

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
“IN SCIENTIA ET FIDE EST FORTITUDO NOSTRA”
FACULTAD DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA



“CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y FRECUENCIA SOBRE LA TOMA DEL
PAPANICOLAOU EN USUARIAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD
AMPLIACIÓN PAUCARPATA. AREQUIPA - 2014”

PRESENTADO POR:

CHÁVEZ DEZA STEPHANIE PAMELA

MONROY CHÁVEZ KATHERIN

**PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL
DE LICENCIADAS EN OBSTETRICIA**

AREQUIPA-PERÚ

2014

DEDICATORIA

Gracias a Dios, a mi mamá Gloria, mamá Luci y a mi papá porque confiaron en mí e hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba; a mis hermanas, mis sobrinos y a toda mi familia les agradezco por ser mi motor y fuerza para seguir adelante y nunca rendirme. También se la dedico a mis amigas que siempre han estado presentes para apoyarme moral y psicológicamente Y a mis docentes que se preocuparon en formarme como un profesional de bien y preparada para los retos que pone la vida.

Katherin

Con todo cariño y amor, quiero agradecer a Dios, a la Virgen María y a mi abuelita Rina quienes me dieron la fuerza y la fe para creer en mí y en mi profesión. A mi madre María y hermana Danna, que son mi motor y motivo, quienes me dieron su apoyo y amor incondicional para poder lograr ésta meta trazada. A mi novio Andrés, por su paciencia y amor al estar a mi lado alentándome para continuar. A mis maestros quienes nunca desistieron al enseñarme. A toda mi familia y amigos quienes estuvieron listos para brindarme toda su ayuda.

A ustedes por siempre mi corazón y agradecimiento.

Stephanie

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	IV
ABSTRACT	V
INTRODUCCIÓN	VI
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO	
1) Problema de la Investigación	7
2) Objetivos	10
3) Marco Teórico	11
4) Antecedentes de la Investigación	42
5) Hipótesis	45
CAPITULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	
1) Técnicas, instrumento y materiales de verificación	46
2) Campo de verificación	46
3) Estrategia para la recolección de datos	47
4) Estrategia para manejar resultados	48
RESULTADOS	50
DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	58
CONCLUSIONES	61
RECOMENDACIONES	62
BIBLIOGRAFÍA	63
ANEXOS	
• Anexo n° 1 (Instrumento: Ficha de Recolección de Datos)	67
• Anexo n° 2 (Consentimiento Informado)	71
• Anexo n° 3 (Delimitación Gráfica del Lugar)	72
• Anexo n° 4 (Matriz)	73

RESUMEN

Objetivo: Determinar el nivel de conocimiento, actitudes y la frecuencia además de la relación que existe entre las mismas con respecto a la toma del Papanicolaou en las mujeres que acuden al Centro de Salud Ampliación Paucarpata. Arequipa - 2014.

Material y Métodos: Se realizó un estudio prospectivo, de corte transversal en la cual se encuestó a 373 mujeres que acudieron a los diferentes servicios del Centro de Salud Ampliación Paucarpata mediante la técnica de la entrevista que fue previamente validada y aplicada. La estadística inferencial determinó la relación existente entre variables a través de la prueba chi-cuadrado con un nivel de significancia $< 0,05$.

Resultados: De las mujeres entrevistadas que acudieron al Centro de Salud; el 49,9% oscila entre las edades de 15 a 30 años, el 41,3% tiene educación secundaria completa, 60,3% es conviviente, 65,1% son amas de casa, 45% son primíparas, un 62,7% inició su actividad sexual desde los 18 años a 29 años, un 49,3% sólo tuvo una pareja sexual, 27,6% no usan ningún método anticonceptivo, 96,5% no consumen tabaco. Sobre el nivel de conocimiento de la toma de Papanicolaou de las pacientes el 73,7% presentaron un nivel alto, 95,7% tienen una actitud favorable y un 72,7% presentaron una frecuencia inadecuada. Se encontró que existe relación estadística significativa entre el nivel de conocimiento y la actitud de la toma de Papanicolaou, a diferencia de lo encontrado en la relación del nivel de conocimiento y la frecuencia de la toma de Papanicolaou, igualmente la actitud con la frecuencia no se halló relación estadística significativa.

Conclusiones: Se concluye en el presente estudio que las usuarias tienen un nivel de conocimiento alto, actitud favorable y una frecuencia inadecuada de la toma de Papanicolaou. Sólo se halló relación entre el nivel de conocimiento alto y una actitud favorable con respecto a la toma del Papanicolaou.

Palabras claves: Cáncer de cérvix, Papanicolaou, conocimiento, actitud, frecuencia.

ABSTRACT

Objective: Determine the level of knowledge, attitudes and frequency and the relationship between them with respect to the Papanicolaou cervical smear test in women attending to the Health Center Ampliación Paucarpatá. Arequipa – 2014.

Material and Methods: A prospective study was conducted, cross sectional in which he polled 373 women attending different services Health Center Ampliación Paucarpatá by interview technique was previously validated and applied. Inferential statistics to determine relationships between variables using chi-square test with a significance level <0.05 .

Results: Of the women interviewed who came to the Health Center; 49.9% is between the ages of 15 to 30 years, 41.3% have completed secondary education, 60.3% lives with her partner, 65.1% were housewives, 45% were primiparous, 62.7% initiated sexual activity from 18 years to 29 years, 49.3% had only one sexual partner, 27.6% not using any contraceptive method, 96.5% did not consume snuff. The degree of knowledge of the patients 73.7% had a high level, 95.7% have a favorable attitude and 72.7% had an inadequate frequency. We found that there is statistically significant relationship between the level of knowledge and attitude of taking Pap, unlike what was found in the relationship between knowledge level and frequency of taking Pap, also the attitude often not statistically significant relationship was found.

Conclusions: It is concluded in this study that the users have a high level of knowledge, positive attitude and inadequate frequency. Only relationship between the highest level of knowledge and a favorable attitude toward the taking of Pap was found.

Keywords: cervical cancer, Pap, knowledge, attitude, frequency.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino es una enfermedad prevenible, cuando su diagnóstico es oportuno y cuando se realiza un tratamiento adecuado de las lesiones premalignas. El Cáncer de cuello uterino constituye un problema de salud pública en el ámbito mundial, ya que es la segunda neoplasia que más muertes ocasiona entre la población femenina. En nuestro país, el cáncer cervical representa una patología de alta incidencia y alta mortalidad.

La prueba de Papanicolaou (llamada también citología cervical) se realiza para detectar cambios en las células del cuello del útero por lo cual ha sido utilizada para el diagnóstico oportuno de lesiones precursoras y ha significado un gran avance en la prevención del cáncer de cuello uterino, pues se ha demostrado que su utilización periódica reduce de manera importante la morbilidad y mortalidad por esta neoplasia.

Al poseer bajos conocimientos y la mala información predispone a un aumento de actitudes desfavorables y una frecuencia inadecuada, lo que puede ocasionar un aumento de índice de morbilidad y mortalidad de Cáncer de Cuello Uterino en las mujeres.

El estudio planteado fue de tipo descriptivo, para la recolección de la información se utilizó una encuesta con preguntas cerradas. La selección del tamaño de la muestra se realizó mediante un muestreo no probabilístico, teniendo un margen de confianza de 95,5% y un margen de error de $\pm 5\%$, obteniendo un total de 373 mujeres que participaron de este estudio.

Para el contraste de la hipótesis se utilizó la prueba estadística no paramétrica denominada Chi Cuadrada con un valor $p < 0.05$.

Por lo cual esta investigación tiene como objetivo describir el conocimiento, actitud y la frecuencia que tienen las usuarias que acuden al Centro de Salud Ampliación Paucarpata sobre la toma de Papanicolaou y la relación que existe entre las mismas.

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Enunciado del Problema

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y FRECUENCIA SOBRE LA TOMA DE PAPANICOLAOU EN MUJERES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD AMPLIACIÓN PAUCARPATA. AREQUIPA - 2014

1.2. Descripción

A. Área del conocimiento:

- **Área General:** Ciencias de la Salud
- **Área Específica:** Medicina Humana
- **Campo o Especialidad:** Obstetricia
- **Línea:** Obstetricia Preventiva



B. Análisis u Operacionalización de Variables

VARIABLES	INDICADORES	SUB- INDICADORES
Conocimientos sobre la toma de Papanicolaou	Bajo	0-7
	Intermedio	8-13
	Alto	14-20
Actitudes frente a la toma de Papanicolaou	Desfavorable	10-26
	Indiferente	27-33
	Favorable	34-50
Frecuencia sobre la toma de Papanicolaou	Inadecuado	0-4
	Adecuado	5-8
VARIABLE INTERVINIENTE: Características Sociodemográfico, Sexuales y Reproductivos	Edad	Años
	Grado de Instrucción	Analfabeta Primaria Secundaria Superior
	Estado Civil	Soltera Casada Conviviente Divorciada
	Ocupación	Estudiante Empleada Independiente/Comerciante Ama de Casa
	Consumo de Tabaco	Si No
	Paridad	Primípara: 1 parto Segundípara: 2 partos Multípara: ≥ 3 partos
	Inicio de Relaciones Sexuales	Años
	Número de Compañeros Sexuales	Número
	Métodos Anticonceptivos que utiliza	Ninguno Ritmo/Regla Hormonales DIU (T de Cobre) Preservativos

C. Interrogantes básicas:

- ¿Qué conocimientos tienen las mujeres sobre la toma de Papanicolaou en el Centro de Salud de Ampliación Paucarpata?
- ¿Cómo son las actitudes sobre la prueba de Papanicolaou en las mujeres que acuden al Centro de Salud de Ampliación Paucarpata?
- ¿Qué frecuencia tienen las mujeres sobre la toma de Papanicolaou en el Centro de Salud de Ampliación Paucarpata?
- ¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimiento, las actitudes y la frecuencia sobre la toma de Papanicolaou en mujeres que acuden al Centro de Salud de Ampliación Paucarpata?

D. Tipo de Investigación:

En el presente trabajo de investigación es de campo y prospectivo.

E. Nivel de Investigación:

La investigación presenta un nivel descriptivo

1.3. Justificación:

El presente estudio tiene como finalidad determinar los conocimientos, actitudes y frecuencia sobre la toma de Papanicolaou en las mujeres que acuden al Centro de Salud Ampliación Paucarpata.

Tiene una Relevancia Social, ya que el exámen de Papanicolaou debe de ser conocido, entendido y realizado por toda mujer ya que por medio de este exámen se puede prevenir el cáncer de cuello uterino y así lograr la estabilidad tanto en la vida de la mujer y en la de su familia.

Tiene relevancia contemporánea ya que en la actualidad el exámen de Papanicolaou sigue siendo un medio de prevención del cáncer de cuello uterino.

El estudio es también es factible de realizar por lo que se cuenta con la colaboración de las mujeres que acuden al Centro de Salud.

Esta investigación tiene un interés personal porque nos permite reflexionar de la gran importancia que tiene el brindar una buena consejería acerca de la toma de Papanicolaou como exámen preventivo para el cáncer de cuello uterino.

Por lo tanto consideramos que lograremos una contribución académica al campo de prevención en salud pública y en el área de pregrado de Obstetricia y Puericultura.

2. Objetivos

- Describir el conocimiento que tienen las mujeres sobre la toma de Papanicolaou en el Centro de Salud de Ampliación Paucarpata
- Identificar cuáles son las actitudes frente a la toma de Papanicolaou en las mujeres que acuden al Centro de Salud de Ampliación Paucarpata.
- Determinar la frecuencia de la toma del Papanicolaou en las mujeres que acuden al Centro de Salud de Ampliación Paucarpata.
- Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimientos, actitudes y la frecuencia sobre la toma de Papanicolaou que tiene las mujeres que acuden al Centro de Salud de Ampliación Paucarpata.



3. MARCO TEÓRICO

3.1 Marco Conceptual

3.1.1 Cáncer:

Es una enfermedad que resulta del crecimiento sin control de células anormales que se originan en alguna parte del cuerpo y suelen vivir más tiempo que las células normales, pueden formar tumores, destruir las partes vecinas y diseminarse por el cuerpo.¹

Las células se transforman en células cancerosas debido a una alteración en el ADN. El ADN se encuentra en cada célula y dirige todas sus actividades. En una célula normal, cuando se altera el ADN, la célula repara el daño o muere. Por el contrario, en las células cancerosas el ADN dañado no se repara, y la célula no muere como debería. En lugar de esto, esta célula persiste en producir más células que el cuerpo no necesita. Todas estas células nuevas tendrán el mismo ADN dañado que tuvo la primera célula. Las personas pueden heredar un ADN dañado, pero la mayoría de las alteraciones del ADN son causadas por errores que ocurren durante la reproducción de una célula normal o por algún otro factor del ambiente. Algunas veces, la causa del daño al ADN es algo obvio, como el fumar cigarrillos. No obstante, es frecuente que no se encuentre una causa clara.²

En sus primeras etapas, no presenta síntomas, no causa dolor ni molestias. Los síntomas de alarma en toda persona, sea cual fuere su edad o sexo, pueden ser: sangrado inusual, secreción anormal por pezones o genitales; molestias generales o digestivas; tumores o protuberancias en cualquier parte del cuerpo, lunares sospechosos, cambios o manchas en la piel, cambios en la voz, tos crónica y/o heridas que no cicatrizan, entre otros.³

¹ZENTENO Castro, Virginia y RIVAS Ponce, José L. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el Papanicolaou en mujeres de 15 a 50 años en el Hospital La Paz. Bolivia.2006.Vol. 5(2), Julio-Diciembre 2007.

²<http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002288-pdf.pdf>

3.1.1.1 Fisiología del cuello uterino:

El cuello uterino ha sido muy bien estudiado anatómicamente e histológicamente como base a su importante fisiopatología, a sus displasias y a sus neoplasias. Pero los aspectos fisiológicos del mismo y su regulación hormonal han sido poco olvidados.⁴

❖ El Cuello Uterino ⁵

El cuello uterino, o cérvix, constituye la porción inferior del útero que asoma a la vagina. En términos generales se puede decir que tiene forma cilíndrica midiendo unos 3 cm. de longitud y unos 2,5 cm. de anchura. Su forma cambia tras la gestación.

En el cérvix se distinguen dos partes:

Una interna que se denomina endocérvix y que constituye un canal que se dispone entre la cavidad uterina y la vagina, y otra externa, orientada hacia la vagina, que se denomina exocérvix. Además de por su topografía, ambas partes presentan diferencias morfológicas y funcionales a nivel de su mucosa, siendo su estroma similar. La transición entre el útero y el cérvix se realiza a nivel del orificio cervical interno, lugar donde cambia el epitelio y el estroma. La transición entre el endocérvix y el exocérvix tiene lugar a nivel del orificio cervical externo. La transición entre el epitelio endocérvix y exocervical se modifica a lo largo de la vida sexual de la mujer.

a) Estroma cervical

Tanto a nivel del endocérvix como el exocérvix el estroma sobre el que descansan los epitelios es de tipo conectivo denso, rico en fibras de colágeno, con presencia de fibras elásticas y fibras musculares lisas, siendo estas últimas más abundantes en la porción superior, donde se continúan con las fibras musculares del miometrio, y muy escasas en la porción más distal. Todo esto le confiere una consistencia firme y elástica.

La proporción entre los componentes varía con la edad, de tal manera que en mujeres post-menopausicas predomina el tejido denso, confiriéndole al cérvix un aspecto fibroso y duro. El estroma es sensible a los estímulos hormonales que se producen hacia el final del embarazo, periodo durante el cual modifica sus propiedades.

b) Epitelio cervical

1. Endocérvix

El endocérvix ocupa los $\frac{2}{3}$ superiores del cérvix. Posee una forma ligeramente cilíndrica dejando en su interior un canal estrecho menor de un centímetro de diámetro. El endocérvix está revestido por un epitelio cilíndrico simple, con células epiteliales mucosas y algunas ciliadas interpuestas en la parte superior del cérvix. Este epitelio cubre la superficie de la mucosa y reviste sus pliegues, hendiduras y túbulos.

Los núcleos son pequeños y se localizan en el polo basal durante la fase proliferativa precoz. El citoplasma claro contiene abundante moco, especialmente en la fase proliferativa avanzada. Por debajo de las células cilíndricas suele verse una capa discontinua de células de reserva.

En el lugar de transición entre la mucosa endocervical y endometrial (denominado istmo) las glándulas de tipo endometrial se entremezclan con las endocervicales. El endocérvix se abre al exocérvix (y por lo tanto a la vagina) mediante el orificio cervical externo, el cual en mujeres nulíparas es circular y tras el parto adquiere forma de hendidura, hablándose de un labio anterior y otro posterior.

2. Exocérvix

El exocérvix se continua desde el orificio cervical externo y asoma hacia la vagina (la porción que se ve desde la vagina al realizar una colposcopia se denomina hocico de tenca). Está revestido por un epitelio plano estratificado no

queratinizado que se continúa con el de la vagina. La zona de transición entre el epitelio mucoso endocervical y el escamoso exocervical es brusca.

El epitelio exocervical está sometido a influencias hormonales. Debido a la falta de estímulo hormonal, antes de la menarquia y después de la menopausia el epitelio es más fino, con menos capas de células menores y poco diferenciadas y sin glucógeno en su citoplasma. Durante la edad reproductiva el epitelio es más grueso y está bien diferenciado. Las células situadas en la región intermedia del epitelio contienen abundante glucógeno citoplasmático.

❖ **Control hormonal y función de la secreción mucosa** ⁵

El endocérvix segrega un moco alcalino y claro que está bajo control hormonal por parte de los estrógenos y la progesterona. Esto hace que sus características presenten variaciones cíclicas a lo largo del ciclo menstrual. El moco regula la entrada de espermatozoides en la cavidad uterina. Además, participa en la capacitación de los espermatozoides y les protege de la acidez vaginal. El moco constituye una barrera a la entrada de microorganismos que ascienden desde la vagina. También contribuye a lubricar la vagina durante el acto sexual.

Antes de la pubertad y después de la menopausia la cantidad de moco es escasa. Durante la fase proliferativa endometrial (donde predominan los estrógenos) el moco es más alcalino, abundante y poco viscoso (muy hidratado), lo que permite que el espermatozoide ascienda más fácilmente en los días inmediatamente posteriores a la ovulación. Durante la fase ovulatoria, el moco presenta una gran hidratación y un alto contenido en iones tales como sodio, cloro y potasio. Estas características son responsables de que en fresco el moco sea suavemente pegajoso y elástico (lo que permite estirarlo y se conoce como filancia) y de que cuando se seca el moco cristalice con la apariencia de ramas de helecho en lo que se denomina “patrón en helecho” fácilmente observable al microscopio. Estos rasgos se utilizan en la clínica para corroborar que nos encontramos ante el momento óptimo para que ocurra la fecundación. Hasta que no se produzca este flujo mucoso unos días antes de la ovulación, la mujer es infértil.

