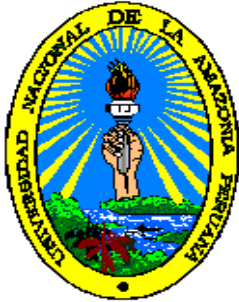


UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONÍA PERUANA



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

“Rafael Donayre Rojas”



TITULO

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL CANCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES DE
20 A 50 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO**

Noviembre y Diciembre del 2015

TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE MEDICO CIRUJANO

Presentado por el Bachiller de Medicina Humana

HAROLD TENORIO ZELADA

ASESOR

Dr. JAVIER VÁSQUEZ VÁSQUEZ

Punchana – Iquitos

Perú

2016

MIEMBROS DEL JURADO Y ASESOR DE TESIS

DR. BEDER CAMACHO FLORES
PRESIDENTE

DR. ZAID RÍOS PAREDES
MIEMBRO

DRA. BESSY FERREIRA YONG
MIEMBRO

DR. JAVIER VÁSQUEZ VÁSQUEZ
ASESOR

INDICE DE CONTENIDO

Dedicatoria	iv
Reconocimiento	v
Índice de tablas	vi
Índice de Gráficas	vii
Resumen	viii
Capítulo I	
1. Introducción	2
2. Planteamiento del Problema	4
3. Objetivos	5
Capítulo II	
4. Marco Teórico	7
5. Hipótesis	20
6. Variables	21
7. Operacionalización de variables	22
Capítulo III	
8. Metodología	25
8.1 Tipo y Diseño de investigación	25
8.2 Población y Muestra	25
8.3 Técnicas e Instrumentos	26
8.4 Procedimiento de Recolección de Datos	27
8.5 Análisis e Interpretación	27
8.6 Protección de los Derechos humanos	28
Capítulo IV	
9. Resultados	30
10. Discusión	44
11. Conclusiones	46
12. Recomendaciones	47
Capítulo V	
13. Referencias Bibliográficas	49
14. Anexos	54

Dedicatoria

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y haberme permitido llegar este momento tan importante de mi formación profesional.

A mis padres por ser el pilar más importante y por demostrarme siempre sus cariño y apoyo incondicional.

A mi hermana que esta siempre junto a mí brindandome su apoyo y alentándome para continuar adelante y no dejarme vencer frente a las adversidades.

A mis compañeros del internado; Betsy López, Eduardo Honorio, Flavio Pérez, Lai Chu, Mindi Sandi y Rodwing Tejedo que gracias a su apoyo y conocimientos hicieron de esta experiencia una de las más especiales de mi vida.

A mi jurado; Dr. Beder Camacho, Dr. Zaid Ríos y Dra Bessy Ferreira y a mi asesor el Dr. Javier Vásquez.

Reconocimiento

A la UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONIA PERUANA porque me permitió adquirir los conocimientos necesarios y poder desenvolverme en mi carrera profesional.

A mis maestros por compartir sus conocimientos que me permitirán salvar la vida de un ser humano.

A mis padres por su constante apoyo, amor y comprensión a pesar de las adversidades que se nos presenta en mi formación profesional.

Índice de Tablas

Tabla N° 1	Conocimiento sobre los factores a cáncer de cuello uterino de la mujer de 20 a 50 años atendidas en el HRL	30
Tabla N° 2	Conocimiento sobre la clínica del cáncer de cuello uterino de la mujer de 20 a 50 años atendidas en el HRL	31
Tabla N° 3	Conocimiento sobre el diagnóstico del cáncer de cuello uterino de la mujer de 20 a 50 años atendidas en el HRL	32
Tabla N° 4	Características de la mujer de 20 a 50 años atendidas en el HRL	34
Tabla N° 5	Paridad de la mujer de 20 a 50 años atendidas en el HRL	37
Tabla N° 6	Frecuencia de toma de PAP de la mujer de 20 a 50 años atendidas en el HRL	38
Tabla N° 7	Edad y Nivel de Conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino de la mujer de 20 a 50 años atendidas en el HRL	39
Tabla N° 8	Estado civil y Nivel de Conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino de la mujer de 20 a 50 años atendidas en el HRL	39
Tabla N° 9	Procedencia y Nivel de Conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino de la mujer de 20 a 50 años atendidas en el HRL	40
Tabla N° 10	Nivel de instrucción y Nivel de Conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino de la mujer de 20 a 50 años atendidas en el HRL	40
Tabla N° 11	Información y Nivel de Conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino de la mujer de 20 a 50 años atendidas en el HRL	41
Tabla N° 12	Antecedente familiar de cáncer de cuello uterino y Nivel de Conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino de la mujer de 20 a 50 años atendidas en el HRL	41
Tabla N° 13	Paridad y Nivel de Conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino de la mujer de 20 a 50 años atendidas en el HRL	42
Tabla N° 14	Toma de PAP y Nivel de Conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino de la mujer de 20 a 50 años atendidas en el HRL	42
Tabla N° 15	Edad de inicio de relaciones sexuales y Nivel de Conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino de la mujer de 20 a 50 años atendidas en el HRL	43

Índice de Gráficas

Gráfica N° 1	Nivel de conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino de la mujer de 20 a 50 años atendidas en el HRL	33
Gráfica N° 2	Edad de inicio de la actividad sexual la mujer de 20 a 50 años atendidas en el HRL	35
Gráfica N° 3	Antecedente familiar de Cáncer de cuello uterino de la mujer de 20 a 50 años atendidas en el HRL	36
Gráfica N° 4	Número de PAP realizados por la mujer de 20 a 50 años atendidas en el HRL	37

Resumen

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES DE 20 A 50 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO, Noviembre y Diciembre del 2015

Bach. HAROLD TENORIO ZELADA

Introducción

El cáncer de cuello uterino es una de las principales causas de muerte por cáncer en la mujer a nivel mundial puede ser prevenible y tratable, en nuestro país es una de las principales causas de muerte en las mujeres, es por ello que ellas deben tener un adecuado nivel de conocimiento para lograr el objetivo preventivo promocional en la reducción de esta enfermedad.

Objetivo

Determinar el nivel de conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino en las mujeres de 20 a 50 años atendidas en el Hospital Regional de Loreto, entre noviembre a diciembre del 2015.

Metodología

Se realizó un estudio de tipo cuantitativo de diseño no experimental descriptivo transversal prospectivo, encuestando a 215 de 480 mujeres entre 20 a 50 años que se atenderán en el HRL, entre noviembre a diciembre del 2015; aplicando un cuestionario de 20 preguntas, 6 sobre factores de riesgo, 5 sobre la clínica y 9 sobre el diagnóstico con el PAP; las que contestaron entre 14 a 20 repuestas se considera que su conocimiento es adecuado.

Resultados

Se evaluaron 215 mujeres, de las que el 47.9% tienen un adecuado nivel de conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino; el 41.4% tienen entre 30 a 39 años de edad; el 37.7% son casadas; el 29.3% con nivel de educación de secundaria y el 28.8% superior; el 71.2% proceden de la zona urbana y el 48.8% si recibieron información sobre el cáncer de cuello uterino el 24.7% con antecedente familiar de cáncer de cuello uterino; el 43.3% son multíparas; el 27.0% de las mujeres no se han practicado Papanicolaou y el 56.5% lo realizaron una o dos veces; el 36.7% refieren que se realizan un PAP una vez al año y el 22.3% refieren que a los 18 años iniciaron su actividad sexual.

El nivel de conocimiento se asoció con: ser solteras y convivientes ($p = 0.000$); la procedencia de la zona urbana ($p = 0.002$); nivel de educación superior y técnico ($p = 0.000$); las que recibieron información sobre el cáncer de cuello uterino ($p = 0.000$); las que tienen antecedente de familiar de cáncer de cuello uterino ($p = 0.000$); las nulíparas ($p = 0.000$); las que se realizaron PAP ($p = 0.000$), con inicio de actividad sexual después de los 19 años; pero no se asoció con la edad ($p = 0.144$).

Conclusiones

Más del 50% de las mujeres de 20 a 50 años atendidas en el Hospital Regional de Loreto no tienen un adecuado conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino.

Palabras claves: Cáncer de Cuello uterino, Conocimiento, Iquitos.

CAPITULO I

1. INTRODUCCION

El cáncer de cuello uterino es una de las principales causas de muerte por cáncer en la mujer a nivel mundial puede ser prevenible y tratable.¹ El carcinoma de células escamosas, que representa entre el 85% y 90% de todos los carcinomas cervicales, tiene un periodo de latencia prolongado. Las tasas de supervivencia parecen estar asociadas al diagnóstico y tratamiento precoz. Las tasas esperadas a los cinco años son 100% para la neoplasia intraepitelial cervical pre invasora, 80% para el carcinoma invasor en estadio I y 10% para el carcinoma invasor en estadio IV, lo que sugiere que cualquier medida que permita una detección precoz aumentar la supervivencia.²

En los países en vías de desarrollo, el carcinoma de cuello uterino se halla asociado con la pobreza y con la baja cobertura de servicios de salud sobre todo aquellos relacionados a su detección precoz ³. En América Latina, la mortalidad femenina se ha incrementado por esta causa, a excepción de Chile ⁴. Estas altas tasas se presentan en Perú, Brasil, Paraguay, Colombia y Costa Rica, mientras que las más bajas son las de Cuba y Puerto Rico constituyendo así uno de los mayores problemas de salud pública para Latinoamérica y el Caribe ^{5,6}.

La causa principal de cáncer cervical de células escamosas es la infección por uno o más de los tipos oncogénicos conocidos (o de alto riesgo) del Virus del Papiloma Humano (VPH) ⁷; además de la promiscuidad sexual y el nivel socioeconómico bajo ^{8,9}.

Según el Ministerio de Salud del Perú ¹⁰ el cáncer de cuello uterino constituyó la cuarta causa de egresos hospitalarios por cáncer el año 2011; observando una elevada mortalidad por cáncer de cérvix en los departamentos de Loreto, Huánuco y Ucayali; el indicador de Años de Vida Saludable Perdidos (AVISA) reportado en el estudio de carga de enfermedad para el Perú ¹¹ sitúa al cáncer de cuello uterino como la enfermedad que causa la mayor cantidad de pérdidas por cáncer en mujeres con 44,924 AVISA sólo en un año.

El Papanicolaou (PAP) es un estudio al microscopio de las células exfoliadas del aparato genital femenino, que permite detectar las lesiones pre-malignas y malignas incipientes antes de la ocurrencia de los síntomas ¹². El PAP ha sido el procedimiento de elección para detectar el cáncer cervico uterino con la ventaja de ser un método sencillo, inocuo y con una eficacia

del 95% cuando se realiza e interpreta de manera adecuada; su valor diagnóstico es importante cuando se complementa con estudios colposcópicos e histopatológicos, sobre todo para la detección de neoplasia intraepitelial cervical II o III. Su utilización se justifica porque el cáncer del cuello uterino y sus precursores generalmente presentan largos periodos de latencia; se estima que un estadio precursor pasa a cáncer in situ en el transcurso aproximado de 10 años ¹³.

El Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos indica que la prueba ha logrado reducir entre 34% y 50% la mortalidad por esta enfermedad en Suecia, Finlandia, Canadá y Estados Unidos y que dicha reducción fue directamente proporcional a la intensidad con que se realiza la prueba. Por otra parte, las mujeres que nunca se sometieron a una prueba de Papanicolaou tuvieron de 3 a 10 veces más riesgo de morir por causa de esta enfermedad ¹⁴.

Lamentablemente, en nuestro país la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino no se ha reducido, a pesar de que el tamizaje de este cáncer mediante pruebas el PAP está implementado en toda la red de servicios de salud, probablemente por la baja cobertura y la falta de repetición de la prueba en las mujeres que se someten al tamizaje; la tasa estimada de cobertura del PAP varía de 7 a 42.9% en Perú o ciertas ciudades peruanas, los datos a nivel nacional son escasos ¹⁵. ENDES encuentra que del 2004 al 2009 la cobertura del PAP a nivel nacional mejoró del 39% al 51%, a nivel de Lima metropolitana del 50% al 74%, en la costa del 44% al 56%, en la sierra del 30% al 50% y en la selva del 37% al 41% ¹⁶. Además de la poca destreza del personal que toma las muestras o del patólogo o cito-tecnólogo que lee las láminas, o errores en la técnica del extendido de la lámina ¹⁴. Otro factor a la baja cobertura de PAP lo explican los estudios de HUAMANI ¹⁷, RENGIFO ¹⁸ AGUILAR ¹⁹, VALENZUELA ²⁰, LAZCANO ²¹, CASTRO ²², TENORIO ²³ y BAZAN ²⁴ demostrando que un mayor nivel de conocimientos sobre el cáncer de cuello uterino y del PAP está relacionado con una mayor probabilidad de uso del PAP y con ello a un diagnóstico precoz.

