

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, MANAGUA
MAESTRIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA



TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAESTRA EN
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Conocimiento Actitud y Práctica que poseen mujeres y hombres en edad fértil sobre el cáncer cérvico uterino del barrio el canal Bluefields, I Semestre 2011.

Autora: Lic. Norma Rojas Jeantschke.

Tutora: Msp Yadira Medrano Moncada.
Profesora Titular
UNAN- Managua

Bluefields Nicaragua, Enero 2011.

AGRADECIMIENTO

Agradezco, antes que todo a mi creador por haberme permitido concluir con mi monografía.

A mi madre por su apoyo incondicional.

A mi familia por brindarme su apoyo espiritual.

A mi profesora y tutora por brindarme parte de su saber y acceder hacer parte de la misma.

A todas aquellas personas que de una u otra forma han contribuido con la culminación de este trabajo.

DEDICATORIA

A DIOS

Nuestro padre celestial, quien ha guiado mis pasos y me ha inspirado en estos duros años de formación, permitiéndome llegar hasta la meta.

.

A MIS SERES QUERIDOS

Quienes han sabido comprender el tiempo que los he dejado solos, por las horas dedicadas a esta profesión, y en los duros momentos de desvelos y cansancio, con paciencia y amor me han alentado a continuar.

En especial dedico esta tesis a las dos personas que me inspiran y a quienes amo, siendo su inmensurable amor tierno y sincero lo que me impulsa a continuar hasta la meta: **MI AMADO ESPOSO Y MIS BELLOS HIJOS.**

INDICE

Capítulo I. Generalidades

Dedicatoria

Agradecimiento

	Página
Opinión del y/o de la tutora /o	
Resumen	
1.1. Introducción.....	1
1.2 Antecedentes.....	3
1.3 Justificación.....	7
1.4 Problema.....	9
1.5 Objetivos.....	10
1.6 Marco Teórico (con su control semántico).....	11

Capítulo II. Diseño Metodológico..... 31

- 2.1. Tipo de estudio
- 2.2 Universo
- 2.3 Muestra, con sus criterios de inclusión y exclusión
- 2.4. Técnicas y Procedimientos
- 2.5 Plan de tabulación y análisis
- 2.6. Enunciado de variables
- 2.7. Operacionalización de variables
- 2.8. Aspectos éticos

Capítulo III. Desarrollo

- 3.1. Resultados43
- 3.2. Discusión..... 50
- 3.3. Conclusiones..... 55
- 3.4 Recomendaciones..... 56

Capítulo IV. Bibliografía..... 57

- 4.1. Básica
- 4.2. De consulta

Capítulo V. Anexos

- 5.1. Cuadros y gráficas
- 5.2. Instrumentos de recolección con su correspondiente instructivo, si es necesario
- 5.3 Instrumentos de investigación empírica, resultados previos (grupos focales, informantes claves)
- 5.4. Mapas, fotos, si son necesarias
- 5.5. Otro material que el investigador considere conveniente.

RESUMEN

El presente estudio que tiene como objetivo, determinar el grado de conocimiento, actitud y práctica que poseen las mujeres en edad fértil y los hombres sobre el cáncer Cérvico uterino del Barrio El Canal Bluefields, primer trimestre 2011. Es un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal y con enfoque cuali – cuantitativo. El universo estuvo conformado por 560 mujeres y 460 Hombres, en edad 15- 49 años. La muestra fue probabilística de 120 hombres y mujeres.

Los principales resultados son los siguientes: Más del 90% reconocen que el cáncer actualmente se está viendo mucho y de muchas formas, reconocen que se produce por las infecciones de transmisión sexual y a través de los golpes que provocan los abortos entre las principales manifestaciones esta la inflamación severa y dolor en bajo vientre, dolor pélvico e inflamación en bajo vientre, se diagnostica por medio de la prueba de ultrasonido vaginal. Más del 90% reconocen como medida preventiva prevenir las relaciones sexuales con diferentes personas, realizarse el Papanicolaou cada seis meses. Las principales conclusiones son que las tres cuarta parte de los/as entrevistadas/os tenían un nivel de conocimiento bueno acerca del cáncer cérvico uterino porque reconocieron adecuadamente que es mas frecuente en el sexo femenino, que se asocia a factores hereditarios, a las infecciones de transmisión sexual, a las muchas parejas sexuales. Mucho más que la mitad tenían una actitud favorable acerca del cáncer cérvico uterino porque están de acuerdo en que se puede padecer de cáncer si se tiene muchas parejas sexuales, las infecciones vaginales frecuentes aumentan la posibilidad de tener cáncer en las mujeres. En cuanto a la practica de riesgo se encontró que más de la mitad de las mujeres del estudio habían iniciado su vida sexual activa entre los 15 – 19 anos, un poco más de la mitad tenían 1 - 3 hijos, menos de la mitad se habían realizado el Paps en menos de 1 año y una cantidad similar tenían antecedentes familiares sobre el cáncer cérvico uterino.

Las principales recomendaciones al Ministerio de Salud capacitar a las personas que conforman la Red Comunitaria en Salud (los brigadistas de salud, parteras, col vol, etc.) del Barrio el Canal sobre las prácticas de riesgo asociado al cáncer, debido al efecto multiplicador que pueden tener en sus barrios, puede constituirse en una estrategia importante. Fortalecer la educación a la población incluyendo temas al rol de charlas acerca

de la prevención, los factores de riesgo asociados al cáncer Cérvico uterino y detección temprana del cáncer Cérvico uterino.

I. INTRODUCCION

En el mundo, el carcinoma de cuello uterino es el segundo tipo de cáncer que afecta con mayor frecuencia a la mujer, especialmente en los países con bajo desarrollo económico. En América Latina, la mortalidad femenina se ha incrementado por esta causa, con excepción de México y Chile, que presentan el mayor ingreso per cápita de la región y el mejor rendimiento de los indicadores económicos en general. Los programas para la prevención y el diagnóstico precoz de cáncer de cuello uterino no han tenido un adecuado impacto en la reducción mortalidad en la mayoría de los países con bajo desarrollo económico.

