

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
DE CIEGO DE ÁVILA**

**Estrategia educativa para modificar conocimientos sobre factores de riesgo  
que inciden en el Cáncer Cervicouterino.**



**Autora: Dra. Marelis Sarmiento Gómez**

**Año 2014**

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
DE CIEGO DE ÁVILA**

**Estrategia educativa para modificar conocimientos sobre factores de riesgo  
que inciden en el Cáncer Cervicouterino.**

**Tesis en opción al título de Especialista en Primer Grado de Medicina  
General Integral.**

**Autora: Dra. Marelis Sarmiento Gómez**  
**Aspirante a especialista en primer grado en medicina general  
integral.**

**Tutor: Dr. Paulino Hernández Guerra**  
**Especialista de 1er grado en higiene y epidemiología. Profesor  
instructor.**

**Policlínica General Integral Docente “Juan Olimpio Valcárcel”.**

**Municipio Venezuela**

**Año 2014**

## **PENSAMIENTO**

Yo suelo olvidar mi mal cuando curo el mal de los demás. Yo suelo no acordarme de mi daño más que cuando los demás pueden sufrirlo por mí.

*José Martí*

## **DEDICATORIA**

A mis padres, mi esposo, mis hermanos y todas aquellas personas que me apoyan a diario y me guían por el mejor camino.

## **AGRADECIMIENTOS**

A mi mamá por su apoyo incondicional.

A mi esposo por darme su amor.

A mi papá por guiarme por un buen camino.

A mis hermanos y familia por ser el soporte de los momentos más difíciles

## **RESUMEN**

Se realizó un estudio pre-experimental antes y después de una estrategia educativa con el objetivo de evaluar el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo que más inciden en el cáncer cervicouterino en la población del consultorio 28 en el poblado de Sanquily del municipio Venezuela, en el periodo comprendido entre julio del 2012 y junio del 2013. El universo de estudio estuvo constituido por 73 mujeres dispensarizadas con edades entre 15- 60 años; la muestra fue probabilística y quedó conformada por 53 mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión, las cuales dieron su consentimiento informado (anexo I). Se estudiaron como variables: el hábito de fumar, antecedentes patológicos familiares, uso de anticonceptivos hormonales, cambios frecuentes de parejas, inicio precoz de las relaciones sexuales, no realización periódica de citología vaginal. Los datos se obtuvieron a través de una encuesta diseñada al efecto, se utilizó el porcentaje como medida de resumen. Al finalizar la estrategia se logró aumentar el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo del cáncer de cervicouterino en la muestra estudiada.

## Índice

Introducción .....	7
Objetivos.....	10
Marco teórico.....	11
Material y método.....	23
Análisis y Discusión de los resultados.....	29
Conclusiones.....	36
Recomendaciones.....	37
Referencias bibliográficas	
Anexos	

## Introducción

El cáncer cervicouterino, constituye un importante problema de salud pública en especial en los países en desarrollo .El diagnóstico precoz es la intervención sanitaria más eficiente y costo-efectiva, con una sobrevivida a 5 años promedio de 91,5 % de los casos de mujeres con cáncer localizado y solo un 12,6% de aquellos con invasión a distancia.<sup>1,2</sup>

Se calcula que en todas las Américas cada año se presentan casi 68000 nuevos casos de cáncer cervicouterino, y está demostrado que el cuello del útero es la parte del organismo más susceptible de presentar cáncer en mujeres de América Latina y el Caribe.<sup>3</sup>

Dentro de la región en general, América del Norte tiene la morbilidad y mortalidad más bajas; mientras en el resto de las Américas se observa gran variabilidad. Según estudios procedentes de los registros de cáncer, los datos son relativos debido a una incidencia alta en Brasil, Paraguay y Perú, siendo baja en Cuba y Puerto Rico; en cuanto a la mortalidad, las tasas son altas en el Caribe angloparlante, Chile y México, encontrándose bajas en Cuba, Puerto Rico y Argentina.<sup>3</sup> Actualmente es la enfermedad ginecológica invasora más frecuente en Estados Unidos, lo que se debe no sólo a que existe un mayor número de casos, sino también a la disminución de la incidencia del cáncer invasor del cuello uterino. En California la incidencia es de 45,8 % por 100 000 mujeres; en Alemania 33,8 por 100 000. Las cifras más bajas se registran en Japón (1,7) y en la India (1,8). En Cuba, aunque la práctica nos hace suponer un aumento en su incidencia, no disponemos de datos seguros al respecto <sup>3,4</sup>

Tanto a nivel internacional como en Cuba se hace cada vez más necesario evaluar la efectividad de los sistemas de salud no solo mediante el incremento generado en los años de vida vividos por la población sino también, con particular interés, mediante la calidad del total de años vividos. A su vez la evaluación del impacto de los programas sociales y de salud sobre la cantidad y calidad de vida de la población requiere de indicadores resúmenes que sintetizen la gran multiplicidad de aspectos involucrados,

sin los cuales cualquier comparación en el tiempo adquiere una complejidad excesiva.<sup>1,3</sup>

Los indicadores resúmenes para medir la salud de una población deben integrar, fundamentalmente, los siguientes dos componentes:

- Los años de vida perdidos por muerte prematura debido a alguna enfermedad.
- Los años de vida perdidos debido a vivir una cierta cantidad de años con una calidad de vida por debajo de la óptima<sup>1</sup>

Hasta la fecha más de 30 países han realizado estudios nacionales en gran medidas estandarizados sobre la carga de enfermedades.

En Cuba los tumores malignos constituyen la segunda causa de muerte desde hace más de tres décadas, razón, entre otras, por lo que se han publicado varios trabajos metodológicos en este campo y otros con aplicaciones a grupos de enfermedades específicas. Del año 1985 a 1998 (en trece años) la mortalidad por tumores malignos, en términos de tasas brutas, se incrementó en el 20,3% mientras que de 1998 a 2006 (en solo ocho) el incremento fue de 23,7%. Es la primera causa de muerte en el grupo de 15 a 49 años (con una tasa que ascendió de 28 por 100 000 en el año 1970 a 31 por 100 000 en el 2007)<sup>2,7</sup> y genera la mayor cantidad de Años de Vida Potencial Perdido (AVPP) por mortalidad prematura.<sup>1,4</sup>

Hasta el año 1998 se diagnosticaban entre 20 000 y 25 000 casos nuevos de cáncer, en el año 2004 el número de casos nuevo fue de 28 543. Estas cifras reflejan claramente el incremento acelerado de la morbilidad y la mortalidad por esta entidad en el país durante los últimos años.<sup>1,2</sup>

El aumento de la afectación por tumores malignos se ha relacionado, fundamentalmente, con cambios en el estilo de vida de la población, lo que habla de su posibilidad de ser evitados y consecuentemente, revertir la evolución en los últimos años con estrategias y programas encaminados a su prevención; que requerirán, por supuesto, una activa participación intersectorial y comunitaria.<sup>2,5</sup>

Las localizaciones del sistema reproductivo femenino están entre las que más morbilidad y mortalidad generan en la mujer cubana, de ahí que la neoplasia de mama

sea la segunda causa de muerte por cáncer en ellas (después de pulmón), mientras que endometrio y cuello ocupan la cuarta y quinta posición, respectivamente. Estos tres tipos de cánceres han elevado sus tasas de mortalidad de 10,2 a 23,7 por 100 000 para mama, de 4,4 a 8,3 por 100 000 para cuello de útero y de 9,6 a 11,1 por 100 000 para endometrio en el período de 1970 al 2007.

