

Conocimiento sobre prevención de

CÁNCER DE CÉRVIX

Liz Miriam Suárez Reynoso
Luisa Modesta Valerio Vega
Silvia Lucy Mendoza Ruiz
Carlos Max Rojas Aire

CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE CÉRVIX

Liz Miriam Suárez Reynoso

Luisa Modesta Valerio Vega

Silvia Lucy Mendoza Ruiz

Carlos Max Rojas Aire



Liz Miriam Suárez Reynoso

Correo: lsuarez@uroosevelt.edu.pe

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9723-2040>

Afiliación: Universidad Privada de Huancayo Franklin Roosevelt.

Luisa Modesta Valerio Vega

Correo: lvalerio@uroosevelt.edu.pe

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5711-8817>

Afiliación: Universidad Privada de Huancayo Franklin Roosevelt..

Silvia Lucy Mendoza Ruiz

Correo: smendoza@uroosevelt.edu.pe

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2310-0613>

Afiliación: Universidad Privada de Huancayo Franklin Roosevelt.

Carlos Max Rojas Aire

Correo: crojas@uroosevelt.edu.pe

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2842-9872>

Afiliación: Universidad Privada de Huancayo Franklin Roosevelt.

Todas nuestras publicaciones son sometidas a revisión doble-ciego de pares académicos (Peer Review Double Blinded).

Esta publicación cuenta con licencia Creative Commons Reconocimiento - NoComercial - SinObraDerivada 3.0 Unported License.



ISBN 978-607-59951-6-8

© Liz Miriam Suárez Reynoso

© Luisa Modesta Valerio Vega

© Silvia Lucy Mendoza Ruiz

© Carlos Max Rojas Aire

2023

DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.10344948>

© Editorial Tercer Sol

www.editorialtercersol.com

Este libro es resultado de la investigación “Programa “TVSCHI” en el conocimiento sobre prevención de cáncer de cérvix en estudiantes de obstetricia de la Universidad Roosevelt, Huancayo-2019”, realizada en la Universidad Peruana de Ciencias e Informática.

Queda prohibida la reproducción bajo cualquier modalidad de toda o una parte de esta obra sin autorización expresa del titular de los derechos.

Diseño de carátula y composición: Editorial Tercer Sol

Edición electrónica: Editorial Tercer Sol

Editado en México/ *Published in Mexico*

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS.....	6
ÍNDICE DE FIGURAS.....	8
INTRODUCCIÓN.....	9

CAPÍTULO I

PRUEBAS DE DESPISTAJE DE CÁNCER DE CÉRVIX	11
1.1. Definición y causas del cáncer de cérvix	12
1.2. Virus del Papiloma Humano (VPH).....	14
1.3. Estadísticas del cáncer de cérvix	16
1.4. Anatomía patológica por biopsia de punción	17
1.5. Pruebas de inspección visuales.....	18
1.5.1 Con ácido acético	19
1.5.2 Con Lugol.....	20
1.6. Prueba de citología cervical	21

CAPÍTULO II

PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CÉRVIX	24
2.1. Factores de riesgo del cáncer de cérvix.....	25
2.2. Factores psicosociales que intervienen en la aparición del cáncer de cérvix.....	25
2.3. Prevención primaria	26
2.4. Prevención secundaria	27
2.5. Prevención terciaria	28
2.5.1 Tratamiento quirúrgico	30
2.5.2 Radioterapia.....	31

CAPÍTULO III

PROGRAMA “IVSCHI” EN EL CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE CÉRVIX..... 32

3.1. Objetivo general.....	32
3.2. Objetivos específicos.....	33
3.3. Hipótesis	34
3.4. Tipo y diseño de investigación	34
3.5. Población, muestra y muestreo.....	35
3.6. Técnicas de instrumento y recolección de datos	35
3.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	36
3.8. Resultados	36
3.9. Discusión de resultados	45
3.10. Conclusiones y recomendaciones	50

CAPÍTULO IV

REFLEXIONES FINALES..... 52

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 54

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1

Historia natural de cáncer de cuello uterino.....29

Tabla 2

Operacionalización de la variable independiente.....34

Tabla 3

Resumen de procesamiento de casos y estadísticos de fiabilidad.....35

Tabla 4

Confiabilidad.....35

Tabla 5

Frecuencia y porcentaje de la prueba de entrada.....37

Tabla 6

Frecuencia y porcentaje de la prueba de salida.....38

Tabla 7

Estadísticos de la prueba de entrada y prueba de salida.38

Tabla 8

Aprobados y desaprobados en ambas pruebas.....39

Tabla 9

Estadísticos de la prueba de entrada y prueba de salida para IVAA.....40

Tabla 10

Estadísticas de la prueba de entrada y de salida para Schiller.....40

Tabla 11

Prueba de normalidad.....42

Tabla 12

Prueba de muestras emparejadas - Hipótesis general.....43

Tabla 13

Prueba de muestras emparejadas - Primera hipótesis específica44

Tabla 14

Prueba de muestras emparejadas - Segunda hipótesis específica.....45

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1

Historia natural de cáncer de cuello uterino.....13

Figura 2

Distribución de la incidencia de cáncer en el Perú, enero – abril 2022.....17

Figura 3

Inspección visual con ácido acético (+).....20

Figura 4

Técnicas para extender el material celular exocervical.....22

Figura 5

Método base del diagnóstico de cáncer 2022.....23

INTRODUCCIÓN



El cáncer cervicouterino se erige como una problemática de salud pública de máxima relevancia, especialmente en naciones con ingresos bajos y medianos. Su impacto significativo a nivel global y la alarmante tasa de mortalidad asociada en ausencia de medidas preventivas eficaces son las fuerzas motrices que impulsaron la realización de la presente investigación. El propósito fundamental fue evaluar de manera exhaustiva el efecto de un programa educativo centrado en la inspección visual con ácido acético y lugol en el conocimiento de estudiantes de obstetricia en relación con la prevención del cáncer cervical.

En el primer capítulo, se despliegan diversas pruebas utilizadas para el despistaje de esta enfermedad, ofreciendo una visión integral que abarca desde la definición hasta las causas subyacentes, acompañadas de estadísticas descriptivas que delinean la magnitud e implicaciones de esta afección. Se busca así establecer un marco sólido que permita comprender la complejidad del cáncer cervicouterino y resaltar la necesidad imperante de estrategias preventivas.

El segundo capítulo se sumerge en las estrategias de prevención primaria, secundaria y terciaria, explorando en detalle las medidas que pueden implementarse en cada etapa del proceso de la enfermedad. Desde la promoción de estilos de vida saludables hasta la importancia de los exámenes de detección periódicos, se examinan en profundidad las herramientas disponibles para combatir y prevenir esta enfermedad.

En el tercer capítulo, se presenta el diseño y los resultados de un estudio pre experimental meticulosamente planeado para evaluar la efectividad de una intervención pedagógica específica. Se detallan los métodos utilizados, se analizan los datos recopilados y se revelan las conclusiones derivadas de este ejercicio, ofreciendo una visión completa de la eficacia del programa educativo implementado.

Finalmente, el cuarto capítulo se erige como el cierre reflexivo de la investigación. Los hallazgos obtenidos se contextualizan a la luz de la evidencia disponible, estableciendo conexiones y contrastando los resultados con investigaciones previas. Este capítulo sirve como plataforma para la formulación de conclusiones fundamentadas y la generación de recomendaciones prácticas derivadas del proceso investigativo desarrollado. En conjunto, estos cuatro capítulos construyen una narrativa coherente y profunda que aborda el cáncer cervicouterino desde múltiples perspectivas, culminando en un llamado a la acción informado por la evidencia científica.

CAPÍTULO I

PRUEBAS DE DESPISTAJE DE CÁNCER DE CÉRVIX

De acuerdo con la Sociedad Española de Oncología Médica (2023), el cáncer de cuello uterino se ubica actualmente en el cuarto lugar entre los tipos de cáncer más frecuentes en mujeres a nivel mundial. Las regiones con mayor prevalencia son América del Sur, África, Melanesia y el Sudeste Asiático. No obstante, en España este padecimiento ocupa el decimoquinto puesto, registrándose en 2020 alrededor de 1957 nuevos diagnósticos con una incidencia de 5.3 casos por cada 100 mil féminas al año y una tasa de mortalidad de 1.5 por cada 100 mil mujeres al año.

Por otro lado, la Sociedad Americana contra el Cáncer (2021) señala que anteriormente el cáncer cervical era una de las principales causas de fallecimiento por tumores malignos entre las estadounidenses. Sin embargo, esto cambió gracias a la incorporación del test de Papanicolaou, considerada una de las estrategias más efectivas para la prevención. De hecho, desde su implementación en la década de 1940 en combinación con tratamientos precoces ha reducido hasta un 70% la mortalidad en naciones desarrolladas (Sociedad

Española de Oncología Médica, 2023). Otra prueba novedosa para la detección es la del VPH o Virus del Papiloma Humano, por ser el agente causal más frecuente.

Detectar la enfermedad en etapas iniciales incrementa sustancialmente las probabilidades de éxito terapéutico y previene modificaciones cancerosas tempranas en las células del cuello uterino. Conocer los signos y síntomas también puede evitar retrasos innecesarios para el diagnóstico. Es así como su identificación resulta trascendental en la atención estándar de pacientes con cáncer cervical. Habitualmente, la pesquisa comienza ante una prueba anómala de VPH o resultados irregulares en el test de Papanicolaou. Los hallazgos incluirán exámenes adicionales que podrían confirmar la dolencia o descartarla. Vale aclarar que las pruebas de Papanicolaou y detección de VPH son tamizajes, no diagnósticos. Es decir, no pueden determinar la existencia de cáncer uterino, sólo arrojan un resultado fuera de lo común que amerita análisis posteriores para verificar la presencia o no de cáncer o pre cáncer.

1.1. Definición y causas del cáncer de cérvix

La literatura científica define el cáncer como una proliferación patológica de células anormales que invade y destruye los tejidos (Guerrero et al, 2016 en Diz et al, 2019). La Organización Mundial de la Salud (2017) lo describe de forma similar: multiplicación acelerada de células aberrantes que se diseminan a otros órganos mediante un proceso denominado carcinogénesis (Ortiz et al, 2014).

Específicamente, el cáncer de cuello uterino (CC) se origina entre el epitelio columnar primario del endocérvix y el epitelio escamoso del ectocérvix (Castelo et al, 2017). Previo al diagnóstico, las células de esta zona experimentan diversas alteraciones precursoras como displasia, transformándose luego en células anómalas en el tejido cervical. De no

eliminarse, pueden derivar en tumor maligno (Instituto Nacional del Cáncer, 2023).