(www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124...sci)

Se estima que causa alrededor de 500.000 muertes al año en el mundo. En países en desarrollo, su incidencia llega hasta 40 por 100.000 mujeres. En Chile se estima una incidencia de 30 por 100.000 mujeres; anualmente se diagnostican 1.500 casos y fallecen alrededor de 900, siendo la tasa de mortalidad de 9,6 por 100.000. Las tasas de América Latina y el Caribe son cuatro veces y media más altas que en Estados Unidos y Canadá. Cerca de 33.000 mujeres al año mueren debido a esta enfermedad en América Latina y el Caribe, en comparación con 5.000 mujeres en Estados Unidos. (Mem. Inst. Investig. cienc, salud, Vol. 4(2) Diciembre 2006).

En Colombia, la citología cérvico-uterina se ha promovido desde hace más de 30 años y la cobertura se ha considerado aceptable según la prevalencia encontrada en 1998 (68,4 %) (y en 2005 (75 %)). Sin embargo, el cáncer de cuello uterino continúa siendo un problema importante de salud pública pues representa la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres en Colombia (Tasa de mortalidad ajustada por subregistro de 18,1 por 100 000 mujeres). Probablemente factores relacionados con barreras de acceso, con una falta de adecuación de los servicios de salud a la forma como se distribuye el riesgo en la población de mujeres, además con la estructura y organización del actual Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) parecen explicar este hecho

(www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124...sci).

En los últimos años se ha ido atenuando la marcada declinación en la mortalidad lograda hasta mediados de la década del 80, esto ha sido posible principalmente en los países desarrollados gracias al aumento de disponibilidad de programas de screening con frotis de Papanicolaou. La incidencia, a su vez, muestra una tendencia al aumento en los años recientes entre mujeres menores de 50 años en USA y Europa, que podría ser real o estar reflejando un aumento de detección por el uso de nuevas técnicas diagnósticas, tales como test de virus papiloma humana (HPV) y cervicografía.

También podría estar afectada por un aumento en la frecuencia de los adenocarcinomas y carcinomas adenoescamosos. La sobrevida está fuertemente influenciada por el factor socioeconómico, lo que reflejaría la posibilidad de acceso a programas organizados de detección precoz y tratamiento. Especialmente en las regiones en desarrollo, el control de este cáncer y de sus lesiones precursoras debiera tener un importante impacto en la salud pública. (Ministerio de salud, Dirección general de servicios de salud, "Normas y Protocolo de Prevención y Atención del cáncer Cérvico uterino" Septiembre; 2000).

Según las estadísticas del Ministerio de Salud de Nicaragua, el cáncer Cérvico uterino es una de las principales causas de muerte de la población femenina, siendo los factores sociales y culturales los que han influido en la decisión que tomen las mujeres para realizarse el examen de la citología en los cuales pueden variar desde su grado de educación, conocimientos, hasta creencias y temores relacionados con el procedimiento que implica la toma de citología, ya que se detectó que existe baja cobertura en la toma de la misma.(F:\cancer cervicouterino.htm).

Según las estimaciones mundiales todos los años surgen 493,000 casos nuevos y 274,000 mujeres mueren anualmente por esta enfermedad. Nicaragua es a nivel mundial el segundo país después de Haití, con la tasa de incidencia más elevada de cáncer cervicouterino, con 39 casos/100, 000, un 83% de los casos tienen lugar en los países en desarrollo donde los programas de detección y prevención no están bien definidos. (Macías S. Juana, Gómez S. Juan; Mujer y salud Enfermería Obstétrico- Ginecología VI. Fuden 2008).

II. ANTECEDENTES

“En el año 2008, en todo el mundo se registraron 12.4 millones de nuevos casos de cáncer y 7.6 millones de muertes por esta enfermedad. En América, durante el mismo año, se registraron 2.6 millones de casos y 1.3 millones de muertes por cáncer. Para el año 2030, también en América y considerando un incremento anual del 1%, se proyecta que existirán 6.4 millones de casos de cáncer, de los cuales 3.1 millones morirán debido a ello.

La incidencia del cáncer cervical a nivel mundial el año 2002 llegó a 468 000 casos nuevos y 233 000 defunciones por dicho cáncer. Más del 80% de estos casos ocurren en países en desarrollo, las tasas de incidencia más altas ocurren en África, América del Centro y del Sur y Asia.^{2, 3} Como vemos el cáncer cervical es uno de los más importantes problemas de salud para la mujer adulta en países en desarrollo. Además de ser el segundo cáncer más común entre mujeres a nivel mundial.

En el año 2005, el cáncer produjo la muerte de 32 000 personas en el Perú, 17 000 de estas personas tuvieron menos de 70 años. El cáncer en el Perú es una de las principales causas de muerte. Para el año 2030 se proyecta como la segunda causa de defunciones (22.9%), sólo superada por el grupo de otras enfermedades crónicas.

En el Perú, el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas muestra que desde el año 2000 al 2004, el número de casos nuevos de cáncer de cuello de útero atendidos en esta institución ha variado poco de 1320 en el 2000 a 1380 en el 2004.

Las tasas estandarizadas de incidencia estimada de cáncer a nivel nacional indican que el año 2002, por cada 100 000 mujeres se presentaron 55 casos nuevos de cáncer de cuello uterino, mientras las tasas estandarizadas de mortalidad por cáncer a nivel nacional indican, que el año 2005 por cada 100 000

mujeres fallecieron 30 mujeres por cáncer de cuello uterino. Para darnos una idea del impacto sobre la mortalidad del cáncer de cuello uterino, es importante saber que la Dirección General de Epidemiología para el año 2006 reporta que la tasa de mortalidad por cáncer en general en el Perú fue de 98.5 por 100 000 habitantes”

rpe.epiredperu.net/.../AO4_Vol14_No1_2010.htm...

Según la Organización Panamericana de la Salud, la tasa de incidencia anual de Cáncer Cérvico Uterino, tiene de 100 casos por cada 100,000 mujeres en países como Brasil, Costa Rica, Jamaica, Perú y Panamá.

En México, estudiaron a 1,603 mujeres con los siguientes diagnósticos: 1447 normales, 52 atipias celulares, 77 displasia leve, 427 displasia moderada severa. Para conocer la prevalencia de VPH en los diferentes grupos, se utilizó la técnica de reacción de cadena de la polimerasa (PCR). Los resultados demuestran claramente, el incremento en la frecuencia de VPH al haber cambios en las células y al progresar la lesión. (Salud. aollatino. Com.../incidencia – cáncer – cervicouterino- crecerá- Amer...)

