

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

FACULTAD DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA



RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ DE ZAMÁCOLA. AREQUIPA, FEBRERO 2015

Tesis, presentada por la Bachiller:

Shirley Beatriz Anco Galdos

Para optar el Título de Licenciada en Obstetricia

AREQUIPA – PERÚ
2015

A Dios por su infinita misericordia,
para con la humanidad.



A mis padres Lucila y Félix con
profundo amor y gratitud.

A mis hermanas Karen y Vania
mi dedicación y esfuerzo.



*Homenajear a la maternidad es
homenajear a la vida.*

Anónimo

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	05
ABSTRACT	06
INTRODUCCIÓN	07
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO	08
CAPÍTULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	38
CAPÍTULO III RESULTADOS	41
DISCUSIÓN	53
CONCLUSIONES	54
RECOMENDACIONES	55
BIBLIOGRAFÍA	56
ANEXOS	58

RESUMEN

Objetivo: Establecer la relación entre las características sociodemográficas y el nivel de conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa, febrero 2015.

Materiales y Métodos: Estudio de tipo relacional y corte transversal, se encuestó a 205 mujeres entre 20 a 60 años a más para lo cual se utilizó un cuestionario que fue validado y aplicado durante el mes de febrero del presente año. La estadística determinó la relación existente en las variables a través de la prueba de chi-cuadrado.

Resultados: De las mujeres entrevistadas que acudieron al centro de salud, el 58% de las pacientes en estudio tienen edades que oscilan entre 20 y 39 años, 49% son amas de casa, con buen nivel de instrucción en 51% y 38% proceden de Arequipa. El nivel de conocimiento es bueno en el 56%, regular en 29% y deficiente en 15%. Se encontró que hay una dependencia entre las variables, con lo que se comprueba que el nivel de conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino tiene una relación directa con las características sociodemográficas, dentro de ellas edad, procedencia, nivel de instrucción, ocupación.

Conclusiones: Se concluye en el presente estudio que las usuarias tienen un nivel de conocimiento bueno, las características sociodemográficas tienen relación directa con el nivel de conocimiento que tienen las pacientes atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz de Arequipa, la adultez joven 20 a 39 años, nivel de instrucción superior, en ocupación amas de casa y procedencia de Arequipa y otros departamentos son los que tienen mejor conocimiento sobre cáncer de cuello uterino.

Palabras claves: características socio-demográficas – conocimientos – cáncer de cuello uterino

ABSTRACT

Objective: To establish the relationship between the sociodemographic characteristics and the level of knowledge about cervical health center Maritza Campos Diaz, Arequipa, cancer in February 2015.

Materials and Methods: Study of relational and cross sectional surveyed 205 women between 20-60 years more for which a questionnaire was validated and applied during the month of February this year was used. Statistical determined the dependence on the variables through the chi-square test.

Results: Of the interviewed women who came to the clinic, 58% of patients in the study have ages ranging between 20 and 39, 49% are housewives, well educated with 51% and 38% come Arequipa. The level of knowledge is good in 56%, fair in 29% and 15% deficient. It was found that there is a dependency with which it is found that the level of knowledge about cervical cancer has a direct relationship with the sociodemographic characteristics, among them age, origin, level of education, occupation.

Conclusions: It is concluded in this study that users have a good level of knowledge, the sociodemographic characteristics are directly related to the level of knowledge with patients treated at the Health Center Maritza Campos Diaz de Arequipa.

Keywords: socio-demographic characteristics - knowledge - cervical cancer

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino es uno de los problemas significativos en la salud de la mujer; por lo cual se eligió investigarlo una vez más, ya que juega un papel importante en su estadística.

Presentan una idiosincrasia diversa que lo tipifica, que sin lugar a dudas; influye notablemente en la incidencia de las enfermedades en general y específicamente en el cáncer.

El estudio planteado fue de campo, de nivel relacional de corte transversal; para la recolección de datos se utilizó un cuestionario de preguntas cerradas, teniendo un margen de confianza de 95% y un margen de error de 5%, aplicado a 205 mujeres que participaron en el estudio. Se encontró limitaciones en la comprensión de palabras que no podían ser simplificadas, por ejemplo Papanicolaou.

La finalidad del estudio es identificar la relación que existe entre las características sociodemográficas y el nivel de conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino que puedan tener las usuarias que acuden al Centro de Salud Maritza Campos Díaz.

Por ello la investigación nos informará si es una determinada edad, ocupación, grado de instrucción y/o procedencia lo que mayormente se relaciona. Los resultados permitirán y garantizarán mejores decisiones dirigidas a lograr una auténtica cultura de prevención y control del cáncer de cuello uterino.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO.

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ DE ZAMÁCOLA. AREQUIPA, FEBRERO 2015.

1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

a. Campo, Área y Línea

Campo: Ciencias de la Salud

Área: Salud Reproductiva

Línea: Relación entre conocimiento de Cáncer Cuello Uterino y características sociodemográficas

Variables

El trabajo de investigación gira en torno a dos variables

Variables	Indicadores	Sub indicadores	Ítems
Independiente Características Sociodemográficas	1. Edad	- De 20 — 39 - De 40 — 59 - De 60 a mas	1.1
	2. Grado de instrucción	- Sin estudios - Primaria - Secundaria - Superior incompleta - Superior completa	1.2
	3. Procedencia	- Arequipa - Otros departamentos	1.3
	4. Ocupación	- Estudiante - Ama de casa - Trabajadora independiente - Trabajadora dependiente	1.4
Dependiente Nivel de conocimiento cáncer de cuello uterino	1.1. Significado 1.2. Factores de riesgo 1.3. Síntomas 1.4. Métodos de diagnóstico 1.5. Prevención	-Bueno -Regular -Deficiente	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15.

b. Interrogantes Básicas

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas sobre el cáncer de cuello uterino en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz de Zamácola, Arequipa, febrero 2015?
2. ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz de Zamácola, Arequipa, febrero 2015?
3. ¿Qué tipo de relación existe entre las características sociodemográficas y el nivel de conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz de Zamácola, Arequipa, febrero 2015?

c. Tipo de Investigación

- **Tipo :** De Campo

d. Nivel de Investigación

- **Nivel :** Relacional, de corte transversal

1.3. JUSTIFICACIÓN

Originalidad dado que no existe en el área jurisdiccional del Centro de Salud Maritza Campos Díaz estudios similares publicados, considero que la investigación es original así mismo permitirá dar a conocer una realidad poco observada y permitirá tener un perfil para intervenir en favor de la población femenina.

Relevancia científica: En la búsqueda de información formula un aporte de conocimiento científico para proponer programas de intervención en la mejora de conocimientos de la población femenina en beneficio del autocuidado de su salud.

Relevancia social: El problema de investigación planteado tiene una amplia relevancia social ya que en la actualidad el cáncer es un problema de salud pública y que lamentablemente aún mantiene tasas de mortalidad muy elevadas debido a su diagnóstico tardío en la mayoría de casos y siendo esta enfermedad la primera causa de cáncer en mujeres según los registros poblacionales de cáncer en el Perú, la incidencia es de 39 casos por cada 100,000 mujeres en edad fértil.¹ En la región de Arequipa, en los últimos años, la incidencia es de 17,4% por 100,000 mujeres.

Tiene relevancia Contemporánea: como se mencionó, en la actualidad este problema de salud requiere de un mayor énfasis, dado que es la única alternativa para combatir el incremento de casos y de víctimas a causa del cáncer.

La contribución académica de este proyecto también está orientada a aportar datos en relación a las actividades de capacitación en relación al cáncer que deberían masificarse y que todo personal de salud es responsable, como medida fundamental para la reducción de este problema de Salud Pública.

Este proyecto es factible de realizar aplicando cuestionarios a las pacientes que acuden a un Centro de Salud, con un instrumento de fácil aplicación y entendimiento con el

¹ Willy César Ramos Muñoz y Diego Rolando Venegas Ojeda, Análisis de la situación del cáncer en el Perú. Investigación del Ministerio de salud, [internet].Lima, Perú: Ministerio de salud [citado el 13 de noviembre del 2013] http://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis_cancer.pdf.

objetivo de obtener información útil para el análisis de una realidad poco conocida.

El interés profesional que me incita a realizar esta tesis, se centra en que las áreas de conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino se van abordar directamente en relación con el trabajo que deseo desarrollar. Por tal me Motiva como autora la realización de la presente investigación el deseo de obtener el Título Profesional de Obstetricia.

2. OBJETIVOS

- 2.1 Identificar las características sociodemográficas sobre el cáncer de cuello uterino en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz de Zamácola, Arequipa, febrero 2015.
- 2.2 Conocer el nivel de conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz de Zamácola, Arequipa, febrero 2015.
- 2.3 Establecer el tipo de relación que existe entre las características sociodemográficas y el nivel de conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz de Zamácola, Arequipa, febrero 2015.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. MARCO CONCEPTUAL

3.1.1. CONOCIMIENTO

El conocimiento, ha sido históricamente tratado por filósofos y psicólogos, ya que es la piedra angular en la que descansa la ciencia y la tecnología, su acertada comprensión depende de la concepción que se tenga del mundo. Al respecto Rossental define al conocimiento como un proceso en virtud del cual la realidad se refleja y se reproduce en el pensamiento humano, y está condicionado por las leyes del devenir social se halla indisolublemente unido a la actividad práctica.²

AFANASIEV define conocimiento como "la asimilación espiritual de la realidad, indispensable para la actividad práctica, en la cual se crean los conceptos y teorías. Esta asimilación refleja de manera creadora, racional y activa de los fenómenos, las propiedades y las leyes del mundo objetivo, y tiene una existencia real en forma de sistema lingüístico"³.

Mario Bunge lo define como un conjunto de ideas, conceptos, enunciados que pueden ser claros y precisos ordenados vagos e inexactos calificándolos en conocimiento científico ordinario o vulgar.

Entonces se podría concluir que conocimiento es la suma de hechos y principios que se adquieren y retienen a lo largo de la vida como resultado de la experiencia y aprendizaje del sujeto, el que se caracteriza por ser un proceso activo que se inicia con el nacimiento y continúa hasta la muerte, originándose cambios en el pensamiento, acciones, o actividades de quien aprende.

3.1.1.1 Clases de Conocimiento

Conocimiento Científico. Es fruto del esfuerzo, consciente, es metódico, crítico, problemático, racional, claro, objetivo y distinto. Cuando el conocimiento ordinario

² MENDEZ D.J. El Conocimiento Humano. Edit. Interamericana. México 2004. p. 56.

³ Afanasiev Victor, Manual de filosofía, 3ra Edición, buenos aires, 2010. p.154

deja de resolver problemas empieza el conocimiento científico, actividad social de carácter crítico y teórico que indaga y explica la realidad desde una forma objetiva, mediante la investigación científica, pues trata de captar la esencia de los objetos y fenómenos, conservando principios, hipótesis y leyes científicas. Expresan la verdadera relación y las conexiones internas de los fenómenos, es decir dan soluciones para resolver los problemas que afronta la sociedad.

Científico es un continuo proceso de explicación de la realidad. En este tipo de conocimiento es esencial la objetividad, una mayor rigurosidad y una evidente sistematicidad, buscando precisar sus interpretaciones con la ayuda tanto de conocimientos anteriores como de novedosos. Por tanto, el conocimiento científico hace uso de métodos adecuados, nuevas técnicas y distintos tipos de aparatos más propios a su objeto de análisis⁴

El conocimiento es libre por naturaleza y puede generarse en soledad, pero solo es fecundo dentro de un contexto social porque tiene la capacidad intrínseca de adquirir su máximo valor en tanto se transmite y es compartido de forma libre y abierta. Por eso, cuanta más libertad y sociabilidad, hay más conocimiento, y por eso, también, es una aberración pretender codificarlo y hacer de él una mercancía privativa orientada al lucro y la exclusión, en vez de considerarlo un patrimonio colectivo de la humanidad.

3.1.1.2. Fuente del Conocimiento

Lo constituye la realidad exterior que circula al hombre que actúa sobre él y a su vez el hombre no sólo percibe los objetos y fenómenos del mundo, sino influye activamente sobre ellos transformándolos.

Las actividades irán cambiando a medida que aumente los conocimientos, estos cambios pueden observarse en la conducta del individuo y actitudes frente a situaciones de la vida diaria, esto unido a la importancia que se da a lo aprendido, se lleva a cabo básicamente a través de 2 formas:

Lo informal, mediante las actividades ordinarias de la vida, es por este sistema que las personas aprenden sobre el proceso salud — enfermedad y se completa el

⁴ Montaña Alvarez, Lorena. Conocimiento y Argumentación filosófica. México septiembre.2011.

conocimiento con otros medios de información.

Lo Formal, es aquello que se imparte en las escuelas e instituciones formadoras donde se organizan los conocimientos científicos mediante un plan curricular⁵.