En término de incidencia, el cáncer en las mamas es la localización que más afecta a la población femenina cubana (tasa de 30,3 por 100 000 en el 2004) mientras que el cuello de útero (14,6 por 100 000 en el 2004), endometrio (5,5 por 100 000 en el 2004) y ovario (5,3 por 100 000 en el 2004) ocupan las posiciones cuarta, sexta y octava respectivamente, entre los tipos de cánceres que puede padecer la mujer. <sup>1</sup>

En Cuba, partiendo de la importancia creciente del cáncer como problema de salud, se hace imprescindible abordar su cuantificación desde diferentes alternativas metodológica que, en su conjunto, permitan describir la situación de una manera más integral. Por otro lado, es importante también detallar diferencia en la incidencia y la mortalidad de algunas localizaciones de cánceres del sistema reproductivo femenino entre las distintas provincias del país, lo que también debe ser evaluado desde diferentes enfoques. <sup>1,2, 4</sup>

La lucha contra el cáncer constituye un problema fundamental de la medicina que atañe no sólo a los clínicos, investigadores y médicos generales, sino también a la población en general. Por lo tanto, es razonable acoger con interés cualquier camino que suponga una ayuda en la lucha contra los tumores malignos. La ubicación topográfica del cuello uterino favorece, tanto el examen clínico como la aplicación de métodos de diagnóstico complementario de gran eficacia. Puede afirmarse que con la citología cervicovaginal descrita por *Papanicolaou*, la colposcopia de Hinselman y la biopsia de Ruge y Veit oportunamente aplicadas, no debe morir ninguna mujer de cáncer de cuello uterino. En numerosos países se aplican programas para el diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino (DPCCU) fundamentados en la utilización de estos métodos. En Cuba existe este tipo de programa desde 1968 y es conocido popularmente con el nombre de "prueba citológica" (PC). <sup>3,4</sup>

El municipio Venezuela no está exenta a esta realidad tiene un total de 203 pacientes con cáncer de diferentes patologías. De ellos, 43 padecen cáncer cervicouterino, los cuales se encuentran en el rango de edad entre 15-60 años, en la localidad estudiada la prevalencia es de 5 mujeres. Ante la frecuente aparición de nuevos casos de cáncer cervicouterino, se impone la necesidad de implementar una estrategia educativa.

### **Objetivo general**

Desarrollar una estrategia educativa para modificar el nivel de conocimientos de las mujeres sobre los factores de riesgos de cáncer cervicouterino en el consultorio 28 del poblado Sanquily correspondiente al área de salud del municipio Venezuela.

### **Objetivos específicos**

- ✓ Identificar el nivel de conocimiento que tienen las mujeres sobre los factores de riesgo del cáncer cervicouterino.
- ✓ Confeccionar, validar y aplicar una estrategia educativa para modificar el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo en el cáncer cervicouterino, en la muestra del estudio.
- ✓ Evaluar la efectividad de la estrategia educativa sobre el nivel de conocimiento de los principales factores de riesgo que influyen en la incidencia y prevalencia del cáncer cervicouterino en el consultorio No28.

## Marco teórico

El cáncer cervicouterino es una alteración celular que se asigna en el epitelio del cuello del útero y que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras de lenta y progresiva evolución, que se pueden suceder en etapas de displasia leve, moderada y severa. Evolucionan a cáncer in situ (circunscrito a la superficie epitelial) y/o a cáncer invasor, en que el compromiso traspasa la membranas.<sup>1, 3,6</sup>

Las causas del cáncer cervicouterino son muy variadas y tienen muy diversos factores, no todos bien comprendidos actualmente.

**Ambiental:** las pacientes que viven en países asiáticos tienen una incidencia de cáncer de cervicouterino mucho más baja que la población mundial, pero esas mismas mujeres al mudarse a vivir en países occidentales adquieren el mismo riesgo de tener cáncer de cervicouterino que las mujeres occidentales, la alimentación y las condiciones de vida de dos sitios diferentes alteran las posibilidades de la mujer de presentar un cáncer de cervicouterino en su futuro<sup>1</sup>,

**Genético:** aunque solo el 15 % de las pacientes que presentan cáncer cervicouterino tienen antecedentes familiares de primer grado (madre, hermanas, hijas) con cáncer de cervicouterino es obvio que las pacientes con familiares que tengan o hayan tenido cáncer tienen un riesgo más elevado de presentar cáncer de cervicouterino.

El cáncer cervical es esencialmente una enfermedad de transmisión sexual. El riesgo está inversamente relacionado con la edad del primer contacto sexual, y directamente con el número de compañeros sexuales a lo largo de la vida. El riesgo también aumenta si los varones compañeros sexuales han tenido contacto con mujeres con cáncer de cérvix. La infección por papiloma virus humano (VPH) y el desarrollo de neoplasia cervical están fuertemente relacionados. La infección por VPH está unida a neoplasia cervical intraepitelial (NCI) de alto grado y a cáncer cervical invasivo. La infección por los tipos 16, 18, 31, 33, 35 y 39 del VPH incrementa el riesgo de neoplasia. Sin embargo, existen otros factores que parecen contribuir a la transformación maligna. Por ejemplo, el tabaquismo está asociado con un riesgo aumentado de NCI y de cáncer cervical.<sup>1,5, 7,8</sup>

El cáncer cervicouterino es el tercero más común entre las mujeres de todo el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud, el cáncer cervicouterino (CCU) es la segunda mayor causa de mortalidad femenina por cáncer en todo el mundo con unas 300 000 muertes al año. El 80 % de los casos corresponde a los países en vías de desarrollo y anualmente se presentan cerca de 500 000 casos nuevos. Su incidencia mayor está entre los 40 y 50 años. Los principales subtipos son el carcinoma epidermoide y el adenocarcinoma.<sup>10, 11,12</sup>

El cáncer del cuello uterino (CCU) es una enfermedad multifactorial, que se desarrolla generalmente en la zona de transformación de la unión escamo-columnar del cuello uterino, a partir de lesiones precursoras después que ha ocurrido una infección por el virus del papiloma humano, en presencia de otros cofactores: genéticos, ambientales, o no que se discutirán posteriormente.

El factor de riesgo más común del cáncer cervicouterino es la exposición a ciertas variedades del papiloma virus humano (HPV). El HPV es una infección de transmisión sexual que en muchos casos es asintomático ya que puede transcurrir mucho tiempo antes de que se detecte:<sup>2, 13,14</sup>

Otros factores de riesgo del cáncer cervicouterino son:

- ✓ No hacerse la prueba de detección de cáncer cervicouterino periódicamente.
- ✓ Tener parejas sexuales múltiples, o tener contacto sexual con alguien que ha tenido pareja sexuales múltiples.
- ✓ Contraer el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), que debilita el sistema inmunológico de la mujer haciéndola más vulnerable a la infección por el HPV.
- ✓ Tener una historia familiar de cáncer cervicouterino.
- ✓ Grupo de edad (Las mujeres de 30 a 60 años de edad corren un riesgo mayor).
- ✓ Comenzar las relaciones a una temprana edad.
- ✓ Hábito de fumar.
- ✓ Estado socio-económico.

- ✓ El uso a largo plazo de anticonceptivos hormonales, comparado con las mujeres que nunca los han usado, se observa mayor riesgo de CCU. Por otra parte, en aquellas que los han usado por menos de 5 años no hay incremento del riesgo hecho aún no debidamente comprobado.
- ✓ La exposición in útero al dietilestilbestrol ha mostrado incremento del riesgo del adenocarcinoma endocervical.
- ✓ El tabaquismo por su poder inmunosupresor, y porque su asociación con la infección con el VPH se ha comprobado que aumenta el riesgo de padecer de cáncer cervical.
- ✓ La edad y la herencia.

El cuello uterino presenta 2 tipos de epitelio: el *pavimentoso estratificado* que reviste el exocérnix que se proyecta en la vagina, y el *cilíndrico simple*, formado de hendiduras que son comúnmente conocidas como *glándulas endocervical*. El endocérnix y el exocérnix se encuentran uno con el otro en el punto de unión escamocolumnar. Por lo general, en las mujeres jóvenes esta conjunción se encuentra localizada más o menos al nivel del orificio externo del cuello, pero en las mujeres menopáusicas penetra más arriba dentro del canal cervical.<sup>3,1</sup> Las células precursoras (displasia cervical, NCI) desarrollan un cáncer cervical invasivo en el plazo de unos años. La NCI grado I, II y III corresponde respectivamente a una displasia cervical leve, moderada y severa. La NCI III, que incluye la displasia severa y el carcinoma *in situ*, es poco probable que regrese espontáneamente y si no se trata, puede atravesar la membrana basal transformándose en un carcinoma invasivo.

El carcinoma de células escamosas supone del 80 al 85% de todos los cánceres cervicales; el adenocarcinoma representa la mayor parte del resto. Los sarcomas y los tumores neuroendocrinos de células pequeñas son raros.

El cáncer cervical invasivo generalmente se disemina por extensión directa a los tejidos circundantes y la vagina, o por vía linfática a los ganglios pélvicos y para aórticos que drenan el cérvix. La diseminación hematógena también es posible.

