



**Universidad Andina del Cusco**  
**Facultad de Ciencias de la Salud**  
**Escuela Profesional de Obstetricia**



**Prácticas de prevención de cáncer de cuello uterino en docentes y jefes de prácticas de la Facultad de Ciencias de la Salud - Universidad Andina del Cusco, semestre 2018 II.**

**Tesis presentada por:**

Bch. Cachira Ttito Gloria

Bch. Paucar Hanco Paola Magaly

**Título a optar:**

Licenciadas en Obstetricia

**Asesora:**

Dra. Obst. Gladis Edith Rojas Salas

**Cusco – Perú**

**2019**



## Dedicación

*Le agradezco a dios por darme la vida,  
la fe suficiente para seguir adelante día  
a día para lograr mis objetivos a mis  
padres a mi hermana por su constante e  
incondicional apoyo y cariño , confianza  
y comprensión en todo el camino pre  
profesional.*

*A mis docentes de la universidad andina del  
cusco por ser mis educadores en la vida  
universitaria quienes me enseñaron sus  
conocimientos para ser un buen profesional de  
futuro.*



## Dedicatoria

*Dedico esta investigación a cada uno de mis seres queridos, fueron pilares para continuar cumpliendo mis objetivos. Para mi es de gran satisfacción dedicar a ellos este esfuerzo, esmero y trabajo logrado.*

*A Dios por haberme dado una maravillosa familia, ejemplo de superación, humildad y sacrificio. A mis padres Santiago Paucar y Bertha Hanco, por su constante apoyo, amor y por estar ahí siempre.*

*A mis hermanos Paolo y Piero, por su apoyo incondicional y comprensión. A mis abuelitos, tíos y primos, gracias por ser parte de mi vida y por permitirme ser parte de su orgullo.*



## Agradecimiento

Agradecemos a La Universidad Andina del Cusco por ser mi alma mater, a los docentes por brindar sus conocimientos y su apoyo día a día.

Agradecemos a nuestra asesora de tesis Dra. Obstetra Gladis Rojas Salas por brindarnos la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento científico, así como también por la paciencia para guiarnos durante todo el desarrollo de la tesis.

Nuestro agradecimiento también va dirigido a las dictaminantes y replicantes por su participación en la realización de esta investigación y también a los docentes y jefes de prácticas de la Universidad Andina del Cusco por su colaboración con las encuestas.



## Introducción

Cada año se incrementan los casos de muerte por cáncer, siendo una de ellas el cáncer de cuello uterino en las mujeres y lo peor del caso es que el mayor porcentaje se encuentran en países en vías de desarrollo tal como lo señala la Organización Mundial de la Salud. <sup>1</sup>

En América Latina se han registrado más o menos cuatrocientos cincuenta mil casos de muertes por cáncer y esta cifra va en aumento, se estima que para el año 2020 estas cifras se incrementen a casi 900 mil. <sup>2</sup>

La oficina de Epidemiología del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas de Perú reporto la presencia de treinta y siete mil casos nuevos de cáncer para el año 2010, manteniendo esta una tendencia creciente. Dentro de esta cifra se reporta que el 53% corresponden a paciente de sexo femenino sobre todo a partir de los 35 años con mayor frecuencia. <sup>3</sup>

En este sentido podemos observar que la educación en la población docente femenina respecto a este tema es de suma importancia e incluso podría puede

---

<sup>1</sup> Organización Panamericana de la Salud. *Cáncer cérvico uterino: "magnitud del problema: Fundamentos en Planificación de programas apropiados para la prevención del Cáncer Cervico uterino"* 3ra Edición. Washington. 2012

<sup>2</sup> Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. *Cáncer ocasiona 450 mil muertes en Latinoamérica". Entrevista: Cadena norteamericana CNN. 2010*

<sup>3</sup> Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. *"Estadísticas de salud mortalidad por neoplasias malignas". Perú. 2012*



disminuir considerablemente las tasas de incidencia y de mortalidad por que ellas serán encargadas de transmitir todo sus conocimientos a sus alumnos de forma tal que este se multiplicará , en esta investigación se presenta capítulo I: planteamiento del problema, caracterización, justificación, limitaciones, consideraciones éticas y objetivos, en el capítulo II: marco teórico, estudios previos, base teórica, variables, operacionalización de variables, en el capítulo III: donde se presenta la metodología, tipo de estudio, diseño de investigación, población y muestra, y el capítulo IV: resultados obtenidos en el estudio, discusión y conclusiones.



## Resumen

En la presente investigación se trata de identificar las prácticas que realizan para prevenir cáncer de cuello uterino en docentes y jefes de prácticas, con metodología descriptiva, corte transversal, prospectivo, diseño no experimental, estudio cuantitativo. Resultados: Las características sociodemográficas de las docentes y jefes de prácticas son edad entre 41 a 55 años (81%), el estado civil es de 67% como casadas; el título obtenido es en un 100% título universitario, 14% con título de especialización, 60% con título de maestría, 17% con título de doctorado; el tiempo de docencia es de 53% más de 5 años; 83% religión católica. Las características gineco obstétricas muestra que el inicio de las relaciones sexuales fue en el 97%; la edad de inicio de relaciones sexuales fue entre 16 a 19 años con 86%; el número de compañeros sexuales es 61% como dos y en el 27% más de tres; el número de gestaciones fue como segundigestas en el 59%; la edad del primer parto fue entre 19 a 34 años en el 91%; el uso prolongado de pastillas anticonceptivas es de 86%, el uso de preservativo durante las relaciones coitales fue en 85%. Las prácticas de prevención primaria demuestra que escucharon sobre el virus del papiloma humano el 100%, el conocimiento de contagio del papiloma humano es 92%, el conocimiento de riesgo asociado al VPH con el 90%, la percepción de riesgo de contagio del VPH es de 95%.. Las prácticas de prevención secundaria son realización de la prueba de papanicolaou en el 92%, la frecuencia de la toma de muestra de papanicolaou es de 50% cada dos o tres años y cada año con el 40%; la realización de la última prueba de papanicolaou fue de hace un año en el 56%; el conocimiento del resultado de su papanicolalou fue en el 47%.

**Palabras clave:** prevención; cáncer de cuello uterino, docentes y jefes de prácticas.



## Abstract

In the present investigation the objective was to identify cervical cancer prevention practices in teachers and heads of practices of the Faculty of Health Sciences - Universidad Andina del Cusco, semester 2018 II, with descriptive methodology, cross section, prospective, non-experimental design, quantitative study. Results: The sociodemographic characteristics of the teachers and heads of practices are between 41 to 55 years old (81%) and in a lower percentage younger than 30 years old with 1%; Marital status is 67% married; the degree obtained is a 100% university degree, 14% with a specialization degree, 60% with a master's degree, 17% with a doctorate degree; the teaching time is 53% over 5 years; 83% Catholic religion. Obstetric gynecological characteristics shows that the onset of sexual intercourse was 97%; the age of onset of sexual intercourse was between 16 to 19 years with 86%; the number of sexual partners is 61% as two and in 27% more than three; the number of pregnancies was as follows: 59%; the age of first childbirth was between 19 to 34 years in 91%; the long-term use of contraceptive pills is 86%, the use of condoms during coital relationships was 85%. The primary prevention practices show that they heard about the human papilloma virus 100%, the knowledge of contagion of the human papilloma is 92%, the knowledge of risk associated with HPV with 90%, the perception of risk of contagion of HPV is 95% .. The secondary prevention practices are performing the pap test in 92%, the frequency of pap smear is 50% every two or three years and every year with 40%; The last pap smear was performed at 56% a year ago; the knowledge of the result of his pap smear was 47%.

**Keywords:** prevention; Cervical cancer, teachers and heads of practices





## Índice

<i>Dedicatoria</i> .....	<i>i</i>
<i>Agradecimiento</i> .....	<i>iii</i>
<i>Introducción</i> .....	<i>iv</i>
<i>Resumen</i> .....	<i>vi</i>
<i>Abstract</i> .....	<i>vii</i>
<i>Índice</i> .....	<i>viii</i>
<i>Índice de gráficos y tablas</i> .....	<i>x</i>
<b>Capítulo I: Planteamiento del problema</b>	
1.1. Caracterización del problema.....	1
1.2. Formulación del problema.....	3
1.2.1 Problema general.....	3
1.2.2. Problemas específicos.....	3
1.3. Justificación e importancia del problema.....	3
1.4 Limitaciones de la investigación.....	4
1.5 Consideraciones éticas.....	4
1.6. Objetivos de la investigación.....	5
1.6.1 Objetivo general.....	5
1.6.2. Objetivos específicos.....	5
<b>Capítulo II: Marco teórico</b>	
2.1. Aspectos teóricos pertinentes.....	6
2.1.1. Estudios previos.....	6
2.1.1.1 Antecedentes internacionales.....	6



2.1.1.2 Antecedentes nacionales.....	10
2.2. Bases teóricas.....	11
2.3. Definición de variables.....	47
2.4 Operacionalización de variables.....	47
2.5 Definición de variables.....	51
<b>Capítulo III: Metodología</b>	
3.1. Tipo de estudio.....	54
3.2 Diseño de investigación.....	54
3.3 Población y muestra.....	55
3.3.1. Descripción de la población.....	55
3.3.2. Muestra.....	55
3.3.3. Criterios de selección.....	56
3.4 Técnicas e instrumentos.....	57
3.5 Procedimiento de recolección de datos.....	57
3.6 Procedimiento de análisis de datos.....	57
<b>Capítulo IV: Resultados</b>	
Resultados.....	58
Discusión.....	77
Conclusiones.....	80
Recomendaciones.....	82
Referencias bibliográficas.....	83
Anexos	



## Capítulo I

### Planteamiento del problema

#### 1.1. Caracterización del problema

“La Organización Mundial de la Salud estima que diagnosticarán once millones de casos nuevos, y hubo 6.7 millones de muertes por cáncer, siendo la incidencia mundial de cáncer 16 millones para el año 2020 y el número de muertes por cáncer subiría de 6 a 10 millones. América Latina y el Caribe tienen algunas de las tasas de incidencia y mortalidad por cáncer cervicouterino más altas del mundo, solo superadas por las de África Oriental y Melanesia”.<sup>4</sup>

“Es evidente que el cáncer cervicouterino está cobrando muchas más víctimas entre las mujeres de los países en desarrollo. La tasa de mortalidad normalizada por edad del cáncer cervicouterino en estos países es de 9,6 por 100.000 mujeres, dos veces la tasa de los países desarrollados. En la mayoría de los países, la incidencia del cáncer invasor del cuello uterino es muy baja en las mujeres menores de 25 años. La incidencia

---

<sup>4</sup> Organización Panamericana de la Salud. “Oficina regional de la Organización Mundial de la Salud. Hoja Informativa Programa mujer salud y desarrollo”. Año 2012.



aumenta alrededor de los 35 a 40 años y alcanza un máximo en las mujeres entre 50 y 70 años de edad. Los datos de los registros de cáncer en los países en desarrollo indican que aproximadamente 80% a 90% de los casos confirmados en esos países se producen en las mujeres de 35 años de edad o más.<sup>5</sup>

“A nivel nacional, considerando los cánceres con mayor tasa de incidencia según fuentes del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, el cáncer de Cuello Uterino ocupa el primer lugar, seguido por cáncer de Mama, cáncer de pulmón, cáncer de estómago que va en aumento y en quinto lugar el cáncer de próstata. La tasa estimada de incidencia del cáncer de cérvix es de 48/100.000, siendo la tasa estimada de mortalidad es de 25/100.000, por lo que el cáncer cérvico uterino constituye una prioridad nacional y hace ya más de 30 años que existen servicios de tamizaje.<sup>6</sup>

En base a ello es importante conocer las prácticas de prevención de cáncer de cuello uterino que tienen las docentes mujeres.

---

<sup>5</sup> Organización Panamericana de la Salud. Lewis, Merle J. “Análisis de la situación de cáncer de cérvico uterino en América Latina y el Caribe” Washington. 2012

<sup>6</sup> Coalición Multisectorial “Perú Contra el Cáncer. Plan Nacional para el fortalecimiento de la prevención y control del cáncer en el Perú”. Diciembre 2014



## 1.2 Formulación del problema

### 1.2.1. Problema general

¿Cuáles son las prácticas de prevención de cáncer de cuello uterino en docentes y jefes de prácticas - Facultad de Ciencias de la Salud en la Universidad Andina del Cusco, 2018 II?

### 1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las docentes y jefes de prácticas - Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Andina del Cusco, 2018 II?
- ¿Cuáles son las características gineco obstétricas de las docentes y jefes de prácticas - Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Andina del Cusco, 2018 II?
- ¿Cuáles son las prácticas de prevención primaria de cáncer de cuello uterino en docentes y jefes de prácticas - Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Andina del Cusco, 2018 II?
- ¿Cuáles son las prácticas de prevención secundaria de cáncer de cuello uterino en docentes y jefes de prácticas - Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Andina del Cusco, 2018 II?

## 1.3 Justificación

Las docentes que laboran en la Facultad de Ciencias de la Salud deben tener buenas prácticas en prevención de cáncer ginecológico de esta manera contribuyan en disminuir las tasas altas ya mencionadas anteriormente que trae consigo incluso



muertes, los docentes tienen la tarea de concientizar a la población sobre el cuidado de su salud, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de la población, sobre todo evitar el cáncer de cuello uterino que viene siendo un problema de salud reproductiva en la mujer, especialmente en los países en desarrollo.

Así mismo la presente investigación aportará datos importantes para tomar decisiones en prácticas preventivas promocionales por parte de las obstetras que laboran en la universidad, por ejemplo en el Centro Médico, en el área de prácticas, etc. También aportará datos importantes para continuar investigando.

#### **1.4. Limitaciones de la investigación**

Las limitaciones en la presente investigación fueron por parte del tiempo limitado para las entrevistas con las docentes, superándolo al explicarles la importancia de realizar la encuesta y los aportes que dará.

#### **1.5. Consideraciones éticas**

Se cumplió con solicitar consentimiento informado antes de realizar la recolección de datos, así mismo se solicitó el permiso en la Facultad de Ciencias de la Salud mediante el Decano para poder desarrollar las entrevistas.



## 1.6 Objetivos de la investigación

### 1.6.1. Objetivo general

Identificar las prácticas de prevención de cáncer de cuello uterino en docentes y jefes de prácticas - Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Andina del Cusco, 2018 II.

### 1.6.2. Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas de las docentes y jefes de prácticas - Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Andina del Cusco, 2018 II.
- Describir las características gineco obstétricas de las docentes y jefes de prácticas - Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Andina del Cusco, 2018 II.
- Especificar las prácticas de prevención primaria de cáncer de cuello uterino en docentes y jefes de prácticas - Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Andina del Cusco, 2018 II.
- Detallar las prácticas de prevención secundaria de cáncer de cuello uterino en docentes y jefes de prácticas - Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Andina del Cusco, 2018 II.



## Capítulo II

### Marco teórico

#### 2.1 Aspectos teóricos pertinentes

##### 2.1.1 Estudios previos

###### A nivel internacional

- *Llamara M.* “Prácticas para prevenir cáncer cérvico uterino en mujeres de Matamoros, Tamaulipas México.2012”.

*Objetivo:* El objetivo de la investigación fue identificar las prácticas para prevenir el cáncer cérvico uterino

*Metodología:* Investigación descriptiva, transversal.

*Resultados:* “Investigación donde la edad estuvo entre 36 a 39 años, el número de gestaciones fue de 3, media de 2, el número de intervenciones quirúrgicas y abortos





van de 0 a 4; con respecto a la menarquia, la edad media en que se presento fue de 13, respecto a las características de conducta sexual, se encontró que la edad de inicio de vida sexual tuvo una media de 19,72 y en el número de parejas sexuales la media fue de 1,38. En las gestaciones fue de 94,0%. En cuanto a los partos, la prevalencia fue de 32,2% mayor de tres partos. La prevalencia del factor de riesgo por presencia de aborto fue de 25,5%. En la edad de la menarquia el factor de riesgo es para quienes presentan su primera menstruación a la edad de 14 años o más, la prevalencia de esta situación fue de 31,6%. La prevalencia de mujeres con edad de inicio en la vida sexual fue menos de 16 años en 17%. El número de pareja sexual fue mayor a 4. Al considerar estos aspectos, es útil enfocarse principalmente en los que se pueden modificar o evitar. Sin embargo, el conocimiento de las características que no se pueden modificar es relevante porque puede ayudar a sensibilizar a las mujeres que los presentan, acerca de la importancia de la citología vaginal para la detección temprana de esta enfermedad”.<sup>7</sup>

- *Pardo T.* “Prácticas, conocimientos y actitudes sobre la prueba de Papanicolaou en profesores del Colegio Nacional de la Capital Grnal Bernardino Caballero. Paraguay 2014”

*Objetivo:* Identificar las prácticas, conocimientos y actitudes sobre la prueba de papanicolaou en profesores

*Metodología:* Investigación descriptiva, observacional, de corte transversal

---

<sup>7</sup> Llamara M. “Prácticas para prevenir cáncer cérvico uterino en mujeres de Metamoros”, Tamaulpas México.2012.



*Resultados:* “El 68% escucho hablar del papanicolaou, la edad media de los profesores del Colegio Nacional de la Capital es de 45 años, siendo el mayor porcentaje de 62% entre 35 a 45 años”<sup>8</sup>

- *Soza N.* “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el Papanicolaou entre pacientes ingresadas al servicio de ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense en los meses de septiembre, octubre y noviembre del año 2006”. Nicaragua 2006.

*Objetivo:* Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el papanicolaou

*Metodología:* Estudio observacional, descriptiva, no experimental, transversal

*Resultados:* “El 58% no realizaron el papanicolaou en los últimos 2 años, los conocimientos, actitudes y prácticas de las pacientes fueron buenas en la mayoría, pero con porcentajes muy bajos, por debajo del 50% por lo cual se consideran insuficientes para la importancia que reviste el test del Papanicolaou. En pacientes que residen en el área rural los conocimientos fueron mejores, así como las de mayor escolaridad, a mayor paridad y con el aumento de edad de las pacientes. Las prácticas y actitudes mejoraron con la edad, escolaridad, paridad y uso de métodos de planificación familiar”.<sup>9</sup>

---

<sup>8</sup> Pardo T. “Prácticas, conocimientos y actitudes sobre la prueba de Papanicolaou en profesores del Colegio Nacional de la Capital Grnal Bernardino Caballero”. Paraguay 2014.

<sup>9</sup> Soza N. “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el Papanicolaou entre pacientes ingresadas al servicio de ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense en los meses de septiembre, octubre y noviembre del año 2006”. Nicaragua 2006.



- Centro de Estudios de Estado y Sociedad de Argentina Cáncer Cervical:  
“Prácticas de prevención del cáncer cérvico uterino en usuarias del C. S.  
Leonor Saavedra. San Juan de Miraflores. Argentina 2012”.

*Objetivo:* Identificar las prácticas de prevención del cáncer cérvico uterino

*Metodología:* Investigación cuantitativa, descriptiva, no experimental.

*Resultados:* “70% de las entrevistadas opina que el cáncer cervical es un problema de salud muy o bastante grave para la población nacional, cuanto mayor es la edad actual más tardía es la realización de la primera prueba, una gran mayoría de la población mantiene conductas preventivas con respecto a su salud gineco obstétrica, una minoría se encuentra en una situación de mayor riesgo, el perfil de esas mujeres es de bajo nivel educativo, casadas con edades extremas, las más jóvenes no concurren a la atención ginecológica después del inicio de las relaciones sexuales y las de mayor edad han discontinuado o bien nunca han iniciado la atención de sus salud ginecológica”.<sup>10</sup>

- *Cardozo J.* “Conocimientos, actitudes y prácticas respecto al Cáncer de Cuello Uterino en el municipio de Sucre, Bolivia 2014”

*Objetivo:* Determinar cómo es el conocimiento, las prácticas y actitudes en cuanto al cáncer de cuello uterino

*Metodología:* Estudio descriptivo, prospectivo, cuantitativo.

*Resultados:* “Una cuarta parte de las mujeres encuestadas sabe cómo detectar el problema y las otras tres cuartas partes no lo saben, *en las actitudes:* el 10% de las

---

<sup>10</sup> Centro de Estudios de Estado y Sociedad de Argentina Cáncer Cervical: “Prácticas de prevención del cáncer cérvico uterino en usuarias del C. S. Leonor Saavedra. San Juan de Miraflores”. Argentina 2012.



mujeres, sus parejas están de acuerdo en que se hagan el papanicolaou; las razones por las que no se hacen periódicamente el papanicolaou son miedo y sobre todo la vergüenza. “*En cuanto a las prácticas: casi la mitad de las mujeres que ya iniciaron sus relaciones sexuales no se hicieron nunca el Papanicolaou. Los motivos más frecuentes son el miedo, la falta de información y falta de acceso. Además no todas vuelven a recoger sus resultados (12%), el 57% no saben para qué sirve el Papanicolaou. El promedio de la frecuencia es cada año. Y de las mujeres que se hicieron el Papanicolaou la mayoría (87%) recibió buena atención*”.<sup>11</sup>

#### **A nivel nacional**

- *Castro M.* “Nivel de conocimiento sobre cáncer cervical y el papanicolaou en relación al temor, estrés o vergüenza al tamizaje: estudio transversal en una comunidad pobre. Motupe Perú 2010”.

