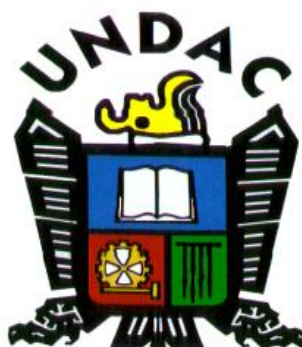


UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA Y COMUNITARIA

MENCION. GERENCIA EN SALUD



FACTORES QUE CONDICIONAN LA NEGATIVA DE
TAMIZAJE DE PAPANICOLAOU, EN LA INCIDENCIA DE
CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES EN EDAD
FÉRTIL DE 18 – 40 AÑOS – HOSPITAL FÉLIX MAYORCA
SOTO DE TARMA – ENERO - JUNIO DEL 2016

TESIS

PARA OPTAR EL GRADO ACADEMICO DE MAESTRO

Presentado por:

PURIS CONDOR, María Elizabeth

Asesora:

AVELINO CASQUERO, Janeth Roció

PASCO PERÚ 2018

A MIS PADRES, HERMANOS Y FAMILIARES
POR SU APOYO DESINTERESADO DURANTE
MI FORMACION COMO MAESTRA EN
SALUD PÚBLICA Y COMUNITARIA.

AGRADECIMIENTOS:

A mis docentes de la Escuela de Post Grado por su apoyo incondicional durante mi formación profesional.

A los Sres. Miembros del Jurado Calificador: Dr. Raúl Ricardo CARHUAPOMA NICOLAS, Mg. Jheysen Luis BALDEON DIEGO, Mg. Elda Nelly MOYA MALAGA, por su orientación en el desarrollo del trabajo de investigación.

A mi Asesora Mg. Janeth Rocío, AVELINO CASQUERO, por su apoyo en la elaboración de esta investigación.

RESUMEN

El Cáncer de Cérvix es un importante problema de Salud Pública en el mundo y, particularmente en países en desarrollo como el Perú. La incidencia de Cáncer cervical en Lima, en 1997 fue 27,3 por 100 000. La mortalidad por este daño es difícil de avaluar, no existiendo aun un registro nacional de cáncer en el Perú.

Del total de neoplasias malignas en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), entre 1985 y 1997 el 29,1% correspondió a Cáncer cervical.

En 1996 el ministerio de Salud impulso un programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar, teniendo como uno de sus objetivos principales incrementar la porción de mujeres tamizadas con la prueba de Papanicolaou, lo cual tendría como efecto disminuir la incidencia del cáncer de cérvix y la mortalidad producida por esta patología.

La ultima Guía de la Sociedad Americana de Cáncer para detección temprana de Neoplasia de Cérvix y Cáncer, publica en el 2002 recomienda que el intervalo de tamizaje se realice tres años después de la primera relación coital (después de los 21 años de edad) continuándose anualmente hasta los 30 años, edad en la cual, al tener 3 o más pruebas del Papanicolaou satisfactorias, informadas como normales o citologías negativa el tamizaje puede ser realizado cada 2 o 3 años , hasta la edad de los 70 años.

Estudios nos muestran que un mayor porcentaje de participación (prácticas) estarían relacionados a un mayor grado de conocimientos y actitudes de la participante. Es por eso importante investigar las prácticas, conocimientos y actitudes de las mujeres con relación a la prueba Papanicolaou.

En nuestro país hay una alta incidencia de Cáncer Cervical, y también se han recopilado estudios previos que evalúen conocimientos y actitudes pero no se han encontrado estudios que incluyan un Programa de Capacitación sobre el Papanicolaou, por lo que los resultados obtenidos pueden coadyuvar a replantear estrategias de intervención oportunas que permitan incrementar la tasa de cobertura en las mujeres que asisten a los servicios de salud, a fin de disminuir la incidencia, mortalidad y costos de atención de los tratamientos para Cáncer de cérvix en el Perú.

El problema que se investigó es: ¿Cuáles son los factores que condicionan la negativa de Tamizaje de Papanicolaou, en la incidencia de cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil de 18 – 40 años – Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma – Enero - junio del 2016?

Los problemas específicos son:

¿Cuáles son los factores que condicionan la negativa de tamizaje de Papanicolaou en mujeres en edad fértil de 18 – 40 años que acuden al Hospital Félix Mayorca de Tarma?, ¿Cómo es la incidencia del cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil de 18 – 40 años que acuden al Hospital Félix Mayorca de Tarma? , ¿Cómo es la relación de los factores

que condicionan la negativa de tamizaje de Papanicolaou, en la incidencia de cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil de 18 – 40 años del Hospital Félix Mayorca de Tarma?

El objetivo general es: Determinar los factores que condicionan la negativa de Tamizaje de Papanicolaou, en la incidencia de cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil de 18 – 40 años – Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma

Los objetivos específicos son:

Identificar la presencia de factores que condicionan la negativa de tamizaje de Papanicolaou en mujeres en edad fértil de 18 – 40 años que acuden al Hospital Félix Mayorca de Tarma, Determinar la incidencia del cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil de 18 – 40 años que acuden al Hospital Félix Mayorca de Tarma. Relacionar los factores que condicionan la negativa de tamizaje de Papanicolaou, en la incidencia de cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil de 18 – 40 años del Hospital Félix Mayorca de Tarma.

La hipótesis general es: “El bajo nivel educativo, bajo ingreso económico y las creencias negativas condicionan la negativa de tamizaje de Papanicolaou, influyen en la incidencia de cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil de 18 – 40 años del Hospital Félix Mayorca de Tarma”.

Las hipótesis específicas son: “El bajo nivel educativo, bajo ingreso económico y las creencias negativas condicionan la negativa de tamizaje de Papanicolaou en mujeres en edad fértil de 18 – 40 años que acuden al

Hospital Félix Mayorca de Tarma”, “La incidencia del cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil de 18 – 40 años que acuden al Hospital Félix Mayorca de Tarma es alta”, “Existe relación significativa entre la presencia de factores que condicionan la negativa de tamizaje de Papanicolaou, en la incidencia de cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil de 18 – 40 años del Hospital Félix Mayorca de Tarma”.

Las conclusiones más importantes son:

1.- De un total 29 (100%), de mujeres en edad fértil de 18 a 40 años, por edad, según grado de instrucción, la mayoría estudiaron hasta el nivel primario con un 44.8 % (13), en segundo lugar, se encuentra las que tienen grado de instrucción secundaria, representado por el 41.4 % (12), en tercer lugar, se encuentra los que tienen grado de instrucción superior con un 13.8 % (4).

2.- La mayoría de las mujeres en edad fértil 44.8 % (13) tienen entre 18 a 23 años, en segundo lugar, se encuentran las que tienen entre 24 a 29 años, con un 34.5 % (10), en tercer lugar, se encuentra las que tienen entre 30 a 40 años con un 20.7 % (6).

3.- De un total 29 (100%), de mujeres en edad fértil de 18 a 40 años, por estado civil, según procedencia, la mayoría proceden de Tarma con un 55.2 % (16), en segundo lugar, se encuentra las que proceden de los distritos de Tarma, representado por el 34.5 % (10), en tercer lugar, se encuentra los que proceden de otro lugar con un 10.3 % (3).

4.- La mayoría de las mujeres en edad fértil 48.3 % (14) son solteras, en segundo lugar, se encuentran las que son casadas, con un 41.4 % (12),

en tercer lugar, se encuentra las que tienen otra condición civil con un 10.3 % (3).

5.- De un total 29 (100%), de mujeres en edad fértil de 18 a 40 años, por número de hijos, según ingreso económico, la mayoría tienen bajo ingreso económico con un 51.7 % (15), en segundo lugar, se encuentra las que tienen ingreso económico medio, representado por el 37.9 % (11), en tercer lugar, se encuentra los que tienen ingreso económico alto con un 10.4 % (3).

6.- La mayoría de las mujeres en edad fértil 55.2 % (16) tienen 1 hijo, en segundo lugar, se encuentran las que tienen 2 hijos, con un 31 % (9), en tercer lugar, se encuentra las que tienen 3 a más hijos con un 13.8 % (4).

7.- De un total 29 (100%), de mujeres en edad fértil de 18 a 40 años, por creencias, según nivel de conocimiento de la enfermedad, la mayoría tienen un nivel de conocimiento no óptimo con un 58.6 % (17), en segundo lugar, se encuentra las que tienen un nivel de conocimiento medianamente óptimo, representado por el 34.5 % (10), en tercer lugar, se encuentra los que tienen un nivel de conocimiento óptimo con un 6.9 % (2).

8.- La mayoría de las mujeres en edad fértil 69 % (20) tienen creencias negativas, en segundo lugar, se encuentran las que tienen creencias positivas, con un 20.7 % (6), en tercer lugar, se encuentra las que tienen otro tipo de creencias con un 10.3 % (3).

9.- De un total 29 (100%), de mujeres en edad fértil de 18 a 40 años, por factores negativos que condicionan la negativa del tamizaje de

Papanicolaou y la incidencia de cáncer de cuello uterino, la mayoría rechaza el tamizaje de papanicolaou con un 55.2 % (16), en segundo lugar se encuentra las que aceptan moderadamente el tamizaje del papanicolaou, representado por el 34.5 % (10), en tercer lugar se encuentra los que aceptan adecuadamente con un 10.3 % (3).

10.- La mayoría de las mujeres en edad fértil 58.6 % (17) se encuentra presente los factores negativos, en segundo lugar, medianamente presentes los factores negativos, con un 38 % (11), en tercer lugar, los factores ausentes con un 3.4 % (1).

SUMMARY

Cervical Cancer is an important Public Health problem in the world and particularly in developing countries like Peru. The incidence of cervical cancer in Lima in 1997 was 27.3 per 100 000. Mortality from this damage is difficult to assess, and there is still no national cancer registry in Peru.

Of the total number of malignant neoplasms in the National Institute of Neoplastic Diseases (INEN), between 1985 and 1997, 29.1% corresponded to cervical cancer.

In 1996 the Ministry of Health promoted a program of Reproductive Health and Family Planning, one of its main objectives being to increase the proportion of women screened with the Pap test, which would have the effect of reducing the incidence of cervical cancer and mortality produced by this pathology.

The latest American Cancer Society Guide for Early Detection of Cervical Neoplasia published in 2002 recommends that the screening interval be performed three years after the first coital relationship (after 21 years of age) continuing annually up to 30 years, age at which, having 3 or more Pap tests satisfactory, reported as normal or negative cytology, screening can be performed every 2 or 3 years until the age of 70 years.

Studies show that a higher percentage of participation (practices) would be related to a higher degree of knowledge and attitudes of the participant. It is therefore important to investigate the practices, knowledge and attitudes of women in relation to the Pap test.

In our country there is a high incidence of Cervical Cancer, and we have also compiled previous studies that evaluate knowledge and attitudes but we have not found studies that include a Training Program on the Papanicolaou, by which the obtained results can help to rethink strategies to increase the coverage rate among women attending health services, in order to reduce the incidence, mortality and costs of care for cervical cancer in Peru.

The problem that was investigated is: What are the factors that condition the negative Pap smear in the incidence of cervical cancer in women of childbearing age from 18 to 40 years old? Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma - January - June 2016?

Specific problems are:

What are the factors that condition the refusal to screen pap smear in women of childbearing age aged 18-40 who attend the Hospital Félix Mayorca de Tarma ?, What is the incidence of cervical cancer in women of childbearing age of 18 - 40 years that go to the Hospital Felix Mayorca de Tarma? , How is the relationship of the factors that determine the negative of Pap smear on the incidence of cervical cancer in women of childbearing age from 18 to 40 years of the Hospital Felix Mayorca de Tarma?

The general objective is: To determine the factors that condition the negative Pap smear in the incidence of cervical cancer in women of childbearing age 18 - 40 years old - Félix Mayorca Soto de Tarma Hospital

The specific objectives are:

Identify the presence of factors that determine the negative Pap smear in women of childbearing age aged 18-40 who attend the Hospital Félix Mayorca de Tarma. To determine the incidence of cervical cancer in women of childbearing age 18-40 who attend the Hospital Felix Mayorca de Tarma. To relate the factors that condition the negative Pap smear in the incidence of cervical cancer in women of childbearing age from 18 to 40 years of the Hospital Félix Mayorca de Tarma.

The general hypothesis is: "Low educational level, low income and negative beliefs condition the refusal to screen pap smear, influence the incidence of cervical cancer in women of childbearing age from 18 to 40 years of Hospital Felix Mayorca de Tarma ".

The specific hypotheses are: "The low level of education, low income and negative beliefs condition the refusal to screen papanicola in women of childbearing age aged 18-40 who attend the Hospital Felix Mayorca de Tarma", "The incidence of cancer of cervical cancer in women of childbearing age aged 18-40 who attend the Hospital Felix Mayorca de Tarma is high ", " There is a significant relationship between the presence of factors that determine the negative pap smear screening in the incidence of cervical cancer uterus in women of childbearing age from 18 to 40 years of Hospital Felix Mayorca de Tarma ".

The most important conclusions are:

- 1.- Of a total 29 (100%) of women of childbearing age of 18 to 40 years, by age, according to the level of education, most studied up to the primary level

with 44.8% (13), secondly find those with secondary education, represented by 41.4% (12), third is those with a higher level of education with 13.8% (4).

2.- The majority of women of childbearing age 44.8% (13) are between 18 and 23 years old, in second place are those between 24 and 29 years old, with 34.5% (10), in third place they are those between 30 and 40 years old with 20.7% (6).

3.- Of a total 29 (100%) of women of childbearing age from 18 to 40 years old, by marital status, according to origin, most come from Tarma with 55.2% (16), in second place are those that they come from the districts of Tarma, represented by 34.5% (10), in third place are those that come from another place with 10.3% (3).

4.- The majority of women of childbearing age 48.3% (14) are single, in second place are those who are married, with 41.4% (12), in third place are those who have another civil status with a 10.3% (3).

5.- Of a total 29 (100%) of women of childbearing age from 18 to 40 years, by number of children, according to economic income, most have low economic income with 51.7% (15), in second place find those with average economic income, represented by 37.9% (11), third is those with high economic income with 10.4% (3).