Según Hernández-Hernández et al (2016), dichos cambios celulares en el epitelio endocervical anteceden al cáncer y se denominan neoplasia intraepitelial cervical (NIC) o lesiones escamosas intraepiteliales (LEI). Históricamente, las lesiones precursoras epiteliales en los carcinomas de cérvix se clasificaban en displasia leve, moderada o grave y carcinoma in situ. Puesto que sólo había dos opciones terapéuticas -observación o cirugía- se decidió dividir las en dos grupos: NIC1 o displasia leve como afecciones de bajo grado; NIC2 y NIC3 como lesiones de alto grado, cuya conducta es quirúrgica (figura 1).

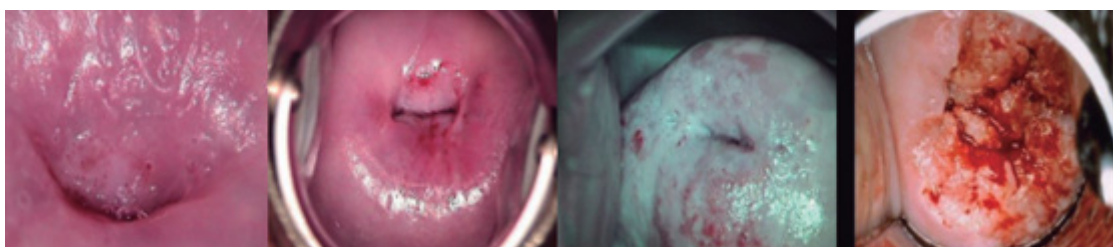


Figura 1. Historia natural de cáncer de cuello uterino.

Nota. Tomado de Minsa (2017).

De acuerdo con la literatura, el cáncer de cuello uterino se clasifica en diversas etapas: estadio 0 o carcinoma in situ; estadio I con tumor restringido al cérvix; estadio II con progresión cervical sin afectar pared pélvica; estadio III con propagación hacia la pared pélvica y estadio IV con metástasis más allá de la pelvis (Castelo et al, 2017).

La causa primordial en cerca del 99% de los cánceres cervicales es la persistencia de la infección por alguno de los 15 genotipos oncogénicos del virus del papiloma humano (VPH). Esto representa una condición necesaria pero no suficiente para que se origine este tipo de cáncer. Alrededor del 90% de las infecciones por VPH son eliminadas por el sistema inmune de la persona. Son las pacientes con infecciones constantes de los serotipos

de mayor riesgo, sobre todo VPH 16 o 18, las que finalmente desarrollan la enfermedad invasora (Castelo et al, 2017).

Existen otros factores de riesgo o coadyuvantes en la génesis del carcinoma cervical invasivo, entre ellos situaciones de inmunosupresión crónica como las secundarias a trasplantes o a la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), elevada promiscuidad sexual por el mayor riesgo de exposición al VPH, consumo prolongado de anticonceptivos orales o hábito de fumar, entre otros (Castellsagué et al, 2006).

1.2. Virus del Papiloma Humano (VPH)

El VPH pertenece a la familia Papillomaviridae y posee una estructura sin envoltura compuesta por una cápside proteica icosaédrica que contiene DNA bicatenario circular. Su genoma codifica diversas proteínas no estructurales necesarias para la replicación (E1, E2, E4-E7), siendo E6 y E7 reconocidos como oncogenes; también codifica las proteínas L1 y L2 que forman la cápside viral. Posee una región reguladora no codificante que controla la expresión génica (Boguñá et al, 2019).

La infección por VPH, principalmente de transmisión sexual, es un factor necesario más no suficiente para el desarrollo de cáncer cérvico-uterino. La incidencia es más alta en mujeres jóvenes cercanas a la pubertad y disminuye en etapas posteriores de la vida (Domínguez et al, 2018).

Las lesiones cervicales por VPH en mujeres en edad reproductiva son las de mayor riesgo, provocando alteraciones celulares que pueden derivar en neoplasias. Aunque la mayoría cursan de forma asintomática, representan una amenaza por el retraso diagnóstico que conllevan.

Se conoce que cerca del 90% de infecciones por VPH se resuelven espontáneamente en 2

años sin mayores consecuencias. No obstante, aún se debate si el virus es completamente eliminado o permanece latente con potencial reactivación. Un 10% de casos se tornan crónicos con desarrollo de lesiones precancerosas cervicales.

A inicios del presente siglo, la OMS reportó 86.532 casos anuales de cáncer cérvico-uterino con 38.436 muertes, siendo el segundo más letal en mujeres menores de 45 años (Remy, 2021). Los tipos virales 16, 31, 18 y 39 fueron los más prevalentes en mujeres europeas con citología normal (8%; 2%; 0.9% y 0.8% respectivamente) (Hernández y Ramírez, 2019).

El inicio sexual temprano, múltiples parejas y mayor actividad sexual se relacionan con mayor probabilidad de infección. Los tipos 16 y 18 están implicados en el 70% de casos de cáncer cervical; entre 41- 67% de lesiones cervicales de alto grado y hasta un 32% de lesiones de bajo grado (Plancarte et al, 2019).

De los 530.000 casos anuales de cáncer cervical, 71% son causados por VPH 16/18 y 19% por VPH 31/33/45/52/58. Se considera ahora una enfermedad de curso crónico asociada a infección persistente del tracto genital por tipos de alto riesgo, con alta probabilidad de curación si se detecta tempranamente (Remy, 2021).

Las principales estrategias para combatir esta patología son la prevención primaria mediante vacunación contra VPH y la detección secundaria de lesiones precancerosas (Hernández y Ramírez, 2019). Si bien la prevención y erradicación son opciones viables, en países de ingresos bajos/medianos sigue siendo incontrolable por falta de intervenciones efectivas. La OMS ha llamado a establecer programas de alto alcance para eliminar el cáncer cervical (Plancarte et al, 2019).

1.3. Estadísticas del cáncer de cérvix

El cáncer cervical es la segunda causa de mortalidad por cáncer en mujeres a nivel global. El 80% de los casos ocurren en países de bajos ingresos debido a los escasos recursos para salud pública y prevención (Castelo et al, 2017). La edad promedio de diagnóstico es 47 años (Camacho y Pezantes, 2020).

Representa un grave problema de salud pública en naciones en vías de desarrollo de Latinoamérica. Es la segunda causa de muerte en mujeres de 35 a 64 años mundialmente, con 90% de fallecimientos en países de bajos/medianos ingresos (Laberiano, 2020). Constituye el 8% de cánceres femeninos, siendo el cuarto más común luego de mama, colon y pulmón.

En 2018 hubo 569.847 nuevos diagnósticos y 311.365 muertes por este cáncer cervical. Más del 85% de casos ocurren en naciones con recursos limitados (Denny, 2014). Un 80% se originan de displasias cervicales preexistentes. El adenocarcinoma cervical representa un 20% de los casos; su incidencia va en aumento en países desarrollados versus carcinoma de células escamosas, a pesar que también se asocia a VPH oncogénico. Suele derivar de lesiones glandulares pre invasoras, menos detectables que lesiones escamosas en citología (Wilczynski et al, 1988).

El carcinoma de células claras es una variante infrecuente de adenocarcinoma cervical (menos de 5% de casos). Previamente se asociaba a exposición prenatal a dietilestilbestrol.

En Perú el cáncer cervicouterino lidera la incidencia oncológica en 2022 con 27% de casos. Otros cánceres predominantes en mujeres: mama, estómago y tiroides; en hombres: estómago, próstata y leucemias (Camacho y Pezantes, 2020).

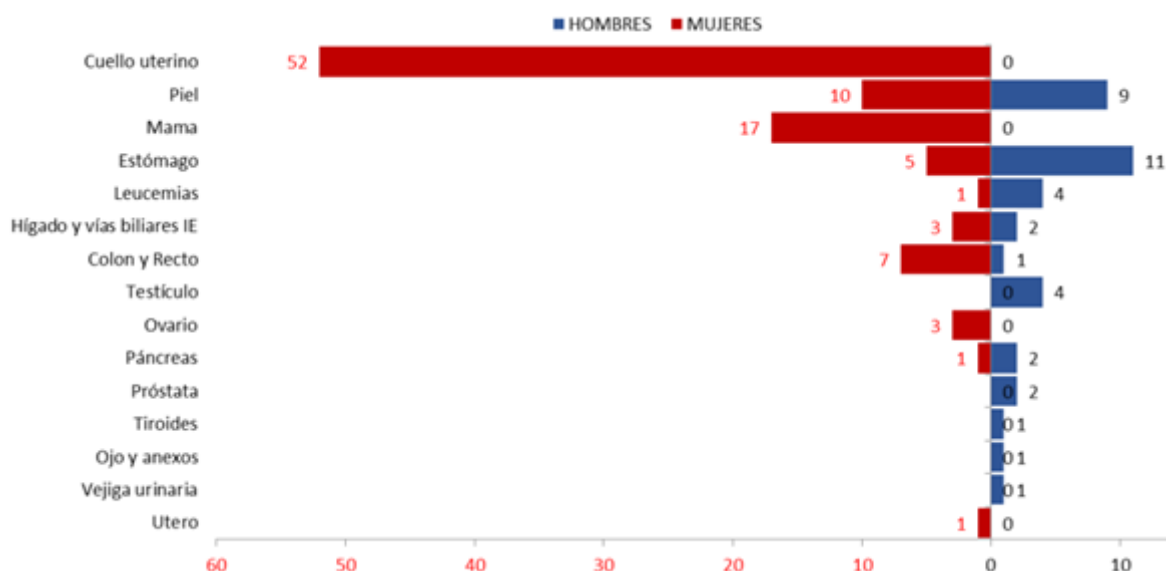


Figura 2. Distribución de la incidencia de cáncer en el Perú, enero – abril 2022.

Nota. Tomado de Sala Situacional del Cáncer en el Perú (2022).

1.4. Anatomía patológica por biopsia de punción

Entre las pruebas diagnósticas para detección de VPH, causal de cáncer cervicouterino, se tienen: citología cérvico-vaginal (Papanicolaou) de baja sensibilidad en lesiones tempranas; detección directa de VPH por métodos de alta sensibilidad; inspección visual con ácido acético (IVAA) y anatomía patológica, siendo esta última de mayor costo (Pinedo, 2020).

La biopsia cervical implica la extracción de tejido para su posterior análisis microscópico, permitiendo establecer un diagnóstico definitivo al evaluar características histológicas, moleculares, fenotípicas y etiológicas. Se realiza ante hallazgos anormales en examen pélvico o prueba positiva para VPH.

