

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE
CIEGO DE AVILA.**

FACULTAD DE CIENCIAS Dr. JOSE ASSEF YARA

**TITULO: Intervención educativa para elevar el nivel de
conocimientos sobre cáncer Cérvico uterino en mujeres del
poblado de La Clementina**

AUTOR: Dra. Yanet Morillo Calderin

**Tesis para optar por el título de Especialista en 1er grado en Medicina
General Integral.**

**CIEGO DE AVILA.
2015**

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO
DE AVILA.
FACULTAD DE CIENCIAS Dr. JOSE ASSEF YARA**

**TITULO: Intervención educativa para elevar el nivel de
conocimientos sobre cáncer Cérvico uterino en mujeres del
poblado de La Clementina.**

AUTOR: Dra. Yanet Morillo Calderin.

**TUTOR: Dra. Yanet Santiago Llama
Especialista 1er Grado en Medicina General Integral.**

**ASESOR: Dr.Rudy Dachel García de la Torre.
Especialista 1er Grado en Medicina General Integral.
Profesor Instructor.**

AGRADECIMIENTOS

Antes que todo quisiera agradecerle a la Revolución por haberme dado la oportunidad de estudiar todos estos años.

A mi familia en especial a mis padres, por haberme ayudado durante toda la vida y ser un buen ejemplo para mí.

A todos los profesores que me educaron y me guiaron por el camino del estudio.

A mis amigos y a todas aquellas personas por haberme apoyado y ayudado en el transcurso de mi carrera.

PENSAMIENTO

Es la medicina como en el derecho, profesión de lucha; necesitase un alma bien templada para desempeñar con éxito ese sacerdocio; el contacto de las diarias miserias morales y materiales, el combate con la sociedad y con la naturaleza, hacen mal a las almas pequeñas, mientras que es revelación de cosas altas en almas altas y hermosas.

José Martí. Obras Completas.

DEDICATORIA

Primero que todo quisiera dedicar este trabajo a mis padres como muestra de que todo el esfuerzo no fue en vano.

A todos los que de una forma u otra me han apoyado en esta carrera y a todas las personas que han sabido creer en mí.

RESUMEN

Se realizó un estudio pre experimental ,intervención educativa , con diseño de pre y post prueba para comprobar y elevar los conocimientos acerca del Cáncer Cérvico Uterino en mujeres entre 15 y 30 años de edad , del poblado La Clementina perteneciente al área de salud Gaspar, en el periodo comprendido entre Julio del 2011 y Junio del 2012 .El universo estuvo constituido por 373 pacientes , la muestra tomada intencionalmente de forma aleatoria simple quedo conformada por 68 mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión. Antes de la intervención educativa los resultados obtenidos sobre el grado de conocimiento de las diferentes variables en estudio acerca del Cáncer Cérvico Uterino no fueron los deseados ya que se obtuvieron bajos porcentajes en algunos temas tales como: dentro de los factores de riesgo del Cáncer Cérvico Uterino los más conocidos eran el uso de tabletas anticonceptivas orales (26.5) y el elevado número de partos y abortos (20.5), los medios más idóneos para la información recibida provenían del médico y enfermera de la familia (20%), poca noción acerca de la relación del cáncer con alguna enfermedad de transmisión sexual (41%) así como cuándo debe realizarse la primera prueba citológica (73.6%). Además se conocía poco sobre la cura y prevención del Cáncer Cérvico Uterino (44.2%); lográndose elevar el grado de conocimiento una vez aplicada dicha intervención educativa .Luego de alcanzado el objetivo se recomienda continuar profundizado en dicho tema e implementar las consultas controles con las charlas educativas para que las pacientes sobre todo jóvenes adquieran los conocimientos necesarios para modificar su modo y estilo de vida.

Palabras claves: Factores de riesgo y Cáncer Cérvico Uterino.

INDICE

INTRODUCCION	1
Hipótesis	4
Problema.....	4
Objetivos	4
Marco teórico.....	6
Material y método.....	17
Métodos teóricos:	22
Análisis y discusión de los resultados.	25
Discusión.....	38
CONCLUSIONES.....	43
RECOMENDACIONES	44
BIBLIOGRAFÍA	45
ANEXOS	51

INTRODUCCION

El cáncer ha acompañado a la humanidad a través de toda su existencia y esto no ha sido ajeno al conocimiento del hombre, lo cual queda demostrado en muchos manuscritos antiguos. Actualmente ocupa un lugar particular en la problemática científica, e inquieta por igual tanto a los pueblos como a sus representantes. Debido a que constituye una de las primeras causas de muerte a nivel mundial con más de cinco millones de fallecidos anualmente, manifestándose la tendencia en las mujeres a tener mayor predisposición a desarrollarlo (1).

De las enfermedades que padece la mujer, los tumores malignos ocupan la principal causa de muerte, ocupando el cáncer de cuello uterino el segundo lugar, precedido por el cáncer de mama. Es la principal causa de muerte por enfermedades malignas en las mujeres de los países en vías de desarrollo, representando cerca del 80% según las últimas recopilaciones de los datos mundiales. Cada año se producen en el mundo alrededor de 500 000 nuevos casos y mueren más del 50% por esta causa.

Expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) han delineado un panorama preocupante: la incidencia mundial del cáncer podría aumentar un 50% en las próximas dos décadas. Si los pronósticos del Informe Mundial del cáncer se cumplen, en 2020 serán diagnosticados 15 millones de nuevos casos.

Al analizar las tasas de mortalidad por Cáncer Cérvico Uterino en diferentes países se observa que la variación es notable. Estas tasas han aumentado en los últimos 30 años en los países desarrollados, ya que existen desigualdades debido a que las mujeres de zonas rurales o más pobres corren un mayor riesgo de enfermar (2).

Las mayores tasas de incidencia se han encontrado en África Oriental, Asia meridional y Sudoriental. Los países del Sub – Sahara de África y el sudeste de

Asia presentan alrededor de 78 000 casos por incidencia del cáncer cervical y 31 000 muertes, solamente en un año.

En España, la tasa de incidencia en el 2002 era de 7,6 por cada 100 000 mujeres. En Suiza la tasa de incidencia fue de 4,0 y la tasa de mortalidad de 0,9 (3, 4).

En Latinoamérica por este tipo de cáncer se presentan aproximadamente 30 000 defunciones por año. La variación de la incidencia entre los países es grande, existen tasas muy altas en Haití (93.9 x 100.000), Nicaragua (61,1 x 100.000), Bolivia (58,1 x 100.000) y Puerto Rico (26.3 x 100.000) (5, 6).

En Colombia, es la principal neoplasia en mujeres, con aproximadamente 6800 casos nuevos por año y mortalidad de 18,2 casos por 100 000 mujeres (3,4). En Chile se calculan una incidencia de 30 x 100 000 mujeres y fallecen alrededor de 900, la tasa de mortalidad es de 9,6 x 100,000 (7).

En nuestro país desde 1967 se implantó el Programa Nacional de diagnóstico precoz del Cáncer Cérvico Uterino, el cual plantea la realización de la citología al 100% de las mujeres entre 25 y 64 años con vida sexual activa. El objetivo fundamental del programa es contribuir a elevar el nivel de salud de la población mediante acciones de prevención, promoción, protección y recuperación en las mujeres, realizado por el Sistema Nacional de Salud en coordinación con las demás instituciones (8).

El Cáncer Cérvico Uterino se considera en estos momentos como una enfermedad de transmisión sexual, asociada a múltiples factores de riesgo, la mayoría de estos ligados a la conducta sexual de cada mujer, siendo la infección por virus del papiloma humano (VPH) el factor primordial en la génesis de éste (9, 10).

A pesar de existir un programa de detección precoz, éste persiste como un problema de salud. El pico de incidencia ocurre entre la cuarta y quinta década de la vida y se calcula que la mortalidad es seis veces mayor en mujeres de más de

50 años para una tasa de incidencia de 7,6 por 100 000 con respecto a las mujeres jóvenes que es de 1,2 por 100 000 (11).

Actualmente la epidemia de infecciones de transmisión sexual (ITS), representa la más diseminada y devastadora enfermedad que enfrentan los adolescentes y jóvenes (6), debido a que las relaciones sexuales tienden a iniciarse a edades más tempranas y por el deficiente conocimiento en cuanto a las ITS, su mecanismo de transmisión, las consecuencias y formas de prevenirlas (9, 11).

En Cuba, la tasa bruta de incidencia en 1990, según los datos notificados al Registro Nacional de Tumores fue de 19,2 por 100 000 mujeres y la tasa de mortalidad fue de 4,6 por 100 000 habitantes, se encontró solamente por debajo a Estados Unidos y Canadá con 3,0 y 2,9 respectivamente.

En el año 2003, se diagnosticaron 1 512 casos nuevos, lo que representó una tasa de 26/100 000 mujeres. La mortalidad comprendió 412 casos con una tasa de 5,3/100 000 habitantes, especialmente en mujeres en edades entre los 40 y 50 años. Según datos del Anuario Estadístico de Salud del año 2010 la tasa de incidencia por 100 000 habitantes en mujeres de 15 a 19 años es de 1,1, de 20 a 24 de 1,8 y de 25 a 29 de 19,5, lo cual pone en evidencia que el control de la enfermedad, aunque constituye un propósito deseado, todavía no ha logrado los objetivos propuestos.

En Ciego de Ávila, la edad de presentación del carcinoma in situ del cuello uterino, del carcinoma escamoso invasor, y del adenocarcinoma ha sufrido pequeñas variaciones. El carcinoma in situ se presenta a los 37.7 ± 0.6 años, el escamoso invasor en 45.4 ± 0.9 años y el adenocarcinoma a los $53,1 \pm 3.3$ años (12).

En el poblado de Clementina, correspondiente al Policlínico de Gaspar del municipio de Baraguá de la provincia de Ciego de Ávila, según las investigaciones realizadas, la morbi – mortalidad por Cáncer Cérvico Uterino se comportó de forma elevada. En el año 2010 se realizaron un total de 1473 exámenes de los

cuales 111 fueron iniciales, con una positividad de un 4.7%, y ocurrieron 5 defunciones por esta causa.

Al conocer la situación problemática referente a la morbi – mortalidad por Cáncer Cérvico Uterino en esta región, la relación existente entre ésta y VPH, así como la tendencia actual al inicio de las relaciones sexuales a edades más tempranas, se decide realizar una investigación con el objetivo de identificar los conocimientos sobre prevención del Cáncer Cérvico Uterino en nuestra población femenina comprendiendo las edades de 15 a 30 años.

Hipótesis

Si aplicáramos esta propuesta de intervención se pudiera elevar el nivel de conocimientos de mujeres entre 15 y 30 años sobre el Cáncer Cérvico Uterino en el poblado de La Clementina.

Problema.

Elevada incidencia del Cáncer Cérvico Uterino por un bajo conocimiento sobre el tema, lo que permite la aparición de éste.

Objetivos

OBJETIVO GENERAL.

Evaluar la efectividad de un programa de intervención educativa para elevar el conocimiento sobre el Cáncer Cérvico Uterino en mujeres entre 15 y 30 años del poblado de La Clementina pertenecientes al Área de Salud Gaspar en el periodo comprendido julio 2011 a junio 2012.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Elaborar, validar y aplicar una estrategia de intervención para evaluar el nivel de conocimientos sobre el Cáncer Cérvico Uterino
2. Evaluar la modificación del nivel de conocimientos después de la intervención.

Marco teórico

El cáncer de cuello uterino es una neoplasia maligna que se caracteriza por pérdida de la estratificación y de la polaridad del epitelio. En ellas se pueden apreciar algunas alteraciones como hipercromatismo, mitosis anormales y pleomorfismo celular, con invasión o no de la membrana basal (13).

I. Fundamentos históricos

El cáncer no constituye una enfermedad de las últimas décadas. Existen evidencias de que en el antiguo Egipto ya se conocía la existencia del cáncer en humanos y lo demuestran hallazgos en las autopsias de algunas momias. En las escrituras médicas chinas y árabes también se describieron síntomas de lo que puede suponerse eran enfermedades malignas. El término Carcinoma fue introducido por Hipócrates, el cual lo comparaba con el cangrejo en su forma de diseminarse por el cuerpo y su persistencia. Galeno, casi 600 años después, distinguió tres tipos de tumores.

El término carcinoma in situ (CIS) se introdujo en 1932 para denotar las lesiones por células carcinomatosas indiferenciadas que abarcan todo el espesor del epitelio sin interrumpir la membrana basal (Broders, 1932).

Papanicolaou y Traut fueron los primeros en proponer en el decenio de 1940, la evolución citológica de las células obtenidas del cuello uterino y la vagina como método para detectar el cáncer cervical y sus precursores. Desde entonces la citología cervical ha demostrado ser el método más eficaz para la detección del cáncer de cuello uterino. El frotis de Papanicolaou redujo la incidencia y mortalidad del cáncer de cuello uterino en comunidades con programas activos de detección.

George Papanicolaou descubrió la fórmula de teñir las células que son desprendidas desde el epitelio o superficie exterior del cérvix, lo que hace posible

detectar las células con transformaciones anormales. Ésta no es un examen de diagnóstico, sino más bien un tamizaje que separa a las mujeres que pueden tener lesiones en el cuello del útero.

Papanicolaou fue el pionero de los estudios relacionados con las enfermedades del cuello uterino, sentando un precedente clínico investigativo que revolucionó el enfoque que hasta entonces existía para la detección y tratamiento de la entidad.

