖ **Estadio IA2:** La invasión medida en el estroma está entre 3 y 5 mm de profundidad y no supera 7 mm de diámetro.
- ❖ **Estadio IB:** Las lesiones clínicas se limitan al cérvix, o las lesiones preclínicas son mayores que en el estadio IA. Toda lesión macroscópicamente visible incluso con una invasión superficial es un cáncer de estadio IB.
- ❖ **Estadio IB1:** Lesiones clínicas de tamaño máximo de 4 cm.
- ❖ **Estadio IB2:** Lesiones clínicas de tamaño superior a 4 cm.

Estadio II

El carcinoma de Estadio II se extiende más allá del cérvix, pero sin alcanzar las paredes pelvianas. Afecta la vagina, pero no más allá de sus dos tercios superiores.

- ❖ **Estadio IIA:** Ninguna afección parametrial evidente. La invasión afecta los dos tercios superiores de la vagina.
- ❖ **Estadio IAB:** Afección parametrial evidente, pero la pared pelviana no está afectada.

Estadio III

El carcinoma de estadio III se extiende hacia la pared pelviana. En el examen rectal, todas las zonas están invadidas por el cáncer entre el tumor y la pared pelviana. El tumor afecta el tercio inferior de la vagina. Todos los cánceres con una hidronefrosis o una disfunción renal son cánceres de estadio III.

- ❖ **Estadio IIIA:** Ninguna extensión en la pared pelviana, pero afección del tercio inferior de la vagina.
- ❖ **Estadio IIIB:** Extensión a la pared pelviana, hidronefrosis o disfunción renal.

Estadio IV

El carcinoma de estadio IV se extiende más allá de la pelvis verdadera o invade la mucosa de la vejiga y/o del recto.

- ❖ **Estadio IVA:** Extensión del tumor a los órganos pelvianos cercanos.
- ❖ **Estadio IVB:** Extensión a los órganos distantes. ³⁰

2.2.5 Tratamiento

Para considerar el tipo de tratamiento que deben recibir las pacientes de CCU se tiene en cuenta la clasificación clínica del estadio tumoral. A continuación, se describen los tratamientos que hasta el momento se utilizan.

Lesiones pre invasoras (estadio 0): Se utilizan técnicas conservadoras que preservan la fertilidad de la mujer, como: cirugía con rayo láser, conización (extracción de tejido en forma de cono) y electro-cirugía.

Enfermedad invasiva: Hay tres tipos de tratamiento: cirugía, radioterapia exclusiva y radioterapia concomitante a quimioterapia. A mujeres en estadios tempranos IA1 y IA2 se les realiza histerectomía (cirugía para extraer el útero solo o con tejidos vecinos según el caso), vía abdominal o vaginal. En estadios avanzados IB y IIA, el tratamiento estándar es la histerectomía radical total dada la afección a ganglios linfáticos. Las tasas de supervivencia con este tipo de tratamiento oscilan entre un 80-90%. Cuando el tumor sobrepasa los 4 cm se da radioterapia exclusiva. En estadios avanzados IIB, IIIA, IIIB y IVA los tratamientos con intención curativa son la radioterapia exclusiva y la radioterapia concomitante a quimioterapia y las tasas de supervivencia oscilan entre el 40% y el 70%. Pacientes que llegan a estadio IVB reciben radioterapia exclusiva con intención paliativa

RADIOTERAPIA: Es un procedimiento que utiliza radiaciones ionizantes, proporcionadas en fracciones con el fin de reducir el riesgo

de lesión del tejido normal y aumentar la acción terapéutica en tejido tumoral.

Esas fracciones se dan en dos sesiones:

- **Teleterapia:** se aplica a distancias de 30 a 100 cm de la paciente, dividida en 20-30 tratamientos separados al día durante 4-6 semanas. Maneja energía de baja voltaje, preferiblemente con fotones de 6 MeV que se dirigen al volumen tumoral y la enfermedad ganglionar pélvica. Considera 2 a 4 campos (antero-posterior y/o laterales). El fraccionamiento de 180 – 200 cGy, 5 veces a la semana hasta una dosis que oscila entre 4500 – 5040 cGy. Dosis de refuerzo a parametrios con protección de línea media hasta completar una dosis entre 6000 – 7000 cGy en puntos B (situado sobre el eje transversal que pasa por los puntos A).
- **Braquiterapia:** Son radiaciones a corta distancia dirigidas directamente sobre el tumor a través de aplicadores radiactivos (radioisótopos: ²²² Radio, ¹³⁷ Cesio y ¹⁹² Iridio.) que se introducen en la vagina y cavidad uterina, tales como: sonda intrauterina, ovoides o cilindro intravaginal. Las dosis de braquiterapia pueden ser de baja tasa (dosis entre 40 y 200 cGys/hora) o de alta tasa (dosis mayores de 1200 cGys/hora) 4 Los cGY (equivalente a 1 rad) miden la cantidad de energía absorbida por unidad de masa (tejidos). La braquiterapia de baja dosis se da después de terminar la teleterapia. La paciente recibe la radiación en cGy calculada para los puntos A (situados a 2 cm del centro del canal del útero). Si se contempla un segundo

implante (punto B), éste debe realizarse dentro de las tres semanas siguientes de haber completado la radioterapia. La braquiterapia de alta dosis se suministra en puntos A, repartidas en 5 fracciones cada una de 600 cGy, concomitante con la teleterapia, iniciándola la cuarta semana de tratamiento, realizando un implante semanal. El principio biológico que utiliza la radiación consiste en los efectos directos e indirectos que produce. Los primeros son debidos a la interacción y absorción de la radiación por alguna macromolécula como el DNA, RNA, proteínas, enzimas, entre otras, transformándolas en estructuras anormales.

QUIMIOTERAPIA Hasta 1999 la radioterapia exclusiva fue el tratamiento estándar para CCU en estadios IIB-IVA, desde entonces hasta la actualidad se implementó la quimioterapia como tratamiento concomitante a la radioterapia como esquema neoadyuvante (previo al tratamiento principal).¹⁰ Los agentes quimioterapéuticos empleados actualmente son citotóxicos y actúan tanto en tejido maligno como tejido normal. En el cáncer de CCU se utilizan derivados del platino como el cisplatino, un agente alquilante (causa daño en el DNA celular) que actúa en la fase G2 y la transición de la fase G1 a S, bloqueando proliferación celular.¹⁰ Estudios de meta-análisis indican que este tipo de tratamiento en CCU, ayuda a aumentar el control local de la enfermedad, las tasas de supervivencia, a reducir la metástasis y la mortalidad en un 29% si se compara con la respuesta a radioterapia exclusiva..³¹

2.2.6 Medidas De Prevención

Medidas Preventivas Primarias: Vacuna contra el VPH Vacuna Gardasil: La presentación comercial Gardasil es la vacuna recombinante tetravalente contra el virus del Papiloma Humano PH (Tipos 6, 11,16 y 18) actualmente aplicada en el Esquema de Vacunación Peruano. La vacuna Gardasil y Gardasil 9 han demostrado que ayudan a prevenir los casos de pre cáncer y cáncer de ano, vulva (documentos disponibles en inglés) y vagina asociados a estos dos tipos de virus del Papiloma Humano. También 22 ayudan a prevenir las verrugas anales y genitales al evitar la infección de los tipos 6 y 11. Gardasil también protege contra el tipo 5 y otros tipos del VPH (31, 33, 45, 52 y 59), por lo que además ofrece protección adicional contra los cánceres causados por estos tipos del VPH. Las vacunas sólo funcionan en personas que no se han expuesto a estos tipos de virus. Las vacunas no prevendrán el virus del Papiloma Humano en aquéllas que ya han tenido estos tipos de virus. Es posible que las vacunas también puedan prevenir algunos otros cánceres asociados con el VPH, incluyendo algunos cánceres en el pene, y áreas de la cabeza y el cuello. Se recomienda que los individuos que reciban una primera dosis de Gardasil completen el régimen de vacunación de 3 dosis con Gardasil. Características: la infección por VPH es extremadamente común entre mujeres en edad reproductiva. La infección puede permanecer estable, llevar a displasia o volverse indetectable. Dosis: En el esquema de vacunación del 2013 comprendía 3 dosis aplicados con el siguiente

intervalo mínimo: primera dosis (inicia el esquema), y luego la 2da y 3era dosis a los 2, y 6 meses respectivamente de la primera. Esto quiere decir que la primera dosis la recibe al primer contacto de la niña con el personal de salud y la segunda dosis debe recibirla dos meses después de la primera y la tercera dosis seis meses después de la primera (o cuatro meses después de la segunda)

Efectos adversos menores comunes de la vacuna o Dolor. o Hinchazón. o Enrojecimiento en el lugar de la inyección. o También son comunes la fiebre y náusea. o Estos efectos adversos suelen desaparecer en uno o dos días. Importancia: Todas las vacunas contra el VPH ayudan a prevenir la infección con los tipos 16 y 18 del virus, así como contribuyen a prevenir el cáncer de cuello uterino. Indicada a partir de los 9 años de edad para la prevención de lesiones precancerosas del área genital (cérvix, vulva o vagina) y verrugas genitales externas causadas por tipos específicos de VPH (6 y 11).

Efectividad de la vacuna contra el virus del papiloma humano La efectividad de la vacuna es mayor cuando se aplica a mujeres que no han iniciado vida sexual, por lo que la mayor parte de los trabajos publicados emplea un análisis de cohorte mediante modelos matemáticos en poblaciones de niñas con edades de 10 a 13 años. Existe un modelo matemático según el cual la vacunación para hombres no es efectiva en términos del costo si la cobertura de vacunación contra el virus del Papiloma Humano es muy alta en la población femenina. Aceptación de la vacuna contra el virus del papiloma humano por parte de las adolescentes entre 10 a 19 años Si

bien el porcentaje de aceptación de la vacuna contra el papiloma humano fue de 89% es necesario seguir divulgando las ventajas y alcances de la vacuna para que todas adolescentes se preocupen por proteger su salud e investigar más este ámbito para que los médicos tengan conocimiento más amplio para transmitirlo a sus pacientes adolescentes teniendo así más conocimiento sobre la vacuna las adolescentes.

Medidas Preventivas Secundarias: Tamizaje en población general o El cáncer cervical suele ser de evolución lenta: Las lesiones pre malignas tempranas tardan de 10 a 20 años en convertirse en un cáncer invasor, de manera que esta enfermedad es rara antes de los 30 años de edad.

