

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA
POLICLÍNICO DOCENTE “JUAN OLIMPIO VALCARSEL”
VENEZUELA

Título: Intervención educativa sobre el cáncer cervicouterino en mujeres adultas en el poblado de la Teresa, Venezuela, Ciego de Ávila.

Autora: Dra. Marien Miranda Chacón.

Tesis para optar por el título de especialista en 1er Grado de
Medicina General Integral.

Ciego de Ávila
2017

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA
POLICLÍNICO DOCENTE “JUAN OLIMPIO VALCARSEL”
VENEZUELA

Título: Intervención educativa sobre el cáncer cervicouterino en mujeres adultas en el poblado de la Teresa, Venezuela, Ciego de Ávila.

Autora: Dra. Marien Miranda Chacón.

Aspirante a especialista en Primer Grado en Medicina General Integral.

Tutora: Dra. Yuneisy Palacio Machado.

Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.

Especialista de Primer Grado en Ginecobstetricia.

Profesor auxiliar.

Tesis para optar por el título de especialista de 1er Grado en Medicina General Integral.

Ciego de Ávila
2017

RESUMEN

Se realizó un estudio pre-experimental de tipo antes-después para evaluar la efectividad en la aplicación de un programa de intervención para modificar conocimientos relacionados con el cáncer cervicouterino en mujeres adultas en el consultorio No. 8 en el poblado de la Teresa, Municipio de Venezuela, Ciego de Ávila; en el periodo comprendido entre marzo 2016 a enero 2017. El universo de estudio estuvo constituido por 80 mujeres y la muestra se realizó a través de un muestreo intencional mediante la selección de los criterios de inclusión finalmente conformada por 52 mujeres, con edades comprendidas entre 18 y 60 años. Para el análisis de la efectividad de la intervención educativa se empleó la prueba estadística Mc. Nemar para hallar diferencias significativas entre el nivel de conocimiento antes y después. Se encontraron diferencias significativas entre la evaluación antes y después del nivel de conocimientos sobre hábito tabáquico, anticonceptivos hormonales, riesgo de cambio de pareja y enfermedades de transmisión sexual y su relación con el cáncer cervicouterino, así como sobre la importancia de la prueba citológica como medio diagnóstico precoz, resultando una modificación positiva y significativa en el nivel de conocimientos, el nivel de conocimientos general, también resultó en un cambio significativo en forma de mejoría.

Palabras clave: intervención educativa, cáncer de cérvix, citología.

ÍNDICE

<i>Contenido</i>	<i>Páginas</i>
▪ Introducción.....	1
▪ Objetivos.....	5
▪ Marco teórico.....	6
▪ Método.....	19
▪ Análisis y discusión de los resultados.....	25
▪ Conclusiones.....	30
▪ Recomendaciones.....	31
▪ Referencias bibliográficas.....	32
▪ Anexos.....	40

INTRODUCCIÓN

El cáncer es la enfermedad que produce más muertes entre 5 y 49 años. A partir de los 50 años, es la segunda causa luego de las enfermedades cardíacas. Uno de cada 5 fallecimientos ocurre por esta causa, el cáncer cervicouterino constituye uno de los tumores malignos más conocidos en cuanto a su epidemiología, patogenia e historia natural, este persiste como importante causa de muerte en todo el planeta y afecta a miles de mujeres en América Latina, África y Asia, fundamentalmente en países como la India, donde se registran hasta 25 000 muertes al año debido a esta entidad clínica.

A nivel mundial, el cáncer cervicouterino (CC) se ha convertido en los últimos años en el cáncer más común en la mujer, diagnosticándose cerca de 500.000 nuevos casos cada año ^{1,2} . En nuestro país es la quinta causa de muerte por cáncer en la mujer con una tasa de mortalidad de 8,5 por 100.000 mujeres ³.

La detección precoz a través del screening de Papanicolaou (PAP) es una estrategia efectiva para prevenir el CC y reducir la mortalidad por este cáncer ⁴. No obstante, las mujeres muestran baja adherencia a la toma de este examen, lo que se ve reflejado en un nivel de cobertura que alcanza el 66% (2001), bajo el nivel óptimo determinado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 80%⁵ .Considerando este elemento se hace indispensable buscar nuevas estrategias para prevenir este cáncer, tales como la incorporación de intervenciones educativas que complementen la utilizada actualmente.

Se ha observado una mayor incidencia de neoplasias en mujeres con pocos recursos económicos y bajo nivel educativo. La tasa de incidencia estandarizada por edad indica una diferencia de más de 7 puntos entre los países desarrollados y las naciones en vías de desarrollo.⁶

Estadísticas y datos de servicios hospitalarios muestran que cada año aproximadamente 1 de cada 1 000 féminas con las edades de 30 a 54 años, en América Latina y el Caribe, presentan cáncer de cuello uterino y requieren de

hospitalizaciones prolongadas, por lo que empeoran las situaciones familiar y social (7,8).

De manera general, en Latinoamérica la tasa de incidencia de este carcinoma es de 20,5 por cada 100 000 mujeres, del cual Chile ha notificado la mayor, con 30 por 100 000 anualmente. En Guanacaste, Costa Rica, la referida tasa fue de 32,5 por 100 000 mujeres en 1997 (9).

Las tasas estandarizadas de mortalidad más altas por ese tipo de tumor las presentan Haití, Nicaragua y Bolivia.⁶En México se refiere una mortalidad por esta afección de 16 por cada 100 000 mujeres y en Venezuela se le ha indicado como la principal causa de muerte por neoplasia maligna en este sexo. Por otra parte, Grecia ha informado la menor tasa con 1,3 por 100 000 féminas (10).

El cáncer cervicouterino es un proceso anarcoproliferativo celular que se caracteriza por pérdida de la estratificación del epitelio y la polaridad de sus células; hay hipercromacia, mitosis anormales y pleomorfismo celular. Es el más frecuente del aparato genital femenino y ocupa el segundo lugar en frecuencia de cáncer en la mujer precedido por el de mama (11).

Cada año en el mundo se presentan alrededor de 500 000 casos nuevos de cáncer cervical y casi 274 000 mujeres mueren por su causa, aproximadamente el 85 % de ellas en países pobres. Su incidencia es particularmente alta en América Latina y el Caribe (33.5 por 100 000 mujeres) (12).

Entre 2005 y 2009, la OMS y el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer participaron en la realización de programas de prevención y control del cáncer cervicouterino a base de la IVAA, seguida de la crioterapia cuando era posible, en seis países africanos: Malawi, Madagascar, Nigeria, la República Unida de Tanzania, Uganda y Zambia. Hasta la fecha se han sometido a tamizaje más de 20 000 mujeres y actualmente la IVAA forma parte del tamizaje cervicouterino en 17 programas nacionales o regionales. En el 2006, la OMS recomendaba el uso de las pruebas de ADN del VPH solamente en proyectos piloto. Teniendo en cuenta los nuevos datos que respaldan las pruebas del VPH, estas recomendaciones se están actualizando. El equipo de la doctora Broutet

estudia la aplicación de las pruebas del VPH en África utilizando una técnica ideada específicamente para países de ingresos bajos (13).

En México, cada dos horas muere una mujer por cáncer cérvicouterino y el virus de esa enfermedad puede estar presente hasta 20 años (14).

Los países en desarrollo sopesan sus opciones para encontrar la mejor forma de prevenir el cáncer cervicouterino. El tamizaje sigue siendo la mejor inversión para afrontar el cáncer del cuello uterino. Cuba se encuentra en segundo lugar en mujeres de 20 a 30 años, luego del cáncer de mama, y su incidencia es de un 21% (15,16).

En Cuba cada año se diagnostica de 20.000 a 25.000 nuevos casos de cáncer y se estima que en el próximo año serán diagnosticados más. En nuestra provincia hay estudios realizados en poblaciones específicas donde la incidencia es de un 15% a partir de las edades de 30 años de edad sin embargo en nuestro municipio ha sido pobremente abordado este tema se ha visto una incidencia de 5% en estudio realizado en 2009 en el municipio de Baraguá en población mayor de 25 años de edad, no han sido abordadas otras edades es decir no se ha indagado en la incidencia de este tipo de cáncer en mujeres menores de 25 años observándose por parte de médicos y enfermeras el incremento en la aparición de cáncer cervicouterino en edades cada vez más tempranas (17).

En Cuba se incluye entre los de más baja incidencia y mortalidad en Latinoamérica sin embargo se ha observado un aumento significativo en la aparición de la enfermedad en pacientes cada vez más jóvenes observándose que han fallado los mecanismos de promoción y prevención de salud por parte de la atención primaria constituyendo esto un problema de gran envergadura que interesa a profesionales de la salud como a la población haciéndose necesario tomar medidas al respecto para de esta forma tratar los factores de riesgo y elevar los índices de salud poblacional, ya que esta entidad preocupa no solo a médicos de familia sino a internistas, ginecólogos etc. (18).

