

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E. A. P. DE OBSTETRICIA

**Prácticas de prevención del cáncer cervicouterino en
usuarias del C.S. Leonor Saavedra - San Juan de
Miraflores : de enero a marzo del año 2011**

TESIS

para optar el título profesional de Licenciada en Obstetricia

AUTOR

Jenny Elizabeth Palma Flores

ASESOR

Emma Felicia Salazar Salvatierra

Lima-Perú

2011

***A Dios, él que siempre
me da fuerzas para seguir
adelante.***

***A mi madre Rosa, lo más
importante en mi vida.***

***A mi padre Wilberth, él que me
enseñó a ser fuerte.***

***A mi hermana Roxana, mi mejor
amiga.***

***A mi sobrino Manuel, él que nos
devolvió la alegría.***

***A Maribel y Julio, mis
mejores amigos y
grandes apoyos.***

AGRADECIMIENTOS

A mi asesora, Mg. Emma Salazar, por su colaboración, apoyo y comprensión en la realización de este trabajo.

A mis queridas profesoras, Lic. Jenny Zavaleta y Lic. Edita Cuya por haberme enseñado todo lo que sé de esta hermosa profesión.

Al Dr. Guevara y a la Mg. Zaida Zagaceta por la ayuda brindada en la realización de esta tesis.

A San Marcos, mi alma mater, por haberme albergado todos estos años.

A mis profesores, por haberme transmitido sus conocimientos y darme siempre lo mejor de ellos.

A mis padres, por el apoyo incondicional que siempre me han brindado a lo largo de mi vida; en especial a mi madre, quien siempre creyó en mí.

A mi hermana, por ser mi mejor amiga, por apoyarme en las buenas y en las malas. Por ser mi ejemplo a seguir.

A mi cuñado Giovanni y a mi querido sobrino Manuel, por su apoyo y comprensión.

A mis querido amigos, por darme su amistad, cariño y apoyo incondicional, en especial a Mary, Julio, Pamela, Luis y Luismi.

A todas las personas que hicieron posible la ejecución de este proyecto de tesis; en especial al personal del C. S. Leonor Saavedra – San Juan de Miraflores: Lic. Edita Cuya y Sra. Gladys.

A todas las usuarias del C. S. Leonor Saavedra que participaron en este estudio.

CENTRO DE SALUD LEONOR SAAVEDRA – SAN JUAN DE MIRAFLORES

El presente estudio se realizó en el Centro de Salud Leonor Saavedra, que pertenece a la Microred Leonor Saavedra- Villa San Luis (DISA II Lima Sur), ubicado en el Distrito de San Juan de Miraflores. Los servicios que brinda el centro de Salud Leonor Saavedra son consulta externa en los servicios. Medicina, Obstetricia, Dental, Psicología, Servicio Social, Nutrición, Programas como PAI, PCT; Urgencias, Servicios de Laboratorio y Rayos X, en turnos de mañana (8:00 a.m. – 1:00 p.m.) y tarde (2:00 – 8:00 p.m.). El centro de salud cuenta con 5 Médicos Cirujanos, 1 Odontólogo, 3 Obstetrias, 1 Lic. en Enfermería, 1 Lic. en Nutrición, 1 Lic. en Psicología, 1 Asistente social, 1 Tecnólogo Laboratorio, 1 Técnico de Laboratorio, 10 Técnicas de Enfermería, 1 Lic. en Farmacia y personal administrativo y de vigilancia. La población que acude al Centro de Salud proviene de los diferentes distritos de Lima, entre ellos: Surco, Villa María del triunfo, Villa el Salvador y San Juan de Miraflores; con un nivel socioeconómico y cultural de medio o bajo.

ÍNDICE

RESUMEN.....	7
I. INTRODUCCIÓN.....	8
1. Planteamiento, descripción y análisis del problema.....	8
2. Formulación del problema.....	12
3. Justificación e importancia del problema.....	12
4. Marco teórico y antecedente.....	12
4.1 Antecedentes del problema.....	12
4.2 Bases teóricas.....	18
4.2.1 Generalidades sobre el Cáncer.....	18
4.2.2 Cáncer Cervicouterino.....	20
4.2.3 Prevención.....	20
4.2.4 Prácticas de Prevención del Cáncer Cervicouterino.....	26
4.2.5 Rol de la usuaria en la prevención del Cáncer Cervicouterino.....	35
5. Objetivos de la investigación.....	36
5.1 Objetivo general.....	36
5.2 Objetivos específicos.....	36
6. Variables del estudio.....	36
6.1 Definición conceptual de variables.....	40
6.2 Operacionalización de variables.....	43
II. METODOLOGÍA.....	44
1. Tipo de estudio.....	44
2. Población.....	44
3. Muestra.....	44
4. Criterios de inclusión.....	45
5. Criterios de exclusión.....	46
6. Recolección de datos.....	46
7. Plan de procesamiento y análisis de datos.....	47
8. Aspectos éticos.....	47

III. RESULTADOS.....	48
1. Datos generales.....	48
2. Prácticas de Prevención Primaria del Cáncer Cervicouterino.....	57
3. Prácticas de Prevención Secundaria del Cáncer Cervicouterino.....	75
IV. DISCUSIONES.....	90
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	96
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	99
VII. ANEXOS.....	103
1. Instrumento.....	103
2. Consentimiento informado.....	107
3. Alfa de Cronbach según matriz de correlación.....	108
4. Juicio de Expertos.....	108

RESUMEN

PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER CERVICOUTERINO EN USUARIAS DEL C. S. LEONOR SAAVEDRA – SAN JUAN DE MIRAFLORES; DE ENERO A MARZO DEL AÑO 2011

Objetivos: Determinar las prácticas preventivas del Cáncer Cervicouterino en las usuarias del Centro de Salud Leonor Saavedra. **Lugar:** Centro de Salud Leonor Saavedra-San Juan de Miraflores-Lima **Diseño:** Estudio descriptivo, de corte transversal. **Pacientes:** Mujeres en edad fértil, de 20 a 49 años que acuden al consultorio de Ginecología y Obstetricia. **Intervenciones:** Cuestionario estructurado llenado en entrevista, durante los meses de enero, febrero y marzo del 2011. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS versión 19.00. **Resultados:** El perfil de la usuaria que acude al C. S. Leonor Saavedra es mujer de 32 años, conviviente (52,4%), con nivel secundario (54,8%), ama de casa (54,8%), que vive con sus hijos y su pareja (70,2%), de religión católica (73,0%), cuyos ingresos mensuales son menores a los S/. 1000 (61,3%). Entre las prácticas de prevención primaria del Cáncer Cervicouterino relacionadas con la conducta sexual, tenemos: Sólo el 26,9% ha retrasado el inicio de relaciones sexuales hasta los 20 años, el 43,7% limita el número de compañeros sexuales a uno, el 72,1% conoce las características sexuales de su pareja, el 73,9% ha evitado el contagio de Infecciones de Transmisión Sexual, el 88,2% ha evitado el uso prolongado de pastillas anticonceptivas, sólo el 12,2% usa siempre preservativo en sus relaciones sexuales. Respecto a las relacionadas con la reproducción tenemos: El 41,9% ha retrasado su primer parto hasta lo 22 años, el 81,9% ha limitado el número de partos vaginales a uno o dos. El 91,9% ha evitado el consumo de tabaco, el 57,3% se alimenta balanceadamente, y sólo el 32% tiene algún conocimiento sobre el Papiloma Virus Humano. En cuanto a las prácticas de prevención secundaria tenemos: El 84,9% se ha realizado el Papanicolaou; de las cuales sólo el 11,1% se lo realizó después de iniciar su vida sexual, sólo el 34,6% se lo realiza cada año, el 67,8% se ha realizado su última prueba hace menos de un año, el 30,8% se la ha realizado más de seis veces, el 86,1% conoce el resultado de su último Papanicolaou, y sólo el 36,1% conoce el propósito de la prueba. **Conclusiones:** La mayoría conoce las características sexuales de su pareja, y limita el número de partos vaginales; además han evitado el contagio de Infecciones de Transmisión Sexual y el uso prolongado de píldoras como prevención primaria. En cuanto a la toma de Papanicolaou, la mayoría se la ha realizado como prevención secundaria. **Palabras claves:** Prácticas de prevención primaria y secundaria, conducta sexual, reproducción y Papanicolaou

I. INTRODUCCIÓN

1. Descripción y análisis del problema

En el año 2002 se habían diagnosticado once millones de casos nuevos, y hubo 6.7 millones de muertes por cáncer. Pero en total una población de 24.6 millones de personas estaban viviendo con un cáncer que había sido diagnosticado en los 5 años previos. La incidencia mundial de cáncer se elevará de 11 a 16 millones de casos para el año 2020 y el número de muertes por cáncer subiría de 6 a 10 millones, de acuerdo a estimados de la Organización Mundial de la Salud. El problema es más grave para los países emergentes: las dos terceras partes del total de casos ocurrirán en países subdesarrollados, y de los 10 millones de muertos por cáncer en el 2020, el 75% serán hombres y mujeres de países pobres.⁽¹⁾ En los últimos años se han registrado alrededor de 450 mil muertes a causa del cáncer en América Latina y la tendencia es aún creciente, sostuvo el director general del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), Dr. Carlos Vallejos Sologuren, quien estimó que hacia el año 2020 las tasas de mortalidad podrían ascender hasta 850 mil fallecimientos por tal enfermedad.

Con respecto al Cáncer, no existe un Registro Nacional de Cáncer en el Perú, por lo que no es posible conocer la real magnitud de este grave problema de salud. El Registro de Cáncer de Lima Metropolitana encontró una Tasa Cruda de incidencia de cáncer de 111.39 por 100.000 personas residentes en la capital.⁽¹⁾ En el Perú, en el año 2000 según proyección estimada de la Oficina de Epidemiología del INEN se presentaron 37 mil casos nuevos de cáncer en el país, manteniendo la incidencia general una tendencia creciente; en ese mismo año, 27 mil personas fallecieron a causa de neoplasias según registro de mortalidad del MINSA, adquiriendo así la mortalidad por tumores un notable incremento al convertirse en la segunda causa de muerte en el país, llegando a representar el 17.4 % del total de las defunciones registradas.⁽²⁾ Dentro de este grupo, se evidencia que el 53.0 % de las muertes corresponden al sexo femenino, las mismas que se producen con mayor frecuencia a partir de los 35 años.⁽³⁾

Respecto al Cáncer Cervicouterino, en el año 2000, se calculó que habría 470.606 casos nuevos y 233.372 defunciones por carcinoma del cuello uterino (Cáncer Cervicouterino) al año entre las mujeres de todo el mundo. Además, se calculó , donde esta enfermedad es la principal neoplasia maligna entre las mujeres.⁽⁴⁾

América Latina y el Caribe tienen algunas de las tasas de incidencia y mortalidad por Cáncer Cervicouterino más altas del mundo, sólo superadas por las de África Oriental y Melanesia. ⁽⁵⁾

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 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. ⁽⁶⁾

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 Cervicouterino es de 48,2 por 100.000 y la tasa estimada de mortalidad es de 24,6 por 100.000, por lo que el Cáncer Cervicouterino constituye una prioridad nacional y hace ya más de 30 años que existen servicios de tamizaje. ⁽¹⁾

En 1998 el Ministerio de Salud empezó aplicar el Plan Nacional para la Prevención del Cáncer Ginecológico, que incluía cáncer de mama y Cáncer Cervicouterino. En el 2000, se publicó el Manual de Normas y Procedimientos para la Prevención del Cáncer de Cuello Uterino, que incluye además de la prueba de Papanicolaou, la Inspección Visual con Acido Acético como método de tamizaje y la crioterapia como método de tratamiento.

La tasa de incidencia de cáncer de cérvix encontrada por el Registro de Cáncer de Lima (RCLM) en el periodo 1990-93 fue de 26,15:100,000; en el periodo 1994-97, fue de 23,5, mostrando una definida tendencia a la baja como resultado de campañas de tamizaje, modestas pero persistentes; como resultado de estas tendencias el cáncer de cuello uterino ha cedido su lugar de neoplasia más frecuente de la mujer, al cáncer de mama. Pero esta figura no se ha repetido fuera de Lima.

La tasa estandarizada de Cáncer Cervicouterino (CCU) en las mujeres de Lima Metropolitana presenta un amplio rango de incidencia, que va desde 8.75 para el distrito de San Isidro hasta 39.59 para las mujeres del distrito de El Agustino. La

siguiente tabla estratifica en 3 niveles la incidencia de Cáncer Cervicouterino y agrupa a los distritos por Tasa Estandarizada por Edad (TEE.) En ella puede verse que los distritos de S. Isidro, Bellavista, S. Borja, Miraflores, S. Luis, Surquillo y San Miguel tuvieron una TEE menor de 20. Un rango intermedio, que fue de 20.22 a 28.70 se observó en los distritos de Ventanilla, Surco, P. Libre, Magdalena, S. Anita, Breña, Los Olivos, Chorrillos, La Molina, La Perla, Independencia, Puente Piedra, SM de Porres, Jesús. María, Barranco, Lima, Rímac, Lurigancho y Ate. Y una tasa de incidencia superior a 29.85 se encontró en los distritos de S. J. de Lurigancho, S. J. de Miraflores, Callao, Carabaylo, La Victoria, Lince, Villa María del Triunfo, Comas, Villa El Salvador y El Agustino (Tabla N° 1).

TABLA N° 1

CÁNCER CERVICOUTERINO EN LIMA		
TASA ESTANDARIZADA POR EDAD- POR DISTRITOS		
TASA 8.75 A 19.85	TASA 20.22 A 28.70	TASA 29.85 A 35.59
San Isidro	Ventanilla	San Juan de Lurigancho
Bellavista	Surco	San Juan de Miraflores
San Borja	Pueblo Libre	Callao
Miraflores	Magdalena	Carabaylo
San Luis	Santa Anita	La Victoria
Surquillo	Breña	Lince
San Miguel	Los Olivos	Villa María del Triunfo
	Chorrillos	Coma
	La Molina	Villa El Salvador
	La Perla	El Agustino
	Independencia	
	Puente Piedra	
	San Martín de Porres	

El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas menciona a través de su Departamento de Promoción de la Salud y Control del Cáncer que: “El cáncer es una de las patologías crónicas degenerativas que por una parte es causante de muchas

muertes a nivel nacional, pero que a la vez es una de las enfermedades más prevenibles, sobre todo el cáncer de cuello uterino, tanto así que se puede curar si se detecta a tiempo, esto involucra también actividades preventivas, si logramos conseguir que la población adopte estilos de vida saludable, como el no fumar, vida sexual sana, o que acuda a un centro de salud a un chequeo, permitirá detectar a tiempo alguna neoplasia maligna y recibir tratamiento en estadios iniciales de la enfermedad garantizando su curación. En este sentido estamos seguros que la educación a la población femenina, en aspectos relacionados con cáncer cervicouterino, puede disminuir considerablemente las tasas de incidencia y de mortalidad". De esta manera el INEN, constituye una fortaleza que ha venido haciendo esfuerzos por prevenir el Cáncer y por consiguiente disminuir esa tasa de muerte. ⁽⁷⁾ Sin embargo el Dr. Luis Pinillos Ashton, Director ejecutivo de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Radioterapia del INEN, expresó que el tratamiento del cáncer está centralizado en Lima, y a su vez se "centraliza" en el INEN, pero este instituto ya está saturado⁽⁸⁾, por lo que actualmente en concordancia con el Plan Estratégico 2002-2006 del Instituto y con el apoyo del Ministerio de Salud se ha desarrollado estrategias de diseño, implementación y ejecución de un Programa de Control de Cáncer a nivel Nacional y otro programa de Educación Nacional en Cáncer, los cuales están a cargo del Departamento de Promoción de la Salud y Prevención del Cáncer. ⁽⁷⁾

Así también es necesario precisar que el Centro de Salud Leonor Saavedra, no cuenta con un programa específico que desarrolle actividad preventivo-promocional referente al cáncer ginecológico (cuello uterino) sin embargo si realizan campañas internas y externas de detección de lesiones precancerosas del cáncer cervicouterino con el examen de Papanicolaou, abordando de esta manera sólo el segundo nivel de prevención y dejando de lado el primer nivel.

2. Planteamiento del problema

¿Cuáles son las prácticas de prevención del cáncer cervicouterino en usuarias del C. S. Leonor Saavedra- San Juan de Miraflores; de enero a marzo del año 2011?

3. Justificación e importancia del problema

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

4. Marco teórico y Antecedentes

4.1 Antecedentes del problema

Al realizar la revisión de antecedentes del estudio se ha encontrado algunos estudios relacionados. Así tenemos que:

Vega Alanis María del Carmen, en los años 2001 y 2002, en México realizó un estudio titulado “Factores de riesgo para cáncer cervicouterino en mujeres de Metamoros, Tamaulpas”, cuyos resultados fueron:

En lo que respecta a aspectos reproductivos, el promedio de la edad fue 36,39 años, con un promedio en el número de gestaciones de 2,94 y una media en el número de partos de 2,03. El número de cesáreas y abortos presenta ambos un rango de 0 a 4; con respecto a la menarquía, la edad media en que se presentó fue de 12,88. Respecto a las características de conducta sexual, se encontró que la edad de inicio

de vida sexual tuvo una media de 19,72 y en el número de parejas sexuales la media fue de 1,38.

Se presentan los factores de riesgo reproductivos donde al respecto la edad mayor de 35 años se presentó en un 35,4% de las mujeres. En las gestaciones fue de 94,0%. En cuanto a los partos, la prevalencia fue de 32,2% mayor de tres partos. La prevalencia del factor de riesgo por presencia de aborto fue de 25,5%. En la edad de la menarquia el factor de riesgo es para quienes presentan su primera menstruación a la edad de 14 años o más, la prevalencia de esta situación fue de 31,6%. Con respecto a los factores de riesgo de conducta sexual, la prevalencia de mujeres que tuvieron una edad de inicio de vida sexual menos a los 16 años fue de 17%. En relación al número de pareja sexual mayor de 4, la prevalencia que se presentó fue de 0,9%. ⁽⁹⁾

Ruoti de García de Zúñiga y col., en el año 2008, en Paraguay, realizaron un estudio titulado “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el test de Papanicolaou (PAP) en mujeres embarazadas consultantes de hospitales del Departamento de Alto Paraná, Paraguay”, cuyos resultados fueron:

El 66.3% (695/1049) escuchó hablar del PAP. A las preguntas ¿Qué es el PAP? ha respondido correctamente el 15.5% (108), imprecisa el 38.7% (120), errónea el 7.2% (50) y no sabe el 33.7% (383); ¿Para qué sirve?, en forma correcta 12.8% (89), errónea 37.3%(258), imprecisa, 37.0% (257) y 11.4% (79) no sabe. Alrededor del 40.0% cree que debe hacerlo cada 6 meses y cada año. El 54.05%(372) considera que debe empezar a hacerse “al iniciar las relaciones sexuales” y el 41.4% (288) antes de los 20 años. Las principales fuentes de información sobre el PAP son el médico 32.7% (228); familiar 24.3% (169) y enfermera 19.2% (133). El 46.4% (487/1049) del total y el 70.1% (487/ 695) de las que mencionaron conocer se realizó alguna vez. El 16.0% una sola vez. Es alto el porcentaje que no tienen conocimiento sobre el PAP y que dieron respuestas imprecisas y erróneas y que nunca se han realizado el test. ⁽¹⁰⁾

Soza Rodríguez Noel, en el año 2006, en Nicaragua realizaron un estudio titulado “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”, cuyos resultados fueron:

La mayoría de las pacientes (58%) no se han realizado el Papanicolaou en los últimos 2 años, realizándose solo el 42% de ellas. Los conocimientos, actitudes y prácticas de las pacientes fueron buenas en la mayoría, pero con porcentajes muy bajos, por debajo del 50% por lo cual se consideran insuficientes para la importancia que reviste el test del Papanicolaou. Los conocimientos se mostraron mejores en pacientes del área urbana, las de mayor escolaridad, a mayor paridad y con el aumento de edad de las pacientes. Las actitudes y las prácticas de las pacientes mejoraron también con la edad, la escolaridad, la paridad y el uso de la planificación familiar. ⁽¹¹⁾

Cogollo Zuleima y col., en el año 2007, en Colombia, realizaron un estudio titulado “Conocimientos, actitudes y prácticas de mujeres de 18 y 49 años frente a la citología cervicouterina en instituciones de salud pública de Cartagena (Colombia)”, cuyos resultados fueron:

El promedio de edad fue de 30.8. De las participantes 48% eran bachilleres, 71% pertenecían al estrato socioeconómico 1 y el 73% vivían en unión libre o eran casadas. Se encontró que el 42% de las mujeres encuestadas tenían un bajo nivel de conocimiento, seguido por un nivel intermedio en el 40%.

Respecto a la pregunta sobre cuál es el propósito de la Citología Cervicouterina, el 71% de las mujeres respondió que el propósito es detectar tempranamente el cáncer de cuello uterino, mientras que el 23% considera que es detectar cualquier cáncer ginecológico.

Se encontró que el 55% de las encuestadas tienen una actitud desfavorable frente a la prueba, mientras que el 45% tienen una actitud favorable.

Se observó que el 44% de las mujeres evaluadas tienen una práctica correcta, el 56% restante una práctica incorrecta. A la pregunta sobre la frecuencia con que las encuestadas menores de 30 años se realizaban una prueba de Citología Cervicouterina, el 72% se la realizaba una vez al año, mientras que del grupo mayor de 30 años solo el 13% se realiza la prueba en forma adecuada (1 vez cada 2 a 3 años). El principal motivo para realizarse una Citología Cervicouterina fue la iniciativa propia con un 54%, mientras que el 37% fue por solicitud médica. ⁽¹²⁾

El Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) de Argentina, en el año 2004 realizó un estudio titulado “Cáncer Cervical: Percepción social, prevención y conocimientos”, cuyos resultados fueron:

El 70% de las entrevistadas opina que el Cáncer Cervical es un problema de salud muy o bastante grave para la población nacional.

La fecha del primer Papanicolaou varía según la edad actual y el nivel educativo de las mujeres. Cuanto mayor es la edad actual más tardía es la realización de la primera prueba.

Tanto la fecha de realización del último Papanicolaou como la frecuencia evidencian que una gran mayoría de la población mantiene conductas preventivas con respecto a su salud ginecológica, sólo una minoría se encuentra en una situación de mayor riesgo. El perfil de esas mujeres es de bajo nivel educativo y sus edades son extremas. Las más jóvenes no concurren a la atención ginecológica después del inicio de las relaciones sexuales y las de mayor edad han discontinuado o bien nunca han iniciado la atención de sus salud ginecológica. ⁽¹³⁾

Cardozo Jorge, en el año 2004, realizó un estudio titulado “Conocimientos, actitudes y prácticas respecto al Cáncer de Cuello Uterino en el municipio de Sucre, Bolivia”, cuyos resultados fueron:

En cuanto al conocimiento de las mujeres para saber si existe la posibilidad de tener Cáncer de Cuello Uterino, sólo una cuarta parte de ellas sabe cómo detectar este problema y las otras tres cuartas partes no lo saben.

En cuanto a las actitudes, sólo el 10% de las mujeres, sus parejas están de acuerdo en que se hagan el Papanicolaou; y entre las razones por las que no se hacen periódicamente el Papanicolaou figuran el miedo y sobre todo la vergüenza.

En cuanto a las prácticas, casi la mitad de las mujeres que ya iniciaron sus relaciones sexuales no se hicieron nunca el Papanicolaou. Los motivos más frecuentes son el miedo, la falta de información y falta de acceso. Además no todas vuelven a recoger sus resultados (12%), el 57% no saben para qué sirve el Papanicolaou. El promedio de la frecuencia es cada año. Y de las mujeres que se hicieron el Papanicolaou la mayoría (87%) recibió buena atención. ⁽¹⁴⁾

Zenteno Castro Virginia y Rivas Ponce José Luis, en el año 2006, realizaron un estudio titulado “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el Papanicolaou en mujeres de 15 a 50 años en el Hospital La Paz, octubre 2006”, cuyos resultados fueron:

Cuando se pregunto a las pacientes si conocían para que sirva el PAP, (64%) de las encuestadas respondió afirmativamente y el 36% de las encuestadas desconocía la utilidad del PAP. Del 100 %, solo 47% sabía que es útil para detectar el cáncer de cuello uterino. A la pregunta de cuantas veces le tomaron el PAP en su vida; el 36.1% respondió una vez; 29.7% dos veces; 12.2% tres veces, 12.2% cuatro veces; Llama la atención que una paciente se había realizado el PAP 14 veces. Cuando se pregunto a las pacientes “si cuando le tomaron el PAP le incomodo algo”; el 76.5% (36 de 47) respondieron que “si” y 23.5% (11 de 47) que “no”. Pero cuando se les preguntó “qué era lo que más les incomodo”; el 47.2% (17 de 36) indicó el dolor al colocarle el especulo y sólo 25% (9 de 36) indicó vergüenza. A la pregunta de quien prefiere que le tome el PAP el 79% indicó un medico mujer y solo el 12% un medico varón. Este resultado demuestra claramente la preferencia de que sea una medico mujer quien tome la muestra. ⁽¹⁵⁾

Picón Ruiz Michelle Marie, en el año 2009, en Chile realizó un estudio titulado “Conocimientos, actitudes y prácticas de mujeres jóvenes acerca del Papiloma Virus Humano”, cuyos resultados fueron:

De un total de 10 entrevistadas, la mayoría tenían entre 18 y 21 años. Todas las mujeres estaban viviendo en Arica. La mayoría de las mujeres todavía vivía con su familia. La mitad de las mujeres tenían dos padres que trabajaban. La religión es un factor que puede tener gran influencia en temas sexuales, tanto conocimientos como prácticas. La mayoría de las mujeres no practicaba una religión. La mitad de las mujeres asistieron a un colegio particular subvencionado por el estado. Solamente tres de las diez mujeres habían recibido educación sexual de parte del colegio y de su familia.

El 90% de las mujeres tenía bajo conocimiento o falta de conocimiento acerca del Papiloma Virus Humano. El 80% de las mujeres no se sentía a riesgo de una infección de Papiloma Virus Humano.

Dos tuvieron su primera relación sexual a una edad precoz, entre 14 y 16 años. Dos de las mujeres han tenido relaciones sexuales con tres diferentes parejas y una tenía alto riesgo, porque ha estado con seis diferentes parejas sexuales.

Solamente dos de las diez no tenían idea de lo que era un examen de Papanicolaou. La mitad de las mujeres dijeron que no se habían hecho el Papanicolaou porque no se

sentían a riesgo; tres de ellas reconocían la necesidad de hacerlo, pero en un tiempo futuro bastante alejado del presente. ⁽¹⁶⁾

Castro Miriam y col., en el año 2001, en Perú – Motupe realizaron un estudio titulado “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”, cuyos resultados fueron:

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 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 previo y el bajo o regular conocimiento sobre Papanicolaou o el cáncer de cérvix. ⁽¹⁷⁾

Huamaní Charles y col., en el año 2007, en Perú – Lima realizaron un estudio titulado “Conocimientos y actitudes sobre la toma de Papanicolaou en mujeres de Lima, 2007”, cuyos resultados fueron:

Se incluyo a 502 mujeres, con una edad promedio de 27 años. El 15% inicio sus relaciones sexuales antes de los 15 años y 14% había tenido tres o más parejas sexuales. La prevalencia de un nivel bajo de conocimientos sobre la toma del PAP fue de 24,9%, el cual estuvo asociado con un menor nivel educativo y a una historia de PAP inadecuada. La prevalencia de una actitud negativa o indiferente hacia la toma del PAP fue de 18,7%, la cual estuvo asociada con un bajo conocimiento sobre el PAP, así como a un menor nivel educativo, historia inadecuada de PAP y haber tenido más de dos parejas sexuales. ⁽¹⁸⁾

Bazán Fernando y col., en los años 2005 y 2006, en el Hospital Docente Madre-Niño San Bartolomé-Lima realizaron un estudio titulado “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou”, cuyos resultados fueron:

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 del ejecutor (34,2%).⁽¹⁹⁾

Por lo expuesto anteriormente podemos decir que si bien es cierto, existen trabajos de investigación respecto a los conocimientos sobre prevención del cáncer cervical y factores que determinan la detección precoz del cáncer de cuello uterino en diferentes países; sin embargo a nivel de Lima, específicamente en el Centro de Salud Materno Leonor Saavedra no se han realizado estudios al respecto por lo que se creyó conveniente realizar el presente estudio.