Existen diversos abordajes: biopsia quirúrgica directa, punción con aguja, sacabocados tipo Keyes, laparoscopia, legrado uterino e histeroscopia. La punción remueve pequeñas muestras cervicales mediante aguja o instrumental afilado.

Otros tipos de biopsia cervical:

- Biopsia perforante: utiliza cuchilla circular para obtener tejido, con múltiples muestras de diferentes sitios cervicales.
- Biopsia cónica: extrae la mayor parte del cono cervical mediante láser o bisturí.
- Legrado endocervical (LEC): emplea cureta delgada para raspar revestimiento del conducto endocervical, área no visible exteriormente.

El procedimiento de biopsia cervical permite la obtención de tejido para realizar un análisis microscópico exhaustivo, estableciendo un diagnóstico certero de posibles lesiones premalignas o malignas. Dependiendo de la extensión de tejido removido, puede conferir incluso un tratamiento definitivo.

1.5. Pruebas de inspección visuales

Las pruebas diagnósticas para VPH se clasifican en: visuales (colposcopia), microscópicas (citología) y moleculares (PCR, hibridación). La colposcopia explora el epitelio cervical identificando anomalías mediante emblanquecimiento con ácido acético o yodo de Lugol (Sampeiro y Salazar, 2019).

Consiste en la inspección del tracto genital inferior con aumento progresivo, antes y después de diversos reactivos. Se recomienda examinar ectocérvix, orificio cervical externo, unión escamo-columnar y conducto endocervical accesible; así como fondos de saco, paredes vaginales (vaginoscopia), vulva (vulvoscopia), perineo y región perianal. Permite categorizar lesiones escamosas intraepiteliales de bajo y alto grado. Su sensibilidad varía de 64 a 99% y su especificidad de 30 a 99.3% (Lorie, 2016).

La inspección visual directa también puede realizarse con ácido acético (VIA) o yodo de Lugol (VILI). Estas pruebas visuales de bajo costo son útiles para detección oportuna de lesiones premalignas cervicales en contextos de escasos recursos. Requieren personal capacitado y pueden presentar variabilidad inter-observador.

1.5.1. Con ácido acético

La prueba VIA implica el examen directo del cuello uterino bajo luz halógena brillante, un minuto después de aplicar ácido acético al 5%. Se utiliza para tamizaje de cáncer cervical en países de bajos ingresos por su simplicidad, factibilidad y bajo costo; permite diagnóstico y tratamiento inmediato ante resultados positivos. Su sensibilidad es 30-87% y especificidad 86-100% (Lorie, 2016).

El ácido acético coagula proteínas celulares de forma reversible, provocando edema tisular especialmente en epitelio glandular y escamoso. También deshidrata, coagula sangre y elimina moco. El epitelio escamoso normal se observa rosado, el glandular rojizo por vascularización subyacente.

Si el epitelio contiene abundantes proteínas, el ácido las coagula tornándolo opaco al bloquear paso de luz. Esta reacción de “vinagre blanco” contrasta con epitelio rosado normal. El efecto depende de concentración proteica: áreas muy activas y con elevado contenido de ADN exhiben cambios blanquecinos intensos.

En epitelio escamoso normal se coagula levemente la capa superficial. Aunque las células basales son más ricas en proteínas, el ácido no penetra lo suficiente como para oscurecer el estroma. En lesiones NIC (neoplasia intraepitelial cervical) y carcinomas invasores la coagulación es máxima por mayor contenido nuclear y bloqueo de luz; el patrón vascular subyacente se enmascara tornándose blanco denso. En NIC se limita a la unión escamo-

columnar, mientras que en cáncer afecta todo el cérvix.

En resumen, este método detecta variaciones de color/tono tras aplicar la solución ácida sobre exocérnix con apoyo de luz blanca. Si se observan áreas blanquecinas, se recomienda evaluación adicional (Lorie, 2016).



Figura 3. Inspección visual con ácido acético (+).

Nota. Tomado de Minsa (2017).

1.5.2. Con Lugol

La prueba VILI implica la aplicación de yodo de Lugol al 10% sobre el cuello uterino. Un resultado positivo muestra áreas amarillo pálido sobre fondo oscuro; la captación uniforme del tinte es negativa. Las células con glucógeno se tiñen marrón; las carentes de este como epitelio glandular, lesiones de alto grado y algunas de bajo grado, permanecen hipocromáticas (Viquez et al, 2022).

Su sensibilidad es de 87.2% y especificidad de 84.7%. El epitelio escamoso contiene glucógeno y se tiñe con yodo; el epitelio glandular y las neoplasias cervicales intraepiteliales (NIC) poseen poco o ningún glucógeno por lo que no captan yodo (Sampeiro y Salazar, 2019).

Al ser el yodo glicolítico, su aplicación lleva a la captación a través del epitelio glucogenado. El epitelio escamoso normal con glucógeno se tiñe caoba o negro; el epitelio columnar no absorbe yodo por lo que luce hipocromático e inclusive puede decolorarse. Áreas de metaplasia escamosa inmadura pueden no teñirse o hacerlo parcialmente.

En erosiones por celulitis, las capas desprendidas no absorben yodo y se observan despigmentadas sobre el fondo oscuro normal. El cáncer invasor tampoco capta yodo debido a la falta de glucógeno, visualizándose como placas amarillo mostaza. Las leucoplaquias tampoco captan yodo; las verrugas pueden teñirse parcialmente en algunos casos.

1.6. Prueba de citología cervical

La citología cervical consiste en la toma de muestra de células del exocérnix y endocérnix, su extendido en portaobjetos, tinción por Papanicolaou y observación microscópica para interpretar alteraciones morfológicas celulares (Ramos-Ortega et al, 2014).

Para una detección oportuna, la muestra debe contener células representativas de ambos epitelios cervicales, adecuadamente extendidas, teñidas y evaluadas en búsqueda de anomalías sugestivas de lesión pre maligna o maligna.

Varela (2005) la define como el estudio de células individuales para identificar anormalidades morfológicas a nivel de epitelios, líquidos corporales o mediante punción.

Su éxito como método de tamizaje radique en su simplicidad y bajo costo. Su implementación rutinaria ha reducido incidencia y mortalidad por cáncer cervical invasor hasta en 95%, no obstante, no hay consenso sobre periodicidad o duración óptima de cribado. Aporta información sobre estado hormonal y presencia de microorganismos (Varela, 2005).

El extendido para toma de muestra puede ser: circular, longitudinal o transversal al portaobjetos. La citología es muy eficiente pero su sensibilidad varía de 30 a 96.4% (promedio 50%), con 10-13% de falsos negativos y 20-28% de falsos positivos. Obtiene células de exo y endocérnix para evaluar la zona de transformación, de mayor riesgo para neoplasias.

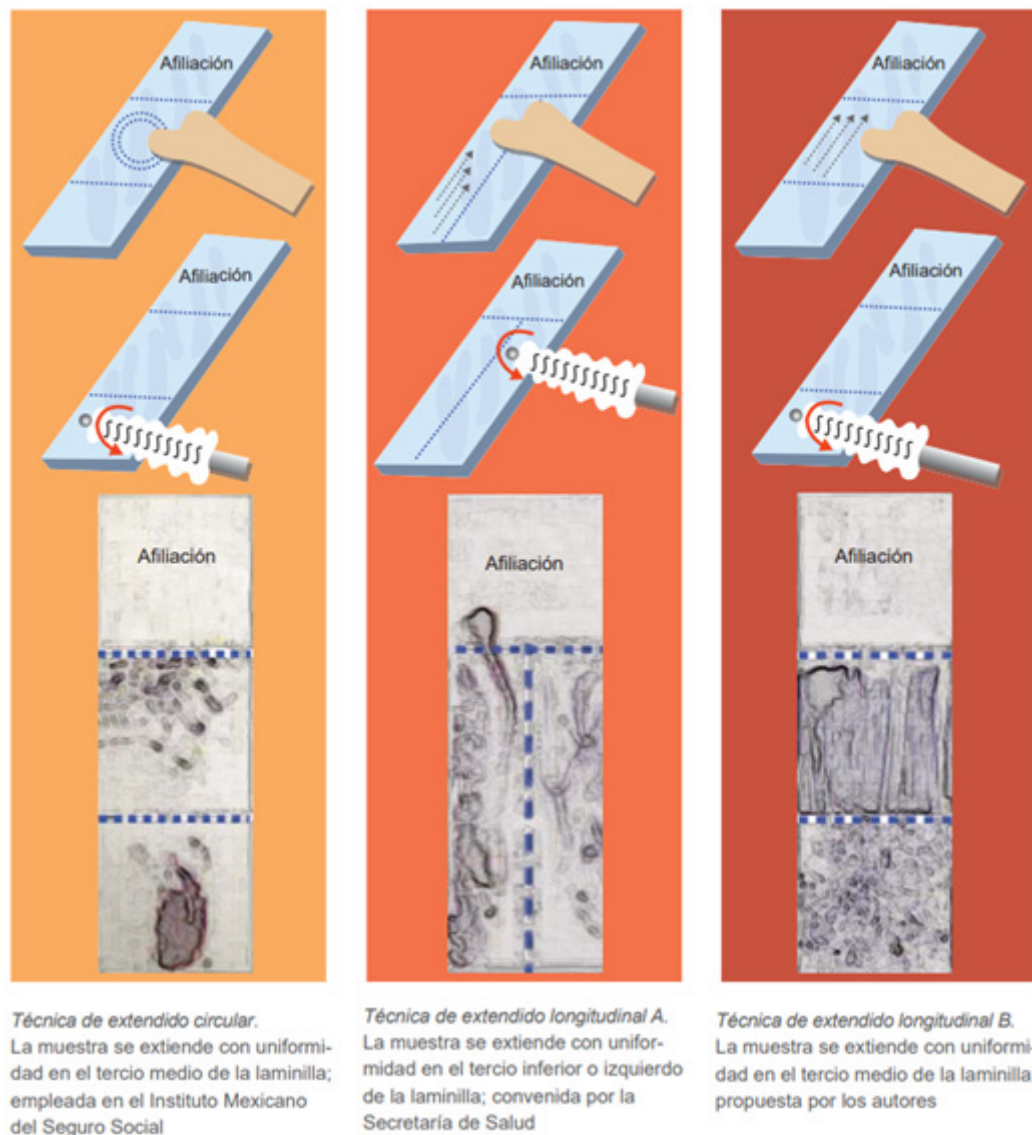


Figura 4. Técnicas para extender el material celular exocervical.

Nota. Tomado de Ramos-Ortega et al (2014).

