

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD: RESIDENTADO MÉDICO



TRABAJO ACADÉMICO

**NIVEL DE CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE EL
EXAMEN DE PAPANICOLAU Y SU RELACIÓN EN LA PREVENCIÓN
DEL CÁNCER CERVICOUTERINO EN MUJERES EN EDAD
FÉRTIL SEXUALMENTE ACTIVAS ATENDIDAS EN
EL HOSPITAL ESSALUD III – PUNO**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**PRESENTADO POR
MARIO ADOLFO HANCCO GÓMEZ**

PARA OPTAR EL TÍTULO DE **SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**PUNO – PERÚ
2018**

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
 FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
 PROG. S.E. RESIDENTADO MEDICO
 COORDINACION DE INVESTIGACIÓN

..... ACTA DE EVALUACION DE PROYECTO DE INVESTIGACION

TITULO DEL PROYECTO:

Nivel de conocimiento, actitudes y prácticas sobre el examen de Papanicolaou y su relación en la prevención del cáncer cervicouterino en mujeres en edad fértil sexualmente activas atendidas en el Hospital Essalud III - Puno.

RESIDENTE:

Mario Adolfo Harcco Gómez

ESPECIALIDAD:

Ginecología y Obstetricia

Los siguientes contenidos del proyecto se encuentran adecuadamente planteados

CONTENIDOS	ADECUADAMENTE PLANTEADOS	
	SI	NO
Caratula	/	
Índice	/	
1. Título de la investigación	/	
2. Resumen	/	
3. Introducción	/	
3.1. Planteamiento del problema	/	
3.2. Formulación del problema	/	
3.3. Justificación del estudio	/	
3.4. Objetivos de investigación (general y específicos)	/	
3.5. Marco teórico	/	
3.6. Hipótesis	/	
3.7. Variables y Operacionalización de variables	/	
4. Marco Metodológico	/	
4.1. Tipo de estudio	/	
4.2. Diseño de Contrastación de Hipótesis	/	
4.3. Criterios de selección	/	
4.4. Población y Muestra	/	
4.5. Instrumentos y Procedimientos de Recolección de Datos.	/	
5. Análisis Estadístico de los Datos	/	
6. Referencias bibliográficas	/	
7. Cronograma	/	
8. Presupuesto	/	
9. Anexos (Instrumentos de recolección de información. Consentimiento Informado, Autorizaciones para ejecución del estudio)	/	

Observaciones:

.....
.....
.....

En merito a la evaluación del proyecto investigación, se declara al proyecto:

a) APROBADO (X)

Por tanto, debe pasar al expediente del residente para sus trámites de titulación)

b) DESAPROBADO ()

Por tanto, el residente debe corregir las observaciones planteadas por la coordinación de investigación y presentarlo oportunamente para una nueva revisión y evaluación.

Puno, a los...17... días del mes de...Setiembre..... del 2018.



[Signature]
.....
DIRECTOR
Prog. S.E. Residentado medico
Dr. Felix Gomez Apaza
DIRECTOR
Prog. S.E. Residentado Médico

[Signature]
.....
COORDINADOR DE INVESTIGACION
Prog. S.E. Residentado medico
MSC. FROY PASSARA ZEBALLOS
Salubrista - Epidemiólogo
CMP. 21996

c.c. Archivo

INDICE

INDICE	i
RESUMEN	vii
INTRODUCCIÓN	ix
CAPÍTULO I	11
EL PROBLEMA.....	11
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
INTERNACIONALES.....	11
NACIONALES	12
LOCALES.....	12
II. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	13
PROBLEMA GENERAL	13
PROBLEMAS ESPECÍFICOS	14
III. OBJETIVOS	14
OBJETIVO GENERAL.....	14
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
CAPÍTULO II	15
EL MARCO TEÓRICO	15
I. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	15
1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES	15
1.2. ANTECEDENTES NACIONALES.....	16
1.3. ANTECEDENTES LOCALES	18
II. BASES TEÓRICAS.....	18
2.1. CÁNCER DEL CUELLO UTERINO	18
2.1.1. EL CÁNCER.....	19

2.1.2.	EPIDEMIOLOGIA.....	23
2.1.3.	LA PREVENCIÓN	24
2.1.4.	FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A CÁNCER CERVICOUTERINO	26
2.1.5.	CÁNCER DE CUELLO UTERINO Y VPH	37
2.1.6.	AGENTE ETIOLÓGICO	38
2.1.7.	FACTORES DE RIESGO PARA EL CÁNCER CERVICOUTERINO 39	
2.1.8.	PREVENCIÓN SECUNDARIA	44
2.2.	EXAMEN DE PAPANICOLAOU.....	45
2.2.1.	HISTORIA DEL EXAMEN DE PAPANICOLAOU	46
2.2.2.	OBJETIVOS DEL EXAMEN DE PAPANICOLAOU	48
2.2.3.	CONDICIONES PREVIAS A LA TOMA DEL EXAMEN DE PAPANICOLAU	48
2.2.4.	TOMA DE LA MUESTRA	49
2.2.5.	TÉCNICA PARA LA TOMA DEL EXAMEN DE PAPANICOLAOU	49
2.2.6.	VENTAJAS DEL EXAMEN DE PAPANICOLAOU.....	51
2.2.7.	CONOCIMIENTO	52
2.2.8.	ACTITUD.....	57
2.3.	MARCO CONCEPTUAL	60
2.3.1.	COLPOSCOPÍA	60
2.3.2.	BIOPSIA EXOCERVICAL Y/O ENDOCERVICAL	60
2.3.3.	ACTITUD.....	60
2.3.4.	CONOCIMIENTO	60
2.3.5.	CÁNCER CERVICAL	61
2.3.6.	CÉRVIX.....	61
2.3.7.	DIAGNÓSTICO	61

2.3.8. DISPLASIA.....	61
2.3.9. INFECCIÓN.....	61
2.3.10. LESIONES	62
2.3.11. EXAMEN DE PAPANICOLAOU.....	62
2.3.12. PRÁCTICA.....	62
2.3.13. LEGRADO ENDOCERVICAL	62
2.3.14. CONIZACIÓN CERVICAL.....	63
2.4. HIPÓTESIS.....	63
2.4.1. HIPÓTESIS SIMPLE	63
2.4.2. HIPÓTESIS COMPLEJAS.....	63
2.5. ANÁLISIS DE VARIABLES E INDICADORES.....	64
CAPÍTULO III	67
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	67
I. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN	67
II. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	68
III. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	69
3.1. UNIVERSO	69
3.2. POBLACIÓN	69
3.3. MUESTRA	69
IV. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	69
4.1. TÉCNICA	69
4.2. INSTRUMENTOS	69
4.3. ESTILO O NORMAS DE REDACCIÓN UTILIZADO.....	70
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	70
ANEXO	77

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El cáncer de cuello uterino un problema de salud pública y segundo tipo de cáncer más frecuente en el sexo femenino, afecta a medio millón de personas en el mundo, alcanzando una tasa de incidencia y mortalidad muy elevada en América del Sur.

Anteriores estudios consideran importante la relación entre los factores de riesgo reproductivos en mujeres; tales como la edad, inicio de sus relaciones sexuales, número de parejas sexuales, número de embarazos, partos, abortos, uso de métodos anticonceptivos, entre otros; y la aparición de citología cervical uterina alterada.

OBJETIVOS: Con lo anterior estudiado y analizado, este proyecto tiene como objetivo principal; conocer la relación entre el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas sobre el examen de Papanicolaou y la prevención del cáncer cervicouterino en mujeres en edad fértil sexualmente activas atendidas en el hospital EsSalud III – Puno.

Los objetivos específicos que surgen son; “Determinar los conocimientos, sobre el examen de Papanicolaou y la prevención del cáncer cervicouterino en mujeres en edad fértil sexualmente activas atendidas en el Hospital EsSalud III – Puno”; “Conocer cuál es la relación entre el nivel socio cultural y la prevención del cáncer cervicouterino con la toma de Papanicolaou, en mujeres en edad fértil sexualmente activas, atendidas en el Hospital EsSalud III – Puno”

HIPOTESIS: Existe una relación entre el nivel de conocimiento, actitudes y practicas sobre el examen de Papanicolaou y la prevención del cáncer

cervicouterino en mujeres en edad fértil sexualmente activas atendidas en el hospital EsSalud III – Puno

MATERIALES Y MÉTODOS: El estudio es de tipo descriptivo cualitativo de corte transversal; para el efecto se aplicaron instrumentos de recolección de datos propios de la investigación. La población dirigida son las pacientes atendidas en el mes de mayo a fin de percibir la opinión de los conformantes de la muestra.

PALABRAS CLAVE: Examen de Papanicolaou, prevención, cáncer cervicouterino, edad fértil

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino es un importante problema de salud pública en el mundo. En la Región de las Américas la Organización Mundial de Salud, considera el cáncer cervicouterino como el cuarto tipo de cáncer más frecuente en la mujer: se estima que cada año se diagnostican 83.200 casos nuevos y que 35.680 mujeres mueren por este tipo de cáncer. (1)

La tasa de incidencia de cáncer de cuello uterino, en las mujeres hispanas es 64% más que la en las mujeres no hispanas. La causa de este problema quizás se deba a la falta de acceso a los exámenes de detección en países hispanos o a la falta de socialización de los métodos diagnósticos que permiten detectar este mal.(2)

“En el Perú, de acuerdo a los datos de Globocan, se habrían presentado aproximadamente 4.142 casos de neoplasias por cérvix en el 2008, lo cual representa una tasa de incidencia estandarizada de 37.1 casos por 100.000 mujeres; del mismo modo se estimó que fallecieron 1.646 pacientes por esta causa, de las cuales el 20% de los casos ocurrieron en el área de Lima Metropolitana”.(3)

“Además el Instituto Nacional de enfermedades neoplásicas señala que del total de neoplasias malignas que afectan a la mujer, el cáncer de cuello uterino es el más frecuente y de mayor mortalidad”. (4)

Por tal razón y para disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad por neoplasias de cérvix se debe trabajar en la detección oportuna, tratamiento y

control de las lesiones precancerosas, por lo que se planteó, desde el ministerio de salud un subprograma de detección oportuna de cáncer cervicouterino, el cual consta de la utilización de pruebas de detección como es el Papanicolaou; sin embargo muchas veces la falta de conocimiento por parte de la población femenina acerca de este tema, conlleva a la negación de la paciente para realizarse la prueba.