Problema: ¿Cuál sería la efectividad de un programa de intervención para modificar conocimientos relacionados con el cáncer cervicouterino en mujeres adultas en el poblado de la Teresa, área de salud Venezuela, Ciego de Ávila?

Hipótesis de investigación: El diseño y aplicación de una propuesta de intervención, pudiera modificar el nivel de conocimientos en mujeres adultas, sobre el cáncer cervicouterino en el poblado de la Teresa, área de salud Venezuela, Ciego de Ávila.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Evaluar la efectividad en la aplicación de un programa de intervención para modificar conocimientos relacionados con el cáncer cervicouterino en mujeres adultas en el poblado de la Teresa, área de salud Venezuela, Ciego de Ávila.

Objetivos específicos:

1. Determinar el nivel de conocimientos de las participantes sobre el cáncer cervicouterino.
2. Aplicar una estrategia de intervención diseñada para elevar el nivel de conocimientos sobre cáncer de cérvix y sus factores de riesgo.
3. Evaluar la modificación del nivel de conocimientos después de la intervención.

MARCO TEÓRICO

El cáncer es un importante problema de salud a nivel mundial. Bajo esta denominación se agrupan un gran número de enfermedades las cuales comparten una serie de características adquiridas como son: escape, invasividad y metastización, lo que le da una gran autonomía de crecimiento. Es una enfermedad que ha padecido el hombre desde épocas remotas y aún 70 siglos después sigue sin ser controlada ni conocida en su totalidad (19).

Desde la antigüedad muchos médicos han señalado ciertos tratamientos para atacar el cáncer (20).

Hipócrates realizó descripciones de muchos tipos de cáncer entre ellos describió el cáncer de cuello como una quemadura (21).

Con el paso de los años se han formulado muchas [teorías](#) sobre el cáncer. En la [edad media](#) se hablaba de la llamada "bilis negra". Posteriormente, aparecieron la "[teoría](#) inflamatoria" de Boerhane y la "teoría [química](#)" de Silvius.

En 1947 Matler dio a conocer diversas ideas, combinando no sólo la teoría química e inflamatoria sino también una teoría hereditaria (22).

La oncología es el estudio de las [enfermedades](#) neoplásicas agrupadas genéricamente bajo el término de cáncer. Etimológicamente se deriva de la voz griega onkos (masa, [volumen](#)), que aparece en [voces](#) españolas, bajo la forma prefijas onco, con el significado de "tumor" (23).

Por razones que siguen confundiendo a los científicos, determinadas [células](#) del cuerpo experimentan en ocasiones, cambios en su [estructura](#) y en su aspecto. Los antiguos griegos llamaban a la enfermedad karkinos, o cangrejo y existen diversas explicaciones. Algunos autores consideran que la denominación se debe "a las extensiones en forma de garra de algunos cánceres" (24,25).

Otros autores estiman que el nombre proviene de la comparación entre la forma como el cangrejo se aferra con sus pinzas a la tenacidad con que las masas neoplásicas se aferran al organismo (26).

Hasta la fecha no existe definición universalmente aceptada. En la mayoría de las definiciones, y desde las más antiguas, se considera al cáncer como un crecimiento autónomo e irreversible.

El Dr. Roger Terry, en sus escritos de la patología del cáncer, cita algunas definiciones, desde las cuales presentamos algunas como por ejemplo, que el tejido celular en el que los mecanismos que controlan el crecimiento están permanentemente alterados, permitiendo su crecimiento progresivo (27).

Algunas de los famosos médicos de la antigüedad señalaron ciertos tratamientos utilizados por ellos para atacar el cáncer, tales como el uso de la cirugías y arsenicales. Hipócrates hizo descripción precisa de muchos tipos de cáncer y describió una quemadura de un "cáncer del cuello". Galeno, hace casi 2000 años, realizó [operaciones](#) quirúrgicas en sus intentos de extirpación de cánceres (28).

A través de los años se han [propuesto](#) muchas teorías sobre la causa del cáncer. Durante la edad media se habló mucho de la llamada "bilis negra".

Aunque se han expuesto muchas teorías acerca de las posibles causas del cáncer, ninguna ha tenido total aceptación. Las investigaciones se basan no sólo en aspectos clínicos, sino también en aspectos estadísticos (29-30).

Los datos sobre la frecuencia del cáncer, los organismos que son afectados comúnmente y factores biológicos, patológicos, culturales, económicos y sociales que, en una forma u otra se relacionan con dicha enfermedad, han aportado valiosa información para la prevención y tratamiento de esta enfermedad (31).

Factores concurrentes

- Factores ambientales y socioeconómicos
- Costumbres sociales
- Factores raciales y geográficos
- Predisposición
- Edad
- Factores predisponentes adquiridos
- Sexo
- Parásitos
- Factores emocionales

Entre los factores ambientales y socioeconómicos se incluye una amplia gama de influencias externas que rodean la vida del individuo y que se refieren a su ocupación, su nivel cultural y económico (32).

Se considera que el ambiente de trabajo y el medio ecológico contienen diferentes agentes que pueden provocar el cáncer. Algunos de estos agentes son químicos esencialmente de tipo ocupacional a la exposición frecuente al sol (33).

Algunos autores consideran que, aún el patólogo más experimentado tiene ocasionales dificultades en el [diagnóstico](#) histológico del cáncer, por lo que siempre se requiere de una completa información clínica y de [laboratorio](#) (34).

En ocasiones, ciertas [células](#) crecen y forman una masa de tejido conocido como tumor, algunos benignos y otros malignos. La clasificación histopatológica tiene una gran importancia, a la vez que el estudio anatómico para disponer el tratamiento, teniendo en cuenta dos rasgos esenciales como son el grado histológico y el tipo de tumor (35-36-37).

Es importante determinar los estudios del tumor, para lo cual se debe estudiar adecuadamente al paciente. Hoy se reconocen dos fases en el estudio de un paciente: la primera es diagnosticar el cáncer, la segunda estudiar el tumor en los tres comportamientos, tomando en cuenta que las células cancerosas pueden surgir en cualquier tipo de tejido, a cualquier edad y con capacidad de invadir [tejidos](#) vecinos unidos por vasos linfáticos o sanguíneos (38).

La causa exacta del cáncer permanece sin ser determinada. Aunque hay diferencias histopatológicas fáciles de reconocer entre las células normales y las cancerosas, pocas diferencias metabólicas han sido determinadas (39).

Hay un número de revisiones minuciosas de los aspectos bioquímicos de las [enfermedades](#) malignas, relacionadas con la [biología](#) molecular de la [síntesis](#) de [ADN](#) Y ARN y receptores de la membrana de ultra estructura y componentes celulares (40).

Los factores químicos pueden ser agentes carcinogénicos; entre ellos, los [hidrocarburos](#) pocíclicos que han sido ampliamente estudiados en [animales](#) como

inductores de neoplasias, y se piensa que son causante del cáncer de la [piel](#) en trabajadores industriales de [productos](#) petrolíferos (41).

El [tabaco](#) y el cigarrillo también son considerados agentes carcinogénicos; el cigarrillo como el causal del cáncer del pulmón y el tabaco es asociado al cáncer de la cavidad oral, orofaringe, laringe, esófago y vejiga (42).

El Dr. Philip Rubin, en sus escritos sobre epidemiología y etiología del cáncer, plantea que la B-Nejilamina y la Benzadrina han sido implicados como agentes en la [inducción](#) del cáncer de vejiga; además, hace algunas alusión a ciertos [metales](#) que pueden considerarse agentes carcinogénicos (43).

Otras investigaciones sobre la carcinogénesis postulan que la causa del cáncer puede ser viral, hereditaria, [química](#) o relacionada con factores radiantes. Algunos trabajos de [investigación](#) dan evidencia de la etiología viral en el tumor de Burkitt (44).

El efecto de la [radiación](#) como tratamiento de las neoplasias en múltiples etapas sugiere una intersección de factores unidos a un [virus](#) que altera las defensas del huésped y lo lleva hasta el cáncer, especialmente en la leucemia, cáncer de mamas y en los sarcomas osteogénicos (45).

1.1. Clasificación clínica

Una vez detectado (diagnosticado) el cáncer cervicouterino, se harán más pruebas para determinar si las células cancerosas se han diseminado a otras partes del cuerpo. Este proceso se conoce como clasificación por etapas. El médico necesita saber la etapa de la enfermedad para planear el tratamiento adecuado. Las siguientes etapas se usan en la clasificación del cáncer Cervicouterino(46): El carcinoma in situ es un cáncer que en su etapa inicial las células anormales se encuentran sólo en la primera capa de células que recubren el cuello uterino y no invaden los tejidos más profundos del cuello uterino. Etapa I: El cáncer afecta el cuello uterino, pero no se ha diseminado a los alrededores.