6.- The majority of women of childbearing age 55.2% (16) have 1 child, in second place are those who have 2 children, with 31% (9), in third place are those who have 3 more children with 13.8% (4).

7.- Of a total 29 (100%) of women of childbearing age from 18 to 40 years, by beliefs, according to level of knowledge of the disease, most have a non-

optimal level of knowledge with 58.6% (17) , secondly, there are those with a moderately optimal level of knowledge, represented by 34.5% (10), and thirdly, those with an optimum level of knowledge with 6.9% (2).

8.- The majority of women of childbearing age 69% (20) have negative beliefs, in second place are those who have positive beliefs, with 20.7% (6), in third place are those who have another type of beliefs. beliefs with 10.3% (3).

9.- Of a total of 29 (100%) of women of childbearing age from 18 to 40 years old, due to negative factors that condition the refusal of Papanicolaou screening and the incidence of cervical cancer, most reject pap smear screening. with 55.2% (16), secondly, there are those that moderately accept pap smear, represented by 34.5% (10), and thirdly, those that accept adequately with 10.3% (3).

10.- The majority of women of childbearing age 58.6% (17) are present the negative factors, secondly, the negative factors are present, with 38% (11), third, the factors absent with 3.4% (1).

INDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

SUMARY

INDICE

INTRODUCCION

PRIMERA PARTE: ASPECTOS TEORICOS

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. Identificación y determinación del problema	23
1.2. Delimitación de la investigación	25
1.3. Formulación del problema	25
1.4. Formulación de objetivos	26
1.5. Justificación de la investigación	27
1.6. Limitaciones de la investigación	27

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes del estudio	28
2.2. Bases teóricas – científicas	29
2.3. Definición de términos básicos	58
2.4. Formulación de la hipótesis	59
2.5. Identificación de variables	60
2.6. Definición operacional de variables e indicadores	61

CAPITULO III

METODOLOGIA Y TECNICAS DE INVESTIGACION

3.1. Tipo de investigación	62
3.2. Métodos de investigación	62
3.3. Diseño de investigación	63
3.4. Población y muestra	63
3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	64

3.6. Técnicas de procesamiento y análisis de datos	64
3.7. Tratamiento estadístico	65
3.8. Selección y validación de instrumentos de investigación	65

SEGUNDA PARTE: DEL TRABAJO DE CAMPO O PRACTICO

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSION

4.1. Descripción del trabajo de campo	66
4.2. Presentación, análisis e interpretación de resultados	67
4.3. Prueba de hipótesis	76
4.4. Discusión de resultados	77

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

INTRODUCCION

El tamizaje sigue siendo el mejor mecanismo para prevenir el cáncer de cuello uterino. Así lo confirma la Organización Mundial de la Salud, OMS, que incita además a todos los países a seguir invirtiendo en pruebas de tamizaje, aunque ya tengan planes de vacunación para el Virus del Papiloma Humano.

“La palabra tamizaje significa búsqueda; hay muchas clases de pruebas de tamizaje, pero en el caso de prevención de cáncer de cuello uterino, la prueba de tamizaje es la citología”, afirma Rafael Padrón Burgos, ginecólogo y presidente de la Federación Colombiana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología.

Según Padrón, se puede decir que una mujer que se realice sus citologías de manera adecuada no tendrá cáncer de cuello uterino. “Una citología adecuada da la posibilidad de detectar todo tipo de lesiones de forma temprana, entonces se puede identificar cualquier riesgo y actuar inmediatamente”, dice.

“Además no es una prueba dolorosa, es económica, no necesita anestesia y totalmente preventiva. La mujer debe haber salido de su menstruación unos 3 ó 4 días antes, no haber tenido relaciones sexuales 2 días antes, ni haberse realizado baños o duchas vaginales, y se debe realizar al menos una vez en el año”, agrega. No se debe eliminar la citología.

En un comunicado la OMS indica que, “incluso en los países de ingresos altos un programa de vacunación semejante no elimina la necesidad del tamizaje porque las vacunas actuales solo protegen contra los tipos del VPH que causan aproximadamente el 70% de los casos de cáncer cervicouterino. En vista de que la mayoría de las personas se infectan con el VPH cuando empiezan a tener relaciones sexuales, para lograr los mejores resultados hay que vacunar a los jóvenes antes de que inicien la actividad sexual”.

Explica que, “la mayoría de las personas sexualmente activas contraen esta infección en algún momento de la vida. La infección suele resolverse espontáneamente sin necesidad de tratamiento en cuestión de unos pocos meses y no causa problemas perdurables. Sin embargo, la infección persistente (durante más de 12 meses) por tipos del VIH de alto riesgo está ligada a un riesgo mayor de cáncer”. “Prácticamente la totalidad de los casos de cáncer cervicouterino (99%) están vinculados con la infección por el VPH”.

No obstante, es necesaria la inversión de los gobiernos, en cuestión de calidad de las citologías.

“Para efectuarlo hay que contar con servicios de laboratorio de buena calidad y una infraestructura eficiente que permita el transporte rápido de los frotis”

El problema que se investigó es: ¿Cuáles son los factores que condicionan la negativa de Tamizaje de Papanicolaou, en la incidencia de

cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil de 18 – 40 años – Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma – Enero - junio del 2016?

Los problemas específicos son:

¿Cuáles son los factores que condicionan la negativa de tamizaje de Papanicolaou en mujeres en edad fértil de 18 – 40 años que acuden al Hospital Félix Mayorca de Tarma?, ¿Cómo es la incidencia del cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil de 18 – 40 años que acuden al Hospital Félix Mayorca de Tarma? , ¿Cómo es la relación de los factores que condicionan la negativa de tamizaje de Papanicolaou, en la incidencia de cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil de 18 – 40 años del Hospital Félix Mayorca de Tarma?

El objetivo general es: Determinar los factores que condicionan la negativa de Tamizaje de Papanicolaou, en la incidencia de cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil de 18 – 40 años – Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma

Los objetivos específicos son:

Identificar la presencia de factores que condicionan la negativa de tamizaje de Papanicolaou en mujeres en edad fértil de 18 – 40 años que acuden al Hospital Félix Mayorca de Tarma, Determinar la incidencia del cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil de 18 – 40 años que acuden al Hospital Félix Mayorca de Tarma. Relacionar los factores que condicionan la negativa de tamizaje de Papanicolaou, en la incidencia de cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil de 18 – 40 años del Hospital Félix Mayorca de Tarma.

La hipótesis general es: “El bajo nivel educativo, bajo ingreso económico y las creencias negativas condicionan la negativa de tamizaje de Papanicolaou, influyen en la incidencia de cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil de 18 – 40 años del Hospital Félix Mayorca de Tarma”.

Las hipótesis específicas son: “El bajo nivel educativo, bajo ingreso económico y las creencias negativas condicionan la negativa de tamizaje de Papanicolaou en mujeres en edad fértil de 18 – 40 años que acuden al Hospital Félix Mayorca de Tarma”, “La incidencia del cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil de 18 – 40 años que acuden al Hospital Félix Mayorca de Tarma es alta”, “Existe relación significativa entre la presencia de factores que condicionan la negativa de tamizaje de Papanicolaou, en la incidencia de cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil de 18 – 40 años del Hospital Félix Mayorca de Tarma”.

El informe de investigación consta de las siguientes partes: CAPITULO I, PROBLEMA DE INVESTIGACION, Identificación y determinación del problema, Delimitación de la investigación, Formulación del problema, Formulación de objetivos, Justificación de la investigación, Limitaciones de la investigación. EL CAPITULO II, MARCO TEORICO incluye: Antecedentes del estudio, Bases teóricas – científicas, Definición de términos básicos, Formulación de la hipótesis, Identificación de variables, Definición operacional de variables e indicadores. EL CAPITULO III, METODOLOGIA Y TECNICAS DE INVESTIGACION incluye: Tipo de investigación, Métodos de investigación, Diseño de investigación,

Población y muestra, Técnicas e instrumentos de recolección de datos, Técnicas de procesamiento y análisis de datos, Tratamiento estadístico, Selección y validación de instrumentos de investigación. EL CAPITULO IV, RESULTADOS Y DISCUSION incluye: Descripción del trabajo de campo, Presentación, análisis e interpretación de resultados, Prueba de hipótesis, Discusión de resultados, conclusiones, recomendaciones, bibliografía, y anexos.

CAPITULO I:

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. IDENTIFICACION Y DETERMINACION DEL PROBLEMA

El Cáncer de Cérvix es un importante problema de Salud Publica en el mundo y, particularmente en países en desarrollo como el Perú. La incidencia de Cáncer cervical en Lima, en 1997 fue 27,3 por 100 000. La mortalidad por este daño es difícil de avaluar, no existiendo aun un registro nacional de cáncer en el Perú.

Del total de neoplasias malignas en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), entre 1985 y 1997 el 29,1% correspondió a Cáncer cervical.

En 1996 el ministerio de Salud impulso un programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar, teniendo como uno de sus objetivos principales incrementar la porción de mujeres tamizadas

con la prueba de Papanicolaou, lo cual tendría como efecto disminuir la incidencia del cáncer de cérvix y la mortalidad producida por esta patología.

La última Guía de la Sociedad Americana de Cáncer para detección temprana de Neoplasia de Cérvix y Cáncer, publicada en el 2002 recomienda que el intervalo de tamizaje se realice tres años después de la primera relación coital (después de los 21 años de edad) continuándose anualmente hasta los 30 años, edad en la cual, al tener 3 o más pruebas del Papanicolaou satisfactorias, informadas como normales o citologías negativa, el tamizaje puede ser realizado cada 2 o 3 años, hasta la edad de los 70 años.

Estudios nos muestran que un mayor porcentaje de participación (prácticas) estarían relacionados a un mayor grado de conocimientos y actitudes de la participante. Es por eso importante investigar las prácticas, conocimientos y actitudes de las mujeres con relación a la prueba del Papanicolaou.

En nuestro país hay una alta incidencia de Cáncer Cervical, y también se han recopilado estudios previos que evalúen conocimientos y actitudes pero no se han encontrado estudios que incluyan un Programa de Capacitación sobre el Papanicolaou, por lo que los resultados obtenidos pueden coadyuvar a replantear estrategias de intervención oportunas que permitan incrementar la tasa de cobertura en las mujeres que asisten a los servicios de salud,

a fin de disminuir la incidencia, mortalidad y costos de atención de los tratamientos para Cáncer de cérvix en el Perú.

Por ello, me lleva a formular el siguiente problema: ¿Cuáles son los factores que condicionan la negativa de Tamizaje de Papanicolaou, en la incidencia de cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil de 18 – 40 años – Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma – Enero - Junio del 2016?

1.2. DELIMITACION DE LA INVESTIGACION

El trabajo de investigación se realizó en la provincia de Tarma, Departamento de Junín, específicamente en el Hospital Félix Mayorca Soto durante enero - Junio del 2016.

1.3. FORMULACION DEL PROBLEMA

1.3.1. PROBLEMA GENERAL. -

¿Cuáles son los factores que condicionan la negativa de Tamizaje de Papanicolaou, en la incidencia de cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil de 18 – 40 años – Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma – Enero - junio del 2016?

1.3.2. PROBLEMAS ESPECIFICOS. -

- a. ¿Cuáles son los factores que condicionan la negativa de tamizaje de Papanicolaou en mujeres en edad fértil de 18 – 40 años que acuden al Hospital Félix Mayorca de Tarma?
- b. ¿Cómo es la incidencia del cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil de 18 – 40 años que acuden al

Hospital Félix Mayorca de Tarma?

- c. ¿Cómo es la relación de los factores que condicionan la negativa de tamizaje de Papanicolaou, en la incidencia de cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil de 18 – 40 años del Hospital Félix Mayorca de Tarma?

1.4. FORMULACION DE OBJETIVOS. -

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores que condicionan la negativa de Tamizaje de Papanicolaou, en la incidencia de cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil de 18 – 40 años – Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma

1.4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- a. Identificar la presencia de factores que condicionan la negativa de tamizaje de Papanicolaou en mujeres en edad fértil de 18 – 40 años que acuden al Hospital Félix Mayorca de Tarma.
- b. Determinar la incidencia del cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil de 18 – 40 años que acuden al Hospital Félix Mayorca de Tarma.
- c. Relacionar los factores que condicionan la negativa de tamizaje de Papanicolaou, en la incidencia de cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil de 18 – 40 años del Hospital Félix Mayorca de Tarma.

1.5. JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION. -

El trabajo de investigación se justifica porque hoy en día hay gran cantidad de mujeres en edad fértil y mujeres de avanzada edad presentan enfermedades de cáncer de cuello uterino, que a través de un examen de Papanicolaou se puede identificar en forma temprana y tratar de una manera oportuna a las pacientes.

