

Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila  
Facultad de Ciencias Médicas: “José Assef Yara.”



**“Estrategia de Intervención sobre Factores de Riesgo  
del Cáncer Cérvicouterino en el consultorio San Pedro  
de los Altos. Venezuela.2012”**

**Autor:** Dra. Dailet Machado Pérez.



**2013**

Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila  
Facultad de Ciencias Médicas: “José Assef Yara.”



**“Estrategia de Intervención sobre Factores de Riesgo  
del Cáncer Cérvicouterino en el consultorio San Pedro  
de los Altos. Venezuela.2012”**

**Autor:** Dra. Dailet Machado Pérez.  
Residente de II Año de Medicina General Integral.  
Policlínico Universitario de Majagua

**Tutor:** Dra. Merlys Cristina Serrano.  
Especialista de 1<sup>er</sup> Grado en Medicina General Integral.

**Tesis en opción a Especialista de Primer Grado en Medicina  
General Integral**



**2013.**

## **PENSAMIENTO**

***“...en el campo de la atención primaria tengo la impresión que Cuba ha encontrado el sistema ideal y más avanzado del mundo. Nosotros fuimos los primeros en desarrollar esta idea del médico de la familia en la atención primaria, tendremos una atención óptima desde la base, desde el niño que nace hasta el anciano.***

***El médico de la familia es un paso colosal de avance en la atención primaria de salud que se brinda a la población, una cosa excelente”.***

**FIDEL CASTRO**

## **RESUMEN**

Se realizó un estudio pre-experimental (antes-después) de intervención educativa en pacientes de 25 a 64 años, pertenecientes al Consultorio: San Pedro de los Altos del Estado Miranda. Venezuela, en el período comprendido de Enero a junio del 2012, con el objetivo de elevar el nivel de conocimientos de estas pacientes acerca de los factores de riesgo del cáncer cervicouterino (CCU). El universo estuvo conformado por el total de mujeres de 25 a 64 años de esta área de salud. La muestra quedó constituida por 30 féminas que cumplieron con los criterios de inclusión y fueron seleccionadas por muestreo simple aleatorio del universo de estudio. Para la obtención del dato primario se aplicó una encuesta al inicio de la investigación obteniéndose un diagnóstico previo donde se detectaron las necesidades sobre el tema, posteriormente se implementó la estrategia de intervención la cual se llevó a cabo durante 6 semanas. Transcurridos 3 meses de la Intervención se aplicó la misma encuesta y se evaluó el impacto final de la misma. Los datos se recogieron y determinaron según la clasificación de las variables Finalmente se expresó el contenido en tablas de distribución de frecuencias, aplicando el número y porcentaje. En el estudio predominó el grupo de edad entre los 25 y 34 años, el Nivel de Escolaridad secundaria y el mayor porcentaje de los encuestados fueron Amas de casa. Se logró elevar el nivel de conocimientos sobre CCU en las pacientes del grupo de estudio.

**Palabras claves:** Cáncer cervicouterino, estrategia de intervención.

# **INDICE**

	<b>Páginas.</b>
Introducción.	1
Objetivos	4
Marco Teórico	5
Material Y Método	13
Análisis de los Resultados y Discusión	23
Conclusiones.	36
Recomendaciones.	37
Referencias Bibliográficas.	38
Anexos.	

## INTRODUCCIÓN

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

De las enfermedades que padece la mujer, los tumores malignos ocupan la principal causa de muerte, y de ellas, el cáncer de mama el 1er lugar y el cérvico uterino el segundo. Actualmente se acepta que el Cáncer Cérvico Uterino (CCU) es una enfermedad de transmisión sexual. La OMS considera que las ITS constituyen a escala mundial la segunda causa de enfermedad más importante en mujeres jóvenes en países en desarrollo y la principal causa de infertilidad, discapacidad y muerte en el mundo.<sup>2</sup>

El rápido envejecimiento de la población que se está produciendo en muchos países es un elemento fundamental que contribuye al incremento del número de casos de cáncer y también el elevado control que se ha alcanzado de las enfermedades crónicas no transmisibles. Además hoy se sabe que el cáncer surge fundamentalmente como consecuencia de condiciones y estilo de vida.

Expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) han delineado un panorama preocupante: la incidencia mundial del cáncer podría aumentar un 50% en las próximas dos décadas. Si los pronósticos del Informe Mundial del cáncer se cumplen, en 2020 serán diagnosticados 15 millones de nuevos casos. Cada año se producen en el mundo, alrededor de 500 000 nuevos casos y cerca del 80 % corresponde a los países en desarrollo. Mueren anualmente 272 000 mujeres por esta causa.<sup>3</sup> Es una enfermedad mundial; pero las mayores tasas de incidencia se han encontrado en África Oriental, Asia meridional y Sudoriental. Las tasas de CCU disminuyen en los últimos 30

años en los países desarrollados. Además existen desigualdades en el mundo desarrollado, donde las mujeres de zonas rurales o más pobres corren un mayor riesgo de enfermar de CCU.<sup>4</sup>

En Europa el CCU es la tercera causa de muerte por cáncer en la mujer. La razón más importante que explica esta alta incidencia es la falta de programas eficaces de detección temprana esencialmente en los países en desarrollo.<sup>3;5,6</sup>

En España la tasa anual ajustada de cáncer de cérvix, excluido el carcinoma in situ, es 7,2 por 100 000 mujeres y la tasa de mortalidad es de 2,7 por 100 000 mujeres.<sup>7</sup>

La tasa de incidencia en América Latina y el Caribe se encuentra entre las más altas del mundo.<sup>7,8</sup> La variación de la incidencia entre los países es grande, existen tasas muy altas en Haití (93.9 x 100.000), Nicaragua (61,1 x 100.000) y Bolivia con el 58,1 x 100.000).<sup>4,9</sup>

Más de 30 000 mujeres latinoamericanas mueren anualmente de cáncer de cuello uterino, siendo su incidencia varias veces más alta que en los países desarrollados a pesar de que buena parte de la mortalidad por esta enfermedad puede ser prevenida mediante programas de detección temprana.<sup>10,11</sup> Se han identificado factores de riesgo como el número de embarazo, el tabaquismo, el uso de anticonceptivos y ciertas características de compañeros sexuales referentes a su papel como posible trasmisor de un agente etiológico.<sup>12-16</sup>

En Cuba desde 1967 se implantó el Programa Nacional de diagnóstico precoz del Cáncer Cérvico Uterino, el cual plantea la realización de la citología al 100% de las mujeres entre 25 y 64 años con vida sexual activa, el objetivo fundamental del programa es contribuir a elevar el nivel de salud de la población mediante acciones de prevención, promoción, protección y recuperación en las mujeres, realizado por el sistema nacional de salud en coordinación con las demás instituciones del Estado.<sup>3;17</sup>

En Venezuela, a pesar que por más de 30 años ha venido efectuando citología la incidencia y mortalidad por CCU siguen siendo altas, en el 2000 se reporto una tasa de incidencia de 38,3 por 100000 mujeres y la tasa de mortalidad de 15,2 por 100000 mujeres.<sup>3,1</sup>

En el estado Miranda en la bibliografía consultada no aparecen investigaciones sobre el CCU y en el Área de salud de San Pedro de los Altos el manejo del CCU está prácticamente reducido al seguimiento esquemático, por el médico, en la consulta periódica de la paciente.

Debido a lo antes expuesto, nos motivó a realizar una intervención educativa en mujeres de 25 a 64 años, pertenecientes al Consultorio: San Pedro de los Altos del Estado Miranda. Venezuela, en el período comprendido de Enero a junio del 2012, con el objetivo de elevar el nivel de conocimientos de estas mujeres acerca de los factores de riesgo del CCU.

Problema de investigación: Bajo nivel de conocimientos de la población sobre los factores de riesgo del CCU.

Hipótesis de la investigación: Si se aplica una intervención educativa sobre los factores de riesgo del CCU, se elevará el nivel de conocimientos de las mujeres que conforman el grupo de estudio.

## OBJETIVOS

General.

Elevar el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo del cáncer cérvicouterino en las pacientes de 25 a 64 años del Consultorio: San Pedro de los Altos, en el período comprendido de Enero a Julio entre del 2012.

Específicos.

- 1) Caracterizar las pacientes en el estudio según variables sociodemográficas.
- 2) Diseñar, validar y aplicar una intervención educativa sobre los factores de riesgo del cáncer cérvicouterino.
- 3) Comparar el nivel de conocimientos sobre CCU, antes y después de la intervención

## MARCO TÉORICO

Cáncer es el término aplicado a un grupo de enfermedades que afectan cualquier parte del cuerpo, con evolución crónica, y se produce por el

incremento cuantitativo, mayor que lo normal, de células diferenciadas, atípicas en su biología y morfología, en un tejido con capacidad potencial de reproducción.<sup>3</sup>

El cáncer no constituye una enfermedad de las últimas décadas; existen evidencias de que en el antiguo Egipto ya se conocía la existencia del cáncer en humanos y lo demuestran hallazgos en las autopsias de algunas momias (Brothwell, 1967). En las escrituras médicas chinas y árabes también se describieron síntomas de lo que puede suponerse eran enfermedades malignas. El término Carcinoma fue introducido por Hipócrates, el cual lo comparaba con el cangrejo en su forma de diseminarse por el cuerpo y su persistencia. Galeno, casi 600 años después, distinguió tres tipos de tumores (Long, 1928). Bichat (1771- 1802) y describió la patología de muchas neoplasias en humanos, unas décadas después Muller y Virchow usando el microscopio describieron las células del tejido canceroso (Long, 1928).<sup>18</sup>

Las condiciones especiales del cáncer cervicouterino hacen que éste sea, posiblemente, la neoplasia sobre la que más se haya estudiado en relación con su historia natural, lo cual ha hecho que mucho se haya avanzado en este campo. En 1969, *Richard* y *Barron* demostraron que existe un progreso citológico aparente hasta llegar al cáncer: comienza con NIC I a NIC III\* y carcinoma *in situ*, hasta finalmente el cáncer invasor. Dichos autores publicaron los tiempos de transición citológicos, que empezaron con las lesiones de bajo grado, después las lesiones de alto grado, a los 3 ó 4 años siguientes, aparecerá el carcinoma *in situ* y más tarde el cáncer invasor; pero no todas las lesiones progresaron e, incluso, algunas regresaron. En síntesis, éste es el modelo que casi todos manejamos, que con la introducción de la colposcopia se vio aparentemente confirmado, porque cuando los colposcopistas empezaron a examinar los frotis de mujeres de distintas edades y grados de anormalidad en los exámenes, se hizo evidente que había una distribución heterogénea de los diferentes grados de cáncer cervicouterino.<sup>19</sup>

Esto sugiere que hay diferencia temporal en la distribución de las lesiones de alto y bajo grado, e indica que puede haber una progresión. Pero, es importante tener presente que todas las lesiones precancerosas no solamente

son de bajo y alto grados, sino que tienen un cierto tamaño y su estructura es tridimensional. Muchas lesiones no son puramente de bajo o de alto grado, sino que los cambios que se presentan son combinaciones de ambas. Es muy grande la probabilidad de que las lesiones precancerosas grandes, de alto grado, desarrollen cáncer invasor. Una tercera parte del total de las mujeres con lesiones grandes de alto grado que persisten en la biopsia y en la citología desarrollarán cáncer invasor en 20 años.<sup>20</sup>

El antiguo concepto de que esta lesión comenzaba con una displasia leve (NIC I, lesión de bajo grado) que evolucionaría indefectiblemente hasta un cáncer invasor y finalmente con la muerte de la paciente, no tiene en la actualidad un basamento científico. Por el contrario, se ha demostrado que un alto número de NIC, regresan espontáneamente a la normalidad, no progresan o invierten varios años en progresar. Veamos el diagrama de *Bishop* y colaboradores sobre la historia natural del cáncer cervical.<sup>21</sup>

