

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN      CÓDIGO: 201807**

**1. NOMBRE DEL PROYECTO**

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

**2. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN**

Gestión y Cuidado de Salud

**3. INVESTIGADORAS PRINCIPALES**

Lic. MARLENY MENDOZA ZUÑIGA

Mg. GINA FIORELLA LEON UNTIVEROS

**4. OBJETO DE ESTUDIO**

Usuaris de la Unidad Oncológica del centro de salud Concepción-  
2018

**5. PROBLEMA DE ESTUDIO**

a. Definición del problema

El cáncer es la segunda causa de muerte en nuestro país. Según el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas –INEN (2013) la incidencia anual del cáncer en el Perú es aproximadamente 150.7 casos por cada 100,000 habitantes, con un promedio de 45,000 nuevos casos.

Además, el 75% de diagnósticos de cáncer son en estadios clínicos avanzados, esto repercute en menores probabilidades de curación, una escasa cultura de prevención, la fuerte influencia de estilos de vida poco saludables, el bajo nivel de educación, menor calidad de

vida, la pobreza son factores que se relacionan con la prevalencia de cáncer cervicouterino .

Sin embargo, el cáncer no es sinónimo de muerte. El 70% de cáncer se pueden prevenir si realizamos prácticas saludables en nuestra vida cotidiana, tenemos una buena alimentación, hacemos actividad física por lo menos 30 minutos al día y acudimos al médico para un chequeo de salud anual. La prevención se orienta al cáncer cuello uterino en mujeres; mientras que en los varones, los más comunes son el cáncer de estómago, de pulmón y de próstata. El cáncer de pulmón y de estómago afecta a varones y mujeres.

El Cáncer de Cuello Uterino es la primera causa de muerte en mujeres a nivel nacional y segunda en frecuencia en la población. La tasa de incidencia nacional es de 34.5 por 100,000 mujeres (4446 casos nuevos) y la tasa de mortalidad es de 16.3 por 100 mil. (2098 mujeres). El virus papiloma humano (VPH) es una infección de transmisión sexual (ITS) frecuente entre mujeres y hombres, bastante común en población joven (3), y reconocido como el factor de riesgo más importante para desarrollar cáncer cérvicouterino (CACU). Dada la presencia de una vacuna contra el VPH, junto a un tamizaje conocido, el CaCu es considerado uno de los cánceres más fácilmente prevenibles.

En Perú están disponibles dos vacunas contra el VPH; sin embargo,

por su costo no son accesibles a la población de bajos recursos económicos, generando una importante inequidad en el acceso a este recurso preventivo en el país. Cabe señalar que la vacuna no reemplaza el tamizaje con la prueba de Papanicolaou <sup>(5.6)</sup>, y dado que no se encuentra disponible para toda la población, esfuerzos para incrementar las conductas preventivas tanto primarias (conductas sexuales) como secundarias (Papanicolaou), debieran seguir desarrollándose en nuestro país.

En el (2008) CC. Ferreccio revelaron en estudio en Chile demostraron una prevalencia de 14% de infección por VPH, dentro de la cual 71% era de alto riesgo. La edad de mayor prevalencia fue el rango entre 15 y 24 años.

Una explicación y causa para este crecimiento está en la mayor exposición de los individuos a factores de riesgo cancerígenos. La redefinición de los patrones de vida, a partir de las condiciones de trabajo, nutrición y consumo, desencadenados por el proceso global de industrialización, tiene sus consecuencias importantes en el perfil epidemiológico de las poblaciones. Las alteraciones demográficas, con reducción de las tasas de mortalidad y natalidad, indican la prolongación de la expectativa de vida y el envejecimiento poblacional, llevando al aumento de la incidencia de las dolencias crónico-degenerativas, especialmente las cardiovasculares y el cáncer.

El diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno y satisfactorio hacen que en Estados Unidos, el cáncer de cuello uterino alcance tasas de sobrevivencia en estadios iniciales de 93% en las mujeres de raza blanca y 84% en mujeres afro americanas.

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.

En el Perú, de acuerdo a los resultados de los registros de cáncer poblacionales de Lima, Trujillo y Arequipa, se ha estimado que en el año 2004 habían ocurrido 3,962 casos nuevos y fallecieron 1,540 mujeres por esta causa <sup>(11)</sup>. En las ciudades de Trujillo y Arequipa el cáncer de cuello uterino es la primera causa de cáncer en mujeres <sup>(12,13)</sup>. En Lima Metropolitana, para el período 2004-2005, el cáncer de cuello uterino se sitúa en el segundo lugar con una tasa de incidencia estandarizada de 19.6 casos por 100 mil mujeres, un promedio de 895 casos por año, representando una disminución de 55% respecto al período 1968-1970.