1.6. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION. -

Ninguna

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

- a. Según Según, la doctora Eva María Sánchez Sánchez en la tesis “infección del virus papiloma humano y cáncer de cuello uterino: distribución de genotipos en mujeres conizadas por lesión escamosa intraepitelial de alto grado y análisis de los Cofactores de cáncer de Cérvix en Málaga en el 2012”. Concluye que si guarda estrecha relación entre “infección del virus papiloma humano y cáncer de cuello uterino.
- b. Según la Dra. Ana Karina ORELLANA CASCO en el trabajo de investigación sobre “Análisis de la aplicación correcta de la norma de detección de cáncer cervical en la unidad de salud de Sensuntepeque cabañas en el mes de junio de 2011” concluye que: El personal de la Unidad de Salud Sensuntepeque no aplica en un

cien por ciento correctamente la norma de Prevención y Control del Cáncer de Cérvix. De las 95 pacientes que asistieron a toma de Papanicolaou en el mes de junio 39 pacientes (41.10%) recibieron consejería. El 86.3% de las pacientes, es decir 82 usuarias si recibieron el tratamiento según norma, lo que refleja que el personal médico en su mayoría si brinda en tratamiento según norma. El personal de Salud (enfermería) solo realizo en el mes de junio 9 vistas domiciliars de las 95 citologías tomadas, representando un 9.5%. El 66.3 % (63 pacientes) recibió su citología en un mes, tal como lo norma la Unidad de Salud de Sensuntepeque.¹

2.2. BASES TEORICAS

I. CANCER

1.1.DEFINICIÓN. -

1.2.ONCOGENES

1.3.DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO

1.3.1. BIOPSIA

1.4.ESTADIO DE LA ENFERMEDAD

1.5.TRATAMIENTO

1.6.CIRUGÍA

1.7.RADIOTERAPIA

1.8.QUIMIOTERAPIA

1.9.TERAPIA HORMONAL

1.10.OTRAS ESTRATEGIAS

1.11.PERSPECTIVAS

1.12. PREVENCIÓN

II. APARATO REPRODUCTOR FEMENINO

2.1. GENITALES

2.1.1. VAGINA

2.1.2. OVARIO (*Cuello uterino*)

2.1.3. CUERPO Y FONDO DEL UTERO

2.1.4 TROMPAS DE FALLOPIO (*Trompas uterinas oviductos*)

2.1.5 OVARIO

2.1.6. GLANDULAS

I.- CANCER

1.1. DEFINICIÓN. -

Es el crecimiento tisular patológico originado por una proliferación continua de células anormales que produce una enfermedad por su capacidad para elaborar sustancias con actividad biológica nociva, por su capacidad de expansión local o por su potencial de invasión y destrucción de los tejidos adyacentes o a distancia. El cáncer, que puede originarse a partir de cualquier tipo de célula de los diferentes tejidos del organismo, no es una enfermedad única sino un conjunto de enfermedades con manifestaciones y curso clínico muy variables en función de la localización y de la célula de origen. Existen numerosos tipos cánceres, entre los que destacan 3 subtipos principales. En primer lugar, hay que mencionar los sarcomas, que proceden del tejido conjuntivo presente en los huesos, cartílagos, nervios, vasos sanguíneos, músculos y tejido adiposo. El segundo tipo

lo constituyen los carcinomas que surgen en los tejidos epiteliales como la piel o las mucosas que tapizan las cavidades y órganos corporales como el sistema respiratorio o digestivo o en los tejidos glandulares de la mama y la próstata. Los carcinomas incluyen algunos de los cánceres más frecuentes como el cáncer de pulmón, el de colon o el de mama. Los carcinomas de estructura similar a la piel se denominan carcinomas de células escamosas. Los que tienen una estructura glandular se denominan adenocarcinomas. En el tercer subtipo se encuentran las leucemias y los linfomas, que incluyen los cánceres que se originan en los tejidos formadores de las células sanguíneas. Pueden producir una inflamación de los ganglios linfáticos (adenopatías), aumento de tamaño del bazo (esplenomegalia) o invasión y destrucción de la médula ósea, así como una producción excesiva de leucocitos o linfocitos inmaduros.

1.2. ONCOGENES

Sea cual fuere la causa inicial por la que una célula normal se transforma en cancerosa y transmite a su descendencia esta alteración, es necesario que esta modificación se encuentre impresa en su ADN. Esto supone que todos los posibles agentes promotores o causales del cáncer actúan sobre un sustrato genético común dentro de la célula. Actualmente, se acepta que todos los factores cancerígenos (sustancias químicas, radiaciones, infecciones, etc.) actúan sobre porciones del ADN que deben ser fundamentales en la regulación del crecimiento y diferenciación celular. Estas porciones reciben el nombre

de protooncogenes y bajo la acción de diversos factores sufren pequeñas alteraciones que ocasionan el comienzo del fenómeno canceroso, desarrollándose el oncogén.

Se cree que la malignización es la consecuencia de una serie de alteraciones que comienzan con un gen alterado o una mutación somática (una mutación de una célula normal de un tejido corporal), seguida de la acción promotora de algún agente que estimula la expresión de uno o varios oncogenes, o inhibe los efectos de uno o varios antioncogenes; en consecuencia se liberan factores de crecimiento. Es posible que el primer evento sea la falta de producción de los metabolitos necesarios para la diferenciación celular normal. La estimulación por los factores de crecimiento produce la proliferación del clon de células indiferenciadas, y un defecto del sistema inmunológico permite que estas células alteradas escapen a la destrucción por el sistema de control del organismo.

1.3. DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO

Termografía La temperatura de la piel varía en respuesta a trastornos del tejido subyacente del tipo de un defecto de perfusión, un proceso inflamatorio y un cáncer, lo que hace posible que estas afecciones sean visibles mediante cámaras sensibles a calor infrarrojo. En esta termografía, el tejido canceroso (amarillo) contrasta con la coloración azul y verde del resto del cuerpo. Phototake NYC/CNRI

Cuanto más temprano sea el diagnóstico y el tratamiento, mayores posibilidades de curación habrá. Las pruebas de detección precoz en

pacientes aparentemente sanos permiten realizar el diagnóstico antes del desarrollo de los síntomas, en una fase en la que el cáncer es más curable. Algunos de los cánceres más mortíferos, como los de mama, colon y recto, cuello uterino y próstata, pueden ser puestos en evidencia mediante pruebas de detección.

El diagnóstico precoz de las formas de cáncer para las que no existe una prueba práctica de detección depende de la identificación por parte del paciente de los signos tempranos de la enfermedad. Los síntomas enumerados en la siguiente lista pueden señalar la existencia de un cáncer:

Cambios en el ritmo intestinal o urinario, Heridas que no cicatrizan, hemorragias inhabituales, Bultos en las mamas o en otras regiones del organismo

Dificultad para tragar alimentos, Cambios repentinos en el aspecto de verrugas cutáneas, Tos persistente o ronquera, Pérdida de peso, Pérdida de apetito.

El diagnóstico del cáncer comienza por la obtención de una historia clínica y una exploración física completa, que incluya la inspección y palpación de todas las localizaciones corporales accesibles, en especial piel, cuello, mamas, abdomen, testículos y ganglios linfáticos accesibles. Debe realizarse una exploración de los orificios corporales, en particular un examen rectal para los cánceres de recto y próstata, y un examen pélvico para los cánceres del cuello y del cuerpo del útero.

1.3.1. BIOPSIA

La biopsia, que consiste en la obtención de una muestra del tejido tumoral o de una metástasis para analizarla, sigue siendo el único método definitivo para el diagnóstico del cáncer. Diversas técnicas recientes han reducido la necesidad de realizar biopsias quirúrgicas abiertas. La mayor parte de los tumores en cualquier localización corporal son accesibles a la biopsia a través de una fina aguja flexible (biopsia por aspiración) dirigida por palpación o tomografía axial computarizada (TAC). Con el diagnóstico previo a la cirugía, el médico puede realizar una mejor planificación del tratamiento y de la cirugía, si es preciso.

1.4. ESTADIO DE LA ENFERMEDAD

Una vez establecido el diagnóstico definitivo de cáncer, debe evaluarse la extensión o estadio de la enfermedad puesto que el pronóstico y el tratamiento adecuado dependen de éste. Para cada tipo específico de tumor el estadio (I, II, III, IV) se define en función del hallazgo de ciertos datos con significación pronóstica: tumor localizado de pequeño tamaño, tumor localizado más extenso, afectación de los ganglios linfáticos regionales y metástasis a distancia. El estadio clínico se deduce de los datos obtenidos antes de la exploración quirúrgica, y condiciona la elección del tratamiento inicial. El estadio quirúrgico depende de los hallazgos exploratorios durante la intervención y puede diferir del estadio clínico; el tratamiento posterior y el pronóstico se

establecen en función de éste. También permite analizar los efectos de diferentes tratamientos.

1.5. TRATAMIENTO

Las medidas terapéuticas tradicionales incluyen la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia. En la actualidad se estudia la utilidad de la inmunoterapia y la modulación de la respuesta biológica.

1.6. CIRUGÍA

La principal estrategia para el tratamiento curativo del cáncer es la escisión de todas las células malignas mediante una intervención quirúrgica. En el pasado, esto implicaba la extirpación de todo el tejido afectado y de la mayor cantidad posible de tejido potencialmente afectado, incluidos los tejidos vecinos y los ganglios linfáticos. Para algunos tumores, y en especial el cáncer de mama, no es precisa una cirugía tan ablativa (mastectomía) en la mayor parte de los casos. Las mejoras en las técnicas quirúrgicas, la posibilidad de realizar una biopsia intraoperatoria, los avances en los conocimientos de fisiopatología, los progresos en las técnicas anestésicas y la disponibilidad de potentes antibióticos y hemoderivados, han permitido realizar cirugías más limitadas, con menos secuelas y más pronta recuperación. Sin embargo, muchos cánceres están demasiado extendidos en el momento del diagnóstico para que la cirugía curativa sea posible. Si la extensión local del tumor afecta a tejidos vecinos que no pueden ser resecados, o si existen metástasis a distancia, la cirugía no será un tratamiento curativo. Sin embargo, puede ser beneficiosa

para el alivio sintomático de ciertas situaciones como la obstrucción, o puede tener el objetivo de disminuir la masa tumoral para permitir una mejor respuesta al tratamiento quimioterapéutico o radioterapéutico sucesivo.

1.7. RADIOTERAPIA

Radioterapia Un paciente recibe radioterapia para el tratamiento de un cáncer de la columna vertebral. En este procedimiento se utiliza el radioisótopo cobalto 60 como fuente de la radiación gamma. La elevada dosis de radiación se aplica mediante un láser dirigido sobre un área de tratamiento determinada.

Las radiaciones ionizantes pueden ser electromagnéticas o por partículas y producen una destrucción tisular. La radiación electromagnética incluye los rayos gamma, una forma de emisión radiactiva, y los rayos X, que se producen cuando un haz de electrones impacta en un metal pesado. La radiación de partículas incluye haces de electrones, protones, neutrones, partículas alfa (núcleos de helio) y piones.

La sensibilidad de los tumores a las radiaciones es muy variable. Son tumores sensibles aquellos cuya sensibilidad es superior a la de los tejidos vecinos normales. Cuando tales tumores son además accesibles —los tumores superficiales o los tumores en órganos como el útero en el que se puede introducir una fuente de radiación— pueden ser curados mediante radioterapia. La propiedad de la radiación de respetar hasta cierto punto los tejidos normales permite el tratamiento

de tumores en localizaciones donde no es posible la cirugía por la proximidad de tejidos vitales o porque el tumor ha empezado a infiltrar estructuras adyacentes que no pueden ser sacrificadas. La radioterapia también se emplea con frecuencia como tratamiento paliativo, sobre todo en las metástasis.

La radioterapia puede ser útil como coadyuvante a la cirugía. La radiación preoperatoria puede esterilizar las células tumorales con rapidez, impidiendo su diseminación en el acto quirúrgico. También puede disminuir la masa tumoral facilitando la cirugía, o transformando un tumor inoperable en otro operable. En otros casos la radioterapia se emplea en el postoperatorio.

1.8. QUIMIOTERAPIA

Consiste en la utilización de fármacos para el tratamiento del cáncer. Puesto que los fármacos se distribuyen en el organismo a través del sistema circulatorio, la quimioterapia es útil para aquellos tumores cuya diseminación los hace inaccesibles a la cirugía o a la radioterapia. Existen multitud de fármacos anticancerosos, la mayor parte de los cuales actúan interfiriendo la síntesis o función del ADN. Por tanto, las células en división son más sensibles a la quimioterapia.

El tejido canceroso tiene una mayor proporción de células en división que los tejidos normales (en los que las células de soporte o de relleno están en una fase quiescente y son por tanto resistentes a los efectos del fármaco). Dentro de los tejidos normales, los que tienen una tasa de proliferación más rápida son la médula ósea y las células

de recubrimiento del tracto gastrointestinal. Son los dos tejidos más sensibles al efecto de la quimioterapia y del grado de lesión de éstos depende la toxicidad, que limitará la máxima dosis tolerable de los fármacos anticancerosos.

Para que el tratamiento sea efectivo, la sensibilidad del tumor debe ser superior a la del tejido normal más sensible. Mientras algunos tumores son varias veces más sensibles, otros sólo son ligeramente sensibles. Por fortuna, las células de la médula ósea pueden dividirse a mayor velocidad que las células malignas y por tanto se recuperan con mayor rapidez. Si se repite un ciclo del fármaco en este momento, el tumor no ha tenido tiempo de crecer demasiado. Los ciclos repetidos reducen de forma paulatina el tumor antes de la aparición de resistencias.

La sensibilidad de ciertos tumores a la quimioterapia es tal que es posible la curación en un alto porcentaje: esto sucede en el cáncer uterino; las leucemias agudas (sobre todo en los niños); la enfermedad de Hodgkin y los linfomas difusos de células grandes; el carcinoma de testículo; el carcinoma de ovario; los carcinomas de células pequeñas del pulmón, y gran parte de los cánceres infantiles. Muchas veces estos procesos cancerosos se han diseminado en el momento del diagnóstico y no existe otra opción terapéutica. Otros cánceres avanzados tienen buena respuesta a la quimioterapia y pueden ser controlados durante periodos prolongados, por lo que se utiliza con frecuencia como tratamiento paliativo.

Los dos principales problemas que limitan la utilización de la quimioterapia son la toxicidad y la resistencia. Las técnicas que evitan o controlan la toxicidad y disminuyen el riesgo de resistencias se han ido perfeccionando. Es importante la instauración precoz del tratamiento, la utilización de dosis óptimas del fármaco, la repetición de los ciclos con intervalos cortos si es posible, siempre que se permita la recuperación del paciente de los efectos tóxicos.

Es eficaz la utilización de múltiples fármacos. Los protocolos de quimioterapia utilizan diferentes fármacos (a menudo entre 3 y 6 al mismo tiempo), cada uno de los cuales es eficaz de forma aislada. Se combinan fármacos con diferentes mecanismos de acción para evitar la aparición de resistencias cruzadas, y con diferentes tipos de toxicidad para poder emplear la dosis óptima de cada fármaco, sin producir toxicidad aditiva que puede resultar fatal.