El presente estudio tiene el objetivo de conocer en un grupo de mujeres entre los 20 a 50 años atendidas en el Hospital Regional de Loreto en nivel de conocimiento sobre los factores, clínica y diagnóstico del cáncer de cuello uterino con la finalidad que los resultados nos permitan preparar estrategias educativas para mejorar la detección temprana de esta enfermedad.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino en las mujeres de 20 a 50 años atendidas en el Hospital Regional de Loreto, entre noviembre a diciembre del 2015?

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general:

- Determinar el nivel de conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino en las mujeres de 20 a 50 años atendidas en el Hospital Regional de Loreto, entre noviembre a diciembre del 2015.

3.2. Objetivos Específicos:

- Conocer las características sociodemográficas de la mujer de 20 a 50 años (edad, estado civil, procedencia, nivel de instrucción, información sobre el cáncer de cuello uterino) atendidas en el Hospital Regional de Loreto, entre noviembre a diciembre del 2015.
- Identificar las características ginecobstetricias (antecedente familiar de cáncer ginecológico, paridad, edad de primera relación sexual, frecuencia del Papanicolaou) de las mujeres entre los 20 a 50 años atendidas en el Hospital Regional de Loreto, entre noviembre a diciembre del 2015.
- Relacionar el nivel de conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino con las características sociodemográficas y obstétricas de la mujer entre los 20 a 50 años atendidas en el Hospital Regional de Loreto, entre noviembre a diciembre del 2015.

CAPITULO II

4. MARCO TEÓRICO

4.1 Cáncer de Cuello Uterino

El cáncer de cuello uterino o cáncer cervical se origina en las células que revisten el cuello uterino, la parte inferior del útero. Los dos tipos principales de células que cubren el cuello del útero son las células escamosas (en el exocérvix) y las células glandulares (en el endocérvix). Estos dos tipos de células se encuentran en un lugar llamado zona de transformación. La mayoría de los cánceres de cuello uterino se originan en las células de la zona de transformación. Estas células no se tornan en cáncer de repente, sino que las células normales del cuello uterino primero se transforman gradualmente con cambios precancerosos, los cuales se convierten en cáncer. Los doctores usan varios términos para describir estos cambios precancerosos, incluyendo neoplasia intraepitelial cervical (CIN, por sus siglas en inglés), lesión intraepitelial escamosa (SIL) y displasia. Estos cambios se pueden detectar mediante la prueba de Papanicolaou ²⁵.

4.2 Factores de Riesgo para Cáncer de Cuello uterino

El factor de riesgo más importante para el cáncer de cuello uterino es la infección con el virus del papiloma humano (VPH). El VPH es un grupo de más de 150 virus relacionados, algunos de los cuales causan un tipo de crecimiento llamado *papilomas*, lo que se conoce más comúnmente como *verrugas*; las mujeres con infecciones transitorias de VPH a menudo padecen anomalías citológicas ²⁶, incluso en algunos estudios epidemiológicos se establece que las infecciones persistentes son la causa central del cáncer cervicouterino invasivo ^{27,28}. Los VPH se clasifican como de alto o bajo riesgo, según su grado de invasión. Los vinculados con el cáncer son: VPH 16, 18, 31, 45 y 56.²⁹.

El tipo 16 es probablemente el que se presenta con mayor frecuencia y se asocia al cáncer de células escamosas, seguido por el tipo 18, asociado preferentemente al adenocarcinoma ³⁰.

Otros factores asociados a la presencia de cáncer de cuello uterino son ³¹:

- Herencia genética familiar.
- Edad cronológica de la paciente.

- Tabaquismo y número de cigarrillos al día.
- Ambiente laboral y del hogar.
- Multiparidad.
- Vida sexual con múltiples parejas.
- Inicio de vida sexual antes de los 18 años.
- Deficiencia de folatos y vitaminas A, C y E en la dieta.
- Uso de anticonceptivos orales por más de cinco años.
- Infecciones de transmisión sexual (*Chlamydia trachomatis*).
- Analfabetismo o baja escolaridad.
- Mujeres de 25 a 64 años que nunca se hayan practicado citología cervical.

4.3 Diagnóstico del Cáncer del Cuello Uterino

a) Clínica

Las mujeres con cánceres de cuello uterino en etapa temprana y precánceres usualmente no presentan síntomas. Los síntomas a menudo no comienzan hasta que un cáncer se torna invasivo y crece hacia el tejido adyacente. Cuando esto ocurre, los síntomas más comunes son ^{25,31}.

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

b) Papanicolaou

George Papanicolaou es el nombre del médico que ideó “la tinción” que se utiliza para observar bajo el microscopio una muestra de células que se obtienen mediante la descamación de algún epitelio o tejido. El epitelio más estudiado mediante esta tinción es sin lugar a dudas el cérvico vaginal. Las células que se estudian bajo el microscopio deben ser “coloreadas” para hacer visibles sus características y poder emitir un diagnóstico. Una vez obtenidas las células mediante un “cepillado”, son fijadas con un spray de formol para que posteriormente un patólogo experto las analice y nos brinde un diagnóstico en el que destacan diferentes rubros que se conocen como “patrones”³².

El Papanicolaou tiene una sensibilidad en promedio del 75% y especificidad (95%). Con una tasa de resultados falsos negativos, señalados en la literatura mundial que varía de 5 a 50%, pero al repetir el estudio, esta tasa disminuye de 1 a 2%. El Papanicolaou consiste en obtener células del cuello del útero con una espátula de Ayre, para luego fijarlas y colorearlas sobre un portaobjetos en el laboratorio y ser estudiadas por un citólogo. El Papanicolaou es un buen análisis ya estandarizado, pero puede que en algunas ocasiones no encuentre la displasia³³.

Las indicaciones para el Papanicolaou: Todas las mujeres que hayan iniciado vida sexual activa con énfasis en: Mujeres de 21 a 65 años con actividad sexual previa o actual, mayores de 65 que no tengan citología reciente, menores de 21 con historia clínica de riesgo, toda mujer embarazada. Las recomendaciones a las usuarias son que no esté menstruando, evite el uso de tratamiento o lavados vaginales 48 horas antes y abstenerse de relaciones sexuales 48 horas antes³³.

Toma de Papanicolaou: El procedimiento para la toma consta de los siguientes pasos³⁴:

- Colocar a la paciente en posición para examen ginecológico. (Para una adecuada obtención de muestras es necesaria la visualización directa del cuello uterino debiendo verse el exocérvix y el orificio externo).
- No realizar tacto vaginal antes de la obtención de muestra.

- Introducir el espéculo vaginal, lo cual puede facilitarse usando agua si es necesario.
- Si se detecta presencia de sangrado o flujo antes de la toma de muestra, se procede a limpiar cuidadosamente los fondos de saco con una torunda de algodón SIN TOCAR EL CUELLO UTERINO.
- Para obtener la muestra del exocérnix y de la zona de transformación, introducir la espátula de Ayre o el citocepillo dirigiendo su extremo más largo a través del orificio exocervical, y recoger las células girando 360°, teniendo siempre el cuidado de no producir sangrado.
- Para los casos en que se evidencia la zona de transformación endocervical por fuera del orificio externo (ectropión), el procedimiento de toma de muestra o raspado se realiza directamente de esta zona, no siendo necesaria la introducción de la espátula por el orificio.
- En las pacientes postmenopáusicas, pacientes con conización quirúrgica previa y en caso sea necesario, las muestras se pueden obtener del endocérnix introduciendo 1,5 cm el citocepillo en el canal endocervical y girar suavemente tan sólo 180° para evitar el sangrado.
- Inmediatamente obtenida la muestra extenderla sobre la lámina portaobjetos debidamente rotulada. Realizar el extendido uniformemente formando una capa delgada sin grumos.
- Fijar inmediatamente el material. La fijación del frotis puede ser húmeda o en una forma de cubierta de las células.
- La forma húmeda consiste en sumergir totalmente la lámina con el frotis, en el envase de vidrio conteniendo alcohol corriente al 96% durante un tiempo de contacto entre 20 y 30 minutos, evitando el contacto entre extendidos; luego retirar la lámina y dejar que se seque al aire. El alcohol debe ser preparado para cada día. Al final de la atención diaria desechar el alcohol sobrante. (Alternativamente se puede usar alcohol corriente al 70%. Indicar esta condición de fijación en el reporte de la obtención de la muestra).
- La forma de cubierta consiste en la aplicación de una mezcla de alcohol y sustancias como el polietilenglicol y un bacteriostático, los que forman una película delgada y protectora sobre las células; se debe cuidar mantener una distancia aproximada de 25 a 30 cm entre la lámina y el atomizador, esparciendo

en forma uniforme el fijador y evitando dejar una película demasiado gruesa; posteriormente, dejar secar unos 7 minutos, o según sean las indicaciones del fabricante.

Hallazgos citológicos: Los patrones estudiados por los patólogos en las muestras de Papanicolau son 4 a saber ³²:

- 1) El patrón celular hormonal, esto se refiere al hecho de que las hormonas que producen los ovarios, estimulan diferentes tipos de células que conforman el cuello de la matriz y la vagina; el patólogo establece el porcentaje de cada una de estas células y en base a estos porcentajes, otorga una cifra que se conoce como “valor estrogénico” (V.E.); el nivel de este valor estrogénico o valor hormonal, es un reflejo indirecto del funcionamiento de los ovarios. Este valor se expresa de manera numérica y en general, cualquier cifra por arriba de 55 se considera normal. Claro que esta cifra tiende a bajar cuando disminuye la función de los ovarios como ocurre de manera natural en el climaterio y la menopausia.
- 2) El patrón celular no hormonal, se refiere a otro tipo de células, que ya no son con las que está construido el cuello de la matriz y son las “células inflamatorias”. Las células inflamatorias son los glóbulos blancos o leucocitos y los histiocitos. Estos tienen la función de vigilancia y nos protegen de las infecciones y otros agentes agresores. Su existencia es completamente normal; sin embargo, su presencia excesiva nos habla de un proceso inflamatorio que puede ser motivado por alteraciones diversas, entre las que destacan desde luego los problemas infecciosos vaginales. Con frecuencia en medicina para darnos una idea rápida de la cantidad de algo, se utiliza un sistema sencillo “de cruces” (++++), donde una cruz es el grado mínimo y cuatro cruces es el grado máximo; así que entonces la presencia de células inflamatorias se expresa de 1 a 4 cruces según sea el grado de la inflamación.
- 3) El patrón microbiano se refiere a que bajo el microscopio, es patólogo puede ver bacterias; vale la pena señalar que el Papanicolaou “NO es un cultivo” es decir, no puede decirnos el nombre de las bacterias que se encuentran habitando la vagina, (para ello tendríamos que tomar cultivos), el Papanicolaou lo único que hace es señalarnos la forma que tienen las

bacterias que se observan bajo el microscopio. Si se trata de gérmenes redondos o esféricos “en forma de cocos”, se les llamará “flora bacteriana de tipo cocoide”. Si se trata de gérmenes alargados en forma de “bastones”, se les conoce como “bacilos”. Cuando se encuentran ambos, (cocos y bacilos) se tratará de una flora bacteriana de tipo mixto. Nuevamente la cantidad de gérmenes observados se clasificará de 1 a 4 cruces.

- 4) El Patrón de alteraciones celulares habla de los cambios que pueden presentar las células que recubren la superficie del cuello del útero y de la vagina.

Clasificación del Papanicolaou: La Clasificación numérica de Papanicolaou en 5 clases o grados progresivos (I, II, III, IV, V), por ser exclusivamente citológica, la nomenclatura de los hallazgos en citología ha ido siempre estrechamente ligada a la histológica ³⁵.