Por el contrario, durante la fase secretora endometrial (donde predomina la progesterona) el moco es menos alcalino, menos abundante y más viscoso, lo que hace que la ascensión de los espermatozoides sea mucho más difícil y asegurando así la infertilidad en este período. Este moco cierra el cérvix (forma lo que conoce como tapón mucoso) durante la mayor parte del ciclo (antes de la fase fértil y después de la ovulación).

Es importante tener en cuenta que el moco también puede actuar como reservorio de espermatozoides, pudiendo estos permanecer almacenados en las hendiduras y criptas del canal endocervical durante varios días: en presencia de moco “fértil” (estrogénico) los espermatozoides pueden llegar a sobrevivir hasta 7 días y en su ausencia sólo entre 4 y 6 horas. Esta función de reservorio es determinante cuando se quiere conocer el período de fertilidad de la pareja. Así, si tomamos el día de “pico mucoso” como marcador de ovulación tendremos unos 12 días de ventana de potencial fertilidad, localizándose la mayor probabilidad de fecundación a los 5 ó 6 días centrales de la misma.

⁴ Botella, Jose. El utero: Fisiología y Patología. Ediciones Diaz de Santos, 1997.

⁵ Hilario, Enrique. Morfología del cérvix Uterino. Facultad de Medicina y Odontología. Universidad del País Vasco UPV/EHU. [http://www.woombeuskadi.org/symposium/ponencias/2_hilario_enrique\(morfo_uterina\).pdf](http://www.woombeuskadi.org/symposium/ponencias/2_hilario_enrique(morfo_uterina).pdf).

3.1.1.2 Cáncer de Cérvix:

El cáncer de cuello de útero ha sido uno de los cánceres ginecológicos cuya etiología ha sido más ampliamente estudiada en las últimas décadas. Con el diagnóstico precoz a través de la citología cérvico – vaginal y la extensión del uso de métodos anticonceptivos de barrera, lo que ha supuesto un descenso del contagio del HPV, se ha conseguido una progresiva disminución en cuanto a su mortalidad e incidencia en los países desarrollados, mientras que en los países en vías de desarrollo sigue comportándose como un importante problema socio-sanitario.³

Cáncer que se forma en los tejidos del cuello uterino (el órgano que conecta el útero con la vagina). Por lo general, es un cáncer que crece lentamente, que puede no tener síntomas pero que puede encontrarse con un frotis de Papanicolaou común (un procedimiento en el que se raspan células del cuello uterino y se observan bajo un microscopio). La causa del cáncer de cuello uterino es casi siempre por infección con el virus del papiloma humano (VPH)⁶

Representa un 20 – 25 % de los tumores ginecológicos, con una incidencia general de 4- 8 casos / 100.000 mujeres, máxima en pacientes de edades comprendidas entre los 45 a los 55 años. La localización más frecuente es en la unión escamo-columnar.³

La neoplasia intraepitelial cervical (NIC) constituye una alteración de la diferenciación del epitelio escamoso del cérvix o cuello uterino, que afecta los diferentes niveles del espesor de esta estructura y se caracteriza histopatológicamente por pérdida de su maduración, aneuploidia nuclear y figuras mitóticas anormales. Estas alteraciones se consideran precursoras de las neoplasias invasoras del cuello uterino.⁷

³BAJO Arenas, José M. Fundamentos de ginecología. Ed. Médica Panamericana.2009.

⁶<http://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino>

⁷TORRES, Alfonso. Cáncer ginecológico: Diagnóstico y tratamiento. Edición 1.Ed. Mc Graw Hill. 2004

3.1.1.2 Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC)

Los cánceres cervicouterinos invasores de células escamosas vienen precedidos por una larga fase de enfermedades preinvasoras, denominadas colectivamente neoplasia intraepitelial cervical (NIC) o displasia cervical. El término displasia se introdujo a fines de los años cincuenta para designar la atipia epitelial cervical intermedia entre el epitelio normal y el CIS (Reagan et al., 1953). La displasia se categorizó en tres grupos —leve, moderada y pronunciada— según el grado de afectación de la capa epitelial por las células atípicas.⁸

Clasificar separadamente la displasia y el CIS fue progresivamente considerándose arbitrario, sobre la base de los resultados de algunos estudios de seguimiento de las mujeres con esas lesiones. Se observó que algunos casos de displasia retrocedían, algunos persistían y otros progresaban a CIS. Se observó una correlación directa entre progresión y grado histológico. Estas observaciones condujeron al concepto de un solo proceso mórbido continuo en el que el epitelio normal evoluciona a lesiones epiteliales precursoras y a cáncer invasor.⁸

Sobre la base de dichas observaciones, en 1968 se introdujo el término de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) para denotar las múltiples posibilidades de atipia celular confinada al epitelio. La NIC se dividió en los grados 1, 2 y 3 (Richart, 1968).

➤ Diagnóstico y clasificación de la NIC por la citología⁹

La NIC puede detectarse por examen microscópico de las células cervicales en un frotis teñido por la técnica de Papanicolaou. En estas preparaciones citológicas, se evalúan los cambios de cada célula para el diagnóstico y la clasificación de NIC. En cambio, el examen histológico de los tejidos permite examinar otras características. Evaluar citológicamente la NIC basándose en los cambios nucleares y citoplasmáticos suele ser muy difícil.

La hipertrofia nuclear y los cambios de tamaño y forma son características constantes de todas las células displásicas. La mayor intensidad tintorial (hipercromasia) es otra característica destacada. Las células displásicas siempre presentan distribución irregular de la cromatina, como en grumos. Los núcleos anormales en las células superficiales o intermedias indican una NIC de bajo grado (las figuras mitóticas y los nucléolos visibles son poco comunes en estos frotis), mientras que la anomalía de los núcleos de células parabasales y basales indica NIC de alto grado. El tamaño del núcleo respecto de la cantidad relativa de citoplasma (relación núcleo/citoplasma) es una de las bases más importantes para evaluar el grado de NIC. Las mayores relaciones se asocian con grados más avanzados de NIC. En general, en un frotis cervical se observan células con diversos grados de alteración, lo que conlleva bastantes dificultades y una buena dosis de subjetividad al presentar los resultados. La experiencia del citólogo es sumamente importante en el informe final.

➤ **Diagnóstico y clasificación de la NIC por la histopatología**⁹

Puede sospecharse NIC por examen citológico con la técnica de Papanicolaou o mediante examen colposcópico. El diagnóstico final de NIC se establece por examen histopatológico de una biopsia cervical con sacabocados o una muestra de escisión. Se valora si una muestra tisular cervical presenta NIC y en qué grado, en función de las características histológicas de diferenciación, maduración y estratificación de las células y de las anomalías de los núcleos. Para clasificar la NIC se observa la proporción del espesor epitelial que presenta células maduras y diferenciadas. Los grados más avanzados de NIC suelen tener una mayor proporción del espesor epitelial con células indiferenciadas y solo una delgada capa superficial de células maduras, diferenciadas.

Al realizar el diagnóstico se evalúan anomalías nucleares como la dilatación, la mayor relación núcleo/citoplasma, la hipercromasia, el polimorfismo y la variación del tamaño nuclear (anisocariosis). A menudo existe una fuerte correlación entre la proporción del epitelio que presenta maduración y el grado

de anomalía nuclear. Las figuras mitóticas de las células en división son poco frecuentes en el epitelio normal y, cuando existen, se ven solo en la capa parabasal. Conforme se incrementa la gravedad de la NIC aumenta el número de figuras mitóticas, que pueden verse en las capas epiteliales superficiales. Cuanto menos diferenciado es un epitelio, más alto es el nivel en que pueden verse figuras mitóticas. Las configuraciones anormales de las figuras mitóticas también se tienen en cuenta al establecer el diagnóstico final.

- En la NIC 1 existe buena maduración, con mínimas anomalías nucleares y pocas figuras mitóticas. Las células indiferenciadas se encuentran en las capas epiteliales más profundas (tercio inferior). Se observan figuras mitóticas, pero no muchas. Pueden verse cambios citopáticos debidos a la infección por el VPH en todo el espesor del epitelio.
- La NIC 2 se caracteriza por cambios celulares displásicos restringidos sobre todo a la mitad o los dos tercios inferiores del epitelio, con anomalías nucleares más marcadas que en la NIC 1. Pueden verse figuras mitóticas en toda la mitad inferior del epitelio.
- En la NIC 3, la diferenciación y la estratificación pueden faltar por completo o existir solo en el cuarto superficial del epitelio, con abundantes figuras mitóticas. Las anomalías nucleares aparecen en todo el espesor del epitelio. Muchas figuras mitóticas tienen formas anormales.

Una estrecha relación entre citólogos, histopatólogos y colposcopistas mejora la notificación en las tres disciplinas. En particular, ayuda a diferenciar los grados más leves de NIC de otras afecciones con las que pueden confundirse.

⁸ De Palo G, Chanen W, Dexeus S. Neoplasia intraepitelial cervical. En: Patología y tratamiento del tracto genital inferior. Barcelona: Editorial Masson; 2001. p. 62-89.

⁹ <http://screening.iarc.fr/doc/colpoesmanual.pdf>

HISTORIA NATURAL DEL CÁNCER DE CÉRVIX UTERINO ¹⁰

1. Período de Inducción :

El período de inducción corresponde al tiempo que transcurre desde el inicio del proceso etiológico hasta el inicio de la enfermedad. La transmisión se produce por contactos sexuales y los órganos más susceptibles de infección con potencial de iniciar una transformación neoplásica son el cuello uterino (zona de transición) y la línea pectínea del canal anal.

- Las relaciones sexuales con múltiples parejas sin preservativo son el factor de riesgo más importante para la infección por VPH y evolución a cáncer de cérvix.
- Las situaciones de inmunosupresión y especialmente el estar infectado por VIH, favorecen la infección y aparición de cáncer de cérvix.
- El tener otras infecciones genitales de transmisión sexual como el herpes y la chlamydia pueden actuar como cofactor por efecto inflamatorio y producir una mayor desregulación de la inmunidad local.
- El tabaquismo dobla el riesgo relativo de sufrir cáncer de cérvix y se ha observado que a mayor consumo, mayor riesgo.
- Los anticonceptivos distintos al preservativo se asocian a una mayor incidencia de VPH debido a que los contactos sexuales son sin barrera física entre mucosas.

Prevención Primaria del Cáncer de Cuello de Útero

La vacuna del VPH, como en otras vacunas sintéticas, se basa en la fabricación de partículas semejantes al virus que produzcan una respuesta inmune con memoria sin padecer la enfermedad y que proteja al paciente de la infección real. En España se comercializan dos vacunas para el HPV; una tetravalente, Gardasil® Merck and Co., Inc, y otra trivalente, Cervarix® GlaxoSmithkline Biologicals.

Se considera óptimo vacunar a niñas pre-adolescentes porque la inmungenicidad en el tramo de edad inferior a 15 años es la más alta. Vacunar a los 18 años supone perder un 20% de capacidad preventiva frente a vacunar a los 12 años. El máximo potencial preventivo se obtiene en población que no ha estado en contacto con el VPH, y en España, la edad media de inicio de las relaciones sexuales son los 17 años. Como norma general se deben vacunar todas las mujeres entre 14 y 26 que son las edades donde se ha demostrado de forma científica la efectividad de la vacuna como prevención de la displasia cervical.

2. Período de Latencia

El período de latencia corresponde al tiempo que pasa desde que ocurre la infección del virus hasta que aparecen los primeros síntomas. El periodo de latencia es variable, puede extenderse desde los 2 a 3 meses hasta incluso los 15-20 años. La mayor parte de las lesiones son inaparentes y desaparecen también sin dejar evidencias de la infección, un porcentaje muy reducido persisten por un determinado tiempo (10 %), que podrían evolucionar a lesiones precancerosas. El virus puede estar en estado latente hasta durante 20 años.

Prevención Secundaria del Cáncer de Cuello Uterino: Diagnóstico Precoz

Por consenso, los controles de diagnóstico precoz deben iniciarse no más tarde de 3 años del inicio de relaciones sexuales. Deben realizarse 2 citologías seguidas con periodicidad anual. Si ambas son normales, puede realizarse control trienal.

3. Período de Expresión

El período de expresión comprende el tiempo que transcurre desde que la persona infectada comienza a mostrar algún síntoma de la enfermedad y hasta que se produce el desenlace. Una Neoplasia Cervical Intraepitelial (CIN) es la aparición de células atípicas en el epitelio escamoso cervical sin llegar a romper la membrana basal. La CIN1 se clasifica en 3 grados diferentes según su patogenia:

- CIN1: las atipias no llegan al estrato medio. No debe considerarse precancerosa.
- CIN2: las atipias llegan al estrato medio.
- CIN3: las atipias abarcan todo el grosor del epitelio.

Los CIN 2 y 3 deben considerarse lesiones con riesgo de desarrollar carcinoma de cérvix. La evolución del virus depende de su agresividad, inmunocompetencia de la paciente y cofactores (tabaquismo). En general, desde la aparición del virus hasta el desarrollo de un cáncer de cuello pueden transcurrir años.

A. Epidemiología:

Es la segunda más frecuente neoplasia de las mujeres. El año 2002 ocurrieron 493,000 casos nuevos, pero 83% de estos casos se presentaron en los países del tercer mundo; en los países desarrollados el cáncer de cuello uterino representa menos del 5% de todos los casos nuevos de cáncer.¹¹

A nivel mundial el año 2002 la incidencia del cáncer cervical llegó a 468 000 casos nuevos y 233 000 defunciones por dicho cáncer. Más del 80% de estos casos ocurren en países en desarrollo, las tasas de incidencia más altas ocurren en África, América del Centro, del Sur y Asia. En el año 2008, se registraron 12.4 millones de nuevos casos de cáncer y 7.6 millones de muertes por esta enfermedad. En el mundo muere una mujer por cáncer cervical cada dos minutos (5.259 muertes a la semana) y 83% de esas muertes ocurren en países en vías de desarrollo. En América latina, durante el mismo año, se registraron 2.6 millones de casos y 1.3 millones de muertes por cáncer.

¹⁰ http://sameens.dia.uned.es/Trabajos11/Trab_Publicos/Trab_2/Garcia_Castro_2/historia%20natural.htm

¹¹ SOLODORIO Santisteban, Andrés. Cáncer de Cuello Uterino. Revista Médica de la Lucha Contra El Cáncer-Arequipa. Vol. 45: 9-10, Año 12 2013

En el Perú, el cáncer de cérvix ocupa el primer lugar como cáncer más frecuente y de mayor mortalidad entre las mujeres, con un registro aproximado de 6 800 casos entre 2 000 y 2 004. En el año 2005, el cáncer produjo la muerte de 32 000 personas en el Perú, 17 000 de estas personas tuvieron menos de 70 años. En la actualidad se considera una de las principales causas de muerte. Para el año 2 030 se proyecta como la segunda causa de defunciones (22.9%), sólo superada por el grupo de otras enfermedades crónicas. La neoplasia más frecuentemente diagnosticada entre mujeres procedentes de las diferentes regiones del país es el cáncer de cuello uterino (24.9%); el cual se diagnostica, en su mayoría, en estados avanzados de la enfermedad característica fuertemente relacionada al nivel de pobreza.¹²

B. Clasificación:

La neoplasia intraepitelial cervical se clasifica conforme a un sistema histopatológico que evalúa el grado en que las alteraciones neoplásicas invaden en el epitelio cervical. En la neoplasia intraepitelial cervical 1 (NIC 1), las alteraciones del epitelio afectan el tercio inferior de su espesor; en la neoplasia intraepitelial cervical 2 (NIC 2), las alteraciones abarcan sus dos tercios, y en la neoplasia intraepitelial cervical 3 (NIC 3), la afección incluye los tres tercios. La clase NIC 3 es equivalente del carcinoma *in situ* y ambos constituyen el estadio 0 de la clasificación del cáncer cervicouterino de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO).¹³

¹²CARRASCO Saavedra, Juan R. y VALERA López, Luz M. Relación entre el Nivel de Conocimiento, Actitudes y Prácticas sobre el examen de Papanicolaou en mujeres en edad fértil sexualmente activas de la Urbanización “Las Palmeras” en el distrito de Morales, Julio - Diciembre 2011. Tarapoto, Perú. Universidad Nacional de San Martín.2011.

➤ **Clasificación de FIGO de los carcinomas cervicouterinos.**¹⁴

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.

- **Estadio IA:** 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 7 mm de extensión horizontal.
- **Estadio IA1:** La invasión medida en el estroma no supera 3 mm de profundidad y 7 mm de diámetro.
- **Estadio IA2:** La invasión medida en el estroma está entre 3 y 5 mm de profundidad y no supera 7 mm de diámetro.
- **Estadio IB:** Las lesiones clínicas se limitan al cérvix, o las lesiones preclínicas son mayores que en el estadio IA. Toda lesión macroscópicamente visible incluso con una invasión superficial es un cáncer de estadio IB.
- **Estadio IB1:** Lesiones clínicas de tamaño máximo de 4 cm.
- **Estadio IB2:** Lesiones clínicas de tamaño superior a 4 cm

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.

- **Estadio IIA:** Ninguna afección parametrial evidente. La invasión afecta los dos tercios superiores de la vagina.

¹³ TORRES, Alfonso. Cáncer ginecológico: Diagnóstico y tratamiento. Edición 1.Ed. Mc Graw Hill. 2004

¹⁴ <http://screening.iarc.fr/viaviliappendix1.php?lang=3>

- **Estadio IAB:** Afección parametrial evidente, pero la pared pelviana no está afectada.

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.

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

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.