El tamizaje de mujeres más jóvenes detectará muchas lesiones que nunca se convertirán en cáncer y dará lugar a tratamientos innecesarios, por lo que no es eficaz en función de los costos. La detección precoz, mediante el tamizaje de todas las mujeres del grupo etario previsto, seguida del tratamiento de las lesiones pre malignas detectadas, permiten prevenir la mayoría de los cánceres de cuello uterino. Las pruebas moleculares del VPH, los PAP y la IVAA pueden ser usados como métodos de tamizaje. Este enfoque reduce la pérdida de pacientes para el seguimiento y puede reducir el Retraso de inicio del tratamiento de las mujeres. En las mujeres con resultados negativos en la prueba de IVAA o en el PAP, el nuevo tamizaje deberá realizarse en tres años. En las mujeres con resultados

negativos en la prueba de tamizaje de VPH, se debe Proceder a un nuevo tamizaje tras un intervalo mínimo de cinco años.³²

2.3. Definiciones conceptuales

Definiciones de práctica

La práctica es la habilidad o experiencia que se adquiere con la realización continuada de una actividad. La práctica es la ejecución repetida de técnicas y destrezas para nuestra vida cotidiana.³²

Cancer cérvicouterino: Cáncer que se forma en los tejidos del cuello uterino (el órgano que conecta el útero con la vagina). Por lo general, es un cáncer que crece lentamente, que puede no tener síntomas pero que puede encontrarse con un frotis de Papanicolaou común. La causa del cáncer de cuello uterino es casi siempre por infección con el virus del papiloma humano (VPH).³³

Prácticas preventivas del CACU

Una manera bien comprobada de prevenir el cáncer de cuello uterino es la prueba de Papanicolaou. Esta prueba permite encontrar afecciones que podrían resultar en pre cánceres que pueden ser detectados antes de que se tornen en cánceres invasivos.³³

Prácticas de prevención primaria:

Se basa en el presupuesto de que la promoción de la salud puede reducir la exposición de la población a factores de riesgo del cáncer, con el objetivo de reducir la incidencia de la enfermedad. También las vacunas contra el HPV antes del comienzo de la vida sexual.³³

Practica de prevención secundaria:

Incluye un conjunto de acciones que promueven el diagnóstico precoz de la enfermedad y su tratamiento inmediato, aumentar la posibilidad de cura, mejorar la calidad de vida y la sobrevida y disminuir la mortalidad por cáncer. ³³

2.4. Variable

Variable principal

Prácticas de prevención del cáncer cervicouterino

2.5. Operacionalización de variable

| VARIABLE | SUBVARIABLE | INDICADOR | ESCALA DE MEDICIÓN | CRITERIOS DE MEDICIÓN | TÉCNICA O INSTRUMENTO DE MEDICIÓN |
|---|--|--|--------------------|---|-----------------------------------|
| Prácticas de Prevención del Cáncer Cérvicouterino | Prácticas de Prevención Primaria del Cáncer Cérvicouterino | Fuente de educación sexual | Ordinal | 0: De nadie 1: Medios de comunicación 2: Amigas 3: Otro familiar 4: Sólo mamá 5: Ambos padres 6: Profesores 7: Personal de salud | Entrevista Cuestionario |
| | | Edad de Inicio de relaciones sexuales | Ordinal | 0: ≤ 15 años 1: 16-19 años 2: ≥ 20 años | Entrevista Cuestionario |
| | | Número de parejas sexuales | Ordinal | 0: ≥ 3 parejas 1: 2 parejas 2: 1 parejas | Entrevista Cuestionario |
| | | Características sexuales de la pareja | Ordinal | 0: No conoce 1: Si conoce | Entrevista Cuestionario |
| | | Infección de Transmisión Sexual | Ordinal | 0: SI 1:NO | Entrevista Cuestionario |
| | | Tratamiento de la Infección de Transmisión | Ordinal | 0:NO 1: SI | Entrevista Cuestionario |

| | | | | | |
|--|--|---|---------|---|----------------------------|
| | | Sexual | | | |
| | | Uso prolongado del Método Anticonceptivo Hormonal Oral | Ordinal | 0: SI 1: NO | Entrevista Cuestionario |
| | | Uso de preservativo en las relaciones sexuales | Ordinal | 0: Nunca 1: En ocasiones 2: Siempre | Entrevista Cuestionario |
| | | Paridad | Ordinal | 0: Multípara 1: 3 Partos 2: 2 Partos 3: Primípara 4: Nulípara | Entrevista Cuestionario |
| | | Edad del primer parto | Ordinal | 0: ≤ 15 años 1: 16-21 años 2: ≥ 22 años | Entrevista Cuestionario |
| | | Número de partos vaginales | Ordinal | 0: ≥ 3 partos 1: 2 Partos 2: 1 Parto | Entrevista Cuestionario |
| | | Consumo de tabaco | Ordinal | 0: SI 1: NO | Entrevista Cuestionario |
| | | Alimentación balanceada | Ordinal | 0: NO 1: SI | Entrevista Cuestionario |
| | | Antecedente familiar | Ordinal | 0: SI 1: NO | Entrevista Cuestionario |
| | | Conocimiento sobre el Papiloma Virus Humano | Ordinal | 0: NO 1: SI | Entrevista Cuestionario |
| | | Conocimiento sobre la forma de contagio del Papiloma Virus Humano | Ordinal | 0: NO 1: SI | Entrevista Cuestionario |

| | | | | | |
|--|--|---|---------|---|----------------------------|
| | | Conocimiento del riesgo asociado al Papiloma Virus Humano | Ordinal | 0: NO 1: SI | Entrevista Cuestionario |
| | | Percepción de riesgo del contagio del Papiloma Virus Humano | Ordinal | 0: NO 1: SI | Entrevista Cuestionario |
| | Prácticas de Prevención Secundaria del Cáncer Cérvicouterino | Realización de la Prueba de Papanicolaou | Ordinal | 0: NO 1: Sí | Entrevista Cuestionario |
| | | Conocimiento de la utilidad de la Prueba de Papanicolaou | Ordinal | 0: NO 1: SI | Entrevista Cuestionario |
| | | Primera Prueba de Papanicolaou | Ordinal | 0: En cualquier momento 1: Después del inicio de relaciones sexuales | Entrevista Cuestionario |
| | | Frecuencia de la Prueba de Papanicolaou | Ordinal | 0: No se lo realiza periódicamente 1: Cada año | Entrevista Cuestionario |
| | | Última Prueba de Papanicolaou | Ordinal | 0: > 1 año 1: ≤ 1 año | Entrevista Cuestionario |
| | | Cantidad de Pruebas de Papanicolaou | Ordinal | 0: Ninguno 1: 2-3 2: 4-5 3: ≥ 6 | Entrevista Cuestionario |
| | | Conocimiento del resultado de la Prueba de Papanicolaou | Ordinal | 0: No 1: Si | Entrevista Cuestionario |

CAPITULO III

METODOLOGIA DEL ESTUDIO

3.1 Tipo de estudio

Observacional porque no se manipularán ninguna de las variables. .

Transversal porque las variables serán medidas solo una vez

Prospectivo porque la información será recolectada en tiempo futuro a través de una fuente información.

Descriptivo pues serán sometidas a un análisis estadístico de tipo invariado.

3.1.1. Enfoque

El presente trabajo es una investigación cuantitativa porque se recogerá y analizará datos cuantitativos sobre la variable

3.1.2. Alcance o nivel

El presente estudio corresponde al nivel descriptivo transversal, pues su finalidad es describir los conocimientos de los adolescentes a través del análisis invariado.

3.1.3. Diseño

El diseño de la presente investigación será el descriptivo transversal, tal como se muestra a continuación:

n-----o-----x

n=muestra

o= observación

x= prácticas de prevención

3.2 Población y muestra

3.1.2. Población

La población en estudio estuvo conformada por usuarias de planificación familiar en el hospital de contingencia Hermilio Valdizán Medrano, comprendiendo un universo de 60 pacientes.

3.1.3 Muestra

La muestra estuvo conformada por las 60 pacientes que conformaron el universo

Características generales de la población.

a) Criterios de inclusión

- ✓ Mujeres que estén en la edad fértil
- ✓ Mujeres que hablen castellano.
- ✓ Mujeres usuarias del hospital de contingencia Hermilio Valdizán Medrano que acudan al consultorio de planificación familiar.

b) Criterios de exclusión.

- ✓ Mujeres que hayan padecido o padezcan Cáncer Cérvicouterino.
- ✓ Mujeres que no acepten participar en el estudio.

3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.3.1 Técnica de recolección de datos

La técnica a ser utilizada fue el cuestionario, que constituye la técnica de recolección de datos básica y corresponden a los estudios prospectivo donde es la única forma disponible de recopilar la información.

3.3.2 Instrumentos de recolección de datos

Entre los instrumentos utilizados para la recolección de datos, tenemos los siguientes: El cuestionario sobre prácticas de prevención del cáncer cervicouterino en usuarias de planificación familiar en el hospital de Contigencia Hermilio Valdizan Medrano 2019.

3.4 Técnicas para el procesamiento de análisis de la información

3.4.1. Técnicas para el procesamiento de la información

Revisión de los datos. Se examinaron en forma crítica cada uno de los instrumentos de recolección de datos que se utilizarán; asimismo, se realizará el control de calidad a fin de hacer las correcciones necesarias.

Codificación de los datos. Se realizaron la codificación en la etapa de recolección de datos, transformándose en códigos numéricos de acuerdo a las respuestas esperadas en los instrumentos de recolección de datos respectivos, según las variables del estudio.

Clasificación de los datos. Se ejecutaron de acuerdo a las variables de forma categórica, numérica y ordinal.

Presentación de datos. Se presentan los datos en tablas académicas y en figuras de las variables en estudio.

3.4.2. Técnicas para el análisis de la información

La investigación a desarrollada corresponde al siguiente tipo de estudio:

Análisis descriptivo. - Para el análisis descriptivo de las variables cualitativas se estimaronn frecuencias absolutas y relativas (%).

Para las variables cuantitativas se estimaron medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (desviación estándar).

Análisis inferencial. - Para demostrar las prácticas de prevención del cáncer cérvicouterino en las usuarias se establecerá mediante la prueba Chi-cuadrado, con un nivel de confianza (IC) del 95%, el cual se considerará significativo cuando presente un valor $p < 0,05$.

**PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER CERVICOUTERINO EN
USUARIAS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN EL HOSPITAL DE
CONTIGENCIA HERMILIO VALDIZAN MEDRANO 2019.’’**

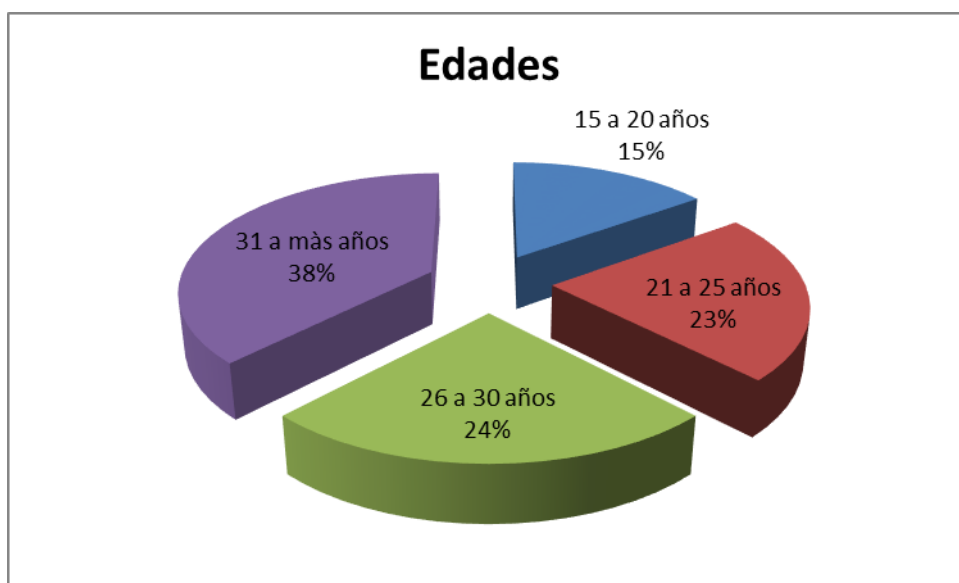
CAPITULO IV RESULTADOS

4.1. procesamiento de datos

Tabla Nº 1

| EDAD | Nº | % |
|---------------|-----------|------------|
| 15 a 20 años | 05 | 15 |
| 21 a 25 años | 12 | 23 |
| 26 a 30 años | 23 | 24 |
| 31 años a más | 20 | 38 |
| TOTAL | 60 | 100 |