*Objetivo:* Identificar el nivel de conocimiento sobre cáncer cervical y el papanicolaou en relación al temor, estrés o vergüenza al tamizaje

*Metodología:* Estudio transversal, descriptivo.

*Resultados:* “Investigación cuyo resultado fue que de 300 mujeres entre 18 y 50 años, 20% había tenido su último PAP hacía más de dos años y otro 20% nunca se lo había realizado; 57 (19%) mujeres refirieron tener mucho miedo, estrés o vergüenza al tamizaje, lo cual estuvo asociado a la ser adolescente, tener cinco o menos años de vivir en Lima desde haber llegado del interior del país, no haber tenido pareja sexual durante el último año, no embarazos previos, no tener PAP

---

<sup>11</sup> *Cardozo J.* “Conocimientos, actitudes y prácticas respecto al Cáncer de Cuello Uterino en el municipio de Sucre, Bolivia 2014”.

previo y el bajo o regular conocimiento sobre Papanicolaou o el cáncer de cérvix, la percepción que tienen respecto al contagio del VPH es más del 80%”.<sup>12</sup>

➤ *Bazán F.* “Hospital Docente Madre Nino San Bartolomé Lima.

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou. Lima 2015”.

*Objetivo:* Investigar sobre los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou

*Metodología:* Estudio descriptivo, de corte transversal

*Resultados:* “Investigación cuyo resultados fueron que de 501 encuestadas, en 63% se encontró nivel bajo de conocimiento, en 66% una actitud desfavorable y en 71% una práctica incorrecta sobre la prueba de Papanicolaou; la difusión por los medios de comunicación sobre el PAP fue 6,2% y la mayor barrera para no tener una práctica periódica del PAP fue el género masculino (34,2%)”.<sup>13</sup>

## 2.2. Bases teóricas

### 2.2.1. Generalidades sobre el cáncer

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

---

<sup>12</sup> Castro M. “Nivel de conocimiento sobre cáncer cervical e y el Papanicolaou en relación al temor, estrés o vergüenza al tamizaje: estudio transversal en una comunidad pobre”. Montupe Perú 2010.

<sup>13</sup> Bazán F. “Hospital Docente Madre Nino San Bartolomé Lima. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou” Lima Perú 2015.



de pacientes. En mérito a ello es necesario trabajar en prevención para evitar estos casos de cáncer y muertes, frente a la problemática nacional en el combate del cáncer estriba en la normatividad y brindar mayores recursos; y en lo cultural, se debe destacar la educación e información en este aspecto, reforzar la educación en prevención en las docentes para que como educadoras o hagan también con sus alumnos. “Según las actuales investigaciones la exposición laboral, ambiental, las formas de vida también tienen relación con el cáncer y conocer las causas del cáncer ayudaría a prevenirlos”.<sup>14</sup>

### **A. Cáncer de cuello uterino**

Uno de los descubrimientos más importantes en la investigación oncológica de estos últimos 25 años ha sido la demostración de que el cáncer de cuello uterino está promovido por la infección persistente o no resuelta de ciertos genotipos de alto riesgo del virus del papiloma humano (VPH-AR).

La evidencia científica ante numerosos e irrefutables estudios, han permitido demostrar y describir pormenorizadamente que el cáncer de cuello uterino es, en realidad, una secuela a largo plazo de una infección de transmisión sexual (I.T.S.) no resuelta y provocada por ciertos genotipos del VPH.<sup>(15)</sup>

Las asociaciones observadas entre la infección por el VPH y el cáncer cervical son las más fuertes, dentro de la oncología humana actual, existiendo prácticamente consenso mundial en calificar al VPH como la causa necesaria (ausencia de

---

<sup>14</sup> *Gestión médica. “Enfrentaran preocupante avance del cáncer con Plan Nacional de Control. En Gestión Médica, periódico para los Profesionales de la Salud. 4ta Edición. Semana del 5 al 11 de Setiembre 2010”. Lima Perú. 2010*

<sup>15</sup> *Bosch, F. Lorinz, A. Muñoz, N. Meijer, C. Shah, K. “La relación causal entre el virus del papiloma humano y el cáncer de cuello uterino 2010” Ginebra 2010*



enfermedad en ausencia de infección) aunque insuficiente, debido al gran número de infecciones que se resuelven espontáneamente, de cáncer de cuello uterino. <sup>(16)</sup>

## **B. Epidemiología**

El cáncer de cérvix es uno de los más importantes problemas de salud en el mundo, ya que es una de las primeras causa de muerte por cáncer en las mujeres a nivel mundial, con estimaciones de 72.000 nuevos casos diagnosticados en el 2018, de los cuales un 85.5% de éstos se produjeron en países en desarrollo. La incidencia del cáncer de cuello uterino es muy variable de unas regiones a otras y está íntimamente relacionada con el nivel de desarrollo de una población.

Aproximadamente el 83 % de ellos se producen en países en vías de desarrollo, principalmente en Asia, África y Sudamérica, donde el cáncer cervical representa el 15% del total de los cánceres femeninos. Sin embargo en los países industrializados el cáncer de cuello de útero supone alrededor del 3,6% de los nuevos casos de cáncer. <sup>(17)</sup>

## **C. Anatomía del útero**

El útero tiene 2 regiones anatómicas y funcionales bien definidas. El cuerpo uterino y el cuello o cérvix.

---

<sup>16</sup> Ferlay, J. Shin, H. Bray, F. Forman, D. Mathers, C. Parkin, D. "Cáncer de cuello uterino, evaluación a nivel mundial 2008: GLOBOCAM 2008" Texas EEUU 2010.

<sup>17</sup> Gutiérrez, M. Alarcón, E. "Nivel de pobreza asociado al estadio de gravedad del cáncer ginecológico 2012".



El cuello uterino es de forma cilíndrica ligeramente ensanchado en su parte media y mide 3 a 4 cm. de largo por 2,5 a 3,5 cm. de diámetro; sin embargo, estas dimensiones pueden variar según la edad y la paridad.

La inserción vaginal efectuada a su alrededor en un plano oblicuo divide al cérvix en tres porciones:

**a. Superior:**

Extra vaginal o supra vaginal de 1,5 a 2 cm de longitud y está en relación con la vejiga.

**b. Intermedia:**

Que es la zona donde se inserta la vagina y donde se unen las fibras musculares de ambos órganos.

**c. Inferior o intravaginal:**

Llamado “hocico de Tenca” de 1 a 2 cm de largo y es la que aparece en el examen vaginal con el espéculo como un cilindro redondeado o cono de vértice truncado, donde podemos apreciar el orificio externo que es la salida del conducto uterino, puntiforme en la mujer nulípara o menopáusica y transversal en la mujer que ha tenido hijos.

Las glándulas ubicadas en el conducto cervical producen un contenido mucoso conocido como moco cervical que puede fluir por el orificio externo.

El exocérvix o ectocérvix es la porción exterior del cuello uterino que se visualiza fácilmente con el espéculo y que puede contener tanto epitelio escamoso como glandular (este último llamado ectropión); y el endocérvix cuyo inicio se aprecia





como una zona roja más intensa de apariencia glandular y se introduce en el conducto cervical. <sup>(18)</sup>

#### **D. Histología**

El cuello uterino y la vagina se derivan de los primitivos conductos de Müller y al inicio están recubiertos por una capa de epitelio cilíndrico columnar. Entre las semanas 18 y 20 del desarrollo fetal el epitelio columnar de la vagina se recubre de un epitelio escamoso estratificado proveniente del endodermo cloacal dando origen así a los epitelios del endocérvix y exocérvix respectivamente y el límite entre ambos llamado unión escamo columnar.

Así, el exocérvix está recubierto por un epitelio escamoso estratificado no queratinizante con alto contenido de glucógeno. Su color es rosado pálido al examen visual, y es muy semejante al epitelio que recubre la vagina.

En un corte histológico desde la profundidad a la superficie del epitelio exocervical, se reconocen los siguientes estratos:

##### ***a.- Basal***

Con células cuboides, de citoplasma basófilo que reposan sobre la membrana basal y dan origen al resto de estratos.

##### ***b.- Parabasal***

Que comprende 2 ó 3 capas celulares con núcleos vesiculosos y abundante citoplasma.

---

<sup>18</sup> Castro H. "Cobertura de la Citología de Cuello Uterino y Factores Relacionados Perú 2012"



***c.- Intermedio***

Con células redondas o poligonales, abundante citoplasma claro y núcleos redondeados.

***d.- Superficial***

Con células claras y núcleos picnóticos.

El endocérnix tiene un epitelio cilíndrico, columnar y mucíparo con dos tipos celulares:

***a.- Células cilíndricas***

Productoras de mucus.

***b.- Células basales o de reserva***

Elementos indiferenciados de distribución discontinua y pluripotenciales, es decir que frente a determinados estímulos pueden diferenciarse hacia células cilíndricas o pavimentosas siendo uno de los orígenes del proceso fisiológico de metaplasia escamosa.

La eversión de este epitelio se denomina ectropión cuyo tamaño es variable en las mujeres y se visualiza como un epitelio intensamente rojizo (mal llamado “herida”). Puede dar la impresión de una úlcera pero no es más que el epitelio endocervical evertido.



La unión escamo columnar que se muestra como una línea continua y que representa, como ya dijimos el límite entre los epitelios del exocérnix y endocérnix, tiene una ubicación variable según la edad, embarazo y traumatismos post parto.

En las recién nacidas la unión escamo columnar se encuentra muy expuesta en el exocérnix o en la vagina fruto de la estimulación hormonal de la madre. Durante la niñez la UEC ingresa al endocérnix. Con el inicio de los ciclos hormonales la unión escamo columnar vuelve a salir al exocérnix sufriendo agresiones producidas por el cambio del pH vaginal propio de la edad, y la vida sexual. Finalmente en la menopausia la unión escamo columnar vuelve a ingresar al endocérnix lo cual hace difícil la evaluación visual de lesiones a esta edad. <sup>(19)</sup>

#### **E. Zona de transformación**

El inicio de los ciclos hormonales es un periodo que se caracteriza por el incremento súbito de estrógenos induciendo el establecimiento de lactobacilos como flora vaginal normal. Estos microorganismos producen ácido láctico lo cual disminuye el pH vaginal a menos de 4. Las agresiones que sufre el cérnix con la menarquia por el cambio del pH y luego por la vida sexual, es bien tolerado por el epitelio poli estratificado del exocérnix; sin embargo, el endocérnix que es un epitelio de mono capa, muy frágil, expresa su mecanismo de defensa llamado Metaplasia Escamosa, que consiste simplemente en el cambio del epitelio original por epitelio escamoso del exocérnix que es, como ya dijimos, más resistente. Esto es posible gracias a las células de reserva que se diferencian hacia un epitelio escamoso estratificado no

---

<sup>19</sup> Revista Americana de Obstetricia y Ginecología “Diez años después del tratamiento crioquirúrgico de la neoplasia intraepitelial cervical”. 2010



queratinizante, y es un proceso que se inicia en la unión escamo columnar y se continua en forma cefálica hacia el endocérnix. <sup>(20)</sup>

De esta forma van a existir una antigua UEC con la cual la mujer inicia su menarquía y una nueva unión escamo columnar que es la que normalmente presenta la mujer cuando llega al examen médico.

Lógicamente será fácil de visualizar la nueva UEC, pero la antigua que ya desapareció puede ser determinada por una línea imaginaria que une los quistes de Naboth más periféricos y que son resultado de la oclusión de glándulas endocervicales por la metaplasia escamosa y que siguen produciendo moco. Otra forma de determinar la localización de la antigua UEC es evidenciando un cambio muy sutil en la coloración del epitelio exocervical lo cual depende de la maduración de la metaplasia escamosa. <sup>(18)</sup>

La Zona de Transformación (ZT) es aquella región del epitelio endocervical que ha sido reemplazada por epitelio escamoso (epitelio metaplásico) y está comprendida entre la antigua y nueva unión escamo columnar, siendo una zona de alto riesgo donde debemos buscar minuciosamente la presencia de lesiones precancerosas. Debemos mencionar que el proceso fisiológico de metaplasia escamosa no está finalizado en el momento del examen y que existe una metaplasia en curso hacia adentro de la nueva unión escamo columnar pudiendo comprender hasta el tercio inferior del canal endocervical, lo que hace a este epitelio susceptible de cambios displásicos.

---

<sup>20</sup> Gutiérrez K. "Tratamiento de la displasia del cáncer en los países en desarrollo: Un análisis de la situación". Argentina 2015



El proceso metaplásico que se inicia con la proliferación de las células de reserva inicialmente forma un epitelio delgado multicelular que recibe el nombre de metaplasia inmadura y que no produce glucógeno; puede presentarse en forma multifocal y evolucionar hacia una metaplasia madura bajo la forma de un epitelio semejante al exocervical, o hacia una displasia por el efecto carcinogénico de la infección por el virus del papiloma humano. <sup>(18)</sup>

#### **F. Mortalidad por cáncer de cuello uterino**

El cáncer de cuello uterino es la causa de 227.899 casos de muerte a nivel mundial, de las cuales el 88% tienen lugar en países en desarrollo. En Europa el cáncer de cérvix es la séptima causa de mortalidad por cáncer, pero en la mujer joven de 18 a 45 años, es la segunda. Existen diferencias geográficas, en Europa la supervivencia a los 5 años es del 63% <sup>(5)</sup> y en Zimbabue del 30,5%. Se calcula que en España mueren aproximadamente 2 mujeres/día por cáncer de cérvix. <sup>(21)</sup>

#### **2.2.2. VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO**

Es un pequeño virus de ADN de doble cadena y de pequeño tamaño que han convivido con la especie humana durante milenios, sufriendo relativamente pocos cambios en su composición genética.

Se clasifican según la función en:

---

<sup>21</sup> Vivas, M. "División de Enfermedades No-transmisibles/programa de cáncer cervical uterino de la OPS/OMS 2014."



Cutaneotrópicos: “Se aíslan frecuentemente en verrugas cutáneas, en enfermos con epidermodisplasia verruciforme, en lesiones cutáneas en pacientes inmunodeprimidos post-trasplante y en algunos tumores epiteliales (VPHs 1, 4, 5, 8, 41, 48, 60, 63 y 65).”

Mucoso trópicos: “Se identifican en lesiones benignas y malignas del tracto ano genital de ambos sexos. Ocasionalmente, estos tipos virales se aíslan en tejidos y lesiones de la cavidad oral, orofaringe, laringe y en menor grado esófago, conjuntiva y lecho inguinal (VPHs 6, 11, 13, 16, 18, 26, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 39, 42, 44, 45, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 58, 59, 64, 66, 67, 68, 69, 70, 73 ).”

“Finalmente, un último grupo de VPHs se aíslan indistintamente en tejidos y lesiones cutáneas o mucosas ( VPHs 2, 3, 7, 10, 27, 28, 29, 40, 43, 57, 61, 62 y 72) y su asociación con lesiones malignas está menos establecida.”<sup>(22)</sup>

#### **A. Prevalencia**

El VPH representa la infección de transmisión sexual más frecuente. La prevalencia es muy elevada en varones y en mujeres jóvenes sexualmente activos.<sup>(23)</sup>

#### **B. Estructura del virus del papiloma humano**

Taxonómicamente los VPHs pertenecen a la familia Papillomaviridae. Son virus muy estables, con capacidad de infección duradera y resistencia a numerosos agentes terapéuticos. Es un virus pequeño, constituido por una cápside icosaédrica y

---

<sup>22</sup> Muñoz, N. Bosch, F. Sanjose, S. Herrero, S. Herrero, R. “Clasificación de los tipos de virus del papiloma humano asociados con el cáncer de cuello uterino”. 2010.

<sup>23</sup> Pinares, M. Revista de Salud Pública “Cobertura de la citología de cuello uterino y factores relacionados en Latinoamérica 2012.”



un genoma compuesto de una doble hélice de ADN, formada por 8.000 pares de bases. <sup>(24)</sup>

**C . Relación del virus del papiloma humano**

Según su riesgo oncogénico los VPHs se clasifican (23) en VPH de bajo riesgo

Alto riesgo oncogénico	16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 y 82
Posible alto riesgo	26, 53 y 66
Bajo riesgo oncogénico	6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81 y CP6108

(VPH-BR) y VPH de alto riesgo (VPH-AR):

Los ocho tipos de VPH más comunes, por orden de prevalencia decreciente, son VPHs 16, 18, 33, 45, 31, 58, 52, y 35.

Los VPH 16 y 18 son los dos tipos más frecuentes, son los responsables del 70% de los casos de cáncer de cuello uterino a nivel mundial y los ocho tipos más comunes

<sup>24</sup> Schwarz, E. Freese, U. Gissmann, L. Mayer, W. “Estructura y transcripción de secuencias de papilomavirus humano en células de carcinoma cervical.”



(VPHs 16, 18, 33, 45, 31, 58, 52, y 35) son los responsables del 89% de los casos a nivel mundial. <sup>(25)</sup>

#### **D. Transmisión de la infección del virus del papiloma humano**

El VPH se transmite por contacto sexual, a través de erosiones mínimas de la piel y mucosas. El cuello del útero es especialmente vulnerable al contagio, probablemente a través del epitelio metaplásico de la unión escamoso-cilíndrica. Las vías de transmisión genital, distintas al coito, son probables aunque menos comunes. El riesgo de transmisión por contacto digital-genital u oral-genital parece ser mínimo. Se ha descrito la transmisión vertical de la madre al neonato, los datos disponibles sugieren que se trata de casos poco frecuentes y con pocas probabilidades de desencadenar una infección persistente. <sup>(26)</sup>

##### **2.2.3. Manejo de la enfermedad precancerosa del cuello uterino.**

Para reducir el número de veces que una mujer necesita visitar el centro de servicios, muchos programas de tamizaje han adoptado el enfoque de detección y tratamiento para el manejo de las lesiones precancerosas del cuello uterino. Esto significa que, después de tener una prueba de papanicolaou positiva, se somete a la mujer al examen por colposcopia y, si esta prueba lo indica, se le ofrece tratamiento inmediato mediante crioterapia sin esperar a que el examen histológico confirme los resultados.

---

<sup>25</sup> Clifford, G. Smith, J. Plummer, M. Munoz, N. Franceschi, S. "Tipos de papilomavirus en el cáncer cervical invasivo en todo el mundo: un meta análisis" España 2010.

<sup>26</sup>Smith, J. Lindsay, L. Hoots, B. Keys, J. Franceschi, S. Winer, R. "Distribución de tipo papilomavirus en cáncer cervical invasivo y cáncer cervical de alto grado Lesiones: una actualización de metanálisis" EEUU 2012.





Por otra parte, realizar IVAA y crioterapia durante la misma visita es posible en los niveles básicos del sistema de salud donde la mayoría de las mujeres en riesgo acudirán por lo menos una vez en la vida. Como los médicos ginecólogos, obstetras son los proveedores que comúnmente ocupan los puestos en establecimientos de ese nivel, este enfoque asume que tanto las pruebas como el tratamiento serán brindados en forma competente por estos grupos de profesionales de la salud. La desventaja del enfoque de detección y tratamiento es que, como la IVAA tiene una tasa significativa de falsos positivos, una parte de las mujeres con pruebas de IVAA positivas en realidad no tendrán lesiones precancerosas.

Cuanto más baja sea la prevalencia de la enfermedad en la población que se está evaluando, más alto será el número de mujeres con resultados falsos positivos que pueden aceptar recibir el tratamiento inmediatamente después de la IVAA. <sup>(27)</sup>

## **A. Cáncer ginecológico**

### **Cáncer de cuello uterino**

El cáncer de cuello uterino es un tumor originado a partir de una transformación maligna de las células epiteliales que revisten este segmento del útero, constituye uno de los tumores más frecuentes que afectan a los órganos de aparato genital femenino.

Si bien puede aparecer a cualquier edad, habitualmente lo hace alrededor de la cuarta década de la vida de la mujer.

---

<sup>27</sup> Solomon D. Davey D. Kurman R. Moriarty A. O'Connor D. Prey M. "Terminología para reportar los resultados de la citología cervical Chicago" EEUU 2012



Mongrut Steane, Andrés refiere que *“el cáncer de cuello uterino se inicia en la línea de unión del epitelio pavimentoso que cubre el exocervix, con el epitelio cilíndrico endocervical a nivel del orificio externo del cuello o en zona cercana si existe ectopia. Histológicamente el 95 % corresponde a carcinoma epidermoide, o de células planas y el resto son adenocarcinomas que nacen de las glándulas endocervicales, raramente el sarcoma. La lesión puede ser exófitica de crecimiento hacia la vagina y endófitica de crecimiento hacia las partes altas”*.<sup>28</sup>

## **B. Prevención**

Se refiere a las actividades que están dirigidas a proteger a las personas de las amenazas potenciales o reales a la salud y las consecuencias.