En la clasificación histológica, un tumor se diagnostica con su porción más diferenciada y se clasifica en grados según su porción menos diferenciada. Ésta se denomina clasificación de Broders, y está basada fundamentalmente en la anaplasia celular:

- ✓ Grado I. 25 % de anaplasia celular
- ✓ Grado II. 25 a 50 % de anaplasia celular.
- ✓ Grado III. 50 a 75 % de anaplasia celular.
- ✓ Grado IV. Más de 75 % de células anaplásicas.

**Criterios clínicos de extensión:** la extensión de este tipo de cáncer puede efectuarse en tres formas principales: propagación por continuidad, propagación a los ganglios linfáticos y metástasis a distancia.

Propagación por continuidad. Puede ser:

- ✓ Hacia delante: vejiga y uréter.
- ✓ Hacia atrás: recto.
- ✓ Hacia los lados: parametrio.
- ✓ Hacia arriba: cuerpo del útero.
- ✓ Hacia abajo: vagina.

**Propagación a los ganglios linfáticos:** los vasos linfáticos pueden sufrir invasión, incluso por tumores en estadios tempranos. El tumor tiende a localizarse en la luz del canal linfático y desde ahí propagarse por extensión directa. Aunque las posibilidades son diversas de un caso a otro, los ganglios más frecuentemente afectados son los paracervicales, hipogástricos, iliacos externos y obturadores. Éstos son los llamados ganglios linfáticos primarios. Los conocidos como ganglios secundarios (sacros, iliacos comunes, aórticos e inguinales) se afectan con menos frecuencia.<sup>1,7, 15,16</sup>

**Metástasis a distancia:** la invasión vascular sanguínea y linfática permite al tumor diseminarse a partes distantes del organismo. Aproximadamente 30 % del total de las pacientes que fallecen por cáncer cervicouterino, presentan metástasis en hígado,

pulmones, bazo y en menor proporción en otras vísceras. El crecimiento y la propagación del tumor da lugar a diferentes etapas clínicas.<sup>17</sup>

### **Clasificación por etapas del carcinoma de cérvix:**

**Etapla 0:** Carcinoma in situ, carcinoma intraepiteliales. Los casos de etapa 0 no deben incluirse en ninguna de las cifras estadísticas terapéuticas del carcinoma invasor carcinoma invasor.

**Etapla I:** Carcinoma estrictamente limitado al cuello. (Debe descartarse extensión al cuerpo.)

**Etapla Ia:** carcinomas preclínicos cervicales:

- ✓ Etapla Ia 1: evidencia microscópica mínima de invasión al estroma.
- ✓ Etapla Ia 2: lesiones detectadas microscópicamente que pueden medirse. El límite superior de la medición no debe mostrar una profundidad de invasión de más de 5 mm desde la base del epitelio, ya sea de superficie o glandular, del que se origina; y una segunda dimensión, la diseminación horizontal, no debe exceder los 7 mm. Lesiones más grandes deben clasificarse como Ib.
- ✓ Etapla Ib: lesiones con dimensiones más grandes que el estadio Ia 2 observables clínicamente o no.

**Etapla II:** el carcinoma se extiende más allá del cuello, pero no alcanza la pared pélvica; afecta la vagina, pero no en su tercio inferior.

- ✓ Etapla IIa: no hay afección parametrial obvia.
- ✓ Etapla IIb: con afección parametrial obvia.

**Etapla III:** el carcinoma se extiende hasta la pared pélvica y afecta el tercio inferior de la vagina. En el tacto rectal no hay espacio libre entre el tumor y la pared pélvica. Deben incluirse todos los casos de hidronefrosis o riñón no funcionando, a menos que se sepan debidos a otras causas.

- ✓ Etapla IIIa: no hay extensión sobre la pared pélvica.

- ✓ Etapa IIIb: extensión sobre la pared pélvica, hidronefrosis, riñón no funcionando, o ambas cosas.

**Etapa IV:** el carcinoma se ha extendido más allá de la pelvis verdadera o afecta clínicamente la mucosa vesical o rectal. Un edema buloso en sí no justifica clasificar a una paciente en etapa IV.

- ✓ Etapa IV a: diseminación del tumor a órganos adyacentes.
- ✓ Etapa IV b: diseminación a órganos distantes.

Los primeros síntomas que debe tener siempre presente el médico en esta entidad es que el cáncer en la etapa 0 (carcinoma *in situ*) es asintomático; es más, la mayoría de las pacientes en etapa la tampoco presentan síntomas, o sea, este cáncer en sus etapas precoces no ofrece síntomas que permitan su diagnóstico.<sup>3</sup>

En etapas más avanzadas los síntomas principales son: metrorragia, leucorrea y dolor. Al principio la metrorragia será en forma de manchas que la paciente relacionará con el coito, con esfuerzos físicos, incluso con una defecación dificultosa. Lamentablemente, en muchos casos la pérdida sanguínea no se produce hasta que la enfermedad está avanzada. El sangramiento puede ir incrementándose en etapas avanzadas y, en ocasiones, puede ser profuso en los estadios finales y ser la hemorragia incoercible la causa directa de la muerte de la paciente.<sup>1, 4, 16</sup>

Al inicio puede aparecer un flujo anormal, por lo general oscuro, aun antes de que aparezca la hemorragia, especialmente en el caso del adenocarcinoma. Sin embargo, en un período más o menos prolongado, el flujo aparece teñido de sangre, y da al contenido vaginal un aspecto de agua de lavado de carne. Pero esta característica es tardía y en los carcinomas pequeños sólo aparece una leucorrea discreta. En los cánceres avanzados, el foco tumoral casi siempre se encuentra colonizado por gérmenes sépticos, que unido a la necrosis del tumor, comunican al exudado un olor fétido insoportable. El dolor aparece muy tarde. Cuando una paciente consulte por dolor y el factor que está causando ese dolor sea un cáncer del útero, éste se encuentra ya, por lo menos, en etapa III.<sup>3</sup> En etapas avanzadas aparecen otros síntomas que están en dependencia del órgano que ha sido alcanzado por el proceso. Así, cuando ha sido tomada la vejiga habrá polaquiuria, disuria, tenesmo vesical y hematuria; si se afectan

los uréteres, ya sea por compresión por infiltración tumoral, existirá una obstrucción del flujo renal con hidronefrosis y pielonefritis. También puede haber uremia, que, en ocasiones, será causa de la muerte. Si ha sido afectado el recto, puede aparecer dificultad al efectuar la defecación, rectorragia y obstrucción intestinal.

Igualmente, pueden aparecer síntomas y signos localizados en otros órganos lejanos que han sido metastizados por este tumor, por ejemplo: la columna vertebral donde se pueden producir trastornos graves de compresión medular o síntomas al nivel del hígado, el pulmón o el cerebro. Se presentarán, además, síntomas generales como son: anemia, anorexia, pérdida de peso y astenia.<sup>17,18</sup>

Para el diagnóstico de esta entidad lo realmente eficaz es establecerlo en una etapa precoz. Poco o nada podrá ayudar la clínica en las etapas tardías de este cáncer. Sin embargo, afortunadamente, hay varios métodos que son de ayuda efectiva en el diagnóstico temprano de esta entidad.<sup>3, 5,9</sup>

La utilización sistemática de esos métodos proporciona una situación ventajosa para establecer el diagnóstico; estudio de la citología cervicovaginal, colposcopia, prueba de Schiller, biopsia, y el examen clínico.

La colposcopia, ideada por Hinselmann en 1925, consiste en una exploración más minuciosa del cuello del útero, realizada por medio de un sistema óptico que proporciona una visión estereoscópica y aumentada.<sup>3</sup>

La prueba de Schiller constituye un método muy simple, al alcance del médico general, y consiste en impregnar el cuello con solución de Lugol. Se basa en el principio de reacción del yodo con el glucógeno que contienen las células normales del epitelio cervicovaginal, el que en condiciones normales tomará una coloración caoba oscuro homogénea. No se trata de una prueba de malignidad que por sí sola sea suficiente, pero suministra una orientación interesante para el establecimiento de un diagnóstico posterior.<sup>3,6</sup>

La biopsia es un método que se practica, sobre todo, siempre que se traten de confirmar los resultados de los distintos métodos de diagnóstico precoz (prueba citológica, prueba de Schiller o colposcopia); es el método que dará el diagnóstico de certeza.