El cáncer es un problema de salud en el mundo, representando la segunda causa de muerte en la mayoría de los países desarrollados, solo precedido por las enfermedades cardiovasculares, sin embargo, más de la mitad de todos los cánceres se producen en las  $\frac{3}{4}$  partes de la población mundial que vive en países en desarrollo. De igual forma se estima que para el año 2020 se producirán 20 millones de nuevos casos cada año y el 70 % de quienes lo padecerán vivirán en países que cuentan con menos del 5 % de los recursos para su control, es decir que para estos países se incrementará a un ritmo del 100%, es decir que de 17.5 millones de enfermos de cáncer en el año 2000, la cifra pasará a ser de 30 millones en el año 2015.<sup>20-22</sup>

La falta de acceso a los servicios de análisis y tratamiento adecuados de uno de los tipos de cáncer más prevenible, detectable y tratable, se ha convertido en una causa importante de mortalidad entre las mujeres, particularmente en las mujeres pobres en las Américas. Si bien la tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino en Norte América ha disminuido en los últimos 10 años, en los países en desarrollo de las Américas, permanece constante. Esa realidad refleja la necesidad de un nuevo planteamiento del cáncer cervicouterino, que

enfaticamente la prevención y los aspectos positivos de los análisis y la detección temprana. El género es un factor importante en la decisión de la mujer de no hacerse pruebas para detectar el cáncer cervicouterino. Es necesario hacer un análisis de situación con un enfoque de género para entender a cabalidad la incidencia del cáncer cervicouterino en las Américas.<sup>23</sup>

Globalmente se calcula que cada año se diagnostican 466.000 nuevos casos de cáncer cervicouterino. Cada año 231.000 mujeres mueren de cáncer cervicouterino. El 80% de ellas proceden de países en desarrollo. Se calcula que la prueba del cáncer cervicouterino de la mujer cada cinco años tiene un costo de alrededor de US\$100 en los EE.UU. El tratamiento de la mujer con cáncer cervicouterino tiene un costo de aproximadamente US\$2.600 en los EE.UU.<sup>24</sup>

Actualmente, es uno de los problemas sanitarios más grandes en América Latina y el Caribe y, a pesar de disponer de una tecnología eficaz en la prevención primaria y secundaria de salud, más de 30 000 mujeres latinoamericanas mueren por esta causa cada año y se detectan casi 68 000 nuevos casos. Se ha demostrado que el cuello del útero es la parte del organismo femenino más susceptible a presentar neoplasia<sup>25</sup>

El pico de incidencia ocurre entre la cuarta y quinta década de la vida y se calcula que la mortalidad es seis veces mayor en mujeres de más de 50 años. El carcinoma de cuello uterino es una neoplasia maligna que se caracteriza por la pérdida de la estratificación del epitelio, así como una marcada atipia celular, con alteraciones de la relación núcleo-citoplasma e invasión del tejido subyacente o no y la producción de metástasis a distancia. Se inicia con cambios neoplásicos intraepiteliales, que aproximadamente entre 10 y 20 años se puede transformar en proceso invasor.<sup>26</sup>

El cáncer de cuello es uno de los pocos que presenta una etapa pre maligna bien definida, llamada Displasia, que va desde leve (I) a moderada (II) y severa (III); Desde el punto de vista histológico, existen dos subtipos fundamentales: el carcinoma de células escamosas (epidermoide), con un 80-85 %, que se origina en el epitelio del exocérnix, y el adenocarcinoma (15-20 %), que se inicia en las glándulas del canal endocervical.<sup>27</sup>

La introducción de la citología en 1928, por George Papanicolaou, ha sido un pilar fundamental en el diagnóstico del cáncer cervicouterino; la colposcopia en 1925 por Hans Hisselman, el conocimiento sustancial de la zona de transformación normal y anormal dieron origen a la colposcopia dinámica; todo esto ha ayudado a buscar una solución al diagnóstico precoz de cáncer cervicouterino. En la década de los 70 del siglo pasado, ZurHausen estableció las bases del inicio certero en la lucha contra el cáncer cervicouterino al descubrir el virus del papiloma humano (VPH); a partir de entonces hemos sido testigos del vertiginoso crecimiento de la información y el conocimiento relacionados con la infección por este virus.<sup>28</sup>

Hoy que se conoce la asociación entre el virus del papiloma humano y diversos cánceres que afectan a los seres humanos, en especial el cáncer de cérvix, que es un verdadero problema de salud pública en países en vías de desarrollo, es urgente encontrar soluciones.

Y es que desde finales de los 70 muchos grupos de investigación se dieron a la tarea incesante de estudiar el fenómeno de la infección, de la transmisión y los procesos de transformación vinculados.<sup>29</sup>

Todo ello se complementó en la década de los 80 con resultados de los primeros estudios de casos y controles que mostraron una fuerza de asociación que no dejaba ninguna duda acerca de la relación entre VPH y el cáncer de cuello uterino, y se clasificó como un virus con capacidad oncogénica. En la década de los 90, los estudios de cohorte confirmaron los resultados y dieron aún más peso a la evidencia, y alrededor de medio millón se diagnostican con Cáncer invasivo y un 40 y 50% en los estados avanzados.<sup>25,28</sup>

El 80% de los casos de cáncer invasivo se diagnostican en países pobres, ubicados en el hemisferio sur y especialmente en los continentes africano, americano y asiático, lo que por consecuencia nos hace pensar en ésta como una enfermedad de la pobreza; también en falta de una atención médica oportuna, en ausencia de sensibilización a la enfermedad, aunado a otros múltiples factores.<sup>29</sup>

La implementación de programas preventivos mediante pruebas de cribado con citología ha demostrado ser efectiva para lograr la reducción de las tasas de

incidencia de la enfermedad, como se demostró en los Estados Unidos y en Inglaterra a fines de la década de los 80, cuando la práctica activa del cribado citológico rompió la inercia existente en los indicadores de cáncer de cuello uterino y redujo dramáticamente las tasas de incidencia; pero, desafortunadamente, dichos programas son inexistentes o inoperantes en los sitios de mayor incidencia, donde el problema persiste con mínimas modificaciones.<sup>30</sup>

Entre tanto, en los países desarrollados los avances tecnológicos ofrecen nuevas alternativas para el diagnóstico, tales como las técnicas de citología líquida y las pruebas de detección y tipificación del ADN viral que buscan optimizar los programas de prevención secundaria bajo un concepto de costoefectividad.<sup>31,32</sup>

En 1990 se diagnosticaron 74.871 mujeres con cáncer cervicouterino en las Américas. Se calcula que el 79,7% (59.646) de ellas viven en Latinoamérica y el Caribe.<sup>23</sup> En 1990 murieron 33 535 mujeres de cáncer cervicouterino en las Américas. Se calcula que el 80,3% (26.933) de ellas vivían en América Latina y el Caribe.<sup>33</sup>

Cuba es uno de los países de América Latina y del tercer mundo con mayor tasa de incidencia de cáncer. En el 2002 el cáncer cervicouterino (CCU) fue el tercero más frecuente, superado por el de mama y piel y la cuarta causa de muerte sólo antecedida por el de mama, pulmón y colon en 2004.<sup>30</sup>

¿Qué es el cáncer cervicouterino?

El cáncer cervicouterino obedece a un cambio en las células que cubren las paredes del cuello uterino (la parte inferior de la matriz que va del útero a la vagina, o el canal de parto). Estas células son inicialmente normales y gradualmente se convierten en precancerosas, manifestándose como lesiones en la pared del útero. Eventualmente pueden cambiar a células cancerígenas, sin embargo en más del 50% de las mujeres con lesiones pre-cancerosas, las células permanecen benignas (pre-cancerosas). Con frecuencia, en sus etapas iniciales el

cáncer cervicouterino no muestra síntomas por lo que a menudo no se detecta hasta que se hace severo<sup>23</sup>. El factor de riesgo más común del cáncer cervicouterino es la exposición a ciertas variedades del *Papilloma virus Humano* (HPV) (3). El HPV es una infección de transmisión sexual (ITS) que en muchos casos es asintomática. Dada esta característica del HPV, puede transcurrir mucho tiempo antes de que se detecte.<sup>24</sup>

Otros factores de riesgo del cáncer cervicouterino son:

- No hacerse la prueba de detección de cáncer cervicouterino periódicamente.
- Comenzar las relaciones sexuales a una edad temprana.
- Tener parejas sexuales múltiples, o tener contacto sexual con alguien que ha tenido parejas sexuales múltiples.
- Contraer el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), que debilita el sistema inmunológico de la mujer haciéndola más vulnerable a la infección por el HPV.
- Tener una historia familiar de cáncer cervicouterino.
- Grupo de edad (las mujeres de 30-60 años de edad corren un riesgo mayor y éste también aumenta con la edad).
- Fumar.
- Estado socio-económico (las tasas de mortalidad e incidencia son más elevadas entre mujeres pobres ya que ellas no tienen acceso a los servicios de diagnóstico y tratamiento).
- La multiparidad.

Planteamiento del cáncer cervicouterino

El cáncer cervicouterino es uno de los tipos de cáncer más fáciles de detectar y prevenir debido a que su desarrollo es gradual. Por lo tanto, el examen periódico lo puede detectar antes de que se propague. Este tipo de cáncer es más visible que, por ejemplo, el cáncer de mama. En lugar de tener que observar las células mediante rayos X o biopsia, el ginecólogo puede raspar el interior del cuello uterino y analizar las células utilizando un microscopio.<sup>30,34</sup>

La prevención es la herramienta más importante en la lucha contra el cáncer cervicouterino. Esto representa desafíos importantes para las mujeres, especialmente las pobres.

- Las mujeres, en particular las de países en desarrollo, no tienen acceso a los servicios de salud gratuitos, o no tienen dinero para pagar los análisis. Además, si

estos servicios están disponibles probablemente están en los centros urbanos, limitando su acceso a las mujeres que viven en zonas rurales.

- Comúnmente, la mujer le da prioridad a la salud de su familia que a la propia. Si hay dinero para servicios médicos, ella lo gastará en sus hijos y no en sí misma.
- El temor a su pareja también puede desalentar a la mujer de hacerse las pruebas periódicas para detectar el cáncer cervicouterino. Él puede oponerse a que visite al ginecólogo, a pagar por la prueba o por el costo del transporte a la clínica o al hospital.
- En muchas sociedades la mujer no controla sus relaciones sexuales. El que la mujer tenga o no control de cuando, cómo y con quien tiene contacto sexual es de suma importancia para poder protegerse contra el HPV.
- Las experiencias negativas con médicos u otros profesionales de la salud en general pueden también ser un impedimento a someterse a los exámenes periódicos.
- En Latinoamérica los exámenes normalmente tienden a estar vinculados a los programas de planificación familiar, beneficiando primordialmente a mujeres menores de 30 años. Dado que el grupo de mujeres que corre el mayor riesgo de cáncer cervicouterino es de 25-60 años de edad, estos programas no son muy eficaces.<sup>2</sup>
- La falta de información sobre el procedimiento, o el temor a los resultados puede disuadir a la mujer de hacerse los exámenes periódicos<sup>35</sup>

La incidencia y la severidad de una enfermedad tan fácilmente detectable y prevenible deberían convertirse en un llamado a la acción para los profesionales de la salud, los formuladores de política y defensoras de género.

- El mensaje sobre el cáncer cérvicouterino debería darle prioridad a los aspectos de prevención y no al tratamiento de la enfermedad y sus consecuencias. Donde existan se deben estimular los programas de pruebas para detectar el cáncer cérvicouterino y las mujeres deben ser informadas ampliamente acerca del procedimiento y sus beneficios<sup>36</sup>

La capacidad de la mujer de controlar su salud sexual y reproductiva ha sido una prioridad en la abogacía de género desde hace muchos años.