Etapa IA: una cantidad muy pequeña de cáncer que sólo es visible a través del microscopio se encuentra en el tejido más profundo del cuello uterino Etapa IB: una cantidad mayor de cáncer se encuentra en el tejido del cuello uterino

Etapa II: El cáncer se ha diseminado a regiones cercanas, pero aún se encuentra en la región pélvica.

Etapa IIA: el cáncer se ha diseminado fuera del cuello uterino a los dos tercios superiores de la vagina.

Etapa IIB: el cáncer se ha diseminado al tejido alrededor del cuello uterino

Etapa III: El cáncer se ha diseminado a toda la región pélvica. Las células cancerosas pueden haberse diseminado a la parte inferior de la vagina. Las células también pueden haberse diseminado para bloquear los tubos que conectan los riñones a la vejiga (los uréteres).

Etapa IV: El cáncer se ha diseminado a otras partes del cuerpo.

Etapa IVA: el cáncer se ha diseminado a la vejiga o al recto (órganos cercanos al cuello uterino) Etapa IVB: el cáncer se ha diseminado a órganos distales como los pulmones.

1.2. Aspectos anatómicos del útero

El útero es el órgano en el cual el óvulo fertilizado es adherido por sí mismo y se desarrolla durante el embarazo. Es un órgano hueco, en forma de pera, de unos 7.6 cm de largo y 5.8 cm de ancho. Anatómicamente se divide en dos partes: el corpus (o cuerpo) y el cérvix (o cuello). Está situado en el centro de la pelvis y guarda relación con el recto hacia atrás y con la vejiga, hacia adelante. Por encima del útero quedan las asas del intestino delgado y por debajo, la vejiga y las estructuras que forman la base de la pelvis. Las paredes del útero tienen un espesor de 1.2 cm, dicho órgano está recubierto interiormente por una membrana llamada endometrio (47).

El corpus, o cuerpo, representa los dos tercios superiores; la cavidad tiene forma triangular con su base en la parte más alta. La porción ubicada encima de las trompas de Falopio recibe el nombre de fondo del útero (47).

Biológicamente se desconocen las causas del cáncer cérvico uterino; solo puede hablarse de predisposiciones.

Los doctores Jones Howard W. Junior y Sugar Jolmes Gorgeana, en su obra Tratado de Ginecología de Novak, señalan algunas de estas predisposiciones

"El cáncer cérvico uterino es generalmente raro en la mujer judía, lo que permite suponer que el coito con un varón sin circuncisión puede actuar en alguna forma como influencia causal, quizás debido a la pobre higiene del pene y a la acumulación de esmegma".

Los mismos autores también indican que en la última década, una media docena de estudios importantes han examinado la relación entre el coito y el matrimonio prematuro, haciendo énfasis en el riesgo de que las neoplasias malignas aumenten con el coito a temprana edad (48).

La práctica sexual en la adolescente puede predisponer el cáncer, debido a que la porción exterior del cuello del útero es más vulnerable a la enfermedad.

Philip Digaia y otro, en su obra, señalan otras posibles causas:

Se ha relacionado el virus del herpes simple tipo 2 con la aparición del cáncer cérvico uterino, aunque no se ha comprobado si realmente hay relación entre la causa y el efecto o si este virus obedece a la incidencia de un agente infeccioso común en mujeres sexualmente activas (49).

Se denomina cáncer cérvico uterino a toda neoplasia maligna que se origina en el cérvix. Los principales puntos de localización son: el epitelio que cubre la superficie externa o vaginal del cérvix y el epitelio de células cilíndricas del conducto interno.

La forma más temprana del cáncer cérvico uterino es el llamado "carcinoma in situ" (cáncer confinado a su sitio original). Si se detecta en forma oportuna y se trata adecuadamente esta condición patológica es superada. Si se descuida esta situación, las células cancerosas penetran en capas más profundas del útero, produciéndose entonces el cáncer cérvico uterino invasor, la denominación de "invasor" se debe a su propagación a los tejidos vecinos e incluso a órganos

distantes como la vagina, la vejiga, el recto y otras partes del cuerpo, por lo que se produce la muerte de la paciente (49).

El cáncer cérvico uterino invasor es uno de los más frecuentes y cada año mueren gran cantidad de mujeres a causa de esta enfermedad. The American Cancer Society afirma lo siguiente:

"En la mujer, predominan el cáncer mamario y el cáncer cérvico uterino durante las décadas terceras, cuarta y quinta de la vida. En las décadas posteriores son más frecuentes los tumores gastrointestinales"

Las estadísticas aportadas por diversos investigadores demuestran que el cáncer cérvico uterino invasor, es una de las formas más comunes de cáncer en la mujer, en un artículo publicado recientemente en la Revista Médica de Panamá se asevera que La República de Panamá tuvo una incidencia alta de cáncer cérvico uterino (28.4 casos por cada 100,000 habitantes) América Latina tiene las tasas más altas del mundo y Panamá es un ejemplo típico del área (50).

Durante los últimos 20 años el cáncer cérvico uterino invasor ha sido reconocido, como la principal causa de muerte de la población femenina en Latinoamérica.

2. Detección y diagnóstico del cáncer cervicouterino.

La detección temprana del cáncer cérvico uterino es poco frecuente si la paciente no procura exámenes citológicos con regularidad, debido a la falta de síntomas y signos clínicos en el estadio intraepitelial. Es por ello por lo que se requieren exámenes frecuentes para detectar precozmente estas lesiones (50).

Estudios efectuados revelan que el problema primario en el control público del cáncer cervical, no es de técnica ni disponibilidad de medios, sino más bien de organización y motivación de dichas comunidad .

Aunque han sugerido diferentes técnicas de detección, la más utilizada es la prueba de Papanicolaou, llamada comúnmente PAP, esta prueba fue descrita por el doctor Jorge N. Papanicolaou patólogo griego en 1928 quien descubrió el método que permite identificar precozmente el carcinoma de cuello y de

endometrio. En honor al doctor Papanicolaou la prueba citológica lleva su nombre la prueba fue confirmada por Traut desde 1943 dicha prueba es económica, efectiva y de fácil aplicación (50).

Un examen citológico es obligatorio en cualquier programa de medicina preventiva y debe ser efectuado cada seis meses o por lo menos, cada año, en toda mujer que ha tenido o mantiene vida sexual activa desde el inicio de las mismas hasta el término de su vida (51).

Otras de las pruebas para diagnosticar la enfermedad consisten en la biopsia dirigida, se trata de realizar un curetaje endocervical más arriba del lugar biopsiado para obtener una compleja evaluación del órgano afectado.

La prueba de Schiller se basa en que el epitelio canceroso no tiene glucógeno y por lo tanto no capta el yodo como el epitelio normal del cuello, o de la vagina, que son ricos en glucógeno. Así, la aplicación de cada solución de yodo puede mostrar el epitelio de color caoba, mientras que las zonas de displasia y cáncer quedan sin teñir y netamente limitadas (51).

2.1. Signos y síntomas del cáncer cérvico uterino.

El carcinoma intraepitelial o in situ es casi siempre asintomáticos y el diagnóstico se establece al momento de un frotis cervical realizado como estudio sistemático

Entre las manifestaciones evidentes están:

- Flujo vaginal mal oliente
- Cualquier hemorragia anormal
- Dolor pelviano
- La pérdida de orina y heces a través de la vagina
- Anorexia y pérdida de peso son signos de enfermedad avanzada.

El dolor no constituye un síntoma de carcinoma cervical hasta las últimas fases de la enfermedad, el desconocimiento de este hecho es uno de los obstáculos más graves con que se tropieza en las campañas tendientes al reconocimiento

premature del cáncer. En la mayoría de los casos, el primer síntoma es la hemorragia ligera por lo general.

Si por su edad la paciente se encuentra en periodo reproductivo, este sangrado adopta la forma de sangrado intermenstrual puede producirse después del coito, después de esfuerzos violentos o de una defecación difícil, en muchos casos la hemorragia no se produce hasta que la enfermedad está arraigada y se ha extendido a los nudos linfáticos. Más aún, si el tumor está localizado en el endocervix, hay propensión a que la hemorragia aparezca tardíamente porque la lesión está más protegida).

A veces, puede notarse un flujo anormal, por lo general acuoso, antes de que aparezca la hemorragia. Todo esto indica la necesidad de que las mujeres mayores de 15 años, que han tenido o mantienen relaciones sexuales acuden a los centros de salud en forma regular y oportuna para que la enfermedad pueda ser detectada a tiempo (52).