En Nicaragua el cáncer cérvico uterino representa el 20% de muerte en las mujeres, con tendencia al incremento por una baja cobertura del Papanicolaou, el cual alcanza solamente el 10.7% de las mujeres en riesgo. De 1980 a 1984, según reportes del sistema Nacional de Estadísticas Vitales (SINEVI), en Nicaragua se registraron 640 egresos hospitalarios con diagnósticos de lesiones pre malignas del cérvix. La estadística de salud de Nicaragua demuestra que el cáncer es la principal causa de muerte en el país y en el caso del cáncer cérvico uterino, la RAAN encabeza con la mayor cantidad, de caso seguido de Matagalpa y Jinotega.

En el Pacífico de nuestro País el cáncer Cérvico uterino representa el 20% de muerte en las mujeres, con una tendencia al incremento por una baja cobertura del Papanicolaou, el cual alcanza solamente el 10.7% de las mujeres en riesgo. En las mujeres más jóvenes (entre veinte y treinta y cuatro años) el 45% de la mortalidad ocurre por cáncer Cérvico uterino.

En 1992, Omier, D. y Taylor, E. en Corn Island y Laguna de Perlas, realizaron un estudio sobre la relación de las enfermedades de transmisión sexual con neoplasia cervical, de 108 casos, el 79 % presento enfermedad de transmisión sexual, las lesiones pre malignas tenían una prevalencia del 6.48% y el grupo de mayor afectación encontrado fue el de 30 a 45 años, multigesta y que no se habían realizado Papanicolaou previos.

En 1996 Castillo y López estudiaron los factores asociados a neoplasia intraepiteal, cervical en dos unidades de atención primaria en granada, de 300 mujeres estudiadas encontraron que el 10% tenían entre 15 y 19 años, el 81% de procedencia urbana, el 50% con unión estable, 50% nivel secundaria, el 58% inicio su vida sexual activa entre los 15 y 19 años, el 30 % refirió dos compañeros sexuales, el 18 % reporto neoplasia intraepitelial cervical 1, el 11 % neoplasia intraepitelial 2, 6.6% neoplasia intraepitelial 3, y el 3.3% cáncer in situ. Así mismo del total de paciente con neoplasia intraepitelial el 2% estaba embarazada, el 85% tenía antecedentes de enfermedad de transmisión sexual y el 96% tuvo tres o más embarazos. (Castillo A y López Z - factores asociados a neoplasia intraepitelial cervical, granada 1996).

En el periodo de Julio a octubre del 2000 se realizo un estudio sobre el Conocimiento y actitudes sobre cáncer Cérvico uterino de las mujeres entre 15 -49 años, del barrio San Mateo, Bluefields, por las bachilleras Marbelia Simons y William Méndez, en donde dieron como resultados que las mujeres en edad fértil de 15 – 49 años tienen un nivel de conocimiento medio de los síntomas y signos así como los factores de riesgos para el cáncer Cérvico uterino, entre las mujeres de mayor nivel educacional existe un mayor nivel de conocimiento acerca del cáncer Cérvico uterino, además existe un mayor nivel de conocimiento de factor de riesgo que de los síntomas y signos de esta enfermedad. Además se encontró que existe un buen porcentaje en mujeres que se han realizado el Papanicolaou, la mayoría lo realizaron por voluntad propia, otro porcentaje importante lo realiza únicamente por la insistencia de enfermeras y médicos. Lo que más sobre salió en este estudio fue que la información más frecuente para el público son a través de charlas en las unidades de salud seguido de consultas de enfermería y personal

médico, los factores por los cuales las mujeres no se realizan la citología es debido a que aún existen vergüenza entre las mujeres, así como las creencias equivocadas que el examen solo lo realizan si se sienten síntomas ginecológicos y de que la misma es dolorosa.

En el año 2006 se realizó un estudio sobre conocimiento, actitudes y prácticas sobre el Papanicolaou entre pacientes ingresadas al servicio de ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense en los meses de septiembre, octubre y noviembre del 2006 por Noel Soza Rodríguez obteniendo los siguientes resultados :Los conocimientos, actitudes y prácticas de las pacientes fueron buenas en la mayoría, pero con porcentajes muy bajos, por debajo del 50% por lo cual se consideran insuficientes para la importancia que reviste el test del Papanicolaou. Los conocimientos se mostraron mejores en pacientes del área urbana, las de mayor escolaridad, a mayor paridad y con el aumento de edad de las pacientes. Las actitudes y las prácticas de las pacientes mejoraron también con la edad, la escolaridad, la paridad y el uso de la planificación familiar.

La Dra. Maribel Hernández, directora del hospital Bertha Calderón de Managua – Nicaragua, indicó que para el año 2009 se reportaron un total de 332 casos y para lo que va de los primeros 7 meses del año 2010 ya se han registrado un total de 363 casos, lo cual indica que el comportamiento del cáncer cérvico uterino va en aumento.

En el año 2009 se realizó un estudio sobre conocimiento, actitudes y prácticas de riesgo acerca del cáncer Cérvico uterino en mujeres de la Libertad Chontales por Lorio Marina, en donde los resultados fueron que el 40% de las mujeres se encontraban entre 20 a 34 años de edad, en su mayoría ama de casa, en su mayoría recibieron información por parte del personal tienen conocimiento sobre el cáncer, a pesar de tener conocimiento bueno reflejaron tener una actitud desfavorable, en las prácticas de riesgo el 90% no se ha realizado el Papanicolaou y en su mayoría de las encuestadas son gorditas. El conocimiento de la población encuestada en este estudio la mayoría tenía conocimiento bueno independiente

del nivel de escolaridad, seguido del regular y en su minoría malo, en las prácticas de riesgo que sobresale la baja con una actitud favorable, seguido de la práctica de riesgo alta con actitud favorable.

En el periodo de Enero 2005-Enero 2010 Marcela Urroz Madriz realizo un estudio sobre Correlación citológica, colposcópica e histológica de las lesiones pre malignas de cérvix en pacientes atendidas en la clínica de patología cervical del Hospital Bertha Calderón Roque en el cual los resultados arrojaron que la población más afectada corresponden al grupo etario comprendido entre 31-40 años, amas de casa, de bajo nivel académico, procedentes del área urbana. La mayoría de las pacientes estudiadas inicio su vida sexual antes de los 20 años, y habían tenido más de una pareja sexual, multiparidad y antecedentes de enfermedad de transmisión sexual incluyendo al papiloma virus.