Sólo será llevado a cabo en la consulta de Patología de Cuello (biopsia por ponchamiento o con asa diatérmica) o en el Salón de Cirugía (conización o amputación del cuello).<sup>2,4</sup>

El examen médico se ha dejado este método para el final, no porque no tenga una gran importancia, sino, al contrario, porque lo verdaderamente eficaz contra este tipo de cáncer es su diagnóstico precoz, y como hemos señalado con anterioridad, en esas etapas el cáncer, desgraciadamente no ofrece manifestaciones clínicas.

No obstante, debe conocerse su cuadro clínico. Descritos sus síntomas, ahora se referirán los posibles hallazgos durante el examen físico, los que estarán en relación con la etapa clínica en que se encuentre el cáncer. En la mayoría de los casos, cuando hay manifestaciones en el examen físico, se encontrará por lo menos en la etapa clínica Ib. Es posible que al tacto se aprecie un pequeño nódulo indurado, a veces con pequeña ulceración, pero esto también puede corresponder a irregularidades o erosiones del cuello, motivadas por otra causa. Si existiera crecimiento exofítico del cáncer se observa la clásica tumoración vegetante en forma de coliflor.

En etapas más avanzadas se presenta la infiltración tumoral de la vagina, los parametrios, o ambos, en mayor o menor grado, hasta llegar en la etapa III a la denominada "pelvis congelada". En los casos en que el tumor se ha extendido al recto, a la vejiga, o a ambos, se apreciará la infiltración de éstos. En resumen, en el examen con espéculo en la etapa Ib, se notará un pequeño nódulo que puede estar ulcerado o no, con signos de infección secundaria; en casos de mayor crecimiento, será una tumoración en forma de coliflor, que a veces alcanza un tamaño considerable, con esfacelos y signos de necrosis, recubierta de una leucorrea sanguinolenta con una fetidez característica.<sup>3</sup> El cáncer cervicouterino es uno de los tipos de cánceres más fáciles de detectar y prevenir debido a que su desarrollo es gradual. Por lo tanto el examen periódico lo puede detectar antes de que se propague se realiza con la citología cervical o del canal endocervical, según se visualice la unión escamoso-cilíndrica, colposcopia, biopsia, legrado del canal, conización y examen ginecológico, incluyendo el tacto rectal para detectar el tercio del parametrio infiltrado.<sup>1,2,13</sup>

El tratamiento ideal de cualquier enfermedad es que uno pudiera hacer que ésta no apareciera; pero conociendo la epidemiología del cáncer del cuello uterino, no es difícil comprender que la factibilidad de aplicación de medidas profilácticas en esta entidad tendría pocas probabilidades, este depende del grado de la lesión y su etapa. Puede ser quirúrgico, láser, histerectomía (tipo I, II, III) con linfadenectomía pelviana o para-aórtica; también se aplica tratamiento radiante (braquiterapia o radiaciones externas) o quimioterapia o ambos (quimiorradiación), inmunoterapia, terapia génica, citosinas y otros. Entre las nuevas estrategias se encuentran las vacunas, principalmente las partículas proteicas E6 y E7 que son genes codificados como secuencias del HPV.<sup>18</sup>

Sin embargo, las principales serían lograr que el inicio de las relaciones sexuales se pospusiera hasta por lo menos después de los 18 años de edad; evitar la promiscuidad sexual y las enfermedades de transmisión sexual, principalmente las debidas a oncovirus (HPV), mediante el uso del condón. Es posible que el incremento en el empleo de este método, que se está observando en el mundo por temor al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), quizás traiga aparejada una disminución de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en general.

Otras medidas serían la higiene de los órganos sexuales tanto femeninos como masculinos, la disminución en el hábito de fumar, la paridad y la desnutrición (fundamentalmente mejorando la ingestión de vitaminas como la C, E, betacarotenos, etc.), así como la sutura sistemática de los desgarros del cérvix producidas por cualquier manipulación. Muy importante son el tratamiento adecuado de las NIC y la realización de la citología cervicovaginal, de acuerdo con la metodología que plantea el Programa Nacional para el diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino.

En la última década, el tratamiento de las lesiones pre invasoras (NIC) ha gravitado hacia el uso de métodos conservadores ambulatorios. Esto se ha debido a varios factores: el desarrollo de la colposcopia; un mayor conocimiento de la historia natural de la NIC, y la disponibilidad de tecnologías terapéuticas ambulatorias eficaces y de bajo costo, como la criocirugía, y el procedimiento de excisión electro quirúrgico con electrodos cerrados (en inglés, LEEP).<sup>4,15</sup>

A juzgar por los conocimientos actuales sobre la historia natural de la NIC, incluso el papel etiológico de los virus del papiloma humano (HPV), el tratamiento debe limitarse a las mujeres con displasia moderada y grave (NIC II y NIC III) y al carcinoma in situ, puesto que la mayoría de las pacientes con displasia leve no avanzan o se normalizan espontáneamente sin tratamiento. Queda bien claro, que según esta estrategia, es preciso vigilar a las mujeres con lesiones leves a intervalos apropiados, por lo que su seguimiento debe estar garantizado.<sup>1,4</sup>

De todos los métodos que existen para el tratamiento ambulatorio de la NIC, la crioterapia y el LEEP son los más prometedores para los países en desarrollo, debido a su eficacia, a la casi ausencia de efectos secundarios, a su sencillez y bajo costo. Las tasas de curación varían de 80 a 95 %, según el método usado y la gravedad de las lesiones.<sup>3</sup>

El tamaño de las lesiones ejerce más influencia en los resultados que su gravedad. La mayoría de los investigadores consideran que la crioterapia es apropiada para tratar la NIC III, siempre y cuando las pacientes se ciñan a un plan de seguimiento riguroso.<sup>4</sup>

La valoración individual de cada paciente, en las que se toman en cuenta la edad, paridad, deseos o no de tener más descendencia y otros factores, serían determinantes frente al tratamiento del carcinoma in situ para decidir otro tipo de conducta terapéutica, como serían la conización, la amputación baja de cuello o la histerectomía total respetando los ovarios.<sup>3,12</sup>

El tratamiento del cáncer en su etapa invasora estará en relación directa con el estadio o etapa clínica en el momento del diagnóstico<sup>3</sup>.

Etapa Ia. En pacientes con una penetración menor que 3 mm por debajo de la membrana basal, sin invasión del espacio linfático y sin patrón confluyente (Ia 1), es recomendable la histerectomía simple. En numerosas publicaciones, los informes indican que las recidivas son raras y las tasas de supervivencia se acercan a 100 % cuando se utiliza la histerectomía simple para tratar pacientes con pequeños focos aislados de cáncer, con más de 5 mm de invasión y sin afección del espacio linfático.<sup>3,5</sup>

Sin embargo, se recomienda por lo general histerectomía radical con linfadenectomía pélvica o radiación cuando haya una gran zona de invasión tumoral, con afectación del

espacio linfático, o cuando la profundidad de invasión sea de 3 a 5 mm más o menos (Ia 2).<sup>4</sup>

La OMS establece las normas siguientes:<sup>1,4</sup>

- ✓ Etapa Ia (lesión menor que 5 cm). histerectomía radical y linfadenectomía pélvica (operación de Wertheim). La histerectomía radical difiere de la simple en que en la primera se extirpan los parametrios, los tejidos paracervicales y la parte superior de la vagina.
- ✓ Etapa Ib (lesión mayor que 5 cm). radioterapia externa (cobalto) y radioterapia intracavitaria (CESIUM). Si hay buena respuesta, se le continuará un seguimiento evolutivo desde el punto de vista clínico. Si la respuesta es pobre o nula, se reevaluará la paciente para cirugía radical o tratamiento paliativo.
- ✓ En la etapa II y en adelante el tratamiento por radiaciones es el que ofrece mayores posibilidades. Sin embargo, en muchas clínicas del mundo se utiliza la histerectomía radical con linfadenectomía amplia (Wertheim-Meigs) en las etapas IIa y IIb; pero el porcentaje de curación no es mejor que con radioterapia y en muchos casos la morbilidad es mayor.
- ✓ Las perspectivas de pronóstico son altamente favorables cuando se establece el diagnóstico en etapas precoces y se aplica el tratamiento adecuado.<sup>3</sup>
- ✓ En la 0 puede esperarse una curación 100%; casi iguales resultados pueden esperarse en la etapa Ia.

El pronóstico es menos esperanzador cuando el diagnóstico se hace en etapas más avanzadas, pero con los modernos métodos de tratamiento pueden esperarse aproximadamente los resultados siguientes:<sup>4,16</sup>

- ✓ Etapa Ib.: 85%de curación.
- ✓ Etapa II: de 50 a 60% de curación.
- ✓ Etapa III: 30%de curación.