Ayre introdujo el muestreo directo del cuello uterino con una espátula que aun lleva su nombre de forma significativa. Actualmente este proceder sigue teniendo extraordinaria importancia y su utilización se ha convertido en uno de los aspectos esenciales del programa de detección precoz del Cáncer Cérvico Uterino.

Las condiciones especiales del cáncer cervicouterino hacen que éste sea, posiblemente, la neoplasia sobre la que más se haya estudiado en relación con su historia natural, lo cual ha hecho que mucho se haya avanzado en este campo. En 1969, Richard y Barron demostraron que existe un proceso citológico aparente hasta llegar al cáncer: comienza con NIC I a NIC III, y carcinoma in situ, hasta finalmente el cáncer invasor. Dichos autores publicaron los tiempos de transición citológicos que empezaron con las lesiones de bajo grado, después las lesiones de alto grado y a los 3 o 4 años siguientes aparecería el carcinoma in situ y más tarde el cáncer invasor (1).

II. Factores de riesgo

En muchos países en desarrollo se tiene un acceso limitado a los servicios de salud y a la detección del Cáncer Cérvico Uterino, por lo que existe un incremento en la incidencia de éste. Es por ello necesario fortalecer la capacidad de diagnóstico y tratamiento de lesiones de la patología cervical tempranamente (14).

Para tener una idea de la magnitud de este mal la Organización Panamericana de la Salud entregó un informe que plantea que en el mundo el número de casos de

cáncer de cuello uterino alcanza los 466 mil al año lo que representa el 15% de todas las variedades de cáncer diagnosticadas en las mujeres (15).

En Cuba, si bien la incidencia es menor existen las condiciones para que la mortalidad sea nula, pero actitudes inadecuadas de las mujeres, motivadas muchas veces por la insuficiente información o la poco atractiva convocatoria del médico o la enfermera de su área de salud para que acudan a realizarse la citología orgánica (11).

Los factores de riesgo de cáncer cervical están relacionados con características tanto del virus como del huésped, e incluyen (4, 8):

Edad y comienzo de la vida sexual.

La edad del primer coito antes de los 20 años y de manera marcada antes de los 18, es uno de los cofactores importantes en la aparición del carcinoma del cuello según reportan numerosos autores nacionales y extranjeros. Debido a los cambios socio – culturales a los que están sometida las adolescentes, existe una tendencia al comienzo de las relaciones sexuales a partir de los 14 años de edad. En los últimos años se observa un incremento de las lesiones del cuello uterino en mujeres de edad climatérica debido a la presencia de cambios biológicos e inmunológicos por la disminución de la defensa estrogénica del aparato genital.

Conducta sexual

Numerosos mecanismos han sido sugeridos para explicar la relación entre el riesgo de padecer la enfermedad y los diversos elementos asociados con las relaciones sexuales. La probabilidad de que las mujeres sean portadoras del virus del papiloma humano (VPH) y el riesgo de padecer de cáncer de cérvix se ha relacionado con la presencia de ADN viral en el pene o la uretra de su pareja sexual.

La promiscuidad, sin ser sinónimo de cáncer de cérvix, constituye un importante factor de riesgo. Se deduce que la mujer con mayor cantidad de compañeros sexuales, tiene más probabilidades de desarrollar la infección como ocurre con todas las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluida la del virus del herpes simple (VHS) tipo 2 que algunos sugieren, pudiera actuar como cofactor del VPH produciendo una acción sinérgica que provoque los cambios celulares cervicales.

Muchas mujeres que sólo han tenido una pareja sexual también desarrollan la enfermedad, por lo que resulta sugerente considerar el papel del semen infectado con el VPH en la génesis del cáncer uterino. Según un estudio publicado por Benedet y Cabero Roura las mujeres tienen un riesgo tres veces superior de padecer infección con el VPH, si su compañero sexual ha tenido relaciones con otras mujeres que han desarrollado la enfermedad.

Antecedentes de ITS

Actualmente es aceptado como principal causa la infección por VPH de alto riesgo (como VPH 16 o 18) y sus precursores. Sin embargo, estudios epidemiológicos han mostrado que sólo una pequeña fracción de mujeres infestadas con VPH eventualmente progresan a lesiones intraepiteliales de alto riesgo y carcinoma *in situ*, por lo que se ha asumido que otros factores actúan en conjunto con el VPH, influenciando el riesgo de transición de la infección VPH cervical a malignidades. Se plantea que el conocimiento de la virología y las manifestaciones clínicas de este virus constituyen el eslabón fundamental en el entendimiento del proceso neoplásico.

Tirado Gómez y colaboradores evaluaron la asociación entre el cáncer cervical y el virus del papiloma humano de alto riesgo, los cuales demostraron que se incrementa en 78 veces la probabilidad de presentar un cáncer invasor; cuando el VPH es tipo 16 y 18, el incremento es mayor (16).

Actualmente se conocen más de 120 tipos de VPH, cada uno muestra un tropismo particular por sitios anatómicos específicos (las infecciones de la piel, de las

mucosas del tracto oral, respiratorio y ano genital son los más comunes). Se subclasifican según el material oncogénico en HPV de “bajo riesgo” y “alto riesgo”, otros autores añaden los de riesgo intermedio. La International Agency for Research Cancer (IARC) de la OMS los clasifica en, “carcinogénicos” (tipo 16 y 18), “probablemente carcinogénicos” (tipos 31 y 33) y “posiblemente carcinogénicos” (otros excepto 6 y 11). Se ha demostrado que el ADN del VPH está presente en la mayoría de las lesiones intraepiteliales del tracto genital inferior y en más del 99 % de los cánceres cervicales (10, 17)

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) incluyen una serie de enfermedades de naturaleza infecciosa de gran interés epidemiológico y señalan que la neisseria gonorrhoeae se dispone en parejas intracelulares, y que habitualmente afecta los epitelios cilíndricos, pues los epitelios estratificados de la vulva y vagina son resistentes a su invasión. Puede permanecer en el endocérvix, lo que significa que el 75% de las cervicitis pueden ser asintomáticas y estas representan un factor de riesgo importante en el cáncer de cérvix.

La Cervicitis fue la lesión cervical que más se asoció al desarrollo del cáncer cervical. Puede encontrarse de forma aguda, aunque lo más frecuente es su evolución hacia la cronicidad, a la cual se le da mucha importancia en la génesis de los cambios epiteliales, que pueden evolucionar hacia la displasia y posteriormente al cáncer cervical (18).

Número de partos

Los cambios hormonales que ocurren durante el embarazo favorecen el desarrollo de las infecciones por VPH

Inmunodepresión

Es muy importante la respuesta inmunológica del organismo, pues interviene como un potente mecanismo de resistencia al desarrollo de tumores, desde la fase de iniciación hasta el crecimiento y progresión de los mismos.

Las infecciones virales son frecuentes en pacientes con supresión o defecto en el sistema inmune que se manifiesta con linfopenia, una alteración de la relación linfocitos B / linfocitos T, migración espontánea y quimiotaxis de neutrófilos disminuida. Estas alteraciones inducen trastornos en la secuencia de eventos necesarios para que la respuesta inmune celular y humoral sea efectiva.

Un ejemplo incuestionable ha sido demostrado en pacientes infectadas con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) las que muestran un incremento en la incidencia de lesiones escamosas intraepiteliales, debido al deterioro de las células y de los mecanismos de la respuesta inmune contra la progresión de la enfermedad.

Igualmente, las mujeres sometidas a trasplantes de órganos tratadas con inmunosupresores tienen un elevado riesgo de padecer infección por el VPH y cáncer cervical cuando se comparan con la población general.

En la progresión de la lesión intervienen diferentes cofactores como: la presencia de otras infecciones, el déficit inmunitario, los factores angiogénicos en caso de invasión del estroma y de las metástasis. Estos factores ejercen un papel carcinogénico o a veces carcinocinético y cada uno desarrolla un papel (19).

Uso de anticonceptivos orales

El uso de anticonceptivos orales durante 6 a 9 años se acompaña de un incremento de hasta tres veces de riesgo de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) de grado III. Las mujeres que los han utilizado durante 2 o 5 años tienen una incidencia del doble de padecer CÁNCER CÉRVICO UTERINO en comparación con las de las no usuarias. Estudios recientes demuestran que el riesgo ha aumentado hasta 6 veces en las usuarias de anticonceptivos orales, que además tienen una infección por VPH.

Hábito de Fumar

En relación con el hábito de fumar, Winkelstein hace casi 30 años propuso la hipótesis que el humo del cigarrillo, al estar íntimamente asociado a la aparición del cáncer epino celular del pulmón y la laringe, podría también relacionarse con el cáncer cervical de la misma variedad histológica. En la actualidad, muchas evidencias indican que ese autor estaba en lo cierto porque, el hábito de fumar se asocia a la aparición de NIC o cáncer cervical y también, con el fracaso del tratamiento conservador que se realice (20).

Helberg y colaboradores plantearon que los componentes del humo procedentes de la combustión del tabaco tienen una acción carcinogénica atribuida a la nicotina y la cotinina disueltas en la sangre, ya que han sido detectadas en el cérvix, la saliva, la orina y el moco cervical, por una inmunodepresión local estimulada por una disminución de las células de Langerhans. León Cruz señala que el tabaquismo se ha asociado con la presencia de carcinoma de células escamosas y puede iniciar o actuar como co – carcinogénico en la célula ya afectada por agentes transformadores de transmisión sexual (9).

Actualmente se acepta que en las mujeres fumadoras el riesgo de padecer la enfermedad aumenta tres veces al compararlo con las que no fuman y existe una fuerte relación entre la cantidad de cigarrillos diarios.

Hoy día se considera el tabaquismo un factor de riesgo de carcinoma de cuello uterino, ya que existe un incremento del riesgo tanto de enfermedades pre invasoras como invasoras entre las fumadoras actuales; las que tienen historia de tabaquismo prolongado, las fumadoras de gran intensidad y las que fuman cigarrillos sin filtros. Diversos estudios han encontrado mutágenos en el moco cervical, algunos a concentraciones muy superiores a las sanguíneas, lo que sugiere un efecto carcinogénico directo, causando modificaciones del ADN adultos en el epitelio cervical, que se incrementa en las fumadoras, encontrando un riesgo relativo de morir por cáncer cervical dos veces superior en las fumadoras comparadas con las que no fumaban.

Tendencia nutricional

Aunque los estudios científicos no se concluyentes se considera que una dieta baja en antioxidantes, ácido fólico y vitamina C favorece la persistencia de la infección por VPH, y la evolución de las lesiones de NIC I, II, III y Cáncer Cérvico Uterino.

Amaro Hernández en Camagüey, refieren una asociación estadística significativa entre el Cáncer Cérvico Uterino y los factores de riesgo, citan en orden de frecuencia la multiparidad, la promiscuidad, la infección por VPH y el inicio precoz de las relaciones sexuales (21).

Rosell Juarte E, plantean en su estudio que el bajo nivel de escolaridad, el tener varias parejas sexuales, la multiparidad, las relaciones sexuales precoces y el tabaquismo fueron factores de riesgo con significación estadística, sin embargo, no le confieren valor estadístico al uso de anticonceptivos orales (20).

Varela Álvarez A, refiere que el 69% de las pacientes tuvo relaciones sexuales antes de los 18 años, el 64% tenía historia de infecciones de transmisión sexual y con igual por ciento relacionó la multiparidad. El tabaquismo, la promiscuidad sexual, la no sistematicidad en los exámenes del programa nacional de prevención, la ingestión de anticonceptivos orales y el compañero sexual de riesgo, obtuvieron cifras entre 51 y 58 % (22). Tirado Gómez LL, et al además de encontrar los factores predisponentes antes mencionados, mencionan el nivel socioeconómico como un factor asociado a esta neoplasia (16, 23).

III. Cuadro Clínico

El Cáncer Cérvico Uterino en etapas precoces no ofrece síntomas que permitan su diagnóstico. En etapas más avanzadas los síntomas principales son:

Hemorragia anormal (metrorragia): Al principio la metrorragia será en forma de manchas que la paciente relacionará con el coito, con esfuerzos físicos, incluso con una defecación dificultosa. En muchos casos la pérdida sanguínea no se

produce hasta que la enfermedad está avanzada y ser la hemorragia incoercible la causa directa de la muerte de la paciente.

Aumento de flujo vaginal (leucorrea): 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 periodo más o menos prolongado, el flujo aparece teñido de sangre, y da al contenido vaginal un aspecto de agua de lavado de carne.

Dolor: El dolor aparece muy tarde. Generalmente el dolor se localiza en la región del pubis y aparece durante el contacto sexual. Se presentarán además, síntomas generales como son: anemia, anorexia, pérdida de peso y astenia (23, 24).

IV. Diagnóstico

El diagnóstico del cáncer cervical se realiza a través de la citología orgánica: tiene elevado índices de confiabilidad.

Un ginecólogo examinará el cuello del útero (el cérvix) y la vagina con un instrumento especial llamado colposcopio y hará una biopsia para examinar en detalle las células anormales.

Se puede hacer otro examen llamado legrado endocervical o raspado endocervical.

Si se confirma la presencia de cáncer cervical, pueden recomendarse otros exámenes para determinar hasta qué punto la enfermedad se ha extendido. Éstos pueden incluir exámenes por ultrasonido de las áreas pélvica y abdominal.

V. Estadificación

La clasificación de las etapas clínicas de la evolución del carcinoma de cuello, partiendo de la etapa cero, que correspondería al carcinoma in situ (CIN-III o HSIL):

Estadio I: Confinado al cuello del útero.