III. JUSTIFICACION

El cáncer cérvico uterino es la primera causa de muerte en el mundo. Esta enfermedad además del alto índice de morbi – mortalidad que esté presente también afecta de manera significativa la calidad de vida de las mujeres que la padecen.

Muchas son las acciones que se han desarrollado hasta el momento, pero que han sido más enfocados a dar respuestas más al daño que a la prevención, por lo anterior se hace necesario fortalecer mas las acciones preventivas para la detección oportuna del cáncer cérvico uterino con el fin de incidir en la mortalidad por esta causa, por lo que una de las herramientas fundamentales son los conocimientos, actitudes y prácticas que tiene la población en estudio.

Tomando en cuenta lo anterior expuesto y dado la magnitud del problema del cáncer cérvico uterino en la población femenina el Ministerio de Salud ha planteado dentro de su estrategia la prevención y detección del cáncer cérvico uterino en mujeres en riesgo y la promoción de estilo de vida saludable es que se decide llevar a cabo la investigación sobre conocimiento, actitud y prácticas que poseen las mujeres y los hombres sobre cáncer cérvico uterino , con el propósito que los resultados de esta investigación sirva a las autoridades correspondientes a fortalecer y/o reforzar las acciones tendientes a la prevención y detección oportuno del cáncer cervicouterino. Este estudio en primer lugar, beneficiara a las mujeres ya que al tener mejor conocimientos y actitudes favorables y prácticas adecuadas relacionados con el cáncer cérvico uterino, al Ministerio de Salud y otras entidades que trabajan en Pro de la Salud de la mujer. Podrán unir esfuerzos para concientizar a las mujeres sobre la importancia de la prevención y detección temprana del cáncer Cérvico Uterino, sin obviar el papel del hombre en esta problemática, lo cual contribuiría en gran manera a disminuir este mal y así mejorar la calidad de vida de la población femenina.

Al Ministerio de Salud porque al prevenir y/o detectar tempranamente los casos de cáncer cérvico uterino se podrá disminuir la demanda de atención y por ende la carga económica que representa para el Ministerio de Salud el tratamiento de la misma.

También podrá servir a otras organizaciones gubernamentales y no gubernamentales interesados en la salud de la mujer como una referencia hacia donde deben enfocar sus acciones para disminuir y/o prevenir el cáncer cérvico uterino en la población femenina.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer cérvico uterino es el tumor maligno más frecuente en las mujeres de los países en desarrollo y el tercero en mortalidad relacionadas con las neoplasias malignas en la población en general.

A nivel de la región autónoma del atlántico sur para el año 2011 se reportaron un total de 14,472 Papanicolaou tomados y de esas 4,989 fueron del casco urbano de Bluefields. En el mismo año se presentaron en la región 21 casos de Cáncer cérvico uterino, distribuido de la siguiente manera insitu hubieron 11 casos presentados entre las edades de 20 y más de 50 años, uno micro invasor entre la edad de 35 a 49 años y se presentaron 9 casos invasor entre las edades de 35 a 50 o más años. (Atención integral a la niñez, mujer y adolescente - AINMA- informe estadístico Municipio de Bluefields. Año 2011).

Sin embargo aun persisten algunas creencias acerca del cáncer entre la población, que al golpearse produce cáncer, al remover el cáncer a través de una cirugía hace que se extienda la enfermedad y que el cáncer sólo se presenta en personas con familiares que tienen o tuvieron cáncer. (http://www.taringa.net/posts/salud-bienestar/8174038/todo-lo-que-debes-saber-sobre-el-cancer-_informate_.html)

A pesar de los múltiples esfuerzos que han ido desarrollando el Ministerio de Salud (MINSU) y otros organismos en pro de la prevención y disminución del Cáncer Cérvico este ha ido en aumento.

Por todo lo anterior expuesto se plantea la siguiente pregunta.

¿Cuál es el conocimiento actitud y practica que poseen mujeres y hombres en edad fértil sobre el cáncer Cérvico uterino del Barrio El Canal Bluefields, primer trimestre 2011?

V. OBJETIVOS

Objetivo General

Evaluar el grado de conocimiento, actitud y práctica que poseen las mujeres en edad fértil y los hombres sobre el Cáncer Cérvico Uterino del Barrio El Canal Bluefields, primer trimestre 2011.

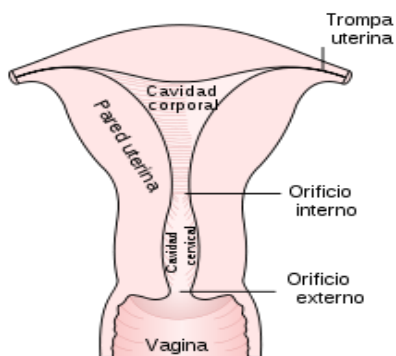
Objetivos Específicos

- Caracterizar demográficamente a las mujeres y hombres en estudio.
- Identificar la información y el conocimiento de las mujeres y los hombres sobre el Cáncer Cérvico Uterino.
- Describir la actitud que poseen las mujeres y los hombres sobre el Cáncer Cérvico Uterino.
- Enumerar las prácticas sobre el Cáncer Cérvico Uterino en las mujeres.

VI. MARCO TEÓRICO

El cáncer cervical, carcinoma del cérvix o del cuello uterino incluye las neoplasias malignas que se desarrollan en la porción fibromuscular inferior del útero que se proyecta dentro de la vagina. El cáncer cervical o de cérvix uterino es el segundo tipo de cáncer más común en mujeres. Es el más frecuente en países en vías de desarrollo, diagnosticándose más de 400.000 casos nuevos cada año. La edad media de aparición es a los 45 años.

El científico alemán Haraldzur Hausen realizó un gran avance en la investigación del cáncer cervical, ya que descubrió el papel importante que posee el virus del papiloma humano (VPH) en su formación, razón por la cual obtuvo el Premio Nobel de Medicina en 2008. Asimismo contribuyeron los experimentos realizados en monos Rhesus por el ginecólogo español Enrique Aguirre Cabañas. Todo esto sentó las bases sobre las que después se harían las investigaciones sobre la vacuna contra el cáncer cervical (Gardasil), en la que tuvieron un papel fundamental los doctores IanFraser y Jian Zhou.



El cáncer cervicouterino es una tumoración maligna que se presenta en el cuello de la Matriz, obedece a un cambio en las células que cubren las paredes del cuello uterino (la parte inferior de la matriz que va del útero a la vagina, o el canal de parto).