Con los resultados publicados de los registros de cáncer sabemos

que Trujillo tiene la tasa más alta 43.9; seguido por Arequipa con 35.2 y Lima, la tasa más baja con 19.6 <sup>(15)</sup>. De todos los casos de cáncer de cuello uterino invasor y carcinoma in situ, éste último representó el 36.7% de los casos recolectados para cuello uterino en Lima.

Finalmente, el indicador de Años de Vida Saludable Perdidos (AVISA) <sup>(16)</sup>. Sitúa al cáncer de cuello uterino como la enfermedad que causa la mayor cantidad de pérdidas por cáncer en mujeres con 44,924 AVISA sólo en un año.

Esta perspectiva deja clara la necesidad de una gran inversión en promoción de la salud, en busca de modificar los patrones de exposición a los factores de riesgo para el cáncer.

El cáncer cervicouterino 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, que se puede curar si se detecta a tiempo, es por ello que esta investigación contribuirá en la solución de este problema ya que involucra la práctica de 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.

### **Justificación de la investigación**

La investigación que se plantea, se justifica por las siguientes razones:

#### **Teórica**

El cáncer Cérvico Uterino es el segundo en frecuencia en la población Femenina mundial. Cada año se registran 500 mil nuevos casos de los cuales aproximadamente la mitad fallece por la enfermedad. A diferencia de lo que ocurre en los países desarrollados, esta patología, ocupa el primer lugar entre los cánceres ginecológicos en países en vías de desarrollo y en zonas con niveles Socioculturales bajos. Durante los últimos 50 años la tasa de incidencia y mortalidad del cáncer Cervicouterino ha venido descendiendo en la mayor parte de los países desarrollados, gracias fundamentalmente a la aplicación de programas de Prevención por ello esta investigación propone determinar las prácticas de prevención que las usuarias de estos servicios desarrollan a cotidiano.

#### **Práctica**

La finalidad de esta investigación es apoyar a los técnicos y voluntarios del sector salud en las actividades de detección precoz y tratamiento oportuno de la patología cervicouterina, así como el mejoramiento de la calidad de los procedimientos clínicos, de laboratorio y exámenes de gabinete, promoviendo la atención de las usuarias con calidad y calidez, el empoderamiento de la mujer, familia y comunidades en coordinación interinstitucional.

## **Social**

El cáncer de cuello de útero es el tumor que refleja con máxima crudeza la desigualdad social en salud. Ocupa el segundo lugar entre los tipos de cáncer más comunes entre mujeres a nivel mundial y es la segunda causa de muerte por cáncer, a pesar de que la enfermedad podría prevenirse casi por completo gracias a los conocimientos y tecnologías actualmente disponibles. Afecta principalmente a mujeres de bajo nivel socioeconómico, socialmente vulnerables, que no acceden a los servicios de tamizaje. La enfermedad y muerte de estas mujeres tiene consecuencias devastadoras para las condiciones de vida de sus familias, ocasionando la pérdida de trabajo, ingresos, y el ausentismo escolar de los niños del hogar. De manera que, el cáncer de cuello de útero no sólo afecta a las mujeres más pobres, sino que es a su vez un

factor que intensifica la pobreza y la vulnerabilidad social.

Mediante esta investigación conseguiremos obtener un perfil en cuanto a estilos de vida saludable, como el evitar hábitos nocivos, alimentación saludable, vida sexual adecuada, el comportamiento sexual de la pareja, el interés por obtener información sobre la prevención del Cáncer, la frecuencia adecuada de tamizaje de Papanicolaou, actividades preventivas que a cotidianamente la población debería adoptar, lo que contribuirá en la solución de este problema.

### **Propósito**

La presente investigación se realizará a fin de analizar las prácticas de prevención del cáncer cervicouterino que realizan las usuarias de la unidad Oncológica para contribuir en el desarrollo de sus vidas saludables y sin riesgos con respeto absoluto a su libre decisión.

#### **b. ÁMBITO DEL ESTUDIO Y DELIMITACIÓN DEL ÁREA PROBLEMÁTICA.**

##### **Ámbito del estudio**

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

El período de estudio estuvo comprendido entre los meses de Enero a marzo del 2018, este periodo de tiempo es establecido por



los investigadores será susceptible a alguna modificación, de acuerdo a la fecha de aprobación del proyecto en cuestión.