*“Prevenir significa, inhibir el desarrollo de la enfermedad, reducir su progreso y proteger el organismo de efectos dañinos futuros. Existen tres niveles diferentes de prevención: primaria, secundaria y terciaria.”*<sup>29</sup>

### **B.1. Prevención Primaria:**

Este tipo de prevención incluye medidas específicas de protección contra la enfermedad como son:

- . Inmunización
- . Saneamiento ambiental
- . Protección contra riesgos ocupacionales.

---

<sup>28</sup> Mongrut Steane Andrés. *“Tratado de Ginecología” 4ta Edición Perú, 2012 Págs. 303- 314.*

<sup>29</sup> Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. *Departamento de la Salud y Prevención del Cáncer. “El Cáncer como problema de salud pública.” Lima Perú 2014.*



Así mismo actividades de promoción de salud están consideradas como una forma de prevención primaria.

La prevención primaria interviene en el periodo preclínico y parte del periodo subclínico. El objetivo de la prevención primaria es incrementar la calidad de vida y eliminar el riesgo de enfermedad.”<sup>30</sup>

### **B.2.Prevencción secundaria**

Incluye:

- . Detección temprana
- . Intervención rápida para detener la enfermedad en las primeras etapas
- . Reducir su intensidad o prevenir complicaciones.

“El objetivo es detectar los primeros síntomas sobre los cuales el paciente no es consciente o de los que no tiene conocimiento, de manera que la intervención rápida sea efectiva para controlar o curar la enfermedad.” La prevención secundaria interviene en parte del periodo subclínico.<sup>31</sup>

La prevención secundaria se da a través de:

#### ***B.2.1. La citología cérvico vaginal o Papanicolaou:***

Es un examen citológico cuyo objetivo es detectar células cérvico uterinas anormales.

Citología en base líquida: La ventaja de esta prueba es que reduce los falsos negativos, el número de muestras insatisfactorias y el tiempo necesario para

---

<sup>30</sup> Organización Mundial de la Salud. “Control integral del cáncer cérvico uterino: guías prácticas esenciales.” Suiza 2010.

<sup>31</sup> Ministerio de Salud. Guías Nacionales de Atención integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Modulo I: “Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva.” Lima Perú 2010.



examinar una muestra por parte de los cito tecnólogos, e indirectamente, podría disminuir la incidencia de cáncer invasivo.

### ***B.2.2. Tipificación de Papiloma Virus Humano de alto riesgo:***

El test de captura de híbridos tipo I (HC I) tiene una sensibilidad igual a la citología cérvico vaginal en la detección de neoplasia. Por su facilidad en la toma y rapidez en la lectura, este test es una buena alternativa a la citología en sitios de bajos recursos donde la toma, el transporte de la muestra y el seguimiento de los pacientes no sean fáciles.

### ***B.2.3 Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA):***

Consiste en la inspección visual del cérvix luego de una aplicación de ácido acético diluida del 3 al 5% sin utilizar lente de aumento (a simple vista) y utilizando una fuente luminosa. El epitelio anormal se muestra como zonas acetoblancas, que dependiendo de las características se clasifican en lesiones negativas, sospechosas o definitivas.<sup>32</sup>

## **C. Prácticas de prevención**

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

Actualmente podemos prevenir el cáncer de cuello uterino con tres estrategias:

. Primera.- Abstinencia sexual; retrasar la vida sexual después de los 20 años, monogamia y uso de condón;

---

<sup>32</sup> Amaya L. Tamizaje para cáncer de cuello uterino: “Como, desde y hasta cuándo. Revista en Colombiana de Obstetricia y Ginecología”. Vol. 56 (1). Año 2014



- . Segunda.- vacunas profilácticas, en la etapa pre sexual y;
- . Tercera.- Papanicolaou y pruebas de ADN.<sup>33</sup>

### **C.1. Vacuna contra papiloma virus humano**

*“La forma más eficaz de prevenir el cáncer cérvico uterino es por medio de una vacuna. En junio de 2006, la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos aprobó la vacuna llamada Gardasil, la cual previene contra la infección producida por los dos tipos de Papiloma Virus Humano responsables de la mayoría de los casos de cáncer cervical. Los estudios han mostrado que la vacuna parece prevenir el cáncer cervical en sus etapas iniciales y las lesiones precancerosas. Sería necesario efectuar la vacunación a una edad temprana antes del inicio de una vida sexual activa. Esta vacuna sería particularmente beneficiosa en países en vías de desarrollo, en donde el acceso a servicios de salud es muy limitado.”*<sup>34</sup>

### **C.2.Relacionados con la conducta sexual - retrasar del inicio de las relaciones sexuales**

Ortiz Serrano, Ricardo y Colbs. Se refieren que *“el inicio temprano de las relaciones implica la aparición de múltiples compañeros sexuales, con el consiguiente riesgo dado por estas. Se ha demostrado también que en la adolescencia los tejidos cérvico uterinos 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*

---

<sup>33</sup> Sarduy M. “Neoplasia Intraepitelial Cervical. Preambulo del cáncer cérvico uterino”. Cuba. 2010

<sup>34</sup> Picón M. “Conocimientos, actitudes y prácticas de mujeres jóvenes acerca del Papiloma Virus Humano.” Lima Perú 2010.



*tiene a los 21 años”. Mongrut Steane, Andrés, sustenta que “Investigaciones epidemiológicas han demostrado que la precocidad en las relaciones sexuales significan un factor de riesgo. El coito realizado desde edad temprana en la adolescencia y la continuación de su práctica, predisponen a la mujer hacia el cáncer de cuello uterino. Coppleson postula que el epitelio cervical en la adolescencia se encuentra en periodo dinámico de metaplasma, muy susceptible a patrones atípicos metaplasicos, cuando se expone al contacto del pene y del semen”.*

### **C.3.Limitar del número de compañeros sexuales**

Ortiz Serrano, Ricardo y Colbs. Plantean *“existe una relación directamente proporcional entre el riesgo de lesión intraepitelial y el número de parejas sexuales. Esta exposición se ha relacionado básicamente con la probabilidad de exposición al Papiloma Virus Humano.”* Según Mongrut Steane, Andrés manifiesta: *“el número de compañeros sexuales es un factor de riesgo, no por el hecho de la variación, ni por la frecuencia con que se practica el coito, sino porque la promiscuidad generalmente tiene el antecedente de la precocidad sexual y el alto riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual, en cuya etiología participan virus oncogenos”.* Castaneda Iniguez, Maura y Colbs. Plantean: *“respecto al número de compañeros sexuales no se observan diferencias significativas entre aquellas que indicaron haber tenido una pareja sexual y aquellas que notificaron más de una”.* <sup>35</sup>

---

<sup>35</sup> Vasallo L. "Actualización Ponderada de los Factores del cáncer" Montevideo. 2015



#### **D. Prevención secundaria**

Las medidas de prevención se refieren a todas aquellas actividades orientadas a proteger a las personas de las amenazas potenciales o reales a la salud y las consecuencias subsecuentes. Prevenir significa, inhibir el desarrollo de la enfermedad, reducir su progreso y proteger el organismo de efectos dañinos futuros.

#### **E. Definición epidemiológica**

La prevención secundaria consiste en evaluar mujeres asintomáticas si tienen lesiones precancerosas tempranas y fácilmente tratables (tamizaje).<sup>(36)</sup>

#### **F. Captación**

Proceso que se lleva a cabo con el objetivo de lograr algo, en este caso es necesario realizar la captación de mujeres para la previsión secundaria a través de:

- a) Medios de comunicación: a través de difusión por medio radial, televisivo
- b) Material de difusión: a través de afiches publicitarios, trípticos del Ministerio de Salud
- c) Referencia de centros de salud: pacientes que son referidas de centros de salud de provincias con resultado patológico de PAP
- d) Consejerías personalizadas en otros servicios del hospital: pacientes que están hospitalizadas en otras áreas que son derivadas por presentar altas probabilidades de desarrollar un cáncer por medio de su historia clínica.

---

<sup>36</sup> Castellsagué, X. Bosch, F. Muñoz, N. "Co factores ambientales en la papilomavirus carcinogénesis" Argentina 2014.



- e) Consejerías personalizadas en servicios de maternidad y ginecología: charlas a puérperas hospitalizadas en el servicio de maternidad y ginecología.
- f) Charlas grupales en el hospital: exposiciones charlas a través de rota folios en los ambientes de espera.

### **G. Procedimientos**

Para que los programas de tamizaje tengan impacto en la incidencia del cáncer del cuello uterino, es necesario evaluar al mayor número posible de mujeres. En forma ideal, los programas deberían evaluar al 80% de la población en riesgo. <sup>(19)</sup>

### **H. Papanicolaou.**

*“La citología ha demostrado su capacidad de reducir la tasa de cáncer de cérvix cuando se ha aplicado de forma programada, sistemática y continuada. Se basa en el principio de la exfoliación celular que presentan los diferentes tejidos del cuerpo humano. En condiciones de patología, la descamación es más intensa cuanto más inmadura es dicha lesión, ya que disminuyen las fuerzas de cohesión entre las células.”* <sup>(37)</sup>

La citología de Papanicolaou consiste en la toma, observación e interpretación de una muestra de células del cérvix. Esta prueba detecta cambios inflamatorios, infecciosos o la presencia de células anormales y neoplásicas. De la citología

---

<sup>37</sup> Jumedacir, E. “Cuello Uterino, Diagnóstico en Obstetricia y Ginecología” Madrid, España, 2014.





cervical no debe esperarse un diagnóstico sino un resultado, normal o anormal. Las citologías anormales detectan mujeres potencialmente afectas de lesiones cervicales.

(38)

Es una técnica barata y de fácil ejecución.

El American College of Obstetrician and Gynecologist y la American Cancer Society recomiendan *“la citología como técnica de cribado para el carcinoma de cérvix, siendo su principal limitación su baja sensibilidad”*.<sup>(39)</sup>

Las citologías deben ser interpretadas y por lo tanto están sujetas a error. Para hacer más homogénea la lectura, se han propuesto varios sistemas de clasificación. En la actualidad el más usado es la clasificación de Bethesda, elaborado en el año 2001” The Bethesda System, en la que no sólo se clasifican los hallazgos sino que se requiere la valoración de la muestra, es decir, si es o no adecuada.

La verdadera innovación de esta clasificación consiste en considerar a las alteraciones celulares por VPH como lesiones intraepiteliales de bajo grado (LSIL), displasia leve o CIN 1, además de unificar bajo el término de lesiones intraepiteliales de alto grado (HSIL) a las displasias moderadas y severas, CIN 2 y CIN 3 o carcinoma “in situ”.<sup>(23)</sup>

La detección de citología precancerosas mediante la prueba del Papanicolaou Cuya sensibilidad es del 55% y una especificidad del 95% resulta una alternativa en

---

<sup>38</sup> Chuaqui, R. *“Patología especial del cuello uterino Citología de Papanicolaou”* Trujillo Perú 2012

<sup>39</sup> Rivera, B. Quintero, J. *“Prevalencia de lesiones intraepiteliales escamosas Revista de Ginecología y Obstetricia”* Argentina 2013.



aquellos lugares que cuenten con insumos y recursos necesario para el procesamiento de la muestra.

Han surgido técnicas alternativas para mejorar la sensibilidad de la citología:

### ***H.1. Pruebas citológicas automatizadas***

Los más conocidos son el AutoPap® y el PapNet®, ambos consisten en un sistema computarizado para la lectura de citologías, previamente evaluadas de forma manual. Esta técnica posee una alta sensibilidad (96%), además de reducir la carga de trabajo en el laboratorio. Por el contrario, añade un coste económico adicional y se ha mostrado muy poco sensible para reconocer células endocervicales. <sup>(40)</sup>

### ***H.2. Citología en Medio Líquido***

Las células exfoliadas se suspenden y fijan en un medio líquido, eliminando artefactos. Permite una mejor y más cómoda lectura del extendido evitando los “no valorables”. Su principal ventaja es poder utilizar el medio conservante para análisis moleculares, como el ADN de VPH. <sup>(24)</sup>

## **I. Inspección con ácido acético.**

La detección de lesiones cervicales precancerosas y cancerosas mediante la Inspección Visual con Ácido Acético es un método sencillo y de bajo costo (sensibilidad del 80 % y una especificidad del 92%), y resulta ser una alternativa eficiente frente a la prueba citológica en zonas de bajos recursos.

Puede identificar eficazmente las lesiones precancerosas.

---

<sup>40</sup> Brown, A. “Rentabilidad de 3 métodos para mejorar la sensibilidad de Prueba de Papanicolau” España 2012.



- No es un procedimiento invasivo, fácil de realizar y de bajo costo.
- Se puede realizar en todo nivel de atención.
- Los resultados son inmediatos
- Los equipos y suministros son disponibles. <sup>(41)</sup>

### ***1.1. Fisiopatología***

#### *Lesiones intraepiteliales escamosas:*

*“La parte externa del cuello uterino normal (exocérvix) está predominantemente cubierta por el epitelio escamoso. La parte interna (endocérvix), que consta de epitelio glandular columnar, recubre el canal cervical y puede verse en el orificio externo del cuello uterino.”*

#### *. Lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado (LIEBG), o NIC I:*

Son aquellas en las que como máximo una tercera parte del espesor del epitelio está ocupado por células displásicas, son lesiones visibles con la IVAA.

#### *. Lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado (LIEAG), o NIC II y NIC III/CIS:*

Son aquellas en las cuales más de la tercera parte del grosor del tejido epitelial está constituido por células displásicas, al aplicar el ácido acético, éste se absorbe más que en las lesiones de bajo grado, lo cual permite ver las lesiones acetoblancas con mayor claridad.

---

<sup>41</sup> Buss K. “Tratamiento de la displasia cervical en los países en desarrollo: un análisis de la situación. Programa de Tecnología Apropiaada en Salud.” Seattle, Washington 2011



En el caso de la NIC, como ya se describió antes, según el grado de displasia, el contenido de células en el epitelio aumenta desde la proliferación de células displásicas en el tercio inferior correspondiente a lesiones de bajo grado, hasta la presencia de estas células en todo el espesor del epitelio como se ve en las lesiones de alto grado; de este modo el ácido acético producirá un epitelio blanco que impide el paso de la luz y es así como veremos en la zona de transformación un epitelio acetoblanco tenue en el caso de una lesión de bajo grado con menor contenido celular, hasta un epitelio acetoblanco opaco, más denso correspondiente a IVAA POSITIVA.

En el caso de cáncer puede haber epitelio blanco que es más intenso y generalmente sobre una lesión proliferativa sangrante fácilmente distinguible. Normalmente el epitelio blanco de la neoplasia cervical intraepitelial persiste grado de severidad siendo más prolongada en casos de lesiones de alto grado por 1 a 5 minutos luego de la aplicación del ácido acético, y la duración depende del grado de severidad siendo más prolongada en casos de lesiones de alto grado. <sup>(42)</sup>

### ***1.2. Antecedentes:***

La inspección visual con ácido acético (IVAA) es uno de los métodos para detectar la presencia de cáncer del cuello uterino, sus ventajas incluyen la simplicidad de la técnica y la capacidad de proporcionar a la mujer un resultado inmediato. <sup>(29)</sup>

---

<sup>42</sup> Olalla, M. Moyano, M. Jurado, I. Olalla, M. Rodríguez, P. "Prevalencia de VPH en mujeres con citologías y colposcopias normales" Málaga España 2009.



### *I.3. Quiénes deben ser examinadas:*

Se recomienda hacer la prueba para detectar el cáncer del cuello uterino o sus precursores a toda mujer entre los 30 y 50 años de edad. Debido a que las tasas de cáncer del cuello uterino son más altas entre los 40 y 50 años de edad, las pruebas deben hacerse en los años en que la detección de las lesiones precancerosas es más probable normalmente 10 a 20 años antes.

Existen una serie de factores de riesgo asociados con el desarrollo del cáncer del cuello uterino y, supuestamente, el de sus precursores.

Éstos incluyen los siguientes:

- Edad (entre 30 a 50 años)
- Inicio de la actividad sexual de manera precoz
- Múltiples parejas sexuales (de la mujer o su pareja)
- Multíparidad.
- Resultado anormal previo en una prueba de tamizaje.
- Tabaquismo.
- Uso de anticonceptivos orales por más de 5 años.
- Dieta deficiente en vitaminas.
- Infecciones sobre agregadas: VHS, Trichomonas, etc.
- Inmunosupresión (infección por VIH, uso crónico de cortico esteroides, etc.)



Las mujeres que presentan cualquiera de estos factores de riesgo quizás constituyan el grupo más importante para el cual se deba proporcionar pruebas de detección y servicios de tratamiento en lugares de bajos recursos.

De hecho, enfocar las pruebas y el tratamiento en las mujeres entre los 30 y 50 años de edad o que tienen factores de riesgo, probablemente mejore el valor predictivo positivo de IVAA. Asimismo, debido a que las tasas de la enfermedad son probablemente más altas en este grupo, las posibilidades de detectar lesiones precancerosas son mayores, elevando así el costo eficacia del programa de evaluación y reduciendo la posibilidad de tratamientos innecesarios.

#### ***1.4. Cuándo se debe realizar IVAA:***

La IVAA puede realizarse en cualquier momento del ciclo menstrual, incluso durante el período menstrual, durante el embarazo y durante las visitas de seguimiento postparto o postaborto. Puede realizarse asimismo en una mujer con sospecha o certeza de tener una ITS o VIH/SIDA.

Para cada resultado hay instrucciones simples que deben proporcionarse a la mujer (por ejemplo, regresar para la prueba de IVAA cada 3 años), u otras específicas que deben ser discutidas con la mujer, como lo relacionado a cuándo y dónde se puede brindar el tratamiento, los riesgos y los beneficios potenciales asociados con el tratamiento, y cuándo es necesario referir a la usuaria a otro establecimiento para pruebas adicionales o tratamiento más amplio. <sup>(30)</sup>



### ***1.5. Evaluación de la usuaria:***

Las pruebas de detección del cáncer del cuello uterino normalmente se realizan dentro de un programa de atención primaria de salud. Por lo tanto, una breve historia y el examen debe ser introducido en el contexto del servicio de salud que se está ofreciendo.

- Edad.
- Historia menstrual.
- Paridad.
- Uso de métodos anticonceptivos.
- Edad al momento de la primera relación sexual.
- Número de parejas sexuales.
- Patrón de sangrado (por ejemplo, sangrado irregular o postcoital).
- Otros datos que considere importantes.

### ***1.6. Procedimiento general:***

Para realizar la IVAA, el proveedor aplica una solución de ácido acético diluido al cuello uterino. Esta solución permite observar cualquier cambio en las células que recubren el cuello uterino (células epiteliales) al producir una reacción acetoblanca.

Primero, el proveedor hace la inspección del cuello uterino con el espéculo, luego se limpia el cuello uterino para retirar cualquier secreción, y se aplica el ácido acético generosamente en el mismo. Después de un minuto, se inspecciona el cuello uterino (incluida la unión escamo-columnar o UEC) para buscar cambios acetoblanco. Los



resultados de la prueba (ya sean positivos o negativos) deben ser discutidos con la mujer y, después de orientarla, se le debe ofrecer tratamiento, si es apropiado y está inmediatamente disponible. <sup>(16)</sup>

## **J. Aplicación de ácido acético magnificado.**

Tras la aplicación de ácido acético al 3-5 %, las áreas de alta densidad nuclear impiden el paso de la luz a los vasos del estroma y reflejan un color blanco.

### ***J.1. Epitelio aceto blanco:***

Se clasifica como cambio menor si la superficie aceto blanca es débil, tenue, plana, no sobre elevada, con bordes irregulares, poco definidos o geográficos.

Preferentemente se localizara en zonas alejadas del canal cervical, y serán lesiones poco extensas. Este patrón colposcópico suele corresponder a zonas de metaplasia o lesiones de bajo grado. Se considera cambio mayor el epitelio aceto blanco denso, que aparece pronto y desaparece tarde, con un borde bien definido, con superficie sobre elevado o rugoso y los márgenes abruptos con el tejido circundante sano.

### ***J.2. Mosaico:***

Es un epitelio, habitualmente aceto blanco, en forma de celdas delimitadas por bordes rojizos que se corresponden a vasos atrapados en el epitelio displásico.

Los cambios menores se caracterizan por un mosaico fino, con losetas pequeñas, de similar tamaño y bajo relieve. Los vasos son regulares y finos. Histológicamente corresponden a metaplasia escamosa con para queratosis o a lesión de bajo grado.





En los cambios mayores el mosaico es grosero, con losetas mayores, de diferente tamaño y grosor, haciendo relieve sobre un epitelio normal. Corresponden a lesiones de alto grado. <sup>(19)</sup>

### ***J.3. Punteado:***

Los cambios menores se caracterizan por un punteado fino, distribuido de forma regular con un calibre pequeño y sin relieve sobre un epitelio aceto blanco.