Gráfico Nº 1

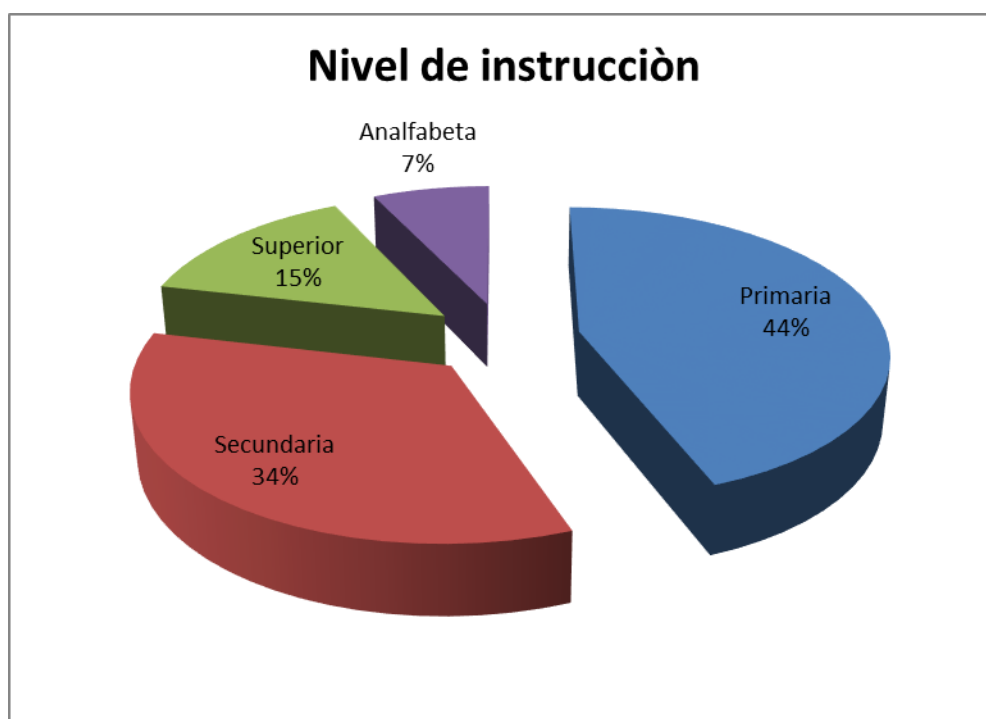


Interpretación.- Los resultados nos muestran, en relación a las edades del grupo poblacional en estudio, de que hubo mayor predominio en las edades que oscilaban entre los 31 a más años con el 38%, seguido con el 24% de las que tenían 26 a 30 años, mientras que con el 23% se encuentran las de 15 a 20 años.

Tabla Nº 2

| NIVEL DE INSTRUCCIÓN | Nº | % |
|-----------------------------|-----------|------------|
| Primaria | 31 | 44 |
| Secundaria | 24 | 34 |
| Superior | 10 | 15 |
| Analfabeta | 05 | 07 |
| TOTAL | 60 | 100 |

Gráfico Nº 2

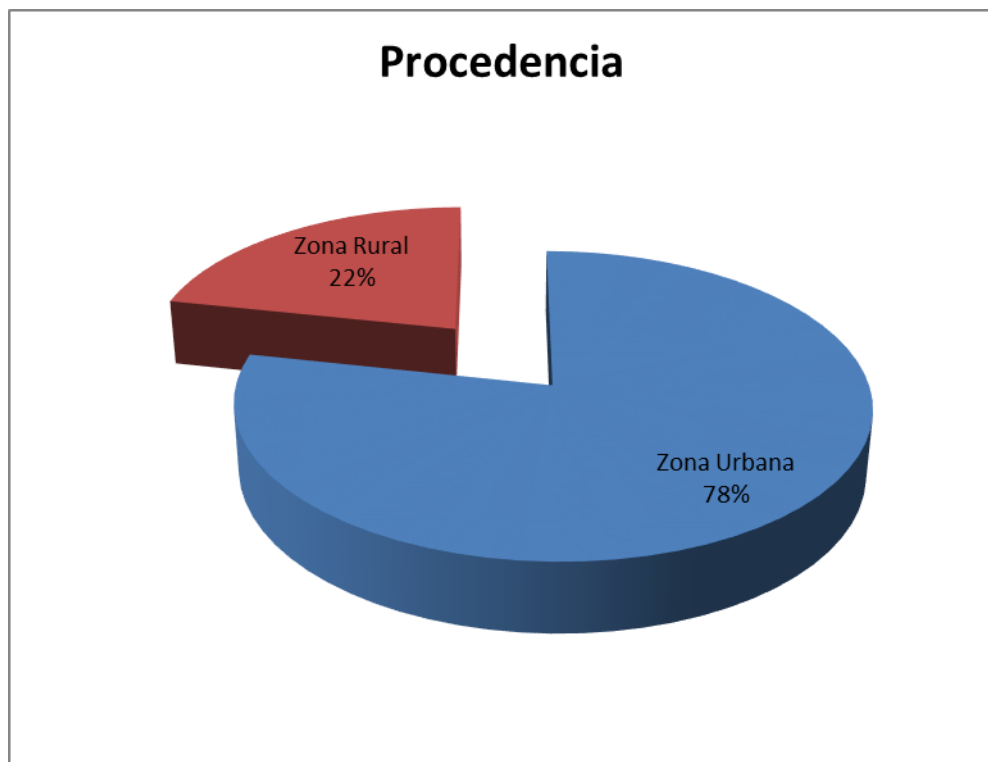


Interpretación.-De acuerdo al nivel de instrucción, los resultados que se han obtenido fueron: El 44% tenía nivel primario, el 34% nivel secundario, el 15% nivel superior y un 7% fueron analfabetos.

Tabla N° 3

| PROCEDENCIA | N° | % |
|--------------------|-----------|------------|
| Zona Urbana | 47 | 78 |
| Zona Rural | 13 | 22 |
| TOTAL | 60 | 100 |

Gráfico N° 3

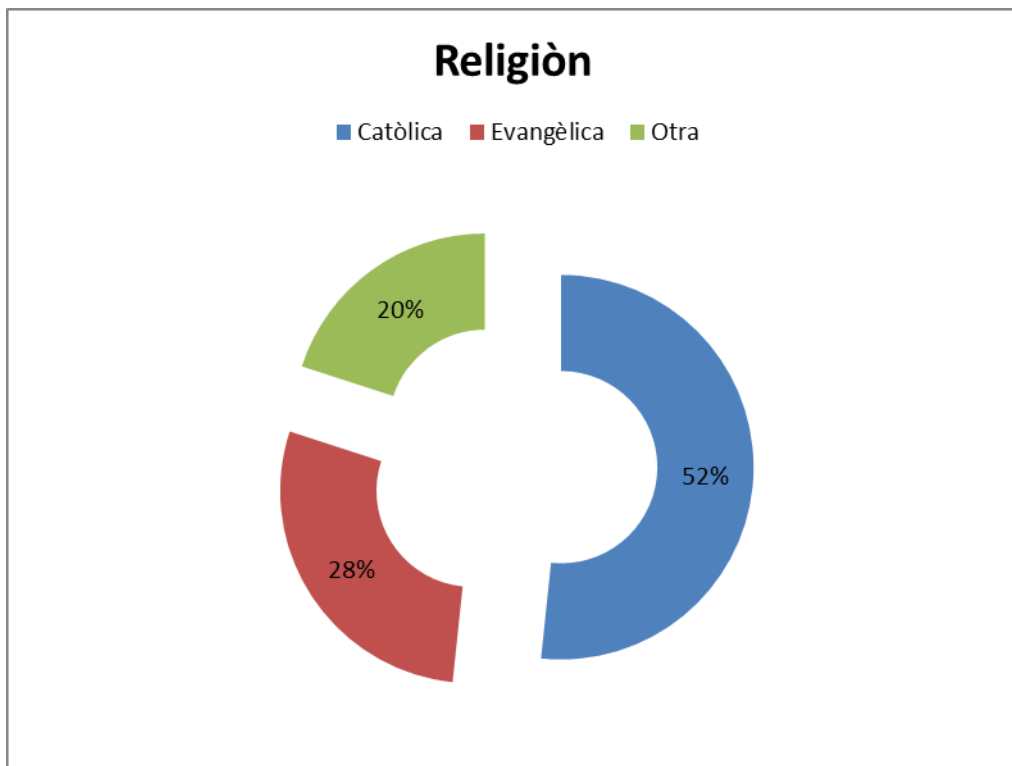


Interpretación.-En la procedencia de la población en estudio, se pueden apreciar en los resultados que un 78% fueron procedentes de zona urbana, mientras que solamente un 22 procedía de la zona rural.

Tabla N° 4

| RELIGIÓN | Nº | % |
|-----------------|-----------|------------|
| Católica | 31 | 52 |
| Evangélica | 17 | 28 |
| Otro | 12 | 20 |
| TOTAL | 60 | 100 |

Gráfico N° 4

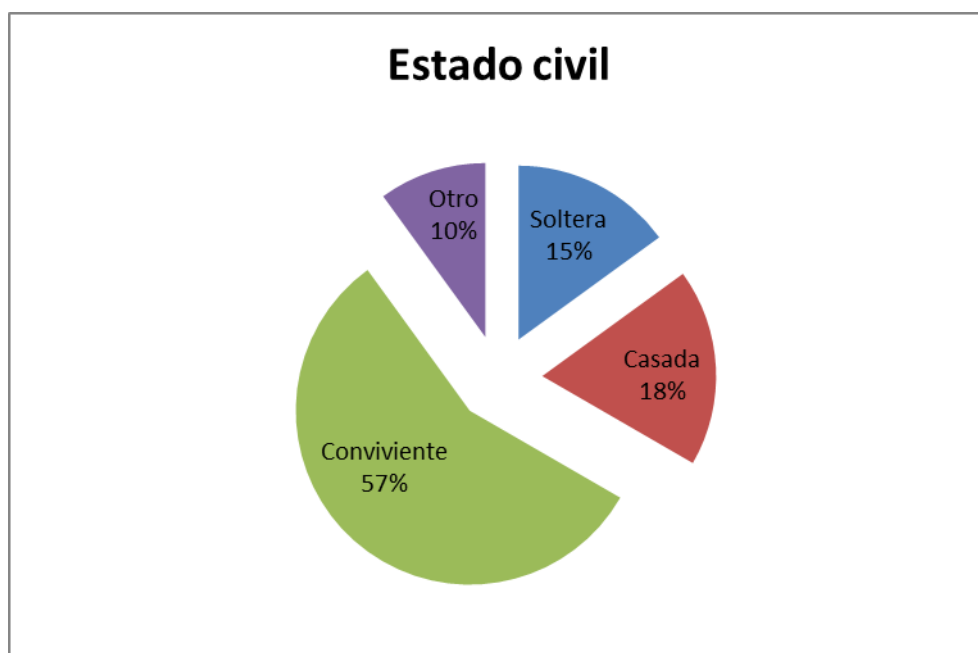


Interpretación.-En cuanto a la religión que profesaban fueron en su mayoría, con el 52 católicos, seguidas con el 28% que fueron evangélicos y finalmente con el 20 de otras religiones.