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

C. Etiología:

El cáncer de cuello de útero y la CIN están causados por el Virus Papiloma Humano (VPH). De los aproximadamente 80 tipos de VPH, unos 30 infectan el conducto anogenital. Unos 15 de estos 30 tipos (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 y 82) están asociados a cáncer y se conocen como tipos de VPH de alto riesgo. La mayoría de los cánceres de cuello están causados tan solo por cuatro de estos tipos de VPH de alto riesgo: 16, 18, 31, 45. Los tipos de VPH de bajo riesgo no están asociados a cáncer. No obstante los tipos de bajo riesgo 6 y 11 están asociados a verrugas genitales (condilomas acuminados) y a lesiones intraepiteliales escamosas bien

diferenciadas. El virus papiloma humano infecta las células del cuello del útero. El tamaño y la forma del cuello del útero varían con la edad, el estado hormonal y el número de hijos. En las mujeres en edad fértil, el cuello del útero mide 7-8 mm en su punto más ancho. La parte superior del cuello del útero que da a la cavidad endometrial se denomina orificio cervical interno (OCI); la parte inferior que da a la vagina se denomina orificio cervical externo (OCE). La porción exterior del conducto del cuello del útero se denomina exocérvis y la porción inferior, conducto endocervical. Las paredes del conducto endocervical contienen numerosos pliegues y rebordes. La histología del cuello del útero es compleja. El estroma fibroso del cuello del útero está revestido por el epitelio cervical, que es una malla de células. El epitelio es de dos tipos distintos: cilíndrico (glandular) y pavimentoso estratificado no queratinizante. El epitelio cilíndrico está formado por una capa simple de células secretoras de moco que están dispuestas en pliegues profundos o criptas. La zona donde convergen los dos tipos de epitelio se denomina unión pavimentoso-cilíndrica (UPC). La UPC tiene importancia clínica, ya que es el lugar donde se origina más del 90% de las neoplasias del aparato genital inferior.¹⁵

➤ **Virus del Papiloma Humano:**

Este grupo de virus, con tropismo en los epitelios, infecta predominantemente la piel y las membranas mucosas produciendo proliferaciones epiteliales benignas o papilomas que, bajo ciertas circunstancias, pueden experimentar una transformación maligna. El virus del papiloma humano (VPH) se considera el agente causal más importante para el carcinoma cervicouterino; por ello, el conocimiento de su biología es fundamental para entender la carcinogénesis cervical. Debido a la enorme difusión que este hallazgo ha tenido no solo en el entorno médico, sino en la población, es importante señalar claramente que el cáncer cervicouterino es una rara consecuencia de la infección de algunas tipos de virus del papiloma humano.¹⁶

¹⁵ BECKMANN, Charles R. Obstetricia y ginecología. Edición 6. Ed. Lippincott Williams & Wilkins. 2010.

¹⁶ MUÑOZ, Neijer. The Causal Relation between Human Papillomavirus and Cervical Cancer. J Clin Pathol. 2002;

➤ Participación del VPH en la Carcinogénesis Cervical

Los virus del papiloma son pequeños virus de DNA de doble cadena, sin envoltura, cuyo genoma está constituido por aproximadamente 7200-8000 pb, el cual se divide en tres regiones: una región temprana E (Early), la cual codifica para las proteínas virales (E1, E2, E4, E5, E6 y E7), necesarias para la replicación del DNA viral, la regulación de la transcripción y la transformación e inmortalización celular, una región Tardía L (Late), que codifica para proteínas estructurales (L1 y L2) y una región reguladora conocida como región larga de control LCR (Long Control Region), que contiene la secuencia de DNA que permiten el control de la replicación y de la expresión del genoma viral.¹⁷

El mecanismo de acción de los HPV de alto riesgo en el desarrollo de la neoplasia cervical, se explica principalmente por la acción de dos de sus oncoproteínas virales E6 y E7. Estas tienen la capacidad de inmortalizar y transformar queratinocitos, confiriéndoles un alto grado de inestabilidad cromosómica. La expresión continua de estos genes, es requisito indispensable para mantener el crecimiento neoplásico de las células del cérvix. Estudios del mecanismo molecular del proceso de transformación, han revelado un complejo patrón de interacciones de estas proteínas virales con reguladores celulares, envueltos en procesos biológicos como: la apoptosis, la proliferación y diferenciación celular. Se considera que el proceso de integración del genoma del VPH al genoma de la célula hospedera es el evento fundamental en la progresión a cáncer, debido a la sobreexpresión de las oncoproteínas E6 y E7 por la pérdida de E2, proteína implicada en su regulación.¹⁸

¹⁷LAZCANO, HERNANDEZ, Mauricio Eduardo C. y. Cáncer Cervicouterino: Diagnóstico, Prevención y Control. Edición 2. Ed. Médica Panamericana.2005

¹⁸VILLASEÑOR Medina, Efraín A. y MARTINEZ Macías, Rogelio. Fundamentos de oncología. México. Ed. UNAM. 2009.

D. Factores de Riesgo:

Puesto que no se ha especificado la etiología del cáncer, nos referimos a las características epidemiológicas del cáncer de cuello uterino, agrupándolas como factores de riesgo, de acuerdo a los antecedentes generalmente comunes en las mujeres afectadas. Los factores de riesgo tienen especial importancia para el diagnóstico temprano del cáncer de cuello uterino. Cuando se les identifica deben extremarse los medios de despistaje y diagnóstico a fin de descubrir la enfermedad en etapas iniciales con posibilidad de tratamiento definitivo.¹⁹

Se han identificado varios factores que pueden aumentar el riesgo de neoplasia de cuello de útero. Se observa una mayor incidencia de infección por VPH y evolución de la neoplasia intraepitelial en las pacientes inmunodeprimidas, entre ellas: las infectadas por el VIH, además de las trasplantadas, las que tienen insuficiencia renal crónica o antecedente de linfoma de Hodgkin, o las que han recibido tratamiento inmunodepresor por otros motivos. Otro factor es el tabaquismo. El riesgo de cáncer de cuello de útero es 3,5 veces mayor entre las fumadoras. Se han detectado carcinógenos del humo de cigarrillo en altas concentraciones en el moco cervical de mujeres fumadoras, lo que deja entrever una explicación biológica verosímil para esta asociación. Tener la primera relación sexual a una edad temprana puede aumentar el ritmo de metaplasia que se da en la zona de transformación durante la adolescencia y al mayor porcentaje de células nuevas o inmaduras en esta región. La infección persistente por VPH aumenta el riesgo de displasia cervical persistente o progresiva. La infección por el VPH 16 es más probable que sea persistente que las infecciones provocadas por otros tipos oncógenos de VPH. Las mujeres pueden tener una predisposición genética al cáncer de cuello de útero, pero los riesgos relativos son bajos.²⁰

¹⁹MONGRUT STEANE, Andrés. Tratado de Obstetricia Normal y Patológica. 4ta Edición. Lima –Perú. Editorial El Peruano. 2000

²⁰BECKMANN, Charles R. Obstetricia y ginecología. Edición 6. Ed. Lippincott Williams & Wilkins. 2010.

✓ **Número de compañeros sexuales.**

Existe una relación directamente proporcional entre el riesgo de lesión intraepitelial y el número de parejas sexuales. Esta exposición se ha relacionado básicamente con la probabilidad de exposición al VPH. Por ejemplo, las mujeres solteras, viudas o separadas tienen más riesgo de infectarse por VPH dado que tienen más compañeros sexuales, sea permanente u ocasional.²¹

✓ **Edad del primer coito.**

El inicio temprano de las relaciones implica la aparición de múltiples compañeros sexuales, con el consiguiente riesgo dado por estas. Se ha demostrado también que en la adolescencia los tejidos cervicouterinos son más susceptibles a la acción de los carcinógenos, y de hecho, si existe un agente infeccioso relacionado, el tiempo de exposición a este será mucho mayor. El riesgo de lesión intraepitelial cuando el primer coito se tiene a los 17 años o menos es 2,4 veces mayor que cuando este se tiene a los 21 años.²²

✓ **Factor masculino**

Se ha demostrado que cuando el varón tiene vida sexual promiscua y esta sexualmente relacionado con varias compañeras, aunque la mujer tenga un solo varón y no hay iniciado precozmente las relaciones sexuales, constituye para su mujer un factor de riesgo de padecer cáncer de cérvix.²³

²¹FIGUEROA 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. Bogotá, Colombia. Universidad Nacional de Colombia.2010.

²²SERRANO Ortiz, Ricardo, URIBE Pérez, Claudia, DIAZ Martínez, Luis Alfonso y DANGOND Romer, Yuriko Rafael. Factores de Riesgo para Cáncer de Cuello Uterino. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 55(2), Junio 2004

²³GONZALES, Bosquet. Ginecología oncológica. Edición 2. Ed Masson.2000

✓ **Paridad**

Se ha establecido que mujeres con dos o más hijos tienen un riesgo 80% mayor respecto de las nulíparas de presentar lesión intraepitelial; luego de cuatro hijos dicho riesgo se triplica, después de siete se cuadruplica y con doce aumenta en cinco veces. A pesar de no existir ninguna explicación definitiva para este fenómeno, se cree que la inmunosupresión del embarazo o su influjo hormonal aumentan la susceptibilidad a la infección por VPH; sin embargo, al revisar la extensa literatura al respecto podemos concluir que estos estudios en su mayoría son bastante contradictorios. Edad del primer parto. Bosch demostró cómo la presencia de uno o más partos antes de los 22 años cuadruplica el riesgo de neoplasia del cuello uterino.²⁴

✓ **Anticonceptivos hormonales**

La última monografía de La Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (IARC) sobre las hormonas y el cáncer clasificó los anticonceptivos orales combinados como oncogénicos para el cuello de útero. Un meta análisis sobre cáncer de cuello útero y anticonceptivos hormonales, que incluyó en su mayor parte los mismos estudios que la ICESCC, encontró que el riesgo de cáncer de cuello de útero invasivo aumentaba con la duración del uso de anticonceptivos orales, de modo que el empleo durante 10 años o más se asoció con un aumento de aproximadamente el doble de riesgo comparado con las mujeres que nunca habían tomado anticonceptivos orales. Los limitados datos disponibles sugieren que este riesgo disminuye después de interrumpir el uso de anticonceptivos orales pero aun así existiendo una elevación significativa del riesgo incluso después de 8 años o más de haberlo suspendido.²⁵

²⁴GAMBOA D, Edna M. “et al”. Conocimientos, Actitudes y Prácticas relacionados con lactancia materna en mujeres en edad fértil en una población vulnerable. Revista Chilena de Nutrición. Vol. 35(1), 2008.

²⁵CARRERAS, Ramón y CHECA, Miguel Ángel. Virus del papiloma humano y cáncer de cuello de útero. Edición 1 Ed. Medica Panamericana.2008.

✓ **Tabaquismo**

Existe una relación directa entre el riesgo de lesiones pre-invasoras y la duración e intensidad del hábito. En promedio se considera que las fumadoras tienen doble riesgo de lesión intraepitelial con respecto de las no fumadoras. Experimentalmente se ha demostrado la presencia de nicotina, cotinina y otros mutágenos derivados del tabaco, en mujeres fumadoras con lesión intraepitelial. Además, es bien conocido el daño molecular del ADN del tejido cervicouterino en mujeres que fuman. Como si fuera poco, se postula que el tabaco induce un efecto inmunosupresor local. Diferentes estudios han encontrado mutágenos en el moco cervical, algunos a concentraciones muy superiores a las sanguíneas, lo que sugiere un efecto carcinogénico directo, aunque no es posible separar el hecho de las conductas de riesgo para adquirir VPH que se asumen con más frecuencia entre las mujeres fumadoras; con todo, estudios de gran envergadura no soportan claramente la asociación directa entre tabaquismo y el cáncer del cuello uterino.²¹

✓ **Inmunosupresión**

La inmunosupresión incrementa el riesgo de padecer neoplasias anogenitales. En apoyo de esta afirmación, se ha observado que en mujeres con lesiones precursoras (displasia y carcinoma *in situ*), carcinomas microinvasivos y algunos carcinomas invasivos existe un significativo descenso de la proliferación T-celular. Igualmente, las infecciones por el VIH aumentan el riesgo de padecer cáncer cervical.²⁶

²⁶GAMBOA D, Edna M. “et al”. Conocimientos, Actitudes y Prácticas relacionados con lactancia materna en mujeres en edad fértil en una población vulnerable. Revista Chilena de Nutrición. Vol. 35(1), 2008.

Se discute el papel de algunas enfermedades de transmisión sexual (ETS) como cofactores asociados a la infección por HPV. Entre ellas, las producidas por *Treponema pallidum*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, *Candida albicans*, *Gardnerella vaginalis*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, citomegalovirus y virus herpes simple tipo 2, aunque se supone que no desempeñan un papel importante. En investigación se encuentra el posible papel que desempeñan ciertas vitaminas en la génesis del cáncer cervical como, como los carotenos, la vitamina C y el ácido fólico. De lo expuesto hasta aquí puede concluirse que el cáncer de cérvix aparece, preferentemente en mujeres que iniciaron de forma precoz las relaciones sexuales, que tienen una vida sexual promiscua, con compañeros que son, igualmente, promiscuos. Estas circunstancias favorecen la infección por VPH, que aparece con más frecuencia entre los 15 y los 25 años. Estas infecciones son asintomáticas y por lo general regresan de manera espontánea, pero un pequeño grupo de ellas no desaparecen, de manera que las mujeres se convierten en portadoras crónicas de HPV (entre el 5 y el 10 %, probablemente) y si además interaccionan con una serie de cofactores ambientales, genéticos e inmunitarios, el final puede ser la aparición de un carcinoma invasivo cervical, como exponen Bosch y cols.²⁷

E. Cuadro clínico (Síntomas y Signos):

El cáncer y la displasia de cérvix suelen aparecer sin ningún síntoma. Es muy importante recomendar a la mujer con riesgo de cáncer cervical que se sometan a estudios citológicos periódicos. La mayoría de las mujeres con lesiones precancerosas de cérvix son identificables gracias a la tinción de Papanicolaou, en una fase en donde la lesión resulte fácil de erradicar.²⁸

²⁷GONZALES, Bosquet. Ginecología oncológica. Edición 2. Ed Masson.2000

²⁸Norma Técnico-oncológica para la Prevención, Detección y Manejo de las lesiones premalignas del cuello uterino a nivel nacional. Lima, Mayo 2008.

En pacientes que han evitado el examen de detección, la sintomatología del cáncer cervical de ordinario se manifiesta por uno o más de los hallazgos siguientes:

- Hemorragia postcoital
- Hemorragia vaginal anormal
- Dispareunia
- Sensación de plenitud vaginal.
- Disuria.
- Melena
- Pérdida de peso.
- Anemia

F. Diagnóstico:

El diagnóstico debe ser precoz y es posible hacerlo desde las etapas precancerosas, mediante la citología exfoliativa, favorecida por la accesibilidad del cérvix uterino a la exploración y a la toma fácil y simple de muestra. La citología (Papanicolaou) según las técnicas regladas actualmente es un proceso rutinario y práctico para descubrir precozmente el cáncer de cuello uterino, haciendo posible el diagnóstico de los precursores de la enfermedad o sea la displasia y el carcinoma in situ.²⁹

La Colposcopia, biopsia, cono y técnicas iconográficas como la pielografía, a veces la tomografía computarizada y la resonancia magnética son medios que se usan para establecer el diagnóstico, precisar la etapa clínica y consecutivamente establecer el tratamiento indicado.³⁰

²⁹MONGRUT STEANE, Andrés. Tratado de Obstetricia Normal y Patológica. 4ta Edición. Lima –Perú. Editorial El Peruano. 2000.

³⁰FIGUEROA 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. Bogotá, Colombia. Universidad Nacional de Colombia.2010.

➤ Citología Cérvico Vaginal (Papanicolaou)

La citología es la rama de la ciencia que trata con la estructura y la función de las células. También se refiere a las pruebas para diagnosticar el cáncer y el precáncer mediante la observación de las células bajo el microscopio. La prueba de Papanicolaou es un procedimiento que se usa para la obtención de células del cuello uterino para realizar la citología cervical.³¹

El 90% de las lesiones precancerosas de cérvix tiene lugar en la Zona de Transformación (ZT). El epitelio columnar, endocervical representa el límite superior de la zona de transformación, por consiguiente es ampliamente aceptado que la presencia de células endocervicales en el extendido es el parámetro más importante que indica que la muestra es representativa de la zona de transformación. Un porcentaje de 25% de células endocervicales o más con buena conservación representa lo óptimo en el control de calidad de la muestra.³²

Tiene como finalidad principal establecer el diagnóstico de cáncer o de lesiones precursoras en el epitelio cervical. En raras ocasiones se pueden diagnosticar además alteraciones y neoplasias glandulares. La palabra Papanicolaou es un epónimo de uso común para este procedimiento, sin embargo a nivel técnico se refiere a una tinción, por tanto se puede hacer tinción de Papanicolaou para otro tipo de materiales, cepillados bronquiales.

³¹<http://www.acomicil.com/adamedmujer.com/wp-content/uploads/2013/bibliografia/gindoxi/ManualPatologiaCervical.pdf>

³²<http://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino>

✓ Test de Papanicolaou

El test de Papanicolaou es una técnica de detección citológica que permite identificar lesiones pre canceroso y cáncer de cuello uterino, mediante la recolección de células descamadas del epitelio cervical, para la realización de un estudio microscópico. La toma de muestra se realizará con una espátula de Ayre, escobilla o hisopo de algodón no reabsorbible, en la zona escamo-columnar del cérvix Técnica de Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA) La IVAA consiste en la observación del cérvix para detectar anomalías después de aplicar ácido acético al 5%. El ácido acético se utiliza para aumentar e identificar epitelio anormal a través del cambio “acetoblanco” de una lesión preneoplásica o cancerosa. Es una prueba no invasiva, fácil de realizar y económica. Puede ser realizada (previa capacitación) por los(as) trabajadores(as) de salud en todos los niveles de atención. Los resultados están disponibles inmediatamente. En un método apropiado para instalaciones de bajos recursos.³³

✓ Objetivos del Examen de Papanicolaou³⁴

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

³³http://www.paho.org/par/index.php?gid=122&option=com_docman&task=doc_download

³⁴CARRASCO Saavedra, Juan R. y VALERA López, Luz M. Relación entre el Nivel de Conocimiento, Actitudes y Prácticas sobre el examen de Papanicolaou en mujeres en edad fértil sexualmente activas de la Urbanización “Las Palmeras” en el distrito de Morales, Julio - Diciembre 2011. Tarapoto, Perú. Universidad Nacional de San Martín.2011.