3.1.2. DEMOGRAFÍA:

Es el estudio interdisciplinario de las poblaciones humanas. La demografía trata de las características sociales de la población y de su desarrollo a través del tiempo. Los datos demográficos se refieren, entre otros, al análisis de la población por edades, situación familiar, grupos étnicos, actividades económicas y estado civil; las modificaciones de la población, nacimientos, matrimonios y fallecimientos; esperanza de vida, estadísticas sobre migraciones, sus efectos sociales y económicos; grado de delincuencia; niveles de educación y otras estadísticas económicas y sociales.⁶

La demografía se encarga de tres partes fundamentales:

1. La medición: Cuantificación de eventos poblacionales.
2. La explicación: Análisis de causas de los efectos.
3. Fenomenología: Explicación de las variables

3.1.3. CÁNCER DE CUELLO UTERINO: BASES ANATÓMICAS

3.1.3.1. Anatomía del cérvix

El cuello uterino es la porción inferior del útero, delimitado por arriba por el istmo y protruye en la vagina El cuello uterino, la parte fibromuscular inferior del útero, mide de 3 a 4 cm de longitud y 2,5 cm de diámetro.

Tiene forma de pera invertida y está situado en la pelvis, entre el recto y la vejiga. Está formado por dos partes: la zona más inferior, situada en el interior de la vagina, llamada cérvix o cuello del útero por ser de forma más alargada y estrecha y la parte más ancha, situada por encima del cuello, se denomina cuerpo del útero.

⁵ Maja Alicia, Sociología Jurídica.1º edición 2011.p.14

⁶ Instituto Nacional de Estadística e Informática.

Dicho cuerpo del útero está constituido por tres capas. La más interna se denomina endometrio. Por fuera de ella se sitúa la capa muscular o miometrio, que es la que realiza las contracciones del útero durante el parto.

El cuello del útero cuelga en el interior de la vagina. La mucosa que lo recubre está en contigüidad con la vagina y se denomina exocérvix, mientras que la que recubre el conducto o canal cervical, que lleva hasta la cavidad del cuerpo uterino se denomina endocérvix. La mayoría de los tumores aparecen en la zona de unión del exocérvix y el endocérvix⁷.

3.1.3.2. Zona de Transformación y Zona de Transición.

La unión entre el epitelio mucoso del endocérvix y el escamoso del exocérvix es brusca y normalmente se localiza cerca del orificio cervical externo. La localización se modifica a lo largo de la vida de la mujer. La influencia de las hormonas sexuales hace que en la pubertad el epitelio mucoso endocervical se asome hacia la vagina, formando lo que se denomina un ectropión. La acidez existente en la vagina (como consecuencia de la degradación del glucógeno del epitelio escamoso vaginal y exocervical por parte de los bacilos de Döderlein) origina un cambio en la diferenciación (transdiferenciación) de las células de reserva del epitelio endocervical de esta zona, transformándose en escamoso. Esto implica la existencia de lo que se denomina zona de transformación, que se localiza entre el restante epitelio mucoso endocervical y el primitivo epitelio escamoso exocervical. En los estadios precoces, este epitelio regenerativo está constituido por células epiteliales diferenciadas y pobres en glucógeno pero posteriormente, cuando madura normalmente y de forma completa, resulta imposible distinguir el epitelio escamoso metaplásico y regenerativo del epitelio exocervical primitivo adyacente. La transdiferenciación viene precedida por la hiperplasia de una o varias capas de células de reserva que, de acuerdo con su dotación de citoqueratinas, sufren un cambio y se diferencian a epitelio escamoso. Esto conlleva que la unión escamocolumnar existente antes de la pubertad no sea la misma y, además, en mujeres mayores, esta unión tiende a desplazarse hacia dentro del canal endocervical. A menudo en este proceso se ocluyen los orificios de las glándulas endocervicales con

⁷ Hilario Enrique, Especialista en Anatomía Patológica, Morfología del Cérvix Uterino ,2010

lo que el moco se queda retenido y las glándulas se dilatan y se hacen quísticas, denominándose quistes de Naboth. La gran importancia médica de esta zona de transformación radica en su sensibilidad a infectarse por determinados tipos de virus (como el virus del papiloma humano). Representa una infección de transmisión sexual que produce condilomas (acuminados o planos) y algunas de cuyas cepas (16 y 18 sobre todo) representan un factor etiológico muy importante en el carcinoma del cuello uterino (casi todos los cánceres se asocian con la presencia de estas cepas, aunque sólo una pequeña proporción de mujeres infectadas por ellas desarrollan cáncer)

3.1.4. CÁNCER DE CUELLO UTERINO Y LA PARTICIPACIÓN DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO.

El cáncer Cervicouterino es una enfermedad que se produce cuando las células del cuello uterino comienzan a transformarse en una forma anormal. Estas transformaciones o alteraciones en las células son conocidas como “lesiones”. Existen diferentes grados de lesiones, algunas son precursoras del cáncer.

El cáncer cérvico uterino ocupa los primeros lugares como causa de muerte por cáncer en mujeres mexicanas. Una infección persistente de virus del papiloma humano de tipos virales de alto riesgo oncogénico, es el factor etiológico principal en el desarrollo de esta neoplasia. Se conoce que solamente una pequeña fracción de lesiones cervicales infectadas con VPHs de alto riesgo evoluciona a lesiones de alto grado o cáncer. Diversos estudios de la historia natural del cáncer cérvico uterino pretenden definir los factores de riesgo y marcadores moleculares que predigan el comportamiento de una lesión premaligna asociada con la infección de Virus de Papiloma Humano⁸.

3.1.5. CÁNCER DE CUELLO UTERINO: TERMINOLOGÍA

3.1.5.1. DISPLASIA

El término displasia hace referencia a una anormalidad en el aspecto de las células debido a alteraciones en el proceso de maduración de las mismas. Es una

⁸ Marcela Lizano-Soberón¹, Adela Carrillo-García¹ y Adriana Contreras-Paredes¹ 1 Unidad de Investigación Biomédica en Cáncer, Instituto Nacional de Cancerología, Instituto de Investigaciones Biomédicas, 2010

lesión celular caracterizada por una modificación irreversible del ADN que causa la alteración de la morfología y/o de la función celular. La displasia también puede acabar provocando una neoplasia, Las células displásicas sufren una proliferación y alteraciones atípicas que afectan a su tamaño, forma y organización. Esto puede ser indicativo de que se encuentran en una fase de evolución temprana hacia la transformación en una neoplasia. Por lo tanto la displasia es un cambio preneoplásico o precanceroso.

Este crecimiento anormal se restringe a la capa epitelial, no invadiendo el tejido más profundo. Estos cambios pueden ser reversibles, y al desaparecer la causa inductora, el epitelio puede volver a la normalidad. Los cambios displásicos de los tejidos están considerados como precursores del cáncer⁹

3.1.5.2. NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL (NIC)

La neoplasia cervical intraepitelial es un crecimiento anormal y pre-canceroso de células escamosas en el cuello uterino. La mayoría de los casos de NIC permanecen estables o son eliminados por el sistema inmune del individuo sin intervención médica. Sin embargo un pequeño porcentaje de casos progresan a cáncer cervical, usualmente, por razón de la célula invasora. Sobre el avance de dichas observaciones en 1968 se introdujo el termino del neoplasia intraepitelial cervical (NIC) para denotar las múltiples posibilidades de atipias celular confinado al epitelio¹⁰

Los NIC tienen tres grados distintivos, basados en el espesor de la invasión por parte de las células escamosas:

- a) **Displasia leve o NIC 1:** Cuando hay células anormales de aspectos neoplásico en el extendido citológico referidos a la capa basal del epitelio. Es el tipo de menor riesgo, representa sólo una displasia leve o crecimiento celular anormal y es

⁹ Góngora Gutiérrez Alejandro especialista en virus del papiloma humano, Yucatán México 26 de abril del 2012. <http://previniendoelcancer.blogspot.com/2009/11/que-es-displasia-severa-o-grave.html>.

¹⁰ Sociedad americana del cáncer. Cáncer de cuello uterino. 2014 disponible. <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdecuellouterino/guiadetallada/index>.

considerado una lesión escamosa intraepitelial de bajo grado. Por lo general se requiere que se repita la prueba cada seis meses y si la colposcopia confirma el diagnóstico puede no recibir tratamiento.

- b) **Displasia moderada o NIC II:** Cuando hay una mayor concentración de células anormales provenientes de la capa profunda e intermedia del epitelio estratificado es considerado una lesión escamosa intraepitelial de alto grado y representan una displasia moderada. Luego de confirmar el diagnóstico de colposcopia y biopsia debe tratarse y hacerse nuevas pruebas de PAP después de estos tratamientos.
- c) **Displasia grave o NIC III:** Cuando ocurren estos cambios en las células de todo el espesor del epitelio. El tratamiento indicado puede ser la eliminación quirúrgica de la zona afectada u otros métodos menos agresivos siempre debe realizarse confirmación de biopsia con o sin colposcopia en este tipo de lesión, considerada también de alto grado, la displasia es severa, Esta lesión es considerada como un carcinoma in situ.

3.1.5.3. LESIÓN INTRAEPITELIAL ESCAMOSA.

La valoración de las anomalías intraepiteliales se lleva a cabo tomando en consideración su gravedad y el genotipo oncogénico responsable de la lesión.

a) **Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado.**

Se refiere a cambios precoces en el tamaño, forma y número de células que forman la superficie del cérvix. Algunas lesiones de bajo grado desaparecen por sí mismas. Sin embargo, con el tiempo, otras lesiones pueden crecer o hacerse más anormales y formar una lesión de alto grado. Las lesiones precancerosas de bajo grado también se llaman displasia leve o neoplasia intraepitelial cervical. Tales cambios precoces en el cérvix ocurren con más frecuencia en mujeres de 25 a 35 años de edad pero pueden aparecer también en otros grupos de edad.

b) **Lesión intraepitelial escamosa de alto grado.**

Lesión intraepitelial escamosa de alto grado significa que hay un gran número de células precancerosas que se ven muy diferentes de las células normales, estos cambios precancerosos comprenden sólo células en la superficie del cuello del útero. Estas

células no se harán cancerosas y no invadirán las capas más profundas del cérvix por muchos meses, tal vez años. A las lesiones de alto grado también se les conoce como displasia moderada o severa, NIC 2 ó 3, o bien carcinoma in situ. Estas lesiones se presentan con más frecuencia en mujeres de 30 a 40 años de edad pero pueden aparecer también en otros grupos de edad.¹¹

3.1.6. ESTADÍOS DEL CÁNCER

Clasificación de Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia de los carcinomas cervicouterinos¹².

3.1.6.1. Estadio I

El carcinoma de estadio I se limita estrictamente al cuello uterino. No se debe tomar en cuenta la extensión al cuerpo uterino. El diagnóstico de los estadios IA1 y IA2 debe hacerse a partir de los exámenes microscópicos de un tejido extirpado, preferentemente un cono, que rodee la lesión entera.

a) Estadio 1A: Cáncer invasor identificado a través de un examen microscópico únicamente. La invasión se limita a la invasión del estroma medida con un máximo de 5 mm de profundidad y de 7 mm de extensión horizontal.

- **Estadio IA1:** La invasión medida en el estroma no supera 3 mm de profundidad y profundidad y 7 mm de diámetro.
- **Estadio IA2:** La invasión medida en el estroma esta entre 3 y 5 mm de profundidad y no supera a 7 mm de diámetro.

b) Estadio IB: las lesiones clínicas se limitan al cérvix, o las lesiones preclínicas son mayores que en el estadio IA. Toda lesión microscópicamente visible incluso con una invasión superficial es un cáncer de estadio IB.

¹¹ Manual de Patología Cervical 2010. http://www.mspbs.gov.py/pnpcacum/wp-content/uploads/2012/09/Manual_Mancional_Normas_Version_Final.pdf.

¹² Clasificación de FIGO de los carcinomas cervicouterinos [fecha de acceso 5 de abril del 2014 disponible en <http://screening.iarc.fr/viaviliappendix1.php?lang=3>

- **Estadio IB1:** lesiones clínicas de tamaño máximo de 4cm.
- **Estadio IB2:** lesiones clínicas de tamaño superior a 4 cm.

3.1.6.2. Estadio II

El carcinoma de estadio II se extiende más allá del cérvix, pero sin alcanzar las paredes pelvianas. Afecta la vagina, pero no más allá de sus dos tercios superiores.

- a) **Estadio IIA:** Ninguna afección parametrial evidente. La invasión afecta los dos tercios superiores de la vagina.
- b) **Estadio IAB:** Afección parametrial evidente, pero la pared pelviana no está afectada.

3.1.6.3. Estadio III

El carcinoma de estadio III se extiende hacia la pared pelviana. En el examen rectal, todas las zonas están invadidas por el cáncer entre el tumor y la pared pelviana. El tumor afecta el tercio inferior de la vagina. Todos los cánceres con una hidronefrosis o una disfunción renal son cánceres de estadio III.

- a) **Estadio IIIA:** Ninguna extensión en la pared pelviana, pero afección del tercio inferior de la vagina.
- b) **Estadio IIIB:** Extensión a la pared pelviana, hidronefrosis o disfunción renal.

3.1.6.4. Estadio IV

El carcinoma de estadio IV se extiende más allá de la pelvis verdadera o invade la mucosa de la vejiga y/o del recto.

- a) **Estadio IVA:** Extensión del tumor a los órganos pelvianos cercanos.
- b) **Estadio IVB:** Extensión a los órganos distantes.

3.1.7. FACTORES DE RIESGO

3.1.7.1. INICIO DE RELACIONES SEXUALES A EDAD TEMPRANA.

Implica la aparición de múltiples compañeros sexuales, con el consiguiente riesgo dado por estas. Se ha demostrado también que en la adolescencia los tejidos cervicouterinos son más susceptibles a la acción de los carcinógenos, y de hecho, si existe un agente infeccioso relacionado, el tiempo de exposición a este será mucho mayor. El riesgo de lesión intraepitelial cuando el primer coito se tiene a los 17 años o menos es 2,4 veces mayor que cuando este se tiene a los 21 años.

