

**UNIVERSIDAD SAN PEDRO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



**“Conocimiento sobre cáncer de cérvix en mujeres en edad fértil del Centro de Salud Bellavista. Sullana 2017.”**

**Tesis para obtener el título profesional de licenciada en Obstetricia**

**Autora:**

**Bruno Santos, Narcisa del Rosario**

**Asesora:**

**Mg. Markovic Rujel, Ginger Karina**

**Sullana - Perú**

**2018**

**Palabras clave:**

Español

Tema:	Cáncer de cérvix. Conocimiento.
Especialidad	Obstetricia

Ingles

Topic	Cervix cancer Knowledge
Specialty	Obstetrics

**Línea de investigación**

Área: Ciencias Médicas y de Salud

Sub área: Ciencias de la Salud

Disciplina: Ciencias Socio Biomédicas

**“Conocimiento sobre cáncer de cérvix en mujeres en edad fértil del Centro de  
Salud Bellavista. Sullana 2017.”**

## RESUMEN

La presente se realizó, con el **Objetivo:** Determinar el nivel de conocimiento sobre el cáncer de cérvix en mujeres en edad fértil que acuden al centro de salud de Bellavista. **Material y Métodos:** Se tomó como Universo- muestra a 66 mujeres, de enfoque cuantitativo; diseño no experimental: descriptivo, prospectivo de corte transversal. Los datos fueron recolectados a través de una encuesta para medir el nivel de conocimiento. **Resultados:** tenemos que de la población encuestada un 65,2% tiene bajo nivel de conocimiento en cáncer de cérvix seguido de un 34,8% para conocimiento regular, el 36,4% corresponden a la edad correspondiente entre de 26 – 30 años, en cuanto a grado de instrucción tenemos que el bajo nivel de conocimiento lo tienen las mujeres con superior técnico (24,2%). **Conclusiones.** El 65,2% obtuvo un nivel de conocimiento bajo, seguido del 34,8% con un nivel de conocimiento regular.

---

**Palabra Clave: cáncer de cérvix / conocimiento.**

## ABSTRACT

The present was carried out, with the objective: To determine the level of knowledge about cervical cancer in women of childbearing age who attend the Bellavista health center. Material and Methods: It was taken as a Universe - it shows 66 women, with a quantitative approach; non-experimental design: descriptive, prospective cross-sectional. The data was collected through a survey to measure the level of knowledge. Results: we have 65.2% of the surveyed population have low level of knowledge in cervical cancer followed by 34.8% for regular knowledge, 36.4% correspond to the corresponding age between 26 - 30 years, In terms of educational level, we have the low level of knowledge of women with a technical superior (24.2%). Conclusions 65.2% obtained a low level of knowledge, followed by 34.8% with a level of regular knowledge

---

**Keyword:** cervical cáncer / knowledge.

## INDICE

<b>Palabras clave: en español e ingles – Linea de investigación .....</b>	<b>ii</b>
<b>Titulo .....</b>	<b>iii</b>
<b>Resumen .....</b>	<b>iv</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>v</b>
<b>Indice .....</b>	<b>vi</b>
<b>Indice de tablas .....</b>	<b>vii</b>
<b>Indice de gráficos.....</b>	<b>viii</b>
<b>Introducción.....</b>	<b>1</b>
<b>Metodología .....</b>	<b>55</b>
<b>Resultados .....</b>	<b>59</b>
<b>Análisis y discusión .....</b>	<b>64</b>
<b>Conclusiones .....</b>	<b>68</b>
<b>Recomendaciones .....</b>	<b>69</b>
<b>Referencias.....</b>	<b>70</b>
<b>Agradecimiento .....</b>	<b>75</b>
<b>Anexo.....</b>	<b>76</b>

## INDICE DE TABLAS

		pág.
<b>Tabla n° 1</b>	Nivel de conocimiento	59
<b>Tabla n° 2</b>	Conocimiento en relación a la edad	60
<b>Tabla n° 3</b>	Conocimiento en relación al grado de instrucción	61
<b>Tabla n° 4</b>	Conocimiento en relación a la ocupación	62
<b>Tabla n° 5</b>	Cocimiento en relación al estado civil	63

## INDICE DE GRÁFICOS

		pág.
<b>Gráfico n°1</b>	Nivel de conocimiento	59
<b>Gráfico n° 2</b>	Conocimiento en relación a la edad	60
<b>Gráfico n° 3</b>	Conocimiento en relación al grado de instrucción	61
<b>Gráfico n° 4</b>	Conocimiento en relación a la ocupación	62
<b>Gráfico n° 5</b>	Conocimiento en relación al estado civil	63

## **CAPÍTULO I**

### **INTRODUCCIÓN**

El presente trabajo tiene como objetivo determinar el nivel de conocimiento sobre cáncer de cérvix en mujeres en edad fértil que acuden al Centro de Salud Bellavista. Está conformada por capítulos. El estudio se realizó en el Centro de Salud de Bellavista con una muestra de 66 mujeres en edad fértil que representaron a la población total. A continuación se describe el contenido y la población que comprende la tesis.

**El capítulo I** está conformado por la introducción, antecedentes, justificación de la investigación, planteamiento del problema, la formulación del problema, marco referencial, definiciones de variables, objetivos generales y específico.

**El capítulo II** abarca materiales y métodos dentro de ello está compuesto por tipo y diseño de investigación, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, procesamiento de recolección de datos, protección de los derechos humanos de los sujetos en estudio, procesamiento y análisis de la información de dicho tema.

**El capítulo III** lo conforma el análisis de los resultados y las discusiones de los resultados.

**El capítulo IV** se presenta las conclusiones y las recomendaciones. Finalmente se representan las referencias bibliográficas y anexos

### **1.1. ANTECEDENTES Y FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA.**

Se han encontrado estudios relacionados con las variables del presente estudio y a continuación se detalla:

**Aguilar, Y.** (2015) *Nivel de Conocimientos y Medidas Preventivas acerca del Cáncer de Cuello Uterino en mujeres en Edad Fértil en el servicio de Ginecología Hospital Nacional Sergio Bernales abril 2015*. Los conocimientos son medios y las medidas preventivas son inadecuadas acerca del cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil en el Servicio de Ginecología del Hospital Nacional Sergio Bernales.

**Alarco, E.** (2014) *Conocimientos sobre Cáncer de Cuello Uterino en gestantes atendidas en el Centro de Salud Carlos Cueto Fernandini Enero - Marzo*. Lima – Perú, Las características sociodemográficas de las gestantes fueron: edad promedio de 25.7 años, encontrándose la mayoría entre 20-34 años (70.8%); grado de instrucción Secundaria (60.8%), convivientes (54.1%) y amas de casa (73%). El conocimiento sobre conceptos generales del cáncer de cuello uterino fue “Medio” en el 52.7% de las gestantes, “Bajo” en el 25.7% y “Alto” en el 21.6%. El conocimiento sobre los factores de riesgo del cáncer de cuello uterino fue “Medio” en el 59.5% de las gestantes, “Bajo” en el 22.9% y “Alto” en el 17.6%. El conocimiento sobre la prevención del cáncer de cuello uterino fue “Medio” en el 67.6% de las gestantes, “Bajo” en el 17.6% y “Alto” en el 14.8%. El conocimiento total sobre cáncer de cuello uterino que tienen las gestantes atendidas durante los meses de enero a marzo, en el Centro de Salud Carlos Cueto Fernandini, fue de “Medio” (55.4%) y Bajo (25.7%) en la mayoría de las pacientes. Las principales fuentes que proporcionaron información sobre el cáncer De cuello uterino, a las gestantes, fueron: el Internet (44.6%), los profesionales de la salud (36.5%) y la escuela (8.1%). Sin embargo se observó que el 2.7% de las pacientes no recibió información alguna sobre cáncer de cuello uterino.

**Anco, S.** (2015) *Relación entre las Características Sociodemográficas y el Nivel de Conocimiento sobre el Cáncer de Cuello Uterino en el Centro de Salud Maritza Campos*

*Díaz de Zamácola. Arequipa, febrero 2015*, Las pacientes atendidas en el Consultorio de Gineco-obstetricia del Centro de Salud Maritza Campos Díaz en su mayoría tienen 20 a 39 años de edad, son adultas jóvenes, tienen nivel de instrucción secundaria, proceden de Arequipa y son amas de casa. El nivel de conocimiento que tienen las pacientes que acuden al Centro de Salud Maritza Campos Díaz es bueno en el 56% y regular en más de la cuarta parte 29%. Las características sociodemográficas: según edad predomina la adultez joven 20 a 39 años con un 62 %, nivel de instrucción superior incompleta con un 84%, en ocupación amas de casa con un 71 % y procedencia otros departamentos con un 100% y Arequipa 48% todos en nivel bueno lo que nos muestra que tienen una relación directa y significativa con el nivel de conocimientos que tienen las pacientes atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz de Arequipa.

**Collantes, S.** (2016) *Relación entre el Conocimiento sobre Cáncer Cervical y la exposición a sus Factores de Riesgo en gestantes atendidas en el Hospital de Chancay. Periodo: enero - junio del 2016* En promedio un 12% de la población encuestada tiene un conocimiento bajo o no conoce el cáncer cervical, un 48% de la población encuestada tiene un conocimiento promedio sobre el cáncer cervical, un 40% tiene un conocimiento mayor que los demás del cáncer cervical un 50% conoce la sintomatología y un 89% conoce acerca de la forma de detección del cáncer de cuello uterino; sin embargo, el 47% no conocía sobre los alimentos que previenen el desarrollo del cáncer cervical. Existe relación significativa entre el conocimiento sobre cáncer cervical con la exposición a sus factores de riesgo en gestantes atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital de Chancay, durante el periodo de enero a junio del 2016.

**Figuera & Mariño** (2011), *Información que poseen las mujeres de 15 a 24 años de edad sobre la Prevención del Cáncer de Cuello Uterino. Ambulatorio el Viñedo. Sector La Floresta el Viñedo, Barcelona estado Anzoátegui. Tercer trimestre año 2011.* Barcelona – Venezuela; Las mujeres encuestadas presentan un 71% de desinformación en relación a las medidas de prevención primaria para el cáncer de cuello uterino. Los renglones que reflejaron mayor desinformación fueron los relacionados a la protección

específica con 90% y la promoción de la salud con 80%. En las medidas de prevención secundaria se observó el déficit informativo de 71% de las mujeres encuestadas en relación a las medidas para el tratamiento específico con 83% de desinformación y diagnóstico precoz con 58%. La variable de estudio reveló un resultado general de 71% de respuestas incorrectas que dan muestra del nivel de desinformación de las mujeres objeto de estudio en cuanto a la prevención del cáncer de cuello uterino, situación que amerita la aplicación de programas educativos de prevención del CaCu en la mujeres que acuden al Ambulatorio El Viñedo Sector La Floresta en Barcelona, Estado Anzoátegui.

**Gallegos, K.** (2017). *Conocimientos y Prácticas de Prevención del Cáncer de Cuello Uterino en pacientes de Consultorio del Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue de enero a diciembre del 2016, Lima- Perú.*, El 75% del total tienen conocimientos adecuados, con respecto al saber que el cáncer de cuello uterino es una de las primeras causas de muerte en las mujeres, el 57% de encuestadas tienen conocimientos adecuados. Las prácticas de prevención fueron en su mayoría el 60% incorrectas y el 40% correctas. La aceptación de la prueba de Papanicolaou dentro del grupo estudiado es regular, aunque en teoría se podría tomar como buena, ya que el 31 % una citología anual y 23% cada 3 años. Las características sexuales y reproductivas sumarian un riesgo considerable ya que, si bien no es un porcentaje mayoritario por cada factor de riesgo sumado todos ellos dan un riesgo considerable de padecer cáncer de cuello uterino, así tenemos: la primera relación sexual antes de los 15 años el 26 % y el 59%, 3 parejas sexuales, 42 %, infecciones vaginales refirieron el 72 %, con respecto al uso de preservativo el 15% nunca lo utiliza y el 6 % nunca.

**Guerrero, D.** (2017) *Conocimiento y Prácticas de Prevención del Cáncer de Cuello Uterino en mujeres de 20 a 30 años atendidas en el Centro de Salud Defensores de la Patria, Ventanilla-Lima, 2016.* Los resultados descriptivos se puede concluir que la mayoría de las mujeres tienen un nivel de conocimiento medio (56.9%) a bajo (22.1%)

sobre prevención de cuello uterino, también se demostró mediante la prueba no paramétrica binomial que el nivel de conocimiento de nivel medio es mayor a 50%. Los resultados descriptivos se puede concluir que la mayoría de las mujeres tienen nivel de práctica de regular (49.5%) a bueno (27.1%) sobre prevención de cuello uterino, también se demostró mediante la prueba no paramétrica Binominal que el nivel de práctica regular no es mayor a 50%. Los resultados obtenidos de la contrastación de la hipótesis general se encontró correlación positiva débil entre conocimiento y práctica de prevención de cáncer de cuello uterino, es decir a mayor conocimiento sobre prevención de cáncer de cuello uterino, mayor práctica de prevención de cáncer de cuello uterino, mediante la prueba no paramétrica de coeficiente de correlación de Spearman se encontró que la probabilidad es menor al nivel de significancia ( $r = 0,211^{**}$ ,  $p < 0.01$ ), lo cual se rechaza la hipótesis nula, por lo tanto con un nivel de significancia de 1% se concluye que existe correlación entre conocimiento y práctica de prevención de cáncer de cuello uterino.

**González, Calderón & López, (2013)** *Conocimientos, Actitudes y Prácticas respecto al Cáncer de Cuello Uterino de mujeres entre 14 y 49 años de un Barrio de La Comuna 10 de la Ciudad de Armenia, Colombia.* El 89% de las mujeres encuestadas tenían poco conocimiento sobre cáncer de cuello uterino. El 51% tenían claro cómo se previene el cáncer de cuello uterino. El 88,8% de mujeres que habían tenido relaciones sexuales se había tomado alguna vez la citología. Existe una relación significativa ( $p < 0.05$ ) entre el bajo conocimiento sobre la prevención, detección y periodicidad de la toma de la citología y las edades más bajas.

**Hernández et al. (2013).** *Nivel de Conocimientos y Factores de Riesgo predisponentes de Cáncer Cérvico-Uterino en mujeres de Cumanayagua.* El 92,15 % posee desconocimiento sobre el cáncer cérvico-uterino, de ellas el 58,82 % con conocimientos regulares y el 33,33 % malos. Predominaron los factores de riesgo: hábitos tóxicos como tabaquismo; infecciones vaginales, práctica de abortos y dispareunia, el

diagnóstico de la enfermedad en etapa adulta e insuficiente nivel de conocimientos sobre la misma.

**Llerena, L.** (2014). *Relación entre los Conocimientos y las Actitudes acerca del Cáncer de Cuello Uterino en pacientes que acuden a los Consultorios de Ginecología y Obstetricia del Hospital PNP Arequipa, 2014*, Las pacientes que acuden a los consultorios de ginecología y obstetricia del hospital PNP Arequipa en el año 2014 son predominantemente jóvenes entre 20 y 39 años, de educación secundaria o superior, y ocupación en labores del hogar con relación conyugal con los titulares de la atención hospitalaria. El Nivel Conocimientos que tienen sobre el Cáncer de Cuello uterino las pacientes que acuden a los consultorios de Ginecología y Obstetricia del Hospital PNP Arequipa en el año 2014 es predominantemente deficiente (41%). La actitud frente al cáncer de cuello uterino en las pacientes que acuden a los consultorios de ginecología y obstetricia del hospital PNP Arequipa en el año 2014 es positiva en la mayoría (52%). Existe una relación directa de buena intensidad ( $r > 0.50$ ) entre el nivel de conocimientos y la actitud hacia el cáncer de cuello uterino en las pacientes que acuden a los consultorios de ginecología y obstetricia del hospital PNP Arequipa en el año 2014

**Mollinedo & Gomez,** (2012). *Determinación de los Conocimientos y Factores de Riesgo que predisponen al Cáncer Cérvico Uterino en mujeres en Edad Fértil en San Pedro de Tiquina*. La Paz – Bolivia, La Información brindada a la población fue de gran utilidad ya que las mujeres informadas acerca del PAP tienen menos probabilidad de desarrollar el CACU. La información conlleva la práctica de una conducta deseada; en este caso la realización periódica del PAP por las mujeres en edad fértil, para la prevención del cáncer.

**Roque, K.** (2014) *Conocimientos y Actitudes sobre Cáncer de Cuello Uterino relacionados con la Toma de Papanicolaou en las usuarias del Centro de Salud San Fernando. Julio- Agosto 2014*. Lima – Perú. Las usuarias del Centro de Salud “San

Fernando” tuvieron un conocimiento “Medio” (58.8%) y “Bajo” (20.9%), sobre el Cáncer de Cuello Uterino durante el periodo 2014. La mayoría de usuarias del Centro de Salud “San Fernando” (83.8%) tuvieron una actitud “Negativa” frente al cáncer de cuello uterino mientras que solo el 16.2% tuvo una actitud “Positiva”. Existe relación significativa entre el nivel de conocimientos sobre cáncer de cuello uterino y la toma de Papanicolaou ( $p=0.023$ ). No existe relación entre las actitudes sobre el cáncer de cuello uterino y la toma de Papanicolaou ( $p=0.376$ ), observándose una actitud negativa tanto en el grupo de pacientes que se tomaron y no se tomaron Papanicolaou.

**Salazar, S.** (2016). *Relación entre el Nivel de Conocimiento sobre Cáncer Cervical y la Exposición a sus Factores de Riesgo en usuarias atendidas en los consultorios externos del Instituto Nacional Materno Perinatal*. Lima – Perú. El nivel de conocimiento sobre cáncer cervical se relaciona de manera significativa con la exposición a dos o más parejas sexuales y a la alimentación deficiente de alimentos vegetales en usuarias atendidas en los consultorios externos del Instituto Nacional Materno Perinatal, febrero – marzo del 2016. El nivel de conocimiento sobre el cáncer cervical de las usuarias atendidas en los consultorios externos del Instituto Nacional Materno Perinatal fue de Medio (49%) a Alto (34%). Los principales factores de riesgo de cáncer cervical a los que estaban expuestas las usuarias fueron: presencia de síntomas o signos de infección vaginal (64.5%), tener de dos a más parejas sexuales (58.7%), tener de dos a más hijos (44.3%), alimentación deficiente de vegetales todos los días (38.8%), inicio de relaciones sexuales menor o igual a 17 años (36.6%) y haber tenido de dos a más partos (29.9%). En cuanto a las conductas sexuales, existe relación significativa entre el nivel de conocimiento sobre cáncer cervical y el número de parejas sexuales ( $p=0.041$ ). En cuanto a hábitos inadecuados, existe relación significativa entre el nivel de conocimiento sobre cáncer cervical y la alimentación deficiente de vegetales ( $p=0.006$ ). No existe relación entre el nivel de conocimiento sobre cáncer cervical y las características reproductivas de las usuarias.

