

FACULTAD CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA

DR. JOSÉ ASSEFYARA

SEDE UNIVERSITARIA DE CHAMBAS

Sistema de acciones sobre Cáncer Cervicouterino en mujeres con factores de riesgo del consultorio médico de Familia No 11.

**Autora: Dra. Dianis Moreira Varela**

**Tutor: Dra. Damarys Ferrón Hernández**

Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.  
M s. Enfermedades Infecciosas.  
Profesora Asistente.

**Asesor: Dra. Yudit de Corte Gutiérrez**

Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.

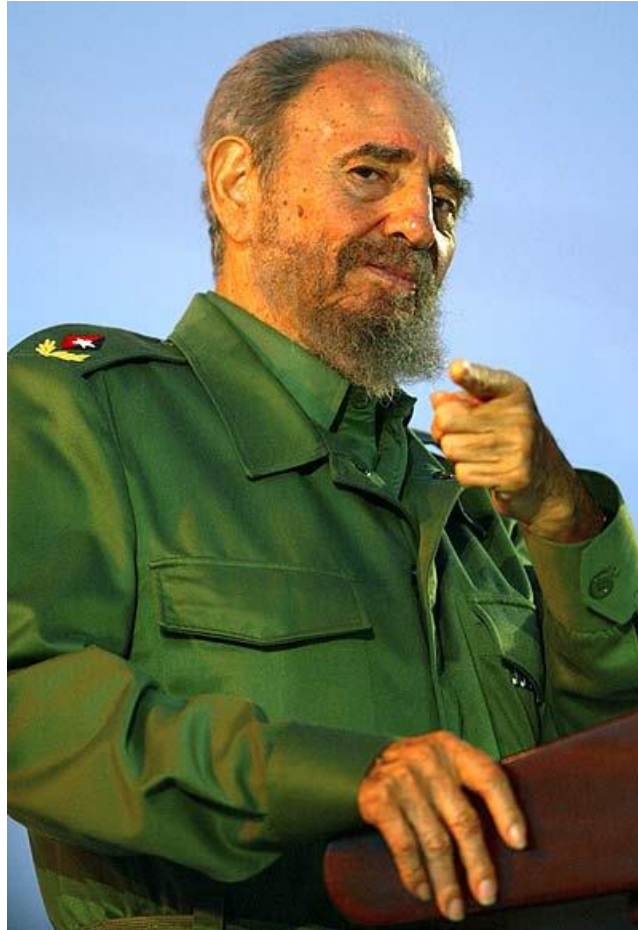
Trabajo de Terminación de la Residencia para optar por el  
Título de Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.

2022

**PENSAMIENTO :**

**“Para ser médico se requiere una sensibilidad exquisita, una calidad humana intelectual y una moral a toda prueba.”**

**Fidel Castro Ruz.**



**DEDICATORIA:**

**A mis padres:** Por tantos años de desvelo y sacrificio, por alumbrarme con sus pensamientos, por su apoyo material y espiritual, además de enseñarme a vivir.

**A Fidel y la Revolución** que me han dado la oportunidad de ver mis sueños hechos realidad.

## **AGRADECIMIENTOS:**

A mi tutor, Dra. Damary Ferrón Hernández a mi asesor por su esmero y dedicación total en la confección y terminación de este trabajo, Dra. Yudit de Corte a mis compañeros de trabajo, mi familia en general y a Dios.

## **R E S U M E N .**

El cáncer cervical uterino es el segundo tipo de cáncer más común en las mujeres por tal razón se realizó un estudio de intervención cuasi - experimental de tipo (antes-después) con el objetivo de Implementar un sistema de acciones dirigido a mujeres con factores de riesgo de cáncer Cervicouterino en el Consultorio médico de la familia No 11 del área de salud "Julio Castillo Alvares" del municipio Chambas durante el período comprendido de febrero del 2020 hasta junio del 2022. El universo de estudio estuvo constituido por 327 mujeres que representan el total de la población femenina del Consultorio No 11, para seleccionar la muestra se tuvo en cuenta que fueran mujeres con factores de riesgos de cáncer Cervico uterino (86). A estas personas se les realizó un muestreo aleatorio simple según criterio de inclusión (43). El procesamiento estadístico fue con el sistema SPSS buscando significación estadística entre el antes y el después. Concluida la implementación del sistema de acciones el 100% de los encuestados elevó su nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo del cáncer Cervicouterino, entonces se afirma con una confiabilidad del 95 % que las medias difieren en ambos momentos demostrando así la efectividad del sistema de acción implementado y se cumplió el objetivo propuesto en nuestra investigación.

**Palabras Clave: CÁNCER CERVICO UTERINO, ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA.**

## ÍNDICE :

Contenidos:	Páginas:
I -Introducción-----	1
II -O bjetivos-----	8
III-D iseño M etodológico-----	9
IV - Análisis y discusión de los resultados-----	16
V -C onclusiones-----	22
VI- R ecom endaciones-----	23
VII-R eferencias B ibliográficas-----	24
VIII -A nexos-----	27

## **INTRODUCCIÓN:**

El **cáncer cervical** o **carcinoma de cérvix** o **cáncer de cuello de útero** incluyen las neoplasias malignas que se desarrollan en la porción fibromuscular inferior del útero que se proyecta dentro de la vagina.

Históricamente el cáncer cervicouterino (CCU) ha sido una preocupación por la morbimortalidad que ha engendrado, así lo demuestran los estudios realizados por relevantes científicos en la materia como: Dominico Rigogni en el año 1842, al que le correspondió ser el primero que planteó en sus conclusiones que el (CCU) era más frecuente en mujeres que tenían relaciones sexuales que en aquellas que no han tenido. Se ha demostrado que un alto número de estas lesiones principalmente la neoplasia cervical intraepitelial (NIC) I, regresan espontáneamente a la normalidad, no progresan o invierten varios años en progresar. En tanto otros casos de no recibir tratamiento oportuno las enfermedades irían progresando hasta el carcinoma invasor y terminar finalmente con la muerte de la paciente. En Cuba existe el Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del (CCU) desde el año 1967 con el objetivo de disminuir la mortalidad y conocer la morbilidad por esta patología, mediante la detección en las etapas más tempranas lo que permitirá una terapéutica precoz y eficaz. (1,2)

El cáncer se ha convertido en un problema sanitario de primer orden, con el agravante de que tanto su incidencia como su mortalidad aumentan a pesar de los grandes programas diagnósticos y terapéuticos alcanzados en los últimos años.

En Cuba el cáncer ocupa el segundo lugar entre las diez primeras causas de muerte, solo precedido por las enfermedades cardiovasculares y es la primera causa de años de vida perdidos en el país. (3,4)

El (CCU) se ubica actualmente como el segundo cáncer más común en la población femenina mundial, según la Organización Mundial de la Salud, 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 corresponden a los países en vías de desarrollo y cerca de 500 000 casos nuevos se presentan anualmente (5).

La morbilidad y mortalidad por esta enfermedad, muestran cifras ascendentes ya que la mayoría de los pacientes se diagnostican en etapas avanzadas, donde la única modalidad terapéutica es la radioterapia, pues la cirugía se reserva para los estudios precoces o muy tempranos, la radioterapia tanto externa como intracavitaria, es la técnica ideal para la neoplasia, siempre que se diagnostica en fases tempranas, de lo contrario puede considerarse solamente como un tratamiento paliativo. Este método se emplea en todos los períodos de la enfermedad, pero a veces produce complicaciones inmediatas y tardías de factores propios del individuo, de las técnicas utilizadas y de las dosis recibidas. Los inmediatos aparecen durante un mes después del tratamiento y las tardías entre un mes y cinco años de finalizado. El personal de enfermería ocupa un lugar importante en el cuidado de los pacientes a quienes se le aplica esta modalidad terapéutica, brindando apoyo psicológico y emocional, cuando aparecen las complicaciones, la enfermera es quien primero conoce los síntomas que aquejan las pacientes, debido al contacto directo y a la comunicación con ellas.(6,7).

Se ha calculado que, en todas las Américas, cada año se presentan casi 68 000 nuevas pacientes con (CCU) y más aún en mujeres de América Latina y el Caribe; América del Norte tiene la morbilidad y mortalidad más baja. La incidencia varía de unas naciones a otras. Se observan tasas muy bajas en Israel (4,5 por 100 000 mujeres), en Connecticut Estados Unidos (9,8) y en Nueva Zelandia (9,9). Muy elevada en Cali, Colombia (62,8); en Recife, Brasil (58,1) y en Dinamarca (31,6). En Cuba, la tasa bruta de incidencia 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. (8).

En casi todos los países del mundo se ha realizado un gran esfuerzo para controlar el cáncer de cérvix, por su relativa alta incidencia, sobre todo en mujeres jóvenes realizando el test de Papanicolaou o prueba citológica, con el que puede detectarse y tratarse tempranamente tanto las lesiones precancerosas (Neoplasias Intraepitelial cervical: NIC I, NIC II, NIC III), así como la neoplasia invasora. El pico de incidencia del cáncer de cérvix ocurre entre la 4ta y 5ta década de vida y su incidencia se

incrementa con la promiscuidad, tanto de la mujer como del hombre, y con el inicio precoz de las relaciones sexuales y la infección por el virus HPV (Papiloma Virus Humano) siendo el factor de riesgo más importante. (9,10).

La mayoría de los investigadores están de acuerdo en considerarla como una infección de transmisión sexual (ITS) pues atribuyen una relación directa entre este tipo cáncer y la conducta sexual de diferentes grupos humanos. Se señala que la multiparidad favorece la aparición del cáncer de cérvix, debido que la mujer durante el embarazo tiene cierto grado de inmunodepresión, por tanto, mientras más veces una mujer haya estado inmunodeprimida durante 9 meses más probabilidad tendrá de desarrollar cáncer en general. (11)

Es necesario conocer que la adolescencia es el período más crítico para el riesgo potencial de la transmisión celular y para el desarrollo de la neoplasia cervical. En esta etapa las células metaplásicas jóvenes presentan propiedades fagocíticas. En consecuencia las mujeres que inician la actividad sexual a edad temprana presentarán una mayor probabilidad de introducir el virus en las células y activar su transformación. (12).

En estudios recientes se le atribuye un papel de importancia a la relación de las condiciones higiénicas con esta enfermedad, pues se ha demostrado que el cáncer cervico uterino aparece con mayor frecuencia en los países subdesarrollados, en mujeres con poca higiene personal a lo que se le unen las condiciones socioeconómicas deficientes.

Otro factor a tener en cuenta es la ingestión de anticonceptivos hormonales de forma prolongada ya que contribuyen a la transformación maligna del epitelio endocervical, lo cual está relacionado con la incidencia de esta enfermedad con relación a las personas que no lo consumen. (13,14)

Su incidencia es 21% mayor en los países subdesarrollados, donde existen el 80 % de todos los cánceres de cérvix. La incidencia de este tipo de neoplasia es alta en América Latina, África Subsahariana, La India, Polinesia, y el Caribe; sin embargo sus tasas de incidencias disminuyen en Israel, Kuwait, Finlandia, España, China, Canadá, y la población caucasiana en los Estados Unidos (10).

En la actualidad es aceptable por casi la totalidad de los científicos del mundo interesados en el estudio de esta enfermedad, que el diagnóstico precoz del cáncer de cuello pertenece a los problemas de importancia práctica y real, que permite lograr el mantenimiento de la salud y la capacidad de trabajo de la mujer. La solución de este problema puede lograrse por medio de las medidas organizativas y el perfeccionamiento de los métodos diagnósticos precoz de este tipo de cáncer. (15)

En los últimos 50 años después de la introducción de la prueba citológica la incidencia y la mortalidad han disminuido, sobre todo en los países desarrollados que tienen programas nacionales de pesquisaje del cáncer de cérvix.