Al referirnos a los tratamientos curativos, es necesario mencionar que algunas neoplasias se pueden tratar por cirugías o radioterapia; en cada uno de estos métodos hay ventajas y desventajas. En la mayoría de los casos, el éxito dependerá más de la habilidad y experiencia del médico tratante que la técnica en sí. Cabe señalar otros factores que hay que tomar en cuenta al elegir el tratamiento, tales como el estado general del paciente, su edad, su situación económica, entre otros (53)

. El Dr. Bradford Patterson, en sus escritos sobre oncología quirúrgica, describe las siguientes alternativas de tratamiento:

- Escisión local: se practica en cáncer de bajo grado de malignidad donde el riesgo de metástasis raramente ocurre
- Disección en bloque: se practica en tumores que se metastatizan a los ganglios regionales, especialmente, los tumores viscerales.

- Técnicas quirúrgicas especiales se realizan con el objetivo de conservar tejidos normales:
- Electrocirugía: se practica mediante los efectos cortantes y coagulantes de la corriente de alta frecuencia aplicada a una aguja; antes era considerada paliativa; hoy es una gran alternativa para cáncer de piel, recto y cavidad oral.
- Criocirugía: se utiliza en sonda con nitrógeno líquido y se aplica al tumor; se utiliza en próstata, cerebro y cavidad oral.
- Quimiocirugía: se utiliza corrosiva y el método de congelación; es una técnica muy depurada y se utiliza en cáncer de piel.
- Terapia con rayos láser: debe ser abandonada porque ha dado malos resultados.
- Perfusión con aislamiento: se utiliza un agente quimioterapéutico mediante un oxigenador a bomba, utilizando sangre arterial y venosa de las extremidades. Se excluye el miembro del resto del cuerpo mediante un torniquete y la extremidad se perfunde con sangre oxigenada.
- Infusión intraarterial: se administran altas concentraciones de agentes quimioterapéuticos al órgano mediante un catéter de teflón.

El tratamiento del cáncer cérvicouterino depende de la extensión de la enfermedad. En la actualidad, la cirugía y la radioterapia, o la combinación de ambas, han brindado los mejores resultados. La quimioterapia no tiene un papel importante primario del cáncer cérvico uterino.

La cirugía puede incluir uno de los siguientes procedimientos: crioterapia, cauterización, conización, histerectomía vaginal, histerectomía extra facial por vía abdominal, histerectomía radical por vía abdominal con disección bilateral de los ganglios profundos de la pelvis. La laparotomía con biopsia de ganglios par aórticos, puede ser utilizada para evaluar algunas pacientes con cáncer cérvico uterino no avanzado, por ejemplo en las Etapas IIB, IIIA Y IIIB.

El tratamiento depende del diagnóstico. Según la extensión del cáncer, el tratamiento puede consistir en una o más terapias (53):

- Cirugía, que va desde la extirpación del tejido anormal, solamente, hasta el cérvix completo, así como del útero entero y de otros tejidos adyacentes.
- Terapia de radiación para matar las células cancerosas que hayan quedado después de haberse operado. Quimioterapia para destruir las células cancerígenas que haya en el cuerpo

Un cáncer incipiente y no invasivo (carcinoma in situ) puede ser tratado con una operación mínima, mientras que un cáncer invasivo suele requerir una histerectomía (extirpación de cérvix y útero) y posiblemente de otros órganos de la pelvis(53)

El tratamiento de la displasia y los cánceres incipientes tienen un alto índice de éxito. El índice de supervivencia a los 5 años para mujeres con carcinoma in situ es prácticamente del 100 %. Sin embargo, si la enfermedad ya es invasiva, la eficacia del tratamiento declina: la supervivencia a 5 años es de 95% para el estadio I A, 80-90% para I b, 75% para estadio II y menos de 50% para estadio III o superior. La supervivencia a 5 años para todos los pacientes de cáncer cervical es del 66%. Incluso después de un tratamiento con éxito, la mujer deberá consultar al doctor regularmente.

No ocurre lo mismo en los casos donde el diagnóstico se realiza en etapas avanzadas de la enfermedad, carcinoma invasivo, donde después de un estadiamiento de la paciente si se determina que debe ser operada, la cirugía es más agresiva acompañándose de histerectomía, de anexectomía (extirpación de los anexos uterinos) bilateral, del tercio superior de la vagina y vaciamiento glandular, además se complementa según criterio clínico-oncológicos de tratamiento con radioterapia y otros según se considere(54).

La mayoría de las pacientes con cáncer en estadio IV mueren en cortos periodos de tiempo por diseminación de la neoplasia y metástasis a ganglios linfáticos, vagina, vejiga, parametrio, pulmón y cerebro. Sin embargo, en EE.UU. la detección temprana ha reducido el número de pacientes con cáncer en estadio IV en más de dos tercios en los últimos 50 años.

Los teóricos resaltan la importancia de los factores que determinan el pronóstico del cáncer cérvico uterino, lo que indicará al cirujano la terapéutica de elección, que puede ir desde cautelosa y conservadora, hasta agresiva y persistente. Consideró que el pronóstico dependerá de las características celulares del tumor, entre ellas las de mitosis infrecuente, las cuales tendrán un pronóstico conservado).

Bradford Patterson, en torno al pronóstico cérvico uterino, señala que el factor agresividad también influye en el pronóstico, algunos tumores pueden ser de gran tamaño y no presentan diseminación como el tumor de mamas y se les conoce como tumor de empuje a diferencia de otros invasores que infiltran venas, linfático y venas nerviosas teniendo mayor potencialidad⁽⁵⁵⁾.

Sobre el mismo tema, Rubín opina que el tamaño de un tumor puede relacionar el pronóstico, un tumor de menos de 2 cm. De diámetro tiene mejor pronóstico que aquellos que superan dichas dimensión ⁽⁵⁵⁾.

Esas afirmaciones se tienen el caso de la neoplasia del páncreas, relativamente pequeñas, pero es inoperable porque la resección, mientras que una neoplasia de estómago puede crecer y ser operable siempre y cuando crezca dentro de la luz del estómago.

Bradford Patterson, cuando se refiere al pronóstico o a la perspectiva de recuperación del paciente con cáncer, estipula: "el paciente con ganglios linfáticos negativos tiene el doble de sobrevivencia de 5 años sobre los que tienen compromisos ganglionares. El pronóstico disminuye al aumentar el número de ganglios positivos"

2.2. Prevención

Métodos de prevención contra el cáncer cervical:

- Vacuna contra el virus del papiloma humano.
- 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, insista en que usen preservativos para prevenir el contagio de una enfermedad de transmisión sexual.

Recientemente se aprobó la vacuna contra el cáncer de cuello de útero, que se utiliza en algunos países de forma sistemática. La vacuna es recomendable para mujeres mayores de 11 años (55).

El Cáncer cervical del útero se puede prevenir y curar a un costo y riesgo bajos cuando el tamizaje para facilitar la detección oportuna de lesiones precursoras.

Los profesionales de salud deben informar a las mujeres con Cáncer Cérvico Uterino, y a sus familiares, en forma clara y precisa, acerca de las alteraciones que pueden padecer producto de la enfermedad y su tratamiento.

Al igual que otros cánceres, el cáncer cervicouterino puede ser tratado de 3 formas: mediante cirugías, radioterapia y quimioterapia.

La detección primaria de cáncer cervicouterino se hace por medio de una prueba de Papanicolaou. Una prueba de Papanicolaou, como parte de una revisión ginecológica ayuda a detectar células anormales en el revestimiento del cuello).(56)

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio pre-experimental de tipo antes-después para evaluar la efectividad en la aplicación de un programa de intervención para modificar conocimientos relacionados con el cáncer cervicouterino en mujeres adultas en el consultorio No. 8 en el poblado de la Teresa, Municipio de Venezuela, Ciego de Ávila; en el periodo comprendido entre marzo 2016 a enero 2017.

Universo y muestra

La Universo de estudio estuvo constituida por un total de 80 mujeres, con edades comprendidas entre 18 y 60 años pertenecientes al área de salud antes mencionada en el periodo de estudio ya enmarcado. La muestra se realizó a través de un muestreo intencional mediante la selección de los criterios de inclusión, finalmente fue conformada por 52 pacientes del universo por cumplir con los criterios de inclusión y ninguno de exclusión.

Criterios de inclusión:

1. Participantes que han aceptado participar en el estudio y han firmado el acta consentimiento informado (Anexo I).

Criterios de exclusión:

1. Residentes temporales en el área de salud.
2. participantes que presenten algún impedimento físico o mental que les impida responder a las preguntas de la investigación.

Criterios de Salida:

1. Abandono por decisión propia.

Métodos

Los datos fueron recogidos a través de un cuestionario (ver anexo II), fuente de información primaria de la investigación, aplicada un antes y después; creada por la autora y aprobada por criterio de expertos del servicio de Medicina General Integral del policlínico de Venezuela, Ciego de Ávila.