- **Equipo necesario**
 - Espéculo vaginal sin lubricante.
 - Espátula de Ayre descartable.
 - Cepillo endocervical (citobrush) descartable.
 - Láminas portaobjeto con extremo esmerilado.
 - Alcohol rectificado de 96° o spray fijador
- **Preparación de la paciente**

Antes de la toma de la muestra, la paciente tomará en cuenta las siguientes precauciones:

- Evitar hacerse ducha vaginal el día del examen y la noche anterior no siendo este hecho un motivo suficiente para no tomar la muestra citológica.
- Evitar en lo posible las relaciones sexuales la noche anterior al examen, no siendo este hecho un motivo suficiente para no tomar la muestra citológica.
- Evitar el uso de medicamentos (óvulos y cremas vaginales) una semana antes de que se tome la muestra.
- Esperar como mínimo un mes después de un legrado uterino instrumental (LUI) o aspiración manual endouterina (AMEU), luego de un aborto incompleto; esperar dos meses post parto.
- Esperar como mínimo seis meses después de realizada la crioterapia, electrocoagulación, cono frío, resección con asa LEEP, etc.
- No tomar la muestra si existe sangrado vaginal o menstrual. En estos casos se recomienda realizar un examen visual del cuello uterino para descartar los casos de cáncer evidentes. En caso de sospecha o duda referir a la paciente a un establecimiento de salud de mayor complejidad.
- **Técnica de la toma de muestra**
 - Colocar a la paciente en posición ginecológica utilizando una mesa ginecológica o una camilla con estribos, procurando contar con una fuente de luz adecuada que permita visualizar la vagina y el cuello uterino. No se debe practicar tacto vaginal antes de la toma de la muestra.

Se elige un espejo vaginal adecuado a la paciente y se introduce delicadamente, lo que permite visualizar el cuello uterino en su totalidad, sin lastimarlo. Proceder a realizar un examen macroscópico del cuello uterino y registrar los hallazgos en el diagrama (circulo) del formulario de solicitud del estudio citológico: recordar que la mayoría de los carcinomas invasores del cuello uterino son visibles macroscópicamente.

- En aquellos casos en que exista gran cantidad de flujo vaginal, éste deberá ser cuidadosamente apartado antes de realizar la toma de muestra.
- Con el extremo ondeado de la espátula de Ayre se raspa ligeramente el orificio cervical externo, girando suavemente 360° de izquierda a derecha.
- Retirar cuidadosamente la espátula de la vagina y lo obtenido del raspado se extiende inmediatamente sobre la lámina (extendido fino), siguiendo la dirección izquierda a derecha en forma uniforme, procurando no dañar mucho la muestra tomada.
- Cuando la paciente tenga el antecedente de una histerectomía total, se tomará la muestra de la cúpula vaginal.
- Realizar la toma endocervical con el extremo lanceolado de la espátula o con el citobrush, haciéndolo girar 90° (extender el material de la misma forma como fue tomado). En la embarazada no se toma la muestra con cepillo endocervical.
- Sumergir la lámina en un recipiente de boca ancha con tapa que contenga alcohol rectificado (96°), que permita cubrir toda la superficie de la lámina, donde debe permanecer un mínimo de 15 minutos con el frasco tapado o hasta el momento de ser llevado al laboratorio. Se recomienda cambiar el alcohol al iniciar la semana de trabajo. Otra alternativa es aplicar el spray fijador sobre la lámina a una distancia de 20 cm. La falta de spray no es motivo suficiente para no tomar la muestra de PAP.
- Se retira el espéculo de la vagina y se lo deposita en un recipiente con hipoclorito de sodio diluido al 0,5% (lavandina ®) durante 10 minutos. Retírelo luego de ese tiempo para seguir con su procesamiento

convencional. Exponer el instrumental más tiempo del señalado no mejora la bioseguridad y lo único que se consigue es deteriorarlo rápidamente.

- Ayudar a la paciente a levantarse de la camilla.
- Posteriormente se retira la lámina del recipiente dejando secar durante 10 minutos y se le envuelve en el formulario o se deposita en la caja portálaminas, acompañado de los formularios para su envío al laboratorio.

✓ **Ventajas del examen de Papanicolaou**³⁵

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

- Un costo adecuado y al alcance de la población.
- Confiabilidad en los resultados. Con un diagnóstico de más alta calidad y seguridad que conlleva una mayor tranquilidad
- Disponibilidad para la toma del examen en los centros de salud de nuestra comunidad.
- Toma de examen de PAP incluye examen ginecológico (palpación clínica de mamas) y apoyo educativo.
- Excelente y fluida coordinación entre obstetra tratante y laboratorio de patología cervical.
- Derivación inmediata al nivel secundario en caso de sospecha de alguna patología maligna detectada durante la toma.
- Reducción de los falsos negativos.

³⁵CARRASCO Saavedra, Juan R. y VALERA López, Luz M. Relación entre el Nivel de Conocimiento, Actitudes y Prácticas sobre el examen de Papanicolaou en mujeres en edad fértil sexualmente activas de la Urbanización “Las Palmeras” en el distrito de Morales, Julio - Diciembre 2011. Tarapoto, Perú. Universidad Nacional de San Martín.2011.

G. Periodicidad de la detección citológica:

En los últimos años se ha discutido el intervalo de tiempo que debe transcurrir entre los exámenes citológicos controles. Algunos estudios han encontrado que el riesgo de padecer cáncer de cérvix después de una citología cervicovaginal negativa, en los 12 meses siguientes, es muy bajo, prácticamente cero; por el contrario, pasados 5 años, el riesgo es el mismo que para la mujer que nunca se ha sometido a citología cervicovaginal. Otros trabajos defienden que la detección citológica, cuando se efectúa con un intervalo de 2-3 años, es casi tan eficaz como si se practica anualmente (dentro del 3 %) pero que el riesgo se incrementa sustancialmente si se efectúa entre 3-5 años. Un comité de expertos canadiense, en 1976 y 1982, mantuvo que el primer control citológico debe practicarse después del primer coito, conviene repetirlo al año y si los exámenes han sido negativos, los subsiguientes controles pueden distanciarse cada 3 años, hasta los 35 años, y a partir de esta edad hasta los 65, pueden espaciarse cada 5 años. Esta pauta de controles citológicos cada 3 años ha sido también defendida por algunas asociaciones, como la OMS 1988, la Sociedad Americana del Cáncer, 1986 e incluso en algunos países se recomienda intervalos más largos de 4 y 5 años.³⁶

En Perú, en la Norma Técnico-Oncológica para la Prevención, Detección y Manejo de las lesiones Premalignas del Cuello Uterino a nivel nacional, esta actividad debe ser realizada en todos los establecimientos de salud, y dirigida a³⁷

- a) Toda mujer de 30 a 49 años que haya tenido relaciones cóitales tendrá detección periódica cuyo intervalo no deberá ser mayor de tres años.
- b) En mujeres menores de 30 años y mayores de 49 años la detección será a criterio del profesional de la salud.
- c) Las mujeres que han recibido vacuna contra el Papiloma Virus Humano, también

³⁶ GONZALES, Bosquet. Ginecología oncológica. Edición 2. Ed Masson.2000

³⁷ Norma Técnica-oncológica para la Prevención, Detección y Manejo de las lesiones premalignas del cuello uterino a nivel nacional. Lima, Mayo 2008

3.1.2 CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y FRECUENCIA

Los estudios tipo Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP), han sido utilizados en diversos temas de salud y se consideran como la base fundamental de los diagnósticos para ofrecer información a Instituciones u Organizaciones responsables de la creación, ejecución y evaluación de programas de promoción de la salud y nutrición.³⁸

A. Conocimiento:

El conocimiento implica datos concretos sobre los que se basa una persona para decidir conductas, es decir lo que se debe o puede hacer frente una situación partiendo de principios teóricos y/o científicos. El término conocimiento se usa en el sentido de conceptos e informaciones; es así como en la comunidad de estudio se investiga los pre-saberes que existen y sus bases teóricas, para poder establecerlos y de allí partir para el mejoramiento de los mismos. La Real Academia de la Lengua Española define el término conocimiento como noción, ciencia, sabiduría, entendimiento, inteligencia, razón natural.³⁹

B. Actitudes:

La actitud es una predisposición aprendida no innata y estable aunque puede cambiar, al reaccionar de una manera valorativa, favorable o desfavorable un objeto (individuo, grupo, situación, etc.). Las actitudes son constructos desde los que se va a explicar el por qué y el cómo de la conducta humana. Las actitudes condicionan fuertemente las distintas respuestas a los diversos estímulos que un individuo recibe de personas, grupos, objetos o situaciones sociales. De acuerdo a las definiciones dadas por diversos autores las actitudes son propias e individuales y esta sujetas al medio que rodea al individuo.⁴⁰

³⁸GAMBOA D, Edna M. “et al”. Conocimientos, Actitudes y Prácticas relacionados con lactancia materna en mujeres en edad fértil en una población vulnerable. Revista Chilena de Nutrición. Vol. 35(1), 2008.

³⁹MORET Ventura, Carmen. Actitudes de los adolescentes hacia la realidad multicultural en el principado de Andorra. Tesis doctoral, Universidad de Murcia, Departamento de teoría e historia de la educación. Facultad de Educación. 2008, p. 85-89.

C. Frecuencia:

La Real Academia de la Lengua Española define el término frecuencia como la repetición mayor o menor de un acto o de un suceso o es también el espacio de tiempo durante el cual se realiza una acción o se desarrolla un acontecimiento. También hace referencia a este el uso continuado de costumbres o el método que particularmente se observa en alguien para con sus actuaciones. Por lo tanto la frecuencia se podría decir que son reacciones u actuaciones recurrentes en los individuos, asimismo definidos como hábitos los cuales establecen una respuesta para una situación determinada.⁴¹



⁴⁰FIGUEROA 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. Bogotá, Colombia. Universidad Nacional de Colombia.2010.

⁴¹Diccionario de la lengua española. [Fecha de acceso 5 de Abril de 2014]. URL disponible en: <http://lema.rae.es/drae/srv/search?id=IMWInW69i2x5qcbgFF6>

3.2 Antecedentes de Investigación

- ❖ **AUTORES:** Charles Huamaní, Ana Hurtado-Ortega, , Manuel Guardia-Ricra, José Roca-Mendoza.(18)

Título: Conocimientos y actitudes sobre la toma de Papanicolaou en mujeres de Lima, Perú 2007.Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública; Vol. 25 (1), 2008

RESUMEN

Objetivos. Determinar el nivel de conocimientos y actitudes hacia la toma de Papanicolaou y factores asociados en mujeres en edad fértil de Lima, Perú.

Materiales y métodos. Estudio transversal, se realizó un muestreo por conglomerados empleando un cuestionario validado por juicio de expertos, que tenía 22 ítems, seis preguntas de opción múltiple, nueve abiertas y siete tipo escala de Likert. Se determinó la asociación bajos conocimientos y actitud negativa o indiferente usando regresión logística múltiple

Resultados. Se incluyó a 502 mujeres, con una edad promedio de 27 ± 8 años. El 15% inició sus relaciones sexuales antes de los 15 años y 14% había tenido tres o más parejas sexuales. La prevalencia de un nivel bajo de conocimientos sobre la toma del PAP fue de 24,9% (IC95%: 21,0-28,7%), el cual estuvo asociado con un menor nivel educativo (ORa: 3,1; IC95%: 1,0-4,1) y a una historia de PAP inadecuada (ORa: 2,8; IC95%: 1,6-4,9). La prevalencia de una actitud negativa o indiferente hacia la toma del PAP fue de 18,7% (IC95%: 15,2-22,2%), la cual estuvo asociada con un bajo conocimiento sobre el PAP (ORa: 9,0; IC95%: 3,1-26,8), así como a un menor nivel educativo (ORa: 3,2; IC95%: 1,3-7,9), historia inadecuada de PAP (ORa: 2,0; IC95%: 1,1-3,6) y haber tenido más de dos parejas sexuales (ORa: 2,6; IC95%: 1,3-5,3).

Conclusión: Un bajo nivel educativo y una historia inadecuada de PAP están asociados con pobre conocimiento y una actitud negativa hacia la toma del Papanicolau en mujeres de Lima.

- ❖ **AUTORES:** Barrios García Lía, Benedetti Padrón Inés, Alvis Estrada Luis y Salamanca Manjarrez Mirelly.(19)

Título: Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre citología cervico-uterina por mujeres de una población rural en Colombia

Revista Ciencias Biomédicas; Vol. 4 (1), 2013

RESUMEN

Objetivo: Determinar el conocimiento, práctica y actitud de las mujeres del municipio de Pinillos, Colombia, sobre el uso de la citología cérvico-uterina como método de diagnóstico de las lesiones tempranas del cuello uterino, que conlleven al cáncer de cérvix.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo realizado en el municipio de Pinillos, Bolívar, Colombia. Se realizó una encuesta a 260 mujeres que habían tenido vida sexual.

Resultados: El 85.4% de las pacientes encuestadas saben que es la citología cérvico-uterina. Prácticamente todas las mujeres encuestadas saben para qué sirve la citología. El 99.6% reconoce que realizarse la citología es importante. El 88.5% si se ha realizado la citología durante su vida, con una mediana de 4 citologías realizadas.

Conclusiones: el desconocimiento, la falta de práctica y la mala actitud hacia la realización de la citología no es la principal causa que el cáncer de cérvix no haya disminuido.

- ❖ **AUTORES:** Bazán Asencios Fernando, Posso Margarita, Gutiérrez Cesar.(26)

Título: Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre la prueba de Papanicolaou.

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal; Anales de la Facultad de Medicina; Universidad Nacional Mayor de San Marcos del Perú. Vol. 68 (1), 2007.

RESUMEN:

Objetivos: Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas con respecto a la prueba del Papanicolaou (Pap); hallar la asociación entre la edad y grado de instrucción frente a dichas variables y describir las características sobre la práctica periódica del Pap.

Material y Método: Analítico y transversal. En el Hospital Nacional Docente Madre-Niño 'San Bartolomé' donde las pacientes fueron mujeres en edad fértil de consultorios externos.

Intervenciones: Cuestionario estructurado, auto-desarrollado, durante noviembre-2005 a enero-2006. Para el análisis estadístico se utilizó: X^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.

4. Hipótesis

DADO QUE: El Cáncer de Cuello Uterino ocupa el primer lugar como cáncer más frecuente y de mayor índice de la mortalidad en el Perú.

ES PROBABLE: Que las usuarias que acuden al Centro de Salud Ampliación Paucarpata desconozcan la importancia de la frecuencia del control del Papanicolaou como medida de prevención.



CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1 Técnicas

En la presente investigación se aplicó la técnica de entrevista.

1.2 Instrumentos

Cédula de Entrevista (Anexo 1)

1.3 Materiales

- Computadora
- Hojas
- Impresora
- Material de escritorio

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1 Ubicación Espacial:

2.1.1 Precisión del lugar: Departamento de Arequipa, Provincia de Arequipa, Distrito de Paucarpata.

2.1.2 Características del Lugar: Centro de Salud Ampliación Paucarpata.

2.1.3 Delimitación Gráfica del Lugar: Ver Anexo 3

2.2 Ubicación Temporal:

2.2.1 Cronología: Mayo – Septiembre del 2014.

2.2.2 Visión Temporal: Prospectivo

2.2.3 Corte Temporal: Transversal

2.3 Unidades de estudio:

2.3.1 Universo:

2.3.1.1 Universo Cualitativo:

❖ **Criterios de Inclusión:**

- Mujeres que participen voluntariamente en el estudio.
- Mujeres en edad ≥ 15 años.

❖ **Criterios de Exclusión:**

- Mujeres embarazadas con riesgo de parto prematuro y abortos anteriores.
- Mujeres que no deseen intervenir en el estudio.
- Encuestas mal llenadas o en blanco

2.3.1.2 Universo Cuantitativo:

- La población de interés estuvo constituida por 5415 mujeres en edad \geq 15 años que acuden al Centro de Salud Ampliación Paucarpata.

2.3.2 Muestra:

2.3.2.1 Tamaño de la muestra:

Esta muestra es con un margen de confianza de 95.5% y un margen de error de un 5%

$$n = \frac{5415 \times 400}{5415 + 400}$$

$$n = 373$$

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1 Organización:

3.1.1 Autorización: Se realizó la coordinación con la dirección del Centro de Salud Ampliación Paucarpata.

3.1.2 Prueba Piloto

Se efectuó una prueba piloto en 19 mujeres que acuden al Centro de Salud Ampliación Paucarpata.

3.2 Recursos

3.2.1 Humanos

Autoras:

- Chávez Deza, Stephanie Pamela
- Monroy Chávez, Katherin

Asesora:

- Jannet Escobedo Vargas

3.2.2 Físicos:

- Fichas de recolección de datos
- Material de escritorio
- Computadora
- Impresora
- Fotocopiadora

3.2.3 Financiero:

Autofinanciado

3.3 Validación del Instrumento:

3.3.1 Procedimiento: Se realizó en 19 mujeres en edad ≥ 15 años que acuden al Centro de Salud Ampliación Paucarpata.

3.3.2 Finalidad: La finalidad del presente trabajo es juzgar su grado de eficacia, para su perfeccionamiento y ver el tiempo de que se necesitará para llevarlo a cabo.

4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR RESULTADOS:

4.1 Nivel de Sistematización de Datos

4.1.1 Tipo de Sistematización: Electrónica.

4.1.2 Plan de Operación: En el presente trabajo de investigación se realizó con matrices de clasificación utilizando codificación; el recuento fue electrónico.

La tabulación se realizó una vez obtenida la totalidad de los datos mediante tablas.

En la gráfica se utilizó la más adecuada para exponerlos.

CRONOGRAMA DE TRABAJO

Tiempo Actividades	Mayo				Junio				Julio				Agosto				Septiembre		
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3
Revisión Bibliográfica	X	X	X	X															
Elección del Tema		X	X	X															
Elaboración del Proyecto				X	X	X													
Aprobación del Proyecto							X	X	X										
Ejecución o Recolección de Datos										X	X	X	X	X	X				
Procesamiento de Datos																X	X	X	
Elaboración y Presentación del informe final																		X	X

RESULTADOS

TABLA N°. 1

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS MUJERES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD AMPLIACIÓN PAUCARPATA

CARACTERÍSTICAS	N°.	%
Edad		
15-30 años	186	49,9
31-60 años	185	49,6
>60 años	2	0,5
Grado de Instrucción		
Analfabeta	1	0,3
Primaria incompleta	4	1,1
Primaria completa	24	6,4
Secundaria incompleta	22	5,9
Secundaria completa	154	41,3
Superior incompleta	71	19,0
Superior completa	97	26,0
Estado civil		
Soltera	32	8,6
Casada	109	29,2
Conviviente	225	60,3
Divorciada	7	1,9
Ocupación		
Estudiante	22	5,9
Empleada	53	14,2
Independiente/Comerciante	55	14,7
Ama de casa	243	65,1
Consumo de Tabaco		
Si	13	3,5
No	360	96,5
TOTAL	373	100

Fuente: Elaboración Personal.

