

Universidad de Ciencias Médicas

Ciego de Ávila

Policlínico Universitario Venezuela

Intervención educativa sobre Cáncer Cérvico-Uterino a mujeres entre 25 –60 años del Consultorio No 9. Municipio Venezuela. Año 2014.

Autora: Dra. Yailyn Osorio Salazar

**TRABAJO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN PRIMER
GRADO EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL
2014**

Universidad de Ciencias Médicas

Ciego de Ávila

Policlínico Universitario Venezuela

Intervención educativa sobre Cáncer Cérvico-Uterino a mujeres entre 25 –60 años del Consultorio No 9. Municipio Venezuela. Año 2014.

**Autora: Dra. Yailyn Osorio Salazar
Aspirante a Especialista en Medicina General
Integral**

**Tutor: Lic. Luís Alberto Álvarez Hernández
Especialista en Primer Grado en Farmacología
Master en Enfermedades Infecciosas
Profesor Asistente**

**TRABAJO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN PRIMER
GRADO EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL
2014**

ÍNDICE:

	Página:	
RESUMEN		1
INTRODUCCIÓN		2
OBJETIVOS		3
MARCO TEÓRICO		4
MATERIAL Y MÉTODO		23
RESULTADOS Y DISCUSIÓN		30
CONCLUSIONES		37
RECOMENDACIONES		38
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		39
ANEXOS		

Resumen

El cáncer cérvico-uterino (CCU) es el segundo cáncer más común, después del de mama, en todo el mundo. Cuba es uno de los países de América Latina y el tercer mundo con mayor tasa de incidencia de cáncer y en el 2002 fue el tercero más frecuente superado por el de mama y piel; por lo que se realizó un estudio de intervención educativa con diseño de pre-posprueba (antes-después) a un grupo de pacientes femeninas entre 25- 60 años pertenecientes al consultorio No 9 del poblado de Sanguily del municipio Venezuela, en el período de enero a junio, año 2014, con el objetivo de aplicar una estrategia educativa sobre cáncer cervico-uterino, teniendo en cuenta las necesidades de aprendizaje. El universo estuvo constituido por 356 dispenzarizadas en el consultorio No. 9, se seleccionó como muestra a 50 pacientes femeninas que cumplían los criterios de inclusión. El trabajo se desarrolló en tres etapas, nivel de conocimiento al inicio de la investigación, de intervención educativa y nivel de conocimiento después de la investigación. Al realizar el análisis de los resultados se pudo apreciar que la edad que prevaleció fue la del grupo de 25- 49 años, la mayor parte de las encuestadas tienen un nivel de educación elevado, pues predominan las de técnico medio terminado. Además la mayoría de las féminas antes del estudio, no habían recibido orientación acerca del CCU, no tenían conocimientos de los factores de riesgo así como de sus principales síntomas. Después del estudio, existió una mejoría en los conocimientos sobre el CCU en las encuestadas, por lo que la intervención resultó ser un impacto.

Palabras claves: Cáncer cérvico-uterino, pacientes femeninas, Intervención educativa.

Introducción

En todo el mundo, el cáncer cérvico-uterino es el segundo cáncer más común en mujeres (después de cáncer de mama). La Organización Mundial de la Salud calcula que actualmente hay más de 2 millones de mujeres en el mundo que tienen cáncer cérvico-uterino. Cada año, se diagnostican 490.000 nuevos casos de CCU. Eso es más de 1.350 casos nuevos por día. ⁽¹⁾

De acuerdo con la OMS, cerca de 650 mujeres en todo el mundo morirán diariamente de cáncer cérvico-uterino. ⁽²⁾ Por esta razón es importante que comente con su médico sobre un Papanicolau que pueda ayudar a detectar cambios celulares sospechosos en el cuello antes de que se conviertan en cáncer.

El cáncer cérvico-uterino puede presentarse a cualquier edad en la vida de una mujer, comenzando en la adolescencia (aunque es poco común). Alrededor de la mitad de las mujeres diagnosticadas con cáncer cérvico-uterino tienen entre 35 y 55 años de edad. Probablemente muchas de estas mujeres estuvieron expuestas al virus del papiloma humano durante su adolescencia y la segunda década de la vida. ⁽³⁾ Los tumores genitales femeninos, sin incluir el cáncer de mama, representan una quinta parte de los tumores de la mujer, el más frecuente es el de cervix que se ubica actualmente como el segundo cáncer más común en la población femenina mundial.

Desde finales de la década del 70 se conoce la estrecha relación etiológica por ciertos genotipos de papiloma virus humano (PVH) y el CCU. Esta relación ha sido clasificada como natural y necesaria para el desarrollo del cáncer de cervix y sus precursores.

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 cérvico-uterino (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. ⁽⁴⁾

La provincia Ciego de Ávila se encuentra afectada por este problema y en el caso del municipio Venezuela, existe una elevada incidencia del cáncer cérvico uterino, esto asociado a la presencia del virus del papiloma humano. Por todo lo expuesto con anterioridad se decidió realizar una investigación y en base a lo cual se desarrolló una intervención educativa destinada a resolver esta problemática. Teniendo como **objetivo** evaluar la efectividad de la Intervención Educativa sobre cáncer cérvico- uterino en mujeres de 25- 60 años del consultorio No 9 de Sanguily del Municipio Venezuela en el período de enero- junio, año 2014.

Pregunta investigativa: ¿Cómo se comportará el nivel de conocimiento sobre el cáncer cérvico uterino de la población femenina entre 25-60 años del consultorio 9 del poblado de Sanguily después de aplicar la intervención educativa?

Hipótesis: si aplicamos una estrategia educativa en pacientes femeninas lograremos elevar el nivel de conocimientos sobre el cáncer cérvico uterino y una disminución del mismo. La novedad científica en este trabajo es que constituye el primero de su tipo en este consultorio.

OBJETIVOS

1. Objetivo General

1.1- Evaluar la efectividad de la Intervención Educativa sobre cáncer cérvico-uterino en mujeres de 25- 60 años del consultorio No 9 de Sanguily del Municipio Venezuela en el período de enero- junio, año 2014.

2- Objetivos Específicos:

2.1- Caracterizar la muestra obtenida, según diferentes variables (edad, escolaridad).

2.2. Identificar la necesidad de aprendizaje sobre el cáncer cérvico-uterino en las pacientes estudiadas.

2.3 Elaborar un programa de intervención sobre CCU teniendo en cuenta los resultados.

2.4- Verificar la efectividad del Programa de Intervención Educativa.

Marco teórico

En medicina, se considera como cáncer cervical o carcinoma del cuello uterino a aquellas neoplasias malignas epiteliales que se originan en este órgano a expensas del epitelio escamoso, columnar o glandular que lo revisten. El cáncer cervical o de cervix uterino es el segundo tipo de cáncer más común en mujeres y en países en vías de desarrollo, diagnosticándose más de 400,000 casos nuevos cada año.⁽⁵⁾

Cuando las células en un área del cuerpo crecen en forma anormal, puede desarrollarse cáncer. El cáncer cérvico-uterino es el crecimiento celular anormal del cuello. El cuello es la parte inferior del útero o matriz.

El cáncer cérvico-uterino es una enfermedad seria que puede amenazar la vida y actualmente se acepta que es una enfermedad de transmisión sexual. Cuando una mujer se infecta con ciertos tipos de virus del papiloma humano (VPH) y no elimina la infección, pueden desarrollarse células anormales en el revestimiento del cuello.⁽⁶⁾

Si no se descubren y tratan en una etapa temprana, estas células anormales pueden convertirse en células cervicales precancerosas que a su vez se convierten en cáncer. Esto puede tardar varios años, aunque en algunos casos puede suceder en un año.