### **Población**

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

Tamaño de muestra:

Para el cálculo del tamaño de muestra se empleó la fórmula para una sola población, con población conocida, obteniéndose una muestra de 1000 mujeres para el presente estudio.

### **c. ASPECTOS TEÓRICOS Y CONCEPTUALES QUE INVOLUCRARÁ EL ESTUDIO.**

## **3.2. BASES TEÓRICAS**

### **3.2.1. El autocuidado de Doretea Orem**

La persona es un todo que funciona biológicamente, simbólicamente y socialmente, y que posee las capacidades, las aptitudes y la voluntad de comprometerse y de llevar a cabo autocuidados que son de tres tipos: los autocuidados universales, los autocuidados asociados a los procesos de crecimiento y de desarrollo humano y los autocuidados sexuales unidos a desviaciones de salud. La salud se define según esta autora

como un estado de integridad de los componentes del sistema biológico y de los modos de funcionamiento biológico, simbólico y social del ser humano. Por último, el entorno representa todos los factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad para ejercerlos (Orem, 1993) .

### **3.2.2. La acción Razonada**

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

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

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

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

### **3.2.3. Teoría del aprendizaje social**

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

Julian B. Rotter se distanció de las teorías basadas en la psicosis y del conductismo radical, y desarrolló una teoría del aprendizaje basada en la interacción. En *Social Learning and Clinical Psychology* (1954), Rotter sugiere que el resultado de la conducta tiene un impacto en la motivación de las personas para realizar esa conducta específica. Las personas desean evitar las consecuencias negativas, y obtener las positivas. Si uno espera un resultado positivo de una conducta, o piensa que hay una alta posibilidad de que produzca un resultado positivo, entonces habrá más posibilidades de ejecutar dicha conducta. La conducta se refuerza, con consecuencias positivas, llevando a la persona a repetirla. Esta teoría del aprendizaje social sugiere que la conducta es influenciada por factores o estímulos del entorno, y no únicamente por los psicológicos.

Albert Bandura (1977) expandió la idea de Rotter, al igual que la de un trabajo anterior de Miller y Dollard (1941), y se relaciona con las teorías

del aprendizaje social de Vygotsky y Lave. Su teoría comprende aspectos del aprendizaje cognitivo y conductual. El aprendizaje conductual presupone que el entorno de las personas causa que éstas se comporten de una manera determinada. El aprendizaje cognitivo presupone que los factores psicológicos son importantes influencias en las conductas de las personas. El aprendizaje social sugiere que una combinación de factores del entorno (sociales) y psicológicos influyen en la conducta. La teoría del aprendizaje social señala tres requisitos para que las personas aprendan y modelen su comportamiento: retención (recordar lo que uno ha observado), reproducción (habilidad de reproducir la conducta) y motivación (una buena razón) para querer adoptar esa conducta .

### **3.2.4 GENERALIDADES SOBRE EL CÁNCER**

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

Según manifestación del Dr. Carlos Vallejos Sologuren, expresa: "Si aplicáramos lo que sabemos en detectar y prevenir el cáncer, cada año se evitarían 100.000 casos de cáncer y alrededor de 60.000 muertes", además considera que el elemento indispensable de un Plan Nacional

de Control del Cáncer es educar a la población. Coincidentemente con su opinión el Dr. Luis Pinillos Ashton considera que la solución frente a la problemática nacional en el combate del cáncer estriba en la normatividad y brindar mayores recursos; y en lo cultural, recomendó destacar la educación e información en este aspecto. Otras recomendaciones fueron reforzar la educación en prevención. <sup>(31)</sup>

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

### **3.2.5 CÁNCER CERVICOUTERINO**

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

Mongrut Steane, Andrés refiere que “el cáncer de cuello uterino se inicia en la línea de unión del epitelio pavimentoso que cubre el exocérvix, con el epitelio cilíndrico endocervical a nivel del orificio externo del cuello o en zona cercana si existe ectopia. Histológicamente el 95 % corresponde a carcinoma epidermoide, o de células planas y el resto son adenocarcinomas que nacen de las glándulas endocervicales, raramente

el sarcoma. La lesión puede ser exofítica de crecimiento hacia la vagina y endofítica de crecimiento hacia las partes altas” (33)

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

### **3.2.6. PROMOCION DE LA SALUD**

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

La promoción de la salud se nutre de muchas disciplinas como la

epidemiología, la medicina, la sociología, la psicología, la comunicación y la pedagogía. Además utiliza no sólo herramientas pedagógicas o comunicativas, sino también la abogacía y las intervenciones estructurales.