Varios estudios realizados en diferentes poblaciones y lugares han indagado sobre los conocimientos, las prácticas y las actitudes que poseen las mujeres respecto a la toma de Papanicolaou y el cáncer de cuello uterino, así como han tratado de buscar si existe una relación entre los conocimientos y las actitudes con la toma de Papanicolaou.

investigación a desarrollar se estructura en cuatro capítulos establecidos en el siguiente orden: Capítulo I, con el planteamiento y descripción del problema observado en la realidad; Capítulo II, se desarrolló el marco teórico y la posición hipotética que se desarrolló con juntamente con la contratación de la teoría frente a la realidad, conocimiento cognoscitivo que respaldo la posición hipotética; Capítulo III, Contamos con la operativización que se realizó en el proceso de investigación, describiendo el proceso metodológico que se empleara para cumplir los objetivos planteados frente al planteamiento de la pregunta.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

INTERNACIONALES

En estos tiempos, a pesar de los muchos estudios realizados, “el cáncer de cérvix es el segundo tumor más frecuente en la población femenina, con más de medio millón de casos nuevos anuales en todo el mundo y constituye uno de los problemas de salud pública más importantes en América Latina. El cáncer de cuello uterino, se desarrolla lentamente con el transcurso del tiempo, iniciando con cambios celulares a nivel del cérvix (displasia), que se tornan cancerosas, crecen y se diseminan profundamente en el cérvix y las áreas circundantes”. (5)

“A nivel mundial el año 2002 la incidencia del cáncer cervical llegó a 468 000 casos nuevos y 233 000 defunciones por dicho cáncer. Más del 80% de estos casos ocurren en países en desarrollo, las tasas de incidencia más altas ocurren en África, América del Centro, del Sur y Asia”. (6)

En el año 2008, se registraron 12.4 millones de nuevos casos de cáncer y 7.6 millones de muertes por esta enfermedad. En el mundo muere una mujer por cáncer cervical cada dos minutos (5.259 muertes a la semana) y 83% de esas muertes ocurren en países en vías de desarrollo.(7)

En América latina, durante el mismo año, se registraron 2.6 millones de casos y 1.3 millones de muertes por cáncer. (8)

NACIONALES

En el Perú, el cáncer de cérvix ocupa el primer lugar como cáncer más frecuente y de mayor mortalidad entre las mujeres, con un registro aproximado de 6 800 casos entre 2 000 y 2 004. En el año 2005, el cáncer produjo la muerte de 32 000 personas en el Perú, 17 000 de estas personas tuvieron menos de 70 años. En la actualidad se considera una de las principales causas de muerte. Para el año 2030 se proyecta como la segunda causa de defunciones (22.9%), sólo superada por el grupo de otras enfermedades crónicas. “La neoplasia más frecuentemente diagnosticada entre mujeres procedentes de las diferentes regiones del país es el cáncer de cuello uterino (24.9%); el cual se diagnostica, en su mayoría, en estados avanzados de la enfermedad característica fuertemente relacionada al nivel de pobreza”.

(4)

LOCALES

Puno, es la segunda región con mayor índice de casos de cáncer de cuello uterino y mamas, el número de casos a comparación del año anterior creció en un 22%. De un total de 1420 mujeres, que se sometieron al examen de Papanicolaou, en el Policlínico III, 79 mujeres tienen cáncer de cuello uterino y 5 cáncer de mamas, refiere Atención Primaria de ESSALUD Metropolitano.(9)

La Dirección Regional de Salud de Puno, informó que, con la finalidad de prevenir el cáncer de cuello uterino, lograron vacunar 18 mil 358 niñas

en edad escolar del quinto y sexto grado educación primaria de las diferentes instituciones educativas.

Los casos de cáncer de cuello uterino registrados en la región de Puno, en mujeres se da alrededor de 68 a 74 casos por año, los mismos son tratados en Arequipa y Lima. (10)

La coordinadora de Educación de la Liga contra el Cáncer, que indicó que en total se dictaron 210 talleres educativos en favor de 9,600 padres de familia, 10,200 alumnos de quinto y sexto de primaria, 1,900 profesores de colegios públicos y privados, y 140 autoridades de las regiones con mayor incidencia de cáncer de cuello uterino como son, Puno, Ica, Ucayali, Ancash, Loreto, Lambayeque y Junín. "De esta manera se ha sensibilizado a los participantes sobre la importancia de prevenir esta enfermedad a través de los despistajes y la vacunación" (11)

II. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

PROBLEMA GENERAL

- ¿Cómo se da la relación entre el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas sobre el examen de Papanicolaou y la prevención del cáncer cervicouterino, en mujeres en edad fértil sexualmente activas, atendidas en el hospital EsSalud III – Puno?

PROBLEMAS ESPECÍFICOS

- ¿Cuáles son los conocimientos, sobre el examen de Papanicolaou y la prevención del cáncer cervicouterino en mujeres en edad fértil sexualmente activas atendidas en el hospital EsSalud III – Puno?
- ¿Cuál es la relación entre el nivel socio cultural y la prevención del cáncer cervicouterino con la toma de Papanicolaou, en mujeres en edad fértil sexualmente activas, atendidas en el hospital EsSalud III – Puno?

III. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Conocer la relación entre el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas sobre el examen de Papanicolaou y la prevención del cáncer cervicouterino, en mujeres en edad fértil sexualmente activas, atendidas en el hospital EsSalud III – Puno.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar los conocimientos, sobre el examen de Papanicolaou y la prevención del cáncer cervicouterino en mujeres en edad fértil sexualmente activas atendidas en el hospital EsSalud III – Puno
- Conocer cuál es la relación entre el nivel socio cultural y la prevención del cáncer cervicouterino con la toma de

Papanicolaou, en mujeres en edad fértil sexualmente activas, atendidas en el hospital EsSalud III – Puno.

CAPÍTULO II

EL MARCO TEÓRICO

I. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Según la Tesis Doctoral “CARACTERIZACIÓN DE LA RESPUESTA INMUNITARIA INFLAMATORIA EN EL CUELLO UTERINO EN PACIENTES CON DISPLASIAS DE CÉRVIX 2011”, donde concluye que la existencia de displasia se asocia a un significativo aumento de la expresión de citoquinas y factores de crecimiento tanto en el epitelio como en el estroma, demuestra que el grado de displasia se asocia a distintos patrones de expresión de citoquinas.

Se aprecia un aumento progresivo de las células productoras de IFN- γ e IL-10 y disminución de las de IL-2, sin modificarse la expresión de la IL-4. Simultáneamente se observa un estado incrementado de producción de las citoquinas pro inflamatorias TNF α e IL-6 en el tejido displásico. La existencia de displasia se asocia a un incremento de la expresión de TGF- β y VEGF que aumenta conforme progresa su grado.

La presencia de VPH no modifica el número de células productoras de citoquinas y factores de crecimiento en el tejido displásico de las mujeres que lo expresan, pero si su incidencia en la población global.

Por lo tanto, la displasia epitelial cervical uterina se asocia a una marcada presencia de células en el tejido que expresan moléculas del sistema inmunitario/inflamatorio implicadas en la regulación de su respuesta y en control del crecimiento celular y vascular. (12)

1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

El Trabajo de investigación, “RELACIÓN ENTRE FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO DE MUJERES CON CITOLOGÍA CERVICAL UTERINA ALTERADA, ATENDIDAS EN EL CONSULTORIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL II-2 TARAPOTO. ENERO – JUNIO DEL 2011”, manifiesta los siguientes resultados; Donde el 52% tenían CA INSITU, seguido de NIC I (29%), luego NIC II con el 14% y un 5% solo tenía NIC III.

Con respecto a los factores de riesgo reproductivo, el 93% tenían una menarca entre los 12 y 14 años, el 50% inicio sus relaciones sexuales entre los 11 y 15 años, El 78% tuvo entre 2 y 3 parejas sexuales, el 47.62% tenían de 3 a 5 embarazos, el 47.62% tenían de 3 a 5 partos, el 78.57% no presentaron abortos, el 62% hicieron uso de algún método anticonceptivo y el anticonceptivo

más empleado es el AOC con 57.69% seguido del inyectable con 34.61%.

En cuanto a la edad, el 33.33% tenía entre 35 a 54 años, el 64.29% posee instrucción primaria, el 50% corresponde a las mujeres de estado civil casada, el 54.76% de las mujeres atendidas proceden de la zona urbana, el Distrito de residencia se observa que el 52.38% residen en otros distritos, el 30.95% en Tarapoto y el 16.66% en morales no encontrando ningún caso del distrito de la banda de Shilcayo.

Con el análisis de asociatividad del χ^2 , se llega a concluir que existe 22 casos de CA INSITU confirmado, y que de este grupo 9 están en grupo etéreo de 45 -54 siendo este el grupo más afectado. El 50% de las mujeres con citología cervical uterina alterada habían iniciado sus Relaciones Sexuales entre los 11 y 15 años. En el caso de este grupo de mujeres relacionados con esta edad se puede apreciar que 9 (42.9%) fueron diagnosticadas como NIC I, y que 9 (42.9%) pacientes con CA INSITU, indicando que hay relación entre el inicio de relaciones sexuales a temprana edad con la aparición de citología cervical uterina alterada. Con respecto al número de parejas sexuales se observa que el 78.6% de mujeres tuvieron de 2- 3 parejas sexuales y 16 pacientes de dicho grupo tenían CA INSITU, y esto quiere decir que al mayor número de parejas sexuales es mayor el riesgo de citología cervical uterina alterada.

Así concluye que existe una relación estadísticamente significativa entre los factores de riesgos reproductivos con la presencia de citología cervical uterina alterada en pacientes atendidas en el consultorio de ginecología del Hospital II - 2 de Tarapoto.(13)

1.3. ANTECEDENTES LOCALES

El trabajo de investigación denominado, “FACTORES QUE INFLUYEN EN EL RIESGO DE CÁNCER DE CÉRVIX EN MUJERES QUE ACUDEN AL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN DURANTE EL AÑO 2015”, determina que la edad es un factor que, si influye en el cáncer de cérvix, en mayor porcentaje entre los 34 a 42 años de edad en la población de muestra, otros factores como el número de parejas sexuales y el número de gestaciones influye en el riesgo de desarrollar cáncer de cérvix, así mismo el 44% de las mujeres con cáncer de cérvix tuvo 3 gestaciones coincidentes. A diferencia de los anteriores los factores como la edad de inicio de las relaciones sexuales y el tener una enfermedad de transmisión sexual en el mencionado estudio no fueron un factor estadísticamente significativo para considerarlos como factores de riesgo.(14)

II. BASES TEÓRICAS

2.1. CÁNCER DEL CUELLO UTERINO

El cáncer de cuello uterino se define como una enfermedad progresiva que inicia con cambios intra-epiteliales pre-malignos, denominada neoplasia cervical intraepitelial (CIN) los cuales

empiezan con displasia leve, llamada CIN I o condiloma plano, lesiones que se caracterizan por cambios coilocíticos, principalmente en las capas superficiales del epitelio.

En el CIN II la displasia es más intensa, con retraso de la maduración de los queratinocitos en el tercio medio del epitelio el cual se asocia al tamaño celular, nuclear y la heterogeneidad de la cromatina.

El CIN III no se diferencia mucho del anterior este está marcado por una variación mayor del tamaño celular, nuclear y la heterogeneidad de la cromatina, orientación desordenada de las células y mitosis normales o anómalas; estos cambios pueden afectar prácticamente a todas las capas del epitelio y se caracterizan por falta de maduración.