Se puede utilizar la quimioterapia junto a la cirugía o a las radiaciones en la denominada terapia combinada. Muchas veces se utiliza como tratamiento coadyuvante cuando la cirugía es la principal modalidad terapéutica. Suele administrarse tras la cirugía. Esta terapia es muy eficaz en el cáncer de mama. El objetivo principal de la quimioterapia como coadyuvante es la eliminación de las micro metástasis que pudieran existir previamente a la cirugía. Es más reciente la utilización de la quimioterapia previa a la cirugía como tratamiento coadyuvante, que puede además reducir la masa del tumor y facilitar su operabilidad.

1.9. TERAPIA HORMONAL

Muchos cánceres procedentes de tejidos que son sensibles a la acción hormonal, como la mama, la próstata, el endometrio y el tiroides, responden al tratamiento hormonal. Consiste en la administración de diferentes hormonas o antihormonas o en la anulación de la hormona estimulante correspondiente.

1.10 OTRAS ESTRATEGIAS

Se están empezando a emplear nuevas estrategias, algunas de ellas prometedoras, en el tratamiento del cáncer. Se pueden utilizar agentes biológicos denominados moduladores de la respuesta biológica, para modificar la respuesta del organismo (y en especial del sistema inmunológico) al cáncer. Otro planteamiento es utilizar agentes biológicos para estimular a determinadas células a que ataquen a las células malignas. El mejor ejemplo es la utilización de la interleuquina 2 para estimular a los linfocitos killers sensibles a linfoquinas (células LAK).

Se ha investigado en profundidad la existencia de antígenos específicos de algunos tumores que permitan la elaboración de anticuerpos antitumorales: éstos atacarían el cáncer de manera directa o constituyendo el vehículo para un fármaco quimioterapéutico. Así, el anticuerpo identificaría la célula maligna a la que se adheriría permitiendo al fármaco ejercer su acción.

Incluso en el caso de conseguirse la curación, el cáncer puede haber producido serias secuelas. Se debe intentar ofrecer al paciente

la mejor calidad de vida posible, mediante técnicas de rehabilitación que pueden incluir cirugía reconstructiva. Cuando no es posible la curación, el tratamiento paliativo tiene por objetivo brindar al paciente la mejor calidad de vida y función durante los siguientes meses o años. El dolor puede controlarse en la actualidad de manera mucho más eficaz que en otras épocas.

1.11 PERSPECTIVAS

En las últimas décadas, el número de casos de cáncer ha aumentado de manera rápida y progresiva. Este dato no representa una marcha atrás, sino que refleja el aumento y envejecimiento de la población (la incidencia de cáncer aumenta con la edad). También refleja el fracaso, hasta épocas recientes, de las campañas antitabaco, lo que ha supuesto que la incidencia de cáncer de pulmón (la principal causa de muerte por cáncer), sobre todo en las mujeres, continúe aumentando. En este sentido, se espera que las campañas informativas logren un descenso espectacular en el consumo de tabaco que debería traducirse en un descenso de la mortalidad por cáncer de pulmón. Otros tipos de cáncer continúan aumentando en incidencia, como el de mama o el cáncer color rectal, pero en muchos casos las mejoras en la tasa de curación han sobrepasado este aumento.

La mortalidad por cáncer ha disminuido progresivamente en casi todos los tipos de cáncer. Este hecho se puede relacionar con una menor exposición a los agentes cancerígenos gracias a la mejora de

los hábitos de salud y del ambiente, así como a un diagnóstico más precoz.

El riesgo de cáncer de pulmón disminuye de forma espectacular en pocos años después de dejar de fumar. Los esfuerzos en el diagnóstico precoz en el cáncer de pulmón han tenido poca repercusión en la tasa de curación. La mayor parte de los cánceres cutáneos son curables. Son prevenibles, si se disminuye la exposición a las radiaciones solares, el principal factor relacionado con su aparición.

1.12. PREVENCIÓN

La mamografía es una técnica especial de rayos X que se utiliza para visualizar los tejidos blandos de la mama como un medio de detección del cáncer de mama en la mujer. Esta mamografía muestra calcificaciones (manchas de baja densidad) en una neoplasia. El pezón está a la izquierda. La mayoría de los cánceres de mama se originan en el conducto de la glándula mamaria o glándula productora de leche. El resto procede del propio tejido glandular. La mayoría de los tumores demuestran una conducta invasiva (maligna) precoz, aunque también existen formas no invasivas. Photo Researchers, Inc./Kings College Hospital/Science Source

La medida más eficaz en la prevención del cáncer es la eliminación del consumo de tabaco, ya que el 30% de las muertes por cáncer en los países desarrollados son producidas por su consumo. El control de la dieta también reduce la mortalidad: disminuir la ingesta calórica para evitar la obesidad, reducción de las calorías procedentes

de la grasa a un 20% de la dieta, reducción del consumo de carnes rojas, aumento de la ingesta de fibra (cereales, frutas y verduras) y alimentos protectores (con contenido en vitaminas C y A, verduras como el repollo, la coliflor, el brócoli o las coles de Bruselas). Debe limitarse el consumo de alimentos ahumados, en salazón o ricos en nitritos, así como el consumo de alcohol.

El control sobre los factores ambientales incluye la eliminación de productos carcinógenos en el lugar de trabajo y en el hogar, como por ejemplo la eliminación de la exposición a las fibras de asbesto o la reducción del gas radón en el hogar.

Las técnicas de detección precoz o screening pueden realizarse para el cáncer de cuello uterino, mama, colon, recto y próstata. Es recomendable la realización de un chequeo anual a partir de los 40 años incluso en la ausencia de síntomas. El cáncer de mama se considera uno de los principales problemas de salud en los países desarrollados y muchas mujeres mueren cada año por esta causa. Las mujeres mayores de 50 años son las que tienen mayor riesgo de desarrollar cáncer de mama y el riesgo máximo lo presentan las pacientes con una edad superior a 75 años. Los médicos recomiendan realizar un examen anual o bienal, mediante mamografía y exploración física, a las mujeres de 50 o más años de edad. En general, no se recomienda realizar mamografías por debajo de los 39 años de edad. En cuanto al grupo de mujeres entre 40 y 49 años de edad existen controversias sobre la utilidad de las mamografías. El cáncer de

endometrio supera en frecuencia, en España, al de cuello uterino, pero no se dispone de ningún estudio que evalúe los beneficios de biopsias en pacientes asintomáticas. La citología ha demostrado ser un método eficaz para la detección precoz de cáncer de cuello uterino. Se recomienda la realización de una citología cada 3 años siempre que se hayan detectado 2 citologías negativas en intervalos anuales. En muchos países desarrollados el aumento en el número de personas que disfrutan sus vacaciones en países de clima cálido ha producido un aumento en el cáncer de piel. Se recomiendan las medidas preventivas, como el uso de cremas o pantallas protectoras frente a la acción potencialmente lesiva de los rayos ultravioletas solares.

La adopción generalizada de las medidas de detección precoz podría reducir la incidencia de cáncer de mama y colon, e incrementar la tasa de curación del cáncer de mama, colon, recto, cuello uterino y próstata.

II. APARATO REPRODUCTOR FEMENINO

2.1. GENITALES

2.1.1. VAGINA

Descripción macroscópica

La vagina es un canal muscular delgado, parcialmente colapsado y rugoso, que mide de 8 a 10 cm. De largo y con un diámetro aproximado de 4cm. Se extiende del introito al cérvix siguiendo una curva hacia arriba y hacia atrás a partir de la vulva. El cérvix protruye varios centímetros en la porción superior de la vagina dando lugar a

unos recesos, los fórmix. Siendo el labio cervical posterior más largo que el anterior, resulta el fondo de saco vaginal posterior más largo que el anterior.

La vagina ocupa un espacio intermedio entre la vejiga y el recto, y se encuentra sostenida principalmente por los ligamentos cervicales transversos (ligamentos cardinales, ligamentos de Mackenrodt) y por los músculos elevadores del ano.

El peritoneo del fondo de saco retrouterino (bolsa de Douglas) y el fondo de saco vaginal posterior, se corresponden en la porción más alta de este último, lo que representa un detalle de importancia quirúrgica.

Histología

La vagina está revestida por un epitelio escamoso poliestratificado que es grueso y tiene pliegues transversales en la mujer nulípara.

Muchas de estas rugosidades se pierden con los partos repetidos y después de la menopausia. Normalmente no existen glándulas en la vagina.

Inervación e irrigación

Los nervios de la vagina proceden del pudendo interno, del hemorroidal y del plexo hipogástrico. La arteria vaginal, rama de la hipogástrica, irriga a la vagina en gran parte, pero también recibe esta, ramas de la vesical inferior, de la hemorroidal media y de la pudenda

interna. Las venas vaginales drenan a las venas pudendas, a las hemorroidales externas y a las uterinas.

El drenaje linfático de la porción inferior de la vagina se dirige a los ganglios linfáticos inguinales superficiales el de la porción superior, deriva a los ganglios linfáticos iliacos externos e hipogástricos. Estas anastomosis tiene importancia para la propagación de las infecciones vulvaginales y del cáncer.

Importancia clínica

El flujo vaginal (leucorrea) es común y puede obedecer a causas locales o generales. Las infecciones del aparato genital inferior son la causa más frecuente, del escurrimiento; otras causas son la depresión estrogénica (vaginitis senil o atrófica) y los estímulos estrogénicos o psíquicos.

El carcinoma de la vagina es muy raro; en cambio, las metástasis carcinomatosas son frecuentes, especialmente por extensión del cáncer cervical.

2.1.2. CERVIX (*Cuello uterino*)

Aspecto macroscópico

La cérvix del útero fuera de la gestación es de forma cónica y moderadamente firme, de 2 a 4 cm. Un conducto central fusiforme intercomunica a la cavidad del cuerpo uterino con la vagina. Casi la mitad de la cérvix es supravaginal, y está anteriormente en íntima relación con la vejiga.

La mayoría de las deformaciones cervicales provienen de las laceraciones obstétricas. El orificio externo del cuello, que es inicialmente redondo con un diámetro inferior de 1cm. Puede tornarse muy amplio a consecuencia de dichos desgarros. Aun en ausencia de deformaciones, es costumbre referirse a un labio anterior y a otro inferior de la cérvix.

El cuello está sostenido por los ligamentos uterosacos y los ligamentos cervicales transversos (ligamentos cardinales, ligamentos de Mackenrodt).

Histología

La porción vaginal de la cerviz está recubierta por células escamosas estratificadas que usualmente terminan un poco arriba del orificio cervical externo. Las innumerables hendiduras que otorgan a la cerviz una apariencia de panal al corte transversal, antes se suponían glándulas. Actualmente son considerados como resultado de repliegues de la membrana secretoria. Las fibras musculares del cuello se disponen en forma circular y están en relación con el resto del miometrio uterino.

Inervación e irrigación

La inervación de la cérvix se hace a través de los nervios sacros segundo, tercero y cuarto, y del plexo simpático pélvico. La arteria y la vena cervicales, ramas principales de la circulación uterina, representan las vías de riego fundamentales de la cérvix.

Importancia clínica

El cáncer cervical es la neoplasia maligna femenina que ocupa el segundo lugar en frecuencia. La infección es una causa principal de infertilidad. A menudo la leucorrea obedece a la hiperactividad de la mucosa secretorial cervical.

2.1.3. CUERPO Y FONDO DEL UTERO

Aspecto macroscópico

El útero es un órgano musculoso con una cavidad central estrecha situada profundamente en la pelvis verdadera entre la vejiga y el recto. Está conformado como una pera invertida. El útero ingravido de la mujer adulta mide aproximadamente 7-8 cm de longitud y 4 cm en su diámetro más grande. Las trompas de Falopio se unen en ambos lados del útero, aproximadamente en la unión del tercio medio con el superior de la longitud uterina. La porción situada por encima de las terminaciones tubarias se denomina fondo del útero, por debajo de la inserción, se halla el cuerpo uterino, el cual se continua hacia abajo, con el segmento supravaginal de la cérvix. En la mujer nulípara el cuerpo y la cérvix uterinos se dirigen hacia delante, formando casi un ángulo recto con el eje longitudinal de la vagina, pero en 25 – 35 % de las mujeres se encuentra el útero retrovertido o retro flexionado.

Exceptuando la porción antero inferior que está cubierta por la vejiga, el cuerpo del útero está cubierto por peritoneo.

Sostienen el útero: (1) los ligamentos redondos musculosos (ligamentum teres) que se originan lateralmente en el fondo uterino y terminan en los labios mayores; (2) los ligamentos anchos, pliegues

peritoneales amplios que barren lateralmente de ambos lados del cuerpo uterino a las paredes laterales de la pelvis; (3) los ligamentos úteros sacros, estructuras fibrosas originadas en el istmo, que se insertan en el periostio del sacro; (4) ligamentos cervicales transversos (ligamentos cardinales, ligamentos de Mackenrodt) y (5) los músculos elevadores del ano.

Histología

La pared uterina está principalmente constituida por fibras musculares lisas, entrelazadas, y que son particularmente gruesas en el fondo interino. Esta red muscular se encuentra perforada por los vasos que la irrigan. La cavidad del útero es pequeña y está revestida por el endometrio, que prolifera, sangra, descama, y se regenera periódicamente durante la vida reproductiva.

Innervación

Los impulsos nerviosos eferentes que llegan al útero, lo hacen a través de S2 – S4. Los impulsos aferentes alcanzan el sistema nervioso central, siguiendo las raíces posteriores de T5 – T12, y S2 –S4 y conducen estímulos simpáticos.

Irrigación

La circulación uterina se deriva de las arterias y venas uterinas y ováricas. Durante el embarazo, estos vasos anastomóticos se dilatan dentro del útero hiperplásico e hipertrofiado, sino también a la placenta y al feto en desarrollo. Las fibras musculares contráctiles y

entrelazadas, son las responsables del control del sangrado uterino después del parto.

Linfáticos

Embriológicamente, el sistema linfático uterino se deriva de conductos venosos. El drenaje linfático del útero se dirige hacia los ganglios (1) ilíacos, (2) aórticos, (3) sacros y (4) inguinales. Sin embargo, los linfáticos del útero y de los órganos vecinos se entrelazan permitiendo así un flujo en avance y retroceso.