En Cuba existe el programa nacional de diagnóstico precoz del (CCU) desde el año 1967 igual que en otros países que tienen implantado este programa, con el consiguiente control de esta enfermedad pero en algunos países desarrollados por fallo del programa de cérvix continúa siendo un problema serio de salud, se calcula que la mortalidad es 6 veces mayor en mujeres de más de 50 años para una tasa de 7.6 por 100 000, con respecto a las mujeres jóvenes de 1.2 por 100 000, la supervivencia a los 5 años se ha mantenido constante en los últimos años de las regiones que tienen más bajas incidencias de cáncer de cérvix.(16,17)

Durante los años transcurridos millones de mujeres han sido sometidas al estudio de la citología cérvico vaginal y miles de éstas han sido beneficiadas con el diagnóstico temprano de esta enfermedad. Sin embargo los nuevos conocimientos desarrollados en los últimos años sobre la epidemiología y la historia natural de ésta, así como los nuevos conceptos en relación con la aplicabilidad práctica con este tipo de programa, han determinado la revisión y actualización del mismo, de modo que favorezca mejoras en su eficiencia y alcanzar la disminución de mortalidad por este tipo de cáncer.(18)

Este programa nacional para el diagnóstico precoz del (CCU), determina en gran medida la reducción de la mortalidad debido a este tumor.

Su objetivo general, además de conocer la morbilidad del cáncer del cuello del útero mediante la detección de este en su etapa más temprana posible por lo que permitiría una terapéutica a tiempo eficaz, está basado fundamentalmente en la atención primaria mediante la pesquisa del (CCU) al 100 % de la población femenina

en riesgo y tiene como pilar fundamental para su ejercicio el colectivo integral del médico de la familia.(19,20)

El programa tiene como universo a todas las mujeres de 25 a 64 años que hayan tenido relaciones sexuales con una periodicidad de toma de muestra citológica cada 3 años hasta los 64 años de edad. (21)

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 cervicouterino descrita por Papanicolaou, se logra detectar precozmente el cáncer en esta área del útero, por lo que de ser aplicados oportunamente, no debe morir ninguna mujer por cáncer de cérvix. (22,23)

Este programa tiene como propósito contribuir a elevar el nivel de salud a la población mediante la acción de prevención, promoción, protección y recuperación en las mujeres, representadas por el Sistema Nacional de Salud Pública en coordinación con las demás instituciones del Estado, la colaboración de los demás organismos de masas y la participación activa de la comunidad.

Es muy importante la participación que el médico general y la enfermera de la familia tienen en el desarrollo de este programa. La toma correcta de la muestra citológica constituye un eslabón fundamental en la cadena de sucesos que ayudan en el diagnóstico de este cáncer. Por lo tanto, se considera que el elemento básico es el conocimiento de las reglas para la toma correcta de esta muestra. (24)

Por otra parte es importante señalar que el primer propósito del MINSAP es el fortalecimiento de la atención primaria; en la actualidad gran cantidad de policlínicos se han convertido en sedes universitarias, a partir de la necesidad de formar el profesional que se desempeñe en ella, incorporándolos a esta actividad desde su propia formación profesional, desarrollando especialmente las acciones encaminadas a la labor preventiva. En particular, en la realización de la técnica de citología orgánica, participan de forma activa los estudiantes de enfermería y medicina en los consultorios médicos de la familia, para el diagnóstico precoz del (CCU), pero se debe señalar que la complejidad del lugar donde se localiza el cuello del útero, es muy difícil demostrar y ejercitar la técnica con una correcta observación tanto del resto de los estudiantes como del profesor, por lo que se debe lograr que los

estudiantes desarrollen las habilidades y destrezas requeridas antes de enfrentarse al paciente y de esa forma disminuir los riesgos de iatrogenia.(25)

En estos momentos en la provincia de Ciego de Ávila uno de los principales problemas de salud lo constituye el cáncer cervicouterino por la alta incidencia de patologías de cuello que cada vez es mayor inclusive en edades tempranas de la vida a pesar que se llevan programas de seguimiento, control y prevención de la misma ,comportándose con un 67,5% de mujeres con factores de riesgo asociados a nivel provincial en el cierre del 2020, en nuestro municipio Chambas tenemos una incidencia de un 34,5% , por lo que nos motiva a estudiar los factores predisponentes al (CCU) presente en la misma esperando sirva como herramienta de trabajo a todo el personal relacionado con esta problemática, con el fin de mejorar los indicadores, la planificación de nuevas acciones de salud .

Atendiendo a lo anterior se ha comprobado que existen dificultades en el nivel de conocimientos que sobre el cáncer cervicouterino poseen las personas antes mencionados del área de salud Julio Castillo, y la vulnerabilidad de los mismos para contraer esta enfermedad, teniendo el trabajo como novedad científica la elaboración de un programa de intervención capaz de educar, ya que comenzar a educar a personas vulnerables sobre Cáncer Cervicouterino no es una utopía sino que garantiza conductas responsables.

Por todo lo antes expuesto se plantea el siguiente **problema Científico**:

¿Cómo contribuir a elevar el nivel de conocimientos sobre cáncer Cervicouterino en mujeres con factores de riesgos pertenecientes al CMF #11 del policlínico "Julio Castillo Álvarez" del municipio de Chambas durante el período de febrero de 2020 a junio de 2022?

La hipótesis de nuestra investigación.

Si se implementa un sistema de acciones dirigido a mujeres con factores de riesgos del CMF #11 del Área "Julio Castillo Álvarez" del municipio Chambas, se logrará elevar el nivel de conocimientos sobre el Cáncer cervicouterino.

La **justificación** del estudio estuvo dada en la necesidad de conformar y aplicar un programa educativo que mejore el nivel de conocimientos de las mujeres de riesgos sobre la enfermedad y así mejorar su calidad de vida. Estudio que sirve de fuente bibliográfica y de consulta para el profesional de la salud, permitiendo de tal manera mejorar las acciones que se realizan de promoción, prevención sobre esta patología y por ende modificar estilos de vida arraigados en las pacientes.

La investigación centró su **importancia** en la necesidad de intervenir en la población de riesgo por (CCU) mediante la confección y aplicación de un programa de intervención educativa elaborado por la autora del trabajo y validado por grupos de expertos para evitar el desarrollo de esta patología.

La **significación práctica** estuvo dada por los necesarios cambios de estilo de vida en mujeres con factores de riesgos y por la influencia del equipo de salud de la Atención Primaria.

La **originalidad** del estudio estuvo dada en que a pesar de existir múltiples investigaciones que caracterizan el cáncer en diferentes grupos poblacionales incluyendo el cervicouterino, no existen estudios de intervención en este sentido para tratar de modificar estilos de vida y aporta un material teórico práctico valioso para el intenso trabajo del médico familia.

## **O B J E T I V O S :**

### **1. Objetivo General**

Implementar un sistema de acciones sobre Cáncer Cervicouterino en mujeres con factores de riesgo del consultorio médico de Familia No 11 del municipio Chambas.

### **2 Objetivos Específicos.**

2.1 Argumentar los sustentos teóricos sobre el cáncer Cérvico uterino.

2.2 Distribuir las pacientes del estudio según las características sociodemográficas: Edad y Raza

2.3 Describir los factores de riesgo de cáncer Cérvico uterino en las mujeres pertenecientes al Consultorio médico de las familias 11 del municipio chambas

2.4 Diseñar e implementar un sistema de acciones educativas

2.5 Identificar el nivel de conocimiento sobre Cáncer Cérvico uterino antes y después de implementar el sistema de acciones.

2.6 Diseñar un plegable que aporte información sobre los aspectos medulares del Cáncer cérvico uterino.

## MARCO TEORICO

Los precursores de Cáncer Cérvico Uterino, se remonta a finales del siglo XIX, cuando se reconocieron zonas de cambio epitelial atípica no invasora en tejido adyacente a cáncer invasor (William 1888). 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 (Brodeskis, 1932). (20,21)

Las neoplasias intraepiteliales cervicales son lesiones donde las células malignas toman el lugar de las células benignas, en diversos estratos del epitelio escamoso que recubren el cuello uterino. Hasta este punto las lesiones son curables en su totalidad, pero de no hacerse el diagnóstico a tiempo pueden convertirse en cáncer invasor. Su incidencia se incrementa con la promiscuidad tanto de la mujer como del hombre, y con el inicio precoz de las relaciones sexuales, la infección por papiloma virus humano es el factor de riesgo más importante (22).

Amaro Hernández en Camagüey, refieren una asociación estadística significativa entre el CCU y los factores de riesgo, citan en orden de frecuencia la multiparidad, la promiscuidad, la infección por el virus del papiloma humano (VPH) y el inicio precoz de las relaciones sexuales. (24)

Es un desafío para los profesionales de la salud el diagnóstico y tratamiento del cáncer de cuello uterino, por tratarse de una enfermedad asintomática y sin manifestaciones al examen ginecológico en estadios iniciales, pero con alto porcentaje de cura cuando el diagnóstico se realiza en esos momentos. (25,26). Podemos aseverar que constituye un serio problema de salud para el país, máxime que una proporción importante de mujeres fallecen por este tipo de cáncer en edades reproductivas y con plena capacidad intelectual y profesional, representando una conmoción para la familia y la sociedad.

Ante esta problemática la Medicina trabaja en poner en práctica métodos de diagnóstico de la enfermedad en el estadio pre-invasivo. 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.

El PICC de manera general recomienda, entre otras, la investigación social y epidemiológica que incluye: calidad de la atención, evaluación de la calidad de los servicios y programas de salud.

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

- Edad al comienzo de la vida sexual.
- Conducta sexual.
- Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual.
- Número de partos.
- Inmunosupresión.
- Uso de anticonceptivos orales.
- Hábito de fumar.
- Tendencia nutricional.

El estado nutricional puede influir en factores dietéticos pudieran relacionarse con la carcinogénesis. La ingestión de alimentos ricos en vitamina A y particularmente, en retinol, fue asociada con la reducción del riesgo de padecer traumas de desgarro del epitelio que pueden producirse durante el parto y por sus propiedades antioxidantes parece que reduce el riesgo de infección según Sedjo y colaboradores, los folatos, la vitamina B6, la vitamina B12 y la metionina pueden ejercer algún efecto en la prevención del cáncer de cuello uterino. (23)

Rosell Juarte E, et al 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. Tirado Gómez LL, et al

además de encontrar los factores predisponentes antes mencionados, mencionan el nivel socioeconómico como un factor asociado a esta neoplasia. (27)

Varela Álvarez A, et al, 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 % . (28)

La edad al 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. (29)

En los últimos años se observa un incremento de las lesiones del cuello uterino en mujeres de edad climática. En la mujer a esa edad se ponen de manifiesto cambios biológicos e inmunológicos que pudieran favorecer en gran medida a las infecciones del tracto urogenital, debido a la disminución de la defensa estrogénica del aparato genital. El riesgo en el inicio temprano de las relaciones sexuales se debe a que en la adolescente se produce una metaplasia activa, o lo que es igual, una transformación celular del epitelio columnar en metaplásico, y de este en escamoide, incrementándose el potencial de interacción entre el carcinógeno (semen y traumas del coito) y el cuello uterino. (31)

Con respecto a la conducta sexual la promiscuidad, sin ser sinónimo de cáncer de cérvix, constituye un importante factor de riesgo. 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. 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. 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. 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. 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. (29)

La mayoría de los autores opinan que si bien esta afección se incrementa en las mujeres promiscuas y de dudosa reputación, es por el contrario infrecuente en nulíparas y en las que no tienen una sexualidad activa como las monjas. (32)

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 las paredes 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 endocervix, lo que significa que el 75 % de las cervicitis pueden ser asintomáticas y estas representan un factor de riesgo importante en el cáncer de cuello. (29)

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. Una mujer tiene alto riesgo de lesión intraepitelial si su compañero sexual presenta antecedentes de cáncer de pene y si este estuvo casado con una mujer que presentó Neoplasia cervical y no utiliza condón en su actividad sexual.

En los últimos años se han logrado importantes progresos en el estudio de las causas de la aparición del cáncer de cuello uterino. Actualmente es aceptado como principal causa la infección por VPH de alto riesgo 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. (12)

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. (33)

Está bien demostrado que el virus del papiloma humano es el agente etiológico necesario, pero no suficiente del cáncer cervical y de muchos tumores de la vulva y de la vagina. Además, se han puesto al alcance del médico nuevas técnicas fiables de identificación viral en el diagnóstico. (34)

La mayoría de las infecciones nuevas por VPH ceden espontáneamente; si la infección persiste, puede desarrollarse un tumor pre-maligno, y si este no recibe tratamiento puede transformarse en cáncer. Se plantea que las lesiones precursoras causadas por el virus del papiloma humano VPH normalmente tardan entre 10 y 20 años en convertirse en cáncer invasor, la mayor parte de los cánceres cervicouterino pueden prevenirse mediante la detección precoz y el tratamiento anticipado de las lesiones pre cancerosas. (34,35)

La infección por el VPH es una infección de transmisión sexual que se encuentra muy extendida en mujeres y hombres, sin embargo, las condiciones anatómicas del varón y otros factores hacen que esta se pueda desarrollar en forma subclínica o latente y en pocas ocasiones evolucione a cáncer del pene u otra localización genital.