2.1.1. EL CÁNCER

Se entiende por cáncer a una enfermedad neoplásica que se produce por el crecimiento exacerbado de células transformadas, que proliferan de manera anormal y descontrolada dentro del organismo como consecuencia de una serie de alteraciones del ADN (Ácido Desoxirribonucleico).

Estas anomalías genéticas pueden tener diferentes mecanismos etiopatogénicos entre los que incluyen errores aleatorios de réplicas, exposición a carcinógenos o diferencias de los procesos de reparación del ADN. (15)

De forma más amplia, el cáncer se refiere a todos los tipos de neoplasias malignas que, a pesar de sus diferentes tipos de origen y manifestaciones clínicas, velocidad de evolución, vía de propagación y diagnóstico final comparten ciertos atributos fundamentales que los diferencian de otras enfermedades. Estos atributos son sus capacidades para crecer, invadir, metastizar y dañar el tejido del huésped, así como su principal característica, “la autonomía”. (16)

El descubrimiento en 1953 de la estructura del ADN y la transmisión de la información genética a las células hijas, llevó a poner en evidencia, que las alteraciones relacionadas con la carcinogénesis, definitivamente implican cambios en el ADN. En las últimas cuatro décadas, se ha dado a conocer información suficiente que sustenta la hipótesis, de que el cáncer es causado por alteraciones en genes específicos. (17)

Las células de los organismos se diferencian y proliferan siguiendo un programa genético que está regulado por estímulos extracelulares. Alteraciones en este sistema de regulación constituyen la base genética del cáncer, que se entiende como una acumulación de mutaciones que afectan a las células somáticas durante la vida de un organismo y hacen que estas proliferen de forma incontrolada.

Estos genes han sido identificados como pertenecientes a dos clases fundamentales: Los oncogenes, que son genes anormales o activados que proceden de la mutación o activación de un gen normal llamado proto oncogén y son los responsables de la transformación de una célula normal en una maligna que desarrollará un determinado tipo de cáncer, y los genes supresores de tumores (Tumor Supresor Genes, TSG), los cuales son genes que reducen la probabilidad de que una célula en un organismo multicelular se transforme en una célula cancerígena.

Los TSG se encuentran en las células normales e inhiben la proliferación celular excesiva. Una mutación o una delección de un gen supresor tumoral, aumentará la probabilidad de que se produzca un tumor. De tal manera que un gen supresor tumoral alterado, es similar a un oncogén.

Actualmente es reconocido y aceptado, que el cáncer surge como resultado de una secuencia múltiple de eventos genéticos, los cuales ocurren en poblaciones de células pluripotenciales, reconocidas con el nombre de “Stem Cells”; o células madre. Se conoce que la replicación del ADN, ocurre con una increíble fidelidad en la copia de sus cadenas, donde muy raramente ocurren errores. (17)

Debido a que la replicación del ADN conlleva pequeñas tasas de error, pueden ocurrir alteraciones en los genes relacionados con el desarrollo del cáncer, incrementándose el riesgo de que una determinada célula, pueda transformarse en tumoral y eventualmente desarrollarse hasta formar el cáncer. (17)

Teniendo en cuenta que la replicación del ADN no se lleva a cabo en un 100% de fidelidad y que el cáncer es ocasionado por múltiples alteraciones en el ADN; esto implica que cualquier individuo o persona que viva una larga vida, desarrollará cáncer de un tipo u otro, ya que los errores en la replicación del ADN, ocurren constantemente y se acumulan con el tiempo. Sin embargo, estos errores son eventos extraordinariamente raros y una posibilidad de que múltiples eventos ocurran simultáneamente en una misma célula es poco frecuente en la vida de un individuo. (17)

Estudios epidemiológicos han demostrado que la mayor parte de los tipos de cáncer en los humanos se origina en forma secundaria al impacto de diversos factores y muy particularmente el cáncer cervical.

En los últimos años y con mayor frecuencia este cáncer se comporta como una enfermedad de transmisión sexual, teniendo como factores etiopatogénicos y predisponentes:

la edad precoz en el comienzo de relaciones sexuales, paridad elevada, infecciones vaginales (virus de papiloma humano y el herpes virus tipo 2), y la producción de radicales libres, entre otros, todos ellos considerados cofactores en la génesis del cáncer cervical. (17)

2.1.2. EPIDEMIOLOGIA

El cáncer de cérvix es considerado actualmente la neoplasia más frecuente en la población femenina. Anualmente se diagnostican 437.000 nuevos casos a nivel mundial y se estima que mueren 231.000 mujeres como consecuencia de esta enfermedad. De ese total, el 80% son mujeres que viven en países pobres o en desarrollo. (18)

Según la Agencia Internacional para la Investigación en Cáncer (IARC), los carcinomas del tracto ano genital, particularmente el cáncer de cuello uterino (CaCU), representan el 12 % de todos los cánceres en las mujeres; el CaCu ocupa el segundo lugar en incidencia a nivel mundial (52.000 nuevos casos/año), después del cáncer de seno. (19)

En España, el cáncer invasor de cuello uterino es el sexto más frecuente, constituye el 4,8% de los cánceres en la mujer, (20) una de las tasas más bajas del mundo, entre 3,4 y 12,2 casos por 100.000 mujeres/año. (18)

La tasa de mortalidad es de 2,7 por 100.000 mujeres/año, semejante al promedio europeo.(21) En América Latina se estiman al menos 76 000 casos de CaCu y30.000 muertes, representando 16 y 13 % del total del mundo, respectivamente. (18)

En Colombia, también constituye la segunda causa de mortalidad en mujeres (16/100. 000) y registra una incidencia de 32 por cada 100.000 mujeres.(16) En Venezuela se describieron 18.543 (15,32%) muertes para el año 2006, donde el grupo de edad más afectado por el CaCu es el de 45-64 años con 942 defunciones seguido por el de 25-44 con 478 muertes. (16)

En el Estado Zulia se reportaron 296 muertes por esta causa. Estudios realizados indican que para el año 2010 el porcentaje de la región se podrá incrementar hasta un 9.5%, así mismo la Organización Mundial de la Salud (OMS) proyecta que para el año 2015 dos tercios de los 15 millones de nuevos casos de cáncer se producirán en los países en desarrollo. (12)

2.1.3. LA 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. (22)

2.1.3.1. 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. (22)

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.(23)

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.(4)

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.(24)

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.
(24)

2.1.4. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A CÁNCER CERVICOUTERINO

La evidencia epidemiológica sugiere, desde hace varios años, que el cáncer cervical se comporta como una enfermedad de transmisión sexual por lo que sus factores de riesgo tienden a ser similares a los de este grupo de enfermedades, es decir, el inicio de relaciones a edad temprana, promiscuidad, bajo nivel socioeconómico, paridad, edad del primer parto, inmunosupresión, uso de

anticonceptivos orales (ACO), déficit nutricional, tabaquismo y antecedentes de infecciones de transmisión sexual (ITS) provocadas por virus del herpes simple tipo 2, Chlamydia trachomatis, virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el virus del papiloma humano (VPH), este último considerado un potencial cofactor en la génesis del cáncer cervical. (25)

2.1.4.1. EDAD DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL

El inicio temprano de las relaciones implica la aparición de múltiples compañeros sexuales. Se ha demostrado 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. (26)

2.1.4.2. CARACTERÍSTICAS DE LA PAREJA SEXUAL

Diversos estudios sugieren que una mujer posee mayor riesgo de contraer la enfermedad 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. (26) En un estudio realizado se encontró que los compañeros de las mujeres que integraban el grupo de casos con cáncer habían tenido mayor número de parejas que las mujeres control; de la misma forma se halló que habían tenido la primera relación sexual a edad más precoz y mostraban una historia mayor de infecciones de transmisión sexual. Otras características que presentaban con mayor frecuencia eran las relaciones con prostitutas, el hábito de fumar y el poco uso de preservativos. (27)

Además, una mujer tiene alto riesgo de lesión intraepitelial si sus compañeros sexuales tienen antecedentes de cáncer de pene, o haber estado casado anteriormente con una mujer con neoplasia cervical. (28)

2.1.4.3. NÚMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES

Existe una relación directamente proporcional entre el riesgo de lesión intraepitelial y el número de parejas sexuales. Esta exposición se ha relacionado básicamente con la probabilidad de exposición al VPH.(26) Las mujeres solteras, viudas o separadas tienen más riesgo de infectarse por VPH dado que tienen más compañeros sexuales, sean

permanentes u ocasionales. Torrejón en sus estudios ha demostrado la presencia de VPH cervical o vulvar en un 17-21% de las mujeres con una pareja sexual y en 69-83% de las mujeres con 5 o más parejas sexuales. (29)

2.1.4.4. CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA Y CULTURAL

Existen datos controversiales respecto a la asociación entre CaCu y condición económica, social o educativa. Se acepta que las mujeres de más bajo nivel social, cultural y educativo, así como las inmigrantes extranjeras tienen mayor incidencia de CaCu, pero existen estudios que muestran a las universitarias como las que más lo padecen. (30) Existe la interrogante si esta condición está relacionada con una mayor exposición al VPH o la dificultad para acceder a los servicios de detección oportuna. (31)

Benia y Tellecha, en Uruguay, informaron que más del 60% de las mujeres de 20 a 30 años no acuden a los servicios de tamizaje más por temor y trabas administrativas que a tener que vivir en condiciones que las expone más al virus. (32)

En diversos estudios se ha demostrado que en Estados Unidos las mujeres de ascendencia hispánica o africana tienen más riesgo de adquirir VPH y padecer lesiones pre malignas y malignas del cuello uterino; sin embargo, este aspecto de raza es más un marcador de riesgo que un evento causal por sí mismo, en la medida que las poblaciones con este antecedente son más pobres y tienen conductas de mayor riesgo que sus contrapartes caucásicas. (19)

2.1.4.5. PARIDAD Y EDAD DEL PRIMER PARTO

Se ha establecido que mujeres con dos o más hijos tienen un riesgo 80% mayor respecto de las nulípara de presentar lesión intraepitelial; luego de cuatro hijos dicho riesgo se triplica, después de siete se cuadruplica y con doce aumenta en cinco veces. (33)

A pesar de no existir ninguna explicación definitiva para este fenómeno, se cree que la inmunosupresión del embarazo o su influjo hormonal aumentan la susceptibilidad a la infección por VPH. Bosch demostró cómo la presencia de uno o más partos antes de los 22 años cuadruplica el riesgo de neoplasia del cuello uterino. (26)

2.1.4.6. INMUNOSUPRESIÓN

La respuesta inmunitaria 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.