4.2 Bases teóricas

4.2.1 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 de pacientes.

Según manifestación del Dr. Carlos Vallejos Sologuren, expresa: "Si aplicáramos lo que sabemos en detectar y prevenir el cáncer, cada año se evitarían 100.000 casos de cáncer y alrededor de 60.000 muertes", además considera que el elemento indispensable de un Plan Nacional de Control del Cáncer es educar a la población. Coincidentemente con su opinión el Dr. Luis Pinillos Ashton considera que la solución frente a la problemática nacional en el combate del cáncer estriba en la normatividad y brindar mayores recursos; y en lo cultural, recomendó destacar la educación e información en este aspecto. Otras recomendaciones fueron reforzar la educación en prevención.⁽⁸⁾

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.

GRÁFICO N° 1: CAMBIOS EN LA ESTRUCTURA DE LA MORTALIDAD. PERÚ 1990 - 2020

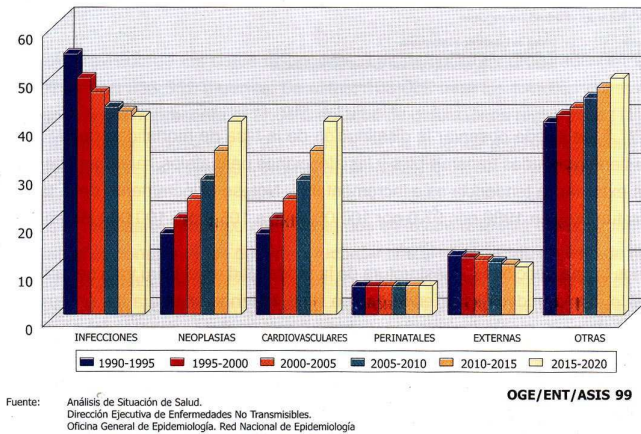


GRÁFICO N° 2: EL CÁNCER EN EL PERÚ, UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

TERCERA SEGUNDA CAUSA DE MUERTE (17%) AÑO 2000

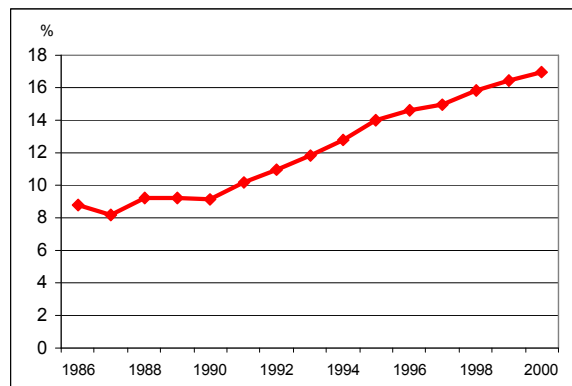


GRÁFICO N° 3: EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD POR CÁNCER EN EL PERÚ



Fuente: instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Año 2006. ⁽²⁰⁾

4.2.2 CÁNCER CERVICOUTERINO

El cáncer de cuello uterino es un tumor originado a partir de una transformación maligna de las células epiteliales que revisten este segmento del útero. Constituye uno de los tumores más frecuentes que afectan a los órganos de aparato genital femenino. Si bien puede aparecer a cualquier edad, habitualmente lo hace alrededor de la cuarta década de la vida de la mujer. ⁽²¹⁾

Mongrut Steane, Andrés refiere que “el cáncer de cuello uterino se inicia en la línea de unión del epitelio pavimentoso que cubre el exocérnix, con el epitelio cilíndrico endocervical a nivel del orificio externo del cuello o en zona cercana si existe ectopia. Histológicamente el 95 % corresponde a carcinoma epidermoide, o de células planas y el resto son adenocarcinomas que nacen de las glándulas endocervicales, raramente el sarcoma. La lesión puede ser exofítica de crecimiento hacia la vagina y endofítica de crecimiento hacia las partes altas” ⁽²²⁾

El cáncer cervicouterino obedece a un cambio en las células que cubren las paredes del cuello uterino (la parte inferior de la matriz que va del útero a la vagina, o el canal de parto). Estas células son inicialmente normales y gradualmente se convierten en precancerosas, manifestándose como lesiones en la pared del útero. Eventualmente pueden cambiar a células cancerígenas, sin embargo en más del 50% de las mujeres con lesiones precancerosas, las células permanecen benignas (precancerosas). Con frecuencia, en sus etapas iniciales el cáncer cervicouterino no muestra síntomas, por lo que a menudo no se detecta hasta que se hace severo. ⁽²³⁾

4.2.3 PREVENCIÓN

La prevención se refiere a todas aquellas actividades orientadas a proteger a las personas de las amenazas potenciales o reales a la salud y las consecuencias subsecuentes. Prevenir significa, inhibir el desarrollo de la enfermedad, reducir su progreso y proteger el organismo de efectos dañinos futuros. Existen tres niveles diferentes de prevención: primaria, secundaria y terciaria. ⁽²⁴⁾

✓ **Prevención Primaria:**

La prevención primaria incluye medidas específicas de protección contra la enfermedad o el trauma, como inmunización, saneamiento ambiental y protección contra riesgos ocupacionales. Las actividades de promoción de salud se consideran como una forma de prevención primaria. ⁽²⁴⁾

De acuerdo al patrón de enfermedad, la prevención primaria interviene en el período preclínico y parte del período subclínico. Según Leavell y Clark las estrategias a nivel de la prevención primaria se centran en alterar los factores del agente, del huésped, o del entorno antes de la pérdida de la salud o el inicio de la enfermedad. Las metas de la prevención primaria son aumentar el nivel de la calidad de estar bien y minimizar o eliminar el riesgo de la pérdida de la salud. ⁽²⁵⁾

En el cáncer: Promoción de la salud y la reducción del riesgo. Estos esfuerzos de primera línea promueven los estilos de vida sanos de la población general y reducen la exposición a peligros ambientales, evitando por completo el cáncer. ⁽²⁶⁾

En el cáncer cervicouterino: Mediante la prevención y control de la infección genital por Papiloma Virus Humano se podría lograr la prevención primaria del cáncer cervicouterino. La prevención de la infección genital por Papiloma Virus Humano se podría conseguir con estrategias de promoción de la salud dirigidas a un cambio en el comportamiento sexual teniendo como blanco todas las Infecciones de Transmisión Sexual de significado en salud pública. ⁽²⁷⁾

La prevención primaria del cáncer cervical, a través de la prevención de la infección con Papiloma Virus Humano sin duda contribuye a reducir la mortalidad por cáncer. Sin embargo, la prevención primaria del Papiloma Virus Humano presenta mayores desafíos que la prevención primaria de las otras Infecciones de Transmisión Sexual. ⁽⁸⁾

Factores de Riesgo para el Cáncer Cervicouterino

Clasificación según Ortiz Serrano

A. Factor de Riesgo Primario: Papiloma Virus Humano

Según Mongrut Steane, Andrés “a la fecha se han acumulado investigaciones que demuestran la existencia de vinculación entre el cáncer de cuello uterino y algunos virus precisamente oncógenos. Existe asociación entre el Herpes Virus Simple tipo 2, de la enfermedad herpética genital y el Papiloma Virus Humano del condiloma acuminado, con la enfermedad cancerosa del cuello uterino.”⁽²²⁾

Ortiz Serrano, Ricardo y Colbs. refieren “El Papiloma Virus Humano es el principal factor de riesgo asociado con cáncer de cuello uterino y sus precursores. En la actualidad es considerado como virtualmente necesario pero no suficiente como agente causal. El virus produce una infección selectiva del epitelio de la piel y de la mucosa genital. Estas infecciones pueden ser asintomáticas o estar asociadas con una variedad de neoplasias benignas y malignas. La infección con Papiloma Virus Humano se asociaba principalmente con verrugas vulvares y plantares, de frecuente aparición en adultos jóvenes y niños. En adultos se observaba en lesiones anogenitales por el condiloma acuminado, una de las infecciones más comunes de transmisión sexual. La infección por Papiloma Virus Humano en el cuello uterino puede producir anomalías en las células escamosas que son detectadas más frecuentemente por la prueba de tamizaje de Papanicolaou, como coilocitos, aunque pueden recuperarse por técnicas de biología molecular en biopsias, muestras de citología, cepillado vulvar y hasta orina. La mayoría de las infecciones genitales por Papiloma Virus Humano son transmitidas por contacto sexual directo sin que haya evidencia de lesiones. El hombre cursa como portador asintomático. En la última década se ha publicado una serie de artículos que mencionan la presencia de Papiloma Virus Humano intranuclear en aquellas células del cuello uterino con lesión intraepitelial y cáncer. Se considera que en promedio deben transcurrir catorce años para que una neoinfección conduzca a la manifestación neoplásica más primaria, sin que se haya podido demostrar sin lugar a dudas si lo crítico es el tamaño de la carga viral o la persistencia de la infección”.⁽²⁸⁾

Según Serman, Felipe, “los virus papiloma son un género de virus agrupados juntos por su tumorigenicidad y homogeneidad de DNA, que afectan a vertebrados.

Actualmente se conocen más de 70 tipos de Papiloma Virus Humano, mostrando cada tipo un tropismo particular por sitios anatómicos específicos, siendo comunes las infecciones de piel y de mucosas del tracto oral, respiratorio y anogenital. La International Agency for Research on Cancer (IARC) de la OMS los clasifica como “carcinogénicos” (tipos 16 y 18), “probablemente carcinogénicos” (tipos 31 y 33), y “posiblemente carcinogénicos” (otros excepto 6 y 11). Se ha encontrado una fuerte asociación entre infección anogenital por PVH y desarrollo de neoplasia cervical intraepitelial y cáncer cervicouterino invasor. Desde el punto de vista genómico, el DNA del Papiloma Virus Humano se divide funcionalmente en 2 tipos de genes: los tempranos (E), y los tardíos (L). Los tempranos son responsables de la replicación del DNA, regulación transcripcional, y transformación del DNA de la célula infectada. Los genes tardíos codifican las proteínas de la cápside viral. Los productos de los genes tempranos actúan como oncoproteínas. Estas, expresadas en todos los tumores, inactivan a los productos génicos celulares supresores de tumores p53 y pRb, causando proliferación celular descontrolada. La infección por PVH clínica y subclínica es la Infecciones de Transmisión Sexual más común actualmente. La infección asintomática del cuello uterino por Papiloma Virus Humano se detecta en el 5 a 40% de las mujeres en edad reproductiva”.⁽²⁷⁾

B. Factores de Riesgo Secundarios

Factores relacionados con la conducta sexual: Número de compañeros sexuales, edad de la primera relación sexual, características sexuales de la pareja e Infecciones de Transmisión Sexual.⁽²⁸⁾

Factores relacionados con la reproducción: Paridad, edad del primer parto y número de partos vaginales.⁽²⁸⁾

Métodos Anticonceptivos: Anticonceptivos orales y métodos de barrera.⁽³⁰⁾

Hábitos nocivos: Tabaquismo.⁽²⁸⁾

Factores Inmunológicos:

Bajo niveles de micronutrientes: Como cofactores asociados con un mayor riesgo a cáncer de cuello uterino son la reducción de los niveles de vitaminas A, C y ácido fólico en la dieta. ⁽²³⁾

Sistema Inmune comprometido: Desde que los tumores son más frecuentes en mujeres que sufren inmunosupresión o que reciben medicación inmunosupresiva, conduce a la posibilidad del desarrollo más rápido del cáncer por menor resistencia a la agresión viral. ⁽²²⁾ La respuesta inmune está considerada como un potente mecanismo de resistencia al desarrollo de tumores, desde la fase de iniciación hasta el crecimiento y progresión de los mismos. ⁽²⁹⁾

Factor genético:

Aunque el Papiloma Virus Humano es el principal factor de riesgo para el desarrollo de cáncer de cérvix, sólo pocas mujeres infectadas desarrollan la enfermedad. La susceptibilidad genética a la infección por el Papiloma Virus Humano parece ser importante en determinar el riesgo individual de desarrollo viral del cáncer. La habilidad de ciertos haplotipos de HLA es predisponente a aumentar la susceptibilidad a la iniciación y persistencia de la infección por Papiloma Virus Humano y, por consiguiente, al desarrollo de tumores malignos en el cuello uterino. ⁽²⁹⁾

✓ Prevención Secundaria

La prevención secundaria incluye la detección temprana y la intervención rápida para detener la enfermedad en las primeras etapas, reducir su intensidad o prevenir complicaciones. Esto se logra mediante controles para detectar las enfermedades como la diabetes, carcinoma in situ, tuberculosis o glaucoma. El propósito es detectar los primeros síntomas sobre los cuales el paciente no es consciente o de los que no tiene conocimiento, de manera que la intervención rápida sea efectiva para controlar o curar la enfermedad. ⁽²⁴⁾

De acuerdo al patrón de enfermedad, la prevención secundaria interviene en parte del período subclínico. Hall y Redding expresan que el propósito está orientado a

identificar cuanto antes e intervenir eficazmente en el proceso de la enfermedad para minimizar los efectos adversos y controlar las complicaciones. ⁽²⁵⁾

En el cáncer: Implica el reconocimiento sistemático y la detección precoz para identificar y tratar tempranamente los casos de cáncer, aumentando así las perspectivas de curación. ⁽²⁶⁾

En el cáncer cervicouterino: El camino para prevenir las muertes por cáncer de cérvix es simple y eficaz. Si las lesiones precancerosas son detectadas precozmente y tratadas con éxito, la mujer no desarrollará cáncer. ⁽²⁷⁾

Los esfuerzos de prevención del cáncer cervicouterino en todo el mundo se han centrado en el tamizaje de las mujeres en situación de riesgo de contraer la enfermedad, empleando las pruebas de Papanicolaou y el tratamiento de las lesiones precancerosas. En algunos países desarrollados, los programas de tamizaje de Papanicolaou, también conocidos como programas de tamizaje citológico, han dado resultados notables en cuanto a la reducción de la incidencia de cáncer cervicouterino y de la mortalidad. La incidencia del cáncer cervicouterino puede reducirse hasta un 90% si los procedimientos de tamizaje son buenos y se logra una cobertura elevada. ⁽³⁰⁾

La prevención secundaria (según Amaya) se da a través de: ⁽³¹⁾

La citología cervicovaginal o Prueba de Papanicolaou: es un examen citológico cuyo objetivo es detectar células cervicouterinas anormales. ⁽³¹⁾

Citología en base líquida: La ventaja de esta prueba es que reduce los falsos negativos, el número de muestras insatisfactorias y el tiempo necesario para examinar una muestra por parte de los citotecnólogos, e indirectamente, podría disminuir la incidencia de cáncer invasivo. ⁽³¹⁾

Tipificación de Papiloma Virus Humano de alto riesgo: El test de captura de híbridos tipo I (HC I) tiene una sensibilidad igual a la citología cervicovaginal en la detección de neoplasia. Por su facilidad en la toma y rapidez en la lectura, este test es una buena

alternativa a la citología en sitios de bajos recursos donde la toma, el transporte de la muestra y el seguimiento de los pacientes no sean fáciles. ⁽³¹⁾

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 acetoblanas, que dependiendo de las características se clasifican en lesiones negativas, sospechosas o definitivas. ⁽³³⁾

✓ **Prevención terciaria**

Se refiere al tratamiento de los pacientes con cáncer para evitar las complicaciones clínicas y las recidivas, para promover la rehabilitación más rápida y para limitar la discapacidad. ⁽²⁶⁾

4.2.4 PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER CERVICOUTERINO

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

Actualmente podemos prevenir el cáncer de cuello uterino con tres estrategias: la primera es abstinencia sexual; retrasar la vida sexual después de los 20 años, monogamia y el uso de condón; la segunda, a través de la prevención primaria (antes de la adquisición del virus del papiloma humano, vacunas profilácticas), en la etapa presexual y; la tercera, basada en la citología vaginal con tinción de Papanicolaou y pruebas de ADN. ⁽³²⁾

CLASIFICACIÓN SEGÚN ORTIZ SERRANO

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

VACUNA CONTRA PAPILOMA VIRUS HUMANO

La prevención de la infección del Papiloma Virus Humano contribuirá asimismo a reducir la incidencia del cáncer cervical, pero es algo difícil de lograr. Este virus se transmite fácilmente y suele no mostrar síntoma alguno; y si bien pueden tratarse las

verrugas genitales debidas a ciertas formas del virus, no hay nada que permita eliminar la infección en sí, y la persona puede transmitirla durante años.

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

Sería necesario efectuar la vacunación a una edad temprana antes del inicio de una vida sexual activa. Esta vacuna sería particularmente beneficiosa en países en vías de desarrollo, en donde el acceso a servicios de salud es muy limitado. Esta vacuna ya está disponible actualmente, sin embargo transcurrirá varios años antes que sea disponible a nivel nacional y para toda la población. ⁽³³⁾

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

RELACIONADOS CON LA CONDUCTA SEXUAL

Retrasar del inicio de las relaciones sexuales

Ortiz Serrano, Ricardo y Colbs. se refieren que “el inicio temprano de las relaciones implica la aparición de múltiples compañeros sexuales, con el consiguiente riesgo dado por estas. Se ha demostrado también que en la adolescencia los tejidos cervicouterinos son más susceptibles a la acción de los carcinógenos, y de hecho, si existe un agente infeccioso relacionado, el tiempo de exposición a este será mucho mayor. El riesgo de lesión intraepitelial cuando el primer coito se tiene a los 17 años o menos es 2,4 veces mayor que cuando este se tiene a los 21 años”. ⁽²⁸⁾

Mongrut Steane, Andrés, sustenta que “Investigaciones epidemiológicas han demostrado que la precocidad en las relaciones sexuales significan un factor de riesgo. El coito realizado desde edad temprana en la adolescencia y la continuación de su práctica, predisponen a la mujer hacia el cáncer de cuello uterino. Coppleson postula que el epitelio cervical en la adolescencia se encuentra en período dinámico

de metaplasma, muy susceptible a patrones atípicos metaplásicos, cuando se expone al contacto del pene y del semen”.⁽²²⁾

Castañeda Iñiguez, Maura y Colbs. plantean “el riesgo de neoplasia cervical es mayor en la medida en que el inicio de la vida sexual activa es más temprano; así, al tomar como referencia a las mujeres que iniciaron su vida sexual después de los 20 años, se estima que aquellas que lo hicieron antes de los 15 años tienen un riesgo dos veces mayor”.⁽³⁴⁾

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.”⁽²⁸⁾

Según Mongrut Steane, Andrés manifiesta: “el número de compañeros sexuales es un factor de riesgo, no por el hecho de la variación, ni por la frecuencia con que se practica el coito, sino porque la promiscuidad generalmente tiene el antecedente de la precocidad sexual y el alto riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual, en cuya etiología participan virus oncógenos.”⁽²²⁾

Castañeda Iñiguez, Maura y Colbs. Plantean: “respecto al número de compañeros sexuales no se observan diferencias significativas entre aquellas que indicaron haber tenido una pareja sexual y aquellas que notificaron más de una”.⁽³⁴⁾

Conocer las características sexuales de la pareja

Cada vez hay más datos que sugieren que una mujer puede correr mayor riesgo debido a las características de su compañero sexual, aunque no satisfaga las condiciones de relaciones sexuales precoces y múltiples compañeros; de hecho, la historia sexual de su compañero podría ser tan importante como la propia.⁽⁸⁾ En mujeres monogámicas, si el marido o el compañero sexual es promíscuo, este aportará el factor de riesgo para la mujer.⁽²²⁾

Evitar el contagio de una Infección de Transmisión Sexual

Se ha demostrado la asociación de cáncer de cuello uterino con Infecciones de Transmisión Sexual tipo sífilis o blenorragia, así como con la historia de infección a repetición del aparato genital; sin embargo, no se ha demostrado relación con antecedentes de infección por Chlamydia trachomatis o herpes simplex. Adicionalmente, la coinfección con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) facilita el desarrollo de la neoplasia, con un aumento del riesgo de cáncer entre las infectadas por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana de hasta 3,2 veces el riesgo de las mujeres sin Virus de la Inmunodeficiencia Humana. ⁽²⁸⁾

RELACIONADOS CON LA REPRODUCCIÓN

Limitar el número de gestaciones o partos

Se ha establecido que mujeres con dos o más hijos tienen un riesgo 80% mayor respecto de las nulíparas de presentar lesión intraepitelial; luego de cuatro hijos dicho riesgo se triplica, después de siete se cuadruplica y con doce aumenta en cinco veces. A pesar de no existir ninguna explicación definitiva se cree que la inmunosupresión del embarazo o su influjo hormonal aumentan la susceptibilidad a la infección por Papiloma Virus Humano. ⁽²⁸⁾

El aumento en el número de gestaciones ha mostrado una tendencia lineal en el riesgo de neoplasia cervical. Así, las mujeres que han tenido más de doce gestaciones corren un riesgo cinco veces superior de contraer este tumor maligno que aquellas que se han embarazado menos de tres veces. ⁽³⁴⁾

Evitar un embarazo precoz

Las mujeres que tuvieron su primer embarazo completo a la edad de 17 años o menos son casi dos veces más propensas a llegar a tener cáncer de cuello uterino posteriormente en la vida que las que tuvieron su primer embarazo a los 22 años o más. ⁽³⁴⁾

Además Bosch demostró cómo la presencia de uno o más partos antes de los 22 años cuadruplica el riesgo de neoplasia del cuello uterino. ⁽²⁸⁾

Limitar el número de partos vaginales

Las mujeres con uno o más partos vaginales tienen un riesgo 70% mayor de lesión intraepitelial, comparadas con aquellas que sólo tuvieron partos por cesárea. La razón para esta asociación es el traumatismo repetido del cuello en el momento del parto. Sin embargo, no se encuentra suficiente evidencia al respecto por lo que es un punto bastante controvertido. ⁽²⁸⁾ Respecto al número de partos, el riesgo se quintuplica para las mujeres que han tenido 12 o más en relación con aquellas que sólo tuvieron menos de tres. ⁽²⁹⁾

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Evitar el uso prolongado del Método Anticonceptivo Hormonal Oral

Se cree que su uso prolongado se asocia con mayor riesgo de lesión intraepitelial. Sin embargo, es mucho mayor la probabilidad de un embarazo indeseado cuando éstos se dejan de tomar, que el riesgo de aparición potencial de la neoplasia cervical. En un estudio multicéntrico realizado por la International Agency for Research on Cancer (IARC), encontró que el uso de anticonceptivos orales por menos de cinco años no se relacionaba con la presencia de cáncer de cuello uterino. El riesgo aumentó para las pacientes que los usaban entre cinco y diez o más años. Se plantea que esta asociación con el cáncer tiene probablemente más una relación con el comportamiento sexual que por efecto directo. ⁽²⁸⁾

Ha sido reportado que el uso de anticonceptivos orales por más de 5 años es un cofactor que incrementa 4 veces el riesgo de padecer cáncer de cérvix en mujeres portadoras de VPH. Otro hallazgo de las investigaciones epidemiológicas expone que tras un diagnóstico de displasia, en aquellas mujeres que consumen anticonceptivos orales, la progresión a carcinoma in situ es más rápida. ⁽²⁸⁾

Uso de preservativos durante las relaciones sexuales

Los preservativos protegen solo parcialmente del contagio de Papiloma Virus Humano, dado que puede haber virus en las superficies corporales no cubiertas por el preservativo, como son la zona perianal y el ano en los varones y mujeres, la vulva y el perineo en las mujeres y el escroto en los varones.

A pesar de ello, se ha visto que el uso sistemático y correcto de preservativos disminuye la posibilidad de cáncer cervicouterino, al parecer por su efecto sobre la transmisión del Papiloma Virus Humano ⁽²⁹⁾. Además brinda importantes beneficios:

- Permite una eliminación más rápida del Papiloma Virus Humano tanto en los varones como en las mujeres.
- Aumenta la regresión de las lesiones cervicouterinas.
- Reduce el riesgo de verrugas genitales.
- Reduce el riesgo de precáncer cervicouterino y de cáncer cervicouterino.
- Protege contra otras Infecciones de Transmisión Sexual, incluidas las infecciones por clamidias y el Virus del Herpes Simple Tipo II, que son posibles cofactores del cáncer cervicouterino.
- Protege contra la infección por el VIH, un conocido facilitador tanto de la infección por Papiloma Virus Humano oncógenos como de la progresión a lesiones de alto grado.

HÁBITOS NOCIVOS

Evitar fumar

Existe una relación directa entre el riesgo de lesiones preinvasoras y la duración e intensidad del hábito de fumar. En promedio se considera que las fumadoras tienen doble riesgo de lesión intraepitelial con respecto de las no fumadoras. Experimentalmente se ha demostrado la presencia de nicotina, cotinina y otros mutágenos derivados del tabaco, en mujeres fumadoras con lesión intraepitelial. Además, es bien conocido el daño molecular del ADN del tejido cervicouterino en mujeres que fuman. ⁽²⁸⁾

El tabaquismo se ha asociado con la presencia de carcinomas de célula escamosa, predominante en el cáncer cervicouterino, el de pulmón y el de laringe. Se ha propuesto la hipótesis de que los carcinógenos procedentes del consumo del tabaco (nicotina y cotina), al ser transportados por el sistema circulatorio y llegar al epitelio cervical, puedan iniciar o actuar como cocarcinógenos en las células ya afectadas por agentes transformantes posiblemente por transmisión venérea como el Papiloma Virus Humano y el herpes virus tipo II. Otro mecanismo atribuido a este factor para explicar su efecto en el cáncer de cérvix, es la inducción indirecta de inmunosupresión y la

reducción de antioxidantes provenientes de la dieta. Sin embargo, actualmente se le da una importancia moderada a este factor pero se acepta que, junto a otros, aumenta 3 veces el riesgo de padecer la enfermedad comparado con las mujeres no fumadoras y se ha reportado que existe una fuerte relación dosis-respuesta. ⁽²⁹⁾

FACTORES INMUNOLÓGICOS

Consumir alimentos ricos en Vitamina A, C y Ácido Fólico

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

- Aumentar el consumo de sustancias antioxidantes. Para ello debe comer mucha fruta y verdura: el tomate, de preferencia cocido es rico en un antioxidante llamado licopeno; otros alimentos ricos en antioxidantes son las frutas y vegetales rojos y amarillos, como el pimiento (ricos en betacarotenos).
- Consumir mucha vitamina C natural presente en el jugo de naranja fresco, limón, tomate, kiwi, fresa.
- Consumir alimentos ricos en ácido fólico. Algunas de las principales fuentes alimentarias de ácido fólico son los vegetales de hojas verdes (que se deben consumir crudas o poco cocidas), el hígado, los granos integrales, los cítricos, las nueces, las legumbres y la levadura de cerveza. También puede consumir el ácido fólico en tabletas. La dosis es de 400 microgramos diarios, para ello puede consumir media tableta de 1mg al día (lo usual es conseguir tabletas de 1 mg). ⁽³⁵⁾

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

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

LA CITOLOGÍA CERVICOVAGINAL O PRUEBA DE PAPANICOLAOU

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

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

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

La exactitud de la prueba citológica depende de la calidad de los servicios, incluidas las prácticas de recogida de muestras (la toma y la fijación de los frotis) y la preparación e interpretación de los frotis en el laboratorio. En las condiciones óptimas de los países desarrollados o de los centros de investigación, la citología convencional permite detectar hasta el 84 % de los casos de precáncer y cáncer. No obstante, en peores condiciones su sensibilidad se reduce al 38 %. La especificidad de la prueba suele ser del 90 %.⁽³⁶⁾

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

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

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

Las mujeres que tienen alto riesgo, tienen como característica, inicio precoz de relaciones sexuales, promiscuidad sexual, falta de higiene, infecciones del aparato genital, etc. Este grupo debe tener examen citológico anual. En nuestro país este sector de la población es, desgraciadamente, el más numeroso.⁽³⁷⁾

Por ello el Ministerio de Salud del Perú, recomienda realizarse la prueba del Papanicolaou, cada 3 años cuando sus 2 primeros exámenes anuales consecutivos sean negativos a criterio de su médico (evaluación de factores de riesgo).⁽³⁸⁾

Requisitos para la Prueba de Papanicolaou: Se debe acudir:

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

Frecuencia de la Prueba de Papanicolaou: Es importante tener en cuenta la historia natural del cáncer cervical para decidir cuándo iniciar las pruebas de detección, frecuencia con que éstas deben efectuarse y cuando recomendar un tratamiento y/o seguimiento. En la mayoría de los países desarrollados se recomienda a las mujeres realizarse la primera prueba de Papanicolaou poco después de convertirse en sexualmente activas o a más tardar a los 21 años de edad.