No sucede así en la mujer, que con mayor frecuencia desarrolla infecciones genitales por VPH que pueden favorecer la evolución hacia lesiones pre malignas o malignas. (6, 10,29)

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. (30)

El cuello uterino está sometido a múltiples traumatismos durante el embarazo como es la instrumentación en el proceso del aborto, en el parto y en el puerperio; constituye un factor predisponente del cáncer cervical los desgarros cervicales que pueden producirse y tienen una relación directa con el número de parto (que a mayor número de partos mayor es la posibilidad de desgarros). Los desgarros cervicales deben ser suturados oportunamente para restituir su anatomía y contribuir al mantenimiento de los mecanismos de autodepuración del aparato genital, así como prevenir procesos inflamatorios y malignos del cérvix. (30,35)

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

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 CCU 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. (35,36)

La organización Mundial de la Salud, en el Consenso de Génova realizado en el 2002, creó planes de intervención mediante boletines y gacetas, dentro de las directrices se encontraba elevar el conocimiento de que el uso prolongado de anticonceptivos orales se asociaba a la neoplasia cervicouterina, finalidad que en toda Latinoamérica se ha logrado en menos de un 30% .(37,38)

En relación con el hábito de fumar, 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.

El tabaquismo se encuentra entre los cofactores ambientales más uniformemente identificados por la población mundial, con la probabilidad de influir en el riesgo de padecer de cáncer cervicouterino, pues este causa en el cuello un incremento de la permeabilidad de los vasos y la presencia de edema; condiciones que propician la acción de cualquier mutágeno que sea depositado en la vagina durante el coito; los estudios revelan que el conocimiento de este riesgo por las fumadoras actuales al

menos duplica el de las no fumadoras. 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. (36).

Los agentes químicos del tabaco desarrollan cáncer cervicouterino por efecto directo de sus cancerígenos, como facilitador de la acción neoplásica de agentes virales, estos investigadores en su estudio de 2512 pacientes encuentran al tabaquismo como factor de riesgo asociado al cáncer cervicouterino.

Las condiciones socioeconómicas desfavorables se han relacionado con la aparición y con una supervivencia corta de mujeres con Cáncer Cervicouterino; las dietas pobres en frutas y vegetales. Algunos estudios postulan además las malas condiciones higiénicas o prácticas higiénicas inadecuadas. (13)

Se ha desarrollado en condiciones nada parecidas a las nuestras en cuanto a situación geográfica, socioeconómica y ambiental y la neoplasia de cérvix continúa teniendo una alta morbilidad y letalidad. Incluso dentro de nuestro país pudieran observarse diferencias en la forma de expresarse dichos factores en las diferentes regiones y ambientes. Por otra parte, la expresión de los factores de riesgo puede variar en el tiempo y de acuerdo al desempeño de los medios diagnósticos. (28)

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), aumento de flujo vaginal (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. 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. 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. 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. (37)

El diagnóstico del cáncer cervical se realiza a través de *la citología orgánica*: tiene elevado índices de confiabilidad. (6). 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. (28). Se puede realizar legrado endocervical o raspado endocervical. (28). Si se confirma la presencia de cáncer cervical, pueden recomendarse otros exámenes para determinar hasta qué punto la enfermedad se ha extendido: exámenes por ultrasonido de las áreas pélvica y abdominal.

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): Estadío I: confinado al cuello del útero, Estadío 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, Estadío III, el carcinoma 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, Estadío IV: puede infiltrar la pared de la vejiga urinaria o el recto; esta forma incluye diseminación con metástasis.

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 uno de los siguientes: Cirugía con láser, en la cual la capa del tejido superior se calienta y se vaporiza Criocirugía, en la cual el tejido epitelial se congela, Conización, extracción quirúrgica de un cono del tejido cervical, procedimiento de extirpación electroquirúrgico con asa (LEEP) (conización por asa diatérmica) en el que las ondas de

radio de alta frecuencia de bajo voltaje se desplazan a través de una delgada asa (bucle) de alambre, que se utiliza como un dispositivo cortante para extraer las células anormales del cuello cervical. <sup>(28)</sup>

Después de estos procedimientos, se debe realizar una prueba de Papanicolaou aproximadamente cada cuatro meses durante un año y cada seis meses en el segundo año para evaluar la posible aparición de células anormales.

Los métodos de prevención contra el cáncer cervical son: realización de la prueba de Papanicolaou en forma regular, evitar relaciones con múltiples compañeros sexuales, no fumar, no beber, si existe una historia de verrugas genitales, hacerse un Papanicolaou cada 6 meses, si tiene más de un compañero sexual, insistir en que usen preservativos para prevenir el contagio de una enfermedad de transmisión sexual.

La detección temprana del cáncer de cérvix incrementa notablemente sus posibilidades de supervivencia. Si la enfermedad se detecta y se trata tempranamente, 99 de 100 mujeres sobreviven. Si no se diagnostica hasta llegar a la etapa más avanzada de la enfermedad, sólo 7 de 100 mujeres sobrevivirán. 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. (28,37)

## **MATERIALES Y METODOS**

### **Diseño metodológico.**

Se realizó un estudio pre-experimental (antes- después) de intervención educativa con el objetivo de Implementar un sistema de acciones sobre Cáncer Cervicouterino en mujeres con factores de riesgo del consultorio médico de Familia No 11 del municipio Chambas durante el período comprendido de febrero del 2020 hasta junio del 2022.

El universo de trabajo estuvo constituido por 86 mujeres que representaron el total de la población Dispensarizada con factores de riesgos de (CCU) pertenecientes a dicho consultorio a las que se le aplicó un muestreo aleatorio simple quedando constituida por 43 pacientes y que respondieron a los siguientes criterios:

#### **Criterios de inclusión.**

- Mujeres con factores de riesgos del CMF No 11.
- Dar su consentimiento a participar en la investigación.

#### **Criterio de exclusión:**

- Personas que se nieguen a participar.
- Personas que abandonan el estudio.
- Mujeres con incapacidad física o mental.
- Pacientes con diagnóstico de cáncer de cérvix.

### **Aspectos Éticos**

Para la realización de este estudio se tuvieron en cuenta los principios éticos que rigen las investigaciones biomédicas (Declaración de Helsinki) y que se aplican en nuestro país (Autonomía, Beneficencia, No Maleficencia y Justicia). El protocolo de investigación fue presentado, revisado y aprobado por el Comité Ético del Policlínico "Julio Castillo" del municipio Chambas en Ciego de Ávila. A todas los pacientes se

les explicó las características de la investigación y se formalizó el consentimiento informado previo al desarrollo del estudio mediante documento escrito (Anexo 1).

**Los Métodos y Técnicas empleadas durante la investigación fueron:**

**Métodos del nivel teórico:**

Se utilizaron los métodos teóricos para interpretar de forma conceptual los datos empíricos, lo cual favoreció la construcción del conocimiento científico.

- El análisis –síntesis: son dos procesos cognoscitivos que cumplen funciones muy importantes en la investigación científica. De esta manera se desglosa el fenómeno o proceso (CCU en mujeres) mediante el conocimiento de los elementos que lo integran, sus particularidades, valorando, fundamentando, argumentando, estableciendo relaciones y analizando a través de la síntesis, hacer una integración. Esto se logró con la revisión bibliográfica relacionada con el tema de la investigación, lo que permitirá el análisis y discusión de los resultados.
- El inductivo-deductivo: combinó la deducción y la inducción. La inducción expresa en movimiento de lo particular a lo general, se llega a generalizaciones partiendo del análisis del fenómeno de manera particular, mientras la deducción expresa el movimiento de lo general a lo particular. En el presente estudio este método se empleará en la realización del análisis de los resultados.
- La observación: Mediante la misma se conoció la realidad del proceso, se diagnosticó y aplicó un sistema de acciones educativas logrando resolver el objetivo de la investigación
- La modelación: Se utilizó en la elaboración de los aspectos teóricos y metodológicos del Sistema de acciones.

**Métodos del nivel empírico:**

El análisis documental: Se realizó mediante el análisis de historias clínicas individuales.

- Los datos para el estudio se obtuvieron a partir de una encuesta que incluyó datos sociodemográficos y factores de riesgo de cáncer cérvico uterino (Anexo 2).
- Cuestionario semi-estructurado (Anexo 3), aplicado a los pacientes por el autor, en la etapa de diagnóstico y posteriormente en la evaluación final. En esta se recogieron todas las variables de interés para la información, que permitió identificar las necesidades de aprendizaje de las mujeres antes de la intervención y validar la intervención después de su aplicación. Se utilizaron preguntas cerradas, abiertas y combinadas

#### **Métodos del nivel estadístico:**

Permitió tabular los datos obtenidos en la investigación, el procesamiento de los datos y determinar las distribuciones de frecuencias absolutas y relativas de cada variable y sus correspondientes indicadores mediante el sistema SPSS, (Statistical Package For Scientific Social) para establecer tablas de contingencias.

Los métodos empleados fueron de la estadística descriptiva la distribución de frecuencias absolutas (Números) y relativas. (Porcentaje)

Se comparan los resultados antes y después de la intervención en una muestra de 43 mujeres del CMF #11 del municipio Chambas.

Los resultados se presentaron en las tablas de distribución de frecuencia absoluta para emitir las conclusiones en correspondencia con los objetivos propuestos en la investigación.

El estudio se organizó en tres momentos.

- **Etapa Organizativa:**

Se citó la muestra seleccionada a las cuales se les brindo información sobre la investigación y se le solicitó el llenado del consentimiento informado para participar en el estudio. (Anexo 1) y se aplicó la encuesta para la recolección de los datos primarios (anexo No 2)

- **Etapa de intervención:**

Para el diagnóstico se aplicó el cuestionario inicial, (anexo No 3) que permitió identificar el nivel de conocimientos sobre cáncer cérvico uterino en mujeres con factores de riesgo.

Se implementó el sistema de acciones educativas, la que se basa en un programa educativo (anexo No 4) que se diseñó teniendo en cuenta las brechas existentes en los conocimientos sobre la enfermedad diagnosticadas en el cuestionario inicial a partir de una revisión bibliográfica exhaustiva, este programa responde a la necesidad creciente en la población de elevar los conocimientos sobre los factores de riesgo del cáncer cervico uterino permitiendo una mayor participación comunitaria. En este programa se enfatizan los principios didácticos que aseguran una mejor atención a las particularidades sobre el tema de forma que se logre una asimilación activa consciente de los conocimientos.

El programa se ejecuta en un tiempo de 11 semanas con una frecuencia semanal, desarrollándose a través de 6 encuentros, se trabajó con un subgrupo. En los encuentros se ofrecen conferencias, talleres, lo cual nos permitió utilizar las técnicas participativas-comunicativas necesarias para lograr los objetivos propuestos, como el plegable diseñado (anexo No 5), lluvia de ideas, lectura eficiente, charla educativa, entre otras.

- **Etapa de evaluación:**

Dos semanas después de haber terminado el Programa educativo se aplicó nuevamente el cuestionario inicial (anexo No 3), con las mismas características que en la primera etapa, para comprobar los conocimientos adquiridos como resultado del Sistema de acciones evaluando según la escala propuesta

#### **Definición de las variables a estudiar**

Variable dependiente:

El nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de cáncer cérvico uterino.

Nivel de conocimiento Variable cualitativa ordinal politómica: Se tuvieron en cuenta las respuestas a las preguntas del cuestionario de los pacientes, antes y después de la implementación del sistema de acciones. Se expresó en números y por ciento y fue utilizada la siguiente escala:

Evaluación:

- De 19 a 27 respuestas correctas: Calificación de Alto: 70-100%
- De 14 a 18 respuestas correctas: Calificación de Medio: 50-67%
- De 0 a 13 respuestas correctas: Calificación de Bajo: 0-49%

**Variable independiente:**

- Sistema de acciones educativas
- **Estrategia educativa:** sistema de actividades educativas para lograr cambios de comportamientos específicos y sostenidos en los pacientes.
- **Métodos educativos:** son las vías y los modos de la actividad conjunta entre los sujetos para lograr los objetivos propuestos.

**CONCEPTUALIZACIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES**

**Operacionalización de las variables**

Variables	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Edad	Cuantitativa continua	20 a 29 30 a 39 40 a 49 50 a 59 60 ó mas	Según último año cumplido	Número y por ciento
Raza				
Antecedente patológico familiar	Cualitativa nominal dicotómica	Si (expuesta) No (no expuesta)	Si tiene antecedentes familiares de cáncer cérvico uterino	Número y por ciento
Antecedente personal de displasia	Cualitativa nominal politómica.	Si Presenta (expuesta) NIC I. NIC II. NIC III. No presenta.	Según el antecedente tomado de los resultados de las citologías mostrada en las historias clínicas de las pacientes.	Número y por ciento según grupos de pertenencia
Tabaquismo	cualitativa nominal dicotómica	Si(expuesta) No (no expuesta)	fumadora Se consideró como fumadora a toda mujer que fumaba al momento del estudio al menos un cigarrillo diario y hubiera fumado al menos por 6	Número y por ciento

			meses no fumadora. Toda mujer que nunca ha fumado	
Menarquía	Cualitativa nominal dicotómica	Si (expuesta)  No (no expuesta)	Pacientes cuya primera menstruación fue: Precoz: antes de los 12 años Normal: Después de los 12 años	
Inicio de las relaciones sexuales	Cualitativa nominal dicotómica	Si (expuesta)  No (no expuesta)	Según pacientes con inicio de las relaciones sexuales considerada precoz: antes de 15 años Normal Después de 15 años	Número y porcentaje
Número de compañeros sexuales (Promiscuidad sexual).	Cualitativa nominal dicotómica.	Si (expuesta)  No (no expuesta)	Según toda mujer con una sexualidad inmadura con sexo ocasional o casual con 2 o más pareja en el periodo de un mes.	Número y porcentaje
Paridad.	Cualitativa nominal dicotómica.	Si (expuesta)  No (no expuesta)	Múltipara Se consideró como múltipara a toda mujer con 3 o más partos, no múltipara Menos de 3 partos	Número y porcentaje

Antecedentes de Infecciones de Transmisión Sexual.	Cualitativa nominal dicotómica.	Si (expuesta) No (no expuesta)	Según los datos de la historia clínica de la paciente confirmado por consulta de ITS. Con diagnóstico positivo de cualquier enfermedad sexualmente transmitida. BLENORRAGIAS, virus de papiloma humano, el herpes virus tipo 2.y otras	Número y porcentaje
Uso de anticonceptivos orales:	Cualitativa nominal dicotómica.	Si (expuesta) No (no expuesta)	Se consideraron como anticonceptivos orales a cualquier preparado hormonal para control de la fecundidad por vía oral.	Número y porcentaje

Dimensiones e Indicadores

VARIABLE DEPENDIENTE	INDICADORES/ DIMENSIONES	TÉCNICA QUE UTILIZÓ O ÍTEM QUE EVALÚA
Nivel de conocimiento en las mujeres con factores de riesgo del CMF No 11 del área de	- <b>Alto:</b> Si conoce los principales factores de riesgo cáncer cervicouterino, las formas para detectar las lesiones malignas	- Encuesta Pregunta 2: Incisos: d, e, f, g, h, i Correctos cada inciso tiene

<p>salud Julio Castillo sobre cáncer cervico uterino</p>	<p>del cuello y a quienes se le realiza la prueba citológica -</p> <p><b>Medio:</b> Si conoce al menos tres factores de riesgo cáncer cervico uterino, menciona una formas para detectar las lesiones malignas del cuello y a quienes se le realiza la prueba citológica</p> <p>- <b>Bajo:</b> Si conoce menos de dos factores de riesgo cáncer cervico uterino, menciona una formas para detectar las lesiones malignas del cuello y a quienes se le realiza la prueba citológica</p>	<p>un valor de 5 puntos tanto los correctos como los incorrectos.</p> <p>Pregunta 3: Incisos: b; d; e Correctos todos los incisos tienen un valor de 6 puntos cada uno.</p> <p>Pregunta 4: Incisos: b; d Correctos con un valor de 5 puntos cada uno. Todos los incisos tienen un valor de 5 puntos cada uno..</p>
--	--	--

**VARIABLE INDEPENDIENTE:**

**Intervención educativa:** Sistema de actividades educativas efectivas para lograr niveles elevados de conocimientos que logren la reducción de las incidencias de Cáncer cervico uterino.

Variables	Tipo	Operacionalización	
		Escalas	Descripción
Edad	Cuantitativa continua	20 a 29	Según último año cumplido
		30 a 39	
		40 a 49	
		50 a 59	
		60 ó mas	

Sexo	Cualitativa Nominal Dicotómica	Femenino	Según sexo biológico de pertenencia
Persona con factor de riesgo de cáncer cervicouterino	Cualitativa Nominal Dicotómica	Si o No	Grupo de riesgo
Información recibida sobre Cáncer cervicouterino	Cualitativa Nominal Politómica	Familia Escuela Medios de difusión Consultorio Médico de la Familia Amigos.	Medios por el cual recibió la información

#### **Aspectos éticos.**

Se le comunicó a las personas las características, objetivo e importancia de este trabajo y se recogerá por escrito el consentimiento (acta de consentimiento informado de las personas a participar en el mismo de forma voluntaria así como al Equipo Básico de Salud de permitir la investigación), se le explicará además el derecho de abandonar la investigación en caso de que alguno lo desee, se les informó a todos los implicados en el estudio el alto nivel de profesionalidad del personal responsable de la investigación.

- Estos resultados se analizaron para emitir conclusiones en correspondencia con los objetivos propuestos en la investigación. Por último, se redactó un informe final teniendo en cuenta los requisitos establecidos por el comité académico y respetando los principios éticos de la investigación científica del departamento de postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas de Morón.

Una vez obtenido los resultados de la encuesta se realizaron diferentes actividades dentro del programa educativo y después se aplicó el instrumento inicial con el cual

se comprobaron los conocimientos obtenidos antes y después de la intervención educativa. El programa educativo contó con once frecuencias donde se abordaron los temas relacionados con los objetivos propuestos en nuestra investigación.

## **ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN SOBRE CÁNCER CERVICO UTERINO EN MUJERES CON FACTORES DE RIESGO.**

**1) TÍTULO:** Sistema de acciones sobre Cáncer Cervico uterino en mujeres con factores de riesgo del consultorio médico de Familia No 11.

### **2) FUNDAMENTACIÓN:**

Estudios realizados en nuestro país han demostrado un incremento de la incidencia de la enfermedad.

### **3) OBJETIVO GENERAL:**

Implementar un sistema de acciones sobre Cáncer Cervico uterino en mujeres con factores de riesgo del consultorio médico de Familia No 11 del municipio Chambas.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Argumentar los sustentos teóricos sobre el cáncer Cervico uterino.
- Identificar los factores de riesgo presentes en las mujeres del estudio.
- Caracterizar a las mujeres según edad, raza y factores de riesgo de cáncer Cervico uterino.
- Evaluar el nivel de conocimiento general sobre factores de riesgo del cáncer Cervico uterino.
- Identificar el nivel de conocimiento sobre Cáncer Cervico uterino antes y después de implementar el sistema de acciones.
- Diseñar un plegable que aporte información sobre los aspectos medulares del Cáncer cervico uterino.

### **4) REQUISITOS DE INGRESOS:**

Grupos de riesgo de cáncer cervico uterino

**5) DURACIÓN:**

Once frecuencias (1 vez por semana todos los viernes de 2.00 PM a 4.00 PM) desde el 8 abril del 2022 hasta 24 de junio de 2022

**6) MODALIDAD:**

Curso Municipal

**7) PERFIL DEL EGRESADO:**

El egresado de este curso contará con el conocimiento necesario para llevar a cabo la prevención ante el cáncer cervico uterino. Habiéndose logrado elevar el nivel de conocimiento de los mismos en cuanto a actitudes y como prevenirlas, así como el riesgo de contraer esta enfermedad en estas personas vulnerable expuesto al riesgo.

**8) ESTRUCTURA DEL PLAN DE ESTUDIO Y ASPECTOS ORGANIZATIVOS:**

**SEMANAS LECTIVAS:** 11.

**FRECUENCIA SEMANAL:** Los encuentros se realizaron con una frecuencia semanal y con un periodo de 2 meses por lo que el grupo recibió un total de once encuentros.

**TOTAL DE HORAS:** 22 horas

Se realizó en el Policlínico Julio Castillo con una matrícula de 43 personas vulnerables.

El mismo se planificó de la siguiente forma

Cursos	Fecha de inicio	Fecha de terminación
Primera vez	8/04/2022	24/06/2022

**PROGRAMA ANALÍTICO:**

Todos los temas que se trataron en el curso se prepararon con la aplicación de Situaciones problémicas de salud en relación con las necesidades de aprendizaje detectadas en la población de riesgo de cáncer cervico uterino.

**SEDE:** Policlínico Docente Julio Castillo.

**Tema 1: Presentación del programa.**

**Objetivos:** Interactuar con el grupo creando un ambiente de confianza, desinhibición y establecer las reglas del grupo.

**Contenidos:**

Presentación de los participantes y el programa.

Aplicación de la encuesta.

Cierre.

**Tarea del tema.**

Los participantes en el estudio deben responder las preguntas formuladas en el cuestionario.

Método: Charla Educativa.

Recurso y medios de enseñanza:

- Lápiz
- Pizarra y plumones
- Documentos bibliográficos, protocolos y artículos para estudio.

Frecuencia: Una vez por semana (viernes).

Horario: De 2:00 PM a 4:00 PM.

Tiempo: 2 horas.

Participantes: Personas de riesgo de cáncer cervico uterino (43).

Ejecutor y responsable: Dra. Dianis Moreira Varela

Fecha: 8/4/22 (Charla educativa)

Evaluación: Aplicación del cuestionario inicial.

**Tema 2:** Comportamiento actual del cáncer cervico uterino. Concepto, Epidemiología.

**Objetivos:** Incrementar los conocimientos de los participantes acerca del cáncer cervico uterino haciendo énfasis en los factores de riesgo más importantes.

**Contenidos:**

- Aspectos relevantes sobre la historia de la enfermedad.
- ¿Qué conocemos por cáncer cervico uterino? Concepto.
- Factores predisponentes o de riesgo de la enfermedad.

**Tareas para el tema.**

Los participantes en el estudio deben responder las preguntas relacionadas con el contenido, las cuales fueron previamente elaboradas.

Método: Conferencia, taller.

Recurso y medios de enseñanza:

- Hoja Lápiz
- Pizarra y plumones
- Documentos bibliográficos, protocolos y artículos para estudio,
- Computadora, módem, vídeo y scanner para obtener información actualizada de bases de datos bibliográficas.

Frecuencia: Una vez por semana (viernes).

Horario: De 2:00 PM a 4:00 PM.

Tiempo: 2 horas.

Participantes: Personas de riesgo (43).

Ejecutor y responsable: Dra. Dianis Moreira Varela

Fecha: 15/4/22 (Conferencia)

22/4/22 (Taller)

Evaluación:

- Se realizaron preguntas de control durante la conferencia que no se evalúan y al final de la clase se realiza una evaluación cualitativa.
- En el taller se formaron equipos, se presentó un caso de cáncer cervico uterino y cada equipo teniendo en cuenta el contenido de la conferencia anterior se debatió el mismo, realizando una evaluación cuantitativa en base a: 5, 4, 3, 2 puntos.

**Tema 3:** Manifestaciones clínicas del cáncer cervico uterino.

**Objetivo:** Incrementar los conocimientos de los participantes acerca de las manifestaciones clínicas del cáncer cervico uterino, logrando así mejor conocimiento de la enfermedad.

**Contenido:**

- Principales síntomas y signos de la enfermedad.
- Su interrelación con las ITS/ VIH.

**Tareas del tema.**

Los participantes en el estudio deben responder las preguntas relacionadas con el contenido, las cuales fueron previamente elaboradas.

Método: Conferencia, taller.

Recurso y medios de enseñanza:

- Hoja Lápiz
- Pizarra y plumones
- Documentos bibliográficos, protocolos y artículos para estudio,
- Computadora, módem, vídeo y scanner para obtener información actualizada de bases de datos bibliográficas.

