

Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Programa Profesional de Medicina Humana



*Conocimiento y Cumplimiento del Examen de Citología
Cervical (Papanicolaou) en Mujeres Profesionales de la
Salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza
Arequipa 2013*

Autora:

BERIOSKA PAMELA APAZA ARAUJO

Trabajo de Investigación para optar el Título
Profesional de Médico Cirujano

Arequipa - Perú

2014

DEDICATORIA

*A Dios, por la bendición de regalarme una hermosa familia
unida en Él.*

*Al amor de mi vida, mi padre, que aunque no estés en
cuerpo, tu recuerdo alimenta cada paso que doy y
continúas siendo el artífice de todos mis logros.*

*A mi madre, porque a tu lado aprendí a ser fuerte y nunca
me sentí sola, gracias por acompañarme en este hermoso
sueño y porque jamás me dejaste desfallecer.*

*A mi hermana, por compartir y descubrir una vida juntas
llenando nuestros días de hermosos recuerdos; por ser el
ejemplo vivo de sencillez y coraje, gracias por creer siempre
en mí. Te amo.*

El fruto del silencio es la oración.

El fruto de la oración es la fe.

El fruto de la fe es el amor.

*El fruto del amor es el
servicio.*

El fruto del servicio es la paz

María Teresa de Calcuta

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I MATERIAL Y MÉTODOS	3
CAPÍTULO II RESULTADOS.....	9
CAPÍTULO III. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	34
CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	41
BIBLIOGRAFÍA.....	44
ANEXOS.....	47
Anexo 1: Ficha de recolección de datos	48
Anexo 2 Matriz de sistematización de información.....	51
Anexo 3 Proyecto de investigación	52

RESUMEN

Antecedente: El examen de citología cervical con técnica de Papanicolaou es una técnica útil para la detección precoz del cáncer de cuello, que debe ser mejor conocido y practicado por mujeres profesionales de la salud.

Objetivo: Establecer el nivel de conocimiento y de cumplimiento del examen de citología cervical (Papanicolaou) en mujeres profesionales de la salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2013.

Métodos: Encuesta a una muestra representativa de mujeres del hospital, para aplicar un instrumento previamente validado para evaluar el conocimiento y el cumplimiento del examen de citología cervical. Se muestra resultados mediante estadística descriptiva y se comparan grupos mediante prueba chi cuadrado.

Resultados: El 73.75% de mujeres profesionales fueron enfermeras, 19.38% eran médicas, y 6.88% obstétricas. En general, el 43.75% de trabajadoras refiere una vida sexual activa regular, que entre las enfermeras fue de 41.53%, en las médicos de 48.39% y en las obstétricas de 54.55% ($p > 0.05$). En 1.25% de mujeres no se refirió haber tenido parejas sexuales, en 55.25% sólo se tuvo una pareja, en 32.50% dos parejas, y de tres a más en 10% del total de mujeres. El 18.13% de mujeres profesionales de la salud no se ha realizado el examen de despistaje de cáncer cervical; el 20.63% de mujeres se hicieron un examen dentro del año transcurrido, 26.88% lo hicieron hace más de un año, 19.38% hace más de 2 años, y un 15% lo hizo hace más de 3 años. Se encontró que el 22.03% de enfermeras tuvieron un buen cumplimiento, en 16.13% de médicos y en 36.36% de obstétricas, mientras que el 22.88% de enfermeras tuvo un mal cumplimiento, lo que ocurrió en 19.35% de médicas y no se presentó entre las obstétricas ($p > 0.05$). El nivel de conocimiento fue en general regular (48.13%), siendo bueno en 21.88% y deficiente en 30%; entre las médicos y obstétricas sólo 6.45% y 9.09%, respectivamente, alcanzaron conocimiento deficiente ($p < 0.05$).

Conclusión: El cumplimiento y conocimiento del examen de citología cervical pueden ser mejorados en las mujeres profesionales de la salud.

PALABRAS CLAVE: citología cervical – Papanicolaou – profesionales de la salud – conocimiento – cumplimiento.

ABSTRACT

Background: A review of cervical cytology Papanicolaou technique is useful for early detection of cervical cancer, which should be better known and practiced by female health professionals art.

Objective: To establish the level of knowledge and compliance review of cervical cytology (Pap) in female health professionals Regional Hospital Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2013.

Methods: Survey of a representative sample of women in hospital, to implement a previously validated instrument to assess knowledge and compliance review of cervical cytology. Results shown by descriptive statistics and groups were compared by chi square test.

Results: A 73.75% of professional women were nurses, 19.38% were doctors, obstetricians and 6.88%. Overall, 43.75% of workers referred a regular sexual activity, which among nurses was 41.53%, in 48.39% of the female physicians and in 54.55% of obstetricians ($p > 0.05$). In 1.25% of women did not refer to have had sexual partners, 55.25% had only one pair, two pairs at 32.50%, and three or more in 10% of all women. The 18.13% of female health professionals has not conducted the review of screening for cervical cancer, the 20.63% of women a test within the past year were, 26.88% did so for over a year, more than 19.38% 2 years and 15% more than it did 3 years ago. We found that 22.03% of nurses had good compliance in medical and 16.13% in 36.36% of obstetricians, while 22.88% of nurses had poor compliance, which occurred in 19.35% of medical and held off between midwives ($p > 0.05$). The level of knowledge was generally in fair (48.13%), being good at 21.88% and low 30%, between doctors and obstetricians only 6.45% and 9.09%, respectively, achieved a deficient knowledge ($p < 0.05$).

Conclusion: Compliance and knowledge of cervical cytology test can be improved in female health staff.

KEYWORDS: cervical cytology - Pap - Health professionals - knowledge - compliance.

INTRODUCCIÓN

El cáncer cervical es uno de los principales problemas de la salud pública, cuya incidencia ha experimentado cambios importantes sobre todo en la segunda mitad del siglo XX, a raíz de la implementación rutinaria de la citología cervical por parte de los sistemas de salud públicos y privados, no sólo disminuyendo la incidencia e índice de mortalidad sino identificando un gran número de neoplasias preinvasoras.

A pesar de ello, el cáncer de cérvix sigue siendo una de las principales causas de muerte por cáncer y la principal causa de cáncer en mujeres en edad reproductiva. Al parecer la cultura de prevención no ha sido lo suficientemente intensiva para lograr un cambio de actitudes, sobre todo en los grupos de riesgo. El advenimiento de la vacuna contra VPH tiene poco tiempo de aplicación, y como su aplicación no es universal sino a determinados grupos poblacionales, aún no se sabe si su utilidad será la más adecuada. Por tal motivo, la detección temprana sigue siendo la principal forma de prevención.

El personal de salud es el principal promotor de las medidas de detección tempranas a través de la educación en salud de las pacientes, esta educación, que debe comenzar en la familia y en la escuela, debe ser permanente en la atención de nuestra población.

Pero a pesar de que las mujeres profesionales de la salud son el principal promotor de la educación en prevención, sobre todo en una forma de cáncer de tan elevada frecuencia y de detección sencilla, cabe preguntarnos si ellas ponen en práctica las medidas de prevención que deben enseñar.

Estudios previos han demostrado que hasta un 25% de mujeres integrantes del equipo de salud no se realizan un adecuado autoexamen de mamas para la detección del cáncer de mama, por lo que es posible que un porcentaje similar no realice de manera adecuada el examen de Papanicolaou. De allí surge el interés por realizar la presente investigación.

Luego de realizado el estudio hemos encontrado que las mujeres profesionales de la salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, 2013, son en su mayor parte enfermeras, seguidas de médicos y obstetrices, de edad mediana, con una pareja sexual y una vida sexual activa regular en casi la mitad de ellas, y en una cuarta parte de casos con antecedente familiar de cáncer ginecológico. En cuanto a nivel de conocimiento, éste fue regular en la mayoría de profesionales, las cuales tienen un buen cumplimiento en cuanto a dicho examen.

CAPÍTULO I

MATERIAL Y MÉTODOS

*Vivir no es sólo existir, sino existir y crear, saber gozar y
sufrir y no dormir sin soñar. Descansar,
es empezar a morir.*

Gregorio Marañón.

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicó la técnica de la encuesta.

Instrumentos: El instrumento utilizado consistió en una ficha de recolección de datos (Anexo 1).

Materiales:

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

2. Campo de verificación

2.1. **Ubicación espacial:** El presente estudio se realizó en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa.

2.2. **Ubicación temporal:** El estudio se realizó en forma coyuntural durante el mes de diciembre del año 2013.

2.3. **Unidades de estudio:** Mujeres profesionales de la salud del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa.

Población: Todas las mujeres profesionales de la salud del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa en el periodo de estudio, constituido por 343 mujeres, repartidas de la siguiente manera:

	N°	%
Médicos mujeres	67	19,53%
Enfermeras	252	73,47%
Obstetricas	24	7,00%
Total	343	100,00%

Muestra: se estudió una muestra cuyo tamaño se determinó mediante la fórmula de muestreo para proporciones en poblaciones finitas conocidas:

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

Donde:

N = tamaño de la población = 343

n = tamaño de la muestra

Z α = coeficiente de confiabilidad para una precisión del 95% = 1.96

p = frecuencia de conocimiento y cumplimiento adecuados = 0.25

q = 1 - p

E = error absoluto = 5% para estudios de ciencias de la salud = 0.05

Por tanto: n = 156,8 \approx 160 casos, que se repartirán proporcionalmente de la siguiente manera:

	N°
Médicos mujeres	31
Enfermeras	118
Obstetricas	11
Total	160

Las integrantes de la muestra fueron elegidas de manera aleatoria entre las que cumplieron los criterios de selección.

Criterios de selección

- ♦ **Criterios de Inclusión**

- Profesional de la salud
- Tiempo de trabajo en el hospital de al menos 6 meses.
- Participación voluntaria en el estudio

- ♦ **Criterios de Exclusión**

- Mujeres que hayan tenido lesiones cervicales epiteliales o cáncer de cuello uterino.

3. **Tipo de investigación:** Se trata de un trabajo observacional, de corte transversal.

4. Estrategia de Recolección de datos

4.1. Organización

Se realizaron coordinaciones con la dirección del Hospital para obtener la autorización para la realización del estudio. Se contactó a las mujeres profesionales de la salud médico, de enfermería y obstetricia en sus servicios respectivos, para explicar el motivo del estudio y solicitar su participación voluntaria, asegurando el anonimato de sus encuestas. Se entregó la ficha de encuesta en el momento más apropiado durante el turno o al final del mismo, de modo que no interfiera con las labores del personal.

Una vez concluida la recolección de datos, éstos fueron organizados en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

4.2. Validación de los instrumentos

Se realizó una valoración de contenido con ayuda de un especialista en el tema (tutor), y se determinó la validación de constructo y una validación predictiva a través de una prueba piloto en una muestra de 20 mujeres personal de salud del hospital Goyeneche para establecer la consistencia interna y confiabilidad, así como los puntos de corte para determinar el nivel de conocimiento; la prueba final alcanzó un coeficiente de Cronbach elevado ($\alpha = 0.84$).

Para la valoración del nivel de conocimiento se empleó la escala vigesimal, como puntajes de 0-10 como conocimiento deficiente, 11 a 15 como conocimiento regular, y de 16 a 20 como conocimiento bueno.

Para el cumplimiento, se consideró a la pregunta “Se hizo alguna vez el examen de Pap” como clasificadora; las que no se hicieron el examen teniendo factores de riesgo, se consideraron no cumplidoras; si respondió que sí, y se hizo el examen dentro del lapso de un año, el cumplimiento fue bueno, y si lo hizo más de dos a 3 años después, sin factores de riesgo, se consideró un cumplimiento regular, y con factores de riesgo, un cumplimiento deficiente.

4.3. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 fueron codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

b) Plan de Clasificación:

Se empleó una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2010).

c) Plan de Codificación:

Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala nominal y ordinal para facilitar el ingreso de datos.

d) Plan de Recuento.

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

e) Plan de análisis

Se empleó estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas) para variables categóricas, y con medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas. La comparación de variables categóricas entre grupos se realizará mediante la prueba chi cuadrado. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2010 con su complemento analítico y el paquete SPSS v.20.0.

CAPÍTULO II
RESULTADOS

*La paciencia es la fortaleza del débil y la impaciencia, la
debilidad del fuerte.
Inmanuel Kant.*

**CONOCIMIENTO Y CUMPLIMIENTO DEL EXAMEN DE CITOLOGÍA CERVICAL
(PAPANICOLAOU) EN MUJERES PROFESIONALES DE LA SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA AREQUIPA 2013**

Tabla 1

Distribución de la muestra de profesionales mujeres según ocupación

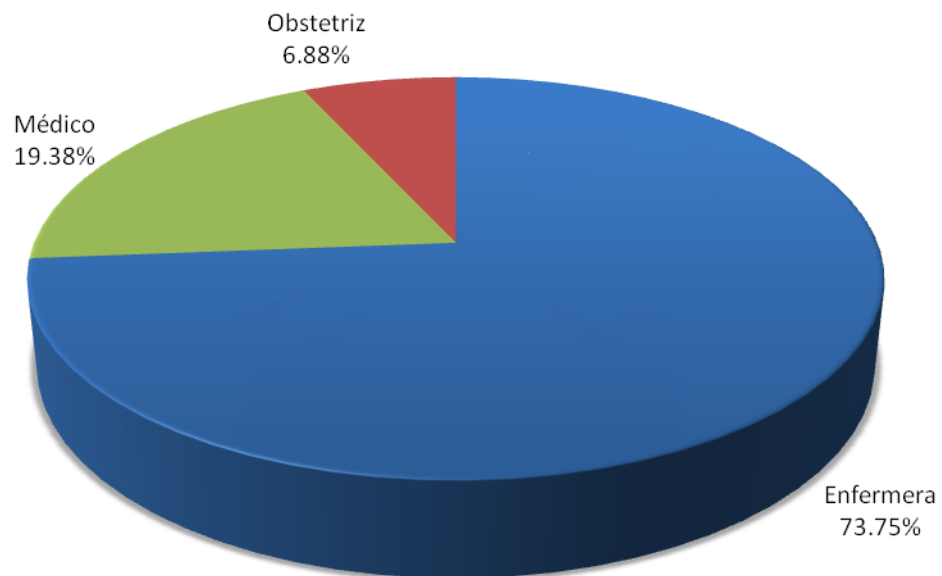
	N°	%
Enfermera	118	73.75%
Médico	31	19.38%
Obstetriz	11	6.88%
Total	160	100.00%

En la **Tabla y Gráfico 1** se observa la distribución de la muestra estudiada; el 73.75% de mujeres profesionales fueron enfermeras, 19.38% eran médicas, y 6.88% obstetrices. Estas proporciones reflejan la composición de la población estudiada.