- I No evidencia de malignidad, no células atípicas.
- II Células atípicas sin evidencia de malignidad.
- III Células atípicas sospechosas para malignidad.
- IV Bastante evidencia de neoplasia maligna.
- V Evidencia concluyente de neoplasia maligna.

Nomenclatura de Bethesda: El sistema de Bethesda clasifica las lesiones morfológicas premalignas en dos categorías: *lesión intraepitelial de bajo grado* (SIL de bajo grado) y *lesión intraepitelial de alto grado* (SIL de alto grado). La primera categoría incluye la alteración más simple, la lesión inflamatoria reactiva, sugestiva de infección por VPH o *atipia condilomatosa koilocítica* y el siguiente nivel evolutivo, equivalente a la displasia leve o neoplasia intraepitelial cervical grado I (CIN I). Entre ambos apenas hay diferencias morfológicas, pero la atipia koilocítica es más frecuente que la displasia leve y de menor gravedad. La categoría siguiente, SIL de alto grado, incluye las lesiones histológicas CIN II y CIN III o displasia moderada y grave, respectivamente. Las lesiones SIL de alto grado son menos frecuentes que las de bajo grado y representan con mayor certeza un estado premaligno que, en los casos más avanzados, puede

considerarse un carcinoma in situ (CIS). En realidad, al igual que en el diagnóstico histológico, hay una continuidad en la evolución morfológica entre uno y otro nivel evolutivo sin un umbral o punto de corte claro. La gradación entre las células correspondientes a una lesión de bajo grado a otras de alto grado se caracteriza por la presencia de una creciente atipia celular y por fallos progresivos en la diferenciación celular de las células más superficiales. El CIS representa un extremo en esta evolución en el que se observa una transformación casi completa de las células epiteliales por células indiferenciadas y atípicas ³⁶.

Además de las categorías mencionadas anteriormente, el sistema de Bethesda incluye otro nivel, el ASCUS o *células atípicas escamosas de significación no determinada*, y su equivalente, el AGUS o *células glandulares atípicas de significación no determinada*, como un grado evolutivo anterior al SIL de bajo grado aunque impreciso en cuanto a la presencia de posibles lesiones citológicas. El sistema de Bethesda recomienda de hecho especificar la probable naturaleza de la lesión (reactiva o precancerosa) ³⁶.

Sistema de Bethesda	Histología
Células escamosas (o glandulares) atípicas de - significado indeterminado (ASCUS o AGUS)	Alteraciones reactivas o sugestivas de lesión preneoplásica
Lesión intraepitelial de bajo grado - (SIL bajo grado)	Cambios koilocíticos Neoplasia intraepitelial cervical (CIN 1): displasia leve
Lesión intraepitelial de alto grado – (SIL alto grado)	CIN 2: displasia moderada CIN 3: displasia grave - CIS
Carcinoma invasivo	Carcinoma escamoso invasivo o Adenocarcinoma

La inspección Visual con Ácido Acético: Antes del advenimiento de los programas de tamizaje con Papanicolaou, los médicos confiaban en la simple inspección del cérvix para detectar anomalías. La historia menciona el uso de ácido acético por H. Hiselmann en Alemania, quien es el pionero de la técnica de colposcopia, al igual, se utilizó el test de Schiller durante muchos años; este consistió en la aplicación de una solución de Yodo diluida al cérvix. Las células

“maduras” se diferenciaban de las “inmaduras”. Después de la década de 1950, cuando el Papanicolaou se convirtió en el estándar para el tamizaje de las lesiones, se llevó a un mayor uso del colposcopio (un instrumento especial que magnifica el cérvix para poder visualizar cambios anormales con más facilidad) para confirmar los resultados anormales. Durante la realización de esta prueba, se aplica ácido acético al 3-5% y se efectúa una inspección visual observando la reacción entre el ácido acético y las células cervicales ³⁷.

El ácido acético es absorbido por células inmaduras, haciendo que su citoplasma luzca borroso, como una nube. Esta reacción se mira blanca al ojo humano, por lo que se le nombra como “acetoblanco”. Al tejido muchas veces se le conoce como epitelio blanquecino. Las células escamosas y glandulares maduras no reaccionan de esta manera. Debido a los altos gastos e inconveniencia de los servicios de Colposcopia, se inició la investigación para determinar si la investigación visual del cérvix sin magnificación podría utilizarse en combinación con la citología, para poder identificar de manera más eficaz y eficiente a las mujeres que verdaderamente requirieran colposcopia ³⁷.

En 1999 se realizó un estudio a gran escala con más de 10,000 mujeres en Zimbawe, para determinar si la IVAA puede efectivamente distinguir entre un cérvix con enfermedad y uno sin enfermedad, en comparación con el Papanicolaou. Demostró que la sensibilidad de la Inspección Visual (77%) fue más alta que la del Papanicolaou (44%) aunque con una especificidad más baja (64% comparado con 91%). Un hallazgo importante de este estudio fue que personal no médico (enfermeras y comadronas) fue capaz de realizar esta prueba en el ámbito de la atención primaria e identificar correctamente a las mujeres sin enfermedad, las que ameritaban atención inmediata y las que requerían referencia para enfermedad avanzada. La clave de su éxito fue un entrenamiento intensivo que incluyó practica sobre un atlas cervical y sobre modelos pélvicos antes de su aplicación sobre pacientes ³⁷.

En resumen, la IVAA puede utilizarse en entornos de bajos recursos porque:

- Puede identificar la mayoría de lesiones precancerosas.
- Es no invasiva, fácil de realizar y barata.

- Puede realizarse por todos los niveles de personal de salud en casi cualquier ámbito.
- Provee resultados de inmediato, que sirven de base para las decisiones respecto a tratamiento o referencia.
- Requiere materiales y equipo que ya están disponibles localmente.

4.4 Antecedentes de investigación

ROQUE (2014) ³⁸ determino el conocimiento sobre cáncer de cuello uterino en las usuarias que acuden al Centro de Salud San Fernando durante el periodo de Julio-Agosto del 2014. Entrevistó un total de 148 usuarias entre 20 a 59 años, atendidas en el Centro de Salud San Fernando-Agustino, el 62.8% se realizó examen de Papanicolaou en los tres últimos años, mientras que el 37.2% refiere que no se lo realizó en más de tres años o nunca lo hizo, siendo los motivos por falta de tiempo (41.9%) o por temor (25.8%). Respecto al nivel de conocimiento sobre cáncer de cuello uterino en la población total fue: el 58.8% alcanzó un nivel “Medio” y el 20.9% “Bajo” y frente a las actitudes el 83.8% tuvo un actitud “Negativa” y el 16.2% “Positiva”. El nivel de conocimientos sobre cáncer de cuello uterino en las usuarias que si se realizaron el Papanicolaou fue “Medio” en un 50.5% y “Alto” en 25.8% comparado con las usuarias que no se realizaron el Papanicolaou que obtuvieron un nivel “Medio” en un 72.7% y “Alto” en un 10.9%, existiendo una diferencia estadísticamente significativa ($p=0.023$).

ALARCO (2014) ³⁹ determino el conocimiento sobre cáncer de cuello uterino que tienen las gestantes atendidas en el Centro de Salud Carlos Cueto Fernandini durante el periodo de enero a marzo del 2014. Se evaluaron a 74 gestantes con edad promedio de 25.7 años, encontrándose la mayoría en un rango de edad entre 20 a 34 años (68.9%). El 60.8% tiene un nivel de educación secundaria, el 54.1% de las gestantes es conviviente y el 73% de las participantes es ama de casa (73%) procedentes en su mayoría (94.6%) del distrito de Los Olivos. Las gestantes en un 60.8% son nulíparas, en un 32.4% son primíparas y en un 4.1% son secundíparas. En cuanto al inicio de las relaciones sexuales, el 55.4% de las participantes ha iniciado sus relaciones sexuales entre los 17 - 21 años y el 27% antes de los 17 años. Con respecto al número de parejas sexuales, el 47.3% ha tenido 2 y solo el 10.8% de tres a más parejas sexuales. La información que recibieron sobre el cáncer de cuello uterino fue principalmente a través

del internet (44.6%), de los profesionales de salud (36.5%) o en los colegios (8.1%). El nivel de conocimiento total sobre cáncer de cuello uterino fue de "Medio" (55.4%) a "Bajo" (25.7%), incluyendo el conocimiento sobre los conceptos generales ("Medio" en el 52.7% y "Bajo" en el 25.7%), sobre los factores de riesgo ("Medio" en el 59.5% y "Bajo" en el 22.9%) y sobre la prevención del cáncer de cuello uterino ("Medio" en el 67.6% y "Bajo" en el 17.6%). El conocimiento total sobre el cáncer de cuello uterino que tienen las gestantes atendidas en el Centro de Salud Carlos Cueto Fernandini es "Medio" (55.4%), observándose que este, está relacionado al grado de instrucción ($p=0.021$).

VELA (2013) ⁴⁰ determino el conocimiento sobre el cáncer del cuello uterino y del papanicolaou de las estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Científica del Perú - Iquitos, julio del 2013. Evaluó 134 estudiantes del sexo femenino de la Facultad de Ciencias de la Salud, con edad entre los 20 a 24 años de edad (41.8%), el 40.3% de obstétrica y el 29.9% de Enfermería; el 17.9% tienen antecedente familiar de cáncer de cuello uterino y el 81.3% recibieron información sobre cáncer de cuello uterino. El 57.5% de las estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud presentaron un nivel de conocimiento adecuado sobre los factores, diagnóstico del cáncer de cuello uterino y Papanicolaou. El nivel de conocimiento sobre el cáncer de Cuello uterino y Papanicolaou se asoció significativamente con estudiantes de obstetricia ($p=0.000$), con antecedente de familiar con cáncer de cuello uterino ($p=0.027$), y con las que han recibido información sobre el cáncer de cuello uterino ($p=0.000$). Las estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud tienen un nivel adecuado de conocimiento sobre los factores, diagnóstico del cáncer de cuello uterino y Papanicolaou.

LOPEZ y col. (2013) ⁴¹ determinaron los conocimientos, actitudes y prácticas frente al cáncer de cuello uterino en 100 mujeres entre 14 y 49 años de un barrio de la comuna 10 de Armenia, Colombia. Materiales y métodos: En la distribución por edad la media fue de 27,22 años. La mayoría tenían SIS BEN 1 (76%). El 89% de las mujeres encuestadas tenían poco conocimiento sobre cáncer de cuello uterino. El 51% tenían claro cómo se previene el cáncer de cuello uterino. El 88,8% de mujeres que habían tenido relaciones sexuales se había tomado alguna vez la citología. Existe una relación significativa ($p<0.05$) entre el bajo conocimiento sobre la prevención, detección y periodicidad de la toma de la citología y las edades más bajas. No existe coherencia entre el conocimiento, el pensamiento y las actitudes de las mujeres en edad reproductiva incluidas en el

presente estudio. Las mujeres más jóvenes tienen un nivel más bajo de conocimientos pese a que acuden a la escuela. Con estos resultados se busca tener elementos para reorientar los procesos educativos en esta comunidad, empezando desde la educación escolar, hacia aspectos socioculturales de las personas y con base en esto elaborar proyectos educativos mucho más pertinentes (conocimiento contextualizado y útil) convirtiéndolos en eficientes y efectivos.

URDANETA (2013) ⁴² entrevistó a 50 mujeres pertenecientes a estratos sociales bajos atendidas en la consulta ginecológica de la Maternidad "Dr. Armando Castillo Plaza". La mayoría de las mujeres demostraron un nivel de conocimiento suficiente (64 %), siendo la puntuación promedio arrojada por el cuestionario de $16,02 \pm 03,14$ puntos.

BERNARDO y col. (2012) ⁴³ encuestaron a 206 mujeres para saber los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prevención del cáncer de cuello uterino en una unidad de atención primaria en este Río de Janeiro. Los resultados revelaron que el 92,5% de las mujeres han oído hablar de la exploración y el 72,3% utilizan la prueba correctamente. En cuanto a la actitud, el 77% consideró necesario realizar la prueba pero el 56% reportó haber hecho algunas pruebas. Los obstáculos más citados a no tomar el examen fueron mencionados por los jóvenes, el descuido y la falta de síntomas. Los resultados apuntan a la necesidad de que el desarrollo de las acciones de salud con el fin de educar a la población femenina, como medidas para prevenir el cáncer cervical uterino.