Frecuencia: Una vez por semana (viernes)...

Horario: De 2:00 PM a 4:00 PM.

Tiempo: 2 horas.

Participantes: Personas de riesgo (43).

Ejecutor y responsable: Dra. Dianis Moreira Varela.

Fecha: 29/4/22 (Conferencia).

: 6/5/22 (Taller).

Evaluación:

- Se realizaron preguntas de control durante la conferencia que no se evalúan y al final de la clase se realiza una evaluación cualitativa.
- En el taller se continuó con el caso presentado y el trabajo en equipo para darle continuidad al tema impartido, realizando una evaluación cuantitativa en base a: 5, 4, 3, 2 puntos.

**Tema 4:** Conducta de riesgo.

**Objetivo:** Incrementar los conocimientos de los participantes acerca de las conductas de riesgo de cáncer cervicouterino, logrando así mejor conocimiento de la enfermedad.

**Contenido:**

- Conducta de riesgo.
- Personas de riesgo.

**Tareas del Tema:**

Los participantes en el estudio deben responder las preguntas relacionadas con el contenido, las cuales fueron previamente elaboradas.

Método: Conferencia, taller.

Recurso y medios de enseñanza:

- Hoja Lápiz
- Pizarra y plumones
- Documentos bibliográficos, protocolos y artículos para estudio,
- Computadora, módem, vídeo y scanner para obtener información actualizada de bases de datos bibliográficas.

Frecuencia: Una vez por semana (viernes).

Horario: De 2:00 PM a 4:00 PM.

Tiempo: 2 horas.

Participantes: Personas de riesgo (43).

Ejecutor y responsable: Dra. Dianis Moreira Varela

Fecha: 13/5/22(Conferencia)

20/5/22(Taller)

Evaluación:

- Se realizaron preguntas e control durante la conferencia que no se evalúan y al final de la clase se realiza una evaluación cualitativa.
- En el taller partiendo del caso presentado se continuó trabajando por equipos presentando los mismos diferentes ejemplos sobre el contenido abordado, realizando una evaluación cuantitativa en base a: 5, 4, 3,2 puntos.

**Tema 5:** Prevención del cáncer cervico uterino y cultura de vida cotidiana saludable.

**Objetivo:** Incrementar los conocimientos de los participantes acerca de la Prevención del cáncer cervico uterino logrando así mejor conocimiento de la enfermedad.

**Contenido:**

- Prevención del cáncer cervico uterino.
- Cultura de vida cotidiana saludable.

**Tareas del Tema:**

Los participantes en el estudio deben responder las preguntas relacionadas con el contenido, las cuales fueron previamente elaboradas.

Método: Conferencia taller.

Recurso y medios de enseñanza:

- Hoja Lápiz
- Pizarra y plumones
- Documentos bibliográficos, protocolos y artículos para estudio,
- Computadora, módem, vídeo y scanner para obtener información actualizada de bases de datos bibliográficas.

Frecuencia: Una vez por semana (viernes).

Horario: De 2:00 PM a 4:00 PM.

Tiempo: 2 horas.

Participantes: Personas de riesgo (43).

Ejecutor y responsable: Dra. Dianis Moreira Varela

Fecha:

27/5/22(Conferencia).

10/6/22(Taller)

Evaluación:

- Se realizaron preguntas de control durante la conferencia que no se evalúan y al final de la clase se realiza una evaluación cualitativa.
- En el taller se formaron cuatro equipos, dos a debatir el primer tema de la conferencia y dos el segundo tema para que se evalúen entre sí e intercambien experiencias, utilizando el método de la auto evaluación y coevaluación, realizando una evaluación cuantitativa en base a 5, 4, 3,2 puntos.

**Tema No 6:** Cierre y evaluación.

**Objetivo:** Reafirmar los conocimientos adquiridos durante los encuentros anteriores y evaluarlos.

**Contenido:**

- Reafirmación del contenido impartido.
- Aplicación de la encuesta.

**Tareas del Tema:**

- Los participantes en el estudio deben responder las preguntas relacionadas con el contenido, las cuales fueron previamente elaboradas.
- Los participantes en el estudio deben responder nuevamente el cuestionario inicial.

Método: Dinámica de grupo.

Recurso y medios de enseñanza:

- Hoja Lápiz
- Pizarra y plumones
- Documentos bibliográficos, protocolos y artículos para estudio,
- Computadora, módem, vídeo y scanner para obtener información actualizada de bases de datos bibliográficas.

Frecuencia: Una vez por semana (viernes).

Horario: De 2:00 PM a 4:00 PM.

Tiempo: 2 horas.

Participantes: Personas de riesgo (43).

Ejecutor y responsable: Dra. Dianis Moreira Varela.

Fecha: 17/6/22 (Dinámica de grupo).

Evaluación:

- A través de preguntas y respuestas con la intervención de varios estudiantes, realizando una evaluación cualitativa.
- Aplicar un PNI (Positivo, Negativo e interesante) de todo el programa educativo.

Fecha: 24/6/22

- Evaluación Final: Aplicación del cuestionario inicial teniendo en cuenta la Clave de calificación.

## ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS:

Tabla No 1.

Distribución de las pacientes con factores de riesgos de (CCU) según grupo de edad.  
CMF #11 del Área de Salud Julio Castillo de febrero de 2020 a junio de 2022.

Edad(años)	No	%
20-29	9	20,9%
30-39	18	41,9%
40-49	9	20,9%
50-59	7	16,3%
60 ó más	0	0%
Total	43	100%

Fuente: Encuesta realizada

En la tabla No 1 se aprecia que aunque predominó el grupo de 30-39 años con 18 encuestados para un 41,9% podemos decir que la mayoría de los encuestados de forma general tenían un rango de edades mayor de 20 y menor de 49 años para un 83,7%. Coincidiendo esto con estudio realizado por el Dr. León Cruz G, donde el 82,2% de los encuestados tenían más de 20 años. (19)

Tabla No 2

Distribución de las pacientes con factores de riesgos de (CCU) según raza. CMF #11  
Área de Salud Julio Castillo, de febrero de 2020 a junio de 2022

Raza	No	%
Blanca	31	72,1%
Negra	5	11,6%
Mestiza	7	16,3%
Total	43	100%

Fuente: Encuesta realizada

En relación con los factores de riesgos de (CCU) según raza de acuerdo con los resultados aquí mostrados podemos decir que el mayor número de mujeres de nuestra muestra son de raza blanca con 31 para un 72,1%, estudio que coincide con la Dra. Dayana Rodríguez Díaz en el 2016 realizado en la Policlínica Centro, Ciego de Ávila, estudio no publicado. (26)

Tabla No 3

Distribución de las pacientes con factores de riesgos de (CCU) según comienzo de las primeras relaciones sexuales. CMF #11 Área de Salud Julio Castillo, de febrero de 2020 a junio de 2022

Primeras relaciones sexuales	No	N = 43 %
13-15 años	5	11,6%
16-19 años	37	86,1%
20 o más años	1	2,3%
Total	43	100%

Fuente: Encuesta realizada

En relación con los factores de riesgos de (CCU) según comienzo de las primeras relaciones sexuales podemos observar que en nuestra muestra el mayor número de mujeres con factores de riesgos comenzaron sus relaciones sexuales con un rango de edades entre 16 y 19 años para un 86,1% estudio que coincide con el colega Dr. Yosmel Ortega Mendoza donde un 85,4% de sus mujeres estaban en ese mismo rango de edades. (27)

Tabla No 4

Distribución de las pacientes con factores de riesgos de (CCU) según número de partos. CMF #11 Área de Salud Julio Castillo, de febrero de 2020 a junio de 2022

Número de partos	No	N = 43
		%
0 partos	4	9,3 %
1 parto	1	2,3 %
2 partos	5	11,6 %
3 o más partos	33	76,8 %
Total	43	100 %

Fuente: Encuesta realizada.

En relación con los factores de riesgos de (CCU) según número de partos de acuerdo al número de partos es más frecuente en mujeres multíparas para un 76,8% , coincidiendo esto con el estudio realizado por la autora María Luisa Marván Garduño (11).

Tabla No 5

Distribución de las pacientes con factores de riesgos de (CCU) según número de parejas sexuales. CMF #11 Área de Salud Julio Castillo, de febrero de 2020 a junio de 2022

Número de parejas sexuales	No	N = 43
		%
1 pareja sexual	1	2,3 %
2 parejas sexuales	7	16,3 %
3 o más parejas sexuales	35	81,4 %
Total	43	100 %

Fuente: Encuesta realizada.

En relación con los factores de riesgos de (CCU) según número de parejas sexuales en el grupo de mujeres estudiadas fue más frecuente el antecedente de haber tenido múltiples parejas sexuales para un 81,4%, estudio que coincide con el Dr.: René Mustelier Despaine (10).

Tabla No 6

Distribución de las pacientes con factores de riesgos de (CCU) según ingestión de anticonceptivos hormonales por tiempo prolongado. CMF #11 Área de Salud Julio Castillo, de febrero de 2020 a junio de 2022

Ingestión de anticonceptivos hormonales por tiempo prolongado	No	N = 43 %
Sí	39	90,7%
No	4	9,3%
Total	43	100%

Fuente: Encuesta realizada.

En relación con los factores de riesgos de (CCU) según ingestión de anticonceptivos hormonales por tiempo prolongado De acuerdo con lo aquí mostrado el mayor % para un 90,7% de mujeres de nuestro estudio habían usado anticonceptivos de forma prolongada, coincidiendo con el estudio del autor Oslando Padilla (13).

Tabla No 7

Distribución de las pacientes con factores de riesgos de (CCU) según tipo de ITS padecida. CMF #11 Área de Salud Julio Castillo, de febrero de 2020 a junio de 2022

ITS	No	N = 43 %
Cándida	27	62,2%
Trichomonas	5	11,8%
Sífilis	0	0
Blenorragia	0	0
Condiloma	8	18,9%
Clamidia	3	7,1%

Fuente: Encuesta realizada.

En relación con los factores de riesgos de (CCU) según tipo de ITS padecida el 100% de la muestra estudiada desarrolló algún tipo de ITS previamente, coincidiendo con el estudio de Almenta Martín García (9)

Tabla No 8

Distribución de las pacientes con factores de riesgos de (CCU) según antecedentes de alteraciones benignas del cuello de útero. CMF #11 Área de Salud Julio Castillo, de febrero de 2020 a junio de 2022

Antecedentes	No	N = 43 %
Cervicitis	12	27,9 %
Desgarro post-parto	27	62.8 %
Ambos Diagnósticos	4	9,3 %

Fuente: Encuesta realizada.

En relación con los factores de riesgos de (CCU) según antecedentes de alteraciones benignas del cuello de útero el mayor número de mujeres presentaron Desgarro post-parto para un 62.8 % respectivamente, que coincide con el estudio de la Dra.: Beatriz Rodríguez de León (14).

Tabla No 9

Evaluación de los conocimientos antes y después de la intervención. CMF #11 Área de Salud Julio Castillo, de febrero de 2020 a junio de 2022

Nivel de Conocimiento	N = 43	
	Antes	Después
Bajo	35	0
Medio	8	0
Alto	0	43
Total	43	43

Fuente: Encuesta realizada.

Con relación al nivel de conocimientos de la muestra estudiada podemos observar que antes de la intervención el mayor número de pacientes tenía un nivel de conocimiento bajo para un total de 35, mientras que una vez realizada la misma se logró modificar el resultado para 43 mujeres con un nivel alto.

Al realizar el análisis estadístico de la comparación de medias cuando se comparan los momentos antes y después de la intervención para buscar la efectividad de la estrategia de intervención educativa aplicada podemos apreciar con dichos resultados lo siguiente:

Momentos	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza
Antes	58.39	10.36	(48.01 ; 68.74)
Después	88.48	11.29	(77.19 ; 98.39)

La media para el momento antes de la intervención fue de 58.39 por lo que la calificación del nivel de conocimiento de las pacientes con factores de riesgos fue de bajo y después de la intervención la media subió a 88.48 por lo que los capacitados adquirieron un nivel de conocimiento alto.