Ahora también debe convertirse en una prioridad de salud pública no sólo para la protección contra el HPV y el cáncer cérvicouterino, sino también para reducir la propagación del VIH/SIDA y otras ETS.<sup>39</sup> Los médicos y demás profesionales de la

salud deben ser capacitados para reconocer que el género y el lugar de la mujer en la sociedad tienen un impacto profundo en su salud y en la atención que recibe.

## MATERIAL Y MÉTODO

Clasificación de la investigación: Investigación Desarrollo.

### Diseño Metodológico

Se realizó un estudio pre experimental de intervención educativa del tipo antes y después, en mujeres de 25 a 64 años pertenecientes al Consultorio San Pedro de los Altos, del Estado Miranda. Venezuela, en el período comprendido entre Enero a Julio del año 2012 con el objetivo de elevar el nivel de

conocimiento de estas pacientes sobre los factores de riesgo del cáncer cervicouterino.

El universo del estudio estuvo constituido por la totalidad de las mujeres entre 25 y 64 años de edad pertenecientes a esta área de salud

El grupo de estudio (muestra) quedó conformado por 30 mujeres que cumplieron los criterios de inclusión y fueron seleccionadas por muestreo simple aleatorio del total de pacientes que conformaron el universo de estudio.

#### Criterios de Inclusión

- Mujeres de 25 a 64 años, residentes permanentes en el Área de Salud.
- Aceptar ser incluidos en la investigación previo consentimiento informado. (Anexo I).
- Personas capaces de leer y responder una encuesta solos .

#### Criterios de Exclusión

- ✓ Pacientes que presenten demencias clínicamente evidenciables, retrasos mentales de moderados a severos, así como estados de postración.
- ✓ Pacientes que no garanticen estabilidad en el seguimiento del estudio.
- ✓ Pacientes que ingresan al Área de Salud después de iniciado el estudio.
- ✓ Pacientes que se trasladen fuera del Área de Salud durante el estudio.

#### Criterios de Salida

- ✓ Pacientes que expresen no desear continuar participando en la investigación o con tres inasistencias a las sesiones del Programa de Capacitación con objetivos educativos sobre los Factores de Riesgo del CCU.
- ✓ Ingreso hospitalario durante el tiempo que dure el estudio.
- ✓ Fallecida.

Ética y bioética:

Las mujeres de la muestra tuvieron la oportunidad de informarse sobre los objetivos de la investigación y la inocuidad de la misma, se le explicó que su participación sería voluntaria y una vez incorporadas a este tendrían la posibilidad de abandonarlo si así lo decidieran. Su disposición a colaborar en el estudio fue plasmado en un modelo de consentimiento informado, debidamente firmado por ellos y por el investigador, quien dio fe del respeto absoluto a la confidencialidad de sus identidades e información. (Anexo 1)

Los métodos aplicados durante la investigación fueron:

Operacionalización de las variables:

Variable	Tipo	Escala	Descripción	Indicador
Edad	Cuantitativa continua	Entre 25 y 34 años Entre 35 y 44 años Entre 45 y 54 años Entre 55 y 64 años	Expresada en años cumplidos	Número y porcentaje según grupos de edades.

Ocupación	Cualitativa nominal Politómica	Trabajadora Jubilada Ama de casa	último empleo desempeñado hasta un año antes de la entrevista	Número y porcentaje según la Ocupación
Escolaridad.	Cualitativa ordinal	No escolarizada Primaria Secundaria. Técnico Medio. Bachiller	De acuerdo al nivel de escolaridad mayor vencido.	Porcentaje según categorías.
Nivel de conocimientos	Cualitativa Ordinal	Bien  Regular  Mal	Bien: Más de 80 puntos.  Regular: Entre 60 y 79 puntos.  Mal: Por debajo de 60 puntos	Número y porcentaje según el nivel de conocimientos

A todos los pacientes seleccionados, previo consentimiento informado, se les aplicó una encuesta (Anexo 2), con el objetivo de evaluar el nivel de conocimiento que tienen sobre su enfermedad de base, en cuanto a conceptos, factores de riesgo, sintomatología del CCU, complicaciones y tratamiento no farmacológico. Posteriormente se elaboró un Programa de Capacitación con objetivos educativos sobre el CCU el cual fue impartido por el autor de la investigación.

Este programa abordó las prioridades en cuanto a las necesidades de aprendizaje. En dependencia de los intereses del estudio y las características del grupo se seleccionaron los medios de enseñanza. Se utilizaron instrumentos educativos que contribuyeron a lograr los fines investigativos. Se

tuvo en cuenta lo vital que fue para nuestro trabajo la vinculación de la teoría con la práctica. El tiempo se ajustó de acuerdo a varios factores, teniendo en cuenta: el nivel cultural e intelectual de los pacientes, así como el contenido de la enseñanza a impartir. Dado el resultado del diagnóstico de salud se estableció un sistema de enseñanza el cual cumplió con las orientaciones gnoseológicas (de lo general a lo particular, de lo conocido a lo desconocido, de lo simple a lo complejo y de lo concreto a lo abstracto). Para tal fin se dividió a la población incluida en la investigación en 3 grupos de clases sin pasar de diez pacientes cada uno y se impartieron temas con una frecuencia semanal (Lunes, miércoles y viernes), con dos horas de duración, durante 8 semanas.

La actividad se desarrolló en dos etapas, una de emisión del mensaje (enseñanza) adquisición de conocimientos y desarrollo de habilidades, y una segunda en la cual se solidifica (consolida) el conocimiento y se desarrollan habilidades. La valoración constante del cumplimiento de los objetivos trazados, permitió la detención precoz de dificultades, así como una rápida respuesta frente a las mismas.

Luego de aplicado el Programa Educativo se procedió a aplicar nuevamente la encuesta inicial (Anexo 2) tres meses después de haber concluido la intervención educativa, analizándose el comportamiento de los conocimientos adquiridos en relación a la Hipertensión Arterial, posteriormente se evaluó el grado de satisfacción de los mismos con relación al estudio y la disposición a continuar colaborando para evitar las posibles complicaciones que produce esta enfermedad: encuesta inicial (Anexo 3).

Los resultados de la aplicación de la encuesta fueron evaluados teniendo en cuenta el nivel de conocimientos alcanzado por los pacientes sobre el tema impartido

#### Escala de Clasificación

Para la evaluación del nivel de conocimientos se confeccionó una escala de evaluación general y por acápite. Ver Fase 7.

Se compararon los resultados de las encuestas, antes y después de aplicar el Programa de Capacitación con objetivos educativos sobre el CCU.

Técnicas y Procedimientos.

De obtención de la información:

La información primaria se obtuvo a través de la encuesta elaborada por el autor de la investigación y aplicada a cada paciente de forma individual, las palabras técnicas fueron expresadas de manera que las pacientes las comprendiera. (Anexo 2).

De análisis y elaboración:

Los resultados se expresaron en forma de tablas, a las que se le aplicó la técnica estadística de Chi Cuadrado utilizando el procesador de SSPS v.11.0 de Windows y se realizó la validación y revisión de la misma, como medida de resumen de la información se utilizó los porcentajes (%) y como medida de significación estadística se usó el McNemar para muestras dependientes.

Después de realizada una extensa revisión bibliográfica de la entidad, los resultados se compararon con estudios nacionales e internacionales, lo que nos permitió arribar a conclusiones y recomendaciones.

Prueba McNemar

Esta prueba estadística es utilizada cuando estamos en presencia de datos binarios (0,1). Esta prueba se utiliza normalmente en una situación de medidas repetidas, en la que la respuesta de cada sujeto se obtiene dos veces, una antes y otra después de que ocurra un evento especificado. En nuestro caso aplicamos la prueba McNemar para analizar si la tasa de respuesta inicial es igual a la tasa de respuesta final. Para ello etiquetamos la clasificación del conocimiento de los pacientes en las variables en estudio, es decir correcto (1) e incorrecto (0). Esto facilita la manipulación estadística de los resultados por pacientes para cada variable en el SPSS.

Con la utilización del SPSS podemos aplicar adecuadamente esta prueba para cada una de las variables estudiadas obteniendo como resultado una probabilidad  $p$ . En caso de que  $p \leq 0.05$  entonces existe significación y rechazo la hipótesis  $H_0$  y acepto  $H_1$

Objetivo: Verificar estadísticamente a través del chi- cuadrado si hay o no cambios después de aplicada la metodología, respecto a lo acontecido antes. Esto conlleva al planteamiento de las siguientes hipótesis:

Ho: La metodología de intervención no es efectiva.

H1: La metodología de intervención es efectiva.

Esta prueba nos permite detectar cambios en las respuestas causadas por la metodología de intervención en nuestro diseño del tipo antes-después.

Proporción de cambios:

Región crítica:

$$X^2 = \frac{(|A-D| - 1)^2}{A+D}$$

$$X^2_{(0.95)}^{(1)} = 0.0039$$

Como:

$$X^2 > X^2_{(0.95)}^{(1)}$$

Se rechaza Ho, por lo que la intervención educativa es efectiva.

Para incrementar los conocimientos sobre los factores de riesgos asociados al cáncer cérvicouterino.

### Ética

En todo momento se procedió de acuerdo a los principios de la ética médica, explicando al paciente las características del tipo de capacitación que recibirá, los beneficios que la aplicación de la misma traería para su salud y la necesidad de su colaboración dentro de las posibilidades individuales.

Métodos:

Métodos Teóricos:

- Histórico-lógico: se selecciona con el objetivo de poder estudiar los factores de riesgo para el cáncer cérvicouterino desde sus orígenes hasta la actualidad.

- Análisis-síntesis: permitió penetrar en lo fundamental de lo observado. separar lo esencial de lo secundario, determinar lo importante a partir de la bibliografía revisada y extraer lo necesario para la solución del problema, partiendo de lo general a lo particular.
- Inducción-deducción: se establecen generalizaciones que confirman empíricamente la hipótesis.
- Sistémico- estructural-funcional: se utilizó para la elaboración de la estrategia de intervención educativa.

#### Métodos Empíricos:

Para la obtención de la información se aplicó una encuesta inicial como método de acción individual validada por un psicólogo y aprobada en un estudio piloto la que se confeccionó según criterios de expertos y revisión bibliográfica relacionada con el tema a investigar. (Anexo 2) La encuesta: dadas sus características de búsqueda de información rápida y económica se aplicó a las mujeres del Consultorio San Pedro de los Altos, objeto de estudio para saber los conocimientos que poseían acerca de los factores de riesgo para el cáncer cérvicouterino; lo cual constituyó la técnica de recolección de la información.

La encuesta fue aplicada antes y tres meses después de la puesta en práctica de la estrategia de intervención educativa y constituyó el sustento informativo de todo el trabajo. En esta se recogieron todas las variables de interés para la información, la cual tuvo preguntas cerradas y abiertas, éstas últimas les permitieron a las pacientes expresarse libremente.

La técnica de procesamiento de la información fue computacional y se realizó la revisión y validación de la misma. Como medida de resumen de la información se usaron las frecuencias absolutas y relativas (%). 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.

Métodos Estadísticos: Los datos primarios se obtuvieron a partir de los cuestionarios aplicados mediante la entrevista a profundidad y los grupos

focales a médicos y población seleccionados respectivamente para la investigación.

Los análisis estadísticos de las variables cuantitativas se realizaron mediante frecuencia absoluta y relativa y los datos cualitativos según los criterios establecidos para las investigaciones en esta modalidad.

## ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA.

### Problema:

Existe un conocimiento y una actitud inadecuada sobre el cáncer cervicouterino en las pacientes de la población de San Pedro de los Altos lo que trae como consecuencia un incremento de la morbimortalidad por dicha enfermedad.