Las verrugas ano-genitales o condilomas acuminados son manifestaciones clínicas de este virus. La infección por PVH se está incrementando de una manera alarmante. La habilidad del virus para establecer una infección subclínica y su asociación con malignidad del tracto femenino inferior hace las estadísticas aún más preocupantes. Todo ello motivó para realizar este estudio con el objetivo de observar la relación del CCU y las verrugas ano-genitales en nuestro medio.⁽⁷⁾

La detección primaria de cáncer cérvico-uterino se hace por medio de una prueba de Papanicolau. Una prueba de Papanicolau (también conocida como frotis de Papanicolau), como parte de una exploración ginecológica (revisión) ayuda a detectar células anormales en el revestimiento del cuello antes de que puedan convertirse en células precancerosas o cáncer cérvico-uterino. Los resultados de una prueba de Papanicolau pueden ayudar a los médicos a decidir si es necesario

realizar más pruebas (por ejemplo, una biopsia o prueba de DMA del VPH) o dar tratamiento. ⁽⁸⁾

Existen diversos factores de riesgo que debemos tener en cuenta tales como:

- El virus del papiloma humano.
- Tener una vida sexual activa precoz (antes de los 18 años).
- Tener múltiples compañeros sexuales.
- Haber tenido verrugas genitales.
- Tabaco.
- Alcohol.
- Tener displasia cervical (anomalías en el tamaño, forma y número de células cervicales).

Otros factores que posiblemente contribuyan son:

- El uso de anticonceptivos orales.
- Haber tenido herpes genital.
- Haber estado expuesta a la hormona sintética dietilestilbestrolantes del nacimiento. ⁽⁹⁾

La clasificación de las etapas clínicas de la evolución del carcinoma de cuello, partiendo de la etapa cero sería el carcinoma in situ:

- *Estadio I:* confinado al cuello del útero.
- *Estadio II:* se extiende más allá del cuello afecta a la vagina en su parte superior sin afectar el tercio inferior, ni se extiende a la pared pelviana.
- *Estadio III:* el carcinoma se extiende a la pared pelviana, en la exploración al tacto rectal no existe espacio entre el tumor y la pared pelviana, se extiende además al tercio inferior de la vagina.
- *Estadio IV:* en esta puede infiltrar la pared de vagina, recto, etc., es la forma diseminada con metástasis y toma de ganglios lumbo-aórticos o metástasis a distancia.

Los principales síntomas son:

- Hemorragia anormal.
- Aumento de flujo vaginal
- Dolor en el pubis.
- Dolor durante el coito.

Un cáncer cervical incipiente rara vez causa síntomas, de modo que la prueba de Papanicolau es esencial. Sin embargo, cualquier hemorragia o flujo anormal de la vagina necesita inmediata investigación médica. Si bien estos síntomas pueden deberse a otros problemas, también podrían indicar cáncer cervical. ⁽¹⁰⁾El resultado anormal de una prueba de Papanicolau, examen en el cual se extrae una muestra de células del cervix, que luego se evalúa en un laboratorio, es el diagnóstico inicial. Los resultados de la prueba se dan en 5 “clases” que van desde clase 1 (normal) a clase 5 (cáncer invasivo presente). Las clases 2 a la 5 requieren análisis posteriores que incluyen biopsia (toma de un pequeño trocito de tejido para estudiarlo), para determinar la naturaleza y extensión de las anomalías y para diagnosticar el cáncer. El Papanicolau hace que el médico recomiende otras pruebas para poder establecer más claramente el diagnóstico, como la colposcopia, una técnica para estudiar el cervix o cuello del útero mediante la visión) para examinar las células cervicales más detalladamente con aparatos de aumento especiales. Se pueden detectar lesiones pre- malignas y malignas en estadios tempranos, donde los pacientes se curan con terapias como conización.⁽¹¹⁾

Si se confirma la presencia de cáncer cervical, pueden recomendarse otros exámenes para determinar hasta que punto la enfermedad se ha extendido.

Éstos pueden incluir:

Análisis de sangre y orina.

Radiografía y exámenes por ultrasonido de las áreas pélvicas y abdominales.⁽¹²⁾

Al igual que otros cánceres, el cáncer cérvico-uterino puede tratarse en diversas formas. Algunos aspectos que un médico considera antes de elegir un tratamiento incluyen.

- La edad y salud general de la mujer.
- Preferencias de la paciente.

Los 3 métodos de tratamiento del cáncer cérvico-uterino son cirugía, radioterapia y quimioterapia. El tratamiento puede incluir 2 o más de estos métodos.⁽¹¹⁾ El plan de tratamiento también incluye visitas específicas de seguimiento con su médico. Estas visitas de seguimiento pueden incluir radiografías, biopsias, pruebas de sangre y otras exploraciones.⁽¹³⁾

- Cirugía que va desde la extirpación del tejido anormal, solamente hasta el cervix completo, así como, también, 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 hayan 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 cervix y útero y posiblemente de otros órganos de la pelvis).⁽¹⁴⁾

El tratamiento de la displasia y los cánceres incipientes tienen un afección índice de éxito. El índice de supervivencia a los 5 años para mujeres con carcinoma in situ es prácticamente del 100 por ciento. Sin embargo, si la enfermedad ya es invasiva, la eficacia del tratamiento declina. Los 6 años de supervivencia para todos los pacientes de cáncer cervical es del 66 por ciento Incluso después de un tratamiento con éxito, la mujer deberá consultar al doctor regularmente.⁽¹⁵⁾

No ocurre lo mismo en los casos donde el diagnóstico se realiza en etapas avanzadas de la enfermedad, carcinoma Invasivo donde después de un establecimiento 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. La evolución de las pacientes es tórpida y los pacientes mueren en cortos periodos de tiempo por diseminación de la neoplasia y metástasis a ganglios linfáticos, vagina, vejiga, parametrio, pulmón y cerebro.^(16,17)

En caso de las embarazadas, las mismas no están exentas de padecerlo. Durante el embarazo constituye un gran desafío para los especialistas. Hay interrogantes por parte de la paciente, de la familia, y del especialista o mejor del equipo de especialistas; este último a su vez deberá responder sus propias interrogantes por ejemplo: ¿se dará tratamiento o no durante la gestación? ¿Cuál es la influencia de la gestación en el cáncer? ¿Cuál es la influencia del cáncer en el embarazo? ¿El rol de aborto en la terapia?

Estas interrogantes se contestarán individualmente, por cada paciente, sin olvidar que hay normas éticas que deberán ser tomadas en cuenta.

-Frecuencia: Las mujeres embarazadas afectadas por cáncer representaran, el 0,8% de los cánceres que afectan al sexo femenino. Se dan cifras de una mujer embarazadas y con cáncer (de cualquier órgano) por cada 1.000 embarazos .En condiciones similares pareciera que el embarazo no afectara el pronóstico del cáncer, al comparar con el cáncer de la población no gestante. La incidencia del cáncer cérvico-uterino es variable por distintos autores y series y las cifras varían desde 1 hasta 13 por cada 10.000partos.⁽¹⁸⁾

-Conceptos básicos: El cáncer cérvico-uterino es curable en etapas precoces; para tratar estas etapas necesitamos de los programas de detección precoz; el embarazo representa una oportunidad excelente para conseguir este objetivo. El tratamiento oportuno conseguiría bajar las tasas de mortalidad.^(19, 20)

En nuestro país más del 90% de las mujeres embarazadas están en control prenatal; esta población cautiva representa una oportunidad inmejorable para conseguir los objetivos anunciados.