La **tabla N°. 1**, nos muestra que la mayoría de las mujeres entrevistadas un 49,9 % presentan edades entre 15 a 30 años, el 49,6% presentan edades entre 31 a 60 años y el 0,5% de ellas presentaron 60 a más años de edad; de las cuales un 41,3% tienen secundaria completa, el 26,0% presentan superior completa y solo el 0,3% de ellas son analfabetas; asimismo 60,3% de las mujeres son convivientes, el 29,2% son casadas y solo el 1,9% de ellas son divorciadas. Se observa que un 65,1% son amas de casa, el 14,7% de las mujeres son independientes y el 5,9 son estudiantes. En cuanto al consumo de tabaco un 96,5% no tienen hábito de fumar.

TABLA N°. 2

**CARACTERÍSTICAS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LAS MUJERES
QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD AMPLIACIÓN PAUCARPATA**

VARIABLES	N°.	%
Paridad		
Primípara	168	45,0
Secundípara	154	41,3
Múltipara	51	13,7
Inicio de Relaciones Sexuales		
Menor de 17 años	55	14,7
De 18 a 29 años	234	62,7
Mayor de 30 años	84	22,5
Número de Parejas Sexuales		
Uno	184	49,3
Dos	146	39,1
Tres a mas	43	11,5
Método Anticonceptivo utilizado		
Ritmo/Regla	14	3,8
Pastillas	56	15,0
Inyectable	77	20,6
DIU (T de cobre)	31	8,3
Preservativos	92	24,7
Ninguno	103	27,6
TOTAL	373	100

Fuente: Elaboración Personal.

La **tabla N°. 2**, nos muestra que el 45,0% de las mujeres entrevistadas son primíparas, el 41,3% de las mujeres son secundíparas y el 13,7% son múltiparas. También se observa que el 62,7% iniciaron sus relaciones sexuales desde los 18 a 29 años, el 22,5% desde los 30 a más años y solo el 14,7% de ellas iniciaron antes de los 17 años. Y con respecto al número de parejas sexuales muestra que el 49,3% de las mujeres tuvieron una pareja sexual, el 39,1% de las mujeres conllevan dos parejas sexuales y solo el 11,5% de ellas tienen tres a más parejas sexuales. En cuanto al uso de algún método anticonceptivo se encuentra que el 27,6% de las mujeres no usan ningún método, el 24,7% de las mujeres usan preservativo y solo el 3,8% de ellas usan el método del ritmo.

TABLA N°. 3

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA TOMA DE PAPANICOLAOU EN LAS MUJERES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD AMPLIACIÓN PAUCARPATA

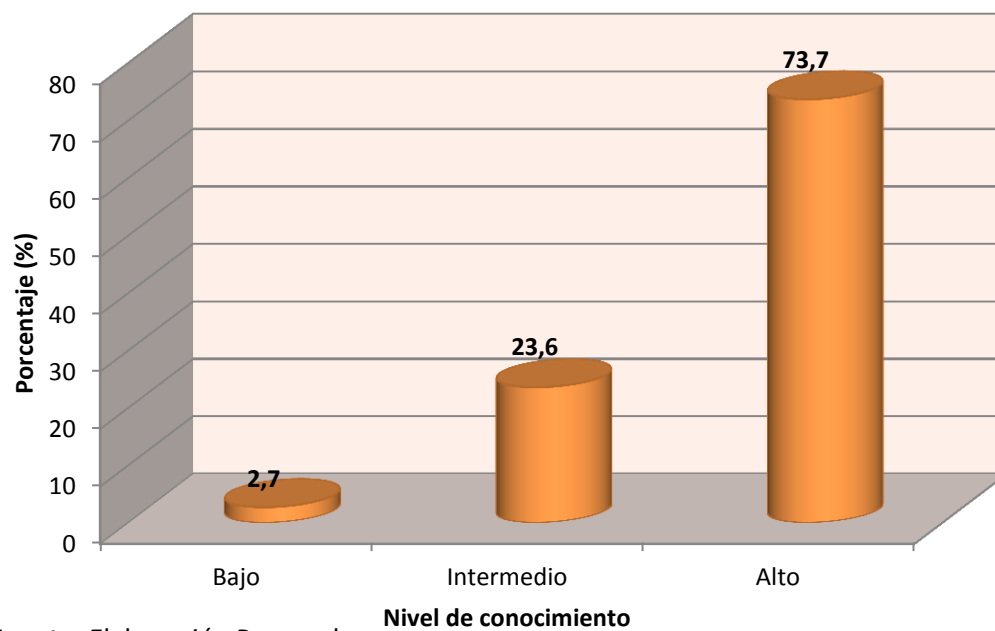
NIVEL DE CONOCIMIENTO	N°.	%
Bajo	10	2,7
Intermedio	88	23,6
Alto	275	73,7
TOTAL	373	100

Fuente: Elaboración Personal.

La **tabla N°. 3**, nos muestra el Nivel de Conocimientos de las mujeres que acuden a la toma de Papanicolaou en el Centro de Salud Ampliación Paucarpata, en el observamos que el 73,7% de las mujeres encuestadas presentaron un nivel Alto, el 23,6% de las mujeres tienen un nivel Intermedio y solo el 2,7% de ellas presentaron un nivel de conocimiento Bajo.

GRÁFICO N°. 1

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA TOMA DE PAPANICOLAOU EN LAS MUJERES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD AMPLIACIÓN PAUCARPATA



Fuente: Elaboración Personal.

TABLA N°. 4

ACTITUD FRENTE A LA TOMA DE PAPANICOLAOU EN MUJERES QUE ACUDEN EN EL CENTRO DE SALUD AMPLIACIÓN PAUCARPATA

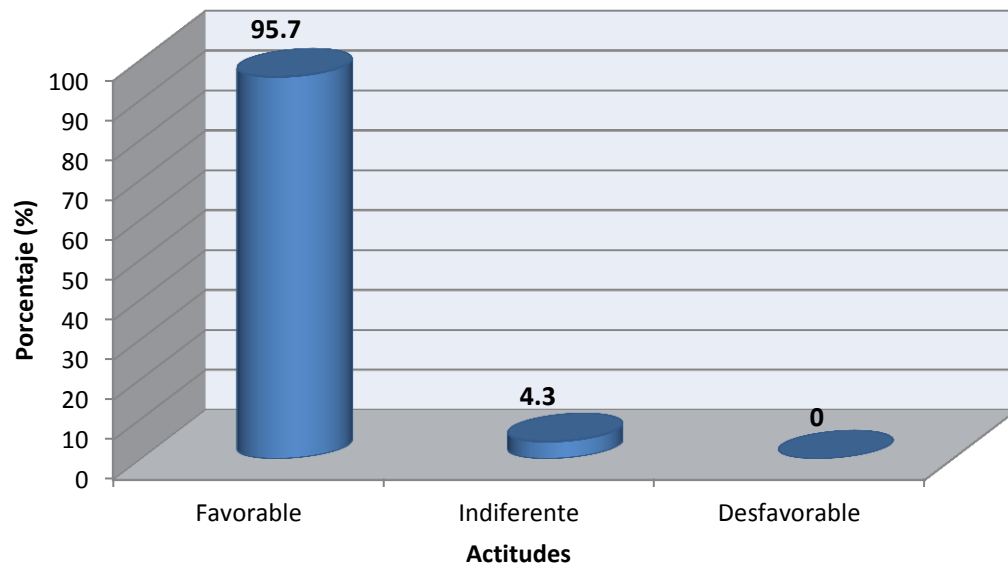
ACTITUDES	N°.	%
Favorable	357	95,7
Indiferente	16	4,3
Desfavorable	0	0,0
TOTAL	373	100

Fuente: Elaboración Personal.

La **tabla N°. 4**, muestra la Actitud que tienen las mujeres frente a la toma de Papanicolaou que acuden en el centro de salud Ampliación Paucarpata, observando, observándose que el 95,7% de las mujeres encuestadas presentaron una Actitud Favorable y solo el 4,3% de ellas presentaron una Actitud Indiferente. Ninguna de las mujeres encuestadas presentó una Actitud Desfavorable.

GRÁFICO N°. 2

ACTITUD FRENTE A LA TOMA DE PAPANICOLAOU EN MUJERES QUE ACUDEN EN EL CENTRO DE SALUD AMPLIACIÓN PAUCARPATA



Fuente: Elaboración Personal.

TABLA N°. 5

FRECUENCIA DEL EXÁMEN DE PAPANICOLAOU EN LAS MUJERES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD AMPLIACIÓN PAUCARPATA

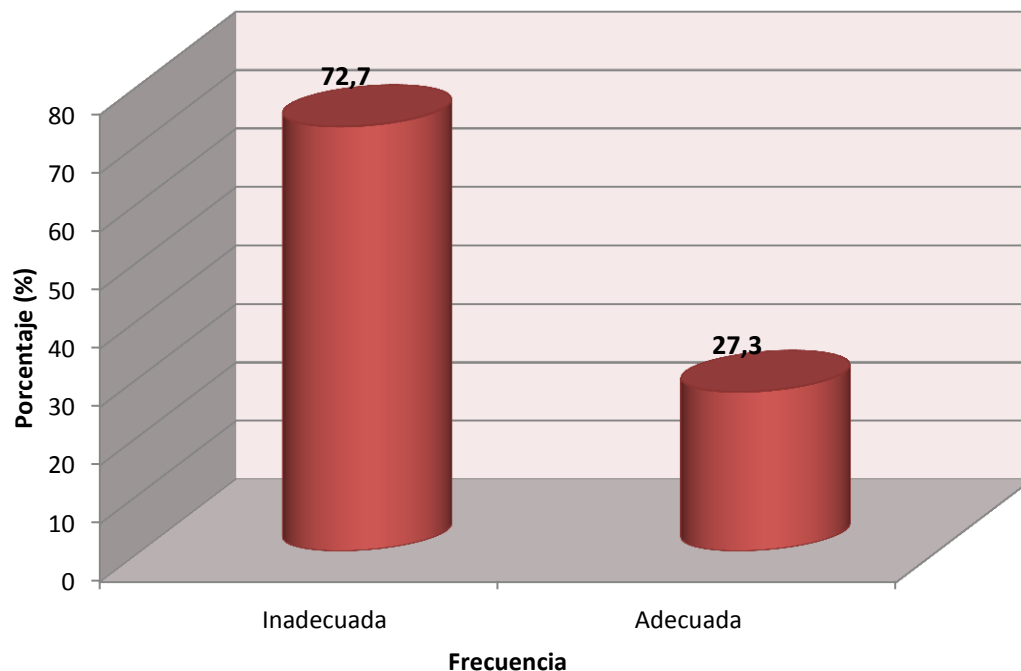
FRECUENCIA	N°.	%
Inadecuada	271	72,7
Adecuada	102	27,3
TOTAL	373	100

Fuente: Elaboración Personal.

La **tabla N°. 5**, muestra los resultados de la Práctica del examen de Papanicolaou que tienen las mujeres que acuden al centro de salud Ampliación Paucarpata, donde se encontró que el 72,7% de las mujeres presentaron Frecuencia Inadecuada en la toma de Papanicolaou y el 27,3% de ellas presentaron Frecuencia Adecuada.

GRÁFICO N°. 3

FRECUENCIA DEL EXÁMEN DE PAPANICOLAOU EN LAS MUJERES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD AMPLIACIÓN PAUCARPATA



Fuente: Elaboración Personal.

TABLA N°. 6

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD FRENTE AL EXÁMEN DE PAPANICOLAOU EN MUJERES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD AMPLIACIÓN PAUCARPATA

NIVEL DE CONOCIMIENTO	ACTITUDES				TOTAL	
	Indiferente		Favorable		N°.	%
	N°.	%	N°.	%		
Bajo	5	1,3	5	1,3	10	2,7
Intermedio	3	0,8	85	22,8	88	23,6
Alto	8	2,1	267	71,6	275	73,7
TOTAL	16	4,3	357	95,7	373	100

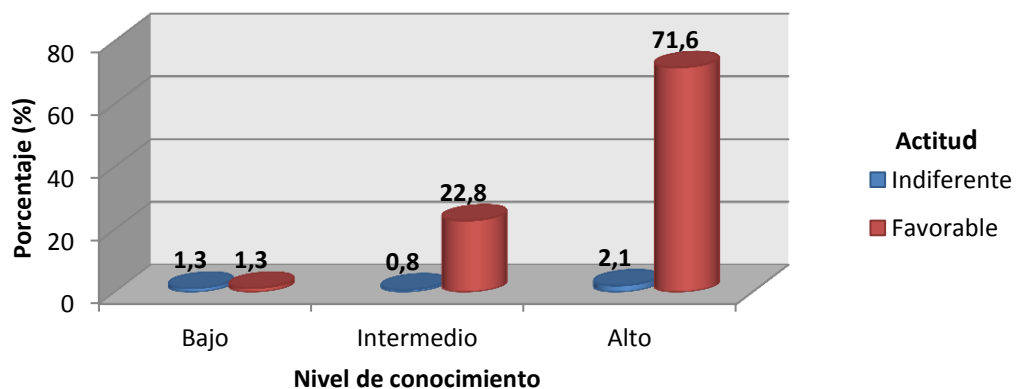
Fuente: Elaboración Personal. $X^2=52,34$ $P<0.05$

La **tabla N°. 6**, según la prueba de chi cuadrado ($X^2=52,34$), se observa que al relacionar las variables de Conocimiento y Actitud frente al examen de Papanicolaou, encontramos que existe una relación estadísticamente significativa ($P<0.05$); es decir, que a mayor nivel de Conocimiento sobre el examen de Papanicolaou, tendrán una Actitud Favorable del mismo.

Asimismo se muestra que el 71.6% de los pacientes con una Actitud Favorable presentó un nivel de Conocimiento Alto.

GRÁFICO N°. 4

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD FRENTE AL EXÁMEN DE PAPANICOLAOU EN MUJERES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD AMPLIACIÓN PAUCARPATA



Fuente: Elaboración Personal.

TABLA N° 7

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y FRECUENCIA DEL EXÁMEN DE PAPANICOLAOU EN MUJERES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD AMPLIACIÓN PAUCARPATA

NIVEL DE CONOCIMIENTO	FRECUENCIA				TOTAL	
	Inadecuada		Adecuada		N°.	%
	N°.	%	N°.	%		
Bajo	10	2,7	0	0,0	10	2,7
Intermedio	70	18,8	18	4,8	88	23,6
Alto	191	51,2	84	22,5	275	73,7
TOTAL	271	72,7	102	27,3	373	100

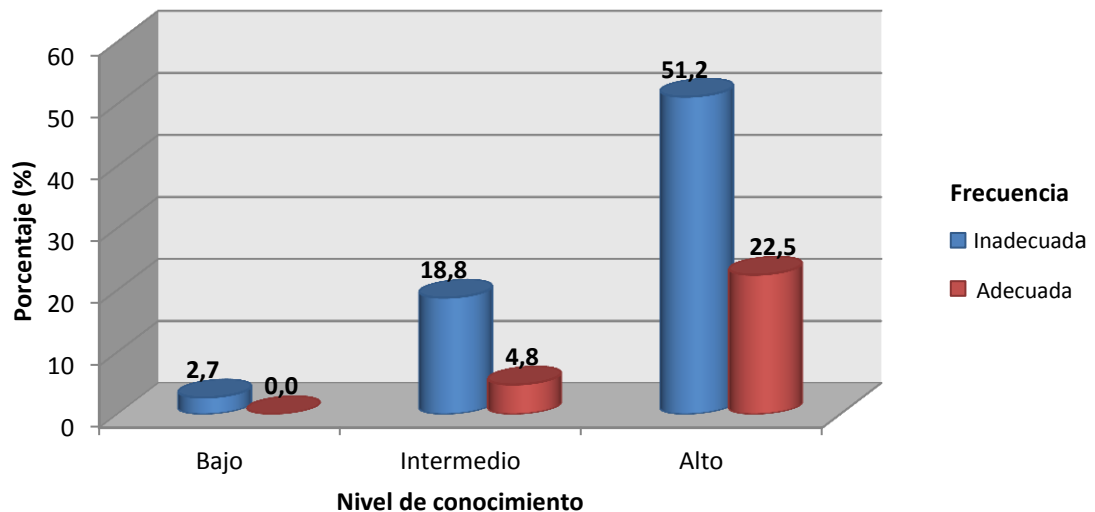
Fuente: Elaboración Personal. $X^2=7,28$ $P>0.05$

La **tabla N° 7**, según la prueba de chi cuadrado ($X^2=7,28$) se observa que al relacionar las variables de Conocimiento y Frecuencia del examen de Papanicolaou, encontramos que no existe una relación estadísticamente significativa ($P>0.05$); es decir, que no existe relación alguna entre estas variables.

Asimismo observamos que el 51.2% de los pacientes con Frecuencia Inadecuada presento un nivel de Conocimiento Alto.

GRÁFICO N° 5

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y FRECUENCIA DEL EXÁMEN DE PAPANICOLAOU EN MUJERES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD AMPLIACIÓN PAUCARPATA



Fuente: Elaboración Personal.