Estadio II: Se extiende más allá del cuello pero no se extiende a la pared de la pelvis; afecta a la vagina en su parte superior sin afectar el tercio inferior.

Estadio III: Se extiende a la pared pelviana; en la exploración al tacto rectal no existe espacio entre el tumor y la pared pelviana; el tumor se extiende además al tercio inferior de la vagina.

Estadio IV: Puede infiltrar la pared de la vejiga urinaria o el recto; esta forma incluye diseminación con metástasis.

El pronóstico y la supervivencia para los carcinomas invasivos dependen sobre todo del estadio al que se detecta el cáncer en primer lugar, y en menor medida del tipo celular predominante en el tumor (25).

VI. Tratamiento.

El cáncer cervicouterino es uno de los tipos de cánceres más fáciles de detectar y de prevenir debido a que su desarrollo es gradual. Por lo tanto, el examen periódico lo puede detectar antes que se propague. Este tipo de cáncer es más visible que, por ejemplo, el cáncer de mama. En lugar de tener que observar las células mediante rayos X o biopsia, el ginecólogo puede raspar el interior del cuello uterino y analizar las células mediante un microscopio.

El tratamiento depende de la etapa:

- En los NIC I, II, III y CIS, con cepillado del canal negativo, se pueden emplear el láser, la criocirugía, el asa diatérmica y la cauterización.
- Si NIC III con cepillado I del canal anormal se realiza conización y legrado.
- En el CIS que el cono informa Ia1, se realiza amputación de cuello o histerectomía abdominal.
- En el CIS que el cono informa Ia2, se realiza histerectomía abdominal ampliada con manguito vaginal y linfadenectomía.

- En caso de que informe Ib, se realiza histerectomía radical con linfadenectomía pélvica mas biopsia ganglionar paraaórtica y lavado peritoneal.
- En el Ib que no reúne las condiciones para la cirugía, y en las etapas II, III, y IV, se remiten al Instituto de Oncología para su tratamiento con radioterapia. Esta se aplicará, además, en la cirugía incompleta por dificultades técnicas o valoración incorrecta del caso, si hay ganglios linfáticos positivos, si afecta más del 50% del cuello y si los bordes son positivos e invaden los parametrios.

El grado de diseminación del cáncer se clasifica por etapas.

- Etapa 0: el cáncer se encuentra en la capa superficial. Esto incluye displasia y carcinoma in situ, un cáncer limitado al epitelio cervical.
- Etapa I: el cáncer se encuentra sólo en el cuello del útero (en el cérvix).
- Etapa II: el cáncer se extiende fuera del cuello del útero, pero no llega a la pared de la pelvis o a la porción inferior de la vagina.
- Etapa III: el cáncer se extiende hacia la pared pélvica, la porción inferior de la vagina o en los uréteres (los tubos que conectan los riñones con la vejiga).
- Etapa IV: el cáncer se extiende fuera de la pelvis o incluye a la vejiga, el recto o a ambos.

Para recomendar los tratamientos para la Etapa 0 ó la Etapa 1 del cáncer, su médico también considerará si usted desea tener hijos. Cuando se diagnostica la Etapa 0 ó la Etapa 1 del cáncer cervical (o del cérvix) durante un embarazo, es posible posponer el tratamiento hasta después del parto. Una mujer con Etapa 0 de cáncer que aún desea tener hijos generalmente recibe tratamiento con cirugía con láser, en la cual la capa del tejido superior se calienta y se vaporiza (13, 23, 24, 26).

Material y método

Se realizó un estudio pre experimental de intervención del tipo antes y después a las pacientes del poblado de La Clementina del municipio Baraguá entre julio del año 2011 a junio del año 2012 con el objetivo de elevar el nivel de conocimiento sobre Cáncer Cérvico Uterino.

El universo del estudio constituido por 373 mujeres entre 15 y 30 años de edad, de las que se tomó una muestra de 68 pacientes, seleccionadas de forma aleatoria simple que cumplieron con los criterios de inclusión .

Se aplicaron los siguientes criterios de inclusión:

1. Pacientes entre 15 y 30 años de edad que viven en Clementina del Área de Salud del municipio de Baraguá.
2. Pacientes de acuerdo a cooperar en el desarrollo de la investigación para lo cual se confeccionó el consentimiento informado.

Se aplicó como criterios de exclusión:

1. Pacientes que ingresan al Área de Salud después de iniciado el estudio.
2. Pacientes que se trasladen fuera del Área de Salud durante el estudio.
3. Pacientes que no cumplan con los criterios de inclusión.
4. Pacientes que decidan retirarse del estudio.
5. Pacientes con trastornos psiquiátricos o retraso mental.

La realización de este trabajo constó de las siguientes etapas: diagnóstica, intervención propiamente dicha y de evaluación.

Etapas diagnóstica:

Con el previo consentimiento (Anexo 1) de cada una de las participantes, se realizó la recolección de los datos para la información, que se obtuvo a partir de la aplicación de un examen preprueba (Anexo 2) confeccionado según los objetivos

propuestos por la investigación, el cual fue aplicado como parte del primer encuentro que se produjo dentro del programa elaborado, y así se determinó el grado de conocimiento acerca del tema estudiado.

Dicho examen se realizó de forma anónima que contó con 8 ítems que evaluaron variables de interés, los cuales se categorizaron de la siguiente manera.

Conceptualización y operacionalización de las variables.

VARIABLES INDEPENDIENTES: Estrategia de Intervención Educativa: Sistema de acciones conscientes e intencionales dirigidas a elevar el nivel de conocimientos sobre Cáncer Cérvico – Uterino.

VARIABLES DEPENDIENTES: Nivel de conocimientos sobre cáncer cérvico – uterino.

Para dar solución a los objetivos planteados se operacionalizaron las variables de la siguiente forma:

♦ **Instructivo para evaluación de la encuesta:**

En la **pregunta # 1** se evaluó el conocimiento acerca de los **factores de riesgo del Cáncer Cérvico Uterino** (variable cualitativa nominal dicotómica). Se consideran como respuesta:

- Correcta: Primeras relaciones sexuales a tempranas edades, el hábito de fumar, elevado número de partos, cambios frecuentes de parejas sexuales.
- Incorrecta: Hipertensión arterial crónica, el alcoholismo, uso de tabletas anticonceptivos orales.

En la **pregunta # 2** se evaluó el conocimiento acerca del **medio más idóneo para obtener información sobre los factores de riesgo del Cáncer Cérvico Uterino** (variable cualitativa nominal dicotómica). Se consideran como respuesta:

- Correcta: Médico y enfermera de la familia, escuelas, radio y televisión, libros y revistas.
- Incorrecta: Casa, amigos y otras.

En la **pregunta # 3** se evaluó el conocimiento acerca de la frecuencia de aparición del **Cáncer Cérvico Uterino** (variable cualitativa nominal dicotómica). Se consideran como respuesta:

- Correcta: Adultas y ancianas.
- Incorrecta: Adolescentes y jóvenes.

En la **pregunta # 4** se evaluó el conocimiento acerca de la relación que **guarda el cáncer con alguna enfermedad de transmisión sexual** (variable cualitativa nominal dicotómica). Se consideran como respuesta:

- Correcta: Si
- Incorrecta: No, no sé.

En la **pregunta # 5** se evaluó el conocimiento acerca de la **mayor posibilidad de padecer Cáncer Cérvico Uterino si existe el antecedente de esta enfermedad en la familia** (variable cualitativa nominal dicotómica). Se consideran como respuesta:

- Correcta: No
- Incorrecta: Si, no sé

En la **pregunta # 6** se evaluó el conocimiento acerca de la prueba citológica. En el **primer inciso** se evaluó el conocimiento acerca de la **edad en qué se realiza la primera prueba citológica** (variable cualitativa nominal dicotómica). Se consideran como respuesta:

- Correcta: 25
- Incorrecta: 20, 30, 50 y No sé

En el **segundo inciso** se evaluó el conocimiento sobre si **debe realizarse la prueba citológica cualquier día del mes** (variable cualitativa nominal dicotómica). Se consideran como respuesta:

- Correcta: No
- Incorrecta: Si, No sé

En el **tercer inciso** se evaluó el conocimiento acerca de si **la prueba citológica resulta dolorosa** (variable cualitativa nominal dicotómica). Se consideran como respuesta:

- Correcta: No
- Incorrecta: Si, no sé

En el **cuarto inciso** se evaluó el conocimiento acerca de la **confianza en el resultado de la prueba citológica en dependencia de quien la realiza** (variable cualitativa nominal dicotómica). Se consideran como respuesta:

- Correcta: Todos los anteriores.
- Incorrecta: Ninguno de los anteriores, médico, ginecólogo, enfermera.

En la **pregunta # 7** se evaluó el conocimiento sobre si **el Cáncer Cérvico Uterino tiene cura** (variable cualitativa nominal dicotómica). Se consideran como respuesta:

- Correcto: Si
- Incorrecto: No, No sé

En la **pregunta # 8** se evaluó el conocimiento acerca de las **opciones de tratamiento del Cáncer Cérvico Uterino** (variable cualitativa nominal dicotómica). Se consideran como respuesta:

- Correcta: Cirugía, conización, citostáticos, radiaciones y dieta.

- Incorrecta: Dieta, antibióticos, ejercicio físico, medicina verde y vitaminoterapia.

Etapas de intervención propiamente dicha:

La muestra se dividió en 2 grupos de 34 mujeres en las edades comprendidas entre 15 y 30 años. La intervención se planificó para impartirla en un período de 1 mes, y para ello se desarrollaron 4 sesiones de trabajo, con una frecuencia de una vez por semana para cada grupo de mujeres. Estas sesiones se realizaron en la Escuela Primaria: “Mario Enrique Alarcón Martínez”, del poblado de La Clementina, en horarios extracurriculares. Cada encuentro incluyó conferencias y técnicas participativas apoyadas en medios de enseñanza, validadas por un especialista.

Las conferencias impartidas (Anexo 3) fueron:

Módulos	Frecuencia	Duración
Introducción.	Quincenal	3 hrs.
Factores de riesgo.	Quincenal	2 hrs.
Prevención y elementos diagnósticos	Quincenal	2 hrs.
Conclusiones.	Quincenal	3 hrs.

Etapas de evaluación:

Se aplicó el mismo cuestionario inicial y se evaluaron bajo los principios de ésta (Anexo 4).

Se utilizó una complementación de la metodología cualitativa y cuantitativa a la luz del materialismo dialéctico.

Ética y bioética:

Las mujeres de la muestra tuvieron la oportunidad de informarse sobre los objetivos de la investigación y la inocuidad de la misma, se le explicó 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 fue plasmado en un modelo de consentimiento informado, debidamente firmado por ellos y por el investigador, quien dio fe del respeto absoluto a la confidencialidad de sus identidades e información.

Los métodos aplicados durante la investigación fueron:

Métodos teóricos:

- **Histórico-lógico:** se selecciona con el objetivo de poder estudiar los factores de riesgo para el Cáncer Cérvico Uterino desde sus orígenes hasta la actualidad.
- **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, partiendo de lo general a lo particular.
- **Inducción-deducción:** se establecen generalizaciones que confirman empíricamente la hipótesis.
- **Sistémico- estructural-funcional:** se utilizó para la elaboración de la estrategia de intervención educativa.

Métodos empíricos:

- **La encuesta:** Dadas sus características de búsqueda de información rápida y económica se aplicó a las mujeres del poblado Clementina del Área de Salud del municipio de Baraguá objeto de estudio para saber los conocimientos que poseían acerca de los factores de riesgo para el Cáncer Cérvico Uterino; lo cual constituyó la técnica de recolección de la información.

Métodos de obtención de información:

Para la obtención de la información se aplicó una encuesta inicial como método de acción individual validada por un psicólogo y aprobada en un estudio piloto la que se confeccionó según criterios de expertos y revisión bibliográfica relacionada con el tema a investigar. La misma consta de 11 ítems, fue aplicada de forma anónima, antes y después de la puesta en práctica de la estrategia de intervención educativa y constituyó el sustento informativo de todo el trabajo.

Se efectuaron visitas semanales para la actualización del cuestionario de la encuesta sobre factores de riesgo que se hayan presentado o no y continuaron hasta el final de la investigación. También se aplicaron entrevistas, observaciones y análisis documentales.

Procesamiento de la información:

Para ello se emplearon los métodos de la estadística descriptiva. Los datos se organizaron, clasificaron y resumidos adecuadamente, para un mejor análisis de la información obtenida y se transcribieron a un modelo de datos con las variables y categorías definidas. El procesamiento de la información se realizó en una computadora Pentium con ambiente de Windows XP, se utilizó el Microsoft Excel del paquete de Office 2003 para los cálculos matemáticos. Los resultados se reflejan de forma tabular para facilitar su análisis e interpretación, compararlos con otros autores así como arribar a conclusiones y recomendaciones. Se utilizó el porcentaje y los números absolutos como medidas de resumen, también se calculó la prueba de Mc Nemar basada en la distribución Chi cuadrado (χ^2) a algunas tablas de contingencia 2x2. Como métodos de procesamiento de la información se utilizaron las frecuencias absolutas media aritmética y cálculo porcentual.

Se diseñó un sistema de acciones que consistió en un conjunto de procedimientos preventivos e instrumentales para identificar tempranamente los factores de riesgo del Cáncer Cérvico Uterino, así como las formas de evitar la aparición y la

disminución del Cáncer en cuestión. Se respetaron todas las normas éticas científicas fundamentales para de esta manera poder acceder a las Historias Clínicas de las pacientes.