YBARRA y col. (2012) ⁴⁴ evaluaron los conocimientos y creencias acerca de tal prueba en mujeres y hombres universitarios. Una muestra de 423 estudiantes contestó un cuestionario que evalúa el conocimiento y creencias sobre el Papanicolaou y las infecciones de transmisión sexual, específicamente sobre el virus de papiloma humano. Un 66.6% de la muestra total dijo conocer la prueba, y las mujeres indicaron tener un mayor conocimiento sobre la misma (82.2 vs. 56.6%; $O^2 = 28.236$, $p < 0.0001$). Sin embargo, solo 38.9% de la muestra total respondió correctamente a la pregunta de en qué consiste esta prueba. Las mujeres definieron mejor la prueba que los varones (51.3 vs. 38.75%; $O^2 = 23.925$, $p < 0.0001$). A pesar de esto, la muestra reconoció la gran importancia de hacérsela. Respecto a la creencia de cuándo es necesario hacerse la prueba por primera vez, las razones informadas más frecuentemente fueron, a saber: cuando la recomendare un médico, para prevenir una ETS y por el hecho de tener

relaciones sexuales completas. En cuanto al caso particular del Virus del Papiloma Humano (VPH), un 77.4% de la muestra indica no conocer qué es y solo un 5% define de forma correcta qué es. Un 85.7% de la muestra total informa no saber cómo se detecta el VPH y solo un 3.3% sabe describir de manera correcta cómo se detecta. Un 88% no tiene conocimientos de los riesgos de padecer VPH en la mujer y solo un 2.1% saben describir correctamente estos riesgos.

BARRIOS y col. (2011) ⁴⁵ encuestaron a 505 mujeres entre 13 y 60 años edad, que habían tenido vida sexual, residentes en las ciudades de Cartagena y Sincelejo (Colombia). Los resultados revelan que prácticamente todas las mujeres tienen conocimientos sobre citología cérvico-uterina. El 94.5% de las mujeres se la han realizado por lo menos una vez. Este porcentaje es mayor en el rango de 40 a 60 años donde alcanza el 99%, y en las de menor edad este porcentaje disminuye. Al definir su utilidad: solo el 73.8% respondió de manera acertada. El 50% refieren aspectos desagradables en relación con la toma de la citología, como el miedo y el temor a un diagnóstico de cáncer y el olvido es el principal factor para no reclamar los resultados. Estos datos demuestran que el porcentaje de mujeres con vida sexual que desconocen la utilidad de la citología o nunca se la han practicado es mínimo, lo cual permite concluir que la ineficacia de los programas de tamizaje para disminuir las cifras de cáncer de cérvix en nuestro medio depende de otros factores que deben ser evaluados.

FIGUEROA (2011) ⁴⁶ su objetivo de estudio fue el describir los conocimientos, actitudes y prácticas de la citología cérvico-uterina, en mujeres desplazadas de los sectores Caguan, Chipi y Tambo en el barrio Las Flores del Distrito de Barranquilla durante el primer semestre de 2010. Evaluó a 150 mujeres, la edad promedio fue de 32.8, la mediana de 30, la moda de 37, la edad mínima de 15 años y la máxima de 76; la mayoría eran casadas o vivían en unión libre (68%); más del 90% de las mujeres encuestadas presentaron un bajo nivel de escolaridad y 81% eran amas de casa; la cuarta parte de las mujeres se encontraron no afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud y el 58% se encuentran afiliadas al régimen subsidiado. El 83% manifestó saber en qué parte del cuerpo se tomaba el estudio, pero solo un 30% tiene un conocimiento adecuado de la citología; el 68% ha solicitado que le realicen la prueba en los últimos tres años; dos tercios de las mujeres se la practicaron por lo menos una vez en los últimos tres años, porcentaje que se encuentra por debajo de estudio llevado

a cabo el Instituto Nacional de Cancerología (INC). El conocimiento poco claro que tienen las mujeres sobre la citología, la cobertura de solo dos tercios del total de mujeres encuestadas y la poca iniciativa del médico para solicitar la citología, contrasta con el interés que muestran las mujeres porque la práctica sea anual y por la avidez que tienen de conocer más sobre dicho examen.

GUTIERREZ (2010) ⁴⁷ en la que determinan la frecuencia, características sociodemográficas y factores de relación interpersonal asociados a la realización del examen de Papanicolaou (PAP) en mujeres peruanas en edad fértil (MEF). Se utilizó la base de datos de las Encuestas Demográficas y de Salud Familiar (ENDES) realizadas en los años 1996, 2000, 2004 y 2008. El porcentaje de MEF que se han realizado algún PAP fue de 42.8%, 45.7%, 47.3% y 45.6% para los años 1996, 2000, 2004 y 2008 respectivamente. Mientras que el porcentaje de MEF que ha escuchado sobre el PAP fue de 78.3%, 85.1%, 89.8% y 91.4% para los mismos años. Durante los cuatro años analizados, el vivir en la costa y en zona urbana fueron las variables asociadas con haber escuchado sobre el PAP. Mientras que el haberse realizado algún PAP sólo estuvo asociada con el vivir en la costa, en forma consecuyente durante los cuatro años analizados.

5 HIPOTESIS

Las mujeres de 20 a 50 años atendidas en el Hospital Regional de Loreto tienen un conocimiento adecuado sobre el cáncer de cuello uterino.

6 VARIABLES

Variable Dependiente:

- Conocimiento del Cáncer de Cuello Uterino:
 - Adecuado
 - No adecuado

Variables Independientes:

- Características sociodemográficas:
 - Edad
 - Estado civil
 - Procedencia
 - Nivel de Instrucción
 - Información sobre cáncer de cuello uterino
- Características ginecobstétricas:
 - Antecedente familiar de cáncer ginecológico
 - Paridad
 - Edad de primera relación sexual
 - Frecuencia del Papanicolaou

7. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA
CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICOS Es el conjunto de características demográficas, de la unidad de estudio como su edad, procedencia, nivel de instrucción, estado civil.	Fecha de nacimiento registrada en el SIS o historia clínica	Edad: Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del ocurrir la encuesta, los grupos serán de 20 a 29 años, 30 a 39 años, 40 a 50 años.	Continua
	Estado civil registrado en el SIS o historia clínica	Estado civil: Estado en la persona con respecto a sus deberes y derechos con niveles sociales, económicos y legales. Soltera: Que vive sola con sus hijos y no tiene vínculo con el padre. Conviviente: Que convive con su pareja pero no tienen vínculo legal. Casada: Que tiene vínculo legal (civil) con su pareja.	Nominal
	Dirección registrada en el SIS o historia clínica	Procedencia: Se define como la dirección registrada en la historia clínica, debido a que es un estudio prospectivo. Urbano: Que procede de la zona céntrica o dentro del perímetro urbano de la ciudad. Urbanomarginal: Que procede de áreas alejadas del perímetro urbano. Rural: Que procede de pueblos, caseríos aledaños de la ciudad.	Nominal
	Nivel de instrucción registrada en el SIS o historia clínica	Nivel de instrucción: Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos, tendrá 4 índices: sin estudios, Primaria, secundaria y técnica o superior. Sin instrucción: No curso estudios en un centro educativo. Primaria: Con estudios en centro educativo primario completa o incompleta. Secundaria: Con estudios en centro educativo secundario completa o incompleta. Técnica: Con estudios en centro educativo técnico completa o incompleta. Superior: Con estudios en centro educativo superior, completa o incompleta.	Nominal
	Información registrada en la encuesta	Información sobre cáncer de cuello uterino: Información recibida sobre el cáncer de cuello uterino (factores, clínica, diagnóstico) por un profesional de salud.	Nominal

VARIABLES	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA
CARACTERISTICAS GINECOOBSTETRICAS Es el conjunto de características ginecoobstétricas de la unidad de estudio, como: antecedente familiar de cáncer ginecológico, edad de primera relación sexual, paridad.	Información registrada en la encuesta	Antecedente familiar de cáncer ginecológico: Antecedente de que algún familiar de primera o segunda línea ha presentado cáncer ginecológico.	Nominal
	Formula obstétrica registrada en la encuesta	Paridad: Se dice que una mujer ha parido cuando ha dado a luz por cualquier vía (vaginal o cesárea) puede ser nulípara, primípara, multipara y gran múltipara.	Nominal
	Edad de primera relación sexual registrada en la encuesta	Edad de primera relaciones sexuales: Edad en la que presento su primera RS.	Continua
	Frecuencia de Papanicolaou registrada en la encuesta	Frecuencia de Papanicolaou: Número de examen citológico de las células del cuello uterino que se han realizado.	Discreta
CONOCIMIENTO SOBRE CANCER DE CUELLO UTERINO: Conocimiento sobre los síntomas, signos, diagnóstico, medidas preventivas sobre el cáncer de cuello uterino.	Cuestionario 20 preguntas 6 sobre factores de riesgo, 5 sobre la clínica y 9 sobre el diagnóstico con el PAP	Conocimiento adecuado: Aquellas que contesten entre 14 a 20 repuestas. Conocimiento no adecuado: Aquellas que contesten menos de 14 preguntas.	Nominal

CAPITULO III

8. METODOLOGIA

8.1 Tipo y Diseño de Investigación

El presente estudio es de tipo cuantitativo de diseño no experimental descriptivo transversal prospectivo.

- Descriptivo: Porque describe el nivel de conocimiento del cáncer de cuello uterino en las mujeres de 20 a 50 años del Hospital Regional de Loreto.
- Transversal: Porque evalúa las variables una sola vez durante el período que ocurre el estudio.
- Prospectivo: Porque el evento (nivel de conocimiento) se determinara durante el estudio.

8.2 Población y Muestra:

a) Población

La población estuvo constituida por 480 mujeres entre 20 a 50 años que se atendieron en el Hospital Regional de Loreto, entre noviembre a diciembre del 2015.

b) Muestra

La muestra estuvo constituida por un total de 215 mujeres entre 20 a 50 años que se atendieron en el Hospital Regional de Loreto, entre noviembre a diciembre del 2015, que cumplen los criterios de inclusión y exclusión.

c) Tamaño muestral

El tamaño de la muestra se ha calculado a través de la fórmula para poblaciones finitas:

Cálculo del tamaño de la muestra = $n/(1 + (n/N))$

$$n = (Z^2)(p)(q)/e^2$$

Z = 1.96, valor de Z al 95% de confianza

$$p = 0.5$$

$$q = 1 - p = 0.5$$

e = error estándar, que su valor es de 0.05

N = Promedio de mujeres entre 20 a 50 que se atenderán en el Hospital Regional de Loreto entre noviembre a diciembre 480.

$$n = \frac{(1.96)^2(0.5)(0.5)}{(0.05)^2} = 384.16$$

$$TM = 384.16/(1 + (384.16/480)) = 215$$

Los criterios de inclusión fueron:

- Mujer de 20 a 50 años atendida en el Hospital Regional de Loreto.
- Aceptación a la participación.

Los criterios de exclusión al estudio:

- Mujer menor de 20 años y mayor de 50 años.
- Mujer que habiendo aceptado participar, durante la encuesta decide retirarse.

El muestreo fue por conveniencia debido a que la mujer aceptara participar en el estudio.

8.3 Técnicas e Instrumentos:

La técnica que se usó para el presente estudio de investigación fue la de recolección de información de fuente primaria a través de una encuesta, los datos fueron registrados en una ficha de recolección de datos; que consta de tres ítems, la primera donde se registra las características sociodemográficas (edad, estado civil, procedencia, nivel de instrucción), el segundo ítem sobre las características ginecoobstétricas (antecedente familiar de cáncer ginecológico, edad de inicio de

relaciones sexuales, paridad, frecuencia de Papanicolaou) y en el tercero una encuesta sobre el conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino.

La encuesta de nivel de conocimiento se basa en 20 preguntas, 6 sobre factores de riesgo, 5 sobre la clínica y 9 sobre el diagnóstico con el PAP; aquellas que contesten entre 14 a 20 repuestas serán consideradas que su conocimiento es adecuado, y aquellas que contesten menos de 14 serán consideradas como conocimiento no adecuado.

El instrumento fue aplicado por VELA ⁴⁰ en su estudio con todas las estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Científica del Perú, de las carreras de Obstetricia, Tecnología médica, Psicología, Estomatología y Enfermería, que se encontraban estudiando en julio del 2013.