Estas células son inicialmente normales y gradualmente se convierten en precancerosas, manifestándose como lesiones en la pared del útero.

“El cáncer es una de las principales causas de muerte en todo el mundo; en 2008 causó 7,6 millones de defunciones (aproximadamente un 13% del total). Los que más muertes causan cada año son los cánceres de pulmón, estómago, hígado, colon y mama. Los tipos de cáncer más frecuentes son diferentes en el hombre y en la mujer.

Aproximadamente un 30% de las muertes por cáncer son debidas a cinco factores de riesgo conductuales y dietéticos: índice de masa corporal elevado, ingesta reducida de frutas y verduras, falta de actividad física, consumo de tabaco y consumo de alcohol. El consumo de tabaco es el factor de riesgo más importante, y es la causa del 22% de las muertes mundiales por cáncer en general, y del 71% de las muertes mundiales por cáncer de pulmón.

Los cánceres causados por infecciones víricas, tales como las infecciones por virus de las hepatitis B (VHB) y C (VHC) o por papilomavirus humanos (PVH), son responsables de hasta un 20% de las muertes por cáncer en los países de ingresos bajos y medios.

Aproximadamente un 70% de las muertes por cáncer registradas en 2008 se produjeron en países de ingresos bajos y medios. Se prevé que las muertes por cáncer sigan aumentando en todo el mundo y alcancen la cifra de 13,1 millones en 2030”OMS / Cáncer www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/

Clasificación del Cáncer Cervicouterino

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:

Etapa 0 o carcinoma in situ:

El carcinoma in situ es un cáncer 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.

Recurrente

La enfermedad recurrente significa que el cáncer ha vuelto (reaparecido) después de haber sido tratado. Puede volver al cuello uterino o a otro lugar.

Los cánceres cervicales comienzan en las células de la superficie del cuello uterino. Existen dos tipos de células en dicha superficie: escamosas y columnares. La mayoría de los cánceres de cuello uterino provienen de las células escamosas.

El desarrollo del cáncer cervical generalmente es muy lento y comienza como una afección precancerosa llamada displasia. Esta afección pre canceroso se puede detectar por medio de una citología vaginal y es 100% tratable. Pueden pasar años para que los cambios precancerosos se conviertan en cáncer cervical. La mayoría de las mujeres a quienes se les diagnostica cáncer cervical en la actualidad no se han sometido a citologías vaginales regulares o no han tenido un seguimiento por resultados anormales en éstas.

Casi todos los cánceres cervicales son causados por el virus del papiloma humano (VPH), un virus común que se disemina a través de las relaciones sexuales. Existen muchos tipos diferentes de VPH y algunas cepas de este virus llevan a cáncer cervical. (Otras cepas pueden causar verrugas genitales, mientras que otras no causan ningún problema en absoluto).

Los hábitos y patrones sexuales de una mujer pueden aumentar su riesgo de cáncer cervical. Las prácticas sexuales riesgosas abarcan el hecho de tener relaciones sexuales a una edad temprana, tener múltiples parejas sexuales o tener múltiples compañeros o parejas que participen en actividades sexuales de alto riesgo.

Los síntomas o señales de alarma pueden ser:

Hemorragias leves o fuertes.

Dolor constante en la parte baja del abdomen.

Irregularidad en los ciclos menstruales, cuando se han manifestado siempre de forma normal. Baja de peso. Inflamación de los ganglios. Palpación de bolitas en las ingles, región de los ovarios o parte baja del vientre. Malestar general, debilidad, sangrado.

Más de la mitad de los casos de cáncer cervical se detectan en mujeres que no participan en revisiones regulares. Los principales síntomas son: Hemorragia anormal Aumento de flujo vaginal. Dolor en el pubis. Dolor durante el coito.

Los factores de riesgo para el cáncer cérvico uterino incluyen: Su etiología no ha sido claramente establecida, se han definido una serie de factores los cuales

en gran medida están asociados al comportamiento sexual tanto del hombre como de la mujer.

Los factores de riesgo son: factores genéticos, VPH, Virus herpes simple tipo II, VIH – Sida, primera relación sexual antes de los 18 años, paridad elevada, primer embarazo antes de los 20 años, pareja sexual de riesgo, nunca citología cervical, grupo socioeconómico bajo, antecedentes de infecciones de transmisión sexual, tabaquismo, uso de anticonceptivos orales, deficiencia de folatos y vitaminas A,C y E.

Factores genéticos, se han descrito casos de cánceres en madre e hijas en las que se podían excluir otros factores. El virus del papiloma humana (VPH), una de las infecciones de transmisión sexual (ITS) más comunes, es la causa primaria del cáncer cérvico uterino. La infección por el VPH es un precursor necesario, pero no suficiente, del cáncer cérvico uterino. Algunas de las mujeres infectadas por algún tipo de VPH oncogénico nunca presentaron cáncer cérvico uterino. Esto sugiere que otros factores adicionales que actúan conjuntamente con el VPH influyen en el riesgo de aparición de la enfermedad y se les conoce como cofactores. Cofactores como la paridad, el tabaquismo, la inmunosupresión particularmente la relación con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), la infección por otras enfermedades de transmisión sexual y la desnutrición se han asociado, en grado variable, con la aparición de cáncer invasivo del cuello uterino.

“El número total de casos nuevos de cáncer diagnosticados entre las mujeres y los hombres hispanos de los Estados Unidos para 2009 se estimó que sería de 98 900. El número total de muertes por cáncer entre las mujeres y los hombres hispanos de los Estados Unidos para 2009 se calculó que sería de 28 800.

El cuadro, a continuación, presenta los números estimados de casos nuevos de cáncer y muertes entre los hispanos por cada tipo común de cáncer para 2009. Los cánceres se han ordenado de acuerdo al número estimado de casos nuevos; el cáncer con el número más elevado ocupa el primer renglón.

Aunque los cánceres de riñón pueden dividirse en dos grupos principales (cánceres del parénquima renal y cánceres de la pelvis renal), aproximadamente el 85 por ciento de los cánceres de riñón se presentan en el parénquima renal, y casi todos estos cánceres son cánceres de células renales. En el cuadro, los números para el cáncer de riñón se refieren solamente a cánceres de células renales.