TABLA N° 8

**RELACIÓN ENTRE ACTITUD Y FRECUENCIA DEL EXÁMEN DE
PAPANICOLAOU EN MUJERES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD
AMPLIACIÓN PAUCARPATA**

ACTITUDES	FRECUENCIA				TOTAL	
	Inadecuada		Adecuada		N°.	%
	N°.	%	N°.	%		
Indiferente	14	3,8	2	0,5	16	4,3
Favorable	257	68,9	100	26,8	357	95,7
TOTAL	271	72,7	102	27,3	373	100

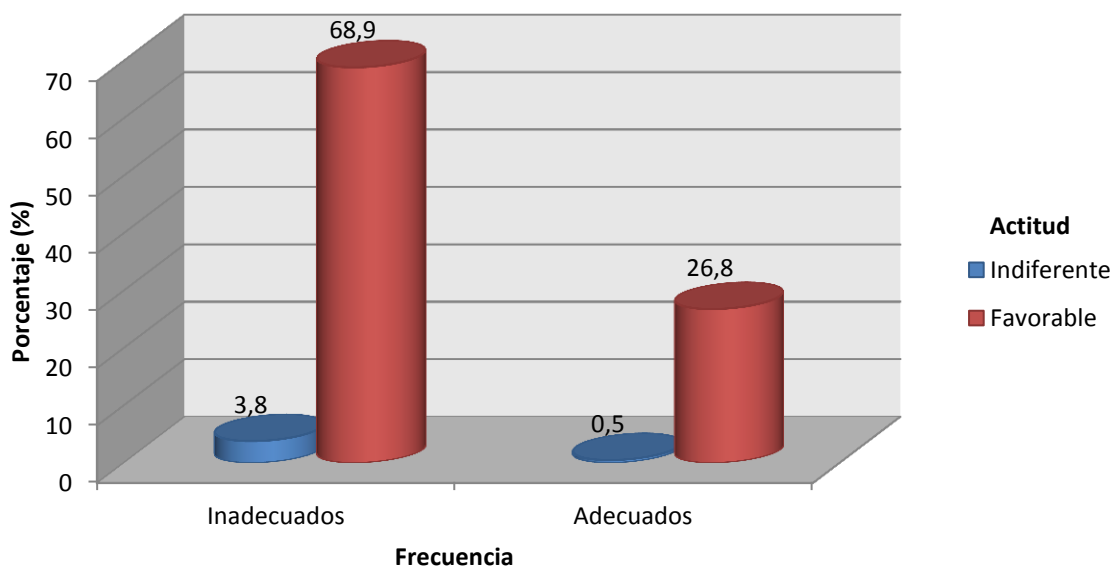
Fuente: Elaboración Personal. $X^2=1,85$ $P>0,05$

La **tabla N° 8**, según la prueba de chi cuadrado ($X^2=1,85$), se observa que al relacionar las variables de Actitud y Frecuencia del examen de Papanicolaou, encontramos que no existe una relación estadísticamente significativa ($P>0,05$); es decir, que no existe relación alguna entre estas variables.

Asimismo se observa que el 68,9% de los pacientes con Frecuencia Inadecuada presentó Actitudes Favorables.

GRÁFICO N° 6

**RELACIÓN ENTRE ACTITUD Y FRECUENCIA DEL EXÁMEN DE
PAPANICOLAOU EN MUJERES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD
AMPLIACIÓN PAUCARPATA**



Fuente: Elaboración Personal.

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Durante estos últimos años se ha incrementado la promoción y prevención del Cáncer de Cuello, siendo el Papanicolaou el método más importante en el Perú para un diagnóstico oportuno y dar un tratamiento apropiado, por ende esta investigación tiene como propósito de determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la toma de Papanicolaou en mujeres que acuden al centro de salud de Ampliación Paucarpata.

De los resultados obtenidos en el presente estudio, se puede deducir que en la muestra el 49,9% de las mujeres encuestadas tienen entre 15 a 30 años, el 41,3% cursan un grado de instrucción de secundaria completa, el 60% se encuentra en un estado civil de convivientes, el 65,1% de ellas son amas de casa, el 45% son primíparas, el inicio de relaciones sexuales tiene un 62,7% en mujeres que se encuentran entre los 15 a 20 años, el 49,3% tuvieron una pareja sexual, un 27,6% no utiliza ningún método anticonceptivo y el 96,5% de las mujeres encuestadas no tienen el hábito de fumar.

En esta investigación hallamos que el 73,7% de la población estudiada tiene un nivel de conocimiento alto sobre la toma de Papanicolaou, se obtuvieron resultados semejantes al comparar con el estudio de Barrios y col.⁴² en el que el resultado fue de 85,4% y el de Carrasco y col.⁴³ con un resultado de 50,45%; a diferencia de otros estudios donde como los resultados de Zenteno y col.⁴⁴ que las mujeres no tienen una idea clara que es el PAP y que sólo llega a menos del 50%; de Bazán y col.⁴⁵ que sólo

⁴²BARRIOS García, Lía; BENEDETTI Padrón, Inés; ALVIS Estrada, Luis y SALAMANCA Manjarrez, Mirelly. Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre Citología Cérvico- Uterina por mujeres de una población rural en Colombia. Revista Ciencias Biomédicas; Vol. 4 (1), 2013.p.56-57

⁴³CARRASCO Saavedra, Juan R. y VALERA López, Luz M. Relación entre el Nivel de Conocimiento, Actitudes y Prácticas sobre el examen de Papanicolaou en mujeres en edad fértil sexualmente activas de la Urbanización “Las Palmeras” en el distrito de Morales, Julio - Diciembre 2011. Tarapoto, Perú. Universidad Nacional de San Martín.2011.p.65

⁴⁴ZENTENO Castro, Virginia y RIVAS Ponce, José L.. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el Papanicolaou en mujeres de 15 a 50 años en el Hospital La Paz. Bolivia.2006.Vol. 5(2), Julio-Diciembre 2007.p.13

⁴⁵BAZÁN Asencios, Fernando; POSSO, Margarita; GUTIÉRREZ, Cesar. Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre la prueba de Papanicolaou.; Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos

el 10,6% tiene conocimientos altos y de Vasconcelos y col.⁴⁶ que apenas el 40,4% fueron clasificadas con conocimiento adecuado.

En cuanto a la Actitud, el resultado que hallamos en el presente estudio fue Favorable (95,7%), ya que las mujeres se encuentran dispuestas y consideran importante la realización de la prueba de Papanicolaou, este resultado es comparable con el estudio de Barrios y col.⁴⁷ donde el 99,6% considera que es importante realizarse la citología cérvico-uterina y de Figueroa y col.⁴⁸ que encontró que el 68% ha solicitado que se le realice el PAP; siendo distinto de otros estudios como el de Seminario y col.⁴⁹ y el de Jaén C.⁵⁰, donde se halló que sólo el 47,4% y el 15% respectivamente, tienen una actitud favorable con respecto a las actitudes hacia la prueba de PAP.

Con respecto a la Frecuencia en este estudio, se encontró que el 72,7% tienen una frecuencia Inadecuada, resultado contrastado con el de Carrasco y col.⁵¹ que nos muestra que el 76,58% evidencia prácticas (frecuencia) inadecuadas, similar a estas cifras encontramos en el estudio de Bazán y col.⁵² donde se evidenció prácticas (frecuencia) incorrectas en un 71,3% de la población; a diferencia de lo que evidencia

del Perú. Vol. 68 (1), 2007.p.49 [Fecha de acceso 5 de Abril de 2014]. URL disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v68n1/a06v68n1>

⁴⁶VASCONCELOS CTM, Pinheiro AKB, Castelo ARP, Costa LQ, Oliveira RG. Conocimiento, actitud y práctica relacionada al examen de colposcopia entre usuarias de una unidad básica de salud. Rev. Latino-Am. Enfermagem Vol. 19(1), Enero-Febrero 2011.p.4-5

⁴⁷BARRIOS L.; BENEDETTI I.; ALVIS L. y SALAMANCA M. Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre Citología Cérvico- Uterina por mujeres de una población rural en Colombia. Op.cit., p.56

⁴⁸FIGUEROA 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. Bogotá, Colombia. Universidad Nacional de Colombia.2010. p.54

⁴⁹SEMINARIO M. y col. Nivel de conocimientos actitudes y prácticas del examen de Papanicolaou en el distrito de Chiclayo. Perú. 2010. Rev. cuerpo méd. HNAAA 4(2) 2011.p.96

⁵⁰JAÉN M. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou en mujeres de 15 a 54 años residentes en la ciudad de la Pintada-Panamá: Universidad De Panamá; 2009.p.73

⁵¹CARRASCO J. y VALERA L. Relación entre el Nivel de Conocimiento, Actitudes y Prácticas sobre el examen de Papanicolaou en mujeres en edad fértil sexualmente activas de la Urbanización “Las Palmeras” en el distrito de Morales, Julio - Diciembre 2011. Op.cit.,p.68

⁵²BAZÁN F., POSSO M., GUTIÉRREZ C. Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre la prueba de Papanicolaou.Op.cit.,p.52

Barrios y col.⁵³ donde el 88,5% de las mujeres de la población encuestada se realizan la citología cérvico-uterina.

Se halló relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre el nivel de conocimiento y la actitud sobre el examen de Papanicolaou; es decir, que a mayor nivel de conocimiento sobre el examen de Papanicolaou, tendrán una actitud favorable del mismo; estos resultados son semejantes con los encontrados por Jaén C.⁵⁴, de Lazcano y col.⁵⁵ y de Carrasco y col.⁵⁶.

En cuanto si se encontró relación entre las variables de conocimiento y frecuencia del examen de Papanicolaou, encontramos que no existe una relación estadísticamente significativa ($p > 0,05$); es decir, que no existe relación alguna entre estas variables; estos resultados son comparables con los de Jaén C.⁵⁷ y de Bazán y col.⁵⁸, a diferencia de los resultados de Lazcano y col.⁵⁹ y de Carrasco y col.⁶⁰ donde sí se presentó relación estadística significativa.

Y por último, no se encontró relación estadísticamente significativa ($P > 0.05$) entre el nivel de Actitud y la Frecuencia; es decir, que la actitud no se relaciona a la frecuencia sobre el examen de Papanicolaou.

⁵³BARRIOS L.; BENEDETTI I.; ALVIS L. y SALAMANCA M. Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre Citología Cérvico- Uterina por mujeres de una población rural en Colombia. Op.cit., p.58

⁵⁴JAÉN M. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou en mujeres de 15 a 54 años residentes en la ciudad de la Pintada-Panamá.Op.cit.,p.79-80

⁵⁵LAZCANO-Ponce E, Moss S, Cruz-Valdez A, De Ruiz P, Casares-Queralt S, Martinez-Leon C, et al. Factores que determinan la participación en el tamizaje de cáncer cervical en el estado de Morelos. Salud Pública de México. 1999; 41(4):278-85.

⁵⁶CARRASCO J. y VALERA L. Relación entre el Nivel de Conocimiento, Actitudes y Prácticas sobre el examen de Papanicolaou en mujeres en edad fértil sexualmente activas de la Urbanización “Las Palmeras” en el distrito de Morales, Julio - Diciembre 2011. Op.cit.,p.64-71

⁵⁷JAÉN M. Op.cit.,p.78

⁵⁸BAZÁN y col. Op.cit.,p.52-53

⁵⁹LAZCANO y col. Op.cit., p.85

⁶⁰CARRASCO y col. Op.cit., p.70

CONCLUSIONES

Primera: Las mujeres encuestadas que acuden al Centro de Salud Ampliación Paucarpata; poseen un nivel de conocimientos alto sobre la prueba de Papanicolaou, siendo el 73,7% y el 23,6% de las mujeres tienen un nivel de conocimiento intermedio y sólo el 2,7% de ellas presentaron un nivel de conocimiento bajo.

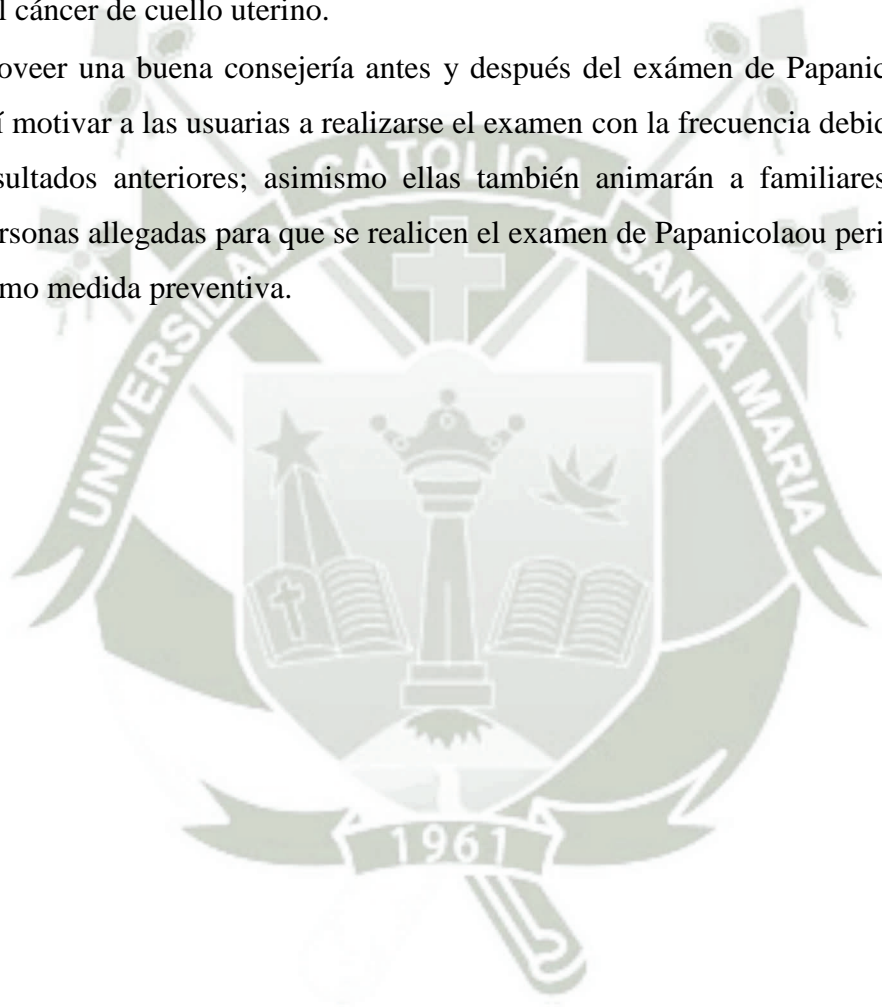
Segunda: La actitud de las mujeres participantes en el estudio frente a la prueba de Papanicolaou se considera favorable reflejando un 95,7% y sólo el 4,3% de ellas presentaron una actitud indiferente.

Tercera: De las mujeres que acuden al Centro de Salud Ampliación Paucarpata un 72,7% presentan frecuencia inadecuada frente a la prueba de Papanicolaou y el 27,3% de ellas mostraron frecuencia adecuada.

Cuarta: Existe relación estadística significativa entre el nivel de conocimiento alto y la actitud favorable, no encontrándose la relación estadística significativa entre el nivel de conocimiento y la frecuencia de acudir a la prueba de Papanicolaou. Al relacionar las actitudes con la frecuencia del examen de Papanicolaou igualmente no se encontró relación estadística significativa.

RECOMENDACIONES

- Incrementar las charlas y campañas actualizadas hacia las mujeres, manteniéndolas informadas y actualizadas con respecto a la toma de Papanicolaou y así mantener el interés y motivación de la mismas.
- Aprovechar que existe una actitud favorable en la población, para motivar a la realización del exámen Papanicolaou a través de campañas anuales y así poder promocionar más esta técnica sencilla, económica, que ayuda a la detección precoz del cáncer de cuello uterino.
- Proveer una buena consejería antes y después del exámen de Papanicolaou, para así motivar a las usuarias a realizarse el examen con la frecuencia debida según los resultados anteriores; asimismo ellas también animarán a familiares, amigas y personas allegadas para que se realicen el examen de Papanicolaou periódicamente como medida preventiva.



BIBLIOGRAFÍA

- BAJO Arenas, José M. Fundamentos de ginecología. Ed. Médica Panamericana.2009.
- BAZÁN Asencios, Fernando; POSSO, Margarita; GUTIÉRREZ, Cesar. Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre la prueba de Papanicolaou. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal; Anales de la Facultad de Medicina; Universidad Nacional Mayor de San Marcos del Perú. Vol. 68 (1), 2007.
- BECKMANN, Charles R. Obstetricia y ginecología. Edición 6. Ed. Lippincott Williams & Wilkins. 2010.
- BOTELLA, José. El útero: Fisiología y Patología. Ediciones Díaz de Santos, 1997.
- CARRASCO Saavedra, Juan R. y VALERA López, Luz M. Relación entre el Nivel de Conocimiento, Actitudes y Prácticas sobre el examen de Papanicolaou en mujeres en edad fértil sexualmente activas de la Urbanización “Las Palmeras” en el distrito de Morales, Julio - Diciembre 2011. Tarapoto, Perú. Universidad Nacional de San Martín.2011.
- CARRERAS, Ramón y CHECA, Miguel Ángel. Virus del papiloma humano y cáncer de cuello de útero. Edición 1 Ed. Medica Panamericana.2008
- DE PALO G, Chanen. Neoplasia intraepitelial cervical. En: Patología y tratamiento del tracto genital inferior. Barcelona: Editorial Masson; 2001. p. 62-89.
- 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. Bogotá, Colombia. Universidad Nacional de Colombia.2010.
- GONZALES, Bosquet. Ginecología oncológica. Edición 2. Ed Masson.2000

- JAÉN M. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou en mujeres de 15 a 54 años residentes en la ciudad de la Pintada-Panamá: Universidad De Panamá; 2009
- LAZCANO, Eduardo C. y HERNANDEZ, Mauricio. Cáncer Cervicouterino: Diagnóstico, Prevención y Control. Edición 2. Ed. Médica Panamericana.2005
- LAZCANO-Ponce E, Moss S, Cruz-Valdez A, De Ruiz P, Casares-Queralt S, Martinez-Leon C, et al. Factores que determinan la participación en el tamizaje de cáncer cervical en el estado de Morelos. Salud Pública de México. 1999; 41(4):278-85.
- MONGRUT STEANE, Andrés. Tratado de Obstetricia Normal y Patológica. 4ta Edición. Lima –Perú. Editorial El Peruano. 2000.
- MORET Ventura, Carmen. Actitudes de los adolescentes hacia la realidad multicultural en el principado de Andorra. Tesis doctoral, Universidad de Murcia, Departamento de teoría e historia de la educación. Facultad de Educación. 2008, p. 85-89.
- Norma Técnico-oncológica para la Prevención, Detección y Manejo de las lesiones premalignas del cuello uterino a nivel nacional. Lima, Mayo 2008.
- SEMINARIO M. y col. Nivel de conocimientos actitudes y prácticas del examen de Papanicolau en el distrito de Chiclayo. Perú. 2010. Rev. cuerpo méd. HNAAA 4(2) 2011
- TORRES, Alfonso. Cáncer ginecológico: Diagnóstico y tratamiento. Edición 1.Ed. Mc Graw Hill. 2004
- VASCONCELOS CTM, Pinheiro AKB, Castelo ARP, Costa LQ, Oliveira RG. Conocimiento, actitud y práctica relacionada al examen de colposcopia entre usuarias de una unidad básica de salud. Rev. Latino-Am. Enfermagem Vol. 19(1), Enero-Febrero 2011
- VILLASEÑOR Medina, Efraín A. y MARTINEZ Macías, Rogelio. Fundamentos de oncología. México. Ed. UNAM. 2009.