Importancia Clínica

El útero puede sufrir una enorme expansión para acomodar a los productos de la concepción. Durante la gestación aumenta su peso de 30 – 40 g hasta cerca de 1kg y su capacidad se eleva hasta más de 4,000 veces. Normalmente el huevo se implanta en el endometrio y se desarrolla en la cavidad uterina en su etapa embrionaria y fetal. La expulsión del feto antes de las 22 semanas de gestación se conoce como aborto, y presupone casi invariablemente la muerte del producto.

Después de esta edad, se considera al feto viable, y su supervivencia al nacer, aumenta en proporción directa a la duración del embarazo.

Los tumores uterinos causan problemas ginecológicos tales como sangrado uterino anormal o dolor pélvico. Las anomalías del desarrollo son motivo de distocias obstétricas.

El cáncer del cuerpo uterino es la neoplasia maligna de los genitales femeninos más frecuente después del carcinoma cervical.

2.1.4. TROMPAS DE FALOPIO (*Trompas uterinas oviductos*)

Aspecto macroscópico

Las trompas de Falopio son un par de conductos delgados que miden de 10 a 12 cm. de longitud y presentan movimientos peristálticos. Se originan en los cuernos uterinos, de donde siguen una dirección posterolateral y se abren en la cavidad peritoneal por debajo y en la porción medial de los ovarios. El diámetro del conducto varía entre 1 y 2 mm. En los extremos y en su porción media puede alcanzar más el doble. El extremo distal está unido al ovario por una franja larga (fimbria ovárica) que mantiene la proximidad de ambos.

Histología

Las trompas tiene dos capas de fibras musculares lisas: Una externa, delgada, longitudinal; y otra profunda, circular. Su mucosa (endosalpinx) es un epitelio cuboide semejante al endometrio, pero de estroma más escaso. El endosalpinx se caracteriza por su gran número de finos repliegues longitudinales, más abundantes en su distal. Las trompas están envueltas por un pliegue peritoneal, el endosalpinx, una porción del ligamento ancho del útero.

A los oviductos se les reconocen diferentes segmentos. Su extremidad distal, que comunica a la cavidad peritoneal por un orificio minúsculo (ostium peritoneal o abdominal), posee franjas (fimbrias) y es casi eréctil cuando está turgente. La cavidad de los 2 – 3 cm distales de los oviductos se conoce como infundíbulo se continúa con un segmento ensanchado de 6 a 8 cm, que es la ampolla. De ésta a la

pared uterina se estrecha el conducto, por la cual se designa a esta porción istmo, y mide de 1- 2 cm. El segmento intrauterino, llamado intersticial, tiene 1 cm de longitud aproximadamente y es la porción tubárica de luz más reducida (1mm).

Inervación e irrigación:

La inervación de los oviductos es similar a la del útero. Las porciones proximales de las trompas toman su irrigación de la arteria uterina; las porciones distales lo hacen mediante la uterina y la ovárica. El drenaje sanguíneo se hace por las venas del mismo nombre.

Importancia clínica

El óvulo es fecundado en la trompa, y después de 3 ó 4 días de tránsito por el conducto tubarico, se implanta en el endometrio. En caso de oclusión completa de los oviductos, la concepción resulta imposible. Si la oclusión es parcial, puede detenerse el óvulo fecundado, en la trompa, dando lugar a un embarazo tubarico. La infección de las trompas (salpingitis), con cicatrices adherenciales e infertilidad, es una secuela común de abortos sépticos o de gonorrea.

2.1.5. OVARIOS

Aspecto macroscópico

Los ovarios o gónadas femeninos son un par de órganos ovoides, aplanados, sólidos y blanquecidos, con dimensiones aproximadas de 1.5 X 3 X 3.5 cm. Localizados en la pelvis verdadera. En la nulípara guardan una posición casi vertical y están contiguas al peritoneo de la pared lateral pélvica, en una depresión suave que es la fosa ovárica,

esta pequeña excavación está limitada hacia adentro por el cordón fibroso correspondiente a la arteria umbilical; (2) a los labios, el uréter y los vasos uterinos, y (3) hacia abajo por el nervio atacador y sus vasos satélites. El pabellón tubarico se enrosca y hunde habitualmente el extremo superior del ovario.

El ovario se encuentra suspendido entre el útero y la pared lateral de la pelvis por el mesovario que pertenece a la posterior del ligamento ancho. El mesovario no rodea o cubre el ovario, sino que se funde con su capa epitelial superficial. También está en relación con el útero por el ligamento útero ovárico, que es una banda fibrosa que corre en el espesor del ligamento ancho.

Histología

El ovario está constituido por una corteza que contiene las células germinativas y una medula vascular. La corteza o capa periférica del ovario representa de un tercio a la mitad del grosor del órgano y está cubierta por una capa única de células cuboides, el llamado epitelio germinal. El estroma cortical está compuesto de células fusiformes o avenadas que rodea a numerosos pequeños espacios vesiculosos (folículos de graff), situados en forma variable. La mitad de los dos tercios centrales de los órganos corresponden a la zona medular del ovario, la cual esta provista de folículos, pero contienen un estroma laxo y rica vascularización.

La corteza del ovario del recién nacido posee millares de óvulos en los diferentes estados de desarrollo. Antes de la pubertad cada ovulo

se rodea de una capa simple de células epiteliales y se denomina folículo primordial y ovulo, estos folículos, con diámetro aproximado de 0.25mm. Contiene una célula sexual desarrollada, grande y excéntrica, de núcleo granular hipercromático. La capa epitelial está formada de células pequeñas, aplanadas e hipercromáticas, que se conocen como células granulosa. Circunda al óvulo una cavidad de líquido seroso claro (líquido folicular).

Después de la pubertad, los folículos primordiales pueden convertirse en folículos vesiculares o de graaf, bajo el estímulo de la hormona gonadotropina. Las hormonas gonadotrópicas estimulan algunos folículos en forma cíclica, iniciando la producción ovular de tal manera, que cada que cada mes aproximadamente madura un óvulo. Las células foliculares, originalmente aplanadas, se vuelven cuboides y más numerosas. A medida que se multiplican se ordenan en dos capas: La teca interna, que es la capa vesicular profunda, y la teca externa, formada de células laminares planas. Rodeando por completo al ovulo y recubriendo la cavidad o antro folicular, se disponen las células granulosa (capa Granulosa) El líquido folicular contiene estrógenos en grandes concentraciones, producidos por las células foliculares.

Alrededor de una vez por mes, se inicia el desarrollo de un pequeño número de folículos, pero únicamente 1 o 2 folículos de de graaf logran su desarrollo completo y se rompen permitiendo la salida del ovulo. El folículo vacío, ahora llamado cuerpo lúteo produce estrógenos y

progesterona. Aquellos folículos que solo lograron una maduración parcial y que aún conservan óvulo, degeneran y desaparecen (atresia).

En caso de haberse producido embarazo, el cuerpo lúteo crece y aumenta su producción de hormonas esteroideas sexuales. Pero de no efectuarse la concepción, el cuerpo lúteo degenera, ocurre la menstruación y después de algunos meses, se convierte en una masa hialina llamada cuerpo albicante. La vascularización del ovario adulto es muy rica, de tal manera que la irrigación de los folículos en maduración es muy generosa. En el climaterio, el ovario se vuelve menos vascularizado y más denso.

Inervación e irrigación

Los nervios y vasos ováricos transcurren por el ligamento infundíbulo pélvico (ligamentum suspensorium ovarii), entran y salen del hiello a través del mesovario.

Las arterias ováricas, que nacen de la aorta inmediatamente después de las renales, se anastomosan por numerosas ramas con las arterias uterinas. Una red venosa incluida en mesovario, envía sangre a las venas uterinas y ováricas. La vena ovárica derecha desemboca en la vena cava inferior, en tanto que la izquierda lo hace en la vena renal del mismo lado.

Nervios provenientes de las raíces dorsales de T10 y L1, así como fibras simpáticas hipogástricas y lumbares, acompañan a las arterias y venas.

Los linfáticos del ovario se unen con los uterinos para drenar en los ganglios iliacos y aórticos.

Importancia clínica

El ovario desempeña numerosas funciones. Es un depósito de células sexuales primordiales, la aportación cromosómica de la mujer en la procreación. En los casos de disgenesia ovárica (agenesia ovárica de Turner) no existe óvulos primordiales y la mujer es estéril.

El ovario es el órgano para la producción, la maduración y la expulsión mensual de óvulos maduros durante la vida reproductiva. La esterilidad puede ser consecutiva a una falla de maduración ovular, como sucede en casos de trastornos de las fases del ciclo menstrual, y en la retención de un óvulo maduro (“óvulo cautivo”) en un folículo primario que no estalla, por la presencia de adherencias a estructuras vecinas o por el engrosamiento de la túnica albugínea del ovario a consecuencia de una periooforitis.

La producción de hormonas esteroideas sexuales (estrógenos, progesterona y andrógenos) por el ovario, en cantidades determinadas, es indispensable para el crecimiento, desarrollo y función femeninos normales. Así, el hipoposterinismo en la niñez produce enanismo, falta de desarrollo en los caracteres sexuales secundarios y detención de la menstruación en la pubertad, así como esterilidad y la sintomatología propia del climaterio en la mujer adulta.

2.1.6. GLANDULAS

A. GLANDULAS DE SKENE (*Glándulas para uretrales*)

Aspecto macroscópico e histología

Dentro de la uretra, en la proximidad del meato urinario, existen posterolateralmente dos orificios correspondientes a los conductos tubulares poco profundos de las glándulas de Skene. Estos conductos están cubiertos por células transicionales y representan el equivalente de las numerosas glándulas prostáticas masculinas.

Irrigación

La arteria y vena pudendas son las encargadas de irrigar las glándulas de Skene, como también el vestíbulo y el meato uretral.

Importancia clínica

Las glándulas de Skene son particularmente susceptibles a la infección gonocócica. La presencia de esta infección se manifiesta con frecuencia, primariamente en este sitio. Después de una terapéutica anti gonocócica efectiva, comúnmente se observan infecciones secundarias inespecíficas.

B. GLÁNDULAS DE BARTHOLIN Y SUS CONDUCTO (*Glándulas vulvovaginales o para vaginales*)

Aspecto macroscópico e histología

Inmediatamente por fuera del himen, y a la mitad de la altura del orificio vaginal, existen dos pequeños aberturas a uno y otro lado. Ambas se comunican por un conducto estrecho de 1 -2 cm. De largo con una pequeña glándula mucosa aplanada, situada entre el labio menor y la pared vaginal. Estas glándulas vulvovaginales o de Bartholin

son homólogas de las glándulas de Cowper en el hombre. Sus conductos están revertidos por epitelio transicional.

Inervación e irrigación

Ramas de la arteria, vena y nervios pudendos internos, están destinados a las glándulas de Bartholin.

Importancia clínica

La gonorrea causa frecuentemente la formación de abscesos o de quistes en los conductos de Bartholin. Las glándulas mismas comúnmente no resultan afectadas. Las infecciones bacterianas no venéreas producen estas complicaciones en pocas ocasiones. El adenocarcinoma se origina raras veces en los puntos de partida. También es posible observar carcinomas de células transicionales, desarrolladas del epitelio de los conductos de Bartholin

2.3. DEFINICION DE TERMINOS BASICOS

- a) **FACTORES.**- Se refiere a la presencia de factores de índole educativo, económico, creencias, etc.
- b) **TAMIZAJE.**- Realizar las pruebas de IVAA y *Papanicolaou* de la forma estandarizada. Abordar adecuadamente el pre y post consejería, tanto en pacientes con *tamizaje*.
- c) **NEGATIVA DE TAMIZAJE.**- Es cuando las mujeres en edad fértil se niegan a someterse a las pruebas de Papanicolaou.
- d) **CANCER DE CUELLO UTERINO.**- El cáncer de cuello uterino es causado por un virus llamado virus del papiloma humano

(VPH). Este virus se contagia por contacto sexual. El cuerpo de la mayoría de las mujeres es capaz de combatir la infección de VPH. Pero algunas veces, el virus conduce a un cáncer. Las mujeres que tienen mayor riesgo son las que fuman, las que han tenido muchos hijos, las que han utilizado pastillas anticonceptivas por mucho tiempo o las que tienen una infección por VIH.

- e) **INCIDENCIA.**- Frecuencia de casos presentados durante un año.
- f) **MUERES EN EDAD FERTIL.**- Para el estudio se considerará a todas las mujeres considerados entre las edades de 18 a 40 años.

2.4 FORMULACION DE HIPOTESIS

2.4.1. HIPOTESIS CENTRAL

“El bajo nivel educativo, bajo ingreso económico y las creencias negativas condicionan la negativa de tamizaje de Papanicolaou, influyen en la incidencia de cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil de 18 – 40 años del Hospital Félix Mayorca de Tarma”.

1.4.2. HIPOTESIS ESPECIFICAS

- a) “El bajo nivel educativo, bajo ingreso económico y las creencias negativas condicionan la negativa de tamizaje de Papanicolaou en mujeres en edad fértil de 18 – 40 años que acuden al Hospital Félix Mayorca de Tarma”

- b) “La incidencia del cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil de 18 – 40 años que acuden al Hospital Félix Mayorca de Tarma es alta”.
- c) “Existe relación significativa entre la presencia de factores que condicionan la negativa de tamizaje de Papanicolaou, en la incidencia de cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil de 18 – 40 años del Hospital Félix Mayorca de Tarma”.

1.4.3. HIPOTESIS NULA

“El bajo nivel educativo, bajo ingreso económico y las creencias negativas no tienen relación con la negativa de tamizaje de Papanicolaou, y la incidencia de cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil de 18 – 40 años del Hospital Félix Mayorca de Tarma”

2.5. IDENTIFICACION DE VARIABLES. -

Variable independiente: FACTORES QUE CONDICIONAN LA NEGATIVA DE TAMIZAJE DE PAPANICOLAOU

Variable dependiente: INCIDENCIA DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES EN EDAD FÉRIL DE 18 – 40 AÑOS.