Tabla Nº 5

| ESTADO CIVIL | Nº | % |
|---------------------|-----------|------------|
| Soltera | 09 | 15 |
| Casada | 11 | 18 |
| Conviviente | 34 | 57 |
| Otro | 06 | 10 |
| TOTAL | 60 | 100 |

Gráfico Nº 5

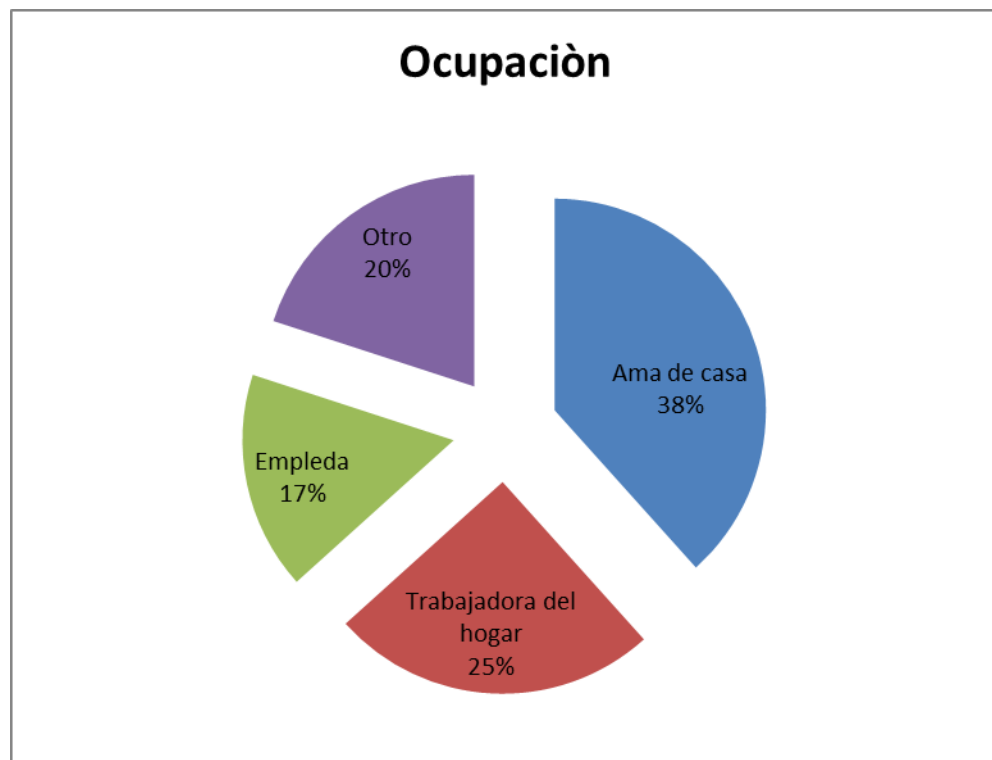


Interpretación.- Referente al estado civil los resultados alcanzados fueron: Con el 57% son parejas convivientes, 18% casada, el 15% condición de solteras, y el 10% de otro tipo de estado civil.

Tabla Nº 6

| OCUPACION | Nº | % |
|-----------------------|-----------|------------|
| Ama de casa | 23 | 38 |
| Trabajadora del hogar | 15 | 25 |
| Empleada | 10 | 17 |
| Otro | 12 | 20 |
| TOTAL | 60 | 100 |

Gráfico Nº 6



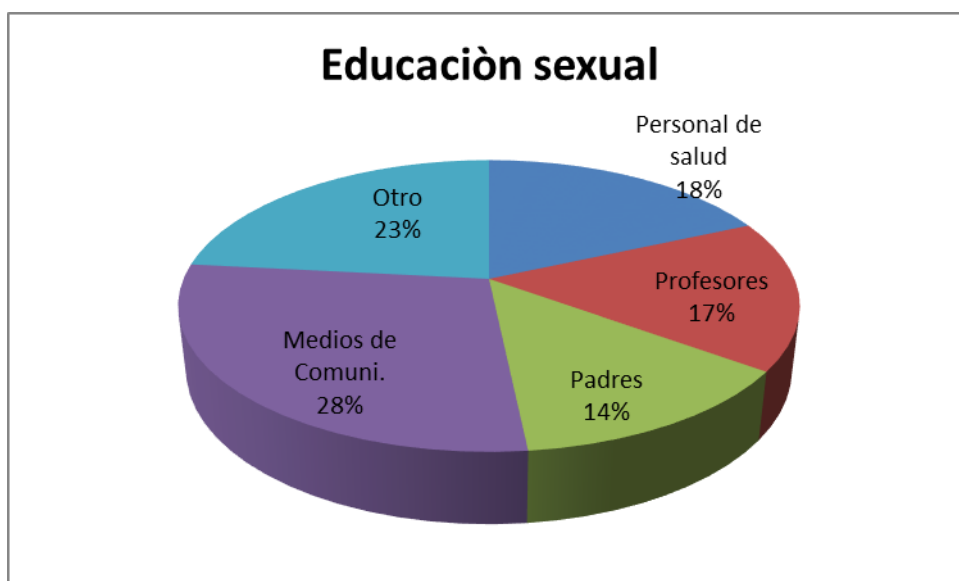
Interpretación.-Cuando se observa el presente resultado tenemos: Que el 38% es de ocupación ama de casa, seguidas con los 25% trabajadoras del hogar, mientras que un 20 otras ocupaciones y el 17% son empleadas.

PRACTICAS DE PREVENCIÓN PRIMARIA DE CACU

Tabla Nº 7

| De quien recibió Educación Sexual? | Nº | % |
|------------------------------------|-----------|------------|
| Personal de salud | 11 | 18 |
| Profesores | 10 | 17 |
| Padres | 08 | 14 |
| Medios de comunicación | 17 | 28 |
| Otros | 14 | 23 |
| TOTAL | 60 | 100 |

Gráfico Nº 7

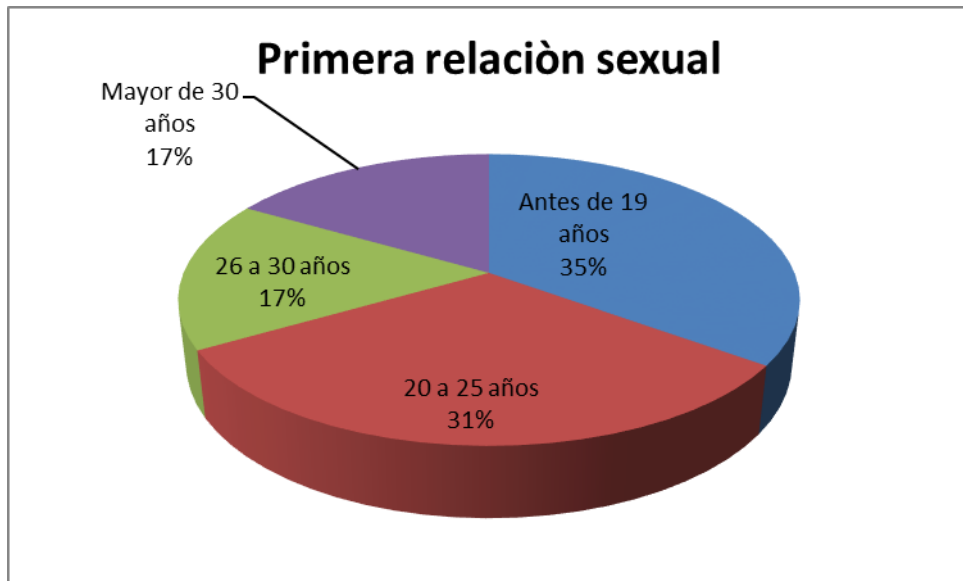


Interpretación.-En el rubro de parte de quien recibió educación sexual, se obtuvo el resultado siguiente: Con el 28% que lo recibieron de los medios de comunicación, el 23% de otros medios, el 18% del personal de salud, el 17% de sus profesores y solamente un 14% de los padres.

Tabla N° 8

| A qué edad fue tu primera relación sexual? | N° | % |
|---|-----------|------------|
| Antes de los 19 años | 21 | 35 |
| 20 a 25 años | 19 | 31 |
| 25 a 30 años | 10 | 17 |
| Mayor de 30 | 10 | 17 |
| TOTAL | 60 | 100 |

Gráfico N° 8

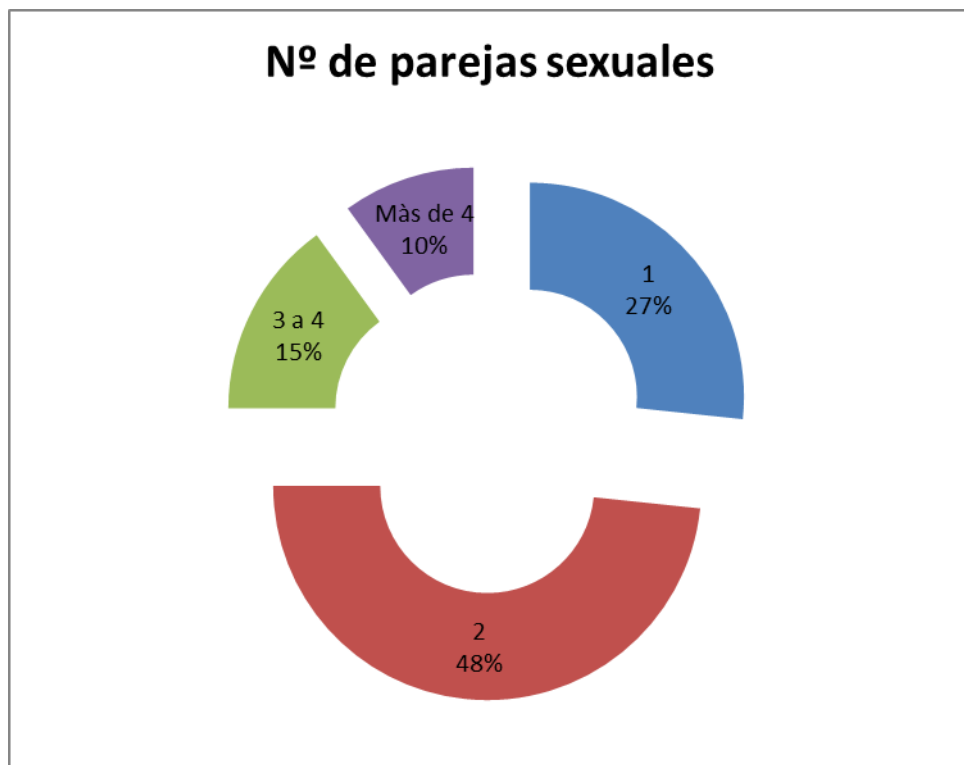


Interpretación.-Los resultados nos muestran que el 35% tuvo su primera relación sexual antes de los 19 años, mientras que el 31% lo tuvo entre los 20 a 25 años, seguidas de aquellas que la tuvieron entre los 26 a 30 años y mayores de 30 años con el 17% en cada una de las edades.

Tabla N° 9

| N° de parejas sexuales | N° | % |
|-------------------------------|-----------|------------|
| 1 | 16 | 27 |
| 2 | 29 | 48 |
| 3 a 4 | 09 | 15 |
| más de 4 | 06 | 10 |
| TOTAL | 60 | 100 |

Gráfico N° 9



Interpretación.-Se muestran en los resultados que el 48% tuvo dos parejas sexuales, el 27% solo una pareja, mientras que el 15% de 3 a 4 parejas sexuales y el 10% tuvo más de 4 parejas.