Tipo de cáncer	Número estimado de casos nuevos	Número estimado de muertes
Seno (mujeres)	14 200	2 200
Próstata	11 300	1 500
Colon y recto	10 400	3 100
Pulmón (bronquios incluidos)	8 400	5 000
Linfoma no Hodgkin	5 000	1 100
Tiroides	4 200	200
Riñón (células renales)	4 100	800
Endometrio (cuerpo del útero)	3 300	200
Hígado y conducto biliar intrahepático	3 100	2 400
Leucemia	3 100	1 400
Vejiga urinaria	3 000	500
Páncreas	2 700	2 200
Estómago	2 600	1 400
Cervical (cuello del útero)	2 000	500

www.cancer.gov/español/tipos/cuello-

uterino.

Los datos compartidos de ocho estudios de casos y testigos sobre el cáncer invasivo del cuello uterino y dos estudios sobre el carcinoma in situ (CIS), efectuados en cuatro continentes, sugieren que las mujeres con tres embarazos a término tenían un riesgo 2,6 veces más alto de aparición de cáncer cérvico uterino que aquellas que nunca habían dado a luz; las mujeres con siete partos o más, presentaron un riesgo 3,8 veces mayor. El tabaquismo parece estar firmemente asociado con la aparición de lesiones cervicales precancerosas y cáncer, se encuentra entre los cofactores ambientales más uniformemente identificados con la probabilidad de influir en el riesgo de padecer cáncer cérvico uterino; los estudios revelan que el riesgo para las fumadoras actuales al menos duplica el de las no fumadoras.

Las mujeres infectadas por el VPH contraen más fácilmente los tipos del VPH de alto riesgo y tienen mayor probabilidad de presentar lesiones precancerosas (y de aparición más rápida), que las mujeres seronegativas para VIH, del mismo grupo etario. Las mujeres con coinfección por el VPH y otro agente de transmisión sexual, como *Chlamydia trachomatis* o virus – 2 de herpes simple (HSV- 2), tienen mayor probabilidad de presentar cáncer cérvico uterino que las mujeres sin coinfecciones. Un análisis compartido de siete estudios de caso y testigos, que examina el efecto de la infección con HSV- 2 en la etiología del cáncer invasivo del cuello uterino, encontró que entre las mujeres con seropositividad para el ADN de VPH, el HSV- 2 se asociaba a un riesgo unas tres veces superior de presentar cáncer cérvico uterino, después del ajuste para posibles variables de confusión.

Aunque el comportamiento sexual de la mujer es de relevante para considerarlo un factor de riesgo, se debe hacer énfasis en mujeres que aunque ellas tengan una sola pareja, si el hombre tiene una práctica sexual promiscua y/o tiene antecedentes de haber tenido una pareja portadora de cáncer cérvico uterino se considera una pareja sexual de riesgo. Un posible cofactor: Anticonceptivos orales, ligados al cáncer cérvico uterino. Las investigaciones indican que hay una relación

potencial a largo plazo entre el uso prolongado de anticonceptivos orales y la aparición de cáncer cérvico uterino.

Un análisis de los datos compartidos de diez estudios de casos y testigos, de pacientes con cáncer invasor del cuello uterino o con CIS, sugiere que el uso a largo plazo de los anticonceptivos orales podría aumentar hasta cuatro veces el riesgo de cáncer cérvico uterino en las mujeres infectadas con el VPH. A la espera de los resultados de varios estudios actualmente en marcha, la OMS convocó una reunión de expertos que se centró en el cáncer cérvico uterino, los anticonceptivos orales y la paridad. El grupo publicó recomendaciones que se oponen a cambiar la práctica de prescribir anticonceptivos orales.

Aproximadamente 50% de las personas infectadas por VPH nunca presentan verrugas genitales pero aun pueden transmitir el virus a otros. A menudo, los riesgos de morbilidad y mortalidad del embarazo son altos en estos entornos y los anticonceptivos orales combinados son unos de los pocos métodos ampliamente disponibles. Incluso, dado que la paridad parece ser un factor de riesgo de cáncer cérvico uterino, el uso de los anticonceptivos orales puede reducir el riesgo de cáncer cérvico uterino atribuible a la paridad. No debe negarse a la mujer el uso de anticonceptivos orales combinados simplemente porque la mujer no puede obtener acceso a los servicios de detección. Probablemente, el riesgo de mortalidad materna por la falta de uso de anticonceptivos sobrepasaría ampliamente cualquier riesgo adicional de cáncer cérvico uterino para la mayoría de las mujeres.

Alimentación: una alimentación con poco contenido de frutas, vegetales o verduras está asociada con un riesgo aumentado de cáncer cervical y de otros cánceres. Además, las mujeres que están sobrepeso tienen un mayor riesgo.

Ingresos bajos: las mujeres pobres tienen un riesgo mayor de cáncer del cuello uterino. Esto puede deberse a que ellas no pueden pagar una buena atención médica, incluyendo pruebas de Papanicolaou.

Antecedentes familiares: los estudios recientes sugieren que las mujeres cuyas madres o hermanas han tenido cáncer del cuello uterino tienen una probabilidad mayor de contraer la enfermedad. Esto podría deberse a que estas mujeres son menos capaces de combatir el VPH en comparación con otras mujeres, u otros factores podrían estar involucrados.

Se ha sugerido que las deficiencias vitamínicas pueden tener un papel en algunos tumores incluyendo el cáncer de cérvix. La quimiopprofilaxis con vitamina A podría prevenir algunos cánceres. Los derivados de la vitamina A, particularmente los retinoides, modulan in vitro e in vivo el crecimiento de las células epiteliales normales, habitualmente inhibiendo su proliferación y permitiendo la diferenciación y la maduración celular. Meyskens, en un estudio prospectivo aleatorio trató a un grupo de pacientes con NIC II y NIC III con ácido transretinoico o un placebo de aspecto similar administrado directamente al cérvix. Las pacientes con NIC II tratadas con ácido retinoico tuvieron una regresión histológica completa en el 43% de los casos, comparada con el 27% en el grupo placebo. No se observaron diferencias entre los dos tratamientos en las pacientes con NIC III. Los resultados de este y otros estudios sugieren un papel de la quimiopprofilaxis en la prevención de las neoplasias cervicales.

Habitualmente inhibiendo su proliferación y permitiendo la diferenciación y la maduración celular.

Para el diagnóstico tenemos: Historia clínica, Examen Físico, Citología cervical, Colposcopia, Biopsia cervical, Cono cervical y Crioterapia.

La inspección y colposcopia, este es un buen método de exploración de un gran valor en el diagnóstico, y suele hacerse cuando la citología es positiva y observa microscópicamente alguna anomalía en el ectocervix.