8.4 Procedimiento de recolección de datos:

Se solicitó autorización al Director del Hospital Regional de Loreto para la realización del presente estudio, luego se procedió encuestar a las mujeres que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión, informándolas del estudio y previa aceptación se le procedió a realizar la encuesta.

Los datos recolectados fueron verificados con el asesor de la tesis, luego de ello se ordenaron según las variables a estudiar para su almacenamiento.

8.5 Análisis e interpretación de datos:

La información recogida fue ingresada en una base de datos creada con el software Excell y procesada con el SPSS 21.0, luego se procedió a realizar análisis univariado estos resultados se presentan a través de estadística descriptiva mediante tablas univariadas de frecuencias relativas y gráficos; las relaciones entre el nivel de conocimiento y las variables de la mujer fue a través de estadística analítica utilizando la prueba de Ji cuadrado y presentándolo en tablas de contingencia.

8.6 Protección de los Derechos Humanos:

Se ha revisado la declaración de Helsinki sobre los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, el presente estudio no es experimental, consiste en una recopilación de información dada voluntariamente a través de un consentimiento informado, respetando la confidencialidad de la información.

CAPITULO IV

9. RESULTADOS

a) Nivel de conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino de la mujer entre los 20 a 50 años atendidas en el Hospital Regional de Loreto.

Las mujeres encuestadas, reconocen que el número de parejas sexuales (74.4%), la presencia del papiloma virus (72.1%) y el inicio temprano de las relaciones sexuales (63.3%) son factores que condicionan la presencia de cáncer de cuello uterino (Tabla N° 1).

Con menos frecuencia reconocieron como factores a cáncer de cuello uterino a la multiparidad (47.9%) y el no uso de condón (39.1%) (Tabla N° 1).

Tabla N° 1
Conocimiento sobre los factores a cáncer de cuello uterino de la mujer de 20 a 50 años
atendidas en el Hospital Regional de Loreto
Noviembre a Diciembre del 2015

Sobre los factores para tener cáncer del cuello uterino:	Correctas	
1. La presencia de papiloma virus en el cuello uterino aumenta el riesgo de cáncer del cuello uterino.	155	72.1%
2. El inicio de relaciones sexuales a temprana edad aumenta el riesgo de cáncer del cuello uterino.	136	63.3%
3. El tener varias parejas sexuales aumenta el riesgo de cáncer del cuello uterino.	160	74.4%
4. La multiparidad aumenta el riesgo de cáncer del cuello uterino.	103	47.9%
5. El tener familiar con cáncer del cuello uterino aumenta el riesgo de cáncer del cuello uterino.	143	66.5%
6. El uso del condón reduce el riesgo de cáncer del cuello uterino.	84	39.1%

Dentro de la clínica del cáncer de cuello uterino, las mujeres encuestadas, reconocen como síntoma y signos del cáncer de cuello uterino a la presencia de sangrado no menstrual (66.5%), sangrado después de una relación sexual (59.1%), la presencia de úlceras (54.4%) y dolor durante las relaciones sexuales (53.0%) (Tabla N° 2).

Con menor frecuencia reconocieron como signo la secreción vaginal inusual con o sin presencia de sangre (40.0%) (Tabla N° 2).

Tabla N° 2
Conocimiento sobre la clínica del cáncer de cuello uterino de la mujer de 20 a 50 años
atendidas en el Hospital Regional de Loreto
Noviembre a Diciembre del 2015

Sobre la Clínica	Correctas	
7. El sangrado vaginal fuera de la menstruación es un posible signo de cáncer de cuello uterino.	143	66.5%
8. El dolor durante las relaciones sexuales puede ser signo de un cáncer de cérvix.	114	53.0%
9. Una secreción vaginal inusual con o sin sangre puede ser un signo de cáncer de cuello uterino.	86	40.0%
10. El sangrado después de una relación sexual puede ser signo de cáncer de cuello uterino.	127	59.1%
11. La presencia de úlceras después de una cauterización puede ser signo de un cáncer de cuello uterino.	117	54.4%

Sobre el diagnóstico, las mujeres encuestadas, reconocen que la mujer con relaciones sexuales debe hacerse un PAP (88.8%), que el PAP es útil para el diagnóstico de cáncer del cuello uterino (84.7%), que el PAP se debe hacer al menos una vez al año (76.7%), que el PAP estudia las células del cuello uterino (73.5%), que el estado conyugal no es requisito para la toma del PAP (67.9%), que el PAP se hace no solo cuando tienes descenso vaginal (64.7%), que el no tener hijo no es criterio para no hacerse un PAP (63.3%) y que el PAP se debe hacer con indicación médica (54.4%) (Tabla N° 3).

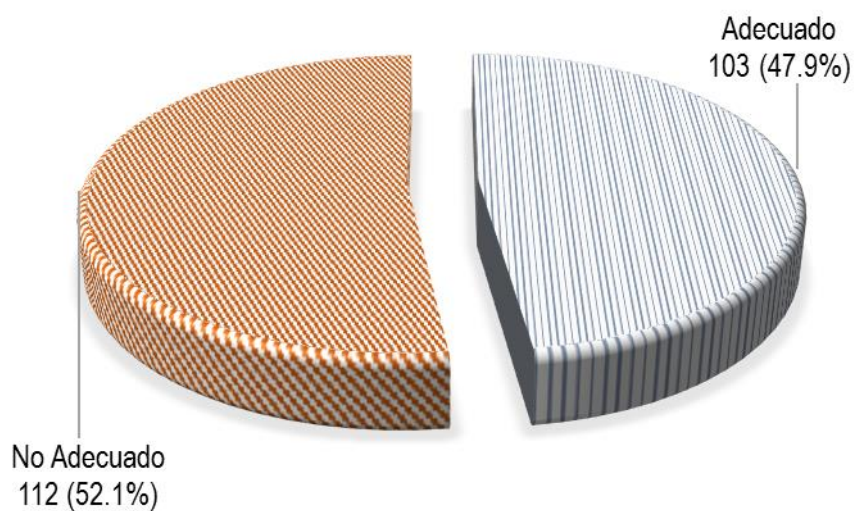
Con menor frecuencia reconocieron que el PAP no es doloroso (34.4%) (Tabla N° 3).

Tabla N° 3
Conocimiento sobre el diagnóstico del cáncer de cuello uterino de la mujer de 20 a 50 años atendidas en el Hospital Regional de Loreto
Noviembre a Diciembre del 2015

Sobre el diagnóstico	Correctas	
12. Las mujeres que ya tienen relaciones sexuales deben hacerse un PAP.	191	88.8%
13. Solo las mujeres que tienen hijos deben hacerse un PAP.	136	63.3%
14. El PAP debe hacerse solo cuando uno tiene descenso vaginal.	139	64.7%
15. El PAP es útil para detectar cáncer de útero.	182	84.7%
16. El PAP solo se debe hacerse cuando se tiene una pareja estable (conviviente o casado).	146	67.9%
17. Uno debe hacerse un PAP al menos una vez al año.	165	76.7%
18. El PAP debe hacerse solo por indicación médica.	117	54.4%
19. El PAP estudia las células del cuello uterino.	158	73.5%
20. La toma del PAP es doloroso.	74	34.4%

El 47.9% de las mujeres de 20 a 50 años encuestadas tienen un adecuado nivel de conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino, y el 52.1% tienen un conocimiento no adecuado (Gráfica N° 1).

Gráfica N° 1
Nivel de conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino de la mujer de 20 a 50 años
atendidas en el Hospital Regional de Loreto
Noviembre a Diciembre del 2015



b) Características sociodemográficas de la mujer de 20 a 50 años atendidas en el Hospital Regional de Loreto.

El 41.4% de las mujeres encuestadas presentaron entre 30 a 39 años de edad y el 37.7% entre los 20 a 29 años de edad; el 37.7% son casadas y el 36.7% son convivientes; el 29.3% con nivel de educación de secundaria y el 28.8% superior; el 71.2% proceden de la zona urbana de la ciudad y el 48.8% si recibieron información sobre el cáncer de cuello uterino (Tabla N° 4).

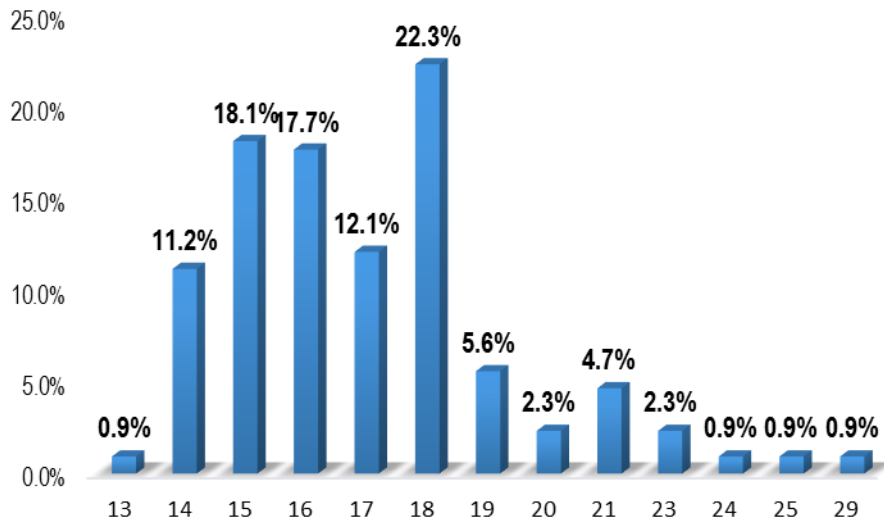
Tabla N° 4
Características de la mujer de 20 a 50 años atendidas en el Hospital Regional de Loreto
Noviembre a Diciembre del 2015

Edad	Nº	%	Nivel de instrucción	Nº	%
20 a 29 años	81	37.7%	Sin estudios	0	0.0%
30 a 39 años	89	41.4%	Primaria	59	27.4%
40 a 50 años	45	20.9%	Secundaria	63	29.3%
Total	215	100.0%	Técnica	31	14.4%
Estado civil	Nº	%	Superior	62	28.8%
Soltera	55	25.6%	Total	215	100.0%
Conviviente	79	36.7%	Procedencia	Nº	%
Casada	81	37.7%	Urbano	153	71.2%
Total	215	100.0%	Urbanomarginal	31	14.4%
Información sobre Ca. de cuello uterino	Nº	%	Rural	31	14.4%
SI	105	48.8%	Total	215	100.0%
NO	110	51.2%			
Total	215	100.0%			

c) Características ginecobstétricas de las mujeres entre los 20 a 50 años atendidas en el Hospital Regional de Loreto.

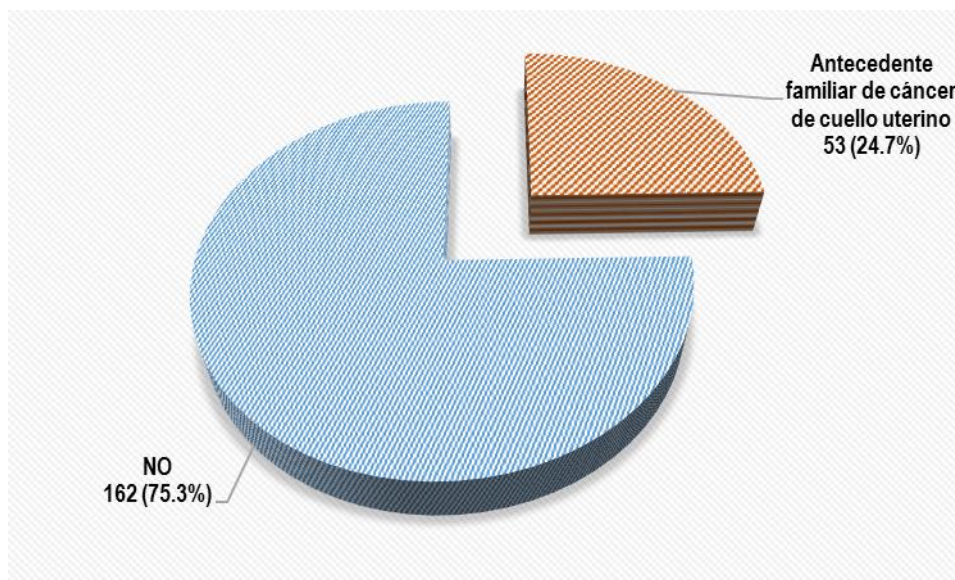
El 22.3% de las mujeres de 20 a 50 años encuestadas refieren que a los 18 años iniciaron su actividad sexual, el 70.2% de las mujeres iniciaron su actividad sexual entre los 15 a 18 años de edad (Gráfica N° 2).