**Shuña, Torres & Rengifo, (2011).** *Nivel de Conocimiento sobre el Cáncer Cervico Uterino y las Prácticas Preventivas en mujeres de la ciudad de Nauta-2011.* El Nivel de Conocimiento sobre el Cáncer Cérvico uterino en mujeres de la ciudad de Nauta- 2011 del 100%, el 6.5% tuvieron un Nivel de conocimiento Excelente; mientras que el 70.3% tuvieron un Nivel de conocimiento deficiente; Prácticas preventivas sobre el cáncer cérvico uterino en mujeres de la ciudad de Nauta- 2011 del 100%, el 9.2% de las mujeres realizan la practica preventiva y el 90.8% no realiza practica preventiva de cáncer cérvico uterino; análisis bivariado; en cuanto al Nivel de Conocimiento sobre Cáncer Cérvico Uterino y las Practicas Preventivas en mujeres de la ciudad de Nauta – 2011, se determinó que existe relación estadísticamente significativa obteniéndose a un  $p= 0.001$

**Solano & Tamayo, (2014).** *Nivel de Conocimientos y Actitudes en relación con las Prácticas de Prevención del Cáncer de Cuello Uterino. Alto Trujillo, 2013.* El 48,8 por ciento presentó Nivel de Conocimiento medio sobre cáncer de cuello uterino, 61,6 por ciento una actitud favorable de prevención del cáncer de cuello uterino y el 42,9 por ciento obtuvo prácticas de prevención regulares sobre cáncer de cuello uterino. El nivel de conocimientos y las actitudes se relacionan de manera significativa con la práctica de prevención del cáncer de cuello uterino, en las mujeres del Centro Poblado Alto Trujillo, El Porvenir, 2013. Siendo la significancia estadística de  $P= 0.0268$  y  $0.0346$  respectivamente.

**Tenorio, H. (2015).** *Nivel de Conocimiento sobre el Cáncer de Cuello Uterino en mujeres de 20 a 50 años atendidas en el Hospital Regional de Loreto Noviembre y Diciembre del 2015.* Se evaluaron 215 mujeres, de las que el 47.9% tienen un adecuado nivel de conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino, más del 50% no reconocen algunos factores de riesgo, sintomatología y el procedimiento del Papanicolaou. El 41.4% tienen entre 30 a 39 años de edad; el 37.7% son casadas; el 71.2% proceden de la zona urbana; el 29.3% con nivel de educación de secundaria y el 28.8% superior; el

48.8% si recibieron información sobre el cáncer de cuello uterino; el 24.7% con antecedente familiar de cáncer de cuello uterino; el 43.3% son multíparas; el 27.0% de las mujeres no se han practicado Papanicolaou y el 56.5% lo realizaron una o dos veces; el 36.7% refieren que se realizan un PAP una vez al año y el 22.3% refieren que a los 18 años iniciaron su actividad sexual. El nivel de conocimiento se asoció con: ser solteras y convivientes ( $p = 0.000$ ); la procedencia de la zona urbana ( $p = 0.002$ ); nivel de educación superior y técnico ( $p = 0.000$ ); las que recibieron información sobre el cáncer de cuello uterino ( $p = 0.000$ ); las que tienen antecedente de familiar de cáncer de cuello uterino ( $p = 0.000$ ); las nulíparas ( $p = 0.000$ ); las que se realizaron PAP ( $p = 0.000$ ), con inicio de actividad sexual después de los 19 años.

**Urdaneta, Nava, Zambrano & Mujica, (2013).** *Conocimiento del Cáncer de Cuello Uterino y Hallazgos Citológicos en mujeres de estratos socioeconómicos bajos Venezuela.* La mayoría de las mujeres demostraron un nivel de conocimiento suficiente (64 %), siendo la puntuación promedio arrojada por el cuestionario de  $16,02 \pm 03,14$  puntos. No existe una asociación significativa entre el nivel de conocimiento y los hallazgos citológicos en las mujeres pertenecientes a estratos socioeconómicos bajos evaluadas.

**Vigo, A. (2007).** *Conocimientos y Actitudes hacia el Cáncer de Cuello Uterino en mujeres que acuden al consultorio externo de Colposcopia del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2007,* El nivel de conocimiento acerca del cáncer de cuello uterino fue insuficiente con un 45,7%, seguido de regular con 33.5% y una puntuación promedio de 11. El 66.2% de las usuarias tiene una actitud ambivalente hacia el cáncer de cuello uterino, y el 28.3 tiene una actitud favorable. Finalmente las actitudes y los conocimientos no parecen estar relacionados entre sí, se puede tener cualquier conocimiento del cáncer de cuello uterino pero la actitud no se verá influenciada por el mismo. Nivel de conocimientos fue en su mayoría deficiente a regular con una actitud ambivalente hacia el cáncer de cuello uterino.

## **1.2. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACION**

La presente investigación se enfocara en determinar el nivel de conocimiento sobre el Cáncer de Cérvix en mujeres en edad fértil que acuden al Centro de Salud de Bellavista ya que no existen publicados estudios similares que se hayan realizado en esta jurisdicción, visto que el cáncer de cérvix es un problema de salud pública mundial, siendo este la tercera causa de muerte por cáncer en mujeres, tenemos también que cerca del 70% de muertes por cáncer se registran en países de ingresos medios bajos, y que la detección de cáncer en una fase avanzada y la falta de diagnóstico y tratamiento son problemas frecuentes. En 2017, solo el 26% de los países de ingresos bajos informaron de que la sanidad pública contaba con servicios de patología para atender a la población en general. Más del 90% de los países de ingresos altos ofrecen tratamiento a los enfermos oncológicos, mientras que en los países de ingresos bajos este porcentaje es inferior al 30%. Al ser estas cifras alarmantes y por ser el Perú un país tercer mundista nos vemos en la necesidad de realizar esta investigación porque es esencial saber el nivel de conocimiento sobre cáncer de cérvix en estas mujeres en edad fértil para ahondar en el tema de la salud preventiva y evitar que estas cifras sigan en aumento.

La realización del presente estudio servirá, no solo para conocer Nivel de Conocimiento que poseen las mujeres en edad fértil sobre el cáncer de cérvix, sino que también permitirá demostrar la importancia de contar con personal capacitado en labores de prevención de enfermedades dentro de la comunidad.

Para la institución el presente estudio será un aporte ya que el mismo dejará ver la importancia de tener una población con conocimiento en lo relacionado al cáncer de cérvix, ya que en esa medida preventivo promocional se logrará disminuir los índices de ésta enfermedad en la población Femenina.

De ser el caso contrario en que las usuarias no cuenten con un buen conocimiento sobre el cáncer de cérvix, para las usuarias los resultados de la presente investigación, servirán

de base para ejecutar programas educativos que vayan dirigido a resolver los vacíos cognitivos presentes los cuales les dificulte en la práctica de estilos de vida saludable.

Para la investigadora, los resultados del presente estudio representa la oportunidad para justificar el desempeño de la función que se realiza o que se debe de realizar en los establecimientos de salud, independiente de la educación para la salud en beneficio de las mujeres en edad fértil esto con la finalidad de crear conciencia en optar por medidas preventivo promocionales, especialmente en lo relacionado al cáncer de cérvix.

Finalmente el estudio representará un aporte para futuras investigaciones relacionadas al tema

### **1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El cáncer de cérvix es un problema de salud pública mundial, siendo este la tercera causa de muerte por cáncer en mujeres con medias estandarizadas por edad entre 11,41 y 6,89 por 100,000 mujeres. La Oficina Nacional de Estadísticas de los Estados Unidos de América indica una cifra aproximada de 10 000 fallecimientos por esta enfermedad, esto según los investigadores Iglesias & Suarez (2015)

Según a La oficina mundial de estadísticas de la OMS, mundialmente el cáncer de cérvix es el sexto más habitual entre ambos sexos. El 81% de los sucesos asignados se ubican en los países en vía de crecimiento (398,000 casos). Las tasas de incidencia en América Latina, en donde la ciudad de Trujillo - Perú informa el nivel más alto en la región (42.9 por 100 mil); mientras que las tasas de incidencia más bajas se han registrado en Israel (grupo no judío) con 2.5 por 100,00 y en Egipto con 2.20 por 100,000, esta información es obtenida de la guía de clínica practica: cáncer de cérvix - Perú: ministerio de salud de Perú; 2011.

Según Lewis Merle J. en su Análisis de la problemática del cáncer de cérvix en américa latina y el caribe para la Organización panamericana de la salud en el año 2004, hoy en día, el cáncer de cérvix sigue siendo un motivo predominante de mortalidad a nivel

mundial en las mujeres, si bien es la neoplasia con el mayor potencial explicado de prevención secundaria. Esta neoplasia es enteramente curable y prevenible, con un bajo riesgo y a un bajo precio, cuando se tiene tácticas para tamizaje en pacientes mujeres de edad fértil asintomáticas, junto con un excelente diagnóstico, evaluaciones apropiadas, tratamientos apropiados y aptos para estas mujeres. No obstante, los programas de medicina preventiva en América Latina han tenido escaso o casi nada de éxito.

A nivel nacional, en el Perú, considerando los cánceres con mayor promedio de incidencia según fuentes del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), el Cáncer de cuello uterino ocupa el primer lugar, seguido por Cáncer de Mama, y Cáncer de Estómago que va en incremento.

En el centro de salud de Bellavista, lugar donde se realizará la presente investigación, es frecuente observar gran afluencia de mujeres para diferentes servicios tales como para atención prenatal, planificación familiar, ginecología, etc., usuarias que se encuentran en edad fértil y que se hallan expuestas a diversos factores medioambientales que en algunas ocasiones podrían ser un riesgo para su salud. Uno de estos riesgos es el cáncer de cérvix, si bien es cierto, la estadística existente sobre casos detectados y derivados para su descarte a una institución de mayor complejidad en esta jurisdicción al año 2017 no sobrepasa las 50 pacientes, el riesgo se encuentra latente, puesto que existen usuarias que no conocen sobre esta neoplasia, no saben qué es el virus papiloma humano (VPH), y mucho menos saben las formas de prevención de este cáncer, aunado a ello el comportamiento de ciertas usuarias son riesgo para la adquisición del VPH, es por este motivo que surge la necesidad de realizar un estudio donde se evalúe el nivel de conocimiento sobre el cáncer de cérvix principalmente en esta institución ya que alberga una gran afluencia de población femenina

#### **1.4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuál es el Nivel de Conocimiento sobre el Cáncer de Cérvix en mujeres en edad fértil del Centro de Salud Bellavista?

## **1.5.MARCO REFERENCIAL**

### **Base teórica.**

El presente trabajo de investigación se fundamenta en las siguientes bases conceptuales

### **ANATOMIA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO**

#### **Vagina**

Según un informe consultado elaborado por la doctora Castillo, A. (2011) tenemos que: la vagina es un tubo musculo membranoso que se extiende desde el cuello del útero hasta el vestíbulo de la vagina (hendidura entre los labios menores en la cual también se abre la uretra). El extremo superior rodea al cuello del útero y el extremo inferior pasa antero inferiormente a través del suelo de la pelvis para abrirse en el vestíbulo.

Aquí encontramos que la vagina tiene las siguientes funciones:

- Sirve como conducto excretor para el líquido menstrual.
- Forma la porción inferior del canal pélvico (o del parto).
- Recibe el pene y el eyaculado durante el coito.

La vagina perfora la membrana perineal. Normalmente se encuentra colapsada excepto en el extremo inferior donde el cuello uterino las mantiene abiertas, en esta parte se describen las porciones anterior, posterior y lateral. La porción posterior del fondo de saco es la más profunda y está íntimamente relacionada con el fondo de saco recto uterino. Esta porción es muy distensible, y permite acomodar el pene erecto. Encontramos también que cuatro músculos comprimen la vagina y actúan como esfínteres: Pubo vaginal, esfínter externo de la uretra, esfínter uretro vaginal y bulbo esponjoso.

Las relaciones de la vagina son:

- Anteriormente, la base de la vejiga y la uretra.
- Lateralmente el músculo elevador del ano, la fascia pélvica visceral y los uréteres.
- Posteriormente el canal anal, el recto y el fondo de saco rectouterino.

### **Vasculatura de la vagina:**

Para hablar de la vasculatura vaginal dividimos está en dos porciones:

- Porción superior: a través de las arterias uterinas.
- Porción media e inferior: a través de las arterias vaginales que derivan de la arteria rectal media y de la arteria pudenda interna.

Las venas forman los plexos venosos vaginales a lo largo de las caras laterales de la vagina y dentro de la mucosa vaginal, estas comunican con los plexos venosos vesical, uterino y rectal y drenan en las venas ilíacas internas.

### **Vasos linfáticos:**

- Porción superior: en los ganglios linfáticos ilíacos internos y externos.
- Porción media: en los ganglios linfáticos ilíacos internos.
- Porción inferior en los ganglios linfáticos sacros, ilíacos comunes y ganglios inguinales superficiales.

### **Inervación:**

Tenemos que los nervios de la mayor parte de la vagina derivan del plexo uterovaginal situado con la arteria uterina entre las capas del ligamento ancho del útero. El plexo uterovaginal es una extensión del plexo hipogástrico inferior. Sólo del 20% al 25%

inferior de la vagina es somático en términos de inervación. La inervación de esta porción inferior proviene de la rama perineal profunda del nervio pudendo. Sólo esta parte de la vagina con inervación somática simpática es sensible al tacto y la temperatura. (pp. 1-2)

### **Útero o matriz:**

Según la información aportada por Reiriz, J. (2007) el útero es un órgano muscular hueco con forma de pera que constituye parte del camino que siguen los espermatozoides depositados en la vagina hasta alcanzar las trompas de Falopio. Tiene unos 7-8 cm. de longitud, 5 - 7 cm. de ancho y 2 - 3 cm. de espesor ya que sus paredes son gruesas. Su tamaño es mayor después de embarazos recientes y más pequeño cuando los niveles hormonales son bajos como sucede en la menopausia. Está situado entre la vejiga de la orina por delante y el recto por detrás y consiste en dos porciones: los 2/3 superiores constituyen el cuerpo y el 1/3 inferior, el cuello o cérvix que protruye al interior de la parte superior de la vagina y en donde se encuentra el orificio uterino por el que se comunica el interior del útero con la vagina. La porción superior redondeada del cuerpo se llama fondo del útero y a los extremos del mismo o cuernos del útero se unen las trompas de Falopio, cuyas cavidades quedan así comunicadas con el interior del útero. Varios ligamentos mantienen al útero en posición. La pared del cuerpo del útero tiene tres capas:

- una capa externa serosa o perimetrio
- una capa media muscular (constituida por músculo liso) o miometrio
- una capa interna mucosa (con un epitelio simple columnar ciliado) o endometrio, en donde se implanta el huevo fecundado y es la capa uterina que se expulsa, casi en su totalidad, durante la menstruación.

Las células secretoras de la mucosa del cuello uterino producen una secreción llamada moco cervical, mezcla de agua, glucoproteínas, lípidos, enzimas y sales inorgánicas. A

lo largo de sus años reproductores, las mujeres secretan de 20-60 ml de este líquido cada día que es menos viscoso y más alcalino durante el tiempo de la ovulación, favoreciendo así el paso de los espermatozoides a los que aporta nutrientes y protege de los fagocitos y del ambiente hostil de la vagina y del útero. Parece, además, que podría tener un papel en el proceso de capacitación de los espermatozoides. Durante el resto del tiempo, es más viscoso y forma un tapón cervical que impide físicamente el paso de los espermatozoides. (pp. 4 - 5)

Otros autores agregan que es un órgano muscular hueco que se compone de cuerpo y cuello uterino, separados entre sí por un ligero estrechamiento que constituye el istmo uterino. El cérvix o cuello uterino presenta una porción supravaginal (2/3) y una porción intravaginal (1/3) denominada hocico de tenca, que muestra en su superficie el orificio cervical externo con un labio anterior y otro posterior. Este orificio constituye un extremo del conducto del cuello uterino, abierto por el otro lado en la cavidad uterina. El cuerpo uterino tiene forma aplanada y triangular y en sus dos extremos laterales superiores se abren las trompas de Falopio. Está formado por tres capas: el endometrio, que es la capa mucosa interna, el miometrio, que es la capa de músculo liso y el perimetrio o cubierta peritoneal que se refleja a nivel del istmo para cubrir la cara superior de la vejiga, formando el espacio útero vesical y por la pared posterior recubre el cuerpo uterino y la porción superior del cérvix extendiéndose hasta el recto, formando el espacio rectouterino o fondo de saco de Douglas. (Parrondo, Pérez & Álvarez, 2009, p. 19)

La doctora castillo (2011) lo divide en dos porciones principales:

**El cuerpo:**

Forma los dos tercios superiores y tiene dos porciones,

- El fondo: la porción redondeada del cuerpo situada por encima de los orificios de las trompas uterinas.
- El istmo: la región del cuerpo relativamente contraída inmediatamente por encima del cuello uterino.

### **El cuello:**

La porción inferior estrecha que protruye en la parte superior de la vagina. El cuerpo del útero está situado entre las capas del ligamento ancho y es libremente móvil. Tiene dos caras, la vesical y la intestinal. Los cuernos uterinos son las regiones superolaterales donde entran las trompas uterinas. El cuello del útero está dividido en las porciones vaginal y supravaginal, esta última está separada de la vejiga por tejido conectivo laxo y del recto posteriormente por el fondo de saco rectouterino. El ligamento del ovario se fija al útero posteriormente a la unión uterotubárica. El ligamento redondo del útero se fija anteroinferiormente a esta unión.

Según este informe consultado tenemos que los principales soportes del útero son la fascia pélvica y la vejiga urinaria. El cuello uterino es la porción menos móvil del útero porque se mantiene en posición por ligamentos que son condensaciones de la fascia endopélvica:

- Ligamentos cervicales transversos: desde el cuello uterino y las porciones laterales del fondo de saco hasta las paredes laterales de la pelvis.
- Ligamentos rectoureterinos: pasan por encima y ligeramente detrás de las caras laterales del cuello del útero hacia el centro del sacro, son palpables en el examen rectal.
- El ligamento ancho del útero: es una doble capa de peritoneo que se extiende desde las caras laterales del útero hasta las paredes laterales y el suelo de la pelvis, ayuda a mantener el útero relativamente centrado en la pelvis, pero contiene sobre todo los ovarios, las trompas uterinas y la vasculatura que las

irriga. Las dos capas del ligamento se continúan entre sí en un borde libre que rodea a la trompa uterina. Lateralmente, el peritoneo del ligamento ancho se prolonga superiormente sobre los vasos ováricos como el ligamento suspensorio del ovario. La porción del ligamento ancho por la cual se suspende el ovario es el mesovario, la porción del ligamento ancho que forma el mesenterio de la trompa uterina es el mesosálpinx y la principal porción del ligamento ancho o mesometrio está por debajo del mesosálpinx y el mesovario.

El peritoneo cubre al útero por delante y por encima, excepto por la porción vaginal del cuello uterino. El peritoneo se repliega anteriormente del útero sobre la vejiga y posteriormente sobre la porción posterior del fondo de saco vaginal sobre el recto. El cuerpo uterino inferior (istmo) y el cuello se sitúan en contacto directo con la vejiga sin peritoneo interpuesto. Posteriormente, el cuerpo y la porción supravaginal del cuello uterino están separados del colon sigmoideo por una capa de peritoneo y la cavidad peritoneal u del recto por el fondo de saco rectouterino.

### **Vasculatura**

La irrigación deriva principalmente de las arterias uterinas (rama de la división anterior de la iliaca interna). Las venas uterinas discurren en el ligamento ancho, drenando en el plexo venoso uterino a cada lado del útero y la vagina, y estas venas a su vez drenan en las venas ilíacas internas.

### **Linfáticos**

- Fondo uterino: la mayoría pasan a los ganglios linfáticos lumbares, algunos a los ganglios linfáticos ilíacos externos o discurren a lo largo del ligamento redondo del útero hasta los ganglios linfáticos inguinales superficiales.