Durante muchos años la colposcopia servía para identificar la zona a biopsiar, pero últimamente se considera de un gran valor para clasificar a las mujeres en: normales, portadoras de CIN, de un cáncer invasivo o de una enfermedad no maligna. La colposcopia está indicada en: el diagnóstico de citología anormal; las

mujeres VPH- AR positivas, mayores de 35 años; la exploración ginecológica en cribado a la demanda, el cuello clínicamente sospechoso, incluso en citologías normales; la evaluación de lesiones de vagina, vulva y ano; el seguimiento sin tratamiento de mujeres seleccionadas con un diagnóstico de LSIL- 7; el seguimiento después del tratamiento de SIL o cáncer.

Citología exfoliativa, constituye una prueba básica para el diagnóstico precoz del cáncer de cuello uterino. Es un método rutinario que se efectúa a toda mujer que acuda por primera vez a la consulta por embarazo, contracepción, problema ginecológicos y que sean sexualmente activas independientemente de la edad, y repetir al año. Si las citologías son normales, se repetirán cada tres años hasta los 65. Si los resultados son anormales, se repetirá a los 6 meses o anualmente, según indicación médica.

Biopsia, la pequeña biopsia del ectocervix, con pinzas sacabocados está indicada en todas las colposcopia anormales con cambios mayores, y en las citologías HSIL y LSIL4. Se realiza para descartar lesiones más avanzadas. El estudio del endocervix, se realiza mediante citología por cepillado o con legrado endocervical.

Tratamiento del Cáncer Cérvicouterino

En la planificación del tratamiento del cáncer cérvico-uterino deben considerarse tres elementos fundamentales:

Etapa clínica de la enfermedad a extensión.

El tamaño del tumor.

Condiciones generales de la paciente.

Se emplea tres clases de tratamiento:

- cirugía (extracción del cáncer en una operación)
- radioterapia (uso de rayos X de alta energía u otros rayos de alta energía para eliminar las células cancerosas)
- quimioterapia (uso de medicamentos para eliminar las células cancerosas).

El médico puede emplear uno de varios tipos de cirugía disponibles para el carcinoma in situ con el fin de destruir el tejido canceroso:

La criocirugía consiste en la eliminación del cáncer por congelamiento.

La cirugía con rayo láser consiste en el uso de un haz de luz intensa para eliminar células cancerosas.

El médico puede extraer el cáncer empleando una de las siguientes operaciones:

Conización

Conización, es la biopsia más extensa, la forma más segura de incluir en la Conización todas las zonas sospechosas es hacer previamente un test de shiller para incluir en la base del cono todas las zonas yodo negativas. Este tipo de biopsia puede estar indicada cuando el epitelio patológico se propaga al interior del canal cervical y no se ve por colposcopia, además en aquellos casos de citología sospechosa y colposcopia normal. Este método es, además, tratamiento intermedio entre los métodos de ablación y el radical de la histerectomía y tiene la ventaja de confirmar el diagnóstico y servir de tratamiento.

Escisión electro quirúrgica

Otra opción es que el médico realice un procedimiento de escisión electro quirúrgica (LEEP, siglas en inglés)) para extraer el tejido anormal. El LEEP usa una corriente eléctrica pasada por un aro de alambre delgado que sirve como cuchilla. También puede usarse un rayo láser como cuchilla para extraer el tejido.

Histerectomía

La histerectomía es una operación en la cual se extrae el útero y el cuello uterino además del cáncer. Si el útero se extrae a través de la vagina, la operación se llama histerectomía vaginal. Si se extrae mediante un corte (incisión) en el abdomen, la operación se llama histerectomía abdominal total. A veces los ovarios y las trompas de Falopio también se extraen; este procedimiento se llama salpingooforectomía bilateral.

La histerectomía radical es una operación en la cual se extrae el cuello uterino, el útero y parte de la vagina. También se extrae los ganglios linfáticos de la región. Este procedimiento se denomina disección de los ganglios linfáticos. (Los ganglios linfáticos son estructuras pequeñas en forma de frijol que se encuentran por todo

el cuerpo y cuya función es producir y almacenar células que combaten las infecciones.

Si el cáncer se ha diseminado afuera del cuello uterino o los órganos femeninos, el médico puede extraer el colon inferior, el recto o la vejiga (dependiendo del lugar al que se haya diseminado el cáncer) junto con el cuello uterino, el útero y la vagina. Este procedimiento se llama exente ración y raramente se necesita. A veces es necesaria la cirugía plástica para formar una vagina artificial después de esta operación.

Radioterapia

La radioterapia consiste en el uso de rayos X de alta energía para eliminar células cancerosas y reducir tumores. La radiación puede provenir de una máquina fuera del cuerpo (radioterapia externa) o se puede derivar de materiales que producen radiación (radioisótopos) a través de tubos plásticos delgados que se aplican al área donde se encuentran las células cancerosas (radiación interna). La radioterapia puede emplearse sola o además de cirugía.

Quimioterapia

La quimioterapia consiste en el uso de medicamentos para eliminar células cancerosas. Puede tomarse en forma de píldoras o se puede depositar en el cuerpo por medio de una aguja introducida en la vena. La quimioterapia se considera un tratamiento sistémico ya que el medicamento es introducido al torrente sanguíneo, viaja a través del cuerpo y puede eliminar células cancerosas fuera del cuello uterino.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN:

SEXUALIDAD RESPONSABLE: El uso adecuado de Preservativo disminuye sustancialmente todas las enfermedades de transmisión sexual.

HABITOS SALUDABLES: Esto implica el control médico anual con realización del PAP, recomendado a partir del año de inicio de las relaciones sexuales para un

diagnóstico precoz y tratamiento oportuno. La mejor manera de prevenir el cáncer cérvico-uterino es alentar la realización del test de Papanicolaou, que detecta alteraciones en las células del cuello uterino y permite tratarlas rápidamente antes de que evolucionen hacia un cáncer invasivo.

VACUNACIÓN CONTRA HPV: Para ello es importante consultar previamente al pediatra o ginecólogo de confianza.