Dada las características de búsqueda de información rápida y económica se aplicó la encuesta inicialmente, luego se aplicó la estrategia de intervención educativa (ver anexo III), diseñada para elevar el nivel de conocimientos relacionados con el cáncer cervicouterino en la muestra de estudio; luego de esto se aplicó en un segundo momento el cuestionario, una semana después de concluida la intervención, para de esta forma dar salida a los objetivos específicos.

Fases de aplicación de la estrategia educativa

ETAPA I. Información Y Organización: Información al personal de salud que participo en el Programa de Pesquisa activa; Médicos, Enfermeras y Especialistas del Consultorio Médico de la Familia.

Se tuvo en cuenta los conocimientos adquiridos por la autora en entrenamiento previo y procedió a la actualización del tema; así como técnicas participativas y educativas que se utilizaron, para facilitar la comprensión de los temas que se impartieron.

FASE II. Caracterización, diseño y validación del programa de intervención educativa: Se aplicó un cuestionario, confeccionado por la autora y validado por criterios de expertos que sirvió para caracterizar el grupo y a su vez identificar el nivel de información que poseen sobre cáncer cervicouterino y los factores de riesgo asociado a padecerlo, esto permitió definir los temas que se impartirán teniendo en cuenta las necesidades de aprendizaje detectadas. El cuestionario fue aplicado por la autora lo que permitió aclarar dudas sobre algunos términos.

FASE III. Aplicación del programa de intervención educativa: Se desarrolló en esta etapa la intervención educativa con las participantes en relación con la temática del Cáncer cervicouterino y sus factores de riesgo.

FASE IV. Evaluación de la intervención: Se realizó la valoración final del programa mediante de una segunda evaluación del cuestionario para medir conocimientos, se procesaron los datos y redactó un informe final. Se evaluó así la efectividad de la estrategia educativa aplicada.

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

Métodos del nivel teórico:

- **Histórico-Lógico:** Se utilizó para conocer el desarrollo histórico del tema de investigación y así poder argumentar acerca del estado actual del mismo. Además para lograr un acercamiento al conocimiento sobre el tema en el grupo de estudio del poblado la Teresa del área de salud de Venezuela, y cómo se han comportado las estadísticas de este problema de salud en los últimos años en el mundo, Cuba y Ciego de Ávila.
- **Analítico-Sintético:** Se analizan, comparan y confrontan las diferentes literaturas existentes relacionadas con el problema científico. Mediante el análisis se puede conocer que existen factores que condicionan la poca orientación de la familia y los medios de difusión en temas relacionados con el cáncer cervicouterino, factores asociados y su prevención en mujeres sexualmente activas. En la síntesis se unifican los resultados obtenidos de las diferentes fuentes para llegar a conclusiones.
- **Inductivo-Deductivo:** En función de realizar un razonamiento orientado de lo general a lo particular en los diferentes momentos de la investigación o viceversa.
- **Modelación:** Este permitió modelar, a partir de los elementos teóricos, metodológicos y los datos empíricos obtenidos durante el proceso investigativo, la propuesta de intervención educativa con acciones preventivas para la familia y la escuela, dirigida por el equipo básico de salud para prevenir el cáncer cervicouterino en este grupo etario del área de salud de la Teresa de municipio de Venezuela, Ciego de Ávila.

Métodos del nivel empírico:

Técnica de recolección de la información

La Entrevista: Es un método de recogida de información cara a cara que permitió identificar los factores que estaban influyendo en la incidencia de las ITS en la comunidad estudiada.

La encuesta: Es un método empírico (complementario) de investigación que supone la elaboración de un cuestionario, cuya aplicación masiva permite conocer las opiniones y valoraciones que sobre determinados asuntos poseen los sujetos (encuestados) seleccionados en la muestra.

Por tanto, la encuesta es un procedimiento utilizado en la investigación de mercados para obtener información mediante preguntas dirigidas a una muestra de individuos representativa de la población o universo de forma que las conclusiones que se obtengan puedan generalizarse al conjunto de la población siguiendo los principios básicos de la inferencia estadística, ya que la encuesta se basa en el método inductivo, es decir, a partir de un número suficiente de datos podemos obtener conclusiones a nivel general.

La principal ventaja de la encuesta frente a otras técnicas es su versatilidad o capacidad para recoger datos sobre una amplia gama de necesidades de información.

Operacionalización de las variables

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Nivel de conocimientos general.	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado Inadecuado	Según aplicación del cuestionario antes y después (ver anexo II)	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Conocimientos sobre el tabaquismo	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado Inadecuado	Según aplicación del cuestionario antes y después (ver anexo II)	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Conocimientos sobre anticonceptivos hormonales	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado Inadecuado	Según aplicación del cuestionario antes y después (ver anexo II)	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Conocimientos sobre riesgos del cambio frecuente de parejas.	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado Inadecuado	Según aplicación del cuestionario antes y después (ver anexo II)	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Conocimientos sobre la importancia de la prueba citológica	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado Inadecuado	Según aplicación del cuestionario antes y después (ver anexo II)	Número y porcentaje según grupo de pertenencia

Plan de análisis de los resultados

Se confeccionó una base de datos en el programa Excel para sintetizar toda la información y será resumida en frecuencias absolutas y porcentajes.

Para el análisis de las variables socio-demográficas se utilizó estadística descriptiva de media y desviación estándar. Para el análisis de la efectividad de la intervención educativa se empleó la prueba estadísticas Mc. Nemar para hallar diferencias significativas entre el nivel de conocimiento sobre el cáncer cervicouterino, antes y después de la aplicación del programa educativo.

Aspectos éticos

La intervención educativa se realizó en correspondencia con las regulaciones establecidas en la declaración de Helsinki (Somerset West, República de Sudáfrica; octubre de 1996).

Se pidió a todas las encuestadas seleccionadas su consentimiento para participar en el estudio. Se explicó el carácter voluntario, se insistió en el carácter confidencial de los datos y el manejo anónimo de los participantes, con el uso de códigos de identificación. La autonomía se mantuvo desde la decisión individual de participar o no en la investigación, por lo que cada sujeto leyó, en presencia del investigador, la información necesaria y oportuna sobre el estudio, para posteriormente ambos firmar el acta de consentimiento informado.

Se sostuvo una interacción justa y benéfica con los pacientes. Siguiendo de esta forma los principios de Autonomía, Beneficencia, No Maleficencia y Justicia.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

Tabla 1. Participantes según nivel de conocimientos sobre el tabaquismo, evaluado antes y después de la intervención. Venezuela. 2017.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	18	34,6	46	88,5
Inadecuado	34	65,4	6	11,5
Total	52	100,0	52	100,0

Prueba de McNemar $p = 0,000$

Se pudo observar que en la evaluación inicial, solo 18 de los participantes presentaban un conocimiento adecuado sobre los factores de riesgo de cáncer señalado para un 34,6% del total mientras que 34 de ellas (65,4%,) no lograban responder adecuadamente las preguntas del cuestionario para este fin.

Al terminar la aplicación del programa y esperar un tiempo prudencial, se repite la aplicación del cuestionario con un total de 46 participantes respondiendo adecuadamente este acápite y elevando el porcentaje de respuestas correctas hasta 88,5%. Esta modificación positiva del nivel de conocimiento, resultó significativa según la interpretación del resultado de la prueba estadística utilizada.⁵⁹ Según estudios realizado por el Dr. Ricardo, Orlando plantea que el tabaquismo constituye un factor importante en la incidencia y prevalencia del cáncer cervicouterino. (56)

Tabla 2. Participantes según nivel de conocimientos sobre anticonceptivos hormonales, evaluado antes y después de la intervención. Venezuela. 2017.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	10	19,2	50	96,2
Inadecuado	42	80,8	2	3,8
Total	52	100,0	52	100,0

Prueba de McNemar

$$p = 0,000$$

Se pudo observar que en la evaluación inicial, 10 de las participantes presentaban un adecuado nivel de conocimientos para un 19,2% de la muestra mientras que 42 de ellas (80,0%), no lograban identificar las respuestas correctas de los ítems consignados en la encuesta.

Una vez finalizado el programa educativo y reaplicado el cuestionario, el número de participantes con conocimientos adecuados se elevó a 50 (96,2%), siendo esta modificación, positiva y significativa en base al resultado de la prueba estadística con un valor de la p calculada muy inferior a 0,05. La Dra. Silvia Robles en estudios realizados demostró que el uso anticonceptivos hormonales constituye un factor de riesgo importante en el cáncer cervicouterino (57), al igual que estudio realizado por el Dr. Héctor Hugo González (58)

Tabla 3. Participantes según nivel de conocimientos sobre riesgos del cambio frecuente de parejas y enfermedad de transmisión sexual, evaluado antes y después de la intervención. Venezuela. 2017.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	21	40,4	49	94,2
Inadecuado	31	59,6	3	5,8
Total	52	100,0	52	100,0

Prueba de McNemar $p = 0,000$

Se observó que antes de la aplicación de la intervención capacitante, solo 21 de los participantes presentaban un nivel de conocimientos adecuado para el 40,4% del total mientras que 31 (59,6%) de ellos no calificaban con respuestas correctas en este acápite del cuestionario.