### **3.2.7. PREVENCIÓN**

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

- **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.

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.

**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.

**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.

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.

## **Factores de Riesgo para el Cáncer Cervicouterino**

### **Clasificación según Ortiz Serrano**

#### **A. Factor de Riesgo Primario: Papiloma Virus Humano**

Según Mongrut Steane, Andrés “a la fecha se han acumulado



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

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

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

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”.

### **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.

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

**Métodos Anticonceptivos:** Anticonceptivos orales y métodos de barrera.

**Hábitos nocivos:**

- Tabaquismo
- Alcoholismo

**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. <sup>(34)</sup>

*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. <sup>(29)</sup>. 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.

**Factor genético:**

Aunque el Papiloma Virus Humano es el principal factor de riesgo para el desarrollo de cáncer de cérvix, sólo pocas mujeres infectadas desarrollan la enfermedad. La susceptibilidad genética a la infección por el Papiloma Virus Humano parece ser importante en determinar el riesgo individual de desarrollo viral del cáncer. La habilidad de ciertos haplotipos de HLA es predisponente a aumentar la susceptibilidad a la

iniciación y persistencia de la infección por Papiloma Virus Humano y, por consiguiente, al desarrollo de tumores malignos en el cuello uterino. (39)

- **Prevención Secundaria**

La prevención secundaria incluye la detección temprana y la intervención rápida para detener la enfermedad en las primeras etapas, reducir su intensidad o prevenir complicaciones. Esto se logra mediante controles para detectar las enfermedades como la diabetes, carcinoma in situ, tuberculosis o glaucoma. El propósito es detectar los primeros síntomas sobre los cuales el paciente no es consciente o de los que no tiene conocimiento, de manera que la intervención rápida sea efectiva para controlar o curar la enfermedad. (33)

De acuerdo al patrón de enfermedad, la prevención secundaria interviene en parte del período subclínico. Hall y Redding expresan que el propósito está orientado a identificar cuanto antes e intervenir eficazmente en el proceso de la enfermedad para minimizar los efectos adversos y controlar las complicaciones. (39)

**En el cáncer:** Implica el reconocimiento sistemático y la detección precoz para identificar y tratar tempranamente los casos de cáncer, aumentando así las perspectivas de curación. (36)

**En el cáncer cervicouterino:** El camino para prevenir las muertes por cáncer de cérvix es simple y eficaz. Si las lesiones precancerosas son

detectadas precozmente y tratadas con éxito, la mujer no desarrollará cáncer.

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.

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

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

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

*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.

*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 acetoblanco, que dependiendo de las características se clasifican en lesiones negativas, sospechosas o definitivas.

### **3.3 PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER CERVICOUTERINO**

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

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

### **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. <sup>(38)</sup>



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”.

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”.

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”.

### **Limitar del número de compañeros sexuales**

Ortiz Serrano, Ricardo y Colbs. Plantean “existe una relación directamente proporcional entre el riesgo de lesión intraepitelial y el número de parejas sexuales. Esta exposición se ha relacionado básicamente con la probabilidad de exposición al Papiloma Virus Humano.” (38)

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

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”.

## **Evitar el contagio de una Infección de Transmisión Sexual**

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

## **Uso de preservativos durante las relaciones sexuales**

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

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

Además brinda importantes beneficios:

- Permite una eliminación más rápida del Papiloma Virus Humano

tanto en los varones como en las mujeres.

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

### **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.

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.

## **RELACIONADOS CON LA CONDUCTA REPRODUCTIVA**

### **Evitar un embarazo precoz**

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

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

### **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.

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.

### **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. <sup>(30)</sup> 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.

## **EVITACION DE HÁBITOS NOCIVOS**

### **Evitar fumar**

Existe una relación directa entre el riesgo de lesiones preinvasoras y la duración e intensidad del hábito de fumar. En promedio se considera que las fumadoras tienen doble riesgo de lesión intraepitelial con respecto de las no fumadoras. Experimentalmente se ha demostrado la presencia de nicotina, cotinina y otros mutágenos derivados del tabaco, en mujeres

fumadoras con lesión intraepitelial. Además, es bien conocido el daño molecular del ADN del tejido cervicouterino en mujeres que fuman. <sup>(38)</sup>