La infección viral es común en pacientes con supresión/defecto en el SI demostrado por linfopenia, con la relación linfocitos B/ linfocitos T, migración espontánea y quimiotaxis de neutrófilos disminuida. Un ejemplo evidente ha sido demostrado en pacientes infectadas con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) las cuales muestran un incremento en la incidencia de lesiones intraepiteliales escamosas, debido al deterioro de las células y de los mecanismos de la respuesta inmunitaria contra la progresión de la enfermedad. Además, el comportamiento de los mecanismos efectores de la respuesta inmunitaria en pacientes con lesiones del cuello uterino, varían según el estadio y el tipo de VPH que infecta. (34)

2.1.4.7. ANTICONCEPTIVOS ORALES

Aunque no existen evidencias, se cree que su uso prolongado se asocia con mayor riesgo de lesión intraepitelial. En un estudio multicéntrico realizado por la International Agency for Research of cáncer

(IARC), encontró que el uso de anticonceptivos orales por menos de cinco años no se relacionaba con la presencia de CaCu. El riesgo aumentó para las pacientes que los usaban entre cinco y diez o más años. (35)

En algunos estudios se ha investigado a mujeres positivas para VPH sin encontrar asociación con este factor. Se plantea que esta asociación con el cáncer tiene probablemente más una relación con el comportamiento sexual que por efecto directo; se ha visto que las mujeres que han utilizado anticonceptivos orales por menos de cinco años tienen el mismo riesgo que aquellas que nunca los han utilizado, pero puede subir hasta cuatro veces cuando el uso es mayor de diez años (36), además se ha descrito que existen varios mecanismos por los cuales las hormonas sexuales (estrógeno y progesterona) pueden catalogarse como factores que favorecen los efectos celulares de la persistente infección por el VPH.

Cuando la hormona se une a su receptor, se produce un cambio conformacional que provoca la dimerización del receptor, adquiriendo capacidad de unión a secuencias específicas de ADN. (37)

Existen regiones de regulación de la transcripción del ADN viral que contienen elementos de reconocimiento a hormonas y que aumentan el nivel de expresión de 2 genes virales, E6 y E7. (34)

Otro mecanismo descrito es su acción sobre determinados genes asociados a la regulación del ciclo celular y al programa de muerte celular. Estas hormonas inhiben la transactivación transcripcional mediada por p53 de genes involucrados en el arresto del ciclo celular y la apoptosis. (34)

También los esteroides inhiben la efectiva respuesta inmunitaria contra las lesiones inducidas por VPH, particularmente a través de la inhibición de la expresión del MHC I y II, moléculas encargadas del reconocimiento y presentación de péptidos virales. (38)

2.1.4.8. DÉFICIT NUTRICIONAL

El estado nutricional puede influir en la progresión de la infección por VPH. El patrón de metilación del ADN VPH in Vitro se ha asociado con la actividad transcripcional viral pues la RNA polimerasa, enzima encargada de la transcripción, se une con menos afinidad al ADN metilado.

Se conoce que los genes metilados ("imprinting" genómico) son inactivos, mientras que los metilados o hipometilados pueden ser transcritos para generar un producto proteico. La pérdida del "imprinting" en los fenómenos de carcinogénesis podrían vincularse con factores fisiológicos, ambientales y dietéticos, que poseen la capacidad de metilar al ADN (39), así el folato, la vitamina B6, la vitamina B12 y la metionina pueden tener su mecanismo de acción en la prevención del cáncer de cuello uterino a través de su papel en la metilación. (40)

Se ha comprobado que durante el embarazo ocurre una cierta depresión de los niveles de folato lo cual se ha relacionado con el aumento de riesgo de aparición de la enfermedad en multíparas. La ingestión de comidas ricas en vitamina A y, particularmente, en retinol se asoció con la reducción del riesgo de padecer traumas de desgarro del epitelio que pueden producirse durante el parto, y por sus propiedades antioxidantes está asociado con la afección en análisis.

Algunos estudios científicos consideran que una dieta baja en antioxidantes, ácido fólico y vitamina C favorece la persistencia de la infección por VPH y la evolución de las lesiones de NIC I a NIC II, III y

cáncer cervicouterino, pero no son concluyentes.

(34)

2.1.4.9. TABAQUISMO

Existe una relación directa entre el riesgo de lesiones pre invasoras y la duración e intensidad del hábito. En promedio se considera que las fumadoras tienen doble riesgo de lesión intraepitelial con respecto de las no fumadoras. Experimentalmente se ha demostrado la presencia de nicotina, cotinina y otros mutágenos derivados del tabaco, en mujeres fumadoras con lesión intraepitelial. Además, es bien conocido el daño molecular del ADN del tejido cervicouterino en mujeres que fuman. De igual manera, se postula que el tabaco induce un efecto inmunosupresor local. Diferentes estudios han encontrado mutágenos en el moco cervical, algunos a concentraciones muy superiores a las sanguíneas, lo que sugiere un efecto carcinogénico directo, aunque no es posible separar el hecho de las conductas de riesgo para adquirir VPH que se asumen con más frecuencia entre las mujeres fumadoras. (41)

2.1.4.10. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Se ha demostrado la asociación de cáncer de cuello uterino con enfermedades de transmisión sexual. En un estudio realizado en tres países se encontró asociación entre infección por VPH y Chlamydia trachomatis en Colombia y España, pero no en Brasil (28); mientras que otros estudios han asociado la infección del serotipo G de esta bacteria con el virus (42). Adicionalmente, la coinfección con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) facilita el desarrollo de la neoplasia, con un aumento del riesgo de cáncer entre las infectadas por el VIH de hasta 3,2 veces el riesgo de las mujeres sin VIH. (43)

Con el desarrollo de técnicas en biología molecular para detectar la presencia de ADN del VPH en muestras citológicas durante la década de los ochenta, se pudo establecer el papel del VPH de alto riesgo en la etiología del CaCu. Posteriormente, estudios epidemiológicos multicentro conducidos en la década de los noventa, permitieron demostrar la asociación causal entre infecciones con VPH y el desarrollo de CaCu. Con la evidencia científica acumulada, hoy en día, la infección con VPH ha sido propuesta como la primera causa necesaria para el

desarrollo de CaCu. Sin embargo, no todas las mujeres infectadas con VPH desarrollan cáncer invasor, existiendo esta infección con frecuencia en mujeres sanas. Por lo tanto, otros cofactores deben ser necesarios para la progresión de la carcinogénesis en el cuello uterino. (44)

2.1.5. CÁNCER DE CUELLO UTERINO Y VPH

Los virus oncogénicos desempeñan un papel etiológico de gran importancia en varios de los tumores malignos que afectan al hombre. Los estudios moleculares han demostrado la relación entre las células intraepiteliales y escamosas de cérvix con numerosas infecciones inducidas por los virus Epstein Barr, virus de inmunodeficiencia humana (VIH), herpes virus tipo II (VSH-2), citomegalovirus (CMV) y particularmente por el Virus de Papiloma Humano(VPH). Observaciones clínicas y estudios moleculares han permitido establecer un importante papel del VPH en el origen de las lesiones pre invasivas de cuello uterino. Desde hace casi 30 años se sugirió que el Virus del Papiloma Humano (VPH) era el agente causal del cáncer de cérvix uterino. (44)

Esta idea le concedió el Premio Nobel en 2009 al profesor Harald Zur Hausen. Actualmente se ha establecido que la infección persistente por tipos oncogénicos de VPH es la causa necesaria del cáncer de cérvix. Mediante múltiples

estudios epidemiológicos, moleculares y clínicos se ha demostrado que esta neoplasia es una secuela de una infección no resuelta de ciertos genotipos de VPH. (26)

En esencia, todos los cánceres de cérvix contienen DNA de algún tipo de VPH de alto riesgo. Se ha podido demostrar que este virus es el agente desencadenante de más del 95% de los cánceres cervicales y de las lesiones cervicales de alto grado. El VPH ha sido considerado un factor importante en el origen y evolución de las lesiones pre-malignas del CaCu; sin embargo, la exposición al virus no es suficiente para originar o causar una neoplasia intraepitelial cervical. (45)

2.1.6. AGENTE ETIOLÓGICO

2.1.6.1. CARACTERÍSTICAS DEL VIRUS

El VPH es un miembro del género A de la familia papovaviridae, es un virus sin cubierta que mide de 50 a 55 nm de diámetro, presentando cápsides icosaédricas constituidas por 72 capsómeros, su genoma es un ácido desoxirribonucleico (ADN) circular de doble hélice, con un peso molecular aproximado de 5×10^6 Daltons, correspondiente a 8.000 pares de bases (15),(28).

2.1.6.2. ORGANIZACIÓN GENÓMICA DEL VPH

El genoma viral está organizado y dispuesto en bloques separados que consisten en regiones de lectura abierta (ORF, Open Reading Frame). Estas regiones han sido designadas como tempranas (E) que codifican para proteínas relacionadas con la replicación (E1), transcripción (E2) y transformación celular (E6 y E7), o tardías (L) que codifican proteínas de la cápside (L1 y L2); además poseen una región denominada región reguladora ascendente (URR) o región larga de control (LCR), que contienen secuencias para la replicación y expresión genética del VPH. (45)

2.1.7. FACTORES DE RIESGO PARA EL CÁNCER CERVICOUTERINO

2.1.7.1. 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.”(46)

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 ano genitales 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 neo infección 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”.(29)

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”.(24)

B. FACTORES DE RIESGO SECUNDARIOS

1) 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.(29)

2) FACTORES RELACIONADOS CON LA REPRODUCCIÓN

Paridad, edad del primer parto y número de partos vaginales.(29)

3) MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Anticonceptivos orales y métodos de barrera.(47)

4) HÁBITOS NOCIVOS

Tabaquismo.(29)

C. FACTORES INMUNOLÓGICOS

1) 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.(47)

2) 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.(46) 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.(48)

D. 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.(48)

2.1.8. 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. (22)

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. (23)

2.2. EXAMEN DE PAPANICOLAOU

Llamada así en honor a Georgios Papanicolaou, médico griego que fue pionero en citología y detección temprana de cáncer. Conocida como prueba de PAP o Citología Vaginal. Es un examen en el que se toman muestras de células epiteliales de la zona de transición del cuello uterino. Permite conocer el estado funcional de las hormonas e identificar las alteraciones inflamatorias a través del análisis de las células descamadas. El propósito principal es detectar cambios anormales en las células que pueden surgir por causa de cáncer de cérvix o antes de que se presente esta patología. Detecta el 95% de

cánceres cervicales en un estado en que todavía no se ven a simple vista.(49)

2.2.1. HISTORIA DEL EXAMEN DE PAPANICOLAOU

George Nicholas Papanicolaou, médico griego, profesor asociado del departamento de anatomía patológica, colaboró con el ginecólogo C. Daniel para el diagnóstico precoz del cáncer cervical. Nació el 13 de mayo de 1883, en Kymi, una pequeña ciudad de la isla griega de Euboea. Su padre, Nicolás papanicolaou era médico, físico y mayor de la ciudad de Kymi y asambleísta nacional. Su madre fue María GeorgiouKritsouta, una culta mujer muy interesada en la música y en la literatura. George fue el tercer hijo de cuatro hermanos.