Al aplicar por segunda vez la encuesta, ya un tiempo prudencial de terminar con la intervención comunitaria, las participantes con respuestas consideradas adecuadas aumentaron a 49 para un 94,2% lo cual resultó suficiente para ser considerado significativo por la prueba de McNemar. El Dr. Alexis Cantero plantea que los cambios frecuentes de parejas y las enfermedades de transmisión sexual aumentan la posibilidad de contraer cáncer cervicouterino.(59)

Tabla 4. Participantes según nivel de conocimientos sobre la importancia de la prueba citológica, evaluado antes y después de la intervención. Venezuela. 2017.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	12	23,1	52	100,0
Inadecuado	40	76,9	0	0,0
Total	52	100,0	52	100,0

Prueba de McNemar $p = 0,000$

Se observó que en la encuesta diagnóstica realizada al comienzo de la investigación, solo 12 de las participantes presentaban un nivel de conocimientos adecuado para el 23,1% de la muestra, y 40 féminas (76,9%) no marcaban los ítems correctos de la encuesta.

Una vez terminado el proceso de intervención y aplicada la encuesta nuevamente, las cifras se invirtieron y las respuestas correctas se elevaron a la totalidad de las féminas (100,0%) lo que resultó en una modificación significativa y positiva.

Algunos autores coinciden como (Ricardo Rigor O, Pérez Carballés F) que los grupos de riesgo son aquellos con la mayor incidencia de cáncer en quienes no se han realizado la citología vaginal de forma periódica, casi todas con más de 50 años, como no se realizaron pruebas de detección precoz, no se diagnosticaron a tiempo las lesiones pre malignas que con tratamiento adecuado hubieran prolongado la esperanza de vida (60).

Tabla 5. Participantes según nivel de conocimientos general acerca del cáncer de cérvix y después de la intervención. Venezuela. 2017.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	13	25,0	51	98,1
Inadecuado	39	75,0	1	1,9
Total	52	100,0	52	100,0

Prueba de McNemar $p = 0,000$

Se pudo observar que antes de comenzar la intervención, 13 de los participantes presentaron un nivel de conocimientos adecuados sobre los conocimientos generales de riesgo susceptibles para un 25,0% del total, mientras que 39 (75,0%), respondían erradamente los ítems consignados en el cuestionario.

Una vez finalizada la capacitación, el nivel de conocimientos adecuados aumentó en un paciente, y a pesar de terminar elevado el número de respuestas adecuadas aumento sensiblemente a 51 (98,1%)..

Bosch FX, Burchell AN, Schiffman M, Giuliano AR, de Sanjose S, Bruni se comprobo que mediante estudios realizados se demostro que con una intervencion educativa se logro incrementar el nivel de conocimiento sobre el cancer cervicouterino.(61)

CONCLUSIONES

Se encontraron diferencias significativas entre la evaluación antes y después del nivel de conocimientos sobre tabaquismo, anticonceptivos hormonales, riesgo de cambio de pareja y enfermedades de transmisión sexual y su relación con el cáncer cervicouterino, así como sobre la importancia de la prueba citológica como medio diagnóstico precoz, resultando una modificación positiva y significativa en el nivel de conocimientos, el nivel de conocimientos general, también resultó en un cambio significativo en forma de mejoría.

RECOMENDACIONES

Se propone generalizar el presente cuestionario a las demás áreas de salud con el propósito de elevar el nivel de conocimientos acerca del cáncer cervicouterino y promover políticas de salud saludables.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Manual de normas y procedimientos para el control del cáncer de cuello uterino. Washington, DC: OPS, 2002:1-8.
2. Camacho Carr K, Sellors JW. Cervical Cancer Screening in Low Resource Settings: Natural History of Cervical Cancer. <http://www.medscape.com/viewarticle/484034_5> [consulta: 21 abril 2014].
3. World Health Organization. Control of cancer of the cervix uteri. Bull World Health Organ 1986; 64(4):607-18.
4. Rigol Ricardo O. Obstetricia y ginecología. 2 ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2004.
5. Durán Cala MI. Cáncer cervicouterino. Comportamiento de algunos factores clínico epidemiológicos en un área de salud. <<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2444/15/Cancer-Cervicouterino.-Comportamiento-de-Algunos-Factores-Clinico%96Epidemiologicos-en-un-Area-de-Salud>> [consulta: 16 octubre 2012].
6. Romero T. Panorama epidemiológico del cáncer en América Latina. Gómez Sánchez M. Medicina paliativa en la cultura latina. Madrid: Aran, 2002.
7. United Nations Children's Fund. Guidelines for monitoring the availability and use of obstetric service. New York: UNICEF, 1997. <http://www.childinfo.org/files/maternal_mortality_finalqui.pdf> [consulta: 21 abril 2012].
8. Romero T, Gray J, Camacho R, Chacón M, Colad. Evaluación de la eficacia de una estrategia basada en métodos educativos para desarrollar conductas promotoras y preventivas en la lucha contra el cáncer en Cuba. Mención Forum Nacional de ciencias y técnicas. CD Memorias del Evento. 2003.
9. Menezer J. The low incidence of cervical cancer in Jewish women: Has the puzzle finally been solved? IMAJ 2013; 5:120-23.
10. Schiffman MH, Bauer HM, Hoover RN, Glass AG, Cadell DM, Rush BB, *et al.* Epidemiology evidence showing that human papillomavirus infection causes

- most cervical intraepithelial neoplasia. Journal of the National Cancer Institute, 1995; 85(12):958-64. <<http://www.mcgill.ca/files/cancerepi/JNCI85-958.pdf>> [consulta: 21 abril 2012].
11. Lewis Merle J. Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe. Washington, DC: OPS, 2004.
 12. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. Guía Latinoamericana contra el cáncer. Ciudad de La Habana: INOR, 2003.
 13. Muñoz N. Nuevas perspectivas para la prevención del cáncer de cuello uterino basadas en el virus del papiloma humano. Biomédica: Instituto Nacional de Salud 2006; 26(4). <http://www.ins.gov.co/recursos_user/documentos/biomedica/2006/2006_biomédica_vol26_n4_ft.pdf> [consulta: 16 octubre 2012].
 14. Organización Panamericana de la Salud. Manual de normas y procedimientos para el control del cáncer de cuello uterino. Washington, DC: OPS, 2012:1-8.
 15. Camacho Carr K, Sellors JW. Cervical Cancer Screening in Low Resource Settings: Natural History of Cervical Cancer. <http://www.medscape.com/viewarticle/484034_5> [consulta: 21 abril 2012].
 16. World Health Organization. Control of cancer of the cervix uteri. Bull World Health Organ 1986; 64(4):607-18.
 17. Durán Cala MI. Cáncer cervicouterino. Comportamiento de algunos factores clínico epidemiológicos en un área de salud. <<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2444/15/Cancer-Cervicouterino.-Comportamiento-de-Algunos-Factores-Clinico%96Epidemiologicos-en-un-Área-de-Salud>> [consulta: 16 octubre 2013].
 18. Romero T. Panorama epidemiológico del cáncer en América Latina. Gómez Sánchez M. Medicina paliativa en la cultura latina. Madrid: Aran, 2012.
 19. United Nations Children's Fund. Guidelines for monitoring the availability and use of obstetric service. New York: UNICEF, 1997.

- http://www.childinfo.org/files/maternal_mortality_finalqui.pdf [consulta: 21 abril 2013].
20. Romero T, Gray J, Camacho R, Chacón M, Colad. Evaluación de la eficacia de una estrategia basada en métodos educativos para desarrollar conductas promotoras y preventivas en la lucha contra el cáncer en Cuba. Mención Forum Nacional de ciencias y técnicas. CD Memorias del Evento. 2003.
 21. Menezes J. The low incidence of cervical cancer in Jewish women: Has the puzzle finally been solved? *IMAJ* 2013; 5:120-23.
 22. Schiffman MH, Bauer HM, Hoover RN, Glass AG, Cadell DM, Rush BB, *et al.* Epidemiology evidence showing that human papillomavirus infection causes most cervical intraepithelial neoplasia. *Journal of the National Cancer Institute*, 1995; 85(12):958-64. <http://www.mcgill.ca/files/cancerepi/JNCI85-958.pdf> [consulta: 21 abril 2013].
 23. Lewis Merle J. Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe. Washington, DC: OPS, 2014.
 24. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. Guía Latinoamericana contra el cáncer. Ciudad de La Habana: INOR, 2003.
 25. Muñoz N. Nuevas perspectivas para la prevención del cáncer de cuello uterino basadas en el virus del papiloma humano. *Biomédica: Instituto Nacional de Salud* 2006; 26(4). http://www.ins.gov.co/recursos_user/documentos/biomedica/2006/2006_biomédica_vol26_n4_ft.pdf [consulta: 16 octubre 2014]
 26. Registro Nacional del Cáncer. Incidencia de Cáncer en Cuba en el año 2006.
 27. Ciuffo G. Immfesto positivo con filtrado di verruca vulgare. *G. Ita. Venereal.* 1907.48:12-17.
 28. Bosch X, Lorincz A, Muñoz N, Meijer CJ, Shah KV. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. *J Clin Pathol.* 2012;55: 244-65.