Histológicamente puede corresponder a metaplasia o lesión de bajo grado. Los cambios mayores son un punteado grueso mas sinuoso, irregulares y con relieve, con sangrado fácil al contacto y mayor distancia inter capilar. Suele traducir lesión de mayor grado. <sup>(20)</sup>

### ***J.4. Vasos atípicos:***

Son vasos dilatados con imágenes de “stop” adoptando múltiples formas. El mejor momento para observarlos es antes de la aplicación de ácido con filtro verde, ya que este puede enmascarar total o parcialmente los cambios en especial en zonas aceto blancas. <sup>(20)</sup>

### ***K. Colposcopia.***

Esta técnica consiste en la visualización del tracto genital mediante un microscopio binocular con una potente fuente de luz centrada sobre el campo de exploración.



Permite identificar la topografía y extensión de las lesiones precancerosas, localizar las áreas más sospechosas donde practicar la toma de biopsia y planificar un tratamiento efectivo.

Requiere una buena formación y experiencia del especialista. Es un prueba muy sensible para la detección de las lesiones precursoras del cáncer de cérvix, sin embargo es poco específica, pues no siempre la imágenes colposcópicas anormales corresponde a lesiones intraepiteliales.

Conocer las características colposcópicas del cuello uterino normal y poder identificarlas sientan las bases para diferenciar los resultados colposcópicos normales de los anormales. El concepto anatómico más importante es la zona de transformación, si no se puede identificar adecuadamente toda la zona de transformación, el examen colposcópico se considerará insatisfactorio.

La clasificación de los hallazgos colposcópicos vigente actualmente es la ratificada por el Comité de Nomenclatura de la Federación Internacional de Patología Cervical y Colposcopia (IFCPC).

Los hallazgos colposcópicos son clasificados en:

- Hallazgos colposcópicos normales.
- Hallazgos colposcópicos anormales.
- Características colposcópicas sugestivas de lesión de bajo grado (cambios menores).



- Características colposcópicas sugestivas de lesión de alto grado (cambios mayores).
- Características colposcópicas sugestivas de cáncer invasivo.
- Colposcopia insatisfactoria (cuando la unión escamoso-columnar no es visible, la asociación con trauma, inflamación o atrofia que impida valorar, no visualización del cuello uterino).
- Hallazgos misceláneos, como condilomas, erosión, pólipos, etc. <sup>(43)</sup>

### ***L. Biopsia.***

La combinación de la colposcopia y de la biopsia dirigida se considera el “Gold Standard” para el diagnóstico de la neoplasia intraepitelial y el cáncer de cuello uterino.

Es una prueba en el cual se obtiene muestras de cuello uterino para observar si presenta células cancerosas, es la única forma de detectar lesiones precancerosas, o un cáncer de cérvix uterino.

Antes de realizar el examen se debe tener en cuenta:

- No realizarse lavados vaginales.
- No colocarse ningún producto dentro de la vagina.
- No tener relaciones sexuales 24 horas antes del examen.
- Se debe realizar la biopsia al principio o al final del periodo regular.
- Cuando se presente un sangrado anormal

---

<sup>43</sup> Walker, P. Dexeus, S. Barrasso, R. “Desde el Comité de Nomenclatura de la IFCPC. Terminología Internacional de Colposcopia: Una Informe actualizado de la Federación Internacional de Patología Colposcopia.” *Obstetricia y Gynecologia*, 2013.



Procedimiento:

- Colocar a la paciente en posición ginecológica, introducir el especulo dentro de la vagina y ubicar el cuello uterino, realizar una limpieza con una solución de vinagre y agua.
- Extirpar los tejidos anormales con una pinza (posiblemente la paciente sienta una leve sensación de pellizco), colocar la muestra en un envase estéril con solución de formol, tapar y rotular.
- Introducir material absorbente (gasa estéril) para reducir el sangrado. <sup>(30)</sup>

#### 2.2.4. Resultados

##### A. Papanicolau.

###### a) Citología normal o negativa:

El resultado puede ser ausencia de atipia, ausencia de células neoplásicas, negativo para lesión intraepitelial o negativo para malignidad.

En ese caso solo verificar que no haya otra indicación de muestra insatisfactoria y verificar el tipo de tejidos presentes.

###### b) Citología anormal:

- ASC-US o ASCUS.

El acrónimo ASCUS significa Células Escamosas Atípicas de Significado Indeterminado (Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance).



De todos los resultados anormales encontrados en el Papanicolaou, el ASCUS es el más común. Ocurre en cerca de un 2 a 3% de los exámenes.

El ASCUS indica una atipia, o sea, una alteración en las características normales de las células escamosas, sin presentar cualquier señal claro de que pueda haber alteraciones pre malignas. El ASCUS puede ser provocado, por ejemplo, por inflamaciones, infecciones o atrofia vaginal durante la menopausia.

- ASC-H o ASCH.

Cuando el patólogo describe en el laudo la presencia de ASCH, significa que vio células escamosas atípicas, con características mixtas, no siendo posible descartar la presencia de atipias malignas. Es un resultado indeterminado, pero con elevado riesgo de existir lesiones epiteliales de alto grado (NIC 2 o NIC 3) La presencia de ASCH indica la realización de la colposcopia y biopsia del cuello uterino. <sup>(30)</sup>

**c) Inflamación:**

- Moderada
- Severa
- Crónica

**d) Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (LSIL):**

La LSIL indica una displasia blanda, una lesión pre maligna con bajo riesgo de ser cáncer. La LSIL puede ser causada por cualquier tipo de VPH, sea él agresivo o no, y tiende a desaparecer después de 1 o 2 años, conforme al organismo de la mujer consigue eliminar el VPH de su cuerpo.

Si la prueba de VPH de la paciente es negativa, no es preciso hacer nada; basta repetir el Papanicolaou dentro de 6 meses a 1 año. En estos casos, el riesgo de transformación para cáncer es prácticamente nulo. Si la prueba de VPH es positiva, la paciente con LSIL debe ser evaluada con colposcopia y biopsia pues, a pesar de bajo, existe un riesgo de la lesión ser, en la verdad, un poco más agresiva que aquella identificada en el Papanicolaou (puede ser un NIC 2 o NIC 3).

La paciente con LSIL en el Papanicolaou suele tener NIC 1 (lesión pre maligna de bajo riesgo) en la biopsia. Sin embargo, cerca del 16% de las pacientes tienen NIC 2 (lesión pre maligna moderada) y 5% tienen NIC 3 (lesión pre maligna avanzada). El riesgo de un resultado LSIL indicar un cáncer es de solamente un 0,1%.<sup>(30)</sup>

**e) Lesión intraepitelial escamosa de alto grado (HSIL):**

El HSIL indica que las células anormales tienen gran alteración en su tamaño y formato. Es un hallazgo que indica un gran riesgo de existir lesiones pre malignas moderadas/avanzadas (NIC 2 o 3) o mismo cáncer ya establecido. El riesgo de un resultado HSIL ser NIC 3 en la biopsia es del 50%. El riesgo de un resultado HSIL ser un cáncer es del 7%.



Por lo tanto, cualquier paciente con HSIL en resultado de la prueba de Papanicolaou debe ser investigada con colposcopia y biopsia <sup>(44)</sup>

## **B. Inspección visual con ácido acético (IVAA).**

### **a) *Negativa (-):***

Cuello normal, sin lesión aceto blanca ni lesiones aceto blancas pálidas, pólipos, cervicitis, inflamación o quistes de naboth. Cambios benignos: cervicitis, pólipos, cicatrices posparto.

### **b) *Positiva (+):***

zonas aceto-blancas bien definidas o irregulares, sobre-elevadas, espiculadas en Zona de Transformación (unión escamoso-cilíndrica: UEC) o contiguas a la misma.

### **c) *Sospecha de cáncer invasor:***

Lesión exofítica, proceso hemorrágico ulcerativo.

### **d) *Insatisfactoria:***

Cuando no se visualizó el cuello de útero, total o parcialmente por anatomía de la paciente o por fallas en el equipo. Tanto la concentración del ácido acético como el tipo de iluminación podrían incidir en la identificación de las lesiones aceto-blancas.

## **C.- Aplicación de ácido acético magnificado.**

---

<sup>44</sup> Pinheiro P. "Prueba de Papanicolaou y evaluación de resultados" Brasil 2017 Disponible en: <http://www.mdsaude.com/es/2015/11/papanicolaou.html>



- a) *Lesiones de bajo grado*
- b) *Lesiones de alto grado*

#### **D. Colposcopia.**

Los hallazgos colposc6picos son clasificados en:

a) ***Colposcopia Satisfactoria:***

En toda la extensi6n de la zona de transformaci6n se visualiza los l6mites.

b) ***Colposcopia Insatisfactoria:***

La zona de transformaci6n no se observa bien o s6lo se visualiza una parte, por ello es s importante tener en cuenta, que esta zona de transformaci6n asciende al interior del canal cervical sobre todo en la menopausia; por esto, en tales pacientes la colposcopia no es satisfactoria en 66% de los casos.

#### **E. Biopsia.**

De acuerdo a la severidad, se pueden encontrar diferentes resultados. Las anormalidades en la biopsia se llaman Neoplasia Cervical Intraepitelial y se clasifica en:

a) ***Neoplasia Cervical Intraepitelial 1:***

Se refiere a la presencia de cambios anormales leves en la biopsia.

b) ***Neoplasia Cervical Intraepitelial 2:***

Se refiere a la presencia de cambios anormales moderados en la biopsia.





*c) Neoplasia Cervical Intraepitelial 3:*

Se refiere a que se han encontrado cambios anormales severos en la biopsia.

### **2.3. Definición de variables**

Las variables en el presente estudio al ser descriptivo se presentan como principal e intervinientes.

#### **Variables**

##### **Variable principal:**

Prácticas de prevención de cáncer de cuello uterino

##### **Variable intervinientes:**

Características sociodemográficas

Características gineco obstétricas

Prevención primaria

Prevención secundaria

### **2.4. Operacionalización de variables**



Variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Expresión Final	Escala	Instrumento
Características socio demográficas	Características particulares de las docentes y jefes de prácticas que las diferencian en su entorno.	Características particulares de las docentes y jefes de prácticas que las diferencian en su entorno y que serán susceptibles de medición para ser analizadas.	Edad	Menor de 30 años	Edad adulta temprana	Intervalo	Cuestionario
				De 30 a 40 años			
				De 41 a 55 años	Edad adulta intermedia		
			Estado civil	Casada	Con pareja	Nominal	
				Conviviente			
				Soltera	Sin pareja		
				Divorciada			
			Títulos obtenidos	Título de especialización	Si No	Nominal	
				Título de maestría	Si No		
				Título de doctorado	Si No		
				Otros	Si No		
			Tiempo de docencia	Menos de 2 años	Si No	Intervalo	
				De 2 a 5 años	Si No		
				Más de 5 años	Si No		
			Religión	Católica	Religión católica	Nominal	
				Cristiana evangélica	Religión cristiana evangélica		
				Testigo de Jehová	Religión testigo de Jehová		
				Otra religión	Otra religión		
				Ninguna	Ninguna religión		



Variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Expresión Final	Escala	Instrumento
Características gineco obstétricas	Rasgos, características de las docentes y jefes de prácticas respecto a lo ginecológico y obstétrico	Rasgos, características de las docentes y jefes de prácticas respecto a lo ginecológico y obstétrico que será analizado en la presente investigación	Inicio de relaciones sexuales	Si	Si	Nominal	Cuestionario
				No	No		
			Edad de inicio de relaciones sexuales	Menor o igual a 14 años	Adolescente precoz	Intervalo	
				15 a 18 años	Adolescente tardía		
				Mayor o igual a 19 años	Adolescente adulta		
			Numero de compañeros sexuales	Uno	Uno	Ordinal	
				Dos	Dos		
				Más de tres	Más de tres		
			Numero de gestaciones	Ninguna gestación	Nuligesta	Ordinal	
				Una gestación	Primigesta		
				Dos gestaciones	Segundigesta		
				De tres a más gestaciones	Multigesta		
			Edad del primer parto	Ningún parto	Ningún parto	Intervalo	
				Menos de 19 años	Adolecente		
				19 a 34 años	Adulta		
				De 35 a más años	Adulta añosa		
Uso prolongado de anticonceptivos orales	Más de 5 años	Si	Nominal				
	Menos de 5 años	No					
Uso de preservativo durante las relaciones coitales	Nunca	Nunca	Nominal				
	En ocasiones	En ocasiones					
	Siempre	Siempre					



Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Expresión Final	Escala	Instrumento			
Prácticas de prevención primario	Actividades para antes de la adquisición del virus del papiloma humano, vacunas profilácticas	Actividades para antes de la adquisición del virus del papiloma humano, vacunas profilácticas que serán analizado en la presente investigación	Conocimiento del virus del papiloma humano	Escucho sobre el concepto de virus del papiloma humano	Si No	Nominal	Cuestionario			
			Forma de contagio del papiloma humano	Conocimiento sobre forma de contagio del papiloma humano	Si No	Nominal				
			Riesgo asociado al VPH	Conocimiento de riesgo asociado al VPH	Si No	Nominal				
			Riesgo de contagio del VPH	Percepción de riesgo de contagio del VPH	Si No	Nominal				
			Prácticas de prevención secundario	Elección temprana e intervención rápida para detectar la enfermedad en las primeras etapas. La Prueba de Papanicolaou a nivel mundial sigue siendo la prueba más utilizada y apropiada para tamizaje de lesiones premalignas del cuello uterino.	Elección temprana e intervención rápida para detectar la enfermedad en las primeras etapas. La Prueba de Papanicolaou a nivel mundial sigue siendo la prueba más utilizada y apropiada para tamizaje de lesiones premalignas del cuello uterino que serán analizado en la presente investigación	Prueba de papanicolaou		Realización de la prueba de papanicolaou	Si No	Nominal
						Frecuencia de la prueba de papanicolaou		Cada seis meses	Cada seis meses	Intervalo
								Cada año	Cada año	
								Cada dos o tres años	Cada dos o tres años	
Realización de la última prueba de papanicolaou	Hace un año	Si				Nominal				
	Hace más de un año	No								
Resultado del papanicolaou	Conocimiento del resultado de su papanicolaou	Si No	Nominal							



## 2.5. Definición de términos

- Edad de inicio de relaciones sexuales: se refiere a la edad en la que la usuaria tuvo su primera relación sexual.
- Número de compañeros sexuales: se refiere a la cantidad de personas con las que ha tenido relaciones sexuales, hasta el momento.
- Paridad: se refiere a la cantidad de partos que ha tenido la usuaria. Puede ser nulípara, primípara, que haya tenido 2 partos, 3 partos o que sea multípara.
- Edad del primer parto: es la edad que tenía la usuaria en su primer parto, ya sea por vía vaginal o cesárea.
- Número de partos vaginales: se refiere a la cantidad de partos vaginales que ha tenido la usuaria hasta el momento.
- Uso prolongado de Método Anticonceptivo Hormonal Oral: se refiere a que si la usuaria ha usado las pastillas anticonceptivas por más de 5 años consecutivos.
- Uso de preservativo en las relaciones sexuales: se refiere a que si la usuaria usa el preservativo masculino en todas sus relaciones sexuales.
- Antecedente familiar: se refiere a que si la usuaria tiene o ha tenido un familiar con cáncer cérvico uterino, ya que puede estar predispuesta a sufrirlo en un futuro; por lo que tiene que realizar prácticas de prevención del cáncer cérvico uterino.
- Conocimiento sobre el Papiloma Virus Humano: se refiere a que si la usuaria ha escuchado hablar alguna vez sobre el Papiloma Virus Humano, y si tiene algún conocimiento sobre este tema.



- Conocimiento sobre la forma de contagio del Papiloma Virus Humano: se refiere a que si la usuaria conoce que el Papiloma Virus Humano se contagia a través de las relaciones sexuales.
- Riesgos asociados a la infección por Papiloma Virus Humano: se refiere a que si la usuaria conoce que el contagiarse del Papiloma Virus Humano puede llevarla a desarrollar un cáncer cérvico uterino.
- Percepción del riesgo del contagio del Papiloma Virus Humano: si la usuaria es consciente de que puede contraer una infección por Papiloma Virus Humano, sobre todo si pertenece a la población de riesgo.
- Realización de la Prueba de Papanicolaou: se refiere a que si la usuaria se ha realizado alguna vez la Prueba de Papanicolaou.
- Conocimiento del propósito de la Prueba de Papanicolaou: se refiere a que si la usuaria del Centro de Salud conoce, que el propósito de realizarse la prueba es detectar el cáncer cérvico uterino.
- Primera Prueba de Papanicolaou: se refiere a la edad en que la usuaria del Centro de Salud se realizó su primera Prueba de Papanicolaou. También, al momento en que se la tomo, podría ser después de iniciar su vida sexual, durante un embarazo o en otro momento.
- Frecuencia de la Prueba de Papanicolaou: se refiere al tiempo que transcurre entre una y otra Prueba de Papanicolaou.
- Última Prueba de Papanicolaou: se refiere al tiempo que ha transcurrido desde su última Prueba de Papanicolaou.



- Cantidad de Pruebas de Papanicolaou: se refiere a la cantidad de pruebas de Papanicolaou. Esto dependerá, del momento en el que la usuaria se realizó su primera Prueba de Papanicolaou.
- Conocimiento del resultado de su última Prueba de Papanicolaou: se refiere a que si la usuaria del Centro de Salud conoce su ultimo resultado de la Prueba de Papanicolaou, y si no lo conoce averiguar el motivo.



## **Capítulo III**

### **Metodología**

#### **3.1. Tipo de investigación**

Investigación descriptiva debido a que describe las variables que se van a estudiar cómo se presentan, estudio transversal debido a que la recolección de datos fue en una sola oportunidad, estudio prospectivo debido a que se tomaron los datos en el presente.

#### **3.2. Diseño de investigación**

Investigación no experimental porque no se manipula ninguna variable, cuantitativo usando estadística descriptiva.



### 3.3. Población y muestra

#### 3.3.1. Descripción de la población

Compuesta por docentes y jefes de prácticas de la Facultad de Ciencias de la Salud - Universidad Andina que laboran en el ciclo académico 2018 – II.

Población que se presenta en:

Escuela Profesional de Obstetricia = 29

Escuela Profesional de Enfermería = 28

Escuela Profesional de Odontología = 17

Escuela Profesional de Psicología = 23

Escuela Profesional de Tecnología médica = 1

Escuela Profesional de Medicina Humana = 69

En total: son 167 docentes y jefes de prácticas que laboran en la facultad de ciencias de la salud – Universidad Andina del Cusco, semestre 2018 II.

#### 3.3.2. Muestra y método de muestreo

Para efectos de hallar el tamaño de la muestra en la presente investigación se utilizó una fórmula para poblaciones finitas.

Fórmula: 
$$n_{opt} = \frac{Z^2 \times N \times p \times q}{(N-1) \times E^2 + Z^2 \times p \times q}$$

$n$  = muestra que se hallará

$N$  = Población total = 167

$E$  = error considerada para la muestra = 0.05

$Z$  = 1.96 respecto al nivel de confianza = 95%



$p = 0.5$  considerando la probabilidad de éxito

$q = 1 - p = 0.5$  considerando la probabilidad de fracaso

Entonces:

$$n = \frac{Z^2 \times N \times p \times q}{(N-1)^2 \times e^2 + Z^2 \times p \times q} = \frac{160.3868}{1.02929} = 155.82275$$

Por lo tanto la muestra es: 156 quienes deber cumplir los criterios de selección.

### 3.3.3 Criterios de selección

#### **Criterios de inclusión:**

Docentes y jefes de prácticas que enseñen en el semestre académico 2018 – II, y que pertenezcan a la Facultad de Ciencias de la Salud

Docentes y jefes de prácticas que deseen participar en la investigación y den su consentimiento firmado

#### **Criterios de exclusión:**

Docentes y jefes de prácticas que no estén enseñando en el semestre académico 2018 – II o que no pertenezcan a la Facultad de Ciencias de la Salud



Docentes y jefes de prácticas que no deseen participar en la investigación o no den su consentimiento firmado

### **3.4. Técnica e instrumento**

La técnica fue una entrevista y el instrumento un cuestionario, el cual fue elaborado por las tesista con la guía de la asesora, para luego ser validada mediante juicio de cinco expertos y poder ser utilizada con el fin de cumplir los objetivos planteados.

### **3.5. Procedimiento de recolección de datos**

Se contó con el permiso del Decano - Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Andina del Cusco, para realizar las entrevistas. Así mismo dar a conocer los objetivos planteados y obtener los consentimientos firmados.

### **3.6. Procedimiento de análisis de datos**

Las entrevistas desarrolladas fueron analizadas por las bachilleres con el apoyo de la asesora, posterior a ello se trasladó al *SPSS Versión 23* y se procedió a interpretarla.



## **Capítulo IV**

### **Resultados**

- Características sociodemográficas de las docentes y jefes de prácticas

Tabla 1. Características sociodemográficas de las docentes y jefes de prácticas - Facultad de Ciencias de la Salud - Universidad Andina del Cusco, semestre 2018 II.