### Modelo teórico utilizado para el diagnóstico educativo

Modelo precede-procede de .Leiva. W. Green. (Método deductivo)(88)

- Fase 1: Se determina problemas sociales:
  - ✓ Un deterioro de la calidad de vida y el bienestar bio-psico-social de la población femenina perteneciente al CMF Río Arriba..
  - ✓ Aumento de los años de vida potencialmente perdidos.
  - ✓ Disminución de la esperanza de vida.
- Fase 2: Identificados los problemas de salud específicos que originan los problemas sociales de la fase 1:
  - ✓ Aumento cada vez más creciente de la morbimortalidad por cáncer cérvicouterino en la población femenina perteneciente al CMF de San Pedro de los Altos.

Insuficiente el trabajo con los grupos de riesgos () a nivel de la Atención Primaria de Salud.

- Fase 3: Conductas específicas relacionadas con el problema de salud:
  - Cambio frecuente de parejas sexuales
  - Infecciones de transmisión sexual
  - El uso de anticonceptivos
  - Gran número de partos
  - Factores hereditarios

Otros factores no de conducta:

- Genéticos: se describe mayor probabilidad de padecer de CCU en mujeres hijas de madres que padecieron la enfermedad que en aquellas sin el antecedente heredofamiliar previo.
- Edad: La edad es otro factor no modificable, que va a influir sobre el CCU, de manera que se describe una tendencia después de la cuarta década de la vida a desarrollar esta enfermedad en mujeres con factores de riesgo asociados.

Fase 4: Se precisan factores predisponentes, facilitadores y de refuerzo.

Factores predisponentes:

- ✓ Creer que el cambio frecuente de parejas no causa daños a la salud reproductiva.
- ✓ Subvalorar la necesidad de la realización de la prueba citológica en el tiempo comprendido y la realización de un seguimiento adecuado.
- ✓ Pensar que el uso de preservativo para la prevención de enfermedades de transmisión sexual es un impedimento para el disfrute del acto sexual.
- ✓ No dedicarle tiempo al control sistemático y planificado a las consultas de riesgo en el caso de pacientes identificadas.
- ✓ Factores facilitadores:
- ✓ Poca cultura en la población sobre los factores de riesgo asociados al cáncer cérvicouterino.

Fase 5: Se puntualiza en los factores sobre los que se va a intervenir:

- ✓ Pobre conocimiento de los factores de riesgo asociados al cáncer cervicouterino.
- ✓ Escaso conocimiento de la población femenina sobre la importancia de la realización de la prueba citológica.

Estos factores se van a intervenir desde diferentes escenarios:

- CMF de las comunidades: se intervendrá de forma individual y grupal.

Fase 6: Se implementa la estrategia de intervención educativa

Programa de Intervención Educativa propuesto para modificar los conocimientos sobre los Factores de Riesgo asociados al Cáncer cervicouterino en la población femenina perteneciente al CMF de San Pedro de los Altos.

### Tema 1

*Sumario:*

1. Presentación del Proyecto
2. Aplicación de los cuestionarios siguientes:
  - Consentimiento Informado (Anexo 1)
  - Encuesta para medir el nivel de Conocimientos sobre los Factores de Riesgos asociados al Cáncer Cervicouterino.(Anexo 2)

### 3. Cierre

*Objetivo:* Establecer un ambiente de confianza y cordialidad. Explicar a los pacientes incluidos en el estudio la importancia del mismo, sus bases, así como el método de realización del mismo y su cronograma.

*Tipo de Actividad:* Dinámica de Grupo.

*Recursos:* Lápices, papeles, tizas, pizarra.

*Responsable:* Médico Residente de MGI.

*Participantes:* Pacientes femeninas comprendidas en las edades de 24 a 64 años de edad pertenecientes al consultorio de San Pedro de los Altos.

### Tema 2

*Sumario:*

1. Presentación de los resultados generales de los cuestionarios aplicados.
2. Justificación estadística del estudio.
3. Proyección de un Video (El cáncer Cervicouterino: un asesino silencioso)
4. Debate sobre la proyección del video y argumentación científica del mismo
5. Cierre

*Objetivo:* Explicar a las pacientes incluidas en el estudio la justificación del mismo con bases estadísticas y científicas que lo justifican el mismo sin hacer valoraciones individuales ni específicas del grupo. Incorporar conocimientos a través del video-debate y la motivación con diversos medios de enseñanza y juegos de participación.

*Tipo de Actividad:* Dinámica de Grupo y Video-debate.

*Recursos:* Lápices, papeles, tizas, pizarra, video, televisor, cartulinas, plumones.

*Frecuencia:* Quincenal

*Responsable:* Médico Residente de MGI y Enfermera (o).

*Participantes:* Pacientes femeninas entre 24 y 64 años de edad pertenecientes al CMF de San Pedro de los Altos.

### Tema 3 (Características clínico epidemiológicas del Cáncer Cervicouterino)

*Sumario:*

1. Consolidación de los conocimientos del tema anterior.
2. Presentación de un video:(Programa Hablemos de Salud: Cáncer de cuello uterino).
3. Debate sobre la proyección del video y argumentación científica del mismo.
4. Prevención y Promoción de salud en el Cáncer Cervicouterino.
5. Factores de riesgo del Cáncer Cervicouterino.
6. Características Clínicas y principales del Cáncer Cervicouterino.
7. Tratamiento no farmacológico.
8. Cierre

*Objetivo:* Incorporar conocimientos a través del video-debate y la motivación con diversos medios de enseñanza. Explicar a las pacientes incluidas en el estudio el enfoque clínico-epidemiológico de la enfermedad, las principales complicaciones de la enfermedad, la utilidad del tratamiento no farmacológico así como la prevención de la misma evitando los factores de riesgo que favorecen su morbilidad.

*Tipo de Actividad:* Dinámica de Grupo y Video-debate.

*Recursos:* Lápices, papeles, tizas, pizarra, video, televisor, cartulinas, plumones.

*Frecuencia:* Quincenal

*Responsable:* Médico Residente de MGI y Enfermera (o).

*Participantes:* Pacientes entre 24 y 64 años de edad pertenecientes al CMF san Pedro de los Altos.

#### Tema 4 (Cierre y Evaluación)

Esta Actividad se realiza 3 meses después de concluida la Intervención Educativa.

##### *Sumario:*

1. Intercambio con el grupo sobre temas generales del Cáncer Cervicouterino.
2. Aplicación del Cuestionario para medir el nivel de conocimientos sobre el Cáncer Cervicouterino alcanzado luego de la intervención (Anexo 2 ).
- 3 Aplicacion de la Encuesta Sobre el nivel de satisfacción luego de la intervención (Anexo 3)
- 4- Intercambio sobre la satisfacción del estudio y aspectos positivos y negativos a señalar del mismo durante su realización.
5. Cierre del Programa

*Objetivo:* Aplicar el cuestionario final sobre los conocimientos del Cáncer cervicouterino, dejando la impronta de que cada día se puede evitar y tratar esta enfermedad. Conocer irregularidades del proyecto y satisfacción de los pacientes con el estudio desarrollado.

*Tipo de Actividad:* Dinámica de Grupo.

*Recursos:* Lápices, papeles, tizas, pizarra, cartulinas, plumones.

*Responsable:* Médico Residente de MGI.

*Participantes:* Pacientes femeninas entre 24 y 64 años de edad del CMF San Pedro de los Altos.

Fase 7: Se diseña el sistema de evaluación

La calificación final se evaluará de los siguientes criterios:

Niveles de evaluación:

1. Evaluación Global: 100 puntos

Bien: Más de 80 puntos.

Regular: Entre 60 y 79 puntos.

Mal: Por debajo de 60 puntos.

La Evaluación Global se corresponde con el nivel de conocimientos global de la muestra.

## 2. Evaluación por acápite:

Aspectos generales (pregunta 2 del anexo 2 ).

Evaluación máxima: 30 puntos

Bien: de 13 a 15 respuestas correctas (de 26 a 30 puntos)

Regular: de 10 a 12 respuestas correctas (de 20 a 25 puntos)

Mal: de 0 a 9 respuestas correctas (de 0 a 19 puntos)

En las preguntas 2.4 y 2.5 a cada respuesta adecuada se le otorgó el valor de 2 puntos incluidos los ítems que deben permanecer sin marcar por las pacientes. En total en la pregunta hay 15 incisos, cada uno con el valor de 2 puntos, lo cual totaliza los 30 puntos de la pregunta.

Para medir el nivel de conocimientos sobre aspectos generales del CCU se tuvieron en cuenta las siguientes preguntas.

-Relación del cáncer cérvicouterino con alguna enfermedad de transmisión sexual.

Se respondió dicotómicamente con una sola cruz en las posibilidades de respuestas. Se consideró como conocimiento adecuado si se respondió con una cruz en el inciso SI, e inadecuado la selección de los incisos No y No Se.

-Consideraciones de que una mujer tiene mayor posibilidad de padecer cáncer cérvicouterino si existe el antecedente de esta enfermedad en la familia.

Se respondió dicotómicamente con una sola cruz en las posibilidades de respuestas. Se consideró como conocimiento adecuado si se respondió con una cruz en el inciso SI, e inadecuado la selección de los incisos No y No Se.

- Consideraciones de la etapa de la vida donde ocurre con mayor frecuencia el cáncer cérvicouterino.

Se respondió dicotómicamente con una sola cruz en las posibilidades de respuestas. Se consideró como conocimiento adecuado si se respondió con una cruz en el inciso c) adulto, e inadecuado la selección de los incisos a) adolescente, b) joven y d) anciano.

-Consideraciones sobre la posibilidad de prevenir su aparición y curar del cáncer cérvicouterino.

Se respondió dicotómicamente con una sola cruz en las posibilidades de respuestas. Se consideró como conocimiento adecuado si se respondió con una cruz en el inciso SI, e inadecuado la selección de los incisos No y No Se.

-Consideraciones sobre las medidas adecuadas para evitar la aparición del CCU.

Se consideró como conocimiento adecuado si se respondió con una cruz en los incisos a), d), e), g).

Factores de riesgo (pregunta 3).

Evaluación máxima: 20 puntos

Nivel de conocimientos Bien: de 8 a 10 respuestas correctas (de 16 a 20 puntos)

Regular: de 6 a 7 respuestas correctas (de 12. a 14 puntos)

Mal: de 0 a 5 respuestas correctas (de 0 a 10 puntos)

Para medir el nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo del CCU

Se le aplicó una pregunta donde debía marcar elementos que constituyen factores de riesgo del cáncer cérvicouterino.

Se consideró como conocimiento adecuado si se respondió con una cruz en los incisos a), b), d), g), h), i). Los 4 ítems que no constituyen respuestas adecuadas si no los marcan se consideran respuesta adecuada por lo que también se le da el valor de 2 puntos.

Sintomatología del CCU (pregunta 4).

Evaluación máxima: 20 puntos

Nivel de conocimientos Bien: de 7 a 8 respuestas correctas (de 17.5 a 20 puntos)

Regular: de 5 a 6 respuestas correctas (de 12.5 a 15 puntos)

Mal: de 0 a 4 respuestas correctas (de 0 a 10 puntos)

Para medir el nivel de conocimientos sobre la sintomatología del CCU

Se le aplicó una pregunta donde debía marcar con una X los síntomas que puede presentar una paciente con cáncer cérvicouterino

Se consideró como conocimiento adecuado si se respondió con una cruz en los incisos a), d), e), f), g). La pregunta tiene 8 ítems cada uno con valor de 2.5 puntos

Prueba citológica (pregunta 5).