En términos generales los métodos de diagnóstico y tratamiento que podemos usar en embarazadas y no embarazadas son los mismos.⁽²¹⁾

El mayor número de casos debería estar en etapa preinvasora, si la detección precoz funciona correctamente. El objetivo del tamizaje de la población es detectar la neoplasia en esta fase. La curación será 100%, y el impacto al disminuir las tasas de mortalidad será importante. Entre la segunda y tercera década de la vida está la población más expuesta al embarazo y también a neoplasia intraepitelial, de modo que la oportunidad es inmejorable para cumplirlos objetivos expuestos. Por otra parte es significativo que 3 a 5% de las embarazadas presenten cifras de citología anormal (la población no embarazada presenta, para la misma década 2 a 3%).^(22,23)

Evaluación de la paciente con citología alterada

El objetivo primario es investigar neoplasia sea en fase intraepitelialo invasora. El instrumento a usar será el colposcopio y el especialista que lo usará deberá tener experiencia con la colposcopia en el embarazo, porque hay cambios. Aumenta la vascularización cervical, hay edema que aumenta el volumen cervical, las criptas

glandulares proliferan y aumenta el plegamiento del epitelio endocervical, puede aparecer ectopia exuberante y muy brillante a causa de la producción aumentada de mucus. Los altos niveles de estrógenos explican la ectopia, la que sufrirá metaplasia escamosa originando unas zonas en transformación, hacia al final de la gestación. Lo descrito puede inducir al colposcopista a identificar imágenes atípicas que no lo son, el pseudomosaico, por ejemplo. Si aparece una atípica colposcopia surgirá la controversia sobre si hacer o no biopsia; existen dos escuelas. Entre nosotros la tendencia tal vez sea más bien conservadora, evitando la biopsia durante el embarazo, las evidencias citológicas y colposcópicas serán suficientes como para sustentar el diagnóstico de neoplasia intraepitelial y excluir neoplasia invasora. Durante la gestación una biopsia cervical puede producir sangramiento hemorrágico (6-9/) (500 cc) aunque sea exclusivamente biopsia exocervical, un riesgo que debe ser bien ponderado.^(24,25)

CLASIFICACIÓN POR ETAPAS DEL CARCINOMA DEL CUERPO UTERINO ADOPTADA POR LA FIGO

• Etapa 0	• Carcinoma in Situ, con datos histológicos sospechosos de malignidad.
	• No deben incluirse casos de esta etapa en ninguna estadística terapéutica.
• Etapa I	• El carcinoma está confinado al cuerpo e incluye al istmo.
• Etapa Ia	• La longitud de la cavidad uterina es de 8 cm. o menor.
• Etapa Ib	• La longitud de la cavidad uterina es mayor de 8 cm.
• Etapa II	• El carcinoma afecta al cuerpo y al cuello pero no se extiende fuera del útero
• Etapa III	• El carcinoma se extiende fuera del útero, pero no fuera de la pelvis verdadera.
• Etapa IV	• El carcinoma se extiende fuera de la pelvis verdadera y afecta de manera notoria la mucosa vesical o rectal. Un edema buloso como tal, no permite clasificar a una paciente como de etapa IV.
• Etapa IVa	• Diseminación del tumor a órganos adyacentes como vejiga, recto, sigmoidea o intestino delgado.
• Etapa IVb	• Diseminación a órganos distantes.

El síntoma más frecuente del adenocarcinoma endometrial es la metrorragia, cuyas características más destacadas son escasez y su continuidad.⁽²⁶⁾

Esta es una metrorragia que comienza, por lo común, después de la menopausia; la proporción es aproximadamente del 75% de posmenopáusicas, el 15% de menopáusicas y el 10% se comprueba en mujeres que todavía presentan la menstruación. En principio este síntoma es siempre grave, y la obligación del médico es sospechar un proceso maligno, que después la biopsia del endometrio se encarga de confirmar o no.⁽²⁷⁾

A medida que el cáncer avanza, se producirá una leucorrea blanquecina de mal olor característico, en ocasiones esta leucorrea se mezcla con la sangre y da a la secreción el aspecto del agua de lavado de carne.

Si la hemorragia y la infección son más acentuadas, puede producirse una verdadera supuración del foco del tumor y aparece entonces su estado de endometritis séptica purulenta. A veces el mismo proceso favorece el cierre del canal cervical y provoca que el pus se acumule en la cavidad uterina, lo que da lugar a un piómetra. El dolor es un síntoma tardío y aparecerá en las etapas avanzadas del cáncer.⁽²⁸⁾

Otros síntomas, tales como signos urinarios o rectales, adherencias a órganos intra-abdominales, caquexia, anorexia, astenia y anemia, son propios del estado final de la enfermedad.

Para el diagnóstico clínico, el médico debe orientarse fundamentalmente en la aparición del sangramiento posmenopáusico con las características que se describen en la sintomatología.

El primer planteamiento del médico frente a un sangramiento posmenopáusico debe ser la posibilidad de que se trate de un cáncer del endometrio, aunque son posibles otras causas, como por ejemplo: pólipos o hiperplasias benignas.

En cuanto a los medios de diagnóstico complementarios, se utilizarán los siguientes:

1. La biopsia del endometrio.
2. La prueba citológica.
3. La histeroscopia.
4. Examen físico.

La biopsia del endometrio constituye el método fundamental para el diagnóstico de este cáncer, en nuestro medio se utiliza el legrado total de la cavidad uterina precedido de anestesia y de la dilatación del cuello.⁽²⁹⁾

No se considera el micro- legrado como un método adecuado para el diagnóstico de esta entidad, por el alto porcentaje de error que puede tener.

Donde haya condiciones podría hacerse la biopsia de una lesión focalizada con ultraconultrasonografía transvaginal, pero seguimos considerando al legrado total de la cavidad uterina como el mejor método.

La prueba citológica no tiene las mismas condiciones ni el mismo éxito que presenta el cáncer del cuello. Se trataría aquí de obtener células endometriales mediante la utilización de técnicas que ya no son tan sencillas, como la citología cervicovaginal.

1. Aspiración endometrial.
2. Cepillado rotatorio intrauterino.
3. Lavado intrauterino.

Por lo menos hasta el momento en que se escribió este tema, ninguno de estos métodos había alcanzado una difusión amplia en nuestro medio y algunos de los trabajos realizados habían apelado a la biopsia como el examen complementario que les permite el diagnóstico definitivo.

La histeroscopia parece un método lógico para el diagnóstico del carcinoma del cuello del útero, pero aparte de las dificultades técnicas, la interpretación de las imágenes no es siempre fácil. De todos modos, es un método que ha tenido sus épocas de auge y ahora vuelve a repetirse. En nuestro país aún no ha tenido un desarrollo importante, por lo que no se pueden mencionar experiencias significativas.