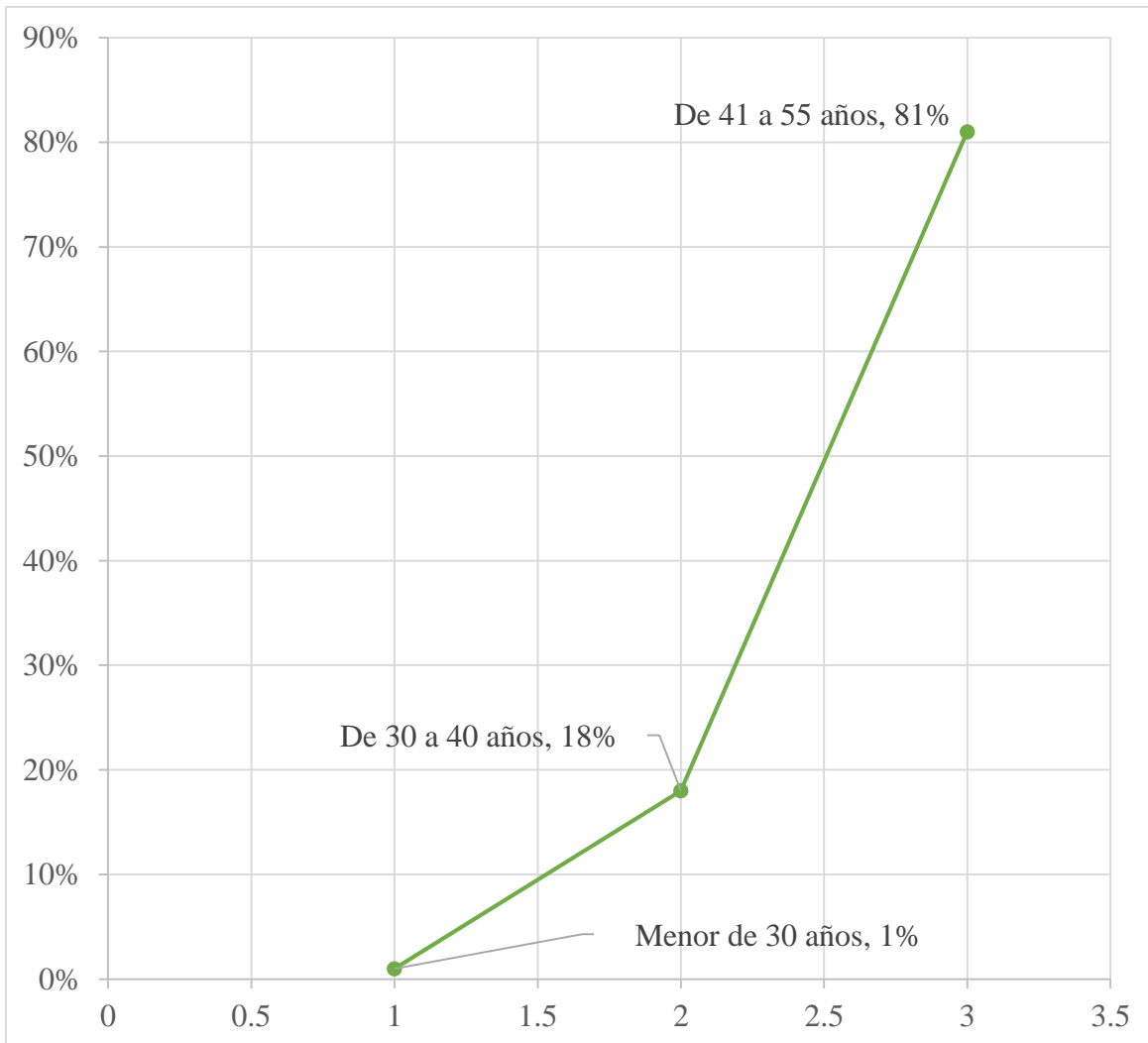
Variable			f	%	
Edad	Edad adulta temprana	Menor de 30 años	2	1%	
		De 30 a 40 años	28	18%	
	Edad adulta intermedia	De 41 a 55 años	126	81%	
Total			156	100%	
Estado civil	Con pareja	Casada	104	67%	
		Conviviente	20	13%	
	Sin pareja	Soltera	24	15%	
		Divorciada	8	5%	
Total			156	100%	
	Título de especialización	Si	22	14%	
		No	134	86%	
	Total			156	100%
	Título de maestría	Si	94	60%	
		No	62	40%	
	Total			156	100%
	Título de doctorado	Si	26	17%	
		No	130	83%	
	Total			156	100%
	Tiempo de docencia	Menos de 2 años	Si	24	15%
De 2 a 5 años		Si	50	32%	
Más de 5 años		Si	82	53%	
Total			156	100%	
Religión	Religión católica	Católica	130	83%	
	Religión cristiana evangélica	Cristiana evangélica	12	8%	
	Otra religión	Otra religión	2	1%	
	Ninguna religión	Ninguna	12	8%	
Total			156	100%	

*Fuente: Encuesta*



Las características sociodemográficas de las docentes y jefes de prácticas - Facultad de Ciencias de la Salud - Universidad Andina del Cusco, semestre 2018 II demuestra que la edad de los docentes y jefes de prácticas va entre 41 a 55 años con 81%, seguido por 30 a 40 años con el 18%; el estado civil es casada en un 67% seguido por el 15% solteras; los títulos obtenidos son de especialidad 14%, título de maestría 60%, título de doctorado 17%; el tiempo de docencia es más de 5 años con el 53%, seguido por el 32% con tiempo entre 2 a 5 años; la religión es católica en el 83% seguido por evangélica el 8% o ninguna también con el 8%.

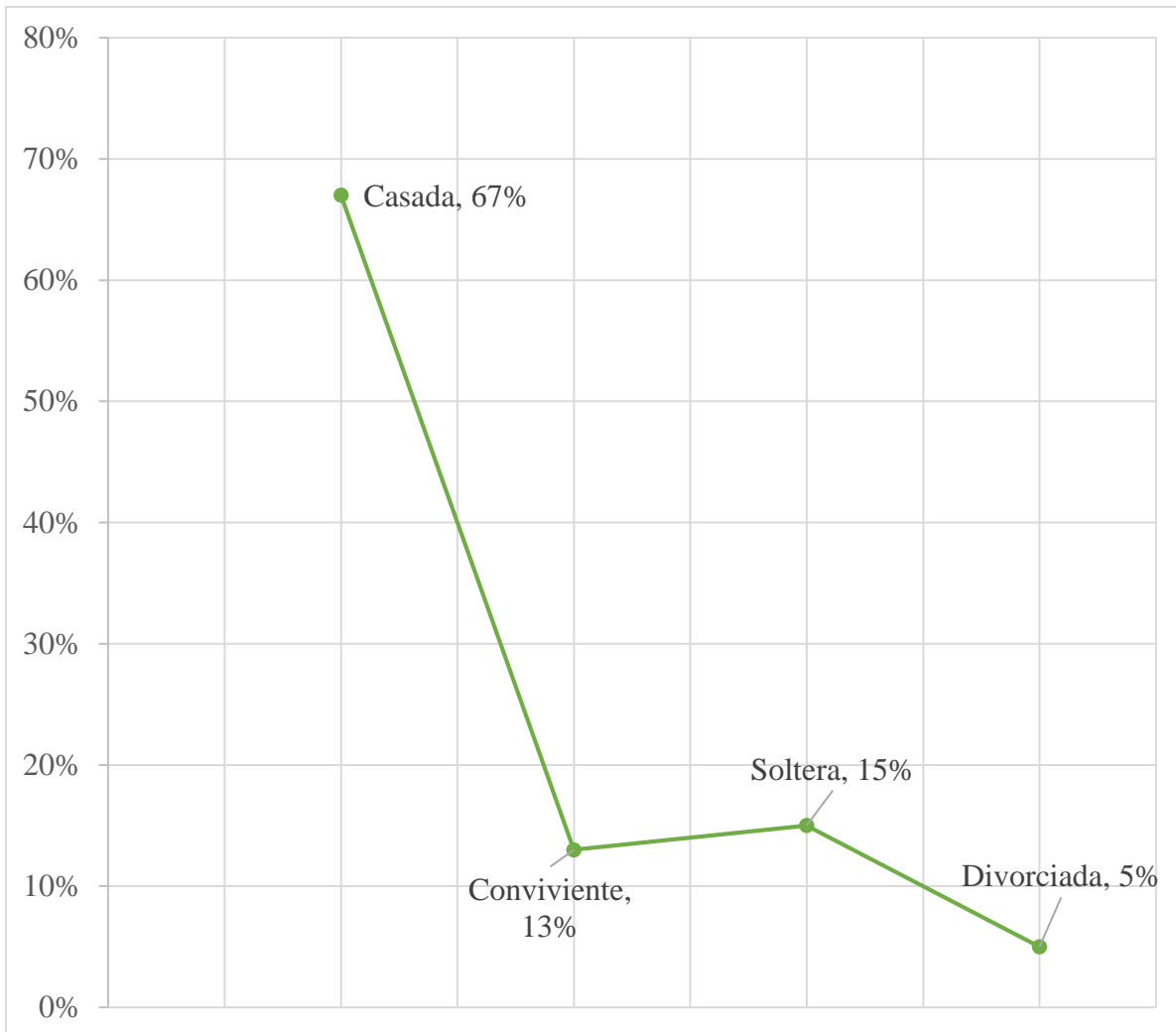
Gráfico 1. Edad de las docentes y jefes de prácticas - Facultad de Ciencias de la Salud -  
Universidad Andina del Cusco, semestre 2018 II.



**Fuente:** Encuesta

La edad de las docentes y jefes de prácticas es de 41 a 55 años en el 53% seguido por el 28% con edades entre 56 a 64 años. En menor porcentaje se encuentran entre 30 a 40 años de edad con el 18% y menor de 30 años 1%.

Gráfico 2. Estado civil de las docentes y jefes de prácticas de la Facultad de Ciencias de la Salud - Universidad Andina del Cusco, semestre 2018 II.

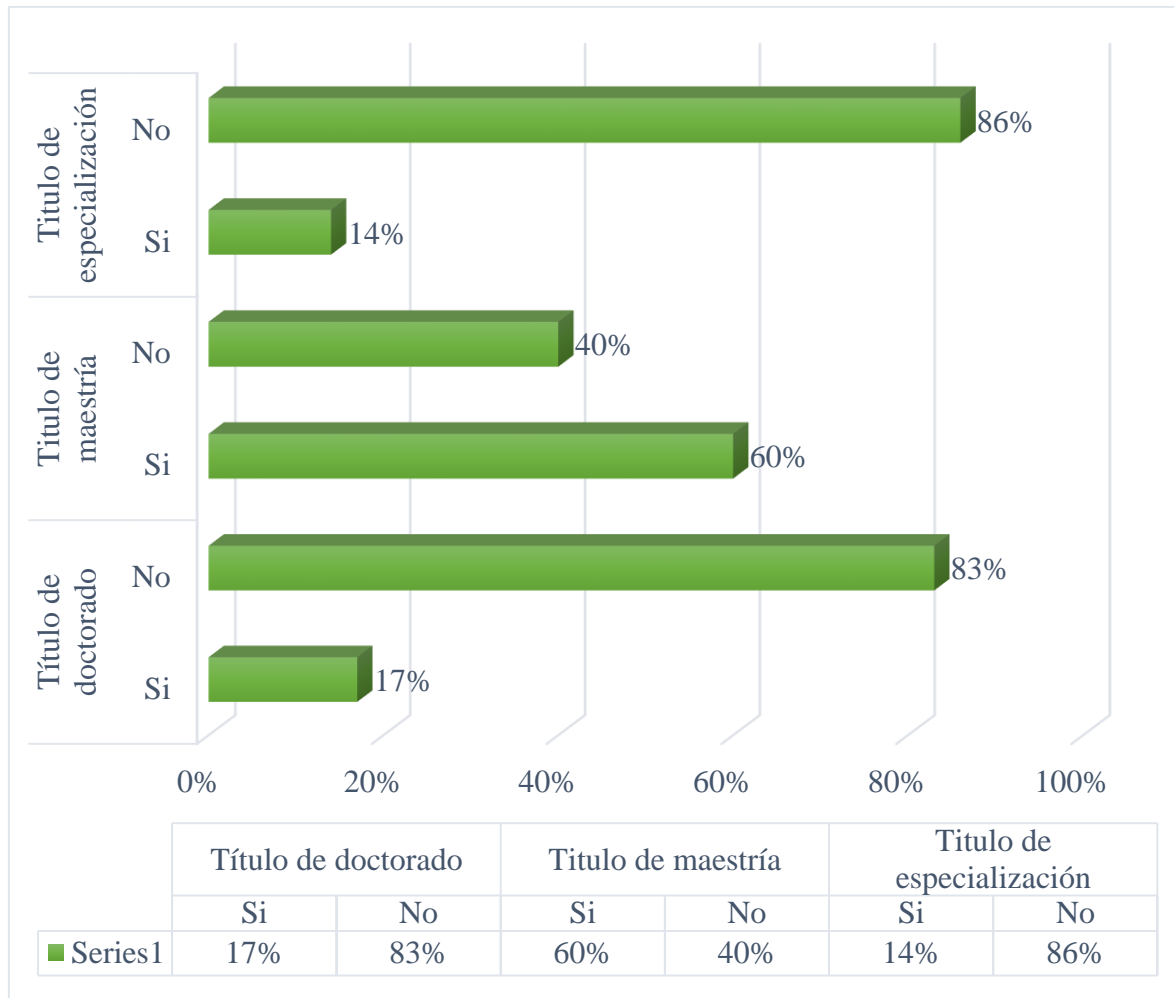


**Fuente:** Encuesta

El estado civil de las docentes y jefes de prácticas es casada en un 67%, el 15% son solteras, conviviente en el 13% y divorciada en el 5%.



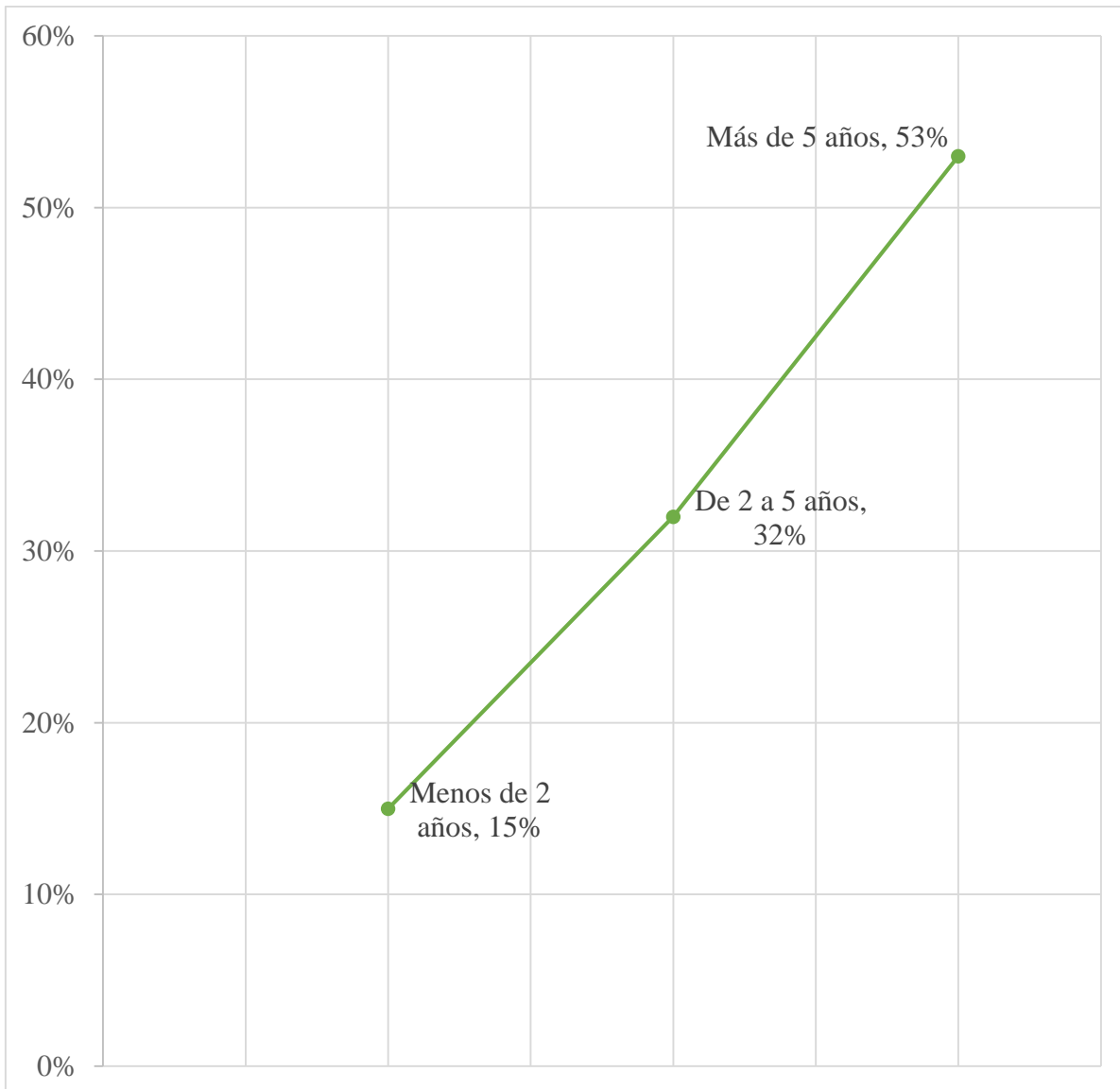
Gráfico 3. Títulos obtenidos de las docentes y jefes de prácticas de la Facultad de Ciencias de la Salud - Universidad Andina del Cusco, semestre 2018 II.



**Fuente:** Encuesta

Los títulos obtenidos de las docentes y jefes de prácticas son 60% con título de maestría, 17% con título de doctorado y 14% con título de especialidad.

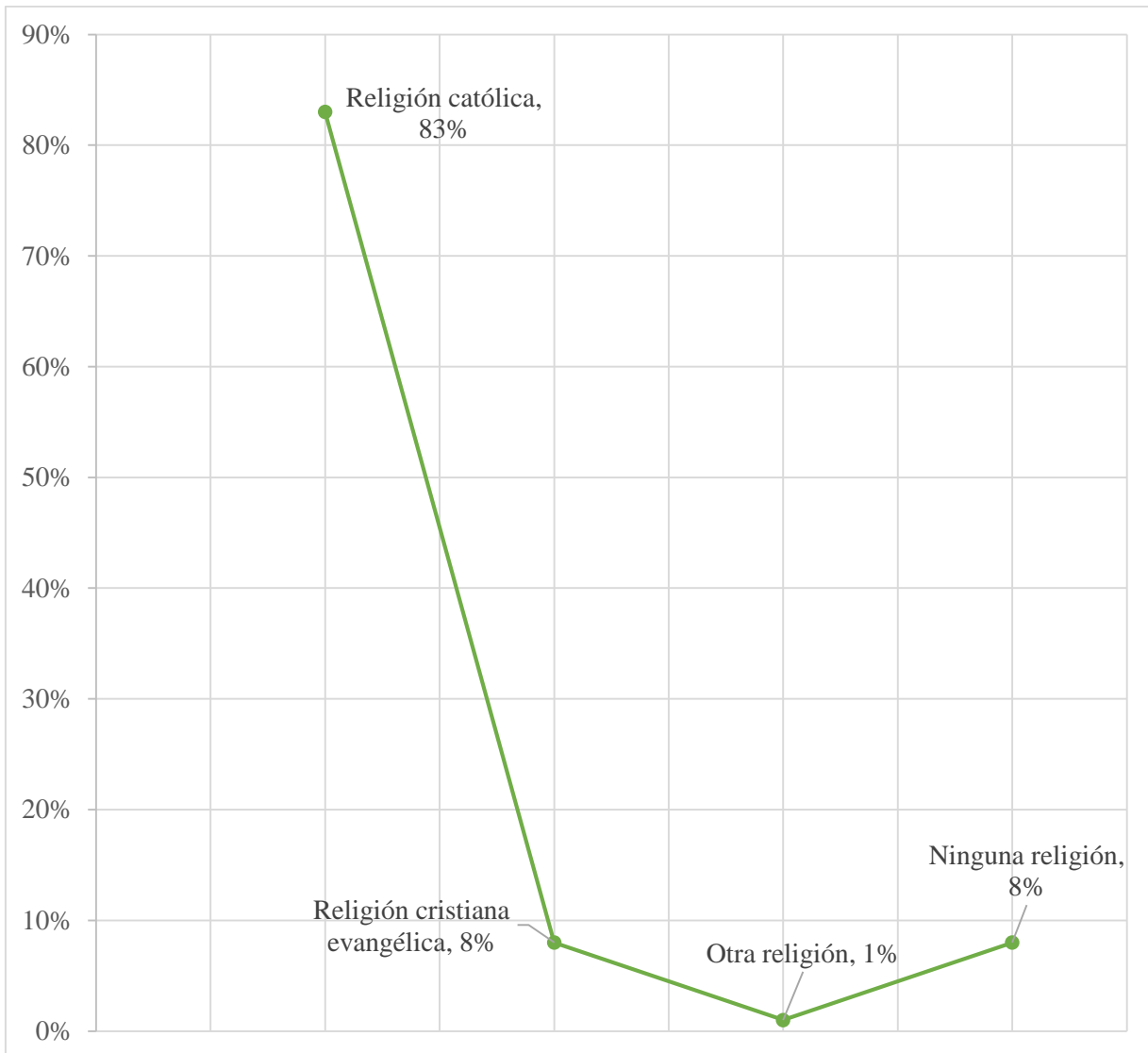
Gráfico 4. Tiempo de docencia de las docentes y jefes de prácticas de la Facultad de Ciencias de la Salud - Universidad Andina del Cusco, semestre 2018 II.