2.6. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES E INDICADORES

VARIABLES	INDICADORES	SUB INDICADORES	ESCALAS DE MEDICION
Variable independiente			
FACTORES QUE CONDICIONAN LA NEGATIVA DE TAMIZAJE DE PAPANICOLOAU	NIVEL EDUCATIVO	Bajo Medio Alto	Ordinal
	INGRESO ECONÓMICO	Bajo Medio Alto	Ordinal
	CREENCIAS	Positivas Negativas	Nominal
Variable dependiente			
INCIDENCIA DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL DE 18 – 40 AÑOS	ALTA MEDIA BAJA		Nominal
	SOLTERA CASADA VIUDA DIVORCIADA		Nominal
Variable dependiente ESTADO CIVIL			

CAPITULO III

METODOLOGIA

3.1. TIPO DE INVESTIGACION

En el presente estudio de investigación se tomó como referencia la clasificación de Hernández Sampieri Roberto por lo que el tipo de investigación fue el descriptivo, introspectivo y prospectivo.

3.2. METODO DE INVESTIGACION.-

Para realizar el estudio de la investigación se utilizó el método Descriptivo porque se describió los hechos tal y conforme suceden en la realidad, de los factores que condicionan la negativa de Tamizaje de Papanicolaou, en la incidencia de cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil de 18 – 40 años – Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma – Enero - Junio del 2016.

Del mismo modo, para ajustar los resultados utilicé la prueba no paramétrica del chi cuadrado y de esta manera presentar datos más confiables.

3.3. DISEÑO DE INVESTIGACION.-

DISEÑO DESCRIPTIVO CORRELACIONAL

	VARIABLES			
GRUPO	V1	V2	V3	Vn
G1	E1	E1	E1	E1

ABREVIATURAS

G1 : GRUPO1

Gn : GRUPO número siguiente

V1 : VARIABLE 1

T1 : TIEMPO 1

E1 : EVALUACIÓN 1

3.4. POBLACION Y MUESTRA.-

- a. **Población objetiva.**-Esta conformado por todas las mujeres en edad fértil que acuden al Hospital Félix Mayorca Soto durante el año 2016.
- b. **Población muestral.**- Esta conformado por todas las mujeres en edad fértil de 18 a 40 años que acuden al Hospital Félix Mayorca Soto durante el año 2016.
- c. **Muestra:** Está conformado por todas las mujeres en edad fértil de 18 a 40 años que acuden al Hospital Félix Mayorca Soto durante los meses de enero a junio del 2016 y los que presentan negativa en el tamizaje fueron un total de 29.

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

3.5.1. TÉCNICAS.

- a) Observación directa, porque se realizó un registro visual de las características sobre los factores que condicionan la negativa de Tamizaje de Papanicolaou, en la incidencia de cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil de 18 – 40 años del Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma.
- b) Entrevista participativa, se obtuvo información de las mujeres en edad fértil sobre edad, grado de instrucción, ingreso económico, creencias sobre tamizaje de Papanicolaou, que fueron atendidas en el Hospital Félix Mayorca soto de Tarma

3.5.2. INSTRUMENTOS.-

- a. Cuestionario
- b. Guía de observación

3.6. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Los datos recolectados serán procesados mediante programas estadísticos como el SPSS el cual nos permitió la organización, clasificación y presentación de los datos de acuerdo a los objetivos del presente estudio, así mismo, para la asociación estadística inferencial me permitió el uso de la estadística paramétricos y no paramétricos el cual me permitió observar la asociación estadística según sea los casos indicados.

3.6 TECNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS:

El procesamiento de los datos se realizó mediante la prueba no paramétrica de la Chi-cuadrada porque las variables son cualitativas, esta prueba es una de las más utilizadas en investigaciones de salud y nos ayudó a adoptar la decisión más adecuada con respecto a nuestra hipótesis de estudio.

Los datos hallados se organizaron para su mejor comprensión en cuadros de doble entrada, los que posteriormente serán representados en gráficos estadísticos los cuales serán los diagramas de barras simples.

La representación y análisis de los datos se realizó mediante el programa informático EXCEL

3.7 SELECCIÓN Y VALIDACION DE LOS INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION.-

Los instrumentos estudiados, Cuestionario, guía de observación, fueron validados por Profesionales Expertos en Investigación con grado de Maestría Médicos, Obstetras que laboran en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma.

Con respecto a la guía de observación fue sometido a un análisis de consistencia interna, de Cronbach en un estudio conformados por 29 personas evaluados en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma.

SEGUNDA PARTE: DEL TRABAJO DE CAMPO O PRACTICA

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSION

4.1 DESCRIPCION DEL TRABAJO DE CAMPO.-

Los instrumentos fueron elaborados gracias al apoyo de la Sra. Asesora, los cuales fueron sometidos al análisis correspondiente dando lugar a los instrumentos confiables y validados , los cuales fueron aplicados a las unidades de análisis. Los datos recolectados sirvieron para ser representado en cuadros de dos entradas y gráficos estadísticos, los cuales fueron comentados por la investigadora a través del análisis estadístico, cuyos resultados se presentan a continuación:

4.2 PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS OBTENIDOS EN EL TRABAJO DE CAMPO.

CUADRO N° 01

MUJERES EN EDAD FÉRTIL DE 18 A 40 AÑOS, POR EDAD. SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN – HOSPITAL FELIX MAYORCA SOTO DE TARMA – ENERO –JUNIO DEL 2,016.

GRADO DE INSTRUCCION	EDAD (AÑOS)						TOTAL	
	18 -23		24 – 29		30 - 40		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
PRIMARIA	9	31	3	10.4	1	3.4	13	44.8
SECUNDARIA	4	13.8	6	20.7	2	6.9	12	41.4
SUPERIOR	0	0	1	3.4	3	10.4	4	13.8
TOTAL	13	44.8	10	34.5	6	20.7	29	100

Fuente : Cuestionario

$$X^2_c = 12.16436 > X^2_t = (5\% \alpha 4 \text{ gl}) = 9.488$$

Por lo tanto: Ha = Se acepta Ho = Se rechaza

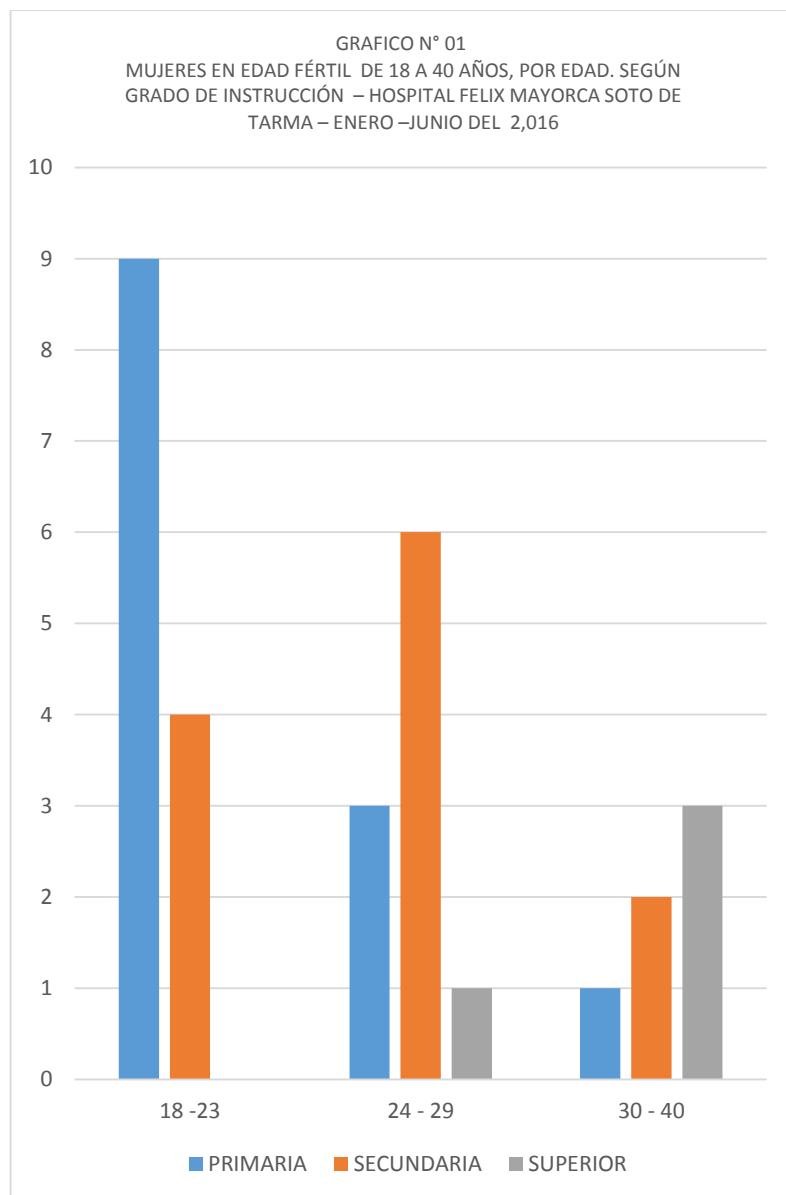
COMENTARIO DEL CUADRO N° 01

El presente cuadro nos muestra a las mujeres en edad fértil de 18 a 40 años, por edad, según grado de instrucción, en donde de un total 29 (100%), la mayoría estudiaron hasta el nivel primario con un 44.8 % (13) de los cuales el 31 % (11) tienen entre 18 a 23 años, en segundo lugar se encuentra las que tienen grado de instrucción secundaria, representado por el 41.4 % (12), en tercer lugar se encuentra los que tienen grado de instrucción superior con un 13.8 % (4).

Comparando los resultados de acuerdo al grupo etario la mayoría de las mujeres en edad fértil 44.8 % (13) tienen entre 18 a 23

años, en segundo lugar se encuentran las que tienen entre 24 a 29 años, con un 34.5 % (10), en tercer lugar se encuentra las que tienen entre 30 a 40 años con un 20.7 % (6).

Realizando una comparación con la prueba no paramétrica del Chi cuadrado podemos afirmar que: $X^2_c = 12.16436 > X^2_t = 9.488$ (5 % α 4 gl), por lo tanto si hay relación significativa entre ambas variables.



CUADRO N° 02

MUJERES EN EDAD FÉRTIL DE 18 A 40 AÑOS, POR ESTADO CIVIL,
SEGÚN PROCEDENCIA – HOSPITAL FELIX MAYORCA SOTO DE
TARMA – ENERO –JUNIO DEL 2,016

PROCEDENCIA	ESTADO CIVIL						TOTAL	
	SOLTERA		CASADA		OTRA CONDICION			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TARMA	6	20.7	8	27.6	2	6.9	16	55.2
DISTRITOS DE TARMA	6	20.7	3	10.4	1	3.4	10	34.5
OTRO LUGAR	2	6.9	1	3.4	0	0	3	10.3
TOTAL	14	48.3	12	41.4	3	10.3	29	100

Fuente : Cuestionario

$$X^2_c = 1.910317 < X^2_t = (5 \% \alpha 4 \text{ gl}) = 9.488$$

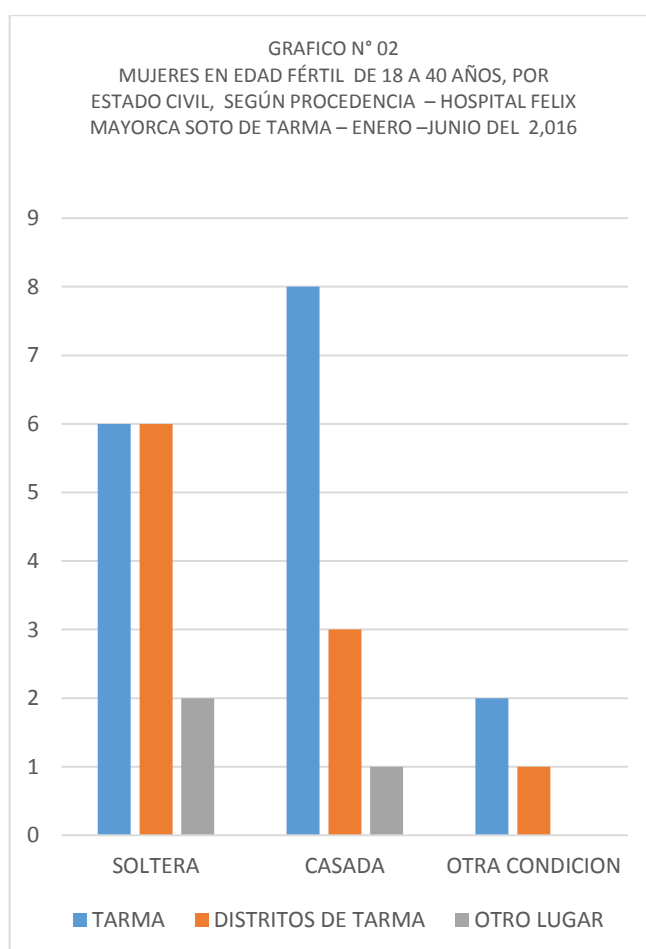
Por lo tanto: Ha = Se rechaza Ho = Se acepta

COMENTARIO DEL CUADRO N° 02

El presente cuadro nos muestra a las mujeres en edad fértil de 18 a 40 años, por estado civil, según procedencia, en donde de un total 29 (100%), la mayoría proceden de Tarma con un 55.2 % (16) de los cuales el 27.6 % (8) son casadas, en segundo lugar se encuentra las que proceden de los distritos de Tarma, representado por el 34.5 % (10), en tercer lugar se encuentra los que proceden de otro lugar con un 10.3 % (3).

Comparando los resultados de acuerdo al grupo estado civil, la mayoría de las mujeres en edad fértil 48.3 % (14) son solteras, en segundo lugar se encuentran las que son casadas, con un 41.4 % (12), en tercer lugar se encuentra las que tienen otra condición civil con un 10.3 % (3).

Realizando una comparación con la prueba no paramétrica del Chi cuadrado podemos afirmar que: $X^2_c = 1.910317 < X^2_t = 9.488$ (5 % α 4 gl), por lo tanto no hay relación significativa entre ambas variables.