- Cuerpo uterino: pasan dentro del ligamento ancho hasta los ganglios linfáticos ilíacos externos.
- Cuello uterino: pasan hacia los ganglios linfáticos ilíacos internos y sacros.

### **Inervación**

Proviene principalmente del plexo uterovaginal que se extiende hasta las vísceras pelvianas desde el plexo hipogástrico inferior. Fibras simpáticas, parasimpáticos y aferentes viscerales pasan a través de este plexo.

- Inervación simpática: se origina en la médula espinal torácica inferior y atraviesa los nervios esplácnicos lumbares.
- Inervación parasimpática: se origina en los segmentos medulares S2 a S4 y atraviesa los nervios esplácnicos pélvicos hasta el plexo hipogástrico inferior/uterovaginal. (pp. 3-5)

### **Trompas uterinas**

Se extienden desde los cuernos uterinos y se abren la cavidad peritoneal cerca de los ovarios. Están situadas en el mesosálpinx. Típicamente se extienden en sentido posterolateral hasta las paredes laterales de la pelvis donde ascienden y se arquean sobre los ovarios, aunque la posición de trompas y ovarios es variable durante la vida y los lados derecho e izquierdo son asimétricos a menudo. Cada trompa uterina se divide en cuatro porciones:

**Infundíbulo:** es el extremo distal con forma de embudo que se abre en la cavidad peritoneal a través del orificio abdominal (ostium). Sus prolongaciones digitiformes, las franjas, se extienden sobre la cara medial del ovario.

**Ampolla:** la porción más ancha y más grande, comienza en el extremo medial del infundíbulo.

**Istmo:** la porción de pared gruesa, entra en el cuerno uterino.

La porción uterina: es el segmento intramural corto que atraviesa la pared del útero y se abre a través del orificio uterino en la cavidad uterina. Vascularización: Las ramas tubáricas se originan como ramas terminales que se anastomosan de las arterias uterinas y ováricas. Las venas drenan en las venas ováricas y el plexo venoso uterino. Linfáticos: drenan en los ganglios linfáticos lumbares. Inervación: deriva en parte del plexo ovárico y en parte del plexo uterino. (Castillo, 2011, p. 5)

### **Ovarios**

Castillo (2011) nos dice que tienen forma de almendra, se localizan más comúnmente cerca de las paredes laterales de la pelvis suspendidos por el mesovario (parte del ligamento ancho). El extremo distal del ovario conecta con la pared lateral de la pelvis mediante el ligamento suspensorio del ovario. Este ligamento transporta los vasos, linfáticos y nervios ováricos hacia y desde el ovario, y constituye la porción lateral del mesovario. El ovario también se fija al útero mediante el ligamento propio del ovario, que se extiende dentro del mesovario. El ligamento conecta el extremo proximal uterino del ovario al ángulo lateral del útero, por debajo de la entrada de la trompa uterina.

### **Vasculatura:**

Las arterias ováricas provienen de la aorta abdominal, en el reborde pelviano, las arterias ováricas cruzan sobre los vasos ilíacos externos y entran a los ligamentos suspensorios. La arteria ovárica envía ramas a través del mesovario al ovario y a través del mesosálpinx para irrigar la trompa uterina. Las ramas ováricas y tubáricas se anastomosan con las ováricas y tubáricas de la arteria uterina. Las venas que drenan del ovario forman el plexo pampiniforme de venas cerca del ovario y la trompa uterina. La vena ovárica derecha asciende para entrar en la vena cava inferior y la vena ovárica izquierda drena en la vena renal izquierda. (p. 6)

**FISIOLOGIA DEL UTERO** (Aste Silveira, Chulvis do Val Guimarães, & Borges de Souza, 2009)

### **El útero en la infancia**

El cérvix, aunque en continuidad con el cuerpo uterino, posee individualidad funcional, histológica y patológica.

En el feto a término el cuello uterino es mayor que el cuerpo. El útero de la recién nacida puede presentarse en ligera retroversión o estar rectificado, sin flexión axial. En virtud del funcionamiento de las glándulas cervicales, podemos encontrar el orificio cervical permeable, y hasta incluso constatar la salida de moco transparente a través de él. No es raro encontrar ectopia en el cuello de la recién nacida, el llamado ectropión congénito o eversión, debido a los estrógenos originarios de la madre, por vía placentaria. Estos efectos hormonales desaparecen días después del nacimiento.

El endometrio de la recién nacida es rudimentario, con espesor de 0,2 mm. Las hormonas maternas placentarias pueden, también, actuar en este endometrio, resultando en un pequeño sangrado genital

### **Pubertad y menarquia**

En la pubertad la secreción de las gonadotropinas hipofisarias es estimulada intermitentemente, por la GnRh y modulada por la secreción esteroidea y peptídica del ovario. El estradiol controla la liberación de gonadotropinas hipofisarias a través de mecanismos de retroalimentación negativa y positiva. Los primeros ciclos menstruales, hasta los 15 o 16 años, son generalmente irregulares y anovulatorios. Posteriormente el eje hipotálamo - hipofisario adquiere madurez funcional, determinando ciclos ovulatorios. En la pubertad ocurre mayor desarrollo del cuerpo uterino, las dimensiones del cuello y del cuerpo se vuelven inicialmente equivalentes y, al final de ese periodo, se

establece la configuración uterina con la relación cuerpo/cuello de 2:1. La actividad de los esteroides ováricos promueve modificaciones regulares en el endometrio, más específicamente en los componentes epitelial, estromal y vascular, de tal forma que permite su datación fidedigna. Estas alteraciones fueron descritas por Noyes, Hertig y Rock, en 1950. El ciclo histológico del endometrio puede ser visto en sus dos formas: el estudio de las glándulas endometriales y el estroma subyacente. Los dos tercios del endometrio constituyen la porción cíclica que se renueva cada mes; está dividida en estratos esponjoso y compacto. La decidua basal no sufre proliferación menstrual, pero es a través de ella que el endometrio sufre regeneración después de cada ciclo.

- Fase proliferativa: Fue aceptado que el primer día de la menstruación fuese denominado primer día del ciclo. Se caracteriza por crecimiento mitótico y progresivo de la capa funcional, buscando la implantación del embrión, que se procesa en respuesta a los niveles circulantes crecientes de estrógeno. Después de la menstruación la capa basal está compuesta de glándulas rectas, estrechas y cortas. El estroma es compacto. La principal alteración en esta fase es la modificación glandular. Las glándulas se vuelven largas y tortuosas. Histológicamente, esas glándulas presentan inicialmente un patrón cilíndrico bajo y, posteriormente, en el transcurso de esa fase, presentan patrón pseudo-estratificado. Raramente se observan estructuras vasculares.
- Fase secretora: La ovulación ocurre 14 días antes de la menstruación. Como consecuencia de los niveles de progesterona el endometrio experimenta alteraciones típicas de la fase secretora después del décimo cuarto día. Observamos en la luz glandular productos de secreción eosinofílicos ricos en proteínas. Las glándulas forman vacuolas conteniendo glucógeno, con coloración positiva para el ácido periódico Schiff – (PAS). En el 7º día después de la ovulación la actividad secretora es máxima, estando el endometrio adecuadamente preparado para

implantación del blastocisto. El estroma se modifica con aparición de edema, denominado pseudodecidual. En el periodo de 48 horas antes de la menstruación ocurre invasión de leucocitos, y esta infiltración leucocitaria significa la caída estromal, denotando el inicio de la descamación del endometrio.

- Menstruación: Está caracterizada por la disociación de células estromales debida a la quiebra del esqueleto reticular, a la congestión vascular difusa, al colapso glandular, a las infinitas células inflamatorias y a la hemorragia en el intersticio. Posteriormente hay fragmentación de esa malla reticulínica con necrosis del tejido. Están presentes signos de isquemia en las células del epitelio y en las glándulas, núcleos densos y picnóticos. La decidua o capa funcional es eliminada por descamación. Se observan algunos focos como persistentes corroborando también para la regeneración del endometrio, a partir de la capa basal.

## **Menopausia**

Con la disminución de la secreción ovárica de estrógeno, se observa involución uterina, siendo más acentuada en el cuerpo. Algunas mujeres son asintomáticas, otras experimentan signos y síntomas resultantes de la hipoestrogenemia, tales como: sofocación, alteraciones cutáneas, depresión, irritabilidad y alteración de los trofismos vaginal y uretral. En relación a la unión escamocolumnar, lo más común es la aparición de retracción hacia dentro del canal cervical a esto llamamos reversión. Histológicamente, el epitelio escamoso pierde la estratificación, se vuelve más fino, perdiendo el glucógeno; al colposcopio se observa atrofia que permite la visualización de los capilares subepiteliales y de petequias; el orificio externo tiende a la estenosis, hecho este que puede traer alguna dificultad para los que están iniciándose en la histeroscopia. El histeroscopista más hábil podrá intentar dilatación leve utilizando instrumental adecuado o, hasta incluso, efectuar sedación de la paciente. En ocasiones se

tiene que someter a la paciente a la reposición estrogénica tópica previa a la realización del examen.

En síntesis, el impacto hormonal en el cérvix uterino existe desde la vida intrauterina con repercusiones en su embriogénesis, en el nacimiento, en la época de la menarquia y de la adolescencia, durante el propio ciclo menstrual, en el embarazo, con el uso de anticoncepción hormonal en el climaterio. (pp. 711 - 714)

## **CANCER**

### **Definición De Cáncer**

Según la American Cancer Society (2014) Tenemos que el cuerpo está compuesto por millones de millones de células vivas. Las células normales del cuerpo crecen, se dividen para crear nuevas células y mueren de manera ordenada. Durante los primeros años de vida de una persona, las células normales se dividen más rápidamente para permitir el crecimiento. Una vez que se llega a la edad adulta, la mayoría de las células sólo se dividen para remplazar a las células desgastadas o a las que están muriendo y para reparar lesiones.

El cáncer se origina cuando las células en alguna parte del cuerpo comienzan a crecer de manera descontrolada. Existen muchos tipos de cáncer, pero todos comienzan debido al crecimiento sin control de unas células anormales.

El crecimiento de las células cancerosas es diferente al crecimiento de las células normales. En lugar de morir, las células cancerosas continúan creciendo y forman nuevas células anormales. En la mayoría de los casos, las células cancerosas forman un tumor. Las células cancerosas pueden también invadir o propagarse a otros tejidos, algo que las células normales no pueden hacer. El hecho de que crezcan sin control e invadan otros tejidos es lo que hace que una célula sea cancerosa.

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 la alteración o muere. Por el contrario, en las

células cancerosas el ADN alterado 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 alterado que tuvo la primera célula anormal.

Las personas pueden heredar un ADN alterado, pero con más frecuencia 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.

Las células cancerosas a menudo se trasladan a otras partes del organismo donde comienzan a crecer y a formar nuevos tumores que reemplazan al tejido normal. A este proceso se le conoce como metástasis. Ocurre cuando las células cancerosas entran al torrente sanguíneo o a los vasos linfáticos de nuestro organismo.

Independientemente del lugar hacia el cual se propague el cáncer, siempre se le da el nombre (y se trata) según el lugar donde se originó. Por ejemplo, el cáncer de seno que se extiende al hígado sigue siendo cáncer de seno, y no cáncer de hígado. Asimismo, el cáncer de seno que se extendió a los huesos sigue siendo cáncer de seno, y no cáncer de huesos.

Los diferentes tipos de cáncer se pueden comportar de manera muy distinta. Cada tipo de cáncer crece a velocidad distinta y responde a distintos tratamientos. Por esta razón, las personas con cáncer necesitan un tratamiento que sea específico para el tipo particular de cáncer que les afecta.

No todos los tumores son cancerosos. A los tumores que no son cancerosos se les llama tumores benignos. Los tumores benignos pueden causar problemas, ya que pueden crecer mucho y ocasionar presión en los tejidos y órganos sanos. Sin embargo, estos tumores no pueden crecer (invadir) hacia otros tejidos. Debido a que no pueden invadir otros tejidos, tampoco se pueden propagar a otras partes del cuerpo (hacer metástasis). Estos tumores casi nunca ponen en riesgo la vida de una persona. (pp. 1 - 2).

## **Definición de cáncer de cérvix**

Según Amorocho & Arturo (2000) El cáncer de Cérvix Uterino no es enfermedad nueva. Se había reconocido 2.500 años antes de Cristo como "una molestia femenina" y algunas recetas se prescribían para combatirla. Corresponde a la mitad de los cánceres que afectan al sistema reproductivo femenino, incluyendo Mama y una tercera parte de los tumores que se presentan en mujeres. (p. 196)

Según Santana, Estéves, & Gómez (2007) otro de los autores consultados encontramos que las neoplasias malignas del aparato reproductor femenino tienen, desde el punto de vista histológico, orígenes y comportamientos de acuerdo con los sitios anatómicos establecidos mundialmente por el comité internacional contra el cáncer (VICC). El cáncer de cuello de útero es uno de los más comunes en la mujer; su mayor incidencia ocurre entre la cuarta y quinta décadas de la vida, y existen en su origen factores de riesgo que favorecen la iniciación del mismo, tales como: las relaciones sexuales antes de los dieciocho años, el hábito de fumar, varias parejas sexuales y la falta de protección sexual. Se ha demostrado que el virus del papiloma humano (HPV) constituye un factor causal importante, y que participa en la iniciación y progresión de la enfermedad; existen más de 100 subtipos virales de HPV, pero el 16 y el 18 provocan el 70 % del cáncer cervical. El cáncer de cuello es uno de los pocos que presenta una etapa premaligna bien definida, llamada displasia, que va desde leve(I) a moderada(II) y severa(III); si estas son tratadas adecuadamente, puede evitarse el mismo. Además, existen pruebas sencillas para su detección precoz, como la prueba citológica vaginal, de bajo costo y alta eficacia. (p. 2)

Según (World Health Organization. Cáncer, 2014) Citado por Beramendi,J. (2017) El cáncer de cérvix incluye las neoplasias malignas que se desarrollan en la porción fibromuscular inferior del útero que se proyecta dentro de la vagina. Por lo cual Beramendi resalta que antes de la aparición del cáncer de cérvix las células atraviesan

cambios conocidos como displasia, en los cuales las células que no son normales empiezan a aparecer en forma desordenada, autónoma y diseminándose al cuello uterino y las áreas circundantes así mismo invade el tejido subyacente y produce la metástasis a distancia. El cáncer cervical o de cérvix uterino es el segundo tipo de cáncer más común en mujeres. (p.17)

Montes (2009) Define el cáncer de cérvix como una neoplasia maligna con alteraciones de la relación núcleo-citoplasma, generalmente se desarrolla lentamente con el transcurso del tiempo. (p. 8)

Oliva (2016) Nos dice que el cáncer de cuello uterino y las lesiones pre malignas se comportan como una enfermedad de transmisión sexual, asociada especialmente a la infección por el virus del papiloma humano (VPH), aunque existe cierta susceptibilidad genética entre las mujeres con presencia simultánea de HLA-B\*07 y HLA- B\*0302, pero con disminución del riesgo entre quienes tienen HLA-DRB1\*1301, siendo este un factor genético predisponente. (p. 17)

Según la American Cancer Society (2016), el cáncer de cuello uterino o cáncer cervical se origina en las células que revisten el cuello uterino, la parte inferior del útero (matriz). Algunas veces se le llama cérvix uterino. El feto crece en el cuerpo del útero (la parte superior). El cuello uterino conecta el cuerpo del útero con la vagina (el canal por donde nace el bebé). La parte del cuello uterino más cercana al cuerpo del útero se llama endocérvix. La parte próxima a la vagina, es el exocérvix (o ectocérvix). Los dos tipos principales de células que cubren el cuello del útero son las células escamosas (en el exocérvix) y las células glandulares (en el endocérvix). Estos dos tipos de células se encuentran en un lugar llamado zona de transformación. La ubicación exacta de la zona de transformación cambia a medida que envejece y si da a luz. La mayoría de los cánceres de cuello uterino se originan en las células de la zona de transformación. Estas células no se tornan en cáncer de repente, sino que las células normales del cuello

uterino primero se transforman gradualmente con cambios precancerosos, los cuales se convierten en cáncer. Los doctores usan varios términos para describir estos cambios precancerosos, incluyendo neoplasia intraepitelial cervical (CIN, por sus siglas en inglés), lesión intraepitelial escamosa (SIL) y displasia. (párr. 2 - 3)

Para el instituto nacional de enfermedades neoplásicas (INEN) en su Guía de practica clínica de enfermedades neoplásicas (2013) nos dice que el cáncer de cérvix comprende todo el espectro de lesiones escamosas, glandulares y su contraparte intra – epitelial que se originan principalmente en la zona de trasformación del epitelio del cuello del útero. (p. 1)

ESSALUD en su Guía de práctica clínica de cáncer de cuello uterino (2011) lo define como: Neoplasia maligna que se origina en el cuello uterino o cérvix, con capacidad de invasión de estructuras vecinas y metástasis a distancia. Su origen puede ser exocervical o endocervica. (p. 15)

Una revista oncológica de Barcelona de Diestro, Serrano & Gómez (2007) nos dice que el carcinoma invasor de cuello uterino afecta a mujeres relativamente jóvenes, y su origen inicial es una enfermedad de transmisión sexual causada por el VPH. El virus utiliza el epitelio escamoso para su síntesis e integración celular, originándose una respuesta inmune. Básicamente los virus de bajo riesgo originan lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado (LSIL), mientras que los de alto riesgo pueden producir lesiones de alto grado (HSIL) y, en último término, transformación neoplásica de la unión escamocolumnar (p. 3)

### **Epidemiología del cáncer de cérvix**

Cáncer de cérvix es la causa más común de las muertes por cáncer entre las mujeres en los países en vías de desarrollo, a pesar de su carácter prevenible.

En el sur de Asia y en América Latina la prevalencia de cáncer de cérvix, ha declinado levemente durante las dos últimas décadas, pero la incidencia y mortalidad han continuado en aumento.

Según la OMS a nivel mundial, el cáncer de cérvix es el cuarto cáncer más frecuente en la mujer. Se calcula que en 2012 hubo 530 000 nuevos casos, que representaron el 7,5% de la mortalidad femenina por cáncer. De las aproximadamente 270 000 defunciones por CCU que se registran cada año, más del 85% se producen en los países en desarrollo.

En los países desarrollados, se han puesto en marcha programas que permiten que las mujeres se sometan a pruebas de detección de la mayor parte de las lesiones precancerosas en fases en que todavía pueden tratarse fácilmente. En esos países el tratamiento precoz previene hasta el 80% de los casos de CCU.

En los países en desarrollo, el escaso acceso a pruebas de detección eficaces significa que, con frecuencia, la enfermedad no se detecta hasta las fases más avanzadas, cuando aparecen los síntomas. Además, las perspectivas de tratamiento de la enfermedad en una fase tan avanzada no siempre son buenas, por lo que en estos países la tasa de mortalidad por cáncer de cérvix es más alta.