- La Prueba de Papanicolaou debe realizarse anualmente.
- A partir de los 30 años de edad, las mujeres que hayan tenido tres Pruebas de Papanicolaou consecutivas con resultados normales pueden hacerse las pruebas cada dos o tres años.
- Las mujeres de 70 años o más, que hayan tenido tres o más Pruebas de Papanicolaou consecutivas con resultados normales, y que no hayan tenido ninguna prueba con resultados anormales en los 10 años previos, pueden dejar de hacerse las pruebas de detección del cáncer de cuello uterino.
- Las mujeres que se hayan sometido a una histerectomía total (extirpación del útero y del cuello uterino) también pueden dejar de hacerse las pruebas de detección del cáncer de cuello uterino. ⁽³⁶⁾

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

Consiste en realizar actividades para prevenir o limitar discapacidades y ayudar a que la persona que tiene una discapacidad se recupere hasta un nivel óptimo de funcionamiento. Las prácticas de prevención terciaria comienzan durante el período inicial de recuperación de una enfermedad.

4.2.5 ROL DE LA USUARIA EN LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER CERVICOUTERINO

Las mujeres en edad fértil que comiencen su vida sexual deben asumir conductas sexuales saludables y responsables (ya que el Papiloma Virus Humano es un organismo difusamente encontrados en un alto porcentaje de adultos sexualmente activos), deben tomar decisiones sobre su salud sexual y reproductiva considerando su autoestima y autorespeto, así iniciar la detección precoz del cáncer cervicouterino a través de los servicios de tamizaje. ⁽³⁹⁾ Si este primer examen es negativo, debe ser repetido al año y si esta segunda muestra también es negativa, las siguientes se tomarán cada tres años hasta la edad de 35 años. A partir de esta edad, el examen citológico será hecho cada 5 años hasta la edad de 60. ⁽⁴⁰⁾

5. Objetivos de la investigación

5.1 Objetivo general

Determinar las prácticas de prevención del Cáncer Cervicouterino en las usuarias del C. S. Leonor Saavedra - San Juan de Miraflores, Lima; de enero a marzo del año 2011.

5.2 Objetivos específicos

- ✓ Identificar las prácticas de prevención primaria del cáncer cervicouterino en las usuarias del Centro de Salud Leonor Saavedra-San Juan de Miraflores, Lima; de enero a marzo del año 2011.
- ✓ Identificar las prácticas de prevención secundaria del cáncer cervicouterino en las usuarias del Centro de Salud Leonor Saavedra-San Juan de Miraflores, Lima; de enero a marzo del año 2011.
- ✓ Describir el perfil de la usuaria que acude al C. S. Leonor Saavedra – San Juan de Miraflores.
- ✓ Describir las características sexuales y reproductivas de la usuaria que acuden al C. S. Leonor Saavedra – San Juan de Miraflores, relacionadas con la prevención del cáncer cervicouterino.
- ✓ Describir las características de la Prueba de Papanicolaou realizada por la usuaria que acude al C. S. Leonor Saavedra – San Juan de Miraflores.

6. Variables del estudio

Prácticas de prevención del cáncer cervicouterino.

6.1 Definición conceptual de variables

VARIABLES INETERVIENIENTES:

Edad de la usuaria del Centro de Salud: entre 20 y 49 años

Grado de instrucción: es el nivel de educación de la usuaria del Centro de Salud. Puede ser que haya concluido el nivel Primario, Secundario o Superior.

Estado civil: situación legal de la usuaria del Centro de Salud. Puede ser soltera, conviviente, casada o viuda.

Ocupación de la pareja: se refiere a la actividad que desempeña actualmente la pareja de la usuaria. Esta puede ser cualquiera, pero se pondrá mayor énfasis en los militares o aquellas ocupaciones donde la pareja de la usuaria viaje constantemente, debido a que pertenecerían a la población de riesgo para Cáncer Cervicouterino.

Convivencia: se refiere a las personas que viven con la usuaria del Centro de Salud. Puede ser que la usuaria viva sola, con su pareja e hijos, sólo con su pareja, o sólo con sus hijos.

Ocupación: es la actividad que desempeña la usuaria del Centro de Salud.

Religión: se refiere a la religión que practica la usuaria del Centro de Salud.

Nivel económico: se refiere a la estabilidad económica que tiene la usuaria del Centro de Salud, de acuerdo a su ingreso familiar. Puede ser menos de S/. 1000, entre S/. 1000-2000, o mayor de S/. 2000.

VARIABLES QUE DETERMINAN LAS PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN PRIMARIA DEL CÁNCER CERVICOUTERINO

Fuente de educación sexual: se refiere a quiénes le impartieron los conocimientos que tiene la usuaria sobre la sexualidad. Puede ser que la haya recibido por parte de profesionales de salud, de sus profesores, de ambos padres, sólo de la mamá, de las amigas o de los medios de comunicación.

Relacionadas a la conducta sexual

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.

Características sexuales de la pareja: se refiere a que si la usuaria conoce las características sexuales de su pareja, por ejemplo si le es fiel o infiel, si usa preservativo durante las relaciones sexuales, si tiene muchas compañeras sexuales o mantiene relaciones sexuales con prostitutas.

Contagio de Infección de Transmisión Sexual: se refiere a que si la usuaria ha tenido o tiene una ITS; y si se la trató.

Relacionadas a la reproducción

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.

Métodos Anticonceptivos

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.

Hábitos nocivos

Consumo de tabaco: la usuaria fuma diariamente.

Alimentación rica en Vitamina A, C, Ácido Fólico: se refiere a que si las usuarias del Centro de Salud reconocen tener una buena alimentación basada en frutas, verduras, vísceras, menestras y alimentos de origen animal, los cuales son ricos en Vitamina A, C y Ácido Fólico.

Antecedente familiar: se refiere a que si la usuaria tiene o ha tenido un familiar con Cáncer Cervicouterino, ya que puede estar predispuesta a sufrirlo en un futuro; por lo que tiene que realizar prácticas de prevención del Cáncer Cervicouterino.

Papiloma Virus Humano

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 Cervicouterino.

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.

VARIABLES QUE DETERMINAN LAS PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN SECUNDARIA DEL CÁNCER CERVICOUTERINO

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 Cervicouterino.

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 tomó, 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 último resultado de la Prueba de Papanicolaou, y sino lo conoce averiguar el motivo.

6.2 Operacionalización de variables

VARIABLES	SUBVARIABLES	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	CRITERIOS DE MEDICIÓN	TÉCNICA O INSTRUMENTO DE MEDICIÓN
Prácticas de Prevención del Cáncer Cervicouterino	Prácticas de Prevención Primaria del Cáncer Cervicouterino	Fuente de educación sexual	Ordinal	0: De nadie 1: Medios de comunicación 2: Amigas 3: Otro familiar 4: Sólo mamá 5: Ambos padres 6: Profesores 7: Personal de salud	Entrevista Cuestionario
		Edad de Inicio de relaciones sexuales	Ordinal	0: ≤ 15 años 1: 16-19 años 2: ≥ 20 años	Entrevista Cuestionario
		Número de parejas sexuales	Ordinal	0: ≥ 3 parejas 1: 2 parejas 2: 1 parejas	Entrevista Cuestionario
		Características sexuales de	Ordinal	0: No conoce	Entrevista

“Prácticas de prevención del Cáncer Cervicouterino en usuarias del C. S. Leonor Saavedra – San Juan de Miraflores; de enero a marzo del año 2011”

		la pareja		1: Si conoce	Cuestionario
		Infección de Transmisión Sexual	Ordinal	0: SI 1:NO	Entrevista Cuestionario
		Tratamiento de la Infección de Transmisión Sexual	Ordinal	0:NO 1: SI	Entrevista Cuestionario
		Uso prolongado del Método Anticonceptivo Hormonal Oral	Ordinal	0: SI 1: NO	Entrevista Cuestionario
		Uso de preservativo en las relaciones sexuales	Ordinal	0:Nunca 1:En ocasiones 2:Siempre	Entrevista Cuestionario
		Paridad	Ordinal	0: Multípara 1: 3 Partos 2: 2 Partos 3: Primípara 4: Nulípara	Entrevista Cuestionario
		Edad del primer parto	Ordinal	0: ≤ 15 años 1: 16-21 años 2: ≥ 22 años	Entrevista Cuestionario
		Número de partos vaginales	Ordinal	0: ≥ 3 partos 1: 2 Partos 2: 1 Parto	Entrevista Cuestionario

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

“Prácticas de prevención del Cáncer Cervicouterino en usuarias del C. S. Leonor Saavedra – San Juan de Miraflores; de enero a marzo del año 2011”

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

II. METODOLOGÍA

1. Tipo de investigación

Estudio descriptivo de corte transversal.

2. Población

La población de estudio está conformada por mujeres en edad fértil usuarias del Centro de Salud Leonor Saavedra-San Juan de Miraflores, Lima.

3. Muestra

3.1 Unidad de análisis

Mujeres en edad fértil, de 20 a 49 años, usuarias del Centro de Salud Leonor Saavedra-San Juan de Miraflores, Lima; que acudan al consultorio de Obstetricia y Ginecología.

3.2 Tamaño de muestra

$$N = \frac{Z^2 P \cdot q \cdot N}{(N-1) E^2 + Z^2 p \cdot q}$$

En donde:

N = Tamaño de la muestra

Z = Nivel de confianza de 0.95% equivale al valor de 1.96

p = Probabilidad de éxito de 25% equivale a 0,25.

q = Probabilidad de fracaso de 75% equivale a 0,75.

N = Tamaño de la población: 1800 mujeres en 3 meses

E = Error permisible del 5% equivale al 0.05 (19)

$$N = \frac{(1800-1)(0,05)^2 + (1,96)^2(0,25)(0,75)}{(1,96)^2(0,25)(0,75)(1800)}$$

$$N = \frac{3,8416(0,1875)1800}{1799(0,0025) + (3,8416)(0,1875)}$$

$$N = \frac{0,7203(1800)}{4,4975 + 0,7203}$$

$$N = \frac{1296,54}{5,2178} = 248,4840$$

$$N = 248 \text{ mujeres}$$

3.3 Tipo de muestreo

Muestreo no probabilístico por conveniencia

3.4 Procedimiento de muestreo

El estudio se realizó a las usuarias del Centro de Salud Materno Leonor Saavedra-San Juan de Miraflores, Lima; que acudieron a los consultorios de Obstetricia y Ginecología, durante los meses de enero, febrero y marzo del año 2011, en el turno de la mañana (8:00 a.m. a 1:00 p.m.).

4. Criterios de inclusión

- ✓ Mujeres cuyas edades oscilen entre los 20 y 49 años.
- ✓ Mujeres que hablen castellano.
- ✓ Mujeres usuarias del Centro de Salud Leonor Saavedra-San Juan de Miraflores, Lima, que acudan al consultorio de Obstetricia y Ginecología

5. Criterios de exclusión

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

6. Recolección de datos

6.1 Plan de recolección de datos

Para llevar a cabo el presente estudio se realizó la presentación de un oficio dirigido al Médico Jefe del Centro de Salud, a fin de obtener la autorización para la realización del estudio. Posteriormente a ello se realizaron las coordinaciones pertinentes con la Obstetrix Jefa del Centro de Salud, para darle a conocer los fines del estudio e iniciar la recolección de datos a partir del mes de enero hasta marzo, los días lunes, miércoles y viernes de 9:00 a 11 00 de la mañana.

Las entrevistas realizadas a las usuarias del C. S. Leonor Saavedra-San Juan de Miraflores, que acudieron a los consultorios de Obstetricia y Ginecología duraron un aproximado de 10 minutos. Realizándose un total de 8 entrevistas por día.

6.2 Diseño de instrumentos

Para la realización del presente estudio se aplicó un cuestionario estructurado llenado en entrevista, que consta de 8 preguntas de datos generales; y 30 de datos específicos, de las cuales 10 son preguntas dicotómicas, 7 de opción múltiple y 13 abiertas (Anexo 7.1).

La validez de contenido y constructo del instrumento, se realizó a través de la realización de una prueba piloto a 26 usuarias del C. S. Villa San Luis - San Juan de Miraflores, cuya población tiene características similares con la población de estudio, que permitió corregir el número, la claridad, la dificultad, el orden, el tiempo de duración de las preguntas y formato del cuestionario. Posteriormente, fue sometido a juicio de expertos, constituido por dos médicos ginecoobstetras y cuatro obstetricas que laboran en el primer nivel de atención (Anexo 7.4). Además se calculó el alfa de Cronbach, que resultó fiable (Anexo 7.3)

7. Plan de procesamiento y análisis de datos

Luego de concluida la recolección de datos se procesaron en forma manual, previa elaboración de la tabla de códigos, asignándole a la respuesta correcta el valor de 1 punto y 0 puntos a la respuesta incorrecta. Para la presentación de los hallazgos se realizaron tablas y gráficos estadísticos, en el Programa SPSS versión 19.00, para realizar el análisis e interpretación de la información obtenida, considerando el marco teórico.

8. Consideraciones éticas

Se contará con la previa autorización del Médico Jefe del Centro de Salud Leonor Saavedra-San Juan de Miraflores, Lima; Dra. Manuela Rosalbina Lázaro Calderón.

Previo a la entrevista, se les explicará a las usuarias del Centro de Salud los objetivos de la investigación; asegurándoles que se manejará de manera anónima la información obtenida de las mismas.

Para seguridad de la entrevistada se le hizo firmar un Consentimiento informado, de manera que, si rehúsa firmarlo, se la excluirá del estudio sin ningún perjuicio para ella.

(Anexo 7.2)

III. RESULTADOS

Se presentan los resultados en tres áreas, la primera referida a los datos generales, donde se describe el perfil de la usuaria; le siguen los datos relacionados con las prácticas de prevención primaria del Cáncer Cervicouterino, donde se describen las características sexuales y reproductivas de la usuaria; y finalmente, se presentan los datos referidos a las prácticas de prevención secundaria del Cáncer Cervicouterino, donde se describen las características de la Prueba de Papanicolaou realizada por la usuaria del C. S. Leonor Saavedra.

1. DATOS GENERALES

TABLA N°1: PERFIL DE LA USUARIA

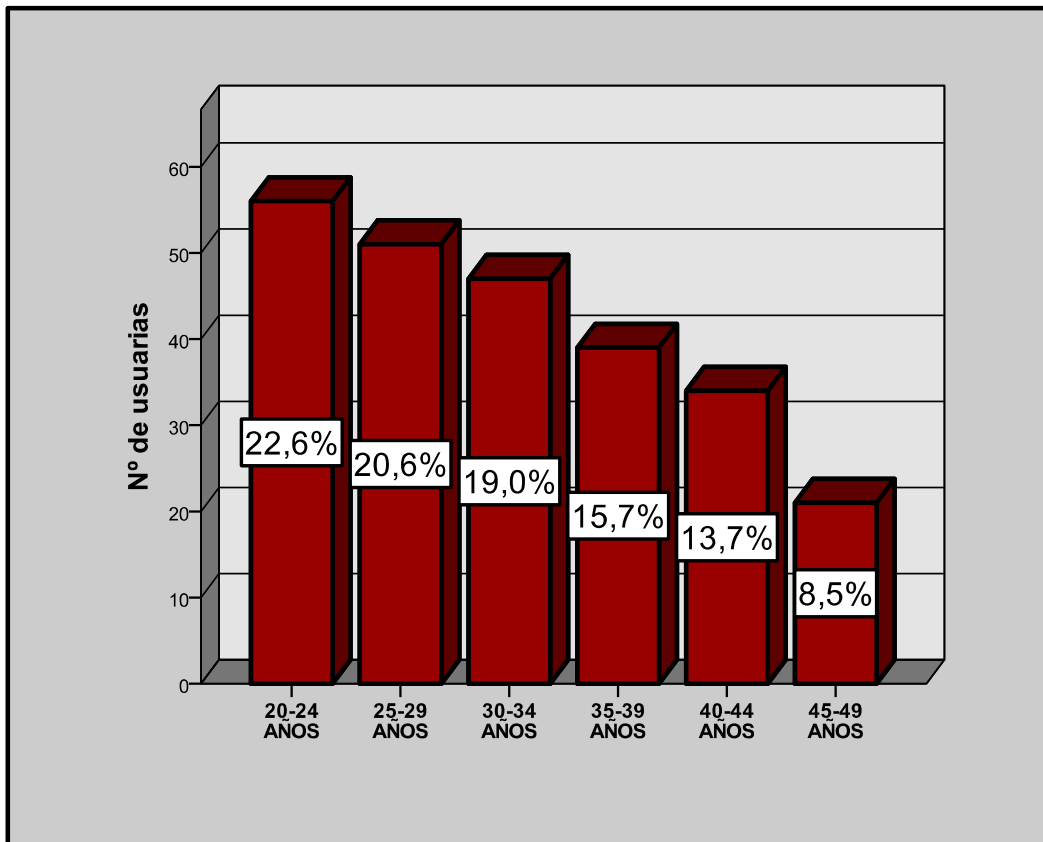
PERFIL DE LA USUARIA QUE ACUDE AL C. S. LEONOR SAAVEDRA		%
EDAD	20 – 24 años	22,6
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Secundaria	54,8
ESTADO CIVIL	Conviviente	52,4
CONVIVENCIA	Con su pareja e hijos	70,2
OCUPACIÓN	Ama de casa	54,8
RELIGIÓN	Católica	73
INGRESO ECONÓMICO	Menos de S/. 1000	61,3

TABLA N° 2: EDAD

N	Válidos	248
Media		32
Moda		20 y 30
Mínimo		20
Máximo		49

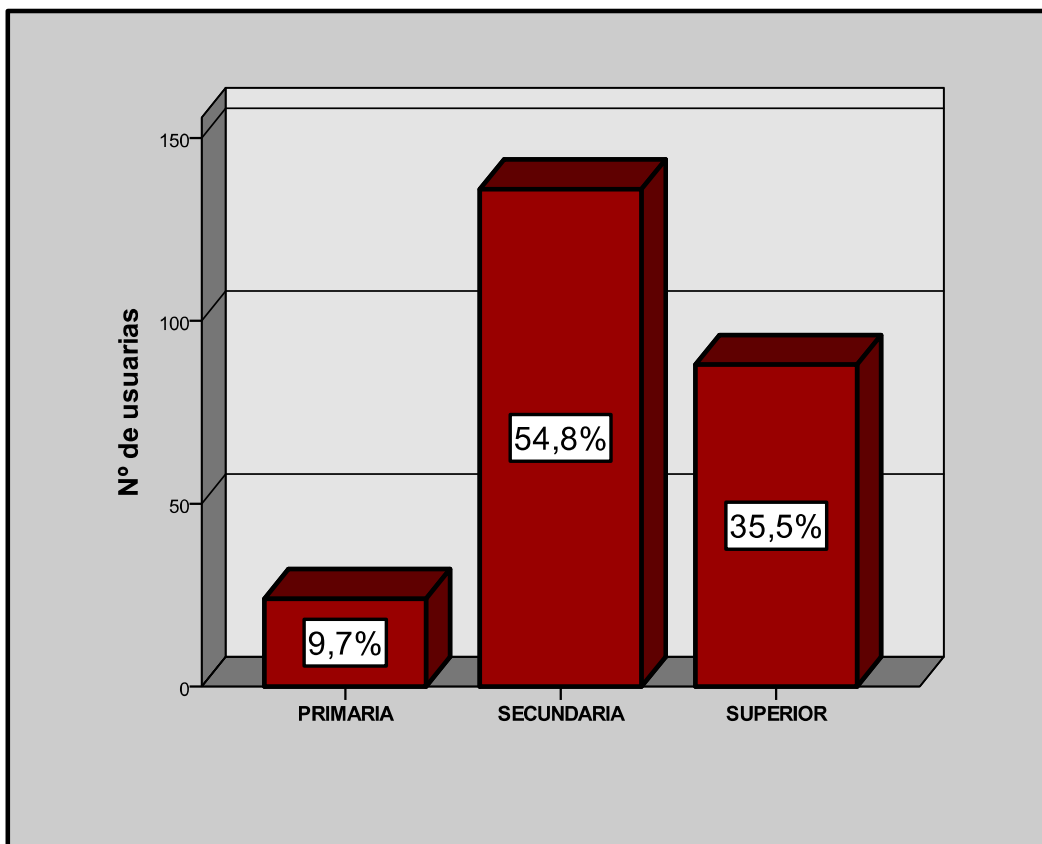
La edad promedio obtenida dentro de la muestra entrevistada fue de 32 años; obteniendo como edad mínima 20 años y máxima de 49 años. Y las edades más frecuentes fueron 20 y 30 años.

GRÁFICO N° 1: GRUPO ETÁREO



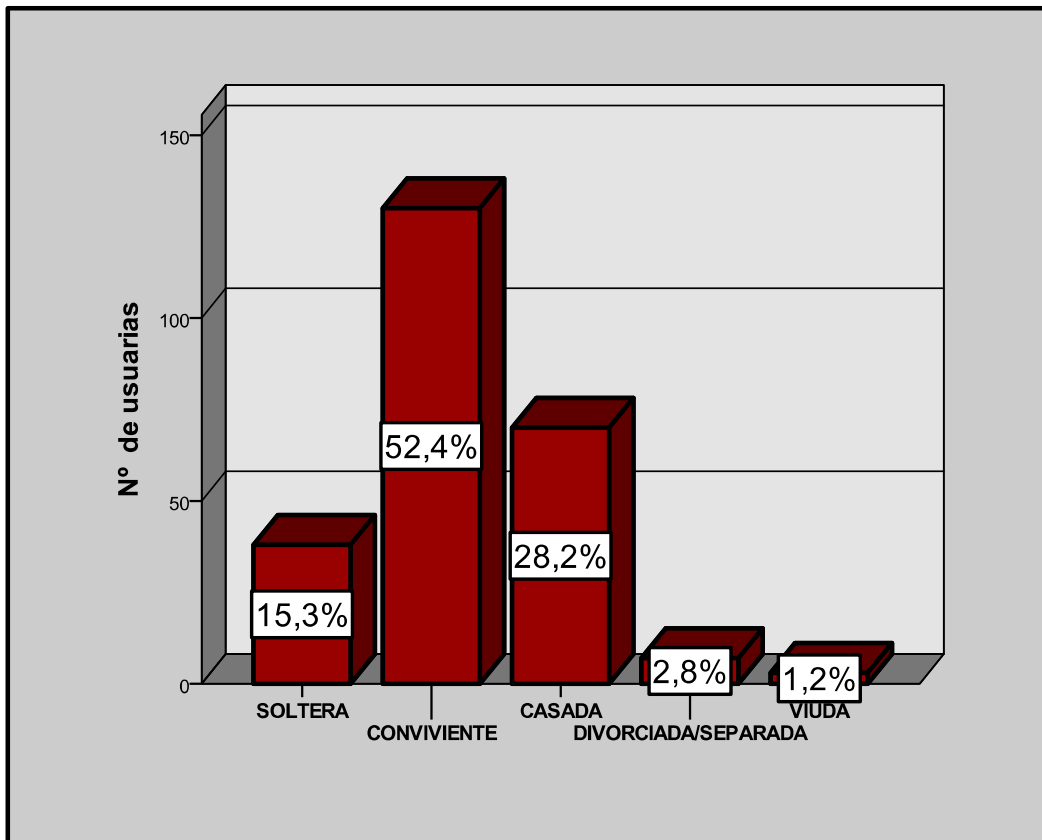
Se agrupó a las usuarias por grupos de edades según la distribución del ENDES 2009, obteniendo así que la mayoría de usuarias (22,6%) tienen entre 20 y 24 años de edad, seguida de 25 y 29 años (20,6%); y en tercer lugar el grupo de 30 y 34 años (19%).

GRÁFICO Nº 2: GRADO DE INSTRUCCIÓN



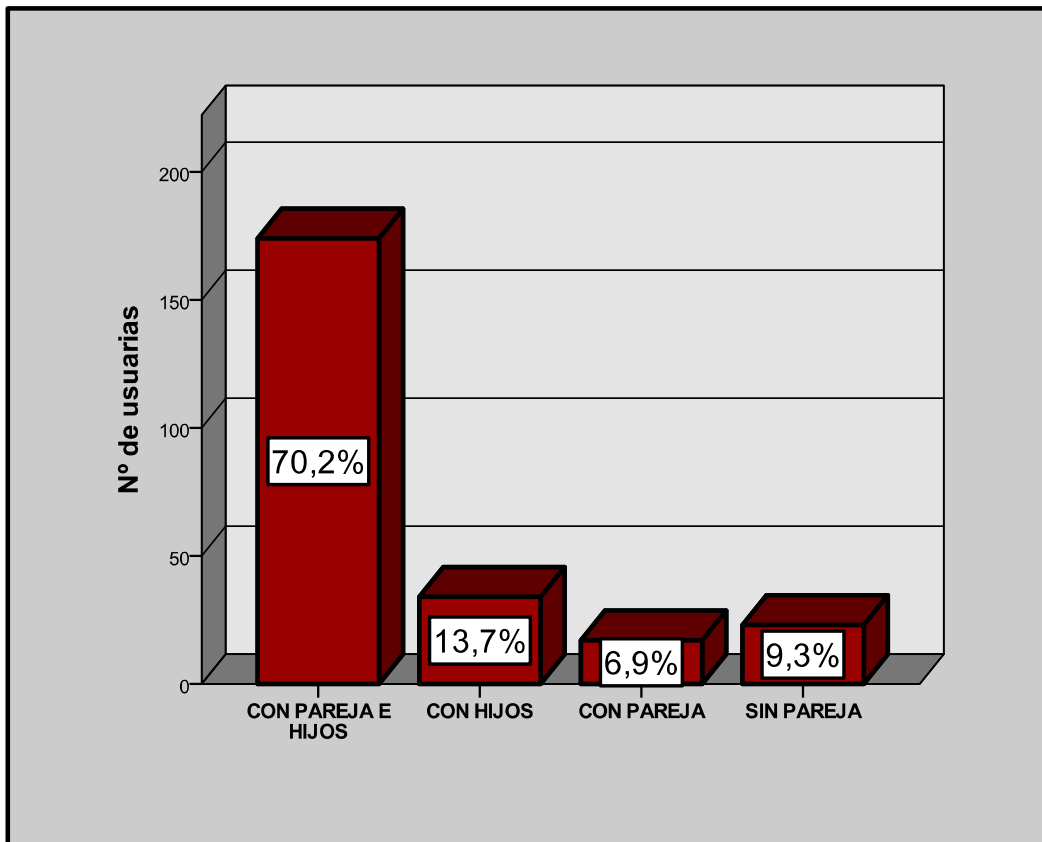
Según el cuadro el 54,8%(136) de la muestra ha alcanzado el Nivel de educación Secundario, el 35,5%(88) de ellas tiene el Nivel Superior; y sólo el 9,7%(24) del total tiene el Nivel Primario.