**Fuente:** Encuesta

El tiempo de docencia de las docentes y jefes de prácticas en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Andina del Cusco durante el semestre 2018 II es de 53% como más de 5 años, el 32% de 2 a 5 años y 15% en menos de 2 años.

Gráfico 5. Religión de las docentes y jefes de prácticas de la Facultad de Ciencias de la Salud - Universidad Andina del Cusco, semestre 2018 II.



**Fuente:** Encuesta

La religión de las docentes y jefes de prácticas es de católica en el 83%, cristiana o ninguna en el 8%.

- Características gineco obstétricas las docentes y jefes de prácticas

Tabla 2. Características gineco obstetricas de las docentes y jefes de prácticas de la Facultad de Ciencias de la Salud - Universidad Andina del Cusco, semestre 2018 II

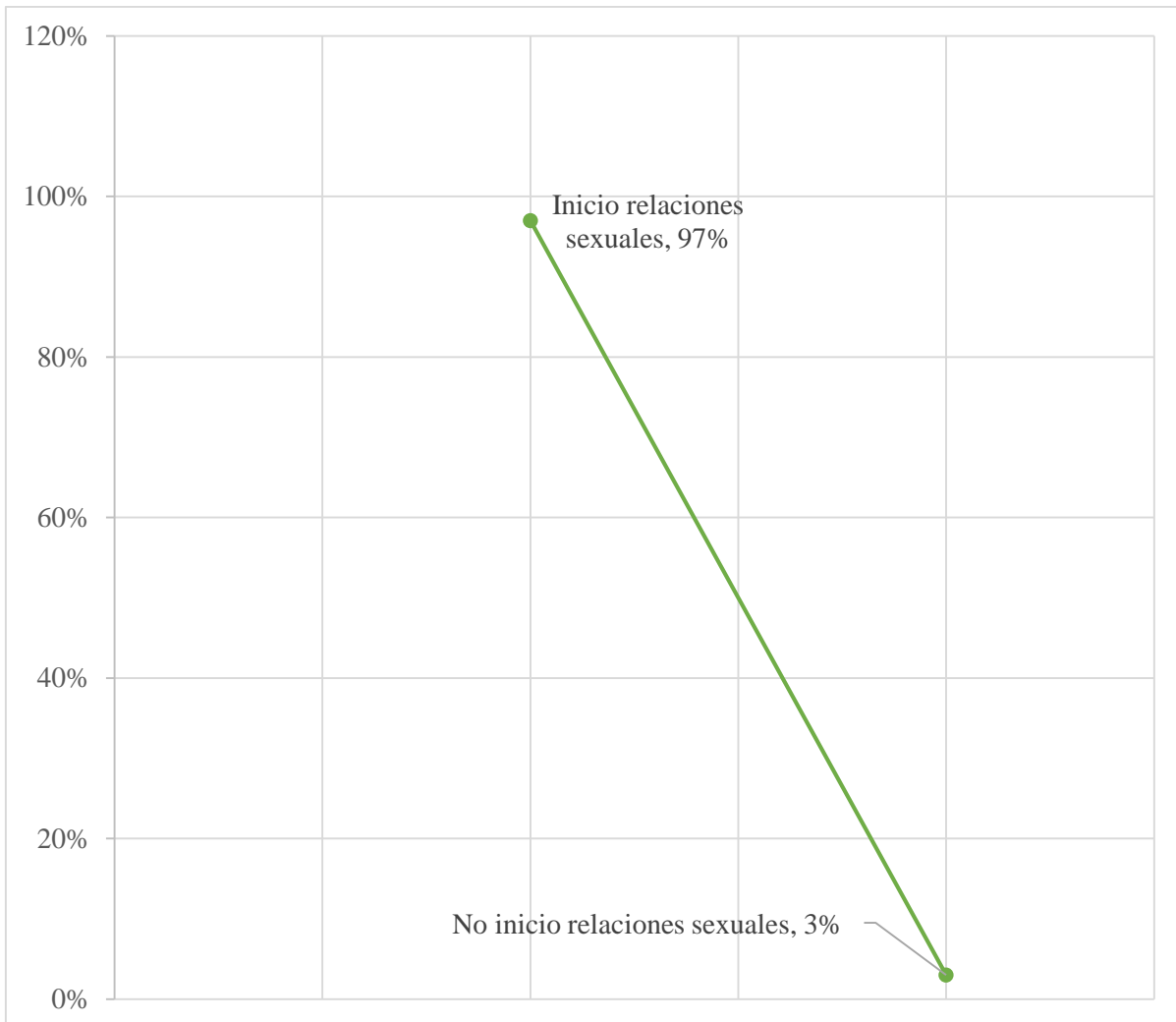
Variable		f	%
Inicio de relaciones sexuales	Si	152	97%
	No	4	3%
Total		156	100%
Edad de inicio de relaciones sexuales	Menor o igual a 15 años	8	5%
	16 a 19 años	134	86%
	Mayor o igual a 20 años	14	9%
Total		156	100%
Numero de compañeros sexuales	Uno	18	12%
	Dos	96	61%
	Más de tres	42	27%
Total		156	100%
Numero de gestaciones	Ninguna gestación	8	5%
	Una gestación	38	24%
	Dos gestaciones	92	59%
	De tres a más gestaciones	18	12%
Total		156	100%
Edad del primer parto	Ningún parto	8	5%
	Menos de 18 años	2	1%
	19 a 34 años	142	91%
	De 35 a más años	4	3%
Total		156	100%
Uso prolongado de pastillas anticonceptivas	Más de 5 años	22	14%
	Menos de 5 años	134	86%
Total		156	100%
Uso de preservativo durante las relaciones coitales	Nunca	8	5%
	En ocasiones	132	85%
	Siempre	16	10%
Total		156	100%

*Fuente: Encuesta*



Las características gineco obstétricas de las docentes y jefes de prácticas de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Andina del Cusco en el semestre 2018 II es en 97% quienes iniciaron sus relaciones sexuales, el 86% inicio sus relaciones sexuales entre los 16 a 19 años; el número de compañeros sexuales es dos en el 61%, seguido por el 27% más de tres; el número de gestaciones es 59% como segundigestas, la edad del primer parto en el caso de las pacientes que ya lo tuvieron fue 91% entre 19 a 34 años, el uso prolongado de pastillas anticonceptivos es de 14%, el uso de preservativo durante las relaciones coitales es en ocasiones con el 85%, siempre en el 10% y nunca en el 5%.

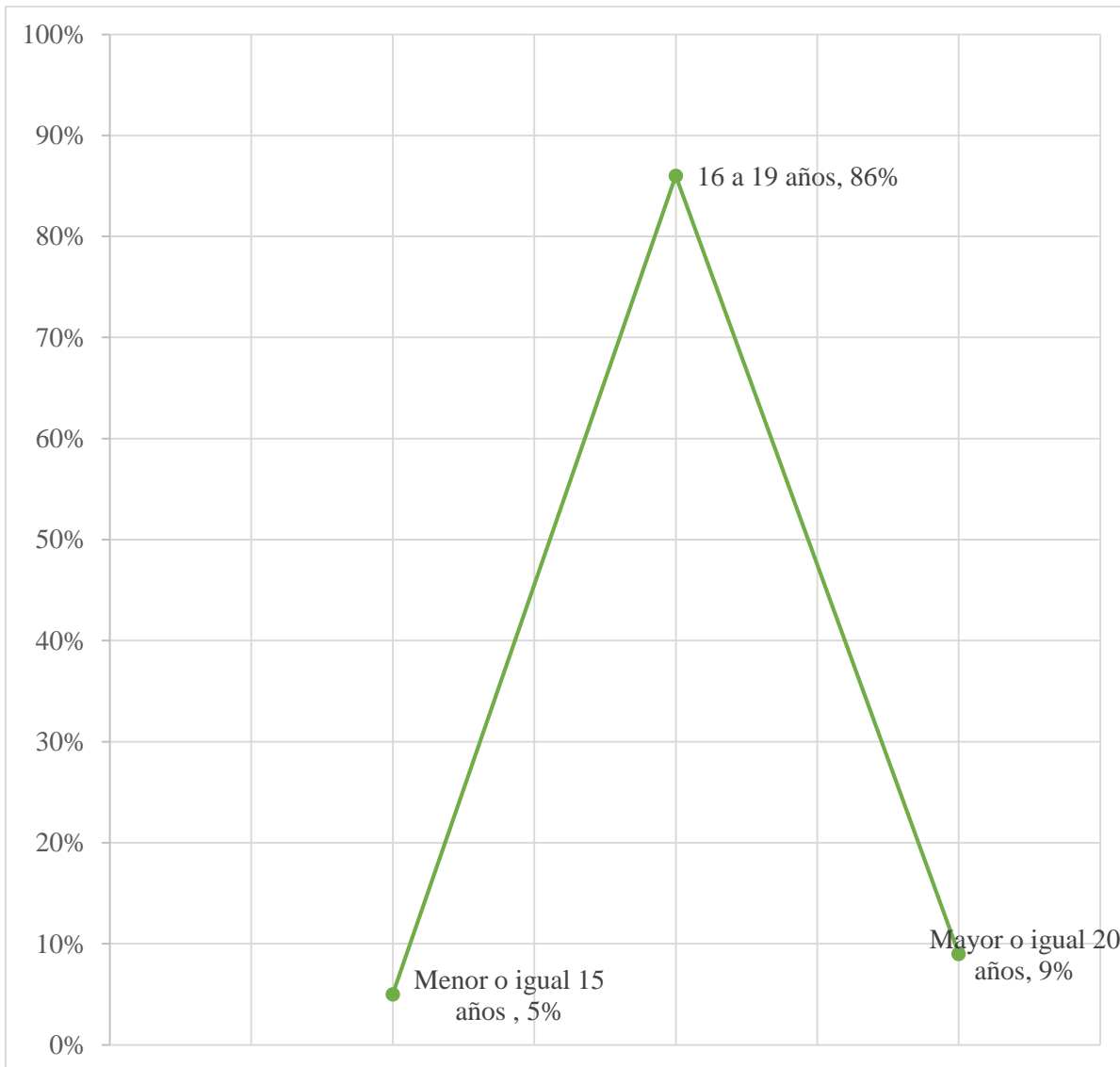
Gráfico 6. Inicio de relaciones sexuales en docentes y jefes de prácticas de la Facultad de Ciencias de la Salud - Universidad Andina del Cusco, semestre 2018 II.



**Fuente:** Encuesta

El inicio de relaciones sexuales en docentes y jefes de prácticas fue en el 97%, el 3% refirió que no aun no inicio sus relaciones sexuales.

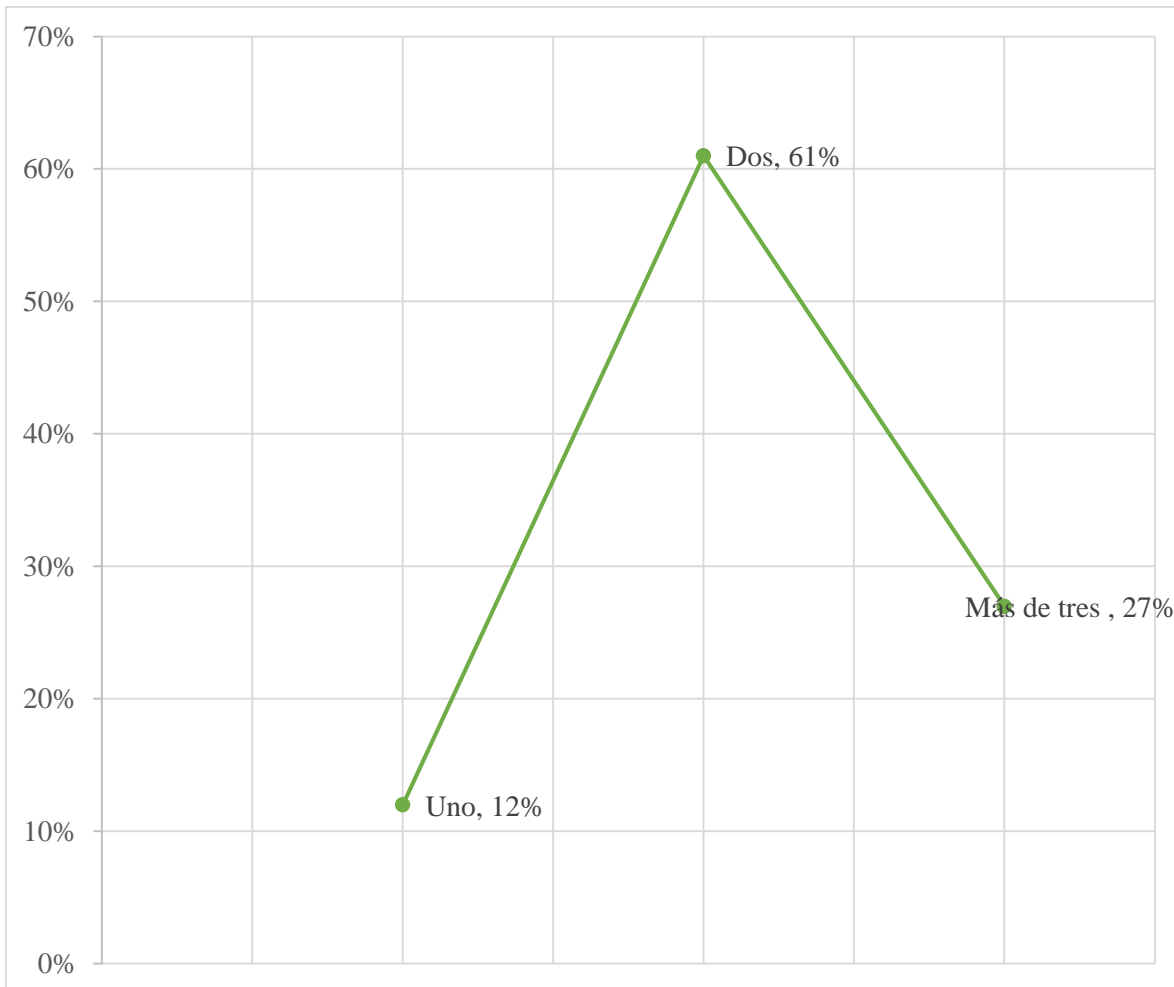
Gráfico 7. Edad de inicio de relaciones sexuales en docentes y jefes de prácticas de la Facultad de Ciencias de la Salud - Universidad Andina del Cusco, semestre 2018 II.



**Fuente:** Encuesta

La edad de inicio de las relaciones sexuales es entre 16 a 19 años con el 86%, seguido por el 9% con mayor o igual a 20 años y menor o igual a 15 años con el 5%.

Gráfico 8. Número de compañeros sexuales en docentes y jefes de prácticas de la Facultad de Ciencias de la Salud - Universidad Andina del Cusco, semestre 2018 II.

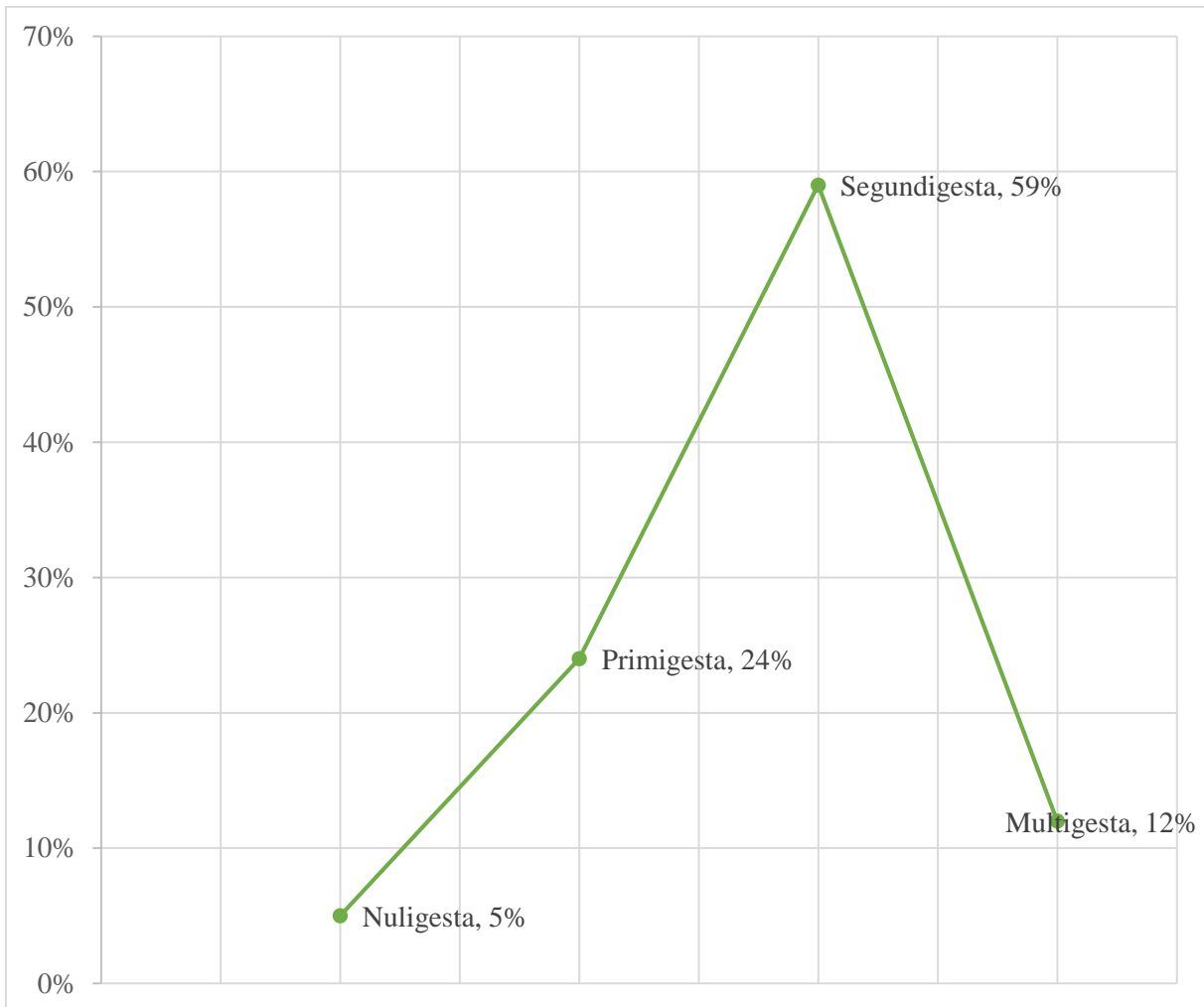


**Fuente:** Encuesta

El número de compañeros sexuales en docentes y jefes de prácticas de la Facultad de Ciencias de la Salud es de 61% como dos, el 27% como más de tres y 12% como uno.