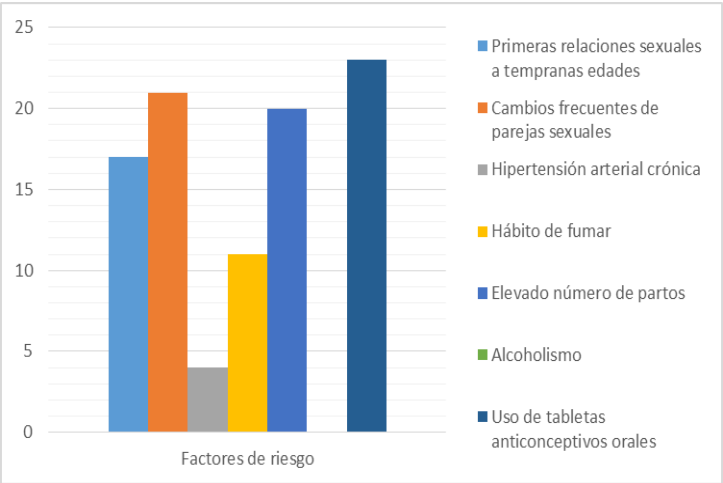
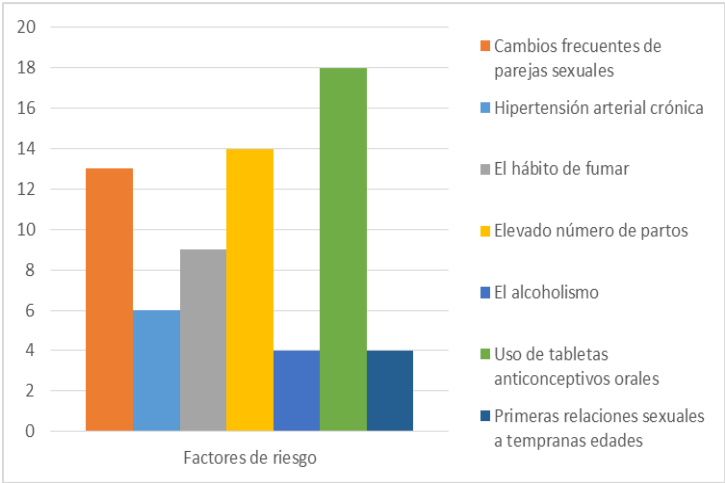
Análisis y discusión de los resultados.

***** Análisis**

Tabla 1 Distribución del nivel de conocimiento acerca de los factores de riesgo del cáncer Cérvico Uterino

Factores de riesgo	Antes		Después	
	Número	%	Número	%
Primeras relaciones sexuales a tempranas edades	4	5.8	17	18
Cambios frecuentes de parejas sexuales	13	19.2	21	22
Hipertensión arterial crónica	6	8.8	4	4
Hábito de fumar	9	13.3	11	11
Elevado número de partos y abortos	14	20.5	20	21
Alcoholismo	4	5.9	0	0
Uso de tabletas anticonceptivos orales	18	26.5	23	24

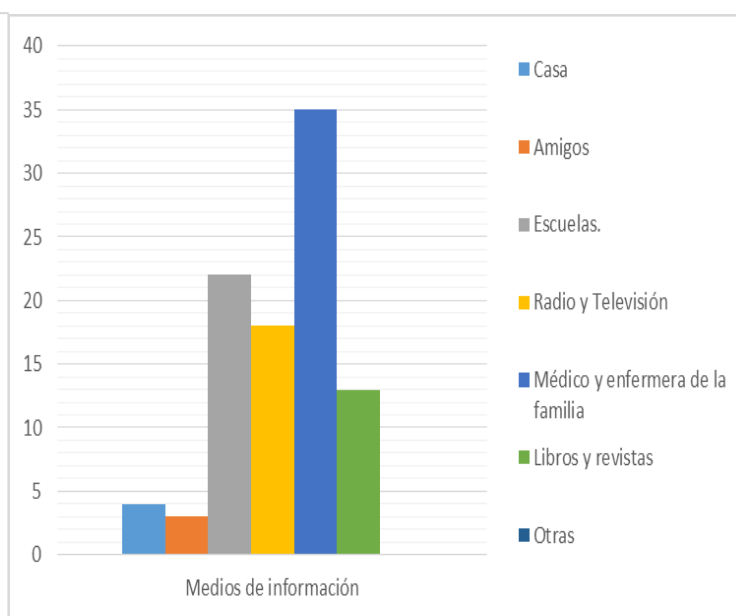
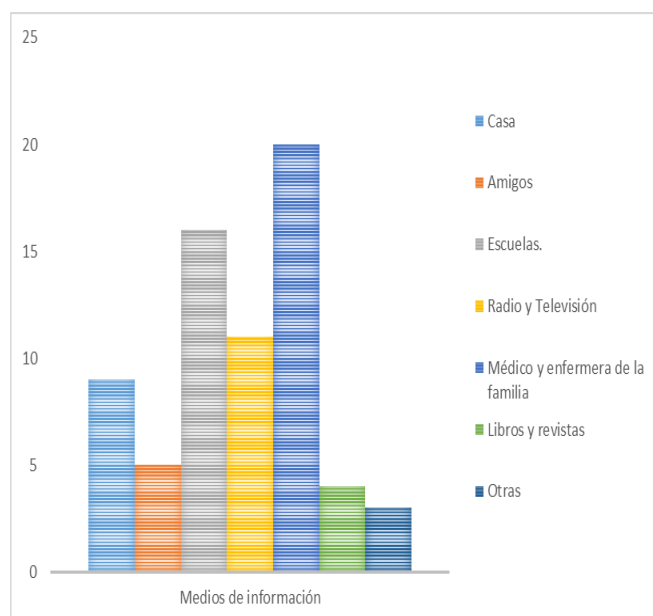
Fuente: Encuesta



Con relación al análisis de la distribución de los pacientes según el nivel de conocimiento acerca de los factores de riesgo del Cáncer Cérvico Uterino tenemos que antes de aplicar la intervención educativa los factores más conocidos eran el uso de tabletas anticonceptivas orales, el elevado número de partos y abortos; y los cambios frecuentes de parejas sexuales en un 26.5, 20.5 y 19.2% respectivamente. Después de aplicada la intervención aumentó el grado conocimiento de todos los factores relacionados con el Cáncer Cérvico Uterino lo que queda demostrada en la tabla anterior.

Tabla 2 Distribución del nivel de conocimiento acerca del medio más idóneo que le brindó información sobre los factores de riesgo

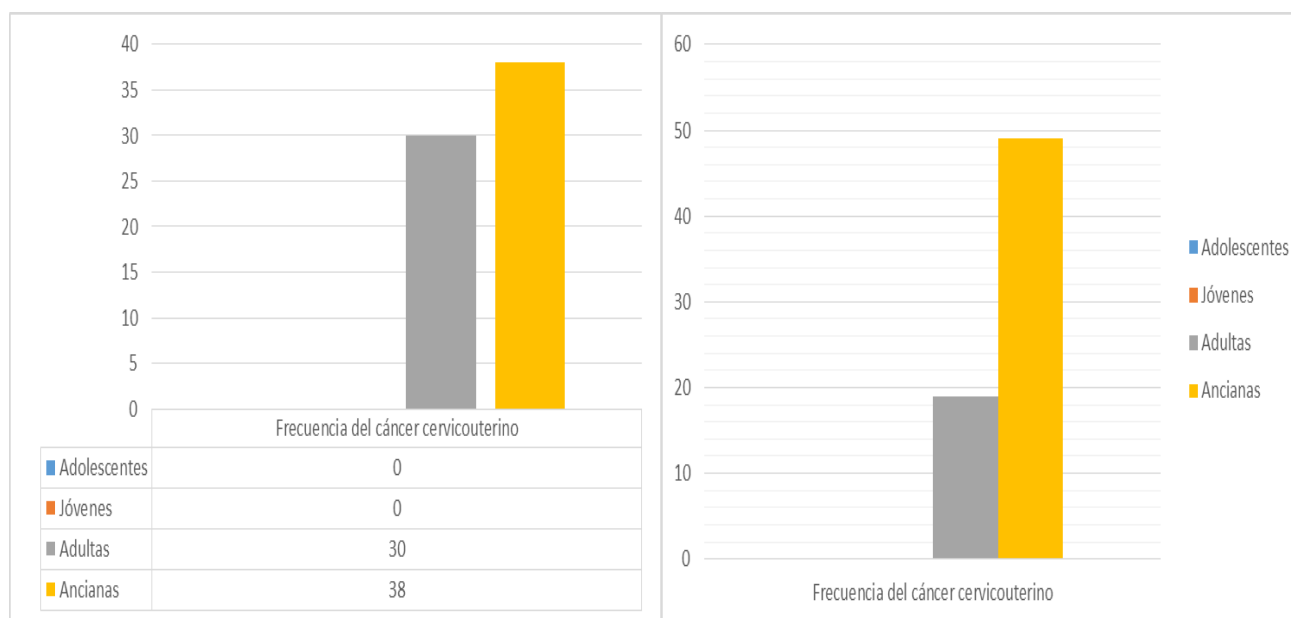
Medios de información	Antes		Después	
	Número	%	Número	%
Casa	9	13.3	4	4.3
Amigos	5	7.4	3	3.3
Escuelas.	16	23.5	22	23.2
Radio y Televisión	11	16.2	18	18.9
Médico y enfermera de la familia	20	29.4	35	36.8
Libros y revistas	4	5.8	13	13.9
Otras	3	4.4	0	0



En cuanto al análisis de la distribución de los conocimientos acerca del medio más idóneo que le brindó información sobre los factores de riesgo pudimos observar que, antes de la aplicación de la intervención educativa se consideraba como los medios más idóneos la información brindada por el médico y enfermera de la familia, las escuelas y los medios de difusión masiva (radio y televisión) en un 20, 16 y 11% respectivamente. Luego de la intervención el nivel de conocimiento en este aspecto aumentó predominando los medios anteriormente descritos pero con cifras más elevadas.

Tabla 3 Distribución del nivel de conocimiento acerca de la frecuencia de aparición del Cáncer Cérvico Uterino.

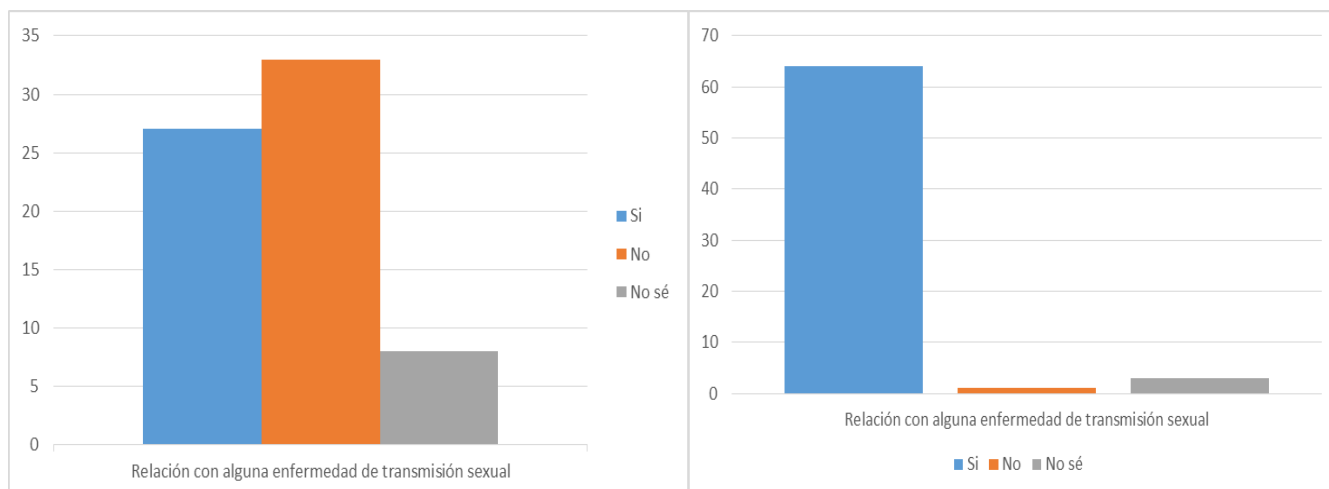
Frecuencia del cáncer cervicouterino	Antes		Después	
	Número	%	Número	%
Adolescentes	0	0	0	0
Jóvenes	0	0	0	0
Adultas	30	44.2	19	27.9
Ancianas	38	55.8	49	72.1
Total	68	100 %	68	100 %



Realizando el análisis de la distribución de los conocimientos acerca de la frecuencia de aparición del Cáncer Cérvico Uterino se observó que los mayores porcentajes antes de la intervención pertenecían a las mujeres ancianas (38%) y adultas (30%). Luego de aplicada ésta los mayores porcentajes pertenecieron a las mismas féminas pero hubo una aumento de las cifras de las mujeres ancianas (49%).

Tabla 4 Distribución del nivel de conocimiento acerca de la relación del cáncer con alguna enfermedad de transmisión sexual.