3.1.7.2. PRIMER EMBARAZO A EDAD TEMPRANA.

Aparentemente, debido a inmadurez de las células del cuello, durante el trauma obstétrico.

3.1.7.3. PROMISCUIDAD SEXUAL DE ALGUNO DE LOS CÓNYUGES.

El individuo promiscuo está más expuesto a adquirir infecciones de transmisión sexual, las que a su vez parecen jugar papel importante en la transformación neoplásica cervical.

3.1.7.4. INFECCIONES POR VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO.

La asociación observada entre VPH y cáncer de cérvix, está entre las más consistentes de las identificadas en cancerología humana, existiendo un consenso creciente en calificarla como causa necesaria, pero insuficiente, ya que no todas las infecciones por VPH persisten o progresan a carcinoma de cérvix. Los factores determinantes que se conocen para que esta progresión ocurra, son: tipo viral, persistencia de la infección en exámenes repetidos y carga viral por unidad celular.

3.1.7.5. CIGARRILLO.

Las mujeres que fuman son alrededor de dos veces más propensas a padecer cáncer de cuello uterino que las que no fuman. Al fumar, muchos químicos causantes de cáncer ingresan a los pulmones. Estas sustancias dañinas son llevadas al torrente sanguíneo

por todo el cuerpo hasta otros órganos. Se han detectado subproductos del tabaco en la mucosidad cervical de mujeres fumadoras. Además, fumar hace que el sistema inmunológico sea menos eficaz en combatir las infecciones con VPH.

3.1.7.6. INGESTA DE ANTICONCEPTIVOS ORALES.

El uso de píldoras anticonceptivas por periodos prolongados aumenta el riesgo del cáncer de cuello uterino. La investigación sugiere que el riesgo aumenta mientras más tiempo una mujer tome las píldoras, pero el riesgo se reduce nuevamente después de que deje de tomarlas

3.1.7.7. MULTIPARIDAD

El aumento en el número de gestaciones ha mostrado una tendencia lineal en el riesgo de neoplasia cervical. Así, las mujeres que han tenido más de doce gestaciones corren un riesgo cinco veces superior de contraer este tumor maligno que aquellas que se han embarazado menos de tres veces. A pesar de no existir ninguna explicación definitiva se cree que la inmunosupresión del embarazo o su influjo hormonal aumentan la susceptibilidad a la infección por Papiloma Virus Humano¹³.

3.1.8. CUADRO CLÍNICO

Más de la mitad de los casos de cáncer cervical se detectan en mujeres que no participan en revisiones regulares. Lo más frecuente es que sea asintomático. Los principales síntomas son:

- a) Hemorragia post coital
- b) Hemorragia anormal, en "agua de lavar carne" (cuando da síntomas, es el primero en aparecer)
- c) Flujo vaginal sanguinolento
- d) Dispáreunia.

¹³ Lewis M, Análisis de la situación del cáncer Cervicouterino en América Latina y el Caribe. Organización Panamericana de la Salud. (Fecha de acceso: Julio- 2012). xDisponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/pcc-cc-sitlac.pd>

3.1.9. DIAGNÓSTICO PRECOZ DE CÁNCER DE ÚTERO

3.1.9.1. EXAMEN DE PAPANICOLAOU

a) Definición.

La prueba Papanicolaou, cuyo nombre deriva de su inventor, Dr. George Papanicolaou, es uno de los métodos más eficaces para determinar si hay células anormales en el cuello uterino.

b) Procedimiento

Se realiza de la siguiente forma:

Para la toma de la muestra se debe seguir una serie de procedimientos: Rotulación de la lámina: previo a la toma de la muestra, la laminilla de vidrio (portaobjetos) debe ser rotulada colocando cinta adhesiva con el nombre completo de la paciente, en la superficie inferior de la laminilla. Visualización del cuello uterino: la zona de transformación (unión del exocérnix y endocérnix o unión escamo columnar) es donde más frecuentemente se origina el cáncer de cuello uterino por lo cual debe ser el sitio de toma de la muestra. La zona de transformación puede ser fácilmente visualizada o encontrarse muy alta y no visualizarse, esto varía no solo de persona a persona sino que incluso en la misma persona a través del tiempo por cambios hormonales que incluyen embarazo, menopausia, etc. Recolección de la muestra: existe una variedad de instrumentos para obtener muestra celular del exocérnix, zona de transformación y endocérnix que incluyen citocepillos endocervicales, espátulas de madera. Realización del extendido: la muestra obtenida del cuello uterino debe extenderse en la laminilla, no frotarla, debe fijarse inmediatamente¹⁴.

Así mismo:

A partir de los 30 años de edad, las mujeres que hayan tenido tres pruebas de Papanicolaou consecutivas con resultados normales pueden hacerse las pruebas cada dos o tres años. Las mujeres de 70 años o más, que hayan tenido tres o más Prueba de Papanicolaou consecutivas con resultados normales, y que no hayan tenido ninguna

¹⁴ Varela S. Citología Cervical. Rev Med Hondur. 2008; 73:131

prueba con resultados anormales en los 10 años previos, pueden dejar de hacerse las pruebas de detección del cáncer de cuello uterino. Las mujeres que se hayan sometido a una histerectomía total (extirpación del útero y del cuello uterino) también pueden dejar de hacerse las pruebas de detección del cáncer de cuello uterino

c) Requisitos:

- No haber tenido relaciones sexuales de preferencia 2 o 3 días.
- No estar menstruando.
- No aplicar ningún medicamento, crema, óvulos.
- No haberse realizado duchas vaginales.

d) Tasa de falla:

Especificidad alta 90 %

Falsos positivos y negativos 40%

Un resultado "positivo" de la prueba Papanicolaou indica la presencia de células cancerosas de un carcinoma in situ (cáncer localizado solamente en la capa superior del tejido, sin invadir tejidos profundos) o un cáncer invasor (tumor maligno que destruye los tejidos normales cercanos). Tanto el carcinoma in situ como el cáncer invasor requerirán tratamiento pero previamente deberá realizarse una biopsia (que consiste en extraer una muestra de tejido y analizarlo en el laboratorio) para determinar el tipo de células.

La prueba Papanicolaou permite el diagnóstico precoz del cáncer de cuello uterino y marca la pauta para seguir los consejos del médico. Mientras más pronto se diagnostique y se trate, mayores son las posibilidades de curarse¹⁵.

3.1.9.2. IVAAA

Inspección visual con ácido acético (IVAA). Puede hacerse a simple vista (también llamada cervicoscopia o inspección visual directa [IVD]), o bien con una lente de bajo aumento (también llamada ginoscopia o inspección visual con ácido acético y lente de

¹⁵ Williams, Ginecología. 2da edición .Año. 2012.

aumento).

a) QUÉ INCLUYE LA IVAA

Realizar una exploración vaginal con espéculo, durante la cual el prestador de asistencia sanitaria aplica ácido acético (vinagre) diluido (de 3 a 5%) al cuello uterino. Al exponer el tejido anormal al vinagre, adquiere temporalmente una coloración blanca.

Observar el cuello uterino a simple vista, para identificar cambios de color en el mismo.

Determinar si el resultado de la prueba es positivo o negativo para posibles lesiones precancerosas o cáncer.

b) RESULTADOS

Prueba: negativa Sin lesión acetoblanca ni lesiones acetoblanco pálidas; pólipos, cervicitis, inflamación o quistes de Naboth.

Prueba: positiva: Áreas acetoblanco densas (de color blanco opaco o blanco ostra), nítidas, precisas, bien definidas, con o sin márgenes elevados que tocan la unión escamoso-cilíndrica (UEC); leucoplasia y verrugas.

Sospecha de cáncer: Excrecencia o lesión ulcerosa o en coliflor, visible clínicamente; exudación o sangrado al tacto

C) Sensibilidad y Especificidad

Sensibilidad: Proporción de todos aquellos con la enfermedad a los cuales la prueba identifica correctamente como positivos.

Especificidad: Proporción de todos aquellos sin la enfermedad (normales) a los cuales la prueba identifica correctamente como negativos.

3.1.9.3. TEST DE SCHILLER

Es de gran utilidad en el estudio de la patología del epitelio cervical. Para efectuar esta prueba se coloca el espéculo y se eliminan las secreciones que puedan cubrir el cuello

uterino, luego se practica una embrocación del cérvix con una solución de lugol; en muy pocos segundos el epitelio normal toma una coloración caoba oscura por la presencia del glucógeno, mientras que el epitelio anormal o el cilíndrico endocervical, dada la carencia de este polisacárido, se destaca claramente por su color blanco o amarillo rosado.

La prueba de Schiller es positiva cuando hay zonas que no se colorean con el yodo; es decir, que son yodo negativo, mientras que cuando se colorea todo el exocérnix es yodo positivo. Cuando es negativa, permite descartar la existencia de lesiones epiteliales exocervicales.

3.1.9.4. COLPOSCOPIA

Consiste en el estudio de la superficie epitelial cérvico uterina mediante el empleo del colposcopio. El colposcopio es un instrumento con lentes de aumento y luz adecuada para visualizar ciertas lesiones en el cuello uterino y partes vecinas. Si se identifican lesiones o infecciones se le indicará su tratamiento. Suelen ser sometidas a esta prueba las pacientes con Papanicolaou positivo y con ella se puede detectar hasta un 90% de las lesiones displásicas.¹⁶

3.1.9.5. Biopsia

El Papanicolaou y la Colposcopia son métodos de detección, pero la única certificación de la naturaleza de una lesión cervical se obtiene mediante el examen histológico. Si se encuentran células anormales en el Papanicolaou se extrae una muestra de tejido del cuello uterino y se observa a través del microscopio para determinar la presencia de células cancerosas. Hay distintas formas de biopsia de las lesiones cervicales, las que se emplean de acuerdo con las circunstancias del caso¹⁷.

¹⁶ VASCONCELOS, Pinheiro, Conocimiento, actitud y práctica relacionada al examen de colposcopia entre usuarias de una unidad básica de salud. *Enfermagem* vol.19, enero- febrero 2011. http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/es_14.pdf

¹⁷ W. SELLORS, Jhon M.D y R. Sankaranarayanan. Tratamiento de la neoplasia intraepitelial. <http://screening.iarc.fr/doc/colpoesmanual.pdf>.

a) Biopsia Simple:

Consiste en la toma de uno o más fragmentos de la mucosa cervical mediante una pinza sacabocados o bien con un bisturí. En este caso se obtiene un fragmento cuneiforme con base en la superficie de la mucosa. La toma con bisturí puede ser más dificultosa, pero el fragmento obtenido sufre menos atricción.

En el caso de una lesión maligna evidente, las biopsias se dirigen hacia las zonas microscópicas más características, debiendo cuidarse cuando se trate de lesiones ulceradas, que las tomas alcancen sus bordes, ya que una toma central puede comprender solamente una zona de necrosis, no apta para el diagnóstico histológico.

En el caso de imágenes colposcópicas sospechosas, las tomas deben dirigirse hacia ellas, bajo el control del colposcopio. Cuando se realiza más de una toma, cada una debe ser individualizada marcando en el esquema colposcópico del cuello, el sitio en que se realizó. Los fragmentos obtenidos deben adherirse, por su cara cruenta, a un pequeño fragmento del papel de filtro o una cartulina de superficie rugosa, para permitir la adhesión, a fin de evitar su enrollamiento antes de ser sumergidos en el líquido fijador. Este puede ser solución de formol al 10%, alcohol de 96 grados o líquido de Bouin (solución picroformol - acético)

b) Biopsia Anular:

Consiste en obtener un fragmento anular del cuello alrededor del orificio externo; se le considera intermedia entre la biopsia simple y la Conización, pero no se utiliza entre nosotros pues sus inconvenientes son mayores que sus ventajas.

3.1.9.6. Conización

La Conización consiste en la extracción de un trozo de tejido en forma de cono en el lugar donde se encuentra la anormalidad. Se emplea para biopsias, pero también para el tratamiento de cánceres tempranos del cuello uterino. Se realiza en pacientes seleccionadas cuando la prueba de Papanicolaou es anormal (Positiva) con resultado de Lesión Escamosa Intraepitelial o cuando se presenta resultado Histológico de NIC de alto grado

a) Conización LEEP:

La Conización con Asa Electro quirúrgica es conocida como CONO LEEP, por sus siglas en inglés (Loop Electro Excision Procedure). En este procedimiento se utiliza una solución Lugol al 10% al cuello uterino (Test Schiller) para delimitar el área o lesión detectada con la colposcopia y remover el área anormal con una pasada, luego se introduce el asa que está conectado a un generador de corriente eléctrica de alta frecuencia, lo cual permite eliminar con gran precisión el área Pre cancerosa de Neoplasia intraepitelial de alto grado consiste en extraer un cono con base en el exocérnix, centrada en el orificio externo, cuyo eje es el conducto endocervical y su vértice el extremo superior de este¹⁸.

b) Conización en Frio:

La Conización por bisturí, también llamada Conización en frío, es una de las alternativas utilizadas en el tratamiento de las anormalidades del cérvix. Es el nombre dado a un procedimiento quirúrgico en el cual se extirpa una parte del cérvix en forma de cono.