El tabaquismo se ha asociado con la presencia de carcinomas de célula escamosa, predominante en el cáncer cervicouterino, el de pulmón y el de laringe. Se ha propuesto la hipótesis de que los carcinógenos procedentes del consumo del tabaco (nicotina y cotina), al ser transportados por el sistema circulatorio y llegar al epitelio cervical, puedan iniciar o actuar como cocarcinógenos en las células ya afectadas por agentes transformantes posiblemente por transmisión venérea como el Papiloma Virus Humano y el herpes virus tipo II. Otro mecanismo atribuido a este factor para explicar su efecto en el cáncer de cérvix, es la inducción indirecta de inmunosupresión y la reducción de antioxidantes provenientes de la dieta. Sin embargo, actualmente se le da una importancia moderada a este factor pero se acepta que, junto a otros, aumenta 3 veces el riesgo de padecer la enfermedad comparado con las mujeres no fumadoras y se ha reportado que existe una fuerte relación dosis-respuesta.

### **Evitar beber alcohol**

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

## **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).



## **COMPORTAMIENTO DE PROTECCION SEXUAL DE LA PAREJA**

### **Conocer las características sexuales de la pareja**

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

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

El rol de las mujeres en edad fértil que comiencen su vida sexual deben asumir conductas sexuales saludables y responsables para ello deben tener el interes por informarse acerca de la causalidad y deteccion del cancer cervicouterino, y la trasmision dell Papiloma Virus Humano que es un organismo difusamente encontrados en un alto porcentaje de adultos sexualmente activos), deben tomar decisiones sobre su salud sexual y reproductiva considerando su autoestima y autorespeto, así iniciar la detección precoz del cáncer cervicouterino a través de los servicios de tamizaje. Si este primer examen es negativo, debe ser

repetido al año y si esta segunda muestra también es negativa, las siguientes se tomarán cada tres años hasta la edad de 35 años. A partir de esta edad, el examen citológico será hecho cada 5 años hasta la edad de 60.

- **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 %.

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. <sup>(47)</sup>

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). <sup>(48)</sup>

**Requisitos para la Prueba de Papanicolaou:** Se debe acudir:

Sin haberse aplicado duchas vaginales, cremas vaginales ni óvulos vaginales dos días antes previos al examen.

Sin menstruación.

Sin haber tenido relaciones sexuales dos días antes previos al examen.

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

La Prueba de Papanicolaou debe realizarse anualmente.

A partir de los 30 años de edad, las mujeres que hayan tenido tres Pruebas de Papanicolaou consecutivas con resultados normales pueden hacerse las pruebas cada dos o tres años.

Las mujeres de 70 años o más, que hayan tenido tres o más Prueba de Papanicolaou consecutivas con resultados normales, y que no hayan tenido ninguna prueba con resultados anormales en los 10 años previos, pueden dejar de hacerse las pruebas de detección del cáncer de cuello uterino.

Las mujeres que se hayan sometido a una histerectomía total (extirpación del útero y del cuello uterino) también pueden dejar de

hacerse las pruebas de detección del cáncer de cuello uterino. (48)

**d. ANTECEDENTES, RELEVANCIA DEL ESTUDIO  
Y DETERMINACIÓN DE BENEFICIARIOS POTENCIALES.**

**ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN**

En el presente trabajo se realiza una revisión bibliográfica de la literatura existente, con la finalidad de presentar a los antecedentes internacionales y nacionales de una manera sistematizada, de forma que posibiliten profundizar en el conocimiento de la temática de esta investigación, los cuales representan un gran aporte de guía en todo el proceso de realización de la presente tesis.

**Antecedentes internacionales**

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

**En Colombia Christian Adrián López-Castillo, Manuel Alejandro Calderón, María Mercedes González de S, 2012 (19)**, realizaron un estudio cuyo objetivo fue determinar los conocimientos, actitudes y prácticas frente al cáncer de cuello uterino de las mujeres entre 14 y 49 años de un barrio de la comuna 10 de Armenia, Colombia. El diseño del estudio fue de corte transversal, con muestreo por conveniencia. Con una muestra de 100 mujeres a quienes le aplicaron la entrevista. Los resultados que obtuvieron, indican que: la edad la media fue de 27,22

años. La mayoría tenían SIS BEN 1 (76%). El 89% de las mujeres encuestadas tenían poco conocimiento sobre cáncer de cuello uterino. El 51% tenían claro cómo se previene el cáncer de cuello uterino. El 88,8% de mujeres que habían tenido relaciones sexuales se había tomado alguna vez la citología. Existe una relación significativa ( $p < 0.05$ ) entre el bajo conocimiento sobre la prevención, detección y periodicidad de la toma de la citología y las edades más bajas. No existe coherencia entre el conocimiento, el pensamiento y las actitudes de las mujeres en edad reproductiva incluidas en el presente estudio. Las mujeres más jóvenes tienen un nivel más bajo de conocimientos pese a que acuden a la escuela. Con estos resultados pudieron reorientar los procesos educativos en esa comunidad, empezando desde la educación escolar, hacia aspectos socioculturales de las personas y con base en esto elaborar proyectos educativos mucho más pertinentes (conocimiento contextualizado y útil) convirtiéndolos en eficientes y efectivos .