**CONOCIMIENTO Y CUMPLIMIENTO DEL EXAMEN DE CITOLOGÍA CERVICAL
(PAPANICOLAOU) EN MUJERES PROFESIONALES DE LA SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA AREQUIPA 2013**

Gráfico 1

Distribución de la muestra de profesionales mujeres según ocupación



**CONOCIMIENTO Y CUMPLIMIENTO DEL EXAMEN DE CITOLOGÍA CERVICAL
(PAPANICOLAOU) EN MUJERES PROFESIONALES DE LA SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA AREQUIPA 2013**

Tabla 2

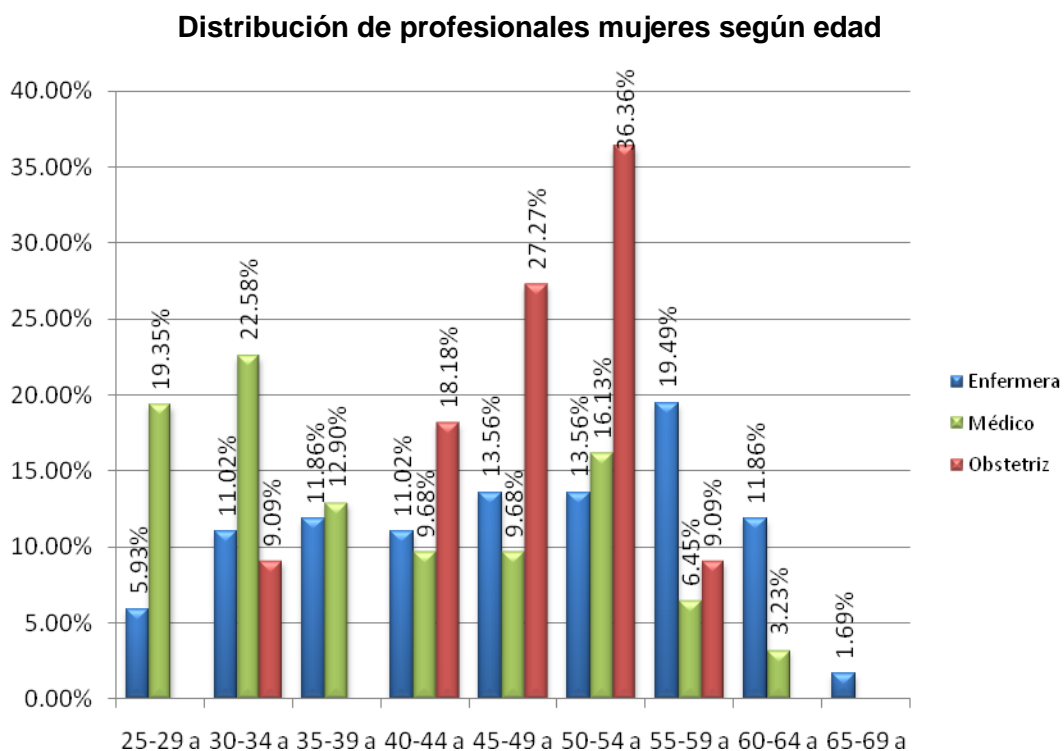
Distribución de profesionales mujeres según edad

Edad	Enfermera		Médico		Obstetriz		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
25-29 a	7	5.93%	6	19.35%	0	0.00%	13	8.13%
30-34 a	13	11.02%	7	22.58%	1	9.09%	21	13.13%
35-39 a	14	11.86%	4	12.90%	0	0.00%	18	11.25%
40-44 a	13	11.02%	3	9.68%	2	18.18%	18	11.25%
45-49 a	16	13.56%	3	9.68%	3	27.27%	22	13.75%
50-54 a	16	13.56%	5	16.13%	4	36.36%	25	15.63%
55-59 a	23	19.49%	2	6.45%	1	9.09%	26	16.25%
60-64 a	14	11.86%	1	3.23%	0	0.00%	15	9.38%
65-69 a	2	1.69%		0.00%	0	0.00%	2	1.25%
Total	118	100.0%	31	100.0%	11	100.0%	160	100.0%

En la **Tabla y Gráfico 2** se observa la distribución de la edad de las trabajadoras por grupo profesional; se puede ver que en las enfermeras la distribución de la edad es bastante homogénea entre los 30 y 64 años, mientras que entre las médicas, hubo un predominio de profesionales jóvenes, con 22,58% de ellas entre los 30 y 34 años, mientras que en las obstétricas el 36.36% estuvieron entre los 50 y 54 años. La edad promedio de las enfermeras fue de 46.96 años, en las médicas fue de 40.10 años, y en las obstétricas fue de 47.27 años; estas diferencias fueron significativas ($p < 0,05$).

**CONOCIMIENTO Y CUMPLIMIENTO DEL EXAMEN DE CITOLOGÍA CERVICAL
(PAPANICOLAOU) EN MUJERES PROFESIONALES DE LA SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA AREQUIPA 2013**

Gráfico 2



Edad promedio \pm D. estándar (Mín –Máx)

- Enfermera: 46.96 \pm 10.76 años (26 – 66 años)
- Médico: 40.10 \pm 10.50 años (25 – 62 años)
- Obstetrix: 47.27 \pm 7.06 años (32 – 57 años)

Prueba ANOVA: F = 5.37

p = 0.006

**CONOCIMIENTO Y CUMPLIMIENTO DEL EXAMEN DE CITOLOGÍA CERVICAL
(PAPANICOLAOU) EN MUJERES PROFESIONALES DE LA SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA AREQUIPA 2013**

Tabla 3

Distribución de profesionales mujeres según estado civil

E. civil	Enfermera		Médico		Obstetriz		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Casada	77	65.25%	19	61.29%	8	72.73%	104	65.00%
Conviviente	10	8.47%	1	3.23%	1	9.09%	12	7.50%
Soltera	18	15.25%	9	29.03%	0	0.00%	27	16.88%
Separada	7	5.93%	2	6.45%	1	9.09%	10	6.25%
Viuda	6	5.08%	0	0.00%	1	9.09%	7	4.38%
Total	118	100.0%	31	100.0%	11	100.0%	160	100.0%

Chi² = 8.08

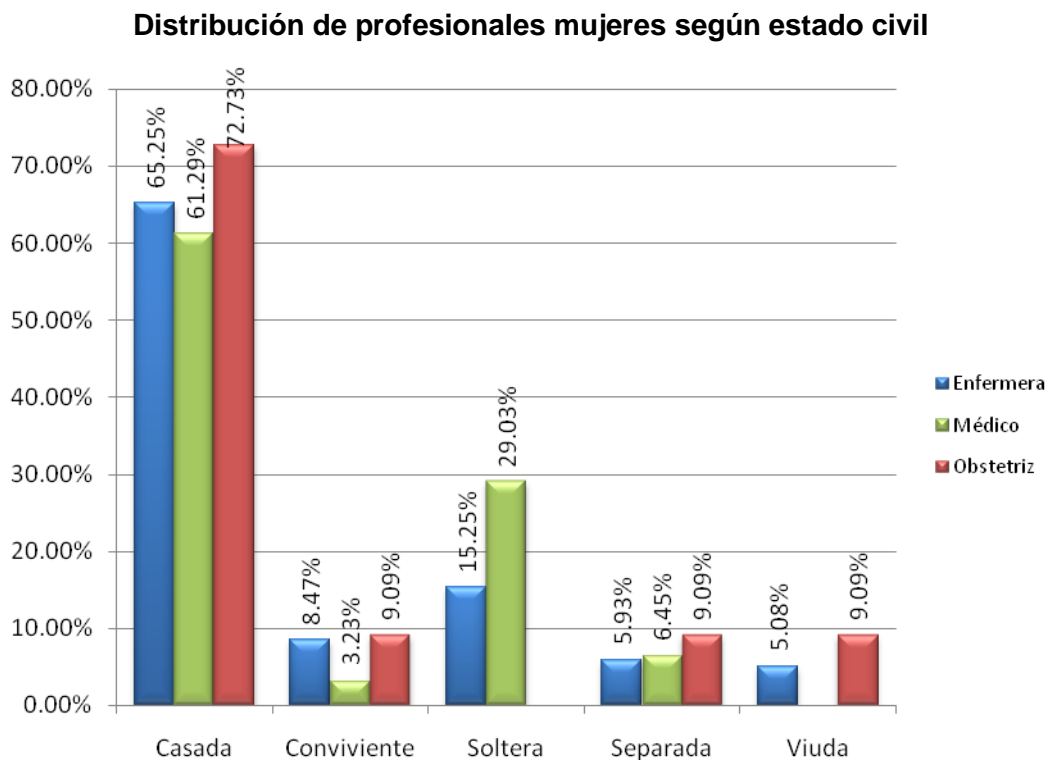
G. libertad = 8

p = 0.43

En la **Tabla y Gráfico 3** vemos que el estado civil de las mujeres fue predominantemente casada (65%), con 16.88% de solteras, 7.50% eran convivientes, 6.25% de mujeres fueron separadas y 4.38% fueron viudas. Las proporciones fueron semejantes entre los grupos profesionales ($p > 0.05$).

**CONOCIMIENTO Y CUMPLIMIENTO DEL EXAMEN DE CITOLOGÍA CERVICAL
(PAPANICOLAOU) EN MUJERES PROFESIONALES DE LA SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA AREQUIPA 2013**

Gráfico 3



**CONOCIMIENTO Y CUMPLIMIENTO DEL EXAMEN DE CITOLOGÍA CERVICAL
(PAPANICOLAOU) EN MUJERES PROFESIONALES DE LA SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA AREQUIPA 2013**

Tabla 4

Distribución de profesionales mujeres según vida sexual activa

Act. Sexual regular	Enfermera		Médico		Obstetriz		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
No	69	58.47%	16	51.61%	5	45.45%	90	56.25%
Sí	49	41.53%	15	48.39%	6	54.55%	70	43.75%
Total	118	100.0%	31	100.0%	11	100.0%	160	100.0%

$\chi^2 = 1.03$

G. libertad = 2

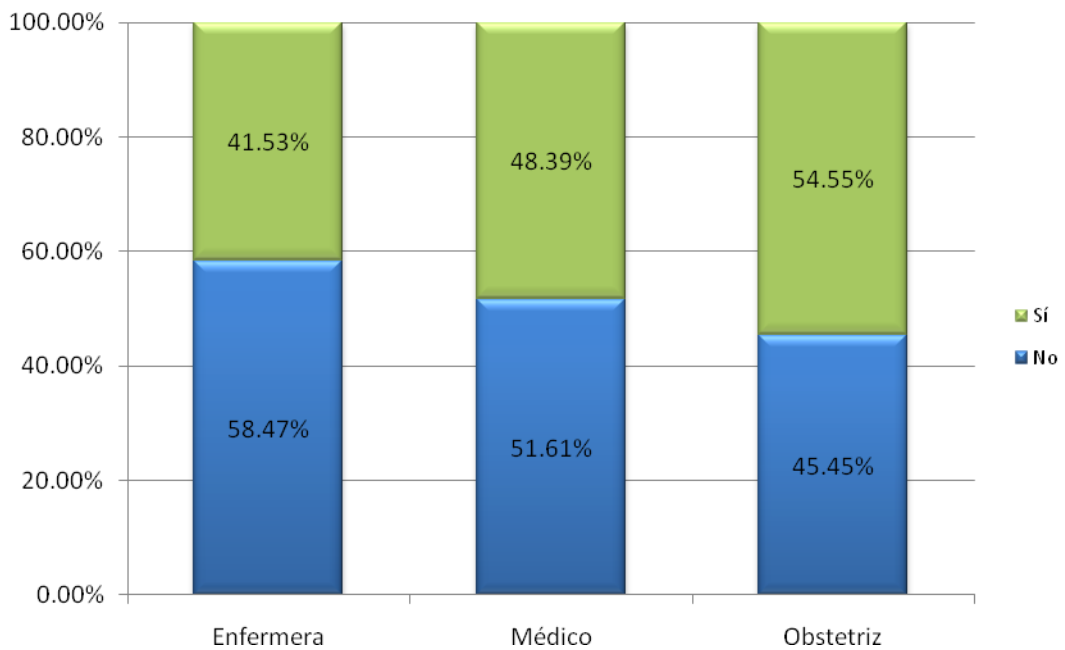
$p = 0.60$

La **Tabla y Gráfico 4** muestran la actividad sexual regular en las mujeres estudiadas según grupo profesional; en general, el 43.75% de trabajadoras refiere una vida sexual activa regular, que entre las enfermeras fue de 41.53%, en las médicos de 48.39% y en las obstétricas de 54.55%; las diferencias identificadas no fueron significativas ($p > 0.05$).

**CONOCIMIENTO Y CUMPLIMIENTO DEL EXAMEN DE CITOLOGÍA CERVICAL
(PAPANICOLAOU) EN MUJERES PROFESIONALES DE LA SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA AREQUIPA 2013**

Gráfico 4

Distribución de profesionales mujeres según vida sexual activa



**CONOCIMIENTO Y CUMPLIMIENTO DEL EXAMEN DE CITOLOGÍA CERVICAL
(PAPANICOLAOU) EN MUJERES PROFESIONALES DE LA SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA AREQUIPA 2013**

Tabla 5

Distribución de profesionales mujeres según uso de métodos anticonceptivos

MAC	Enfermera		Médico		Obstetriz		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Ninguno	91	77.12%	21	67.74%	8	72.73%	120	75.00%
Ritmo	8	6.78%	3	9.68%	0	0.00%	11	6.88%
Preservativo	9	7.63%	3	9.68%	1	9.09%	13	8.13%
Ac. Orales	5	4.24%	2	6.45%	0	0.00%	7	4.38%
AQV	2	1.69%	2	6.45%	1	9.09%	5	3.13%
DIU	3	2.54%	0	0.00%	1	9.09%	4	2.50%
Total	118	100.0%	31	100.0%	11	100.0%	160	100.0%

Chi² = 8.15

G. libertad = 10

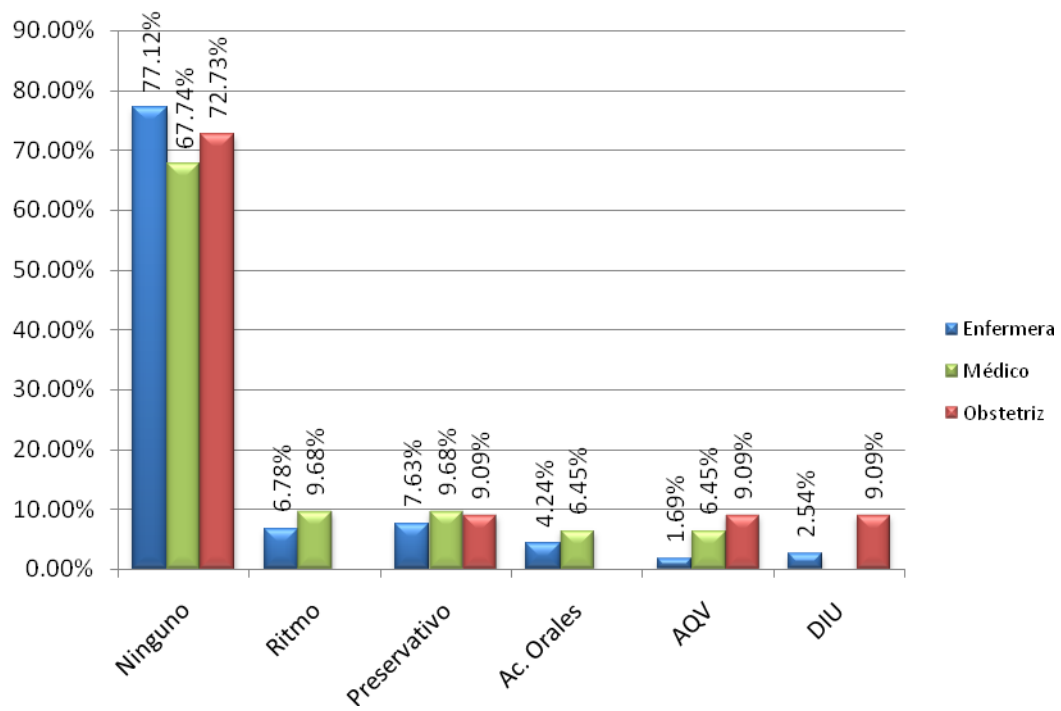
p = 0.61

En cuanto al uso de métodos anticonceptivos **Tabla y Gráfico 5**, se aprecia que el 75% de profesionales mujeres no usa ninguno, siendo el más utilizado el preservativo (8.13%), seguido del método del ritmo (6.88%), y en menos proporción los anticonceptivos orales (4.38%), la anticoncepción definitiva con ligadura tubaria en 3.13% de mujeres, y en 2,50% de ellas se usó el dispositivo intrauterino (DIU). No se observaron diferencias significativas en el uso de métodos anticonceptivos entre los grupos de estudio ($p > 0.05$).