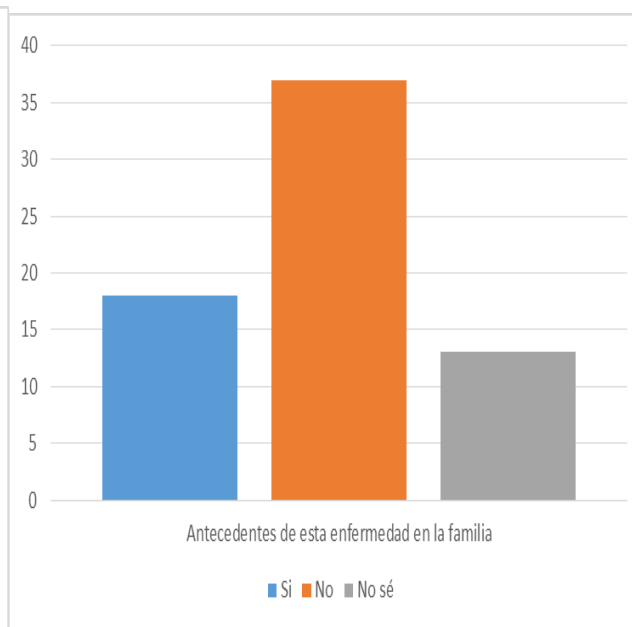
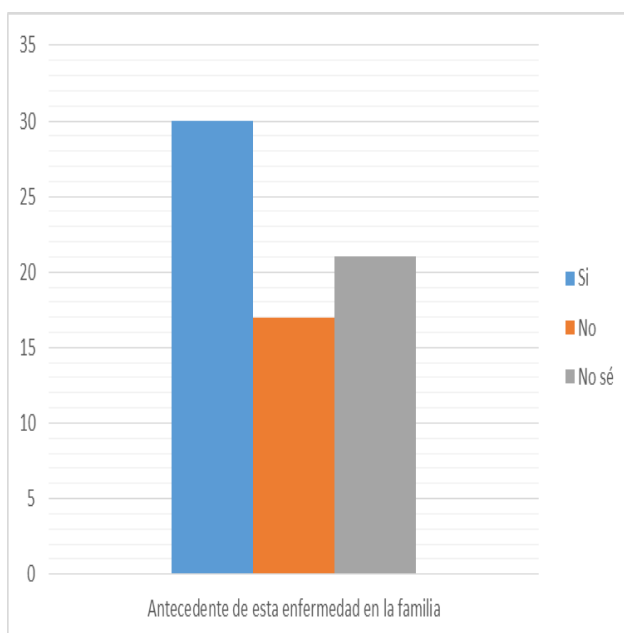
Relación con alguna enfermedad de transmisión sexual	Antes		Después	
	Número	%	Número	%
Si	27	39.7	64	94.1
No	33	48.6	1	1.5
No sé	8	11.7	3	4.4
Total	68	100	68	100



En cuanto al análisis de la distribución de los conocimientos acerca de la relación del cáncer con alguna enfermedad de transmisión sexual pudimos observar que, antes de la aplicación de la intervención educativa existía poco conocimiento sobre este tema (41%). Luego de aplicada el 94.1% conocían del tema.

Tabla 5 Distribución del nivel de conocimiento acerca de la posibilidad de padecer cáncer cervicouterino si existe el antecedente de esta enfermedad en la familia.

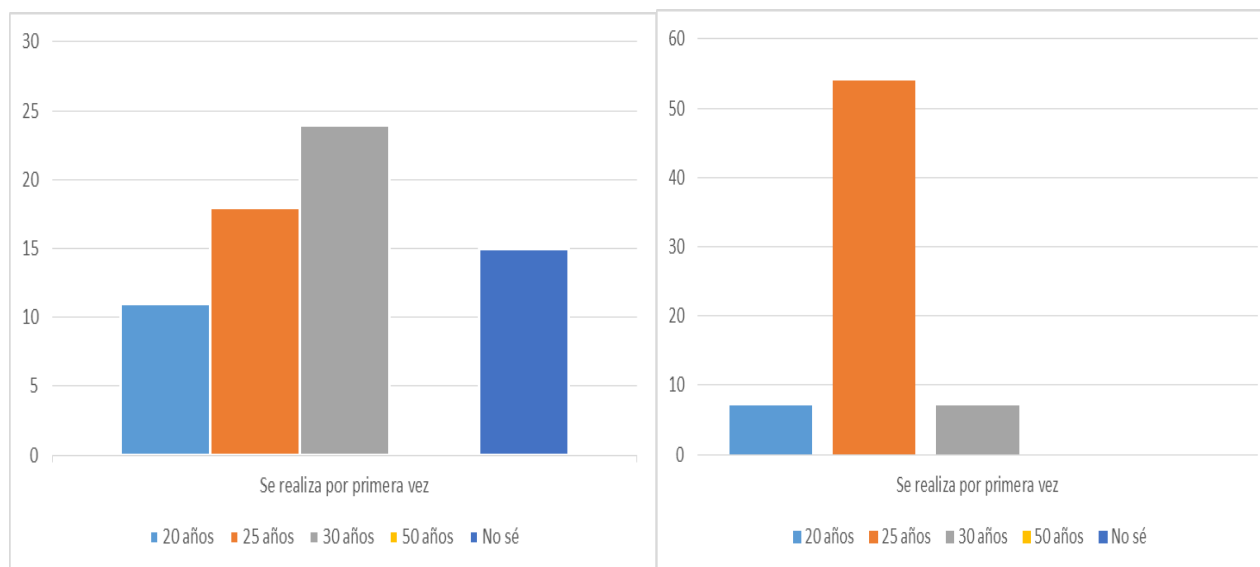
Antecedentes de esta enfermedad en la familia	Antes		Después	
	Número	%	Número	%
Si	30	44.2	18	26.4
No	17	25	37	54.4
No sé	21	30.8	13	19.2
Total	68	100%	68	100%



Con relación al análisis de la distribución de los conocimientos acerca de la posibilidad de padecer cáncer cervicouterino si existe el antecedente de esta enfermedad en la familia, antes de la intervención educativa se observó que sólo el 25% dominaba el tema y luego de la intervención educativa más del 50% de las pacientes conocieron del mismo.

Tabla 6 Distribución del nivel de conocimiento acerca de cuándo debe realizarse la primera prueba citológica.

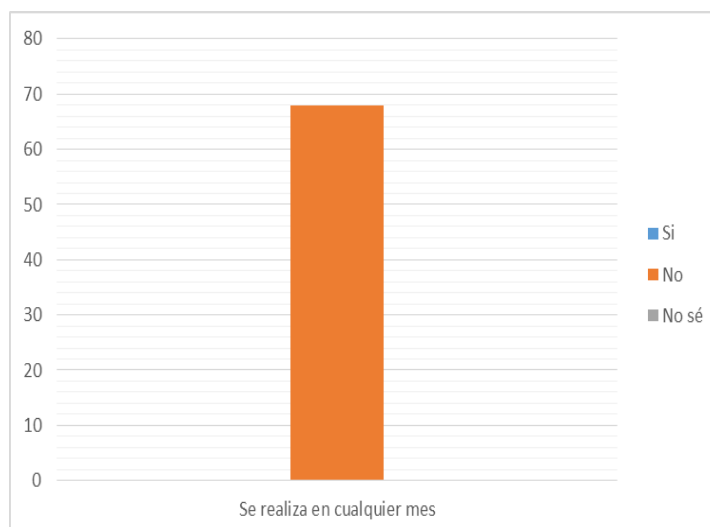
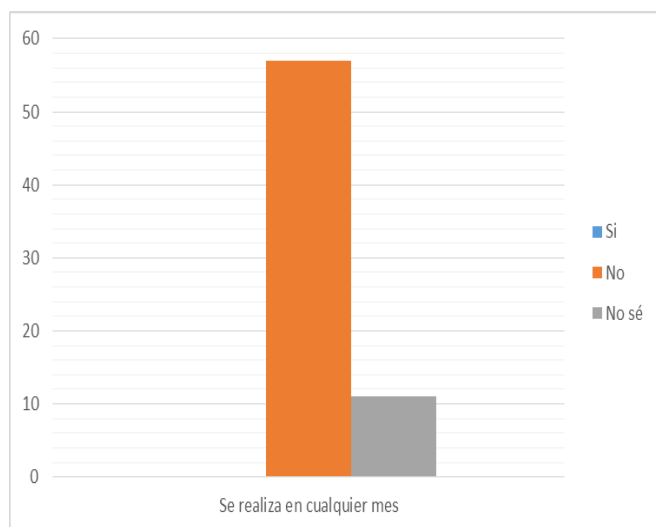
	Antes		Después	
	Número	%	Número	%
Se realiza por primera vez				
20 años	11	16.1	7	10.2
25 años	18	26.4	54	79.6
30 años	24	35.2	7	10.2
50 años	0	0	0	0
No sé	15	22.3	0	0
Total	68	100 %	68	100%



Realizando el análisis de la distribución de los conocimientos acerca de cuándo debe realizarse la primera prueba citológica se observó que el mayor porcentaje antes de la intervención (73.6%) respondió incorrectamente. Luego de aplicada ésta el nivel de conocimiento acerca del tema alcanzó el 79.6%.

Tabla 7 Distribución del nivel de conocimiento sobre si la prueba citológica se puede realizar cualquier día del mes.

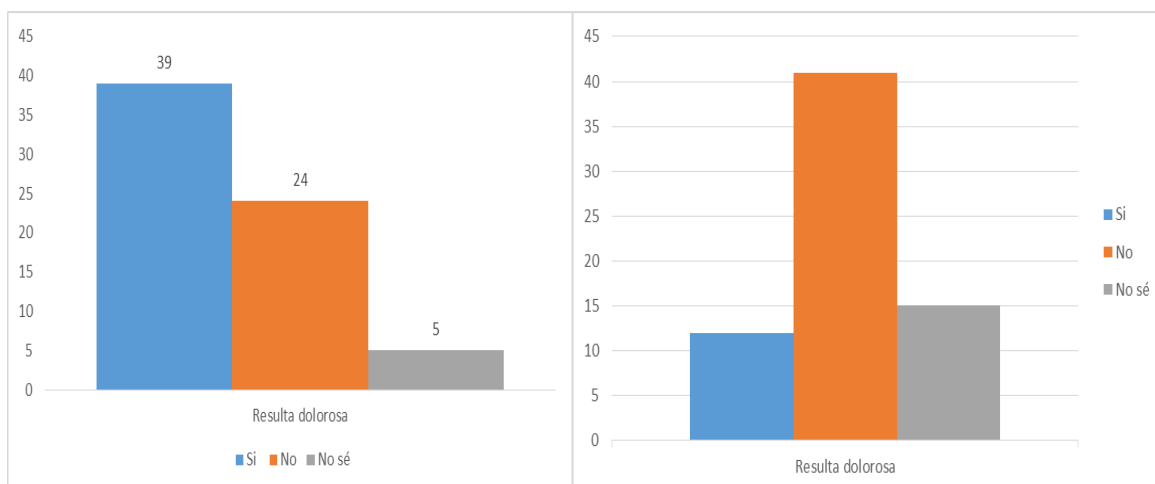
Se realiza en cualquier mes	Antes		Después	
	Número	%	Número	%
Si	0	0	0	0
No	57	83.2	68	100
No sé	11	16.8	0	0
Total	68	100 %	68	100%



En cuanto al análisis de la distribución de los conocimientos sobre si la prueba citológica se puede realizar cualquier día del mes pudimos observar que, antes de la aplicación de la intervención educativa solo el 83.2% tenía el conocimiento adecuado sobre este tema. Luego de aplicada ésta el nivel de conocimiento acerca del tema alcanzó el 100%.

Tabla 8 Distribución del nivel de conocimiento sobre si la prueba citológica resulta dolorosa.

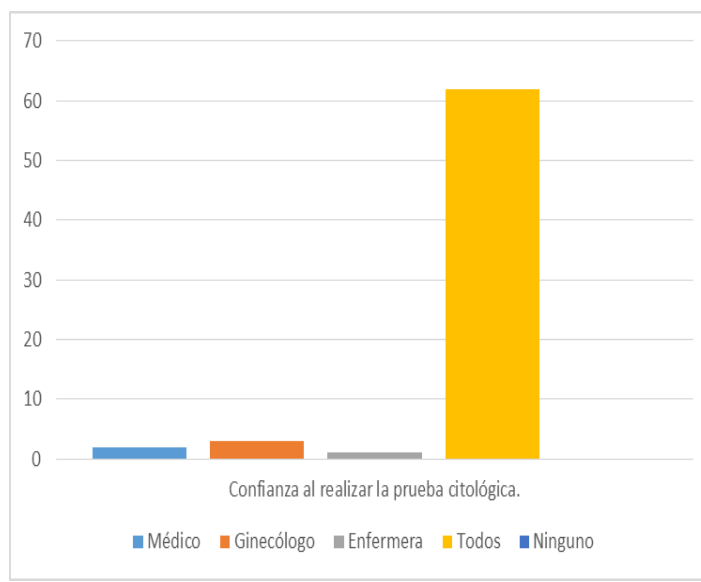
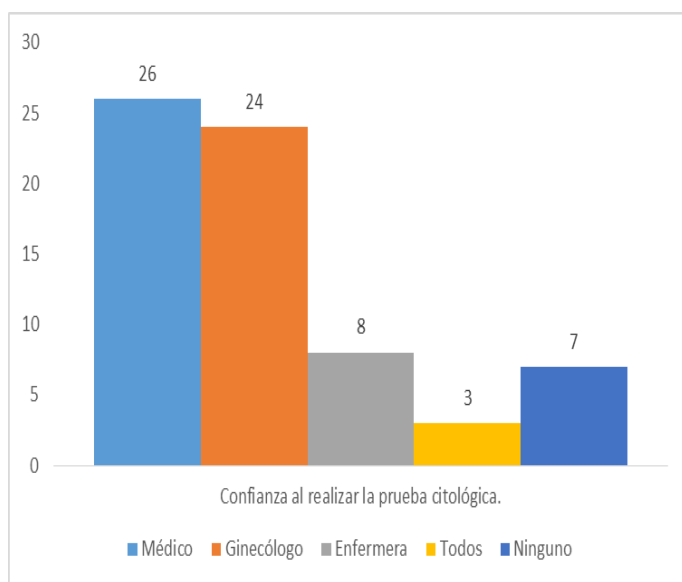
Resulta dolorosa	Antes		Después	
	Número	%	Número	%
Si	39	57.4	12	17.6
No	24	35.3	54	79.4
No sé	5	7.3	2	3
Total	68	100 %	68	100%



Al realizar el análisis de la distribución de los conocimientos sobre si la prueba citológica resulta dolorosa pudimos observar que, antes de la aplicación de la intervención educativa el 35.3% respondió negativamente y luego de aplicada las cifras se elevaron hasta un 79.4%.