Al obtener el resultado de la probabilidad ( $p$ ) asociada al estadígrafo de prueba podemos apreciar que el valor de este es  $p = 0.003$  por lo que este resultado es menor que el nivel de significación planificado en la investigación ( $\alpha = 0.05$ ) por lo que ( $p < \alpha$ ). Se rechaza la hipótesis nula hecho que se complementa al observar los intervalos de confianza calculados para cada momento (antes y después), donde se aprecia que la media calculada se encuentra justamente dentro de dicho intervalo de confianza, por lo que se afirma con dicha prueba con un nivel de confiabilidad del 95% que la media difiere en ambos momentos por lo que la intervención aplicada en las pacientes con factores de riesgos fue efectiva y se cumple con los objetivos trazados en la investigación.

Tabla 10. Distribución del impacto de la estrategia educativa según pacientes estudiadas y técnica de PNI.

Pacientes		Técnica del PNI. (n = 43)					
		Positivo		Negativo		Interesante	
Estudiadas	de	Nº	%	Nº	%	Nº	%
		Total		31	72,1%	0	0%
Pacientes							
Total		31	72,1%	0	0%	12	27,9%

Después de aplicada la intervención educativa conocimos, a través de la técnica PNI que el 72,1% de los encuestados manifestaron positividad al evaluar la estrategia y un 27,9% la consideró interesante, siendo así que ninguna de las pacientes encuestadas la consideró negativa para un 0% .

## **CONCLUSIONES.**

Con esta investigación se concluye que la mayoría de las mujeres con factores de riesgos de Cáncer cervico uterino incrementaron sus conocimientos sobre los factores de riesgos después de aplicar la estrategia educativa diseñada según las necesidades de aprendizaje de los participantes, por lo que se infiere el valor incomparable de la labor educativa en la Atención Primaria de Salud (APS) en estas patologías.

## **R E C O M E N D A C I O N E S .**

Sistematizar la estrategia educativa en la Atención Primaria de Salud a las mujeres con factores de riesgos de (CCU) con el objetivo de incrementar los conocimientos de las mujeres y de esta forma elevar su calidad de vida según el Programa Nacional de Cáncer Cervico uterino.

Se propone la divulgación del plegable diseñado que contiene información acerca de del cáncer cervico uterino, para que esté al alcance de toda la población.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Álvarez Sintés R. Carcinoma del cuello uterino En: Temas de Medicina General Integral. Segunda edición. La Habana. Editorial Ciencias Médicas; 2008. p .1406-1410.
2. Farrera, W. Cáncer cérvico uterino. Tratado de Medicina Interna. 14 a. ed. New York: Harcourt; 2005.
3. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estadísticas. Anuario Estadístico de Salud. Ciudad de la Habana: Editorial del Ciencias Médicas; 2014.
4. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Proyecciones de la Salud Pública en Cuba para el 2015, La Habana; 2009.
5. Cabeza Cruz E. Lesiones maligna del útero En: Obstetricia y Ginecología. La Habana. Editorial Ciencias Médicas; 2013. p. 297-307.
6. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional del Diagnóstico Precoz del Cáncer Cervico- Uterino: Ciudad de la Habana. Ed. Ciencias Médicas; 2012. p. 1-12.
7. Pérez Echemedía Mario. Cáncer Cérvico-Uterino En: Ginecología Oncológica Pelviana. La Habana. Ed. Ciencias Médicas; 2016.p. 79-83.
8. Cabezas Cruz E. Conducta frente a la neoplasia intraepitelial cervical. Rev. Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2014; 24 (3): 156-160.
9. Carvajal Balaguera J, Martín García Almenta M, Oliart Delgado de Torres S, Camuñas Segovia J, Peña Gamarra L, Gómez Maestro P, et al. Condiloma acuminado gigante inguinal y perineal: cuadro clínico, diagnóstico y tratamiento. MAPFRE Med. 2009; 17(2):144-50.
10. Mustelier Despaigne René, Ardines Castellano Indalecio. Jorge García A. Algunos factores biológicos asociados con la aparición de citología alteradas. Revista Cubana Obstetricia y Ginecología. 2010; 25 (1): 14-18.

11. Ehrenzweig Sánchez Yamilet, Marván Garduño María Luisa, Acosta Condado Érika Adriana. Conocimientos sobre la prevención del cáncer Cervicouterino, locus de control y realización del Papanicolaou. *Psicología y Salud*. 2013; 23(2):161-9.
12. Urdaneta Machado José Ramón, Nava Suarez María Lorena, García José, Cepeda De Villalobos Maritza, ZambranoNasser Baabel, Salazar Jenny, et al. Conocimiento del Cáncer de Cuello Uterino y Hallazgos Citológicos en Mujeres de Estratos Socioeconómicos Bajos. *Revista Venezolana de Oncología*. 2013; 25(4):211-28.
13. M Teresa Urrutia, Ximena Concha, Giselle Riquelme, Oslando Padilla. Conocimientos y conductas preventivas sobre cáncer cérvico-uterino y virus papiloma humano en un grupo de adolescentes chilenas. *Rev Chilena Infectol*. 2012; 29(6):600-6.
14. Martínez de León Beatriz, Ramos Romero Graciela, Puig Téllez Alina, Ulloa Fornaris Ileana, Serret Navarro Jesús. Particularidades de la educación sexual en Cuba. *MEDISAN*. 2013 [citado 22 Dic 2014]; 17(7):2027-38. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S102930192013000700014&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192013000700014&lng=es)
15. Colectivo de autores. Infecciones de transmisión sexual. Pautas para su tratamiento. La Habana: MINSAP; 2015.
16. Martínez SA. Cáncer ginecológico. Mod 14. Maestría de la atención integral a la mujer. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2012.
17. Duarte RE, Muros DA, Cepero MF, Cardoso HJ, Estenoz FA. Factores de riesgo del cáncer de cuello uterino. *Rev. AMC*. 2016; 11(1):2-4.
18. Dirección Nacional de Estadísticas. Anuario Estadístico de Salud. 2013. p. 59.
19. León Cruz G, Bosques Diego O de J, Silveira Pablo M. Mecanismos moleculares de los cofactores asociados con el cáncer de cuello uterino. *Rev. Cubana Obstet Ginecol [serie en Internet]*. 2004 [citado 18 jul. 2013]; 30(3): [aprox. 14 p.].
20. Colectivo de autores programa nacional de diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino. La Habana 2011.

21. Villa LL. Vacunas contra el virus del papiloma humano y cáncer invasor cervical invasor [en internet]. 2011? [citado 12 jul 2006]: [aprox. 8 p.].
22. López SA, Lizano Soberón M. Cáncer cérvico uterino y el virus del papiloma humano: la historia que no termina. Fecha de acceso: 12 abril del 2009.
23. Araujo O, et al. Criocirugía en el tratamiento de las lesiones benignas y premalignas del cuello uterino. Rev. Cubana Obstet Ginecol 15 (3):2015.
24. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2012. Ginebra: Colaboradores por la salud; 2012.
25. Espín Falcón Julio César, Cardona Almeida Adriana, Acosta Gómez Yuxini, Valdés Mora Mariela, Olano Rivera Mayleni. Acerca del cáncer Cervicouterino como un importante problema de salud pública. Rev Cubana Med Gen Integr. 2012 [citado 22 Dic 2014]; 28(4):735-46. Rodríguez Díaz Dayana. Predisposición del cáncer Cervicouterino. Ciego de Ávila 2016.
26. Ortega Mendoza Yosmel. Asociación de las relaciones sexuales tempranas con el cáncer Cervicouterino. La Habana 2015.
- 27- Rosell Juarte E, Muñoz Dobargane A, Cepero Muñoz F, Cardoso Hernández J, Estenoz Fernández A. Factores de riesgo del cáncer de cuello uterino. Rev. Arch Med de Camag. 2007; 11(Supl I): 2.
- 28-Varela Álvarez A, Valladares Lorenzo R, Ferrá Torres TM, Durruthy Wilson O, Córdova Dalacio D, Mendoza del Pino M. Cáncer Cérvico Uterino. Comportamiento durante el quinquenio 2002-2006 en la provincia Camagüey. MediCiego. 2008; 14(2):3-5.
- 29- Sarduy Nápoles M. Características clínicas y socio demográficas en un grupo de mujeres con lesiones escamosas intraepiteliales cervicales de alto grado. Rev. Cub Obstet Ginecol [Internet]. 2008 [citado 25 may 2010]; 34(2): [aprox. 6 p.].
- 30.- Tirado-Gómez LL, Mohar-Betancourt A, López-Cervantes M, García-Carrancá A, Franco-Marina F, Borges G. Factores de riesgo de Cáncer Cérvico Uterino invasor en mujeres mexicanas. Salud Pú b M éx. 2009; 47(5):342-350.

31. Muñoz N, Bosch FX, Sanjosé S, Herrero R. Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer. *N Engl J Med*. 2003; 348: 51827.

32. León Cruz G, Bosques DO. 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]. 2008 [citado 10 Sep 2013]; 31(1):[aprox. 10 p.].

33 Ferrá Torres TM, Estrada Abreu DR, Bermejo Bencomo W. Cáncer Cérvico Uterino y verrugas ano-genitales. Su relación. *Arch Méd Camag* [Internet]. 2008[citado 14 Ene 2010]; 12(1): [aprox. 7 p.].

34- Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer Cérvico Uterino. La Habana: Ciencias Médicas; 2008.

35- Mendoza del Pino M, Caballería Pérez F, García Oms C, Galán Álvarez Y. El cáncer en la provincia de Camagüey. Su comparación con el país. *Rev. Arch Méd de Camag*. 2007; 5 (Supl 2): 13-15.

36- León Cruz G, Bosques Diego OJ, Silveira Pablos M. Mecanismos moleculares de los cofactores asociados con el cáncer de cuello uterino. *Rev. Cub Obstetrician y Ginecología* 2007; 30(3):14.

37- Rigol O. Obstetricia y ginecología. La Habana: Ciencias Médicas; 2004.

38-Chávez Roque M, Virelles Trujillo ME, Bermejo Bencomo W, Viñas Sifontes L. Intervención comunitaria sobre factores de riesgo del cáncer cervicouterino. *Rev. Arch Méd Camag*. [Internet]. 2008 [citado 21 de May2012]; 12 (5): [aprox. 6 p].

39-Cartaya Olano M, Hernández Sáez I, González Sáez Y, del Pilar Álvarez Cisneros N. Factores de riesgo del cáncer cérvico-uterino AMC [Internet]. 2010 [citado 3 de Ene2010]; 14 (5): [aprox. 5 p].

40. Cruz Hernández J, Yanes Quesada M, Isla Valdés A, Hernández García P, Velasco Boza A. Anticoncepción en la adolescencia. Rev. Cub Endocrinol [Internet]. 2007 [citado 19 Oct. 2010]; 18(1).
41. Durán Cala MI. Cáncer cervicouterino. Comportamiento de algunos factores clinicoepidemiológicos en un área de salud. [Citado 16 octubre 2010].
- 42-[Rodríguez Salvá A, Ángel A. Echavarría Aguilera AA, Murlá Alonso P, Vázquez González C.](#) Factores de riesgo del cáncer de cérvix en el municipio Cerro. Rev. Cubana Hig Epidemiol [Internet] 1999 [citado 5 de enero de 2013]; 37 (1): [aprox. 8 p].
- 43.- Domínguez Trejo E, Zenteno Cuevas R. Factores de riesgo para desarrollar Cáncer Cérvico Uterino en pacientes atendidas en el centro estatal de cancerología "Dr. Miguel Dorantes Mesa" [tesis] "Xalapa, Veracruz: Universidad Veracruzana.2010.
- 44.- Chibás Lamoth Y, Morlote Castañeda YY, Francis Jarrosay L, Mustelieir Aira M, Bosch Gainza D. Estudio de agregación familiar y estrategia de prevención para cáncer cervicouterino en Guantánamo .Rev. Infcient [Internet].2011 [Citado 18 sep. 2014]; 71(3): [aprox.7 p].
- 45-Ferrá Torres TM, Santana Álvarez J, Barreto Argilagos G. La infección por papiloma virus humano en la mujer: una revisión del tema. AMC [internet]. 2011[citado 4 Ene 2012]; 15 (6): [aprox. 6 p].
- 46-Ferrá Torres TM, Estrada Abreu DR, Bermejo Bencomo W. Factores de riesgo medioambientales del cáncer cervicouterino AMC [Internet]. 2009 [citado 5 Ene 2013]; 13 (2): [aprox. 7 p].
47. Santillana Macedo MA. Elementos socioculturales en la prevención del cáncer cérvico-uterino: un estudio en Hermosillo, Sonora. Salud Pú b Méx [Internet]. 2004 [citado 26 Ene 2010]; 46(6):597-8.