GRÁFICO Nº 3: ESTADO CIVIL



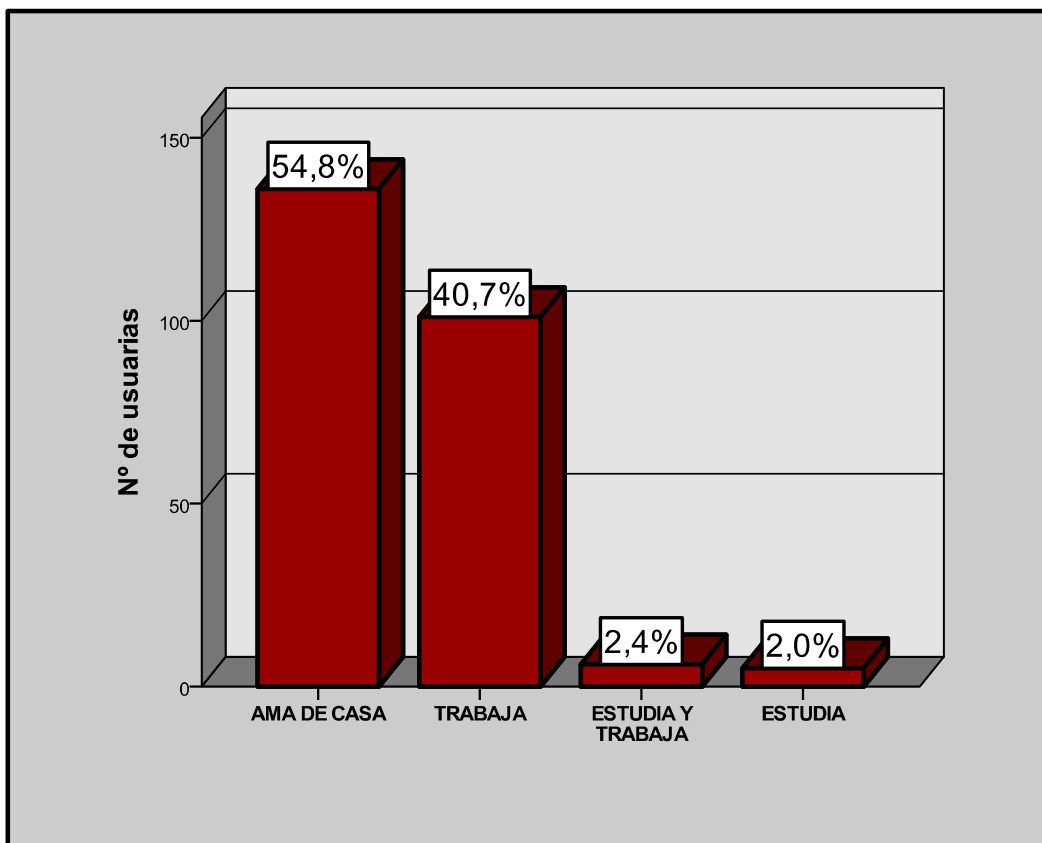
El 52,4%(130) de la muestra refiere ser Conviviente, el 28,2%(70) refiere ser Casada; mientras que el 15,3%(38) refiere ser Soltera o no haber convivido con nadie, el 2,8%(7) refiere estar Divorciada o Separada y sólo el 1,2%(3) refiere ser Viuda.

GRÁFICO N° 4: CONVIVENCIA



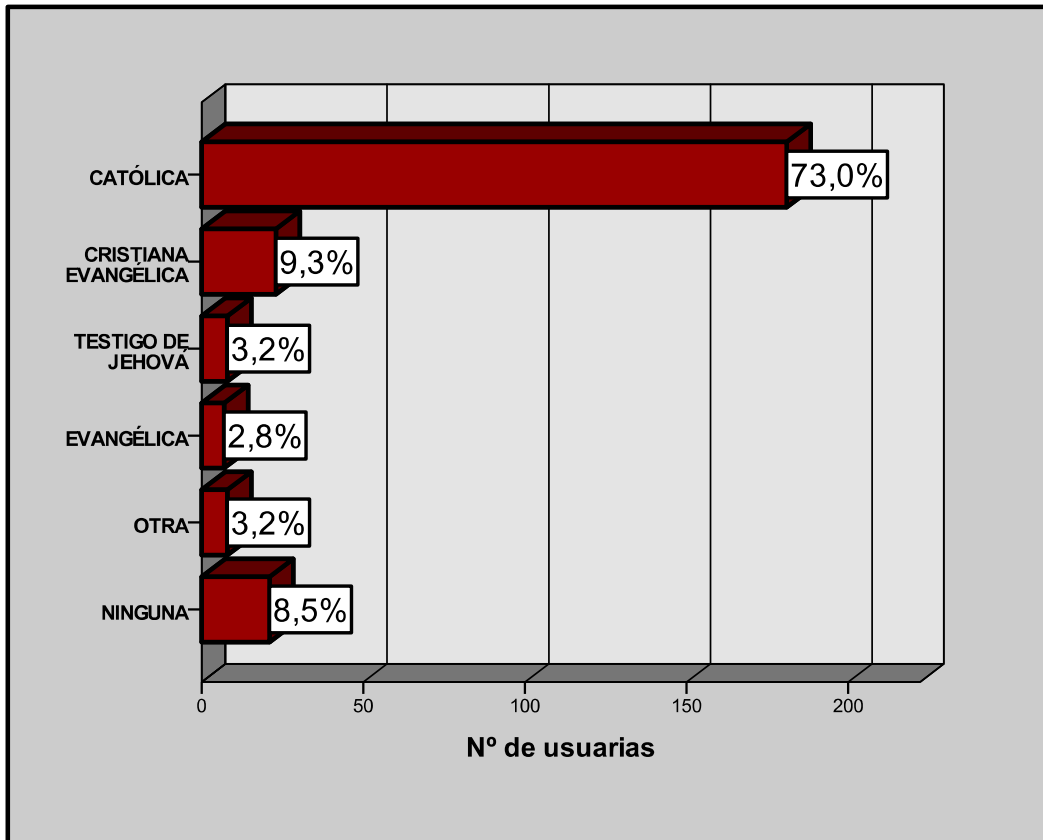
El 70,2%(174) de las entrevistadas manifestó compartir la vivienda sólo con su pareja e hijos; mientras que el 13,7%(34) refiere que sólo viven con sus hijos, el 6,9%(17) refiere que sólo viven con su pareja, y sólo el 9,3%(23) refieren vivir sin pareja.

GRÁFICO N° 5: OCUPACIÓN



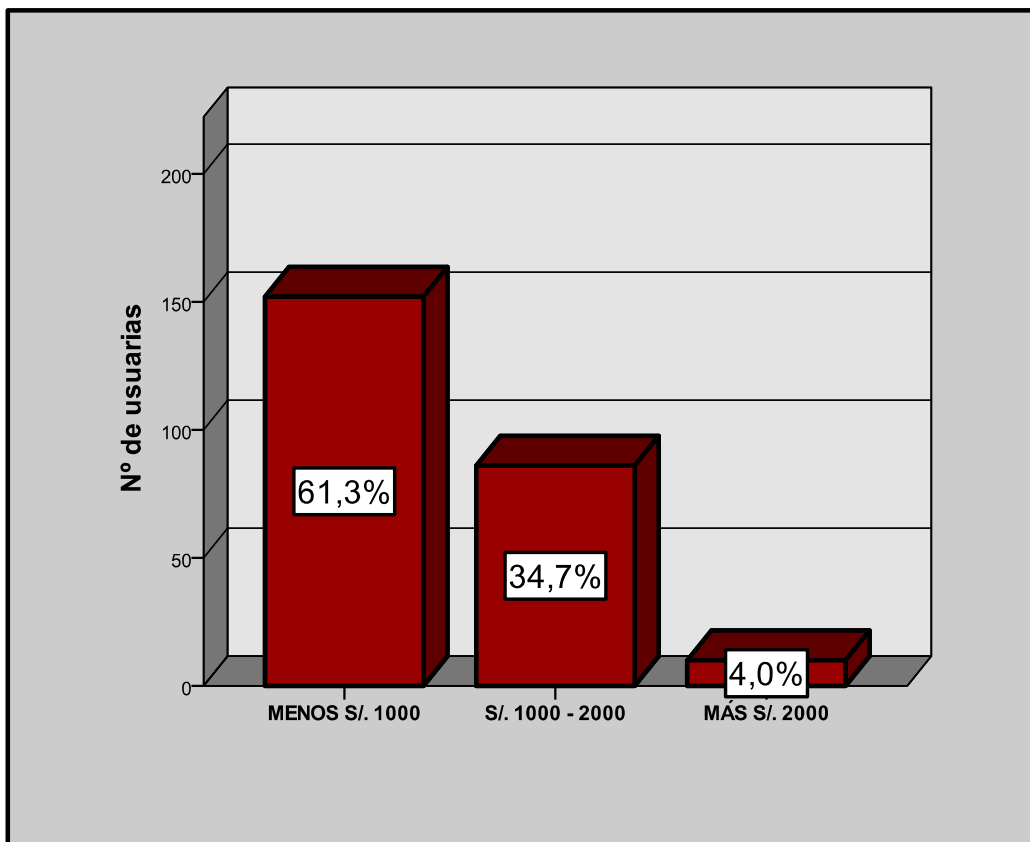
Según el cuadro el 54,8%(136) de las usuarias entrevistadas es ama de casa, un 40,7%(101) trabaja, en su gran mayoría son empleadas o se dedican al comercio; mientras que un 2,4%(6) estudia y trabaja; y sólo un 2,0%(5) estudia.

GRÁFICO N° 6: RELIGIÓN



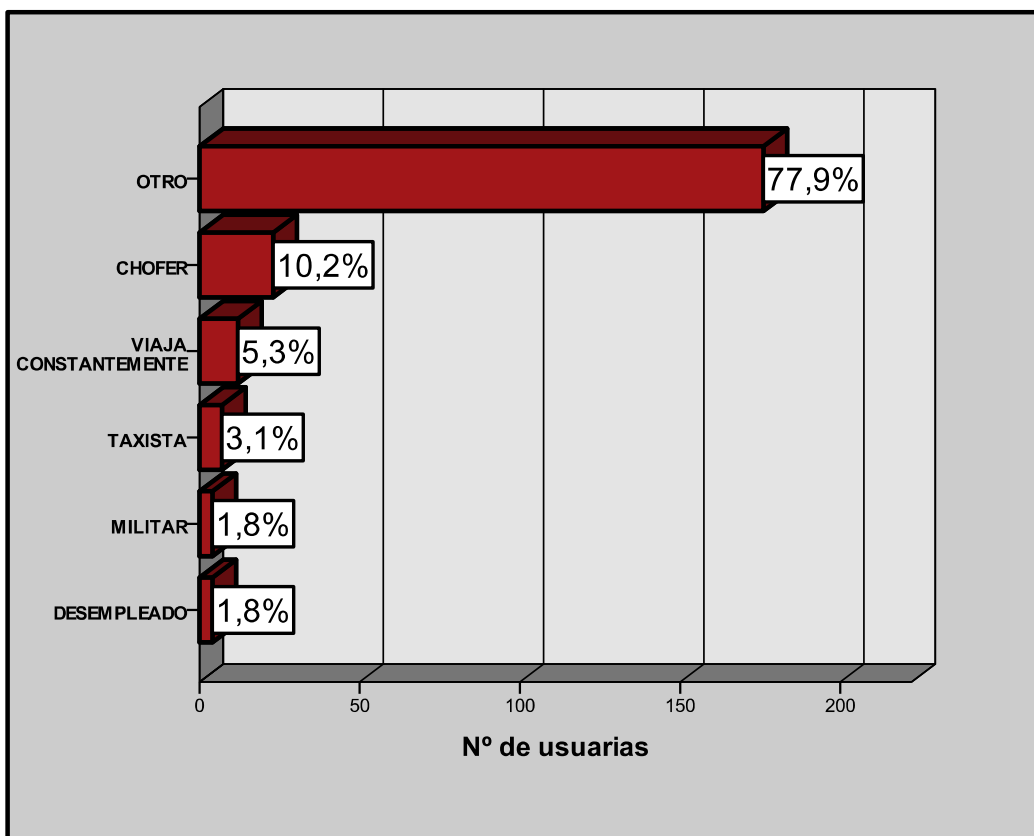
Un 73,0%(181) de las entrevistadas pertenecen a la religión Católica; mientras que un 18,5%(46) de las entrevistadas practican otras religiones, en su mayoría la Cristiana Evangélica (9,3%) y Testigo de Jehová (3,2%). Sólo el 8,5%(21) no practica ninguna religión.

GRÁFICO N° 7: INGRESO ECONÓMICO



El 61,3%(152) de las usuarias entrevistadas refieren un ingreso económico mensual de menos de 1000 soles; mientras que un 38,7%(96) refiere un ingreso mayor de 1000 soles, de los cuales sólo un 4% sobrepasa los 2000 soles.

GRÁFICO N° 8: OCUPACIÓN DE LA PAREJA



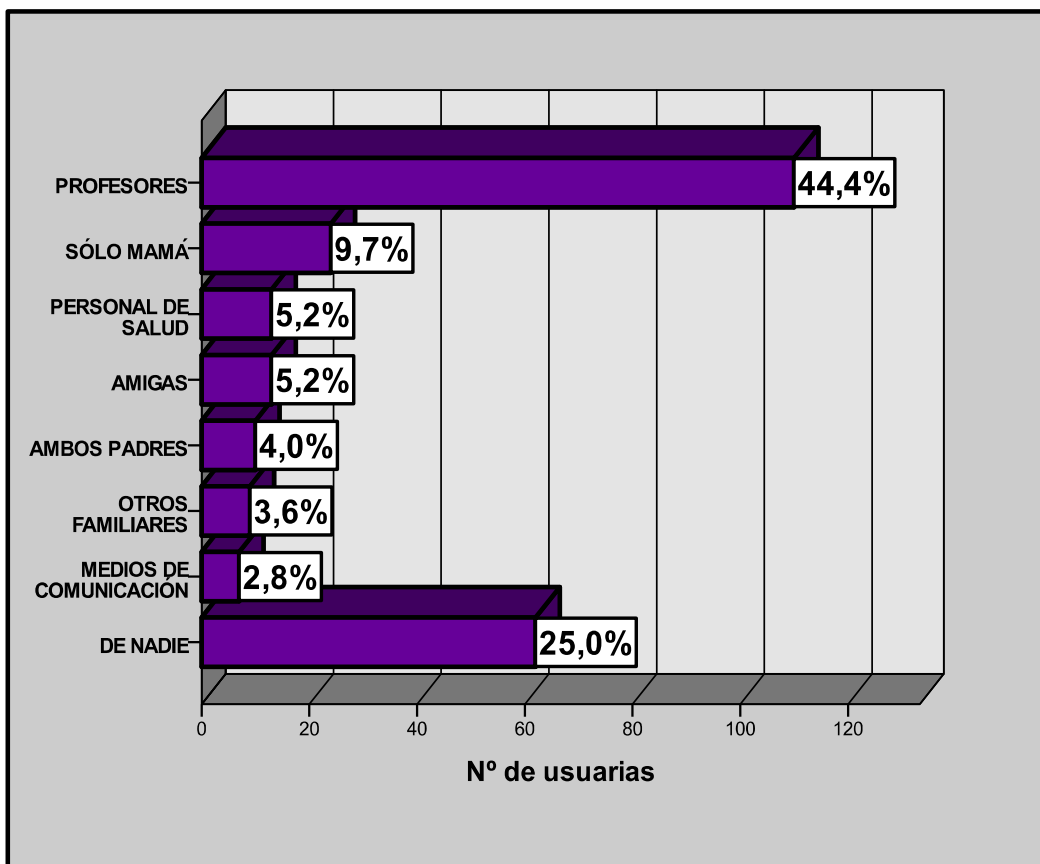
Según la Literatura existen algunos empleos considerados de riesgo para el desarrollo de un Cáncer Cervicouterino. Aunque nuestra muestra no reportó que las parejas de las entrevistadas pertenezcan a este grupo; se obtuvo que un 23,1%(50) sí pertenece a este grupo; entre ellos destacan los choferes de transporte público (10,2%), aquellas parejas cuyas ocupaciones demanden viajes continuos o de periodos largos (5,3%), los taxistas (3,1%) y los militares (1,8%).

2. PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN PRIMARIA

2.1 RELACIONADAS CON LA CONDUCTA SEXUAL

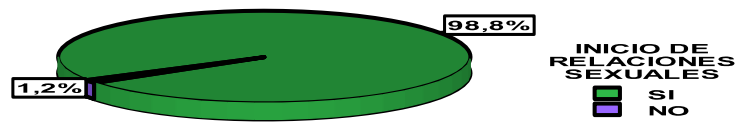
2.1.1 CARACTERÍSTICAS SEXUALES

GRÁFICO Nº 9: FUENTE DE EDUCACIÓN SEXUAL



Según el gráfico un 75%(186) de las usuarias entrevistadas manifestó haber recibido educación sexual por parte de alguna persona, entre ellas un 44,4%(110) de sus profesores en el colegio, un 9,7%(24) sólo por parte de su mamá, un 5,2%(13) por parte de sus amigas, otro 5,2%(13) por parte del personal de salud; mientras que un 25%(62) refiere no haber recibido educación sexual.

GRÁFICO N° 10: INICIO DE RELACIONES SEXUALES



De las 248 entrevistadas, 245 refieren haber tenido relaciones sexuales, que representa un 98,8 %; mientras que sólo el 1,2%(3) refiere haberse abstenido de tenerlas.

TABLA N°3: CARACTERÍSTICAS SEXUALES

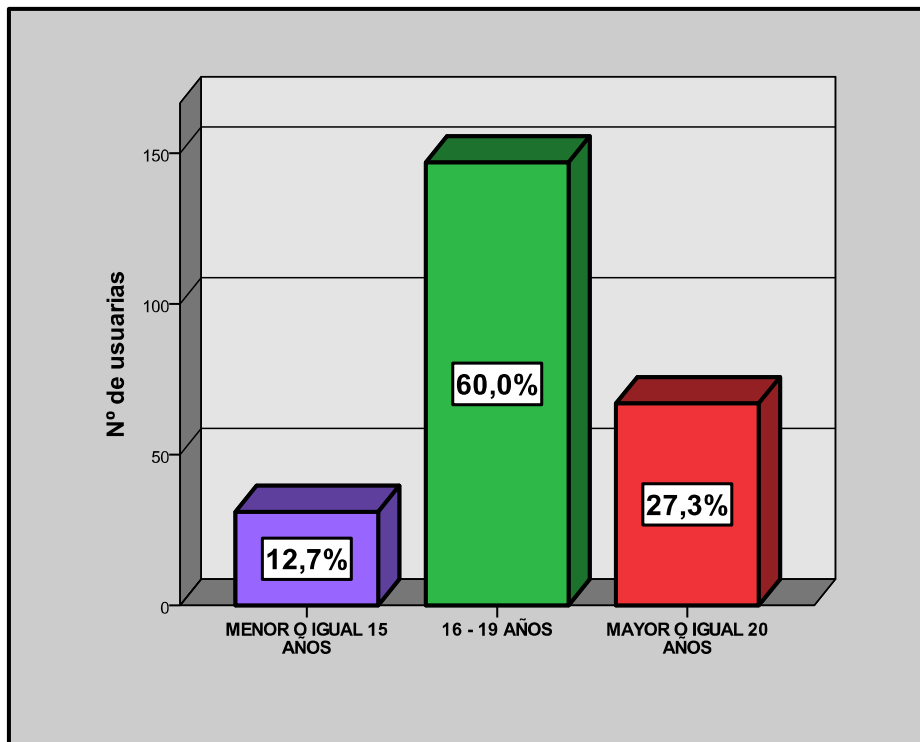
CONDUCTA SEXUAL DE LAS USUARIAS DEL C. S. LEONOR SAAVEDRA		N°	%
EDAD DE LA 1º RELACIÓN SEXUAL	≤ 15 años	31	12,7
	16-19 años	147	60,0
	≥ 20 años	67	27,3
NÚMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES	1	107	43,7
	2	86	35,1
	≥ 3	52	21,2
CONOCER LAS CARACTERÍSTICAS SEXUALES DE LA PAREJA	SI	163	72,1
	NO	63	27,9
CONTAGIO DE ITS	SI	64	26,1
	NO	181	73,9
USO PROLONGADO DE PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS	SI	29	11,8
	NO	216	88,2
USO DE PRESERVATIVO DURANTE LAS RELACIONES COITALES	Nunca	166	67,8
	En ocasiones	49	20,0
	Siempre	30	12,2

TABLA 4: PROMEDIO DE LA EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES

N	Válidos	245
Media		18,56
Moda		19
Mínimo		14
Máximo		29

La edad promedio del inicio de relaciones coitales de las entrevistadas fue de 19 años, mientras que la edad mínima fue de 14 años, la edad máxima fue de 29 años.

GRÁFICO 11: EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES



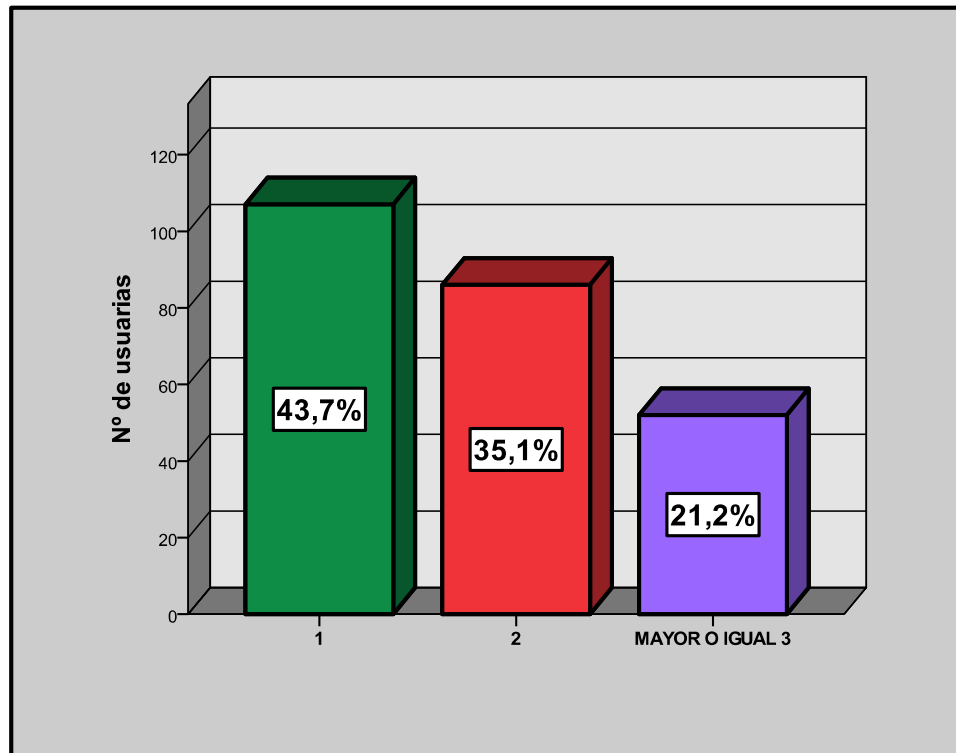
Según el gráfico de las 245 usuarias que refirieron tener una vida sexual activa, el 60,0%(147) tuvo su primera relación coital a entre los 16 y 19 años, el 27,3%(67) tuvo su primera relación coital a partir de los 20 años, y el 12,7%(31) la tuvo antes de los 15 años.

TABLA N° 5: PROMEDIO DEL NÚMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES

N	Válidos	245
Media		1,88
Moda		1
Mínimo		1
Máximo		7

El número promedio de compañeros sexuales de la muestra entrevistada fue de 1,88; mientras que el número mínimo fue de 1 y el máximo fue de 7.

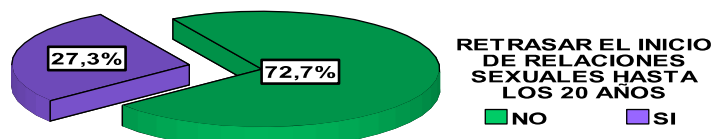
GRÁFICO N° 12: NÚMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES´



Según el gráfico de las 245 usuarias que refirieron tener una vida sexual activa, el 43,7%(107) refiere haber tenido un solo compañero sexual, el 35,1%(86) refiere haber tenido 2 compañeros sexuales y el 21,2%(52) ha tenido más de 3 compañeros sexuales.

2.1.2 PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN PRIMARIA RELACIONADAS CON LA CONDUCTA SEXUAL

GRÁFICO N° 13: RETRASAR EL INICIO DE RELACIONES SEXUALES HASTA LOS 20 AÑOS



De las características sexuales de las usuarias podemos observar que sólo el 27,3%(67/245) de las entrevistada ha retrasado el inicio de relaciones sexuales hasta los 20 años; mientras que la gran mayoría, que representa un 72,2%(178/245) ha iniciado sus relaciones sexuales antes de los 20 años (Gráfico N° 13). Además el 43,7%(107/245) de las entrevistadas ha tenido sólo un compañero sexual hasta el momento; mientras que la mayoría, que representa el 56,3%(138/245) ha tenido más de un compañero sexual (Gráfico N° 14).