Este antecedente orientó a la metodología aportando criterios sistemáticos para la construcción de indicadores de medición de las variables en estudio.

**En México Vega Alanis María del Carmen, (2001 y 2002) <sup>(20)</sup>**, 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 a 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 presentaron 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 presentaron 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 menarquía 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%.

Este antecedente orientó a la metodología aportando criterios sistemáticos para la construcción de indicadores de medición de las variables en estudio.



**En Paraguay Ruoti de García de Zúñiga, 2008<sup>(21)</sup>**, 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.

Este antecedente de investigación presenta planes de intervención el modelo de Dorotea Orem, para promover y fomentar la autonomía y el auto cuidado.

**En Nicaragua Soza Rodríguez Noel, 2006<sup>(22)</sup>**, 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.

Este antecedente de investigación presentó proximidad con el presente estudio puesto que contribuyó con la descripción del problema.

**En Colombia Cogollo Zuleima, 2007,** 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.

Este antecedente de investigación, orientó en la elaboración de los instrumentos de recolección de datos.

### **Antecedentes nacionales y locales**

Se hizo una revisión de los antecedentes nacionales y locales, en relación a la temática que se viene desarrollando:

**En Perú Castro Miriam, 2001** <sup>(24)</sup>, – Motupe realizaron un estudio titulado “Nivel de conocimiento sobre cáncer cervical 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 a la ser adolescente, tener cinco o menos años de vivir en Lima desde haber llegado del interior del país, no haber tenido pareja sexual durante el último año, no embarazos previos, no tener PAP previo y el bajo o regular conocimiento sobre Papanicolaou o el cáncer de cérvix. Este antecedente de investigación presenta planes de intervención el modelo de Dorotea Orem, para promover y fomentar la autonomía y el auto cuidado.

**En Perú Huamaní Charles, 2007.** <sup>(25)</sup>, Lima realizaron un estudio titulado “Conocimientos y actitudes sobre la toma de Papanicolaou en mujeres de Lima, 2007”, cuyos resultados fueron: Se incluyó 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.

Este antecedente de investigación presentó proximidad con el presente estudio puesto que contribuyó con la descripción del problema.

En Perú Bazán Fernando (2005 y 2006) <sup>(26)</sup>, realizaron un estudio titulado “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou, en el Hospital Docente Madre-Niño San Bartolomé-Lima”, con el objetivo de explicar el comportamiento frente al examen de Papanicolau. Fue un estudio analítico, con una muestra de 501 mujeres usuarias de dicho nosocomio quienes respondieron satisfactoriamente una encuesta. Sus resultados indican que: De las 501 encuestadas, 63% tuvieron conocimiento de nivel bajo, 66% expresaron actitudes desfavorables y 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%). Los investigadores

encontraron como explicación de las actitudes y prácticas frente al examen de Papanicolau el género del examinador.

Este antecedente de investigación que presenta cierta similitud con la presente investigación, guio el marco teórico del estudio.

**En Perú Palma Flores Jenny Elizabeth,2011 (27)**, realizó un estudio titulado “Prácticas preventivas del Cáncer Cervicouterino en las usuarias del Centro de Salud Leonor Saavedra”, con el objetivo de determinar las prácticas preventivas del Cáncer Cervicouterino en las usuarias. El perfil de la usuaria que acude al establecimiento es mujer de 32 años, conviviente (52,4%), con nivel secundario (54,8%), ama de casa (54,8%), que vive con sus hijos y su pareja (70,2%), de religión católica (73,0%), cuyos ingresos mensuales son menores a los S/. 1000 (61,3%). Entre las prácticas de prevención primaria del Cáncer Cervicouterino relacionadas con la conducta sexual, tenemos: Sólo el 26,9% ha retrasado el inicio de relaciones sexuales hasta los 20 años, el 43,7% limita el número de compañeros sexuales a uno, el 72,1% conoce las características sexuales de su pareja, el 73,9% ha evitado el contagio de Infecciones de Transmisión Sexual, el 88,2% ha evitado el uso prolongado de pastillas anticonceptivas, sólo el 12,2% usa siempre preservativo en sus relaciones sexuales. Respecto a las relacionadas con la reproducción tenemos: El 41,9% ha retrasado su primer parto hasta los 22 años, el 81,9% ha limitado el número de partos