## ANEXOS

### Anexo No 1

Consentimiento Informado

Fecha \_\_\_\_\_

Hemos sido informados debidamente por la investigadora y su tutora sobre las características del estudio. Estrategia de Intervención Educativo para mejorar los conocimientos sobre cáncer Cervico uterino en mujeres del CMF #11 del área de salud Julio Castillo Álvarez durante el período 1 de febrero 2020/1 de junio 2022.

Declaramos en pleno ejercicio de nuestras facultades estar de acuerdo en:

- Participar en el mismo, una vez conocidas sus características.
- Que la información que brinde será utilizada exclusivamente con fines investigativos para nuestro propio beneficio y de nuestra comunidad y no será divulgada indebidamente.
- Que los procedimientos a utilizar no entrañan riesgo o posibilidad alguna de daño para la salud y sí para la beneficencia.

Y para que así conste, firmamos el presente.

Firma \_\_\_\_\_

**Anexo No 2**

Encuesta.

Estimado pacientes:

Con el fin de mejorar la atención destinada a usted por el Equipo Básico de Salud de su Consultorio Médico de Familia, le solicitamos que de estar de acuerdo, responda a las siguientes preguntas con la mayor sinceridad posible. Le garantizamos la confidencialidad de la información aquí recogida. Quedan agradecidos por su cooperación:

1. Nombre y apellidos \_\_\_\_\_
2. Edad \_\_\_\_\_
3. Raza
  - ◆ Blanca \_\_\_\_\_
  - ◆ Negra \_\_\_\_\_
  - ◆ Mestiza \_\_\_\_\_
4. Números de partos.
  - ◆ 0 partos \_\_\_\_\_
  - ◆ 1 parto \_\_\_\_\_
  - ◆ 2 partos \_\_\_\_\_
  - ◆ 3 o más partos \_\_\_\_\_
5. Número de parejas sexuales
  - ◆ 1 pareja sexual \_\_\_\_\_
  - ◆ 2 parejas sexuales \_\_\_\_\_
  - ◆ 3 o más parejas sexuales \_\_\_\_\_
6. Edad de comienzo de las primeras relaciones sexuales.
  - ◆ 13-15 años \_\_\_\_\_
  - ◆ 16-19 años \_\_\_\_\_
  - ◆ 20 o más años \_\_\_\_\_
7. Ha padecido algunas de las siguientes ITS.
  - ◆ Cándidas \_\_\_\_\_
  - ◆ Trichomonas \_\_\_\_\_
  - ◆ Sífilis \_\_\_\_\_
  - ◆ Blenorragia \_\_\_\_\_

♦ Condiloma Acuminado\_\_\_\_\_

♦ Clamidia\_\_\_\_\_

8. Ha utilizado alguna vez anticonceptivos hormonales por tiempo prologado.

♦ Si\_\_\_\_\_

♦ No\_\_\_\_\_

9. Antecedente de haber padecido cervicitis.

♦ Si\_\_\_

♦ No\_\_\_

10. Antecedente de haber sufrido desgarro post-parto.

♦ Si\_\_\_

♦ No\_\_\_

### **Anexo No 3**

Encuesta para evaluar el nivel de conocimientos sobre el cáncer cervicouterino

- Marque con una x las opciones que considere correctas.

#### Pregunta # 1

¿Sabes que significa NIC?

- a) \_\_\_\_\_ Inflamación en los órganos reproductores femeninos.
- b) \_\_\_\_\_ Cáncer en el cuello del útero.
- c) \_\_\_\_\_ Neoplasia intraepitelial cervical (Lesión maligna el cuello del útero)

#### Pregunta # 2

¿Conoces algunas de las razones o causas que nos predisponen para que aparezca el cáncer de cuello uterino?

- a) \_\_\_\_\_ No tiene
- b) \_\_\_\_\_ Herencia
- c) \_\_\_\_\_ Usar dispositivos intrauterinos (DIU)
- d) \_\_\_\_\_ Uso de Anticonceptivos orales.
- e) \_\_\_\_\_ Hábitos tóxicos (cigarro, alcohol, drogas)
- f) \_\_\_\_\_ Infecciones de transmisión sexual.
- g) \_\_\_\_\_ Embarazos a temprana edad.
- h) \_\_\_\_\_ Múltiples parejas sexuales.
- i) \_\_\_\_\_ Elevado número de partos

#### Pregunta # 3

¿De qué forma se detectan las lesiones malignas del cuello uterino?

- a) \_\_\_\_\_ Con el ultrasonido ginecológico.
- b) \_\_\_\_\_ Con la prueba citológica.
- c) \_\_\_\_\_ Con el examen del ginecólogo
- d) \_\_\_\_\_ Colposcopia.
- e) \_\_\_\_\_ Biopsia

#### Pregunta # 4

¿A quiénes se realiza la prueba citológica?

- a) \_\_\_\_ A cualquier mujer que tenga vida sexual.
- b) \_\_\_\_ A las mujeres entre 25 y 64 años.
- c) \_\_\_\_ A las mujeres promiscuas.
- d) \_\_\_\_ Cuando se tiene algún trastorno ginecológico (flujo vaginal, dolor bajo  
Vientre, sangramiento, etc.).
- e) \_\_\_\_ A las mujeres que han parido.

Pregunta # 5.

¿Consideras que el NIC se cura?

- a) \_\_\_\_ Sí
- b) \_\_\_\_ No

**A n e x o N o 4**

**F.O.D. Debate.**

**Cierre: P.N.I.**

**M o d e l o d e P.N.I.**

**P o s i t i v o :**

**N e g a t i v o :**

**I n t e r e s a n t e :**

**Nota: Este modelo será aplicado en cada una de las sesiones del programa de capacitación.**

Etapas de la investigación.

PRIMERA ETAPA: Diagnóstico.

Acción 1: Aplicación de la encuesta (Anexo 2).

Objetivo: - Explorar el conocimiento antes y después de la intervención educativa sobre Cáncer Cervicouterino en cuanto a:

- Conocimiento sobre Cáncer Cervicouterino.
- Causas que predisponen a la aparición del Cáncer Cervicouterino.
- Medios de diagnóstico de las lesiones malignas del cuello.
- A quienes se le realiza la Prueba citológica.
- Curabilidad de la enfermedad
- Manifestaciones clínicas
- Medidas de Prevención.

Plazos para la realización: Abril a Junio 2022.

Instrumentación

Para la ejecución del estudio se estableció la comunicación con las mujeres con factores de riesgo del CMF No 11 con el objetivo de lograr la participación de todas las personas, lo que quedó validado a través de un documento (anexo 1) que fue firmado por la paciente como constancia de su disposición a participar en el estudio.

Se aplicó un instrumento (anexo 2) que permitió caracterizar y seleccionar la muestra objeto de estudio con el fin de identificar sus necesidades de aprendizaje y se diseñó un programa educativo según los resultados encontrados.

Una vez establecidos los temas y objetivos del programa educativo se procedió a ejecutar la intervención en un local adecuado, con buena iluminación, ventilación, empleando materiales didácticos que facilitaron la comprensión como: láminas, pancartas, pizarrón y computadora. Se determinó el número de sesiones necesarias para lograr el principal objetivo: elevar los conocimientos sobre la enfermedad de las personas objeto de estudio en dependencia de las necesidades de aprendizaje.

Una vez impartido el programa educativo se aplicó nuevamente la encuesta diseñada y se compararon los conocimientos de estos pacientes antes y después de la intervención.

#### SEGUNDA ETAPA: Planeación

Acción 1: Se elaboró un programa de intervención para la consulta y profundización de las personas vulnerables en cuanto a Cáncer Cervico uterino

Objetivo: Elaborar un programa de intervención que contribuya a la preparación de las mujeres con factores de riesgo en cuanto en cuanto a Cáncer Cervico uterino

Plazos para la realización: Abril a Junio 2022.

#### Instrumentación

A pesar de que en el sistema de salud cubano se ofrecen múltiples servicios donde se puede acudir para informarse mejor ante alguna duda o preocupación, como son las consultas médicas y el terreno en cada área de salud, Centro de Promoción y educación para la salud, el nivel de conocimiento de las mujeres con factores de riesgo en cuanto en cuanto a Cáncer Cervico uterino ha sido limitada. Por esta razón se elaboró un programa de intervención prediseñado sobre el tema, al cual se le añadieron las necesidades de aprendizajes encontradas luego de la aplicación inicial del instrumento que contribuyó a su preparación.

Acción 2: Se elaboraron las precisiones metodológicas para el desarrollo del programa de intervención.

Objetivo: Elaborar las precisiones metodológicas para la realización del programa de intervención con el propósito de elevar el conocimiento sobre Cáncer cervico uterino las mujeres con factores de riesgo del CMF No 11.

Plazos para la realización: Abril a Junio 2022.

Instrumentación: El propósito fundamental del programa de intervención, es elevar el conocimiento sobre Cáncer cervico uterino las mujeres con factores de riesgo del CMF No 11. Esta acción permitió la realización de un análisis minucioso con toda la muestra de porque fueron seleccionados, sobre los problemas que presentan las personas vulnerables en cuanto a Cáncer cervico uterino, las causas de los mismos y las posibles soluciones que puedan aplicarse, porque le permite a estas personas asumir su propio aprendizaje e implica que adopten una actitud consciente frente a esta tarea, seleccione las estrategias de aprendizaje, y conozca lo que necesita aprender.

#### TERCERA ETAPA: Implementación

Acción 1: Se impartió el programa de intervención

Objetivo: Elevar el nivel de conocimiento sobre Cáncer Cervico uterino en mujeres con factores de riesgo del consultorio médico de Familia No 11.

Plazos para la realización: Abril a Junio 2022.

Instrumentación: Se realizaron once encuentros de 2 horas de duración, con una frecuencia semanal, empleando las técnicas participativas-comunicativas necesarias para lograr los objetivos propuestos, como lluvia de ideas, lectura eficiente, dramatizaciones, discusión grupal, charla educativa, interrogatorios con pacientes enfermos, entre otras.

En la realización de los encuentros prevaleció un clima abierto y franco, donde se propició el intercambio en la actividad grupal, al aportar cada miembro conocimientos, valoraciones y experiencias. El aplicador tuvo en cuenta la dinámica de grupo, porque permitió valorar qué situaciones se presentan en su interacción. En todos los momentos de su realización se combinó, lo cognitivo y lo afectivo.

#### CUARTA ETAPA: Evaluación

Acción 1: Se aplicó la encuesta.

Objetivo: Evaluar el conocimiento en mujeres con factores de riesgo de Cáncer Cervico uterino después de haber implementado el programa de intervención.

Plazos para la realización: Junio/2022.

La estrategia metodológica del Trabajo se basó en principios, categorías y leyes del materialismo dialéctico y del método científico, aplicados al estudio de una parte de la realidad social.

Para la evaluación del conocimiento general se consideró una escala de puntuación en base a 100 puntos los cuáles fueron distribuidos en las preguntas anteriormente mencionadas y se consideraron los siguientes criterios:

- Altos conocimientos: Entre 80 –100 puntos.
- Medios conocimientos: Entre 60 –79 puntos.
- Bajos conocimientos: Menos de 60 puntos

Los resultados se expresaron en forma de tablas y gráficos los que se analizaron en correspondencia con los objetivos propuestos para emitir las conclusiones.

Conceptualización y Operacionalización de las variables:

Nivel de conocimientos: Adquisición a través de la vida de temas relacionados con dicha enfermedad.

Conocimientos sobre Cáncer Cervico uterino es:

- Poseer conocimientos sobre la existencia de la enfermedad en Cuba.
- Poseer conocimientos sobre la curabilidad de la enfermedad
- Poseer conocimientos sobre los Factores de riesgo.
- Poseer conocimientos sobre las manifestaciones clínicas
- Poseer conocimientos sobre las medidas de prevención.

Se evaluaron las preguntas 2,3 y 4 del cuestionario inicial aplicado a los pacientes antes y después de la intervención.

Clave de calificación

Para la evaluación de las preguntas se establecieron calificaciones de Alto, Medio y Bajo, teniendo en cuenta las preguntas 2,3 y 4 del cuestionario inicial.