Gráfica N° 2
Edad de inicio de la actividad sexual la mujer de 20 a 50 años atendidas en el Hospital Regional de Loreto
Noviembre a Diciembre del 2015



El 24.7% de las mujeres de 20 a 50 años encuestadas refieren tener antecedente familiar de cáncer de cuello uterino (Gráfica N° 3).

Gráfica N° 3
Antecedente familiar de Cáncer de cuello uterino de la mujer de 20 a 50 años atendidas en el Hospital Regional de Loreto
Noviembre a Diciembre del 2015



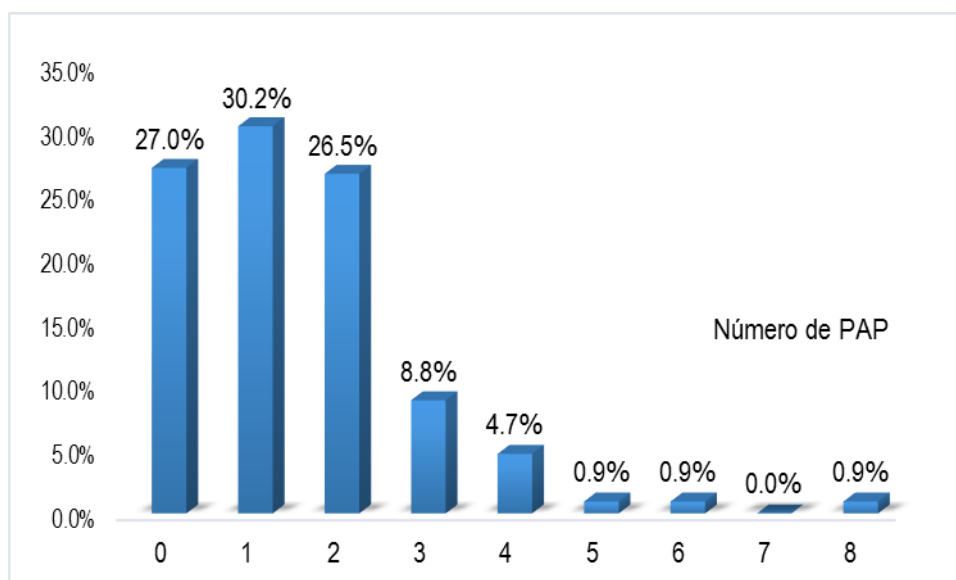
El 43.3% de las mujeres de 20 a 50 años encuestadas refieren ser multíparas y el 22.3% primíparas (Tabla N° 5).

Tabla N° 5
Paridad de la mujer de 20 a 50 años atendidas en el Hospital Regional de Loreto
Noviembre a Diciembre del 2015

Paridad	Nº	%
Nulípara	43	20.0%
Primípara	48	22.3%
Multípara	93	43.3%
Gran Multípara	31	14.4%
Total	215	100.0%

El 27.0% de las mujeres de 20 a 50 años encuestadas refieren no haberse practicado Papanicolaou; el 30.2% lo realizo una vez y el 26.5% dos veces (Gráfica N° 4).

Gráfica N° 4
Número de PAP realizados por la mujer de 20 a 50 años atendidas en el
Hospital Regional de Loreto
Noviembre a Diciembre del 2015



El 36.7% de las mujeres de 20 a 50 años encuestadas refieren que se realizan un PAP una vez al año y el 20.0% cuando se lo solicita el médico (Tabla N° 6).

Tabla N° 6
Frecuencia de toma de PAP de la mujer de 20 a 50 años atendidas en el
Hospital Regional de Loreto
Noviembre a Diciembre del 2015

Con que frecuencia se realiza una PAP	N°	%
Una vez al año.	79	36.7%
Cada 6 meses.	12	5.6%
Cuando me lo solicita el médico.	43	20.0%
Cuando tengo descensos o siento dolor vaginal.	10	4.7%
A veces.	11	5.1%
Muy rara vez.	2	0.9%
Nunca.	58	27.0%
Total	215	100.0%

d) Relación entre el nivel de conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino con las características sociodemográficas y obstétricas de la mujer entre los 20 a 50 años atendidas en el Hospital Regional de Loreto.

El 55.6% de las mujeres de 20 a 29 años tuvieron un adecuado nivel de conocimiento sobre el 37.8% de las mujeres de 40 a 50 años, a pesar de esta diferencia, no se encontró relación estadísticamente significativa ($p = 0.144$) entre la edad y el nivel de conocimiento (Tabla N° 7).

Tabla N° 7
Edad y Nivel de Conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino de la mujer de 20 a 50 años atendidas en el Hospital Regional de Loreto
Noviembre a Diciembre del 2015

Edad	Adecuado		No adecuado		Total
20 a 29 años	45	55.6%	36	44.4%	81
30 a 39 años	41	46.1%	48	53.9%	89
40 a 50 años	17	37.8%	28	62.2%	45
Total	103	47.9%	112	52.1%	215

$p = 0.144$

Las solteras tuvieron con mayor frecuencia (74.5%) un adecuado nivel de conocimiento sobre las convivientes (30.4%) y casadas (46.9%), se encontró relación estadísticamente significativa ($p = 0.000$) entre el estado civil y el nivel de conocimiento (Tabla N° 8).

Tabla N° 8
Estado civil y Nivel de Conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino de la mujer de 20 a 50 años atendidas en el Hospital Regional de Loreto
Noviembre a Diciembre del 2015

Estado civil	Adecuado		No adecuado		Total
Soltera	41	74.5%	14	25.5%	55
Conviviente	24	30.4%	55	69.6%	79
Casada	38	46.9%	43	53.1%	81
Total	103	47.9%	112	52.1%	215

$p = 0.000$

Las mujeres que provienen de la zona urbana de la ciudad tuvieron con mayor frecuencia (54.9%) un adecuado nivel de conocimiento sobre las que provienen de zona urbanomarginal (38.7%) y rural (22.6%), se encontró relación estadísticamente significativa ($p = 0.002$) entre la procedencia y el nivel de conocimiento (Tabla N° 9).

Tabla N° 9
Procedencia y Nivel de Conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino de la mujer de 20 a 50 años atendidas en el Hospital Regional de Loreto
Noviembre a Diciembre del 2015

Procedencia	Adecuado		No adecuado		Total
Urbano	84	54.9%	69	45.1%	153
Urbanomarginal	12	38.7%	19	61.3%	31
Rural	7	22.6%	24	77.4%	31
Total	103	47.9%	112	52.1%	215

$p = 0.002$

Las mujeres con nivel de educación superior (82.3%) y técnico (77.4%) tuvieron con mayor frecuencia un adecuado nivel de conocimiento sobre las que tienen secundaria (22.2%) y primaria (23.7%), se encontró relación estadísticamente significativa ($p = 0.000$) entre el nivel de instrucción y el nivel de conocimiento (Tabla N° 10).

Tabla N° 10
Nivel de instrucción y Nivel de Conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino de la mujer de 20 a 50 años atendidas en el Hospital Regional de Loreto
Noviembre a Diciembre del 2015

Nivel de instrucción	Adecuado		No adecuado		Total
Primaria	14	23.7%	45	76.3%	59
Secundaria	14	22.2%	49	77.8%	63
Técnica	24	77.4%	7	22.6%	31
Superior	51	82.3%	11	17.7%	62
Total	103	47.9%	112	52.1%	215

$p = 0.000$

El 73.3% de las mujeres que recibieron información sobre el cáncer de cuello uterino tienen un adecuado nivel de conocimiento sobre las que no recibieron la información (23.6%), se encontró relación estadísticamente significativa ($p = 0.000$) entre la recepción de información sobre el cáncer de cuello uterino y su nivel de conocimiento (Tabla N° 11).

Tabla N° 11
Información y Nivel de Conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino de la mujer de 20 a 50 años atendidas en el Hospital Regional de Loreto
Noviembre a Diciembre del 2015

Información sobre cáncer de cuello uterino	Adecuado		No adecuado		Total
SI	77	73.3%	28	26.7%	105
NO	26	23.6%	84	76.4%	110
Total	103	47.9%	112	52.1%	215

$p = 0.000$

El 71.7% de las mujeres que tiene antecedente familiar de cáncer de cuello uterino tienen un adecuado nivel de conocimiento sobre las que no tienen el antecedente familiar (40.1%), se encontró relación estadísticamente significativa ($p = 0.000$) entre el antecedente familiar de cáncer de cuello uterino y su nivel de conocimiento (Tabla N° 12).

Tabla N° 12
Antecedente familiar de cáncer de cuello uterino y Nivel de Conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino de la mujer de 20 a 50 años atendidas en el Hospital Regional de Loreto
Noviembre a Diciembre del 2015

Antecedente familiar de cáncer de cuello uterino	Adecuado		No adecuado		Total
SI	38	71.7%	15	28.3%	53
NO	65	40.1%	97	59.9%	162
Total	103	47.9%	112	52.1%	215

$p = 0.000$

Las nulíparas tienen con mayor frecuencia (72.1%) un adecuado nivel de conocimiento sobre las primíparas (60.4%), múltiparas (44.1%) y gran múltiparas (6.5%), se encontró relación estadísticamente significativa ($p = 0.000$) entre la paridad y el nivel de conocimiento (Tabla N° 13).

Tabla N° 13
Paridad y Nivel de Conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino de la mujer de 20 a 50 años atendidas en el Hospital Regional de Loreto
Noviembre a Diciembre del 2015

Paridad	Adecuado		No adecuado		Total
Nulípara	31	72.1%	45	27.9%	43
Primípara	29	60.4%	49	39.6%	48
Múltipara	41	44.1%	7	55.9%	93
Gran Múltipara	2	6.5%	11	93.5%	31
Total	103	47.9%	112	52.1%	215

$p = 0.000$

Las mujeres que se realizaron alguna vez un PAP tienen un adecuado nivel de conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino (56.1%) mayor frecuencia que las que no se han realizado un PAP (25.9%), se encontró relación estadísticamente significativa ($p = 0.000$) entre las que realizan un PAP y su nivel de conocimiento (Tabla N° 14).

Tabla N° 14
Toma de PAP y Nivel de Conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino de la mujer de 20 a 50 años atendidas en el Hospital Regional de Loreto
Noviembre a Diciembre del 2015

PAP	Adecuado		No adecuado		Total
SI	88	56.1%	69	43.9%	157
NO	15	25.9%	43	74.1%	58
Total	103	47.9%	112	52.1%	215

$p = 0.000$

El 100% de las mujeres que iniciaron su actividad sexual después de 19 años tuvieron un adecuado nivel de conocimiento sobre las que tienen una edad menor o igual a los 19 años (40.7%), se encontró relación estadísticamente significativa ($p = 0.000$) entre la edad de inicio de relaciones sexuales y su nivel de conocimiento (Tabla N° 15).

Tabla N° 15
Edad de inicio de relaciones sexuales y Nivel de Conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino de la mujer de 20 a 50 años atendidas en el Hospital Regional de Loreto Noviembre a Diciembre del 2015

Edad primera RS	Adecuado		No adecuado		Total
≤ 19 años	77	40.7%	69	59.3%	189
> 20 años	26	100.0%	43	0.0%	26
Total	103	47.9%	112	52.1%	215

$p = 0.000$

10. DISCUSIÓN

El 47.9% tienen un adecuado nivel de conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino, menos del 50% no reconocen algunos factores de riesgo, sintomatología y el procedimiento del Papanicolaou. VELA ⁴⁰ encuentra que el 57.5% de las estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud presentaron un nivel de conocimiento adecuado sobre los factores, diagnóstico del cáncer de cuello uterino y Papanicolaou. ROQUE ³⁸ encuentra que casi el 20% tienen un conocimiento alto sobre cáncer de cuello uterino. ALARCO ³⁹ encuentra que el 80% tuvo conocimiento medio y bajo sobre cáncer de cuello uterino. URDANETA ⁴² encuentra que el 64% de las mujeres encuestadas demostraron un nivel de conocimiento suficiente. LOPEZ ⁴¹ en su estudio en una población de Colombia encuentra que 89% de las mujeres encuestadas tenían poco conocimiento sobre cáncer de cuello uterino.