HEMEROGRAFÍA

- BARRIOS García, Lía; BENEDETTI Padrón, Inés; ALVIS Estrada, Luis y SALAMANCA Manjarrez, Mirelly. Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre Citología Cérvico- Uterina por mujeres de una población rural en Colombia. Revista Ciencias Biomédicas; Vol. 4 (1), 2013.
- GAMBOA D, Edna M. “et al”. Conocimientos, Actitudes y Prácticas relacionados con lactancia materna en mujeres en edad fértil en una población vulnerable. Revista Chilena de Nutrición. Vol. 35(1), 2008.
- HUAMANÍ, Charles; HURTADO Ortega, Ana; GUARDIA Ricra, Manuel y ROCA Mendoza, José. Conocimientos y Actitudes sobre la toma de Papanicolaou en mujeres de Lima, Perú 2007. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública; Vol. 25(1), 2008.
- MUÑOZ, Neijer. The Causal Relation between Human Papillomavirus and Cervical Cancer. J Clin Pathol. 2002; 55: 244-265.
- SERRANO Ortiz, Ricardo, URIBE Perez, Claudia, DIAZ Martínez, Luis Alfonso y DANGOND Romer, Yuriko Rafael. Factores de Riesgo para Cáncer de Cuello Uterino. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 55(2), Junio 2004
- SOLODORIO Santisteban, Andrés. Cáncer de Cuello Uterino. Revista Médica de la Lucha Contra El Cáncer-Arequipa. Vol. 45: 9-10, Año 12 2013.
- ZENTENO Castro, Virginia y RIVAS Ponce, José L.. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el Papanicolaou en mujeres de 15 a 50 años en el Hospital La Paz. Bolivia. 2006. Vol. 5(2), Julio-Diciembre 2007.

INFORMATOGRAFÍA

- Centros para el control y la Prevención de enfermedades. Prueba de detección del cuello uterino mediante la prueba de VPH y la de Papanicolaou en mujeres de 30 años o más .2013. [Fecha de acceso 5 de Abril de 2014]. URL disponible en: http://www.cdc.gov/spanish/cancer/hpv/pdf/hpv_brochure_es.pdf

- Clasificación de FIGO de los carcinomas cervicouterinos. [Fecha de acceso 5 de Abril de 2014]. URL disponible en: <http://screening.iarc.fr/viaviliappendix1.php?lang=3>
- Instituto Nacional del Cáncer. El cáncer de cérvix. [Fecha de acceso 5 de Abril de 2014]. URL disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino>
- John W. Sellors, M.D. y R. Sankaranarayanan, M.D. La colposcopia y el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical. Manual para principiantes URL disponible en: <http://screening.iarc.fr/doc/colpoesmanual.pdf>
- Manual nacional de normas y procedimientos para la prevención y el control del cáncer de cuello uterino. Republica de Paraguay, 2010. [Fecha de acceso 5 de Abril de 2014]. URL disponible en: http://www.paho.org/par/index.php?gid=122&option=com_docman&task=doc_download
- Manual de Patología Cervical.2007. [Fecha de acceso 5 de Abril de 2014]. URL disponible en: <http://www.acomicil.com/adamedmujer.com/wp-content/uploads/2013/bibliografia/gindoxi/ManualPatologiaCervical.pdf>
- Sociedad Americana del Cáncer. Cáncer de cuello uterino.2014. [Fecha de acceso 5 de Abril de 2014]. URL disponible en: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002288-pdf.pdf>
- Hilario, Enrique. Morfología del cérvix Uterino. Facultad de Medicina y Odontología. Universidad del País Vasco UPV/EHU. URL disponible en: [http://www.woombeuskadi.org/symposium/ponencias/2_hilario_enrique\(morfo-uterina\).pdf](http://www.woombeuskadi.org/symposium/ponencias/2_hilario_enrique(morfo-uterina).pdf).
- John W. Sellors, M.D. y R. Sankaranarayanan, M.D. La colposcopia y el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical. Manual para principiantes URL disponible en: <http://screening.iarc.fr/doc/colpoesmanual.pdf>

ANEXO 1

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Agradecemos su colaboración y la sinceridad de sus respuestas.

Ésta encuesta es de carácter anónimo, por lo que sus respuestas serán utilizadas sólo para fines de investigación.

INDICACIONES: A continuación presentamos el siguiente cuestionario. Marque con una (X) la respuesta que considere correcta. Gracias por su colaboración:

I. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS, SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Edad	
Grado de Instrucción	<input type="checkbox"/> Analfabeta <input type="checkbox"/> Primaria Incompleta <input type="checkbox"/> Primaria Completa <input type="checkbox"/> Secundaria Incompleta <input type="checkbox"/> Secundaria Completa <input type="checkbox"/> Superior Incompleta <input type="checkbox"/> Superior Completa
Estado Civil	<input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/> Divorciada
Ocupación	<input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Empleada <input type="checkbox"/> Independiente/ Comerciante <input type="checkbox"/> Ama de casa
Paridad	<input type="checkbox"/> Primípara (1 hijo) <input type="checkbox"/> Segundípara (2 hijos) <input type="checkbox"/> Multípara (3 o + hijos)
Edad de inicio de relaciones sexuales	<input type="checkbox"/> Menor de 17 años <input type="checkbox"/> De 18 a 29 años <input type="checkbox"/> Mayor de 30 años
Número de parejas sexuales	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Uno <input type="checkbox"/> Dos <input type="checkbox"/> Tres a más
Método de planificación familiar que utiliza	<input type="checkbox"/> Ritmo/Regla <input type="checkbox"/> Pastillas <input type="checkbox"/> Inyectable <input type="checkbox"/> DIU (T de Cobre) <input type="checkbox"/> Preservativos <input type="checkbox"/> Ninguno
Habito de Fumar	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

II. ENTREVISTA DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA TOMA DE PAPANICOLAU

Marque con una (X) la respuesta que considere correcta:

ESCALA DE VALORES	PUNTAJE
Bajo	0-7
Intermedio	8-13
Alto	14-20

1. La prueba de Papanicolaou es un:	2. La prueba de Papanicolaou sirve para:
<input type="checkbox"/> Exámen de Orina <input type="checkbox"/> Exámen de Sangre <input type="checkbox"/> Exámen del Cuello del Útero <input type="checkbox"/> Exámen para detectar si hay embarazo <input type="checkbox"/> No sé	<input type="checkbox"/> Detectar el VIH-SIDA <input type="checkbox"/> Detectar Infecciones de Transmisión Sexual <input type="checkbox"/> Detectar una Infección Urinaria <input type="checkbox"/> Detectar el Cáncer de Cuello Uterino <input type="checkbox"/> No sé
3. La prueba de Papanicolaou se toma en:	4. La prueba de Papanicolaou deben realizarse:
<input type="checkbox"/> Cuello del Útero <input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/> Útero <input type="checkbox"/> Ovarios <input type="checkbox"/> No sé	<input type="checkbox"/> Mujeres que tiene hijos <input type="checkbox"/> Mujeres que iniciaron sus relaciones sexuales y/o que tiene su vida sexual activa <input type="checkbox"/> Mujeres Fumadoras <input type="checkbox"/> Todas las anteriores <input type="checkbox"/> No sé
5. La prueba de Papanicolaou es importante porque:	6. La prueba de Papanicolaou se debe realizar cuando:
<input type="checkbox"/> Detecta precozmente el Cáncer de Cuello Uterino <input type="checkbox"/> Previene una infección vaginal <input type="checkbox"/> Cura el Cáncer de Cuello Uterino <input type="checkbox"/> Diagnostica las Infecciones de Transmisión Sexual <input type="checkbox"/> No sé	<input type="checkbox"/> Tengo molestias en mi vagina <input type="checkbox"/> Haya iniciado relaciones sexuales <input type="checkbox"/> Se presente descensos <input type="checkbox"/> Tenga dolor de cabeza <input type="checkbox"/> No sé
7. La prueba de Papanicolaou se debe tomar:	8. Para realizarse la prueba de Papanicolaou los requisitos son:
<input type="checkbox"/> Cada año <input type="checkbox"/> Cada 2 años <input type="checkbox"/> Cada 3 a 4 años <input type="checkbox"/> Cada 5 años <input type="checkbox"/> No sé	<input type="checkbox"/> Estar menstruando <input type="checkbox"/> Tener relaciones sexuales el día anterior <input type="checkbox"/> Estar usando óvulos vaginales <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores <input type="checkbox"/> No sé
9. Tiene riesgo de desarrollar Cáncer de Cuello:	10. Ud. cree que es perjudicial para la salud realizarse la prueba de Papanicolaou:
<input type="checkbox"/> Mujeres que iniciaron su vida sexual a temprana edad <input type="checkbox"/> Mujeres con varias parejas sexuales <input type="checkbox"/> Mujeres que nunca se realizaron la prueba de Papanicolaou <input type="checkbox"/> Todas las anteriores <input type="checkbox"/> No sé	<input type="checkbox"/> Si, porque disminuye el deseo sexual <input type="checkbox"/> Sí, porque altera mi regla <input type="checkbox"/> Sí, porque cambia mi carácter <input type="checkbox"/> No tiene ninguna consecuencia negativa <input type="checkbox"/> No sé

III. ENTREVISTA DE ACTITUDES SOBRE LA TOMA DE PAPANICOLAOU

Marque con una (X) la respuesta que considere correcta, según la siguiente leyenda:

ESCALA DE LIKERT	PUNTAJE
TA: Totalmente de Acuerdo	5
A: de Acuerdo	4
I: Indiferente	3
D: en Desacuerdo	2
TD: Totalmente en Desacuerdo	1

ACTITUDES SOBRE LA TOMA DE PAPANICOLAOU	TA	A	I	D	TD
1. ¿Cree Ud. que es importante realizarse el exámen de Papanicolaou?					
2. ¿Cree Ud. que la prueba de Papanicolaou es confiable?					
3. ¿Cree Ud. que la prueba de Papanicolaou es doloroso?					
4. Si se le pide realizarse una prueba de Papanicolaou, ¿Ud. estaría dispuesta?					
5. ¿Ud. recomendaría el exámen de Papanicolaou a una amiga y/o familiar?					
6. ¿Considera que la opinión de su pareja interfiere en la decisión para que Ud. se realice el exámen de Papanicolaou?					
7. ¿Cree Ud. que el exámen de Papanicolaou sólo debe ser realizado un profesional del sexo femenino?					
8. ¿Piensa Ud. qué es importante solicitar los resultados de la prueba de Papanicolaou?					
9. ¿Ud. se realizaría el Papanicolaou si su anterior resultado no es normal?					
10. ¿Le gustaría recibir más información sobre el exámen de Papanicolaou?					

IV. ENTREVISTA DE LA FRECUENCIA SOBRE LA TOMA DE PAPANICOLAOU

Marque con una (X) la respuesta que considere correcta.

ESCALA DE VALORES	PUNTAJE
Inadecuado	0-4
Adecuado	5-8

FRECUENCIA SOBRE LA TOMA DE PAPANICOLAOU	SI	NO
1. Ud. alguna vez se ha realizado el exámen de Papanicolaou. (Si su respuesta es “NO”, de por terminada la entrevista)		
2. Ud. se ha realizado más de 5 exámenes de Papanicolaou en su vida.		
3. El último exámen de Papanicolaou Ud.se la hizo hace un año.		
4. Ud. se realiza el exámen de Papanicolaou cada año.		
5. Ud. reclamó los resultados del exámen de Papanicolaou.		
6. Ud. ha participado en charlas sobre el exámen de Papanicolaou.		
7. Ud. cuando comenzó a tener relaciones sexuales, empezó a realizarse el exámen de Papanicolaou.		
8. Su pareja está de acuerdo con que Ud. se realice el exámen de Papanicolaou.		

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:

“Conocimientos, Actitudes y Frecuencia sobre la toma de Papanicolaou en mujeres que acuden al Centro de Salud Ampliación Paucarpata. Arequipa - 2014”

INVESTIGADORAS:

Chávez Deza Stephanie
Monroy Chávez Katherin

LUGAR: Centro de Salud Ampliación Paucarpata

Usted ha sido invitado/a a participar en un estudio de investigación. Antes de que usted decida participar en el estudio por favor lea este consentimiento cuidadosamente. Haga todas las preguntas que usted tenga, para asegurarse de que entienda los procedimientos del estudio.

ESTUDIO: Determinar los conocimientos, actitudes y frecuencia sobre a toma **PROPÓSITO DEL** de Papanicolaou.

PARTICIPANTES DEL ESTUDIO: Mujeres en edad \geq a 15 años.

PROCEDIMIENTOS: Esta investigación es altamente confidencial, por lo tanto es anónima, para lo cual usted deberá llenar un pequeño cuestionario, donde nos permitirá saber los resultados de esta investigación. Este estudio es completamente voluntario.

CONSENTIMIENTO:

Declaro que he leído y conozco el contenido del presente documento, comprendo los compromisos que asumo y los acepto expresamente. Y, por ello, firmo este consentimiento informado de forma voluntaria para manifestar mi deseo de participar en este estudio de investigación. Al firmar este consentimiento no renuncio a ninguno de mis derechos.

Nombre del participante

Firma del participante

Fecha

Firma de las investigadoras

ANEXO 3

DELIMITACIÓN GRÁFICA DEL LUGAR



**ANEXO 4
MATRIZ**

Id	ED	GI	EC	OCUP	PARI	IRS	NPS	Met PF	FUM	CON	ACT	PRAC
1	24	6	1	1	1	3	2	6	2	16	38	0
2	19	5	3	2	2	1	2	6	2	12	42	4
3	45	7	2	4	3	3	3	2	2	16	46	3
4	26	7	2	4	1	2	4	6	2	14	38	3
5	24	7	3	3	2	2	2	6	2	16	43	4
6	20	5	3	4	1	2	4	5	2	14	41	5
7	30	5	3	4	2	3	3	6	2	8	46	4
8	60	3	2	4	3	2	2	6	2	10	37	3
9	22	7	3	4	1	2	2	2	2	14	40	3
10	35	3	3	4	1	2	2	5	2	10	46	3
11	28	6	3	4	1	2	2	3	2	16	41	6
12	48	7	2	4	2	3	3	4	2	14	40	3
13	26	6	3	4	1	2	2	4	2	16	41	5
14	25	7	3	4	1	2	2	6	2	8	36	0
15	25	5	3	4	2	2	2	3	2	12	44	3
16	21	5	3	4	1	2	2	6	2	8	41	0
17	38	7	3	4	2	2	2	6	2	12	41	3
18	32	7	2	4	1	3	2	5	2	14	40	4
19	25	7	2	4	2	2	2	3	2	16	41	0
20	22	6	3	1	1	3	2	5	2	16	44	0
21	30	5	3	4	2	2	3	5	2	8	41	4
22	28	7	2	4	1	3	2	6	2	14	40	4
23	26	6	3	4	2	2	3	5	2	12	41	3
24	23	6	2	4	2	2	2	3	2	18	41	0
25	21	6	3	1	1	2	2	5	2	16	37	0
26	19	5	3	4	1	2	2	3	2	12	44	2
27	58	3	2	4	3	2	2	6	2	0	30	0
28	40	5	2	4	1	3	2	6	2	16	37	3
29	33	5	3	4	2	3	3	5	2	16	42	4
30	41	5	2	4	2	3	2	4	2	16	40	8
31	26	5	3	4	2	2	2	3	2	18	44	4
32	32	5	1	4	1	3	2	5	2	12	44	5
33	25	5	3	4	2	2	2	6	2	14	35	0
34	41	5	2	4	2	3	2	6	2	18	43	4
35	33	7	2	4	1	2	4	6	2	20	42	5
36	20	7	3	4	1	2	2	5	2	12	45	0
37	29	5	3	4	1	2	3	6	2	16	42	4
38	24	6	3	4	1	2	2	6	2	16	38	4
39	30	7	3	4	1	2	3	5	2	14	44	4

40	35	7	2	4	2	2	3	6	2	20	41	8
41	21	5	3	4	1	2	2	6	2	14	35	3
42	34	5	3	4	2	2	3	6	2	14	35	4
43	44	5	2	4	2	2	2	5	2	8	36	5
44	49	5	2	4	2	2	3	2	2	10	33	2
45	27	6	1	1	1	2	2	1	2	12	35	3
46	36	5	3	4	2	3	2	5	2	16	39	4
47	52	5	2	4	2	3	2	6	2	8	37	3
48	17	5	3	4	1	2	2	6	2	0	30	0
49	41	7	2	2	2	2	3	3	2	16	44	5
50	38	5	3	4	1	3	2	6	2	12	42	5
51	24	6	3	1	1	2	2	5	2	16	35	3
52	29	5	3	4	1	3	2	5	2	12	37	3
53	37	6	3	4	2	2	3	6	2	16	35	2
54	43	5	2	4	2	3	2	1	2	14	36	4
55	26	6	3	4	1	2	2	5	2	16	40	5
56	50	5	2	4	2	3	2	6	2	10	34	2
57	27	6	3	1	1	2	2	5	2	12	38	3
58	34	7	2	4	2	3	2	6	2	16	43	4
59	44	7	2	4	2	2	2	6	2	14	42	5
60	40	5	2	4	2	3	2	6	2	14	44	4
61	44	6	2	4	2	2	2	5	2	16	44	4
62	35	3	3	4	2	2	3	6	2	14	40	4
63	24	6	2	4	1	2	2	5	2	16	44	4
64	27	7	3	4	1	2	2	2	2	16	42	3
65	25	6	2	4	1	2	2	5	2	16	35	3
66	57	4	3	4	3	3	2	6	2	16	43	3
67	36	5	2	4	2	2	2	2	2	18	40	3
68	45	5	3	4	2	2	2	6	2	16	40	3
69	37	6	2	4	3	2	2	5	2	18	40	4
70	26	6	2	1	1	2	2	3	2	16	39	3
71	27	5	3	4	1	2	3	5	2	16	37	3
72	46	7	2	2	2	2	3	5	2	16	40	4
73	57	6	2	4	3	2	3	6	2	14	33	3
74	49	5	2	4	2	2	3	3	2	10	36	7
75	36	5	3	4	2	2	2	1	2	12	39	5
76	28	7	2	2	1	2	2	3	2	16	41	3
77	47	7	4	4	3	2	4	3	2	16	39	3
78	38	5	3	4	2	2	2	6	2	14	38	3
79	42	6	2	4	2	3	2	2	2	8	35	4
80	47	7	4	4	3	2	3	6	2	12	40	4