**CONOCIMIENTO Y CUMPLIMIENTO DEL EXAMEN DE CITOLOGÍA CERVICAL
(PAPANICOLAOU) EN MUJERES PROFESIONALES DE LA SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA AREQUIPA 2013**

Gráfico 5

Distribución de profesionales mujeres según uso de métodos anticonceptivos



**CONOCIMIENTO Y CUMPLIMIENTO DEL EXAMEN DE CITOLOGÍA CERVICAL
(PAPANICOLAOU) EN MUJERES PROFESIONALES DE LA SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA AREQUIPA 2013**

Tabla 6

Distribución de profesionales mujeres según número de parejas sexuales

Parejas	Enfermera		Médico		Obstetriz		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Ninguna	1	0.85%	1	3.23%	0	0.00%	2	1.25%
Una	67	56.78%	16	51.61%	7	63.64%	90	56.25%
Dos	41	34.75%	8	25.81%	3	27.27%	52	32.50%
Tres a más	9	7.63%	6	19.35%	1	9.09%	16	10.00%
Total	118	100.0%	31	100.0%	11	100.0%	160	100.0%

Chi² = 5.58

G. libertad = 6

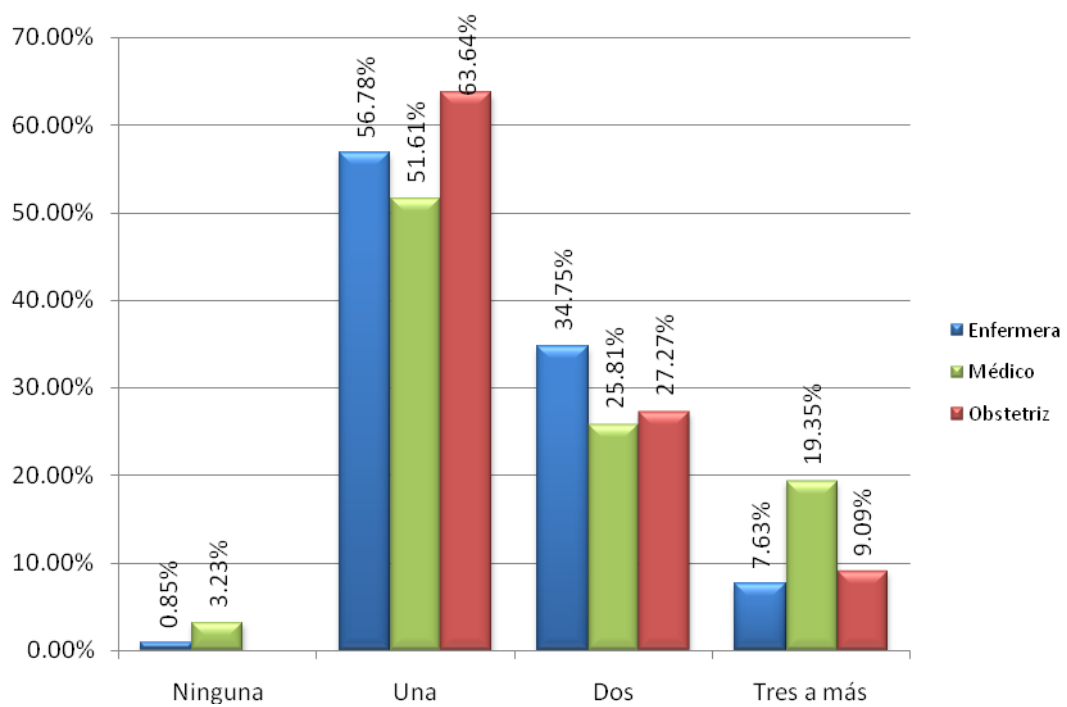
p = 0.47

En la **Tabla y Gráfico 6** se observa la referencia de número de parejas sexuales durante la vida en las mujeres encuestadas; en general, en 1.25% de mujeres no se refirió haber tenido parejas sexuales, en 56.25% sólo se tuvo una pareja, en 32.50% dos parejas, y de tres a más en 10% del total de mujeres; aunque se observó que 19.35% de médicas tuvieron de tres a más parejas, comparado con 7.63% en enfermeras y con 9.09% en las obstetrices, las diferencias no resultaron estadísticamente significativas ($p > 0.05$).

**CONOCIMIENTO Y CUMPLIMIENTO DEL EXAMEN DE CITOLOGÍA CERVICAL
(PAPANICOLAOU) EN MUJERES PROFESIONALES DE LA SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA AREQUIPA 2013**

Gráfico 6

Distribución de profesionales mujeres según número de parejas sexuales



**CONOCIMIENTO Y CUMPLIMIENTO DEL EXAMEN DE CITOLOGÍA CERVICAL
(PAPANICOLAOU) EN MUJERES PROFESIONALES DE LA SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA AREQUIPA 2013**

Tabla 7

Distribución de profesionales mujeres según antecedente familiar de cáncer ginecológico

Antec. famil	Enfermera		Médico		Obstetriz		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
No	92	77.97%	17	54.84%	7	63.64%	116	72.50%
Abuela	7	5.93%	8	25.81%	1	9.09%	16	10.00%
Tía	11	9.32%	4	12.90%	0	0.00%	15	9.38%
Hermana	6	5.08%	0	0.00%	2	18.18%	8	5.00%
Madre	2	1.69%	2	6.45%	1	9.09%	5	3.13%
Total	118	100.0%	31	100.0%	11	100.0%	160	100.0%

Chi² = 21.59

G. libertad = 8

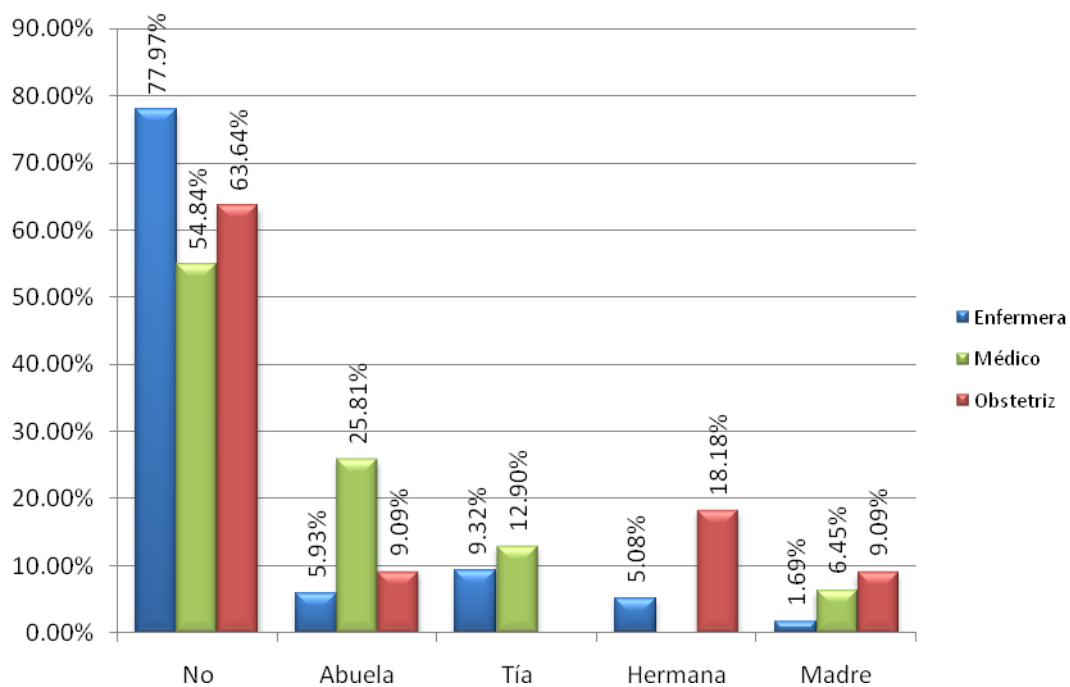
p = 0.006

Tabla y Gráfico 7 El antecedente de familiares con cáncer se encontró en mayor frecuencia entre médicos mujeres (45.16%), fue de 36.36% en obstetrices y de 22.03% entre las enfermeras; entre las médicos predominó el antecedente de cáncer en abuelas (25.81%) o en tías (12.90%), encontrando en ellas antecedente materno de cáncer ginecológico en 6.45% de casos. Las diferencias entre grupos fueron significativas ($p < 0.05$).

**CONOCIMIENTO Y CUMPLIMIENTO DEL EXAMEN DE CITOLOGÍA CERVICAL
(PAPANICOLAOU) EN MUJERES PROFESIONALES DE LA SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA AREQUIPA 2013**

Gráfico 7

Distribución de profesionales mujeres según antecedente familiar de cáncer ginecológico



**CONOCIMIENTO Y CUMPLIMIENTO DEL EXAMEN DE CITOLOGÍA CERVICAL
(PAPANICOLAOU) EN MUJERES PROFESIONALES DE LA SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA AREQUIPA 2013**

Tabla 8

Distribución de profesionales mujeres según antecedente de examen Pap

Examen Pap	Enfermera		Médico		Obstetriz		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Nunca	23	19.49%	6	19.35%	0	0.00%	29	18.13%
Dentro del año	25	21.19%	4	12.90%	4	36.36%	33	20.63%
Más de 1 año	27	22.88%	13	41.94%	3	27.27%	43	26.88%
Más de 2 años	21	17.80%	7	22.58%	3	27.27%	31	19.38%
Más de 3 años	22	18.64%	1	3.23%	1	9.09%	24	15.00%
Total	118	100.0%	31	100.0%	11	100.0%	160	100.0%

Chi² = 12.53

G. libertad = 8

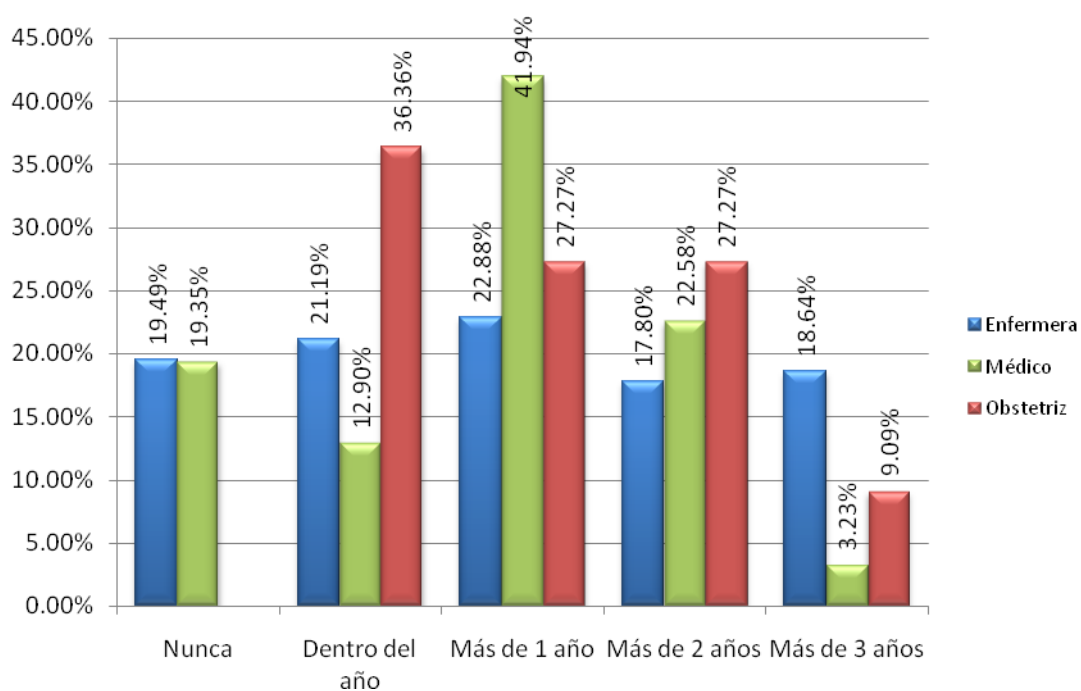
p = 0.13

En la **Tabla y Gráfico 8** se aprecia el antecedente de realización de examen de citología cervical con técnica Pap; el 18.13% de mujeres profesionales de la salud no se ha realizado el examen de despistaje de cáncer cervical; el 20.63% de mujeres se hicieron un examen dentro del año transcurrido, 26.88% lo hicieron hace más de un año, 19.38% hace más de 2 años, y un 15% lo hizo hace más de 3 años, sobre todo las enfermeras (18.64% comparado con 3.23% en médicas y 9.09% en obstetrices). No obstante, las diferencias no resultaron significativas ($p > 0.05$).

**CONOCIMIENTO Y CUMPLIMIENTO DEL EXAMEN DE CITOLOGÍA CERVICAL
(PAPANICOLAOU) EN MUJERES PROFESIONALES DE LA SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA AREQUIPA 2013**

Gráfico8

Distribución de profesionales mujeres según antecedente de examen Pap



**CONOCIMIENTO Y CUMPLIMIENTO DEL EXAMEN DE CITOLOGÍA CERVICAL
(PAPANICOLAOU) EN MUJERES PROFESIONALES DE LA SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA AREQUIPA 2013**

Tabla 9

Distribución de profesionales mujeres según molestias durante el examen de citología cervical

Molestias	Enfermera		Médico		Obstetriz		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Ninguna	69	72.63%	18	72.00%	8	72.73%	95	72.52%
Dolor	22	23.16%	7	28.00%	3	27.27%	32	24.43%
Sangrado	3	3.16%	0	0.00%	0	0.00%	3	2.29%
Flujo	1	1.05%	0	0.00%	0	0.00%	1	0.76%
Total	95	100.00%	25	100.00%	11	100.00%	131	100.00%

Chi² = 1.75

G. libertad = 6

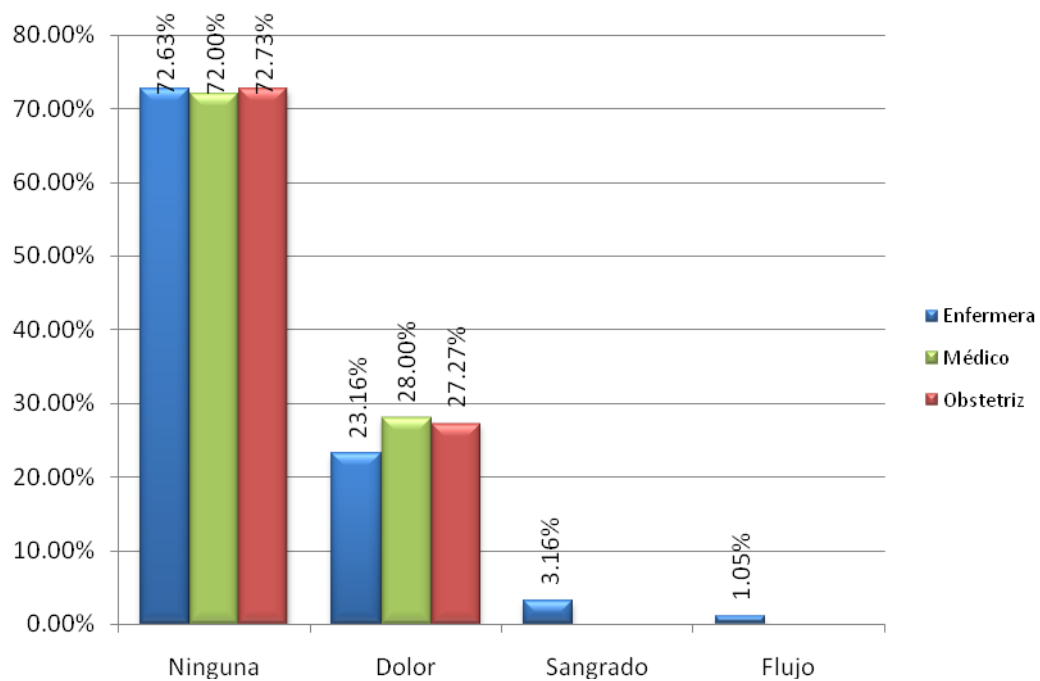
p = 0.94

En la **Tabla y Gráfico 9** se observa la frecuencia de molestias referidas por las mujeres profesionales que se realizaron anteriormente un examen de citología cervical; no hubo diferencia entre los grupos ($p > 0.05$), y el 72.52% de mujeres no refirieron molestias, el 24.43% refirieron haber sentido dolor, 2.29% presentó sangrado, y una paciente (0.76% del total), refirió haber presentado flujo infeccioso luego del examen.