GRÁFICO N° 14: LIMITAR EL NÚMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES A UNO

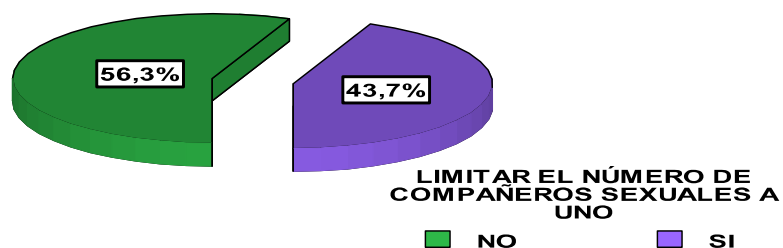


GRÁFICO N° 15.1: CONOCER LAS CARACTERÍSTICAS SEXUALES DE LA PAREJA

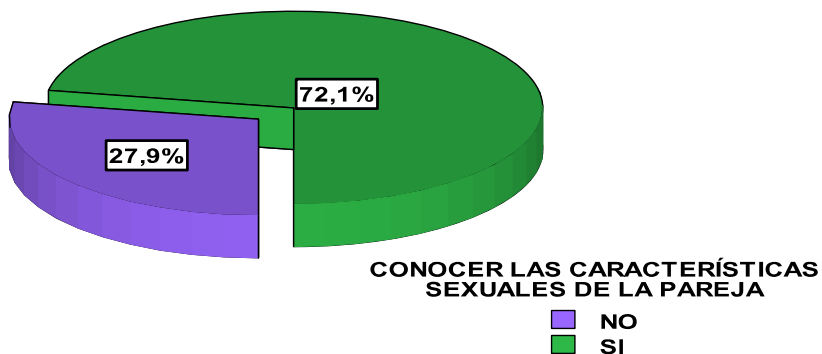
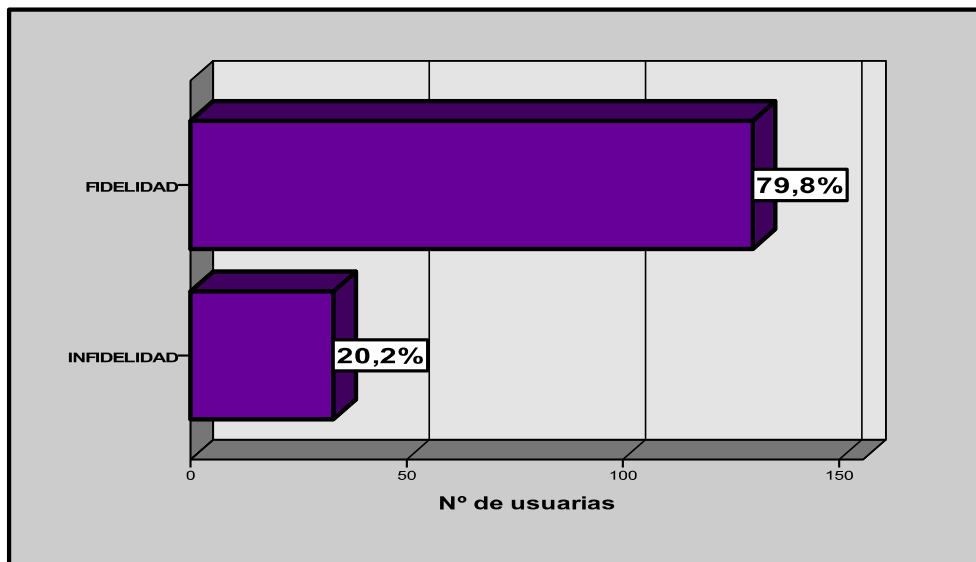


GRÁFICO N° 15.2: CARACTERÍSTICAS SEXUALES DE LA PAREJA



Sólo 226 usuarias entrevistadas refieren tener vida sexual activa con una pareja estable, que representa un 91,1% de la muestra; de las cuales un 72,1%(163) refiere conocer las características sexuales de su pareja (Gráfico N°15.1). De las cuales 130 usuarias, que representa un 79,8% refieren que su pareja actual le es fiel; mientras que 33 usuarias, que representa un 20,2% refieren que sus parejas no le son fieles, ya que tienen otras parejas sexuales (Gráfico N° 15.2).

GRÁFICO N° 16.1: CONTAGIO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

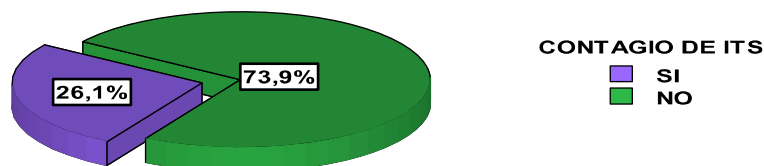
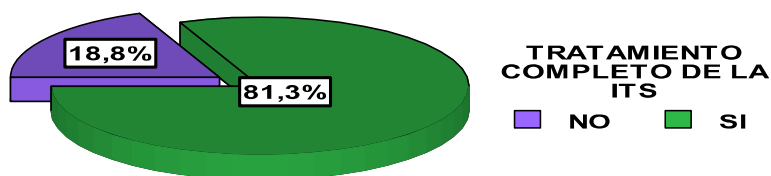
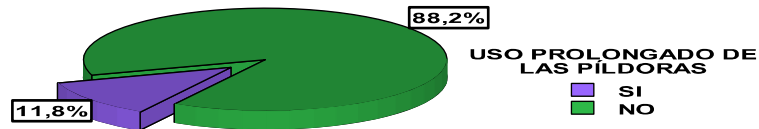


GRÁFICO N° 16.2: TRATAMIENTO COMPLETO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)



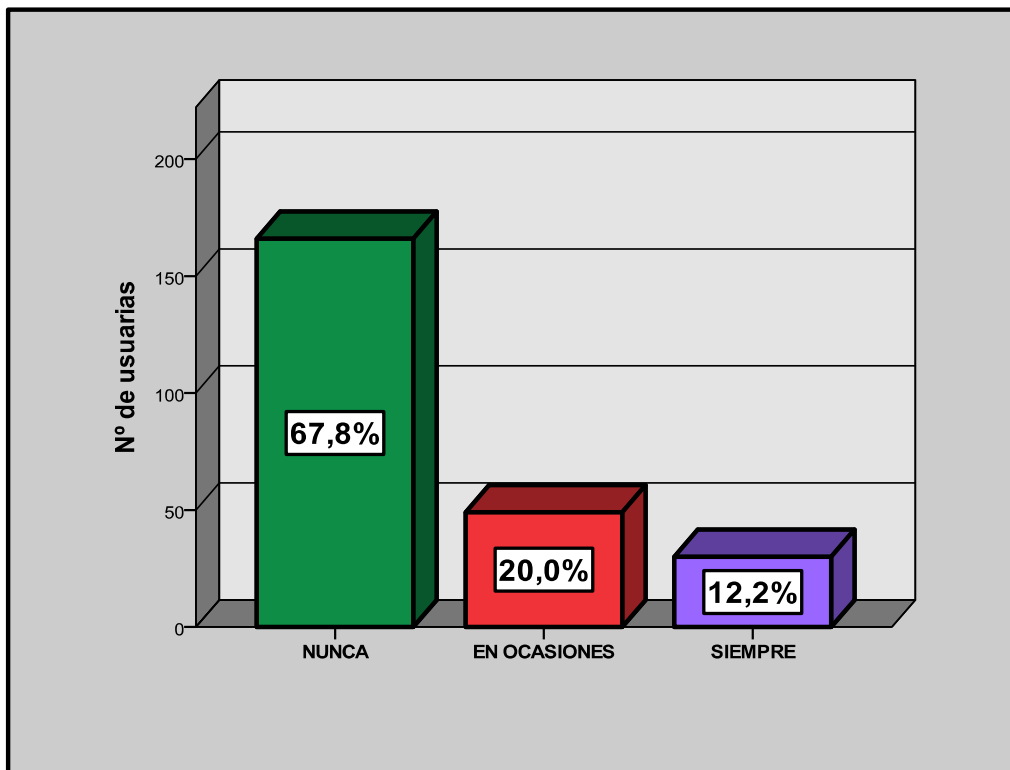
Según el Gráfico N° 16.1 el 73,9%(181/245) de las entrevistadas afirmó nunca haber padecido una ITS; mientras que el 26,1%(64/245) afirmó haber padecido alguna vez una ITS. De las usuarias que afirmaron padecer un ITS el 81,3%(52/64) refiere haber recibido tratamiento completo, mientras que el 18,8%(12/64) refiere no haber completado el tratamiento (Gráfico N° 16.2).

GRÁFICO N°17: EVITAR EL USO PROLONGADO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO HORMONAL ORAL (PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS)



Según el gráfico el 11,8%(29/245) de las usuarias entrevistadas refiere haber usado prolongadamente (mayor de 5 años) el Método Anticonceptivo Hormonal Oral (Píldoras); mientras que el 88,2%(216/245) no lo usó prolongadamente.

GRÁFICO N° 18: USO DE PRESERVATIVO DURANTE LAS RELACIONES SEXUALES



Según el gráfico N° 18, el 12,2%(30/245) de las entrevistadas siempre usa el preservativo durante sus relaciones coitales; mientras que el 20,0%(49/245) lo usa ocasionalmente; y la mayoría, que representa el 67,8%(166/245) no lo ha usado nunca.

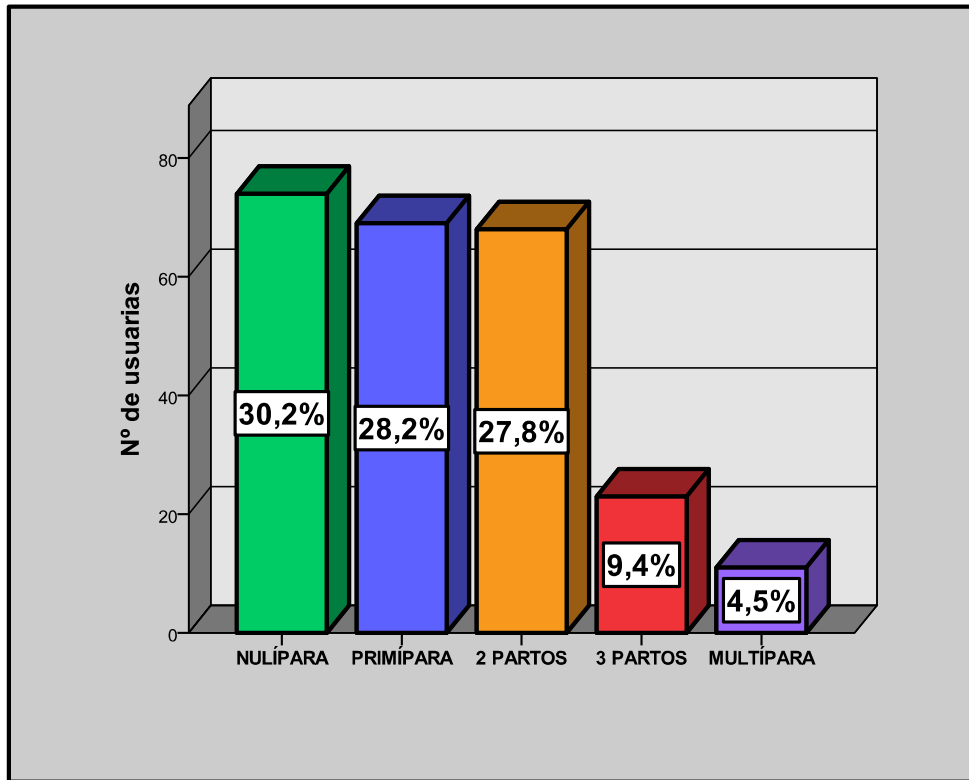
2.2 RELACIONADAS CON LA REPRODUCCIÓN

2.2.1 CARACTERÍSTICAS REPRODUCTIVAS

TABLA N° 6: CARÁCTERÍSTICAS REPRODUCTIVAS

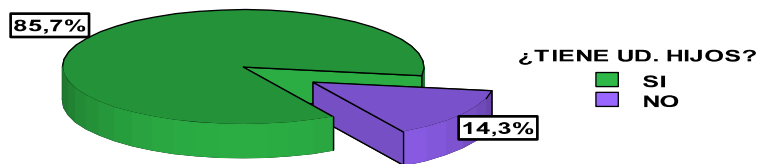
CARACTERÍSTICAS REPRODUCTIVAS DE LAS USUARIAS DEL C.S. LEONOR SAAVEDRA		N°	%
PARIDAD	Nulípara	74	30,2
	Primípara	69	28,2
	2 Partos	68	27,8
	3 Partos	23	9,4
	Múltipara	11	4,5
¿TIENE HIJOS?	NO	35	14,3
	SI	210	85,7
EDAD DEL 1° PARTO	≤ 17 años	27	12,9
	18-21 años	95	45,2
	≥ 22 años	88	41,9
TIPO DE PARTO	Vaginal	151	71,9
	Vaginal y Cesárea	20	9,5
	Cesárea	39	18,6
NÚMERO DE PARTOR VAGINALES	1	69	40,3
	2	68	39,8
	≥ 3	34	19,9

GRÁFICO N° 19: PARIDAD



Según el gráfico el 30,2%(74/245) de las usuarias entrevistadas refieren nunca haber tenido un trabajo de parto, el 28,2%(69/245) refiere haber tenido sólo un parto, el 27,8%(68/245) tuvieron dos partos, el 9,4%(23/245) han tenido 3 partos, y sólo el 4,5%(11/245) tuvieron más de 3 partos.

GRÁFICO N° 20: ¿TIENE UD. HIJOS?



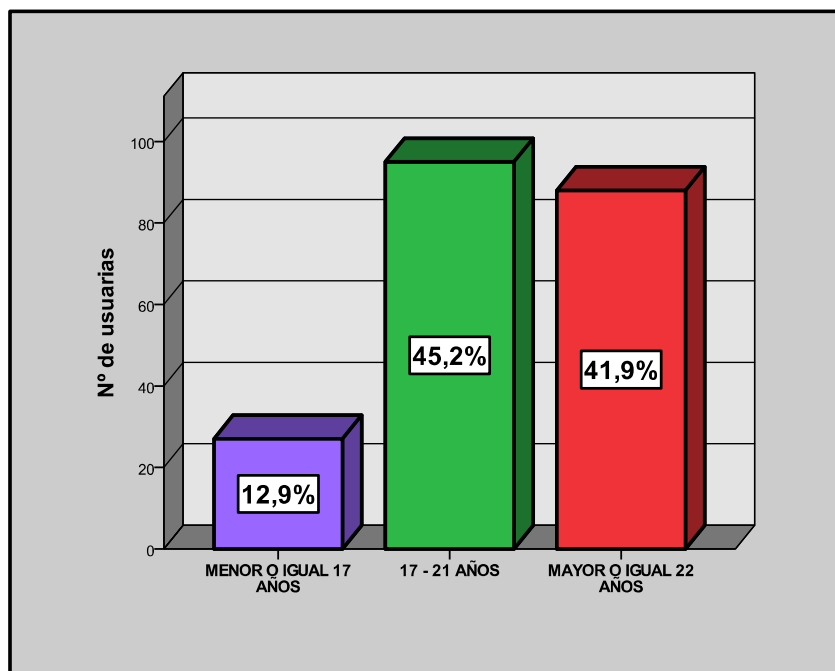
De 248 usuarias entrevistadas, 245 refirieron haber tenido relaciones sexuales, que representa un 98,8% de la muestra; de la cuales el 85,7%(210/245) de las usuarias refieren tener hijos, mientras que el 14,3%(35/245) no los han tenido todavía (Gráfico N° 20).

TABLA N° 7: PROMEDIO DE LA EDAD DEL PRIMER PARTO

N	Válidos	210
Media		21,44
Moda		20
Mínimo		15
Máximo		32

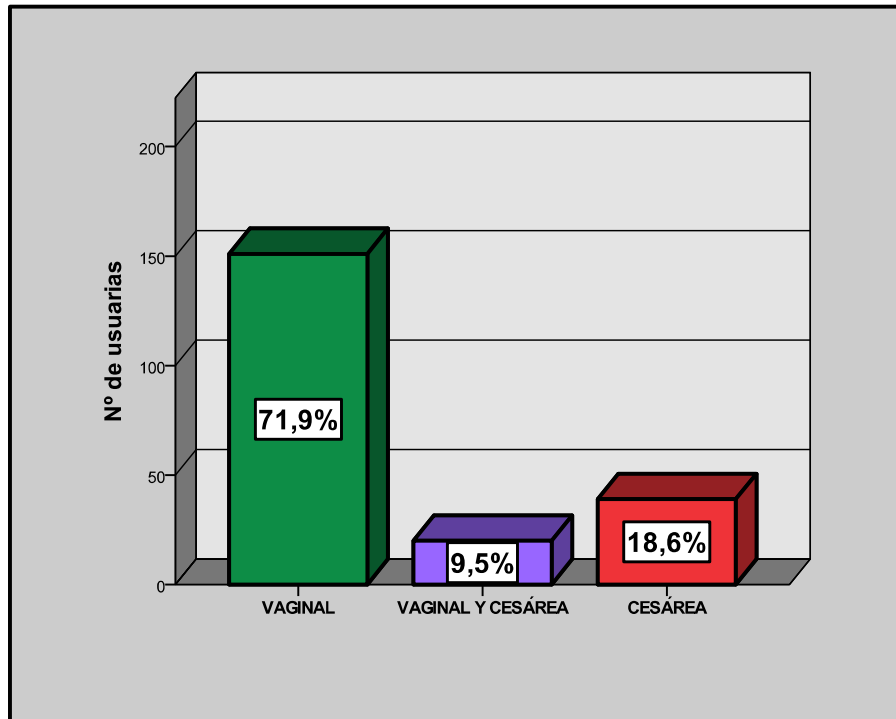
La edad promedio del primer parto de las usuarias entrevistadas fue de 21,44 años; la edad mínima fue de 15 años y la edad máxima fue de 32 años.

GRÁFICO N° 21: EDAD DEL PRIMER PARTO



Según el gráfico N° 21 el 12,9%(27/210) refiere haber tenido su primer parto antes de los 17 años, el 45,2%(95/210) lo hicieron entre los 17 y 21 años, mientras que el 41,9%(88/210) de las entrevistadas tuvieron su primer parto a partos de los 22 años.

GRÁFICO N° 22: TIPO DE PARTO



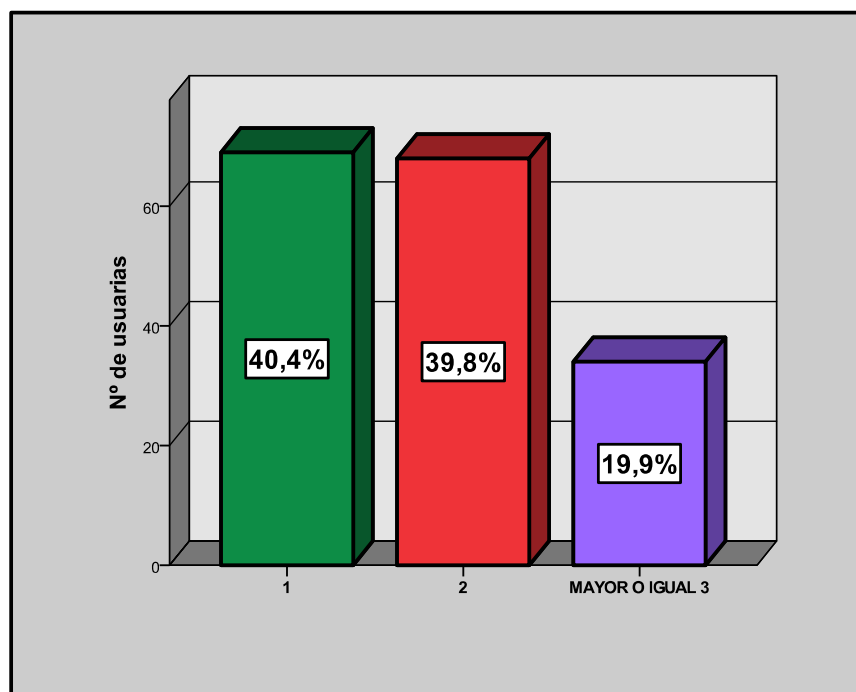
De las 210 usuarias que refirieron tener hijos, el 71,9%(151) refiere que su parto fue por vía vaginal, el 18,6%(39) refiere que su parto fue por cesárea, y el 9,5%(20) refiere que sus partos fueron por vía vaginal y cesárea.

TABAL Nº 8: PROMEDIO DEL NÚMERO DE PARTOS VAGINALES

N	Válidos	171
Media		1,89
Moda		1
Mínimo		1
Máximo		6

El promedio de partos vaginales de las usuarias entrevistadas, que refirieron haber tenido hijos por vía vaginal (171) fue de 1,89 partos; el número mínimo de partos por parte de las usuarias fue de 1 y el máximo fue de 6.

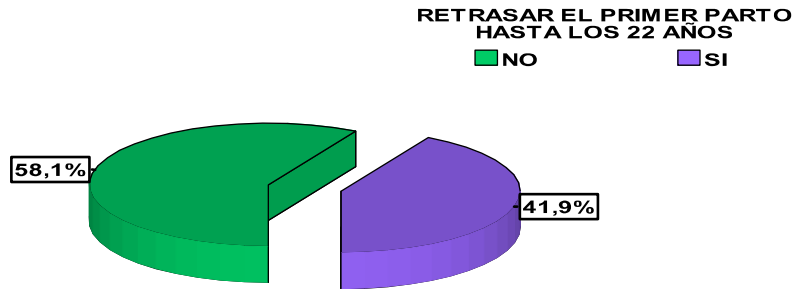
GRÁFICO Nº 23: NÚMERO DE PARTOS VAGINALES



Según el gráfico el 40,4%(69/171) de las entrevistadas, que refirieron haber tenido a sus hijos por vía vaginal, han tenido sólo un parto, mientras que el 39,8%(68/171) refieren haber tenido 2 partos; y el 19,9%(34/171) refieren haber tenido más de 3 partos.

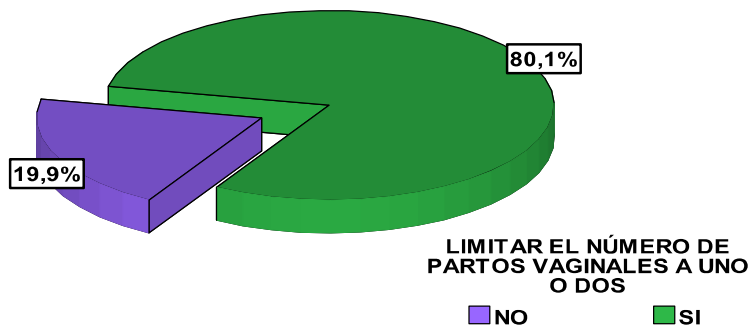
2.2.2 PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN PRIMARIA RELACIONADAS CON LA REPRODUCCIÓN

GRÁFICO N° 24: RETRASAR EL PRIMER PARTO HASTA LOS 22 AÑOS



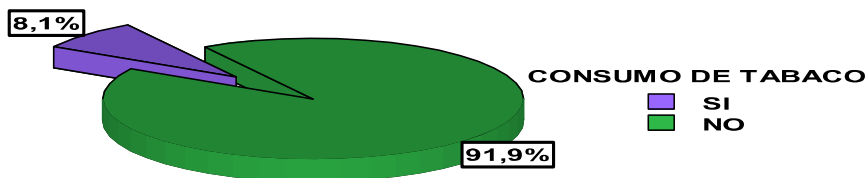
De las características reproductivas podemos observar que el 41,9%(88/210) de las usuarias entrevistadas que refirieron tener hijos, han tenido su primer parto a partir de los 22 años; mientras que el 58,1% (122/210) lo ha tenido antes (Gráfico N° 24). Además el 80,1%(137/171) de las que refirieron tener algún parto por vía vaginal, han tenido menos de tres partos por esta vía; mientras que sólo el 19,9% (34/171) ha tenido tres o más partos (Gráfico N° 25).

GRÁFICO N° 25: LIMITAR EL NÚMERO DE PARTOS VAGINALES A UNO O DOS



2.3 HÁBITOS NOCIVOS

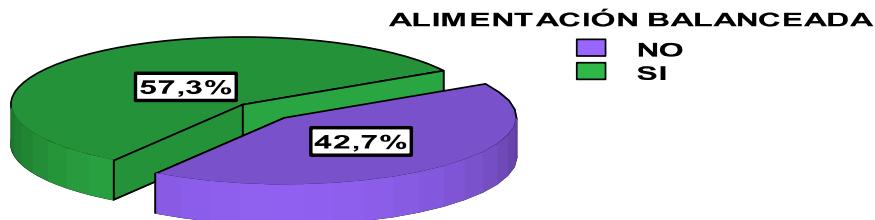
GRÁFICO N° 26: CONSUMO DE TABACO



Sólo el 8,1%(20) de las entrevistadas refieren consumir tabaco frecuentemente; mientras que el 91,9%(228) refieren que evita consumirlo.

2.4 ALIMENTACIÓN BALANCEADA

GRÁFICO N° 27: ALIMENTACIÓN BALANCEADA



Lo importante de una alimentación balanceada es la prevención de muchas enfermedades, entre ellas la Prevención del Cáncer Cervicouterino. De las 248 usuarias entrevistadas, el 57,3%(142) refieren tener una alimentación balanceada; mientras que el 42,7%(106) no la tienen.

2.5 FACTOR HEREDITARIO

GRÁFICO N° 28.1: ANTECEDENTE FAMILIAR

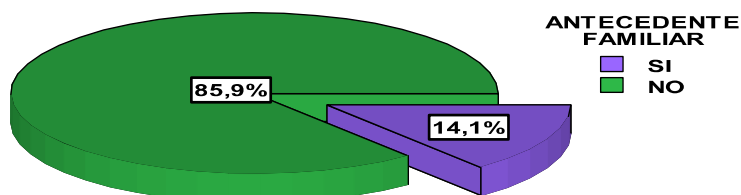
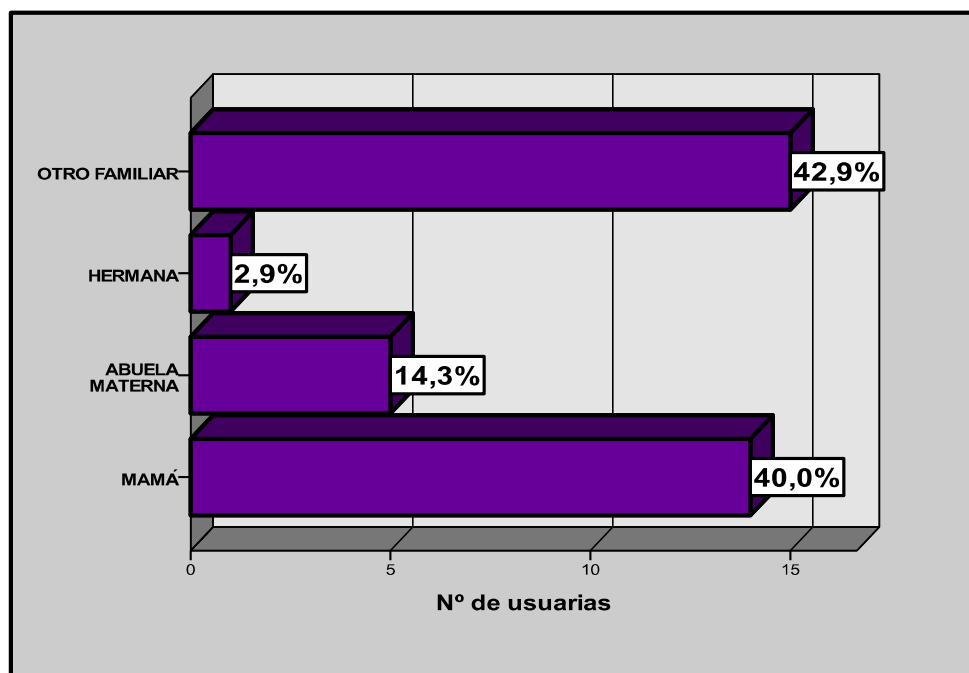


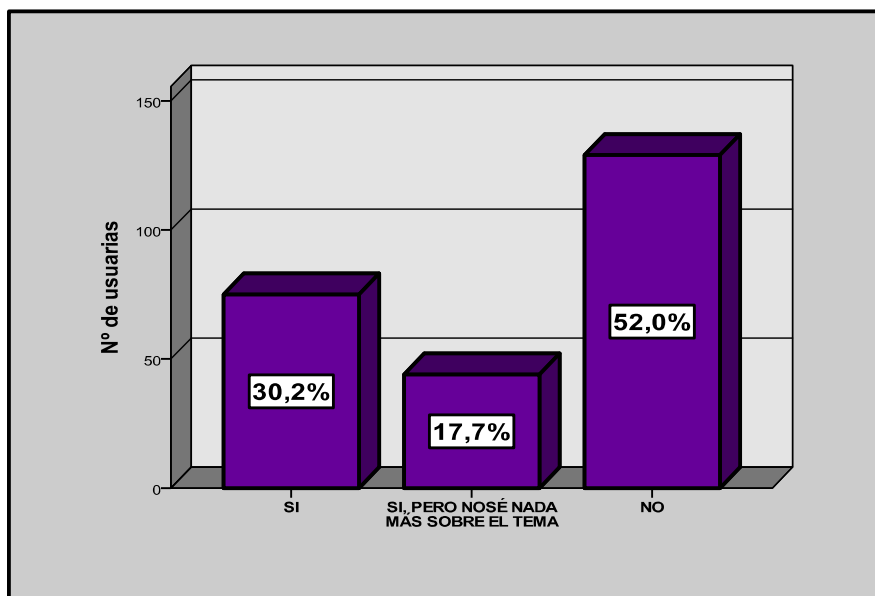
GRÁFICO N° 28.2: FAMILIAR CON CÁNCER CERVICOUTERINO



Según el Gráfico N° 28.1, el 14,1%(5) de las usuarias entrevistadas ha tenido algún familiar con Cáncer Cervicouterino; de las cuales el 40,0%(14/35) refieren que este familiar fue su madre, el 14,3%(5/35) que fue su abuela materna, el 2,9%(1/35) que fue su hermana y el 42,9%(15/35) que fue otro familiar (Gráfico N° 28.2).