En el Perú, el método base del diagnóstico de cáncer, para abril de 2022, fue la citología en el 80% de los casos, de acuerdo con los casos de cáncer de registro hospitalario, mientras que el 14% obtuvo confirmación de la patología mediante imágenes como es observa en la figura 4 (Sala Situacional del Cáncer en el Perú, 2022).

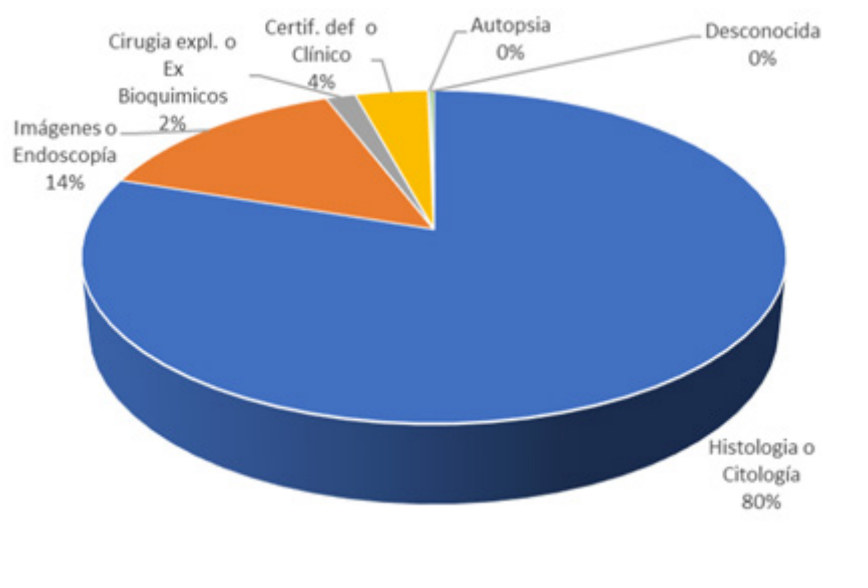


Figura 5. Método base del diagnóstico de cáncer 2022.

Nota. Tomado de Sala Situacional del Cáncer en el Perú (2022).

CAPÍTULO II

PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CÉRVIX

A pesar de los programas de tamizaje, el cáncer cervicouterino persiste como el segundo más frecuente en mujeres a nivel mundial. Esto resalta la necesidad de implementar adecuadamente medidas preventivas. Su prevención es factible mediante controles periódicos para detectar y tratar oportunamente cualquier lesión pre maligna; también a través de la vacunación contra VPH (Cancer.net, 2022).

Investigadores siguen desarrollando pruebas para la detección de ciertos tipos de cáncer en humanos previo a la manifestación de signos o síntomas. Los objetivos globales frente al diagnóstico oncológico son:

- a) Reducir la mortalidad por cáncer o eventualmente erradicarla.
- b) Disminuir la incidencia de cáncer a través de la detección y tratamiento precoz de lesiones precursoras (Cancer.net, 2022).

Existe una amplia variedad de modalidades diagnósticas descritas para la detección

temprana de alteraciones cervicales, desde sencillos métodos visuales hasta sofisticados abordajes moleculares. Su implementación debe priorizar poblaciones de alto riesgo. El diagnóstico y tratamiento certero de lesiones pre malignas confiere prevención secundaria frente a cáncer cervical invasor.

2.1. Factores de riesgo del cáncer de cérvix

Diversos autores coinciden en señalar múltiples factores de riesgo vinculados al origen de esta neoplasia, entre ellos: antecedentes familiares oncológicos, menarquia precoz, actividad sexual temprana (antes de los 17 años), multiparidad, cambio frecuente de parejas sexuales e infecciones de transmisión sexual (particularmente VPH). También se asocian dificultades para un diagnóstico oportuno relacionadas con ubicación geográfica remota o falta de aseguramiento en salud (Solano et al, 2020).

Otros factores descritos: sexo femenino, inmunosupresión crónica postrasplante o secundaria a VIH, promiscuidad sexual por mayor exposición a VPH, uso prolongado de anticonceptivos orales, tabaquismo, tamizaje poco frecuente, edad joven y relaciones homosexuales en hombres. Además, no utilizar preservativos u otras barreras anticonceptivas incrementa el riesgo (Sarmiento y Puerto, 2020).

En último término, el inicio sexual y reproductivo precoz, la multiparidad, las múltiples parejas sexuales y prácticas de riesgo se vinculan fuertemente con probabilidad de contraer VPH y consecuentemente desarrollar lesiones intraepiteliales precursoras del cáncer cervical invasor.

2.2. Factores psicosociales que intervienen en la aparición del cáncer de cérvix

Existe una fuerte asociación entre bajo nivel educativo y mayor incidencia de cáncer cervical, secundario a menor adherencia a programas de tamizaje. Por el contrario, residir

en zona urbana, alto estatus socioeconómico y educación superior se vinculan a mejor comprensión de la fisiopatología y métodos diagnósticos de esta enfermedad, favoreciendo la detección precoz (Araujo, 2016).

Un estudio Taiwanés 2004-2010 evidenció que iniciar tratamiento después de 90 días del diagnóstico reduce significativamente la supervivencia de cáncer cervical temprano. El acceso limitado a tamizaje, variables psicosociales como temor quirúrgico y carga económica familiar, son causas principales de demora terapéutica en países en vías de desarrollo; además de extensión y localización tumoral.

Existe controversia respecto a la relación entre condición socioeconómica/educativa y cáncer cervical. Se acepta mayor prevalencia en mujeres de estratos bajos, inmigrantes y menor escolaridad; pero algunos estudios reportan mayor incidencia en universitarias. Es discutible si esto se debe a mayor exposición viral o menores oportunidades de diagnóstico precoz (Ortiz et al, 2004).

En EEUU mujeres hispanas y afrodescendientes presentan más infección por VPH, lesiones pre-malignas y cáncer cervical; aunque la “raza” es probablemente marcador indirecto de pobreza y conductas de riesgo sobreexpuestas. Lindau et al. evidenciaron que mujeres con educación menor a noveno grado asisten hasta 2.5 veces menos a toma de citologías, reafirmando la necesidad de reforzar programas educativos sobre prevención dirigidos a toda la población (Valdés, 2004).

2.3. Prevención primaria

Considerando que la historia natural de esta enfermedad impacta las estrategias de detección, tratamiento y seguimiento; los programas de prevención deben basarse en modelos fisiopatológicos actualizados. Inicialmente se postulaba una progresión lineal de

displasia leve, moderada y severa a carcinoma in situ (CIS) y finalmente cáncer invasor en un lapso de 10 años. Hoy se reconoce que el precursor directo es la displasia de alto grado, con mayor probabilidad de regresión en casos incidentes en menores de 34 años (Herdman y Sherris, 2000).

Por ello, la prevención primaria se centra en evitar la infección por VPH mediante programas de vacunación, especialmente con variantes de alto riesgo oncogénico. Otra estrategia complementaria es reforzar educación sexual integral desde etapas tempranas, enfocada en poblaciones más vulnerables con limitado acceso a atención primaria.

En Perú la vacunación tetravalente contra VPH se implementó en 2011 en niñas de 5to grado de primaria (esquema 0-6 meses). En 2019 la cobertura fue 87% para primera dosis y 78% para segunda dosis (234,535 y 211,339 niñas respectivamente) (Venegas et al, 2020). Se requiere mantener coberturas elevadas e idealmente extender el programa de vacunas a varones para control epidemiológico poblacional del VPH.

2.4. Prevención secundaria

La prevención secundaria implica el diagnóstico y tratamiento oportuno de lesiones premalignas y carcinomas tempranos del cérvix (Venegas et al, 2020), con la finalidad de instaurar terapéutica efectiva que evite progresión a cáncer invasor y disminuya la mortalidad asociada (García, 2022). Se basa en la implementación de diversos métodos de tamizaje como citología, pruebas visuales e identificación de VPH para determinar existencia de anomalías cervicales potencialmente malignas.

Según Viquez et al (2022) la prevención secundaria engloba medidas que promueven un diagnóstico precoz para incrementar probabilidades de curación y evitar estadios avanzados. La OMS plantea dos enfoques:

- **Detección y tratamiento:** se indica tratamiento con base en resultado positivo de una sola prueba diagnóstica primaria, sin otras evaluaciones.
- **Detección, clasificación y tratamiento:** ante prueba primaria positiva se realiza clasificación de lesión, con tratamiento posterior de acuerdo a ambos resultados.

En ambos casos se recomienda ablación o escisión. La escisión utiliza medios electroquirúrgicos o ultrasonido para extirpar lesión y tejido perilesional; la ablación vaporiza o destruye el tejido anómalo con láser o electrocirugía hasta alcanzar el tejido sano subyacente (Piero, 2022).

2.5. Prevención terciaria

La prevención terciaria en el ámbito de la salud hace referencia a las medidas orientadas a la rehabilitación y evitar complicaciones producto de una enfermedad ya existente. En el caso particular del cáncer de cuello uterino, si bien las acciones terciarias resultan relevantes, Víquez (2022) plantea que la capacidad de control efectivo de esta enfermedad depende principalmente de estrategias primarias como la promoción de conductas saludables, la protección específica a través de programas de detección y la detección temprana de los casos.

Cada año se diagnostican aproximadamente 530.000 nuevos casos de cáncer cervicouterino en el mundo, todos los cuales requerirán de protocolos terapéuticos adecuados. Si bien el tratamiento paliativo y la rehabilitación cumplen un rol, se vuelven medidas insuficientes si no se acompañan de una prevención primaria efectiva. Promover factores protectores, programas de screening poblacional, campañas de concientización y políticas de acceso equitativo a la salud reproductiva deben ser el foco central de los esfuerzos. La evidencia

muestra que la mayor parte de muertes prematuras por este tipo de cáncer podrían evitarse con intervenciones de prevención oportunas.

Tabla 1. Historia natural de cáncer de cuello uterino.

Prevención primaria	Prevención secundaria		Prevención terciaria
Infección VPH	Displasia cervical de bajo grado (NIC 1)	Displasia cervical de alto grado (NIC 2 y 3)	Cáncer invasor
La infección por VPH es sumamente prevalente en mujeres en edad fértil. Puede mantenerse estable, progresar a displasia o desaparecer	Generalmente son lesiones transitorias que se autolimitan y desaparecen en el tiempo. No obstante, algunos casos evolucionan hacia lesiones de mayor gravedad.	Significativamente menos frecuentes que las displasias leves. Pueden derivar de éstas o directamente de la infección viral.	Las mujeres con displasia moderada/severa corren riesgo de desarrollar un cáncer invasivo, usualmente en un período prolongado de 10 a 15 años.