- ✓ Etapa IV: hay autores que refieren algunas supervivencias a los 5 años después del tratamiento; pero el autor de este capítulo no ha visto ningún caso en estas condiciones.

**Material y método.**

Se realizó un estudio pre-experimental antes y después de la estrategia educativa con el objetivo de modificar el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo que más inciden en las mujeres entre 15 y 60 años de edad en la población del consultorio 28 en el poblado del Sanquily, municipio Venezuela, en el periodo comprendido entre julio del 2012 y junio del 2013.

El universo estudio estuvo constituido por 73 mujeres de ellas se extrajo una muestra probabilística y quedo constituida por 53 mujeres que dieron su consentimiento informado (anexo I) y atendiendo a los criterios de inclusión. Las mujeres seleccionadas tuvieron la oportunidad de informarse sobre el objetivo de la estrategia y la inocuidad de la misma, que su participación sería voluntaria y una vez incorporadas a este tendrían la posibilidad de abandonarlo si así lo decidieran. Su disposición a colaborar en el estudio se plasmó en un modelo de consentimiento informado, debidamente firmado por ellos y el investigador, quien dio fe del respeto absoluto a la confidencialidad de sus identidades e información. (Anexo I).

**Criterios de inclusión:**

- ✓ Mujeres que estén aptas física y mentalmente para comprender la encuesta y el programa educativo.
- ✓ Mujeres que deseen participar en el estudio

**Criterios de exclusión:**

- ✓ Mujeres con trastornos psicológicos o de otra índole que pudiera afectar el proceso investigativo.
- ✓ Mujeres que no se encontraban en el área en el momento del estudio.
- ✓ Mujeres que abandonaron el estudio antes de finalizado.

**El estudio se desarrolló en tres etapas:**

**1. Etapa de diagnóstico:** El primer día se aplicó una encuesta (anexo II) con el objetivo de precisar los principales factores de riesgo presentes en estas pacientes, esto admitió definir los temas que se impartirían en el programa de Estrategia Educativa. La encuesta se aplicó de manera anónima, en presencia del autor, lo que permitió la aclaración de las dudas. La hoja se entregó cubierta con lo que se logró privacidad y sinceridad al responder las preguntas realizadas.

**2. Etapa de intervención:** Después de aplicada la encuesta se procedió a aplicar el programa de estrategia educativa elaborado al efecto, a través de un programa de capacitación (Anexo III) que incluyó diversos temas para incrementar el nivel de conocimiento de nuestras mujeres. La estrategia educativa consta de 5 temas que fueron impartidos en 8 sesiones. Se impartieron varias conferencias y dinámicas de grupos sobre los factores de riesgo del cáncer cervicouterino durante un período de cinco semanas en las aulas de la escuela primaria “Manuel Sanquily” en el horario de la tarde.

**3. Etapa de Evaluación y análisis de resultados:** Se evaluó el grado en que se modificó el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo del cáncer de cervicouterino en las mujeres del estudio, después de la intervención, aplicando el mismo instrumento que en la etapa diagnóstica a los 4 meses.

**Escala de evaluación del nivel de conocimientos del cuestionario en general:**

Bien: Si obtiene una calificación entre 3 y 4 puntos

Regular: Si obtiene una calificación entre 2.5 y 3 puntos

Mal: Si obtiene una calificación menor de 2 puntos.

Variable Dependiente. Nivel de conocimiento. Como elemento medular se define “ el conjunto de información con valor agregado ” que es algo genérico que se atribuye al agente para explicar el «por qué» de su comportamiento.

Variable independiente. Programa de capacitación: Sistema de actividades educativas para lograr cambios en el conocimiento sobre cáncer cervicouterino y su proceso de atención.

### **Métodos teóricos:**

Análisis histórico lógico: se selecciona con el objetivo de poder estudiar la trayectoria real de los fenómenos y acontecimientos en el cursar de su historia, por lo que se emplea en indagar sobre los conocimientos que poseían los profesionales sobre la conducta a seguir ante un paciente con cáncer o con riesgo de padecerlo.

Análisis síntesis: Permitió penetrar en lo fundamental de lo observado, separar lo esencial de lo secundario, determinar lo importante a partir de la bibliografía revisada y extraer lo necesario para la solución del problema.

Inducción–deducción: Se establecieron generalizaciones que confirman empíricamente la hipótesis.

Hipotético–deductivo: deduce una hipótesis como respuesta al problema.

### **Métodos empíricos:**

La observación: mediante la misma se conoce la realidad del fenómeno en estudio teniendo en consideración que las pacientes no muestran interés por los factores de riesgo asociados al cáncer cervicouterino.

Revisión documental: permitió hacer un estudio de las tendencias mundiales en cuanto al comportamiento de los factores de riesgo del cáncer cervicouterino, nacional y provincial resaltando la importancia de las medidas de prevención.

Se utilizaron diferentes técnicas como:

El cuestionario: dada sus características de búsqueda de información rápida y económica, se aplicó a la población identificando necesidades de aprendizaje y aplicando un programa educativo para corregirlos.

**Procesamiento estadístico:**

Toda la información recopilada se llevó a una base de datos confeccionada en el programa SPSS versión 13.0 para Windows para su procesamiento. Fue resumida en frecuencias absolutas y porcentos, para comparar las mediciones efectuadas en dos momentos diferentes, antes y después de la estrategia.

**Aspectos éticos**

Se llevó a cabo un proceso de negociación con los pacientes explicando detalladamente en qué consistía la investigación, demostrando en cada momento la importancia de su colaboración y veracidad al responder el cuestionario, así como la posibilidad de aportar cualquier elemento que resultara provechoso para corroborar los resultados, respetando su autonomía, dejando explícito el derecho a no participar en la investigación y el anonimato, así como a abandonar el estudio cuando lo estimase conveniente y, por último, estar de acuerdo con que los resultados de esta investigación puedan ser publicados.

Se redactó un informe final teniendo en cuenta las normas y procedimiento establecidos para los trabajos de terminación de residencia.

## Operacionalización de variables

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Conocimientos sobre hábito de fumar y la no realización periódica de la citología vaginal	Cualitativa ordinal Politómica	Responde 4 ítems correctos Responde 3 ítems correctos Responde 1 o 2 ítems correctos	Bien Regular Mal	Nivel de conocimientos del hábito de fumar y la no realización periódica de la citología vaginal en el cáncer cervicouterino.
Conocimientos sobre antecedentes patológicos familiares de cáncer cervicouterino	Cualitativa ordinal Politómica	Responde 4 ítems correctos Responde 3 ítems correctos Responde 1 ó 2 ítems correctos	Bien Regular Mal	Nivel de conocimientos sobre los antecedentes patológicos familiares en el cáncer cervicouterino.
Conocimientos sobre el uso de anticonceptivos hormonales	Cualitativa ordinal Politómica	Responde 4 ítems correctos Responde 3 ítems correctos Responde 2 ítems correctos	Bien Regular Mal	Nivel de conocimientos sobre el uso de anticonceptivos hormonales en el cáncer cervicouterino.

Conocimientos sobre los cambios frecuentes de parejas	Cualitativa ordinal  Politómica	Responde 4 items correctos  Responde 3 items correctos  Responde 2 menos items correctos	Bien  Regular  Mal	Nivel de conocimientos sobre el cambio frecuente de parejas en el cáncer cervicouterino.
Conocimientos sobre inicio precoz de las relaciones sexuales	Cualitativa ordinal  Politómica	Responde 4 items correctos  Responde entre 3 items correctos  Responde 2 o menos items correctos	. Bien  Regular  Mal	Nivel de conocimientos sobre el inicio precoz de las relaciones sexuales en el cáncer cervicouterino.