**CONOCIMIENTO Y CUMPLIMIENTO DEL EXAMEN DE CITOLOGÍA CERVICAL
(PAPANICOLAOU) EN MUJERES PROFESIONALES DE LA SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA AREQUIPA 2013**

Gráfico 9

**Distribución de profesionales mujeres según molestias durante el examen de
citología cervical**



**CONOCIMIENTO Y CUMPLIMIENTO DEL EXAMEN DE CITOLOGÍA CERVICAL
(PAPANICOLAOU) EN MUJERES PROFESIONALES DE LA SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA AREQUIPA 2013**

Tabla 10

**Distribución de profesionales mujeres según cumplimiento del examen de
citología cervical**

Cumplim.	Enfermera		Médico		Obstetriz		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Bueno	26	22.03%	5	16.13%	4	36.36%	35	21.88%
Regular	65	55.08%	20	64.52%	7	63.64%	92	57.50%
Malo	27	22.88%	6	19.35%	0	0.00%	33	20.63%
Total	118	100.00%	31	100.00%	11	100.00%	160	100.00%

Chi² = 4.57

G. libertad = 4

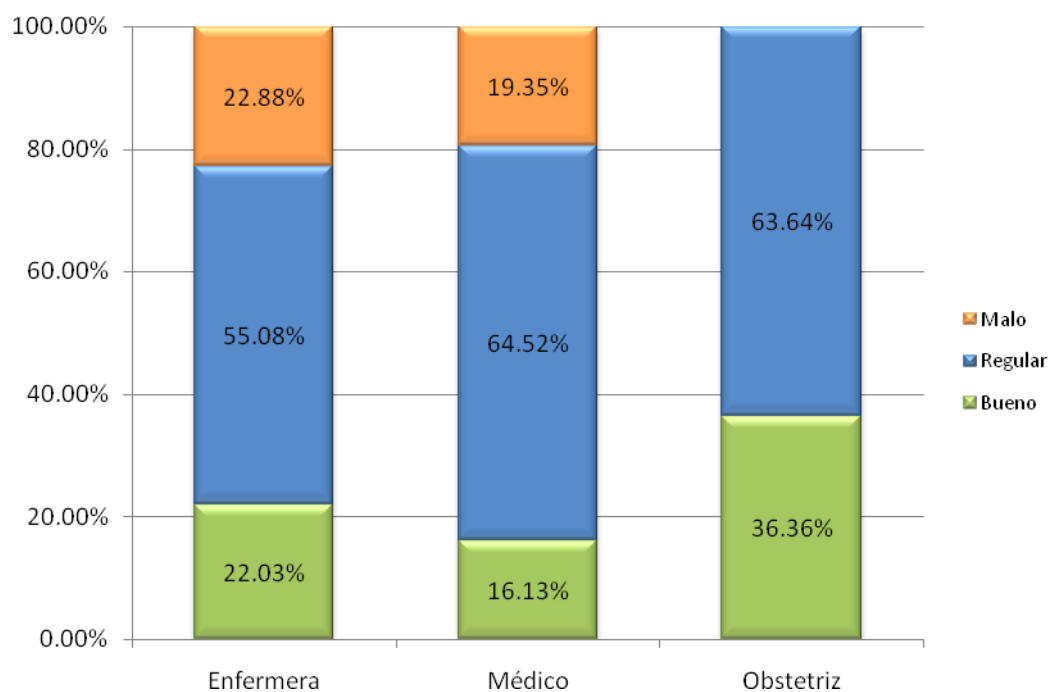
p = 0.33

Tabla y Gráfico 10 Considerando la realización previa del examen, y el intervalo de su realización ante la presencia de factores de riesgo, se encontró que el 22.03% de enfermeras tuvieron un buen cumplimiento, el 16.13% de médicas y fue bueno en 36.36% de obstetrices, mientras que el 22.88% de enfermeras tuvo un mal cumplimiento, lo que ocurrió en 19.35% de médicas y no se presentó entre las obstetrices; no obstante, las diferencias no fueron significativas ($p > 0.05$).

**CONOCIMIENTO Y CUMPLIMIENTO DEL EXAMEN DE CITOLOGÍA CERVICAL
(PAPANICOLAOU) EN MUJERES PROFESIONALES DE LA SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA AREQUIPA 2013**

Gráfico 10

**Distribución de profesionales mujeres según cumplimiento del examen de
citología cervical**



**CONOCIMIENTO Y CUMPLIMIENTO DEL EXAMEN DE CITOLOGÍA CERVICAL
(PAPANICOLAOU) EN MUJERES PROFESIONALES DE LA SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA AREQUIPA 2013**

Tabla 11

Distribución de profesionales mujeres según aspectos conocidos sobre el examen de citología cervical

	Enfermera		Médico		Obstetriz		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Concepto	79	66.95%	30	96.77%	10	90.91%	119	74.38%
Inicio	107	90.68%	31	100.00%	10	90.91%	148	92.50%
Parte examinada	107	90.68%	31	100.00%	11	100.00%	149	93.13%
Lugar de toma de muestra	41	34.75%	27	87.10%	7	63.64%	75	46.88%
Momento de toma	52	44.07%	13	41.94%	2	18.18%	67	41.88%
Frecuencia de examen	69	58.47%	27	87.10%	10	90.91%	106	66.25%
Preparación	57	48.31%	20	64.52%	8	72.73%	85	53.13%
Significado	55	46.61%	18	58.06%	7	63.64%	80	50.00%
Conducta ante resultados	63	53.39%	23	74.19%	9	81.82%	95	59.38%
Sensibilidad	48	40.68%	14	45.16%	8	72.73%	70	43.75%

Chi² = 15.15

G. libertad = 18

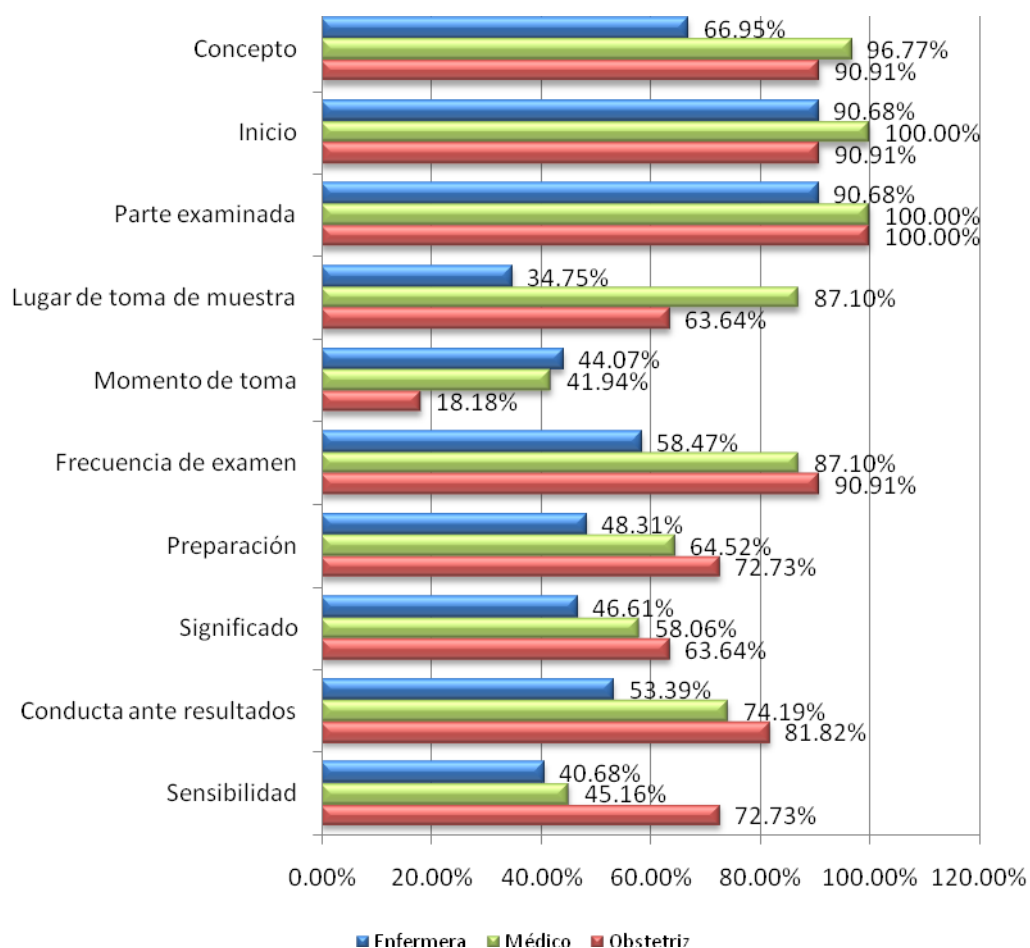
p = 0.65

La **Tabla y Gráfico 11** muestran los aspectos mejor conocidos por las profesionales mujeres acerca del examen de citología cervical para el descarte de cáncer de cuello uterino; las médicas tuvieron mejor respuesta acerca del concepto del examen (96.77%), seguido de las obstetrices (90.91%) y las enfermeras (66.95%). En general, las enfermeras tuvieron menos respuestas correctas en cuanto al lugar de dónde se toma la muestra (34.75% versus 87.10% en médicas y 63.64% en obstetrices), la frecuencia de realización del examen (58.47% comparada con 87.10% en médicas y 90.91% en obstetrices), la preparación necesaria para el examen (48.31% versus 64.52% en médicas y 72.73% en obstetrices); el aspecto menos conocido fue la sensibilidad del examen para la detección del cáncer (43.75% respondieron correctamente) o el momento en que se toma la muestra en relación a la menstruación (41.88%). Las diferencias entre los grupos no fueron significativas ($p > 0.05$).

**CONOCIMIENTO Y CUMPLIMIENTO DEL EXAMEN DE CITOLOGÍA CERVICAL
(PAPANICOLAOU) EN MUJERES PROFESIONALES DE LA SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA AREQUIPA 2013**

Gráfico11

Distribución de profesionales mujeres según aspectos conocidos sobre el examen de citología cervical



**CONOCIMIENTO Y CUMPLIMIENTO DEL EXAMEN DE CITOLOGÍA CERVICAL
(PAPANICOLAOU) EN MUJERES PROFESIONALES DE LA SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA AREQUIPA 2013**

Tabla 12

**Distribución de profesionales mujeres según conocimiento sobre el examen
de citología cervical**

Conocim.	Enfermera		Médico		Obstetriz		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Bueno	15	12.71%	15	48.39%	5	45.45%	35	21.88%
Regular	58	49.15%	14	45.16%	5	45.45%	77	48.13%
Deficiente	45	38.14%	2	6.45%	1	9.09%	48	30.00%
Total	118	100.00%	31	100.00%	11	100.00%	160	100.00%

Chi² = 27.32

G. libertad = 4

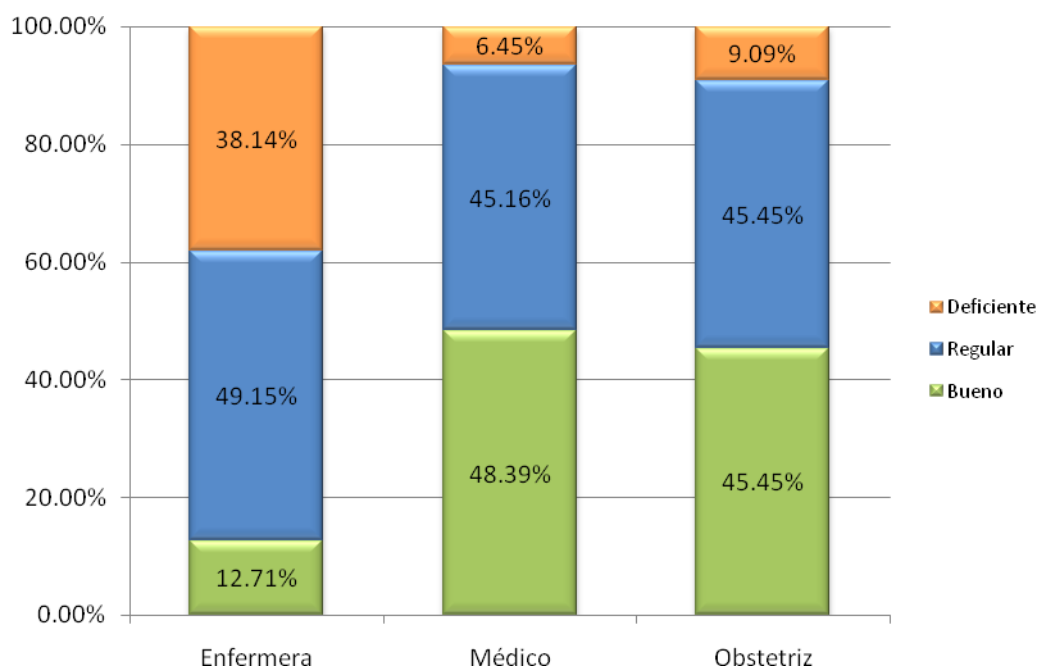
p = 0.000017

Tabla y Gráfico 12 el nivel de conocimiento de las mujeres profesionales fue en general regular (48.13%), siendo bueno en 21.88% y deficiente en 30%. Entre las médicas y obstetrices sólo 6.45% y 9.09% respectivamente alcanzaron conocimiento deficiente, con más médicas mujeres con buen nivel de conocimiento (48.39%) que en las obstetrices (45.45%). Las diferencias fueron significativas (p < 0.05).