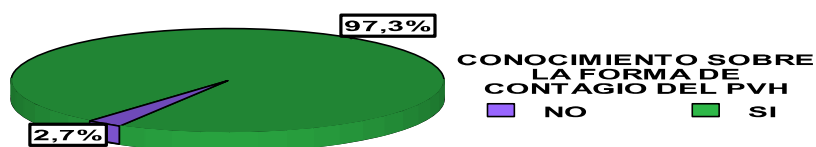
2.6 PAPILOMA VIRUS HUMANO

GRÁFICO Nº 29: ¿HA ESCUCHADO HABLAR UD. SOBRE EL PAPILOMA VIRUS HUMANO?



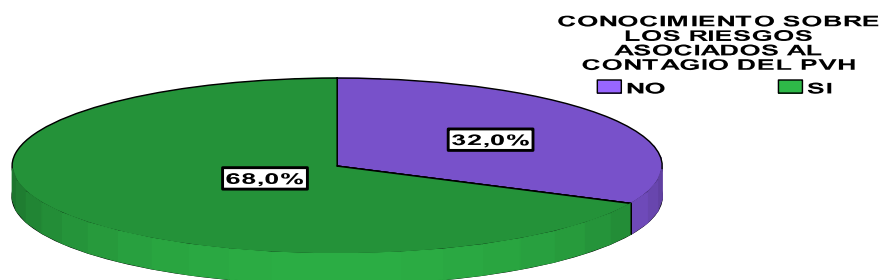
Según el gráfico sólo 75 usuarias, que representa el 30,2% de la muestra manifestaron haber escuchado alguna vez sobre el Papiloma Virus Humano y tener conocimiento sobre este tema; mientras que el 17,7%(44) ha escuchado hablar sobre este virus, pero no saben nada más acerca del tema; y el 52,0%(129) nunca ha escuchado hablar sobre este tema.

GRÁFICO Nº 30: CONOCIMIENTO DE LA FORMA DE CONTAGIO DEL PAPILOMA VIRUS HUMANO



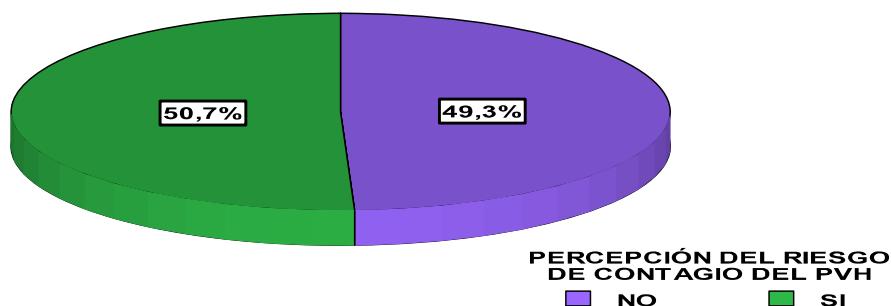
De las 75 usuarias, que refirieron tener algún conocimiento sobre el Papiloma Virus Humano; el 97,3%(73) saben que la principal forma de contagio del Papiloma Virus Humano es por vía sexual; mientras que sólo el 2,7%(2) refieren no saber cómo se contagia este Virus (Gráfico N°30).

GRÁFICO N° 31: CONOCIMIENTO SOBRE LOS RIESGOS ASOCIADOS AL PAILOMA VIRUS HUMANO



El 68,0%(51/75) de las usuarias que refirieron tener conocimiento sobre el Papiloma Virus Humano, saben que el riesgo asociado al padecimiento del Papiloma Virus Humano es el desarrollo de Cáncer Cervicouterino; mientras que el 32,0%(24/75) no lo sabe.

GRÁFICO N° 32: PERCEPCIÓN DEL RIESGO DE CONTAGIO DEL PAILOMA



Según el gráfico el 50,7%(38/75) de las usuarias que refirieron tener conocimiento sobre el Papiloma Virus Humano, se sienten en riesgo de contagiarse del Papiloma Virus Humano; mientras que el 49,3%(37/75) no se siente en riesgo de contagiarse.

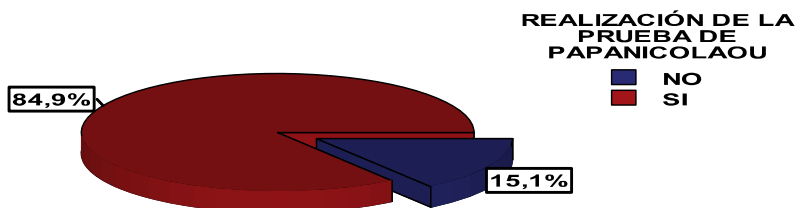
3. PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN SECUNDARIA

3.1 CARACTERÍSTICAS DE LA PRUEBA DEL PAPANICOLAOU

TABLA N° 9: PRUEBA DE PAPANICOLAOU

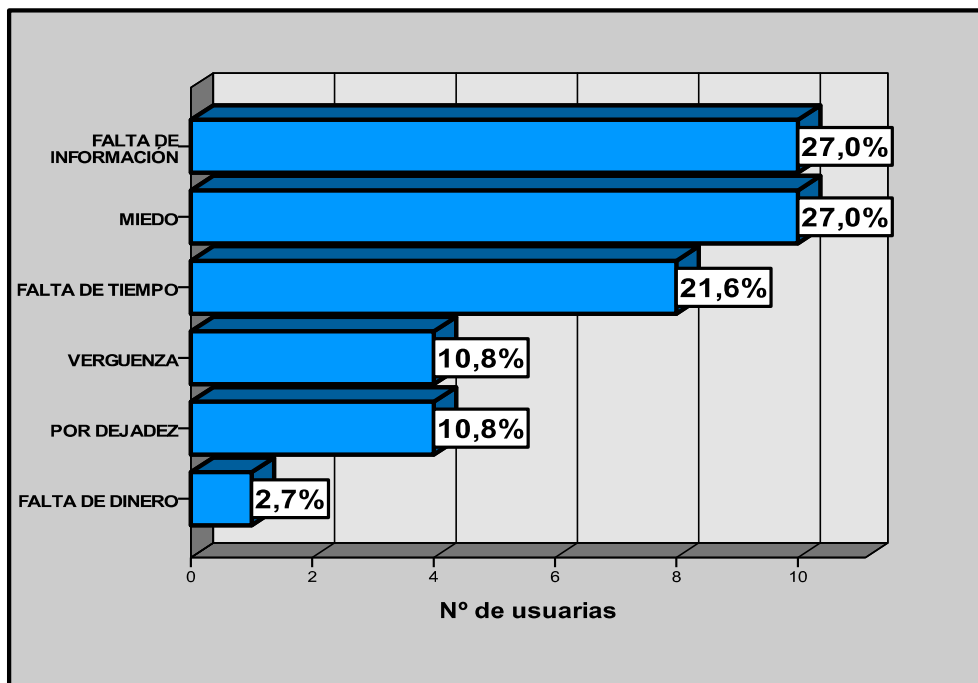
CARACTERÍSTICAS DE LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU POR PARTE DE LA USUARIA DEL C. S. LEONOR SAAVEDRA		N°	%
REALIZACIÓN DE LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU	SI	208	84,9
	NO	37	15,1
REALIZACIÓN DE LA PRIMERA PRUEBA DE PAPANICOLAOU	Después del IRS	23	11,1
	En el embarazo	145	69,7
	En otro momento	40	19,2
FRECUENCIA DE LA PRUEBA DE LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU	Cada 6 meses	8	3,8
	Cada año	64	30,8
	Cada 2 o 3 años	9	4,3
	Sin frecuencia	127	61,1
REALIZACIÓN DE LA ÚLTIMA PRUEBA DE PAPANICOLAOU	Hace ≤ 1 año	141	67,8
	Hace 2 años	30	14,4
	Hace 3 años	13	6,3
	Hace > 3 años	24	11,5
CANTIDAD DE PRUEBAS DE PAPANICOLAOU	1 PAP	57	27,4
	2-3 PAP	58	27,9
	4-5 PAP	29	13,9
	≥ 6 PAP	64	30,8
CONOCIMIENTO DEL RESULTADO DE LA ÚLTIMA PRUEBA DE PAPANICOLAOU	SI	179	86,1
	NO	29	13,9
CONOCIMIENTO DEL PROPÓSITO DE LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU	SI	74	36,1
	NO	134	63,9

GRÁFICO N° 33: REALIZACIÓN DE LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU



Según el gráfico, 208 entrevistadas, que representan el 84,9%(208/245) de muestra de las usuarias que manifestaron tener una vida sexual activa, se han realizado la Prueba de Papanicolaou; mientras que sólo el 15,1%(37/245) no se ha hecho aún esta prueba.

GRÁFICO N° 34: MOTIVO DE NUNCA HABERSE REALIZADO LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU



De las 37(15,1%) usuarias que refirieron nunca haberse realizado la Prueba de Papanicolaou, el 27,0%(10) refiere que nunca se la hizo por falta de información sobre

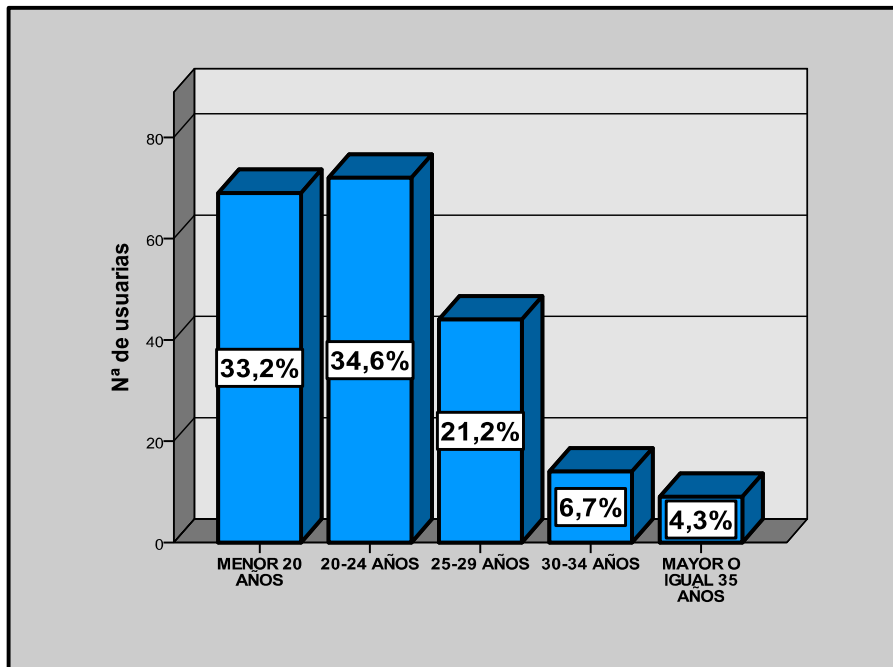
este tema, otro 27,0%(10) refiriere no habérsela hecho nunca por miedo a la prueba, el 21,6%(8) nunca se hizo la prueba por falta de tiempo, el 10,8%(4) nunca se la hizo por dejadez hacia su persona, otro 10,8%(4) tampoco se la hizo por vergüenza a mostrar sus “partes íntimas” a otras personas, sólo el 2,7%(1) no se la hizo la prueba por falta de dinero.

TABLA Nº 10: PROMEDIO DE LA EDAD DE LA PRIMERA PRUEBA DE PAPANICOLAOU

N	Válidos	208
Media		22,83
Moda		21
Mínimo		15
Máximo		44

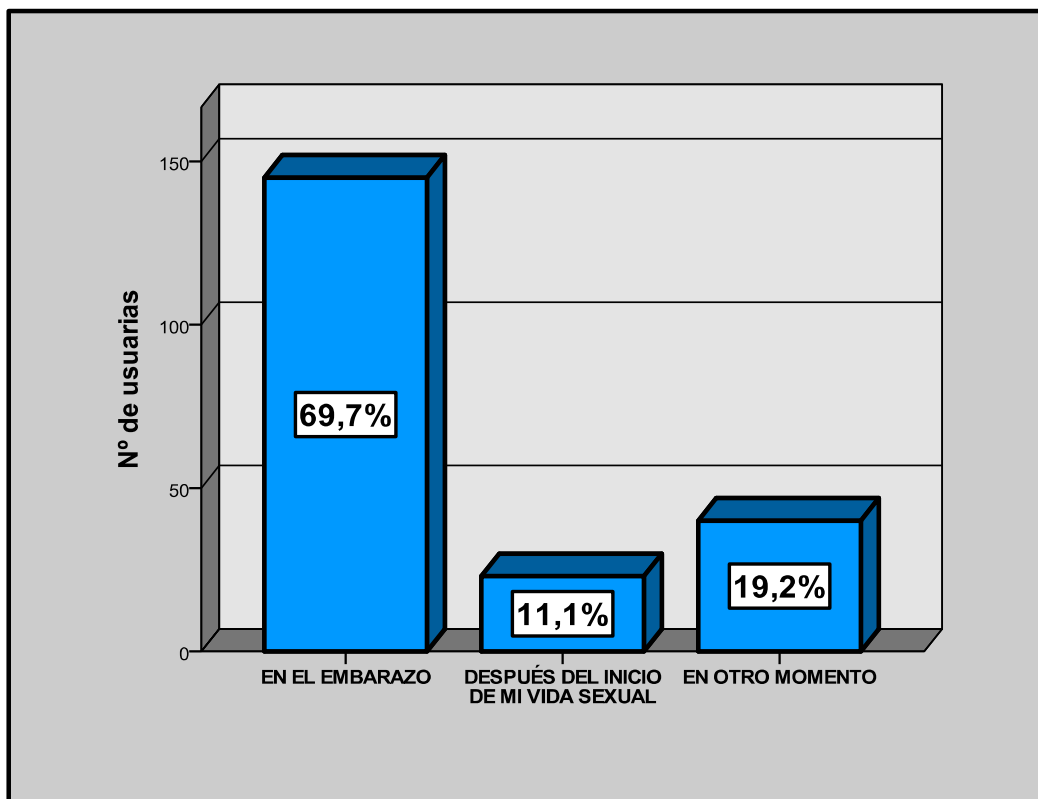
La edad promedio de la primera Prueba de Papanicolaou es de 22,83 años. Mientras que la edad mínima fue de 15 años y la edad máxima fue de 44 años.

GRÁFICO Nº 35: EDAD DE LA PRIMERA PRUEBA DE PAPANICOLAOU



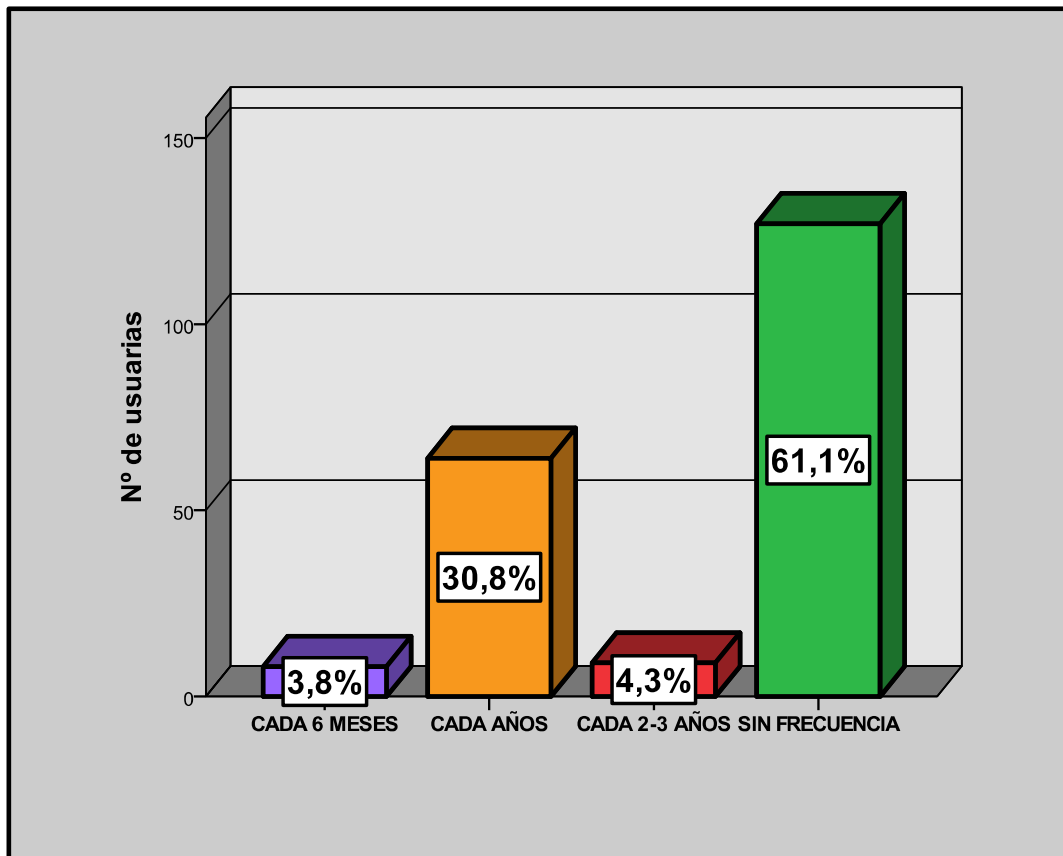
Según el gráfico N° 35, el 33,2%(69/208) de las usuarias que se realizaron la Prueba de Papanicolaou, se la hicieron antes de los 20 años, el 34,6%(72/208) entre los 20 y 24 años, el 21,2%(44/208) entre los 25 y 29 años, el 6,7%(14/208) entre los 30 y 34 años, y el 4,3%(9/208) después de los 35 años.

GRÁFICO N° 36: MOMENTO EN EL QUE SE REALIZÓ LA PRIMERA PRUEBA DE PAPANICOLAOU



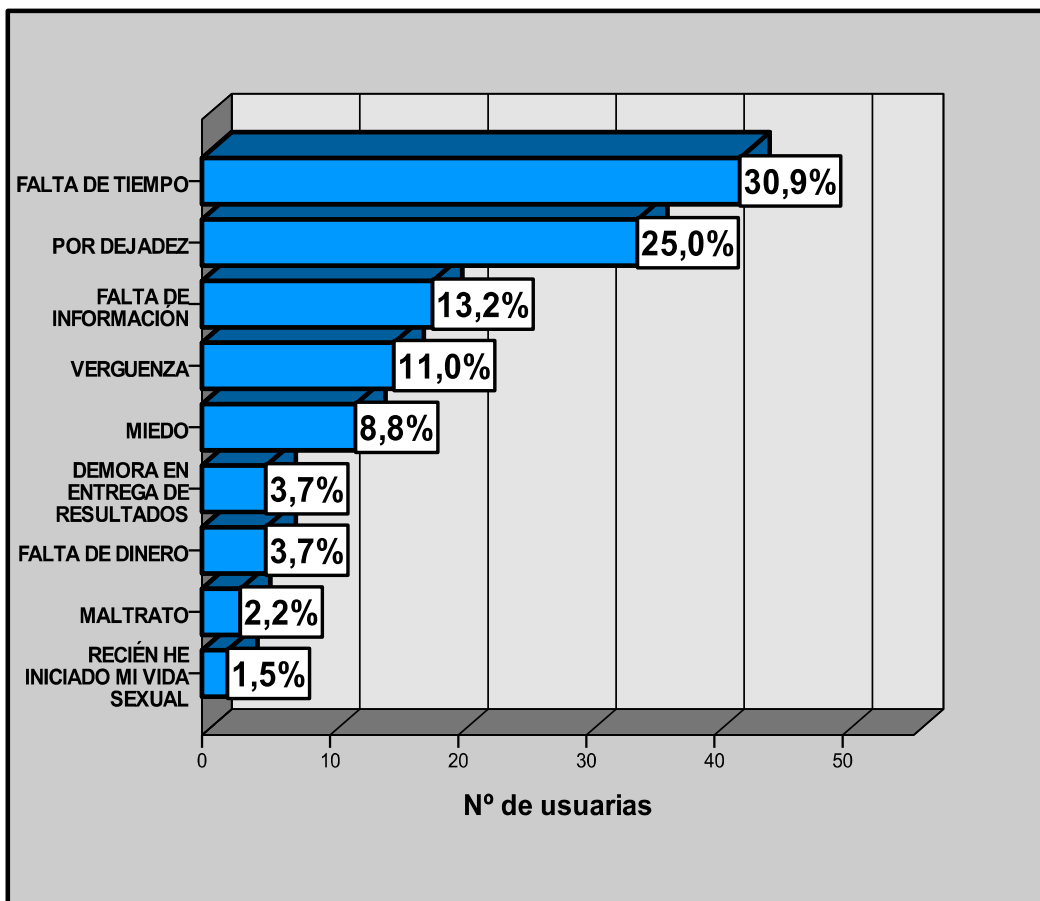
En el siguiente gráfico podemos observar que de las 208 usuarias que refirieron haberse realizado la Prueba de Papanicolaou; el 69,7%(145) se hizo su primera prueba durante su embarazo, ya sea antes, durante o después de éste; el 11,1%(23) se la hizo después de iniciar su vida sexual; y el 19,2%(40) se la practicó en otro momento.

GRÁFICO N° 37: FRECUENCIA DE LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU



De las 208 usuarias entrevistadas que refirieron haberse realizado la Prueba de Papanicolaou; el 3,8%(8) se la hace cada 6 meses, el 30,8%(64) cada año, el 4,3%(9) cada 2 a 3 años; mientras que el 61,1%(127) no se la practica con frecuencia.

GRÁFICO N° 38: MOTIVO POR EL QUE NO SE REALIZA FRECUENTEMENTE LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU



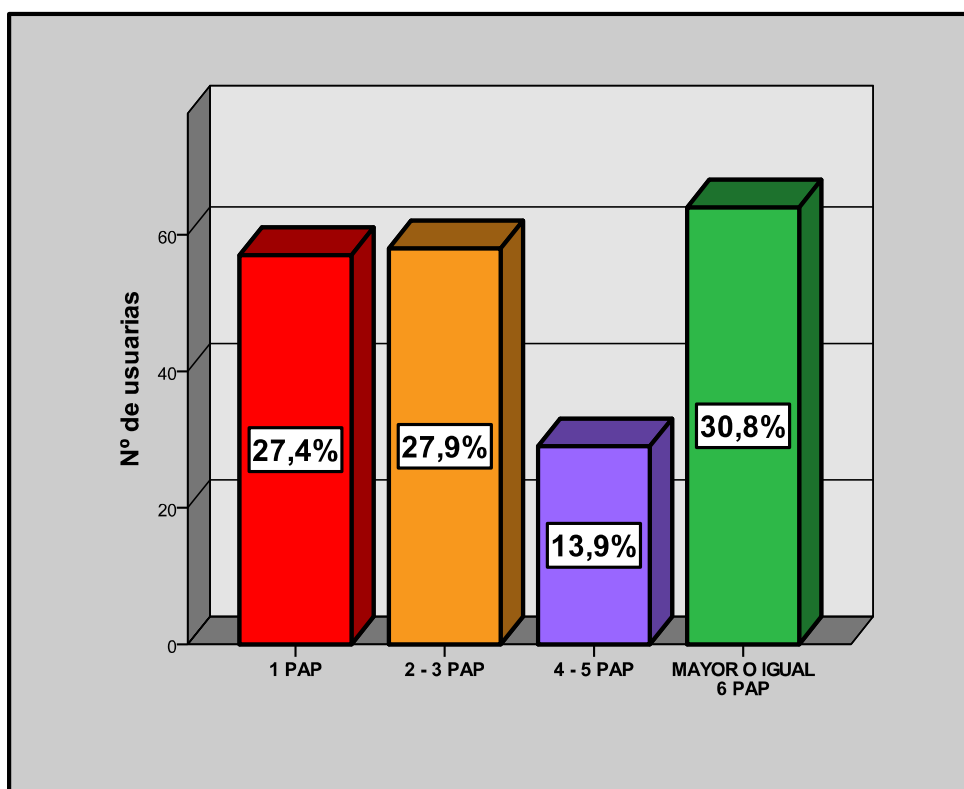
De las 136(65,4%) usuarias entrevistadas que refirieron no realizarse frecuentemente la Prueba de Papanicolaou; el 30,9%(42) no se realiza esta prueba frecuentemente por falta de tiempo, el 25,0%(34) por dejadez hacia su persona, el 13,2%(18) por falta de información, el 11,0%(15) por vergüenza, el 8,8%(12) por miedo al examen, el 3,7%(5) por demora de entrega de resultados, otro 3,7%(5) por falta de dinero, el 2,2%(3) por maltrato por parte del personal de salud; y el 1,5%(2) porque refieren recién haber iniciado su vida sexual.

TABLA N° 11: PROMEDIO DE LA CANTIDAD DE PRUEBAS DE PAPANICOLAOU

N	Válidos	208
Media		5,82
Moda		1
Mínimo		1
Máximo		30

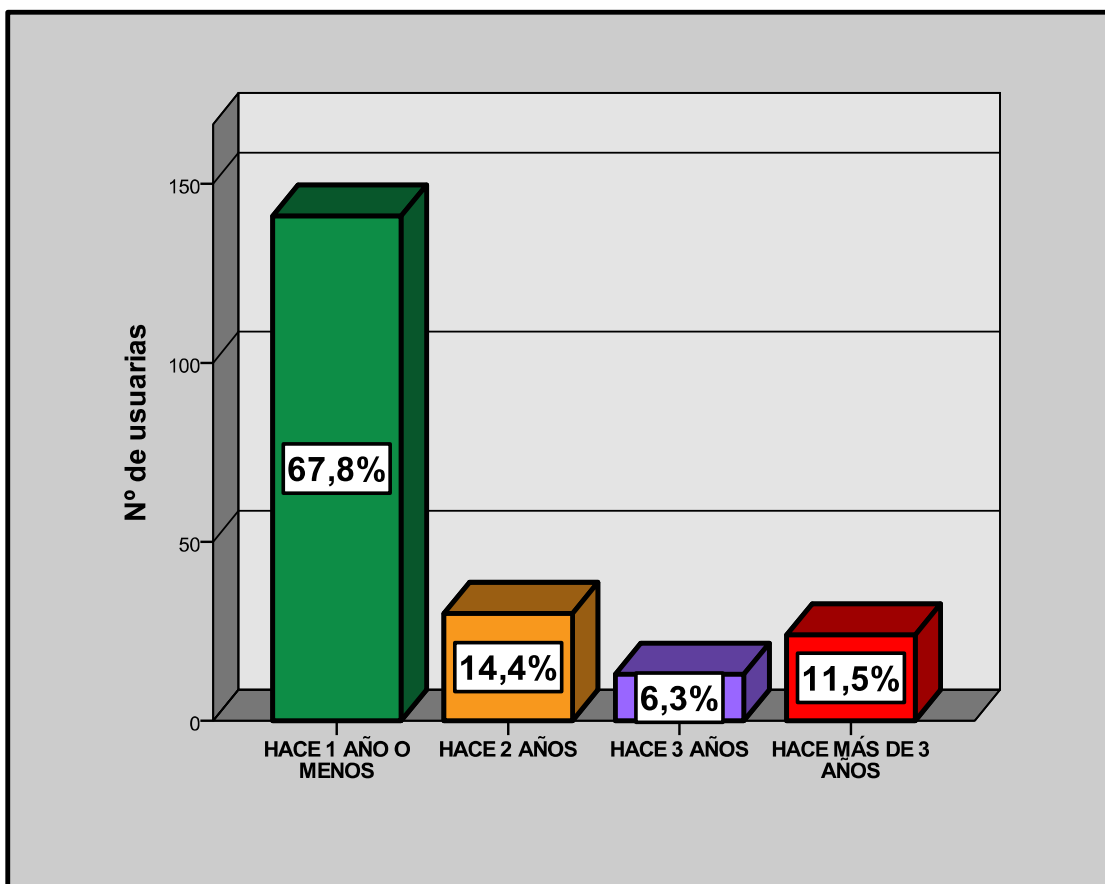
El promedio de la cantidad de Pruebas de Papanicolaou realizadas por las 208 entrevistadas que se la hicieron es de 5,82 pruebas; la cantidad mínima de pruebas fue de 1 y la cantidad máxima fue de 30.