vaginales a uno o dos. El 91,9% ha evitado el consumo de tabaco, el 57,3% se alimenta balanceadamente, y sólo el 32% tiene algún conocimiento sobre el Papiloma Virus Humano. En cuanto a las prácticas de prevención secundaria tenemos: El 84,9% se ha realizado el Papanicolaou; de las cuales sólo el 11,1% se lo realizó después de iniciar su vida sexual, sólo el 34,6% se lo realiza cada año, el 67,8% se ha realizado su última prueba hace menos de un año, el 30,8% se la ha realizado más de seis veces, el 86,1% conoce el resultado de su último Papanicolaou, y sólo el 36,1% conoce el propósito de la prueba.

Este antecedente guiará el problema en estudio, puesto que ayudó en la descripción del problema en estudio.

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 Huancayo, específicamente en la Unidad oncológica no se han realizado estudios al respecto por lo que se creyó conveniente realizar el presente estudio.

## **6. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Determinar las prácticas de prevención del cáncer cervicouterino que aplican las usuarias de la Unidad Oncológica de un Establecimiento

de Primer Nivel de Huancayo.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

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

## **7. METODOLOGÍA**

- a. Aspectos metodológicos a considerar en el estudio propuesto.
- b. Fuentes y mecanismos técnicos de captación de información relevante que serán utilizados en el estudio.
- c. Tratamiento de la información y discusión de resultados que se ejecutarán.

## **8. RECURSOS HUMANOS**

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

## **9. BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA.**



1. **Ramos Muñoz, Willy. Venegas Ojeda, Diego** Análisis de la Situación del Cáncer en el Perú. 2013. Pág. 16.
2. **Pinillos Ashton, Luis.** Guías para la promoción de salud orientada a la prevención y control del cáncer. 2010. Págs. 3.
3. **Gerend M A, Barley J.** Human papillomavirus vaccine acceptability among young adult men. Sex Transm Dis 2009; 36. Págs. 58-62.
4. **Centers for Disease Control and Prevention [Internet]:** Cervical cancer. [citado 2011 Nov 18]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/cancer/cervical> .
5. **Organización Panamericana de la Salud. [Internet]:** Expertos en la Américas piden mejoras para evitar muertes por cáncer de cuello uterino. [citado 2008 Sep 1]. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ps080514.htm>
6. **Pan American Health Organization and World Health Organization [Internet]:** Regional strategy and plan of action for cervical cancer prevention and control. [citado 2008 Sep 1]. Disponible en: <http://www.paho.org/English/GOV/CE/ce140-14-e.pdf>.
7. **Ferreccio C, Prado R, Luzoro A, Ampuero S, Snijders P, Meijer C, et al.** Population-based prevalence and age distribution of human papillomavirus among women in

Santiago, Chile. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2008; 13 (12): 2271-6.

8. **Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C and Parkin DM. Globocan .Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 10. [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2010. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr>.**
9. **Curado MP et al. Cancer Incidence in Five Continents Volume IX .IARC Scientific Publications N° 160. International Agency for Cancer Research (WHO) and International Association for Cancer Registries; Lyon, France. (2007).**
10. **Jemal A et al. Cancer Statistics, 2010. Ca Cancer J Clin** 60:277-300; 2010
11. **Poquioma E. Junio 2007. Estimaciones de parámetros epidemiológicos y cálculo de AVISA del Grupo Cáncer. Lima: Promoviendo alianzas y estrategias, Abt. Associates Inc.**
12. **Registro de Cáncer Poblacional de Trujillo, 1996-2002**
13. **Registro de Cáncer Poblacional de Arequipa, 2002-2003**
14. **Registro de Cáncer de Lima Metropolitana, 2004-2005. Informe Ejecutivo. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Departamento de Epidemiología y Estadística, enero 2011.**