La elevada tasa de mortalidad mundial por CCU (52%) podría reducirse con programas de detección y tratamiento eficaces. (Organización Mundial de la Salud, 2015)

### **El cáncer de cérvix en el Perú**

Según la información recopilada de Montes (2009) consultada en el año 2005 fallecieron en el Perú 32.000 personas por cáncer (88 muertes al día). De cada cinco muertes una se debe al cáncer. Las proyecciones indican que en nuestro país las muertes por cáncer representarán una de cada cuatro defunciones hacia el año 2030. Solo un tercio de la población con cáncer puede acceder a una forma de tratamiento. El Cáncer de Cérvix

tiene tres veces más de probabilidad de morir en las mujeres pobres. De esto concluimos que, en el Perú, el cáncer de cérvix constituye la principal causa de muerte por cáncer entre las mujeres. La tasa estimada de incidencia del cáncer de cérvix es de 48,2 por 100.000 y la tasa estimada de mortalidad es de 24,6 por 100.000. El cáncer de cérvix constituye una prioridad nacional y hace ya más de 30 años que existen servicios de tamizaje, (p. 9)

Según el Ministerio de Salud en su guía de práctica clínica para la prevención y manejo del cáncer de cuello uterino en el Perú (2017) En el Perú, cada 5 horas muere una mujer por cáncer cervical. El Centro de Información de VPH y Cáncer del Institut Català d'Oncologia, que recopiló datos epidemiológicos sobre VPH y cáncer en el 2016, realizó un reporte sobre el cáncer de cuello uterino en el Perú en base a la información disponible en Globocan. Se estima que en el 2012 hubo 4636 casos y 1715 muertes por cáncer de cuello uterino. En el 2012, la incidencia cruda anual por 100,000 habitantes fue de 31.3. (pp. 12 - 13)

Actualmente existen en el Perú programas de cáncer, conocidos como estrategias, esto con el fin de que el cáncer de cérvix se logre detectar a tiempo y deje de ser un problema de salud pública.

### **Factores de riesgo del cáncer de cérvix.**

Podemos llegar a entender como factor de riesgo a cualquier situación que pueda aumentar las probabilidades de que una persona pueda contraer o desarrollar una enfermedad. En el caso de los diferentes tipos de cáncer, cada uno tiene diferentes factores de riesgo. Dando como un ejemplo, la exposición sin protección a los rayos solares el cual es un factor de riesgo para el cáncer de piel.

Entre los factores de riesgo señalados en varios estudios podemos recalcar los siguientes:

Según la American Cancer Society del año (2014) tenemos:

### **Infección por el virus del papiloma humano**

El factor de riesgo más importante para el cáncer de cuello uterino es la infección con el virus del papiloma humano (VPH o HPV, por sus siglas en inglés). El VPH es un grupo de más de 150 virus relacionados, algunos de los cuales causan un tipo de crecimiento llamado papilomas, lo que se conoce más comúnmente como verrugas.

El VPH puede infectar a las células de la superficie de la piel, y aquellas que revisten los genitales, el ano, la boca y la garganta, pero no puede infectar la sangre o los órganos internos como el corazón o los pulmones.

El VPH se puede transmitir de una persona a otra durante el contacto con la piel. Una forma en la que el VPH se transmite es mediante el sexo, incluyendo el sexo vaginal, anal y hasta oral.

Los diferentes tipos de VPH causan verrugas en diferentes partes del cuerpo. Algunos tipos causan verrugas comunes en las manos y los pies; otros tipos tienden a causar verrugas en los labios o la lengua.

Ciertos tipos de VPH pueden causar verrugas en o alrededor de los órganos genitales femeninos y masculinos, así como en el área del ano. A estos tipos se les llama VPH de bajo riesgo porque rara vez están asociados con el cáncer.

A otros tipos de VPH se les llama tipos de alto riesgo porque están fuertemente vinculados con cánceres, incluyendo cáncer de cuello uterino, vulva y vagina en mujeres, cáncer de pene en los hombres, y cáncer de ano, boca y garganta tanto en hombres como en mujeres.

Los médicos creen que una mujer tiene que estar infectada con VPH para desarrollar cáncer de cuello uterino. Aunque esto puede resultar de una infección con cualquier tipo de alto riesgo, alrededor de dos tercios de todos los cánceres de cuello uterino son causados por VPH 16 y 18. (p.6)

### **Tabaquismo**

Cuando alguien fuma, tanto el fumador como las personas que le rodean están expuestos a muchas sustancias químicas cancerígenas que afectan otros órganos, además de los pulmones. Estas sustancias dañinas son absorbidas a través de los pulmones y conducidas al torrente sanguíneo por todo el cuerpo. Las fumadoras tienen aproximadamente el doble de probabilidades respecto a las no fumadoras de padecer cáncer de cuello uterino. Se han detectado subproductos del tabaco en la mucosidad cervical de mujeres fumadoras. Los investigadores creen que estas sustancias dañan el ADN de las células en el cuello uterino y pueden contribuir al origen del cáncer de cuello uterino. Además, fumar hace que el sistema inmunológico sea menos eficaz en combatir las infecciones con VPH. (p.7)

### **Inmunosupresión**

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH o HIV, en inglés), el virus que causa el SIDA (AIDS), causa daño al sistema inmunológico y ocasiona que las mujeres estén en un mayor riesgo de infecciones con VPH. Esto podría explicar por qué las mujeres con SIDA (AIDS) tienen un mayor riesgo de cáncer de cuello uterino. El sistema inmunológico es importante para destruir las células cancerosas, así como para retardar su crecimiento y extensión. En las mujeres infectadas con VIH, un precáncer de cuello uterino puede transformarse en un cáncer invasivo con mayor rapidez de la normal. Otro grupo de mujeres en riesgo de cáncer de cuello uterino son aquellas que reciben

medicamentos para suprimir sus respuestas inmunes, como aquellas mujeres que reciben tratamiento para una enfermedad autoinmune (en la cual el sistema inmunológico ve a los propios tejidos del cuerpo como extraños, atacándolos como haría en el caso de un germen) o aquellas que han tenido un trasplante de órgano. (p.7)

### **Infección con clamidia**

La clamidia es una clase relativamente común de bacteria que puede infectar el sistema reproductor. Se transmite mediante el contacto sexual. La infección con clamidia puede causar inflamación de la pelvis que puede conducir a la infertilidad. Algunos estudios han indicado que las mujeres cuyos resultados de análisis de sangre muestran evidencia de una infección pasada o actual con clamidia tienen mayor riesgo de cáncer de cuello uterino que las mujeres con un análisis de sangre normal. A menudo, las mujeres que están infectadas con clamidia no presentan síntomas. De hecho, puede que no sepan que están infectadas a menos que se les practique un examen de clamidia durante un examen pélvico. (p.7)

### **Una alimentación con pocas frutas y verduras**

Las mujeres con una alimentación que no incluya suficientes frutas, ensaladas y verduras pueden tener un mayor riesgo de cáncer de cuello uterino. (p.7)

### **Tener sobrepeso**

Las mujeres que tienen sobrepeso tienen una mayor probabilidad de padecer adenocarcinoma del cuello uterino. (p.7)

### **Uso prolongado de anticonceptivos orales (píldoras para el control de la natalidad)**

Existe evidencia de que el uso de píldoras anticonceptivas por períodos prolongados aumenta el riesgo de cáncer de cuello uterino. La investigación sugiere que el riesgo de

cáncer de cuello uterino aumenta mientras más tiempo una mujer tome las píldoras, pero el riesgo se reduce nuevamente después de suspender las píldoras. En un estudio, el riesgo de cáncer de cuello uterino se duplicó en las mujeres que tomaron píldoras anticonceptivas por más de 5 años, pero el riesgo regresó a lo normal después de 10 años de haber dejado de tomarlas.

La Sociedad Americana Contra El Cáncer opina que una mujer y su médico deben considerar si los beneficios de usar píldoras anticonceptivas superan los riesgos potenciales. Una mujer con múltiples parejas sexuales, independientemente de que use otro tipo de contraceptivo, debe usar condones (preservativos) para reducir el riesgo de enfermedades de transmisión sexual. (p.8)

### **Uso de un dispositivo intrauterino**

Un estudio reciente encontró que las mujeres que en algún momento han usado un dispositivo intrauterino tenían un menor riesgo de cáncer de cuello uterino. El efecto en el riesgo se observó incluso en mujeres que tuvieron un dispositivo intrauterino por menos de un año, y el efecto protector permaneció después que los dispositivos fueron removidos.

El uso de un dispositivo intrauterino también podría reducir el riesgo de cáncer de endometrio (uterino). Sin embargo, los dispositivos intrauterinos presentan algunos riesgos. Una mujer interesada en el uso de un dispositivo intrauterino debe primero hablar con su médico sobre los posibles riesgos y beneficios. Además, una mujer con múltiples parejas sexuales, independientemente de qué otro tipo de contraceptivo use, debe usar condones para reducir el riesgo de enfermedades de transmisión sexual. (p.8)

### **Tener muchos embarazos a término**

Las mujeres que han tenido tres o más embarazos a término (completos) tienen un riesgo aumentado de padecer cáncer de cuello uterino. Nadie sabe realmente la razón de esto. Una teoría consiste en que estas mujeres pudieron haber tenido relaciones sexuales (coito) sin protección para quedar embarazadas, por lo que pudieron haber estado más expuestas al VPH. Además, algunos estudios han indicado que los cambios hormonales durante el embarazo podrían causar que las mujeres sean más susceptibles a infección con VPH o crecimiento tumoral. También se cree que las mujeres embarazadas podrían tener sistemas inmunológicos más débiles, lo que permite la infección con VPH y crecimiento tumoral. (p.8)

### **Tener menos de 17 años en el primer embarazo a término**

Las mujeres que tuvieron su primer embarazo a término a la edad de 17 años o menos son casi dos veces más propensas a llegar a tener cáncer de cuello uterino posteriormente en la vida que las que tuvieron su primer embarazo a los 25 años o después. (p.9)

### **Pobreza**

La pobreza es también un factor de riesgo para el cáncer de cuello uterino. Muchas mujeres con bajos ingresos no tienen acceso fácil a servicios adecuados de atención a la salud, incluyendo las pruebas de Papanicolaou. Esto significa que es posible que no se hagan las pruebas de detección ni reciban tratamiento para precánceres de cuello uterino. (p.9)

### **Dietilestilbestrol (DES)**

El dietilestilbestrol (DES) es un medicamento hormonal que se administraba a algunas mujeres para prevenir el aborto espontáneo entre 1940 y 1971. Las mujeres cuyas madres tomaron DES (cuando estaban embarazadas de ellas) padecen de

adenocarcinoma de células claras de la vagina o del cuello uterino con más frecuencia de lo que normalmente se esperaría. Este tipo de cáncer se presenta muy rara vez en mujeres que no hayan sido expuestas al DES. Existe alrededor de un caso de este tipo de cáncer en cada 1,000 mujeres cuyas madres tomaron DES durante el embarazo. Esto significa que aproximadamente 99.9% de las "hijas del DES" no padecen de estos cánceres.

El adenocarcinoma de células claras relacionado con DES es más común en la vagina que en el cuello uterino. El riesgo parece ser mayor en mujeres cuyas madres tomaron el medicamento durante sus primeras 16 semanas de embarazo. La edad promedio de las mujeres al momento del diagnóstico de adenocarcinoma de células claras relacionado con el DES es 19 años. Como la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. (FDA) prohibió en 1971 el uso de DES durante el embarazo, hasta las hijas más jóvenes de madres que tomaron DES son mayores de 35 años - pasada la edad de mayor riesgo. Aun así, no hay una edad límite en la que estas mujeres estén a salvo de desarrollar cáncer relacionado con DES. Los médicos no saben con exactitud cuánto tiempo estas mujeres estarán en riesgo.

Las hijas del DES también pudieran tener un riesgo aumentado de cánceres de células escamosas y precánceres de cuello uterino asociados con el VPH. (p. 9)

### **Antecedente familiar de cáncer de cuello uterino**

El cáncer de cuello uterino puede presentarse con mayor frecuencia en algunas familias. Si su madre o hermana tuvieron cáncer de cuello uterino, sus probabilidades de padecer esta enfermedad aumentan de dos a tres veces en comparación a si nadie en la familia lo hubiera padecido. Algunos investigadores sospechan que algunos casos de esta tendencia familiar son causados por una condición hereditaria que hace que algunas mujeres sean menos capaces de luchar contra la infección con VPH que otras. En otros casos, una mujer de la misma familia, al igual que una paciente que ha sido

diagnosticada, podría estar más propensa a tener uno o más de los otros factores de riesgo no genéticos descritos anteriormente en esta sección. (p.10)

### **Cuadro clínico del cáncer de cérvix.**

En la Guía del MINSA encontramos como síntomas principales según sus etapas:

#### **Infección por el VPH**

Esta es totalmente asintomática, pero puede producir lesiones de bajo grado, que luego la mayoría regresionan.

#### **Lesiones premalignas y cáncer en estadio temprano**

Las lesiones premalignas no producen sintomatología, incluso el cáncer invasor en estadio temprano presenta escasa sintomatología.

#### **Cáncer de cuello uterino en estadio avanzado**

Los síntomas del cáncer de cuello uterino avanzado incluyen:

- Sangrado anormal por la vagina o cambios en el ciclo menstrual que no son explicables.
- Sangrado cuando existe contacto con el cérvix, por ejemplo durante el coito o el uso de diafragma.
- Dolor durante el coito. (Ministerio de salud, 2017, p. 16)

#### **Medios de diagnóstico**

##### **El examen físico**

Al revisarse el cuello uterino no suele presentar anormalidades en las primeras etapas de la enfermedad y sólo cuando ésta ha avanzado puede verse irregular, agrandado, firme o quebradizo. (Montes, 2009, p. 12)

### **Citología oncológica o examen citológico PAP:**

Mediante coloración de Papanicolaou: previa colocación de un espéculo, se efectúa una toma de flujo vaginal o cervical la cual es procesada en un laboratorio de citología y nos puede informar la presencia de células representativas de lesiones intraepiteliales “in situ” Por su sencillez este es el método ideal de screening o detección a grandes poblaciones, con escasa molestia y costo mínimo. (Montes, 2009, p. 12)

### **Colposcopia**

Montes (2009) nos dice que se realiza utilizando una lente de aumento instalada en un aparato, es posible detectar lesiones cervicales con potencial oncológico y su localización exacta para la realización de una biopsia. (p.13)

Según la guía del Ministerio de salud (2017) se puede agregar también que es un procedimiento de diagnóstico en el que un colposcopio (instrumento que emite un haz de luz con varias lentes de aumento) se utiliza para proporcionar una vista ampliada e iluminada del cuello uterino, vagina y vulva. La evaluación colposcópica del cuello uterino y la vagina se basa en el que las lesiones del epitelio malignas y premalignas tienen características macroscópicas específicas relacionadas con contorno, color y patrón vascular, reconocibles por colposcopia. La visualización mejorada de las superficies epiteliales aumenta la capacidad del colposcopista para distinguir lo normal de áreas anormales y obtener biopsias dirigidas de tejido sospechoso. La sensibilidad de la colposcopia tampoco es óptima ya que el diagnóstico colposcópico detecta 70-80% de las lesiones de alto grado. El objetivo principal de la colposcopia es identificar lesiones precancerosas y cancerosas de modo que puedan ser tratadas temprano. (p.20)

Según el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay (2010) tenemos que la colposcopia es un método que consiste en la observación directa del tracto genital inferior mediante un instrumento óptico llamado colposcopio. El colposcopio es un instrumento designado para proveer iluminación y magnificación convenientes, que consiste básicamente en un par de binoculares o serie de lentes fijados a algún tipo de sistema de soporte. (p. 44)

### **Biopsias cervicales**

La biopsia debe necesariamente ser selectiva, y se debe emplear fundamentalmente para la confirmación histopatológica de una citología y/o una colposcopia anormal, lo que al final nos permitirá plantear un tratamiento según los hallazgos. La biopsia puede ser de dos tipos:

#### Exocervical

- Bx dirigida con colposcopia.
- Bx guiada con pinza para biopsia. ·

#### Endocervical

- Raspado del canal sin anestesia.
- Examen fraccionado del canal cervical y la zona correspondiente al OCI.

Siendo los métodos anteriores de detección, el diagnóstico exacto lo da la anatomía patológica y consiste en una mínima escisión cervical con un instrumento adecuado. Esto es realmente muy sencillo y veloz, de contarse con un diagnóstico previo adecuado con los métodos anteriores. (Montes, 2009, p. 13)

### **Biopsia colposcópica**

La American Cancer Society (2014) resalta que para este tipo de biopsia, se examina primero el cuello uterino con un colposcopio para detectar áreas anormales. Se utilizan unas pinzas de biopsia para extirpar una pequeña sección (de aproximadamente 1/8 de pulgada) del área anormal en la superficie del cuello uterino. El procedimiento de biopsia puede causar dolor con calambres leve o dolor de breve duración y es posible que presente posteriormente un ligero sangrado. Algunas veces, se usa un anestésico local para anestesiar el cuello uterino antes de la biopsia. (p. 14)

### **Curetaje endocervical (raspado endocervical)**

Algunas veces, la zona de transformación (el área en riesgo de infección con VPH y precáncer) no se puede ver con el colposcopio y se tiene que hacer un procedimiento adicional para examinar esa área y determinar si hay cáncer. Esto significa hacer un raspado en el endocérnix al insertar un instrumento estrecho (la cureta) en el canal endocervical (la parte del cuello uterino más cercana al útero). La cureta se usa para raspar el interior del canal y extraer algo de tejido que luego se envía al laboratorio para un examen. Después de este procedimiento, las pacientes pueden sentir retorcijones y también pueden presentar algo de sangrado, esto según la American Cancer Society. (2014, p. 14)

### **Biopsia de cono**

Según la American Cancer Society (2014) tenemos que este procedimiento, también conocido como conización, el doctor extrae del cuello uterino un fragmento de tejido en forma de cono. La base del cono está constituida por el exocérnix (la parte externa del cuello uterino), y la punta o ápice del cono está formada por el canal endocervical. El tejido que se extirpa en el cono incluye la zona de transformación (el límite entre el

exocérvix y el endocérvix, donde hay más probabilidad de que los cánceres y los precánceres se originen).

Una biopsia de cono también se puede usar como tratamiento para extirpar por completo muchos precánceres, así como tumores cancerosos en etapas muy tempranas. Realizar una biopsia de cono no evitará que la mayoría de las mujeres queden embarazadas, pero si se les extirpa una gran cantidad de tejido, pueden tener un mayor riesgo de partos prematuros.

Los métodos que se utilizan comúnmente para las biopsias de cono son el procedimiento de escisión electroquirúrgica con asa (LEEP, por sus siglas en inglés), también conocido como escisión con asa grande de la zona de transformación (LLETZ), y la biopsia de cono con bisturí frío.

- **Procedimiento de escisión electroquirúrgica con asa (LEEP, LLETZ):** en este método, se extirpa el tejido con un asa de alambre delgado que se calienta mediante corriente eléctrica y que sirve como escalpelo. Para este procedimiento se emplea anestesia local, y puede llevarse a cabo en el consultorio del médico. Sólo requiere unos 10 minutos. Usted podría presentar calambres ligeros durante el procedimiento y después del procedimiento, y puede presentar sangrado de leve a moderado por varias semanas.

- **Biopsia de cono con bisturí frío:** este método utiliza un bisturí quirúrgico o un láser en lugar de un alambre calentado para extirpar el tejido. Durante la operación, usted recibirá anestesia (ya sea anestesia general, en la que usted está dormida, o anestesia espinal o epidural, en la que se coloca una inyección en el área que rodea la médula espinal para adormecer de la cintura hacia abajo). Este procedimiento se lleva a cabo en un hospital, aunque no se requiere hospitalización. Después del procedimiento, tal vez usted presente calambres y algo de sangrado durante algunas semanas.

Cómo se informan los resultados de la biopsia

A los cambios precancerosos que se encuentran a través de una biopsia se les llama neoplasia intraepitelial cervical (cervical intraepithelial neoplasia, CIN). Algunas veces, se usa el término displasia en lugar de CIN. A la CIN se le asigna un grado del 1 al 3 según la cantidad de tejido del cuello uterino que luzca anormal en un microscopio.