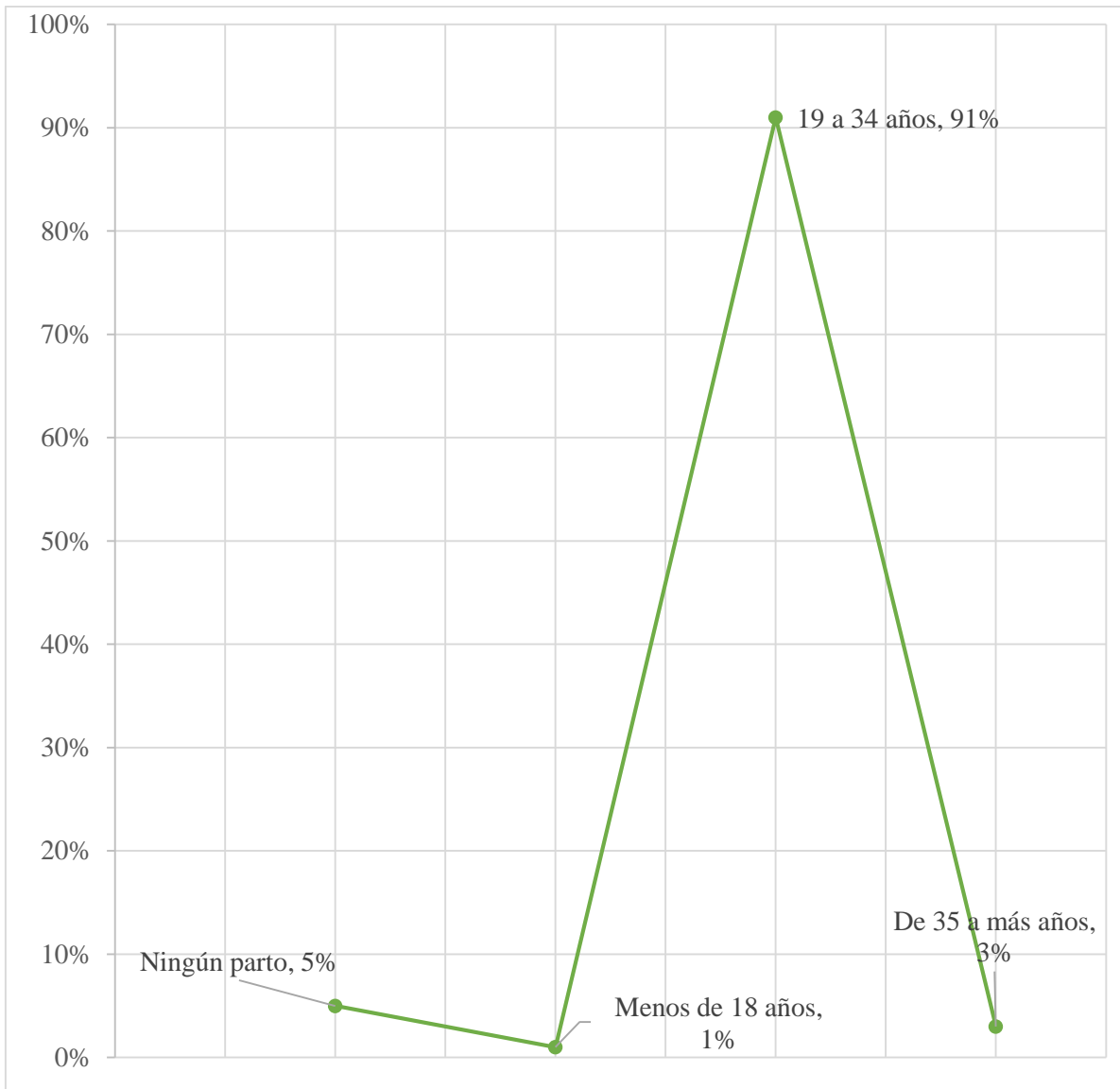
Gráfico 9. Número de gestaciones en docentes y jefes de prácticas de la Facultad de Ciencias de la Salud - Universidad Andina del Cusco, semestre 2018 II.



**Fuente:** Encuesta

El número de gestaciones en docentes y jefes de prácticas es de segundigestas en el 59%, el 24% como primigestas, 12% como multigestas y nuligestas con el 5%.

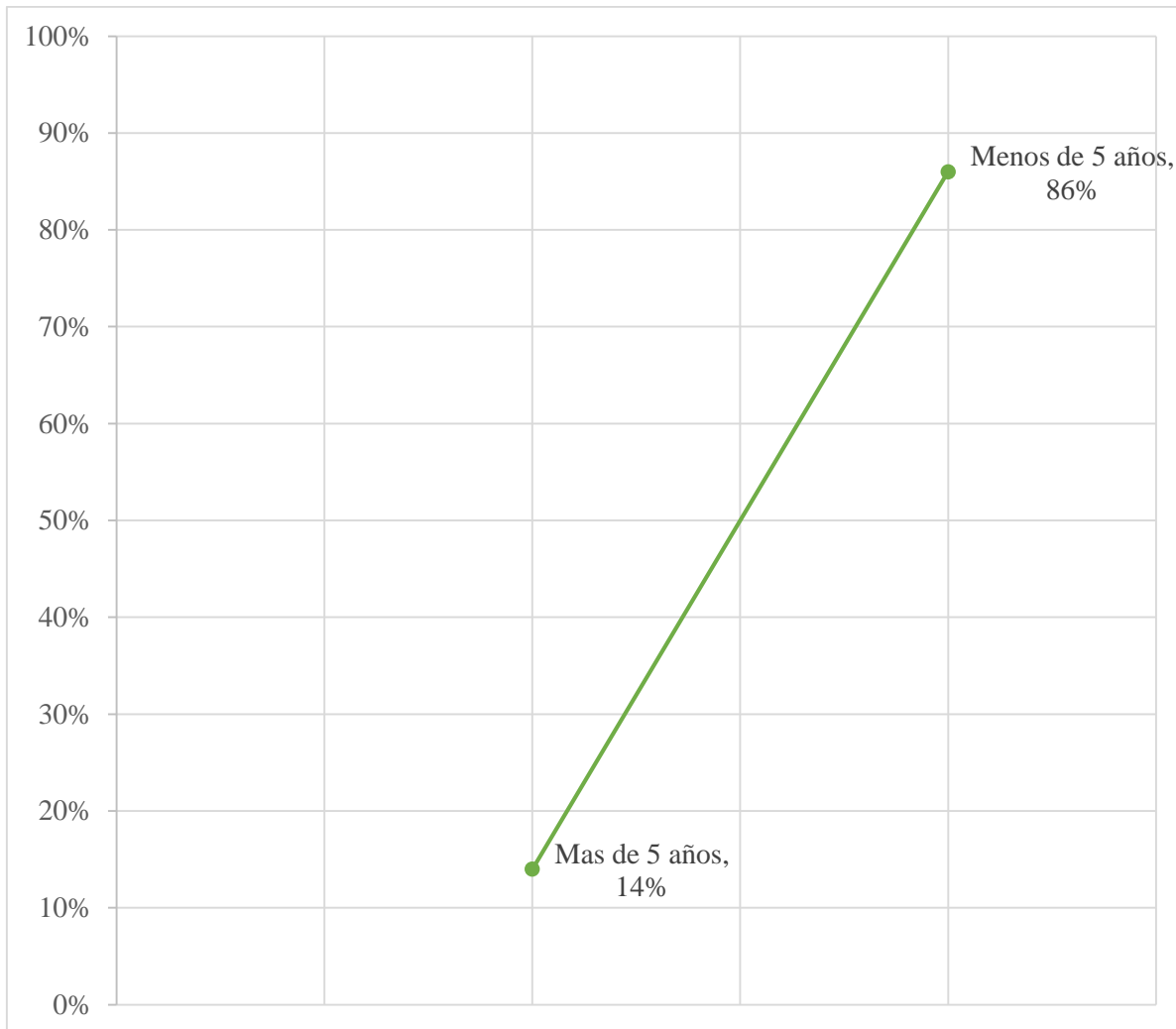
Gráfico 10. Edad del primer parto en docentes y jefes de prácticas de la Facultad de Ciencias de la Salud - Universidad Andina del Cusco, semestre 2018 II.



**Fuente:** Encuesta

La edad del primer parto en docentes y jefes de prácticas es entre 19 a 34 años con el 91%, seguido por el 5% como ningún parto, 3% con más de 35 años y 1% como menor de 18 años.

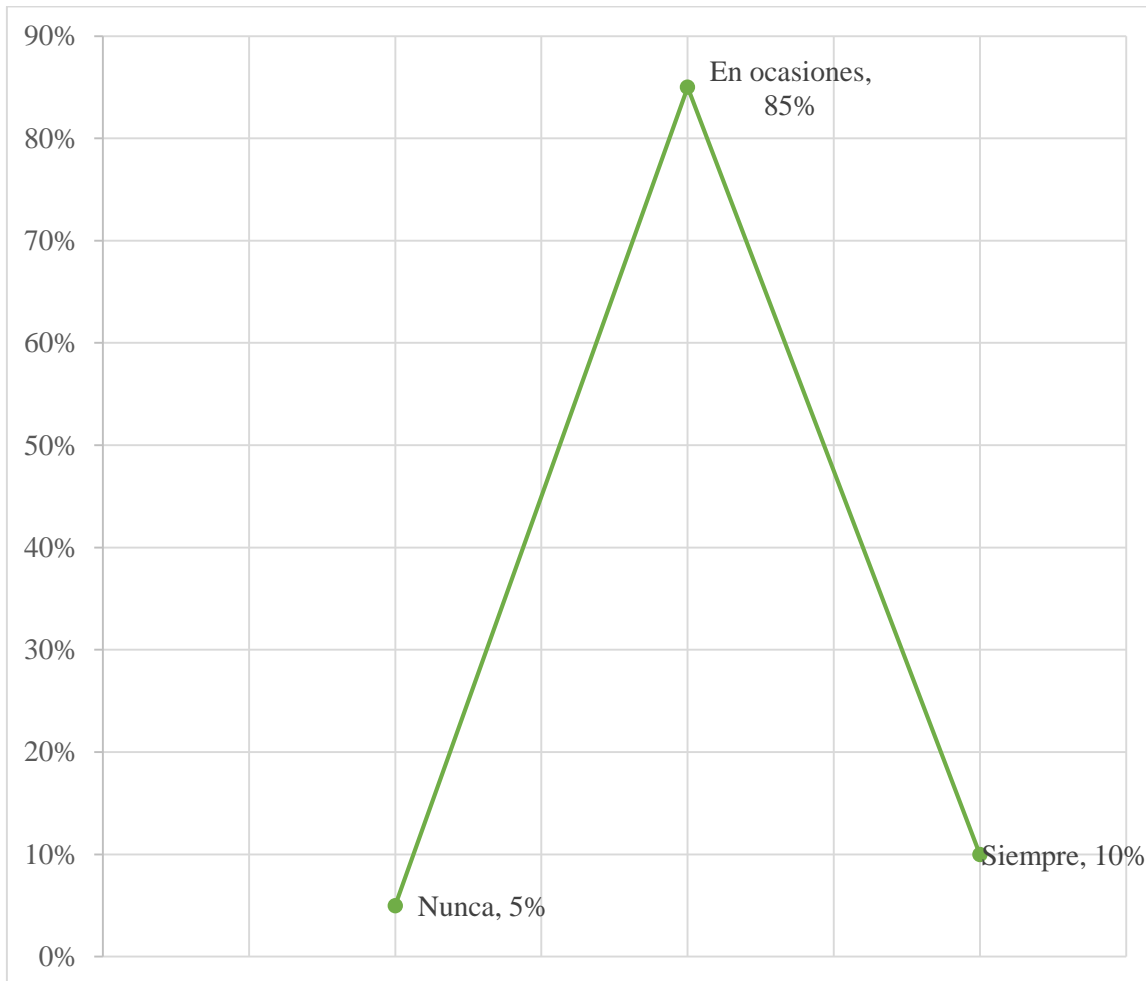
Gráfico 11. Uso prolongado de pastillas anticonceptivas en docentes y jefes de prácticas de la Facultad de Ciencias de la Salud - Universidad Andina del Cusco, semestre 2018 II.



**Fuente:** Encuesta

El uso prolongado de anticonceptivos orales en docentes y jefes de prácticas se presenta en el 14%, sin embargo el 86% refirió que no tuvo uso prolongado de pastillas

Gráfico 12. Uso de preservativo durante las relaciones coitales en docentes y jefes de prácticas de la Facultad de Ciencias de la Salud - Universidad Andina del Cusco, semestre 2018 II.



**Fuente:** Encuesta

El uso de preservativos durante las relaciones coitales en docentes y jefes de prácticas es en el 85% como ocasiones, 10% siempre y 5% nunca.

- Prácticas de prevención primaria de cáncer de cuello uterino

Tabla 3. Prácticas de prevención primaria de cáncer de cuello uterino en docentes y jefes de prácticas de la Facultad de Ciencias de la Salud - Universidad Andina del Cusco

Variable		f	%
conocimientos sobre el virus del papiloma humano	Si	156	100%
	No	0	0%
Total		156	100%
Conocimiento de contagio del papiloma humano	Si	144	92%
	No	12	8%
Total		156	100%
Conocimiento de riesgo asociado al VPH	Si	140	90%
	No	16	10%
Total		156	100%
Percepción de riesgo de contagio del VPH	Si	148	95%
	No	8	5%
Total		156	100%

**Fuente:** Encuesta

Las prácticas de prevención primaria de cáncer de cuello uterino se manifiestan en un 100% cuando se le interrogo si escucharon sobre el virus del papiloma humano alguna vez, el 92% tiene conocimiento de contagio del papiloma humano, el 90% refiere tener conocimiento de riesgo asociado al virus del papiloma humano y el 95% refirió tener la percepción de riesgo de contagio del virus del papiloma humano.

- Prácticas de prevención secundaria de cáncer de cuello uterino

Tabla 4. Prácticas de prevención secundaria de cáncer de cuello uterino en docentes y jefes de prácticas de la Facultad de Ciencias de la Salud - Universidad Andina del Cusco, semestre 2018 II.

Variable		f	%	
Prueba de papanicolaou	Realización de la prueba de papanicolaou	Si	144	92%
		No	12	8%
Total		156	100%	
Toma de la prueba de papanicolaou	Frecuencia de la toma de muestra de papanicolaou	Cada seis meses	4	3%
		Cada año	62	40%
		Cada dos o tres años	78	50%
		No se realizo	12	7%
Total		156	100%	
Última prueba de papanicolaou	Realización de la última prueba de papanicolaou	Hace 1 año	88	56%
		Más de un año	68	44%
Total		156	100%	
Resultado del papanicolaou	Conocimiento del resultado de su papanicolaou	Si	74	47%
		No	82	53%
Total		156	100%	

**Fuente:** Encuesta

Las prácticas de prevención secundaria de cáncer de cuello uterino son en 92% como las docentes y jefes de prácticas que se realizaron la prueba de papanicolaou, el 50% lo realizó con una frecuencia de cada dos a tres años, el 56% realizo la última prueba de papanicolaou hace un año y el 53% tuvo conocimiento de los resultados.



## Discusión

Las características sociodemográficas de las docentes y jefes de prácticas de la Facultad de Ciencias de la Salud - Universidad Andina del Cusco, semestre 2018 II son edad entre 41 a 55 años (53%), de 56 a 64 años (28%) y en menor porcentaje menores de 30 años con 1%; el estudio de Llamara M. en Prácticas para prevenir cáncer cérvico uterino en mujeres de Metamoros, Tamaulpas México.2012 quien concluye que el promedio de la edad de la población en estudio es de 36 a 39 años. En la presente investigación el estado civil es de 67% como casadas; el título obtenido es en un 100% título universitario, 14% con título de especialización, 60% con título de maestría, 17% con título de doctorado; el tiempo de docencia es de 53% más de 5 años; la religión es de 83% católica. El estudio del Centro de Estudios de Estado y Sociedad de Argentina Cáncer Cervical en Prácticas de prevención del cáncer cérvico uterino en usuarias del C. S. Leonor Saavedra. San Juan de Miraflores. Argentina 2012, concluyo que el perfil de esas mujeres es de bajo nivel educativo, casadas y sus edades son extremas.

Las características gineco obstetricas las docentes y jefes de prácticas de la Facultad de Ciencias de la Salud - Universidad Andina del Cusco, semestre 2018 II, muestra que el inicio de las relaciones sexuales fue en el 97%; la edad de inicio de relaciones sexuales fue entre 16 a 19 años con el 86%; el número de compañeros sexuales es de 61% como dos y en el 27% más de tres; el número de gestaciones fue como segundigestas en el 59%; la edad del primer parto fue entre 19 a 34 años en el 91%; el uso prolongado de pastillas



anticonceptivas es de 14%, el uso de preservativo durante las relaciones coitales fue en 85% en ocasiones. El estudio del Centro de Estudios de Estado y Sociedad de Argentina Cáncer Cervical en Prácticas de prevención del cáncer cérvico uterino en usuarias del C. S. Leonor Saavedra. San Juan de Miraflores. Argentina 2012, concluyo que las más jóvenes no concurren a la atención ginecológica después del inicio de las relaciones sexuales y las de mayor edad han discontinuado o bien nunca han iniciado la atención de sus salud ginecológica.

Las prácticas de prevención primaria de cáncer de cuello uterino en docentes y jefes de prácticas de la Facultad de Ciencias de la Salud - Universidad Andina del Cusco, semestre 2018 II fue como escuchar sobre el virus del papiloma humano con el 100%, el conocimiento de contagio del papiloma humano es de 92%, el conocimiento de riesgo asociado al VPH con el 90%, la percepción de riesgo de contagio del VPH es de 95%. El estudio de Castro M. Nivel de conocimiento sobre cáncer cervical e y el Papanicolaou en relación al temor, estrés o vergüenza al tamizaje: estudio transversal en una comunidad pobre. Montupe Perú 2010 concluye que existe un bajo o regular conocimiento sobre Papanicolaou o el cáncer de cérvix, la percepción que tienen respecto al contagio del VPH es más del 80.

Las prácticas de prevención secundaria de cáncer de cuello uterino en docentes y jefes de prácticas de la Facultad de Ciencias de la Salud - Universidad Andina del Cusco, semestre 2018 II son realización de la prueba de papanicolaou en el 92%, la frecuencia de la toma de muestra de papanicolaou es de 50% cada dos o tres años y cada año con el 40%; la realización de la última prueba de papanicolaou fue de hace un año en el 56%; el





conocimiento del resultado de su papnicolalou fue en el 47%. El estudio Castro M. Nivel de conocimiento sobre cáncer cervical e y el Papanicolaou en relación al temor, estrés o vergüenza al tamizaje: estudio transversal en una comunidad pobre. Montupe Perú 2010 concluye que 20% nunca se lo había realizado.



## Conclusiones

- Las características sociodemográficas de las docentes y jefes de prácticas de la Facultad de Ciencias de la Salud - Universidad Andina del Cusco, semestre 2018 II son edad entre 41 a 55 años (53%), de 56 a 64 años (28%) y en menor porcentaje menores de 30 años con 1%; el estado civil es de 67% como casadas; el título obtenido es en 14% con título de especialización, 60% con título de maestría, 17% con título de doctorado; el tiempo de docencia es de 53% más de 5 años; la religión es de 83% católica.
- Las características gineco obstétricas las docentes y jefes de prácticas de la Facultad de Ciencias de la Salud - Universidad Andina del Cusco, semestre 2018 II, muestra que el inicio de las relaciones sexuales fue en el 97%; la edad de inicio de relaciones sexuales fue entre 16 a 19 años con el 86%; el número de compañeros sexuales es de 61% como dos y en el 27% más de tres; el número de gestaciones fue como segundigestas en el 59%; la edad del primer parto fue entre 19 a 34 años en el 91%; el uso prolongado de pastillas anticonceptivas es de 86%, el uso de preservativo durante las relaciones coitales fue en 85%.
- Las prácticas de prevención primaria de cáncer de cuello uterino en docentes y jefes de prácticas de la Facultad de Ciencias de la Salud - Universidad Andina del Cusco, semestre 2018 II escucharon hablar sobre el virus del papiloma humano el 100%, tienen conocimiento sobre el contagio del virus de papiloma humano el 92%, tienen



conocimiento sobre el riesgo asociado al virus del papiloma humano el 90%, y sobre la percepción de riesgo de contagio del virus del papiloma humano es de 95%.

- Las prácticas de prevención secundaria de cáncer de cuello uterino en docentes y jefes de prácticas de la Facultad de Ciencias de la Salud - Universidad Andina del Cusco, semestre 2018 II son realización de la prueba de Papanicolaou en el 92%, la frecuencia de la toma de muestra de Papanicolaou es de 50% cada dos o tres años y cada año con el 40%; la realización de la última prueba de Papanicolaou fue de hace un año en el 56%; el conocimiento del resultado de su Papanicolaou fue en el 47%.



## Recomendaciones

Se debe desarrollar actividades preventivo promocionales sobre el cáncer cérvico uterino, de manera organizada, con herramientas adecuadas, mensajes claros y materiales de apoyo indispensables, adaptándolas a las circunstancias y características personales de las usuarias, encaminadas a obtener una conducta final deseada: realización de la prueba de Papanicolaou temprana, periódica, oportuna y con conocimiento de los resultados.

Concientizar y estimular a todo el personal docente y jefe de prácticas, en el interés por la realización de la prueba de Papanicolaou mediante incentivos y también se sugiere que la prueba de Papanicolaou sea un requisito para su contratación.

Se recomienda dar a conocer los resultados a la clínica preventiva “Qhali runa” para poder formar la base de datos en cuanto a prevención de cáncer cervico uterino y así poder realizar investigaciones a futuro en la universidad Andina del Cusco.

Se recomienda que las docentes y jefes de prácticas se realicen pruebas de diagnóstico de cáncer de cuello uterino “Papanicolaou” y así mismo tengan conocimiento de sus resultados.