15. **Solidoro Santisteban Andrés.** Apuntes de Cancerología. Perú. Concytec – Dominus punto. 2005. Págs. 17-19.
16. **Jhingran A, Russell AH, Seiden MV et al.** Cancers of the cervix, vulva, and vagina. In: Abelloff MD, Armitage JO, Niederhuber JE, et al. eds. *Abelloff's Clinical Oncology*. 4<sup>th</sup>ed. Philadelphia, PA: Elsevier Churchill-Livingstone; 2008:chap 91
17. **Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.** Estadísticas de Salud Mortalidad por Neoplasias Malignas. Perú. 2012. Pág.63
18. **Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.** Departamento de Promoción de la Salud y Control del Cáncer: Quienes somos. Perú. 2003. Pág.34
19. **Christian Adrián López-Castillo, Manuel Alejandro Calderón, María Mercedes González de S.** Conocimientos, actitudes y prácticas respecto al cáncer de cuello uterino de mujeres entre 14 y 49 años de un barrio de la comuna 10 de la ciudad de Armenia, Colombia, 2012.
20. **Vega Alanis María del Carmen.** Factores de riesgo para cáncer cervicouterino en mujeres de Metamoros, Tamaulpas. En tesis para optar el grado en ciencias de enfermería. Universidad Autónoma de Nuevo León. México. Año 2004. Págs. 10-15.

21. **Ruoti de García de Zúñiga y col.** Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el test de Papanicolaou (PAP) en mujeres embarazadas consultantes de hospitales del Departamento de Alto Paraná, Paraguay. En Revista Memorias Institucionales de Investigación en Ciencias y Salud. Vol.6 (2). Año 2008. Págs. 48,51-58.
22. **Soza Rodríguez Noel.** Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el Papanicolaou entre pacientes ingresadas al servicio de ginecología del Hospital Alemán – nicaragüense en los meses de septiembre, octubre y noviembre del año 2006. En tesis para optar el título de especialista en Medicina Integral. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Año 2007. Págs. 4, 5, 23-29.
23. **Cogollo Zuleima y col.** Conocimientos, actitudes y prácticas de mujeres de 18 y 49 años frente a la citología cervicouterina en instituciones de salud pública de Cartagena (Colombia). En Revista Salud Uninorte. Barranquilla. Vol. 26 (2). Año 2010. Colombia. Págs. 223, 226-229.
24. **Castro Miriam y col.** Nivel de conocimiento sobre cáncer cervical e y el Papanicolaou en relación al temor, estrés o vergüenza al tamizaje: estudio transversal en una comunidad pobre. En Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. Perú.

Vol. 51 (2). Año 2005. Págs. 94, 96, 97.

25. **Huamaní Charles y col.** Conocimientos y actitudes sobre la toma de Papanicolaou en mujeres de Lima, 2007. En Revista Peruana Médica Exploratoria en Salud Pública. Perú. Vol. 25 (1). Año 2008. Págs. 44, 46, 47.
26. **Bazán Fernando y col.** Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou. En Revista Anales de la Facultad de Medicina. Lima-Perú. Vol. 68 (1). Año 2007. Págs. 47, 49-52.
27. **Palma Flores, Jenny Elizabeth,** Prácticas de Prevención del Cáncer Cervicouterino en Usuarias del C.S Leonor Saavedra – San Juan De Miraflores, AÑO 2011. Págs. 7.
28. **Orem, D. E. Modelo de Orem,** Conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Masson -Salvat Enfermería. (1993)
29. **S. Worchel, J. Cooper, G.R. Goethals, J. Olson ,** “Psicología Social” – Thomson Editores (2003)
30. **Rotter, J. B.** Social Learning and Clinical Psychology. Prentice-Hall. (1945).
31. **Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.** Departamento de la Salud y Prevención del Cáncer. El Cáncer como problema de salud pública. Año 2006. Págs. 11-12.

32. <http://www.latinsalud.com> **Cáncer de Cuello Uterino.** Año 2011.
33. **Mongrut Steane Andrés.** Tratado de Ginecología 4ta Edición Perú, 2000 Págs. 303- 314.
- a. **OPS. Oficina regional de la OMS.** Hoja Informativa Programa mujer salud y desarrollo. Año 2004. Págs. 3-8.
34. **Chocarro Gonzales, Lourdes.** Enfermería Medicoquirúrgica: procedimientos y cuidados en la enfermería. 1ra Edición. España. Editorial ELSEVIER. Año 2006. Pág. 42.

## **10. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

- a. Aprobación del proyecto: Enero de 2018
- b. Primer Informe: Abril de 2018
- c. Segundo Informe: Setiembre de 2018
- d. Informe final: Diciembre de 2018

## **11. PRESUPUESTO**

S/. 10000.00 (Diez mil soles).

## **12. ENTIDAD QUE FINANCIA**

Instituto de Fomento de la Investigación Básica de la UPeCEN