Tabla N° 10

| Ha tenido alguna ITS? | N° | % |
|------------------------------|-----------|------------|
| SI | 05 | 08 |
| NO | 55 | 92 |
| TOTAL | 60 | 100 |

Gráfico N° 10



Interpretación.- Los resultados que se han obtenido son: Que si tuvieron alguna ITS fueron el 8%, mientras que el 92% no los tuvieron.

Tabla N° 11

| Si tuvo se trató la ITS? | Nº | % |
|---------------------------------|-----------|------------|
| SI | 05 | 08 |
| NO | 55 | 92 |
| TOTAL | 60 | 100 |

Gráfico N° 11

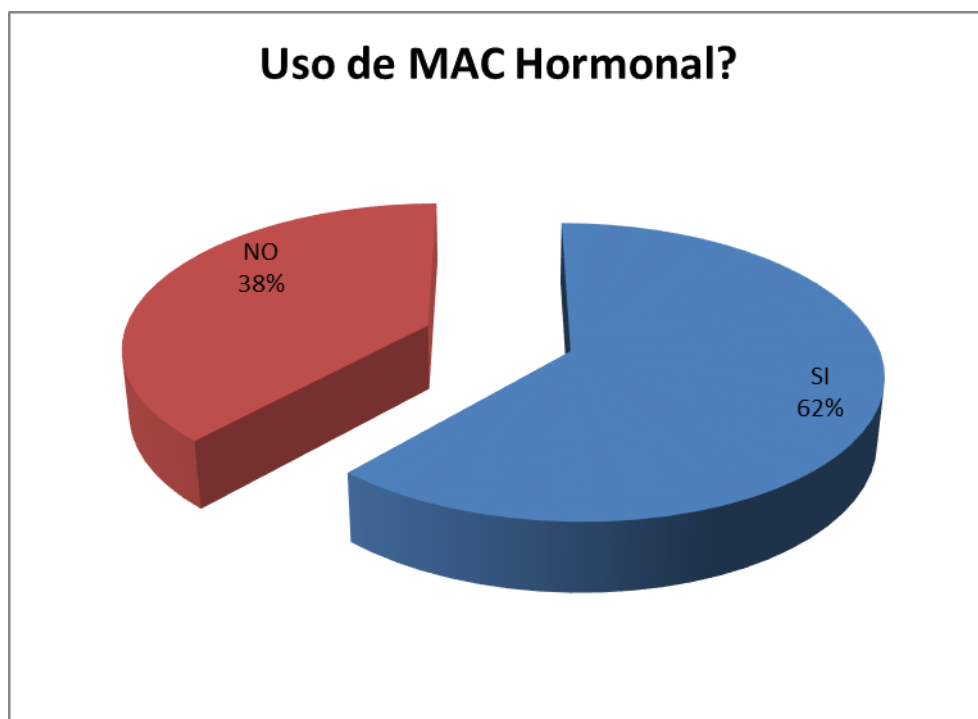


Interpretación.- De los resultados anteriores se pudieron obtener lo siguiente: que la totalidad de las personas que tuvieron ITS recibieron tratamiento, mientras que las que no las tuvieron no necesitaron de ningún tratamiento.

Tabla N° 12

| Ha usado algún MAC hormonal? | N° | % |
|-------------------------------------|-----------|------------|
| Si | 37 | 62 |
| NO | 23 | 38 |
| TOTAL | 60 | 100 |

Gráfico N° 12

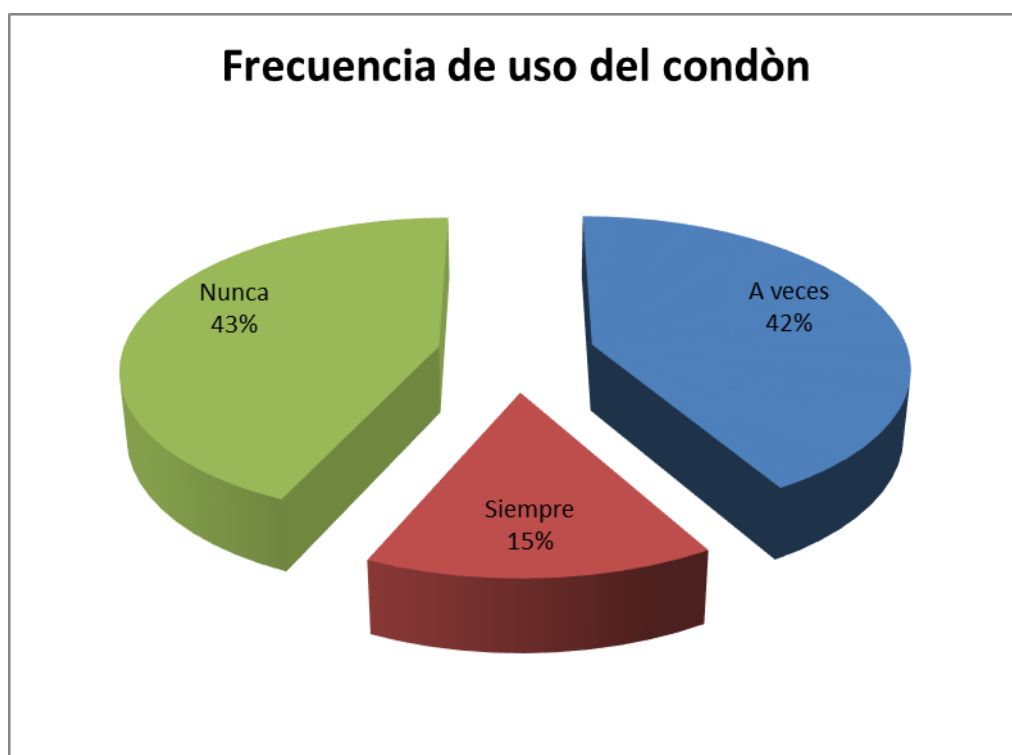


Interpretación.-Se muestra en los resultados que del total de población estudiada el 62% usó algún método anticonceptivo hormonal, mientras que un 38% no las usó.

Tabla N° 13

| Con que frecuencia usa el condón? | N° | % |
|-----------------------------------|-----------|------------|
| a veces | 25 | |
| siempre | 09 | |
| Nunca | 26 | |
| TOTAL | 60 | 100 |

Gráfico N° 13



Interpretación.-Cuando se observan los resultados obtenidos vemos que la mayoría no utilizó el condón con el 43%, los que utilizaron a veces con el 42% y los que siempre los utilizaron con el 15%.

Tabla N° 14

| Tiene Hijos | N° | % |
|--------------------|-----------|----------|
| SI | 56 | 93 |
| NO | 04 | 07 |
| TOTAL | 60 | 100 |

Gráfico N° 14

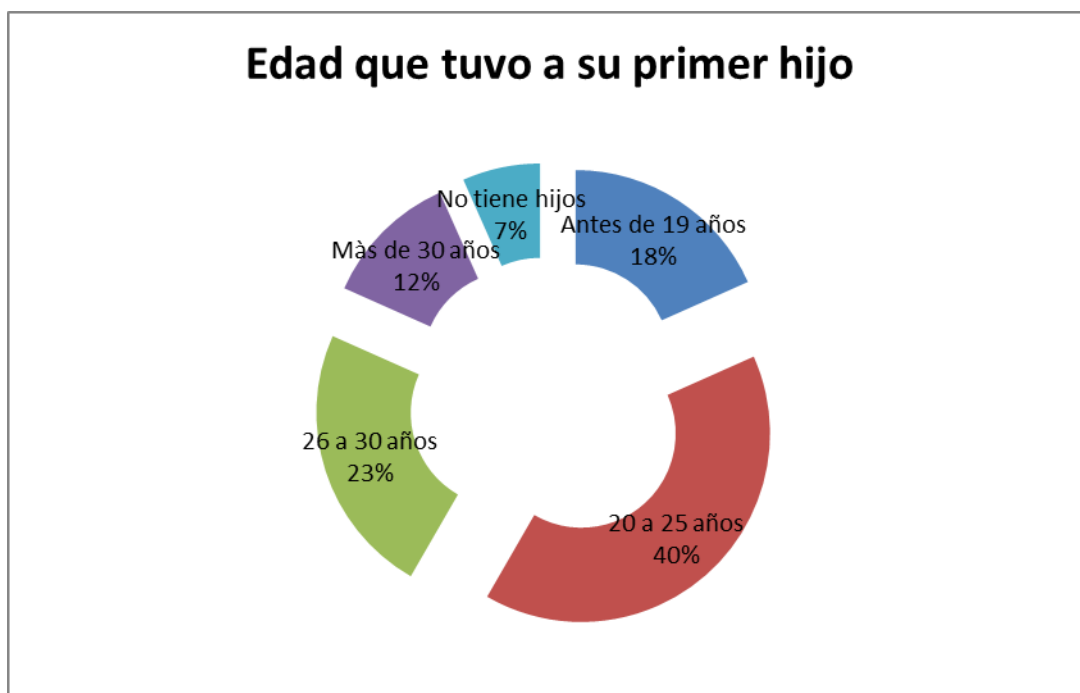


Interpretación.- Se observan en los resultados que se han obtenido que el 93% si tienen hijos, mientras que el 7% no tienen hijos.

Tabla N° 15

| A qué edad fue su primer parto | N° | % |
|---------------------------------------|-----------|------------|
| Antes de los 19 años | 11 | 18 |
| 20 a 25 años | 24 | 40 |
| 26 a 30 años | 14 | 23 |
| Mayor de 30 años | 07 | 12 |
| No tengo hijos | 04 | 07 |
| TOTAL | 60 | 100 |

Gráfico N° 15



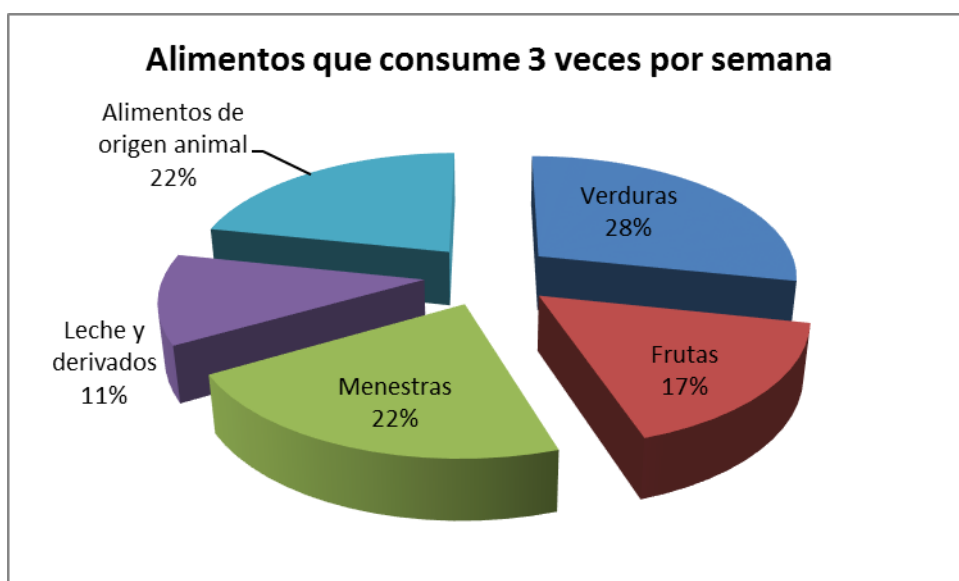
Interpretación.-Se determinó que la edad en que tuvo su primer hijo estuvo entre los 20 a 25 años con el 40%, mientras que con el 23 % encontramos a aquellas que tuvieron su primer hijo entre los 26 a 30 años, mientras que el 18% tuvo antes de los 19 años.