CUADRO N° 03
MUJERES EN EDAD FÉRTIL DE 18 A 40 AÑOS, POR NUMERO DE HIJOS, SEGÚN INGRESO ECONOMICO – HOSPITAL FELIX MAYORCA SOTO DE TARMA – ENERO –JUNIO DEL 2,016.

INGRESO ECONOMICO	NUMERO DE HIJOS						TOTAL	
	1		2		3 A MÁS		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
BAJO	6	20.7	6	20.7	3	10.3	15	51.7
MEDIO	7	24.1	3	10.3	1	3.5	11	37.9
ALTO	3	10.4	0	0	0	0	3	10.4
TOTAL	16	55.2	9	31	4	13.8	29	100

Fuente : Cuestionario

$$X^2_c = 4.240151 < X^2_t = (5 \% \alpha 4 \text{ gl}) = 9.488$$

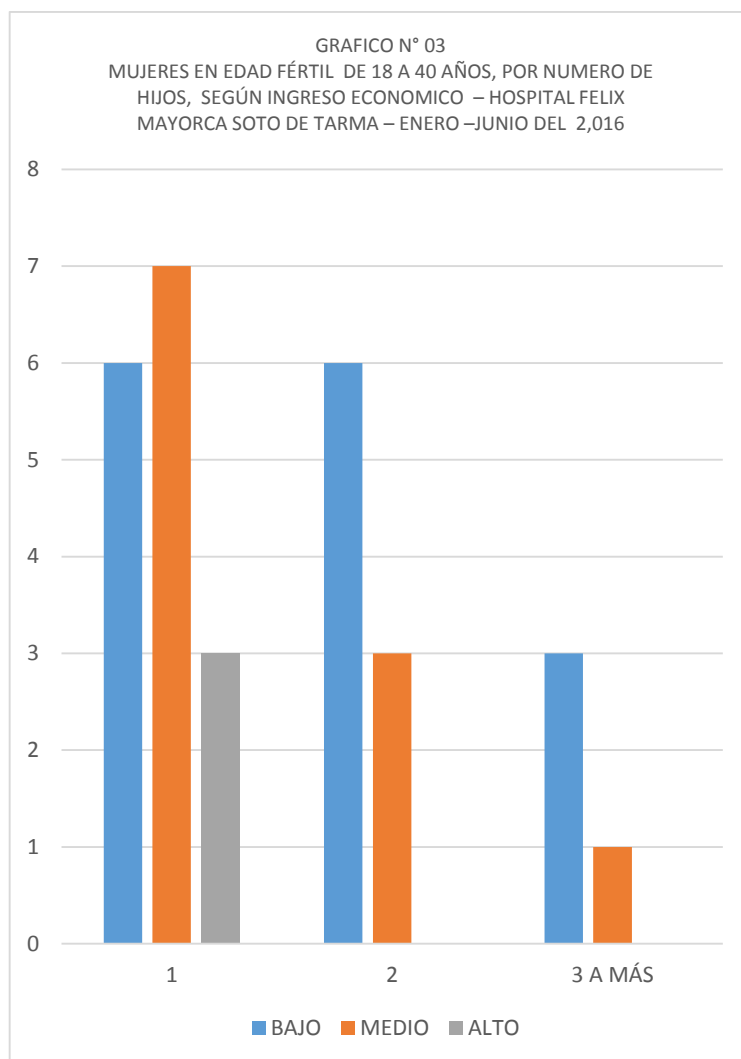
Por lo tanto: $H_a =$ Se rechaza $H_o =$ Se acepta

COMENTARIO DEL CUADRO N° 03

El presente cuadro nos muestra a las mujeres en edad fértil de 18 a 40 años, por número de hijos, según ingreso económico, en donde de un total 29 (100%), la mayoría tienen bajo ingreso económico con un 51.7 % (15) de los cuales el 20.7 % (68) tienen entre 1 a 2 hijos, en segundo lugar se encuentra las que tienen ingreso económico medio, representado por el 37.9 % (11), en tercer lugar se encuentra los que tienen ingreso económico alto con un 10.4 % (3).

Comparando los resultados de acuerdo al número de hijos, la mayoría de las mujeres en edad fértil 55.2 % (16) tienen 1 hijo, en segundo lugar se encuentran las que tienen 2 hijos, con un 31 % (9), en tercer lugar se encuentra las que tienen 3 a más hijos con un 13.8 % (4).

Realizando una comparación con la prueba no paramétrica del Chi cuadrado podemos afirmar que: $X^2_c = 4.240151 < X^2_t = 9.488$ (5 % α 4 gl), por lo tanto no hay relación significativa entre ambas variables.



CUADRO N° 04

MUJERES EN EDAD FÉRTIL DE 18 A 40 AÑOS , POR CREENCIAS, SEGÚN NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD - HOSPITAL FELIX MAYORCA SOTO DE TARMA – ENERO –JUNIO DEL 2,016.

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD	CREENCIAS						TOTAL	
	NEGATIVAS		POSITIVAS		OTRO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
OPTIMO	0	0	0	0	2	6.9	2	6.9
MED. OPTIMO	7	24.2	2	6.9	1	3.4	10	34.5
NO ÓPTIMO	13	44.8	4	13.8	0	0	17	58.6
TOTAL	20	69	6	20.7	3	10.3	29	100

Fuente : Cuestionario

$$X^2_c = 14.55762 > X^2_t = (5\% \alpha 4 \text{ gl}) = 9.488$$

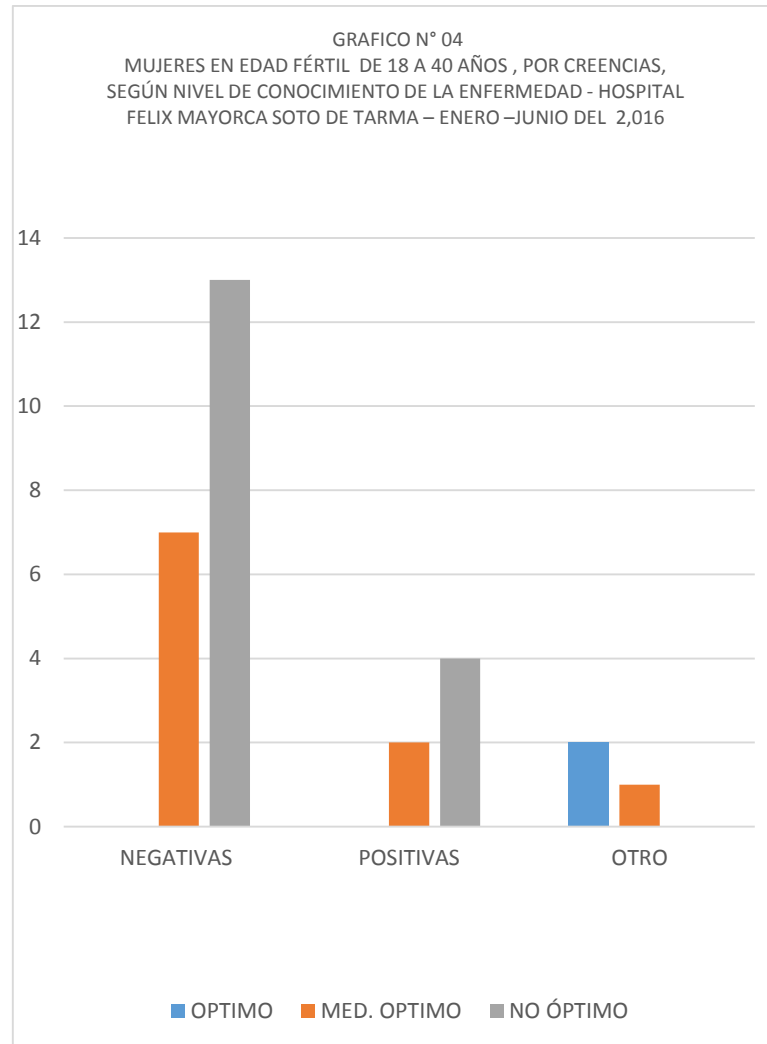
Por lo tanto: H_a = Se acepta H_o = Se rechaza

COMENTARIO DEL CUADRO N° 04

El presente cuadro nos muestra a las mujeres en edad fértil de 18 a 40 años, por creencias, según nivel de conocimiento de la enfermedad, en donde de un total 29 (100%), la mayoría tienen un nivel de conocimiento no óptimo con un 58.6 % (17) de los cuales el 44.8 % (13) tienen creencias negativas, en segundo lugar se encuentra las que tienen un nivel de conocimiento medianamente óptimo, representado por el 34.5 % (10), en tercer lugar se encuentra los que tienen un nivel de conocimiento óptimo con un 6.9 % (2).

Comparando los resultados de acuerdo a las creencias, la mayoría de las mujeres en edad fértil 69 % (20) tienen creencias negativas, en segundo lugar se encuentran las que tienen creencias positivas, con un 20.7 % (6), en tercer lugar se encuentra las que tienen otro tipo de creencias con un 10.3 % (3).

Realizando una comparación con la prueba no paramétrica del Chi cuadrado podemos afirmar que: $X^2_c = 14.55762 > X^2_t = 9.488$ (5 % α 4 gl), por lo tanto si hay relación significativa entre ambas variables.



CUADRO N° 05

FACTORES NEGATIVOS QUE CONDICIONAN LA NEGATIVA DEL
TAMIZAJE DE PAPANICOLAOU Y LA INCIDENCIA DE CANCER DE
CUELLO UTERINO EN MUJERES DE 18 A 40 AÑOS - HOSPITAL FELIX
MAYORCA SOTO DE TARMA – ENERO –JUNIO DEL 2,016

TAMIZAJE DE PAPANICOLAOU	FACTORES NEGATIVOS						TOTAL	
	PRESENTE		MEDIANAMENTE PRESENTE		AUSENTE			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ACEPTA ADECUADAMENTE	0	0	2	6.9	1	3.4	3	10.3
ACEPTA MODERADAMENTE	6	20.7	4	13.8	0	0	10	34.5
RECHAZA	11	37.9	5	17.3	0	0	16	55.2
TOTAL	17	58.6	11	38	1	3.4	29	100

Fuente : Cuestionario y Guía de observación

$$X^2_c = 11.56123 > X^2_t = (5\% \alpha 4 \text{ gl}) = 9.488$$

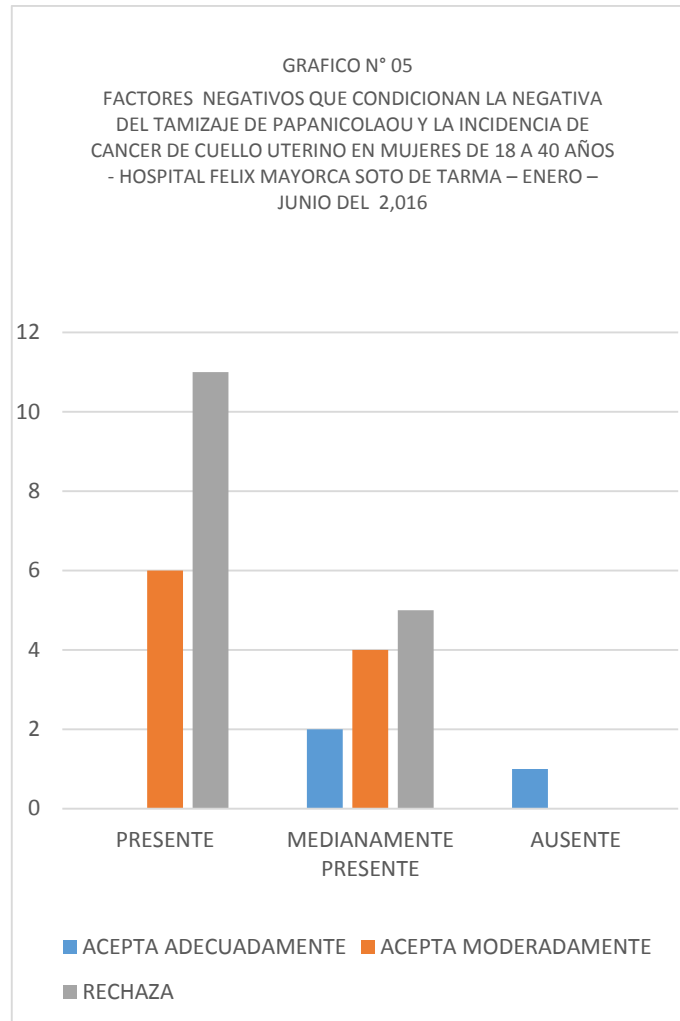
Por lo tanto: $H_a =$ Se acepta $H_o =$ Se rechaza

COMENTARIO DEL CUADRO N° 05

El presente cuadro nos muestra a las mujeres en edad fértil de 18 a 40 años, por factores negativos que condicionan la negativa del tamizaje de Papanicolaou y la incidencia de cáncer de cuello uterino en mujeres de 18 a 40 años, en donde de un total 29 (100%), la mayoría rechaza el tamizaje de papanicolaou con un 55.2 % (16) de los cuales el 37.9 % (11) se encuentran presentes los factores negativos, en segundo lugar se encuentra las que aceptan moderadamente el tamizaje del papanicolaou, representado por el 34.5 % (10), en tercer lugar se encuentra los que aceptan adecuadamente con un 10.3 % (3).

Comparando los resultados de acuerdo a los factores negativos, la mayoría de las mujeres en edad fértil 58.6 % (17) se encuentra presente los factores negativos, en segundo lugar medianamente presentes los factores negativos, con un 38 % (11), en tercer lugar los factores ausentes con un 3.4 % (1).

Realizando una comparación con la prueba no paramétrica del Chi cuadrado podemos afirmar que: $X^2_c = 11.56123 > X^2_t = 9.488$ (5 % α 4 gl), por lo tanto si hay relación significativa entre ambas variables.