En relación con la histerosalpingografía, aunque la visualización radiográfica de las neoplasias endometriales puede ayudar al diagnóstico del carcinoma del endometrio, es preciso reconocer que esta técnica no ha alcanzado gran difusión. La mayoría de las pacientes con cáncer endometrial precoz no tienen anormalidad detectable en la exploración pélvica. El cuerpo uterino es generalmente normal en tamaño y configuración. Por lo tanto, un examen físico negativo, no permite descartar la presencia de transformación maligna en sus primeras etapas. En estadios más avanzados ya podrá apreciarse agrandamiento del útero que aparece blando, alteraciones del cuello uterino si el cáncer ha invadido el cuello y toma del parametrio o de órganos vecinos.⁽³⁰⁾

El tratamiento del carcinoma del endometrio ha sido un punto muy discutido y se plantean distintas conductas en las que la etapa clínica tiene importancia vital:

1. Cirugía
2. Irradiación
3. Irradiación y cirugía
4. Hormonal

Cirugía:

Es la etapa I, por lo general se realiza una histerectomía total con anexectomía bilateral.

En la etapa clínica II, o sea que ya ha tenido invadido el cuello, se hará una histerectomía ampliada tipo Wertheim, con linfadenectomía.

En etapas más avanzadas no se utiliza la cirugía.

Irradiación:

Consiste en la aplicación de radio y de los rayos Roentgen. Puede ser aplicada en cualquiera de las etapas clínicas de este cáncer; se puede utilizar como tratamiento único o combinarlo con la cirugía, y son variados los criterios en cuanto a su utilización antes o después de la cirugía.

Irradiación y Cirugía:

Los observadores desapasionados coinciden en que para todas las etapas del adenocarcinoma del endometrio los mejores resultados son los proporcionados por el tratamiento combinado, y se admite que si la neoplasia todavía se encuentra localizada, la irradiación no es necesaria.

Estadísticas muy bien preparadas, muestran el 15% más elevado de evolución favorable en los tratamientos combinados que cuando se utilizó la cirugía sola.

Las pacientes con condiciones más favorables fueron tratadas quirúrgicamente y con irradiación complementarias cuando se comprobó que la lesión era más avanzada.

Hormonal:

El adenocarcinoma del endometrio parece ser un tumor estrógeno dependiente y como el estrógeno y la progesterona se complementan, ha sido cada vez más elevado el número de estudios que indican el empleo de la progesterona para tratar ciertos casos de neoplasia del endometrio.

Mediante el empleo de dosis muy elevadas de gestágenos, se ha conseguido, si no curar, por lo menos, detener el crecimiento de algunas neoplasias inoperables en mujeres muy viejas o presentes en obesas o diabéticas en las que la cirugía es imposible.

Se emplea el caproato de 17 alfa-hidroxiprogesterona en dosis de 1 g diario, el acetofenido de la dihidroxidoprogesterona en dosis de 500-700 mg semanales, etc.

Más recientemente, se han asociado los gestágenos sintéticos a los quimioterápicos, la asociación más favorable es la adriamicina, la ciclofosfamida y el acetato de medroxiprogesterona.

El pronóstico es generalmente bueno con las distintas formas de tratamiento, debido especialmente al hecho de su tendencia a permanecer localizado por un considerable período y a que éste es usualmente susceptible de tratamiento local. En las lesiones operables, la irradiación sola puede dar buenos resultados, del 50% o aún mejores, la cirugía sola del 60%, y en el tratamiento combinado de radiación y cirugía del 75% de curación. El promedio de supervivencia en pacientes con lesiones inoperables tratadas por radiaciones solas, es algo mejor del 20%. Como ocurre en otros tipos de cáncer, el pronóstico en el cáncer endometrial está claramente relacionado con varios factores que incluyen: la extensión clínica de la enfermedad, el grado hístico del tumor, la extensión al cuello y el grado de participación del miometrio.⁽³¹⁾

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio pre-experimental de Intervención Educativa con diseño de pre-posprueba (antes-después) con un grupo de pacientes femeninas entre 25-60 años del consultorio 9 de Sanguily con el objetivo de caracterizar y explorar el conocimiento acerca del cáncer cérvico-uterino en la población femenina, en el período de enero- junio, año 2014

Universo y Muestra:

El universo estuvo constituido por 356 dispensarizadas en el consultorio No. 9 del policlínico de Venezuela, se seleccionó como muestra a 50 pacientes femeninas que cumplieran los criterios de inclusión:

Criterios de inclusión:

- Residir y permanecer físicamente en el área dispensarizada durante el período de la investigación.
- Población femenina, que estén aptas física y mentalmente y estén comprendidas entre 25- 60 años.
- Estar de acuerdo en participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Fémimas seleccionadas que no cumplan con los criterios de inclusión por alguna razón.
- Mujeres que abandonen el estudio.

Ética y bioética

Las pacientes femeninas seleccionadas tuvieron oportunidad de informarse sobre el objetivo de nuestra intervención y la inocuidad de la misma, que su participación sería voluntaria y una vez incorporadas a éste tendrían la posibilidad de abandonado si así lo decidieran. Su disposición a colaborar en el estudio se plasmó en un modelo de consentimiento informado, debidamente firmado por ellas y el investigador, quien dio fe del respeto absoluto a la confidencialidad de sus identidades e información (Anexo 1)

La estrategia metodológica del trabajo se basó en principios, categorías y leyes del materialismo dialéctico y el método científico, aplicados al estudio.

Los métodos aplicados durante la investigación fueron:

Métodos teóricos:

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.

Análisis histórico-lógico: se realizó con el objetivo de poder estudiar la trayectoria real de los fenómenos y acontecimientos en el discursar de la historia, por lo que se emplea para indagar sobre el cáncer cérvico-uterino.

Inducción-deducción: se establecen generalizaciones que confirman empíricamente la hipótesis.

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

Métodos empíricos:

La observación: mediante la misma se conoce la realidad del proceso, el riesgo de las pacientes femeninas de padecer cáncer cérvico-uterino, de esta forma incidimos sobre este grupo de riesgo mediante la aplicación de un programa de intervención educativa que logre resolver el objetivo de la Investigación.

Técnica de recolección de la Información:

La encuesta: dadas las características de búsqueda de información rápida y económica, se aplicó a un universo de 50 pacientes femeninas del consultorio 9, objetos de estudio, para saber los conocimientos que tienen las mismas sobre el cáncer cérvico-uterino. Lo cual constituyó la técnica de recolección de la información.

Para el desarrollo de esta investigación, se aplicó una encuesta con 8 ítems antes y después de la intervención educativa, que constituyó el sustento informativo de todo el trabajo. En esta se recogió todas las variables de interés para la información, la cual tuvo preguntas cerradas, dicotómicas y politómicas.

1. CONCEPTUALIZACIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

1.1 Variable dependiente.

Nivel de Conocimiento: la adquisición de los mismos a través de los medios de difusión, personal de salud y otros, de temas relacionados con el cáncer cérvico-uterino.

1.2 Variable Independiente.

Intervención educativa: sistema de actividades educativas para lograr adquisición de conocimientos y cambios sostenidos en la estrategia de trabajo de las pacientes femeninas sobre los que se aplicó el Programa Educativo.

1.3 Métodos educativos: son las vías y los modos de la actividad conjunta entre los sujetos para lograr los objetivos propuestos.