Papanicolaou basado en sus observaciones, formuló la teoría de que «todas las hembras de especies superiores tienen una descarga vaginal periódica; los conejillos de indias son mamíferos y, por ende, deben tener una, y ésta es, tal vez, tan pequeña que no se puede percibir a simple vista».

Se dice que esta afirmación fue la mecha de sus experimentos posteriores. Para observar las descargas vaginales de los conejillos de indias, compró en la tienda Tiemman un espéculo nasal para examinar los fluidos vaginales de los pequeños animales, tomando muestras seriadas y observándolas teñidas al microscopio; allí pudo descubrir una impresionante riqueza celular y la existencia de diversos patrones y secuencias citológicas. Inspirado en la idea que dichos cambios celulares

podieran ocurrir en las mujeres, realizó el primer examen de citología exfoliativa en humanos, la cual fue tomada de su propia esposa y teñida con la coloración que hasta el día de hoy lleva su nombre «la tinción de Papanicolaou».

Estas fueron publicadas, por primera vez, en septiembre de 1917, junto a Charles Stockard. En Febrero de 1925 comenzó un estudio sistemático de frotis cervicales y vaginales de voluntarias y trabajadoras del Hospital de la Mujer de Nueva York, donde realizó un análisis citológico exfoliativo de una mujer portadora de cáncer de cuello uterino, hecho que él mismo años más tarde describiría de la siguiente forma: «La primera observación de células cancerosas en el frotis de cérvix fue una de las estremecedoras experiencias de mí carrera científica».

Luego, reunió a otras mujeres con cáncer de cuello uterino, confirmó sus observaciones, y presentó esta nueva forma de diagnóstico de cáncer. (6)

George Papanicolaou publicó mundialmente en el año 1941, una técnica llamada citología de cérvix o citología vaginal, que sirve para diagnosticar el cáncer cervicouterino. En el examen de Papanicolaou se toman muestras de células epiteliales en la zona de transición del cuello uterino, en busca de anomalías celulares que orienten a (y no que diagnostiquen) la presencia de una posible neoplasia de cuello uterino.(49)

2.2.2. OBJETIVOS DEL EXAMEN DE PAPANICOLAOU

- Colaboración en el diagnóstico y tipificación de neoplasias malignas, mediante la evaluación de las alteraciones de la morfología del núcleo, del citoplasma y de las relaciones entre las células.
- Diagnóstico específico de algunas lesiones benignas, por ejemplo: tumores benignos, hiperplasias, ciertas infecciones virales o micóticas.
- Elección de pacientes que deben ser estudiados más profundamente en grupos de alto riesgo para un tipo específico de cáncer.
- En hematología, examen cualitativo y cuantitativo de los elementos figurados de la sangre periférica (hemograma) y de la médula ósea (mielograma).

2.2.3. CONDICIONES PREVIAS A LA TOMA DEL EXAMEN DE PAPANICOLAOU

- A. No tener relaciones sexuales desde 48 horas antes.
- B. No colocación de óvulos desde 48 horas antes.
- C. No estar menstruando.
- D. No realizarse duchas vaginales.
- E. No tenga flujo abundante o inflamación severa.
- F. No haya tenido una histerectomía total.

2.2.4. TOMA DE LA MUESTRA

El profesional de la salud debidamente entrenado que toma la muestra de Papanicolaou deberá registrar, previo al procedimiento, los datos personales de cada mujer y antes de tomar la muestra deberá hacer la observación directa del cuello uterino para identificar cualquier lesión macroscópica.

2.2.5. TÉCNICA PARA LA TOMA DEL EXAMEN DE PAPANICOLAOU

- Usaria informada del procedimiento a realizar, preparada y en posición para examen ginecológico.
- No realizar tacto vaginal previo a la toma de la muestra.
- Introducir el espéculo vaginal; de ser necesario usar, como lubricante, agua o suero fisiológico hasta visualizar el cuello uterino.
- La toma adecuada exige la observación directa del cuello uterino y obtener muestras simultáneas de exocérnix y endocérnix, mediante el uso de cito-espátula de Ayre ó de Szalay.
- En caso de presencia de sangrado leve o flujo, la toma de la muestra se hará, previa limpieza cuidadosa del cuello uterino, con torunda de algodón seco.
- En las gestantes, el PAP se hará como parte de la atención prenatal. Está contraindicada la toma de muestra de endocérnix con citocepillo u otro elemento (para el exocérnix utilizar cito-espátula de Ayre).

- En las mujeres mayores de 45 años de edad ó post-menopáusicas, donde la zona de transformación migra hacia el canal endocervical, es necesario obtener muestra del endocérvix, mediante la cito-espátula de Szalay ó citocepillo rotándolo en 360°.
- En caso necesario, se podrá tomar la muestra de endocérvix con hisopo de algodón introduciéndolo hasta 1.5 cm de profundidad, rotándolo en 360° por una sola vez. (50)

CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS

CORRELACIÓN ENTRE LA TERMINOLOGÍA DISPLASIA/CARCINOMA/IN SITU, NIC Y BETHESDA				
Terminología displasia	de	Terminología NIC original (OMS)	Terminología NIC modificado	Sistema Bethesda Terminología LIE (1991)

Normal	Normal	Normal	Dentro de los límites normales Cambios celulares benignos (infección o reparación) ASCUS/AGUS
Atipia	Atipia coilocítica, condiloma plano, sin cambios epiteliales	NIC de bajo grado	L-LIE
Displasia leve Displasia moderada Displasia grave Carcinoma <i>insitu</i> Carcinoma invasor	NIC 1 NIC 2 NIC 3 NIC 3 Carcinoma invasor	NIC de bajo grado NIC de alto grado NIC de alto grado NIC de alto grado Carcinoma invasor	L-LIE H-LIE H-LIE H-LIE Carcinoma invasor

Leyenda: NIC: neoplasia intraepitelial cervical; L-LIE: lesión intraepitelial escamosa de bajo grado; (H- LIE): lesión escamosa intraepitelial de alto grado; ASCUS: Células escamosas atípicas de significado incierto; AGUS: Células glandulares atípicas de significado incierto. (Introducción a la neoplasia intraepitelial cervical. 2004)

MANEJO DE ACUERDO A RESULTADOS DE DETECCION Papanicolaou (Ministerio de Salud, 2007)	
Problemas en la toma y procesamiento de la muestra (muestra insatisfactoria)	Toda muestra insatisfactoria debe ser repetida en un tiempo nomenor de 6 semanas.
Tres muestras anuales negativas consecutivas para células neoplásicas	Control PAP/ IVAA cada 3 años
Muestra positiva (ASCUS, LIEB, LIEA, Carcinoma invasor)	Las personas deben ser notificadas y referidas para el manejo especializado correspondiente., de no estar capacitado el/la profesional deberá transferir al hospital referencial de la Dirección de Salud.

2.2.6. VENTAJAS DEL EXAMEN DE PAPANICOLAOU

Es muy necesario que la comunidad conozca las ventajas que tiene el realizarse el examen de Papanicolaou, como son:

- Un costo adecuado y al alcance de la población.

- Confiabilidad en los resultados. Con un diagnóstico de más alta calidad y seguridad que conlleva una mayor tranquilidad
- Disponibilidad para la toma del examen en los centros de salud de nuestra comunidad.
- Toma de examen de PAP incluye examen ginecológico (palpación clínica de mamas) y apoyo educativo.
- Existe seguimiento de la beneficiaria: programa computacional que entrega nómina de mujeres inasistentes a toma de PAP en fecha correspondiente.
- Excelente y fluida coordinación entre obstetra tratante y laboratorio de patología cervical.
- Derivación inmediata al nivel secundario en caso de sospecha de alguna patología maligna detectada durante la toma.
- Reducción de los falsos negativos. (51)

2.2.7. CONOCIMIENTO

El conocimiento se concibe como la reconstrucción de los esquemas mentales del sujeto a partir de las experiencias que éste tiene con los objetos (interactividad) y con las personas (intersubjetividad) en situaciones de interacción que sean significativas de acuerdo con su nivel de desarrollo y los contextos sociales donde se desenvuelve.(52)

El conocimiento concebido desde la perspectiva constructivista de Ausubel (1976), refiere que éste debe tener lugar a través de

la recepción, y no del descubrimiento, pues la adquisición de un cuerpo de conocimiento claro, estable y organizado de parte del educando es el variable independiente más significativo que influye sobre su capacidad para adquirir nuevos conocimientos en el mismo campo. (53)

En este proceso se pueden identificar claramente tres factores que son determinantes en la fijación del conocimiento, como son las actitudes, las aptitudes y los contenidos. No obstante, a partir de las investigaciones de Piaget (1972) dichas aptitudes toman dos orientaciones diferentes, las aptitudes intelectivas y las aptitudes procedimentales.

El desarrollo de cada una de las actitudes, aptitudes intelectivas, aptitudes procedimentales y los contenidos tiene correspondencia con la formación en el ser, en el pensar, el hacer y el saber, respectivamente, y el conocimiento adquirido por medio de la convergencia de estas cuatro dimensiones da lugar a los llamados aprendizajes significativos, que son los aprendizajes en los cuales el sujeto del proceso de formación reconfigura la información nueva con la experiencia, permitiéndole así integrar grandes cuerpos de conocimiento con sentido. (54)

De esa integración entre conocimiento con sentido y experiencia resulta el desarrollo de actitudes y comportamiento nuevos

(práctica). Este aprendizaje tiene lugar en la formación mental de la persona, desde el nacimiento hasta la madurez.

Por su parte Vygotsky (1968), refiere que el conocimiento no solo se construye de modo individual como propuso Piaget, sino que se construye entre las personas a medida que se interactúan. Consideraba que el medio social es crucial para el aprendizaje y pensaba que lo produce la integración de los factores sociales y personales. El fenómeno de la actividad social ayuda a explicar los cambios en la conciencia y fundamenta una teoría psicológica que unifica el comportamiento y la mente. El entorno social influye en la cognición por medio de sus “instrumentos”, es decir, sus objetos culturales (autos, máquinas) y su lenguaje e instituciones sociales (iglesias, escuelas). El cambio cognoscitivo es el resultado de utilizar los instrumentos culturales en las interrelaciones sociales y de internalizarlas y transformarlas mentalmente. La postura de Vigotsky es un ejemplo del constructivismo dialéctico, porque recalca la interacción de los individuos y su entorno.(54)

EL CONOCIMIENTO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA SALUD

Se debe tener presente que la Orientación, Comunicación e Información sobre temas de Salud Reproductiva, es el proceso más eficaz para adquirir el conocimiento científico de los múltiples procesos como fenómenos de la naturaleza, la

sociedad y el pensamiento así como para que el individuo modifique su modo de ser, pensar, los hábitos y costumbres y que el conocimiento hace que los individuos identifiquen tempranamente las enfermedades y tengan mayor interés en tomar medidas al respecto, lo cual se traduce en que actuarán teniendo en cuenta las medidas preventivas.