4.3 PRUEBA DE HIPOTESIS

En el cuadro N° 04 Realizando una comparación con la prueba no paramétrica del Chi cuadrado podemos afirmar que: $X^2_c = 14.55762 > X^2_t = 9.488$ (5 % α 4 gl), por lo tanto si hay relación significativa entre las creencias y el nivel de conocimiento de la enfermedad. Por lo tanto: $H_a =$ Se acepta $H_o =$ Se rechaza

En el cuadro N° 05 Realizando una comparación con la prueba no paramétrica del Chi cuadrado podemos afirmar que: $X^2_c = 11.56123 > X^2_t = 9.488$ (5 % α 4 gl), por lo tanto si hay relación

significativa entre la presencia de factores negativos con el tamizaje de Papanicolaou. Por lo tanto: $H_a = \text{Se acepta}$ $H_o = \text{Se rechaza}$

4.4 DISCUSION DE RESULTADOS

La salud reproductiva es fundamental para las personas, las parejas y las familias, así como para el desarrollo social y económico de las comunidades y naciones. El componente Cáncer del cuello uterino se propone fortalecer en esta oportunidad mediante el instrumento de la comunicación e información, describir las técnicas de tamizaje para la detección oportuna de lesiones de cérvix, la forma de abordarlas y de acuerdo a una gestión de recursos de todas las áreas, para programación y planificación estratégica de los próximos años. Tras describir las técnicas de tamizaje que están en los lineamientos normativos para la detección oportuna, es prioritario la descentralización del proceso de capacitación de todas las áreas de salud con la única finalidad de aumentar las coberturas, diagnosticar y tratar las lesiones pre-cáncer cérvico uterinas, como estrategia de reducción de la mortalidad por este cáncer .

Este curso de capacitación, es un diseño para preparar capacitadores que sean competentes en la prevención, detección, tratamiento y seguimiento de las mujeres que en su control de tamizaje se han detectado con lesiones pre cáncer. Además provee la habilidad de referir oportuna y efectivamente a aquellas mujeres que se presenten con lesiones avanzadas y que necesitan un tratamiento más especializado.

De un total 29 (100%), de mujeres en edad fértil de 18 a 40 años, por número de hijos, según ingreso económico, la mayoría tienen bajo ingreso económico con un 51.7 % (15), en segundo lugar se encuentra las que tienen ingreso económico medio, representado por el 37.9 % (11), en tercer lugar se encuentra los que tienen ingreso económico alto con un 10.4 % (3).

La mayoría de las mujeres en edad fértil 55.2 % (16) tienen 1 hijo, en segundo lugar se encuentran las que tienen 2 hijos, con un 31 % (9), en tercer lugar se encuentra las que tienen 3 a más hijos con un 13.8 % (4).

De un total 29 (100%), de mujeres en edad fértil de 18 a 40 años, por creencias, según nivel de conocimiento de la enfermedad, la mayoría tienen un nivel de conocimiento no óptimo con un 58.6 % (17), en segundo lugar se encuentra las que tienen un nivel de conocimiento medianamente óptimo, representado por el 34.5 % (10), en tercer lugar se encuentra los que tienen un nivel de conocimiento óptimo con un 6.9 % (2).

La mayoría de las mujeres en edad fértil 69 % (20) tienen creencias negativas, en segundo lugar se encuentran las que tienen creencias positivas, con un 20.7 % (6), en tercer lugar se encuentra las que tienen otro tipo de creencias con un 10.3 % (3).

Según Según, la doctora Eva María Sánchez Sánchez en la tesis “infección del virus papiloma humano y cáncer de cuello uterino: distribución de genotipos en mujeres conizadas por lesión escamosa

intraepitelial de alto grado y análisis de los Cofactores de cáncer de Cérvix en Málaga en el 2012”. Concluye que si guarda estrecha relación entre “ infección del virus papiloma humano y cáncer de cuello uterino.

De un total 29 (100%), de mujeres en edad fértil de 18 a 40 años, por factores negativos que condicionan la negativa del tamizaje de Papanicolaou y la incidencia de cáncer de cuello uterino, la mayoría rechaza el tamizaje de papanicolaou con un 55.2 % (16), en segundo lugar se encuentra las que aceptan moderadamente el tamizaje del papanicolaou, representado por el 34.5 % (10), en tercer lugar se encuentra los que aceptan adecuadamente con un 10.3 % (3).

La mayoría de las mujeres en edad fértil 58.6 % (17) se encuentra presente los factores negativos, en segundo lugar medianamente presentes los factores negativos, con un 38 % (11), en tercer lugar los factores ausentes con un 3.4 % (1).

Según la Dra. Ana Karina ORELLANA CASCO en el trabajo de investigación sobre “Análisis de la aplicación correcta de la norma de detección de cáncer cervical en la unidad de salud de Sensuntepeque cabañas en el mes de junio de 2011” concluye que: El personal de la Unidad de Salud Sensuntepeque no aplica en un cien por ciento correctamente la norma de Prevención y Control del Cáncer de Cérvix. De las 95 pacientes que asistieron a toma de Papanicolaou en el mes de Junio 39 pacientes (41.10%) recibieron consejería. El 86.3% de las pacientes, es decir 82 usuarias si recibieron el tratamiento según

norma, lo que refleja que el personal médico en su mayoría si brinda en tratamiento según norma. El personal de Salud (enfermería) solo realizo en el mes de Junio 9 vistas domiciliarias de las 95 citologías tomadas, representando un 9.5%. El 66.3 % (63 pacientes) recibió su citología en un mes, tal como lo norma la Unidad de Salud de Sensuntepeque.¹

CONCLUSIONES

1.- De un total 29 (100%), de mujeres en edad fértil de 18 a 40 años, por edad, según grado de instrucción, la mayoría estudiaron hasta el nivel primario con un 44.8 % (13), en segundo lugar se encuentra las que tienen grado de instrucción secundaria, representado por el 41.4 % (12), en tercer lugar se encuentra los que tienen grado de instrucción superior con un 13.8 % (4).

2.- La mayoría de las mujeres en edad fértil 44.8 % (13) tienen entre 18 a 23 años, en segundo lugar se encuentran las que tienen entre 24 a 29 años, con un 34.5 % (10), en tercer lugar se encuentra las que tienen entre 30 a 40 años con un 20.7 % (6).

3.- De un total 29 (100%), de mujeres en edad fértil de 18 a 40 años, por estado civil, según procedencia, la mayoría proceden de Tarma con un 55.2 % (16), en segundo lugar se encuentra las que proceden de los distritos de Tarma, representado por el 34.5 % (10), en tercer lugar se encuentra los que proceden de otro lugar con un 10.3 % (3).

4.- La mayoría de las mujeres en edad fértil 48.3 % (14) son solteras, en segundo lugar se encuentran las que son casadas, con un 41.4 % (12), en tercer lugar se encuentra las que tienen otra condición civil con un 10.3 % (3).

5.- De un total 29 (100%), de mujeres en edad fértil de 18 a 40 años, por número de hijos, según ingreso económico, la mayoría tienen bajo ingreso económico con un 51.7 % (15), en segundo lugar se encuentra las que tienen ingreso económico medio, representado por el 37.9 %

(11), en tercer lugar se encuentra los que tienen ingreso económico alto con un 10.4 % (3).

6.- La mayoría de las mujeres en edad fértil 55.2 % (16) tienen 1 hijo, en segundo lugar se encuentran las que tienen 2 hijos, con un 31 % (9), en tercer lugar se encuentra las que tienen 3 a más hijos con un 13.8 % (4).

7.- De un total 29 (100%), de mujeres en edad fértil de 18 a 40 años, por creencias, según nivel de conocimiento de la enfermedad, la mayoría tienen un nivel de conocimiento no óptimo con un 58.6 % (17), en segundo lugar se encuentra las que tienen un nivel de conocimiento medianamente óptimo, representado por el 34.5 % (10), en tercer lugar se encuentra los que tienen un nivel de conocimiento óptimo con un 6.9 % (2).

8.- La mayoría de las mujeres en edad fértil 69 % (20) tienen creencias negativas, en segundo lugar se encuentran las que tienen creencias positivas, con un 20.7 % (6), en tercer lugar se encuentra las que tienen otro tipo de creencias con un 10.3 % (3).

9.- De un total 29 (100%), de mujeres en edad fértil de 18 a 40 años, por factores negativos que condicionan la negativa del tamizaje de Papanicolaou y la incidencia de cáncer de cuello uterino, la mayoría rechaza el tamizaje de papanicolaou con un 55.2 % (16), en segundo lugar se encuentra las que aceptan moderadamente el tamizaje del papanicolaou, representado por el 34.5 % (10), en tercer lugar se encuentra los que aceptan adecuadamente con un 10.3 % (3).

10.- La mayoría de las mujeres en edad fértil 58.6 % (17) se encuentra presente los factores negativos, en segundo lugar medianamente presentes los factores negativos, con un 38 % (11), en tercer lugar los factores ausentes con un 3.4 % (1).

RECOMENDACIONES

1.- Sugerir a las autoridades del Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma a organizar eventos sobre Tamizaje y cáncer de Cuello uterino, dirigido a todo el personal de Salud con la finalidad de mejorar el nivel de conocimiento y a través de ellos educar a la población sobre la prevención de las enfermedades de esta índole.

2.- Sugerir a las autoridades del Ministerio de Salud de Tarma a realizar convenios con el Instituto Nacional de Enfermedades neoplásicas y Centros Oncológicos especializados de prevención de la Ciudad de Lima.

3.- Sugerir al personal de Salud del Hospital, Centros y Puestos de Salud a organizar campañas masivas de prevención y promoción de la salud sobre cáncer de Cuello uterino en los distritos y anexos de Tarma.

4.- Sugerir a los estudiantes de maestría y especialidad a investigar temas que contribuyan a mejorar la salud de la población materna y mujeres en edad fértil más vulnerable, que se encuentra en las zonas marginales.

5.- Sugerir al personal de Salud a derivar a las pacientes que requieran una atención alto nivel a los Hospitales especializados en cáncer de la Ciudad de Lima.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Dra. Ana Karina ORELLANA CASCO en el trabajo de investigación sobre “Análisis de la aplicación correcta de la norma de detección de cáncer cervical en la unidad de salud de Sensuntepeque cabañas en el mes de junio de 2011
- 2.- Miller A. Cervical Cancer Screening Programmes: Managerial Guidelines. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (1992).
- 3.- Alonso, Lazcan, Hernández, Cáncer Cervico uterino Diagnostico, Prevencion y Control, Panamericana 2000.
- 4.- Centro para programas de Comunicación, Facultad de Salud Pública, Universidad de Johns Hopkins, Lo Esencial de la Tecnología Anticonceptiva, Capitulo 3 La Consejería, 1999.
- 5.- COACLA C. Alcides y COTACALLAPA C. Edgar . 2,001. “Perlas de Obstetricia y Ginecología” Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez. Facultad de Ciencias de la Salud- Juliaca –Puno-Perú.
- 6.- BOTERO U, Jaime; Júbiz H, Alfonso; Henao, BulliDormo. Ginecología y Obstetricia 2000: edición. Editorial de la Universidad de Antioquia
- 7.- HERNANDEZ SAMPIERI, Roberto (2003) “Metodología de la investigación”. Tercera edición. Editorial McGraw Hill Interamericana .México. D.F.
- 8.- ANDER EGG. Ezequiel. (1992) “Técnicas de Investigación Social” Buenos Aires – Argentina.

9. BUNGE V. Mario. (1996). "La Ciencia su Método y su Filosofía" B. A. Argentina.
- 10.. CANALES, Francisco y Otros. (1990). "Metodología de la Investigación" México.
11. Pólit, Dense y Otros. (2002) "Investigación Científica en Ciencia de la Salud" México.
12. TAFUR, R. (1995). "La tesis Universitaria" Edit. Mantaro. Lima –Perú.
- 13.. TAMAYO Tamayo, Mario. (1994). "El Proceso de Investigación Científica" México.
- 14.- DR. Ludwig OVALLE Ministro de Salud Pública y Asistencia Social Dra. Silvia PALMA Vice Ministra de Hospitales Dr. Pedro ROSALES Vice Ministro Técnico Dr. Rafael HAEUSSLE . Manual para Tamizaje del Cancer Cervicouterino. Programa Nacional de Salud Reproductiva Componente Cervicouterino Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Prevención y detección temprana de cáncer cervicouterino.

Páginas de internet

- 14.- <http://www.eluniversal.com.co/cartagena/vida-sana/tamizaje-mejor-prevencion-para-cancer-de-cuello-uterino-50074>

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION
ESCUELA DE POSGRADO

CUESTIONARIO

OBJETIVO.-

Recolectar información de las mujeres en edad fértil de 18 a 40 años del Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma.

1.- Nombre y apellidos:

.....

2.- Edad:3.Peso:.....

4.- Grado de instrucción :

- a) Primaria ()
- b) Secundaria ()
- c) superior ()

5.- Ingreso económico:

- a) Bajo ()
- b) Medio ()
- c) Alto ()

6.- Indique Usted el lugar de procedencia:

.....

7.- Cuantos hijos tiene?

.....

8.- Estado civil.-

.....

9.- Creencias sobre el tamizaje de Cuello uterino :

.....

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION

ESCUELA DE POSGRADO

GUÍA DE OBSERVACIÓN

OBJETIVO.-

Recolectar información de la influencia de los factores negativos en la negativa de tamizaje de Papanicolaou en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma.

Item	PROPOSICIONES	SI	NO
1	La mujer en edad fértil Posee bajo nivel educativo?		
2	La mujer en edad fértil Posee bajo ingreso económico?		
3	La mujer en edad fértil Posee creencias negativas?		
4	Al examen del papanicolaou, se observa alteraciones en el cuello uterino?		
5	La mujer en edad fértil colabora activamente durante el procedimiento del papanicolaou?		

A photograph of two hands holding a blue awareness ribbon. The ribbon is tied in a bow and is held between the palms of the hands. The background is a solid blue color.

Cáncer de Cuello Uterino

Detección

**ENFERMEDAD PREINVASORA
DIAGNÓSTICO**

- **Detección/Tamizaje:**
 - Papanicolaou
 - Colposcopia
 - Biopsia
 - Exploración ginecológica, con tacto bimanual y rectal

Citología (PAP)

- La toma de muestra se realiza mediante la introducción de un espéculo en el canal cervical de la paciente en estudio.
- Las células endocervicales se obtienen con un cepillo, mientras que las células exocervicales se obtienen con un espátula.