Tabla 9 Distribución del nivel de conocimiento sobre la confianza del resultado de la prueba citológica según quien la realice.

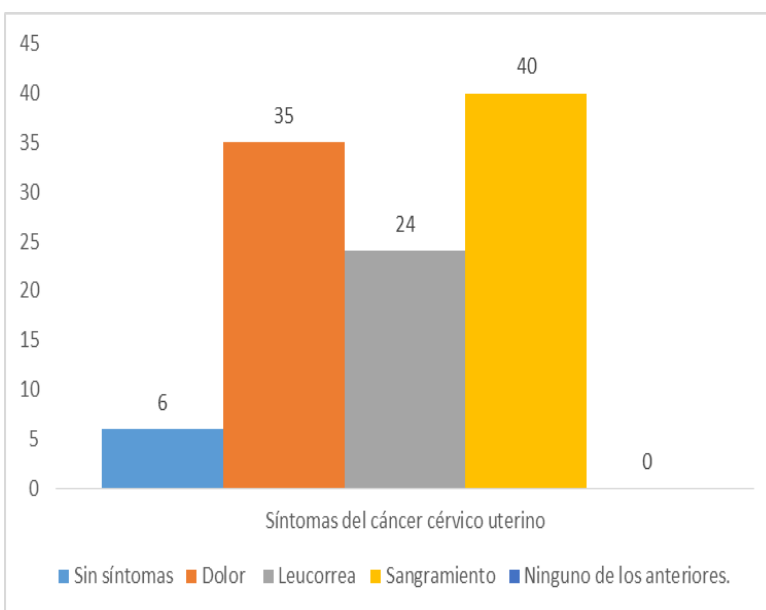
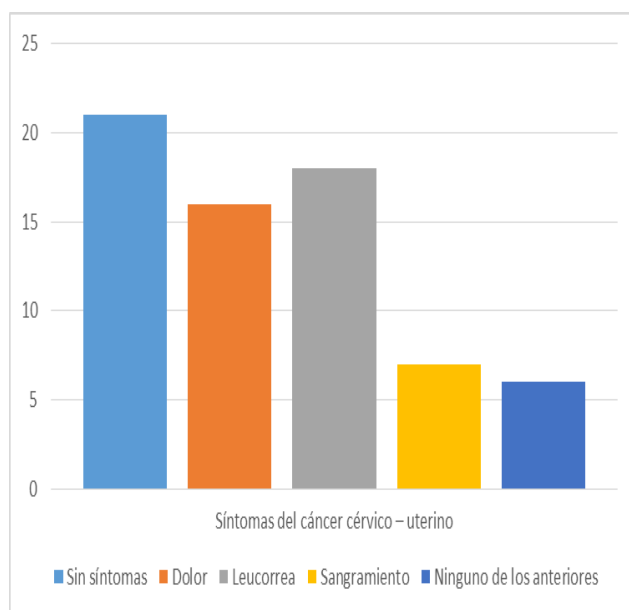
La realiza	Antes		Después	
	Número	%	Número	%
Médico	26	38.2	2	2.9
Ginecólogo	24	35.3	3	4.4
Enfermera	8	11.7	1	1.5
Todos	3	4.41	62	91.2
Ninguno	7	10.3	0	0
Total	68	100	68	100



Realizando el análisis de la distribución de los conocimientos sobre la confianza del resultado de la prueba citológica según quien la realice se observó que los mayores porcentajes antes de la intervención pertenecían al médico (38.2%) y ginecólogo (35.3%). Luego de aplicada ésta el 91.2% de las mujeres coincidieron en que el resultado sería confiable independientemente del personal de salud que la realice.

Tabla 10 Distribución del nivel de conocimiento sobre los síntomas del Cáncer Cérvico Uterino.

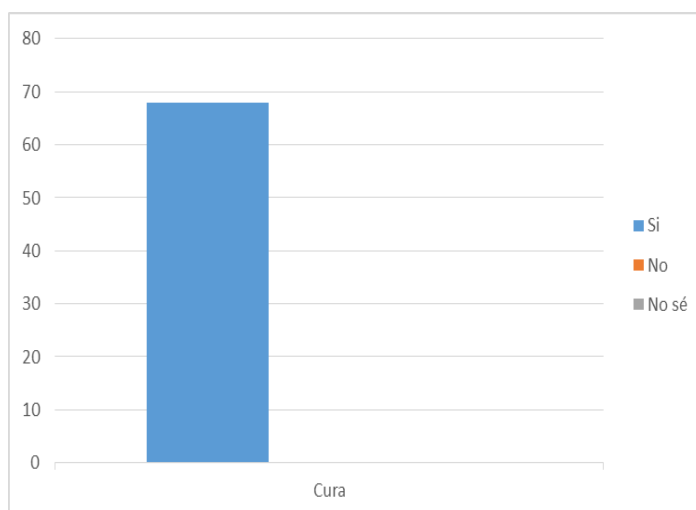
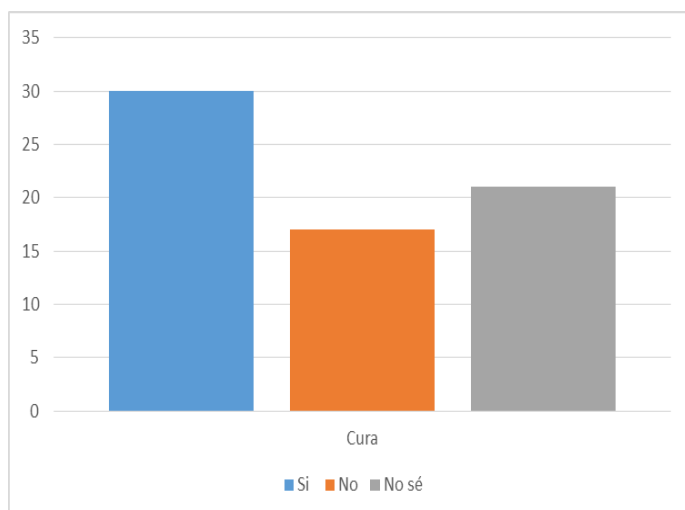
Síntomas	Antes		Después	
	Número	%	Número	%
Sin síntomas	21	30.4	6	5.7
Dolor	17	24.6	35	33.3
Leucorrea	18	26	24	22.8
Sangramiento	7	10.1	40	38.2
Ninguno de los anteriores.	6	8.6	0	0



En cuanto al análisis de la distribución de los conocimientos sobre los síntomas del Cáncer Cérvico Uterino pudimos observar que, antes de la aplicación de la intervención educativa el 60.7% conocían los síntomas relacionados con esta enfermedad y luego de aplicada logramos elevar el nivel de conocimiento hasta un 94.3%.

Tabla 11 Distribución del nivel de conocimiento sobre si el Cáncer Cérvico Uterino tiene cura.

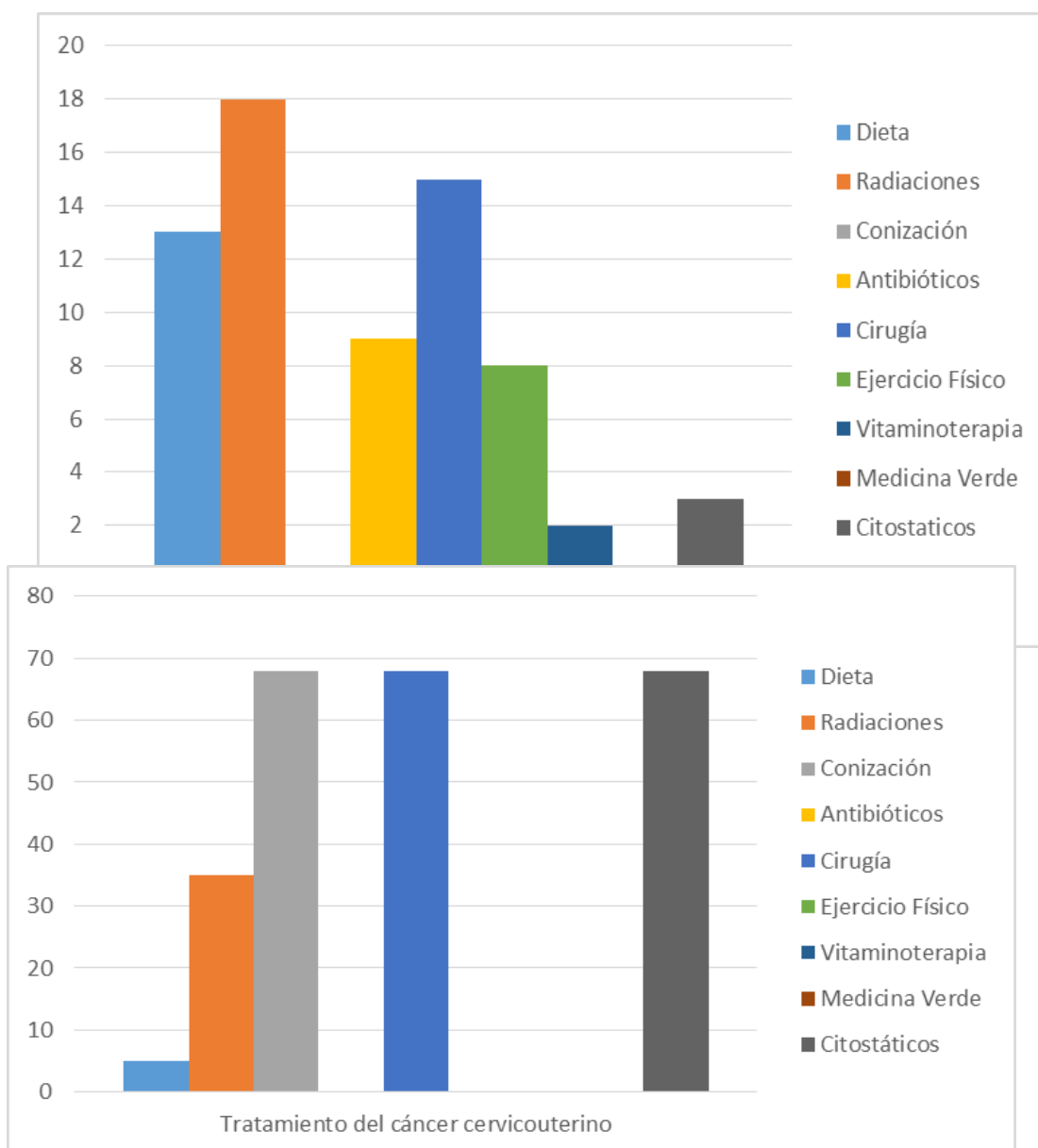
Cura	Antes		Después	
	Número	%	Número	%
Si	30	44.2	68	100
No	17	25	0	0
No sé	21	30.8	0	0
Total	68	100 %	68	100%



Al realizar el análisis de la distribución de los conocimientos sobre si el Cáncer Cérvico Uterino tiene cura pudimos observar que el 44.2% conocía la respuesta correcta antes de la aplicación de la intervención educativa, cifra que elevamos hasta un 100% luego de aplicada la intervención educativa.

Tabla 12 Distribución del nivel de conocimiento sobre el tratamiento del Cáncer Cérvico Uterino.

Tratamiento del cáncer cervicouterino	Antes		Después	
	Número	%	Número	%
Dieta	13	19.2	5	2
Radiaciones	18	26.4	35	14.3
Conización	0	0	68	27.8
Antibióticos	9	13.3	0	0
Cirugía	15	22	68	27.8
Ejercicio Físico	8	11.8	0	0
Vitaminoterapia	2	2.9	0	0
Medicina Verde	0	0	0	0
Citostáticos	3	4.4	68	27.8



En cuanto al análisis de la distribución de los conocimientos sobre el tratamiento del cáncer cervicouterino pudimos observar que, antes de la aplicación de la intervención educativa solo se conocían como parte del tratamiento del cáncer en un mayor porcentaje a radiaciones (18%) y la cirugía (15%). Luego de aplicada el nivel de conocimiento sobre el tema alcanzó cifras elevadas reflejadas en las tablas anteriores.

Discusión

Muchos han sido los autores que abordaron el tema relacionado con el Cáncer Cérvico Uterino, analizando su comportamiento en la sociedad y sus diferentes formas de manifestarse de acuerdo a la región analizada.