2. EL TRABAJO SE DESARROLLÓ EN TRES ETAPAS:

2.1 Nivel de conocimiento al inicio de la investigación.

2.2 De Intervención educativa.

2.3 Nivel de conocimiento después de la intervención.

2.1 Nivel de conocimiento al inicio de la investigación: En esta etapa se identificó el nivel de conocimiento sobre el cáncer cérvico-uterino en las pacientes seleccionadas para la investigación, a través de un formulario (Anexo # 2), que contenía cuatro preguntas generales y cuatro preguntas cerradas de contenido para medir conocimientos acerca del tema, estas últimas con una puntuación de 25 puntos cada una, quedando incluida la muestra en tres posibles respuestas:

- Mucho (M): 80-100 puntos
- Poco (P): 50- 79 puntos
- Ninguno (N): menos de 50

En esta etapa se identificó el nivel de conocimiento sobre el cáncer cérvico-uterino en las pacientes femeninas seleccionadas para la investigación, para ello se realizó un Formulario (Anexo 2) dicha encuesta contó de 8 ítems que evaluaron variables de interés, los cuales se categorizaron de la siguiente manera:

• **Para dar salida al objetivo 2.1 se tuvieron en cuenta las siguientes variables:**

1.- Edad: variable cuantitativa continua. Expresada en años cumplidos. Al evaluar los resultados se contempló la edad para ese momento menos el tiempo que haya transcurrido en el proceso de investigación con el objetivo de evitar variaciones en los grupos de edades y facilitar la interpretación de los resultados. Para la recogida de este dato se confeccionó la pregunta 1 del cuestionario.

2.- Escolaridad: Se tuvo en cuenta el nivel que refiera el encuestado:

- Primaria sin terminar: Aquellos que no habían concluido el 6to. grado.
- Primaria terminada: Aquellos que habían culminado el 6to. grado.
- Secundaria terminada: Aquellos que habían concluido el 9no. grado.
- Pre- universitario terminado. Aquellos que ostentaran el título de bachiller.
- Técnico medio: Aquellos graduados en escuelas politécnicas y que no se hubieran superado o estén en vías de hacerlo.
- Universitario.

En la recogida de este dato se confeccionó la pregunta 2 del cuestionario.

• Información recibida sobre el tema:

3.- ¿Ha recibido información acerca del cáncer cérvico-uterino?

Se respondió dicotómicamente con una cruz según correspondió en las posibilidades de respuestas: Si () o No (). Se consideró correcta la respuesta afirmativa y como incorrecta la negativa.

• Medios de obtención de la información:

4.-A través de qué vía obtuvo la información:

Se respondió politómicamente con una o más cruces según correspondió en las posibilidades de respuestas. Todas las posibilidades de respuestas son adecuadas.

• Para dar salida al objetivo 2.2:

Se confeccionó un cuestionario con preguntas de contenido (desde la pregunta cinco a la pregunta ocho), aplicándose a la muestra intencional de pacientes femeninas antes de la intervención educativa. Categorizándose de la siguiente manera:

5.- ¿Qué es para usted el cáncer cérvico-uterino?

Se respondió politómicamente con una sola cruz en las posibilidades de respuestas. Se consideraron como conocimiento correcto el inciso c) y como incorrecto los que marcaron los incisos a) o b).

6.-Responda verdadero (v) y falso (f) según corresponda:

¿Cuáles de los siguientes factores de riesgo pertenecen al cáncer cérvico-uterino?

Se respondió politómicamente con una con una V, si verdadero y una F, si falso según correspondieron en las posibilidades de respuestas. Se calificaron como conocimiento correcto de V, los incisos a), b),e), i), j) e incorrectos o falso los incisos, c), d), f), g), h).

7.- Marque con una X ¿Cuáles de estos síntomas pertenecen al cáncer cérvico-uterino?

Se respondió politómicamente con una X según correspondió en las posibilidades de respuestas: Todas las posibilidades de respuestas son adecuadas.

8.-Sobre el cáncer cérvico-uterino y sus conocimientos acerca de éste, responda verdadero (v) y falso (f) según corresponda.

Se respondió politómicamente con una V, sí verdadero y una F, si falso según correspondió en las posibilidades de respuestas, se calificaron como conocimiento correcto de V, los incisos a), b),c),d) e incorrectos o falso el inciso e),f), g).

Procesamiento de la información:

Una vez concluida la recopilación del dato primario se procedió al recuento individual de cada unidad información, dichos datos fueron computarizados mediante el sistema de base de datos Microsoft Excel para Windows XP apoyados además por el procesador de textos Microsoft Word donde se establecieron las frecuencias en por cientos, así como las tablas y gráficos de contingencias, con la distribución percentil de las variables estudiadas, aplicándose la prueba de hipótesis de Chi cuadrado (X^2) con un nivel de significación estadístico de $p < 0,05$ (95% de certeza). Resultado significativo: cuando p sea menor de 0.05. Resultado no significativo: cuando p sea mayor de 0.05. Las conclusiones fueron emitidas en correspondencia con los objetivos trazados para esta investigación.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS:

Título de la intervención: Intervención educativa sobre el cáncer cérvico-uterino a mujeres entre 25-60 años del consultorio 9. Municipio Venezuela. Año 2014.

Tabla 1. Distribución de la muestra según grupo de edad.

Grupo de edad	No	%
25-49 años	32	64%
50-60 años	18	36%
Total	50	100 %

Fuente: encuestas

En la tabla 1 se observa que en las femeninas estudiadas prevalecieron las del grupo etáreo 25 a 49 años con un 64% de la muestra que según estudios realizados por Naturai history Of. Cervical cáncer (5), constituye la edad más frecuente de la aparición del cáncer cérvico-uterino, pues este es un periodo difícil de la vida donde existen conductas sexuales de riesgo que favorecen la aparición de dicha patología. Todo esto apoyado en que la información recibida sobre todo lo relacionado con el cáncer cérvico-uterino ha sido insuficiente.

Tabla 2. Distribución según nivel educacional.

Nivel educacional	Nº	%
Primaria sin terminar	1	2%
Primaria terminada	3	6%
Secundaria terminada	8	16%
Preuniversitario	13	26%
Técnico Medio terminado	17	34%
Universitario	8	16%
TOTAL	50	100%

Fuente: encuestas

Según el nivel educacional de las mujeres encuestadas se puede apreciar que la mayor parte de ellas tienen un nivel de educación elevado pues predominan en un 34% las de técnico medio terminado. Seguidamente un 26% las de preuniversitario: jugando esto un papel primordial en la educación sexual de las mismas, pues actualmente se acepta que el cáncer cérvico-uterino es una enfermedad de transmisión sexual.

Tabla 3. Según orientación recibida acerca del cáncer cérvico-uterino.

Orientación recibida sobre el cáncer cérvico-uterino	Antes	
	No	%
Si	21	42%
No	29	58%
Total	50	100%

* $P < 0.05$

Fuente: encuestas

En esta tabla se puede observar que antes de aplicar el programa de intervención educativa la mayor parte, (58%), de las femeninas encuestadas refirió no haber recibido orientación acerca del cáncer cérvico-uterino, resultados con significación estadística $p < 0.05$, por lo cual se aprecia las dificultades que aún existen en cuanto a la comunicación y orientación de las mismas acerca de esta enfermedad.

Tabla 4. Fémimas según vías de obtención de la información acerca del cáncer cérvico-uterino.

Vías de obtención de la información	Antes		Después	
	Nº	%	Nº	%
Radio y Televisión	12	24%	14	28%
Médico y Enfermera	15	30%	48	96%
Padres o Familiares	2	4%	3	6%
Escuela	4	8%	6	12%
Amigos	3	6%	4	8%
No ha recibido información	21	42%	--	--
Otros	--	--	--	--

* $P < 0.05$

Fuente: encuestas

En caso de las vías de obtención de la información de las fémimas estudiadas se pudo comprobar que la fuente más importante en la divulgación y orientación sobre el cáncer cérvico-uterino lo constituyeron el Médico y la Enfermera de la Familia, ocupando un lugar importante antes (30%) y después del estudio (96%), resultado estadísticamente significativo $p < 0.05$.