Evaluación máxima: 10 puntos

Nivel de conocimientos Bien: de 4 a 5 respuestas correctas (de 8 a 10 puntos)

Regular: 3 respuestas correctas (6 puntos)

Mal: de 0 a 2 respuestas correctas (de 0 a 4 puntos)

Para medir el nivel de conocimientos sobre la Utilización de la prueba citológica en el diagnóstico precoz del cáncer cérvicouterino se utilizaron 5 ítems cada uno con valor de 2 puntos.

-Período de la vida donde se realiza por primera vez la prueba citológica.

Se respondió marcando con una cruz para seleccionar a que edad se realiza la primera prueba citológica

-Se puede realizar cualquier día del mes la prueba citológica.

Se respondió dicotómicamente con una sola cruz en las posibilidades de respuestas. Se consideró como conocimiento adecuado si se respondió con una cruz en el inciso No, e inadecuado la selección de los incisos Sí y No Se.

- Confía usted en el resultado de la prueba citológica.

Se respondió marcando con una cruz para seleccionar en quién deposita mayor confianza (ginecólogo, medico de la familia o la enfermera), y se consideraron correctas las respuestas Sí o No. Los que respondieron No Se, se consideraron inadecuados.

-La prueba citológica resulta dolorosa.

Se respondió dicotómicamente con una sola cruz en las posibilidades de respuestas. Se consideró como conocimiento adecuado si se respondió con una cruz en el inciso No, e inadecuado la selección de los incisos Sí y No Se.

-Considera usted que la prueba citológica se debe realizar en edades más tempranas.

Se respondió dicotómicamente con una sola cruz en las posibilidades de respuestas. Se consideró como conocimiento adecuado si se respondió con una cruz en el inciso SI, e inadecuado la selección de los incisos No y No Se.

Opciones de tratamiento (pregunta 6).

Evaluación máxima: 20 puntos

Nivel de conocimientos Bien: de 8 a 10 respuestas correctas (de 16 a 20 puntos)

Regular: de 6 a 7 respuestas correctas (de 12. a 14 puntos)

Mal: de 0 a 5 respuestas correctas (de 0 a 10 puntos)

Se respondió marcando con una cruz, se consideraron correctas las respuestas: dieta, ejercicio físico, radiaciones, conización, cirugía y citostáticos. Se consideraron incorrectas las respuestas: antibióticos, vitaminoterapia, medicina verde y abundantes líquidos.

Son 10 posibles respuestas cada una con el valor de 2 puntos.

### LÍMITES DEL PROGRAMA

Tiempo: 1 año.

Geográfico: Población femenina entre 24 y 64 años en el Consultorio San Pedro de los Altos. Población rural.

### AUDIENCIA SELECCIONADA

Primaria: Población femenina entre 24 y 64 años del Consultorio San Pedro de los Altos.

### ESTRATEGIAS CLAVES.

- Capacitar a las audiencias que participarán en el programa de intervención.
- Monitorear el proceso.
- Implementación.
- Evaluación.
- Retroalimentación.

### PROBLEMA POTENCIAL

Bajo nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo asociados al cáncer cervicouterino en la población femenina del consultorio San Pedro de los Altos..

### BENEFICIOS ESPERADOS

- Elevar el nivel de conocimientos sobre el Cáncer Cervicouterino en las pacientes femeninas del Consultorio de San Pedro de los Altos.
- Promover estilos de vida saludables en la población femenina que favorezca el fomento de una vida sana y plena.

### CANALES.

- Acciones individuales, grupales y en comunidades.
- Instituciones de salud (Consultorios, Centros de Diagnósticos Integrales.)

### ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Título: Estrategia de Intervención sobre Factores de Riesgo del Cáncer Cérvico Uterino en el consultorio San Pedro de los Altos. Venezuela.”2012

Tabla 1 Distribución de la muestra según edad y nivel de conocimientos. Consultorio San Pedro de los Altos. Venezuela.2012

Edad	No	%
25- 34 años	13	43.3
35- 44 años	7	23.3
45- 54 años	6	20

55- 64 años	4	13.3
total	30	100

En la tabla 1 se observa en las pacientes encuestadas distribuidas según grupos etarios y nivel de conocimientos que los grupos de edades de 46-50 y 51-56 años fueron los menos informados con un 34,1% de respuestas inadecuadas. El cáncer de cérvix es el tercero más común entre las mujeres de todo el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud, el cáncer cérvico uterino (CCU) es la segunda mayor causa de mortalidad femenina por cáncer en todo el mundo con unas 300 000 muertes al año. El 80 % de los casos corresponde a los países en vías de desarrollo y anualmente se presentan cerca de 500 000 casos nuevos. Su incidencia mayor está entre los 40 y 50 años.<sup>40</sup>

Tabla 2. Distribución de la muestra según el nivel de escolaridad. San Pedro de los Altos. Venezuela. 2012

Nivel de Escolaridad	No	%
No escolarizado	10	33.3
Primaria	13	43.3
Secundaria	3	10
Técnico medio:	2	6.6
Bachiller:	1	3.3
Universitario:	1	3.3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

En la tabla 2 se muestra como el nivel de escolaridad que predominante es el de primaria con el 30%, y en un segundo plano los no escolarizados representando un 26.6 %, demostrando que el bajo nivel de escolaridad se asocia al desconocimiento poblacional de factores asociados al CCU. El cáncer del cuello uterino (CCU) es la segunda causa de muerte por enfermedades malignas en la mujer a escala mundial y constituye aproximadamente el 25 % de los cánceres ginecológicos.<sup>41</sup> En Cuba, en el 2010 el CCU fue la quinta causa de muerte por tumores malignos en la mujer.<sup>42</sup>

La neoplasia maligna del cérvix es una de las pocas localizaciones de cáncer evitables, si se detecta antes de que progrese hacia la infiltración. La manera más eficiente de detección precoz es mediante un programa de pesquisa que facilite a la mujer, realizar una prueba citológica con calidad y regularidad y si esta resulta anormal, ofrecer las facilidades para acceder a una atención especializada y un tratamiento efectivo y su seguimiento evolutivo.<sup>41</sup>

Muchas mujeres en el mundo mueren por cáncer del cérvix sin haberse realizado nunca una prueba citológica. Algunos programas de detección, propugnan que las mujeres, realicen al menos una prueba citológica en su vida entre los 30 y 49 años. El bajo nivel de escolaridad constituye uno de los factores e riesgo asociados a esta patología que puede influir de manera ciertamente negativa en una entidad como estas tan prevenibles por estos días.

Se plantea que la prevención del CCU es la medida más importante y menos costosa de todas las patologías al depender solamente de la voluntad y del cambio de comportamiento del individuo.

Tabla 3. Distribución de la muestra según la ocupación San Pedro de los Altos. Venezuela. 2012

Ocupación	No	%
Trabajadoras	6	20
Ama de casa	16	53.3
Jubiladas	8	26.6

total	30	100
-------	----	-----

En la tabla 3 se observa como la mayor parte de la muestra, el 53.3%, se encuentra en las Amas de casa, esto se debe a que la población femenina Venezolana en aquellos años antes de la revolución bolivarianas era muy difícil conseguir un trabajo fijo y poder llegar a la jubilación. A esta edad se reduce el número de actividades sociales, siendo un grupo fácil de trabajar en temas de promoción y prevención para la salud.

Tabla 4: Fuentes de información sobre el cáncer cervicouterino. San Pedro de los Altos. Venezuela. 2012

Fuente de información	Total	
	No.	%
Médico y enfermera del consultorio	10	33.3
Libros y Revistas	5	16.6
Radio y TV	7	23.3
Escuelas	5	16.6
Periódicos	3	10
Amigos	0	0
Total	30	100

En el caso específico de nuestras pacientes relacionamos las fuentes más importantes por las cuales han encontrado información relacionadas con el tema del cáncer cervicouterino, recogimos sus opiniones quedando en

evidencia que el médico y la enfermera de la familia ocupan la principal fuente de información, con un 33,3% antes de aplicar el programa de intervención, esto se corresponde con las actividades de promoción y prevención que se llevan a cabo en los consultorios del médico de la familia, también vale significar que en un 23.3% le dieron valor a la difusión de esta información en la radio y tv. Es importante que los medios de comunicación y el sistema de enseñanza le brinden toda la importancia que este tema se merece. (4, 9,16)

Tabla 5: Nivel de conocimientos sobre aspectos generales del CCU. San Pedro de los Altos. Venezuela. 2012

Nivel de conocimiento sobre aspectos generales del CCU.	Antes		Después	
	N	%	N	%
Satisfactorio	10	33.3	22	73.3
Insatisfactorio	20	66.6	8	26.6
Total	30	100	30	100

McNemar

$$X^2 = 34.1$$

$$X^2_{(0.95)}^{(1)} = 0.0039$$

HI: PA ≠ PD

En la tabla 5 podemos observar como en realidad la población no tienen el conocimiento básico sobre aspectos generales del CCU cuando solo un 33.3% logro contestar acertadamente, y luego de aplicado el estudio se elevó de forma significativa hasta un 73.3% aunque queda un margen para lograr la completa efectividad por el bajo nivel cultural de la muestra en cuestión.

Tabla 6: Distribución de la muestra según nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo del CCU

Nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo.	Antes		Después	
	N	%	N	%
Satisfactorio	3	10,71	16	53,57
Medianamente Satisfactorio	8	26,78	8	26,78
Insatisfactorio	19	62,50	6	19,64
Total	30	100	30	100

McNemar

$$X^2 = 21,16$$

$$X^2_{(0,95)}^{(1)} = 0.0039$$

HI: PA ≠ PD

En la tabla 6 se muestra como el nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo del Cáncer Cervicouterino después del estudio se fue elevando desde un 10.7 % hasta un 53.5 % quedando solamente como insatisfactorio el 19.6 %. Después de realizado la intervención educativa logramos que las pacientes asocien directamente al Cáncer Cervicouterino con la conducta sexual inadecuada, las infecciones de transmisión sexual, los factores hereditarios y el uso de anticonceptivos. Diversos estudios plantean la asociación directa entre estos factores de riesgo y el CCU. La prevención de la enfermedad lleva implícita una actitud consecuente de la paciente hacia los antes mencionados factores de riesgo influida por la información que tenga la misma sobre la afección, así como una modificación de estilos de vida que conduciría a una enfermedad prevenida y una mejor calidad de vida.

Tabla 7: Distribución de la muestra según nivel de conocimientos sobre la sintomatología del CCU.

Nivel de conocimiento sobre la	Después
--------------------------------	---------

sintomatología.	Antes			
	N	%	N	%
Satisfactorio	4	12.5	16	55.3
Medianamente Satisfactorio	9	30.3	9	28.6
Insatisfactorio	17	57.2	5	16.1
Total	30	100	30	100

En la tabla 7 se muestra la Distribución de la muestra según nivel de conocimientos sobre la sintomatología del CCU se observa como antes de la intervención solo el 12.5 % de los pacientes del estudio tenían conocimientos adecuados sobre los síntomas de su enfermedad y una vez realizada esta intervención se elevó hasta un 55.3%, lo cual habla de la efectividad de la intervención realizada.

El CCU es un problema sanitario mundial extraordinario, muy común, de extensas consecuencias, desastrosas a veces, que puede permanecer asintomática hasta etapas muy avanzadas.

Actualmente con el conocimiento que se tiene de esta enfermedad se sabe que la mayoría de las lesiones de bajo grado regresan espontáneamente o permanecen estacionarias y un porcentaje pequeño evoluciona a lesiones de alto grado, sabiendo además que muchas de ellas están relacionadas con procesos infecciosos, sobre todo virales, conociéndose el papel fundamental que ejerce la infección por el papiloma virus humano.