Es en este contexto que podemos visualizar que la carencia de conocimientos y de información puede determinar el comportamiento equivocado y erróneas valorizaciones con respecto a la salud. Asimismo, se debe considerar que la educación viene a ser un factor determinante en la conducta de la mujer en edad fértil con vida sexual activa, frente a la aceptación de realizarse el examen de Papanicolaou como medida preventiva del cáncer cervicouterino, podrá interesarse sobre sus problemas de salud, asistir a las consultas médicas más oportunamente y seguir mejor las indicaciones terapéuticas, por lo cual pueden contribuir constructiva o negativamente en el proceso salud-enfermedad.

Cabe destacar que las personas enfrentan diversas crisis situacionales que no siempre son previstas, y originan cambios de comportamiento, siendo necesario la utilización de recursos de diverso orden: psicológico, económico y social con la finalidad de intervenir oportunamente.

Las personas a su vez, realizan sus actividades diarias de acuerdo a ciertos patrones culturales, la percepción que tenga de la realidad y del conocimiento que sobre las cosas han adquirido a lo largo de la vida. De allí que las personas interpretan su estado de salud-enfermedad según su perspectiva particular, bajo la influencia de creencias y costumbres transmitidas de generación en generación y la información que tienen de diversas fuentes, los conocimientos con que cuentan las personas también depende del nivel económico y de educación que hayan alcanzado.

Podríamos concluir diciendo que el conocimiento implica datos concretos sobre los que se basa una persona para decidir lo que se debe o puede hacer ante una situación determinada y que la adquisición de la misma puede ser en forma individual, social, por descubrimiento, etc. según los aportes científicos de diferentes autores, y que podría fijarse significativamente en nuestro campo mental para que influya en la modificación de nuestras actitudes y comportamiento frente a un determinado suceso.

En nuestro estudio consideramos que el conocimiento significativo que tenga la paciente sobre Papanicolaou sirva para que pueda tener una actitud favorable y decidir responsablemente la realización de la misma en condiciones adecuadas como prevención del cáncer cérvico uterino.

2.2.8. ACTITUD

La Actitud, es la variable más estudiada en psicología social debido a constituye un valioso elemento para la predicción de conductas. Es una predisposición afectiva y motivacional requerida para el desarrollo de una determinada acción.(55)

ALGUNAS DEFINICIONES DESDE EL MUNDO ACADÉMICO

- La actitud definida por Eiser (1999), es considerada como la predisposición aprendida a responder de un modo consistente a un objeto social.(56)
- Billig (1991), reconoce el carácter compartido de la actitud como una estructura inacabada, incompleta y que la actitud va evolucionando, cambiando, en contacto con los distintos contextos y situaciones sociales.(57)
- Fazio (1992) define como una asociación entre un objeto y su evaluación, siempre, que hablamos de actitud, necesitamos un objeto (material, idea, colectivo, objeto social) hacia el que dirigir nuestra actitud (Objetivo Actitudinal).(58)
- Rodríguez (1993) define a las actitudes “como variables intercurrentes, directamente inferibles, observables y que constituyen una organización cognoscitiva duradera; incluyen un componente afectivo a favor o en contra de un determinado objeto y predisponen a la acción”. (59)
- Por su parte, Smith y Mackie (1997), las actitudes “son predisposiciones de un sujeto para aceptar o rechazar un

determinado objeto, fenómeno, situación, u otro sujeto; y que puede ayudar a predecir la conducta que el sujeto tendrá frente al objeto actitudinal. Las actitudes son susceptibles de ser modificadas por ser relativamente estables”. (59)

- López y Fuertes (1999) definen la actitud “como una disposición a comportarnos de una determinada manera. Así, si valoramos alguna situación como negativa, lo más probable es que intentemos evitarla, lo contrario ocurriría con la valoración positiva”. (59)

DIMENSIONES DE LAS ACTITUDES

Las actitudes están compuestas por variables interrecurrentes, compuestas por tres dimensiones a saber:

1. El componente cognoscitivo.
2. El componente afectivo.
3. El componente relativo a la conducta.

CAMBIOS EN EL COMPONENTE COGNOSCITIVO: para que exista una actitud hacia un objeto determinado es necesario que exista también alguna representación cognoscitiva de dicho objeto. Las creencias y demás componentes cognoscitivas (el conocimiento, la manera de encarar al objeto, etc.) relativos al objeto de una actitud, constituyen el componente cognoscitivo de la actitud.

CAMBIO DEL COMPONENTE AFECTIVO: es el sentimiento a favor o en contra de un determinado objeto social; supongamos

que por una desavenencia cognoscitiva real modificamos nuestra relación afectiva con una persona. El cambio registrado en este componente nos conducirá a emitir conductas hostiles hacia la persona, así como a atribuirle una serie de defectos capaces de justificar y de hacer congruente el cambio de nuestro afecto. De igual modo si por un motivo u otro nos empieza a gustar una persona que no nos gustaba anteriormente, todo aquello que era considerado como defectos pasan a ser percibido mucho más benignamente, e incluso como virtudes.

CAMBIO EN EL COMPONENTE RELATIVO: la combinación de la cognición y el afecto como instigadora de conductas determinadas dada determinada situación. La prescripción de una determinada conducta o práctica (examen de Papanicolaou), que exige el ministerio de salud, que a muchas mujeres con vida sexual activa no les gusta, pero que a juicio del personal de salud es beneficioso para la prevención del cáncer cérvico uterino, puede traer como consecuencia una reorganización de los componentes cognoscitivos y afectivos de las mujeres, haciéndolos objetos de una actitud positiva o favorable. (58)

Haciendo un balance de los conceptos acabados de presentar, podemos decir que la actitud es la predisposición a actuar antes de ejecutar un comportamiento, el cual puede estar influenciado por algún tipo de componente del carácter personal o social; así, ella también se constituye como la predisposición positiva o

negativa hacia algo o alguien. La actitud posee tres dimensiones: lo afectivo, lo cognitivo y lo conductual, en tanto que en ella se reconoce el grado de inclinación hacia un objeto social determinado, a partir de los sentimientos, pensamientos y comportamientos hacia el mismo por parte del sujeto.

2.3. MARCO CONCEPTUAL

2.3.1. COLPOSCOPIA

Es el primer procedimiento para confirmación diagnóstica, en todas las pacientes, excepto en aquellas con lesión macroscópica evidente ministerio de salud.(60)

2.3.2. BIOPSIA EXOCERVICAL Y/O ENDOCERVICAL

De acuerdo a hallazgos del examen colposcópico y criterio médico. (60)

2.3.3. ACTITUD

Es una disposición nerviosa, mental a comportarnos de una determinada manera. Así, si valoramos alguna situación como negativa, lo más probable es que intentemos evitarla, lo contrario ocurriría con la valoración positiva. (59)

2.3.4. CONOCIMIENTO

Es una apreciación de la posesión de múltiples datos interrelacionados que por sí solos poseen menor valor cualitativo. Significa, en definitiva, la posesión de un modelo de la realidad en la mente. Este comienza por los sentidos, pasa de estos al entendimiento y termina en la razón. (6)

2.3.5. CÁNCER CERVICAL

El crecimiento de este tumor puede detectarse precozmente mediante el examen microscópico periódico de las células procedentes. (6)

2.3.6. CÉRVIX

La parte baja del útero que se conecta con la vagina. Esta apertura o hueco deja que salga la sangre del útero durante la menstruación (período). El cérvix también deja que entren las espermatozoides al útero y las trompas de Falopio. (61)

2.3.7. DIAGNÓSTICO

Identificar una enfermedad por sus signos o síntomas mediante el uso de procedimientos de creación de imágenes y resultados de laboratorio. Mientras más temprano se haga un diagnóstico de cáncer, mejores serán las probabilidades de supervivencia a largo plazo. (61)

2.3.8. DISPLASIA

Alteración precancerosa, en diferentes grados de gravedad, que puede regresar o evolucionar. También se utiliza éste término para describir una malformación congénita. (61)

2.3.9. INFECCIÓN

Invasión del organismo por agentes patógenos, especialmente microscópicos, como bacterias y virus, y posterior desarrollo de los mismos invasión del cuerpo por microorganismos que provocan una enfermedad. (61)

2.3.10. LESIONES

Es un cambio anormal en la morfología o estructura de una parte del cuerpo producida por un daño externo o interno. Las heridas en la piel pueden considerarse lesiones producidas por un daño externo como los traumatismos. Las lesiones producen una alteración de la función o fisiología de órganos, sistemas y aparatos, trastornando la salud y produciendo enfermedad. (61)

2.3.11. EXAMEN DE PAPANICOLAOU

Es un procedimiento en el cual se raspan las células del cuello uterino para examinarlas bajo un microscopio. Se usa para detectar cáncer o cambios que pueden conducir al cáncer. Una prueba de Papanicolaou también puede mostrar afecciones no cancerosas, como infección o inflamación. (61)

2.3.12. PRÁCTICA

Ejercicios o trabajos dirigidos, realizados por una persona dentro de sus actividades integrales. Es un proceso formativo. (61)

2.3.13. LEGRADO ENDOCERVICAL

Debe realizarse cuando la colposcopia es insatisfactoria, cuando la lesión se extiende hacia el canal endocervical, cuando no existe una lesión identificable que explique la citología alterada o cuando la alteración citológica es una atipia glandular. (60)

2.3.14. CONIZACIÓN CERVICAL

En los casos que se sospeche una microinvasión o disociación colpo-citohistológica, ejemplo: colposcopia sugerente de cáncer invasor con citología e histología de lesión intraepitelial, citología sugerente de lesión de alto grado con histología de bajo grado o negativa entendiéndolo como un procedimiento diagnóstico y eventualmente terapéutico en mujeres no embarazadas. (60)

2.4. HIPÓTESIS

2.4.1. HIPÓTESIS SIMPLE

- Existe una relación entre el nivel de conocimiento, actitudes y practicas sobre el examen de Papanicolaou y la prevención del cáncer cervicouterino en mujeres en edad fértil sexualmente activas atendidas en el Hospital EsSalud III – Puno

2.4.2. HIPÓTESIS COMPLEJAS

- HIPOTESIS NULA

La Edad del paciente no es un indicador que decide el nivel de conocimiento, actitudes y practicas sobre el examen de Papanicolaou y su relación con la prevención del cáncer cervicouterino en mujeres en edad fértil sexualmente activas atendidas en el Hospital EsSalud III – Puno

- HIPOTESIS ALTERNATIVAS

El Grado de instrucción en mujeres en edad fértil sexualmente activas atendidas en el Hospital EsSalud III – Puno, determina el nivel de conocimiento, actitudes y practicas sobre el examen de Papanicolaou.