**CONOCIMIENTO Y CUMPLIMIENTO DEL EXAMEN DE CITOLOGÍA CERVICAL
(PAPANICOLAOU) EN MUJERES PROFESIONALES DE LA SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA AREQUIPA 2013**

Gráfico 12

**Distribución de profesionales mujeres según conocimiento sobre el examen
de citología cervical**



CAPÍTULO III.

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El presente estudio se realizó para establecer el nivel de conocimiento y de cumplimiento del examen de citología cervical (Papanicolaou) en mujeres profesionales de la salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2013. Porque siendo el cáncer cervical una de las principales patologías ginecológicas potencialmente prevenible aun sigue siendo una causa importante de mortalidad entre las mujeres de nuestro país y con mucha más razón el personal de salud femenino debe ser el principal promotor de la educación en prevención, sobre todo en una forma de cáncer de tan elevada frecuencia y de detección sencilla, cabe preguntarnos si ellas ponen en práctica las medidas de prevención que deben enseñar.

Para tal fin se realizó una encuesta a una muestra representativa de trabajadores de la salud mujeres del hospital, para aplicar un instrumento previamente validado para evaluar el conocimiento y el cumplimiento del examen de citología cervical. Se muestra los resultados mediante estadística descriptiva y se comparan grupos mediante prueba chi cuadrado.

En la **Tabla y Gráfico 1** se muestra la distribución de la muestra estudiada; el 73.75% de mujeres profesionales fueron enfermeras, 19.38% eran médicas, y 6.88% obstetrices. Estas proporciones reflejan la composición de la población estudiada.

En la **Tabla y Gráfico 2** se observa la distribución de la edad de las trabajadoras por grupo profesional; se puede ver que en las enfermeras la distribución de la edad es bastante homogénea entre los 30 y 64 años, mientras que entre las médicas, hubo un predominio de profesionales jóvenes, con 22,58% de ellas entre los 30 y 34 años, mientras que en las obstétrices el 36.36% estuvieron entre los 50 y 54 años. La edad promedio de las enfermeras fue de 46.96 años, en las médicas fue de 40.10 años, y en las obstétrices fue de 47.27 años; estas diferencias fueron significativas ($p < 0,05$).

Si bien el PAP está indicado en toda mujer que haya iniciado vida sexual y aquella sexualmente activa, podemos mencionar que las tasas de incidencia y mortalidad del cáncer cervicouterino aumentan con la edad. La mayor carga absoluta del cáncer cervicouterino recae sobre las mujeres de mediana edad así como las defunciones anuales por el mismo en los países de América Latina y el Caribe está entre las mujeres entre los 35 y 54 años de edad, todo esto según la Guía de práctica clínica INEN: cáncer de cuello uterino 2011 ⁽⁷⁾. Estos resultados muestran que nuestra población estudio se encuentra en el rango de edad en riesgo para cáncer cervicouterino

El estado civil de las mujeres fue predominantemente casada (65%), con 16.88% de solteras, 7.50% eran convivientes, 6.25% de mujeres fueron separadas y 4.38% fueron viudas. Las proporciones fueron semejantes entre los grupos profesionales ($p > 0.05$), como se aprecia en la **Tabla y Gráfico 3**.

Como se puede observar en el estudio de Colmenares S, Contreras R, Valera C⁽¹⁷⁾, tanto las mujeres casadas, solteras y concubinas tienen un porcentaje casi similar, (de 30 a 34%) esto quiere decir que la mayoría de las pacientes sin importar su condición de parentesco asisten a la consulta de ginecología. A diferencia de nuestro estudio donde el porcentaje de profesionales casadas es predominante en 65%, esto se puede deber al mismo hecho del nivel sociocultural y/o del grado de instrucción ya que nuestro estudio estuvo enfocado en profesionales de la salud, a diferencia del mencionado anteriormente el cual fue realizado en usuarias que asisten a consultorio externo de ginecología.

La **Tabla y Gráfico 4** muestran la actividad sexual regular en las mujeres estudiadas según grupo profesional; en general, el 43.75% de trabajadoras refiere una vida sexual activa regular, que entre las enfermeras fue de 41.53%, en las médicas de 48.39% y en las obstétricas de 54.55%; las diferencias identificadas no fueron significativas ($p > 0.05$).

Queda claro que el mayor porcentaje de mujeres con riesgo para desarrollar patología cervical se encuentra en mujeres en edad media reproductiva y con actividad sexual regular. Pese a que nuestra población en estudio no indica vida sexual activa regular no se encuentra fuera del grupo de riesgo ya que la mayoría si cumple con el criterio de edad y la falta de protección durante el coito. Guía de práctica clínica INEN: cáncer de cuello uterino 2011 (7)

En cuanto al uso de métodos anticonceptivos (**Tabla y Gráfico 5**), se aprecia que el 75% de profesionales mujeres no usa ninguno, siendo el más utilizado el preservativo (8.13%), seguido del método del ritmo (6.88%), y en menos proporción los anticonceptivos orales (4.38%), la anticoncepción definitiva con ligadura tubaria en 3.13% de mujeres, y en 2,50% de ellas se usó el dispositivo intrauterino (DIU). No se observaron diferencias significativas en el uso de métodos anticonceptivos entre los grupos de estudio ($p > 0.05$).

Se debe resaltar que pese a que el personal de salud promueve el uso de métodos anticonceptivos no solo para disminuir la tasa de natalidad sino también para prevenir la transmisión de enfermedades sexuales, son ellas mismas las que no hacen uso de los mismos, siendo confirmado dicho resultado en nuestro estudio.

En la **Tabla y Gráfico 6** se observa la referencia de número de parejas sexuales durante la vida en las mujeres encuestadas; en general, en 1.25% de mujeres no se refirió haber tenido parejas sexuales, en 55.25% sólo se tuvo una pareja, en 32.50% dos parejas, y de tres a más en 10% del total de mujeres; aunque se observó que 19.35% de médicas tuvieron de tres a más parejas, comparado con 7.63% en enfermeras y con 9.09% en las obstetrices, las diferencias no resultaron estadísticamente significativas ($p > 0.05$).

A comparación del estudio realizado por Colmenares S, Contreras R, Valera C ⁽¹⁷⁾, donde se concluye que 46% de las pacientes encuestadas afirmó poseer dos parejas desde su inicio en la actividad sexual, y un 40% refirió tener una sola pareja, en

nuestro estudio el mayor porcentaje de mujeres profesionales refirió haber tenido una sola pareja sexual 55.25%

El antecedente de familiares con cáncer se encontró en mayor frecuencia entre médicos mujeres (45.16%), fue de 36.36% en obstetrices y de 22.03% entre las enfermeras; entre las médicos predominó el antecedente de cáncer en abuelas (25.81%) o en tías (12.90%), encontrando en ellas antecedente materno de cáncer ginecológico en 6.45% de casos. Las diferencias entre grupos fueron significativas ($p < 0.05$; **Tabla y Gráfico 7**).

Cabe señalar además que el 27.5% del personal de salud tiene antecedente de cáncer en la familia y de ellas un 10.00% fue en la abuela, 9.38% en tías, 5.00% en hermanas, y un 3.13% en madres.

Del Carpio Chahua C.⁽⁶⁾ demostró en su estudio que un 19.83% de trabajadoras de salud de la Clínica Arequipa tiene antecedentes de cáncer de mama en la familia, y de ellas el 16.67% fue en la madre; 29.16% en una hermana; 37.50% en tías y en 16.67% en la abuela. Tratándose de las 2 patologías ginecológicas más frecuentes en nuestro medio, recordemos que ambas son de fácil detección y potencialmente prevenibles mediante pruebas sencillas que generalmente están al alcance de nuestra población.

En la **Tabla y Gráfico 8** se aprecia el antecedente de realización de examen de citología cervical con técnica Pap; el 18.13% de mujeres profesionales de la salud no se ha realizado el examen de despistaje de cáncer cervical; el 20.63% de mujeres se

hicieron un examen dentro del año transcurrido, 26.88% lo hicieron hace más de un año, 19.38% hace más de 2 años, y un 15% lo hizo hace más de 3 años, sobre todo las enfermeras (18.64% comparado con 3.23% en médicas y 9.09% en obstetrices). No obstante, las diferencias no resultaron significativas ($p > 0.05$).

En estos resultados se puede apreciar que un gran porcentaje del personal de salud presenta una actitud positiva en cuanto al cumplimiento del examen y cada cuanto tiempo debe hacerlo, pero cabe destacar que aún existen mujeres profesionales que teniendo el conocimiento no se realizan dicha prueba pese a disponibilidad y bajo costo de dicho examen.

En la **Tabla y Gráfico 9** se observa la frecuencia de molestias referidas por las mujeres profesionales que se realizaron anteriormente un examen de citología cervical; no hubo diferencia entre los grupos ($p > 0.05$), y el 72.52% de mujeres no refirieron molestias, el 24.43% refirieron haber sentido dolor, 2.29% presentó sangrado, y una paciente (0.76% del total), refirió haber presentado flujo infeccioso luego del examen.

Estos resultados confirman la inocuidad del PAP siendo un examen totalmente “indoloro” y con muy pocas incomodidades para la paciente, pero de grandes beneficios en cuanto a la detección temprana del cáncer de cuello uterino.

Perú. Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Guía de práctica clínica: Cáncer de cuello uterino. Lima; Perú ⁽¹⁴⁾

Tabla y Gráfico 10 Considerando la realización previa del examen, y el intervalo de su realización ante la presencia de factores de riesgo, se encontró que el 22.03% de enfermeras tuvieron un buen cumplimiento, el 16.13% de médicas y fue bueno en 36.36% de obstetrices, mientras que el 22.88% de enfermeras tuvo un mal cumplimiento, lo que ocurrió en 19.35% de médicas y no se presentó entre las obstetrices; no obstante, las diferencias no fueron significativas ($p > 0.05$).

La **Tabla y Gráfico 11** muestran los aspectos mejor conocidos por las profesionales mujeres acerca del examen de citología cervical para el descarte de cáncer de cuello uterino; las médicas tuvieron mejor respuesta acerca del concepto del examen (96.77%), seguido de las obstetrices (90.91%) y las enfermeras (66.95%). En general, las enfermeras tuvieron menos respuestas correctas en cuanto al lugar de dónde se toma la muestra (34.75% versus 87.10% en médicas y 63.64% en obstetrices), la frecuencia de realización del examen (58.47% comparada con 87.10% en médicas y 90.91% en obstetrices), la preparación necesaria para el examen (48.31% versus 64.52% en médicas y 72.73% en obstetrices); el aspecto menos conocido fue la sensibilidad del examen para la detección del cáncer (43.75% respondieron correctamente) o el momento en que se toma la muestra en relación a la menstruación (41.88%). Las diferencias entre los grupos no fueron significativas ($p > 0.05$).

Si bien es cierto que el mayor porcentaje de respuestas erróneas se da en el personal de enfermería del HRHDE, es importante tomar en cuenta que en el estudio de Miranda S, Quiroga M, Quispe L, Salas G ⁽¹⁵⁾ Argentina 2010, se vio que del

total de 115 Enfermeras encuestadas, el 61.7% tiene conocimiento sobre en qué consiste el Pap; el 94.78% tiene conocimiento sobre a partir de cuándo debe realizarse el Papanicolaou y el 91.3% sabe que debe realizarse el control cada año. Destacando así el mayor nivel de conocimiento en dicho personal, esto puede ser posible al mayor apoyo en cuanto a promoción y prevención de diferentes patologías en hospitales de otros países.

Con estas respuestas, el nivel de conocimiento de las mujeres profesionales (**Tabla y Gráfico 12**) fue en general regular (48.13%), siendo bueno en 21.88% y deficiente en 30%; entre las médicos y obstetras sólo 6.45% y 9.09%, respectivamente, alcanzaron conocimiento deficiente, con más médicos mujeres con buen nivel de conocimiento (48.39%) que en las enfermeras (45.45%). Las diferencias fueron significativas ($p < 0.05$).

Bazán F, Posso M. ⁽¹²⁾ en su estudio sobre Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou en Mujeres en edad fértil de consultorios externos en el Hospital Nacional Docente Madre–Niño ‘San Bartolomé’-Lima demostró que de 501 encuestadas, en 63% se encontró nivel bajo de conocimiento, en 66% una actitud desfavorable y en 71% una práctica incorrecta sobre la prueba de Papanicolaou; se obtuvo un OR = 1,45 (IC = 0,98 a 2,16) entre el nivel de conocimiento y la práctica correcta. Cabe resaltar que estos resultados estarían influenciados por el nivel de conocimiento en las profesionales de la salud, que de hecho tienen un nivel mayor en cuanto a la población común lo cual influye de manera preponderante en los resultados.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Todas las teorías son legítimas y ninguna tiene importancia. Lo que importa es lo que se hace con ellas.

Jorge Luis Borges

CONCLUSIONES

- Primera.** Las mujeres profesionales de la salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, 2013, son en su mayor parte enfermeras, seguidas de médicos y obstetrices, de edad mediana, con pareja sexual y una vida sexual activa regular en casi la mitad de ellas, con una pareja sexual aunque más de un tercio con antecedente de dos a más parejas sexuales, y en una cuarta parte de casos con antecedente familiar de cáncer ginecológico.
- Segunda.** El nivel de conocimiento acerca del examen de citología cervical (Papanicolaou) en mujeres profesionales de la salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza Arequipa 2013 fue bueno en 21.88%, regular en 48.13% y deficiente en 30%, siendo menor entre las enfermeras.
- Tercera.-** El 21.88% de mujeres profesionales de la salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, 2013 tiene un buen cumplimiento del examen de citología cervical (Papanicolaou), el 57.50% tiene un cumplimiento regular y 20.63% mal cumplimiento, sin diferencias entre los grupos profesionales.