El inicio de edades tempranas del primer coito antes de los 20 años y de manera marcada en aquellas que comienzan sus relaciones sexuales antes de los 18 años es abordado en la literatura mundial desde el punto de vista epidemiológico y existe un consenso general a que estas relaciones en edades tempranas predisponen a lesiones cervicales (27, 28, 29, 30). Todo ello es producto a la migración celular que se produce desde la unión escamo columnar hacia el endocérnix mediante un proceso de entaplasia. En este proceso el epitelio cilíndrico es reemplazado por el epitelio plano estratificado, dando origen a la forma de transformación donde se localiza la mayor parte de las neoplasias del cuello uterino, es particularmente susceptible a los agentes carcinógenos relacionados con el coito en este período de gran actividad regenerativa.

Brow VC (31) en estudios realizados, encontró una mayor incidencia del cáncer en mujeres con relaciones precoces, coincidiendo con otras investigaciones (8). Otros estudios realizados en Brasil y Dinamarca obtienen iguales resultados donde plantean que la edad temprana de las relaciones sexuales es un importante factor de riesgo en el cáncer cervicouterino (32, 33).

Además los resultados obtenidos en la investigación, de forma general, concuerdan con los hallazgos de Abreu Naranjo y otros investigadores, quienes sostienen que la edad de las primeras relaciones sexuales ha disminuido notablemente, y que cerca del 60% ha tenido como mínimo una relación sexual a los 13 años (34).

En estudios realizados por Montero Ávila en el municipio de Holguín se refleja como factores de riesgo del Cáncer Cérvico Uterino una conducta sexual

inadecuada y lesiones precancerosas del cuello cervical (35), lo que coincide con estudios realizados por otros autores (13, 36, 37, 38, 39).

En relación con el número de partos se ha demostrado que la neoplasia cervical aparece con mayor frecuencia en el labio anterior del cérvix, zona donde el traumatismo obstétrico es más intenso, por lo que es posible considerar el parto vaginal como un factor de riesgo del cáncer del cuello, este aspecto debe relacionarse con el número elevado de abortos donde el útero está sometido a instrumentaciones y traumatismo (27, 29, 32, 33).

Estudios efectuados en cuatro continentes sugieren que las mujeres con tres o cuatro embarazos de término tenían un riesgo 2,6 veces más altos de aparición de cáncer cervicouterino que aquellas que nunca habían tenido embarazos (40).

El hábito de fumar constituye un factor de riesgo importante en la génesis del cáncer cervicouterino, ya que provoca acumulación de nicotina y su producto de degradación la cotinina en célula de vigilancia inmunológica de las glándulas productoras del moco cervical, interfiriendo en el normal funcionamiento de esta célula, creando el terreno propicio para la acción de otros agentes como es el virus del papiloma humano.

Valentín Martínez C y Torrientes Hernández B (41) señalan que el hábito de fumar por más de 15 años de evolución, influye doblemente en la mujer climatérica, por estar demostrado que es consumidor de estrógeno, que a esta edad están disminuidos y porque afecta la vigilancia inmunológica a nivel del mucus cervical.

León Cruz (9) señala que el tabaquismo se ha asociado con la presencia de carcinoma de células escamosas y puede iniciar o actuar como co-carcinogénico en la célula ya afectada por agentes transformadores de transmisión sexual.

En resumen, los principales cofactores de progresión medioambientales son el tabaco, el uso prolongado de contraceptivos orales, la multiparidad y las ITS asociadas (42).

Muchos son los autores que coinciden con lo planteado anteriormente. Amaro Hernández F et al (21) en Camagüey, refieren una asociación estadística significativa entre el Cáncer Cérvico Uterino y los factores de riesgo, citan en orden de frecuencia la multiparidad, la promiscuidad, la infección por PVH y el inicio precoz de las relaciones sexuales.

Rosell Juarte E, et al (20) plantean en su estudio que el bajo nivel de escolaridad, el tener varias parejas sexuales, la multiparidad, las relaciones sexuales precoces y el tabaquismo fueron factores de riesgo con significación estadística, sin embargo, no le confieren valor estadístico al uso de anticonceptivos orales.

Varela Álvarez A, et al (43) refieren que el 69% de las pacientes tuvo relaciones sexuales antes de los 18 años, el 64% tenía historia de infecciones de transmisión sexual y con igual por ciento relacionó la multiparidad. El tabaquismo, la promiscuidad sexual, la no sistematicidad en los exámenes del programa nacional de prevención, la ingestión de anticonceptivos orales y el compañero sexual de riesgo, obtuvieron cifras entre 51 y 58 %.

Murthy NS et al (44) señalan que las condiciones socioeconómicas desfavorables influyen en la aparición y una supervivencia corta de mujeres con cáncer cervicouterino; debido a las dietas pobres en frutas y vegetales. Algunos estudios postulan además las malas condiciones higiénicas o prácticas higiénicas inadecuadas, lo que coincide con Tirado Gómez LL, et al (16).

En cuanto a los síntomas algunos investigadores (23, 29, 37, 45, 46, 47) relacionan la presencia de leucorrea en las pacientes estudiadas, con un predominio de las trichomoniasis y en menor escala se encuentra la clamidiasis, con la aparición de las lesiones displásicas a nivel del cérvix. Esto se debe a que un elevado número de pacientes que acuden a consultas por esta sintomatología

actúan de manera irresponsable no cumpliendo con el tratamiento farmacológico ni el reposo sexual orientado sin olvidar las que por pena o prejuicios lo ocultan. Además influye el poco o ningún uso del preservativo que tanto valor tiene en la prevención de las infecciones de transmisión sexual.

Otros estudios coinciden en que entre los cofactores medioambientales descritos en la carcinogénesis cervical se señalan las ITS y dentro de éstas, con más frecuencia la Chlamydia Trachomatis y el herpes simple tipo 2 (42). Además plantean que al ser los condilomas acuminados originados también por el PVH, aunque de bajo riesgo oncogénico en el 90 % de los casos, son un importante marcador para la infección por virus de alto riesgo oncogénico

Con referencia al porcentaje encontrado de pacientes con condilomas acuminados, citamos a Bouscarat (48) que plantea, que los condilomas acuminados son lesiones benignas asociadas a infección por virus de bajo riesgo oncogénico (tipos 6 y 11), y que el riesgo de sobrevenir una lesión cancerosa es debido a la persistencia de un PVH de alto riesgo oncogénico, latente, asociado (multinfección), no a la evolución maligna de esas lesiones.

En cuanto a la realización de la prueba citológica, un aspecto importante a destacar fue la periodicidad de realizarse la misma. Un número elevado de mujeres no cumplen con ello, a pesar de estar establecido por el Programa Nacional (12). Mujeres que permanecen en una localidad por corto período de tiempo sin que se le controle puede existir un subregistro en las áreas de salud. Las menores de 25 años con frecuencia poseen factores de riesgos suficientes para que se les realice la citología, y esperan cumplir con la edad establecida por el programa de pesquisa, aunque se plantea que este grupo tiene una baja incidencia del cáncer cervical, las tasas de incidencia de la neoplasia intraepitelial cervical puede ser elevada hasta llegar a desarrollar lesiones de alto grado de malignidad sin ser detectadas en fases iniciales (49).

En un estudio realizado por Piñeros y colaboradores (50) se encontró que la práctica reciente de la citología disminuyó con el aumento de la edad. En mujeres mayores de 41 años la práctica reciente de la citología fue mucho menor comparado con las mujeres más jóvenes, resultados que concuerdan con el que encontraron que la cobertura de la citología disminuye después de los 50 años de edad.

CONCLUSIONES

En la investigación realizada se identificó el bajo nivel de conocimientos sobre el Cáncer Cérvico uterino en el poblado La Clementina, en las 68 pacientes tomadas de muestra se lograron modificar el modo y estilo de vida, al igual que la presencia de los factores de riesgo en las mismas luego de aplicar la intervención educativa. Se observó que las mujeres se encuentran necesitadas de conocimientos sobre todo las que se encuentran entre 15 a 30 años, o sea jóvenes que además sean más receptivas. Llegando a la conclusión de que este será el inicio de una nueva generación cuidadosa y preocupada para con su vida, el modo y estilo de vivirla y al mismo tiempo protegerla con la colaboración del personal de salud como uno de los medios más eficaces de información y ayuda.

RECOMENDACIONES

Continuar la aplicación de programas educativos sobre estos temas que tanto preocupan a la población en general, en coordinación con las instituciones de salud, desde los consultorios médicos de la familia hasta los centros de educación para la salud, donde se deberían impartir charlas u otras actividades que lleguen hasta los más jóvenes, incluyendo además a los medios de difusión masiva en la divulgación de dichos temas.

Proponer además que a las jóvenes que se encuentren fuera del programa de citología por la edad, pero presenten uno o más factores de riesgo se les realice el proceder para diagnóstico precoz de la entidad.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

1. Camacho Carr K, Sellors JW. Cervical Cancer Screening in Low Resource Settings: Natural History of Cervical Cancer. <http://www.medscape.com/viewarticle/484034_5> [consulta: 21 abril 2010].
2. World Health Organization. Control of cancer of the cervix uteri. Bull World Health Organ 1986; 64(4):607-18.
3. Ferlay J, Shin JR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. Estimates and worldwide burden of cancer in 2008: globocan 2008. Int J Cancer 2010; 127 (12): 2893-2917.
4. Murillo R, Cendales R, Wiesner C, Piñeros M, Tovar S. Efectividad de la citología cérvico-uterina para la detección temprana de cáncer de cuello uterino en el marco del sistema de salud de Colombia. Biomédica. 2009 sep., 29 (3): 354-361.
5. Ricardo Rigor O, Pérez Carballés F, Perea Corral J, Fernández Sacasas J, Fernández Mirabal J. Medicina general integral. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 2003; t 4:21-32.
6. Lewis Merle J. Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe. Washington, DC: OPS, 2004.
7. Gómez Sánchez M. Medicina paliativa en la cultura latina. Madrid: Aran, 2002.
8. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Diagnostico Precoz del Cáncer Cervicouterino. La Habana: Ciencias Médicas; 2004.
9. León Cruz G, Bosques Diego OJ. Infección por el virus del papiloma humano y factores relacionados con la actividad sexual en la génesis del cáncer de cuello uterino. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2005 [citado 28 Sep 2008]; 31(1): [aprox. 3 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2005000100010&lng=es&nrm=iso

10. Consuegra Mayor CP, Molina Campo D, Egea Bermejo E, Garavito de Egea G. El virus del papiloma humano (HPV), agente viral importante precursor de la mayoría de las displasias o cáncer cervical. Rev Científ Salud Uninorte [Internet]. 2012 [citado 12 Jun 2014]; 19: [aprox.8 p.]. Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/4121>
11. Romero T, Gray J, Camacho R, Chacón M, Colad. Evaluación de la eficacia de una estrategia basada en métodos educativos para desarrollar conductas promotoras y preventivas en la lucha contra el cáncer en Cuba. Mención Forum Nacional de ciencias y técnicas. CD Memorias del Evento. 2003.
12. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estadísticas. Anuario estadístico cubano 2010 [citado 12 Jun 2014] [aprox. 89 pantallas]. Disponible en: <http://files.sld.cu/dne/files/2011/04/anuario-2010-e-sin-graficos1.pdf>
13. Rigol Ricardo O. Obstetricia y ginecología. 2 ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2004.
14. Garcés IC, Rubio DC, Scarinci IC. Factores asociados con el tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres de nivel socioeconómico medio y bajo en Bogotá, Colombia. Rev Fac Nac Salud Públ [Internet]. 2012 [citado 12 Jun 2014]; 30(1): 7-16. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2012000100002
15. Organización Panamericana de la Salud. Manual de normas y procedimientos para el control del cáncer de cuello uterino. Washington, DC: OPS, 2002:1-8.
16. Tirado Gómez LL, Mohar Betancourt A, López Cervantes M, García Carrancá A, Franco Marina F, Borges G, et al. Factores de riesgo de cáncer cervicouterino invasor en mujeres mexicanas. Salud Pública Mex [Internet]. 2005 [citado 12 Jul 2006]; 47(5): [aprox. 21 p.]. Disponible en: http://www.insp.mx/salud/47/475_3.pdf
17. Muñoz N. Nuevas perspectivas para la prevención del cáncer de cuello uterino basadas en el virus del papiloma humano. Biomédica: Instituto Nacional de Salud 2006; 26(4).

- <http://www.ins.gov.co/recursos_user/documentos/biomedica/2006/2006_biomédica_vol26_n4_ft.pdf> [consulta: 16 octubre 2010].
18. Sarduy Nápoles MR. Neoplasia intraepitelial cervical. Preámbulo del cáncer cervicouterino. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2008 [citado 12 Mar 2010]; 34(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2008000200004&script=sci_arttext
 19. Kresge KJ. Cervical cancer vaccines: introduction of vaccines that prevent cervical cancer and genital warts may fore-shadow implementation and acceptability issues for a future AIDS vaccine. IAVI Rep 2007; 9(5):2.
 20. Rosell Juarte E, Muñoz Dobarganes A, Cepero Muñoz F, Cardoso Hernández J, Estenoz Fernández A. Factores de riesgo del cáncer de cuello uterino. Arch Méd Camagüey [Internet]. 2007 [citado 18 Ago 2010]; 11(1): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2007/v11n1-2007/2116.htm> pág 12
 21. Amaro Hernández F, Polo Cardoso K, Mendoza del Pino M, Pi Pareta L, Cardoso Nuñez O. Comportamiento de algunos factores de riesgos asociados a la aparición del Cáncer cervicouterino en un área de salud. Arch Méd Camagüey [internet]. 2003 [citado 3 ene 2013]; 7(supl. 2): [aprox 12p.]. Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2003/v7supl2/830.htm>
 22. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. Guía Latinoamericana contra el cáncer. Ciudad de La Habana: INOR, 2003.
 23. Pérez Echemendía M. Cáncer cérvico uterino. En: Ginecología oncológica pelviana. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006. p. 79-144.
 24. Romero T. Panorama epidemiológico del cáncer en América Latina. Madrid: Aran, 2002.
 25. Durán Cala MI. Cáncer cervicouterino. Comportamiento de algunos factores clínico epidemiológicos en un área de salud. <<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/2444/15/Cancer-Cervicouterino.-Comportamiento-de-Algunos-Factores-Clinico%96Epidemiologicos-en-un-Area-de-Salud>> [consulta: 16 octubre 2013].