Procedimiento, se evacua la vejiga con sonda de foley o Nelaton 12-14 ó 16 se separan los labios con seda 2.0 aguja de ½ círculo punta redonda de 25mm. Se introduce el especulo vaginal para poder visualizar el cuello del útero el cual se tracción con pinzas de tenáculo o de cuello, se aplica solución de lugol con aplicadores o torundas con el fin de teñir el tejido sano (marrón) y el malo (rojo) ó con ácido acético la lesión se torna blanca. Se colocan dos puntos de transfixión con catgut cromado, más allá del tejido malo, tomando tejido malo y reparando con pinzas Kelly. Se introduce una Cureta de Novack para delimitar la profundidad de la muestra al resecar se hace una incisión en el cuello uterino en forma de cono, con el reparo de la pared lateral del útero, se colocan puntos separados con catgut cromado. La cauterización de los bordes es opcional.¹⁹

¹⁸ Cestero M. Ramón, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology. April. 2010.

¹⁹ DR. HERNÁNDEZ MORÓN PEDRO, Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas ,Manejo de NIC con alto grado con cono LEEP, 2010.

ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Internacionales

3.2.1. AUTOR: Figueroa solano, Nereya

- **Título:** Conocimiento, actitudes y prácticas de la citología cérvico uterina, en mujeres mayores de 15 años en condición de desplazamiento, en el barrio las flores; sector Caguan, Chipi y Tambos; del Distrito de Barranquilla. 2010²⁰.
- **Resumen**
- **Objetivo:** El objetivo de este estudio es describir los conocimientos, actitudes y prácticas de la citología cérvico-uterina, en mujeres desplazadas de los sectores Caguan, Chipi y Tambo en el barrio Las Flores del Distrito de Barranquilla durante el primer semestre de 2010.
- **Material y Métodos:** Es un estudio descriptivo donde se analizan las respuestas de 150 mujeres encuestadas.
- **Resultados:** Fue construida una base de datos en Excel y se analizó con el programa Epi Info. La edad promedio de las encuestadas fue de 32.8, la mediana de 30, la moda de 37, la edad mínima de 15 años y la máxima de 76; la mayoría eran casadas o vivían en unión libre (68%); más del 90% de las mujeres encuestadas presentaron un bajo nivel de escolaridad y 81% eran amas de casa; la cuarta parte de las mujeres se encontraron no afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud y el 58% se encuentran afiliadas al régimen subsidiado. El 83% manifestó saber en qué parte del cuerpo se tomaba el estudio, pero solo un 30% tiene un conocimiento adecuado de la citología; el 68% ha solicitado que le realicen la prueba en los últimos tres años; dos tercios de las mujeres se la practicaron por lo menos una vez en los últimos tres años, porcentaje que se encuentra por debajo de estudio llevado a cabo el Instituto Nacional de Cancerología (INC).

²⁰ Figueroa Solano, Nereya M. Conocimiento, actitudes y prácticas de la citología cérvico uterina, en mujeres mayores de 15 años en condición de desplazamiento, en el barrio las flores; sector Caguan, Chipi y Tambos; del Distrito de Barranquilla. 2010.

- **Conclusiones** El conocimiento poco claro que tienen las mujeres sobre la citología, la cobertura de solo dos tercios del total de mujeres encuestadas y la poca iniciativa del médico para solicitar la citología, contrasta con el interés que muestran las mujeres porque la práctica sea anual y por la avidez que tienen de conocer más sobre dicho examen

3.1.2. AUTORES: López-Castillo Christian, Calderón Alejandro, González María.

- **Título:** Conocimientos, actitudes y prácticas respecto al cáncer de cuello uterino de mujeres entre 14 y 49 años de un barrio de la comuna 10 de la ciudad de Armenia, Colombia, 2011²¹.
- **RESUMEN**
- **Objetivo:** Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas frente al cáncer de cuello uterino de las mujeres entre 14 y 49 años de un barrio de la comuna 10 de Armenia, Colombia.
- **Materiales Y Métodos:** Materiales y métodos: Estudio de corte transversal, con muestreo por conveniencia en total se entrevistaron 100 mujeres.
- **Resultados:** En la distribución por edad la media fue de 27,22 años. La mayoría tenían SISBEN 1 (76%). El 89% de las mujeres encuestadas tenían poco conocimiento sobre cáncer de cuello uterino. El 51% tenían claro sobre el cáncer de cuello uterino. El 88,8% de mujeres que habían tenido relaciones sexuales se había tomado alguna vez la citología. Existe una relación significativa a ($p < 0.05$) entre el bajo conocimiento sobre la prevención, detección y periodicidad de la toma de la citología y las edades

²¹ López-Castillo Christian, Calderón Alejandro, González María, Conocimientos, actitudes y prácticas respecto al cáncer de cuello uterino de mujeres entre 14 y 49 años de un barrio de la comuna 10 de Armenia, Colombia.

más bajas.

- **Conclusiones:** No existe coherencia entre el conocimiento, el pensamiento y las actitudes de las mujeres en edad reproductiva incluidas en el presente estudio. Las mujeres más jóvenes tienen un nivel más bajo de conocimientos pese a que acuden a la escuela. Con estos resultados se busca tener elementos para reorientar los procesos educativos en esta comunidad, empezando desde la educación escolar, hacia aspectos socioculturales de las personas y con base en esto elaborar proyectos educativos mucho más pertinentes (conocimiento contextualizado y útil) convirtiéndolos en eficientes y efectivos.

Nacionales

3.2.3. AUTOR: Jenny Elizabeth Palma Flores.

- **TITULO:** Prácticas de prevención del cáncer cérvico-uterino en usuarias del C.S. Leonor Saavedra-San Juan de Miraflores en el año 2011²².
- **RESUMEN**
- **Objetivo:** Determinar las prácticas preventivas del cáncer Cervicouterino en las usuarias del centro de salud Leonor Saavedra.
- **Lugar:** Centro de salud Leonor Saavedra- San Juan de Miraflores- Lima.
- **Diseño:** Estudio descriptivo, de corte transversal.
- **Pacientes:** Mujeres en edad fértil, de 20 a 49 años que acudan al consultorio de ginecología y obstetricia. Intervenciones: cuestionario estructurado llenado en entrevista durante los meses de enero, febrero y marzo del 2011

²² Palma Flores Jenny Elizabeth. Prácticas de prevención del cáncer cérvico-uterino en usuarias del C. S. Leonor Saavedra-San Juan de Miraflores [Tesis para optar el título de licenciada en Obstetricia] Perú: Universidad Nacional Mayor De San Marcos; 2011.

para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS versión 19.00.

- **Resultados:** El perfil de la usuaria que acude al C.S. Leonor Saavedra es mujer de 32 años, conviviente con un 52,4%, con nivel secundario 54,8%, ama de casa 54,8%, que vive con sus hijos y su pareja 70,2% de religión católica 73%, cuyos ingresos son menores de 1000 soles 61.3%. Entre las prácticas de prevención primaria del Cáncer Cervicouterino relacionadas con la conducta sexual, 58 % recibieron educación de cáncer de cuello uterino, sólo el 26,9% ha retrasado el inicio de relaciones sexuales hasta los 20 años, el 43,7% limita el número de compañeros sexuales a uno, el 72,1% conoce las características sexuales de su pareja, el 73,9% ha evitado el contagio de Infecciones de Transmisión Sexual, el 88,2% ha evitado el uso prolongado de pastillas anticonceptivas, sólo el 12,2% usa siempre preservativo en sus relaciones sexuales y sólo el 32% tiene algún conocimiento sobre el Papiloma Virus Humano. En cuanto a las prácticas de prevención secundaria tenemos: El 84,9% se ha realizado el Papanicolaou; de las cuales sólo el 11,1% se lo realizó después de iniciar su vida sexual, sólo el 34,6% se lo realiza cada año, el 67,8% se ha realizado su última prueba hace menos de un año, el 30,8% se la ha realizado más de seis veces, el 86,1% conoce el resultado de su último Papanicolaou, y sólo el 36,1% conoce el propósito de la prueba.
- **Conclusiones:** La mayoría conoce las características sexuales de su pareja y limita el número de partos vaginales; además han evitado el contagio de infecciones de transmisión sexual y el uso prolongado de píldoras como prevención primaria. En cuanto a la toma de Papanicolaou, la mayoría se le ha realizado como prevención secundaria.

3.2.4. **Autor:** José Carlos Cabrera Arenas.

- **TITULO:** Distribución de los factores de riesgo en el cáncer de cuello

uterino en pacientes del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2006- 2011²³.

- **Resumen**
- **Objetivo:** Determinar la distribución de los factores de riesgo en el cáncer de cuello uterino en pacientes del Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2006 – 2011.
- **Materiales y Métodos:** Es por ello que se hace un estudio Descriptivo-Observacional – Retrospectivo el cual contó con 104 pacientes.
- **Resultados:** Los factores de riesgo mayormente asociados con el cáncer de cérvix fueron exposición a VPH(64.8%) y multiparidad (68.5%); las edades de 18 a 35 años tienen conocimiento sobre el cáncer (56%) la mayoría tuvo menarquía de inicio medio (63%); el mayor porcentaje de inicio de las relaciones sexuales está entre los 18 y 20 años (63%), mientras que el inicio tardío o precoz de esta actividad tiene un igual porcentaje (18.5%); pacientes con menos de 5 parejas sexuales durante su vida es lo mayormente hallado en el presente estudio (94.4%), cuando lo más relacionado con el desarrollo del cáncer de cuello uterino es mayor cantidad de parejas; sin embargo no se toma en cuenta el factor masculino y cuanto exponen estos a sus parejas; se encontró un bajo porcentaje tanto del alcohol como del tabaco con un hallazgo de casi el 70% de mujeres con antecedente de haber cocinado o cocinar con leña, dato esperado en una sociedad como la nuestra; y, finalmente, pero no menos importante, al hallarse que un poco más del 20% de las mujeres del estudio no contaban con estudios de tamizaje primario, por lo que no se sabía si contaban con el antecedente de infección previa por el VPH.
- **Conclusiones** Se puede concluir que los programas de tamizaje primario no son muy difundidos en la comunidad que abarca el HNSEB, a pesar de su facilidad de uso. A la luz esto se propone mejores medidas educacionales y sobre todo preventivas con el uso sistemático del tamizaje primario con técnicas tan simples como la IVAA e IVL, pero que arrojan rápidamente

²³ José Carlos Cabrera Arenas, Distribución de los factores de riesgo en el cáncer de cuello uterino en pacientes del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2006- 2011.

resultados confiables que pueden orientar un diagnóstico precoz y, así, evitar las funestas consecuencias de este extendido mal.

Locales

3.2.5. Autor: Díaz Escobedo, Mónica Carolina

- **Título:** Factores asociados a los conocimientos actitudes y prácticas del examen citológico Cérvico-Uterino en el servicio de Ginecología del Hospital Goyeneche, Arequipa 2014²⁴.
- **Resumen**
- **Objetivos:** determinar los factores asociados a los conocimientos actitudes y prácticas sobre el examen citológico cérvico - uterina en pacientes del servicio de ginecología del hospital Goyeneche, Arequipa 2014.
- **Material y método:** cuestionario autoadministrado que evalúa las características sociodemográficas y los conocimientos, actitudes y practica de 160 pacientes que acudieron a consulta externa de ginecología durante el mes de febrero.
- **Resultados:** el promedio de edad de las pacientes fue de 34 años, el 66.25% procedía de zonas urbanas, el 52.2% tenía un grado de instrucción secundario y el 44.25% eran convivientes, ocupación amas de casa con un 62%. El 55% de las mujeres tuvo su primera consulta ginecológica antes de los 21 años y el promedio de edad de inicio de relaciones sexuales fue de 18 años, el 60.6% negó el uso de algún método anticonceptivo, de las que usaban algún método de preservativo era el más frecuente 57.16%.

Los conocimientos sobre el Papanicolaou fueron intermedios en el 36.8% de las

²⁴ Díaz Escobedo, Mónica Carolina, Factores asociados a los conocimientos actitudes y prácticas del examen citológico Cérvico-Uterino en el servicio de Ginecología del Hospital Goyeneche, Arequipa 2014.

mujeres, las actitudes fueron favorables y las practicas correctas en solo en un 25% y un 21.7% respectivamente. En la asociación de variables un mejor grado instrucción $p=0.001$ se relacionó con mejores conocimientos, y una edad menor de 35 años $p=0.013$ a prácticas incorrectas.

- **Conclusiones:** Los conocimientos alcanzaron un nivel bajo en su mayoría, además las actitudes fueron desfavorables y las prácticas incorrectas en su mayoría, se evidencio que un mejor grado de instrucción se relaciona a mejores conocimientos sobre el Papanicolaou, mientras que una menor de edad se relaciona a prácticas incorrectas de forma más frecuente.



4. HIPÓTESIS

Dado que en la actualidad el cáncer de cuello uterino es un problema de salud pública que mantiene tasas de mortalidad elevada y es la primera causa de cáncer en mujeres según los registros poblacionales de cáncer en el Perú.

Es probable que exista una relación directa entre las características sociodemográficas y el nivel de conocimientos sobre cáncer del Cuello uterino en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz de Zamácola, Arequipa, Febrero 2015.



CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA E INSTRUMENTO

1.1. TÉCNICA

La técnica a utilizar en la presente investigación es el cuestionario.