29. Muñoz N, Bosch FX, Shah KV, Meheus A. The epidemiology of cervical cancer and human papillomavirus. Scientific Publication 119. 1992. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer.
30. Clifford GM, Smith JS, Plummer M, Muñoz, N, Franceschi S. Human papillomavirus types in invasive cervical cancer worldwide: a meta-analysis. *Br J Cancer*. 2012;88: 63-73.
31. Diaz ML. Human papilloma virus: prevention and treatment. *Obstet Gynecol Clin N Am* 2011; 35: 199217.
32. Tatti S. Colposcopia y patología del tracto genital inferior. Panamericana. Argentina. 2011, pp 57-87, 284-288.
33. Apgar B, Brotzman, Spitzer M. Colposcopia principios y práctica. ElsevierMasson. España 2ª Ed. 2009, pp: 21-34, 79 -100, 411-436.
- 34.5. Lizano M, Carrillo A, Contreras A. Infección por virus del Papiloma Humano: Epidemiología, historia natural y carcinogénesis. *Cancerología* 2012; 4: 205-216.
35. Bandyopadhyay S, Chatterje R. HPV viral load determination during pregnancy as a possible cervical cancer risk. *J. Exp. Clin. Cancer Res* 2016; 25: 29-38.
36. Hernández C, Smith J et al. Prevalencia de infección por virus de papiloma humano (VPH) de alto riesgo y factores asociados en embarazadas derechohabientes del IMSS en el estado de Morelos. *Salud Pública Mex* 2015;47: 423 -429.
37. Domza G, Gudleviciene Z, Povilas K et al. Human papillomavirus infection in pregnant women. *Arch Gynecol Obstet* 2012; 284: 1105 – 1112.
38. Fader A, Alward E Chirico C et al. Cervical dysplasia in pregnancy: a multi – institutional evaluation.
39. Literature review current through: Mar 2012. | This topic last updated: mar 13, 2012. <http://www.uptodate.com.pbidi.unam.mx:8080>
40. Aydin Y. Prevalence of human papilloma virus infection in pregnant Turkish women compared with non-pregnant women. *Eur J Gynecol Oncol* 2013;31(1):72-74.

41. Wiesner C, Vejerano M, Touar S, Carcedo JC, Cendales R. La citología de cuello uterino en Soacha, Colombia. Representaciones sociales, barreras y motivaciones. *Rev Salud Pública* 2015; 8(3):185-96.
42. Scheffner M, Huibregtse Jm, Vierstra RD, Howley PM. The HPV-16 E6 and E6-AP complex functions as a ubiquitin-protein ligase in the ubiquitination of p53. *Cell*. 1993;75:495-505.
43. Doman G. Human papillomavirus infection in pregnant women. *Arch Gynecol Obstet* 2011; 284: 1105 -1112.
44. Castle P, Stoler M, Wright T et al. Performance of carcinogenic human papillomavirus (HPV) testing and HPV16 or HPV 18 genotyping for cervical cancer screening of women aged 25 years and older: a subanalysis of the ATHENA study.
45. Smith JS, Green J, Berrington de Gonzalez A, Appleby P, Peto J, Plummer M, et al. Cervical cancer and use of hormonal contraceptives: a systematic review. *Lancet*; 361(9364):1159-67.
46. International Collaboration of Epidemiological Studies of Cervical Cancer. Carcinoma of the cervix and tobacco smoking: Collaborative reanalysis of individual data on 13 541 women with carcinoma of the cervix and 23 017 women without carcinoma of the cervix from 23 epidemiological studies. *Int J Cancer*. 2013; 118(6):1481–95.
47. International Collaboration of Epidemiological Studies of Cervical Cancer. Cervical carcinoma and reproductive factors: collaborative reanalysis of individual data on 16 563 women with cervical carcinoma and 33,542 women without cervical carcinoma from 25 epidemiological studies. *Int J Cancer*. 2014; 119: 1108–24.
48. Sherpa AT, Clifford GM, Vaccarella S, Shrestha S, Nygård M, Karki BS, et al. Human papillomavirus infection in women with and without cervical cancer in Nepal. *Cancer Causes Control*. 2010; 21(3):323-30.

49. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *Int J Cancer*. 2012; 127(12):2893-917.
50. Mendoza LP, Arbiza J, Paez M, Kasamatsu E, Castro A, Giménez G, et al. Distribution of human papillomavirus genotypes in Paraguayan women according to the severity of the cervical lesion. *J Med Virol*. 2011; 83(8): 135
51. Ripabelli G, Grasso GM, Del Riccio I, Tamburro M, Sammarco ML. Prevalence and genotype identification of human papillomavirus in women undergoing voluntary cervical cancer screening in Molise, Central Italy. *Cancer Epidemiol*. 2011; 34(2): 162-7.
52. Bogaards JA, Xiridou M, Coupé VM, Meijer CJ, Wallinga J, Berkhof J. Model-based estimation of viral transmissibility and infection-induced resistance from the age-dependent prevalence of infection for 14 high-risk types of human papillomavirus. *Am J Epidemiol*. 2011; 171(7):817-25.
53. Nielsen A, Kjaer SK, Munk C, Iftner T. Type specific HPV infection and multiple HPV types: prevalence and risk factor profile in nearly 12,000 younger and older Danish women. *Sex Transm Dis*. 2012; 35:276–82.
54. Smith JS, Melendy A, Rana RK, Pimenta JM. Age-specific prevalence of infection with human papillomavirus in females: a global review. *J Adolesc Health*. 2012; 43(4 Suppl):S5-25.
55. Louie KS, de Sanjose S, Diaz M, Castellsagué X, Herrero R, Meijer CJ, et al. International Agency for Research on Cancer Multicenter Cervical Cancer Study Group. Early age at first sexual intercourse and early pregnancy are risk factors for cervical cancer in developing countries. *Br J Cancer*. 2012; 100(7):1191-7.
56. Ricardo Orlando , Páez M, Insaurrealde A, Rodriguez MI, Castro A, Kasamatsu E. Detection of high risk human papillomavirus cervical infections by the hybrid capture in Asunción, Paraguay. *Braz J Infect Dis*. 2012; 13(3): 203-6.

57. ROBLES, Sylvia C. and GALANIS, Eleni. El cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe (en español). Rev Panam Salud Publica [online]. 2011, vol.12, n.2 [cited 2011-06-03], pp. 141-143.
58. Hugo González, Héctor. Artículo en Radio Surco de Caridad Picart. [Artículo en Internet] 19 de Octubre de 2016. (Citado en febrero de 2016) Disponible en: <http://www.radiosurco.icrt.cu/Salud.php?id=13402>.
59. . Cantero, Alexis. Cáncer cervicouterino, enemigo del cuerpo y del alma [Sitio en Internet] 2007 (citado 3 de febrero 2016) Disponible en: <http://www.redsemlac-cuba.net/Salud/Cancer-cervicouterino-enemigo-del-cuerpo-y-del-alma.html>
60. Ricardo Rigor O, Pérez Carballés F, Perea Corral J, Fernández Sacasas J, Fernández Mirabal J. Medicina general integral. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 2003; t 4:21-32.
61. Bosch FX, Burchell AN, Schiffman M, Giuliano AR, de Sanjose S, Bruni L, et al. Epidemiology and natural history of human papillomavirus infections and type-specific implications in cervical neoplasia. Vaccine. 2013;26 (Suppl 10): K1-16.

ANEXOS

Anexo I

Consentimiento de participación en proyecto de investigación médica.

Área de salud de la Teresa Municipio Venezuela, Ciego Ávila

El que suscribe: _____ doy mi conformidad para participar en la investigación "Intervención educativa para evaluar el nivel de conocimiento sobre cáncer cervicouterino. Para dar este consentimiento he obtenido una explicación amplia de la utilidad de la misma por la Dra. _____ quien me ha informado que:

Esta investigación tiene como objetivo principal implementar una estrategia de intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento sobre cáncer cervicouterino en mujeres adultas.