Pregunta 2

Por ser la pregunta más compleja que evalúa varias variables en estudio tiene un valor de 45 puntos .Cada inciso vale 5 puntos.

Los incisos correctos son: d, e, f, g, h, i.

Los incisos incorrectos son: a, b, c.

Correcta: Cuando haya contestado el inciso d, e, f, g, h, correctos refiriéndose a que

es una enfermedad que tiene como factor de riesgo el uso prolongado de anticonceptivos orales, hábitos tóxicos como el mal hábito de fumar, infecciones de transmisión sexual, embarazos a temprana edad así como tener múltiples parejas sexuales .Así como logre identificar que el resto de los incisos son incorrectos.

Operacionalización de esta variable: Cualitativa, politómica.

Se considerarán evaluados de:

- Altos conocimientos: Los que obtengan más de 36 puntos.
- Medios conocimientos: Los que obtengan de 27 a 36 puntos.
- Bajos conocimientos: Los que obtengan menos de 27 puntos.

Si no marca ninguno de los incisos o las marcas todos se considerarán evaluados de mal.

Pregunta 4

Tiene un valor de 30 puntos.

Los incisos correctos son: b, d, e y tienen un valor de 6 puntos cada uno.

Los incisos incorrectos son: a, c.

Correcta: Cuando haya contestado el inciso b, d, e correcta refiriéndose a que las formas para detectar las lesiones malignas del cuello uterino son a través de la citología, biopsia colposcopia. Así como logre identificar que el resto de los incisos son incorrectos.

Operacionalización de esta variable: Cualitativa, politómica.

Se considerarán evaluados de:

- Altos conocimientos: Los que obtengan más de 24 puntos.
- Medios conocimientos: Los que obtengan de 18 a 24 puntos.
- Bajos conocimientos: Los que obtengan menos de 18 puntos.

Si no marca ninguno de los incisos o los marca todos se considerará evaluado de mal.

Pregunta 4

Tiene un valor de 25 puntos. Los incisos correctos son: b, d. tienen un valor de 5 puntos.

Los incisos incorrectos son: a, c, e. tienen un valor de 5 puntos.

Correcta: Cuando haya contestado el inciso b, d correctos refiriéndose que se le realiza la prueba citológica a mujeres entre 25 y 64 años y aquellas que presentan un trastorno ginecológico como sangramiento anormal como agua de lavado de carne, aumento del flujo vaginal y dolor en bajo vientre.

Así como logre identificar que el resto de los incisos son incorrectos

Operacionalización de esta variable: Cualitativa, politómica.

Se considerarán evaluados de:

- Altos conocimientos: Los que obtengan más de 20 puntos.
- Medios conocimientos: Los que obtengan de 12 a 20 puntos.
- Bajos conocimientos: Los que obtengan menos de 12 puntos.

Si no marca ninguno de los incisos o los marca todos se considerará evaluado de mal.

A partir de estos se establecieron las dimensiones y los indicadores, así como las técnicas que evaluaron los mismos

**A n e x o N o 2**

Encuesta.

Estimado pacientes:

Con el fin de mejorar la atención destinada a usted por el Equipo Básico de Salud de su Consultorio Médico de Familia, le solicitamos que de estar de acuerdo, responda a las siguientes preguntas con la mayor sinceridad posible. Le garantizamos la confidencialidad de la información aquí recogida. Quedan agradecidos por su cooperación:

5. Nombre y apellidos \_\_\_\_\_

6. Edad \_\_\_\_\_

7. Raza

♦ Blanca \_\_\_\_\_

♦ Negra \_\_\_\_\_

♦ Mestiza \_\_\_\_\_

8. Números de partos.

♦ 0 partos \_\_\_\_\_

♦ 1 parto \_\_\_\_\_

♦ 2 partos \_\_\_\_\_

♦ 3 o más partos \_\_\_\_\_

5. Número de parejas sexuales

♦ 1 pareja sexual \_\_\_\_\_

♦ 2 parejas sexuales \_\_\_\_\_

♦ 3 o más parejas sexuales \_\_\_\_\_

6. Edad de comienzo de las primeras relaciones sexuales.

♦ 13-15 años \_\_\_\_\_

♦ 16-19 años \_\_\_\_\_

♦ 20 o más años \_\_\_\_\_

7. Ha padecido algunas de las siguientes ITS.

♦ Cándidas \_\_\_\_\_

♦ Trichomonas \_\_\_\_\_

♦ Sífilis\_\_\_\_\_

♦ Blenorragia\_\_\_\_\_

♦ Condiloma Acuminado\_\_\_\_\_

♦ Clamidia\_\_\_\_\_

8. Ha utilizado alguna vez anticonceptivos hormonales por tiempo prologado.

♦ Sí\_\_\_\_\_

♦ No\_\_\_

9. Antecedente de haber padecido cervicitis.

♦ Sí \_\_\_

♦ No \_\_\_

10. Antecedente de haber sufrido desgarro post-parto.

♦ Sí\_\_\_

♦ No\_\_\_

### **Anexo No 3**

Encuesta para evaluar el nivel de conocimientos sobre el cáncer cervicouterino

- Marque con una x las opciones que considere correctas.

#### Pregunta # 1

¿Sabes que significa NIC?

- a) \_\_\_\_\_ Inflamación en los órganos reproductores femeninos.
- b) \_\_\_\_\_ Cáncer en el cuello del útero.
- c) \_\_\_\_\_ Neoplasia intraepitelial cervical (Lesión maligna el cuello del útero)

#### Pregunta # 2

¿Conoces algunas de las razones o causas que nos predisponen para que aparezca el cáncer de cuello uterino?

- a) \_\_\_\_\_ No tiene
- b) \_\_\_\_\_ Herencia
- c) \_\_\_\_\_ Usar dispositivos intrauterinos (DIU)
- d) \_\_\_\_\_ Uso de Anticonceptivos orales.
- e) \_\_\_\_\_ Hábitos tóxicos (cigarro, alcohol, drogas)
- f) \_\_\_\_\_ Infecciones de transmisión sexual.
- g) \_\_\_\_\_ Embarazos a temprana edad.
- h) \_\_\_\_\_ Múltiples parejas sexuales.
- i) \_\_\_\_\_ Elevado número de partos

#### Pregunta # 3

¿De qué forma se detectan las lesiones malignas del cuello uterino?

- a) \_\_\_\_\_ Con el ultrasonido ginecológico.
- b) \_\_\_\_\_ Con la prueba citológica.
- c) \_\_\_\_\_ Con el examen del ginecólogo
- d) \_\_\_\_\_ Colposcopia.
- e) \_\_\_\_\_ Biopsia

#### Pregunta # 4

¿A quiénes se realiza la prueba citológica?

- a) \_\_\_\_ A cualquier mujer que tenga vida sexual.
- b) \_\_\_\_ A las mujeres entre 25 y 64 años.
- c) \_\_\_\_ A las mujeres promiscuas.
- d) \_\_\_\_ Cuando se tiene algún trastorno ginecológico (flujo vaginal, dolor bajo  
Vientre, sangramiento, etc.).
- e) \_\_\_\_ A las mujeres que han parido.

Pregunta # 5.

¿Consideras que el NIC se cura?

- a) \_\_\_\_ Sí
- b) \_\_\_\_ No

**A n e x o N o 4**

**F.O.D. Debate.**

**Cierre: P.N.I.**

**M o d e l o d e P.N.I.**

Positivo:

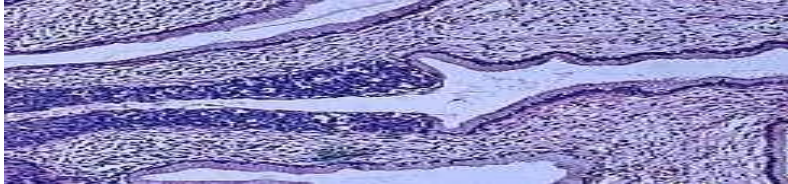
Negativo:

Interesante:

**Nota: Este modelo será aplicado en cada una de las sesiones del programa de capacitación.**

¿Que usted conoce por cáncer cervico uterino?

El **cáncer cervical** o **carcinoma de cérvix** o **cáncer de cuello de útero** incluyen las neoplasias malignas que se desarrollan en la porción fibromuscular inferior del útero que se proyecta dentro de la vagina.



¿Cuales son factores de riesgo de cáncer cervical que usted conoce?

**Los factores de riesgo de cáncer cervical** están relacionados con características tanto del virus como del huésped, e incluyen:

- ❖ Múltiples compañeros sexuales
- ❖ Una pareja masculina con muchas compañeras sexuales presentes o pasadas
- ❖ Edad temprana en la primera relación sexual
- ❖ Elevado número de partos
- ❖ Infección persistente con un VPH de alto riesgo (como VPH 16 o 18)
- ❖ Infección por VHS tipo II y otras ITS (como marcadores de promiscuidad sexual)
- ❖ Inmunosupresión
- ❖ Ciertos subtipos de HLA (antígenos leucocitarios humanos)
- ❖ Uso de contraceptivos orales
- ❖ Hábito de fumar.

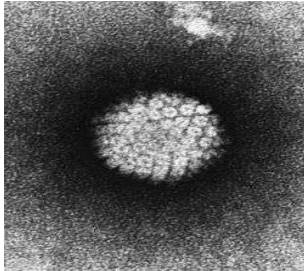
¿Es una enfermedad CURABLE?



- ❖ **SÍ**, se diagnostica tempranamente.
- ❖ **SÍ**, Cumple con el tratamiento correctamente.

- ❖ **Sí,** eres disciplinado al asistir a las consultas médicas.

Estudios realizados por el científico alemán Harald zur Hausen aportó un gran avance en la investigación del cáncer cervical, ya que descubrió papel importante que posee el virus del papiloma humano (VPH) en su formación.



**Acude a tu médico**

La infección genital con el virus del papiloma humano (VPH) es la enfermedad de transmisión sexual viral más frecuente en el mundo. Asimismo, es el factor de riesgo más importante para desarrollar lesiones pre neoplásicas y neoplásicas del cuello uterino.

Según el grado de evolución que presenten al observarlas con el microscopio se clasifican en tres grados:

- **NIC I:** Solo se observa displasia en el tercio inferior del epitelio. La mayoría regresan espontáneamente a los 2 años, pero el 10% progresa a NIC de mayor grado.
- **NIC II:** Hay displasia en los dos tercios inferiores del epitelio.
- **NIC III:** El epitelio es displásico en su totalidad. También recibe el nombre de "carcinoma *in situ*". La mayoría no regresan espontáneamente, y a los 2 años el 10% se ha transformado en un carcinoma invasor.

*Se identifican diferentes subtipos de cáncer cervical:*

- Carcinoma de las células escamosas, que se origina a expensas del epitelio pavimentoso; es el más frecuente (aproximadamente 80% de los casos).
- Adenocarcinoma cervical, que constituye el 15% de los casos y se desarrolla a partir de lesiones precursoras denominadas adenocarcinoma *in situ*.

- Carcinomas adenoescamosos y neuroendocrinos, que constituyen el 5% restante de los casos.

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

- **Estadio I:** confinado al cuello del útero. Con un estadio IA si el tumor mide menos de 7 mm de superficie y 5 mm de invasión en profundidad; y un estadio IB si el tumor mide más o es macroscópico.
- **Estadio II:** se extiende más allá del cuello, pero no se extiende a la pared de la pelvis y, si afecta a la vagina, no llega a su tercio inferior. Se clasifica como IIA si no afecta a parametrios (IIA1 si es menor de 4 cm y IIA2 si es mayor) y IIB si los afecta.
- **Estadio III:** el carcinoma 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. Sería un estadio IIIA si afecta al tercio inferior de la vagina, y un IIIB si afecta pared pélvica o tiene repercusión sobre el riñón.
- **Estadio IV:** estadio metastásico local (puede infiltrar la pared de la vejiga urinaria o el recto) (IVA) o a distancia (IVB), por ejemplo si aparecen en los pulmones.

Para más información: Dirigirse al Centro Municipal de Promoción y Educación para la Salud. Calle Agramonte No. 25 Municipio. Chambas. Telf. 57 7739.

**"La Libertad y la Salud se asemejan: Su verdadero valor se conoce cuando nos faltan".**