- En la CIN1, no hay mucho tejido que luzca anormal, y se considera el precáncer de cuello uterino menos grave (displasia leve).
- En CIN2 más tejido parece anormal (displasia moderada)
- La mayor parte del tejido se ve anormal en la CIN3. Representa el precáncer más grave (displasia grave) e incluye carcinoma in situ.

Si al realizar una biopsia se encuentra un cáncer, se identificará como carcinoma de células escamosas o adenocarcinoma. (pp. 15 - 16)

#### **IVAA (inspección visual con ácido acético)**

Ovalle et al, (2015) citados en la investigación de Salazar, S. (2016) lo definen como una Prueba no invasiva, fácil de realizarse y de bajo costo que permite identificar la mayoría de lesiones pre cancerosas, mediante la aplicación de una solución de ácido acético al cérvix, con lo cual el examinador observará cambios en las células que cubren el cérvix (células epiteliales) por medio de la reacción “coagulación proteica” o reacción acetoblanca, que indicará signos de anomalías cervicales. (pp.14 - 15)

Otras bibliografías consultadas como la guía del MINSA (2017) podemos agregar que es un examen visual realizado con espéculo, en el que se usa ácido acético al 5% aplicado en el cérvix. Con este procedimiento el epitelio anormal (displásico) se torna blanco y puede ser detectado fácilmente. La sensibilidad del IVAA varía de acuerdo al entrenamiento y práctica y se ha encontrado entre el 70% al 80% para detectar NIC 2 y

lesiones más severas...Existen estudios en el Perú sobre el potencial beneficio del IVAA, especialmente cuando se usa la estrategia “VER Y TRATAR”, usando crioterapia. La inspección visual debe ser realizada por personal de la salud entrenado. (p. 19)

**Clasificación de FIGO del cáncer de cérvix según la world health organization, (2017)**

**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.
- 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. (párr. 1)

<b>Etapa</b>	<b>Descripción</b>
<b>I</b>	Tumor confinado al cuello uterino.
<b>IA</b>	Tumor con invasión diagnosticado por Patología con una profundidad máx. de 5 mm medida desde la capa basal y una extensión horizontal menor o igual a 7 mm
<b>IA1</b>	Invasión estromal menor o igual a 3 mm y extensión horizontal menor o igual a 7 mm.
<b>IA2</b>	Invasión estromal mayor de 3 mm pero menor 5 mm, y extensión horizontal menor o igual a 7 mm.
<b>IB</b>	Tumor clínicamente visible confinado al cérvix o etapas pre-clínicas mayores al estadio IA.
<b>IB1</b>	Lesión clínicamente visible menor o igual a 4cm en su dimensión mayor.
<b>IB2</b>	Lesión clínicamente visible mayor de 4 cm en su dimensión mayor.
<b>II</b>	Tumor que se extiende mas allá del cuello uterino sin llegar a la pared pélvica o el tercio inferior de la vagina.
<b>IIA</b>	Tumor que invade fondos de saco vaginal sin invasión parametrial.
<b>IIA1</b>	Tumor menor de 4 cm.
<b>IIA2</b>	Tumor mayor de 4 cm.
<b>IIB</b>	Tumor con invasión parametrial, sin llegar a la pared pélvica.
<b>III</b>	El tumor se extiende a la pared pélvica y/o involucra el tercio inferior de vagina y/o causa hidronefrosis, riñón excluido o disfunción renal.
<b>IIIA</b>	El tumor involucra el tercio inferior de la vagina y no se extiende a la pared pélvica.
<b>IIIB</b>	El tumor se extiende a la pared pélvica y/o causa hidronefrosis, riñón excluido o disfunción renal.
<b>IV</b>	El tumor se extiende fuera de la pelvis o presente involucro comprobado por biopsia de la mucosa vesical o rectal. El edema buloso no se considera enfermedad metastásica.
<b>IVA</b>	El tumor invade a la mucosa de la vejiga o recto y/o se extiende más allá de la pelvis verdadera.
<b>IVB</b>	Metástasis a distancia.

Figura N°1 Estadificación del cáncer cervicouterino según la FIGO

## **Prevención del cáncer de cérvix.**

### **Las medidas preventivas del cáncer del cuello uterino son las siguientes:**

- Vacuna contra el virus del Papiloma humano: Existen tres tipos de vacunas contra el virus papiloma humano (VPH): La tetravalente y la bivalente que son altamente efectivas para prevenir infecciones por los tipos de VPH16, VPH18, que causan la mayoría de los cánceres cervicales. La vacuna tetravalente también protege contra VPH6, VPH11 que se asocian a verrugas genitales. La tercera vacuna es la nonavalente que incluye protección contra VPH 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, y 58, pero aún no se encuentra disponible en el mercado. La evidencia de los ensayos clínicos, los reportes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Food Drugs Administration (FDA) y los reportes post-licencia han demostrado que estas vacunas tienen un buen perfil de seguridad, no se han registrado efectos secundarios graves causados por las vacunas. Los efectos secundarios presentados son leves, principalmente locales y autolimitados. La NTS N° 080-MINSA/DGIESP-V.04: “Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación” vigente o la que haga sus veces, establece las indicaciones para la vacunación contra el VPH y dispone que para las niñas que inician el esquema de vacunación con 2 dosis de 0.5 cc por vía intramuscular, el intervalo sea 6 meses entre dosis. Las niñas que ya han iniciado vacunación con el esquema anterior (3 dosis) continuarán y completarán el esquema, esto según la guía del Ministerio de salud (2017)( p. 20)

En su investigación agrega que:

- Posponer las relaciones sexuales: esperar hasta una mayor edad para tener relaciones sexuales puede ayudar a evitar el VPH. También ayuda a limitar su número de parejas sexuales y a evitar las relaciones sexuales con alguien que haya tenido muchas otras parejas sexuales. Recuerde que alguien puede tener el VPH por años sin presentar síntomas (no siempre causa verrugas o cualquier otro síntoma). Alguien puede tener el virus y contagiar a otra persona sin saberlo.

- Practicar relaciones sexuales con protección (usando condones) también reduce el riesgo de contraer HPV y otras enfermedades de transmisión sexual. La infección con papiloma virus humano ocasiona verrugas genitales, las cuales pueden ser apenas visibles o de varias pulgadas de ancho. Si una mujer observa verrugas en los genitales de su pareja, debe evitar la relación sexual con esa persona.
- Limitar el número de compañeros sexuales y evitar las parejas que participan en actividades sexuales de alto riesgo.
- No fumar es otra forma importante de reducir el riesgo de pre-cáncer y cáncer del cuello uterino.
- Realizar pruebas de Papanicolaou (citología vaginal) puede ayudar a detectar cambios precancerosos que pueden tratarse antes de que se conviertan en cáncer de cérvix. Estas pruebas son muy efectivas para descubrir tales cambios, pero tienen que hacerse en forma regular.

## **Tratamiento**

Según Alarco (2014) en su investigación resalta que el tratamiento del cáncer de cérvix es complejo y depende de la presencia de factores de riesgo, tipo de cáncer y estadio de desarrollo, entre otros.

- La cirugía tiene la ventaja de un tiempo más corto de tratamiento, conocimiento preciso de la extensión de la enfermedad, exéresis de la lesión primaria, lesión tisular más limitada, potencialmente preserva los ovarios y, en casos especiales, incluso la función reproductiva. Además, la función sexual se verá menos afectada con la cirugía, sobre todo en pacientes jóvenes.
- La radioterapia, sin embargo tiene la capacidad de tratar áreas amplias y zonas de riesgo de afectación microscópica.
- La “Histerectomía Radical” compromete la extirpación del útero con un manguito vaginal y con los tejidos de los parametrios y paracolpos, la linfadenectomía

pélvica también forma parte de la intervención quirúrgica, en cambio, la extirpación anexial no es un componente de la Histerectomía Radical. En pacientes jóvenes en los estadios iniciales, se pueden conservar los ovarios.

En los Estadios: IA1, IA2, IB1, IIA no Bulky, las evidencias indican que tanto la cirugía como la radioterapia radical tienen resultados similares en los primeros estadios. La tendencia general actual es que estos estadios iniciales son subsidiarios del tratamiento quirúrgico, si no hay contraindicación para ello; mientras que la radioterapia radical se reserva para los casos localmente avanzados, en enfermos de edad más avanzada o con patología asociada que contraindique la cirugía por riesgo elevado. En los estadios avanzados se recomienda la radioterapia externa y braquiterapia concomitante con quimioterapia. (p. 18)

Según la guía MINSA (2017) tenemos que existen 2 formas de manejo de lesiones premalignas, que a continuación se detallan, la terapia por ablación (crioterapia y termo coagulación) y la escisión electro quirúrgica con asa de la zona de transformación (LEEP) (p. 23)

### **Ablación**

De acuerdo a Control Integral del cáncer cervicouterino: Guías Prácticas Esenciales de Control Integral del Cáncer Cervical (2016) elaboradas por la OPS-OMS citadas por el Ministerio de Salud (2017) la crioterapia elimina las áreas precancerosas del cuello uterino mediante congelación (un método ablativo). Consiste en aplicar un disco metálico extremadamente frío (criosonda) sobre el cuello uterino y congelar las áreas anormales (junto con áreas normales) cubiertas. Se realiza el superenfriamiento de la criosonda utilizando un tanque con dióxido de carbono (CO2) comprimido o con óxido nitroso (N2O) comprimido. Lleva cerca de 15 minutos, generalmente es bien tolerada y se asocia con un malestar leve solamente. Por consiguiente, se puede realizar sin anestesia. Después de la crioterapia, el área congelada se regenera como epitelio normal.

Las mujeres con resultado positivo en el tamizaje (por ejemplo mediante IVAA o con prueba molecular de VPH positivo) o aquellas a las que se ha confirmado histológicamente una NIC2+ reúnen los requisitos para la crioterapia si toda la lesión y la unión escamoso-cilíndrica son visibles y si la lesión no cubre más de las tres cuartas partes del exocérvix.

Si la lesión se extiende más allá del alcance de la criosonda, o dentro del conducto endocervical, o si la lesión es sospechosa de cáncer invasor se considera que la crioterapia no es una buena alternativa y se recomienda otra forma de tratamiento, incluyendo la posibilidad de cono LEEP.

El tejido cervical tarda un mes en regenerarse y se recomienda seguimiento al mes. Se debe notificar a la paciente que durante ese tiempo puede tener una descarga acuosa profusa y debe evitar el coito hasta que hayan terminado todas las pérdidas o utilizar un condón. La crioterapia debe ser realizada por personal de la salud entrenado en este procedimiento. Existen además otras técnicas de ablación del tejido cervical como el termo coagulación, la cual utiliza electricidad generando temperaturas suficientes para la ablación de las lesiones cervicales. (pp. 23 - 24)

En una manera más simple lo describen como un método que emplea sustancias refrigerantes tales como óxido nitroso o anhídrido carbónico, que alcanzan una temperatura de -100 C, con lo que se produce una necrosis tisular por anoxia, y posterior desprendimiento de la escara. El inconveniente de esta técnica es la imposibilidad de realizar un estudio histológico del área lesionada, pues es totalmente destruida durante el tratamiento, esto según Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay. (2010) (p.120)

### **Escisión electro quirúrgica con asa de la zona de transformación (LEEP)**

La escisión electro quirúrgica con asa es la remoción de las áreas anormales del cuello uterino utilizando un asa hecha de un alambre delgado accionado por una unidad electro quirúrgica. El asa corta y coagula al mismo tiempo, después de lo cual se utiliza un electrodo de bola para completar la coagulación. Mediante la escisión electro quirúrgica con asa se procura extraer la lesión y toda la zona de transformación. El tejido extirpado puede enviarse al laboratorio de histopatología para su examen, lo que permite evaluar el grado de la lesión. Por lo tanto, esta técnica tiene un doble fin: Extraer la lesión (es decir tratar la lesión precancerosa) y producir una muestra para su examen patológico. El procedimiento puede realizarse con anestesia local en forma ambulatoria y lleva generalmente menos de 30 minutos.

Sin embargo, después de la escisión electro quirúrgica con asa la paciente debe permanecer en el establecimiento de salud unas pocas horas para verificar que no haya hemorragia. El LEEP debe ser realizado por médicos entrenados en este procedimiento. (Ministerio de salud, 2017, pp. 23 - 24)

## **EL CONOCIMIENTO**

Según Porto (2008) Para el filósofo griego Platón, el conocimiento es aquello necesariamente verdadero (episteme). En cambio, la creencia y la opinión ignoran la realidad de las cosas, por lo que forman parte del ámbito de lo probable y de lo aparente.

El conocimiento tiene su origen en la percepción sensorial, después llega al entendimiento y concluye finalmente en la razón. Se dice que el conocimiento es una relación entre un sujeto y un objeto. El proceso del conocimiento involucra cuatro elementos: sujeto, objeto, operación y representación interna (el proceso cognoscitivo).

La ciencia considera que, para alcanzar el conocimiento, es necesario seguir un método. El conocimiento científico no sólo debe ser válido y consistente desde el punto de vista lógico, sino que también debe ser probado mediante el método científico o experimental.

La forma sistemática de generar conocimiento tiene dos etapas: la investigación básica, donde se avanza en la teoría; y la investigación aplicada, donde se aplica la información.

Cuando el conocimiento puede ser transmitido de un sujeto a otro mediante una comunicación formal, se habla de conocimiento explícito. En cambio, si el conocimiento es difícil de comunicar y se relaciona a experiencias personales o modelos mentales, se trata de conocimiento implícito. (Párr,1)

## 1.6. DEFINICION DE VARIABLES

### Variable General

- Conocimiento en cáncer de cérvix.

### Variable Interviniente

- Características sociodemográficas

## OPERACIONALIZACION DE VARIABLE

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADOR	ITEMS	ESCALA NOMINAL
<b>Conocimiento en cáncer de cérvix.</b>	El conocimiento es aquello necesariamente verdadero (episteme). En cambio, la creencia y la opinión ignoran la realidad de las cosas, por lo que forman parte del ámbito de lo probable y de lo aparente. (Porto, 2008), en este caso acerca del cáncer de cérvix.	CONCEPTO	Clínico	ITEM 1 ITEM 2 ITEM 3	<b>Bueno</b> 9 - 10
		SINTOMATOLOGÍA	Sangrado Anormal.	ITEM 4	<b>Medio</b> 6 - 8
		FACTORES DE RIESGOS	No realizarse chequeos ginecológicos: PAP	ITEM 5 ITEM 6	<b>Bajo</b> 0 - 5
		FORMA DE DETECCIÓN	PAP Examen citológico IVAA	ITEM 7	
		PREVENCION	No fumar	ITEM 8 ITEM 9 ITEM 10	

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE</b>	<b>DIMENSIONES</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>INDICADOR DE ESCALA</b>
<b>Características Sociodemográficas</b>	Son el conjunto de características biológicas, socioeconómicas culturales, que estén sujetas a la población sujeta a estudio, tomando aquellas que pueden ser medibles.	EDAD	16 – 20 21 – 25 26 – 30 31 a más.	Ordinal
		GRADO DE INSTRUCCIÓN	Primaria Secundaria Superior técnico Superior Universitario	Nominal
		OCUPACION	Estudiante Ama de casa Trabaja remunerado Dependiente Trabajo remunerado independiente	Nominal
		ESTADO CIVIL	Soltera Casada Conviviente Otros	Nominal

## **1.7. HIPÓTESIS**

**H1:** Las mujeres en edad fértil del centro de salud de Bellavista tienen conocimiento sobre el cáncer de cérvix.

## **1.8. OBJETIVOS**

### **1.8.1. Objetivo General**

Determinar el Nivel de Conocimiento sobre el Cáncer de Cérvix en mujeres en edad fértil que acuden al Centro de Salud de Bellavista.

### **1.8.2. Objetivos Específicos**

- Identificar el Nivel de Conocimiento según la edad sobre el Cáncer de Cérvix en mujeres en edad fértil que acuden al Centro de Salud de Bellavista.
- Relacionar el Nivel de Conocimiento según grado de instrucción sobre el Cáncer de Cérvix en mujeres en edad fértil que acuden al Centro de Salud de Bellavista.
- Relacionar el Nivel de Conocimiento según su ocupación sobre el Cáncer de Cérvix en mujeres en edad fértil que acuden al Centro de Salud de Bellavista.
- Relacionar el Nivel de Conocimiento según estado civil sobre el Cáncer de Cérvix en mujeres en edad fértil que acuden al Centro de Salud de Bellavista.

## CAPÍTULO II

### MATERIAL Y MÉTODOS

#### 2.1 Tipo y Diseño de investigación

Es de enfoque cuantitativo; de diseño no experimental: descriptivo, prospectivo de corte trasnversal.

#### 2.2 Población y muestra

##### Población

La población estará constituida por todas las mujeres en edad fértil que acuden al centro de salud de Bellavista. Sullana, equivalente a 80 pacientes.

##### Muestra

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

**N:** es el tamaño de la población.

**$\alpha$ :** es el valor del error 5% = **0.05**

**Z= 1.96**

**p** = probabilidad de éxito= **0.5**.

**q**= probabilidad de fracaso= **0.5**

**n:** es el tamaño de la muestra.

**Reemplazando:**

$$n = \frac{3.84 \times 0.25 \times 80}{79 \times 0.0025 + 3.84 \times 0.25}$$

$$n = \frac{76.8}{1.1575} = 66.34$$

$$n = 66.$$

La muestra estará conformada por un total 66 mujeres en edad fértil que serán encuestadas.

### **Criterios de Inclusión y Exclusión**

#### **Inclusión:**

- Mujeres en edad fértil (16 años en adelante) que acuden al Centro de Salud de Bellavista.
- Mujeres que acepten participar en el estudio.
- Mujeres que han iniciado su vida sexual.

#### **Exclusión:**

- Mujeres con problemas psiquiátricos o desórdenes de la conducta.
- Mujeres que tengan algún tipo de impedimento para expresar sus ideas.
- Mujeres que no acepten participar del estudio.

### 2.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

La técnica que se utilizará para evaluar el conocimiento será la encuesta y el instrumento CUESTIONARIO ELABORADO POR **Salazar Rodriguez Susan Kate** en su tesis “Relación entre el nivel de conocimiento sobre cáncer cervical y la exposición a sus factores de riesgo en usuarias atendidas en los consultorios externos del Instituto Nacional Materno Perinatal, febrero – marzo del 2016”. El cuestionario fue validado mediante un juicio de expertos (6 expertos en el tema), los cuales emitieron sus puntos de vista respecto al instrumento, por lo que se obtuvo concordancia entre los evaluadores ( $p < 0.05$ ). Asimismo, se realizó una prueba piloto, en el cual se obtuvo un coeficiente de KuderRichardson muy confiable, siendo apto a ser aplicado, el cual ha sido modificado para el presente estudio.

El nivel de conocimientos se midió de acuerdo a las respuestas obtenidas; respuesta correcta = 1 puntos y respuesta incorrecta = 0 puntos; el total me dio como resultado en:

Bueno = 9 a 10 puntos

Medio = 6 a 8 puntos

Bajo = 0 a 5 puntos

La presente autora realizó la validación de instrumentos para contrastar la hipótesis se aplicando la prueba de la estadística No Paramétrica del Chi cuadrado el cual es un estadístico de fiabilidad de Alfa de Cronbach de 1.000 alcanzando un Coeficiente alfa  $> .9$  es excelente y también sometió la presente a un juicio de expertos.