1.2. INSTRUMENTO

Como instrumento se aplicará un formulario de preguntas.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. UBICACIÓN ESPACIAL

El presente estudio se ubica en el departamento de Arequipa, Distrito Cerro Colorado, Dirección esquina Yaraví con Marañón, Centro de Salud Maritza Campos Díaz de Zamácola con una cobertura que constituye a 11 000 mujeres.

2.2. UBICACIÓN TEMPORAL

El presente estudio se realizó en el mes de febrero del año 2015, es de corte Transversal.

2.3. UNIDADES DE ESTUDIO

Las unidades de investigación están conformadas por las pacientes de los consultorios del Centro de Salud Maritza Campos Díaz de Zamácola.

A. Universo

- a. Las pacientes atendidas en el mes de febrero del año 2015, cuyo universo está constituido por 420 pacientes.

B. Muestra

Para la selección de la muestra se usó el criterio de inclusión y la fórmula de Cox.

- **Criterios de Inclusión**

- Pacientes que deseen participar en la investigación
- Pacientes de asistencia al Centro de Salud
- Pacientes de 20 a 65 años de edad

La Fórmula de Cox

Esta muestra es con un margen de confianza de 95% y un margen de error de 5%.

$$M = \frac{N \times 400}{N + 399}$$

$$M = \frac{420 \times 400}{420 + 399}$$

$$M = 205$$

La muestra se determinó, estuvo constituida por todos los que acudan al Centro de Salud Maritza Campos Díaz de Zamácola en el mes de febrero 2015.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- Se dirigió una solicitud a la Dirección del Centro de Salud Maritza Campos Díaz de Zamácola, para obtener el permiso correspondiente.
- El instrumento fue validado en la tesis de la señorita Thelma Adelina Gutiérrez Quico en el año 2014.
- Una vez aplicado el instrumento se procedió a la tabulación de los datos y su organización, los que luego se plasmaron en tablas con su interpretación respectiva aplicando la fórmula Cox y los criterios de inclusión. La muestra quedó conformada por 205 que fueron seleccionados por conveniencia e inclusión.

De la calificación

Nº total de ítems = 15 pts.

Valor de muestra por ítems = 4 pts.

Valor total = 60 pts.

Categoría	Puntaje
Bueno	60 – 40 pts.
Regular	39 – 20 pts.
Deficiente	19 – 0 pts.

IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO

Actividades	2015															
	Enero				febrero				Marzo				Abril			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1.Recolección de datos					X	X	X	X								
2. Estructuración de resultado									X	X	X	X				
3. Informe final													X	X	X	X

CAPITULO III

RESULTADOS



I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

TABLA N° 1

**PACIENTES INVESTIGADOS SEGÚN EDAD. CENTRO DE SALUD
MARITZA CAMPOSDÍAZ. ZAMÁCOLA. AREQUIPA, FEBRERO 2015**

Edad	N°	%
20 – 39 años	119	58
40 – 59 años	79	38
60 a más años	7	4
Total	205	100

Fuente. Elaboración propia. Arequipa, 2015

En la tabla N° 1 se aprecia que en la población investigada, predominan las edades correspondientes al ciclo vital de la adultez joven (58%), es decir tiene edades que se enmarcan en el bienio 20 – 39 años. La diferencia porcentual se ubica de mayor a menor en los bienios 40 – 59 y 60 a más.

TABLA N° 2

**PACIENTES SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN CENTRO DE SALUD
MARITZA CAMPOS DÍAZ. ZAMÁCOLA. AREQUIPA, FEBRERO 2015.**

Nivel de Instrucción	N°	%
Sin estudios	2	1
Primaria	31	15
Secundaria	105	51
Superior incompleto	44	22
Superior completo	23	11
Total	205	100

Fuente. Elaboración propia. Arequipa, 2015

En la tabla N° 2 se observa que los mayores porcentajes se ubican en los niveles de secundaria y superior incompleta, 51% y 22% respectivamente, solo el 15% pertenecen al nivel primario.

Según los resultados, se pueden afirmar que las pacientes investigadas tienen buen nivel de instrucción, situación que les permite obtener con mayor facilidad los conocimientos acerca del cáncer de cuello uterino.

TABLA N° 3

**PACIENTES SEGÚN PROCEDENCIA. CENTRO DE SALUD MARITZA
CAMPOS DÍAZ. ZAMÁCOLA. AREQUIPA, FEBRERO 2015.**

Procedencia	N°	%
Arequipa	78	38
Puno	42	21
Cuzco	32	15
Otros departamentos	53	26
Total	205	100

Fuente. Elaboración propia. Arequipa, 2015

La población investigada, en más de la cuarta parte (26%), proceden de departamentos varios como Ica, Moquegua, Ayacucho, etc. El 36% acumulado proceden de la Sierra del Sur: Puno y Cuzco. Un considerable porcentaje (38%) proceden de Arequipa.

Resultados que según la procedencia, se trata de una población con una idiosincrasia propia de cada lugar: costumbres, alimentación, creencias, etc., que van a influir en el conocimiento que puedan tener.

TABLA N° 4

**PACIENTES SEGÚN OCUPACIÓN. CENTRO DE SALUD MARITZA
CAMPOS DÍAZ. ZAMÁCOLA. AREQUIPA, FEBRERO 2015.**

Ocupación	N°	%
Estudiante	14	7
Independiente	30	15
Dependiente	59	29
Ama de Casa	102	49
Total	205	100

Fuente. Elaboración propia. Arequipa, 2015

En la tabla N° 4 se aprecia que la ocupación que predomina en la población investigada es la de ama de casa, lo evidencia el 49%. El trabajo dependiente constituye la ocupación del 29% de dicha población. Mínimos porcentajes representan a las mujeres que trabajan independientemente y estudian.

CONOCIMIENTOS SOBRE CÁNCER DE CUELLO UTERINO

TABLA N° 5

PACIENTES INVESTIGADOS SEGÚN EDUCACIÓN SOBRE EL CANCER DE CUELLO UTERINO. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ. ZAMÁCOLA. AREQUIPA, FEBRERO 2015.

Educación	N°	%
Sí	162	79
No	43	21
Total	205	100

Fuente. Elaboración propia. Arequipa, 2015

De las pacientes investigadas, el 79% ha recibido educación sobre el cáncer de cuello uterino en lo relacionado a factores de riesgo, prevención y la diferencia porcentual del 21%, no ha recibido educación al respecto.

TABLA N° 6

PACIENTES INVESTIGADOS SEGÚN RESPUESTAS CORRECTAS EN LA DIMENSIÓN COGNITIVA SOBRE EL CÁNCER DEL CUELLO UTERINO. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ. ZAMÁCOLA. AREQUIPA, FEBRERO 2015.

Respuestas correctas	N°	%
- Significado del cáncer de cuello uterino	135	66
- Síntomas y signos	26	13
- Exámenes para detectar el cáncer de cuello uterino	164	80
- Agente infeccioso causante	69	33
- Grupos de alto riesgo	16	8
- Prevención	186	91
- Vacuna para prevenir la infección del virus de Papiloma Humano	151	74
- Infección por el virus del Papiloma Humano	176	85
Media aritmética	115	56

Fuente. Elaboración propia. Arequipa, 2015

En la tabla N° 6 se aprecia que el 56% promedio de los pacientes investigados respondieron correctamente las cuestiones del dominio cognitivo, predominando las del conocimiento acerca de la prevención (91%), infección por el virus del Papiloma Humano (85%) y exámenes para detectar el cáncer de cuello uterino (80%).

TABLA N° 7

**PACIENTES INVESTIGADOS SEGÚN NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE
EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO. CENTRO DE SALUD MARITZA
CAMPOS DÍAZ. ZAMÁCOLA. AREQUIPA, FEBRERO 2015.**

Nivel	N°	%
Bueno	114	56
Regular	59	29
Deficiente	32	15
Total	205	100

Fuente. Elaboración propia. Arequipa, 2015

En la presente tabla se observa que el 56% de las pacientes investigadas alcanzaron el nivel de bueno; el 29%, el de regular y el 15%, deficiente.

II. RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO

TABLA N° 8

RELACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO CON EL FACTOR EDAD.

CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ. ZAMÁCOLA. AREQUIPA, FEBRERO 2015.

Edad	Bueno		Regular		Deficiente		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
20 – 39 años	74	62	23	19	22	19	119	100
40 – 59 años	39	49	30	38	10	13	79	100
60 a más años	1	14	6	86	0	0	7	100
Total	114	56	59	29	32	15	205	100

Fuente. Elaboración propia. Arequipa, 2015
 $\chi^2 = 19.04$ (GL = 4) χ^2 5% = 9,49) p < 0.05

En la tabla se observa que un total de las pacientes que tienen 20 – 39 años, el mayor porcentaje (62 %) los menores porcentajes se ubican en los niveles regular y deficiente. Asimismo, del total de pacientes que tienen de 40 a 59 años, la mayoría (49%) tienen buen conocimiento y de los pacientes que tienen 60 años a más, el 86% poseen regular conocimiento.

Lo que nos indica que hay una relación directa y significativa ya que en la adultez joven 20 a 39 años en su mayoría tienen buen nivel de conocimiento sobre cáncer de cuello de útero.

TABLA N° 9
RELACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO CON EL FACTOR NIVEL DE INSTRUCCIÓN.
CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ. ZAMÁCOLA. AREQUIPA, FEBRERO 2015

Nivel de conocimientos Instrucción	Bueno		Regular		Deficiente		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Sin estudios	0	0	1	50	1	50	2	100
Primaria	10	32	21	68	0	0	31	100
Secundaria	56	53	20	19	29	28	105	100
Superior incompleta	37	84	7	16	0	0	44	100
Superior completa	11	48	10	43	2	9	23	100
Total	114	56	59	29	32	15	205	100

Fuente. Elaboración propia. Arequipa, 2015 $X^2 = 59,04$ (GL = 8) X^2 5% = 15,51) $p < 0,05$

Según la tabla se tiene que los mayores porcentajes: 32%, 68%, 53%, 84%, 48% y 43% se ubican en los niveles de bueno y regular a partir del nivel de instrucción primaria.

La relación es significativa y directa ya que a mayor nivel de instrucción mejor nivel de conocimiento sobre cáncer de cuello de útero como es el caso de superior incompleta con un 84% en nivel bueno.

TABLA N° 10

**RELACION DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO CON EL FACTOR PROCEDENCIA.
CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ. ZAMÁCOLA. AREQUIPA, FEBRERO 2015.**

Nivel de conocimiento Procedencia	Bueno		Regular		Deficiente		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Arequipa	38	48	20	26	20	26	78	100
Puno	16	38	15	36	11	26	42	100
Cuzco	7	22	24	75	1	3	32	100
Otros departamentos	53	100	0	0	0	0	53	100
Total	114	56	59	29	32	11	205	100
Fuente. Elaboración propia. Arequipa, 2015								
$\chi^2 = 87,89$ (GL = 6) $\chi^2 5\% = 12,59$ p < 0.05								

En la tabla N° 11 se observa que las pacientes procedentes de Arequipa en el 48% alcanzaron el nivel de conocimiento “bueno”, la diferencia porcentual del 52% se distribuye por igual en las categorías de regular y deficiente (26%).

El 38% de las pacientes procedentes de Puno tiene buen conocimiento y el 36%, regular. El 75% de las pacientes procedentes del Cuzco, tienen regular nivel de conocimiento.

El 100% de las pacientes de otros departamentos (Ica, Moquegua, Ayacucho, etc.) siguiendo Arequipa con un 48 % tienen nivel bueno de conocimiento lo que nos muestra que hay una relación directa y significativa.

TABLA N° 11
RELACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO CON EL FACTOR OCUPACIÓN.
CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ. ZAMÁCOLA. AREQUIPA, FEBRERO 2015

Nivel Ocupación	Bueno		Regular		Deficiente		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Estudiante	3	21	6	43	5	36	14	100
Independiente	18	60	10	33	2	7	30	100
Dependiente	21	36	15	25	23	39	59	100
Ama de casa	72	71	28	27	2	2	102	100
Total	114	56	59	29	32	15	205	100

Fuente. Elaboración propia. Arequipa, 2015

$\chi^2 = 50,93$ (GL = 6 χ^2 5% = 12,59) $p < 0.05$

En la tabla se observa que del total de pacientes con ocupación estudiante, los mayores porcentajes (43% y 36%) se ubican en los niveles de regular y deficiente.

El mayor porcentaje las pacientes amas de casa (71%) siguiendo el 60 % independiente corresponde a nivel bueno en relación al conocimiento lo que nos muestra que hay una relación directa y significativa.

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

La medición del nivel de conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino en pacientes del Consultorio de Gineco-obstetricia del Centro de Salud Maritza Campos Díaz revela que, presentan una relación directa con las características sociodemográficas: edad, procedencia, nivel de instrucción y ocupación.

En los resultados siguientes se muestran los aspectos mejor conocidos que fueron respondidos en el cuestionario de conocimientos.

En la tabla n° 2 se aprecia que el nivel de instrucción secundaria predomina con un 51%, según Figueroa Solano, Nereya en su estudio encontró que el 90% de las mujeres encuestadas presentaron un bajo grado de escolaridad.

En la tabla n° 5, un 79% de pacientes investigadas han recibido educación sobre el cáncer de cuello uterino relacionado a factores de riesgo, predominando las de prevención con un 91% en comparación con el estudio de Jenny Elizabeth Palma Flores que solo un 58 % recibieron educación de cáncer de cuello uterino.