Esta investigación contribuirá a mejorar el grado de información en este grupo etario sobre temas como: el cáncer cérvico, factores de riesgo y sus consecuencias.

Me han hecho saber que mi participación en el estudio es voluntaria y mi decisión de no aceptar la participación en el mismo no lesionará mis relaciones con los médicos de la atención primaria, los cuales continuarán brindándome asistencia médica eficiente.

Tengo el derecho a retirarme de la investigación cuando lo considere adecuado, sin explicación y sin afectar mis relaciones con el personal de salud.

Voluntariamente firmo este consentimiento junto con el médico que me proporcionó las explicaciones a los ____ días del mes de _____ de 201__.

Participante _____ Firma _____

Médico _____ Firma _____

CUESTIONARIO
Área de salud la Teresa
Municipio Venezuela, Ciego Ávila

Estimada paciente, nos encontramos realizando una investigación dirigida a un estudio sobre los factores de riesgo del Cáncer Cérvico Uterino en el Área de salud de la Teresa, Municipio de Venezuela. Esperamos, como siempre, su colaboración. GRACIAS.

Edad: _____

1. ¿Marque verdadero (v) o falso (f) según corresponda. Cuáles son los riesgos del Tabaquismo

- a) ___ Incrementa los niveles de colesterol.
- b) ___ es placentero y no representa un riesgo del cáncer de cérvix.
- c) ___ Acelera el cáncer de cérvix.
- d) ___ Produce enfermedades como el virus del papiloma humano.

2. Marque verdadero (v) o falso (f) según corresponda. Cuáles son los riesgos de los anticonceptivos hormonales.

- a) ___ Provoca cambios en el cérvix que propician la aparición de neoplasias.
- b) ___ Aumenta la fertilidad a largo plazo.
- c) ___ Aumenta la libido en la mujer.
- d) ___ No representa un riesgo para el cáncer de cérvix.
- e) ___ Es muy beneficioso y evita la gastritis.

3. Marque verdadero (v) o falso (f) según corresponda. Cuáles son los riesgos del cambio frecuente de parejas.

- a) ___ Es un factor de riesgo de contraer cáncer de cérvix.
- b) ___ Propicia la aparición del virus del papiloma humano y otras ITS.

- c) ___ Aumenta la producción hormonal de la mujer.
- d) ___ Evita la aparición de neoplasias como el NIC I.
- e) ___ Provoca parasitismo intestinal.

4. Marque verdadero (v) o falso (f) según corresponda. Cada que tiempo debe realizarse la prueba citológica y cuál es su importancia.

- a) ___ Se debe realizar cada 2 años.
- b) ___ Es un método de detección precoz de neoplasias intracervicales.
- c) ___ Se debe realizar solo cuando la mujer presenta síntomas asociados.
- d) ___ Se debe realizar de forma periódica todos los años.
- e) ___ Evita los embarazos no deseados.
- f) ___ Detecta cualquier enfermedad de transmisión sexual.

ESCALA DE CALIFICACIÓN

La calificación final se evaluará con los siguientes criterios:

Niveles de evaluación

I. Evaluación general

Adecuado de 3 a 4 respuestas correctas.

Inadecuado menos de 2 respuestas correctas.

II. Evaluación por acápite

1. Tabaquismo

Se evaluará el nivel de conocimiento de aceptable los que respondan

Adecuado de 3 a 4 respuestas correctas.

Inadecuado menos de 2 respuestas correctas.

2. Anticonceptivos hormonales

Se evaluará el nivel de conocimiento de aceptable los que respondan

Adecuado de 4 a 5 respuestas correctas.

Inadecuado menos de 2 respuestas correctas.

3. Riesgo de cambio de parejas

Se evaluará el nivel de conocimiento de aceptable los que respondan

Adecuado de 4 a 5 respuestas correctas.

Inadecuado menos de 2 respuestas correctas.

4. Prueba Citológica. Importancia

Se evaluará el nivel de conocimiento de aceptable los que respondan

Adecuado de 5 a 6 respuestas correctas.

Inadecuado menos de 2 respuestas correctas.

Anexo III

DISEÑO DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA
Área de Salud la Teresa
Municipio Venezuela, Ciego Ávila

La estrategia de intervención consiste en el accionar encaminado a retribuir las necesidades educativas de los pacientes.

Para la ejecución de este trabajo se utilizó un programa educativo para aplicar conocimientos sobre la prueba los factores de riesgo del cáncer de cérvix y sensibilizar acerca de la citológica en las femeninas adultas y promover la realización de la misma.

Le estrategia educativa constó de 4 actividades que fueron impartidas una vez por semana en horario vespertino en un aula de la escuela primaria Manuel Sanguily.

Programa educativo para aplicar conocimientos sobre factores de riesgo del cáncer cervicouterino y sobre la importancia de la prueba citológica así sensibilizar a las mujeres adultas y promover prácticas de salud encaminadas a erradicar estilos educativos perjudiciales para la salud.

Tema 1: Adultas pero jóvenes alertas.

Sumario:

- 1 -Presentación de los coordinadores y los participantes.
- 2 -Expectativa de los participantes.
- 3 -Programa y metodología.
- 4 -Problemática de los pacientes.

Objetivos:

1. Introducción. Crear un medio de confianza e intimidad.
2. Valorar las necesidades grupales y las expectativas que promueve la actividad.
3. Presentar el programa y la metodología a seguir.
4. Proyectar lo problemática actual de los pacientes.

Tipo de Actividad: Dinámica grupal con debate de situación. "La escuela"

Recursos: Lápices y hojas.

Frecuencia: semanal.

Responsables: Doctora del área.

Participantes: Mujeres adultas.

Tema 2: Factores de riesgo, del Tabaquismo.

Sumario:

1 – Informar sobre el estado actual de la enfermedad.

2 – Analizar los factores de riesgo del cáncer de cérvix y repercusión del Tabaquismo

Objetivos:

Explicar los daños que ocasiona los factores de riesgo asociados a la enfermedad y el daño del tabaquismo para esta.

Tipo de Actividad: Conferencia.

Recursos: Computadora.

Frecuencia: semanal.

Responsable: Doctora del área.

Participantes: Fémimas adultas.

Desarrollo: se trataron temas referidos al concepto de cáncer-cervicouterino, los datos más relevantes con respecto a factores de riesgo y la influencia del tabaquismo en la incidencia de este flagelo.

Tema 3: Factores de riesgo, anticonceptivos orales.

Sumario:

1 – Valorar los principales factores de riesgo del cáncer de cervix.

2 – Evaluar el peligro que representa para la mujer la ingestión de anticonceptivos hormonales.

3- Etiopatogenia de la mucosa cervical.

Objetivos:

Explicar los daños que ocasiona los factores de riesgo asociado a la enfermedad y el daño de los anticonceptivos hormonales y sus cambios asociados a la mucosa cervical.

Tipo de Actividad: Conferencia.

Recursos: Computadora.

Frecuencia: semanal.

Responsable: Doctora del área.

Participantes: Fémimas adultas.

Desarrollo: Se abordó la etiopatogenia del cáncer de cérvix, haciendo énfasis en los factores asociados a anticonceptivos hormonales.

Tema 3: Definición Sexual Segura.

Sumario:

1 - Conflictos del los pacientes.

2 - Los deseos sexuales.

Objetivos:

Explicar los daños que ocasiona el cambio frecuente de pareja asociado a las neoplasias.

Valorar las complejidades y conflictos a los que se puedan enfrentar así como las nuevas experiencias.

Tipo de Actividad: Debate y reflexión sobre. "Los tropiezos"

Recursos: Lápices y hojas

Frecuencia: semanal.

Responsable: Doctora del área.

Participantes: Fémimas adultas.

Desarrollo: Se habló de la importancia de la prevención del cáncer de cérvix y de las ITS como principal factor de incidencia en esta enfermedad, evitando el cambio frecuente de parejas, y su repercusión psicológica.

Tema 4: Prueba Citológica o de Papanicolau, generalidades.

Sumario: Concepto, medios de protección y seguridad, técnica de diagnóstico precoz.

Objetivo:

Insertar el examen de la prueba citológica como una técnica de diagnóstico oportuna y necesaria.

Tipo de Actividad: Conferencia, juego de conocimientos. "Diagnóstico prematuro."

Recursos: Equipo de video

Frecuencia: Semanal.

Responsable: Doctora del área.

Participantes: Fémimas adultas.

Desarrollo: se realizó un debate en grupo sobre la importancia de la prueba citologica para evitar de manera precoz futuras complicaciones.

En esta última actividad se realizará la técnica de animación " despedida", la misma consistirá en que los participantes expresará como se han sentido durante todas las secciones, que aprendieron de la misma, cuáles han sido su experiencia y si lograron aprender de las mismas. Al culminar la intervención se les entregará a los participantes un recuerdo de su participación durante la intervención.