RECOMENDACIONES

- 1) A la Oficina de Bienestar del Personal del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza , para que puedan brindar mayor capacitación e información sobre cáncer de cuello uterino los mismos que refuercen los conocimientos previamente obtenidos y sean de fácil adherencia para el personal.
- 2) Realizar talleres de enseñanza a cargo de las jefas de enfermeras y obstetras en cada servicio, para que a su vez dicho personal imparta los conocimientos adquiridos e información verídica a las usuarias que asisten al HRHDE, sobre patologías potencialmente prevenibles como el caso de cáncer de cuello uterino y así promover una cultura de prevención en nuestra población.
- 3) Promover la realización en forma obligatoria del examen de citología cervical durante las evaluaciones pre-vacacionales, lo cual aumentaría considerablemente el número de personal femenino que se realice dicha prueba.
- 4) Crear conciencia en el personal de salud con estudios similares, para poder revertir las actitudes indiferentes hacia actitudes positivas respecto a las distintas formas de prevención ya que a medida que se fue ejecutando el instrumento de recolección de datos , observamos que la población se iba concientizando indirectamente, logrando de alguna manera el auto cuidado en el personal femenino especialmente en el personal de enfermería ya que se generaba en la misma la necesidad de realizarse el control ginecológico preventivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Grupo de Trabajo sobre Estadísticas de Cáncer de los EE. UU. Estadísticas de cáncer en los Estados Unidos. Informe electrónico sobre incidencia y mortalidad 1999–2010. Atlanta (GA): Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades e Instituto Nacional del Cáncer; 2013. Disponible en: <http://www.cdc.gov/uscs>.
2. Merle J. Lewis Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en America Latina y el Caribe Washington, DC. OPS: 2004
3. Guia de practica clínica cáncer de mama ministerio de salud instituto nacional de enfermedades neoplasicas: 2011
4. Velásquez A et al. La Carga de Enfermedad y Lesiones en el Perú. Ministerio de Salud, Lima, Perú: 2009.
5. Merle J. Lewis Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en America Latina y el Caribe Washington, DC. OPS: 2004: 124
6. Del Carpio Chahua C. Conocimientos y actitudes sobre el autoexamen de mama en personal de salud de la Clínica Arequipa 2013. Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, Facultad de Medicina Humana. Universidad Católica de Santa María, 2013.
7. Guía de práctica clínica INEN: cáncer de cuello uterino 2011

8. Peluffo M, Pérez A. Citopatología ginecológica. En: Pérez Sánchez A (ed). Ginecología. 3ª edición. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo 2003; 224-44.
9. Valer V, Jara D, Asmat G. Correlación clínico patológica del cáncer cervical y precursores en una población de Lima periférica. AnFacMed Lima 2005; 66(2):100- 106.
10. Lewis J. Análisis de la Situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe. Washington DC : OPS/OMS; 2004.
11. Huamán Cubas M. Determinantes administrativos, psicológicos y culturales en la actitud hacia la prueba citológica de cuello uterino de mujeres trujillanas. UCV – Scientia, 2010; 2(2) : 34-42
12. Bazán F, Posso M. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou. AnFacMed Lima 2007; 68(1): 47 – 54
13. Urrutia M, Araya A. ¿Por qué las mujeres no se toman el Papanicolaou? Respuestas entregadas por los profesionales del Programa cáncer cervicouterino – auge del Servicio de salud metropolitano sur oriente. RevChilObstetGinecol 2010; 75(5): 284 – 289
14. Perú. Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Guía de práctica clínica: Cáncer de cuello uterino. Lima; Perú. Ministerio de Salud; 1 ed.; 2011. 46 p Disponible en <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1701.pdf>
15. Miranda S, Quiroga M, Quispe L, Salas G.
“Factores que influyen para que el personal femenino de enfermería no se realice el control ginecológico preventivo”. Tesis pre grado para licenciatura en enfermería. Universidad Favaloro Ciudad autónoma de Buenos Aires (C.A.B.A)

Argentina; 2010. Disponible en:

http://200.123.150.149/favaloro/bases/Miranda_Quiroga_Quispe_Salas_ENFERMERIA_7975.pdf

16. Colmenares S, Contreras R, Valera C, “Programa de educación para la prevención del virus del papiloma humano (VPH) dirigido a las usuarias que asisten a la consulta de ginecología del Hospital General del Oeste Dr. José Gregorio Hernández de los Magallanes de Catia en el tercer trimestre del año 2005”. Tesis Escuela de Enfermería-Licenciatura. Universidad Central de Venezuela Facultad de Medicina Escuela de Enfermería. Caracas Venezuela; 2005. Disponible en :

<http://saber.ucv.ve/xmlui/bitstream/123456789/327/1/TESIS%20COMPLETA.pdf>

ANEXOS

*Cuando la vida te presente razones para llorar, demuéstrale que tienes
mil y una razones para reír.*

Anónimo.

Anexo 1: Ficha de recolección de datos

FichaN° _____

*Edad: _____ años

*Grupo ocupacional: Médico Enfermera Obstetriz *Estado civil: Soltera Casada Conviviente Separada
Viuda *Mantiene relaciones sexuales regulares? No Sí *Usa métodos anticonceptivos. No Sí _____*N° de parejas sexuales en su vida: Ninguna Una Dos Tres a más *Tiene familia con cáncer? No Madre Hermana Tía
Abuela Hija ***Acerca del Papanicolaou:****Se ha hecho el examen de Papanicolaou? No Sí

*Si se ha hecho el examen, hace cuánto se lo hizo?

En el último año Hace más de un año Más de 2 años Más de 3 años

*Cuando se hizo el examen, ¿sintió alguna molestia?

No Sí : dolor ____ sangrado ____ otra _____

Observaciones:

Anexo 2. Cuestionario de conocimiento sobre el Papanicolaou

A continuación encontrará una serie de preguntas acerca del examen de Papanicolaou; conteste con sinceridad todas las preguntas, ya que sus respuestas servirán para diseñar estrategias para mejorar el conocimiento en otras mujeres. Recuerde que las respuestas son ANÓNIMAS.

1. ¿En qué consiste la prueba de Papanicolaou?

- Retirar una muestra de sangre del cuello uterino
- Retirar una muestra de moco cervical
- Realizar un examen de células del cuello**
- Tomar muestras para cultivo de virus o bacterias

2. ¿A partir de cuándo debe realizarse el Papanicolaou?

- A partir de la primera menstruación
- A partir del inicio de la vida sexual**
- A partir del diagnóstico del embarazo
- Si aparece dolor ginecológico

3. En el procedimiento del Papanicolaou se examina:

- Vagina
- Fondo de saco vaginal
- El cuello del útero**
- El cuerpo del útero

4. En la muestra del Papanicolaou se toman muestras de

- Vagina
- Endocérvix
- Exocérvix
- Endocérvix y exocervix**

5. ¿En qué momento es más recomendable realizar el Papanicolaou?
- Durante la menstruación
 - Durante los cinco días siguientes después de la regla**
 - El día de la ovulación
 - Dentro de los cinco días antes de la regla
6. ¿Cuántas veces se debe realizar el Papanicolaou?
- Al menos cada 6 meses
 - Cada 2 a 3 años si no hay factores de riesgo**
 - Luego de cada embarazo
 - Sólo si hay síntomas
7. La preparación para el examen de Papanicolaou consiste en
- Realizarse un lavado vaginal previo
 - Emplear una crema lubricante
 - No tener relaciones sexuales antes del examen**
 - No requiere una preparación especial
8. Los resultados del examen de Papanicolaou indican
- Diagnóstico de cáncer de cuello
 - Presencia de células atípicas
 - Pueden encontrar infecciones
 - Todas**
9. ¿Qué se debe hacer si el resultado del PAP muestra células atípicas?
- Repetir el examen PAP
 - Realizar colposcopia**
 - Observación por 3 meses
 - Observación por 6 meses
10. La sensibilidad del Pap para el diagnóstico del cáncer de cuello es:
- 10%
 - 90%
 - 50%**
 - 80%

Anexo 3

Matriz de Sistematización de Información

Anexo 4
Proyecto de Investigación

Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Programa Profesional de Medicina Humana



“Conocimiento y cumplimiento del examen de citología cervical (Papanicolaou) en mujeres profesionales de la salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza Arequipa 2013”

Autora:

BERIOSKA PAMELA APAZA ARAUJO

TUTOR: DRA ORIANA HUERTAS PONCE

Proyecto de Tesis para Optar el Título de Médico-Cirujano.

**Arequipa - Perú
2014**

I. PREÁMBULO

El cáncer cervical es un problema principal de la salud pública, cuya incidencia ha experimentado cambios importantes sobre todo en la segunda mitad del siglo XX, a raíz de la implementación rutinaria de la citología cervical por parte de los sistemas de salud públicos y privados, no sólo disminuyendo la incidencia e índice de mortalidad sino identificando un gran número de neoplasias preinvasoras .

A pesar de ello, el cáncer de cérvix sigue siendo una de las principales causas de muerte por cáncer y la principal causa de cáncer en mujeres en edad reproductiva. Al parecer la cultura de prevención no ha sido lo suficientemente intensiva para lograr un cambio de actitudes, sobre todo en los grupos de riesgo. El advenimiento de la vacuna contra VPH tiene poco tiempo de aplicación, y como su aplicación no es universal sino a determinados grupos poblacionales, aún no se sabe si su utilidad será la más adecuada. Por tal motivo, la detección temprana sigue siendo la principal forma de prevención.

El personal de salud es el principal promotor de las medidas de detección tempranas a través de la educación en salud de las pacientes, esta educación, que debe comenzar en la familia y en la escuela, debe ser permanente en la atención de nuestra población.

Pero a pesar de que las mujeres profesionales de la salud son el principal promotor de la educación en prevención, sobre todo en una forma de cáncer de tan elevada frecuencia y de detección sencilla, cabe preguntarnos si ellas ponen en práctica las medidas de prevención que deben enseñar.

Estudios previos han demostrado que hasta un 25% de mujeres integrantes del

equipo de salud no realizan un adecuado autoexamen de mamas para la detección del cáncer de mama, por lo que es posible que un porcentaje similar no realice de manera adecuada el examen de Papanicolaou. De allí surge el interés por realizar la presente investigación.

II. PLANTEAMIENTO TEORICO

1. Problema de investigación

1.1. Enunciado del Problema

¿Cuáles el nivel de conocimiento y de cumplimiento del examen de citología cervical (Papanicolaou) en mujeres profesionales de la salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza Arequipa 2013?

1.2. Descripción del Problema

a) Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Ginecología
- Línea: Papanicolaou

b) Operacionalización de Variables

Variab les	Sub Variables	Indicador	Unidad	Escala
Conocimiento	Conocimiento sobre Papanicolaou	Puntaje en cuestionario de conocimiento	Deficiente (0-10), regular (11-15), bueno (16-20)	Ordinal (de intervalo)
Cumplimiento	Cumplimiento del Papanicolaou	Realización del examen	Sí / No	Nominal
	Frecuencia de realización del examen	Frecuencia	Bianual, anual, esporádico, ante molestias	Nominal
	Edad	Fecha de nacimiento	Años	De razón
	Ocupación	Grupo profesional	Médico, enfermera, Obstetiz	Nominal
	Estado civil	Unión civil	Soltera, casada, conviviente, separada, viuda	Nominal
	Paridad	Número de hijos	0, 1, 2, 3	De razón
	Antecedente familiar de cáncer	Historia de cáncer familiar	No, madre / tía / abuela, hermana, hija	Nominal

c) Interrogantes básicas

- 1) ¿Cuál es el nivel de conocimiento acerca del examen de citología cervical (Papanicolaou) en mujeres profesionales de la salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2013?
- 2) ¿Cuál es el cumplimiento del examen de citología cervical (Papanicolaou) en mujeres profesionales de la salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2013?

d) **Tipo de investigación:** Se trata de un estudio de campo.

e) **Nivel de investigación:** La presente investigación es un estudio observacional, prospectivo y de corte transversal.

1.3. Justificación del problema

El presente estudio busca establecer el nivel de conocimiento y de cumplimiento del examen de citología cervical (Papanicolaou) en mujeres profesionales de la salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

No se han realizado estudios similares en mujeres profesionales de la salud de nuestro hospital, por lo que el estudio es **original**.

Tiene **relevancia científica**, porque se aplican los principios de la detección temprana de un tipo de cáncer de elevada prevalencia en nuestro medio ya que constituye un problema de salud pública, pues a pesar de que es una enfermedad que puede ser diagnosticada en etapa

preinvasora por medio de la citología exfoliativa cérvico uterina, la mayoría de los pacientes son diagnosticados en etapa avanzada.

Tiene **relevancia práctica**, porque permitirá saber si el personal de salud femenino del HRHDE tiene la capacitación adecuada para promocionar una medida de detección precoz de lesiones de cuello uterino, y tiene **relevancia social**, ya que el personal de salud es un motor de cambio para la sociedad al realizar un manejo integral de los pacientes y usuarios de los servicios de salud.

El estudio es **contemporáneo** ya que el cáncer de cuello uterino y su prevención son problemas permanentes y actuales que comprometen a la salud pública.

El estudio es **factible** de realizar por tratarse de un diseño prospectivo en el que se cuenta con una población motivada y deseosa de participar.

Dicho estudio contribuye académicamente en el campo de la salud ya que ayuda a obtener una mayor información sobre la Citología cervical y su importancia en la detección temprana del cáncer de cuello uterino, el cual es una patología potencialmente prevenible.

2. Marco conceptual

Cáncer de cuello uterino

2.1. Incidencia y mortalidad

Las estadísticas mundiales sitúan al cáncer de cuello uterino en segundo lugar, en orden de incidencia entre los cánceres femeninos después del cáncer de mama que ocupa el primer lugar. Se calcula que cada año se diagnostican en el mundo 493 000 nuevos casos de cáncer de cuello uterino y 274 000 muertes cada año, de los cuales el 83% ocurre en países en vías de desarrollo. El cáncer de cuello uterino representa el 11.6 % de los tumores malignos del aparato genital femenino.¹

En la región de las Américas, se pronosticaron 92 136 casos y 37 640 defunciones el año 2000 por cáncer cervicouterino, de los cuales 83,9 y 81,2 por ciento corresponderían a América Latina y el Caribe respectivamente.²

El cáncer cervicouterino sigue siendo una causa preponderante de mortalidad en las mujeres a nivel mundial, aunque es la neoplasia con el mayor potencial demostrado de prevención secundaria, cabe destacar que esta enfermedad es totalmente prevenible y curable, a bajo costo y con un bajo riesgo, cuando se cuenta con métodos para tamizaje en mujeres asintomáticas, junto con un diagnóstico, tratamiento y seguimiento apropiados.

El Perú ocupa el 4to lugar en tasa de incidencia y mortalidad entre los países latinoamericanos, superado por Haití, Bolivia y Paraguay. En el año 2002 se estimó que ocurrieron 5400 casos de cáncer de cuello uterino y 2663 defunciones. Las tasas de incidencia estandarizada en Lima, Arequipa y Trujillo fueron de 23.5: 35.2 y 52.4 casos por cien mil mujeres por año, respectivamente. En mujeres provenientes de Loreto, en el INEN se encontró una frecuencia de 38% (2002-2004).³

El año 2000, según el Ministerio de Salud, constituye la segunda causa de muerte en las mujeres peruanas precedida por el cáncer de estomago.

En el Instituto Nacional de enfermedades Neoplásicas (INEN) entre los años de 1996 y 2004, el cáncer de cuello uterino se sitúa como la neoplasia maligna más frecuente en mujeres, con un promedio de 1250 casos por año (1997-2001). En Lima Metropolitana, ha tenido una baja sostenida desde 1970 hasta 1997, mientras que el cáncer de mama se ha incrementado, llegando a niveles de 32.3 casos por cada 100 mil mujeres, debido a la mayor cobertura de Papanicolaou en esta zona del país.⁴

Las tasas de supervivencia al cáncer cervicouterino son significativamente más bajas en los países en desarrollo. En el estudio multinacional realizado por International Agency for Research on Cancer (IARC), las tasas de supervivencia relativa a cinco años para el cáncer de cuello uterino, estandarizadas por edades [SREE], variaron entre 28 y 64,9 por ciento en 10 poblaciones tomadas de cinco países en desarrollo. Poniendo de manifiesto diferencias significativas entre países en desarrollo y países desarrollados en cuanto a las tasas de supervivencia relativa al cáncer cervicouterino.⁵

Las variaciones en la incidencia y la mortalidad de dicho cáncer pueden relacionarse con diferencias en el acceso a los servicios y en la calidad de los mismos. Otros factores que influyen en ellas pueden ser la ubicación geográfica, la situación socioeconómica y la educación, así como aspectos culturales y psicosociales.

Las tasas de incidencia y mortalidad para dicha patología aumentan con la edad y la mayor carga absoluta del cáncer recae sobre las mujeres de mediana edad. La

mayor proporción de las defunciones anuales por cáncer cérvico uterino en los países de América Latina y el Caribe esta entre las mujeres entre los 35 y 54 años de edad.

Toda mujer que es o ha sido sexualmente debe someterse a una prueba de Papanicolaou anual. Después de que una mujer ha tenido 3 o más exámenes anuales consecutivos con resultados normales, el PAP puede realizarse en una mujer de bajo riesgo a criterio de su médico.