**PALABRAS CLAVE:** Cáncer cervicouterino, factores de riesgo, estrategia educativa.

## Análisis y discusión de los resultados

Tabla 1: Mujeres con riesgo de cáncer cervicouterino según nivel de conocimientos sobre el hábito de fumar

Nivel de conocimientos	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Bien	15	28.3	22	41.5
Regular	17	32.1	21	39.6
Mal	21	39.6	10	18.9
Total	53	100	53	100

En esta tabla se observó el nivel de conocimientos de las mujeres con riesgos de cáncer cervicouterino sobre el hábito de fumar donde se representaron por un 39.6% los que tenían una evaluación de mal antes de la intervención y al concluir la misma solo el 18.9% estaban clasificados en esta categoría. Hubo una mejoría en las pacientes evaluadas de bien los cuales al final de la intervención ascendieron a 41.5%. En el estudio realizado por .Robbing SL plantea que el hábito de fumar está claramente asociado con un aumento en el riesgo de padecer cáncer cervicouterino. <sup>1,4</sup>

Tabla 2: Mujeres con riesgo de cáncer cervicouterino según nivel de conocimientos sobre antecedentes patológicos familiares.

Nivel de conocimientos	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Bien	13	24.5	18	33.9
Regular	15	28.3	21	39.6
Mal	25	47.2	14	26.4
Total	53	100	53	100

En esta tabla se observó que el 47.2 % de los pacientes tienen evaluación de mal antes de la estrategia y después de la misma esta situación cambió a un 26.4 %. No obstante luego de la estrategia predominó la categoría de regular con un 39.6%. En un estudio realizado en España por el Dr. Osorio A, Robledo JM, se demuestra que existe un aumento en la frecuencia del cáncer cervicouterino entre hermanas y madres de las enfermas afectadas por esta neoplasia maligna<sup>23</sup>. Los datos concuerdan también con lo expuesto por la Dr. Peralta A.<sup>23, 7,15</sup>

Tabla 3: Mujeres con riesgo de cáncer cervicouterino según nivel de conocimientos sobre uso de anticonceptivos hormonales.

Nivel de conocimientos	SI		NO	
	No.	%	No.	%
Bien	11	20.7	16	30.1
Regular	28	52.8	32	60.3
Mal	14	26.4	5	9.4
Total	53	100	53	100

En esta tabla se apreció que el 52.8% de los pacientes tienen un nivel de conocimientos regular en relación con el uso de anticonceptivos hormonales y un 26.4% están evaluados de mal al inicio del estudio y luego de la estrategia educativa hubo un ascenso del porcentaje de pacientes evaluados de regular a expensas de la disminución de los evaluados de mal quedando representados por 60.3% y 9.4% respectivamente.<sup>1,18</sup>

Tabla 4: Mujeres con riesgo de cáncer cervicouterino según nivel de conocimientos sobre cambios frecuentes de parejas.

Nivel de conocimientos	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Bien	9	16.9	15	28.3
Regular	19	35.8	20	37.7
Mal	25	47.1	18	33.9
Total	53	100	53	100

En esta tabla se observó que el 47.1% de las pacientes estaban evaluados de mal. Luego de la estrategia sobre el cambio frecuente de parejas hubo una mejoría en el nivel de conocimiento, y solamente el 33.9% quedó evaluado la categoría de mal. En un estudio realizado por Peralta M, Octavio en Chile se observa una alta incidencia de cáncer de cervicouterino en mujeres que presentaban cambios frecuentes de parejas.<sup>1,7</sup>

Tabla 5 Mujeres con riesgo de cáncer cervicouterino según nivel de conocimientos sobre las Inicio precoz de las relaciones sexuales.

Nivel de conocimientos	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Bien	13	24.5	19	35.8
Regular	20	37.7	23	43.4
Mal	20	37.7	11	20.8
Total	53	100	53	100

Antes de la estrategia las categorías de regular y mal se representaron por un 37.7% de las pacientes estudiadas. Luego de la estrategia se apreció que hubo disminución de los evaluados de mal los cuales solo se representaron por un 20.8% y hubo un incremento de los evaluados de regular y bien con un 43.4% y 35.8 respectivamente. Los datos concuerdan Rodríguez Pérez, Alfredo Afecciones cervicouterinas en la editorial Ciencias Médicas .<sup>22</sup>

Tabla 6 Mujeres con riesgo de cáncer cervicouterino según nivel de conocimientos sobre la no realización periódica de la citología vaginal.

Nivel de conocimientos	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Bien	11	20.7	16	30.1
Regular	28	52.8	32	60.3
Mal	14	26.4	5	9.4
Total	53	100	53	100

En esta tabla se apreció que el 52.8% de las mujeres tienen un nivel de conocimientos regular en relación con la realización periódica de la citología vaginal y un 26.4% están evaluados de mal al inicio del estudio y luego de la estrategia educativa hubo un ascenso del porcentaje de pacientes evaluadas de regular a expensas de la disminución de las evaluadas de mal quedando representados por 60.3% y 9.4% respectivamente. El Dr. Evelio Cruz Cabeza plantea que la no realización periódica de la citología vaginal aumenta la posibilidad de contraer cáncer cervicouterino <sup>32</sup> al igual que el estudio realizado por él Dr. Rodolfo Valentín Martínez, <sup>30</sup>.

Tabla 7: Nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo del cáncer cervicouterino

Nivel de conocimientos	Antes de la intervención		Después de la intervención	
	No.	%	No.	%
Bien	12	22.6	18	33.9
Regular	20	37.7	23	43.4
Mal	21	39.6	12	22.6
Total	53	100	53	100

Antes de la intervención educativa el mayor porcentaje de mujeres estaban evaluadas de mal y regular con un 39.6% y 37.7% respectivamente y posteriormente las categorías más representativas fueron las de regular y bien con un 43.4% y 33.9% respectivamente.

El Dr. Cabezas Cruz, Evelio en un estudio en nuestro país sobre una estrategia educativa encontró que el nivel de conocimientos sobre cáncer cervicouterino aumentó en la población estudiada después de aplicada la estrategia.<sup>2</sup> El Dr. Ricardo, Orlando en su estudio titulado: Adherencias al tratamiento del cáncer cervicouterino. Efectividad de un programa de intervención biopsicosocial encontraron que hubo una mejoría significativa sobre los conocimientos adquiridos en relación a los factores de riesgos.

**Conclusiones:**

Con la realización de la estrategia educativa se logró modificar el nivel conocimientos sobre los factores de riesgo del cáncer cervicouterino. El programa de estrategia educativa mostró consistencia lógica, flexibilidad y posibilitó incrementar la percepción de los factores de riesgo en el grupo de estudio.

**Recomendaciones:**

Extender la aplicación de esta estrategia educativa a todo el municipio de Venezuela y las áreas de salud de la provincia donde se registre alta prevalencia de factores de riesgo del cáncer cervicouterino. Además continuar realizando acciones de promoción y prevención con estas pacientes y el resto de la población.

## Referencias bibliográficas

1. Ricardo, Orlando. Obstetricia y Ginecología. Editorial Ciencias Médicas. ECIMED 2004. Pág. 313 en adelante.
2. Cabezas Cruz, Evelio L. Manual de Procedimiento de Ginecología.
3. Editorial Ciencias Médicas. ECIMED 2009 pág. 162 en adelante.
4. Manual Merck, Ginecología y Obstetricia .Tomo VIII. Neoplasias Ginecológicas. Madrid, España: Interamericana; 2009.
5. Robbing SL. Enfermedades cervicouterinas, Patología estructural y funcional. Ciudad de la Habana: Edición Revolucionaria; 2000.
6. Diagnóstico precoz y tratamiento del cáncer ginecológico. En: El Médico Interactivo. [citado 8 Nov 2009]. Disponible en: <http://www.medynet.com/elmedico/aula2001/tema16/cancergi.htm>
7. Peralta A. La operación de Wertheim-Meigs en el carcinoma cervicouterino en etapa clínica I. Rev. Cubana Obstet Ginecol 1975; 12:267-71.
8. Rev Ciencias Médicas vol.15 no.4 Pinar del Río oct.-dic. 2011.
9. Rev cubana med v.49 n.3 Ciudad de la Habana jul.-sep. 2010.
12. <http://www.nnc.cubaweb.cu/enfoques/enfoginecologia3>.
13. HTML. Disponible en: [enero de 2012]; URL disponible en: <http://www.who.int/entity/mediacentre/news/releases/2011/es/20HTML>. Disponible en: [enero de 2012]; URL disponible en: <http://www.ribbonofpink.com/>.
14. Dehner LP, Hill Da, Deschryver K. Pathology of the breast in children, adolescents, and young adults. Semin Diagn Pathol (United States). 1999; 16 (3):235-47.
15. PERALTA M, Octavio. Cáncer cervicouterino en Chile: Datos epidemiológicos-Se describen los analices epidemiológicos del cáncer cervicouterino en Chile y se relata la experiencia en el Hospital Clínico San Borja-Arriarán, destacando la mayor precocidad en el diagnóstico (en español). Rev. chil. obstet. ginecol. [online]. 2002, vol.67, n.6 [citado 2010-06-01], pp. 439-445.
16. Dehner LP, Hill Da, Deschryver K. Pathology of the breast in children, adolescents,

and young adults. Semin Diagn Pathol (United States). 1999; 16 (3):235-47.