Tabla 8: Nivel de conocimientos sobre la prueba citológica. San Pedro de los Altos. Venezuela. 2012

Nivel de conocimiento sobre la prueba citológica.	Antes		Después	
	N	%	N	%

Satisfactorio	6	19.64	20	66,07
Medianamente Satisfactorio	9	30,35	8	26,78
Insatisfactorio	15	50	2	7,14
Total	30	100	30	100

McNemar

$$X^2 = 21,16$$

$$X^2_{(0,95)}^{(1)} = 0.0039$$

HI: PA ≠ PD

En la tabla 8 se muestra el nivel de conocimientos sobre la prueba citológica, en la cual observamos que a pesar del bajo nivel cultural de los pacientes en cuestión prestan bastante interés por aprender y vemos como de un 19.64% subimos la promoción hasta un 66.07% dejando solo un 7.14% en el nivel de insatisfactorio. La importancia de la realización de una prueba citologica adecuado, radica en que su realización y seguimiento trae aparejado una disminución de la morbimortalidad de dicha enfermedad.

La citología orgánica es uno de los procedimientos de detección precoz del cáncer cérvico uterino, es simple y de uso generalizado, que permite detectar la enfermedad en una etapa localizada lo que mejora el pronóstico, aumentando los porcentajes de curación. El programa nacional del control del cáncer cérvico-uterino establece que la prueba citológica se debe realizar a partir de los 25 años en las mujeres con vida sexual activa y que se repetirá cada tres años hasta los 60 años de edad. El cáncer cervicouterino tiene un importante impacto social y económico que justifica los esfuerzos que se han realizado en los países o regiones que lo han implantado para su detección temprana y tratamiento eficaz.

Existen diferentes métodos de pesquisa que van desde la inspección visual del cérvix con ácido acético en países de muy bajos recursos, los que utilizan la citología cervical, hasta los que emplean técnicas sofisticadas para identificar el ADN del virus del papiloma humano, considerado "la causa necesaria" en la génesis del cáncer de cérvix. <sup>43</sup>De ellos, el estudio citológico es el pilar principal en el que se sustenta la detección precoz de CCU y sus precursores por las ventajas en su costo/beneficio. <sup>43</sup>

*Papanicolaou* en 1943 <sup>45</sup>describió el método de la citología exfoliativa, que demostró ser capaz de diagnosticar el cáncer del cérvix y las etapas que lo preceden, es por eso, que ha tenido éxito como método de pesquisa en la reducción de la mortalidad por esta causa en los países desarrollados. <sup>46</sup>

Desdichadamente, no se comporta así en los países en vías de desarrollo, *Millar* considera que quizás la causa esté dada, por no cumplirse con la cobertura poblacional propuesta o por deficiencias en la calidad durante el proceso.<sup>47</sup>

Tabla 9: Nivel de conocimientos sobre las opciones de tratamiento del CCU. San Pedro de los Altos. Venezuela. 2012

Nivel de conocimiento sobre las opciones de tratamiento del CCU.	Antes		Después	
	N	%	N	%
Satisfactorio	5	17.85	21	69.64
Medianamente Satisfactorio	9	30.35	8	26.78
Insatisfactorio	16	51.78	1	3.57
Total	30	100	30	100

McNemar

$$X^2 = 24.1$$

$$X^2_{(0.95)}^{(1)} = 0.0039$$

HI: PA ≠ PD

En la tabla 9 se observa que se mejora notablemente después del estudio realizado de un 17.85 % hasta un 69.64 % en el nivel de satisfactorio mostrando que aunque son resultados alentadores, aun no se logra un nivel óptimo de conocimientos lo que coincide con el bajo nivel cultural de los pacientes. Pero las pacientes lograron valorar la necesidad de la realización de la prueba citológica para la prevención del CCU. El diagnóstico precoz y el tratamiento conservador del carcinoma in situ (CIS) del cuello uterino constituye la piedra angular del Programa nacional del cáncer cérvico-uterino. La necesidad de un medio diagnóstico y terapéutico que conserve la capacidad y calidad psíquica, reproductiva y sexual de la mujer, constituye una de las bases

objetivas de este programa. La gran incidencia de lesiones de cuello uterino han llevado al empleo de una serie de técnicas quirúrgicas más sencillas y menos riesgosas que la cirugía convencional y que pueden realizarse de forma ambulatoria con excelentes resultados en los servicios especializados que cuentan con recursos para la atención y seguimiento de las pacientes. Existen varias técnicas quirúrgicas por cirugía convencional que pueden ser utilizadas sobre el cuello uterino, con fines diagnósticos y terapéuticos, pero tienen la desventaja de ser muy costosas por el número de recursos que se utilizan y además dejan secuelas que pueden afectar reproductiva y psicológicamente a la paciente<sup>48</sup>. En la actualidad los científicos de todo el mundo interesados en el estudio del cáncer cérvico-uterino, aceptan que su diagnóstico precoz unido con un tratamiento cada vez más conservador, es uno de los problemas de mayor importancia a resolver que permitiría mantener la salud, capacidad reproductiva, laboral y sexual de la mujer de estos tiempos.<sup>48</sup>

Más de 30 000 mujeres latinoamericanas mueren anualmente de cáncer de cuello uterino, a pesar de que buena parte de la mortalidad por esta enfermedad puede ser prevenida mediante programas de detección temprana.<sup>48-49</sup> La incidencia del cáncer de cuello uterino en América Latina es todavía varias veces más alta que en los países desarrollados y las más elevadas del mundo se han descrito en ciudades latinoamericanas<sup>48</sup>. Se han identificado factores de riesgo como el número de embarazo, el tabaquismo y el uso de anticonceptivos<sup>49</sup>; también se consideran factores de riesgo ciertas características de compañeros sexuales referentes a su papel como posible trasmisor de un agente etiológico.

La etiología de esta neoplasia es multifactorial y a pesar de que muchas investigaciones han aportado información valiosa sobre diversos factores etiológicos, se desconoce su mecanismo de acción.

El tratamiento conservador para los distintos tipos de neoplasias del cérvix con distintos procedimientos, intentan lograr una mejor calidad de vida, evitar las complicaciones y secuelas de otras conductas más radicales.<sup>50-51</sup>

Las técnicas del tratamiento conservador han evolucionado mucho en los últimos años, desde el cauterio utilizado por Celsius para tratar lesiones ulcerosas del cuello, pasando por Lamballe en la cervicitis crónica hasta la criocirugía, el láser y a la electrocirugía en tiempos más actuales<sup>52</sup>. De la cirugía convencional se puede mencionar la conización quirúrgica descrita en 1815 por *Espane*. En 1861 *Sirems* le añade la sutura de cuello y en 1916 *Stecmdorf* describe la técnica de sutura invaginante. Esta cirugía cobra fuerza en la época del 60 con el aumento del pesquisaje de la patología cervical. En la actualidad el empleo del colposcopio para el diagnóstico y para seleccionar el sitio donde se realiza la biopsia (dirigida) y las posibilidades de efectuar

tratamiento fácil de muchas lesiones con radiocirugía, criocirugía o láser, han hecho que disminuyan sus indicaciones, pero aún así es una de las operaciones ginecológicas más frecuentemente realizada de acuerdo con el criterio de *Gpere* enunciado en el trabajo titulado "Conization as only treatment of carcinoma *in situ* of uterine cancer", publicado en 1997.

Esta cirugía se considera de elección en todas las pacientes en que se sospecha que pueden ser portadoras de una lesión microinfiltrante de cáncer o en las que no se haya podido descartar la presencia de una lesión maligna del canal endocervical, varias son las técnicas que se han empleado, de ellas se pueden citar: Stecnmdoorf, Emmt, Simon-Mar Kurale y de Chseeder (las más empleadas).

Otra técnica quirúrgica es la amputación del cuello uterino, que se diferencia del cono en el corte, que es más alto, puede llegar a incluir casi todo el cérvix, como planteó *Kcall* en su trabajo sobre cirugía ginecológica publicado en 1997.

A finales del siglo pasado surgieron técnicas de microcirugías por radiofrecuencia, muy novedosas, a las cuales se le augura un gran futuro por sus resultados, sobre todo en el campo de la Ginecología. Los equipos empleados suministran una corriente de muy alta frecuencia, corte no traumático y coagulación para tejidos blandos sin producir daños a los tejidos periféricos, de ahí la ventaja que tiene su uso en pacientes portadoras de NIC, pues permite con ellos reseca tejidos y estudiarlos histológicamente con rapidez, poco riesgo y más tranquilidad a la paciente, sin afectación en la esfera reproductiva y psicológica y muy económica por lo escaso del número de recursos que se emplean.<sup>48</sup>

Tabla 10 Nivel de conocimientos Global sobre CCU. Consultorio San Pedro de los Altos.2012

Nivel de conocimientos Global sobre CCU.	Antes	%	Después	%
<b>Satisfactorios</b>	3	10.71	21	69.64
<b>Medianamente Satisfactorio</b>	8	26.78	6	19.64
<b>Insatisfactorios</b>	19	62.50	3	10.72
<b>Total</b>	30	100	30	100

McNemar

$$X^2 = 26.13$$

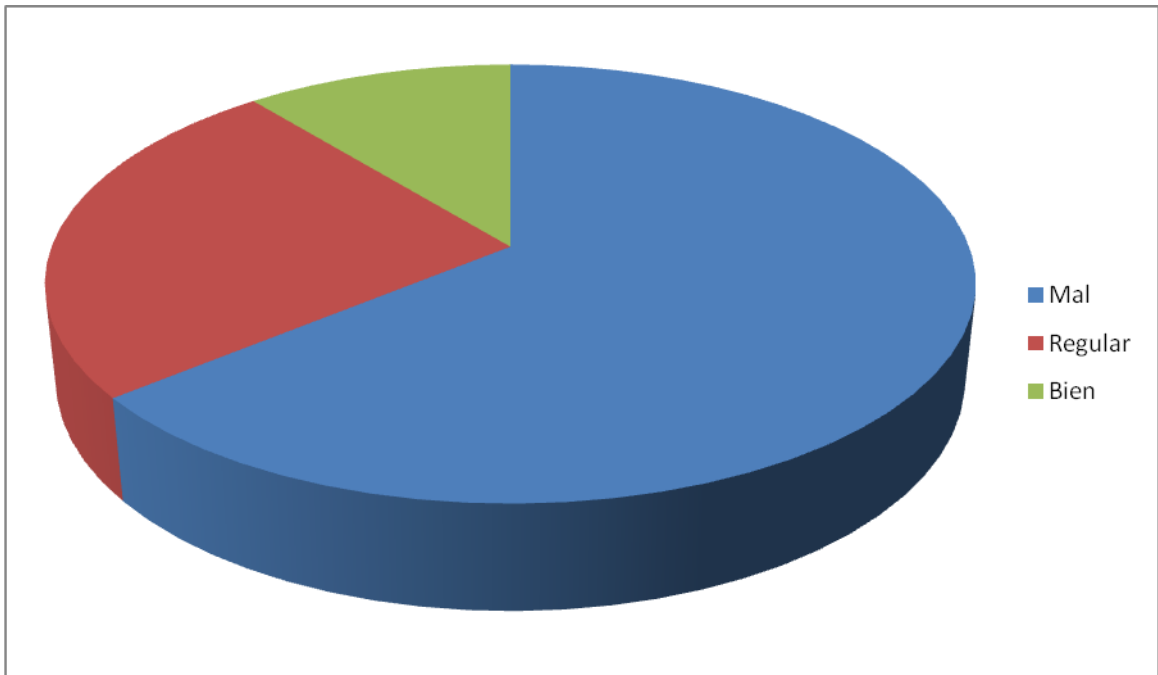
$$X^2_{(0.95)}^{(1)} = 0.0039$$

HI: PA ≠ PD

En la tabla 10 se observa que se aumentó de forma considerable el nivel de conocimientos de forma global de la muestra en cuestión desde un 10.71 % antes del estudio hasta un 69.64% después de realizado es estudio, lo cual avala la productividad del estudio realizado en aras de mejorar la atención primaria de salud.