- El número de compañeros sexuales es correspondiente al grado de conocimiento, actitudes y practicas sobre el examen de Papanicolaou y su relación con la prevención del cáncer cervicouterino en mujeres en edad fértil sexualmente activas atendidas en el Hospital EsSalud III – Puno
- La población en estudio le interesa mantenerse informada sobre el examen de Papanicolaou y su relación con la prevención del cáncer cervicouterino.

2.5. ANÁLISIS DE VARIABLES E INDICADORES

Variable	Indicador	Unidad / categoría	Medición	Tipos de variable
Edad de paciente	Frecuencias absolutas y relativas	De 15 a 25 años De 26 a 35 años De 36 a más años	De razón	cuantitativa
Estado civil	Frecuencias absolutas y relativas	-Soltera -Casada o conviviente -Viuda o Separada	Nominal	Cualitativa
Cuál es grado de instrucción	Frecuencias absolutas y relativas	-Primaria -Secundaria -Técnica o Universitaria	Nominal	Cualitativa
Número de compañeros sexuales	Frecuencias absolutas y relativas	-Solo 1 pareja sexual -Entre 2 y 3 parejas sexuales -Más de 4 parejas sexuales	Ordinal	Cuantitativa
Considera que la prueba de	Frecuencias absolutas y	-Examen de sangre u otro -Examen del cuello del útero	Nominal	Cualitativa

Papanicolaou	relativas	-Desconozco		
Papanicolaou se toma	Frecuencias absolutas y relativas	-Cuello de útero -Vagina u ovarios -Desconozco	Nominal	Cualitativa
La prueba de Papanicolaou sirve para	Frecuencias absolutas y relativas	-Detectar el cáncer de cuello uterino -Para saber si hay una infección o saber si hay inflamación -Desconozco	Nominal	Cualitativa
Frecuencia con que se debe realizar el examen	Frecuencias absolutas y relativas	-Dentro del año -Entre dos y tres años -No lo realizo	De razón	Cuantitativa
Cada cuanto debe realizarse la prueba de Papanicolaou	Frecuencias absolutas y relativas	-anualmente -de dos a tres años -no lo considero necesario	De razón	Cuantitativa
Por qué considera que debe hacerse la prueba en un periodo de tiempo determinado	Frecuencias absolutas y relativas	-Permite detectar el cáncer a tiempo -Permite prevenir enfermedades si el médico lo solicita -Desconozco	Nominal	Cualitativa
Desearía usted saber para qué sirve y como se realiza la prueba de Papanicolaou	Frecuencias absolutas y relativas	-Me interesa informarme -Tengo poco interés -No me interesa	Nominal	Cualitativa
Conoce dónde se realiza el examen de Papanicolaou	Frecuencias absolutas y relativas	-En hospitales o postas -En clínicas privadas -Desconozco	Nominal	Cualitativa
Examen de Papanicolaou es doloroso	Frecuencias absolutas y relativas	-Es doloroso -No es doloroso -Desconozco	Nominal	Cualitativa
Examen de Papanicolaou frente al cáncer de	Frecuencias absolutas y relativas	-Un modo de prevención -Un modo de reconocimiento -No tiene relación	Nominal	Cualitativa



cuello uterino				
Virus del papiloma humano	Frecuencias absolutas y relativas	-Tengo conocimiento . Escuché alguna información -Desconozco	Nominal	Cualitativa

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

“EL ESTUDIO ES DE TIPO DESCRIPTIVO CUALITATIVO DE CORTE TRANSVERSAL”

I. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

DESCRIPTIVO

Permite detallar el fenómeno estudiado básicamente a través de la medición de uno o más de sus variables. El conocimiento será de mayor profundidad que el exploratorio, el propósito de este es la delimitación de los hechos que conforman el problema de investigación, como identificar formas de conducta, actitudes de las personas que se encuentran en el universo de investigación (comportamientos sociales, preferencias, etc.), establecer comportamientos concretos, descubrir y comprobar la posible asociación de las variables de investigación.

Identifica características del universo de investigación, señala formas de conducta y actitudes del universo investigado, establece comportamientos concretos y descubre y comprueba la asociación entre variables de investigación. De acuerdo con los objetivos planteados, la técnica específica en la recolección de información en este caso con el uso de los cuestionarios.

CUALITATIVO

Esta investigación cualitativa se basa en el estudio de la gente a partir de lo que dicen y hacen las personas en el escenario, y se expresa en la

simplicidad a la hora de expresar un concepto que es el más alto grado de complejidad de toda teoría.

El objetivo de la investigación cualitativa es el de proporcionar una metodología de investigación que permita comprender el complejo mundo de la experiencia vivida desde el punto de vista de las personas que la viven.

Es una investigación centrada en los sujetos, que adoptan la perspectiva del fenómeno a estudiar. El proceso de indagación es inductivo y de interacción con los participantes y con los datos, busca respuestas a preguntas que se centran en la experiencia, cómo se crea y cómo da significado a la vida humana.

II. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

INVESTIGACIÓN NO EXPERIMENTAL SEGÚN LA
TEMPORALIZACIÓN DE CORTE TRANSVERSAL

Esta es otra dimensión importante, que se refiere al empleo que hace el estudio de la dimensión temporal, que implican la recolección de datos en un solo corte en el tiempo.

Este diseño de investigación que recolecta datos de un solo momento y en un tiempo único. Tiene el propósito de describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

Dentro de esta dimensión, se especifica que es un DISEÑO TRANSVERSAL CORRELACIONAL, que se encarga de describir relaciones entre dos o más variables en un momento determinado.

III. POBLACIÓN Y MUESTRA.

3.1. UNIVERSO

El universo es la institución pública descentralizada del Seguro Social de Salud, HOSPITAL ESSALUD, III – PUNO

3.2. POBLACIÓN

Serán las pacientes que acceden al consultorio de ginecología del Seguro Social de Salud Hospital EsSalud, III – Puno

3.3. MUESTRA

Serán las pacientes que accedan a ser parte del presente estudio durante el periodo el año 2018 en los meses de enero, febrero, marzo, abril, mayo, junio, julio, agosto, setiembre, octubre, noviembre y diciembre.

IV. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

4.1. TÉCNICA

Se utilizará "El Cuestionario Pre - codificado", el cual contiene preguntas cerradas las cuales permitieron obtener datos del análisis de la muestra.

4.2. INSTRUMENTOS

El instrumento que se utilizara para el desarrollo del presente trabajo, será un cuestionario modificado extraído del trabajo de investigación denominado, “FACTORES QUE INFLUYEN EN EL RIESGO DE CÁNCER DE CÉRVIX EN MUJERES QUE

ACUDEN AL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN DURANTE EL AÑO 2015”.

4.3. ESTILO O NORMAS DE REDACCIÓN UTILIZADO

Para la redacción de nuestro trabajo de investigación se utilizará el estilo de los Requisitos de Uniformidad para Manuscritos Enviados a Revistas Biomédicas más conocido como estilo VANCOUVER, es un conjunto de pautas para la publicación de manuscritos en el ámbito de las Ciencias de la Salud entre las que se incluyen las normas dedicadas a la forma de realizar las referencias bibliográficas.

En 1978 los principales editores de revistas médicas se reunieron en Vancouver (Canadá) con el propósito de establecer unas directrices comunes sobre el formato que deberían tener los manuscritos enviados a sus revistas. Este grupo, que llegó a ser conocido como el Grupo de Vancouver, creció y evolucionó hasta convertirse en el International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) que publica desde 1979 estos requisitos con el título de Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Comité DEL, La RDE, Para OMS, Américas LAS, Control YEL, Cáncer DEL, et al. Conferencia sanitaria panamericana 69. 2017;(3).

2. MPH, Rebecca Siegel; Vilma Cokkinides, PhD M. Datos y Estadísticas sobre el Cáncer. Am Cancer Soc. 2014;IV:40.
3. Nacional U, San MDE, Enfermería EAPDE. Factores psicosociales que influyen en la aceptación de la vacunación contra el virus papiloma humano en padres de familia de escolares de la I . E . Héroes de San Juan Lima – Perú 2013. 2014;
4. Ing., Dr. Eduardo Payet Meza DEPRD. CÁNCER DE LIMA. Dep Epidemiol Y ESTADÍSTICA DEL CÁNCER. 2012;5(Registro de Cáncer de Lima Metropolitana. Incidencia y Mortalidad 2010 – 2012):173.
5. Epidemiologo COY. Epidemiologia del cancer de cuello uterino en america latina. (1):1–26.
6. Col. MC y. Adhesión cervical y de mama. Programas es decisiva para mejorar el análisis de rendimiento. Salud rural a distancia. 2009;
7. Greene Street B. UMMC is a member of the University of Maryland Medical System. 2018.
8. Cancer IN del. Informe Anual a la Nación sobre el Estado del Cáncer, 1975-2008, con información sobre los cánceres asociados al sobrepeso y a la falta de actividad física adecuada: Preguntas y respuestas. 2008. p. 10.
9. Detectan 79 casos de cáncer de cuello uterino.
10. A.C © Onda Azul. Puno: El cáncer de cuello uterino sería la tercera causa de mortalidad de las mujeres. 2015. p. 3.
11. Puno: familias recibieron capacitación para prevenir cáncer de cuello uterino.
12. Monsalve DEC. CARACTERIZACIÓN DE LA RESPUESTA INMUNITARIA INFLAMATORIA EN EL CUELLO UTERINO EN PACIENTES CON DISPLASIAS DE CÉRVIX 2011. 2011;
13. Obst B, Piña L, Francisco E. UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN

- MARTIN PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL DE OBSTETRA
AUTORES : 2012;
14. DANIELA ACS. "FACTORES QUE INFLUYEN EN EL RIESGO DE CÁNCER DE CÉRVIX EN MUJERES QUE ACUDEN AL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN DURANTE EL AÑO 2015." 2018;1-74.
 15. Fauci, Dan L. Longo Anthony S., Dennis L. Kasper SLH. Harrison Manual de Medicina. Copyright. Editores M-HI, editor. 2013. 1569 p.
 16. DRA. NANCY PÉREZ SIERRA DLMA. ANUARIO DE MORTALIDAD 2006. Dir Inf Y ESTADÍSTICAS EN SALUD. 2007;
 17. Simpson AC. The Natural Somatic Mutation Frequency and Human Carcinogenesis. 1997;
 18. Parkin DM, Bray F. Chapter 2: The burden of HPV-related cancers. 2006;3:11-25.
 19. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global Cancer Statistics , 2002. 2002;
 20. Miñarro R, Black RJ, Martínez C, Navarro C, Garau I II et al. Cancer incidence and mortality in Spain. Patterns and trends. Incidencia y mortalidad por cáncer en España. Patrones y tendencias. Int Agency Res Cancer. 2000;36(2):95.
 21. Burchell AN, Winer RL, Sanjos S De, Franco EL. Chapter 6: Epidemiology and transmission dynamics of genital HPV infection. 2006;3:52-61.
 22. Leonor PC. La principal línea de investigación de mi interés. Historia y Arqueología en Roma-CSIC. 2006.
 23. HALL JE. Enfermería en salud comunitaria:
 24. Serman F. Documento CANCER CERVICOUTERINO : EPIDEMIOLOGIA , HISTORIA NATURAL Y ROL DEL VIRUS PAPILOMA HUMANO .