ALIMENTACION

Tabla N° 16

| Alimentos que consume 3 veces por semana | N° | % |
|---|-----------|------------|
| Verduras | 17 | 28 |
| Frutas | 10 | 17 |
| Menestras | 13 | 22 |
| Leche o derivados | 07 | 11 |
| Alimentos de origen animal | 13 | 22 |
| TOTAL | 60 | 100 |

Gráfico N° 16



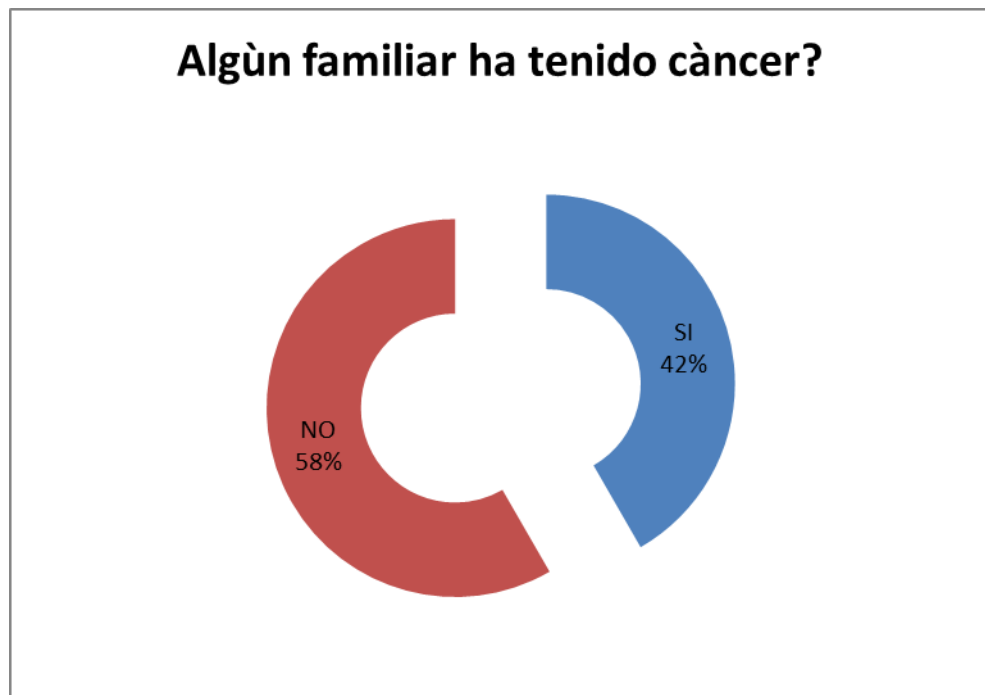
Interpretación.- En cuanto a este rubro se evidencian en los resultados que el 28% consume verduras 3 veces por semana, en tanto que el 22% consume menestras, el 22% productos de origen animal, el 17% frutas y el 11% leches y derivados.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Tabla N° 17

| Algùn familiar ha tenido càncer? | N° | % |
|----------------------------------|-----------|------------|
| SI | 25 | 42 |
| NO | 35 | 58 |
| TOTAL | 60 | 100 |

Gráfico N° 17



Interpretación.- En los resultados se determinó que el 58% no tuvieron familiares que tuvieron càncer, en cuanto que el 42 Si tuvieron este problema de salud.

PRACTICAS PREVENTIVAS DE CACU

Tabla N° 18

| Se ha realizado el Papanicolaou? | N° | % |
|----------------------------------|-----------|------------|
| SI | 46 | 77 |
| NO | 14 | 23 |
| TOTAL | 60 | 100 |

Gráfico N° 18



Interpretación.- Se evidencian el cuadro de resultados que el 77% de la población estudiada, se realizó el Papanicolaou, mientras que el 23% no se realizó dicho examen.

Tabla N° 19

| Cada cuanto tiempo debe hacerse el Papanicolaou? | N° | % |
|---|-----------|------------|
| Cada 6 meses | 10 | 17 |
| Cada año | 18 | 30 |
| Cada 3 años | 22 | 36 |
| No sabe | 10 | 17 |
| TOTAL | 60 | 100 |

Gráfico N° 19

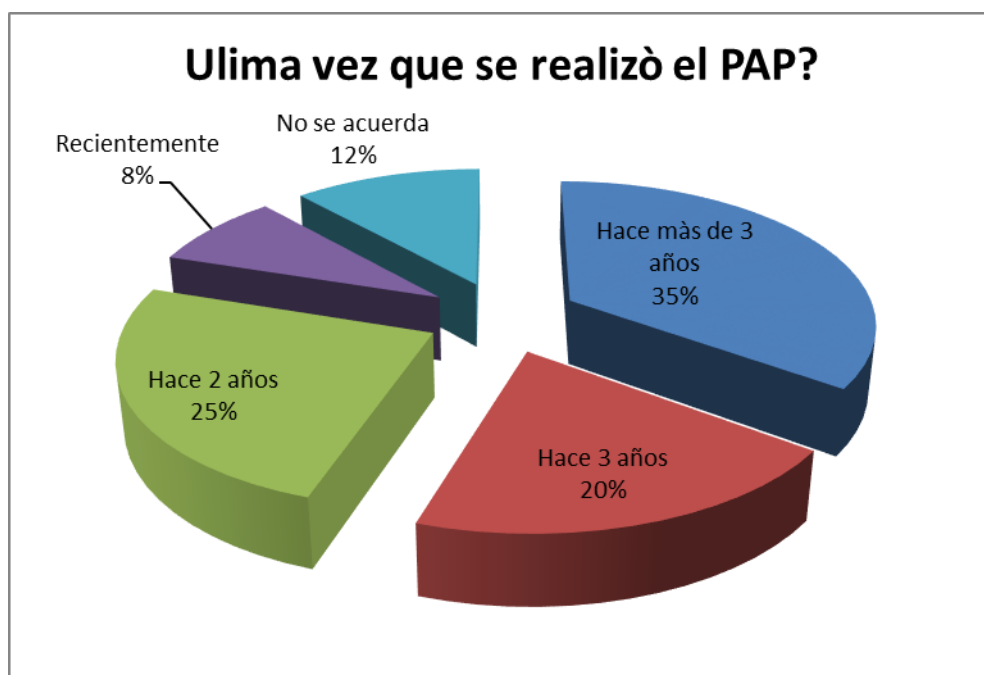


Interpretación.-cuando se ven los resultados de la presente tabla se puede verificar que el 36% manifiesta cada 3 años, el 30% dice cada año, el 17% cada 6 meses y el 17% no sabe.

Tabla N° 20

| Cuando fue la última vez que se realizó el Papanicolaou? | Nº | % |
|---|-----------|------------|
| Hace más de 3 años | 21 | 35 |
| Hace 3 años | 12 | 20 |
| Hace 2 años | 15 | 25 |
| Recientemente | 05 | 08 |
| No me acuerdo | 07 | 12 |
| TOTAL | 60 | 100 |

Gráfico N° 20

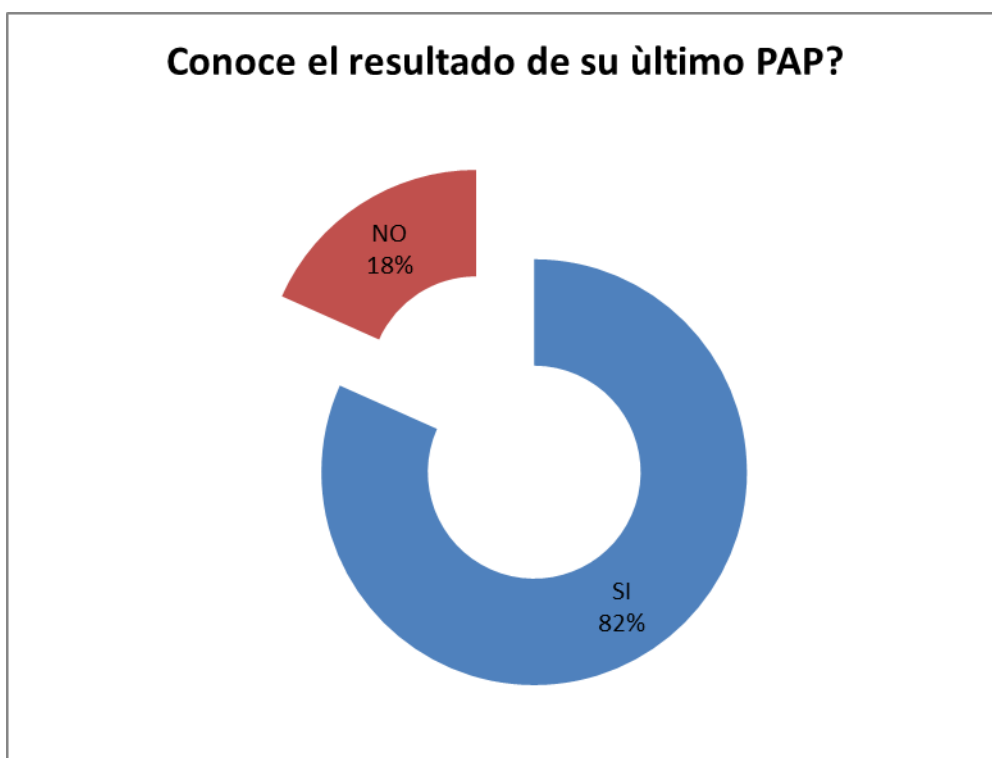


Interpretación.- Se muestran en los resultados que el 35% de personas en estudio, se realizó el PAP hace más de 3 años, seguidas con el 25% que se realizaron hace 2 años, mientras que el 20% se lo hizo hace 3 años, , el 12% no se acuerda y el 8% se lo realizó recientemente.

Tabla N° 21

| Conoce el resultado de su última prueba de Papanicolaou? | N° | % |
|---|-----------|------------|
| SI | 49 | 82 |
| NO | 11 | 18 |
| TOTAL | 60 | 100 |

Gráfico N° 21



Interpretación.- Nos demuestran los resultados que el 82% si conoce los resultados de su último examen del PAP, mientras que un 18 % lo desconoce.

CAPITULO V

DISCUSION DE RESULTADOS

5.1. Contratación de los resultados

Al concluir nuestro estudio se han podido encontrar como resultado que un buen número de la población sujeto a estudio en relación a las características socio demográficas encontramos las edades del grupo en estudio entre los 31 a más años con el 38%, el nivel de instrucción, 44% nivel primario, la procedencia de la población en estudio, 78% fueron de zona urbana, religión el 52% católicos, estado civil el 57% son parejas convivientes, el 38% es ama de casa, similares resultados se encuentran en el trabajo realizado por Vílchez y el 45.1% al grupo de edad de 27 a 38 años. Según el estado civil predominaron las mujeres Casadas con un 43.0%, seguidas de las Acompañadas con un 32.1%. En cuanto a la religión, las mujeres en estudio un 46.0% profesaban la religión católica y un 43.0% la evangélica, 11.0% pertenecían a otras entidades religiosas. Las mujeres tuvieron una procedencia rural, en el 60.0% de los casos y procedencia urbana en el 40.0%. En la escolaridad encontramos que el 10.1% de los casos eran Alfabetizadas, 35.1% cursaban Primaria, 35.4% cursaban la secundaria el 33.8%, el 15.1% tenían un nivel técnico y un 5.9% se encontraban en la universidad.