GRÁFICO N° 39: CANTIDAD DE PRUEBAS DE PAPANICOLAOU



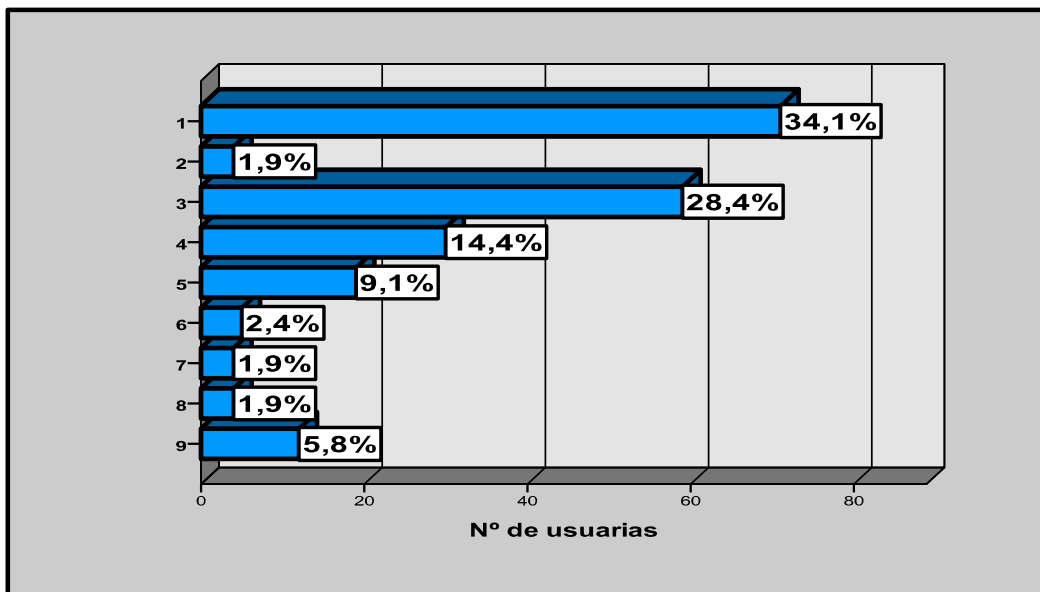
Según el gráfico N° 39, de las 208 entrevistadas que refirieron haberse realizado la Prueba de Papanicolaou, el 27,4%(57) refiere habérsela realizado sólo una vez, el 41,8%(58) entre 2 y 3 veces, el 13,9% entre 4 y 5 veces; y sólo el 30,8%(64) se la realizó más de 6 veces hasta el momento.

GRÁFICO N° 40: REALIZACIÓN DE LA ÚLTIMA PRUEBA DE PAPANICOLAOU



De las 208 usuarias entrevistadas que refirieron haberse realizado la Prueba de Papanicolaou, el 67,8%(141) refiere haberse hecho su última prueba hace un año o menos, el 14,4%(30) se la hizo hace 2 años, el 6,3%(13) se la hizo hace 3 años, y el 11,5%(24) se la realizó hace más de 3 años.

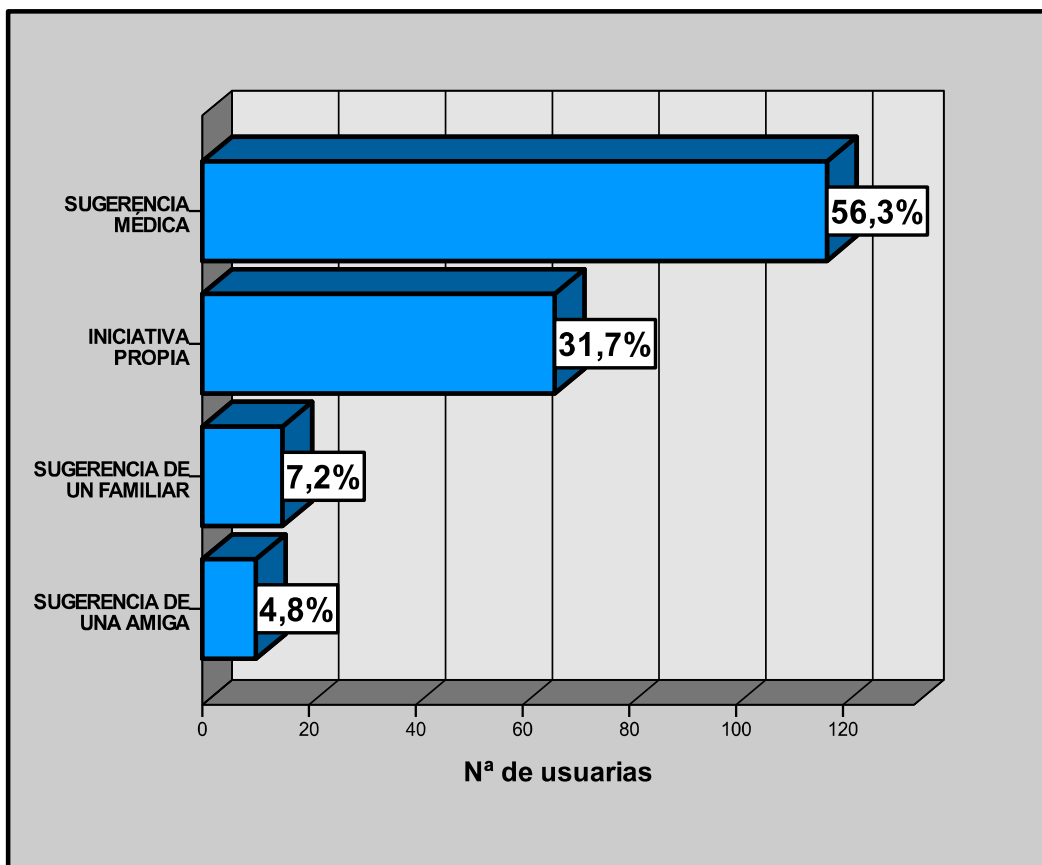
GRÁFICO N° 41: PROPÓSITO DE LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU



N°	LEYENDA
1	Para detectar el Cáncer Cervicouterino
2	Para detectar el Papiloma Virus Humano
3	Para detectar Cáncer de Útero
4	Para detectar cualquier enfermedad
5	Para detectar cualquier infección
6	Para detectar cualquier cáncer
7	Para detectar Cáncer de Ovario o Vagina
8	Para detectar una Infección de Transmisión Sexual
9	No sé

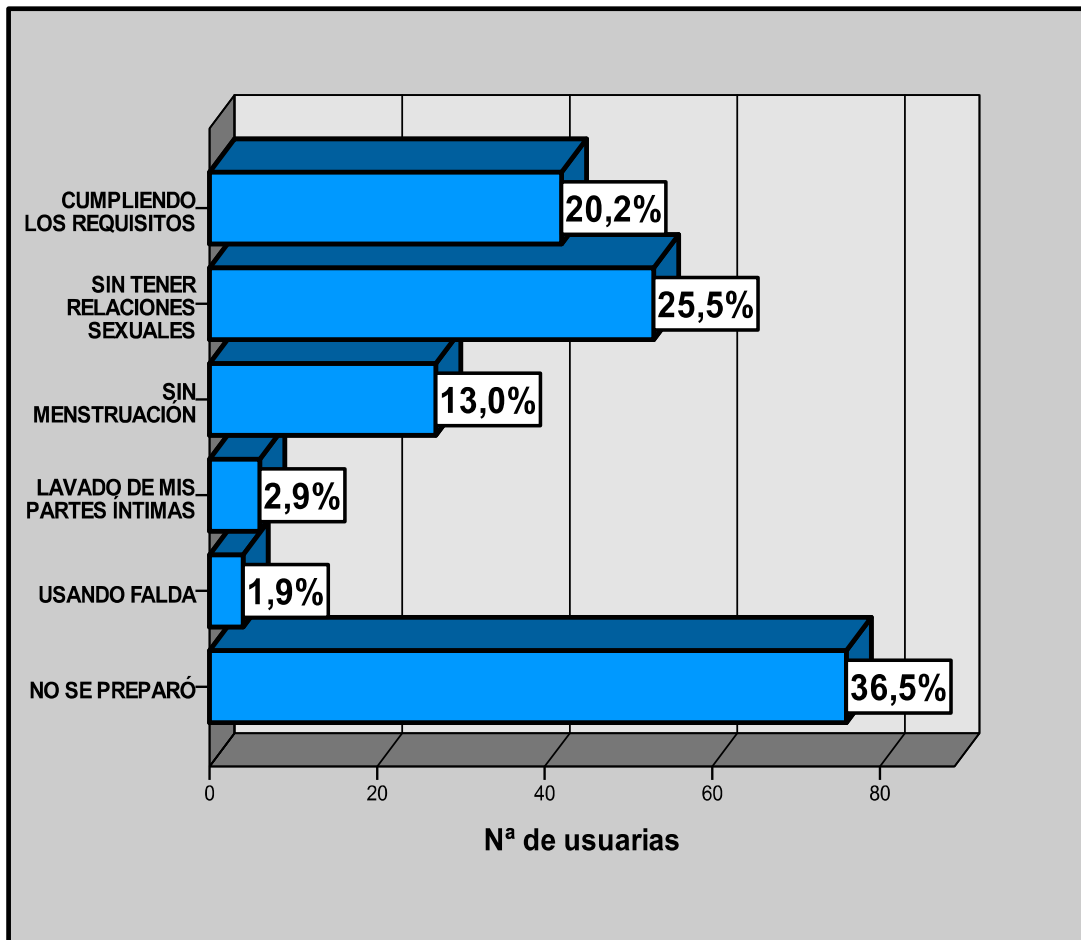
A las 208 usuarias que refirieron haberse realizado la Prueba de Papanicolaou, se les preguntó cuál era el propósito de tomarse esta prueba. Sólo el 36,0%(75) refirió que el propósito de esta prueba era detectar el Papiloma Virus Humano (1,9%) o detectar el Cáncer Cervicouterino (34,1%); mientras que la gran mayoría, que representa el 64,0%(133) respondió erróneamente a esta pregunta, el 28,4%(59) refirió que es detectar un cáncer de útero, el 14,4%(30) que es detectar cualquier enfermedad, el 9,1%(19) que es detectar cualquier infección, etc.

GRÁFICO Nº 42: SUGERENCIA DE LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU



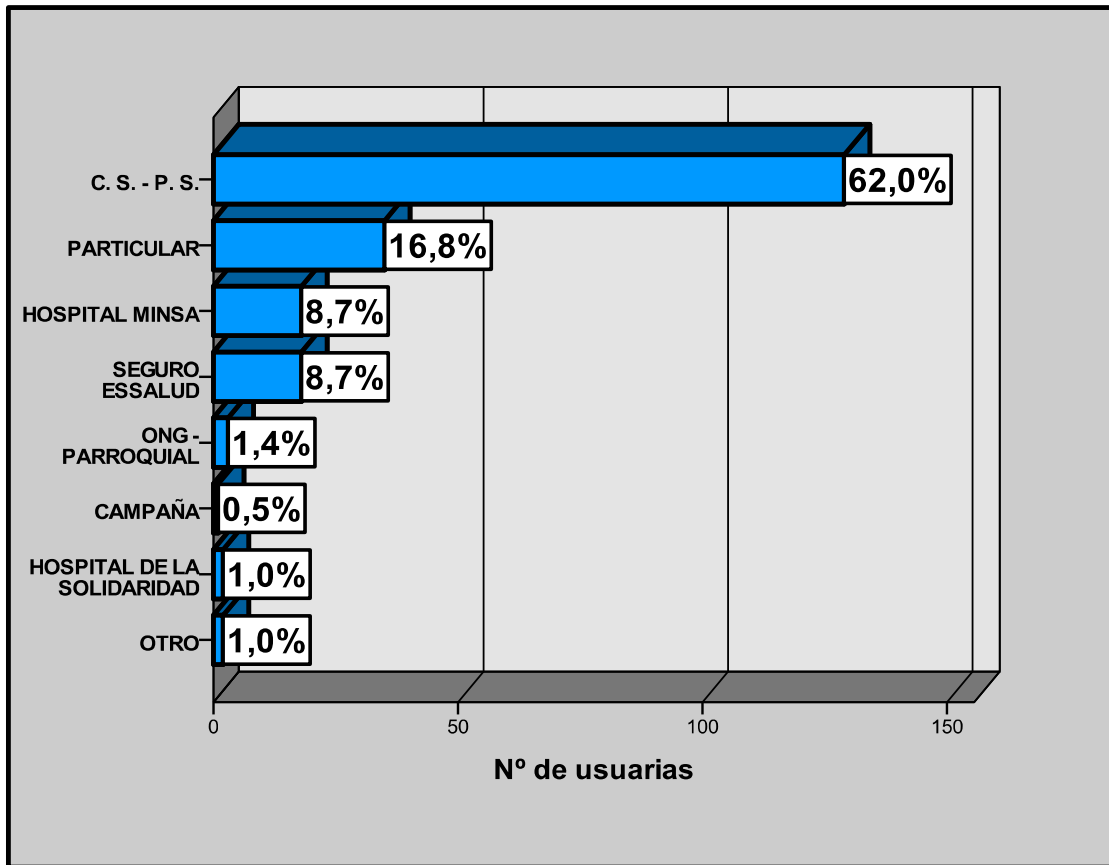
Según el gráfico de las 208 usuarias que manifestaron haberse realizado la Prueba de Papanicolaou, el 56,3%(117) se la hizo por sugerencia médica, el 31,7%(66) por iniciativa propia, el 7,2%(15) por sugerencia de un familiar, y el 4,8%(10) por sugerencia de una amiga.

GRÁFICO N° 43: PREPARACIÓN PARA LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU



Según el gráfico el 36,5%(76/208) de las usuarias entrevistadas que se realizaron la Prueba de Papanicolaou, no se preparó; mientras que sólo el 20,2%(42/208) se preparó cumpliendo con los requisitos para realizarse la prueba, el 25,5%(53/208) acudiendo a la prueba sin tener relaciones sexuales al menos 2 días antes, el 13,0%(27/208) acudiendo a la prueba sin menstruación, el 2,9%(6/208) lavándose sus “partes íntimas”, y el 1,9%(4/208) acudiendo con falda al examen.

GRÁFICO N° 44: LUGAR DONDE SE REALIZÓ LA ÚLTIMA PRUEBA DE PAPANICOLAOU



Según el gráfico de las 208 usuarias que refirieron haberse realizado la Prueba de Papanicolaou, el 62,0%(129) refirió haberse realizado esta prueba en un centro de salud o puesto de salud, el 16,8%(35) en un consultorio particular, el 8,7%(18) en hospitales del MINSA, y otro 8,7%(18) en hospitales de ES Salud. Lo que significa que la mayoría se realiza la prueba en lugares confiables.

3.2 PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN SECUNDARIA RELACIONADAS CON LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU

GRÁFICO N° 45: REALIZACIÓN DE LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU DESPUÉS DE INICIAR SU VIDA SEXUAL

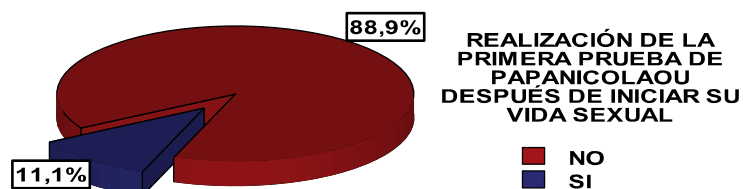
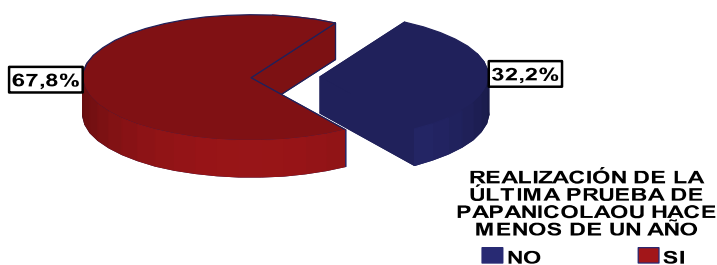


GRÁFICO N°46: REALIZACIÓN DE LA ÚLTIMA PRUEBA DE PAPANICOLAOU HACE UN AÑO O MENOS



Respecto a las características de la Prueba de Papanicolaou podemos observar que sólo el 11,1%(23/208) se practicó su primera prueba después de iniciar su vida sexual, mientras que el 88,9%%(185/208) se la hizo en otro momento (Gráfico N° 45). Además el 67,8%(141/208) se han realizado su última prueba hace un año o menos, mientras que el 32.2%(67/208) hace más de un año (Gráfico N° 46). Referente la frecuencia, el

34,6%(72/208) se realiza esta prueba cada año; mientras que el 65,4%(136/208) no se la realiza periódicamente (Gráfico N° 47).

GRÁFICO N° 47: REALIZACIÓN DE LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU CADA AÑO

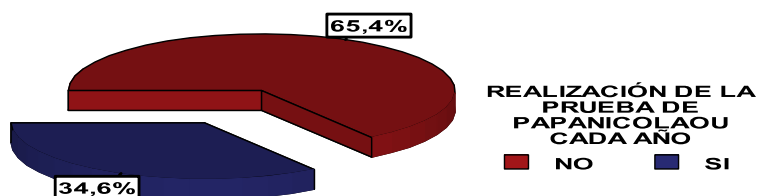
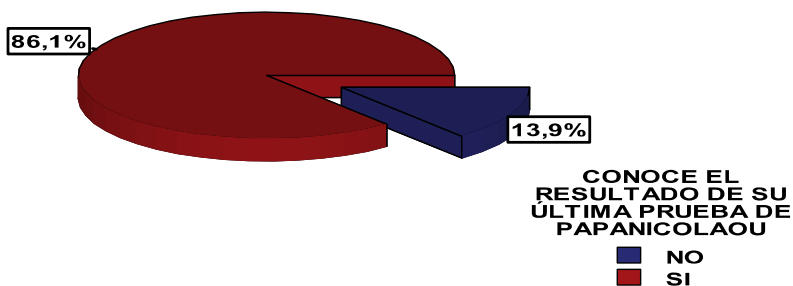


GRÁFICO N° 48.1: CONOCE EL RESULTADO DE SU ÚLTIMA PRUEBA DE PAPANICOLAOU



En el gráfico N° 48.1, podemos observar que, el 86,1%(179/208) refiere conocer el resultado de su última Prueba de Papanicolaou. Mientras que el 13,9%(29/208) no lo conoce; de los cuales el 37,9%(11/29) no conoce estos resultados porque todavía no han salido, el 17,2%(5/29) no los ha recogido por falta de tiempo, otro 17,2%(5/29) no les pareció importante conocerlos, a otro 17,2%(5/29) no se los han entregado aún, y sólo el 10,3%(3) olvidó recogerlos (Gráfico N° 48.2).

GRÁFICO N° 48.2: MOTIVO POR EL QUE NO CONOCE EL RESULTADON DE SU ÚLTIMA PRUEBA DE PAPANICOLAOU

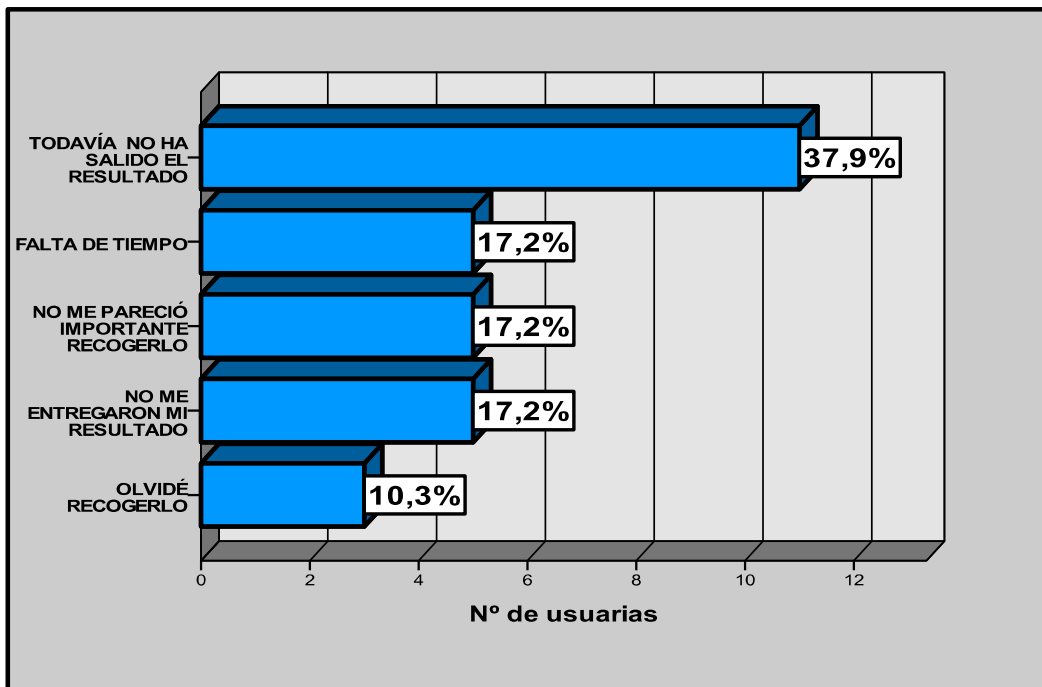
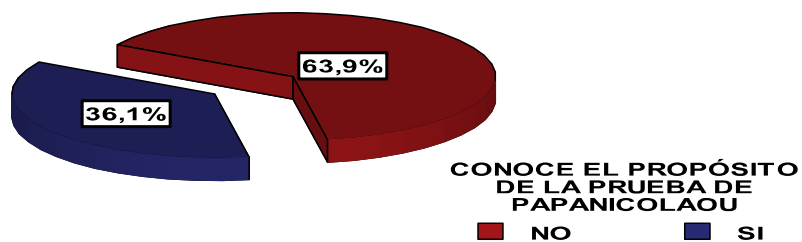


GRÁFICO N° 49: CONOCER EL PROPÓSITO DE LA PRUEBA DE



Según el gráfico N° 49, sólo el 36,1%(75/208) conoce el propósito de realizarse una Prueba de Papanicolaou; mientras que el 63,9%(133/208) no lo conoce.

IV. DISCUSIONES

En el estudio realizado se obtuvo que la mayoría (22,6%) de las usuarias entrevistadas tienen entre 20 y 24 años; otra investigación nacional (N=502), realizada por HUAMANÍ ⁽¹⁸⁾, obtuvo que la mayoría (18,8%) tenían entre 25 y 29 años; en otro estudio realizado en La Paz – Bolivia ⁽¹⁵⁾ (N=100), se obtuvo que el 46% de su muestra tenía entre 20 y 29 años. Además otro estudio realizado en Paraguay ⁽¹⁰⁾ (N=1049) también obtuvo lo mismo. Todo ello demuestra que la mayoría pertenece al grupo de adultas jóvenes.

En relación al grado de instrucción encontramos que sólo el 54,8% concluyó el nivel Secundaria y que sólo un tercio de la muestra concluyó el nivel Superior; otra investigación nacional realizada por HUAMANÍ ⁽¹⁸⁾, también obtuvo, que más del 50% concluyó el nivel Secundario y sólo el 38,2% concluyó el nivel Superior; en otro estudio realizado en La Paz – Bolivia ⁽¹⁵⁾ se obtuvo que más del 60% había culminado el nivel Secundario y sólo un 10% culminó el nivel Superior. En cambio, en un estudio realizado en Paraguay ⁽¹⁰⁾ se obtuvo que el 10% ha terminado la Secundaria y sólo el 1% terminó el Superior, ya que la mayoría había terminado sólo la Primaria.

Más del 70% de nuestra población de estudio es conviviente o casada; otra investigación, realizada por HUAMANÍ ⁽¹⁸⁾ también obtuvo que la mayoría (48,5%) era conviviente o casada. Otra investigación realizada en La Paz – Bolivia ⁽¹⁵⁾, obtuvo que el 80% eran casadas o vivían en unión estable. Otro estudio realizado Paraguay ⁽¹⁰⁾ también obtuvo lo mismo.

Es importante saber su convivencia actual para poder determinar si la convivencia influye en las prácticas de las mujeres. En nuestro estudio más del 70% de las usuarias entrevistadas viven con su pareja e hijos, y casi el 10% no comparte su vivienda con ninguna pareja; mientras que en otro estudio realizado en Chile ⁽¹⁶⁾ (N=10), sólo el 10% vive con su pareja y el 90% no vive con una pareja; más sí con un familiar, ya sea sus padres o hermanos.

Respecto a la ocupación, más del 50% de las usuarias entrevistadas son amas de casa, y el 40,7% trabaja. Otros estudios realizados en La Paz – Bolivia ⁽¹⁵⁾ y Paraguay

⁽¹⁰⁾ también obtuvieron lo mismo. Al igual que en otra investigación realizada en Colombia ⁽¹²⁾ (N=346), la mayoría era ama de casa, pero sólo el 10% trabajaba.

La religión es un factor que puede tener una gran influencia en temas sexuales, tanto en conocimientos como en prácticas. En nuestro estudio más del 70% de las usuarias entrevistadas son de religión Católica, y casi un 10% pertenecen a la religión Cristiana Evangélica. En otra investigación realizada en Chile ⁽¹⁶⁾, el 40% practica la religión Católica, pero el 20% la religión Evangélica; también en otra investigación realizada en Colombia, se obtuvo lo mismo.

El 44,4% de nuestra muestra ha recibido educación sexual por parte de sus profesores, en el colegio, principalmente; y casi el 20% por parte de su familia. Otra investigación nacional realizada en Chile ⁽¹⁶⁾, obtuvo que el 60% ha recibido educación sexual, por parte de sus profesores, y el 20% por parte de su familia, coincidiendo con la nuestra.

En cuanto a las características sexuales de la usuaria, se obtuvo que la edad modal de la primera relación sexual es de 19 años y el promedio de edad de inicio, también es de 19 años; mientras que en otra investigación realizada en Paraguay ⁽¹⁰⁾, se obtuvo como edad modal 16 años y como promedio de edad de inicio 18 años. En otro estudio realizado en México ⁽⁹⁾ (N=4298), se obtuvo como edad promedio de inicio de relaciones sexuales 20 años. Esto demuestra que la primera relación sexual se da a una edad temprana.

El 60% de las usuarias entrevistadas tuvieron su primera relación sexual entre los 16 y 19 años; otra investigación nacional, realizada por HUAMANÍ ⁽¹⁸⁾ también obtuvo que un poco más del 60% ha iniciado sus relaciones sexuales entre los 16 y 20 años. Otra investigación local, realizada en Motupe – SJL ⁽¹⁷⁾ (N=300), también obtuvo lo mismo, al igual que otro estudio realizado en Sucre – Bolivia ⁽¹⁴⁾. Lo que demuestra que la mayoría no retrasa el inicio de sus relaciones sexuales.