## **2.4 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS**

Una vez obtenida la información se procederá a la medición de la variable se utilizará la estadística descriptiva con el promedio aritmético, los porcentajes y las frecuencias absolutas.

## **2.5 PROTECCION DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LOS SUJETOS EN ESTUDIO**

a) Principio de beneficencia: garantía que no sufrirán daño: esto se refiere a que los participantes no serán expuestos a experiencias que les provoque incomodidad, para ello el instrumento será aplicado solo por el investigador.

b) Principio de respeto a la dignidad humana: los participantes tendrán la libertad de participar en forma voluntaria, así como la libertad de retirarse al momento que deseen

c) Consentimiento informado: se les informara que los datos obtenidos serán utilizados en forma confidencial y a la que solo tendrá acceso el investigador. Se incluirá un formulario de consentimiento, la cual documenta la participación voluntaria, después que recibieron una explicación completa sobre la investigación

d) Principio de ética: se respetará la integridad de los participantes sin interrumpir el procedimiento.

## **2.6 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACION**

Finalmente, los resultados fueron presentados en tablas y/o gráficos estadísticos para su análisis e interpretación se considera en el marco teórico. Para ello se empleará el programa SPSS versión 20.

## CAPÍTULO III

### ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

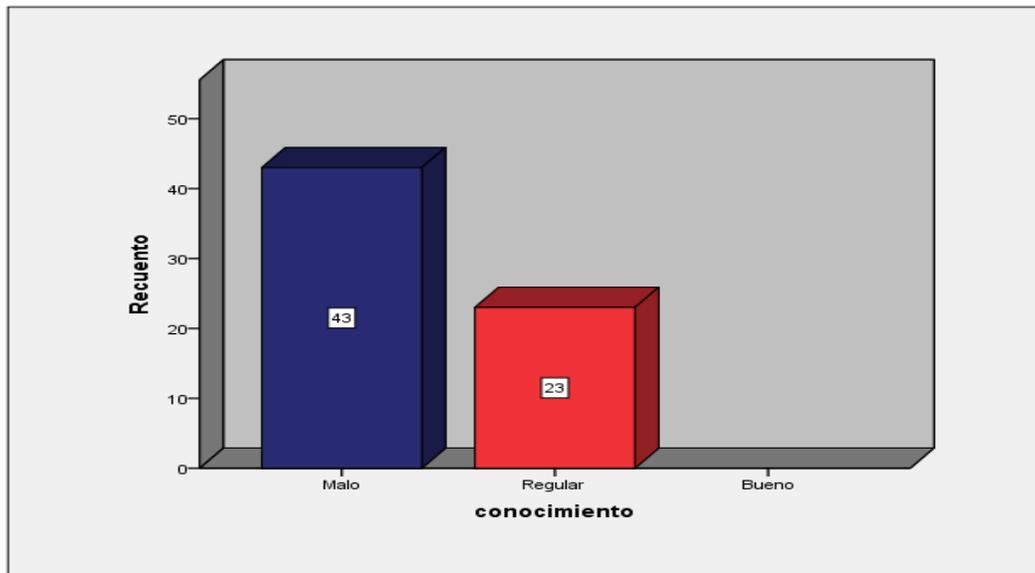
#### 3.1. ANÁLISIS DE RESULTADOS:

Tabla N°1: Nivel de Conocimiento

		Conocimiento			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	43	65,2	65,2	65,2
	Regular	23	34,8	34,8	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

Fuente encuesta de nivel de conocimientos, sobre Cáncer de Cérvix aplicada a las mujeres en edad fértil del Centro de Salud Bellavista. Sullana 2017.

Grafico N°1: Nivel de Conocimiento



**INTERPRETACION:** En el gráfico N° 1 se aprecia que de la población encuestada un 65,2% tiene un bajo nivel de conocimiento seguido de un 34,8% para nivel de conocimiento regular.

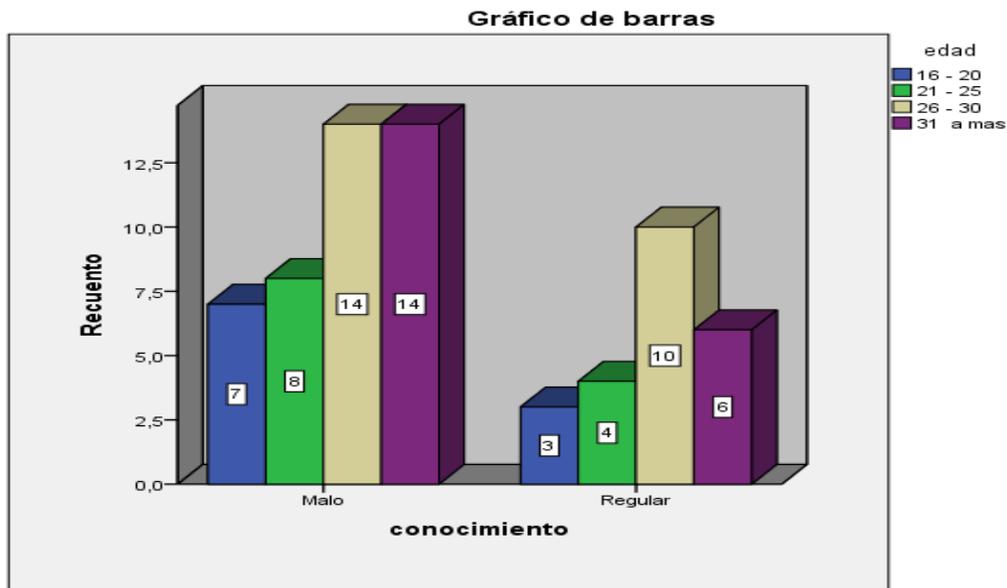
**Tabla N°2 Conocimiento en Relación a la Edad**

**Tabla de contingencia conocimiento \* edad**

		Edad				Total	
		16 - 20	21 - 25	26 - 30	31 a mas		
Conocimiento	Bajo	Recuento	7	8	14	14	43
		% del total	10,6%	12,1%	21,2%	21,2%	65,2%
	Regular	Recuento	3	4	10	6	23
		% del total	4,5%	6,1%	15,2%	9,1%	34,8%
		Recuento	10	12	24	20	66
		% del total	15,2%	18,2%	36,4%	30,3%	100,0%

*Fuente encuesta de nivel de Conocimientos, sobre Cáncer de Cérvix aplicada a las mujeres en edad fértil del Centro de Salud Bellavista. Sullana 2017.*

**Gráfico N°2 Conocimiento en Relación a la Edad**



**INTERPRETACION:** En el gráfico N° 2 se aprecia que según la encuesta aplicada no hay relación del conocimiento con la edad, obteniendo que el nivel de conocimiento bajo lo poseen las mujeres de 26 años a mas con un 42,4%.

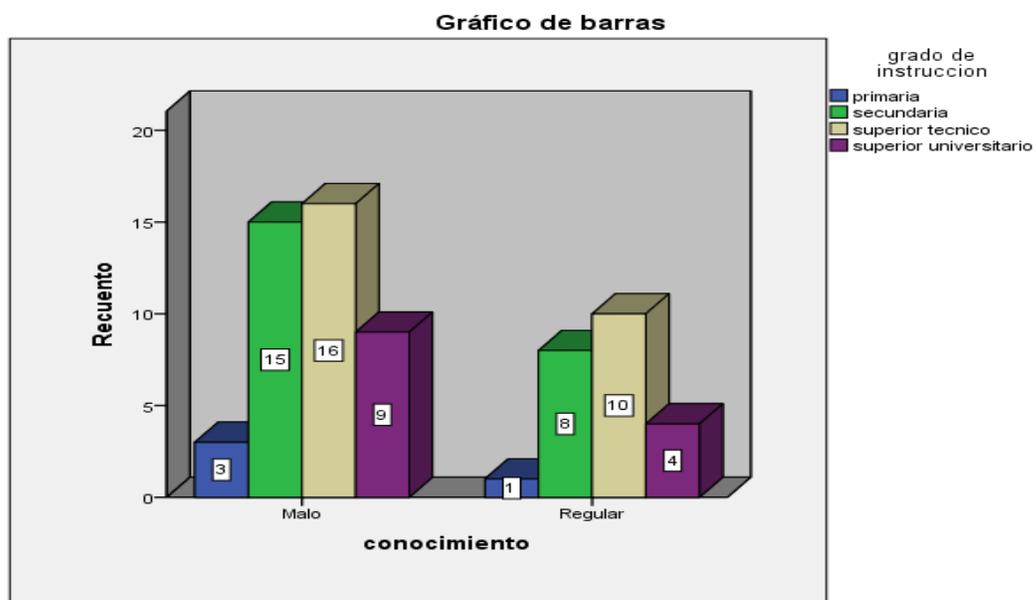
**Tabla N° 3 Conocimiento en relación al Grado de Instrucción**

**Tabla de contingencia conocimiento \* grado de instrucción**

		grado de instrucción				Total	
		Primaria	Secundaria	superior técnico	superior universitario		
Conocimiento	Bajo	Recuento	3	15	16	9	43
		% del total	4,5%	22,7%	24,2%	13,6%	65,2%
	Regular	Recuento	1	8	10	4	23
		% del total	1,5%	12,1%	15,2%	6,1%	34,8%
Total	Recuento	4	23	26	13	66	
	% del total	6,1%	34,8%	39,4%	19,7%	100,0%	

Fuente encuesta de nivel de Conocimientos, sobre Cáncer de Cérvix aplicada a las mujeres en edad fértil del Centro de Salud Bellavista. Sullana 2017.

**Gráfico N° 3 Conocimiento en relación al Grado de Instrucción**



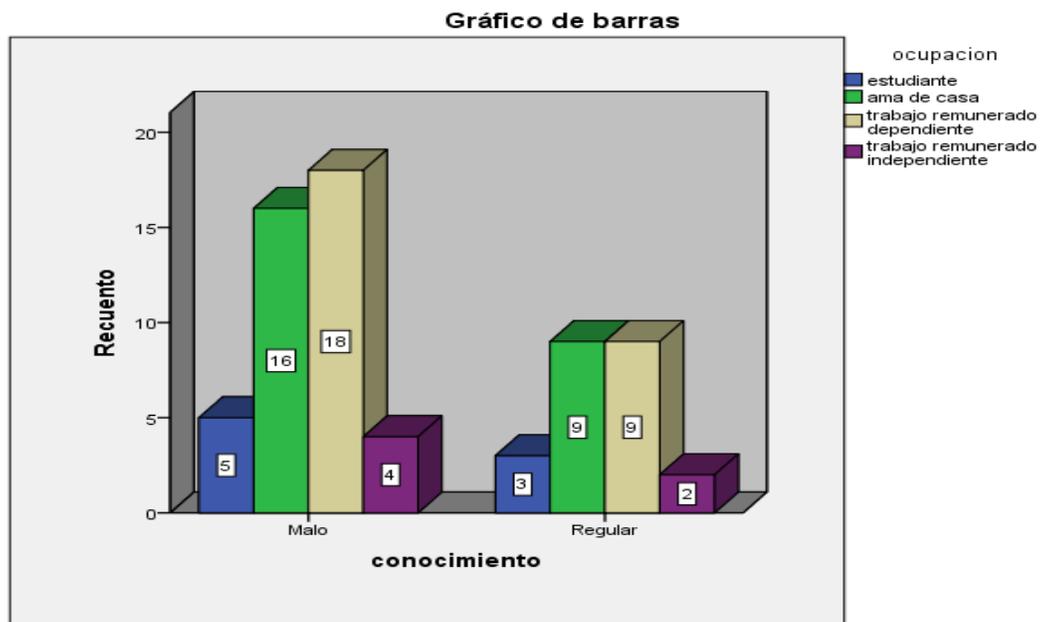
**INTERPRETACION:** En el gráfico N° 3 se aprecia que según la encuesta aplicada no hay relación del conocimiento con el grado de instrucción por lo cual tenemos que el bajo nivel de conocimiento lo tienen las mujeres con superior técnico con un 24,2%.

**Tabla N° 4 Conocimiento en relación a la Ocupación**

		Tabla de contingencia conocimiento * ocupación				Total	
		Ocupación					
		Estudiante	ama de casa	trabajo remunerado dependiente	trabajo remunerado independiente		
Conocimiento	Malo	Recuento	5	16	18	4	43
		% del total	7,6%	24,2%	27,3%	6,1%	65,2%
	Regular	Recuento	3	9	9	2	23
		% del total	4,5%	13,6%	13,6%	3,0%	34,8%
Total	Recuento	8	25	27	6	66	
	% del total	12,1%	37,9%	40,9%	9,1%	100,0%	

Fuente encuesta de nivel de Conocimientos, sobre Cáncer de Cérvix aplicada a las mujeres en edad fértil del Centro de Salud Bellavista. Sullana 2017.

**Gráfico N° 4 Conocimiento en relación a la Ocupación**



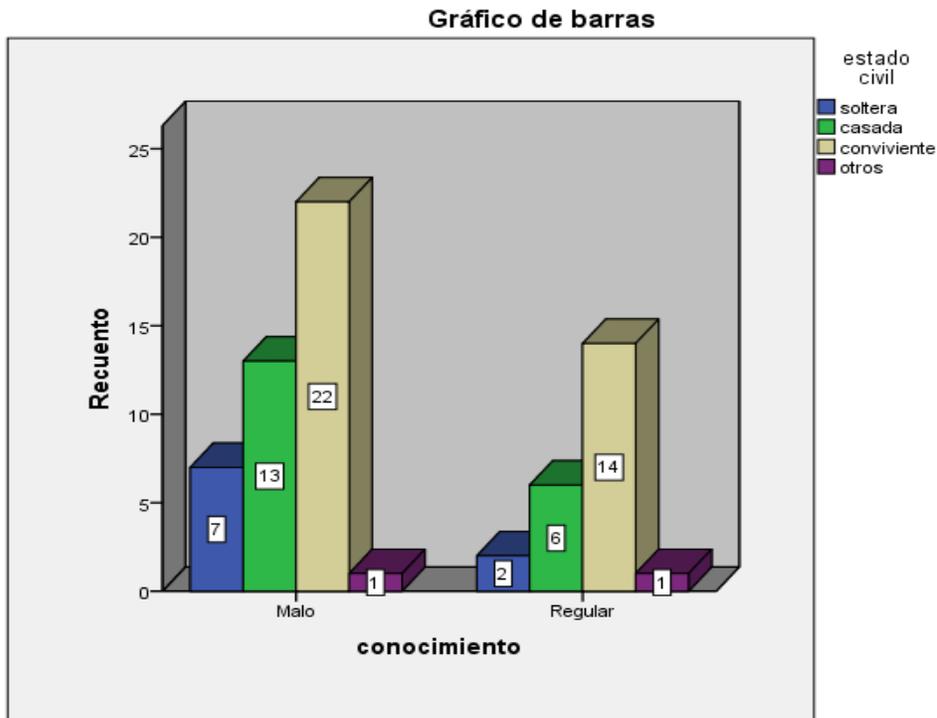
**INTERPRETACION:** En el gráfico N° 4 se aprecia que según la encuesta aplicada no hay relación del conocimiento con la ocupación puesto que para el bajo nivel de conocimiento se obtiene como resultado un 27,3% para los que cuentan con un trabajo remunerado dependiente.

Tabla N° 5 Conocimiento en relación al estado civil

		Tabla de contingencia conocimiento * estado civil				Total	
		estado civil					
		Soltera	Casada	Conviviente	otros		
Conocimiento	Bajo	Recuento	7	13	22	1	43
		% del total	10,6%	19,7%	33,3%	1,5%	65,2%
	Regular	Recuento	2	6	14	1	23
		% del total	3,0%	9,1%	21,2%	1,5%	34,8%
Total		Recuento	9	19	36	2	66
		% del total	13,6%	28,8%	54,5%	3,0%	100,0%

Fuente encuesta de nivel de Conocimientos, sobre Cáncer de Cérvix aplicada a las mujeres en edad fértil del Centro de Salud Bellavista. Sullana 2017.

Gráfico N° 5 Conocimiento en relación al estado civil



**INTERPRETACION:** En el grafico N° 5 se aprecia que según la encuesta aplicada no hay relación del conocimiento con el estado civil puesto que un 33,3% son de estado civil conviviente.

### 3.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

#### TABLA 1 - GRAFICO 1:

Según la encuesta aplicada para medir el nivel de conocimiento sobre Cáncer de Cérvix en mujeres en edad fértil en el Centro de Salud Bellavista se obtuvo que el 65.2 % tuvieron un nivel de conocimiento bajo, seguido del 34.8% con un nivel de conocimiento regular, en el ámbito internacional encontramos datos similares como el estudio realizado por Gonzales, Calderón Y López en Colombia según el nivel de conocimiento en Cáncer de Cérvix obtuvieron que el 89% de las mujeres encuestadas tuvieron poco conocimiento, otro estudio realizado en la ciudad de Barcelona en Venezuela, realizado por Figuera y Merino obtuvieron que de su población encuestada un 71% esta desinformada con respecto al tema. A nivel nacional encontramos también estudios similares como el realizado por Llerena en la ciudad de Arequipa en el año 2014 donde obtiene que el conocimiento en su población de estudio es deficiente con un 41%; Shuña, Torres y Rengifo en el año 2011 también realizaron un estudio similar obteniendo que un 70.3% su nivel de conocimiento fue deficiente. Tal es el caso contrario de otros estudios nacionales como el de Roque en el año 2014, en la ciudad de Lima obtuvo un 58,8 % para el nivel de conocimiento medio; así como Salazar en el año 2016 obtuvo el 49% para un nivel de conocimiento medio; igualmente Aguilar en el 2015 obtuvo como resultado un conocimiento medio sobre cáncer de cérvix en su población encuestada con un 50% ; Alarco igualmente con un 55.4% para nivel de conocimiento medio, Solano en el 2014 igualmente obtiene un 48.8% para conocimiento medio; asimismo Collantes en una investigación realizada en Huacho obtuvo un 48% para un nivel de conocimiento promedio y finalmente tenemos a Anco en su investigación realizada en el 2015 en la ciudad de Arequipa obtuvo un 56 % para nivel de conocimiento regular. Otras investigaciones nacionales obtienen resultados buenos y/o adecuados para nivel de conocimiento sobre cáncer de cérvix tal como la

investigación de Gallegos en el año 2017 en Lima obtuvo un 75% y Tenorio en el 2015 en su investigación realizada en la ciudad de Loreto obtiene un 47.9%.

Al comparar estas realidades podemos concluir que el bajo nivel de conocimiento sus cifras son alarmantes puesto que el Cáncer de Cérvix es un tema de salud pública mundial y las personas deberían de tener un conocimiento adecuado sobre este tema, son cifras alarmantes a pesar de que estamos en pleno siglo 21 donde el acceso a la información es muy rápida gracias a la tecnología con la que contamos, pero en la mayoría de los casos el nivel de conocimiento o es bajo o medio; siendo una realidad muy contraria a la que se cree, esto se puede deber a que no hay una buena difusión con respecto al tema de cáncer de cérvix, o caso contrario que sea el personal de salud es el que no capta apropiadamente a sus usuarias para informarles sobre el tema.