Por otro lado; Bermeo efectuó un estudio titulado. “Conocimientos y prácticas para la prevención y detección oportuna del cáncer cérvico uterino

Los resultados evidenciaron que un 85,84 % se efectúa una prueba de Papanicolaou así mismo el 65% de ellas lo practican cada año. El 65% de las encuestadas tratan oportunamente las ITS, sin embargo 61,66% no hacen uso del preservativo para protegerse en cada relación sexual. Además 65% utilizan para su higiene vaginal diaria agua de la llave. Similares resultados obtuvimos en nuestro trabajo donde se encontraron que la totalidad de las personas que tuvieron ITS recibieron tratamiento, el 62% usó algún método anticonceptivo hormonal, no utilizó el condón con el 43%, el 93% si tienen hijos, tuvo su primer hijo estuvo entre los 20 a 25 años con el 40%,

CONCLUSIONES

Como conclusión de nuestro estudio se puede decir: que aún hay mucho que trabajar en cuanto a educación y sensibilización sobre este aspecto, toda vez ya que se pueden observar en los resultados obtenidos que, si bien es cierto que en muchos casos alcanzamos porcentajes aceptables; sin embargo esto no basta para tener una buena práctica de prevención del cáncer cervicouterino pero en otros no, siendo este resultado lo siguiente: Las edades del grupo en estudio entre los 31 a más años con el 38%, el nivel de instrucción, 44% nivel primario, la procedencia de la población en estudio, 78% fueron de zona urbana, religión el 52% católicos, estado civil el 57% son parejas convivientes, el 38% es ama de casa, recibió educación sexual 28% lo recibieron de los medios de comunicación, el 35% tuvo su primera relación sexual antes de los 19 años, el 48% tuvo dos parejas sexuales, si tuvieron alguna ITS el 8%, mientras que el 92% no los tuvieron. La totalidad de las personas que tuvieron ITS recibieron tratamiento, el 62% usó algún método anticonceptivo hormonal, no utilizó el condón con el 43%, el 93% si tienen hijos, tuvo su primer hijo estuvo entre los 20 a 25 años con el 40%, el 28% consume verduras 3 veces por semana, el 58% no tuvieron familiares que tuvieron cáncer, el 77% se realizó el Papanicolaou, el 36% se realiza el PAP cada 3 años, el 35% se realizó el PAP hace más de 3 años, el 82% si conoce los resultados de su último examen del PAP.

RECOMENDACIONES

Se recomienda:

- ✓ Al personal de salud responsable de los programas de promoción, que deben reforzar los programas educativos, con la finalidad de alcanzar el mayor porcentaje de personas educadas sobre los temas aspectos preventivos promocionales y el cuidado adecuado de su salud.

- ✓ En todos los establecimientos de salud, deben implementarse consultorios preventivos promocionales dando énfasis a temas relacionados con enfermedades como el cáncer, la diabetes entre otras.

- ✓ A todas las mujeres en edad fértil, deben tomar conciencia de la importancia del cuidado de su salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud
2. Broute, N. experta de la OMS en prevención y control del cáncer cervicouterino, 2014
3. ACCP (Alliance for Cervical Cancer Prevention). Planificación y aplicación de los programas de prevención y control del cáncer cérvico-uterino: Manual para gestores. 2014.
4. MINSA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA PREVENCIÓN Y MANEJO DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO 2017
5. Arzuaga S M, Souza M, Azevedo L V. El cáncer de cuello de útero: un problema social mundial. Revista Cubana de Enfermería. 2012;28(1):63-73.
6. Alliance for cervical cancer prevention, La prevención del cáncer cervical a nivel mundial (En web). Perú, [Citado el 10 de agosto del 2014] Disponible:http://www.rho.org/files/PRB_ACCP_PreventCervCancer_sp.pdf
7. Marañón CT, Mastrapa C. K., Flores B. Y., Vaillant L. L., Landazuri L.S. Prevención y control del cáncer de cuello uterino. Correo científico médico de Holguín. Vol. (1). 2017
8. Luciani, S, Winkler, J. Prevención del cáncer cervicouterino en el Perú: lecciones aprendidas del proyecto demostrativo tamizaje y tratamiento inmediato (TATI) de las lesiones cervicouterino. Washington: PAHO; 2006.

9. Palacios F.E., Celis T.A., Janampa G.N. (2016).Análisis de situación de salud del departamento de Huánuco. Disponible: http://dge.gob.pe/portal/Asis/indreg/asis_huanuco.pdf
- 10.Ministerio de Salud Informe anual epidemiológico 2016
- 11.Dirección Regional de Salud Huánuco. Unidad de Epidemiología 2017
- 12.Pontón H. Conocimiento y práctica sobre citología cervical de mujeres en edad fértil que acuden a consulta externa en el área de salud #3 de la ciudad de Loja. Ecuador 2015.
- 13.Vílchez, Sarahi y Espinoza, Cristina. Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre la Citología Cervico-Vaginal (Papanicolaou) en mujeres de edad fértil con Inicio de Vida Sexual Activa que asisten al Centro de Salud William Pacheco, Municipio de Yalaguina, Departamento de Madriz 01 de agosto-31 de octubre 2015. Nicaragua 2016.
- 14.Bermeo D. Conocimientos y prácticas para la prevención y detección oportuna del cáncer cérvico uterino que tienen las mujeres en edad de riesgo (35-65 años) que acuden a solca de la ciudad de Esmeraldas enero – abril. Ecuador 2015
- 15.Hurtado I, Lora M, Trillos D. Conocimientos, actitudes y prácticas en citología cérvicouterino en estudiantes del programa de enfermería de una universidad pública de la ciudad de santa marta. Colombia: 2016.
- 16.Gómez K F. Prácticas preventivas del cáncer cérvicouterino en mujeres atendidas en el puesto de salud balconcito, en los meses enero – marzo. Ica: 2017.
- 17.Bustillos Y. Prácticas de prevención primaria de cáncer cérvicouterino en mujeres adolescentes y adultas que acuden al consultorio de prevención

- de cáncer ginecológico del Hospital Nacional Sergio E. Bernales marzo.
Lima 2016
18. Gutierrez K L. Prácticas de prevención del cáncer cérvicouterino en las usuarias del centro de salud Ancieta Baja en el periodo 2015 Lima.
 19. Cotrina V A, Yalico K A. Promoción de la salud y su influencia en las prácticas de prevención del cáncer cérvico uterino en usuarias atendidas en el área mujer del centro de salud de morales. Octubre 2016 – marzo 2017: Tarapoto, 2017.
 20. Bazán C H. Conocimiento Y Prácticas Relacionados Con La Prevención Y Diagnóstico Del Cáncer De Cuello Uterino, En Usuarias Aseguradas Al S.I.S. Que Acuden A Consultorio Externo Del Hospital Santa María De Cutervo. Lambayeque :2017.
 21. Ballesteros R L. Factores que limitan el diagnóstico de las pacientes con lesiones precursoras de cáncer cérvico uterino detectadas en brigadas médicas. Oxaca:2010
 22. Aguilar G R. Factores de riesgo asociados a cáncer de cérvix en pacientes atendidas en el hospital vitarte durante el año 2015. Perú:2017
 23. Ortiz S R, Uribe P C, Díaz MLA, Dangond R Y R. Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, vol. 55, núm. 2, 2004, pp. 146-160 Federación Colombiana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología Bogotá, Colombia.
 24. Pazmiño F G P. Conocimientos, actitudes y practicas sobre cáncer cervicouterino en mujeres atendidas en la sociedad de lucha contra el cáncer Riobamba. 2014

25. TNM Classification of malignant tumours. L. Sobin and Ch Wittekind (eds.), UICC International Union against Cancer, Geneva, Switzerland. pp155-157; 6th ed. 2002.
26. Carrillo S A. Expresión de caix, glut-1 y hk ii y su posible asociación con cáncer escamo celular invasivo de cuello uterino universidad nacional de Colombia facultad de medicina departamento de morfología maestría de genética humana Bogotá; d.c 2010
27. Poblet G J M. Nivel de conocimiento y actitud sobre prevención del cáncer cérvicouterino en adolescentes de consulta externa del hospital San Juan de Lurigancho. Lima 2017.
28. BioDic - Diccionario de Biología – Un diccionario de términos científicos, sencillo. Revisado (2019 – abril – 13) <https://www.biodic.net/palabra/practica/#.XNoez8oza1s>
29. Definición de cáncer de cuello uterino - Diccionario de cáncer. <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/.../cancer-de-cuello-uterino>
30. American Cancer Society. ¿Se puede prevenir el cáncer de cuello uterino? <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/causas-riesgos-prevencion/prevencion.html>
31. Marañón C T, Mastrapa C K, Flores B Y, Vaillant L L, Landazuri L S. Prevención y control del cáncer de cuello uterino. Correo científico médico de Holguín. 2017; (1)
32. Vela C J, prácticas de prevención del cáncer cervico uterino en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Huánuco Sede Tingo María, mayo a junio 2017.

33.MINSA – Perú. Guías Nacionales de Atención integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Módulo I: Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. 2012

Anexos

**PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER
CERVICOUTERINO EN USUARIAS DE PLANIFICACION
FAMILIAREN EL HOSPITAL DE CONTIGENCIA
HERMILIO VALDIZAN MEDRANO 2019.**

CUESTIONARIO

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: Prácticas de prevención del cáncer cérvicouterino en usuarias de planificación familiar en el hospital de contingencia Hermilio Valdizán Medrano 2019.”

Instrucciones generales: El presente cuestionario es anónimo, tiene como finalidad determinar las prácticas de prevención del Cáncer Cérvicouterino en las usuarias de planificación familiar en el hospital de contingencia Hermilio Valdizán Medrano 2019. la información obtenida de este cuestionario será utilizada para el trabajo de investigación. A continuación, encontrará un listado de preguntas con diferentes alternativas como respuestas. En las respuestas de cada pregunta marcar la alternativa que crea conveniente. Agradecemos su colaboración, respondiendo a las preguntas en forma sincera para la veracidad del trabajo que se está realizando.

PARTE I: DATOS GENERALES

1. Edad: _____
2. Años de estudio-----
3. Estado civil:_____
4. Ocupación_____
5. Religión:
6. Procedencia

PARTE II

1. Prácticas de prevención primaria del Cáncer Cervicouterino (CACU)

Conducta sexual

1. De quién ha recibido Ud. educación sexual:

- | | | |
|----------------------|------------------|---------------------------|
| a) Personal de salud | c) padres | f) Medios de comunicación |
| b) Profesores | d) Otro familiar | g) De nadie |
| | e) Amigas | |

2. ¿Ha tenido Ud. Relaciones sexuales?

- a) SI
- b) NO

Pase a la pregunta 3

3. ¿A qué edad fue tu primera relación sexual?:_____

4. Número de compañeros sexuales:_____

5. Características sexuales de la pareja

- | | | |
|---------------|---------------------------------|----------|
| a) Me es fiel | b) Tiene otras parejas sexuales | c) No sé |
|---------------|---------------------------------|----------|

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

- a) SI
- b) NO

Si tuvo una ITS:

7. ¿Se trató Ud. la Infección de transmisión Sexual?