## Referencias Bibliográficas

1. Organización Panamericana de la Salud. Cáncer cérvico uterino: magnitud del problema: Fundamentos en Planificación de programas apropiados para la prevención del Cáncer Cervico uterino 3ra Edición. Washington. 2012. [citado 09 de julio del 2018]. Disponible en ; <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/PAHO-Planning-Appropriate-CC-Prevention-2000-Spa.pdf>
2. Comunicaciones. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. cáncer ocasiona 450 mil muertes en Latinoamérica. Entrevista: Cadena norteamericana CNN. 2010. [citado 09 de julio del 2018]. Disponible en ; <https://www.connuestroperu.com/ciencia-y-tecnologia/salud/60223-en-latinoamerica-el-cancer-es-la-segunda-causa-de-muerte-por-enfermedad>
3. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Estadísticas de salud mortalidad por neoplasias malignas. Perú. 2012. [citado 09 de julio del 2018]. Disponible en ; [https://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis\\_cancer.pdf](https://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis_cancer.pdf)
4. Organización Panamericana de la Salud. Oficina regional de la Organización Mundial de la Salud. Hoja Informativa Programa mujer salud y desarrollo. Año 2012. [citado 09 de julio del 2018]. Disponible en ; [https://www.paho.org/cor/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=publicaciones&alias=254-salud-en-las-americanas-2002-vol-1&Itemid=222](https://www.paho.org/cor/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones&alias=254-salud-en-las-americanas-2002-vol-1&Itemid=222)
5. Organización Panamericana de la Salud. Lewis, Merle J. Análisis de la situación de cáncer de cérvico uterino en América Latina y el Caribe Washington. 2012 [citado



- 10 de julio del 2018]. Disponible en ;  
<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000955cnt-2017-04-21-presentacion-avances-y-resultador-periodo-2012-15.pdf>
6. Coalición Multisectorial “Perú Contra el Cáncer”. Plan Nacional para el fortalecimiento de la prevención y control del cáncer en el Perú. Diciembre 2014. [citado 10 de julio del 2018]. Disponible en ;  
[https://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/normas\\_tecnicas/2006/25052012\\_P\\_LAN\\_NAC\\_PREV\\_CONTROL\\_CA.pdf](https://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/normas_tecnicas/2006/25052012_P_LAN_NAC_PREV_CONTROL_CA.pdf)
7. Llamara M. Prácticas para prevenir cáncer cérvico uterino en mujeres de Metamoros, Tamaulpas México.2012. [citado 10 de julio del 2018]. Disponible en ;  
<http://eprints.uanl.mx/5407/1/1020149340.PDF>
8. Pardo T. “Prácticas, conocimientos y actitudes sobre la prueba de Papanicolaou en profesores del Colegio Nacional de la Capital Grnal Bernardino Caballero”. Paraguay 2014. [citado 11 de julio del 2018]. Disponible en ;  
<http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v6n2/v6n2a08.pdf>
9. Soza N. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el Papanicolaou entre pacientes ingresadas al servicio de ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense en los meses de septiembre, octubre y noviembre del año 2006. Nicaragua 2006. [citado 11 de julio del 2018]. Disponible en ;  
<http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/retrieve/6117>
10. Centro de Estudios de Estado y Sociedad de Argentina Cáncer Cervical: Prácticas de prevención del cáncer cérvico uterino en usuarias del C. S. Leonor Saavedra. San Juan de Miraflores. Argentina 2011. citado [11 de julio del 2018). Disponible en ;  
<http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibVirtualData/Tesis%20para%20marcaci%C3%B3n3>



[%20\(para%20Inform%C3%A1tica\)/2011/palma\\_fj/borrador/original/UNMSM%20  
TESIS%20JENNY%20PALMA.doc](#)

11. Cardozo J. Conocimientos, actitudes y prácticas respecto al Cáncer de Cuello Uterino en el municipio de Sucre, Bolivia 2015. [ citado 11 de julio del 2018]  
Disponible en ; <http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v5n2/a02v5n2.pdf>
12. Castro M. Nivel de conocimiento sobre cáncer cervical e y el Papanicolaou en relación al temor, estrés o vergüenza al tamizaje: estudio transversal en una comunidad pobre. Montupe Perú 2010 [citado 12 de julio del 2018]. Disponible ; <http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/401>
13. Bazán F. Hospital Docente Madre Nino San Bartolomé Lima. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou. Lima 2015. [ citado 12 de julio del 2018. Disponible en ; <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v68n1/a06v68n1>
14. Gestión médica. Enfrentaran preocupante avance del cáncer con Plan Nacional de Control. En Gestión Medica, periódico para los Profesionales de la Salud. 4ta Edición. Semana del 5 al 11 de Setiembre. Lima Perú. 2010. [ citado 12 de julio del 2018]. Disponible en ; <https://www.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf>
15. Bosch, F. Lorinz, A. Muñoz, N. Meijer, C. Shah, K. La relación causal entre el virus del papiloma humano y el cáncer de cuello uterino 2002. [ citado 12 de julio del 2018]. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rhog/v77n4/art14.pdf>
16. Ferlay, J. Shin, H. Bray, F. Forman, D. Mathers, C. Parkin, D. Cáncer de cuello uterino, evaluación a nivel mundial 2008: GLOBOCAM 2008. [ citado 12 de julio del 2018] .Disponible en : [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192012000100007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192012000100007)



17. Gutiérrez, M. Alarcón, E. Nivel de pobreza asociado al estadio de gravedad del cáncer ginecológico 2012. [ citado 18 de julio del 2018]. Disponible en : [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832008000400004](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832008000400004)
18. Castro H. Cobertura de la Citología de Cuello Uterino y Factores Relacionados Perú 2012 [ citado 18 de julio del 2018] Disponible en: [http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2087/3/cosser\\_me.pdf](http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2087/3/cosser_me.pdf)
19. Revista Americana de Obstetricia y Ginecología Diez años después del tratamiento criquirúrgico de la neoplasia intraepitelial cervical. 2010 [ citado 18 de julio del 2018] disponible en ; <http://files.sld.cu/cimeq/files/2010/05/evaluacion-de-tres-metodos-de-tratamiento-conservador-de-la-neoplasia-intraepitelial-cervical.pdf>
20. Gutiérrez K. Tratamiento de la displasia del cáncer en los países en desarrollo: Un análisis de la situación. Argentina 2015. [ citado 18 de julio del 2018] Disponible en: <http://rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/volumen15/20-25.pdf>
21. Vivas, M. División de Enfermedades No-transmisibles/programa de cáncer cervical uterino de la OPS/OMS 2014. [ citado 18 de julio del 2018] .Disponible en : <http://www.redalyc.org/pdf/2031/203132677006.pdf>
22. Muñoz, N. Bosch, F. Sanjose, S. Herrero, S. Herrero, R. Clasificación de los tipos de virus del papiloma humano asociados con el cáncer de cuello uterino. 2010. [citado 20 de julio 2018]. Disponible en; [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342007000300011](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342007000300011)





23. Pinares, M. Revista de Salud Pública cobertura de la citología de cuello uterino y factores relacionados en Latinoamérica 2012. [citado 20 de julio del 2018].  
Disponibile en; <file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/112-4165-1-PB.pdf>
24. Schwarz, E. Freese, U. Gissmann, L. Mayer, W. Estructura y transcripción de secuencias de papilomavirus humano en células de carcinoma cervical. [citado 20 de julio del 2018]. Disponible en:  
<https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/4610/msci1de1.pdf>
25. Clifford, G. Smith, J. Plummer, M. Munoz, N. Franceschi, S. Tipos de papilomavirus en el cáncer cervical invasivo en todo el mundo: un meta-análisis España 2010. [citado 20 de julio del 2018]. Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2010000200009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000200009)
26. Smith, J. Lindsay, L. Hoots, B. Keys, J. Franceschi, S. Winer, R. Distribución de tipo papilomavirus en cáncer cervical invasivo y cáncer cervical de alto grado Lesiones: una actualización de metanálisis EEUU 2012. [citado el 20 de julio del 2018]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2010000200009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000200009)
27. Solomon D. Davey D. Kurman R. Moriarty A. O'Connor D. Prey M. Terminología para reportar los resultados de la citología cervical Chicago EEUU 2012 [citado 25 de julio del 2018]. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2005/pdf/Vol73-3-2005-7.pdf>
28. Mongrut Steane Andrés. Tratado de Ginecología 4ta Edición Peru, 2012 Pags. 303-314.
29. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Departamento de la Salud y Prevención del Cáncer. El Cáncer como problema de salud pública. Lima Perú



2014. [citado 25 de julio del 2018]. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342013000100001](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000100001)
30. Organización Mundial de la Salud. Control integral del cáncer cervico uterino: guías prácticas esenciales. Suiza 2010. [citado 25 de julio del 2018]. Disponible en:  
[http://www.rho.org/files/WHO\\_CC\\_control\\_sp\\_2010.pdf](http://www.rho.org/files/WHO_CC_control_sp_2010.pdf)
31. Ministerio de Salud. Guías Nacionales de Atención integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Modulo I: Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Lima Perú 2010. [citado 25 de julio del 2018]. Disponible en:  
[http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/63\\_guiasnac.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/63_guiasnac.pdf)
32. Amaya L. Tamizaje para cáncer de cuello uterino: como, desde y hasta cuándo. Revista en Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Vol. 56 (1). Año 2014 [citado 26 de julio del 2018]. Disponible en:  
<http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v56n1/v56n1a07.pdf>
33. Sarduy M. Neoplasia Intraepitelial Cervical. Preambulo del cáncer cérvico uterino. Cuba. 2010 [citado 26 de julio 2018]. Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2008000200004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2008000200004)
34. Picón M. Conocimientos, actitudes y prácticas de mujeres jóvenes acerca del Papiloma Virus Humano. Lima Perú 2010. [citado 27 de julio del 2018]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/html/3438/343844022006/>
35. Vasallo L. Actualización Ponderada de los Factores del cáncer. Montevideo. 2015 [citado 27 de julio del 2018]. Disponible en:  
<http://www.scielo.edu.uy/pdf/afm/v4n1/2301-1254-afm-4-01-00007.pdf>



36. Castellsagué, X. Bosch, F. Muñoz, N. Co-factores ambientales en la papilomavirus carcinogénesis Argentina 2014. [citado 27 de julio del 2018] Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rsap/2006.v8suppl1/47-58/>
37. Jumedacir, E. Cuello Uterino, Diagnóstico en Obstetricia y Ginecología, Madrid, España, 2014. [citado 27 de julio del 2018]. Disponible en: [http://www.ingesa.mscbs.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Manual\\_obstetricia\\_ginecologia.pdf](http://www.ingesa.mscbs.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Manual_obstetricia_ginecologia.pdf)
38. Chuaqui, R. Patología especial del cuello uterino Citología de Papanicolaou Trujillo Perú 2012 . [citado 27 de julio del 2018]. Disponible en: [http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/1571/1/chuaqui%20R\\_Patologia\\_especial\\_Cuello\\_Uterino.docx](http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/1571/1/chuaqui%20R_Patologia_especial_Cuello_Uterino.docx)
39. Rivera, B. Quintero, J. Prevalencia de lesiones intraepiteliales escamosas Revista de Ginecología y Obstetricia Argentina 2013. [citado 30 de julio del 2018]. Disponible en: <http://www.revistasochog.cl/articulos/ver/969>
40. Brown, A. Rentabilidad de 3 métodos para mejorar la sensibilidad de Prueba de Papanicolau España 2012. [citado 30 de julio del 2018]. Disponible en: [http://www.revistas.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1652-67762017000100002&lng=en&nrm=iso](http://www.revistas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1652-67762017000100002&lng=en&nrm=iso)
41. Buss K. Tratamiento de la displasia cervical en los países en desarrollo: un análisis de la situación. Programa de Tecnología Apropriada en Salud (PATH): Seattle, Washington 2011. [citado 30 de julio del 2018]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/about-cancer/cancerliterature?redirect.PDF>
42. Olalla, M. Moyano, M. Jurado, I. Olalla, M. Rodríguez, P. Prevalencia de VPH en mujeres con citologías y colposcopias normales, en la unidad del T.G.I. de Málaga



España 2009. [citado 30 de julio del 2018]. Disponible en:

<http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v43n1/gin17117.pdf>

43. Walker, P. Dexeus, S. Barrasso, R. Desde el Comité de Nomenclatura de la IFCPC.

Terminología Internacional de Colposcopia: Una Informe actualizado de la  
Federación Internacional de Patología Colposcopia. S.I. : Obstet Gynecol, 2013.

[citado 30 de julio del 2018]. Disponible en:

<https://www.medigraphic.com/pdfs/archivostgi/tgi-2013/tgi127f.pdf>

44. Pinheiro P. “Prueba de papanicolaou y evaluación de resultados” Brasil 2017.

[citado 30 de julio del 2018]. Disponible en:

<http://www.mdsau.de/es/2015/11/papanicolaou.html>



**ANEXO N° 1**

**UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO - FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTÉTRICA**

**CUESTIONARIO**

**I: Características sociodemográficas**

**1.- Edad**

- a) < 30 años [ ]
- b) De 30 a 40 años [ ]
- c) De 41 a 55 años [ ]

**2.- Estado civil**

- a) Con pareja: casada [ ] conviviente [ ]
- b) Sin pareja: soltera [ ] divorciada [ ] viuda [ ]

**3.- Títulos obtenidos**

- a) Títulos de especialización [ ]
- b) Títulos de maestría [ ]
- c) Títulos de doctorado [ ]

**4.- Tiempo de docencia**

- a) Menos de 2 años [ ]
- b) De 2 a 5 años [ ]
- c) Más de 5 años [ ]

**5.- Religión**

- a) Católica [ ]
- b) Cristiana evangélica [ ]



c) Testigos de Jehová [ ]

d) Otra [ ]

e) Ninguna [ ]

## II: Características gineco obstétricas

### 6.- Inicio de relaciones sexuales

a) Si [ ]

b) No [ ]

### 7.- Edad de inicio de relaciones sexuales

a) Menor o igual a 14 años [ ]

b) De 15 a 18 años [ ]

c) Mayor o igual a 19 años [ ]

### 8.- Número de compañeros sexuales

a) Ninguno [ ]

b) Uno [ ]

c) Dos [ ]

d) Más de tres [ ]

### 9.- Número de gestaciones

a) nulipara [ ]

b) Primigesta [ ]

c) Segundigesta [ ]

d) Multigesta [ ]



**10.- Edad del primer parto**

- a) Ningún parto [ ]
- b) Menos de 19 años [ ]
- c) De 20 a 34 años [ ]
- d) De 35 años a más [ ]

**11.- Uso prolongado de pastillas anticonceptivas**

- a) Mas de 5 años [ ]
- b) Menos de 5 años [ ]

**12.- Uso de preservativos durante las relaciones coitales**

- a) Nunca [ ]
- b) En ocasiones [ ]
- c) Siempre [ ]

**III: PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN PRIMARIA**

**13.- ¿Escucho alguna vez sobre el virus de papiloma humano?**

- a) Si [ ]
- b) Sí, pero desconozco el tema [ ]
- c) No [ ]

**15.- ¿Tiene conocimiento acerca de contagio virus del papiloma humano?**

- a) Si [ ]
- b) No [ ]



**16.- ¿Tiene conocimiento acerca del riesgo de contagio del virus del papiloma humano?**

a) Si [ ]

b) No [ ]

**IV: PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN SECUNDARIA**

**17.- ¿Se realizó la prueba de papanicolaou?**

a) Si [ ]

b) No [ ]

**18.- ¿Con que frecuencia se realiza usted la toma de la prueba de papanicolaou?**

a) Cada seis meses [ ]

b) Cada año [ ]

c) Cada dos o tres años [ ]

d) No se realizó [ ]

**19.- ¿Cuándo se realizó la última prueba de papanicolaou?**

a) Hace un año [ ]

b) Más de un año [ ]

**20.- ¿Tiene usted conocimiento acerca del resultado de su papanicolaou?**

a) Si [ ]

b) No [ ]





**ANEXO 2**  
**VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO**

**MEDIANTE EL CRITERIO DE EXPERTOS**

**INSTRUCCIONES:**

El presente documento tiene como objetivo el de recoger informaciones útiles de personas especializadas en el tema:

La validez del instrumento de recolección de datos se compone de 10 ítems, lo que se acompaña con su respectiva escala de estimación que significa lo siguiente:

1. Representa una ausencia de elementos que absuelven la interrogante planteada.
2. Representa una solución escasa de la interrogante.
3. Significa la absolución de ítem en términos intermedios.
4. Representa estimación que el trabajo de investigación absuelve en gran medida la interrogante planteada.
5. Representa el mayor valor de la escala y debe ser asignada cuando se aprecie que el ítem es absuelto por el trabajo de investigación de una manera total suficiente.

Marque con aspa (X) en la escala que figure a la derecha de cada ítem según la opinión que merezca el instrumento de investigación.

**ANEXO 3**  
**HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN**

<b>PREGUNTAS</b>	<b>ESCALAS DE MEDICIÓN</b>				
1. ¿Considera Ud. que los ítems del instrumento miden lo que se pretende medir?	1	2	3	4	5
2. ¿Considera Ud. que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?	1	2	3	4	5
3. ¿Considera Ud. que los ítems contenidos de este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?	1	2	3	4	5
4. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?	1	2	3	4	5
5. ¿Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a nuestros similares, obtendremos también datos similares?	1	2	3	4	5
6. ¿Considera Ud. que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento tiene los mismos objetivos?	1	2	3	4	5
7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo, y no da lugar a diferentes interpretaciones?	1	2	3	4	5
8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuado al tipo de usuarios a quien se dirige el instrumento?	1	2	3	4	5
9. ¿Considera Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos motivo de investigación?	1	2	3	4	5

10. ¿Qué aspectos habría que modificar o que aspectos tendría que incrementarse o qué aspectos habría de aumentarse?

---

Firma y sello del profesional

**ANEXO 4**  
**Procedimiento de calificación**

1. Se construyó una tabla donde se coloca los puntajes por ítems y sus respectivos promedios de acuerdo al número de expertos consultados.

N° ÍTEM	CRITERIO DE EXPERTOS					VALOR MÁXIMO (X)	PROMEDIO (Y)
	A	B	C	D	E		
PRIMERO	5	5	5	5	5	5	5
SEGUNDO	5	5	5	5	5	5	5
TERCERO	5	5	5	4	5	5	4.8
CUARTO	5	5	5	4	5	5	4.8
QUINTO	5	5	4	5	5	5	4.8
SEXTO	5	4	4	5	4	5	4.4
SÉPTIMO	5	5	4	5	4	5	4.6
OCTAVO	4	4	5	4	5	5	4.4
NOVENO	4	4	5	5	5	5	4.8

2. Con los promedios hallados se determina la distancia de punto múltiple (DPP) usando la siguiente ecuación:

$$DPP = \sqrt{(X1 - Y1)^2 + (X2 - Y2)^2 + \dots + (X9 - Y9)^2}$$

$$DPP = 2.4$$

Dónde:

X= Valor máximo de cada ítem

Y= Promedio de cada ítem

3. Se determinó la distancia del valor obtenido respecto al punto de referencia 0 (cero) con

la ecuación siguiente:

$$D_{m\acute{a}x} = \sqrt{(X1 - 1)^2 + (X2 - 1)^2 + \dots + (X9 - 1)^2}$$

D máx = 12

Donde:

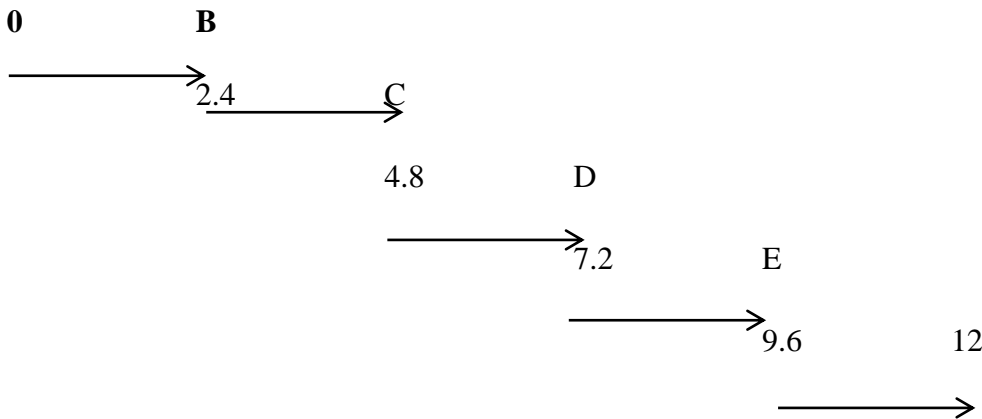
X= Valor máximo para cada ítem en la escala, es decir 5.

Y= Valor mínimos de la escala para cada ítem, es decir 1.

4. La D máx. Se dividió entre el valor máximo de la escala, lo que nos da valor de 2.0

5. Con el valor hallado anteriormente (apartado 4) se construye una nueva escala valorativa a partir de cero, hasta llegar a D máx; se dividió en intervalos iguales entre si y denominado con letras A, B, C, D y E.

**A**



Se debe tener en cuenta que:

A=Adecuación total.

B=Adecuación en gran medida.

C=Adecuación promedio.

D=Escasa adecuación.

E=Inadecuación



6. El punto DPP debe caer en las zonas A o B; en caso contrario, la encuesta requiere reestructuración y/o modificación, luego de las cuales se somete nuevamente a juicio de expertos.

Podemos observar que el valor de DPP en el presente estudio fue de 2.0, el cual se encuentra en la zona A, lo que significa una adecuación total del instrumento, motivo por el cual el instrumento para el presente estudio puede ser aplicado.