En la tabla n° 7 alcanzaron un nivel bueno en conocimiento 56%, López-Castillo Christian, Calderón Alejandro, González María encontraron que el 51% de las mujeres encuestadas tenían conocimiento sobre cáncer de cuello uterino.

En la tabla n°8 se observa la relación de conocimiento con el factor edad, 20 a 39 años que tienen buen nivel de conocimiento con un porcentaje 62%, José Carlos Cabrera Arenas encontró un 56% en edades de 18 a 35 años.

Tabla n° 11 Las amas de casa dentro del factor ocupación tienen buen nivel de conocimiento en 71%, mientras que Díaz Escobedo, Mónica Carolina encontraron buen nivel de conocimiento en 62 % de las amas de casa.

Las pacientes investigadas al poseer un buen nivel de instrucción tienen una mayor comprensión al momento de adquirir nuevos conocimientos.

CONCLUSIONES

- PRIMERA : Las pacientes atendidas en el Consultorio de Gineco-obstetricia del Centro de Salud Maritza Campos Díaz en su mayoría tienen 20 a 39 años de edad, son adultas jóvenes, tienen nivel de instrucción secundaria, proceden de Arequipa y son amas de casa.
- SEGUNDA : El nivel de conocimiento que tienen las pacientes que acuden al Centro de Salud Maritza Campos Díaz es bueno en el 56% y regular en más de la cuarta parte 29%.
- TERCERA : Las características sociodemográficas: según edad predomina la adultez joven 20 a 39 años con un 62 %, nivel de instrucción superior incompleta con un 84% , en ocupación amas de casa con un 71 % y procedencia otros departamentos con un 100% y Arequipa 48% todos en nivel bueno lo que nos muestra que tienen una relación directa y significativa con el nivel de conocimientos que tienen las pacientes atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz de Arequipa.

RECOMENDACIONES

En vista que la población arequipeña en su mayoría demuestran tener conocimientos con resultados interesantes, podemos aspirar a seguir informando a toda la población para reducir el porcentaje de personas que carecen de conocimiento en cuanto a prevención de las enfermedades degenerativas irreversibles como es el cáncer y en atención a los resultados obtenidos, se propone lo siguiente

1. Fortalecer y/o implementar sistemas de promoción y prevención del cáncer en los centros de salud y centros detectores del cáncer, tomando en cuenta la prevención primaria, secundaria y terciaria. No solamente del cáncer de cuello uterino, sino de los otros cánceres que abaten la vida de la población tanto femenina como masculina. Desarrollar un programa continuo y permanente de cultura de prevención del cáncer a través de estos sistemas, esto demanda un trabajo corporativo sobretodo comunitario entre los diferentes centros detectores y las instituciones de salud.
2. Así mismo se recomienda, que las facultades de las ciencias de la salud de las universidades refuercen su currícula de estudios en lo que a prevención se refiere y se continúe con estos estudios de investigación a fin de crear una permanente cultura de prevención en los estudiantes y futuros profesionales.

Sólo así se conseguirá disminuir no sólo la mortalidad, sino la incidencia de morbilidad por cáncer.

BIBLIOGRAFÍA BASICA Y ANEXOS

- MENDEZ D.J. El Conocimiento Humano. Edit. Interamericana. México 2004.
- AFANASIEV Víctor, Manual de filosofía, 3ra Edición, buenos aires, 2010. p.154.
- VARELA S. Citología Cervical. Rev Med Hondur. 2008; 73:131
- WILLIAMS, Ginecología. 2da edición .Año. 2012.
- MONTAÑO Álvarez, Lorena. Conocimiento y Argumentación filosófica. México septiembre.2011.
- MAJA Alicia, Sociología Jurídica.1º edición 2011.p.14.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática.
- HILARIO Enrique, Especialista en Anatomía Patológica, Morfología del Cérvix Uterino ,2010.
- CESTERO M. Ramón, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology. April. 2010.
- HERNÁNDEZ MORÓN PEDRO, Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, Manejo de NIC con alto grado con cono LEEP, 2010.
- FIGUEROA Solano, Nereya M. Conocimiento, actitudes y prácticas de la citología cérvico uterina, en mujeres mayores de 15 años en condición de desplazamiento, en el barrio las flores; sector Caguan, Chipi y Tambos; del Distrito de Barranquilla. 2010.
- CABRERA Arenas José Carlos, Distribución de los factores de riesgo en el cáncer de cuello uterino en pacientes del Hospital Nacional Sergio E. Bernal, 2006- 2011.
- DÍAZ Escobedo, Mónica Carolina Factores asociados a los conocimientos actitudes y prácticas del examen citológico Cérvico-Uterino en el servicio de Ginecología del Hospital Goyeneche, Arequipa 2014.
- LÓPEZ-Castillo Christian, Calderón Alejandro, González María, Conocimientos, actitudes y prácticas respecto al cáncer de cuello uterino de mujeres entre 14 y 49 años de un barrio de la comuna 10 de Armenia, Colombia.

INFORMATOGRAFIA

- GÓNGORA Gutiérrez Alejandro especialista en virus del papiloma humano, Yucatán México 26 de abril del 2012. <http://previniendoelcancer.blogspot.com/2009/11/que-es-displasia-severa-o-grave.html>.
- LEWIS M, Análisis de la situación del cáncer Cervicouterino en América Latina y el Caribe. Organización Panamericana de la Salud. (Fecha de acceso: Julio-2012). Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/pcc-cc-sitlac.pd>
- RAMOS Muñoz Willy César y Venegas Ojeda Diego Rolando, Análisis de la situación del cáncer en el Perú. Investigación del Ministerio de salud, [internet]. Lima, Perú: Ministerio de salud [citado el 13 de noviembre del 2013] http://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis_cancer.pdf.
- PALMA FLORES. Prácticas de prevención del cáncer cérvico-uterino en usuarias del C. S. Leonor Saavedra-San Juan de Miraflores [Tesis para optar el título de licenciada en Obstetricia] Perú: Universidad Nacional Mayor De San Marcos; 2011.
- VASCONCELOS, Pinheiro, Conocimiento, actitud y práctica relacionada al examen de colposcopia entre usuarias de una unidad básica de salud. Enfermagem vol.19, enero- febrero 2011. http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/es_14.pdf
- Clasificación de FIGO de los carcinomas cervicouterinos [fecha de acceso 5 de abril del 2014] disponible en <http://screening.iarc.fr/viaviliappendix1.php?lang=3>.
- W. SELLORS, Jhon M.D y R. Sankaranarayanan. Tratamiento de la neoplasia intraepitelial. <http://screening.iarc.fr/doc/colpoesmanual.pdf>.
- Sociedad americana del cáncer. Cáncer de cuello uterino.2014 disponible. <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdecuellouterino/guiadetallada/index>
- Manual de Patología Cervical 2010. http://www.mspbs.gov.py/pnpcacum/wp-content/uploads/2012/09/Manual_Mancional_Normas_Version_Final.pdf.



ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación es conducida por egresada de la Universidad Católica de Santa María. La meta de este estudio es conocer el nivel de conocimientos sobre cáncer de cuello uterino y sociodemográfico.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá completar una encuesta. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación y he sido informada de la meta de este estudio.

.....
Firma



ANEXO 2

INSTRUMENTO

Conteste Ud. con veracidad y claridad las preguntas siguientes:

1. DATOS DEMOGRÁFICOS

1.1. Edad:

- a) De 20 a 39 años
- b) De 40 a 59 años
- c) De 60 a más

1.2. Grado de Instrucción

- a) Sin estudios
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Superior incompleta
- e) Superior completa

1.3. Procedencia

- a) Arequipa
- b) Puno
- c) cuzco
- d) Otros departamentos

1.4. Ocupación

- a) Estudiante
- b) Trabajadora dependiente
- c) Trabajadora independiente
- d) Ama de casa

2. CONOCIMIENTO SOBRE CÁNCER DE CUELLO UTERINO

A continuación responda colocando un aspa en la respuesta que crea correcta.

1. Ha recibido Ud. Educación sobre Cáncer de Cuello de Útero

- a) Si
- b) No

Si su respuesta es afirmativa. ¿En qué aspectos ha tratado la Educación?

- a) Factores de riesgo
- b) sobre teoría de cáncer de útero
- c) Prevención de cáncer de útero
- d) Tratamiento
- e) Todas

2. ¿Qué entiende por cáncer?

- a) Es el crecimiento sin control de células anormales.
- b) Es una enfermedad tropical
- c) Es una enfermedad respiratoria
- d) Es una infección producida por hongos.

- 3. El cáncer del cuello uterino se define como:**
 - a) Una enfermedad benigna que no tiene síntomas
 - b) Un mal que se produce en la vagina
 - c) Es una enfermedad maligna que se instala en el cuello de útero
 - d) No sabe

- 4. Qué síntomas se presentan en el cáncer de cuello uterino**
 - a) Sangrado transvaginal anormal
 - b) Aumento del flujo vaginal
 - c) Dolor en las relaciones sexuales
 - d) Todas son correctas

- 5. Uno de los exámenes para detectar el cáncer de cuello uterino es:**
 - a) Rayos X de pulmón
 - b) El Papanicolaou (PAP) o examen citológico
 - c) Los exámenes de laboratorio
 - d) No sabe

- 6. Agente infeccioso causante del cáncer del cuello uterino es:**
 - a) Papiloma Virus Humano (PVH).
 - b) La diabetes Mellitus
 - c) Las enfermedades ocasionadas por infecciones de transmisión sexual (ITS)
 - d) No sabe

- 7. Los grupos de alto riesgo para iniciar el cáncer del cuello uterino son:**
 - a) Los homosexuales
 - b) Las mujeres que iniciaron vida sexual
 - c) Los jóvenes adolescentes
 - d) Los ancianos

- 8. El cáncer del cuello uterino se puede prevenir?**
 - a) Si
 - b) No
 - c) No sabe

- 9. La vacuna para prevenir la infección por virus del Papiloma Humano. Marque la falsa?**
 - a) En niñas de 9 a 12 años
 - b) En mujeres de 50 a más
 - c) En adolescentes y jóvenes antes del inicio de la vida sexual

- 10. La infección con el virus del papiloma humano (VPH) es una enfermedad de transmisión sexual (ETS)?**
 - a) Si
 - b) No
 - c) No sabe

11. Porque las condiciones sociodemográficas bajas son un factor de riesgo para desarrollar CA de CU?

- a) Falta de acceso a los centros de salud
- b) Falta de educación en prevención
- c) Desconocimiento de la causa del cáncer de cuello uterino
- d) Dificultad de acceso a la información
- e) Todas

12. El cáncer de cuello uterino se puede prevenir evitando las siguientes conductas?

- a) Usando preservativo en todo contacto sexual
- b) Tratando a tiempo la enfermedad de transmisión sexual
- c) realizándose un Papanicolaou (PAP)
- d) Evitar múltiples parejas sexuales
- e) Todas las anteriores

13. Es una conducta de alto riesgo para contraer el cáncer del cuello uterino:

- a) Iniciar relaciones sexuales antes de los 16 años
- b) Tener varios compañeros sexuales
- c) Enfermedades de transmisión sexual
- d) todas
- e) No sabe

14. Cada cuanto se debe realizar el Papanicolaou

- a) Cada seis meses
- b) Cada tres años
- c) Anual
- d) Ocasionalmente

15. Reclamo sus resultados

- a) Si.
- b) No.
- c) No, porque no se realizo

ANEXO 3

CHI CUADRADO DE LA TABLA n°8

RELACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS CON EL FACTOR EDAD.

CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ. ZAMÁCOLA. AREQUIPA,

FEBRERO 2015

Edad	Bueno	Regular	Deficiente	Total
20-39	74 (66,2)	23 (34,2)	22 (18,6)	119
40-59	39 (43,9)	30 (22,7)	10 (12,3)	79
60 – a mas	1 (3,9)	6 (2,1)	0 (1,1)	7
Total	114	59	32	205

$p < 0.05$

$$0,92 + 0,55 + 2,16 = 3,63$$

$$3,67 + 2,35 + 7,24 = 13,26$$

$$0,62 + 0,43 + 1,10 = 2,15$$

$$19,04$$

$$GL = 4$$

$$X^2 \ 5 \% = 9,49$$

CHI CUADRADO DE LA TABLA N° 9

RELACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS CON EL FACTOR NIVEL DE INSTRUCCIÓN.

**CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ. ZAMÁCOLA. AREQUIPA,
FEBRERO 2015**

	Bueno	Regular	Deficiente	Total
S/estudios	0 (1,1)	1 (0,6)	1 (0,3)	2
Primaria	10 (17,2)	21 (8,9)	0 (4,8)	31
Secundaria	56 (58,4)	20 (30,2)	29 (16,4)	105
Superior incompleta	37 (24,5)	7 (12,7)	0 (6,9)	44
Superior completa	11 (12,8)	10 (6,6)	2 (3,6)	23
Total	114	59	32	205

$p < 0.05$

$$1,10 + 3,01 + 0,10 + 6,38 + 0,25 = 10,84$$

$$0,27 + 16,45 + 3,45 + 2,56 + 1,75 = 24,48$$

$$1,63 + 4,80 + 9,68 + 6,90 + 0,71 = 23,72$$

$$59,04$$

$$GL = 8$$

$$X^2 \ 5\% = 15,51$$

CHI CUADRADO DE LA TABLA N° 10

**RELACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS CON EL FACTOR
PROCEDENCIA.**

**CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ. ZAMÁCOLA. AREQUIPA,
FEBRERO 2015**

	Bueno	Regular	Deficiente	Total
Arequipa	38 (43,4)	20 (22,4)	20 (12,2)	78
Puno	16 (23,4)	15 (12,1)	11 (6,6)	42
Cuzco	7 (17,8)	24 (9,2)	1 (4,9)	32
Otros	53 (29,4)	0 (15,3)	0 (8,3)	53
Total	114	59	32	205

P < 0.05

$$0,67 + 2,34 + 6,55 + 18,94 = 28,50$$

$$0,26 + 0,70 + 23,81 + 15,30 = 40,7$$

$$4,99 + 2,93 + 3,10 + 8,30 = 19,32$$

$$87,89$$

$$GL = 6$$

$$\chi^2 5\% = 12,59$$

CHI CUADRADO DE LA TABLA N° 11

**RELACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS CON EL FACTOR
OCUPACIÓN.**

**CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ. ZAMÁCOLA. AREQUIPA,
FEBRERO 2015.**

	Bueno	Regular	Deficiente	Total
Estudiante	3 (7,8)	6 (4,0)	2 (2,2)	14
independiente	18 (16,7)	10 (8,6)	2 (4,7)	30
dependiente	21 (32,8)	15 (17,0)	23 (9,2)	59
Ama de casa	72 (56,7)	28 (29,4)	2 (15,9)	102
Total	114	59	32	205

P < 0.05

$$2,95 + 0,10 + 4,25 + 4,13 = 11,43$$

$$1,00 + 0,23 + 0,24 + 0,07 = 1,54$$

$$3,56 + 1,55 + 20,70 + 12,15 = 37,96$$

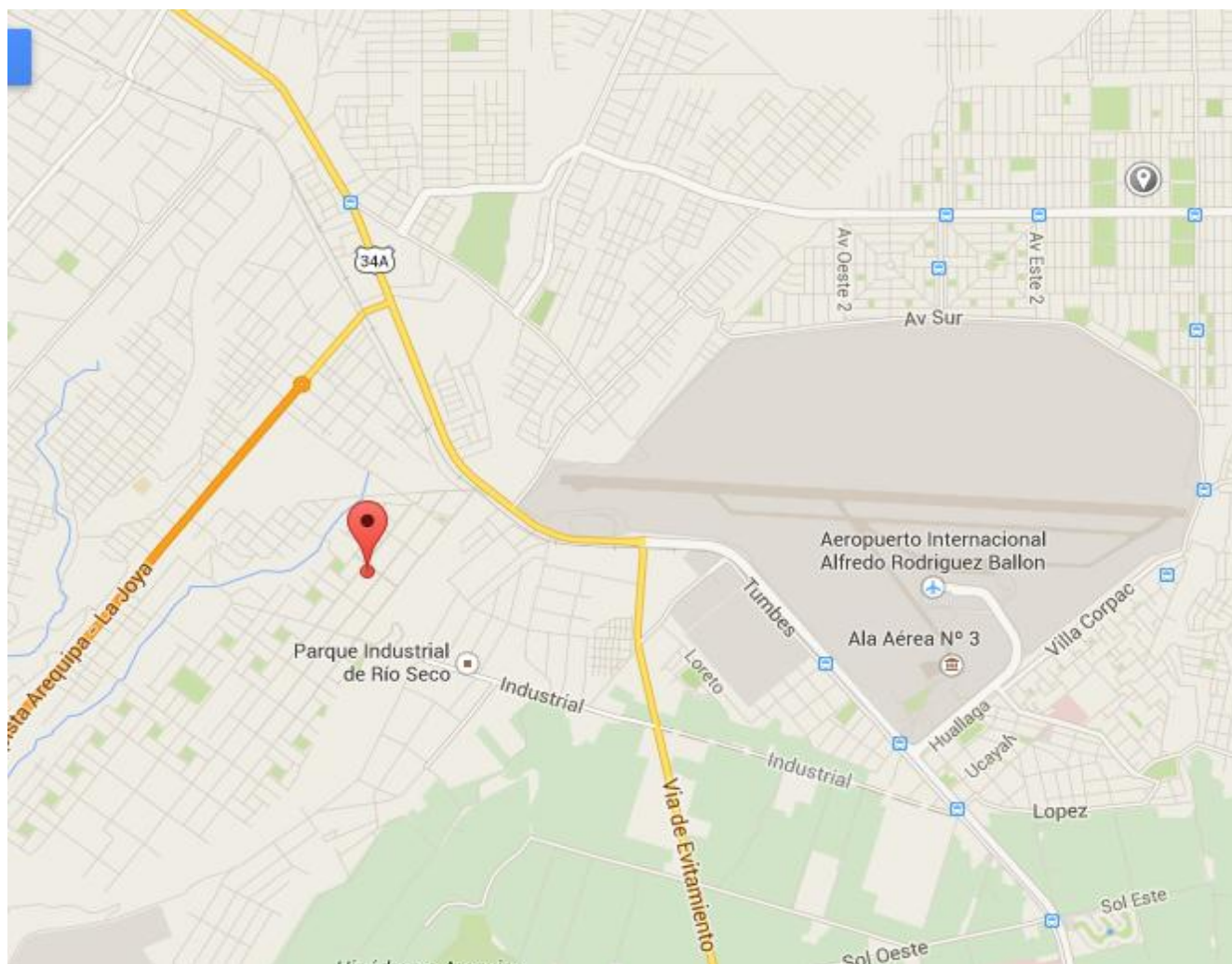
50,93

$$GL = 6$$

$$\chi^2 5\% = 12,59$$

ANEXO 4

MAPA DE UBICACIÓN





ANEXO 5
MATRIZ DE DATOS

	Datos Demográficos				Conocimientos sobre Cáncer de Cuello Uterino															
	Edad	G.Inst	Proc	Ocup	1	Afirm	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	a	c	d	c	a	c	a	a	b	b	a	b	a	b	a	d	c	b	c	a
2	a	c	d	d	a	a	a	a	b	b	a	b	a	b	a	c	b	b	c	a
3	a	c	a	a	a	c	a	c	a	b	a	b	a	b	a	b	a	c	a	b
4	a	c	c	d	a	b	d	b	b	b	d	c	a	b	a	c	c	c	b	a
5	a	c	d	d	a	b	a	c	a	b	a	a	a	a	a	c	c	b	b	a
6	a	c	a	c	a	b	a	c	a	b	c	c	a	b	a	c	c	b	b	a
7	a	c	a	d	a	b	d	c	c	b	c	b	c	b	a	c	c	b	b	a
8	a	c	a	d	a	b	a	b	a	b	a	b	a	b	a	b	c	b	b	a
9	a	c	a	d	a	a	a	b	b	b	a	b	a	b	a	b	c	b	b	a
10	a	c	a	c	a	c	d	b	b	b	c	b	a	b	a	d	d	b	b	a
11	a	c	d	b	a	c	a	c	a	b	d	b	a	b	a	e	c	c	c	a
12	a	c	c	c	a	c	a	c	c	b	c	b	a	b	a	d	c	c	c	a
13	a	c	a	d	a	c	a	c	c	b	c	b	a	b	a	d	c	c	c	a
14	a	c	a	c	a	b	a	c	d	b	a	b	a	b	a	d	e	c	c	a
15	a	c	b	d	b		a	d	b	d	d	a	c	a	c	d	b	e	b	c
16	c	d	d	a	a	a	a	c	d	b	c	b	a	b	a	e	e	b	c	c
17	b	c	b	d	b		d	b	c	c	c	c	c	c	c	d	a	a	b	c
18	b	c	b	b	a	c	b	a	c	b	c	b	a	b	a	d	a	a	b	b
19	b	c	d	d	a	d	a	c	a	b	a	b	a	b	a	c	c	c	b	a
20	b	c	b	b	a	c	d	b	c	b	d	c	a	c	a	c	c	d	d	a
21	b	d	a	b	a	c	a	a	c	b	c	c	a	b	a	b	c	d	d	a
22	c	b	b	d	b		d	d	a	d	d	c	b	a	c	a	a	c	b	c
23	c	b	b	d	b		a	d	a	d	d	c	c	a	c	e	a	e	b	c
24	b	a	b	d	b		d	d	a	d	d	c	c	a	c	d	b	e	b	c
25	b	c	b	d	b		d	d	a	d	d	c	c	a	c	d	d	c	d	c
26	c	c	c	d	b		d	b	d	c	c	b	c	a	a	c	e	c	b	b
27	b	b	b	d	a	c	d	b	a	d	d	c	a	a	a	c	d	b	d	b
28	a	c	c	d	a	c	a	b	b	b	c	c	a	c	a	c	c	b	a	c
29	c	b	a	c	a	c	d	b	a	b	a	b	a	a	a	e	c	b	c	c
30	a	c	c	d	a	a	d	b	c	b	c	c	a	b	a	b	c	d	a	a
31	a	c	a	a	a	c	a	c	d	b	a	b	a	b	a	c	c	b	c	a
32	a	e	a	d	a	c	a	c	a	b	a	b	a	b	a	a	b	b	c	a
33	a	e	d	c	a	b	a	c	a	b	a	b	a	b	a	c	c	c	c	a
34	a	e	a	b	a	a	a	c	d	b	a	b	a	b	a	d	e	d	c	a
35	a	c	a	b	a	b	a	c	b	b	c	b	a	a	a	c	c	c	b	a
36	a	c	a	d	a	c	a	c	b	b	d	b	a	b	a	d	c	c	b	a
37	a	c	a	d	a	d	d	c	a	b	a	c	a	a	a	d	c	c	b	a
38	a	c	a	d	a	c	d	b	a	b	d	c	a	b	a	c	c	c	c	a
39	a	c	a	a	a	a	a	c	a	b	c	b	a	b	a	b	c	a	a	a
40	a	c	d	d	a	a	a	c	a	b	d	c	a	b	a	c	c	a	a	a
41	a	c	d	d	a	c	a	c	b	b	c	b	a	c	a	b	b	b	a	a
42	a	c	c	a	a	c	d	c	c	b	d	a	a	b	a	c	b	b	a	a
43	a	c	a	c	a	a	b	c	a	b	d	b	a	b	a	a	c	c	a	a
44	a	c	d	d	a	c	a	c	b	b	d	c	a	b	a	b	c	c	a	a
45	a	c	a	d	a	c	a	c	a	b	a	c	a	a	a	c	c	c	a	a
46	a	c	a	b	a	a	d	c	a	b	c	c	a	b	a	c	c	d	a	a
47	a	c	c	b	b		d	b	d	b	c	b	a	b	a	b	e	c	a	a
48	a	c	b	b	a	b	a	b	c	b	d	b	a	b	b	b	d	b	b	a
49	a	c	b	c	a	c	a	c	a	b	d	b	a	a	a	c	c	c	b	a
50	a	c	c	c	a	c	a	b	a	b	d	c	a	b	a	b	b	d	b	a
51	a	c	a	d	a	c	a	c	c	b	a	c	a	b	a	c	c	a	b	a
52	a	d	b	b	a	a	d	c	b	b	a	a	a	b	a	b	c	b	b	a
53	a	d	c	c	a	b	a	c	b	b	c	c	a	b	a	c	c	b	b	a
54	a	c	d	b	a	c	d	c	b	b	a	b	a	b	a	c	c	c	d	a
55	a	d	c	c	a	b	a	c	a	b	a	b	a	b	a	c	c	a	b	a
56	b	d	b	c	a	b	a	b	a	b	a	b	a	b	a	b	c	b	b	a
57	a	d	c	d	a	b	a	c	a	b	d	b	a	b	a	b	c	a	c	a
58	b	d	a	d	a	a	a	c	a	b	a	b	a	b	a	c	c	b	c	a
59	a	c	d	a	a	c	a	c	b	b	d	b	a	b	a	c	c	b	c	a
60	b	d	a	c	a	b	a	c	a	b	c	b	a	b	a	c	c	b	c	a
61	b	d	d	c	a	c	a	c	a	b	a	b	a	b	a	c	c	b	c	a
62	a	c	a	a	a	b	a	c	a	b	a	a	a	b	a	c	c	b	c	a
63	a	c	a	d	a	c	a	a	a	b	a	b	a	b	a	b	b	d	c	a
64	a	c	a	a	a	c	a	c	a	b	a	c	a	b	a	c	c	c	b	a
65	b	b	c	d	b		d	b	a	d	d	c	a	b	a	b	c	b	b	c
66	b	b	c	d	b		d	d	a	d	d	c	c	c	c	d	d	e	d	c