2.2. Patología de la neoplasia cervical

Las lesiones precancerosas son definidas como lesiones que tienen en principio la capacidad para progresar potencialmente a cáncer cervical invasivo, sin tratamiento. Hay fuerte asociación entre los cambios celulares morfológicos y los VPH de alto riesgo y la continua expresión de oncoproteínas derivadas del VPH resultan en una proliferación celular sin regulación.

a) LESIÓN ESCAMOSA INTRAEPITELIAL

El cuello uterino es de forma cilíndrica constituyendo el tercio inferior del útero. El cérvix tiene un orificio externo que se abre dentro del canal endocervical que comunica con la cavidad uterina. El epitelio cervical es derivado de dos estructuras embriológicamente distintas. La parte del cérvix que se proyecta dentro de la vagina, llamada exocérvix está cubierta por un epitelio escamoso estratificado no queratinizante similar al de la vagina. Este epitelio es derivado del seno urogenital. En contraste, el canal endocervical está cubierto por células columnares altas mucosecretantes que son de origen mulleriano. La unión entre estos dos epitelios es llamado la unión escamo-columnar o zona de

transformación. La unión escamo-columnar no está fijada anatómicamente pero migra en el transcurso de la vida. En el momento de la pubertad está ubicado en la periferie del exocérnix y con la edad migra hacia el orificio externo. La migración ocurre en gran parte por un proceso llamado metaplasia escamosa, en que el epitelio tipo endocervical es reemplazado por un epitelio escamoso estratificado. El área metaplásica adyacente a la unión escamo-columnar tiene por razones desconocidas una única susceptibilidad a la transformación neoplásica por VPH, particularmente en las áreas anterior y posterior, que son los lugares donde más comúnmente se desarrollan los carcinomas de cuello.

El cáncer cervical y las lesiones intraepiteliales que se desarrollan dentro de la zona de transformación pueden ser visualizados por colposcopia y diagnosticados por examen histológico. Actualmente se acepta que las neoplasias escamosas y glandulares del cérvix son causados por infección del epitelio cervical por tipos específicos de VPH.

La nomenclatura citológica se realiza en base al Sistema Bethesda Modificado (2001) (Tabla 1), presentado en Vancouver; y, para la clasificación histológica, se usa la de la Organización mundial de la salud (OMS).

Tabla 1. Nomenclatura citológica de acuerdo al sistema BETHESDA 2001.

.....

Anormalidades de las células epiteliales escamosas:

A. Células escamosas atípicas (ASC)

1. Células escamosas atípicas de significado no determinado (ASC-US)

- ASC-US: (Atypical squamous cells of undetermined significance), células escamosas atípicas de significado indeterminado o incierto.

- No puede excluirse HSIL (ASC-H)
2. Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (L-SIL)
 - Virus papiloma humano (VPH)
 - Displasia leve (CIN 1).
 3. Lesión intraepitelial escamosa de alto grado (H-SIL):
 - Displasia moderada, displasia severa y carcinoma in situ (CIN 2 y 3)
 4. Carcinoma escamosa

B. Células glandulares atípicas (AGC)

- Endocervicales (NOS o especificar en comentarios)
- Endometriales (NOS o especificar en comentarios)
- Glandulares (NOS o especificar en comentarios).

Nomenclatura histológica para precursores de carcinoma:

- Lesión escamosa intraepitelial de Bajo Grado (L-SIL):
Neoplasia intraepitelial Grado I (CIN I)
- Lesión escamosa intraepitelial de Alto Grado (H-SIL):
Neoplasia intraepitelial Grados II y III

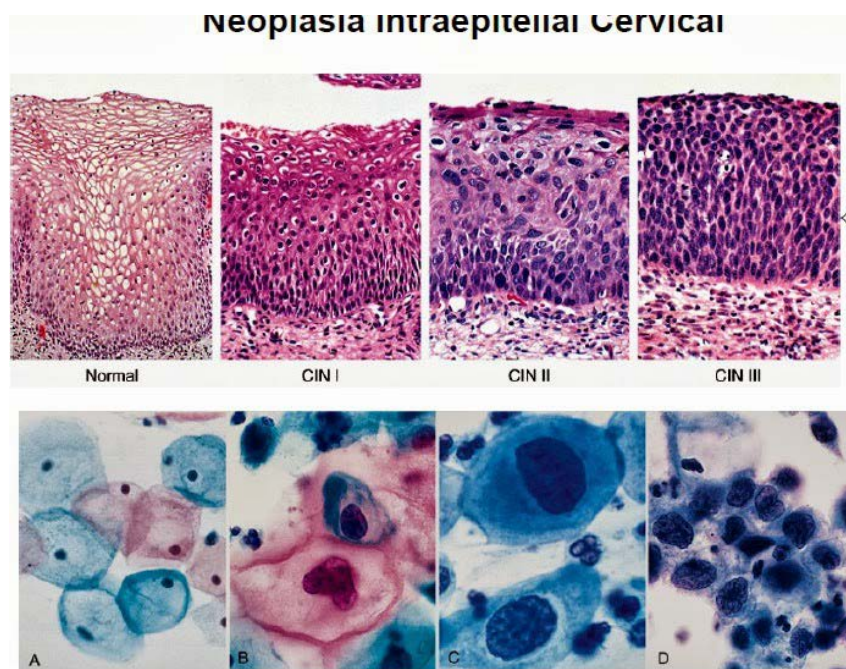
.....

b) HALLAZGOS PATOLÓGICOS

Las lesiones escamosas intraepiteliales están caracterizadas por proliferación y maduración celular anormal junto con atipia nuclear. Las alteraciones microscópicas son semi-cuantitativamente clasificadas en tres categorías. El graduaje NIC presenta gran variabilidad intra-observador e inter-observador, siendo mayor en las lesiones de bajo grado y menor en las lesiones de bajo grado.

La separación dentro de NIC en 3 subcategorías se correlaciona a la extensión general con grados de progresión y regresión de la lesión.

- **NIC1 (displasia leve, lesión intraepitelial escamosa de bajo grado):** las figuras mitóticas y las células basaloides neoplásicas ocupan el tercio inferior del epitelio. Estas lesiones frecuentemente muestran marcados efectos citopáticos por VPH incluyendo halo perinuclear, multinucleación, irregularidades de la membrana nuclear e hiper cromasia (coilocitosis).
- **NIC 2 (displasia moderada, lesión intraepitelial escamosa de alto grado):** las figuras mitóticas y las células basaloides neoplásicas ocupan los dos tercios inferiores del epitelio. Muestran menos efectos citopáticos que el NIC1.
- **NIC3 (displasia severa y carcinoma in situ, lesión intraepitelial escamosa de alto grado):** presencia de células basaloides neoplásicas y figuras mitóticas que ocupan todo el grosor del epitelio. Estas células tienen alta relación núcleo: citoplasma, con escaso citoplasma y denso núcleo hiper cromático con cromatina gruesa y superficie irregular nuclear.
- La **metaplasia** inmadura, la atrofia y los procesos reparativos son lesiones sin riesgo para progresión a carcinoma que pueden ser mal interpretadas como NI2 y NIC3.



a. Lesiones Glandulares Intraepiteliales

El adenocarcinoma in situ es la única lesión glandular preinvasiva bien establecida del cuello uterino; es mucho menos común que su contraparte escamosa, comparte los factores de riesgo de las lesiones escamosas preinvasivas. El Instituto Nacional del cáncer, 2004 reporto que el 2% de cáncer cervical correspondió al tipo glandular. Debido a desconocimiento de la historia natural de la enfermedad, afirmar que la lesión glandular intraepitelial es el precursor del adenocarcinoma endocervical invasivo es incierto.

b. Neoplasia Invasiva

Carcinoma microinvasivo de células escamosas: son lesiones clínico patológicamente definidas como lesiones con mínima invasión estromal y un excelente pronóstico con baja incidencia de metástasis ganglionar. La

OMS define carcinoma microinvasivo de células escamosas como aquellas que demuestran invasión estromal en menos de 3 mm, medidos desde el punto de origen del elemento tumoral invasivo. En adición la superficie de extensión debe ser menor de 7 mm y no debe haber evidencia histológica de invasión del espacio vascular.

Carcinoma escamoso invasivo: presenta tres variantes: carcinoma queratinizante, carcinoma de células grandes no queratinizante y carcinoma de células pequeñas. El tipo de tumor, el grado tumoral (bien, moderadamente y pobremente diferenciado) son de menor valor predictivo que la profundidad de la invasión y presencia o ausencia de embolización tumoral linfovascular.

c. Lesiones Glandulares Invasivas del Cervix

Las lesiones glandulares invasivas están asociadas con lesiones escamosas preinvasivas en más del 50% de los casos. Aproximadamente el 90% de lesiones glandulares invasivas del cérvix están asociadas a tipos de VPH de alto riesgo. Los subtipos más comunes son adenocarcinoma endometroide y mucinoso.

2.3. Pruebas de despistaje

Los Test de despistaje son usualmente aplicados en gran escala. Son usados para distinguir a las persona sanas de aquellas que presentan enfermedad o pueden desarrollarla. Un test de despistaje no es diagnostico por lo que requieren confirmación definitiva con test diagnóstico.

Para una aplicación eficiente y efectiva del despistaje, la historia natural de la enfermedad debe ser conocida. El despistaje se basa sobre la expectación de la detección temprana del cáncer, en la detección de la fase pre clínica, por lo que debe resultar en una reducción de la mortalidad de la enfermedad. Si el despistaje es efectivo debe detectar las lesiones precursoras y por lo tanto debe prevenir el cáncer invasivo. El conocimiento de la historia natural de la enfermedad debe facilitar la toma de decisiones sobre la edad apropiada para iniciar y cesar el despistaje y la óptima frecuencia de re-despistaje en aquellos con test negativo.

El test de despistaje se basa en tres principios:

- 1.- Detectar individuos con alto riesgo para una enfermedad específica.
- 2.- Sistemático, se brinda a todos los integrantes de la población
- 3.- Beneficia a los sujetos de despistaje.

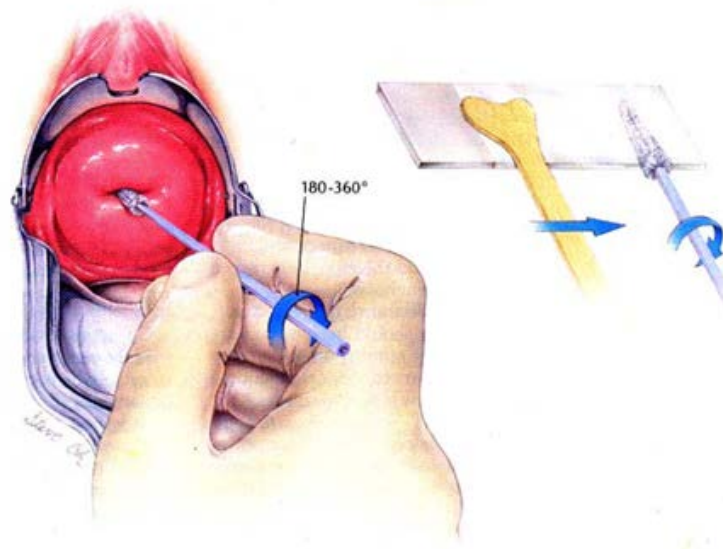
Un programa eficaz de prevención y control del cáncer cervicouterino debe abordar la cobertura, la calidad de los servicios de tamizaje y detección temprana, la disponibilidad de un diagnóstico, tratamiento y atención subsiguiente rápidos, fiables y asequibles. También se requieren una infraestructura de apoyo, como servicios de orientación y sistemas de información, para mejorar la calidad de la atención y facilitar una gestión eficaz de pacientes y programa.

Las perspectivas religiosas, socioculturales y de género de las mujeres pueden influir profundamente en la efectividad de los programas. Entre los obstáculos a la participación de las clientes destacan factores predisponentes tales; creencias, valores, actitudes y temores respecto a la salud; factores facilitadores, como los costos, la accesibilidad y la aceptabilidad de los servicios; y factores de refuerzo, como las expectativas sociales.

Una deficiencia grave en los programas de prevención del cáncer cervicouterino en América Latina radica en la calidad y la cobertura de los métodos de tamizaje mediante citología del cuello uterino. Se han identificado problemas de calidad en la toma, recolección, preparación e interpretación de los frotis de Papanicolaou.

2.3.1. Citología Cervical

El concepto de utilizar citología exfoliativa para identificar mujeres con cáncer cervical invasivo fue introducido por Papanicolaou y Babes en 1920. Papanicolaou refinó la técnica y demostró que la citología convencional puede también ser usado para identificar lesiones pre cancerosas del cérvix. Actualmente la citología cervical previene el desarrollo de cáncer cervical más que simplemente identificar casos en estadios tempranos. En 1960, la citología cervical empezó a hacer usada ampliamente en muchos países desarrollados como técnica para prevenir el cáncer cervical.

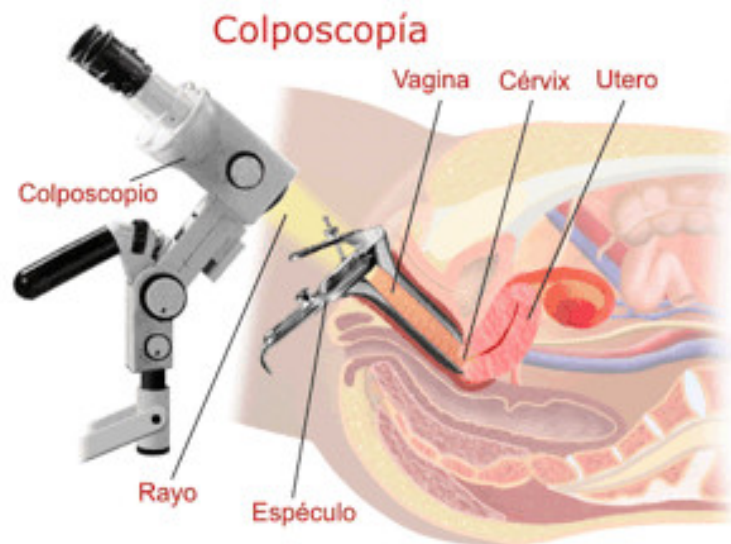


2.3.2. Colposcopia

La colposcopia es un procedimiento de magnificación e iluminación estereoscópica del cérvix y la vagina. La paciente adopta la posición de litotomía, el especulo expone el cérvix con un especulo bivalva, varias soluciones son aplicadas al epitelio cervical (ácido acético diluido al 3-5% y Lugol).

Se examina la zona de transformación en la cual se desarrolla la metaplasia escamosa. La video colposcopia ha mostrado mayor utilidad en la identificación de zonas displásicas.

Deben realizarlo todas las mujeres señaladas por el test de Papanicolaou como potencialmente portadoras de una displasia o carcinoma. Tiene una alta sensibilidad superior a la citología; la incidencia de falsos negativos está por debajo de 10%; aunque su especificidad es baja inferior a la citología.



3. ANALISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

A nivel local

No hemos encontrado estudios relacionados al conocimiento de Papanicolaou en personal de salud femenino.