Al realizar el análisis estadístico podemos apreciar que existe diferencia significativa entre los dos momentos, ya que al calcular las décimas de McNemar se obtuvo resultados significativos porque el Chi cuadrado calculado fue mayor que el Chi cuadrado tabulado con un 95 % (0.95) de confiabilidad por lo que resultó ser efectiva la metodología aplicada para promover conocimientos adecuados sobre los factores de riesgo asociados al cáncer cervicouterino.

Gráfico 1: Distribución de la población encuestada según el nivel de conocimientos global sobre el cáncer cervicouterino antes de la intervención.

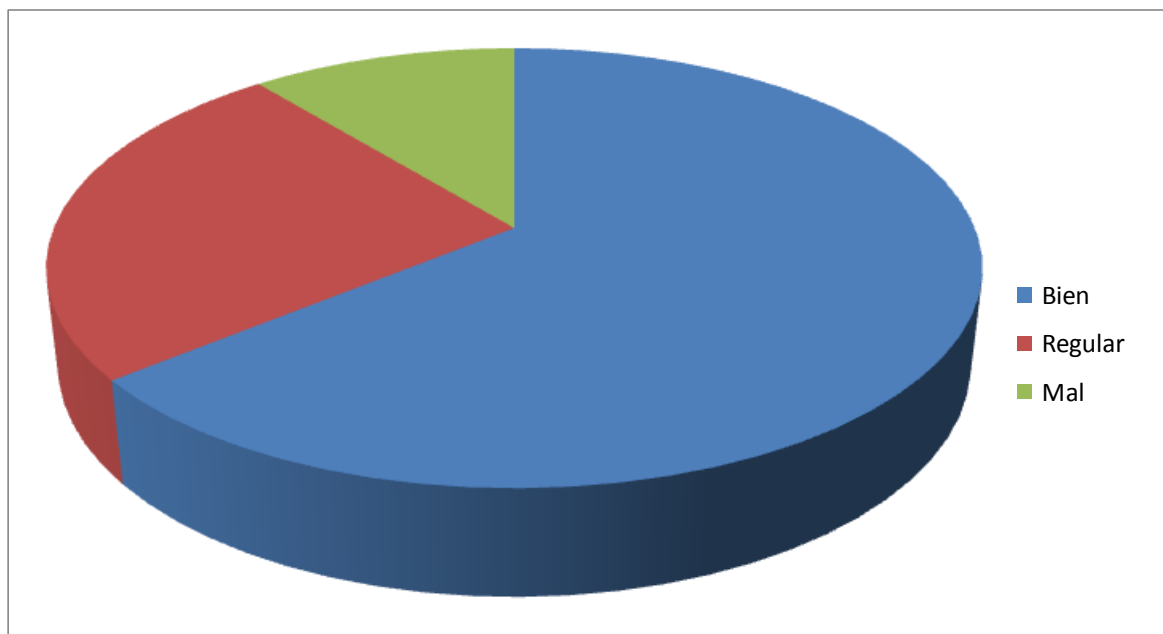


Fuente: tabla 10

El gráfico 1 muestra la distribución de las pacientes encuestadas al inicio del estudio sobre el nivel de información que poseían acerca del cáncer cervicouterino, se encontró que la mayoría presentaba conocimientos insuficientes sobre el tema.

(1, 10,13)

Gráfico 2: Distribución de la población encuestada según el nivel de conocimientos global sobre el CCU después de la intervención.



Fuente: tabla 10

El gráfico No. 2 muestra la distribución de las pacientes encuestadas al final del estudio sobre el nivel de información que poseían acerca del cáncer cervicouterino, se encontró que la mayoría presentaba un incremento de los conocimientos sobre el tema.

## CONCLUSIONES

- En el estudio predominó el grupo de edad entre los 25 y 34 años, el Nivel de Escolaridad secundaria y el mayor porcentaje de los encuestados fueron Amas de casa.
- Se logró elevar el nivel de conocimientos sobre CCU en las pacientes del CMF San Pedro de los Altos.
- Se alcanzó un alto nivel de satisfacción y compromiso de las pacientes.

## RECOMENDACIONES

- Realizar nuevas estrategias de intervención educativa para promover salud y educar a la población sobre otras enfermedades.
- Periódicamente evaluar el impacto de nuestra estrategia educativa y realizar controles en esta enfermedad y otras.

- Utilizar a los medios de comunicación masiva en la divulgación de temas de promoción y prevención de salud.
- Extender la estrategia a otras consultas del Área de Salud.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-Erice Candelario AI, Román Fernández L, Ulloa Cruz V, Peláez Mendoza J, Juncal V. Afecciones Ginecológicas. En: Álvarez Sintés R, editor. Medicina General Integral: Principales afecciones en los contextos familiar social. Ciudad de la Habana: Ciencias Médicas; 2008.
- 2- Aquino González D. Las relaciones sexuales y sus correspondencias con el cáncer cervicouterino. Rev Cubana Obstet Ginecol. 1999; 8(2): 112-119.
- 3-Martínez Martínez A, Díaz Ortega I, Carr Pérez A, Varona Sánchez JA, Borrego López JA, Isabel de la Torre A. Análisis de los principales factores de riesgo relacionados con el Cáncer Cérvico Uterino en mujeres menores de 30años. Rev. Cubana Obst Ginecol [serie en Internet]. 2010 [citado 10 Abr 2010]; 36(1): [aprox. 8p.]. Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2010000100008&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000100008&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- 4- González Martínez WJ. Comportamiento del programa de pesquisaje de cáncer cervicouterino. [página en Internet]. 2008 [citado 15 May 2010]: [aprox. 10 p.]. Disponible en:  
<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1178/2/Comportamiento-del-programa-de-pesquisaje-de-cancer-cervicouterino>
- 5- Kresge KJ. Cervical cancer vaccines: introduction of vaccines that prevent cervical cancer and genital warts may fore-shadow implementation and acceptability issues for a future AIDS vaccine. IAVI Rep 2007; 9(5):2.
- 6- 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 pública Méx 2009; 47(5):342-350.

7- Valentín Martínez C, Torrientes Hernández B. Neoplasia cervical en la mujer climatérica. Rev Cubana Obstet Ginecol 2008; 32(1): 18. [aprox 10 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552009000200006&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552009000200006&script=sci_arttext)

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

9- Cabrera M. Prueba citológica: minutos que salvan. Periódico Trabajadores [página en Internet]. 2007[citado 4 Ene 2010]. [aprox. 2 pantallas]. [Disponible en:

10- Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa nacional de diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino. Ciudad de la Habana: MINSAP; 1984.

11- Costis Gutiérrez EJ. Algunos factores epidemiológicos en el cáncer cervico uterino. Rev. Med IMSS 1995; 33(2): 177-182.

12- Rodríguez Salva A, Lima Anta J, Cabezas Cruz E, Camacho Rodríguez R. Programa nacional de diagnóstico cervicouterino. Ciudad de la Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1994.p.1-32.

13- Aquino González D. Las relaciones sexuales y sus correspondencias con el cáncer cervicouterino. Rev Cubana Obstet Ginecol. 1999; 8(2): 112-119.

14- Organización Panamericana de la Salud. Manual de normas y procedimientos para el control del cáncer del cuello uterino. Washington: OPS; 1990.

15- Alonso Méndez B, Vega Castillo M. Detención precoz del cáncer cervicouterino. Rev Cubana Med Gen Integr. 2004; 10(3): 265-272.

16- Rabb SS, Hart AR, D'Antonio JA. Clinical perception or disease probability associated with Bethesda System diagnosis. Am J Clin Phatol. 2001; 115(5): 681.

17- Núñez Herrero L, Yanes Calderón M. Citología orgánica: temor o desconocimiento. Rev Cubana Med Gen Integr [serie en Internet .2007 [citado 4 Ene 2010]; 23(2): [aprox.10p.].

18- Vázquez Márquez A, González Aguilera JC, de la Cruz Chávez F, Almirall Chávez AM, Valdés Martínez R. Factores de riesgo del cáncer de cérvix uterino. Rev Cubana Obstet Ginecol[serie en Internet]. 2008[citado 4 Ene 2010]; 34(2): [aprox. 5 p.].

[http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol34\\_2\\_08/gin07208.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol34_2_08/gin07208.htm)

19- Costis Gutiérrez EJ. Algunos factores epidemiológicos en el cáncer cervicouterino. Rev. Med IMSS 1995; 33(2): 177-182.

20- Rodríguez Salva A, Lima Anta J, Cabezas Cruz E, Camacho Rodríguez R. Programa nacional de diagnóstico cervicouterino. Ciudad de la Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1994.p.1-32.

21- Aquino González D. Las relaciones sexuales y sus correspondencias con el cáncer cervicouterino. Rev Cubana Obstet Ginecol. 1999; 8(2): 112-119.

22- Organización Panamericana de la Salud. Manual de normas y procedimientos para el control del cáncer del cuello uterino. Washington: OPS; 1990.

23- Alonso Méndez B, Vega Castillo M. Detención precoz del cáncer cervicouterino. Rev Cubana Med Gen Integr. 2004; 10(3): 265-272.

24- Torriente Hernández B, Valdés Álvarez O. Repercusión económica de la introducción de la electrocirugía en un hospital materno. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2003; 29(2):141.

25- American Cancer Society. Cancer facts and figures 2006. Atlanta: American Cancer Society.2006.[Internet]. [Consultado 21 de Enero del 2013]. [Ext 6 pant].

26- Mario Pérez Echemendía. Ginecología Oncológica Pelviana.2th ed. 2004.

27- Hurtado Estrada, Gabino, Ojeda Ortiz, Jorge, Espinoza Guerrero, Araceli, Ángel Moreno Colín Ángel, Cordero Galera, César A, López Chávez, Rodolfo.El cáncer de cérvix: ¿tendrá futuro? ArchInv Mat Inf. [Internet].2010 [8 de febrero del 2013]; Vol. II (1): [Ext 3 p].Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi->

28- Sociedad Americana del Cáncer. Prevención y factores de riesgo. Cáncer de cuello de útero. [monografía en Internet]. Atlanta: 2005 [Consultado 26 de enero del2013]. [Ext 5 pant].Disponible en:<http://www.cancer.org/prevencion.htm>

29- Vélez Campos, Hurtado Estrada. Epidemiología de los factores de riesgo y de pronóstico de cáncer de endometrio. [Internet].2010 [8 de febrero del 2013]; Vol. II (1): [Ext 7 pant].

30- Camacho Carr K, Sellors JW. Cervical Cancer Screening in Low Resource Settings: Natural History of Cervical Cancer.[Internet].2010 [Consultado 10 de febrero del 2013]. [Ext 8 pant].  
Disponible en:<[http://www.medscape.com/viewarticle/484034\\_5](http://www.medscape.com/viewarticle/484034_5)>

31 - *On-line* ISSN. Factores de riesgo ginecoobstétricos para el cáncer cervicouterino en la atención primaria de salud. [Internet]. [Consultado 11 de febrero del 2013]. [Ext 8 pant].

32- National Cancer Institute. Cáncer de cuello uterino (POQ): tratamiento [monografía en Internet]. 2005 [Consultado 12 Feb 2013]. [Ext 6 pant].

33- Rabb SS, Hart AR, D'Antonio JA. Clinical perception or disease probability associated with Bethesda System diagnosis. *Am J Clin Pathol*. 2001; 115(5): 681.

34- Roberts JM, Thurloe JK, Bowditch RC. Subdividing atypical glandular cells o undetermined significance according modified Bethesda system: analysis of outcomes. *Cancer* 2000; 90(2):87.

35- Salomon D, Davey D, Kurman R. The 2001 Bethesda System: terminology for reporting results of cervical cytology. *JAMA*. 2002; 287(16): 2120.