#### **TABLA 2 – GRAFICO 2:**

Según los datos obtenidos de la encuesta aplicada para medir el nivel de conocimiento sobre cáncer de cérvix en mujeres en edad fértil en el Centro de Salud Bellavista, tenemos que identificando el conocimiento según la edad no guarda relación, puesto que de las 66 mujeres en edad fértil encuestadas las que se encuentran en el grupo de 26 años a más tuvieron un 21,2% para el bajo nivel de conocimiento. De las investigaciones similares encontradas tenemos un resultado de un estudio realizado en Arequipa en el año 2014 por Lerena donde obtuvo un 41% de conocimiento deficiente siendo su grupo poblacional jóvenes entre 20 y 39 años. Por el contrario según Alarco en un estudio realizado en la ciudad de Lima en el año 2014 donde obtuvo un nivel de conocimiento medio su población en un 68.9% fueron mujeres entre 20 a 34 años; otro estudio realizado por Tenorio en la ciudad de Loreto en el año 2015 obtiene un nivel de conocimiento adecuado por el cual el 41.4 % de su población tiene entre 30 y 39 años de edad. Comparando estas realidades podemos concluir que el nivel de conocimiento es

bajo en este grupo poblacional por ser personas ocupadas o que acuden eventualmente a la institución solo cuando están enfermos y no para el área preventivo promocional.

### **TABLA 3 - GRAFICO 3:**

Según los datos obtenidos de la encuesta aplicada para medir el Conocimiento sobre Cáncer de Cérvix en mujeres en edad fértil en el Centro de Salud Bellavista, tenemos que el conocimiento teniendo en cuenta el grado de instrucción no guarda relación alguna siendo ambas variables intervinientes, por lo cual se obtiene bajo nivel de conocimiento para mujeres en edad fértil con superior técnico con un 24.2 % seguido de las que tienen solo secundaria con un 22.7%; un estudio realizado por Llerena en Arequipa en el año 2014 donde un 41% de la población tiene un conocimiento deficiente de esto se desglosa que el 32 % de su población cuenta con formación técnica y un 27% solo secundaria; otro estudio realizado el mismo año en la ciudad de Lima obtuvo un nivel de conocimiento medio, siendo su población encuestada en un 25.7% con grado de instrucción superior técnico, por lo obtenido se puede agregar que sin importar el grado de instrucción el nivel de conocimiento es bajo.

### **TABLA 4 – GRAFICO 4**

Según los datos obtenidos de la encuesta aplicada para medir el conocimiento sobre Cáncer de Cérvix en mujeres en edad fértil en el Centro de Salud Bellavista, tenemos que el conocimiento en relación a la ocupación de la población encuestada es nula, es decir que entre ambas variables no existe relación por lo cual del nivel de conocimiento bajo se obtiene un 27.3% para los que poseen un trabajo remunerado dependiente, un 24,2% para aquellas que son amas de casa, un 7.6% para los estudiantes y un 6.1 % para

los trabajadores independientes. Entre las investigaciones encontradas resalta la de Alarco realizada en la ciudad de Lima en el año 2014 donde obtuvo un nivel de conocimiento medio siendo la mayoría de su población sometida al estudio en un 73% con ocupación ama de casa. De lo anterior se puede lograr concluir que los dos últimos podrían disponer de más tiempo para leer sobre este tema o esperar las sesiones educativas que se brindan en las instituciones sobre este tema.

#### **TABLA 5 – GRAFICO 5**

Según los datos obtenidos de la encuesta aplicada para medir el conocimiento sobre Cáncer de Cérvix en mujeres en edad fértil en el Centro de Salud Bellavista, tenemos que el conocimiento en relación al estado civil de las mujeres encuestadas no guarda relación para el resultado obtenido siendo este un 33.3 % para aquellos que son convivientes; un resultado diferente es obtenido por Alarco en una investigación similar realizado en la ciudad de Lima en el año 2014 donde obtiene un nivel de conocimiento medio siendo un 54.1% de su población encuestada de estado civil conviviente; por lo cual se logra concluir que estas mujeres en su mayoría son mujeres jóvenes y tal vez no dispongan de tiempo para acudir a sesiones educativas donde se dé a conocer este tema.

## **CAPÍTULO IV**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **4.1. CONCLUSIONES**

1. El conocimiento sobre Cáncer de Cérvix en mujeres en edad fértil que acuden al Centro de Salud Bellavista. El 65,2% obtuvo un nivel de conocimiento bajo, seguido del 34,8% con un nivel de conocimiento regular.
2. Al identificar el nivel de conocimiento según la edad en el tema de cáncer de cérvix en mujeres en edad fértil que acuden al centro de salud Bellavista dentro del grupo predominó el bajo nivel donde se encuentran las mujeres mayores de 26 años con el 42,4%.
3. El conocimiento sobre Cáncer de Cérvix en mujeres en edad fértil que acuden al Centro de Salud Bellavista, no guarda relación con el grado de instrucción, del cual se obtuvo en el nivel de conocimiento bajo que el 24,2% cuentan con superior técnico.
4. El conocimiento sobre Cáncer de Cérvix en mujeres en edad fértil que acuden al Centro de Salud Bellavista, no guarda relación con la ocupación, del cual se obtuvo en el nivel de conocimiento bajo que un 27,3% cuentan con un trabajo remunerado dependiente.
5. El conocimiento sobre Cáncer de Cérvix en mujeres en edad fértil que acuden al Centro de Salud Bellavista, no guarda relación con el estado civil obteniendo como resultado para el nivel de conocimiento bajo que un 33,3% son de estado civil conviviente.

## 4.2 RECOMENDACIONES

1. Se sugiere que el personal obstetra del Centro de Salud de Bellavista difunda mayor información acerca del tema de cáncer de cuello uterino a través de sesiones educativas dirigidas a todas las mujeres en edad fértil, así como a aquellas mujeres conservadoras que piensan que no podrían adquirir esta enfermedad por tener una conducta sexual sin riesgo (una sola pareja sexual) y que por lo general aún no están concientizadas de la magnitud del problema.
2. Realizar campañas de salud como una actividad preventiva promocional donde además de abarcar el examen preventivo del cáncer de cuello uterino (Papanicolaou), se les haga hincapié a las usuarias acerca de los hábitos saludables como el consumo de vegetales, la actividad física, entre otros. que ayudan a disminuir la predisposición al cáncer de cuello uterino, buscando de esta manera crear conciencia preventiva en la población.
3. A nivel de la DIRESA y SUB REGION DE SALUD LUCIANO CASTILLO COLONNA, se recomienda realizar campañas preventivo promocionales que ayuden a la población hacer un diagnóstico temprano de esta enfermedad y brindar información sobre este tema.

## REFERENCIAS

- Aguilar, Y. (2015). *Nivel de Conocimientos y Medidas Preventivas acerca del Cáncer de Cuello Uterino en mujeres en Edad Fértil en el servicio de Ginecología Hospital Nacional Sergio Bernales abril 2015*. Tesis para optar el título profesional de licencia en enfermería, Universidad Privada San Juan Bautista, Lima.
- Alarco, E. (2014). *Conocimientos sobre Cáncer de Cuello Uterino en gestantes atendidas en el Centro de Salud Carlos Cueto Fernandini Enero - Marzo. Lima – Perú*. Tesis Para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia, universidad mayor de san marcos, Lima, Lima - Perú.
- American cancer society (ACS). (2014). *american cancer society*. Obtenido de [www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002580-pdf.pdf](http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002580-pdf.pdf)
- American Cancer society (ACS). (2016). *org. American Cancer Society*. Obtenido de <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/acerca/que-es-cancer-de-cuello-uterino.html>
- Amorocho, N., & Arturo R. (2000). *cancer de cervix. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 196.
- Anco, S. (2015). *Relación entre las Características Sociodemográficas y el Nivel de Conocimiento sobre el Cáncer de Cuello Uterino en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz de Zamácola. Arequipa, febrero 2015*. Tesis Para optar el Título de Licenciada en Obstetricia, Universidad Católica De Santa María, Arequipa.
- Aste, F., Chulvis, I., & Borges, M. (2009). Fisiología uterina. En F. Aste Silveira, & M. d. Chulvis do Val Guimarães Isabel Cristina & Borges de Souza, *Anatomia y fisiologia* (págs. 711 - 714). brasil: brasil.
- Beramendi, J. (2017). *Cancer cérvico uterino en mujeres de edad fértil del Centro de Salud La Libertad 2017*. tesis, centro de salud la Libertad, Junin, Huancayo - Perú.

- Castillo, A. (2011). *Anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino y de la mama*. Albacete - España. Obtenido de [http://www.chospab.es/area\\_medica/obstetriciaginecologia/docencia/seminarios/2011-2012/sesion20111102\\_1.pdf](http://www.chospab.es/area_medica/obstetriciaginecologia/docencia/seminarios/2011-2012/sesion20111102_1.pdf)
- Collantes, S. (2016). *Relación entre el Conocimiento sobre Cáncer Cervical y la exposición a sus Factores de Riesgo en gestantes atendidas en el Hospital de Chancay. Periodo: enero - junio del 2016*. Tesis para optar el título profesional de licenciada en Obstetricia, Universidad Alas Peruanas, Huacho.
- Departamento de oncología medica. (2013). *Guia de practica clinica de enfermedades neoplasicas*. Lima.
- Diestro, M., Serrano, M., & Gómez, F. (2007). Cáncer de cuello uterino. Estado actual de las vacunas frente al virus del papiloma humano (VPH). *Oncología*, 30(2), 25.
- Figuera, D., & Mariño, L. (2011). *Información que poseen las mujeres de 15 a 24 años de edad sobre la Prevención del Cáncer de Cuello Uterino. Ambulatorio el Viñedo. Sector La Floresta el Viñedo, Barcelona estado Anzoátegui. Tercer trimestre año 2011*. tesis, Universidad central de Venezuela, CARACAS, Barcelona - Venezuela.
- Gallegos, K. (2017). *Conocimientos y Prácticas de Prevención del Cáncer de Cuello Uterino en pacientes de Consultorio del Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue de enero a diciembre del 2016, Lima- Perú*. Tesis para optar el título profesional de medico cirujano, Universidad privada San Juan Butista, Lima.
- González, M., Calderón, M., & López, C. (2013). Conocimientos, Actitudes y Prácticas respecto al Cáncer de Cuello Uterino de mujeres entre 14 y 49 años de un Barrio de La Comuna 10 de la Ciudad de Armenia, Colombia. *Revista medica Risaralva*, 7.
- Guerrero, D. (2017). *Conocimiento y Prácticas de Prevención del Cáncer de Cuello Uterino en mujeres de 20 a 30 años atendidas en el Centro de Salud Defensores*

- de la Patria, Ventanilla-Lima, 2016.* Tesis para optar el título profesional de Obstetra, Universidad privada Sergio Bernales, Lima, Lima - Ventanilla.
- Hernández, Z. (2013). *Nivel de Conocimientos y Factores de Riesgo predisponentes de Cáncer Cérvico-Uterino en mujeres de Cumanayagua.* Cienfuegos- Cuba.
- Iglesias, A., & Suárez, A. (2015). Incidencia del cáncer: cifras alarmantes. *Finlay, 5*, 32.
- Llerena, L. (2014). *Relación entre los Conocimientos y las Actitudes acerca del Cáncer de Cuello Uterino en pacientes que acuden a los Consultorios de Ginecología y Obstetricia del Hospital PNP Arequipa, 2014.* Trabajo de Investigación para optar el Título Profesional de Médico Cirujano , Universidad Católica de Santa María , Arequipa.
- Ministerio de salud (MINSA). (2017). Guía de práctica clínica para la prevención y manejo del cáncer de cuello uterino. Lima, Lima, Perú: depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2017 - 06701.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2010). *Manual nacional de normas y procedimientos para la prevención y control del cáncer de cuello uterino.* Paraguay: Comunicación Visual S.R.L.
- Mollinedo, M., & Gomez, M. (2012). Determinación de los Conocimientos y Factores de Riesgo que predisponen al Cáncer Cérvico Uterino en mujeres en Edad Fértil en San Pedro de Tiquina . La Paz – Bolivia. *Scientificaa, 10*(1), 20.
- Montes, E. (2009). *Nivel de conocimiento sobre factores de riesgo del cáncer del cuello uterino en los estudiantes del Colegio "Túpac Amaru" 2008.* Lima - Perú.
- Oliva, C. (2016). *Nivel de conocimiento, Actitud y Práctica en la realización del examen de Papanicolaou en mujeres mayores de 15 años que asistieron al consultorio externo de Ginecología del Hospital San José en los meses de julio y agosto del 2015.* Lima - Peru.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs380/es/>

- Organizacion Panamericana de la Salud (OPS) - Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016). *Control Integral del cáncer cervicouterino: Guías Prácticas Esenciales de Control Integral del Cáncer Cervical* (segunda ed.). Washington.
- Ovalle et al. (2015). *Manual para tamizaje del cáncer cervicouterino*. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Obtenido de [//portal.mspas.gob.gt/files/Descargas/ProtecciondelaSalud/componenotecancer/MANUAL%20PARA%20TAMIZAJE%20DEL%20CANCER%20CERVICO%20UTERINO.pdf](http://portal.mspas.gob.gt/files/Descargas/ProtecciondelaSalud/componenotecancer/MANUAL%20PARA%20TAMIZAJE%20DEL%20CANCER%20CERVICO%20UTERINO.pdf)
- Parrondo, P., Pérez, T., & Álvarez, J. (2009). Anatomía del aparato genital femenino. En J. M. Bajo Arenas, J. M. Lailla Vincens, & J. Xercavins Montosa, *fundamentos de ginecología* (pág. 18). España, Madrid: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (S.E.G.O.). Obtenido de <https://we.riseup.net/assets/217366/Anatomia+del+aparto+genital+femenino.pdf>
- Porto, J. (2008). *DEFINICION*. Obtenido de <https://definicion.de/conocimiento/>
- Reiriz, J. (2007). *Sistema reproductor femenino: Anatomía*. Barcelona.
- Roque, K. (2014). *Conocimientos y Actitudes sobre Cáncer de Cuello Uterino relacionados con la Toma de Papanicolaou en las usuarias del Centro de Salud San Fernando. Julio- Agosto 2014. Lima – Perú*. Tesis Para optar el Título de Licenciada en Obstetricia, Universidad Mayor de San Marcos, Lima, Lima - Perú.
- Salazar, S. (2016). *Relación entre el Nivel de Conocimiento sobre Cáncer Cervical y la Exposición a sus Factores de Riesgo en usuarias atendidas en los consultorios externos del Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima – Perú*. Tesis Para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia, universidad nacional mayor de san marcos, Lima, Lima - Perú.
- Santana, S., Estéves, L., & Gómez, I. (2007). Cáncer de cuello uterino. *Revista científica Medicentro*, 11(2), 2. Obtenido de revista científica Villa Clara: <http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/717/734>

- Seguro Social de Salud (ESSALUD). (2011). *Guía de práctica clínica de cáncer de cuello uterino*. Lima.
- Shuña, J., Torres, N., & Rengifo, J. (2011). *Nivel de Conocimiento sobre el Cáncer Cervico Uterino y las Prácticas Preventivas en mujeres de la ciudad de Nauta-2011*. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. Loreto: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana.
- Solano, I., & Tamayo, P. (2014). *Nivel de Conocimientos y Actitudes en relación con las Prácticas de Prevención del Cáncer de Cuello Uterino*. Alto Trujillo, 2013. Trujillo. Obtenido de <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/820>
- Tenorio, H. (2015). *Nivel de Conocimiento sobre el Cáncer de Cuello Uterino en mujeres de 20 a 50 años atendidas en el Hospital Regional de Loreto Noviembre y Diciembre del 2015*. Tesis para optar el título de medico cirujano, Universidad nacional de la Amazonía Peruana, Loreto, Loreto.
- Urdaneta, J., Nava, M., Zambrano, N., & Mujica, A. (2013). *Conocimiento del Cáncer de Cuello Uterino y Hallazgos Citológicos en mujeres de estratos socioeconómicos bajos*. Venezuela.
- Vigo, A. (2007). *Conocimientos y Actitudes hacia el Cáncer de Cuello Uterino en mujeres que acuden al consultorio externo de Colposcopia del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2007*. Arequipa. Obtenido de <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3610>
- World Health Organization (WHO). (2017). *International agency for research on cancer*. Obtenido de <http://screening.iarc.fr/viaviliappendix1.php?lang=3>
- World Health Organization. Cáncer (WHO). (2014). *cancer de cervix*. Obtenido de OMS:  
[http://search.who.int/search?q=cancer+de+cervix&ie=utf8&site=who&client=\\_es\\_r&proxystylesheet=\\_es\\_r&output=xml\\_no\\_dtd&oe=utf8&getfields=doctype](http://search.who.int/search?q=cancer+de+cervix&ie=utf8&site=who&client=_es_r&proxystylesheet=_es_r&output=xml_no_dtd&oe=utf8&getfields=doctype)

## AGRADECIMIENTO

En primer lugar agradecer a Dios por ser mi primer formador, seguido de mi Madre, mi tía Peto y mi tío José, por esa paciencia y cuidados que siempre me han dado, por esa confianza y aquellas enseñanzas en valores que han hecho de mí, la persona que soy hoy en día.

A mis maestros de escuela y catedráticos en la universidad; gracias por formar en mí un cimiento firme en conocimientos y en buenos valores para hoy en día lograr culminar uno de las metas más importantes en mi vida, mi carrera universitaria.

Agradezco a mis hermanos Cesar, Fernando, José y Jenny por ser aquel motivo para superarme y por celebrar conmigo cada triunfo y levantarme en cada caída.

A mi novio Jean por ser esa persona que me da estabilidad y me da ánimos para seguir con cada una de mis metas.

Agradezco a mi asesora de tesis por sus conocimientos brindados para lograr culminar mi trabajo de investigación.

A mi coordinadora de escuela la Mg. Ginger Karina Markovic Rujel, por su apoyo y consejos que han sido de mucha ayuda en mi camino universitario.

A mis compañeros de carpeta en la universidad, por todas aquellas amanecidas de estudio, por todas aquellas veces en las que creíamos que ya no podíamos más siempre teníamos una palabra de aliento para poder continuar.

A Kelly, Irma, Thalia y Mirely por ese apoyo durante nuestra época de externado e internado demostramos que no existen barreras y que ante los problemas lo mejor es una sonrisa, gracias porque nos convertimos en una familia, que siempre estará para apoyarse.

A mi Bisabuela María y a mi mamita Paula, que aunque ya no están físicamente a mi lado han sido un gran apoyo moral por todas sus enseñanzas y consejos brindados durante mi crecimiento, el cual es un gran legado para mí porque me han servido para

seguir hasta llegar donde Dios me tiene deparado siempre teniendo mucha fe en él, esto es para ustedes allá en el cielo.