A nivel nacional

3.1. **Autor:** Huamán Cubas M

Título: Determinantes administrativos, psicológicos y culturales en la actitud hacia la prueba citológica de cuello uterino de mujeres trujillanas

Ubicación: UCV – Scientia, 2010; 2(2) : 34-42

Resumen: Con la finalidad de *identificar* los determinantes administrativos, psicológicos y culturales en la actitud hacia la prueba citológica de cuello uterino, se entrevistó 280 mujeres en edad fértil residentes en la Provincia de Trujillo, para lo cual se seleccionó de manera aleatoria 25 mujeres de los distritos de Víctor Larco, Florencia de Mora, El Porvenir, La Esperanza, Moche, Salaverry, Simbal, Laredo, Huanchaco, Porotoy 30 mujeres del distrito de Trujillo quienes fueron entrevistadas durante los meses de julio a octubre del 2008. Cada una de las mujeres tuvieron que responder un instrumento destinado a averiguar si las mujeres se habían o no realizado el examen del Papanicolaou durante el transcurso de su vida, así como los posibles determinantes de este procedimiento. Para el análisis estadístico se utilizó la prueba de Chi cuadrado y Z para medias, fijando el nivel de significancia en $P < 0.05$. Se encontró que la frecuencia de negación hacia la prueba citológica de cuello uterino fue del 15.4%. El tipo de relaciones proveedor y usuario

inadecuadas, el temor a la realización de la prueba, la oposición de la pareja y el bajo nivel de conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino y su despistaje son determinantes administrativos, psicológicos y culturales de la actitud hacia la prueba citológica de cuello uterino. ($P < 0.05$).

3.2. **Autor:** Bazán F, Posso M.

Título: Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou.

Fuente: AnFacMed Lima 2007; 68(1): 47 - 54

Resumen: Diseño: Analítico y transversal. Lugar: Hospital Nacional Docente Madre-Niño 'San Bartolomé'. Pacientes: Mujeres en edad fértil de consultorios externos. Intervenciones: Cuestionario estructurado, autodesarrollado, durante noviembre-2005 a enero-2006. Para el análisis estadístico se utilizó: χ^2 , t student, Anova y OR. Principales medidas de resultados: Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en mujeres sobre el Pap, y asociaciones y características sobre su práctica periódica. Resultados: De 501 encuestadas, en 63% se encontró nivel bajo de conocimiento, en 66% una actitud desfavorable y en 71% una práctica incorrecta sobre la prueba de Papanicolaou; se obtuvo un $OR = 1,45$ ($IC = 0,98$ a $2,16$) entre el nivel de conocimiento y la práctica correcta; la difusión por los medios de comunicación sobre el Pap fue 6,2% y la mayor barrera para no tener una práctica periódica del Pap fue el género masculino del ejecutor (34,2%). Conclusiones: Los niveles de conocimiento, actitudes y prácticas, en nuestra población, son bajos. El mayor nivel de conocimiento no está relacionado con la práctica correcta del Pap. Existe poca

difusión sobre el Pap por los medios de comunicación y las limitantes a que las mujeres se tomen el Pap son principalmente psicológicas.

A nivel internacional

3.3. Autor: Urrutia M, Araya A.

Título: ¿Por qué las mujeres no se toman el Papanicolaou? Respuestas entregadas por los profesionales del Programa cáncer cervicouterino – auge del Servicio de salud metropolitano sur oriente

Fuente: RevChilObstetGinecol 2010; 75(5): 284 – 289

Resumen: Los beneficios del test de Papanicolaou (Pap) en reducir la mortalidad de cáncer cervicouterino han sido bien documentados a nivel mundial y nacional. Sin embargo, aún persisten mujeres que no se realizan el Pap rutinariamente. Objetivo: Conocer la percepción que tienen los profesionales de la salud en relación a las causas por las cuales las mujeres no se toman la prueba del Pap. Método: Estudio descriptivo transversal, con una muestra de 59 profesionales del Servicio de Salud Metropolitano Sur-Oriente de la ciudad de Santiago, provenientes de los tres niveles de atención del programa cáncer cervicouterino AUGE. Promedio de edad de los profesionales fue de $39,2 \pm 10,3$ años. El tiempo promedio en el cargo es de $7,7 \pm 7,4$ años. Un 41% de los profesionales de la salud tienen la percepción que las mujeres tienen un conocimiento parcial sobre la importancia de realizarse el Pap, mientras que un 48,3% refiere que las mujeres no tienen conocimiento sobre las normas de control de Pap. Falta de conocimiento, miedo, dejación y la falta de tiempo por parte de las mujeres surgen como las principales razones que los profesionales atribuyen a que las mujeres no se realicen el Pap.

4. Objetivos.

4.1. Objetivo general

Establecer el nivel de conocimiento y de cumplimiento del examen de citología cervical (Papanicolaou) en mujeres profesionales de la salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2013.

4.2. Objetivos específicos

- a) Establecer el nivel de conocimiento acerca del examen de citología cervical (Papanicolaou) en mujeres profesionales de la salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza Arequipa 2013.
- b) Establecer el cumplimiento del examen de citología cervical (Papanicolaou) en mujeres profesionales de la salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza , Arequipa, 2013.

5. Hipótesis

No se requiere por tratarse de un estudio observacional.

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicará la técnica de la encuesta.

Instrumentos: El instrumento que se utilizará consistirá en una ficha de recolección de datos (Anexo 1).

Materiales:

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos y bases de datos.

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial: La presente investigación se realizará en el Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa.

2.2. Ubicación temporal: El estudio se realizará en forma coyuntural durante el mes de diciembre del año 2013.

2.3. Unidades de estudio: Mujeres profesionales de la salud del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa.

2.4. Población: Todas las mujeres profesionales de la salud del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa en el periodo de estudio, constituido por 343 mujeres, repartidas de la siguiente manera:

	N°	%
Médicos mujeres	67	19,53%
Enfermeras	252	73,47%
Obstetricas	24	7,00%
Total	343	100,00%

Muestra: se estudiará una muestra cuyo tamaño se determinó mediante la fórmula de muestreo para proporciones en poblaciones finitas conocidas:

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

Donde:

N = tamaño de la población = 343

n = tamaño de la muestra

$Z\alpha$ = coeficiente de confiabilidad para una precisión del 95% = 1.96

p = frecuencia de conocimiento y cumplimiento adecuados = 0.25

q = 1 - p

E = error absoluto = 5% para estudios de ciencias de la salud = 0.05

Por tanto: $n = 156,8 \approx 160$ casos, que se repartirán proporcionalmente de la siguiente manera:

	N°
Médicos mujeres	31
Enfermeras	118
Obstetrices	11
Total	160

Las integrantes de la muestra serán elegidas de manera aleatoria entre las que cumplan los criterios de selección.

Criterios de elección:

- ♦ **Criterios de Inclusión**
 - Profesional de la salud
 - Tiempo de trabajo en el hospital de al menos 6 meses.
 - Participación voluntaria en el estudio

- ♦ **Criterios de Exclusión**
 - Mujeres que hayan tenido lesiones cervicales epiteliales o cáncer de cuello uterino.

3. Estrategia de Recolección de datos

3.1. Organización

Se realizarán las coordinaciones con la dirección del Hospital para obtener la autorización para la realización del estudio.

Se contactará a las mujeres profesionales de la salud médico, de enfermería y obstetricia en sus servicios respectivos, para explicar el motivo del estudio y solicitar su participación voluntaria, asegurando el anonimato de sus encuestas.

Se entregará la ficha de encuesta en el momento más apropiado durante el turno o al final del mismo, de modo que no interfiera con las labores del personal.

Una vez concluida la recolección de datos, éstos serán organizados en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

3.2. Recursos

a) Humanos

- Investigadora, tutor.

b) Materiales

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Fichas de investigación
- Computadora personal con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico.

c) Financieros

- Autofinanciado

3.3. Validación de los instrumentos

Se realizará una valoración de contenido con ayuda de un especialista en el tema (tutor), y se determinará la validación de constructo y una validación predictiva a través de una prueba piloto en una muestra de 20 mujeres personal de salud del

hospital Goyeneche para establecer la consistencia interna y confiabilidad, así como los puntos de corte para determinar el nivel de conocimiento.

Para la valoración del nivel de conocimiento se empleará la escala vigesimal, como puntajes de 0-10 como conocimiento deficiente, 11 a 15 como conocimiento regular, y de 16 a 20 como conocimiento bueno.

3.4. Criterios para manejo de resultados

b) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 serán luego codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

c) Plan de análisis

Se empleará estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas), medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentarán como proporciones. Para el análisis de datos se empleará la hoja de cálculo de Excel 2010 con su complemento analítico y el paquete Statisticav.10.0.

IV. Cronograma de Trabajo

Actividades	Noviembre 13			Diciembre 13				Enero 14				
	1	2	3	1	2	3	4	4	1	2	3	4
1. Elección del tema												
2. Revisión bibliográfica												
3. Aprobación del proyecto												
4. Ejecución												
5. Análisis e interpretación												
6. Informe final												

Fecha de inicio: 01 de Noviembre 2013

Fecha probable de término: 10 de Enero 2014

V. Bibliografía Básica

- 1.- Grupo de Trabajo sobre Estadísticas de Cáncer de los EE. UU. *Estadísticas de cáncer en los Estados Unidos. Informe electrónico sobre incidencia y mortalidad 1999–2010*. Atlanta (GA): Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades e Instituto Nacional del Cáncer; 2013. Disponible en: <http://www.cdc.gov/uscs>.
 - 2.- Merle J. Lewis Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe Washington, DC. OPS: 2004
 - 3.- Guía de práctica clínica cáncer de mama ministerio de salud instituto nacional de enfermedades neoplasicas: 2011
 - 4.- Velásquez A et al. La Carga de Enfermedad y Lesiones en el Perú. Ministerio de Salud, Lima, Perú: 2009.
 - 5.- Merle J. Lewis Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en America Latina y el Caribe Washington, DC. OPS: 2004: 124
- 1) Del Carpio Chahua C. Conocimientos y actitudes sobre el autoexamen de mama en personal de salud de la Clínica Arequipa 2013. Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, Facultad de Medicina Humana. Universidad Católica de Santa María, 2013.
 - 2) Guía de práctica clínica INEN: cáncer de cuello uterino 2011
 - 3) Peluffo M, Pérez A. Citopatología ginecológica. En: Pérez Sánchez A (ed). Ginecología. 3ª edición. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo 2003; 224-44.
 - 4) Valer V, Jara D, Asmat G. Correlación clínico patológica del cáncer cervical y precursores en una población de Lima periférica. AnFacMed Lima 2005; 66(2):100- 106.

- 5) Lewis J. Análisis de la Situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe. Washington DC : OPS/OMS; 2004.
- 6) Huamán Cubas M. Determinantes administrativos, psicológicos y culturales en la actitud hacia la prueba citológica de cuello uterino de mujeres trujillanas. UCV – Scientia, 2010; 2(2) : 34-42
- 7) Bazán F, Posso M. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou. AnFacMed Lima 2007; 68(1): 47 – 54
- 8) Urrutia M, Araya A. ¿Por qué las mujeres no se toman el Papanicolaou? Respuestas entregadas por los profesionales del Programa cáncer cervicouterino – auge del Servicio de salud metropolitano sur oriente. RevChilObstetGinecol 2010; 75(5): 284 – 289
- 9) Perú. Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Guía de práctica clínica: Cáncer de cuello uterino. Lima; Perú. Ministerio de Salud; 1 ed.; 2011. 46 p Disponible en <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1701.pdf>
- 10) Miranda S, Quiroga M, Quispe L, Salas G.
“Factores que influyen para que el personal femenino de enfermería no se realice el control ginecológico preventivo”. Tesis pre grado para licenciatura en enfermería. Universidad Favaloro Ciudad autónoma de Buenos Aires (C.A.B.A) Argentina; 2010. Disponible en: http://200.123.150.149/favaloro/bases/Miranda_Quispe_Salas_ENFERMERIA_7975.pdf
- 11) Colmenares S, Contreras R, Valera C, “Programa de educación para la prevención del virus del papiloma humano (VPH) dirigido a las usuarias que asisten a la consulta de ginecología del Hospital General del Oeste Dr. José Gregorio Hernández de los Magallanes de Catia en el tercer trimestre del año 2005”. Tesis Escuela de Enfermería-Licenciatura. Universidad Central de Venezuela Facultad de Medicina Escuela de Enfermería. Caracas Venezuela; 2005. Disponible en :

<http://saber.ucv.ve/xmlui/bitstream/123456789/327/1/TESIS%20COMPLETA.pdf>

VI. Anexos

Anexo 1: Ficha de recolección de datos

FichaN° _____

*Edad: _____ años

*Grupo ocupacional: Médico Enfermera Obstetriz

*Estado civil: Soltera Casada Conviviente Separada
Viuda

*Mantiene relaciones sexuales regulares? No Sí

*Usa métodos anticonceptivos. No Sí _____

*N° de parejas sexuales en su vida: Ninguna Una Dos Tres a más

*Tiene familia con cáncer? No Madre Hermana Tía
Abuela Hija

Acerca del Papanicolaou:

*Se ha hecho el examen de Papanicolaou? No Sí

*Si se ha hecho el examen, hace cuánto se lo hizo?

En el último año Hace más de un año Más de 2 años
Más de 3 años

*Cuando se hizo el examen, ¿sintió alguna molestia?

No Sí : dolor ____ sangrado ____ otra _____

Observaciones:

Anexo 2

Cuestionario de conocimiento sobre el Papanicolaou

A continuación encontrará una serie de preguntas acerca del examen de Papanicolaou; conteste con sinceridad todas las preguntas, ya que sus respuestas servirán para diseñar estrategias para mejorar el conocimiento en otras mujeres. Recuerde que las respuestas son ANÓNIMAS.

1. ¿En qué consiste la prueba de Papanicolaou?

- Retirar una muestra de sangre del cuello uterino
- Retirar una muestra de moco cervical
- Realizar un examen de células del cuello
- Tomar muestras para cultivo de virus o bacterias

2. ¿A partir de cuándo debe realizarse el Papanicolaou?

- A partir de la primera menstruación
- A partir del inicio de la vida sexual
- A partir del diagnóstico del embarazo
- Si aparece dolor ginecológico

3. En el procedimiento del Papanicolaou se examina:

- Vagina
- Fondo de saco vaginal
- El cuello del útero
- El cuerpo del útero

4. En la muestra del Papanicolaou se toman muestras de

- Vagina
- Endocérvix
- Exocérvix
- Endocérvix y exocervix

5. ¿En qué momento es más recomendable realizar el Papanicolaou?

- Durante la menstruación
- Durante los cinco días siguientes después de la regla
- El día de la ovulación
- Dentro de los cinco días antes de la regla

6. ¿Cuántas veces se debe realizar el Papanicolaou?

- Al menos cada 6 meses
- Cada 2 a 3 años si no hay factores de riesgo
- Luego de cada embarazo
- Sólo si hay síntomas

7. La preparación para el examen de Papanicolaou consiste en

- Realizarse un lavado vaginal previo
- Emplear una crema lubricante
- No tener relaciones sexuales antes del examen
- No requiere una preparación especial

8. Los resultados del examen de Papanicolaou indican

- Diagnóstico de cáncer de cuello
- Presencia de células atípicas
- Pueden encontrar infecciones
- Todas

9. ¿Qué se debe hacer si el resultado del PAP muestra células atípicas?

- Repetir el examen PAP
- Realizar colposcopia
- Observación por 3 meses
- Observación por 6 meses

10. La sensibilidad del Pap para el diagnóstico del cáncer de cuello es:

- 10%
- 90%
- 50%
- 80%