En nuestra población de estudio se obtuvo como promedio del número de compañeros sexuales 2; pero más del 40% ha tenido sólo un compañero sexual; al igual que la investigación realizada por HUAMANÍ ⁽¹⁸⁾, también obtuvo el mismo promedio; y otra investigación realizada en México ⁽⁹⁾ obtuvo como promedio 1. Mientras que en otro

estudio local, realizado en Motupe – SJL ⁽¹⁷⁾, se obtuvo que más del 40% han tenido entre 1 y 2 compañeros sexuales. Todo ello demuestra que la mayoría limitan su número de compañeros sexuales.

El 26,1% de nuestra población estudiada ha sido diagnosticada de una Infección de Transmisión Sexual (ITS); mientras que en otra investigación nacional, realizada por HUAMANÍ ⁽¹⁸⁾ obtuvo que sólo el 5,0% le han diagnosticada una ITS.

En cuanto a las características reproductivas de la usuaria, según su paridad y gesta, obtuvimos que el 31,2% eran primíparas y el 30,8% ya tenían 2 partos. Además el promedio de partos por vía vaginal fue 2. En otra investigación realizada en Nicaragua ⁽¹¹⁾ (N=262) se obtuvo que sólo el 17% eran primíparas; pero con 2 partos resultó el mismo porcentaje. Otro estudio realizado en México ⁽⁹⁾, arrojó el mismo promedio de partos vaginales. Lo que demuestra que un gran porcentaje limita el número de partos vaginales a uno o dos.

En nuestro estudio se obtuvo que sólo el 8,1% de las usuarias entrevistadas consume tabaco frecuentemente; mientras que otro estudio nacional realizado por HUAMANÍ ⁽¹⁸⁾, se obtuvo el doble de mujeres (16,1%) que consumen tabaco frecuentemente.

Respecto al Papiloma Virus Humano (PVH) sólo el 30,2% (75) de las usuarias entrevistadas refirió haber escuchado hablar sobre este virus y tener conocimiento sobre este tema; casi la mayoría, que representa el 97,3% sabe que el PVH se contagia por vía sexual; cerca del 70% sabe que el riesgo asociado al contagio del PVH es el padecimiento del Cáncer Cervicouterino; y más del 50% cree estar en riesgo de contagiarse de este virus. Mientras que en otra investigación realizada en Chile ⁽¹⁶⁾, se obtuvo que sólo el 60% saben cómo se contagia este virus; también el 70% está consciente del riesgo de padecer este virus; y sólo el 20% se siente en riesgo de contagiarse de este virus.

En cuanto a las Prácticas de Prevención Secundaria del Cáncer Cervicouterino, el 84,9% (208) de las usuarias entrevistadas se han realizado la Prueba de Papanicolaou. Otra investigación local realizada en Motupe – SJL ⁽¹⁷⁾ obtuvo lo mismo, al igual que otro estudio realizado en Argentina ⁽¹³⁾ (N=300). Mientras que otra investigación realizada en Sucre – Bolivia ⁽¹⁴⁾ obtuvo que sólo el 44,2% se han

realizado alguna vez esta prueba, al igual que otros estudios, uno realizado en el mismo país (La Paz ⁽¹⁵⁾) y otro realizado en Paraguay ⁽¹⁰⁾.

El motivo principal de nunca haberse realizado la Prueba de Papanicolaou fue la falta de información sobre la importancia de esta prueba y el miedo o temor que se siente hacia lo desconocido; al igual que otros estudios realizados en Bolivia (La Paz ⁽¹⁵⁾ y Sucre ⁽¹⁴⁾), que obtuvieron los mismos motivos. Mientras que otra investigación nacional realizada en Motupe – SJL ⁽¹⁷⁾, obtuvo que el principal motivo sólo fue la falta de información.

Respecto a la frecuencia de la Prueba de Papanicolaou, más de la tercera parte de las usuarias entrevistadas (34,6%) se la realiza cada año; mientras que en otro estudio nacional, realizado por BAZÁN ⁽¹⁹⁾ (N=501), obtuvo que casi el doble de las mujeres (63,3%) se la realiza cada año. Otra investigación realizada en Argentina ⁽¹³⁾ obtuvo que más del 50% también se la practica cada año, al igual que otra investigación realizada en Paraguay ⁽¹⁰⁾.

En cuanto a las razones por las que no se realizan la Prueba de Papanicolaou con frecuencia, más del 30% manifestó que fue por falta de tiempo y más del 20% refirió que fue por dejadez, mientras que otra investigación realizada en Sucre – Bolivia ⁽¹⁴⁾ arrojó como razón principal el miedo y sobre todo la vergüenza de irse a hacer el examen de Papanicolaou.

Respecto a la cantidad de Pruebas de Papanicolaou, en nuestro estudio, el promedio es de 6; mientras que en otra investigación nacional realizada en Motupe – SJL ⁽¹⁷⁾, el promedio fue de 3. En cuanto al número de Pruebas de Papanicolaou el 15,1% nunca se la ha realizado, 27,4% se la ha realizado una sola vez, más del 40% se la ha realizado entre 2 y 5 veces y sólo el 30% se la ha realizado más de 6 veces. Otro estudio realizado en Argentina ⁽¹³⁾ obtuvo también que sólo el 10% nunca se había hecho la prueba, pero más del 40% se la había hecho una vez; mientras que en otro estudio realizado en Paraguay ⁽¹⁰⁾ el 30% nunca se ha realizado esta prueba y sólo el 16% se la realizado una vez. En otra investigación realizada en La Paz – Bolivia ⁽¹⁵⁾, encontramos que más del 50% nunca se hizo esta prueba, casi el 40% se ha realizado una sola vez, otro 40% se la ha realizado entre 2 y 5 veces y sólo el 4% se la ha realizado más de 6 veces.

En nuestra investigación el 33,2% se ha realizado su primera Prueba de Papanicolaou antes de los 20 años, el 34,6% se la ha realizado entre los 20 y 24 años; cifras similares encontramos en otros estudios, uno realizado en La Paz – Bolivia ⁽¹⁵⁾ y otro realizado en Paraguay ⁽¹⁰⁾. Mientras que en otra investigación realizada en Argentina ⁽¹³⁾ se obtuvo que casi el 50% se habían realizado su primera prueba antes de los 20 años, y que sólo el 17% se la había realizado entre los 20 y 24 años. Todo ello demuestra que la mayoría se realiza su primer Papanicolaou durante su juventud.

El 67,8% de nuestras usuarias entrevistadas se ha realizado su última Prueba de Papanicolaou hace un año, el 20,9% se la realizó hace 2 o 3 años, y el 17,8% hace más de 3 años, al igual que otro estudio realizado en La Paz – Bolivia ⁽¹⁵⁾. Otra investigación realizada en Argentina ⁽¹³⁾, también obtuvo que más del 60% se han realizado su última prueba hace un año, pero el 12% se la realizó hace 2 o 3 años, y el 27% se la realizó hace más de 3 años. Mientras que en otro estudio realizado en Sucre – Bolivia ⁽¹⁴⁾ se encontró que sólo el 18% se había hecho su última prueba hace un año.

En nuestro estudio casi el 90% de las que se han realizado la Prueba de Papanicolaou conocen el resultado de su última prueba; mientras que el sólo el 10% no lo conoce, refiriendo cómo motivo principal la demora en entrega de resultados. Otro estudio local realizado en Motupe – SJL ⁽¹⁷⁾, obtuvo que más del 70% conoce el resultado de su última prueba; mientras que casi el 30% no lo conoce, refiriendo también entre sus motivos principales la demora de entrega de resultados. Cifras similares encontramos en otra investigación realizada en La Paz - Bolivia ⁽¹⁵⁾, pero entre sus principales motivos para no conocer el resultado de su prueba figuraron que el médico no les informó y que tampoco habían ido a preguntar por ellos.

Respecto al propósito de la Prueba de Papanicolaou, el 36% respondió correctamente. Mientras que en otra investigación nacional realizada por BAZÁN ⁽¹⁹⁾, se obtuvo que el 54,3% respondió correctamente. Otras investigaciones realizadas en Bolivia (La Paz ⁽¹⁵⁾ y Sucre ⁽¹⁴⁾) han obtenido que más del 40% respondieron correctamente. Cifras más elevadas obtuvo otro estudio en Colombia ⁽¹²⁾, con más del 70% de respuestas correctas. Mientras que en otra investigación realizada en Paraguay ⁽¹⁰⁾, sólo un poco más del 10% sabía el propósito de la prueba.

El 64% respondió incorrectamente cuando se les preguntó cuál era el propósito de la Prueba de Papanicolaou. El principal error (28,4%) fue responder que la prueba sirve para detectar Cáncer de Útero. Otro estudio nacional, realizado por BAZÁN ⁽¹⁹⁾ obtuvo que más del 50% respondió incorrectamente, siendo el principal error (37%), que la prueba sirve para detecta cualquier Cáncer Ginecológico. Resultados con cifras similares se presentaron en otros estudios realizados en Bolivia (La Paz ⁽¹⁵⁾ y Sucre ⁽¹⁴⁾). Otra investigación realizada en Paraguay ⁽¹⁰⁾ obtuvo que casi el 90% respondió incorrectamente; entre sus respuestas erróneas, la mayoría manifestó que esta prueba sirve para detectar un Cáncer de Útero o cualquier infección (37,1%). Mientras que otro estudio realizado en Colombia ⁽¹²⁾ obtuvo que sólo el 23% respondió incorrectamente, ya que consideraba que la prueba sirve para detectar cualquier Cáncer Ginecológico.,

En nuestro estudio, el principal motivo para que la usuaria se realizara la Prueba de Papanicolaou fue por solicitud médica (56,3%) y sólo el 11,1% se la hizo por iniciativa propia; resultados con cifras similares se obtuvo en un estudio realizado en Paraguay ⁽¹⁰⁾. Mientras que en el estudio nacional realizado por BAZÁN ⁽¹⁹⁾, se obtuvo como principal motivo la iniciativa propia (53,2%), y el 39,8% se la hizo por solicitud médica, al igual que otra investigación realizada en Colombia ⁽¹²⁾.

Cuando se les preguntó a las usuarias cómo se prepararon para la Prueba de Papanicolaou, más del 30% manifestó no prepararse para la prueba, y de las que sí se prepararon, más del 20% lo hizo acudiendo sin tener relaciones sexuales por lo menos 2 días antes. Mientras que en otra investigación realizada en La Paz – Bolivia ⁽¹⁵⁾ se obtuvo que sólo el 10% no se preparó para la prueba, y de las que se prepararon más del 50% lo hizo con el lavado de sus partes íntimas.

El 62% se realizó la Prueba de Papanicolaou en un Puesto o Centro de Salud, el 16,8% se realizó la prueba en un consultorio particular, y el 17,4% se la realizó en un hospital, resultados similares se obtuvo en otra investigación realizada en Paraguay ⁽¹⁰⁾. Mientras que otro estudio nacional realizado por BAZÁN ⁽¹⁹⁾ refirió al Hospital (67,8%) como el lugar más concurrido para realizarse la prueba, el 25,3% indicó al Puesto o Centro de Salud y sólo el 6,9% a un consultorio particular. Y otra investigación realizada en Sucre – Bolivia ⁽¹⁵⁾, obtuvo que el 21% se realizaron la prueba en un Centro de Salud y el 11% en instituciones de ONG.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. CONCLUSIONES

- Podemos definir el perfil de la usuaria que acude al C. S. Leonor Saavedra como: Mujer de 32 años, conviviente, con nivel secundario, que vive con sus hijos y su pareja, de religión Católica, cuyos ingresos mensuales son menores a los S/. 1000.
- Dentro de las características sexuales de la usuaria, casi la totalidad de ellas han iniciado su vida sexual. El 60% tuvo su primera relación sexual entre los 16 y 19 años. El 44% ha tenido sólo un compañero sexual. Y la mayoría refiere conocer las características sexuales de su pareja, siendo la fidelidad la respuesta más frecuente.
- Respecto a las Prácticas de Prevención Primaria, en el aspecto sexual; sólo el 27% ha retrasado el inicio de relaciones sexuales hasta los 20 años; el 44% ha limitado el número de compañeros sexuales a uno; pero más del 70% refiere conocer las características sexuales de su pareja. Además el 74% ha evitado el contagio de una Infección de Transmisión Sexual. Sobre el uso de Métodos Anticonceptivos; la mayoría evitó el uso prolongado (mayor de 5 años) de pastillas anticonceptivas, y sólo la décima parte usa siempre el preservativo en sus relaciones sexuales.
- Dentro de las características reproductivas de las usuarias, más del 70% ha tenido algún parto, el 45% de ellas lo tuvo entre los 18 y 21 años, y la mayoría por vía vaginal.
- Respecto a las Prácticas de Prevención Primaria, en el aspecto reproductivo; sólo la tercera parte ha retrasado su embarazo hasta los 22 años; pero más del 80% ha limitado el número de partos vaginales a uno o dos.
- En cuanto a las otras Prácticas de Prevención Primaria; el 92% ha evitado el consumo frecuente de tabaco, y el 57% se alimenta balanceadamente. Sobre el Papiloma Virus Humano; sólo la tercera parte de las usuarias ha escuchado

hablar sobre este virus, además tienen algún conocimiento sobre el tema; de las cuales, la mayoría conoce que la vía sexual es la principal forma de contagio; el 68% asocia el Papiloma Virus Humano con el Cáncer Cervicouterino; y el 51% se siente en riesgo de contagiarse de este virus.

- La mayoría de las usuarias se han practicado la Prueba de Papanicolaou; más de la mitad se realizaron su primera prueba cuando estuvieron embarazadas, entre los 20 y 24 años; el 61% no se la realiza frecuentemente, la tercera parte se la ha realizado más de 6 veces, la mayoría conoce el resultado de su última prueba, y más de la tercera parte conoce el propósito de practicársela.

- Referente a las Prácticas de Prevención Secundaria; sólo la décima parte de las usuarias se han realizado su primera Prueba de Papanicolaou después de iniciar su vida sexual; el 68% se ha realizado su última prueba hace menos de un año; y más de la tercera parte se la realiza periódicamente.

2. RECOMENDACIONES

- Se debe desarrollar actividades preventivo – promocionales sobre el Cáncer Cervicouterino, de manera organizada, con herramientas adecuadas, mensajes claros y materiales de apoyo indispensables, adaptándolas a las circunstancias y características personales de las usuarias del C. S. Leonor Saavedra; encaminadas a obtener una conducta final deseada: Realización de la Prueba de Papanicolaou temprana, periódica y oportuna.
- Concientizar y estimular a todo el personal de salud, el interés por aumentar las coberturas de la Prueba de Papanicolaou, ofreciéndola constantemente a todas las usuarias que acuden al C. S. Leonor Saavedra.
- Lograr el compromiso de las autoridades que correspondan, para la proporción oportuna de insumos en la toma del Papanicolaou, así como reactivos para el procesamiento de las muestras y la entrega oportuna de resultados; que garantice la atención de la demanda del servicio de detección de Cáncer.
- Realizar una intervención de manera escalonada en el distrito de San Juan de Miraflores, que comprenda 3 fases: Una educativa, otra de detección, y de tratamiento; con la participación y apoyo del Instituto de Enfermedades Neoplásicas, lo cual aseguraría un mayor impacto en las acciones para la Prevención del Cáncer Cervicouterino.
- Realizar estudios de mayor alcance que consideren estas prácticas de prevención, para observar la realidad nacional, y eventualmente en un futuro, proponer programas de intervención que tiendan a modificar las prácticas erróneas.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **SOLIDORO Santisteban Andrés.** Apuntes de Cancerología. Perú. Concytec – Dominus punto. 2005. Págs. 17-19.
2. **INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS.** Estadísticas de Salud Mortalidad por Neoplasias Malignas. Perú. 2000.
3. **COMUNICACIONES. INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS.** Cáncer ocasiona 450 mil muertes en Latinoamérica. Entrevista: Cadena norteamericana CNN. Junio. 2006. Pág. 4.
4. **OPS. Lewis, Merle J.** Análisis de la situación de Cáncer de cervicouterino en América Latina y el Caribe Washington. 2004. Pág. 1.
5. **COALICIÓN MULTISECTORIAL “PERÚ CONTRA EN CÁNCER”.** Plan Nacional para el fortalecimiento de la prevención y control del Cáncer en el Perú. Diciembre 2006. Pág. 22.
6. **OPS. PATH (Programa para una tecnología apropiada en salud).** Cáncer cervicouterino: magnitud del problema: Fundamentos en Planificación de programas apropiados para la prevención del cáncer Cervicouterino 3ra Edición. Washington. 2002 Págs. 3-4.
7. **INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS.** Departamento de Promoción de la Salud y Control del Cáncer: Quienes somos. Perú. 2003. Pág. 1.
8. **GESTIÓN MÉDICA.** Enfrentarán 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. Perú. 2005. Págs. 2-5.
9. **VEGA Alanis María del Carmen.** Factores de riesgo para cáncer cervicouterino en mujeres de Metamoros, Tamaulpas. En tesis para optar el grado en ciencias de enfermería. Universidad Autónoma de Nuevo León. México. Año 2004. Págs. 10-15.
10. **RUOTI de García de Zúñiga y col.** Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el test de Papanicolaou (PAP) en mujeres embarazadas consultantes de hospitales del Departamento de Alto Paraná, Paraguay. En Revista Memorias Institucionales de Investigación en Ciencias y Salud. Vol.6 (2). Año 2008. Págs. 48,51-58.
11. **SOZA Rodríguez Noel.** Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el Papanicolaou entre pacientes ingresadas al servicio de ginecología del Hospital

- Alemán – nicaragüense en los meses de septiembre, octubre y noviembre del año 2006. En tesis para optar el título de especialista en Medicina Integral. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Año 2007. Págs. 4, 5, 23-29.
12. **COGOLLO Zuleima y col.** Conocimientos, actitudes y prácticas de mujeres de 18 y 49 años frente a la citología cervicouterina en instituciones de salud pública de Cartagena (Colombia). En Revista Salud Uninorte. Barranquilla. Vol. 26 (2). Año 2010. Colombia. Págs. 223, 226-229.
 13. **CEDES: Área de salud, economía y sociedad.** Cáncer cervical: percepción social, prevención y conocimientos. Argentina. Año 2004. Págs. 3-5.
 14. **CARDOZO Jorge.** Conocimientos, actitudes y prácticas respecto al Cáncer de Cuello Uterino en el municipio de Sucre, Bolivia. Año 2004. Págs. 2, 6-9.
 15. **ZENTENO Castro Virginia y Rivas Ponce José Luis.** Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el Papanicolaou en mujeres de 15 a 50 años en el Hospital La Paz, octubre 2006. En Revista Archivos del Hospital La Paz. Bolivia. Vol. 5 (2). Año 2007. Págs. 7-13.
 16. **PICÓN Ruiz Michelle Marie.** Conocimientos, actitudes y prácticas de mujeres jóvenes acerca del Papiloma Virus Humano, Chile. Año 2009. Págs. 3, 15-31.
 17. **CASTRO Miriam y col.** Nivel de conocimiento sobre cáncer cervical e y el Papanicolaou en relación al temor, estrés o vergüenza al tamizaje: estudio transversal en una comunidad pobre. En Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. Perú. Vol. 51 (2). Año 2005. Págs. 94, 96, 97.
 18. **HUAMANÍ Charles y col.** Conocimientos y actitudes sobre la toma de Papanicolaou en mujeres de Lima, 2007. En Revista Peruana Médica Exploratoria en Salud Pública. Perú. Vol. 25 (1). Año 2008. Págs. 44, 46, 47.
 19. **BAZÁN Fernando y col.** Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou. En Revista Anales de la Facultad de Medicina. Lima-Perú. Vol. 68 (1). Año 2007. Págs. 47, 49-52.
 20. **INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS.** Departamento de la Salud y Prevención del Cáncer. El Cáncer como problema de salud pública. Año 2006. Págs. 11-12.
 21. **<http://www.latinsalud.com> Cáncer de Cuello Uterino.** Año 2005.
 22. **MONGRUT Steane Andrés.** Tratado de Ginecología 4ta Edición Perú, 2000 Págs. 303- 314.
 23. **OPS. Oficina regional de la OMS.** Hoja Informativa Programa mujer salud y desarrollo. Año 2004. Págs. 3-8.

- 24. CHOCARRO Gonzales, Lourdes.** Enfermería Medicoquirúrgica: procedimientos y cuidados en la enfermería. 1ra Edición. España. Editorial ELSEVIER. Año 2006. Pág. 42.
- 25. HALL Joanne y Col.** Enfermería en Salud Comunitaria: un enfoque de Sistemas. Año 2002. Págs. 318-320.
- 26. INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS.** Departamento de Prevención, Detección y Diagnóstico. Prevención y detección del Cáncer. Año 2004. Págs. 10 y 17.
- 27. SERMAN Felipe.** Cáncer Cervicouterino: Epidemiología, Historia Natural y Rol del Virus Papiloma Humano. Perspectivas en Prevención y Tratamiento. En Revista Chilena Obstetricia y ginecología; Volumen 67. N° 4. Chile. 2002. Págs. 318-323.
- 28. ORTIZ Serrano Ricardo y col.** Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino En Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol.55 No.2 Colombia. 2004 Págs. 148-154.
- 29. LEÓN Cruz Grettell y Col.** Mecanismos moleculares de los cofactores asociados con el cáncer de cuello uterino En Ginecología Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología - Revista Cubana Obstetricia y Ginecología Volumen 30 / N° 3, 2004.
- 30. OPS. PATH (Programa para una tecnología apropiada en salud).** Tamizaje: Pruebas de Papanicolaou. Aspectos Destacados del tema, No.2. En: Planificación de programas apropiados para la prevención del cáncer Cervicouterino 3ra Edición. 2002. Pág. 11.
- 31. AMAYA, Jairo y col.** Tamizaje para cáncer de cuello uterino: cómo, desde y hasta cuándo. En Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Vol. 56 (1). Año 2005. Págs. 62-64.
- 32. ARANDA Flores Carlos Eduardo.** Prevención primaria del cáncer cervicouterino. En Revista GAMO. Vol. 8 (1). Año 2009. Págs. 1-4.
- 33. VASALLO y BARRIOS.** Actualización Ponderada de los Factores del Cáncer. Montevideo. Año 2003. Págs. 1-3.
- 34. CASTAÑEDA Iñiguez Maura y col.** El cáncer cervical como problema de Salud Pública en mujeres mexicanas y su relación con Virus del Papiloma Humano. En tesis para optar el grado de Doctor en Salud Pública y Metodología de la Investigación Biomédica. Año 2002. Págs. 42-52.

35. **SARDUY Nápoles Miguel R.** neoplasia Intraepitelial Cervical. Preámbulo del Cáncer Cervicouterino. Cuba. Año 2008. Pág. 4.
36. **OMS.** Control integral del cáncer cervicouterino: guías prácticas esenciales. Año 2007. Págs. 95-96.
37. **LUDMIR G. Abraham y col.** Ginecología y Obstetricia. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento. CONCYTEC. Lima Perú. 2007. Págs. 1131-1132.
38. **MINSA – Perú.** Guías Nacionales de Atención integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Módulo I: Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Año 2004. Pág. 20.
39. **VALDÉS Caravero Rosario.** Factores que influyen en el comportamiento preventivo del cáncer cervicouterino. En Revista Avances en Psicología Latinoamericana. Vol. 22. Colombia-Bogotá. Año 2004. Págs. 49-59.
40. **OPS. PATH** (Programa para una tecnología apropiada en salud). Necesidades de las mujeres en materia de prevención del cáncer cervicouterino. Aspectos Destacados del tema, No.9. En: Planificación de programas apropiados para la prevención del cáncer Cervicouterino 3º edición. Washington. 2002. Págs. 35-36.

VII. ANEXOS

1. Instrumentos: CUESTIONARIO

PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER CERVICOUTERINO EN USUARIAS DEL C. S. LEONOR SAAVEDRA – SANJUAN DE MIRAFLORES; DE ENERO A MARZO DEL AÑO 2011

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

PARTE I: DATOS GENERALES

1. Edad: _____
2. Años de estudio: _____
3. Estado civil: _____
4. Si tiene pareja, ¿A qué se dedica su pareja?: _____
5. ¿Con quién vive en su casa?: _____
6. ¿A qué se dedica en la actualidad?: _____
7. Religión: _____
8. Nivel económico: _____

PARTE II

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

Conducta sexual

1. De quién ha recibido Ud. educación sexual:

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

2. ¿Ha tenido Ud. Relaciones sexuales?

- a) SI ¿A qué edad fue tu primera relación sexual?: _____ b) NO Pase a la pregunta 13

3. Número de compañeros sexuales: _____

4. Características sexuales de la pareja

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

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

- a) SI Pase a la siguiente pregunta b) NO Pase a la pregunta 7

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

- a) SI b) NO

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

- a) SI ¿Cuánto tiempo?: _____ b) NO

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

- a) Siempre b) En ocasiones c) Nunca

Reproducción

9. ¿Tiene Ud. hijos?

- a) SI Pase a la siguiente pregunta b) NO Pase a la pregunta 13

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

11. ¿Cuántos hijos tiene Ud.?: _____

12. Tipo de parto: _____

Hábitos nocivos

13. ¿Fuma Ud. diariamente?

a) SI ¿Cuántos cigarros?: _____ b) NO

Alimentación

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

<input type="checkbox"/> Verduras	<input type="checkbox"/> Alimentos de origen animal	<input type="checkbox"/> Menestras
<input type="checkbox"/> Frutas		
<input type="checkbox"/> Vísceras	<input type="checkbox"/> Leche y derivados	

Antecedente familiar

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

a) SI ¿Quién?: _____ b) NO

Papiloma Virus Humano (PVH)

16. ¿Ha escuchado Ud. sobre el Papiloma Virus Humano (PVH)?

a) SI Pase a la siguiente pregunta b) NO Pase a la pregunta 20

17. ¿Cómo se contagia el Papiloma Virus Humano?: _____

18. ¿Qué es lo que produce el Papiloma Virus Humano?: _____

19. ¿Se siente Ud. en riesgo de contagiarse del Papiloma Virus Humano?: _____

2. Prácticas de prevención secundaria del Cáncer Cervicouterino (CACU)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER CERVICOUTERINO EN USUARIAS DEL C. S. LEONOR SAAVEDRA – SAN JUAN DE MIRAFLORES; DE ENERO A MARZO DEL AÑO 2011

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

La presente investigación es conducida por Jenny Elizabeth Palma Flores, de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. La meta de este estudio es determinar cuáles son las prácticas de prevención del cáncer cervicouterino en las usuarias del Centro de Salud Leonor Saavedra.

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

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

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

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Jenny Elizabeth Palma Flores. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es determinar cuáles son las prácticas de prevención del cáncer cervicouterino en las usuarias del Centro de Salud Leonor Saavedra.

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

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Jenny Elizabeth Palma Flores al teléfono 991538770.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a Jenny Elizabeth Palma Flores al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

3. ALFA DE CRONBACH SEGÚN MATRIZ DE CORRELACIÓN (α)

A partir de las varianzas, el alfa de Cronbach se calcula así:

$$\alpha = \left[\frac{K}{K-1} \right] \left[1 - \frac{\sum_{i=1}^K S_i^2}{S_t^2} \right],$$

Donde:

S_i^2 : es la varianza del ítem i

S_t^2 : es la varianza de la suma de todos los ítems

K : es el número de preguntas o ítems.

$$\alpha = \frac{30}{29} \left(1 - \frac{96,47}{549} \right)$$

$$\alpha = 1,0345(1 - 0,1757)$$

$$\alpha = 1,0345(0,8243)$$

$$\alpha = 0,8527$$

4. JUICIO DE EXPERTOS