# ANEXO

## ANEXO A

### MATRIZ DE CONSISTENCIA

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Metodología
¿Cuál es el Nivel de Conocimiento sobre el Cáncer de Cérvix en mujeres en edad fértil del Centro de Salud Bellavista?	<p><b>OBJETIVO GENERAL:</b> Determinar el Nivel de Conocimiento sobre el Cáncer de Cérvix en mujeres en edad fértil que acuden al Centro de Salud de Bellavista.</p> <p><b>OBJETIVOS ESPECIFICOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar el Nivel de Conocimiento según la edad sobre el Cáncer de Cérvix en mujeres en edad fértil que acuden al Centro de Salud de Bellavista.</li> <li>- Relacionar el Nivel de Conocimiento según grado de instrucción sobre el Cáncer de Cérvix en mujeres en edad fértil que acuden al Centro de Salud de Bellavista.</li> <li>- Relacionar el Nivel de Conocimiento según su ocupación sobre el Cáncer de Cérvix en mujeres en edad fértil que acuden al Centro de Salud de Bellavista.</li> <li>- Relacionar el Nivel de Conocimiento según estado civil sobre el Cáncer de Cérvix en mujeres en edad fértil que acuden al Centro de Salud de Bellavista.</li> </ul>	Las mujeres en edad fértil del centro de salud de Bellavista tienen conocimiento sobre el cáncer de cérvix.	<p><b>Variable General</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- conocimiento sobre cáncer de cérvix.</li> </ul> <p><b>Variable interviniente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Características sociodemográficas</li> </ul>	<p><b>TIPO</b> Cuantitativo</p> <p><b>DISEÑO</b> No- experimental</p> <p><b>MÉTODO:</b> Descriptivo, prospectivo de corte transversal.</p> <p><b>POBLACIÓN</b> 80 mujeres en edad fértil.</p> <p><b>MUESTRA:</b> No probabilístico</p> $n = \frac{Z^2 p q N}{(N - 1)E^2 + Z^2 p q}$ <p><b>DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS:</b> Encuesta</p> <p><b>TRATAMIENTO ESTADISTICO</b> Programa SPSS V. 20</p>

## **ANEXO B**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

La presente investigación es realizada por la egresada en obstetricia Bruno Santos Narcisa, perteneciente al programa de Obstetricia, de la universidad san Pedro, quien tiene la intención de Determinar el nivel de conocimiento sobre el cáncer de cérvix en mujeres en edad fértil que acuden al centro de salud de Bellavista. Para ello, se está pidiendo su autorización para dicho estudio, si usted acepta, quiere decir que el investigador le ha indicado a usted de forma verbal, lo siguiente: el propósito del estudio, participación, beneficios, confidencialidad y problemas o preguntas.

Por medio del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación

\_\_\_\_\_

**Participante**

### **COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD**

Estimado .....

La investigadora del estudio, al que usted ha manifestado su aceptación de participar, luego de darle su consentimiento informado, se compromete a guardar la misma confidencialidad de información, así como también le asegura que los hallazgos serán utilizados solo con fines de investigación y no le perjudicarán a su persona en lo absoluto.

Atte

.....  
Autora del estudio.

## **ANEXO C**

### **UNIVERSIDAD SAN PEDRO FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD. ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

La siguiente encuesta tomada del estudio realizado por Salazar Rodriguez Susan Kate en su tesis “Relación entre el nivel de conocimiento sobre cáncer cervical y la exposición a sus factores de riesgo en usuarias atendidas en los consultorios externos del Instituto Nacional Materno Perinatal, febrero – marzo del 2016”. el cual ha sido modificado por la autora del presente estudio.

#### **CONOCIMIENTO SOBRE CANCER DE CERVIX EN MUJERES EN EDAD FERTIL DEL CENTRO DE SALUD BELLAVISTA. SULLANA 2017**

Por favor, lea cuidadosamente cada una de las siguientes premisas y conteste o marque con un aspa (X) la alternativa que crea conveniente. Toda la información que registre será confidencial por lo que no necesita poner algún dato (nombre) que la pueda identificar.

#### **I. DATOS DE LAS ENCUESTADAS**

##### **Edad:**

16-20    21-25    26-30    31 a más.

##### **Grado de instrucción:**

Primaria    Secundaria    Superior técnico    Superior universitario

##### **Ocupación:**

Estudiante  Ama de casa  Trabajo remunerado dependiente  Trabajo remunerado independiente

**Estado civil:**

Soltera  Casada  Conviviente  Otros

**II. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CÁNCER CERVICAL**

**1. ¿Qué es el cáncer de cuello uterino?**

- a). Una enfermedad que no hace daño.
- b). Una enfermedad que crece en los ovarios.
- c). Es un tumor maligno que se forma en el cuello del útero.
- d). No sabe.

**2. Existe un virus que aumenta el riesgo de cáncer de cuello uterino. ¿Identifica cuál de los que se mencionan es?**

- a). El Virus de la Influenza.
- b). El Virus del Papiloma Humano (VPH).
- c). El Virus de Inmuno Deficiencia Humana (VIH).
- d). Todos los anteriores.

**3. El virus de papiloma humano puede provocar, además:**

- a). Verrugas en los genitales.

- b). Descensos.
- c). Picazón en los genitales.
- d). Ardor en los genitales.

**4. ¿Qué malestares se presentan cuando el cáncer cervical se encuentra avanzado?**

- a). Dolor y sangrado vaginal espontaneo.
- b). Dolor de cabeza y mareos frecuentes.
- c). Náuseas y vómitos.
- d). Ninguna de las anteriores.

**5. Hay mayor riesgo de cáncer de cuello uterino, cuando:**

- a). No se realizan los chequeos ginecológicos, como el Papanicolaou cada año.
- b). Hay contacto directo con sangre de personas con cáncer cervical.
- c). Se tiene relaciones sexuales con preservativo.
- d). solo a y c.

**6. ¿Cuál es el factor de riesgo más importante para cáncer de cuello uterino?**

- a). Haber tenido varios hijos.
- b). Tener infección por Virus de papiloma humano.
- c). No tener hijos.

d). Ser homosexual.

**7. ¿Qué forma de detección del cáncer de cuello uterino conoce?**

a). El Papanicolaou, examen citológico e IVAA.

b). Muestra de orina.

c). La ecografía abdominal.

d). Los exámenes de laboratorio.

**8. ¿Qué alimentos previenen el desarrollo del cáncer cervical?**

a). Alimentos vegetales de color verde y rojo

b). No hay alimentos que previenen el desarrollo de cáncer cervical.

c). Consumo de carne, leche y huevo.

d). Alimentos de todo tipo.

**9. ¿Qué se debe “EVITAR” para prevenir el cáncer cervical?**

a). Realizar actividad física.

b). Fumar “cigarrillos”.

c). Consumir todos los días frutas y verduras.

d). Todas las anteriores.

**10. Una mujer puede contraer el cáncer del cuello uterino cuando:**

- a). Tiene varios compañeros sexuales.
- b). Tiene relaciones sexuales antes de los 18 años.
- c). Se embaraza a temprana edad.
- d). Todas las anteriores.

Gracias por su colaboración

## ANEXO D

### CUADROS DE PUNTAJE DE ENCUESTA

<b>Ítem 1: ¿Qué es el cáncer de cuello uterino?</b>	<b>PUNTAJE</b>
a). Una enfermedad que no hace daño.	0
b). Una enfermedad que crece en los ovarios.	0
c). Es un tumor maligno que se forma en el cuello del útero.	1
d). No sabe.	0

<b>Ítem 2: Existe un virus que aumenta el riesgo de cáncer de cuello uterino. ¿Identifica cuál de los que se mencionan es?</b>	<b>PUNTAJE</b>
a). El Virus de la Influenza.	0
b). El Virus del Papiloma Humano (VPH).	1
c). El Virus de Inmuno Deficiencia Humana (VIH).	0
d). Todos los anteriores.	0

<b>Ítem 3: El virus de papiloma humano puede provocar, además:</b>	<b>PUNTAJE</b>
a). Verrugas en los genitales.	1
b). Descensos.	0
c). Picazón en los genitales.	0
d). Ardor en los genitales.	0

<b>Ítem 4: ¿Qué malestares se presentan cuando el cáncer cervical se encuentra avanzado?</b>	<b>PUNTAJE</b>
a). Dolor y sangrado vaginal espontaneo.	1
b). Dolor de cabeza y mareos frecuentes.	0
c). Náuseas y vómitos.	0
d). Ninguna de las anteriores.	0

<b>Ítem 5: Hay mayor riesgo de cáncer de cuello uterino, cuando:</b>	<b>PUNTAJE</b>
	<b>E</b>
a). No se realizan los chequeos ginecológicos, como el Papanicolaou cada año.	1
b). Hay contacto directo con sangre de personas con cáncer cervical.	0
c). Se tiene relaciones sexuales con preservativo.	0
d). solo a y c.	0

<b>Ítem 6: ¿Cuál es el factor de riesgo más importante para cáncer de cuello uterino?</b>	<b>PUNTAJE</b>
a). Haber tenido varios hijos.	0
b). Tener infección por Virus de papiloma humano.	1
c). No tener hijos.	0
d). Ser homosexual.	0

<b>Ítem 7: ¿Qué forma de detección del cáncer de cuello uterino conoce?</b>	<b>PUNTAJE</b>
a). El Papanicolaou, examen citológico e IVAA.	1
b). Muestra de orina.	0
c). La ecografía abdominal.	0
d). Los exámenes de laboratorio.	0

<b>Ítem 8: ¿Qué alimentos previenen el desarrollo del cáncer cervical?</b>	<b>PUNTAJE</b>
a). Alimentos vegetales de color verde	0
b). No hay alimentos que previenen el desarrollo de cáncer cervical.	1
c). Consumo de carne, leche y huevo.	0
d). Alimentos vegetales de color rojo.	0

<b>Ítem 9: ¿Qué se debe “EVITAR” para prevenir el cáncer cervical?</b>	<b>PUNTAJE</b>
a). Realizar actividad física.	0
b). Fumar “cigarrillos”.	1
c). Consumir todos los días frutas y verduras.	0
d). Todas las anteriores.	0

<b>Ítem 10: Una mujer puede contraer el cáncer del cuello uterino cuando:</b>	<b>PUNTAJE</b>
a). Tiene varios compañeros sexuales.	0
b). Tiene relaciones sexuales antes de los 18 años.	0
c). Se embaraza a temprana edad.	0
d). Todas las anteriores.	1

## ANEXO E: EVIDENCIAS



## ANEXO F: ESTADISTICO DE FIABILIDAD ALFA CRONBACH



“AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO”

**Tema:** “CONOCIMIENTO SOBRE CANCER DE CERVIX EN MUJERES EN EDAD FERTIL DEL CENTRO DE SALUD BELLAVISTA. SULLANA 2017 ”

**Autor:** Bach.Obst. Narcisa Del Rosario Bruno Santos

### ALFA DE CRONBACH Y CONSISTENCIA INTERNA DE LOS ÍTEMS DE UN INSTRUMENTO DE MEDIDA

El método de consistencia interna basado en el alfa de Cronbach permite estimar la fiabilidad de un instrumento de medida a través de un conjunto de ítems que se espera que midan el mismo constructo o dimensión teórica. La validez de un instrumento se refiere al grado en que el instrumento mide aquello que pretende medir. Y la fiabilidad de la consistencia interna del instrumento se puede estimar con el alfa de Cronbach. La medida de la fiabilidad mediante el alfa de Cronbach asume que los ítems (medidos en escala tipo Likert) miden un mismo constructo y que están altamente correlacionados (Welch & Comer, 1988). Cuanto más cerca se encuentre el valor del alfa a 1 mayor es la consistencia interna de los ítems analizados. La fiabilidad de la escala debe obtenerse siempre con los datos de cada muestra para garantizar la medida fiable del constructo en la muestra concreta de investigación.

Como criterio general, George y Mallery (2003, p. 231) sugieren las recomendaciones siguientes para evaluar los coeficientes de alfa de Cronbach:

- Coeficiente alfa  $>.9$  es excelente
- Coeficiente alfa  $>.8$  es bueno
- Coeficiente alfa  $>.7$  es aceptable
- Coeficiente alfa  $>.6$  es cuestionable
- Coeficiente alfa  $>.5$  es pobre
- Coeficiente alfa  $< .5$  es inaceptable

  
LIC IGNACIA ABIGAIL LOZANO RAMOS  
COESPE 214  
COLEGIO DE ESTADÍSTICOS DEL PERÚ

### Análisis de fiabilidad

```
RELIABILITY  
/VARIABLES=ITEM1 ITEM2 ITEM3 ITEM4 ITEM5 ITEM6 ITEM7 ITEM8 ITEM9 ITEM10  
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL  
/MODEL=ALPHA  
/STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE CORR  
/SUMMARY=TOTAL MEANS VARIANCE.
```

### Análisis de fiabilidad

[Conjunto\_de\_datos2] D:\tesis.sav

### Escala: TODAS LAS VARIABLES

#### Resumen del procesamiento de los

##### casos

	N	%
Válidos	40	100,0
Casos Excluidos <sup>a</sup>	0	,0
Total	40	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

#### Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
1,000	1,000	10

  
LIC IGNACIA ABIGAIL LOZANO RAMOS  
COESPE 214  
COLEGIO DE ESTADÍSTICOS DEL PERÚ

**Estadísticos total-elemento**

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
ITEM 1	22,50	103,846	1,000	1,000
ITEM 2	22,50	103,846	1,000	1,000
ITEM 3:	22,50	103,846	1,000	1,000
ITEM 4	22,50	103,846	1,000	1,000
ITEM 5	22,50	103,846	1,000	1,000
ITEM 6	22,50	103,846	1,000	1,000
ITEM 7	22,50	103,846	1,000	1,000
ITEM 8	22,50	103,846	1,000	1,000
ITEM 9	22,50	103,846	1,000	1,000
ITEM 10	22,50	103,846	1,000	1,000
:	22,50	103,846	1,000	1,000

El Trabajo de investigación tiene como resultado un estadístico de fiabilidad de Alfa de Cronbach de 1.000 alcanzando un Coeficiente alfa >.9 es excelente.

  
 LIC IGNACIA ABIGAIL LOZANO RAMOS  
 COESPE 214  
 COLEGIO DE ESTADÍSTICOS DEL PERU

# ANEXO G: SOLICITUD DE PERMISO OTORGADO POR EL CENTRO DE SALUD BELLAVISTA

"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"

Sullana, 13 de diciembre del año 2017

OFICIO N° 044\_2017/FCCS/EOBST/USP-FILIAL SULLANA

A : DR. EDWARD SAAVEDRA VALVERDE  
JEFE DEL CENTRO DE SALUD DE BELLAVISTA

ASUNTO : SOLICITO FACILIDADES

Me es grato dirigirme a usted para saludarle y a la vez comunicarle lo siguiente:

Que la alumna BRUNO SANTOS NARCISA DEL ROSARIO, identificada con Código Universitario N° 2111200230 del curso de titulación del Programa Profesional de Obstetricia, dentro del curso en mención realizara la aplicación de su instrumento para obtener los datos para su tesis titulada: " CONOCIMIENTO SOBRE CANCER DE CERVIX EN MUJERES EN EDAD FERTIL DEL CENTRO DE SALUD BELLAVISTA. SULLANA 2017 ", por lo que acudo a su despacho a efecto se le brinden las facilidades del caso.

Sin otro particular. Quedo de usted,

Atentamente



Dr. Edward Saavedra Valverde  
Especialista en Ginecología y Obstetricia  
Escuela Profesional de Obstetricia  
CENSA Sullana



DIRECCION REGIONAL DE SALUD  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD  
Edward Saavedra Valverde  
CENSA Sullana

R. 14/12/17

## ANEXO H: ESCALA DICOTÓMICA PARA VALORAR INSTRUMENTOS OPINIÓN DE JUECES REVISORES



### ESCALA DICOTÓMICA PARA VALORAR INSTRUMENTOS OPINIÓN DE JUECES REVISORES



**Título de la investigación:** Conocimiento sobre Cáncer de Cérvix en mujeres en edad fértil del Centro de Salud Bellavista. Sullana 2017.

**JUEZ REVISOR:** *FREDDY CORDOVA PAKER*

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	CORRECTO 2 puntos	INCORRECTO 0 puntos
1. El instrumento da cuenta del título/tema y lo expresa con claridad y pertinencia.	<i>2</i>	
2. El instrumento tiene estructura lógica.	<i>2</i>	
3. La secuencia de la presentación es óptima.	<i>2</i>	
4. El grado de complejidad de los ítems es aceptable.	<i>2</i>	
5. Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles.	<i>2</i>	
6. La operacionalización de variables reflejan las fases de la elaboración del proyecto de investigación.	<i>2</i>	
7. El instrumento establece la totalidad de los ítems de la operacionalización de variables del proyecto de investigación.	<i>2</i>	
8. Las preguntas permiten el logro de los objetivos.	<i>2</i>	
9. Las preguntas permiten recoger la información para alcanzar los objetivos de la investigación.	<i>2</i>	
10. Las preguntas están agrupadas de acuerdo a las dimensiones del estudio.	<i>2</i>	
<b>TOTAL</b>	<i>20</i>	

**OBSERVACIONES:**

.....

.....

.....

  
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
 JUNTA REGIONAL REGIONAL DE SALUD  
 LUCIANO CASTILLO CORDOVA  
 \*\*\*\*\*  
*Lic. Freddy Cordova Paker*  
 OBSTETRA C.O.P. N° 11301  
 COORD. DE LA EST. SANIT. PREVENCIÓN DE CÁNCER



**ESCALA DICOTÓMICA PARA VALORAR  
INSTRUMENTOS  
OPINIÓN DE JUECES REVISORES**



**Título de la investigación:** Conocimiento sobre Cáncer de Cérvix en mujeres en edad fértil del Centro de Salud Bellavista. Sullana 2017.

**JUEZ REVISOR:** *JESÚS GONZALES CHORRES*

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	CORRECTO 2 puntos	INCORRECTO 0 puntos
1. El instrumento da cuenta del título/tema y lo expresa con claridad y pertinencia.	<i>2</i>	
2. El instrumento tiene estructura lógica.	<i>2</i>	
3. La secuencia de la presentación es óptima.	<i>2</i>	
4. El grado de complejidad de los ítems es aceptable.	<i>2</i>	
5. Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles.	<i>2</i>	
6. La operacionalización de variables reflejan las fases de la elaboración del proyecto de investigación.	<i>2</i>	
7. El instrumento establece la totalidad de los ítems de la operacionalización de variables del proyecto de investigación.	<i>2</i>	
8. Las preguntas permiten el logro de los objetivos.	<i>2</i>	
9. Las preguntas permiten recoger la información para alcanzar los objetivos de la investigación.	<i>2</i>	
10. Las preguntas están agrupadas de acuerdo a las dimensiones del estudio.	<i>2</i>	
<b>TOTAL</b>	<i>20</i>	

**OBSERVACIONES:**

.....

.....

.....


 GOBIERNO REGIONAL PIURA  
 HOSPITAL DE APUYO II - SULLANA

  
**DR. JESUS GONZALES CHORRES**  
 GINECO - OBSTETRA  
 CMP. 28104 - RNE. 17122



ESCALA DICOTÓMICA PARA VALORAR  
INSTRUMENTOS  
OPINIÓN DE JUECES REVISORES



Título de la investigación: Conocimiento sobre Cáncer de Cérvix en mujeres en edad fértil del Centro de Salud Bellavista. Sullana 2017.

JUEZ REVISOR: JOSE OÑA GIL

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	CORRECTO 2 puntos	INCORRECTO 0 puntos
1. El instrumento da cuenta del título/tema y lo expresa con claridad y pertinencia.	2	
2. El instrumento tiene estructura lógica.	2	
3. La secuencia de la presentación es óptima.	2	
4. El grado de complejidad de los ítems es aceptable.	2	
5. Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles.	2	
6. La operacionalización de variables reflejan las fases de la elaboración del proyecto de investigación.	2	
7. El instrumento establece la totalidad de los ítems de la operacionalización de variables del proyecto de investigación.	2	
8. Las preguntas permiten el logro de los objetivos.	2	
9. Las preguntas permiten recoger la información para alcanzar los objetivos de la investigación.	2	
10. Las preguntas están agrupadas de acuerdo a las dimensiones del estudio.	2	
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	

OBSERVACIONES:

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

  
.....  
José Oña Gil  
CIMP 16855 - PNE 12054  
GINECO OBSTETRA