17. MediaCenter. Cáncer Cervicouterino. Afecciones Cervicouterinas. [Sitio en Internet] 2012. (citado enero 2012) Disponible en: <http://www.who.int/entity/mediacentre/news/releases/2011/es>

18. ROBLES, Sylvia C. and GALANIS, Eleni. El cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe (en español). Rev Panam Salud Publica [online]. 2002, vol.12, n.2 [cited 2010-06-03], pp. 141-143.

19. Programa del cáncer cervicouterino. Resultados de la consulta en un año de trabajo. Rev Cubana Obstetricia Ginecología. 1995; 2:8-12.

20. Suárez CM. Mijares Briñez A, Castillo Marrero L, Briceño JM. Tipificación del vph en cáncer del cuello uterino en la población venezolana. Red de Rev Venez Oncol [internet]. 2006 [citado 12 mar 2011]; 18 (4): [aprox. 8p].

21. National Cancer Institute. Cáncer cervicouterino (PDQ®) [Sitio en Internet] Noviembre 2011. (citado febrero 2012) Disponible en: <http://www.cancer.gov/>

22. Rodríguez Pérez, Alfredo. Afecciones cervicouterinas. Editorial Ciencias Médicas ECIMED. 2010. Página 49 en adelante.

23. Osorio A, Rabledo JM. Análisis molecular del gen BRCA1 en 15 familias españolas con cáncer de mama y/o ovario. Oncol. 2003; 19 (9): 361-67.

24. Cáncer cervicouterino. Guía de Diagnóstico y Tratamiento. Ciudad Habana: INOR; 1996.

25. Agencia Internacional de Investigación del Cáncer. Prevalencia del cáncer cervicouterino en América Latina [Sitio en Internet] 2007 (citado 3 de febrero 2012) Disponible en: [http://www.dequate.com/artman/publish/article\\_5127.sht](http://www.dequate.com/artman/publish/article_5127.sht).

26. MedlinePlus. Cáncer cervicouterino. [Sitio en Internet] 2012. (citado el 26 enero 2012) Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002324.htm000913.h>

27. Cantero, Alexis. Cáncer cervicouterino, enemigo del cuerpo y del alma [Sitio en Internet] 2007 (citado 3 de febrero 2012) Disponible en: <http://www.redsemlac-cuba.net/Salud/Cancer-cervicouterino-enemigo-del-cuerpo-y-del-alma.html>
28. Hugo González, Héctor. Artículo en Radio Surco de Caridad Picart. [Artículo en Internet] 19 de Octubre de 2011. (citado en febrero de 2012) Disponible en: <http://www.radiosurco.icrt.cu/Salud.php?id=13402>.
29. Plaza Cepeda, Jaime. Cáncer cervicouterino. [Sitio en Internet] 2012(citado enero 2012) Disponible en: <http://www.medicosecuador.com/espanol/todo-para-pacientes-salud.htm>
30. Valentín Martínez, Dr. Rodolfo. Rev Cubana Obstetricia Ginecología 2009; 32(3). Comportamiento del cáncer cervicouterino de la mujer en el período climatérico. [Sitio en Internet] 2009 (citado en marzo 2012) Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol32\\_3\\_06/gin05306.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol32_3_06/gin05306.htm)

## **Anexos**

### **ANEXO I.**

#### Consentimiento Informado

Yo \_\_\_\_\_, estoy de acuerdo en participar de forma voluntaria en la investigación titulada: Estrategia Educativa para modificar conocimientos sobre los factores de riesgo que inciden en el cáncer cervicouterino. Se me informó la necesidad de participar en todas las actividades planificadas.

En caso de no desear continuar puedo voluntariamente irme, sin que esto constituya un problema. Se me aplicará un cuestionario que he de responder con la mayor sinceridad posible.

Y para que así conste firmo el presente consentimiento informado junto al autor de la investigación que informó lo antes expuesto.

A los \_\_\_\_\_ días del mes \_\_\_\_\_ de 2013.

Firma del participante \_\_\_\_\_

Autor: \_\_\_\_\_

## ANEXO II

### ENCUESTA

Encuesta a mujeres con riesgos de cáncer cervicouterino:

#### ➡ 1.-Hábito de fumar

El hábito de fumar es muy frecuente en las mujeres. Marque con una x los aspectos que usted considere correctos.

\_\_\_ No agrava el cáncer cervicouterino.

\_\_\_ Acelera el cáncer cervicouterino.

\_\_\_ No es un factor de riesgo del cáncer cervicouterino.

\_\_\_ Incrementa los niveles de colesterol

**Por cada respuesta correcta es 1 punto**

**Bien:** si obtiene 4 puntos

**Regular:** si obtiene 3 puntos

**Mal:** si obtiene 2 ó menos puntos

Valor total de acápite: 4 puntos

#### ➡ 2.- Antecedentes Patologicos Familiares:

Se ha demostrado que los antecedentes Patologicos familiares están asociados con la aparición del cáncer cervicouterino. Marque con una x las afirmaciones que usted considera correcta en relación al cáncer cervicouterino:

\_\_\_ Si

\_\_\_ No

\_\_\_ No se

\_\_\_ Tal vez

**Por cada respuesta correcta es 4 puntos**

**Bien:** si obtiene 4 puntos

**Regular:** si obtiene 3 puntos

**Mal:** si obtiene 2 ó menos puntos

Valor total de acápite: 4 puntos

➡ **3.- Uso de anticonceptivos hormonales**

Los anticonceptivos hormonales son factores de riesgos del cáncer cervicouterino:

Marque con una X las afirmaciones que usted considere correctas

\_\_\_ Si

\_\_\_ No

\_\_\_ No se

\_\_\_ Tal vez

**Por cada respuesta correcta es 4 puntos**

**Bien:** si obtiene 4 puntos

**Regular:** si obtiene 3 puntos

**Mal:** si obtiene 2 ó menos puntos

Valor total de acápite: 4 puntos

➡ **4.- Cambios frecuentes de parejas:**

¿Marque con una x si usted considera que el cambio frecuente de parejas es un factor de riesgo del cáncer cervicouterino?

\_\_\_ Si

\_\_\_ No

\_\_\_ No se

\_\_\_ Tal vez

**Por cada respuesta correcta es 4 punto**

**Bien:** si obtiene 4 puntos

**Regular:** si obtiene entre 3 puntos

**Mal:** si obtiene menos de 2 o menos puntos

Valor total de acápite: 4 puntos

➡ **Inicio precoz de las relaciones sexuales**

El inicio precoz de las relaciones sexuales puede producir:

\_\_\_ Desgarros a nivel del cuello

\_\_\_ Abortos a repetición

\_\_\_ Riesgo de prematuridad

\_\_\_ Ninguna de las anteriores

**Por cada respuesta correcta es 1 punto**

**Bien:** si obtiene 4 puntos

**Regular:** si obtiene 3 puntos

**Mal:** si obtiene 2 o menos puntos

➡ **No realización periódica de la citología vaginal**

¿La no realización periódica de la citología vaginal puede traer consigo la aparición del cáncer cervicouterino? ¿Con que periodo se realiza?

\_\_\_ Se realiza cada 3 años

\_\_\_ Se realiza cada 2 años

\_\_\_ No se realiza nunca

\_\_\_ Se puede realizar a petición de la paciente

➡ **Por cada respuesta correcta es 4 punto**

**Bien:** si obtiene 4 puntos

**Regular:** si obtiene 3 puntos

**Mal:** si obtiene 2 o menos puntos

Valor total de acápite: 4 puntos

Muchas gracias. Su colaboración nos será de gran utilidad.

## **ANEXO III**

### **Programa de intervención:**

La estrategia educativa constará de 8 actividades que serán impartidas todos los jueves en horario vespertino en un aula de la escuela primaria Manuel Sanquily que será asignada para la misma.

Las fechas y horas que se muestran a continuación están sujetas a cambios en dependencia de la disponibilidad del local que se nos será asignado, así como por las actividades docentes que pueda la autora presentar en un momento determinado durante la estrategia.