- a) SI
- b) NO

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

a) SI

b) NO

9. ¿Con qué frecuencia usa Ud. el preservativo en sus relaciones sexuales?

a) Siempre

b) En ocasiones

c) Nunca

Reproducción

10. ¿Tiene Ud. hijos?

a) SI

b) NO

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

13. Tipo de parto:_____

12. ¿Cuántos hijos tiene Ud.?:_____

Alimentación

14. Marque con un aspa (X) aquellos alimentos que consume 3 veces por semana.

() Verduras

() Alimentos de

() Menestras

() Frutas

origen animal

() Vísceras

() Leche y derivados

Antecedente familiar

15. Conoce Ud. algún familiar que tenga o haya tenido Cáncer Cervicouterino?

a) SI ¿Quién?:_____

b) NO

Prácticas de prevención secundaria del Cáncer Cervicouterino (CACU)

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

- a) SI Pase a la siguiente pregunta b) NO ¿Por qué?:_____

17. ¿Para qué sirve la Prueba de Papanicolaou?:_____

18. ¿A qué edad se realizó la Prueba de Papanicolaou?:_____

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

- a) Después de mi primera relación sexual b) Cuando estaba embarazada c) En otro momento d) No me acuerdo

20. ¿Cada cuánto tiempo se realiza Ud. la Prueba de Papanicolaou?

- a) Cada 6 meses d) No me lo realizo frecuentemente b) Cada año e) No me acuerdo c) Cada 2 o 3 años

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

- a) Hace + 3 años c) Hace 2 años e) Recientemente b) Hace 3 años d) Hace 1 año f) No me acuerdo

22. ¿Cuántas Pruebas de Papanicolaou se ha realizado hasta el momento?

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

- a) SI ¿Cuál fue?:_____ b) NO ¿Por qué?:_____

24. ¿Cómo se preparó para la Prueba de Papanicolaou?:_____

25. ¿Quién le sugirió que se hiciera la Prueba de Papanicolaou?:_____

26. ¿En qué lugar se realizó su última Prueba de Papanicolaou?:_____

MATRIZ DE CONSISTENCIA DEL PROYECTO DE INVESTIGACION

TITULO DEL TEMA: “PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER CERVICOUTERINO EN USUARIAS DE PLANIFICACION FAMILIAREN EL HOSPITAL DE CONTIGENCIA HERMILIO VALDIZAN MEDRANO 2019.”

APELLIDOS Y NOMBRES: ZAMBRANO ORIHUELA, Jovita

| PROBLEMA | OBJETIVOS | VARIABLES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--------------------|---|-----------------------------------|--------------------|-----------------------|-----------------------------------|---|--|----------------------------|---------|---|----------------------------|---------------------------------------|---------|---|----------------------------|----------------------------|---------|--|----------------------------|--------------------------------|---------|------------------------------|----------------------------|--|--|--|
| <p>GENERAL</p> <p>¿Cuáles son las prácticas de prevención del cáncer cérvicouterino en usuarias de planificación familiar en el Hospital de Contingencia Hermilio Valdizán Medrano 2019?</p> <p>ESPECÍFICOS</p> <p>¿Cuáles son las prácticas de prevención primaria del cáncer cérvicouterino en las usuarias de planificación familiar en el hospital de contingencia Hermilio Valdizán Medrano 2019?</p> <p>¿Cuáles son las prácticas de prevención secundaria del cáncer cérvicouterino en las</p> | <p>OBJETIVO GENERAL:</p> <p>Identificar las prácticas de prevención del cáncer cérvicouterino en usuarias de planificación familiar en el hospital de contingencia Hermilio Valdizán Medrano 2019.</p> <p>OBJETIVOS ESPECIFICOS</p> <p>Identificar las prácticas de prevención primaria del cáncer cérvicouterino en las usuarias de planificación familiar en el Hospital de Contingencia Hermilio Valdizán Medrano 2019.</p> <p>Identificar las prácticas de</p> | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">VARIABLES</th> <th style="text-align: center;">SUBVARIABLES</th> <th style="text-align: center;">INDICADOR</th> <th style="text-align: center;">ESCALA DE MEDICIÓN</th> <th style="text-align: center;">CRITERIOS DE MEDICIÓN</th> <th style="text-align: center;">TÉCNICA O INSTRUMENTO DE MEDICIÓN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4" style="vertical-align: top;">Prácticas de Prevención del Cáncer Cérvicouterino</td> <td rowspan="4" style="vertical-align: top;">Prácticas de Prevención Primaria del Cáncer Cérvicouterino</td> <td style="vertical-align: top;">Fuente de educación sexual</td> <td style="vertical-align: top;">Ordinal</td> <td style="vertical-align: top;">0: De nadie 1: Medios de comunicación 2: Amigas 3: Otro familiar 4: Sólo mamá 5: Ambos padres 6: Profesores 7: Personal de salud</td> <td style="vertical-align: top;">Entrevista Cuestionario</td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">Edad de Inicio de relaciones sexuales</td> <td style="vertical-align: top;">Ordinal</td> <td style="vertical-align: top;">0: ≤ 15 años 1: 16-19 años 2: ≥ 20 años</td> <td style="vertical-align: top;">Entrevista Cuestionario</td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">Número de parejas sexuales</td> <td style="vertical-align: top;">Ordinal</td> <td style="vertical-align: top;">0: ≥ 3 parejas 1: 2 parejas 2: 1 parejas</td> <td style="vertical-align: top;">Entrevista Cuestionario</td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">Características sexuales de la</td> <td style="vertical-align: top;">Ordinal</td> <td style="vertical-align: top;">0: No conoce 1: Si conoce</td> <td style="vertical-align: top;">Entrevista Cuestionario</td> </tr> </tbody> </table> | VARIABLES | SUBVARIABLES | INDICADOR | ESCALA DE MEDICIÓN | CRITERIOS DE MEDICIÓN | TÉCNICA O INSTRUMENTO DE MEDICIÓN | Prácticas de Prevención del Cáncer Cérvicouterino | Prácticas de Prevención Primaria del Cáncer Cérvicouterino | Fuente de educación sexual | Ordinal | 0: De nadie 1: Medios de comunicación 2: Amigas 3: Otro familiar 4: Sólo mamá 5: Ambos padres 6: Profesores 7: Personal de salud | Entrevista Cuestionario | Edad de Inicio de relaciones sexuales | Ordinal | 0: ≤ 15 años 1: 16-19 años 2: ≥ 20 años | Entrevista Cuestionario | Número de parejas sexuales | Ordinal | 0: ≥ 3 parejas 1: 2 parejas 2: 1 parejas | Entrevista Cuestionario | Características sexuales de la | Ordinal | 0: No conoce 1: Si conoce | Entrevista Cuestionario | | | |
| VARIABLES | SUBVARIABLES | INDICADOR | ESCALA DE MEDICIÓN | CRITERIOS DE MEDICIÓN | TÉCNICA O INSTRUMENTO DE MEDICIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Prácticas de Prevención del Cáncer Cérvicouterino | Prácticas de Prevención Primaria del Cáncer Cérvicouterino | Fuente de educación sexual | Ordinal | 0: De nadie 1: Medios de comunicación 2: Amigas 3: Otro familiar 4: Sólo mamá 5: Ambos padres 6: Profesores 7: Personal de salud | Entrevista Cuestionario | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Edad de Inicio de relaciones sexuales | Ordinal | 0: ≤ 15 años 1: 16-19 años 2: ≥ 20 años | Entrevista Cuestionario | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Número de parejas sexuales | Ordinal | 0: ≥ 3 parejas 1: 2 parejas 2: 1 parejas | Entrevista Cuestionario | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Características sexuales de la | Ordinal | 0: No conoce 1: Si conoce | Entrevista Cuestionario | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|---------|---|----------------------------|
| usuarias de planificación familiar en el Hospital de Contingencia Hermilio Valdizán Medrano 2019? | prevención secundaria del cáncer cérvicouterino en las usuarias de planificación familiar en el Hospital de Contingencia Hermilio Valdizán Medrano 2019. | | | pareja | | | |
| | | | | Infección de Transmisión Sexual | Ordinal | 0: SI 1:NO | Entrevista Cuestionario |
| | | | | Tratamiento de la Infección de Transmisión Sexual | Ordinal | 0:NO 1: SI | Entrevista Cuestionario |
| | | | | Uso prolongado del Método Anticonceptivo Hormonal Oral | Ordinal | 0: SI 1: NO | Entrevista Cuestionario |
| | | | | Uso de preservativo en las relaciones sexuales | Ordinal | 0: Nunca 1: En ocasiones 2:Siempre | Entrevista Cuestionario |
| | | | | Paridad | Ordinal | 0: Multípara 1: 3 Partos 2: 2 Partos 3: Primípara 4: Nulípara | Entrevista Cuestionario |
| | | | | Edad del primer parto | Ordinal | 0: ≤ 15 años 1: 16-21 años 2: ≥ 22 años | Entrevista Cuestionario |
| | | | | Número de partos vaginales | Ordinal | 0: ≥ 3 partos 1: 2 Partos 2: 1 Parto | Entrevista Cuestionario |

| | | | | | | | |
|--|--|--|---|---|---------|----------------|----------------------------|
| | | | | Consumo de tabaco | Ordinal | 0: SI 1: NO | Entrevista Cuestionario |
| | | | | Alimentación balanceada | Ordinal | 0: NO 1: SI | Entrevista Cuestionario |
| | | | | Antecedente familiar | Ordinal | 0: SI 1: NO | Entrevista Cuestionario |
| | | | | Conocimiento sobre el Papiloma Virus Humano | Ordinal | 0: NO 1: SI | Entrevista Cuestionario |
| | | | | Conocimiento sobre la forma de contagio del Papiloma Virus Humano | Ordinal | 0: NO 1: SI | Entrevista Cuestionario |
| | | | | Conocimiento del riesgo asociado al Papiloma Virus Humano | Ordinal | 0: NO 1: SI | Entrevista Cuestionario |
| | | | | Percepción de riesgo del contagio del Papiloma Virus Humano | Ordinal | 0: NO 1: SI | Entrevista Cuestionario |
| | | | Prácticas de Prevención Secundaria del Cáncer | Realización de la Prueba de Papanicolaou | Ordinal | 0: NO 1: Sí | Entrevista Cuestionario |
| | | | | Conocimiento de la utilidad | Ordinal | 0: NO 1: SI | Entrevista Cuestionario |

| | | | | | | | |
|--|--|--|----------------|---|---------|---|----------------------------|
| | | | Cérvicouterino | de la Prueba de Papanicolaou | | | |
| | | | | Primera Prueba de Papanicolaou | Ordinal | 0: En cualquier momento 1: Después del inicio de relaciones sexuales | Entrevista Cuestionario |
| | | | | Frecuencia de la Prueba de Papanicolaou | Ordinal | 0: No se lo realiza periódicamente 1: Cada año | Entrevista Cuestionario |
| | | | | Última Prueba de Papanicolaou | Ordinal | 0: > 1 año 1: ≤ 1 año | Entrevista Cuestionario |
| | | | | Cantidad de Pruebas de Papanicolaou | Ordinal | 0: Ninguno 1: 2-3 2: 4-5 3: ≥ 6 | Entrevista Cuestionario |
| | | | | Conocimiento del resultado de la Prueba de Papanicolaou | Ordinal | 0: No 1: Si | Entrevista Cuestionario |