Nota. Adaptado de Minsa (2017) y Herdman y Sherris (2000).

El tratamiento de elección para cáncer cervicouterino invasor son la cirugía y radioterapia. Quimioterapia puede complementar en etapas posteriores. Suele requerir hospitalización, con elevados costos y eficacia incierta (Herdman y Sherris, 2000).

Para definir la terapéutica, es decisiva la evaluación histopatológica (colposcopia/biopsia) ante síntomas presentes o sugerentes de invasión sin lesión visible. Incluye enfermedad microinvasiva o compromiso endocervical con cérvix macroscópicamente normal (García, 2022). Las opciones terciarias principales son:

2.5.1. Tratamiento quirúrgico

Conización

La conización cervical es el procedimiento de elección para lesiones precancerosas de alto grado y la última medida en la prevención secundaria del cáncer cervicouterino. Consiste en la extirpación quirúrgica de una porción del cuello uterino, cuya extensión depende de la anatomía local, diseminación de la lesión, afectación endocervical, sospecha de invasión y grado histológico (Moradel et al., 1992). Idealmente debe realizarse en ausencia de procesos infecciosos para evitar sangrados. La conización nunca es urgente y puede posponerse luego de tratamiento antiinfeccioso (Chevreau et al., 2022). Si bien no es técnicamente difícil, requiere guía colposcópica.

Habitualmente se opta ante compromiso endocervical, buscando preservar el útero, evitar radioterapia o cirugías mayores. Las modalidades son conización por bisturí, asa diatérmica o láser (García, 2022).

Histerectomía

La histerectomía obstétrica implica la resección parcial o total del útero. Una indicación es la presencia de complicaciones por patologías preexistentes (Aguilar et al., 2012). Es apropiada en etapas iniciales de cáncer cervical, en sus variantes radical o simple según progresión tumoral (García, 2022)

Traquelectomía radical

Implica extirpar de forma vaginal el cuello uterino, parametrios y linfonodos pelvianos. Se plantea para preservar fertilidad en FIGO IA2-IB, IIA exofítico, lesiones < 2cm, compromiso endocervical limitado y ausencia de metástasis ganglionares (Orti et al., 2006).

Se extrae cérvix, tejidos laterales parametriales y se conservan cuerpo uterino y ovarios. Aplica en menores de 40 años con deseo gestacional, resonancia magnética preoperatoria con margen sano al segmento uterino inferior y variedades histológicas escamosa, adenoide o adenocarcinoma. Intraoperatoriamente se evalúan márgenes; de resultar inadecuados se suspende el procedimiento y realiza histerectomía radical (García, 2022).

2.5.2. Radioterapia

La radioterapia consiste en la utilización de radiaciones ionizantes con fines terapéuticos para tratar procesos tumorales y algunas entidades benignas (Zomeño, 2002). Su indicación integra factores clínicos, anatómicos y sociales. Ante compromiso microinvasivo se emplea radioterapia intracavitaria (ICRT). En pacientes ya intervenidos quirúrgicamente que requieren radiación adyuvante, se plantea radioterapia definitiva o radioquimioterapia concurrente con derivados de platino (CCRT) (García, 2022).

Los avances tecnológicos actuales permiten maximizar la dosis sobre el volumen blanco reduciendo la toxicidad sobre tejidos sanos adyacentes. No obstante, efectos adversos tanto agudos como crónicos siguen constituyendo un problema. Por ello, la prescripción de radioterapia debe basarse en una cuidadosa evaluación riesgo/beneficio para cada paciente. Además, se requiere un abordaje multidisciplinario que incluya apoyo nutricional, manejo sintomático, cuidados paliativos y seguimiento a largo plazo tras finalizado el tratamiento.

CAPÍTULO III

PROGRAMA “IVSCHI” EN EL CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE CÉRVIX

3.1. Objetivos

3.1.1. Objetivo general

El objetivo general de este estudio fue determinar el impacto del programa IVCSHI en el conocimiento de la prevención del cáncer de cérvix entre los obstetras de 8° grado de la Universidad Roosevelt, Huancayo en el año 2019.

3.1.2.. Objetivos específicos

- a. Determinar la influencia del test IVAA en el conocimiento sobre prevención de cáncer de cérvix en estudiantes del VIII ciclo de Obstetricia de la Universidad Roosevelt, Huancayo – 2019.
- b. Determinación del impacto de la prueba de Schiller en los conocimientos sobre prevención del cáncer de cuello uterino de estudiantes de 8vo ciclo de obstetricia de

la Universidad Roosevelt de Huancayo - 2019.

3.2. Hipótesis

3.2.1. *Hipótesis general*

Existe diferencia significativa de promedios en la población entre la prueba de entrada y la prueba de salida en la aplicación programa IVSCHI en el conocimiento sobre prevención de cáncer de cérvix en estudiantes de obstetricia de la Universidad Roosevelt de Huancayo.

3.2.2.. *Hipótesis específicas*

- Existe diferencia significativa de los promedios en la población entre la prueba de entrada y la prueba de salida en la aplicación del programa IVSCHI en el conocimiento sobre la dimensión inspección visual con ácido acético en estudiantes de obstetricia de la Universidad Roosevelt de Huancayo.
- Existe una influencia positiva del test de Schiller en el conocimiento sobre prevención de cáncer de cérvix en estudiantes del VIII ciclo de la Universidad Roosevelt, Huancayo- 2019.

3.3. Variables

Tabla 2. Operacionalización de la variable independiente.

Variable	Definición operacional	Dimensión	Indicador
Taller IVAA - SCHILLER	IVAA: Este es un procedimiento que se realiza en mujeres que ya han iniciado relaciones sexuales para detectar de manera temprana posibles cambios en el cuello uterino o cérvix, el cual consiste en inyectar ácido acético a una concentración del 3 al 6 % en el cuello uterino y esperar 1 minuto. La observación directa del cuello uterino debe hacerse después del uso de esta sustancia.	IVAA	Conocer las características fisiopatológicas del cuello uterino.
			Identificar los materiales utilizados para el test de IVAA.
			Conocer el procedimiento para la aplicación correcta del test de IVAA.
			Conocer las características de un test de IVAA negativo.
			Conocer las características de un test de IVAA positivo.
			Identificar la sospecha de cáncer.
	SCHILLER: Este es un procedimiento que incluye la aplicación de Lugol en el cuello uterino y observar inmediatamente los cambios que se producen después de aplicar la preparación.	SCHILLER	Identificar los materiales utilizados para el test de Schiller.
			Conocer el procedimiento para la aplicación correcta del test de Schiller.
			Conocer las características en un test de Schiller negativo.
			Conocer las características en un test de Schiller positivo.
			Identificar la sospecha de cáncer.

3.4. Tipo y diseño de investigación

El presente estudio tiene un enfoque cuantitativo con alcance aplicado, experimental y naturaleza descriptiva-explicativa. Busca generar utilidad práctica sobre una temática de interés público. El diseño corresponde a un pre experimento con preprueba-posprueba

sobre un solo grupo.

3.5. Población y muestra

La población objetivo fueron 21 estudiantes de obstetricia de 8° ciclo de la Universidad Roosevelt en Huancayo durante el periodo evaluado. Dado el tamaño reducido de la población (<100 individuos), se realizó un muestreo censal incluyendo a todos los casos disponibles, por lo que población y muestra coinciden.

3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica empleada fue la encuesta. Como instrumento se utilizó un cuestionario autoadministrado con 20 ítems de respuesta dicotómica (verdadero/falso). Diez preguntas evaluaron conocimientos sobre inspección visual con ácido acético y diez sobre inspección con lugol. El instrumento fue sometido a validez de contenido mediante juicio de expertos. La confiabilidad se analizó con el Alfa de Cronbach en una muestra piloto de 15 estudiantes, cuyos resultados se exponen en las tablas 3 y 4.

Tabla 3. Resumen de procesamiento de casos y estadísticos de fiabilidad.

		N	%
Casos	Válidos	15	100,00
	Excluidos ^a	0	,0
	Total	15	100,00

a. Eliminación por lista

Tabla 4. Confiabilidad.

Alfa de Cronbach	N de elementos
,892	20

3.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Para el procesamiento y análisis de los datos recolectados se emplearon tablas de frecuencias y porcentajes para el análisis descriptivo. Como medidas de tendencia central se calcularon media, mediana y moda, complementadas por desviación estándar y varianza para el análisis de dispersión, tanto en preprueba como en posprueba.

Previo al contraste de hipótesis se verificó el supuesto de normalidad mediante la prueba Shapiro-Wilk. Al cumplirse dicho supuesto, se aplicó una prueba paramétrica para muestras relacionadas (preprueba-posprueba sobre un mismo grupo). Específicamente, se utilizó la *t* de Student para muestras emparejadas a fin de contrastar la hipótesis planteada en el estudio sobre la posible mejoría en los conocimientos luego de la intervención educativa.

Los análisis descriptivos permitieron caracterizar el grupo de estudio antes y después del taller dictado. Las pruebas inferenciales posibilitaron estimar la magnitud del cambio en las variables dependientes y determinar si este resultado fue estadísticamente significativo, para así poder extrapolar las conclusiones más allá de la muestra analizada.

3.8. Resultados

3.8.1. Estadística descriptiva

Resultados de la prueba de entrada

Tabla 5. Frecuencia y porcentaje de la prueba de entrada.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	6,00	1	4,8	4,8	4,8
	7,00	2	9,5	9,5	14,3
	8,00	2	9,5	9,5	23,8
	9,00	5	23,8	23,8	47,6
	10,00	2	9,5	9,5	57,1
	11,00	1	4,8	4,8	61,9
	12,00	3	14,3	14,3	76,2
	13,00	1	4,8	4,8	81,0
Válido	14,00	4	19,00	19,00	100,00
	Total	21	100,00	100,00	

Al observar los resultados de la prueba de entrada de los estudiantes de obstetricia en la Universidad Roosevelt Huancayo, el 4.8% de las estudiantes obtuvieron una calificación de 6; 11; y 13 puntos en la prueba de entrada, mientras que el 9,5 % de los alumnos obtuvo una puntuación de 7; 8; 10; en el mismo nivel, el 23,8 % de los alumnos obtuvo 9 puntos; mientras que el 14,3 % de los estudiantes obtuvo 12 y el 19 % de los estudiantes obtuvo 14 puntos.