Primer encuentro:

Día:3/10/12

Hora: 1:30pm - 2:15pm

Lugar: escuela primaria Manuel Sanquily

Título: presentación de la estrategia educativa

Objetivos: 1- Presentación formal de los participantes involucrados.

2- Dar inicio a la estrategia.

Duración: 45 minutos.

Recursos: 1- Médico.

2- Hojas blancas.

3- Marcador.

4- Mini boletín impreso (será elaborado por la autora de la Intervención).

5- aula de la escuela

Técnica participativa: el Solapín.

Introducción: durante este primer encuentro se realizó en primer lugar la presentación formal ante los participantes del estudio, luego se continuó a la

presentación de cada uno de los participante para lo cual se utilizará la técnica del solapín la cual consistió en que cada uno de los participantes anotará su nombre, o la forma en la que le gustaría que sus compañeros lo llamen en un papel que luego se colocarán en un lugar visible como el bolsillo de la camisa y procedieron a presentarse uno a uno, momento en el cual podrán contar alguna anécdota o algo que deseen compartir con el resto de los participantes.

Desarrollo: en un segundo momento se habló sobre los objetivos del proyecto, la importancia del mismo para lograr una mejora en los servicios de salud y en la prevención de enfermedades y se incluyó además el concepto de prevención de salud y se dará ejemplos de programas de prevención de diferentes enfermedades que están presentes en la actualidad en nuestro país, se dará a conocer a los participantes todo lo relacionado a las actividades que se realizarán: días, horarios y lugares previstos; después de explicar todo lo referido al proyecto se les informará que si no están de acuerdo con las actividades que se realizarán podrán retirarse del grupo, o que si en algún momento durante la evolución de la intervención decidieran no participar más por diferentes motivos también lo podrán hacer, al finalizar se entregará a cada uno de los participantes el consentimiento informado impreso, el cual se leerá para que posteriormente sea firmado por cada uno de los participantes. Por último, se informará el día, hora, lugar, y tema de la próxima actividad.

Segundo encuentro:

Día: 10/10/12

Hora: 1:30pm - 2:15pm

Lugar: escuela primaria Manuel Sanquily

Título: concepto y epidemiología del cáncer cervicouterino.

Objetivos: 1- Informar sobre el estado actual de la enfermedad.

2- Analizar el concepto de cáncer cervicouterino

Tipo de actividad: conferencia.

Duración: 45 minutos.

Recursos: 1- Médico.

2- Local de la escuela.

3-Pizarra.

Introducción: previo al desarrollo de la actividad se realizará un recordatorio de la actividad anterior.

Desarrollo: se impartió una conferencia, donde se trataron temas referidos al concepto de cáncer cervicouterino, los datos más relevantes con respecto a los factores de riesgo de esta enfermedad y por último lo referente al estado actual de la enfermedad en diferentes áreas geográficas incluyendo por último el de nuestro municipio.

Luego se realizaron varias preguntas, tales como ¿Sabían ustedes que algunos de estos factores de riesgo son predisponen a padecer de cáncer cervicouterino? ¿Saben ustedes que es un factor de riesgo? ¿Conocen de algunas de las labores que nuestro sistema de salud desarrolla para reducir al máximo la incidencia de dichos factores? las mismas no serán respondidas, con el objetivo de incentivar el interés de los participantes de asistir a nuestro próximo encuentro y así promover una cultura general a su alcance, para desarrollar una mayor participación y cooperación por parte de todos los asistentes.

Tercer encuentro:

Día: 17/10/12

Hora: 1:30pm - 2:15pm

Lugar: escuela primaria Manuel Sanquily

Título: factores de riesgo que influyen en la incidencia y prevalencia del cáncer cervicouterino.

Objetivo: analizar los principales factores de riesgo del cáncer cervicouterino.

Tipo de actividad: conferencia.

Duración: 45 minutos.

Recursos: 1- Médico.

2- Local de la escuela.

3-Pizarra.

Introducción: se comenzó dando un resumen a modo de recordatorio de los temas tratados en la primera actividad y se realizará simultáneamente preguntas de comprobación.

Desarrollo: se impartió una conferencia, en la cual se trató la etiopatogenia del cáncer cervicouterino haciendo énfasis en los factores de riesgos tanto genéticos como ambientales y al final se dio una introducción de la siguiente actividad.

Cuarto encuentro:

Día: 24/10/12

Hora: 1:30pm –2:15pm.

Lugar: escuela primaria Manuel Sanquily

Título: hábito de fumar

Objetivos: 1- Valorar los principales factores de riesgos del cáncer cervicouterino.

Duración: 45 minutos.

Recursos: 1- Médico.

2- Local del la escuela.

3- Pizarra.

Introducción: se comenzó con un breve resumen de la actividad anterior que a su vez nos introducirá dentro del tema a tratar en este tercer encuentro y se realizará preguntas de comprobación.

Desarrollo: comenzamos explicando a los participantes en qué consiste el hábito de fumar; el inicio precoz de las relaciones sexuales, antes de comenzar se escogerá a una participante que actuará como relator y se encargará de anotar todos los datos que se expongan en una pizarra y la autora actuará como coordinadora. Posteriormente se pasará a hablar acerca de las modificaciones de los riesgos y seguidamente se realizará un debate.

Al finalizar la actividad se entregará una nota impresa.

Quinto encuentro:

Día: 2/11/12

Hora: 1:30pm –2:15pm.

Lugar: escuela primaria Manuel Sanquily

Título: cambios frecuentes de parejas

Objetivo: explicar los daños que ocasiona el cambio frecuente de parejas en el cáncer cervicouterino. .

Tipo de actividad: conferencia.

Duración: 45 minutos.

Recursos: 1- Médico.

2- Una computadora.

3- Local de la escuela.

Introducción: a modo de introducción se habló de la importancia de la prevención del cáncer cervicouterino evitando el cambio frecuente de parejas y de su comportamiento en la comunidad.

Desarrollo: se impartió una conferencia mediante un Power Point con imágenes de diferentes estados de la enfermedad, y a medida que se van pasando las imágenes se hablará acerca de la importancia y eficacia de minimizar los riesgos.

Sexto encuentro:

Día: 9/11/12

Dra Marelis Sarmiento Gómez

Hora: 1:30pm –2:15pm.

Lugar: escuela primaria Manuel Sanquily

Título: la no realización periódica de la citología vaginal

Objetivos: lograr que los participantes reconozcan la importancia de la citología.

Tipo de actividad: discusión grupal

Duración: 45 minutos.

Recursos: 1- Médico.

2- Una computadora.

3- Local de la escuela.

Introducción: se realizó un breve recordatorio de la clase anterior y preguntas de control.

Desarrollo: se realizó un debate en grupo sobre la importancia de la citología para poder evitar futuras complicaciones en las pacientes Se motivó a participar en el próximo encuentro.

Séptimo encuentro:

Día: 16/11/12

Hora: 1:30pm –2:15pm.

Lugar: escuela primaria Manuel Sanquily

Título: inicio precoz de las relaciones sexuales

Objetivos: lograr que los participantes reconozcan la importancia

Tipo de actividad: discusión grupal

Duración: 45 minutos.

Recursos: 1- Médico.

2- Una computadora.

3- Local de la escuela.

Introducción: se realizó un breve recordatorio de la clase anterior y preguntas de control.

Desarrollo: se realizó un debate en grupo sobre la importancia del Inicio precoz de las relaciones sexuales

Octavo encuentro:

Día: 23/11/12

Hora: 1:30pm –2:15pm.

Lugar: escuela primaria Manuel Sanquily

Título: uso de anticonceptivos hormonales

Objetivo: explicar a los participantes los riesgos que produce el uso de anticonceptivos hormonales

Duración: 45 minutos.

Recursos: 1- Médico.

2- Local de la escuela.

Introducción: se realizará un breve resumen del encuentro anterior

Desarrollo: se realizó una conferencia sobre el tema

Al finalizar la actividad se realizó un resume de todos los aspectos debatidos durante las actividades y se le explicó a los participantes que se realizará nuevamente el cuestionario pasado 4 meses para medir el impacto que tuvieron las actividades sobre el nivel de conocimientos de ellas. Para finalizar ese día se realizó la técnica de animación " El intercambio de conocimiento", la misma consistió en que los participantes se dividieron en dos grupos, y cada uno comenzó a realizar una pregunta al compañero del otro grupo y en sentido inverso.