81	21	6	3	1	1	2	2	5	2	12	41	3
82	42	5	3	4	1	3	2	6	2	16	38	3
83	28	4	3	4	1	2	2	6	2	14	37	7
84	20	6	3	1	1	2	2	6	2	16	37	3
85	27	6	3	1	1	2	2	3	2	16	37	5
86	33	5	3	4	2	3	2	5	2	20	40	7
87	24	5	3	4	1	3	2	2	2	16	39	4
88	56	3	3	4	2	2	2	3	2	14	45	3
89	29	6	3	4	2	1	3	5	2	14	33	4
90	52	2	3	4	3	2	2	6	2	10	37	2
91	48	4	2	4	3	2	3	5	2	16	42	5
92	31	5	3	3	3	2	2	6	2	12	40	4
93	23	4	3	4	2	1	3	5	2	12	42	4
94	51	3	3	3	2	3	2	6	2	16	36	4
95	26	4	3	4	2	2	3	2	2	12	32	3
96	33	5	3	4	2	2	2	6	2	14	45	4
97	30	6	3	4	1	3	2	2	2	16	35	3
98	27	4	3	4	2	2	2	5	2	16	36	3
99	40	7	2	2	2	2	2	2	2	16	40	3
100	20	5	3	4	1	2	3	5	2	14	39	3
101	35	5	3	4	2	2	2	2	2	16	36	7
102	40	5	2	4	3	2	3	2	2	16	44	5
103	23	5	3	4	1	2	3	5	2	12	38	3
104	36	5	3	4	2	2	2	3	2	14	39	6
105	53	5	3	4	2	2	2	6	2	16	36	3
106	30	5	3	4	2	3	2	6	2	12	40	3
107	41	4	3	3	3	2	2	3	2	20	41	5
108	32	4	3	4	2	2	2	6	2	16	41	3
109	29	5	3	4	1	2	2	3	2	14	38	4
110	22	5	3	4	2	1	3	6	2	14	34	3
111	42	3	3	4	3	2	2	6	2	8	37	3
112	32	5	2	4	2	3	2	5	2	14	41	3
113	22	5	3	4	1	3	2	5	2	16	35	4
114	31	5	3	4	2	3	2	5	2	16	34	4
115	43	5	3	4	2	2	3	3	2	14	38	8
116	15	4	3	4	1	1	2	6	2	6	32	0
117	43	5	3	4	2	2	3	5	2	16	43	4
118	22	5	3	4	1	2	2	5	2	14	43	3
119	33	5	3	4	2	2	3	5	2	16	42	5
120	54	3	3	4	2	2	3	6	2	16	36	3
121	34	5	3	4	2	2	2	2	2	16	40	4

122	28	6	3	4	1	2	2	5	2	10	42	4
123	50	7	2	4	2	3	4	2	2	18	40	5
124	28	6	3	4	1	2	2	5	2	18	39	5
125	46	5	2	4	3	1	3	6	2	8	40	3
126	36	5	3	4	2	2	2	2	2	18	42	3
127	32	7	3	2	1	3	2	5	2	18	40	8
128	19	5	3	4	1	1	2	5	2	12	46	4
129	53	5	2	4	2	4	2	2	2	16	43	5
130	26	5	3	4	1	2	2	6	2	16	42	3
131	40	5	3	4	2	2	2	6	2	12	43	5
132	32	7	3	4	2	2	2	6	2	14	44	3
133	27	7	2	2	1	3	2	5	2	20	44	6
134	56	5	3	4	3	2	2	6	2	4	35	3
135	51	5	2	4	3	2	2	6	2	16	36	3
136	30	7	3	2	1	2	3	5	2	16	41	4
137	28	7	2	2	1	3	3	5	2	20	41	3
138	53	5	3	4	3	2	2	6	2	16	35	3
139	25	5	3	4	1	2	2	5	2	16	41	4
140	18	5	3	4	1	1	2	5	2	16	36	2
141	18	5	3	4	1	2	2	6	2	14	40	3
142	33	5	3	4	2	2	2	6	2	16	40	7
143	46	3	3	4	2	2	2	5	2	14	36	3
144	35	7	3	4	2	3	3	5	2	16	41	3
145	43	5	3	4	2	2	2	1	2	10	34	4
146	36	5	3	4	2	2	2	1	2	10	40	4
147	20	5	3	4	1	2	2	6	2	14	34	4
148	19	5	3	4	1	1	3	6	2	12	40	3
149	56	5	2	4	2	2	3	6	2	6	36	3
150	26	7	3	4	2	2	2	6	2	16	43	3
151	23	6	3	4	1	2	2	5	2	16	42	3
152	36	5	3	4	2	3	2	3	2	16	42	4
153	23	5	3	4	2	2	2	5	2	16	33	0
154	34	5	3	4	3	2	3	6	2	14	44	4
155	50	5	3	4	2	2	2	6	2	16	41	4
156	44	5	3	4	2	3	3	5	2	16	41	3
157	53	5	2	4	2	3	2	3	2	14	36	5
158	36	4	3	4	1	2	2	3	2	12	42	3
159	60	5	3	4	2	3	2	3	2	14	40	4
160	29	6	3	1	1	2	2	5	2	16	41	3
161	29	6	3	1	1	2	2	3	2	16	39	3
162	46	5	3	4	2	2	2	6	2	8	41	4

163	63	5	3	4	3	2	3	4	2	12	38	5
164	29	5	3	4	1	2	2	3	2	10	37	3
165	33	4	3	4	2	3	2	3	2	12	42	5
166	48	6	2	4	2	2	2	3	2	16	36	5
167	56	5	3	4	2	2	3	6	2	14	39	3
168	39	5	2	4	2	2	2	2	2	8	42	7
169	23	6	3	4	1	2	2	5	2	16	43	3
170	36	5	2	4	2	3	2	2	2	16	39	5
171	44	2	3	4	3	2	3	2	2	14	41	4
172	26	4	3	4	2	1	2	3	2	8	39	3
173	49	3	3	4	3	2	3	6	2	10	34	3
174	50	5	2	4	3	3	2	4	2	14	44	5
175	21	6	3	4	1	2	2	5	2	18	35	3
176	59	4	3	4	3	2	3	6	2	16	41	4
177	39	4	2	4	3	2	3	6	2	8	35	3
178	31	5	3	4	2	2	2	2	2	16	40	6
179	39	5	3	4	2	2	3	5	2	16	43	4
180	41	5	3	4	3	2	2	2	2	4	35	3
181	46	7	2	4	2	2	2	6	2	16	36	3
182	37	7	2	4	2	2	2	2	2	16	41	4
183	29	5	3	4	1	2	3	5	2	14	42	4
184	33	5	3	4	2	2	2	5	2	14	36	3
185	21	6	3	4	1	2	2	5	2	12	38	3
186	17	5	3	4	1	2	2	6	2	4	30	0
187	32	5	2	3	1	3	2	6	2	12	45	2
188	21	7	1	2	1	3	2	5	2	18	41	0
189	27	5	3	4	2	2	2	3	2	18	40	4
190	28	7	2	4	1	3	2	2	2	14	34	4
191	35	7	3	4	1	3	2	6	2	10	36	0
192	28	5	3	4	1	2	3	3	2	16	46	5
193	30	5	3	4	2	2	3	6	2	10	40	5
194	25	5	3	3	1	2	2	1	2	14	35	0
195	32	7	3	4	2	2	3	4	2	16	38	5
196	28	5	2	4	3	2	3	6	2	18	47	6
197	23	7	3	4	1	2	3	3	2	12	39	5
198	48	7	1	4	2	2	4	3	2	16	36	5
199	30	7	3	4	1	3	3	6	2	14	37	0
200	27	7	3	4	2	2	2	2	2	16	39	5
201	25	5	3	4	1	2	3	5	2	4	34	0
202	55	2	2	4	3	2	2	4	2	8	38	3
203	45	6	2	4	2	2	2	5	2	18	40	5

204	34	6	3	4	2	3	2	5	2	16	36	4
205	64	1	2	3	3	2	2	6	2	0	30	0
206	22	7	1	2	1	2	2	6	2	20	36	0
207	27	7	2	4	2	2	2	3	2	16	39	4
208	32	7	2	2	2	2	2	3	2	16	31	4
209	40	4	2	4	1	3	2	6	2	12	38	7
210	44	7	2	2	3	2	4	6	1	20	39	0
211	24	7	1	3	1	3	2	5	2	20	33	4
212	21	6	1	1	1	1	2	5	1	18	34	0
213	22	6	1	1	1	2	2	5	2	16	38	0
214	27	6	3	1	1	2	3	2	2	14	35	4
215	23	6	3	1	1	2	2	5	1	20	37	7
216	36	6	3	3	1	2	3	3	2	14	37	4
217	40	5	2	3	2	3	3	4	2	16	40	4
218	28	5	3	4	2	3	2	1	2	12	35	3
219	24	5	3	4	1	2	2	6	2	12	38	2
220	27	5	3	2	1	2	2	1	2	20	35	4
221	29	2	3	4	2	1	3	6	2	12	37	0
222	26	7	3	2	1	2	2	3	2	16	37	4
223	32	7	3	2	1	2	4	2	2	12	34	4
224	32	5	3	4	1	3	2	3	2	8	40	4
225	28	4	3	4	1	2	3	5	2	16	37	6
226	26	5	1	2	1	2	3	6	2	18	32	6
227	33	5	3	2	3	2	4	5	2	18	37	3
228	34	3	2	4	3	2	3	4	1	16	34	4
229	27	7	3	4	2	2	3	3	2	14	36	0
230	47	7	2	4	2	3	2	6	2	14	37	0
231	30	5	2	3	2	2	3	3	2	14	34	0
232	25	5	3	4	3	2	2	4	2	20	36	4
233	22	7	1	1	1	2	2	6	2	16	41	3
234	27	3	3	3	1	2	2	3	2	10	39	4
235	36	7	1	2	1	3	3	5	2	20	40	4
236	29	6	3	4	2	2	3	2	2	14	36	5
237	27	6	3	3	1	1	3	2	2	4	35	0
238	38	6	2	4	1	2	2	3	2	20	38	6
239	40	5	2	3	2	3	3	4	2	20	40	5
240	43	7	2	2	2	3	4	5	2	20	33	7
241	26	7	1	2	1	3	3	2	2	12	36	4
242	29	5	3	4	1	3	2	5	2	18	36	4
243	24	7	1	1	1	3	2	5	2	20	39	0
244	28	3	2	4	3	2	3	5	2	14	33	4

245	27	7	1	2	1	2	4	5	2	20	35	7
246	29	5	3	4	2	3	3	2	2	12	36	4
247	41	5	3	3	2	2	3	3	2	10	39	5
248	24	7	3	2	1	2	3	5	2	18	39	7
249	32	6	3	4	3	3	3	3	2	16	38	5
250	41	6	3	3	3	1	4	2	2	12	35	4
251	39	7	3	3	2	1	3	3	2	14	35	4
252	36	7	3	3	1	1	4	3	2	16	37	5
253	25	7	3	2	1	1	4	5	2	18	38	4
254	23	7	1	1	1	1	3	5	2	16	38	0
255	29	5	3	4	1	3	3	3	2	14	39	3
256	24	7	1	2	1	2	3	5	2	18	36	4
257	33	7	3	2	1	3	3	3	2	12	35	0
258	27	7	3	3	2	2	3	4	2	12	38	4
259	30	5	2	4	2	2	4	4	2	12	42	5
260	26	7	1	2	1	2	4	5	2	14	34	4
261	34	6	3	4	1	2	3	2	1	16	39	5
262	43	4	2	4	3	2	4	3	2	14	37	4
263	30	5	3	4	2	2	3	5	2	12	40	5
264	28	6	1	3	1	2	3	3	2	16	39	4
265	27	5	2	4	1	2	3	4	2	14	38	0
266	24	6	3	3	1	2	2	2	2	14	38	0
267	27	5	3	4	2	2	3	1	2	16	34	0
268	29	3	3	4	1	2	4	2	2	8	33	0
269	36	5	3	3	1	3	2	4	2	12	38	0
270	25	7	1	2	1	1	4	5	1	16	37	0
271	29	5	3	3	1	2	3	2	2	14	38	3
272	27	6	1	3	1	2	3	3	1	16	36	5
273	37	6	1	3	1	3	3	3	2	16	37	5
274	28	7	1	1	1	2	3	1	1	16	36	0
275	26	5	3	3	1	1	3	6	2	12	41	4
276	40	5	2	4	3	1	3	3	2	14	36	5
277	37	7	3	2	2	3	4	6	2	16	38	0
278	32	7	3	3	1	1	4	4	2	18	40	3
279	29	3	2	4	3	1	4	3	2	14	39	4
280	23	6	1	3	1	2	3	5	1	14	39	5
281	38	5	2	3	2	3	3	2	2	14	40	4
282	22	6	1	1	1	2	3	3	2	20	37	0
283	30	5	3	3	2	2	3	4	2	16	39	5
284	34	7	3	4	2	2	3	4	2	16	40	3
285	38	5	2	4	2	3	4	4	2	20	40	4

286	32	4	3	4	2	1	4	1	2	16	38	5
287	29	7	3	2	1	2	3	3	2	16	36	5
288	32	5	3	4	2	3	3	3	2	14	37	6
289	25	3	2	4	1	1	3	3	2	18	38	0
290	28	5	3	4	2	1	4	3	2	16	40	5
291	36	7	1	3	1	1	3	6	1	14	41	3
292	24	5	1	2	1	1	3	6	2	14	38	3
293	26	6	3	3	3	2	3	2	2	14	42	4
294	30	5	2	4	2	1	3	3	2	14	37	0
295	25	7	3	3	1	3	3	4	2	18	40	7
296	29	7	3	2	1	2	3	3	1	18	39	4
297	27	5	3	3	1	1	3	6	2	8	36	0
298	24	7	1	2	1	3	2	5	2	16	41	0
299	23	7	2	2	1	1	4	5	2	18	41	0
300	31	7	1	3	1	1	3	2	2	16	37	5
301	28	5	2	4	2	1	4	6	2	18	40	4
302	35	5	2	2	1	2	3	2	2	14	38	0
303	24	6	3	4	1	1	3	6	2	18	34	3
304	22	6	1	1	1	2	3	2	1	16	36	0
305	25	6	3	3	1	2	3	4	2	14	38	5
306	30	5	3	4	1	2	3	3	2	16	38	4
307	28	3	2	4	2	2	4	4	2	14	39	5
308	26	5	3	3	2	2	3	2	2	12	37	0
309	40	5	3	4	2	2	3	2	2	16	39	5
310	31	5	2	4	1	1	3	2	2	10	40	0
311	27	3	3	4	3	1	4	3	2	14	40	5
312	32	5	3	4	1	1	4	1	2	14	38	0
313	26	7	3	4	2	3	3	6	2	8	38	0
314	44	5	2	4	3	1	4	4	2	14	37	4
315	25	7	3	2	1	2	3	6	2	10	37	6
316	43	6	2	4	3	2	4	2	2	16	41	5
317	45	7	4	3	2	2	3	4	2	18	38	7
318	36	5	2	3	2	2	3	1	2	16	35	4
319	29	7	3	3	1	1	3	3	2	16	39	4
320	34	7	3	3	1	2	3	5	2	16	36	4
321	28	3	3	3	3	1	3	3	2	14	37	0
322	32	6	2	4	2	2	3	5	2	16	37	4
323	39	4	3	3	2	2	2	3	2	14	37	5
324	27	6	2	4	1	1	3	3	2	16	40	4
325	30	5	3	4	1	1	3	2	2	14	38	0
326	29	7	3	2	1	2	3	3	2	14	39	2

327	37	5	2	4	2	2	3	2	2	18	39	5
328	31	3	3	3	2	2	2	5	2	12	37	0
329	34	7	2	2	1	2	2	3	2	16	40	5
330	40	3	2	4	3	1	4	3	2	16	40	6
331	36	5	3	3	2	2	3	3	2	16	38	3
332	33	6	2	4	2	2	2	1	2	14	41	4
333	38	7	4	2	2	2	3	3	2	16	43	3
334	35	6	3	2	2	2	2	2	2	14	39	0
335	32	3	2	3	2	1	4	4	2	16	39	5
336	27	5	3	4	1	3	2	3	2	18	38	0
337	40	4	4	3	3	1	3	6	2	16	40	3
338	25	7	3	2	1	2	3	3	2	16	39	0
339	31	7	1	2	1	3	2	6	2	16	38	5
340	40	5	3	4	2	2	2	3	2	18	37	5
341	34	4	3	4	2	2	3	6	2	14	40	0
342	28	7	3	4	2	2	4	2	2	16	40	6
343	31	7	3	2	2	2	3	5	2	16	39	4
344	20	5	3	4	1	2	2	3	2	16	38	0
345	40	6	2	4	2	2	2	4	2	10	37	0
346	26	5	3	3	2	2	2	2	2	12	40	5
347	45	5	3	4	1	1	3	6	2	16	40	5
348	27	5	2	2	1	1	4	5	2	10	40	0
349	33	7	4	2	1	3	2	6	2	14	40	0
350	41	6	2	3	2	3	3	6	2	16	39	5
351	29	6	3	4	3	2	3	4	2	16	40	4
352	32	5	2	4	3	1	3	2	2	12	41	5
353	38	6	3	2	3	3	4	2	2	16	40	5
354	25	6	3	2	1	3	3	6	2	16	39	5
355	22	5	3	4	1	1	3	2	2	8	34	0
356	26	7	3	2	1	2	4	5	2	14	40	0
357	36	5	2	4	3	3	3	4	2	16	43	5
358	29	3	3	4	2	1	3	3	2	10	36	0
359	40	7	2	3	2	2	2	5	2	14	38	6
360	28	6	3	3	2	2	2	2	2	14	39	5
361	24	5	3	2	1	2	3	3	2	16	42	5
362	27	7	3	2	1	1	4	6	2	14	35	0
363	36	5	4	3	1	3	3	4	2	16	37	6
364	42	4	2	4	2	3	3	4	1	14	37	0
365	42	7	2	2	2	2	3	3	2	16	40	6
366	30	6	3	3	1	2	4	2	2	14	36	4
367	29	3	2	3	1	1	3	2	2	16	36	4

368	28	7	2	2	1	1	4	5	2	18	37	0
369	39	5	2	4	3	1	4	4	2	12	36	3
370	23	7	1	4	1	1	3	6	2	18	35	4
371	44	6	2	3	2	2	4	6	2	14	39	5
372	39	6	2	4	2	2	2	2	2	12	46	4
373	40	7	2	2	2	2	2	3	2	12	34	3