36- Cabanillas-Saes A, Schalper JA, Nicovani SM. Characterization of mast cells according to their content of the tryptase and chymase in normal and neoplastic human uterine cervix: *Int J Gynecol Cancer*. 2002; 12(1): 92.

37- Castellanos MR, Hayes RL, Mainam MA. Synthetic peptides induce a cytotoxic response against human papilloma virus type 18. *Gynecol Oncol*. 2000; 21(2): 173.

38- Fujimoto T, Shim YH, Min K. Papillary squamous cells carcinoma of the uterine cervix: a report of two cases with human papillomavirus 16 DNA. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2002; 81(2): 176.

39- Vaupel P, Kelleher DK, Hockel M. Oxygen status of malignant tumors: pathogenesis of hypoxia and significances for tumor therapy. *Sem Oncol*. 2001; 28(2 Suppl 8): 29.

40- *Revista Cubana de Medicina*. 2010; 49(2)296-301)

41. Sarduy Nápoles M. Evaluación de tres métodos de tratamiento conservador de la Neoplasia Intraepitelial cervical [tesis doctoral]. La Habana: Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas (CIMEQ); 2006.

- 42- Anuario estadístico de salud. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros médicos y estadísticas de salud. La Habana: MINSAP; 2010. p. 81.
- 43- Goldie Sj, Kuhn L, Denny L. Policy analysis of cervical cancer screening strategies in low ewaourxe setting: clinical benefits and cost effectiveness. JAMA. 2001;285:3107-15
- 44- De Palo G, Chanen W, Dexeus S. Neoplasia intraepitelial cervical. En: Patología y tratamiento del tracto genital inferior. Barcelona: Editorial Masson; 2001. p. 62- 89.
- 45- Papanicolaou G, Trout HF. Diagnosis of uterine cancer by cervical smear. London, Oxford and New York: The Commonwealth Fund; 1943.
- 46- Lara E. Day EN, Hakama M. Trenches in mortality from cervical cancer in the nordic countries: association with organized screening programmes. Lancet. 1987;1247-9.
- 47- Millar AB. Cervical screening programmes, Geneva: World Health Organization;
- 48- Rodríguez Hidalgo N. Cirugía ginecológica y obstétrica II. La Habana: Edit. Pueblo y Educación; 1993:2576-83.
- 49- Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa nacional de diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino. Ciudad de la Habana: MINSAP; 1984.
- 50- Costis Gutiérrez EJ. Algunos factores epidemiológicos en el cáncer cervicouterino. Rev. Med IMSS 1995; 33(2): 177-182.
- 51 - Rabb SS, Hart AR, D'Antonio JA. Clinical perception or disease probability associated with Bethesda System diagnosis. Am J Clin Pathol. 2001; 115(5): 681.
- 52- Salomon D, Davey D, Kurman R. The 2001 Bethesda System: terminology for reporting results of cervical cytology. JAMA. 2002; 287(16): 2120.
- 53- Cabanillas-Saes A, Schalper JA, Nicovani SM. Characterization of mast cells according to their content of the tryptase and chymase in normal and neoplastic human uterine cervix: Int J Gynecol Cancer. 2002; 12(1): 92.

54 - Castellanos MR, Hayes RL, Mainam MA. Syntetic peptides induce a citotoxic response against human papilloma virus type 18. Gynecol Oncol. 2000; 21(2): 173.

## **ANEXOS**

### **Anexo 1**

#### **Consentimiento Informado.**

Yo \_\_\_\_\_

estoy en la entera disposición para participar en el desarrollo de una investigación basada en la aplicación de una Estrategia Educativa que me permitirá elevar el nivel de conocimientos sobre los factores de riesgos del Cáncer cérvicouterino, brindaré la información de forma anónima y además podré retirarme cuando lo desee sin repercusión sobre mi persona.

San Pedro de los Altos, a los \_\_\_\_\_ días \_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_  
del año 2012.

Firma: \_\_\_\_\_

### **Anexo 2.**

**Cuestionario a aplicar en Intervención Educativa sobre Cáncer Cérvico uterino en el Consultorio San Pedro de los Altos.**

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_.

## Encuesta.

### 1- Aspectos generales.

1.1 Edad                      Entre 25 y 34 años: \_\_\_\_\_

Entre 35 y 44 años: \_\_\_\_\_

Entre 45 y 54 años \_\_\_\_\_

Entre 55 y 64 años: \_\_\_\_\_

### 1.2. Nivel de Escolaridad

No escolarizado: \_\_\_\_\_

Primaria: \_\_\_\_\_

Secundaria: \_\_\_\_\_

Técnico medio: \_\_\_\_\_

Preuniversitario: \_\_\_\_\_

Universitario: \_\_\_\_\_

### 1.3 Ocupación

Ama de casa \_\_\_\_\_

Trabajadora \_\_\_\_\_

Jubilada \_\_\_\_\_

2- ¿Cuál es el medio que más información le ha brindado sobre los factores de riesgo del cáncer cérvicouterino.?

a) \_\_\_ Periódicos

b) \_\_\_ Amigos.

c) \_\_\_ Escuelas.

d) \_\_\_ Radio y Televisión.

e) \_\_\_ Médico y enfermera del consultorio

f) \_\_\_ Libros y revistas.

g) \_\_\_ Otras.

2.1 ¿Considera usted que una mujer tiene mayor posibilidad de padecer cáncer cérvicouterino si existe el antecedente de esta enfermedad en la familia?

\_\_\_ Si    \_\_\_ No    \_\_\_ No sé

2.2 ¿Usted cree que el cáncer cérvicouterino guarda relación con alguna enfermedad de transmisión sexual?

\_\_\_ Si    \_\_\_ No    \_\_\_ No sé

2.3 ¿Considera usted que el cáncer cérvicouterino puede ser prevenible?

\_\_\_ Si    \_\_\_ No    \_\_\_ No sé

2.4 ¿Cuáles medidas usted considera adecuadas para evitar la aparición del cáncer cérvicouterino?

- a)\_\_\_ Uso de condón
- b)\_\_\_ Tomar vitaminas
- c)\_\_\_ Dieta baja de sal y grasas
- d)\_\_\_ Mantener una pareja estable
- e)\_\_\_ No fumar
- f)\_\_\_ Evitar el estrés
- g)\_\_\_ Evitar abortos y partos excesivos

2.5- Considera usted que el cáncer cervicouterino (conocido como cáncer del interior) es más frecuente en:

- a) \_\_\_ Adolescentes
- b)\_\_\_ Jóvenes
- c)\_\_\_ Adultas
- d) \_\_\_ Ancianas

2.6- El cáncer cérvicouterino tiene cura?

\_\_\_ Si    \_\_\_ No    \_\_\_ No sé

3- Marca con una X los incisos que constituyen factores de riesgo del cáncer cervicouterino.?

- a)  Hábito de fumar
- b)  Cambio frecuente de parejas sexuales
- c)  Consumo de grasas de origen animal
- d)  Infecciones de transmisión sexual
- e)  Sedentarismo
- f)  Stress
- g)  El uso de anticonceptivos
- h)  Gran número de partos
- i)  Factores hereditarios
- j)  consumo de frutas y vegetales.

4- Marca con una X los síntomas que puede presentar una paciente con cáncer cervicouterino

- a)----- Dolor en bajo vientre
- b)----- Cefalea
- c)----- Vómitos
- d)----- Puede no tener síntomas
- e)----- Sangramiento vaginal
- f)----- Secreción vaginal
- g)----- Pérdida de peso
- h)----- Falta de aire

5- Para el diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino se realiza la prueba citológica.

5.1- La prueba citológica se realiza por primera vez a los:

20 años\_\_\_ 30 años \_\_\_ 40 años \_\_\_ 25 años \_\_\_ 50 años \_\_\_

5.2- La prueba citológica se puede realizar cualquier día del mes.

\_\_\_ Si \_\_\_ No \_\_\_ No sé

5.3- Confía usted en el resultado de la prueba citológica:

\_\_\_ Si \_\_\_ No \_\_\_ No sé

5.4- La prueba citológica resulta dolorosa:

\_\_\_ Si \_\_\_ No \_\_\_ No sé

5.5- Considera usted que la prueba citológica se debe realizar en edades más tempranas:

\_\_\_ Si \_\_\_ No \_\_\_ No sé

6 - Marca con una X las opciones de tratamiento del CCU adecuadas:

- a) \_\_\_ Dieta
- b) \_\_\_ Radiaciones
- c) \_\_\_ Conización
- d) \_\_\_ Antibióticos
- e) \_\_\_ Cirugía
- f) \_\_\_ Ejercicio físicos
- g) \_\_\_ Vitaminoterapia
- h) \_\_\_ Medicina Verde
- i) \_\_\_ Citostáticos
- j) ----- Abundantes líquidos.

Otros: \_\_\_

¿Cuáles?

---

---

### **ANEXO 3**

#### **Encuesta Sobre el nivel de satisfacción luego de la intervención**

1.\_ ¿Se encuentra satisfecho con los conocimientos alcanzados?

Sí: \_\_\_\_ No: \_\_\_\_

2.\_ ¿Está usted dispuesto a trabajar junto a nosotros para prevenir la aparición de cáncer cervicouterino?

Si -----

No-----

## **Anexo 4.**

### **ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN.**

**Objetivo General:** Elevar el nivel de conocimientos de las mujeres pertenecientes al Consultorio San Pedro de los Altos, sobre los factores de riesgo del cáncer cérvicouterino.

#### **ETAPA INICIAL.**

<b>ACCIONES</b>	<b>OBJETIVOS ESPECIFICOS</b>	<b>FORMAS ORGANIZATI- VAS</b>	<b>EVALUACIÓN</b>	<b>Período de cumpli- miento</b>	<b>RESPONSABLE</b>

				C	M	L	
1- Argumentación de la necesidad del desarrollo de la investigación en las mujeres pertenecientes al Consultorio San Pedro de los Altos sobre los factores de riesgo del cáncer cérvicouterino.	Argumentar los elementos que sustentan la necesidad del desarrollo de la investigación	Taller inicial.	Debate.	X			Autor

**ETAPA DE INTERVENCIÓN.**

ACCIONES	OBJETIVOS ESPECIFICOS	FORMAS ORGANIZATI VA S	EVALUACIONES	Periodo de cumpli- miento			RESPONSA- BLE
				C	M	L	
Explicación de las características anatomofisio lógicas del aparato reproductor femenino y	Explicar las características anatomofisiológicas del aparato reproductor femenino y masculino.	Taller 1	Debate.	x			Autor.

masculino.							
Explicación de la definición del cáncer cervicouterino.	Explicar la definición del cáncer cervicouterino.	Taller .2	Debate.	x			Autor.
Fundamentación de la importancia de la realización de la prueba citológica. Definición de citología. Ventajas y Desventajas. Modo de realización	Fundamentar la importancia de la realización de la prueba citológica.	Taller 3	Debate.	x			Autor.
Describir cada uno de los diferentes factores de riesgo asociados actualmente a la aparición del CCU.	Describir los factores de riesgo del CCU.	Taller 4	Debate.	x			Autor.
Describir los posibles síntomas presentes en una paciente con CCU.	Describir la sintomatología del CCU	Taller 5	Debate.	X			Autor.
Proyección de filme.	Proyectar filme relacionado con el tema del cáncer cervicouterino.	Taller 6	Debate	x			Autor.
Resumen sobre los diferentes aspectos tratados sobre el cáncer cervicouterino.	Resumir cáncer cervicouterino	Taller 7					

## ETAPA FINAL

ACCIONES	OBJETIVOS ESPECIFICOS	FORMAS ORGANIZATI- VAS	EVALUACIO- NES	Periodo de cumpli- miento			REPONSABLE
				C	M	L	
Aplicación de encuesta final.	.Aplicar encuesta final	Taller 8 (Final)	Encuesta	x			Autor.