Además es importante resaltar, que el 42% de las femeninas no habían recibido información al respecto antes del estudio. Luego de la aplicación del programa se incrementó el número de femeninas que consideran como fuente fundamental de información al binomio Médico y Enfermera de la familia.

Tabla 5. Femeninas según identificación de la definición correcta del cáncer cérvico-uterino.

Identificación de la definición	Antes		Después	
	Nº	%	Nº	%
Correcta	13	26%	46	92%
Incorrecta	37	74%	4	8%
TOTAL	50	100%	50	100%

* $P < 0.05$

Fuente: encuestas

Esta tabla se corresponde a la pregunta donde se evalúa el nivel de conocimiento acerca de la definición correcta del cáncer cérvico-uterino. Aquí observamos que la mayoría de las féminas no tenían conocimiento de la definición correcta antes de la encuesta (esto coincide con el estudio realizado por la Dra. Natalia Hernández Fonseca (6) que planteaba que la gran mayoría en ese caso no sabían la definición correcta) en este caso solamente conocían 13 féminas y después se elevó a un total de 46 lo que varió notablemente en un 66% y tiene valor estadístico $p < 0.05$.

Diversos autores señalan la importancia de la capacitación del personal de salud para dirigir acciones concretas que ayuden a elevar el nivel de conocimientos de determinados grupos poblacionales especialmente de aquellos de más difícil manejo, dentro de las cuales se encuentran las que hayan tenido una vida sexual activa precoz, múltiples compañeros sexuales o hayan estado expuestas al virus del papiloma.

Tabla 6. Conocimiento acerca de los factores de riesgo del cáncer cérvico-uterino.

Conocimiento de los factores de riesgo	Antes		Después	
	Nº	%	Nº	%
Conocen	9	18%	47	94%
No conocen	41	85%	3	6%
TOTAL	50	100%	50	100%

* P < 0.05

Fuente: encuestas

Los resultados muestran el conocimiento de las féminas acerca de los factores de riesgo del cáncer cérvico-uterino, antes con un número de 9 femeninas para un 18% (coincide esto con el estudio realizado por MsC. Maritza Cartaya Olano; Dra. Isabel Hernández Sáez en 2010 donde existía un alto porcentaje de desconocimiento de mujeres acerca de los factores de riesgo del CCU) y después de la encuesta con un número de 47 femeninas para un 94%, por lo que existe una variación notable en un 76%, resultado con significación estadística $p < 0.05$.

Tabla 7. Femeninas según identificación de los síntomas que pertenecen al cáncer cérvico-uterino.

Identificación de los síntomas	Antes		Después	
	Nº	%	Nº	%
Hemorragia anormal	31	62%	45	90%
Aumento del flujo vaginal	16	32%	29	58%
Dolor en el pubis	21	42%	30	60%
Dolor durante el coito	24	48%	41	82%

* P < 0.05

Fuente: encuestas

Los anteriores resultados dan respuesta a la pregunta relacionada con la identificación de los síntomas que pertenecen al cáncer cérvico -uterino, la mayor parte de las encuestadas señaló antes del programa fundamentalmente a la hemorragia anormal (62%) sin embargo este resultado se elevó después a un 90%, resultado con significación estadística $p < 0.05$, comportándose de forma similar con los otros síntomas planteados, antes y después del programa.

Tabla 8. Sobre el cáncer cérvico uterino y sus conocimientos acerca de este.

Sobre el cáncer cérvico uterino y sus conocimientos	Antes		Después	
	Nº	%	Nº	%
Conocen	6	12%	48	96%
No conocen	44	88%	2	4%
TOTAL	50	100%	50	100%

* $P < 0.05$

Fuente: encuestas

En esta tabla sobre el cáncer cérvico uterino y los conocimientos acerca de este se pudo apreciar que la mayoría de las féminas encuestadas antes del estudio no tenían el conocimiento de aspectos fundamentales de esta enfermedad, con un total de 44 que representa un 88%, no se comportó de la misma manera después, con 2 féminas para un 4 %, lo que varió en un 84%, resultado con significación estadística $p < 0.05$.

CONCLUSIONES

Al evaluar los resultados se contempló que de las féminas estudiadas prevaleció las del grupo etáreo de 25- 49 años, se pudo apreciar que la mayor parte de ellas tenían un nivel de educación elevado (técnico medio terminado). Existió un predominio antes de la aplicación del programa, de las féminas que no habían recibido orientación acerca del cáncer cérvico- uterino y en los casos de las que lo habían recibido, obtenían la información mayormente por el médico y la enfermera de la familia, seguido de los medios de comunicación de radio y televisión. Además no existía conocimiento acerca de la definición correcta y de los factores de riesgos más importantes en el cáncer cérvico uterino, por lo que se elaboró un programa de intervención educativa teniendo en cuenta los resultados, a partir de criterios propios según las diversas acciones relacionadas con el tema, mediante una terapia grupal combinada. La intervención educativa resultó ser un impacto, se logró elevar el nivel de conocimiento de las pacientes femeninas estudiadas comprobándose así la efectividad del mismo.

RECOMENDACIONES

Recomendamos a todos los Médicos y Enfermeras de la Familia que continúen con la aplicación de programas educativos dirigidos a la población de riesgo, en este caso de contraer cáncer cérvico-uterino y así cumplir con la tarea de prevenir este grave padecimiento que afecta a un gran número de mujeres no solo en nuestro país, sino en todo el mundo.

Referencias Bibliográficas

1. De Allen, Nisker JA Cancer in pregnancy: Therapeutic guidelines MT Kisko, NY, 2009.
2. Di Saia P, Creasmann W: Oncologia ginecologica clinica. Harcourt, Brace, 2005.
3. Creasmann WT, Rutiedge F, Fletcher G: Carcinoma of the cervix associated with pregnancy. Obstet Gynecologic. 2010.495.
4. La Vecchia, C, et al. Drug Saf. 1996; 4: 260-72.
5. Natural history of cervical cancer. Even infrequent screening of older women saves lives. Cervical cancer prevention fact sheet. Program for appropriate technology in health (PATH) Den interneta. 2000 citado 12 Jul 2006
6. Multimed 2010; 14(1) Natalia Hernández Fonseca *Especialista de Primer Grado en Gineco- Obstetricia. E-*
7. La Polia J, Oneifl, Wetrich D: Colposcopy, J Reprod Med 2012, 33: 301
8. Richart R, Barron B: A follow-up study of patient with cervical dysplasia. Am J Obstet Gynecol 2009; 105: 386-93 .
9. MsC. Maritza Cartaya Olano^I; Dra. Isabel Hernández Sáez^{II} Revista Archivo Médico de Camagüey, versión ISSN 1025-0255AMC v.14 n.5 Camagüey sep.-oct. 2010
10. Morris M, Efel Petal: Pelvic radiations with concurrent chemotherapy compared with pelvic and para- aortic radiation for high-risk cervical cancer. New Engl J Med 1393; 340(15): 1137-43. Documento recibido en abril de 2005y aceptado por el Comité Editor para publicación en diciembre de 2005.
11. Anual Report Vol. 20, 2008.
12. Informe anual de la Dirección Nacional de Estadística MIN SAP. Pág. 23, Cuba.2004.
13. Tratado de ginecología de Novak. Pág. 645: 14na. Edición. Nueva Editorial interamericana. México. 2011.
14. Gusberg. S.B. Diagnosis and principles of treatment of cancer of the endometrium . Churchill Livingstone, New York, 2010.
15. Piver, MS Marchetti, D.L. Endometrial Carcinoma. Manual of gynecologic oncology and gynecology. Pág.87, Little Brow Boston, 1989.