26. United Nations Children's Fund. Guidelines for monitoring the availability and use of obstetric service. New York: UNICEF, 1997. <http://www.childinfo.org/files/maternal_mortality_finalqui.pdf> [consulta: 21 abril 2010].
27. Martínez LJP, González YM, Buchillón RP. Relación de algunas variables epidemiológicas en pacientes con el diagnóstico de NIC asociado a VPH. MediCiego [Internet]. 2013 [citado 12 Jun 2014]; 19(2):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol19_no2_2013/pdf/T9.pdf
28. Mustelier Despaigne R, Castellanos A, García A. Factores biológicos asociados con citologías alteradas Rev Cub Obs Ginec 2011 25(3): 80 – 90.
29. Rodríguez Salva A, Lince Anta J, Cabezas Cruz E, Programa Nacional de diagnóstico precoz de cáncer cervicouterino. ¿Qué hacer y por qué? Rev Cub Med Gen Integr 2012; 10 (3): 220-24.
30. Téllez La Rosa J. Maysa. Comunicación verbal. Estado actual del diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino consulta patología de cuello. H.G.D. Dr. Agostinho Neto, 2006.
31. Brow VC, Isaies JH. Pathology in the practice of gynecology. Madrid: Mosby Year Book, 2005: p.41020.
32. Hoja informativa del Programa: Mujer, Salud y Desarrollo. O.P.S. 525 23 rd NW DL 20037. <hdw@paho.org>, [Consulta feb 2013].
33. Tejeda Villarreal J F, Pérez Paleta C. Situación actual de la Familia Cubana. Ciudad de la Habana: Editorial de Ciencias Sociales, 2004.
34. Abreu Naranjo R. Adolescencia e inicio precoz de las relaciones sexuales. Algunos factores desencadenantes. Gaceta Méd Espirituana 2011;10(2).
35. Montero Ávila L. Comportamiento de la Neoplasia Intraepitelial Cervical Municipio Holguín Enero 00 – Dic. 02. (Trabajo para optar por el Título de Especialista de 1er Grado en Ginecología y Obstetricia) 2003. Municipio Holguín.
36. Falcón HE, Vargas FE, Barroso CR. Análisis del programa del cáncer cervicouterino. Rev. Cub Enfer. 2012; 15 (3):332-8.

37. Rodríguez Silvia A, Hechavarría Aguilo A. Factores de riesgo del Cáncer Uterino Rev Cub Higiene Epidem 2011; 37 (1).
38. Franco EL. Cáncer Cervical: Epidemiología, Prevención y el papel del Papiloma Virus Humano, Can Med Assoc J 2013; 164(7): 10-17.
39. World Health Organization. Cervical cancer, oral contraceptives and parity. Geneva, WHO, (Epidemiological Record, No 30), 2006.
40. Muñoz N, Franceschi S, Bosseti C. Role of parity and human papillomavirus in cervical cancer: IARC multicentric case-control study. Lancet 2002; 359 (9312): 1093-1101.
41. Valentín Martínez C, Torrientes Hernández B. Neoplasia cervical en la mujer climatérica. Rev Cubana Obstet Ginecol 2012; 32(1): 18.
42. Sociedad Española de Ginecología. La infección por papilomavirus España: SEGO; 2003.
43. Varela Álvarez A, Valladares Lorenzo R, Ferrá Torres TM, Durruthy Wilson O, Córdova Dalacio D, Mendoza del Pino M. Cáncer cervicouterino. Comportamiento durante el quinquenio 2002-2006 en la provincia Camagüey. MediCiego 2008; 14(2):3.
44. Murthy NS, Matthiw A. Risk factors for precancerous lesion of the cervix. European Journal of Cancer Prevention 2002; 9: 5-14.
45. Martínez Triay A. Descubrir a tiempo un mal que no avisa. Trabajadores 2000, marzo 6.
46. Parkin D. M., Pisan P. Globocan: Cancer Incidence Mortality and Prevalence <http://www.dep.iocfr/globocanjava.html>, [Consulta: feb 2013].
47. Serman F. Cáncer cérvico uterino: epidemiología, historia natural y rol del virus papiloma humano. Perspectivas en prevención y tratamiento. Rev Chil Obstet y Ginecol 2012; 67(4):31823.
48. Bouscarat F, Dupin N, Javier M, Drobacheff C, Milpied B, Vexiau-Robert D, et al. Verrues genitales (condylomes) externes. Ann Dermatol Venereol 2006; 133 (8/9): 2536-8.
49. Torres Mejía G, Ortega Olvera C, Ángeles Llerenas A, Villalobos Hernández AL, Salmerón Castro J, Lazcano Ponce E, et al. Patrones de utilización de

programas de prevención y diagnóstico temprano de cáncer en la mujer. Salud Públ Méx [Internet]. 2013 [citado 12 Jun 2014]; 55(supl.2): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342013000800022&script=sci_arttext

50. Piñeros M, Cendales R, Murillo R, Wiesner C, Tovar S. Cobertura de la citología de cuello uterino y factores relacionados en Colombia. Rev. Salud Pública. 2005; 9 (3): 327-41

ANEXOS

Anexo 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO A LAS MADRES

Buen día Señora, mi nombre es _____, estoy realizando un estudio sobre el Cáncer Cérvico Uterino y quisiera me permita encuestarla haciéndole unas preguntas sobre el tema. Los datos que usted aporte serán confidenciales y solo se usarán para la presente investigación.

Encuestada

Encuestador (a)

Anexo 2

Examen pre – prueba

Estimada paciente, nos encontramos realizando una investigación dirigida a un estudio sobre el Cáncer Cérvico – uterino. Esperamos, como siempre, su colaboración.

GRACIAS.

1. Señale con una x cuales de las siguientes opciones son factores de riesgo del cáncer Cérvico Uterino

- a) ____ Primeras relaciones sexuales a tempranas edades.
- b) ____ Cambios frecuentes de parejas sexuales.
- c) ____ Hipertensión arterial crónica.
- d) ____ Hábito de fumar.
- e) ____ Elevado número de partos y abortos.
- f) ____ Alcoholismo.
- g) ____ Uso de tabletas anticonceptivos orales.

2. ¿Cuál es el medio más idóneo para obtener información sobre los factores de riesgo del cáncer cervicouterino?

- a) ____ Casa.
- b) ____ Amigos.
- c) ____ Escuelas.
- d) ____ Radio y Televisión.
- e) ____ Médico y enfermera de la familia.
- f) ____ Libros y revistas.
- g) ____ Otras.

3. **¿Considera usted que el cáncer cervicouterino es más frecuente en:**

- a) ____ Adolescentes
- b) ____ Jóvenes
- c) ____ Adultas
- d) ____ Ancianas

4. **¿Usted cree que el cáncer cervicouterino guarda relación con alguna enfermedad de transmisión sexual?**

____ Si ____ No ____ No sé

5. **¿Considera usted que una mujer tiene mayor posibilidad de padecer cáncer cervicouterino si existe el antecedente de esta enfermedad en la familia?**

____ Si ____ No ____ No sé

6. **Para el diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino se realiza la prueba citológica. De ella diga:**

- **Se realiza por primera vez a los:**

- a) ____ 20 años
- b) ____ 25 años
- c) ____ 30 años
- d) ____ 50 años
- e) ____ No sé

- **Se puede realizar cualquier día del mes:**

____ Si ____ No ____ No sé

- **¿La prueba citológica resulta dolorosa?**

____ Si ____ No ____ No sé

- **¿Confía usted en el resultado de la prueba citológica si la realiza:**

- a) _____ Médico.
- b) _____ Ginecólogo.
- c) _____ Enfermera.
- d) _____ Todos los anteriores
- e) _____ Ninguno de los anteriores.

- 7. ¿Cuáles considera usted pudieran ser los síntomas del cáncer cérvico – uterino?**

- a) _____ Sin síntomas
- b) _____ Dolor
- c) _____ Leucorrea
- d) _____ Sangramiento
- e) _____ Ninguno de los anteriores.

- 8. ¿Usted cree que el cáncer cervicouterino tiene cura?**

_____ Si _____ No _____ No sé

- 9. ¿Cuáles considera usted como opciones de tratamiento del cáncer cervicouterino?**

- a) _____ Dieta
- b) _____ Radiaciones
- c) _____ Conización
- d) _____ Antibióticos
- e) _____ Cirugía
- f) _____ Ejercicio físico
- g) _____ Vitaminoterapia
- h) _____ Medicina verde
- i) _____ Citostáticos.

Anexo 3

DISEÑO DE INTERVENCION EDUCATIVA

MÓDULOS.

Módulo I: INTRODUCCIÓN.

*** Contenido de Estudio.**

1. Historia del Cáncer Cérvico Uterino.
2. Concepto y definición.
3. Frecuencia del Cáncer Cérvico Uterino a nivel nacional e internacional.
4. Aplicación del examen pre prueba.

**** Forma de Organización de la Enseñanza.**

- Conferencias.
- Actividad evaluativa.

Módulo II. FACTORES DE RIESGO.

*** Contenido de estudio:**

1. Definición del Cáncer Cérvico Uterino.
2. Factores de riesgo del Cáncer Cérvico Uterino.

**** Forma de Organización de la Enseñanza**

- Conferencias.
- Ejercicios de Grupos.

Módulo III. PREVENCIÓN Y ELEMENTOS DIAGNÓSTICOS

*** Contenido de estudio.**

1. Prevención. Prueba citológica.
2. Síntomas del Cáncer Cérvico Uterino.
3. Tratamiento.

**** Formas de organización de la enseñanza.**

- Conferencia
- Ejercicios de Grupos.

Módulo IV. CONCLUSIONES.

*** Contenido de estudio.**

1. Consolidación.
2. Aplicación del examen pos prueba.

**** Forma y organización de la enseñanza.**

- Ejercicios de Grupos.
- Actividad evaluativa.

Anexo 4

Examen pos – prueba

Estimada paciente, nos encontramos realizando una investigación dirigida a un estudio sobre el Cáncer Cérvico – uterino. Esperamos, como siempre, su colaboración.

GRACIAS.

1. Señale con una x cuales de las siguientes opciones son factores de riesgo del cáncer Cérvico Uterino

- a) ____ Primeras relaciones sexuales a tempranas edades.
- b) ____ Cambios frecuentes de parejas sexuales.
- c) ____ Hipertensión arterial crónica.
- d) ____ Hábito de fumar.
- e) ____ Elevado número de partos y abortos.
- f) ____ Alcoholismo.
- g) ____ Uso de tabletas anticonceptivos orales.

2. ¿Cuál es el medio más idóneo para obtener información sobre los factores de riesgo del cáncer cervicouterino?

- a) ____ Casa.
- b) ____ Amigos.
- c) ____ Escuelas.
- d) ____ Radio y Televisión.
- e) ____ Médico y enfermera de la familia.
- f) ____ Libros y revistas.

g) ____ Otras.

3. **¿Considera usted que el cáncer cervicouterino es más frecuente en:**

- a) ____ Adolescentes
- b) ____ Jóvenes
- c) ____ Adultas
- d) ____ Ancianas

4. **¿Usted cree que el cáncer cervicouterino guarda relación con alguna enfermedad de transmisión sexual?**

____ Si ____ No ____ No sé

5. **¿Considera usted que una mujer tiene mayor posibilidad de padecer cáncer cervicouterino si existe el antecedente de esta enfermedad en la familia?**

____ Si ____ No ____ No sé

6. **Para el diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino se realiza la prueba citológica. De ella diga:**

• **Se realiza por primera vez a los:**

- a) ____ 20 años
- b) ____ 25 años
- c) ____ 30 años
- d) ____ 50 años
- e) ____ No sé

• **Se puede realizar cualquier día del mes:**

____ Si ____ No ____ No sé

• **¿La prueba citológica resulta dolorosa?**

_____ Si _____ No _____ No sé

- **¿Confía usted en el resultado de la prueba citológica si la realiza:**

- a) _____ Médico.
- b) _____ Ginecólogo.
- c) _____ Enfermera.
- d) _____ Todos los anteriores
- e) _____ Ninguno de los anteriores.

- 7. ¿Cuáles considera usted pudieran ser los síntomas del cáncer cérvico – uterino?**

- a) _____ Sin síntomas
- b) _____ Dolor
- c) _____ Leucorrea
- d) _____ Sangramiento
- e) _____ Ninguno de los anteriores.

- 8. ¿Usted cree que el cáncer cervicouterino tiene cura?**

_____ Si _____ No _____ No sé

- 9. ¿Cuáles considera usted como opciones de tratamiento del cáncer cervicouterino?**

- a) _____ Dieta
- b) _____ Radiaciones
- c) _____ Conización
- d) _____ Antibióticos
- e) _____ Cirugía
- f) _____ Ejercicio físico
- g) _____ Vitaminoterapia

- h) _____ Medicina verde
- i) _____ Citostáticos.