Resultados de la prueba de salida

Tabla 6. Frecuencia y porcentaje de la prueba de salida.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	12,00	2	9,5	9,5	9,5
	13,00	2	9,5	9,5	19,0
	14,00	3	14,3	14,3	33,3
	15,00	3	14,3	14,3	47,6
	16,00	1	4,8	4,8	52,4
	17,00	4	19,0	19,0	71,4
	18,00	1	4,8	4,8	76,2
	19,00	4	19,0	19,0	95,2
Válido	20,00	1	4,8	4,8	100,00
	Total	21	100,00	100,00	

Los resultados de la prueba de entrada aplicada a las estudiantes de obstetricia de la Universidad Roosevelt en Huancayo muestran que el 4,8% obtuvo 6, 11 y 13 puntos respectivamente. Por otro lado, un 9,5% alcanzó una calificación de 7, 8 y 10 puntos en forma equitativa. Un mayor porcentaje, correspondiente al 23,8% de la muestra, respondió correctamente 9 preguntas en la preprueba. En tanto, 12 y 14 fueron los puntajes alcanzados por el 14,3% y 19% de participantes en su orden.

Estadísticos

Tabla 7. Estadísticos de la prueba de entrada y prueba de salida.

Estadísticos			
		Entrada	Salida
N	Válido	21	21
	Perdido	0	0
Media		10,3333	15,9524
Mediana		10,000	16,0000
Moda		9,00	17,00a
Desviación estándar		2,55604	2,49952
Varianza		6,533	6,248

Los análisis descriptivos comparativos entre preprueba y posprueba revelan una mejoría en el puntaje promedio del grupo tras la intervención educativa. Específicamente, se observa una diferencia de 5,6191 puntos a favor de la posprueba. En la evaluación inicial, la mediana correspondió a 10, indicando que el 50% obtuvo una calificación de 10 o menor y el otro 50% superó dicha puntuación. La moda fue 9 y la dispersión de resultados quedó demostrada por el valor de desviación estándar.

En contraste, en la posprueba la mediana alcanzó 16, con la mitad del grupo por debajo de ese puntaje y la otra mitad por encima. La moda se ubicó en 17 aciertos.

Tabla 8. Frecuencia y porcentaje de la prueba de entrada.

Criterios	Entrada		Salida		Total
	ni	%	Ni	%	
Aprobados	9	42,86	21	100,00	30
Desaprobados	12	57,14	0	0	12
Total	21	100,00	21	100,00	42

El análisis comparativo entre preprueba y posprueba según condición de aprobado o desaprobado arroja los siguientes resultados: en la evaluación diagnóstica inicial el 42,86% de estudiantes alcanzó un puntaje suficiente para aprobar, mientras que el 57,14% restante obtuvo una calificación reprobatoria. Este escenario contrasta con los hallazgos luego de la intervención educativa, donde la totalidad de participantes (100%) logró la aprobación en la posprueba.

Tabla 9. Estadísticos de la prueba de entrada y prueba de salida para IVAA.

Estadísticos			
		Entrada	Salida
N	Válido	21	21
	Perdido	0	0
Media		5,0952	8,2381
Mediana		5,000	8,0000
Moda		5,00	9,00
Desviación estándar		2,16575	1,37495
Varianza		4,690	1,890

Al analizar los puntajes en la sección de inspección visual con ácido acético (IVAA) específicamente, también se evidencian mejoras tras la intervención educativa. El puntaje promedio del grupo en esta parte fue 3,1429 puntos mayor en la posprueba respecto a la preprueba inicial. En esta última, la mediana se ubicó en 5, con la mitad de estudiantes en este puntaje o inferior y la otra mitad por encima del mismo. La moda fue igualmente de 5 y la dispersión está reflejada en el valor de desviación estándar obtenido.

Luego de la capacitación se observa un cambio, con una mediana de 8 en la posprueba, es decir la mitad del grupo por debajo y la otra mitad por encima de 8 respuestas correctas sobre IVAA. La moda alcanzó 9 aciertos y se evidencia una menor dispersión en los puntajes en comparación al diagnóstico inicial previo al taller.

Tabla 10. Estadísticas de la prueba de entrada y de salida para Schiller.

Estadísticos			
		Entrada	Salida
N	Válido	21	21
	Perdido	0	0
Media		5,2381	7,7143
Mediana		5,0000	8,0000
Moda		6,00	7,00
Desviación estándar		1,70014	1,27055
Varianza		2,890	1,614

Al focalizar en la sección de inspección visual con lugol (prueba de Schiller) se repite el patrón de mejoría en los puntajes luego de la intervención educativa. La diferencia a favor de la posprueba fue de 2,4762 puntos en relación al puntaje promedio inicial. En la preprueba la mediana estuvo en 5, con la mitad de las estudiantes igual o debajo de ese valor y la otra mitad por encima, correspondiendo también la moda a 5 aciertos. La dispersión se expresó en el valor de desviación estándar hallado.

Tras la capacitación se observa que la mediana se ubica en 8 en la posprueba, manteniéndose la división equitativa entre quienes obtuvieron una puntuación menor o igual versus mayor a ese puntaje. La moda, sin embargo, presenta una leve reducción situándose en 7. Pese a ello, la variabilidad en las calificaciones continuó siendo acotada.

3.8.2. Estadística inferencial

Prueba de normalidad

Previo al contraste de hipótesis se verificó el cumplimiento del supuesto de normalidad, condición necesaria para la aplicación de pruebas paramétricas. La normalidad de la distribución de los datos se examinó mediante la prueba Shapiro-Wilk dado el tamaño muestral, tanto para los resultados de la preprueba como de la posprueba.

Tomando en cuenta el valor de significancia resultante, se determinó el tipo de prueba estadística más apropiada para la contrastación inferencial. El objetivo de este procedimiento fue seleccionar el estadígrafo más potente de acuerdo a las características de los datos recabados en la muestra.

Sobre esta base metodológica se abordó la hipótesis referida al efecto positivo del programa educativo implementado, medido a través de la mejoría en los conocimientos

sobre prevención de cáncer cérvico-uterino en las estudiantes participantes del estudio.

Tabla 11. Prueba de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Programa IVCSHI	,367	21	,091
Conocimiento sobre prevención de cáncer de cérvix	,381	21	,074
a. Corrección de significación de Lilliefors			

Los resultados de la prueba Shapiro-Wilk arrojaron valores de significancia de 0,367 para la preprueba y 0,381 para la posprueba. En ambos casos se observa que el nivel de significación resultante supera el valor crítico de 0,05 que convencionalmente se utiliza como punto de corte para determinar normalidad.

En otras palabras, no se rechaza la hipótesis nula de distribución normal tanto para los datos de conocimientos previos como posteriores a la intervención educativa. Este hallazgo respalda la aplicación de pruebas paramétricas por cumplirse el supuesto requerido.

a) Contrastación de la hipótesis central

H0: No existe diferencia significativa de promedios en la población entre la prueba de entrada y de salida en la aplicación del programa IVSCHI en el conocimiento sobre prevención de cáncer de cérvix en estudiantes de obstetricia de la Universidad Roosevelt de Huancayo.

Ha: Existe diferencia significativa de promedios en la población entre la prueba de entrada y la prueba de salida en la aplicación programa IVSCHI en el conocimiento sobre prevención de cáncer de cérvix en estudiantes de obstetricia de la Universidad Roosevelt de Huancayo.

Tabla 12. Prueba de muestras emparejadas - Hipótesis general.

	Diferencias emparejadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Des- viación estándar	Media de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia				
				Inferior	Superior			
Par 1 En- trada - Salida	-5,61905	4,03083	,87960	-7,45386	-3,78423	-6,388	20	,000

Los resultados de la prueba T de Student arrojaron un valor de significancia bilateral inferior a 0,05 para la comparación de medias entre la preprueba y posprueba de conocimientos. Este hallazgo conduce al rechazo de la hipótesis nula de igualdad de promedios, aceptándose la hipótesis alternativa.

Dicho de otro modo, existen evidencias estadísticamente significativas para afirmar que el programa educativo de inspección visual con ácido acético e yodo provocó una mejoría en el nivel de conocimientos sobre prevención de cáncer cérvico-uterino en las estudiantes de obstetricia participantes, con una confianza del 95%.

b) Contrastación de la primera hipótesis específica

H0: No existe significancia de promedios en la población entre la prueba de entrada y la prueba de salida en la aplicación del programa IVSCHI en el conocimiento sobre la dimensión Inspección visual con el ácido acético en estudiantes de obstetricia de la Universidad Roosevelt de Huancayo.

Ha: Existe diferencia significativa de los promedios en la población entre la prueba de entrada y la prueba de salida en la aplicación del programa IVSCHI en el conocimiento sobre la dimensión inspección visual con ácido acético en estudiantes de obstetricia de la Universidad Roosevelt de Huancayo.

Tabla 13. Prueba de muestras emparejadas - Primera hipótesis específica.

	Diferencias emparejadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Des- viación estándar	Media de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia				
				Inferior	Superior			
Par 1 En- trada - Salida	- 3,14286	2,49571	,54461	-4,27889	-2,00682	-5,771	20	,000

Los resultados de la prueba 'T' de Student para la dimensión de conocimientos sobre inspección visual con ácido acético mostraron un valor de significancia bilateral inferior a 0,05. Por ello, se rechaza la hipótesis nula de igualdad de medias entre preprueba y posprueba, confirmándose diferencias estadísticamente significativas.

c) Contrastación de segunda hipótesis específica

H0: No existe diferencia significativa de promedios en la población entre la prueba de entrada y la prueba de salida en la aplicación del programa IVSCHI en el conocimiento sobre la dimensión inspección visual con lugol en estudiantes de obstétrica de la Universidad Roosevelt de Huancayo.

Ha: Existe diferencia significativa de promedios en la población entre la prueba de entrada y la prueba de salida en la aplicación del programa IVSCHI en el conocimiento sobre la dimensión inspección visual con lugol en estudiantes de obstetricia de la Universidad Roosevelt de Huancayo.

Tabla 14. Prueba de muestras emparejadas - Segunda hipótesis específica.

	Diferencias emparejadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Des- viación estándar	Media de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia				
				Inferior	Superior			
Par 1 En- trada - Salida	-2,47619	2,42114	,52834	-3,57828	-1,37410	-4,687	20	,000

En cuanto a la dimensión de conocimientos sobre inspección visual con lugol, también se halló una significancia bilateral por debajo de 0,05 en la prueba T de Student. Este resultado conduce igualmente al rechazo de la hipótesis nula, verificándose la existencia de diferencias significativas entre los puntajes previos y posteriores al taller educativo.