67	b	b	c	d	b		d	d	a	d	d	c	c	b	c	b	b	e	d	c
68	b	b	c	d	b		a	d	b	c	c	b	a	a	a	d	c	b	b	a
69	a	d	d	d	a	a	a	b	a	b	d	b	a	a	b	a	c	a	c	a
70	a	c	c	c	a	c	a	c	c	b	c	b	a	b	c	b	c	c	b	c
71	a	d	d	b	a	a	a	c	b	b	a	c	a	b	a	b	c	b	c	b
72	a	c	a	c	a	a	a	c	b	b	d	c	a	a	c	b	c	d	c	b
73	b	d	d	c	a	c	c	c	c	b	a	b	a	b	a	d	c	b	a	a
74	a	c	d	c	a	c	d	c	d	b	d	b	a	b	a	b	c	c	b	a
75	b	b	c	d	b		d	b	a	d	d	c	c	a	c	c	b	b	a	c
76	b	b	c	d	b		d	d	a	d	d	b	c	b	c	b	d	e	a	c
77	a	c	c	d	b		d	d	a	d	c	c	a	b	c	c	d	e	b	c
78	b	b	b	d	b		d	d	c	c	c	a	c	a	c	d	d	e	b	c
79	b	b	b	d	b		d	d	a	d	d	b	c	a	c	c	b	d	b	c
80	a	d	d	c	a	c	a	c	a	b	d	b	a	b	a	c	e	c	c	a
81	a	d	a	c	a	e	a	c	d	b	a	b	a	b	a	c	e	d	c	a
82	a	d	b	d	b		a	c	d	b	d	b	a	b	a	b	b	d	c	a
83	a	d	a	d	a	d	a	c	b	b	a	b	a	b	a	b	c	b	b	a
84	a	d	d	c	a	c	a	c	a	b	a	b	a	b	a	c	c	c	b	a
85	b	c	d	c	a	b	a	c	a	b	c	b	a	b	a	c	c	b	c	a
86	b	e	d	c	a	c	a	c	d	b	a	b	a	b	a	c	c	b	c	a
87	b	e	a	c	a	a	a	c	a	b	b	b	a	b	a	c	c	c	c	a
88	b	c	a	d	a	c	a	c	a	b	c	b	a	b	a	d	c	c	c	a
89	b	e	a	c	a	c	a	c	d	b	a	b	a	b	a	b	e	d	c	a
90	b	e	d	c	a	b	a	c	a	b	a	b	a	b	a	d	c	d	c	a
91	c	c	b	b	a	e	a	d	a	b	c	b	a	c	a	e	c	d	c	a
92	b	e	a	b	a	d	a	c	d	b	a	b	a	c	a	e	c	d	c	a
93	a	c	d	c	a	c	a	c	c	b	a	b	a	b	a	c	c	c	a	a
94	a	c	d	d	a	c	a	c	a	b	a	b	a	b	a	b	c	d	c	b
95	a	c	a	c	a	c	a	c	b	b	a	b	a	b	a	c	c	c	a	c
96	c	c	c	d	a	c	a	c	c	b	d	c	a	b	a	e	e	b	d	a
97	b	c	b	d	a	c	a	b	b	b	d	a	a	b	a	a	b	c	d	a
98	a	c	d	a	a	b	a	c	a	a	c	b	a	b	a	c	c	b	c	a
99	a	c	d	d	b		d	c	a	b	d	c	a	b	a	c	c	b	c	a
100	b	e	c	c	a	c	d	a	b	b	d	c	a	b	a	c	c	c	c	a
101	b	c	d	d	a	c	a	c	c	b	d	b	a	c	a	c	c	a	b	a
102	b	c	b	d	a	c	d	b	a	b	d	c	a	c	c	d	e	b	b	a
103	a	c	a	b	a	c	d	c	b	b	d	c	a	b	a	d	c	b	b	a
104	b	c	d	d	b		d	c	c	b	d	c	a	b	a	d	c	c	b	a
105	a	e	a	c	a	c	a	c	a	b	a	c	a	b	a	b	a	d	a	a
106	a	e	a	c	a	a	a	c	a	b	a	b	a	b	a	e	c	d	c	a
107	b	d	a	b	a	c	a	c	d	b	a	b	a	a	a	e	c	d	c	a
108	a	c	a	d	a	b	a	c	b	b	b	c	a	b	a	b	c	d	b	a
109	b	c	a	a	a	b	d	c	b	b	d	c	a	b	a	b	c	d	b	a
110	b	c	a	d	a	a	a	c	a	b	d	b	a	b	a	c	c	b	c	a
111	b	d	a	d	a	b	a	c	a	b	a	b	a	b	a	b	c	c	c	a
112	b	c	b	b	a	c	a	d	a	b	d	b	a	b	a	b	c	c	c	a
113	b	c	b	d	a	c	d	b	c	d	d	b	a	b	a	c	d	a	d	b
114	b	c	a	d	a	a	d	b	a	b	d	c	a	b	a	b	c	e	a	b
115	b	c	b	d	b		d	d	a	d	d	c	a	c	c	a	e	b	d	c
116	b	c	d	d	b		d	b	a	d	d	a	a	c	c	d	d	e	d	c
117	b	c	a	d	a	c	d	b	b	b	d	b	a	b	a	b	c	c	c	a
118	b	c	c	c	b		d	c	b	b	d	b	a	b	a	c	b	b	b	c
119	b	c	a	c	a	c	d	b	c	c	a	b	a	b	a	c	c	c	c	a
120	b	c	d	d	a	a	a	b	b	b	d	b	a	b	a	c	c	c	c	a
121	b	c	c	d	a	b	a	c	a	b	d	e	a	a	a	b	c	b	b	a
122	b	c	c	c	b		d	c	a	b	a	c	a	b	a	c	c	c	b	a
123	b	c	d	b	a	c	d	c	b	b	d	b	a	b	a	c	c	c	b	a
124	b	c	d	d	a	b	a	b	a	b	c	b	a	b	a	c	c	c	b	a
125	b	c	b	d	a	a	a	c	c	c	a	b	a	c	a	d	c	c	b	a
126	b	c	a	c	a	a	a	a	b	b	a	b	a	b	a	b	c	a	a	a
127	b	c	a	d	a	b	a	c	c	b	c	b	a	a	a	b	c	b	a	a
128	b	c	b	c	a	e	a	c	a	b	c	b	a	a	a	c	c	b	c	a
129	b	c	c	c	a	b	a	c	c	b	d	b	a	b	a	c	c	b	c	a
130	b	c	d	c	a	b	a	c	a	b	c	b	a	a	a	c	c	b	c	a
131	b	c	a	c	a	a	a	c	c	b	a	b	a	b	a	b	c	c	c	a
132	b	c	b	c	a	b	a	c	b	b	c	b	a	b	a	b	c	c	c	a
133	b	c	a	c	a	c	a	c	a	b	a	a	a	a	a	e	e	d	c	a
134	b	c	d	d	a	a	a	c	a	b	c	b	a	b	a	c	c	c	b	a
135	b	b	d	d	b		d	d	c	d	d	c	c	c	a	b	e	c	d	c
136	a	e	a	c	a	c	a	c	d	b	a	c	a	b	a	d	e	c	c	a
137	a	e	d	c	a	d	a	d	d	c	d	b	a	a	a	e	e	d	d	a

138	a	c	b	d	a	a	d	b	b	b	d	b	a	b	a	c	b	c	c	a
139	b	c	a	b	b		d	b	b	b	d	c	a	b	a	d	d	b	b	a
140	b	b	d	b	a	b	a	c	c	c	c	b	a	b	a	c	c	b	b	a
141	b	c	c	d	a	c	d	c	c	c	d	c	a	b	a	c	c	b	b	a
142	b	c	d	d	a	c	a	a	d	d	c	b	a	c	a	e	e	c	b	a
143	b	d	c	d	a	c	a	c	c	b	d	c	a	b	a	c	c	c	c	a
144	b	d	d	d	a	c	a	c	d	b	a	c	a	b	a	c	c	c	c	a
145	a	c	b	c	a	b	a	b	b	b	a	b	a	b	a	a	c	c	a	a
146	a	c	b	c	a	c	a	b	a	b	d	c	a	a	c	b	d	b	c	b
147	a	b	d	d	a		d	d	c	d	d	c	c	a	c	c	e	a	b	
148	b	d	a	c	a	c	a	b	c	b	c	b	a	b	a	c	c	c	c	a
149	a	e	a	c	a	c	a	c	a	b	a	c	a	a	c	c	c	d	c	a
150	a	e	a	c	a	c	a	c	a	b	d	a	a	b	a	c	c	b	b	a
151	b	d	d	c	a	b	a	c	d	b	a	b	a	b	a	e	e	d	c	a
152	a	e	a	b	a	c	a	c	a	b	a	b	a	b	a	e	e	d	c	a
153	a	e	d	c	a	c	a	c	a	b	a	b	a	b	a	d	c	d	c	a
154	a	e	b	c	b		a	c	d	b	c	b	a	b	a	d	c	d	c	a
155	a	d	a	d	a	c	a	c	a	b	d	c	a	b	a	b	c	a	b	a
156	a	d	c	c	a	b	a	b	b	b	a	b	a	b	a	b	c	b	b	a
157	a	b	a	b	a	b	d	c	c	b	c	b	a	b	a	b	b	b	b	a
158	a	d	d	b	a	a	d	c	a	b	d	b	a	b	a	b	b	c	b	a
159	a	d	b	d	a	c	a	c	b	b	d	c	a	b	a	c	c	e	b	a
160	a	d	d	c	a	c	a	c	c	b	a	b	a	b	a	e	b	a	c	a
161	a	d	d	b	a	a	a	c	a	b	a	b	a	b	a	c	e	c	c	a
162	a	d	a	c	a	a	a	a	a	b	c	b	a	b	a	b	e	b	c	a
163	b	b	b	d	a	c	a	c	b	c	c	b	a	a	a	c	c	b	b	a
164	b	d	d	b	a	c	d	c	c	b	c	b	a	b	a	b	b	b	b	a
165	b	d	b	d	b		d	d	c	b	a	c	a	b	a	d	c	c	b	a
166	a	b	b	d	a	a	d	c	a	b	d	b	a	a	c	b	c	c	a	a
167	a	e	d	b	a	c	a	c	a	b	c	c	a	b	a	d	c	c	a	a
168	b	d	a	d	a	c	a	c	b	b	d	b	a	a	a	c	b	d	a	a
169	b	c	a	d	a	b	a	c	c	b	d	c	a	b	a	c	c	c	b	a
170	a	c	a	d	a	b	b	c	c	b	d	c	a	b	a	b	c	b	c	a
171	a	e	a	b	a	e	a	c	d	b	a	c	a	a	a	e	e	d	d	a
172	a	e	a	c	a	a	a	c	a	b	a	b	a	b	a	a	c	a	c	a
173	b	d	b	b	b		a	c	d	b	c	b	a	b	a	b	e	b	c	a
174	a	e	a	b	a	c	a	c	d	b	a	c	a	b	a	e	e	b	c	a
175	a	a	b	d	b		d	d	c	d	d	b	c	a	c	c	d	e	a	c
176	a	b	c	d	b		d	d	a	d	d	a	a	a	c	b	d	b	b	c
177	a	b	d	d	a	b	a	b	b	b	d	c	a	b	a	b	c	a	b	c
178	a	b	c	d	b		c	d	a	d	d	b	a	a	a	b	d	e	d	a
179	a	b	c	d	b		d	d	c	c	c	a	a	a	a	c	a	e	d	a
180	a	b	c	d	b		d	c	a	b	c	c	a	b	a	d	c	c	c	a
181	a	b	b	d	a	c	d	b	c	b	d	c	a	b	a	b	c	a	a	a
182	a	d	a	c	a	b	a	b	a	b	a	b	a	b	a	c	c	b	a	a
183	a	d	a	d	a	a	a	c	a	b	a	a	a	b	a	c	c	b	a	a
184	a	d	a	c	a	b	a	c	a	b	d	b	a	b	a	b	c	c	a	a
185	a	b	b	d	b		d	c	b	c	c	c	a	b	a	d	d	c	b	a
186	a	b	d	d	b		d	b	a	c	c	c	a	b	a	d	c	b	a	b
187	a	b	d	d	b		d	b	b	c	c	c	a	b	a	c	b	a	b	b
188	a	b	a	a	b		d	d	c	d	d	b	c	a	c	b	a	c	d	c
189	a	b	c	d	b		d	d	b	d	d	c	a	b	a	c	d	e	d	c
190	a	b	a	d	b		d	c	b	d	d	a	c	b	c	c	d	e	d	c
191	a	b	d	d	b		a	d	c	d	d	b	b	b	c	c	b	e	d	c
192	a	c	a	b	b		a	c	b	b	c	b	a	c	b	a	c	b	c	c
193	a	c	b	d	a	a	a	d	c	b	d	b	a	b	a	b	c	e	b	b
194	a	d	a	c	a	c	a	c	b	b	c	b	a	b	a	e	c	c	b	a
195	a	d	c	d	a	e	a	c	a	b	d	b	a	b	a	b	c	d	b	a
196	a	d	a	c	a	d	a	c	a	b	a	b	a	b	a	c	c	c	c	a
197	a	c	a	c	a	c	a	b	a	b	d	b	a	b	a	d	c	c	c	a
198	a	c	a	a	a	a	a	c	a	b	d	b	a	b	a	c	b	c	c	a
199	a	c	a	a	a	a	a	c	d	b	a	b	a	b	a	e	e	d	c	a
200	a	d	a	b	a	a	a	c	d	b	d	b	a	b	a	c	c	c	c	a
201	a	d	a	c	a	c	a	c	a	b	d	b	a	b	a	c	c	c	c	a
202	b	c	b	c	a	a	d	b	b	b	d	c	a	b	a	d	c	a	d	a
203	b	c	b	c	a	d	d	a	b	b	d	a	a	b	a	b	b	b	b	a
204	a	b	c	d	b		d	d	b	d	d	c	a	b	a	c	d	e	d	c
205	a	b	a	d	a	c	d	c	b	d	d	a	c	b	c	c	d	e	d	c