- 2002;318–23.
25. Valencia A, Olín L OR. ¿Cuál es la relación entre el VPH y el cáncer de cuello uterino? Biología experimental de la división de Ciencias Biológicas y de Salud. UAM. 1998;Vol.1.
 26. Bosch FX, Lorincz A, Meijer CJLM, Shah K V. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. 2002;(January):244–65.
 27. Kulaga S, Ferenczy A, Franco EL. Persistent Human Papillomavirus Infection as a Predictor of Cervical Intraepithelial Neoplasia. 2015;286(24).
 28. Muñoz N, Kato I, Bosch FX, Eluf-Neto J, de San Jose S AN. Risk factor for HPV detection in middle-age women. Sex Transm Dis. 23(6).
 29. Col. OSR y. Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino. En Rev Colomb Obstet y Ginecol. Vol.55 No.
 30. C. H. Knowledge of Cervical Cancer Screening Among Women Attending a University Health Center. (December 2014):37–41.
 31. Fernandez ME. Mammography and Pap test screening among low-income foreign-born Hispanic women in the USA Mamografía e teste Papanicolau em mulhere s latinas de baixa renda nos Estados Unidos. 1998;14:133–47.
 32. Tellechea, Gabriela B. Estudio de los factores de riesgo para cáncer de mama y cuello uterino en mujeres usuarias de tres policlínicas barrkiles de Montevideo . 2000;16.
 33. Sara M, Iñiguez C. El cáncer cervical como problema de salud pública en mujeres mexicanas y su relación con el virus de papiloma humano .
 34. León G BO. Infección por el virus del papiloma humano y factores relacionados con la actividad sexual en la génesis del cáncer de cuello uterino. 2005;

35. Moreno V, Bosch FX, Muñoz N, Meijer CJLM, Shah K V, Walboomers JMM, et al. Effect of oral contraceptives on risk of cervical cancer in women with human papillomavirus infection : the IARC multicentric case-control study. 2002;359:1085–92.
36. De JG, Mohar A, Frías-mendivil M, C M. Epidemiología descriptiva de cáncer en el Instituto Nacional de Cancerología de México. 1997;
37. Edward SP, Pondichery G, Satyaswaroop RM. Hormonal interaction in gynecologic malignancies. Principles and Practice of Gynecologic Oncology Hoskins WJ, Pérez CA, Young RC, Editors. 3ra Ed. Lippincott: Williams and Wilkins.
38. Von Knebel D M, Spitkovsky D RR. Interactions between steroid hormones and viral oncogenes in the pathogenesis of cervical cancer. Verh Dtsch Ges Pathol. (1):834–42.
39. Daniel E. Gomez DFA. Introducción a la Oncología Molecular.
40. Sedjo RL, Roe DJ, Abrahamsen M, Harris RB, Craft N, Baldwin S, et al. Vitamin A , Carotenoids , and Risk of Persistent Oncogenic Human Papillomavirus Infection 1. 2002;11(September):876–84.
41. Apicella LF, Henley SJ, Mortal- T. Smoking vs Other Risk Factors as the Cause of Smoking-Attributable Deaths Confounding in the Courtroom. 2000;284(6).
42. Anttila T, Saikku P, Koskela P, Bloigu A, Dillner J II. Serotypes of Chlamydia trachomatis and risk of development of cervical squamous cell carcinoma. JAMA. 285(1):47–51.
43. Mandelblatt JS, Kanetsky P, Eggert L, Gold K. Is HIV Infection a Cofactor for Cervical Squamous Cell Neoplasia ? 1. 1999;8(January):97–106.
44. Villa LL. Human papillomaviruses and their posible role in squamous cell carcinomas. Curr Top Microbiol Immunol; 781–30.
45. López Saavedra A LSM. Cáncer de Cuello Uterino y Virus de Papiloma Humano. La historia que no termina. Cancerología. 2009;1(1:31-55.):31–

- 55.
46. Mongrut. Conocimientos sobre prevención del cáncer cervicouterino en las usuarias del centro de salud fortaleza. vitarte – lima. 2006. 2018;1–63.
47. Path O. Tamizaje: Pruebas de papanicolau. Aspectos destacados del tema, Planificación de programas apropiados para la prevención del cáncer cervicouterino. (Programa para una Tecnol apropiada en Salud),. (202).
48. Issn O, Grettell L, Cruz L, Bosques O, Silveira M. Mecanismos moleculares de los cofactores asociados con el cáncer de cuello uterino. En Ginecol Inst Nac Oncol y Radiobiol. Revista Cu:1–5.
49. Papanicolaou P De. Prueba de Papanicolau [Internet]. Wikipedia. La enciclopedia libre. 2011. p. 8–10. Available from: http://es.wikipedia.org/wiki/Cáncer_cervical
50. Salud DE de Al de, 2004. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Contenido I: Atención integral de la salud reproductiva. Perú. Minist Salud,.
51. Jose A, Chavarria L, A TMSR. Eficiencia diagnostic en «Citodiagnóstico Ginecologico»,“ Evaluación de características citomorfológicas y predicción de la evolución de frotis atípicos (ASC). Score citomorfológico ” Unidad de investigación presentado en conformidad a los requisitos pa. Edición Med Panam Buenos Aires. 2010;
52. Segura, S. y Bejarano A. Modelo Pedagógico de la Educación a Distancia Apoyada en las Tecnologías de la Información y la Comunicación en la Corporación Universitaria Autónoma de Occidente – CUAO. Memorias: Encuentro educación a distancia y entornos virtuales en la educación super.
53. Morian J. Modelos de enseñanza Aprendizaje. Ausubel D 2007 [Internet]. Available from: <http://gcarvajalmodelos.wordpress.com/2007/02/01/biografia/>

54. Vargas J. Desarrollo cognitivo de Jean Piaget. Asociación Oaxaqueña de Psicología A.C. México. Available from: <http://www.slideshare.net/juanmalaga/piaget-2068363>.
55. Recolda L. (2011). Fundamento de la Psicología Social. 2018;1–4. Available from: <http://www.monografias.com/trabajos5/psicoso/psicoso.shtml>
56. Eiser JR. Psicología Social. Madrid: valencia. ISBN. :0–23.
57. Pacheco F. “El trabajo interdisciplinar del educador social en la escuela” . Rev Euphoros, México UNED. 2006;(2005):2005.
58. Antonio J, Luis P. Actitudes. Rev EDU_FISICA Grup Investig edufisica. :1–20.
59. I. M. “Relación entre actitudes hacia la sexualidad y nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de discapacidad prenatal en adolescentes del cono sur de lima”. Tesis para optar el grado de magíster en psicología educacional. Perú. (2006). :6–9.
60. Pr DE, CI C, Para N, Prevenci LA, Del M. Guía Clínica Cáncer Cervicouterino. 2010;
61. Loro DRR. Diccionario Médico Teide. Edición: 2.

ANEXO**ESCUELA DE POS GRADO - UANCV****MAESTRÍA****CUESTIONARIO**

La presente encuesta tiene como fin obtener información que acredite el resultado de la investigación sobre: **NIVEL DE CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE EL EXAMEN DE PAPANICOLAU Y SU RELACIÓN EN LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER CERVICOUTERINO EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL SEXUALMENTE ACTIVAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ESSALUD, III – PUNO**, para lo cual solicitamos su sincera colaboración en el llenado del presente cuestionario, cuya información será eminentemente confidencial, anticipadamente agradecemos su colaboración.

MARQUE CON UNA “X” SOLO UNA ALTERNATIVA**BLOQUE I: INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA**

1. Indique su edad cumplida
 - a) De 15 a 25 años
 - b) De 26 a 35 años
 - c) De 36 a más años

2. Estado civil
 - a) Soltera
 - b) Casada o conviviente
 - c) Viuda o Separada

3. ¿Cuál es grado de instrucción?
 - a) Primaria
 - b) Secundaria
 - c) Técnica o Universitaria

4. Indique usted el número de compañeros sexuales desde el inicio de su actividad sexual
 - a) Solo 1 pareja sexual
 - b) Entre 2 y 3 parejas sexuales
 - c) Más de 4 parejas sexuales

BLOQUE II: CONOCIMIENTOS SOBRE LA PRUEBA DE PAPANICOLAU

5. considera que la prueba de papanicolau es:
 - a) Examen de sangre u otro
 - b) Examen del cuello del útero
 - c) Desconozco

6. Indique si la prueba de papanicolau se toma en:
 - a) Cuello de útero
 - b) Vagina u ovarios
 - c) Desconozco

7. La prueba de papanicolau sirve para:
 - a) Detectar el cáncer de cuello uterino
 - b) Para saber si hay una infección o saber si hay inflamación
 - c) Desconozco

8. Frecuencia con que se debe realizar el examen:
 - a) Dentro del año
 - b) Entre dos y tres años
 - c) No lo realizo

BLOQUE III: ACTITUDES FRENTE A LA PRUEBA DE PAPANICOLAU

9. Considera que debe realizarse la prueba de papanicolau
 - a) anualmente
 - b) de dos a tres años
 - c) no lo considero necesario

10. Por qué considera que debe hacerse la prueba en un periodo de tiempo determinado
 - a) Permite detectar el cáncer a tiempo
 - b) Permite prevenir enfermedades si el médico lo solicita
 - c) Desconozco

11. Desearía usted saber para qué sirve y como se realiza la prueba de papanicolau:
 - a) Me interesa informarme
 - b) Tengo poco interés
 - c) No me interesa

BLOQUE IV: PRÁCTICAS

12. Se ha practicado la prueba de papanicolau:
 - a) Anualmente
 - b) Entre dos años a tres
 - c) no lo considero necesario

13. Conoce dónde se realiza el examen de papanicolau

- a) En hospitales o postas
 - b) En clínicas privadas
 - c) Desconozco
14. Conoce a cada y cuánto tiempo se debe realizar una mujer el examen de papanicolau
- a) Una vez al año
 - b) Dos veces al año
 - c) No es necesario
15. Considera que el examen de papanicolau es doloroso o peligroso al realizarlo
- a) Es doloroso
 - b) No es doloroso
 - c) Desconozco
16. Indique usted si ha realizado el examen de papanicolau
- a) Si lo realicé
 - b) No lo realicé
 - c) Estoy en proceso de realizarlo
17. Considera que el examen de papanicolau frente al cáncer de cuello uterino es:
- a) Un modo de prevención
 - b) Un modo de reconocimiento
 - c) No tiene relación
18. Conoce qué es el virus del papiloma humano?
- a) Tengo conocimiento
 - b) Escuché alguna información
 - c) Desconozco