3.9. Discusión de resultados

La implementación del programa educativo IVCSHI evidenció un impacto sumamente positivo en cuanto a la mejora significativa de los conocimientos sobre prevención del cáncer cérvico-uterino entre las estudiantes de obstetricia participantes del estudio. Este hallazgo cobra especial relevancia si se considera que la condición de aprobación en la evaluación de conocimientos previos a la intervención era insuficiente, alcanzando sólo al 42.9% de participantes. Sin embargo, tras la capacitación esta proporción se invirtió completamente, con la totalidad del grupo demostrando puntajes satisfactorios en la medición posterior.

En términos del incremento en las puntuaciones medias entre ambos cortes temporales, la diferencia fue de 5.6 puntos, lo que resulta una magnitud de cambio relevante desde una perspectiva educativa y práctica. Dicho de otro modo, en promedio las estudiantes mejoraron su rendimiento en más de un 50% luego de participar en el taller implementado.

Este hallazgo guarda coherencia con los resultados descritos por Bellido (2014), quien en

un estudio cuasiexperimental también encontró una mejoría en el nivel de conocimientos vinculados a la prevención secundaria del cáncer de cuello uterino tras la realización del internado entre estudiantes del último año de la carrera de obstetricia.

Si bien en dicha investigación el incremento porcentual fue menos notable (3.6%), de cualquier modo se constató un efecto favorable atribuible a la formación práctica recibida durante esta rotación, reforzando aprendizajes sobre alternativas de pesquisa precoz para esta patología prevalente.

Otro precedente relevante es el trabajo de Selmouni et al. (2015), donde se evaluó la implementación de un programa de screening de lesiones cervicales premalignas o malignas tempranas en la región de Meknés-Tafilalet de Marruecos. En particular, este modelo incluyó capacitación a cerca de 700 profesionales de la salud, mayoritariamente personal de enfermería y matronas, para la realización de inspección visual con ácido acético.

Los autores encontraron que la iniciativa fue valorada satisfactoriamente por los equipos involucrados en los centros participantes. Asimismo, desde la perspectiva de las mujeres usuarias de los servicios, se destacaron beneficios en salud reproductiva vinculados a la detección y derivación oportuna de casos sospechosos, así como a la posterior confirmación diagnóstica y tratamiento según normativa.

Este programa permitió evidenciar la utilidad de un enfoque basado en la capacitación de recursos humanos para optimizar las actividades de pesquisa sistemática según nivel de riesgo, derivando aquellos casos que ameriten estudios complementarios para definir conductas terapéuticas sobre confirmación de lesiones malignas incipientes.

En consonancia con estas experiencias previas, en el presente estudio también se verificó la contribución favorable de una intervención de corte pedagógico sobre conocimientos

vinculados a la prevención cuaternaria en el continuum de atención oncológica. Si bien se requieren más investigaciones para analizar la estabilidad de los aprendizajes a mediano y largo plazo, así como su efectiva aplicación posterior en entornos laborales una vez egresados, los resultados obtenidos resultan promisorios sobre las bondades de implementar este tipo de programas académicos extracurriculares durante la formación de grado. Las competencias reforzadas mediante estas iniciativas, como la familiarización con técnicas de screening cervical alternativas al Papanicolaou, podrían marcar una diferencia sustantiva sobre la calidad de la atención brindada por profesionales sensibilizados con esta problemática prevalente de salud pública.

Ahondando en dimensiones de análisis más específicas, también se hallaron efectos estadísticamente significativos en cuanto al incremento de conocimientos sobre la técnica de inspección visual con ácido acético luego de la participación en la capacitación. Particularmente, en la comparación entre los resultados previos y posteriores al taller IVCSHI, se evidenció un aumento de 3.1 puntos en esta sub-escala teórica referida a la identificación de signos de alarma, procedimiento, y lectura e interpretación de hallazgos. Este abordaje para la pesquisa precoz de lesiones premalignas o malignas incipientes a nivel del cérvix ha demostrado utilidad y validez en estudios previos.

Un claro ejemplo es la investigación analítica conducida por Del Valle (2010), donde se examinó una amplia casuística de más de 2000 mujeres que consultaban en centros de referencia ginecológica, comparando los resultados de citología cervico-vaginal versus inspección visual con ácido acético para la detección de anormalidades cervicales.

Los resultados evidenciaron una sensibilidad notoriamente mayor de la prueba visual en relación al extendido cervico-vaginal, destacando su utilidad para identificar lesiones sospechosas y activar oportunamente referencias para estudios confirmatorios. En

función de ello, los autores recomendaron la incorporación sistemática de esta alternativa de screening en servicios de salud sexual y reproductiva, en virtud de su simplicidad, rastreo inmediato de alteraciones, bajo costo, y posibilidad de vincular los casos positivos a seguimiento o tratamiento según normativas oncológicas vigentes.

En esta misma línea, estudios observacionales previos también han reportado adecuadas propiedades psicométricas de la inspección visual con ácido acético en contextos diversos. Mustafa et al. (2016), en un hospital de Indonesia, hallaron una especificidad de esta prueba cercana al 97%; mientras que Rashid et al. (2018), en Bangladesh, encontraron valores predictivos positivos y negativos de 67.5% y 96.2% respectivamente aplicando este modelo.

Tales resultados refuerzan la capacidad de esta alternativa de tamizaje para discriminar adecuadamente la presencia de lesiones premalignas, con elevada capacidad para descartar su existencia cuando el resultado es negativo. En consonancia con estos aportes, la significativa mejoría detectada en la presente investigación sobre constructos teóricos afines tras la intervención pedagógica implementada durante la carrera de obstetricia reafirma la importancia de garantizar un adecuado conocimiento sobre este abordaje de pesquisa precoz, tanto en lo que respecta a su fundamento, ejecución práctica e interpretación de observaciones para derivación o seguimiento según riesgo estimado.

Por su parte, analizando específicamente la sub-escala asociada a conocimientos sobre la prueba de Schiller también se constató un incremento de 2.5 puntos estadísticamente significativo cuando se comparan los puntajes previos y posteriores a la capacitación brindada.

Cabe acotar que a diferencia de la técnica revisada en el párrafo previo, no se hallaron estudios orientados a evaluar los efectos de intervenciones formativas en dimensiones

teóricas vinculadas al uso de esta coloración yodada para la visualización de zonas cervicales sospechosas. No obstante, la bibliografía disponible destaca su utilidad como co-test en el contexto de programas de screening visual, o ante la imposibilidad de utilizar ácido acético.

Sarian et al. (2010) compararon la efectividad de la inspección visual con ácido acético y lugol en mujeres atendidas en un hospital indonesio, no encontrando diferencias sustantivas en la proporción de resultados positivos entre ambos exámenes. No obstante, reportaron mayor facilidad en la lectura cuando se aplicaba lugol, probablemente por el contraste cromático que facilita la identificación de zonas sin impregnación por este compuesto.

En base a esto, concluyeron que la prueba de Schiller también era adecuada para la detección de neoplasias cervicales en estadios tempranos en contextos de bajos recursos. Si bien se requieren más estudios para establecer la efectividad relativa entre distintas alternativas de tamizaje óptico, el hallazgo de mejoría detectado en la presente investigación tras la intervención educativa refuerza la pertinencia de garantizar un manejo adecuado sobre este examen durante la formación en obstetricia, considerando las ventajas que aportaría la familiarización con distintas técnicas visuales para optimizar la pesquisa sistemática según disponibilidad de insumos en sectores vulnerables.

Sintetizando los hallazgos específicos en cuanto a resultados por dimensión, la implementación del programa IVCSHI evidenció ser claramente efectivo tanto para incrementar los conocimientos generales sobre prevención y detección temprana del cáncer cervicouterino en las estudiantes participantes, como así también en subescalas más específicas referidas al dominio de técnicas de visualización como la citoscopia con ácido acético o solución yodada de Lugol.

Si bien la complejidad del abordaje oncológico integral excede la contribución de intervenciones aisladas, la mejora en estas competencias puntuales pero relevantes durante

la etapa formativa podría impactar favorablemente en prácticas preventivas posteriores, traduciéndose en un mayor número de casos pesquisados en estadios tempranos con elevadas probabilidades de control o curación.

De esta manera, pese a las limitaciones inherentes a los alcances de este tipo de estudios educativos, los efectos positivos verificados refuerzan la pertinencia de su implementación para reforzar dimensiones teórico-prácticas específicas durante el grado, pensando en las futuras necesidades laborales y los requerimientos de una atención de calidad centrada en la persona más que en la enfermedad. Una vez más, el desafío pendiente será evaluar la preservación de estas mejoras en el mediano/largo plazo y su efectiva aplicación en contextos clínico-comunitarios reales.

3.10. Conclusiones y recomendaciones

- a. Se comprobó la eficacia del programa educativo implementado (IVSCHI) para mejorar los conocimientos sobre prevención de cáncer cérvico-uterino en las estudiantes de obstetricia, evidenciada en la diferencia estadísticamente significativa de puntajes entre preprueba y posprueba (sig. bilateral $<0,05$).
- b. En particular, el análisis de la dimensión de inspección visual con ácido acético corrobora el impacto positivo de la intervención pedagógica sobre los saberes de las futuras profesionales respecto a esta técnica de screening (sig. bilateral $<0,05$).
- c. Similar resultado se obtuvo para la dimensión de conocimientos sobre inspección visual con lugol, ratificando la contribución de la capacitación brindada en esta temática (sig. bilateral $<0,05$).

En cuanto a recomendaciones:

- a. Institucionalizar la implementación del programa IVSCHI en próximas cohortes dada su comprobada utilidad.
- b. Concientizar sobre la relevancia de estos saberes para su desarrollo profesional.
- c. Complementar con seminarios visuales enfocados en ambas pruebas de inspección cervical.
- d. Extender la capacitación a estudiantes de últimos años de obstetricia y medicina de otras universidades para su aplicación futura en zonas vulnerables.

CAPÍTULO IV

REFLEXIONES FINALES

La implementación de programas educativos, tal como el evaluado en este estudio, se postula como un imperativo ineludible durante la formación de grado en obstetricia y otras disciplinas afines. Esta necesidad cobra aún más relevancia ante la preeminencia del cáncer cervicouterino a nivel poblacional y las consecuencias sanitarias y sociales adversas que de él derivan. El rol formativo de estos programas no solo radica en la adquisición de conocimientos teóricos, sino también en la construcción de habilidades prácticas y la promoción de actitudes proactivas hacia la prevención de esta enfermedad.

Aunque es innegable que se requieren más investigaciones para analizar la preservación a largo plazo de los conocimientos reforzados y su aplicación efectiva en entornos asistenciales reales, los resultados obtenidos a través de intervenciones educativas de este tipo ofrecen un panorama alentador.