16. Mosher Poa, Wnelan Em Postmenopausal estrogen therapy: A review. *Obstet Gynecol. Surv.* 35:467-475,2005.
17. Hammond, C.B, et al. Effects of long-term estrogen replacement therapy. II Neoplasia *Am. J. Obstet Gynecol.* 133:537-547, 1379. 2011
18. Orr -J, Barret -J, On P et al: The efficacy and safety of the cytobrush during pregnancy. *Gynecol Oncology* 1999. American College of Obstetricians and Gynecologists. Technical Bulletin 2013; 183, 44:260-62
19. Gabezas, E et al: Legrado diagnòstico previo a la histerectomía por-fibroma. *Rev. Cub. Obst y Ginec.* Pag 85-88. Voi 1 No. 1. Enero-Abhi, 2004.
20. Gonzalez-Emetto, et al: Adenocarcinoma de endometrio. *Rag* 211. *Oncologia Ginecologia*, Salvai, De. 2005.
21. Gusberg, S. Carcinoma de endometrio. D.N. Danforth. *Tratado de Obstetricia y Ginecología*, 5ta edición, 2010.
22. Rubin S. Hoskins W. *Cervical cancer and pre-invasive neoplasia*. Lippincolt - Raven.189, 2004.
23. Rotman L. et al. Prophylactic irradiation of the para-aortic nodes in stage II Band bulky stages IB andil A carcinoma of the cervix: initial treatment result RTOG 7920.*IntJ.Radiat.Oncd.8id.Phys.*1990; 19: 513-21.
24. Rotman L. . Et al. Progress reports or» the prophylactic irradiation of the para-aortic nodes in stage II Band bulky stages IB and UA carcinoma of the cervix: 10-years result of RTOG 7920. *Jama* 1995; 274: 387-95.
- 25 . Landoni F et al. Randomised study of radical surgery versus radiotherapy for stage IBIIA cervical cancer. *Lancet* 1997, 350: 535-40.
26. ICRU (1393): International Commission on radiation unils and measurements. Prescribing, recording and reporting photon beam therapy. ICRU Report 50.
27. Perez AC and Brady WL. *Principles and Practice of radiation oncology* . Second edition,J.BA. ippincott Company. 934, 2012.
28. Perez AC and Brady WL. *Principles and Practice of radiation oncology* . Second edition,J.B.Lippincott Company. 919 , 2011.
29. Fletcher , G.H., *Textbook of Radiotherapy*. Third edition.720, 2012 .
30. Brickner, T.J. Patterns of care study newsletter. *Carcinoma of the cervix*. American College ot Radiology.2012-2013.

31. Annual Report on the Results of Treatment in Gynaecological Cancer. Journal of Epidemiology and Biostatistics. 2012,3.1.

ANEXO # 1

Acta de consentimiento Informado.

Yo, _____ estoy en la entera disposición para participar en el desarrollo de un Programa Educativo que me permitirá elevar el nivel de conocimientos sobre el cáncer, cérvico-uterino, brindaré la información de forma anónima y además podré retirarme cuando lo desee sin repercusión sobre mi persona.

Nombre y apellidos

Firma

Dra. Médico de la Familia

Firma

FECHA

ANEXO #2

FORMULARIO ANTES

Instrucciones para su confección: Lea cuidadosamente cada pregunta. Todas son muy importantes. Debajo de cada una encontrará varias alternativas de respuesta. Analícelas y marque con una X la que se corresponde con su situación.

1.- Edad

25-49años

50 más años

2.- Nivel educacional:

Primaria sin terminar

Primaria terminada

Secundaria terminada

Preuniversitario terminado

Técnico Medio terminado

Universitario.

3.- ¿Ha recibido orientación acerca del cáncer cérvico-uterino?

Si No

4.- A través de qué vía obtuvo la información:

Televisión

Médico y Enfermera

Radio

Padres o Familiares

Escuela

Amigos

No ha recibido información

Otros (cuál)

5.- ¿Qué es para usted el cáncer cérvico-uterino?

___ a) Se considera como cáncer cérvico-uterino a aquellas neoplasias benignas epiteliales que se originan en este órgano a expensas del epitelio escamoso, columnar o glandular que lo revisten.

___ b) Se considera como cáncer cérvico-uterino a aquella enfermedad benigna epitelial que se originan en este órgano a expensas del epitelio escamoso, columnar o glandular que lo revisten.

___ c) Se considera como cáncer cérvico-uterino a aquellas neoplasias malignas epiteliales que se originan en este órgano a expensas del epitelio escamoso, columnar o glandular que lo revisten.

6. -Responda verdadero (v) y falso (f) según corresponda:

¿Cuáles de los siguientes factores de riesgo pertenecen al cáncer cérvico-uterino?

___ a) El virus del papiloma humano

___ b) Tener una vida sexual activa precoz (antes de los 18 años)

___ c) Obesidad

___ d) Estrés

___ e) Tener múltiples compañeros sexuales

___ f) Trabajadores agrícolas

___ g) Enfermedades respiratorias

___ h) Dietas ricas en sal

___ i) Tener displasia cervical (anomalías en el tamaño, forma y número de células cervicales).

___ j) Haber tenido verrugas genitales.

7.-Marque con una X ¿Cuáles de estos síntomas pertenecen al cáncer cérvico-uterino?

Se responderá con una cruz y se calificará como conocimiento correcto todos los incisos.

___ Hemorragia anormal

- Aumento del flujo vaginal
- Dolor en el pubis
- Dolor durante el coito

8.-Sobre el cáncer y sus conocimientos acerca de éste, responda verdadero (v) y falso (f) según corresponda.

- a) En todo el mundo, el cáncer cérvico-uterino es el segundo cáncer más común en mujeres (después de cáncer de mama)
- b) La detección primaria de cáncer cérvico-uterino se hace por medio de una prueba de Papanicolau.
- c) Los métodos de diagnóstico y tratamiento que podemos usar en embarazadas y no embarazadas son los mismos.
- d) La conización cervical durante el embarazo se asocia a cervicorragias de gran magnitud y riesgo, así como a pérdida fetal en cualquier momento de la gestación.
- e) La prueba de Papanicolau se les realiza a todas mujeres en edad fértil.
- f) En caso de las embarazadas, las mismas no corren riesgo de padecer este cáncer.
- g) El cáncer cérvico-uterino no es curable una vez que se diagnostica.

ANEXO # 3

Programa de intervención:

Programa de intervención educativa

Conocimiento de cáncer cérvico-uterino en las pacientes femeninas creado por la Doctora Yailyn Osorio Salazar, a partir de criterios propios según las diversas acciones relacionadas con el tema. Programa de terapia grupal combinada que consta de 3 fases y 7 actividades educativas grupales.

FASES DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA

FASE 1: Evaluación diagnóstica.

Actividad I

- Introducción
- Aplicación del formulario modelo "Antes". Análisis del resultado.

FASE 2: Trabajo educativo y prevención.

Adquisición de conocimiento significativo sobre:

Actividad II

- Información general acerca del cáncer cérvico-uterino.
- Situación actual sobre el cáncer cérvico-uterino, su relación con algunas conductas de riesgo.