Los resultados nos muestran que menos del 50% de las mujeres han recibido información sobre el cáncer de cuello uterino; en cambio en el estudio de VELA ⁴⁰ reporta que el 81.3% recibieron información sobre cáncer de cuello uterino, esta alta frecuencia es debido a que son estudiantes de una universidad y algunas son de la carrera de obstetricia y enfermería, es importante que las mujeres deben estar adecuadamente informadas sobre los factores y la clínica del cáncer de cuello uterino, así como el Papanicolaou es el mejor medida de prevención secundaria para detectar oportunamente el cáncer de cuello uterino; mientras que ALARCO ³⁹ reporta que la información que recibieron sobre el cáncer de cuello uterino fue principalmente a través del internet (44.6%).

1 de cada 4 mujeres tienen antecedente familiar de cáncer de cuello uterino; VELA ⁴⁰ encuentra que el 17.9% de las estudiantes de la Universidad Científica del Perú tienen antecedente familiar de cáncer de cuello uterino lo que nos muestra que la prevalencia de esta patología es alta en nuestra región.

El 27% de las mujeres no se realizan un PAP a pesar de tener actividad sexual, un poco más de la tercera parte lo realiza una vez al año. ROQUE ³⁸ encuentra en su estudio realizado en el Agustino que más de la tercera parte de las mujeres encuestadas no se realizó examen de Papanicolaou en los tres últimos años. LOPEZ ⁴¹ en su estudio anota que el 88,8% de mujeres que habían tenido relaciones sexuales se había tomado alguna vez la citología; BARRIOS ⁴⁵ en su estudio en Cartagena, el 94.5% de las mujeres se la han realizado por lo

menos una vez; la población femenina debe entender que se debe realizar un PAP toda aquella que ya tienen relaciones sexuales una vez al año sin importar la edad.

Las mujeres tienen un inicio temprano de su actividad sexual, más del 50% lo inician entre los 14 a 17 años de edad, siendo un factor de riesgo porque muchas veces lo hacen sin protección y adquieren la infección del papiloma virus humano; existen estudios realizados sobre el comportamiento sexual de las adolescentes en nuestra ciudad, que muestra que tiene un inicio temprano de su actividad sexual y sin protección. ALARCO ³⁹ reporta que el 55.4% de las participantes iniciaron sus relaciones sexuales entre los 17 - 21 años.

El nivel de conocimiento se asoció con: ser solteras y convivientes; procedencia de la zona urbana; nivel de educación técnico y superior; con información sobre el cáncer de cuello uterino; con antecedente de familiar de cáncer de cuello uterino; nulíparas; las que se realizaron PAP, con inicio de actividad sexual después de los 19 años. VELA ⁴⁰ asocia el nivel de conocimiento sobre el cáncer de Cuello uterino y Papanicolaou con antecedente de familiar con cáncer de cuello uterino ($p = 0.027$), con la recepción de información ($p = 0.000$). ALARCO ³⁹ encuentra que el nivel de conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino está relacionado al grado de instrucción ($p = 0.021$).

11. CONCLUSIONES

- Se evaluaron 215 mujeres, de las que el 47.9% tienen un adecuado nivel de conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino, más del 50% no reconocen algunos factores de riesgo, sintomatología y el procedimiento del Papanicolaou.
- El 41.4% tienen entre 30 a 39 años de edad; el 37.7% son casadas; el 71.2% proceden de la zona urbana; el 29.3% con nivel de educación de secundaria y el 28.8% superior; el 48.8% si recibieron información sobre el cáncer de cuello uterino; el 24.7% con antecedente familiar de cáncer de cuello uterino; el 43.3% son multíparas; el 27.0% de las mujeres no se han practicado Papanicolaou y el 56.5% lo realizaron una o dos veces; el 36.7% refieren que se realizan un PAP una vez al año y el 22.3% refieren que a los 18 años iniciaron su actividad sexual.
- El nivel de conocimiento se asoció con: ser solteras y convivientes ($p = 0.000$); la procedencia de la zona urbana ($p = 0.002$); nivel de educación superior y técnico ($p = 0.000$); las que recibieron información sobre el cáncer de cuello uterino ($p = 0.000$); las que tienen antecedente de familiar de cáncer de cuello uterino ($p = 0.000$); las nulíparas ($p = 0.000$); las que se realizaron PAP ($p = 0.000$), con inicio de actividad sexual después de los 19 años.

12. RECOMENDACIONES

Los hallazgos nos permiten recomendar:

- Fortalecer el conocimiento sobre los factores de riesgo, sintomatología del cáncer del cuello uterino y del Papanicolaou en las mujeres con actividad sexual que se atiende en el Hospital Regional de Loreto mediante la orientación y la consejería.
- Educar y sensibilizar a la población femenina del Hospital Regional de Loreto a la toma del Papanicolaou para lograr un diagnóstico precoz del cáncer de cuello uterino.
- Realizar campañas para la toma de Papanicolaou en los asentamientos humanos de la jurisdicción del Hospital Regional de Loreto.
- Realizar campañas de orientación y consejería sobre el cáncer de cuello uterino en los colegios de la jurisdicción del Hospital Regional de Loreto.
- Realizar más estudios enfocados en identificar el nivel de conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino.

CAPITULO V

13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Herdman C., cols. Planificación de programas apropiados para la prevención del cáncer cervicouterino. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Fundación Bill y Melinda Gates, OPS/OSP. 2002. 3ra Ed.; 11-4
2. Arpasi C., Arpasi B., Calle E. Grado de conocimiento sobre el papanicolaou; En mujeres en edad fértil del municipio de Guaqui. 2007,8:10-16
3. Robles SC, White F, Peruga A. Tendencias de la mortalidad por cáncer de cuello de útero en las Américas. *Bol Oficina Sanit Panam* 1996; 121:478-90.
4. Wiesner-Ceballos C, Vejarano-Velandia M, Caicedo-Mera JC, Tovar-Murillo SL, Cendales-Duarte R. La citología de cuello uterino en Soacha, Colombia: representaciones sociales, barreras y motivaciones. *Rev. salud pública*. 2006; 8(3):185-196.
5. Sosa MB. Cáncer de cuello uterino, la importancia de un programa de prevención. En: <http://www.cpcweb.com.ar/medicos/index.htm>.
6. Rojas AG, Loria D, Fleider L, Tatti S. Epidemiología del cáncer de cuello uterino en Latinoamérica y el Caribe. *Colposcopia* 2000; 11(3):105-17.
7. Organización Mundial de la Salud. Control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2007.
8. Gawande VV, Wahab SN, Zodpey SP, Vasudeo ND. Risk factors for cancer cervix: a case control study. *Indian J Cancer*. 1998; 35(4):164-70.
9. Aguilar-Pérez JA, Leyva-López AG, Angulo-Nájera D, Salinas A, Lazcano-Ponce EC. Tamizaje en cáncer cervical: conocimiento de la utilidad y uso de citología cervical en México. *Rev. Saude Pública*. 2003; 37(1): 100-6.
10. Análisis de la situación del cáncer en el Perú, 2013. Lima Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología, 2013
11. Velásquez A et al. La Carga de Enfermedad y Lesiones en el Perú. Ministerio de Salud, Lima, Perú. 2009.
12. University of Virginia Health System. La Salud Ginecológica. Examen del Papanicolaou. Disponible en: http://www.healthsystem.Virginia.edu/uvahealth/adult_gyneonc_sp/papt.cfm.
13. Zenteno V., Rivas J. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el Papanicolaou en mujeres de 15 a 50 años en el Hospital La Paz - La Paz – octubre 2006. *Arch. Hospital La Paz*, 2007, 5(2):7-15.

14. Vargas J. El programa de evaluación externa del desempeño de la citología para el tamizaje de cáncer de cuello uterino. Bol - Inst Nac Salud 2014; año 20 (3-4) marzo - abril.
15. Solidoro A, Olivares L, Castellano C, Barriga O, Galdos R, Cáceres E. Cáncer de cuello uterino en el Perú. Diagnóstico. 2004;43:29–33.
16. INEI. ENDES 2009. Perú.
17. Huamani Ch., Hurtado-Ortega A., Guardia-Ricra M., Roca-Mendoza J. Conocimientos y actitudes sobre la toma de papanicolaou en mujeres de Lima, Perú 2007. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2008; 25(1):44-50.
18. Rengifo L. Conocimiento sobre el Papanicolaou en mujeres de 18 a 35 años del AAHH Juan Carlos del Águila – Iquitos, julio 2014. Investigación Asistida para optar el título de Obstetra. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad científica del Perú.
19. Aguilar-Pérez JA, Leyva-López AG, Angulo-Nájera D, Salinas A, Lazcano-Ponce EC. Tamizaje en cáncer cervical: conocimiento de la utilidad y uso de citología cervical en México. Rev. Saude Publica. 2003; 37(1): 100-6.
20. Valenzuela MT, Miranda A. ¿Por qué NO me hago el Papanicolaou? Barreras psicológicas de mujeres de sectores populares de Santiago de Chile. Rev. Chil Salud Publica. 2001; 5(2-3): 75-80. con el propósito
21. Lazcano-Ponce EC, Moss S, Cruz-Valdez A, Alonso de Ruiz P, Casares-Queralt S, Martínez-León CJ, et al. Factores que determinan la participación en el tamizaje de cáncer cervical en el estado de Morelos. Salud Pública Mex. 1999; 41(4): 278-85.
22. Castro M, Morfin R, Sánchez SE, Roca J, Sánchez E, Williams MA. Nivel de conocimiento sobre el cáncer cervical y el Papanicolaou en relación al temor, estrés, o vergüenza al tamizaje: estudio transversal en una comunidad pobre. Acta Med Peruana. 2005; 22(2): 90-95.
23. Tenorio BJ, Tume SR. Percepciones y actitudes frente al examen de Papanicolaou en mujeres atendidas en el Hospital Nacional Carrión, Callao 2004. [Tesis de licenciada en obstetricia] Lima: Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2004.
24. Bazán F, Posso M, Gutiérrez C. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de papanicolaou. An Fac Med Lima 2007;68(1): 47-56
25. Cáncer de Cuello Uterino. <http://www.cancer.org/cancer-de-cuello-uterino-pdf>.
26. Wright TC. Natural history of HPV infections. J Fam Pract 2009;58(9, Suppl X):S3-S7

27. Zamudio A., Zepeda J., Rodríguez B., Tenorio R. Evaluación del Papanicolaou y la coloscopia en el diagnóstico de la infección por el virus del papiloma humano. *Rev Fac Med UNAM* 2001, 44(1):5-7
28. Stark A, Gregorie L, Pilarski R, Zarbo A, et al. Human papillomavirus, cervical cancer and women's knowledge. *Cancer Detect Prev* 2008; 32(1):15-22.
29. Lizano M, De la Cruz Hernández E, Carrillo García A, García Carrancá A, et al. Distribution of HPV 16 and 18 intratypic variants in normal cytology, intraepithelial lesions, and cervical cancer in a Mexican population. *Gynecol Oncol* 2006;102:230-235
30. Vizcaino AP, Moreno V, Bosch FX, Muñoz N, Barros-Dios XM, Parkin DM. International trends in the incidence of cervical cancer: I. Adenocarcinoma and adenosquamous cell carcinomas. *Int J Cancer* 1998; 5(4):536-45
31. Rodríguez O. Pichardo R., Escamilla G., Hernández M. Estudio de la patología citológica del cérvix *Perinatol Reprod Hum* 2009; 23: 12-17
32. Taplanco R. Comprendiendo en Papanicolaou. 2010. <http://www.femsalud.com.mx/informacion9.html>.
33. Morales I. Conocimiento, actitudes, practicas sobre el Papanicolaou en las usuarias externas del programa de planificación familiar del centro de salud Roger Osorio, municipio de Managua, mes de junio al mes de diciembre año 2010. Tesis para optar al título de maestra en salud pública. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. 2011.
34. Miraval Toledo M., Morón Cortijo C. Manual de procedimientos para el diagnóstico en citología cérvico uterina. Serie de Normas Técnicas N° 43. Centro Nacional de Laboratorios de Salud Pública. Instituto Nacional de Salud. Lima. 2005.
35. Rosa M.; Mohammadi A. Revisión sobre citología de cuello uterino con énfasis en la clasificación de Bethesda 2001. 9º Congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomía 2007. Patológica http://www.conganat.org/9congreso/vistaImpresion.asp?id_trabajo=794&tipo=1
36. Larizgoitia I. Diagnóstico precoz del cáncer cervical: conocimiento actual sobre viejas y nuevas tecnologías. Noviembre 2000. <http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/br0102es.pdf>
37. Ovalle L.; Palma S.; Rosales P.; Haeussler R.; Lavidalie J.; Álvarez E. Manual para tamizaje del cancer cervicouterino. Programa Nacional de Salud Reproductiva componente cervicouterino, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. <http://www.mspas.gob.gt/files/Descargas/ProtecciondeSalud/componentecancer/MANUAL%20PARA%20TAMIZAJE%20DEL%20CANCER%20CERVICO%20UTERINO.pdf>.