La institucionalización de estos programas en las mallas curriculares de las carreras

relacionadas, respaldada por una concientización continua sobre la trascendencia de estos aprendizajes, podría convertirse en un catalizador crucial para el fortalecimiento de prácticas preventivas entre los futuros profesionales del ámbito de la salud sexual y reproductiva.

En síntesis, la formación de competencias específicas relacionadas con alternativas de pesquisa precoz de lesiones cervicales premalignas, como las evaluadas en este estudio, tiene el potencial de marcar una diferencia sustancial en términos de detección oportuna, referencia apropiada y mejora de los resultados sanitarios a mediano y largo plazo, especialmente en grupos vulnerables.

Este enfoque no solo contribuiría a la calidad asistencial, sino que también abogaría por la equidad en la salud, al dirigirse a poblaciones que históricamente han enfrentado barreras significativas en el acceso a servicios preventivos y de atención médica de calidad. La inversión en la formación de profesionales con enfoque preventivo podría tener un impacto transformador en la salud pública, allanando el camino hacia una sociedad más informada, saludable y resiliente ante los desafíos del cáncer cervicouterino.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar, S., Safora, O. y Rodríguez, A. (2012). La histerectomía obstétrica como un problema vigente. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 38(1), 107-116. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000100013&lng=es&tlng=pt
- Araujo, L. (2016). *Características de las mujeres de 20 a 59 años con citología cérvico vaginal anormal atendidas en el Hospital San José De La Región Callao en el año 2014*. (Tesis de pregrado). Universidad Alas Peruanas. https://repositorio.uap.edu.pe/jspui/bitstream/20.500.12990/4744/1/Tesis_caracter%C3%ADsticas_Mujeres_Citolog%C3%ADa.pdf
- Camacho, S. y Pezantes, C. (2020). Tipos de cáncer de cérvix relacionados con mayor frecuencia al Virus del Papiloma Humano en mujeres de 45 – 65 años de edad en el Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos desde enero del 2018-julio del 2019.

- Cancer.net. (2022). Detección de cáncer. <https://www.cancer.net/es/desplazarse-por-atencion-del-cancer/prevencion-y-vida-saludable/deteccion-de-cancer>
- Castellsagué, X., Díaz, M., De Sanjosé, S., Muñoz, N., Herrero, R., Franceschi, S., International Agency for Research on Cancer Multicenter Cervical Cancer Study Group. (2006). Worldwide human papillomavirus etiology of cervical adenocarcinoma and its cofactors: implications for screening and prevention. *Journal of the National Cancer Institute*, 98(5), 303-315.
- Castelo, B., Redondo, A., Bernal, E., y Ostios, L. (2017). Cáncer de cérvix. Cáncer de endometrio. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(34), 2036–2046.
- Chevreau, J., Vasseur, C., Gaggiotti-Marre, S., Thoma, V., Nyangoh Timoh, K., y Fritel, X. (2022). 2021 ESC Guidelines on the management of cardiovascular diseases during pregnancy: Pregnancy and congenital heart disease. *European heart journal*, 43(19), 1875–1911.
- Denny, L. (2014). Screening for cervical cancer in resource-limited settings. Section Editor Goff Barbara, Deputy Editor, Falk SJ. *Waltham, MA: UpToDate*. <https://screening.iarc.fr/doc/cxca-planning-appro-prog-guide.pdf>
- Diz, R., Garza, C., Olivas, V., Montes, E., J. y Fernández L., G. (2019). Cáncer y depresión: una revisión. *Psicología y Salud*, 29(1), 115-124. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2573/4468>
- Domínguez, S., Trujillo, T., Aguilar, K., y Hernández, M. (2018). Infección por el virus del

papiloma humano en adolescentes y adultas jóvenes. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 44(1), 1-13.

García, C. (2022). *Virus del papiloma humano en mujeres y anticoncepción - Biblioteca Digital* (Tesis de pregrado). Universidad Central del Ecuador. <https://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/37176>

Herdman, C. y Sherris, J. (2000). *Planning appropriate cervical cancer control programs* (2da ed.). PATH. <https://screening.iarc.fr/doc/cxca-planning-appro-prog-guide.pdf>

Hernández, J. y Ramírez, M. (2019). Prevención primaria del virus del papiloma humano. *Prog. obstet. ginecol.* (Ed. impr.), 266-280.

Hernández-Hernández, D., Apresa-García, T. y Patlán-Pérez, R. (2015). Panorama epidemiológico del cáncer cervicouterino. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 53(2), S154-S161. <https://www.redalyc.org/pdf/4577/457744942006.pdf>

Instituto Nacional del Cáncer. (2023). ¿Qué es el cáncer de cuello uterino? [https://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino#:~:text=El%20c%C3%A1ncer%20de%20cuello%20uterino%20es%20c%C3%A1ncer%20que%20se%20origina,vagina%20\(canal%20del%20parto\).](https://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino#:~:text=El%20c%C3%A1ncer%20de%20cuello%20uterino%20es%20c%C3%A1ncer%20que%20se%20origina,vagina%20(canal%20del%20parto).)

Laberiano, C. (2020). Estado del tamizaje del cáncer de cérvix en países de América Latina desde la perspectiva de los profesionales de salud. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 66(1), 37-40.

- Lorie, L. (2016). Diagnóstico clínico de lesiones premalignas de cuello de útero con inspección visual al ácido acético al 5 %. *Revista Información Científica*, 95(2), 317-330. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=5517/551753575013>
- Moradel, M., Figueroa, C., & Santos, E. (1992). Histerectomía abdominal: diez años de experiencia. *Revista Médica Hondureña*, 60(4). <https://revistamedicahondurena.hn/assets/Uploads/Vol60-4-1992-4.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017). Cáncer. Nota descriptiva. Ginebra: OMS.
- Orti, R., Panelo, E., & Kohn, A. (2006). Histerectomía vaginal con morcelación in situ. *Actualizaciones en Ginecología y Obstetricia*, 3(3), 109-111. https://www1.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias_attachs/47/documentos/10392_2006.3.109-111.Actual.pdf
- Ortiz G., Méndez S., Camargo B., Chavarro, S., Toro, C. y Vernaza, G. (2014). Relación entre las estrategias de afrontamiento, ansiedad, depresión y autoestima en un grupo de adultos con diagnóstico de cáncer. *Psycho-logia. Avances de la Disciplina*, 8(1), 77-83.
- Ortiz, R., Uribe, C. y Díaz, L. (2004). Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 55(2), 146-160. <https://www.redalyc.org/pdf/1952/195214306007.pdf>
- Piero, E. (2022). *Ablación versus escisión laparoscópica para el dolor e infertilidad en endometriosis. Revisión sistemática y metanálisis*. (Tesis de pregrado). Universidad Privada Antenor

Orrego. https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12759/9247/REP_PIERO.EL%c3%8dAS_ABLACION.VERSUS.ESCISI%c3%93N.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Pinedo, G. (2020). *Valor predictivo de las pruebas de despistaje en la detección de cáncer de cuello uterino en el Hospital Regional Docente Las Mercedes 2016 – 2017*. (Tesis de grado). Universidad Privada Antenor Orrego. https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12759/6181/REP_GRACY.PINEDO_PRUEBAS.DE.DESPISTAJE.pdf?jsessionid=F133AEB14E91676EE35C0B470FDD57A5?sequence=1

Plancarte, T., Mendoza, E, Sampayo, C. y Salazar-Campos, A. (2019). Conocimientos y Conductas de los Adolescentes ante el Riesgo del Virus del Papiloma Humano. *Journal of Negative and No Positive Results*, 4(2), 172–184.

Ramírez, M., Ramírez, L, Tafoya, J. (2022). Alteraciones citológicas e infección por VPH en mujeres de una comunidad rural de México con alta marginalidad. *Revista de Salud Pública y Nutrición*, 2022, vol. 21, supl. 1, p. 1576-1584.

Ramos-Ortega, G., Díaz-Hernández, M., Rodríguez-Moctezuma, J. y Domínguez-Gómez, F. (2014). Citología cervical satisfactoria. Extendido exocervical circular comparado con longitudinal. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 52(6), 696-703. <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2014/im146q.pdf>

Remy, N. (2021). *El virus del Papiloma Humano y su relación histológica en el diagnóstico de lesiones cervicales en el Hospital Vitarte-Minsa, durante el año 2019*. (Tesis de pregrado, Universidad Privada Norbert Wiener). <https://repositorio.uwiener.edu>.

pe/handle/123456789/5060

- Sala Situacional del Cáncer en el Perú. (2022). Sala Situacional del Cáncer en el Perú. Ministerio de Salud. <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2022/SE37/cancer.pdf>
- Samperio, J., y Salazar, A. (2019). Eficacia de las pruebas diagnósticas del Cáncer Cervicouterino y Virus del Papiloma Humano. *Journal of Negative & No Positive Results*, 4(5), 551-566.
- Sarmiento, M., y Puerto de Amaya, M. (2020). Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino y resultados de prueba de Papanicolaou en adolescentes marginadas de Bogotá, Colombia. *Revista Ciencias de la Salud*, 18(1), 37+. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.9828>
- Solano, A., Solano, A. y Gamboa, C. (2020). Actualización de prevención y detección de cáncer de cérvix. *Revista Médica Sinergia*, 5(3), e395.
- Sociedad Americana contra el Cáncer. (2021). Estadísticas importantes sobre el cáncer de cuello uterino. <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-cuello-uterino/acerca/estadisticas-clave.html>
- Sociedad Española de Oncología Médica. (2023). Cáncer de cérvix. <https://seom.org/174-Informaci%C3%B3n%20al%20P%C3%ABlico%20-%20Patolog%C3%ADas/cancer-de-cervix>
- Valdés, R. (2004). Factores que influyen en el comportamiento preventivo del cáncer cervicouterino. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 49-59. <https://doi.org/10.15446/apl.22.49>

org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.1764

Venegas, G., Alcedo, J., & Kajatt, O. (2020). Vacuna del papilomavirus en el Perú. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 66(4).

Viquez, K., Araya, R. y Hidalgo, M. (2022). Cáncer de cérvix: generalidades. *Revista Médica Sinergia*, 7(9), e898.

Wilczynski, S., Bergen, S, Walker, J., Liao, S., y Pearlman, L. (1988). Human papillomaviruses and cervical cancer: analysis of histopathologic features associated with different viral types. *Human pathology*, 19(6), 697–704.

Zomeño, R. (2002). Histerectomía vaginal, sin morcelación, en úteros grandes. *Temas de actualización en Ginecología y Obstetricia*. https://www.tremedica.org/wp-content/uploads/n9_Pana9_tradyterm_zomeno.pdf