Actividad III

- Clasificación del cáncer cérvico-uterino.
- Principales factores de riesgo del cáncer cérvico-uterino.

Actividad IV

- Manifestaciones clínicas del cáncer cérvico-uterino.
- Medios diagnósticos para el cáncer cérvico-uterino.

Actividad V

- Tratamiento de las diversas etapas del cáncer cérvico-uterino.
- Conducta a seguir en caso de Citología positiva.
- Métodos de prevención del cáncer cérvico-uterino.

Actividad VI

- Técnicas grupales interactivas (psicodrama, juego de roles, técnicas participativas que garanticen la consolidación de los conocimientos adquiridos.

FASE 3 Evaluación de los resultados.

Actividad VII

- Separación del grupo, evaluación de los resultados finales.
- Aplicación del formulario modelo "después". Análisis del resultado.

Actividad VIII

- Motivación para continuar promoviendo sobre este tema.

Actividad I

Objetivo general:

- Objetivos del programa.
- Concepto de cáncer cérvico-uterino.
- Importancia del conocimiento sobre el cáncer cérvico-uterino.

Actividades a complementar:

Conferencia Orientadora y presentación de:

- Exposición oral del tema: "Importancia del conocimiento sobre Cáncer cérvico-uterino.
- Aplicación del formulario modelo "Antes".

Actividad II

Objetivo general

- Analizar la situación actual sobre el cáncer cérvico-uterino y su relación con algunas conductas de riesgo.

Actividades a cumplimentar:

Conferencia Orientadora y presentación de:

- Situación actual sobre el cáncer cérvico-uterino en Cuba y el Mundo.
- Relación del cáncer cérvico-uterino con algunas conductas de riesgo.
- Actualización de conceptos educación sanitaria a llevar a cabo en la comunidad, que impliquen cambios conductuales.

Actividad III

Objetivo general:

- Identificar los principales factores de riesgo de padecer cáncer cérvico-uterino.
- Identificar clasificación del cáncer cérvico-uterino

Actividades a cumplimentar:

Conferencia Orientadora y presentación de:

- Principales factores de riesgo de padecer cáncer cérvico-uterino.
- Formas de clasificación del cáncer cérvico-uterino.

Actividad IV

Objetivo general:

- Identificar las manifestaciones clínicas del cáncer cérvico-uterino.
- Conocer los medios diagnósticos del cáncer cérvico-uterino.

Actividades a complementar:

Conferencia Orientadora y presentación de:

- Historia natural del cáncer cérvico-uterino.
- Principales manifestaciones clínicas del cáncer cérvico-uterino.
- Principales medios diagnósticos del cáncer cérvico-uterino.
- La prueba citológica, su inocuidad y fácil realización.

Actividad V

Objetivo general:

- Identificar los métodos de prevención del cáncer cérvico-uterino.
- Identificar las variantes de tratamiento de las diversas etapas del cáncer cérvico-uterino.
- Identificar la conducta a seguir en caso de citología positiva.

Actividades a complementar:

Conferencia Orientadora y presentación de:

- Principales métodos de prevención del cáncer cérvico-uterino y la importancia de su conocimiento.
- Tratamiento de las etapas de cáncer cérvico-uterino.
- Conducta a seguir ante una citología positiva y la importancia de su realización.

Actividad VI

Objetivo general:

- Consolidación de los conocimientos adquiridos.

Actividades a complementar:

- Dinámica de grupo sobre los diversos métodos empleados para prevenir el cáncer cérvico-uterino.

Actividad VII

Objetivo general:

- Balance final del grupo y evaluación del aprendizaje.

Actividades a cumplimentar:

- Aplicación del formulario modelo "después".
- Reporte del total de las pacientes que asistieron hasta el final.
- Conocer satisfacción e insatisfacción de las participantes con el curso.
- Solicitar los problemas detectados y sugerencias.

Actividad VII.

- Motivación para continuar promoviendo sobre este tema.

Actividades a cumplimentar:

- Taller en el consejo popular para promover el tema.

ANEXO #4

FORMULARIO DESPUÉS.

Una vez culminada nuestra investigación le pedimos conteste de la forma más sincera posible las siguientes interrogantes sobre el cáncer cérvico-uterino. Agradecemos de antemano su cooperación y disciplina durante la realización de nuestra intervención.

1.- ¿Qué es para usted el cáncer cérvico-uterino?

___ a) Se considera como cáncer cérvico-uterino a aquellas neoplasias benignas epiteliales que **se** originan en este órgano a expensas del epitelio escamoso, columnar o glandular que lo revisten.

___ b) Se considera como cáncer cérvico-uterino a aquella enfermedad benigna epitelial que se originan en este órgano a expensas del epitelio escamoso, columnar o glandular que lo revisten.

___ c) Se considera como cáncer cérvico-uterino a aquellas neoplasias malignas epiteliales que se originan en este órgano a expensas del epitelio escamoso, columnar o glandular que lo revisten.

2. -Responda verdadero (v) y falso (f) según corresponda:

¿Cuáles de los siguientes factores de riesgo pertenecen al cáncer cérvico-uterino?

___ a) El virus del papiloma humano.

___ b) Tener una vida sexual activa precoz (antes de los 18años).

___ c) Obesidad.

___ d) Estrés.

___ e) Tener múltiples compañeros sexuales.

___ f) Trabajadores agrícolas.

___ g) Enfermedades respiratorias.

___ h) Dietas ricas en sal.

___ i) Tener displasia cervical (anomalías en el tamaño, forma y número de células cervicales).

___ j) Haber tenido verrugas genitales.

3.-Marque con una X ¿cuáles de estos síntomas pertenecen al cáncer cérvico-uterino?

Se responderá con una cruz y se calificará como conocimiento correcto todos los incisos.

___ Hemorragia anormal

___ Aumento del flujo vaginal

___ Dolor en el pubis

___ Dolor durante el coito

4.-Sobre el cáncer y sus conocimientos acerca de éste, responda verdadero (v) y falso (f) según corresponda.

___ a) En todo el mundo, el cáncer cérvico-uterino es el segundo cáncer más común en mujeres (después de cáncer de mama)

___ b) La detección primaria de cáncer cérvico-uterino se hace por medio de una prueba de Papanicolau.

___ c) Los métodos de diagnóstico y tratamiento que podemos usar en embarazadas y no embarazadas son los mismos.

___ d) La conización cervical durante el embarazo se asocia a cervicorragias de gran magnitud y riesgo, así como a pérdida fetal en cualquier momento de la gestación.

___ e) La prueba de Papanicolau se le realiza a toda mujer en edad fértil.

___ f) En caso de las embarazadas, las mismas no corren riesgo de padecer este cáncer.

___ g) El cáncer Cérvico-uterino no es curable una vez que se diagnostica.

DECLARACION JURADA DEL AUTOR

Por medio de la presente declaro ante el Consejo Científico del Municipio Venezuela que la tesis titulada Intervención Educativa sobre el cáncer cervico-uterino en mujeres de 25 - 60 años es de autoría propia, la misma no contiene material escrito por otra persona que no haya sido referendario debidamente en el texto, parte de ella o en su totalidad no ha sido aceptada para el otorgamiento de cualquier otro diploma de una institución nacional o extranjera.

Dado en Venezuela el 30 de junio del 2010.

Dra. Yailyn Osorio Salazar.

Policlínico Venezuela

Venezuela

Ciego de Ávila.