38. Roque Agapito K. Conocimientos y actitudes sobre cáncer de cuello uterino relacionados con la toma de papanicolaou en las usuarias del Centro de Salud San Fernando, julio-agosto 2014. Tesis para optar el título de licenciada en Obstetricia. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
39. Alarco Ríos E. Conocimientos sobre cáncer de cuello uterino en gestantes atendidas en el Centro de Salud Carlos Cueto Fernandini Enero - Marzo 2014. Tesis para optar el título de licenciada en Obstetricia. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
40. Vela M. Conocimiento sobre el cáncer del cuello uterino y Papanicolaou de las estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Científica del Perú - Iquitos, julio del 2013. Investigación Asistida para optar el título de Obstetra Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Científica del Perú.
41. López C., Calderón M., González M. Conocimientos, actitudes y prácticas respecto al cáncer de cuello uterino de mujeres entre 14 y 49 años de un barrio de la comuna 10 de la ciudad de Armenia, Colombia. *Rev. Méd. Risaralda* 2013; 19 (1):14-20
42. Urdaneta J.; Nava M.; García J.; Cepeda M.; Zambrano N.; Salazar J.; Contreras A.; Mujica A. Conocimiento del cáncer de cuello uterino y hallazgos citológicos en mujeres de estratos socioeconómicos bajos. *Rev Venez Oncol* 2013;25(4):211-228.
43. Bernardo M., Pessoa L. O Conhecimento, atitudes e prática na prevenção do câncer uterino de uma unidade da zona oeste rio de Janeiro. *R. pesq.: cuid. fundam. online* 2012. 4(3):2483-92
44. Ybarra J., Pérez B., Romero D. Conocimiento y creencias sobre la prueba de Papanicolaou en estudiantes universitarios. *Psicología y Salud*, 2012, 22(2): 185-194.
45. Barríos L., Benedetti I., Alvis L. Arroyo B. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la citología cérvico-uterina en mujeres de Sincelejo y Cartagena, Colombia. *Rev.cienc.biomed.* 2011; 2 (2): 249-255
46. Figueroa N. Conocimiento, actitudes y prácticas de la citología cérvico uterina, en mujeres mayores de 15 años en condición de desplazamiento, en el barrio las Flores; sector Caguan, Chipi y Tambos; del distrito de Barranquilla. 2010. Tesis para optar el título de Magíster en Salud Pública Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina. 2011
47. Gutiérrez C., Román F., Ramos J., Alarcón E., Wong P. Factores asociados con el conocimiento y tamizaje para cáncer de cuello uterino (examen de Papanicolaou) en mujeres peruanas en edad fértil. Análisis del periodo 1996-2008. Sección Epidemiología

del Instituto de Medicina Tropical de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM), Lima-Perú. 2010.

14. ANEXOS

ANEXO N° 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL CANCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES DE 20 A 50 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO Noviembre y Diciembre del 2015

a. Introducción

Buenos días soy, Bachiller de Medicina de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, que estoy invitando a las mujeres entre los 20 a 50 años, atendidas en el Hospital Regional de Loreto participar en forma voluntaria al presente estudio, sobre cuanto saben sobre el cáncer de cuello uterino, pudiendo consultar sus dudas sobre el estudio.

b. Propósito del Estudio

El presente estudio tiene el objetivo de conocer el nivel de conocimiento que poseen las mujeres sobre el cáncer de cuello uterino como sus factores causales, síntomas, signos y diagnóstico; con el propósito de que los resultados aporten estrategias preventivas educacionales para un mejor reconocimiento oportuno de la enfermedad que aumenta la morbimortalidad de la mujer.

c. Diseño de Investigación

El presente estudio es de diseño descriptivo de corte transversal, que a través de una entrevista en un solo momento se obtendrá la información sobre su nivel de conocimiento.

d. Participantes

Los participantes al estudio son mujeres entre los 20 a 50 años de edad, que acuden a su atención en el Hospital Regional de Loreto; su participación es absolutamente voluntaria, luego que la participante lea detenidamente el presente consentimiento informado y aclarada su interrogantes acepte participar en el estudio, durante la entrevista el participante puede negarse a continuar participando a pesar de haber aceptado en un primer momento.

e. Procedimiento

Si usted acepta participar en este estudio sucederá lo siguiente:

1. El investigador iniciara la entrevista realizando preguntas sobre sus características sociodemográficas como su edad, estado civil, grado de instrucción, nivel de instrucción y recepción de información sobre el tema.
2. Luego preguntas sobre sus características obstétricas: edad gestacional, paridad y número de atenciones prenatales, numero de PAP.

3. Al final se le hará preguntas sobre su conocimiento de los factores de riesgo, clínica y diagnóstico del cáncer del cuello uterino.
4. El tiempo de participación en la entrevista se ha calculado no más de 15 minutos.

f. Confidencialidad

Las entrevistas son anónimas, no se registra nombres ni ningún documento de identificación; la información solo se usará para los fines del estudio; al finalizar el estudio las encuestas serán eliminadas.

g. Derecho del paciente

Si usted decide participar en el estudio, podrá retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno.

DECLARACION DEL PARTICIPANTE

He leído y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el estudio, considerando la importancia que tiene mi participación para el beneficio de mi persona y de la comunidad; por lo que acepto voluntariamente participar en el presente estudio.

Me queda claro que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento, sin tener que dar explicaciones.

Firma del Participante

DNI

Fecha:

Anexo Nº 2
FICHA DE RECOLECCION DE DATOS
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL CANCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES DE
20 A 50 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
Noviembre y Diciembre del 2015

1. Características sociodemográficas:

Edad:

- 1) 20 a 29 años
- 2) 30 a 39 años
- 3) 40 a 49 años
- 4) 40 a 50 años

Estado civil:

- 1) Soltera
- 2) Conviviente
- 3) Casada

Procedencia:

- 1) Urbano
- 2) Urbano-marginal
- 3) Rural

Nivel de Instrucción:

- 1) Sin estudios
- 2) Primaria
- 3) Secundaria
- 4) Técnica
- 5) Superior

Has recibido información sobre el cáncer del cuello uterino:

- 1) Si
- 2) No

2. Características Ginecobstetricas:

Edad de la primera relación sexual: años

Antecedente familiar de cáncer ginecológico:

- 1) Si
- 2) No

Paridad:

- 1) Nulípara
- 2) Primípara
- 3) Multípara
- 4) Gran Multípara

Número de PAP:

Con que frecuencia se realiza una Papanicolaou:

- 1) Una vez al año
- 2) Cada 6 meses
- 3) Cuando me lo solicita el médico
- 4) Cuando tengo descensos o siento dolor vaginal
- 5) A veces
- 6) Muy rara vez
- 7) Nunca

3. Conocimiento

Preguntas	De acuerdo	No de acuerdo	No se
Sobre los factores para tener cáncer del cuello uterino:			
1. La presencia de papiloma virus en el cuello uterino aumenta el riesgo de cáncer del cuello uterino.			
2. El inicio de relaciones sexuales a temprana edad aumenta el riesgo de cáncer del cuello uterino.			
3. El tener varias parejas sexuales aumenta el riesgo de cáncer del cuello uterino.			
4. La multiparidad aumenta el riesgo de cáncer del cuello uterino.			
5. El tener familiar con cáncer del cuello uterino aumenta el riesgo de cáncer del cuello uterino.			
6. El uso del condón reduce el riesgo de cáncer del cuello uterino.			
Sobre la Clínica:			
7. El sangrado vaginal fuera de la menstruación es un posible signo de cáncer de cuello uterino.			
8. El dolor durante las relaciones sexuales puede ser signo de un cáncer de cérvix.			
9. Una secreción vaginal inusual con o sin sangre puede ser un signo de cáncer de cuello uterino.			
10. El sangrado después de una relación sexual puede ser signo de cáncer de cuello uterino.			
11. La presencia de úlceras después de una cauterización puede ser signo de un cáncer de cuello uterino.			
Sobre el diagnóstico:			
12. Las mujeres que ya tienen relaciones sexuales deben hacerse un PAP.			
13. Solo las mujeres que tienen hijos deben hacerse un PAP.			
14. El PAP debe hacerse solo cuando uno tiene descenso vaginal.			
15. El PAP es útil para detectar cáncer de útero.			
16. El PAP solo se debe hacerse cuando se tiene una pareja estable (conviviente o casado).			
17. Uno debe hacerse un PAP al menos una vez al año.			
18. El PAP debe hacerse solo por indicación médica.			
19. El PAP estudia las células del cuello uterino.			
20. La toma del PAP es doloroso.			

- Conocimiento del Cáncer de Cuello Uterino
 - Adecuado
 - No adecuado

Anexo Nº 3
REPUESTAS SOBRE EL CONOCIMIENTO DEL CANCER DE CUELLO UTERINO EN
MUJERES DE 20 A 50 AÑOS ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
Noviembre y Diciembre del 2015

Sobre los factores para tener cáncer del cuello uterino:	Correctas		No correctas	
1. La presencia de papiloma virus en el cuello uterino aumenta el riesgo de cáncer del cuello uterino.	155	72.1%	60	27.9%
2. El inicio de relaciones sexuales a temprana edad aumenta el riesgo de cáncer del cuello uterino.	136	63.3%	79	36.7%
3. El tener varias parejas sexuales aumenta el riesgo de cáncer del cuello uterino.	160	74.4%	55	25.6%
4. La multiparidad aumenta el riesgo de cáncer del cuello uterino.	103	47.9%	112	52.1%
5. El tener familiar con cáncer del cuello uterino aumenta el riesgo de cáncer del cuello uterino.	143	66.5%	72	33.5%
6. El uso del condón reduce el riesgo de cáncer del cuello uterino.	84	39.1%	131	60.9%
Sobre la Clínica:	Correctas		No correctas	
7. El sangrado vaginal fuera de la menstruación es un posible signo de cáncer de cuello uterino.	143	66.5%	72	33.5%
8. El dolor durante las relaciones sexuales puede ser signo de un cáncer de cérvix.	114	53.0%	101	47.0%
9. Una secreción vaginal inusual con o sin sangre puede ser un signo de cáncer de cuello uterino.	86	40.0%	129	60.0%
10. El sangrado después de una relación sexual puede ser signo de cáncer de cuello uterino.	127	59.1%	88	40.9%
11. La presencia de úlceras después de una cauterización puede ser signo de cáncer de cuello uterino.	117	54.4%	98	45.6%
Sobre el diagnóstico:	Correctas		No correctas	
12. Las mujeres que ya tienen relaciones sexuales deben hacerse un PAP.	191	88.8%	24	11.2%
13. Solo las mujeres que tienen hijos deben hacerse un PAP.	136	63.3%	79	36.7%
14. El PAP debe hacerse solo cuando uno tiene descenso vaginal.	139	64.7%	76	35.3%
15. El PAP es útil para detectar cáncer de útero.	182	84.7%	33	15.3%
16. El PAP solo se debe hacerse cuando se tiene una pareja estable (conviviente o casado).	146	67.9%	69	32.1%
17. Uno debe hacerse un PAP al menos una vez al año.	165	76.7%	50	23.3%
18. El PAP debe hacerse solo por indicación médica.	117	54.4%	98	45.6%
19. El PAP estudia las células del cuello uterino.	158	73.5%	57	26.5%
20. La toma del PAP es doloroso.	74	34.4%	141	65.6%