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

Como ya se mencionó, el cáncer cervicouterino es fácilmente prevenible por lo que la Promoción de las medidas preventivas es la base para reducir su incidencia. Algunas acciones pueden ser:

- Promover las relaciones sexuales con el uso del condón.
- Informar a las mujeres que fuman y cuyo resultado del Papanicolaou reporta presencia de VPH, del incremento de la probabilidad de que la lesión intraepitelial progrese a cáncer.
- Promover la toma de citología a toda mujer que utiliza métodos anticonceptivos orales.
- Las mujeres con más de tres embarazos de término.
- Dar tratamiento y realizar seguimiento a las mujeres con coinfección de VPH y otras infecciones de transmisión sexual como Chlamydia trachomatis o virus-2 de herpes simple (HSV-2)

Asimismo, corresponde a la población en general modificar sus estilos de vida que ponen en riesgo la salud pública y con ello se puede prevenir la incidencia del virus del papiloma humano. Por lo cual se requiere que busquen información acerca de los factores de riesgo y medidas de prevención para evitar el contagio y transmisión del VPH. Y por su parte las mujeres que nunca se han realizado la citología cervical, que hayan iniciado vida sexual, que se encuentren en el grupo

de edad de 25 a 64 años, principalmente las de 35 a 64 años, deben practicarse el estudio de tamizaje de Papanicolaou anualmente; sin embargo, se puede practicar si ya se ha iniciado vida sexual, independientemente de la edad. Si dos estudios consecutivos resultan negativos para lesiones intraepiteliales del cuello uterino o para infección por VPH, entonces el Papanicolaou debe realizarse cada tres años.

- Si la mujer suspende los estudios de detección por más de tres años consecutivos, debe reiniciar el esquema de pruebas durante dos años consecutivos nuevamente, de manera que se garantice la ausencia de lesión en el epitelio en dos citologías anuales consecutivas.
- Las mujeres con lesiones de bajo grado deberán realizarse exámenes con mayor frecuencia, de acuerdo a las indicaciones médicas.

Las mujeres, en particular las de países en desarrollo, no tienen acceso a los servicios de salud gratuitos, o no tienen dinero para pagar los análisis. Además, si estos servicios están disponibles probablemente están en los centros urbanos, limitando su acceso a las mujeres que viven en zonas rurales. Comúnmente, la mujer le da prioridad a la salud de su familia que a la propia. Si hay dinero para servicios médicos, ella lo gastará en sus hijos y no en sí misma.

Se puede prevenir el cáncer del cuello uterino

La mayoría de los cánceres del cuello uterino pueden prevenirse. Existen dos maneras para prevenir esta enfermedad. La primera manera consiste en prevenir los pre-cánceres, lo que se logra mejor evitando los factores de riesgo.

Las mujeres jóvenes pueden retrasar el inicio de las relaciones sexuales hasta que sean mayores. Las mujeres de todas las edades pueden protegerse contra el VPH si tienen pocas parejas sexuales y si no tienen sexo con personas que hayan tenido muchas parejas. El VPH no siempre produce verrugas u otros síntomas, por lo que es difícil saber si alguien está infectado. Cuando se usan correctamente, los condones proveen cierta protección contra el VPH, y también ayudan a proteger contra el sida y otras enfermedades. Cambios en el estilo de vida que debe

considerar durante y después del tratamiento. El cáncer y el tratamiento pueden consumir tiempo y causar agotamiento emocional. No obstante, también puede ser el momento para nuevos cambios en su vida.

Puede prevenirse el cáncer?

Aunque no existe alguna forma garantizada de prevenir el cáncer, la gente puede reducir las posibilidades de padecer cáncer al: -no usar productos de tabaco, escoger alimentos con menos grasa y comer más verduras, frutas y grano integral, hacer ejercicio con regularidad y mantener un peso saludable, evitar los rayos dañinos del sol, usar protector solar y ropa que protege la piel, hablar con el médico sobre los posibles beneficios de medicamentos que se ha comprobado reducen el riesgo de que se presenten algunos tipos de cáncer. (Consejos de alimentación para reducir el riesgo de algunos tipos de cáncer de BBC: [healthnutritiondietary_cancer](#)).

Dieta y nutrición

Alimentarse bien puede ser un reto para cualquier persona, aunque puede ser aún más difícil durante y después del tratamiento del cáncer. Si está aún bajo tratamiento y está teniendo problemas para comer debido a su tratamiento.

Una de las mejores cosas que puede hacer después del tratamiento consiste en adoptar hábitos alimentarios saludables. Trate de comer cinco o más porciones de vegetales y frutas cada día. Consuma alimentos de grano integral en vez de azúcares y harinas. Trate de limitar el consumo de carnes altas en grasa. Disminuya el consumo de carnes procesadas, como perros calientes (hotdogs o salchichas), mortadela y tocino. Además, si toma alcohol, límitelo a máximo una o dos bebidas por día. No olvide hacer algún tipo de ejercicio de forma rutinaria. La combinación entre una buena dieta y el ejercicio de rutina le ayudará a mantener un peso saludable y hacerle sentir más energético.

Consejos de alimentación para reducir el riesgo de algunos tipos de cáncer de BBC: [healthnutritiondietary_cancer](#)

1. Controlar la obesidad y mantener un peso saludable. Obesidad está asociada a incrementos de ciertos tipos de cáncer (ej. colon).
2. Comer frutas y vegetales. Como mínimo unas cinco o más piezas al día.

3. Comer más fibra. Al menos 18 gramos por día.
4. Comer menos grasas.
5. Evitar comer demasiada carne roja.
6. Beber alcohol con moderación.

Las investigaciones más recientes prueban la importancia de los llamados radicales libres que se contrarrestan con la ayuda de los antioxidantes muy ligados a las frutas y verduras. Entre los antioxidantes están la vitamina C, la vitamina E y el betacaroteno. También la fibra es un buen aliado aunque algunas investigaciones recientes lo cuestionen.

Prevenir siempre ha sido mejor que curar y en el caso de enfermedades tan graves como el cáncer merece la pena llenar tu despensa con alimentos que están demostrando tener propiedades anticancerosas.

Algunos Consejos:

1. **Aceite de oliva:** La grasa mono insaturada protege del cáncer colon-rectal. Al actuar sobre los ácidos biliares, el aceite de oliva disminuye el riesgo de evolución de la mucosa digestiva a adenoma o carcinoma. Sin olvidar que al mantener flexibles las arterias mejora la circulación y oxigenación de todos los tejidos.

2. **Agua:** No es un alimento, pero no podemos vivir sin ella. El agua mantiene vivas nuestras células, regula muchas funciones y ayuda a la eliminación de toxinas por la orina y heces.

3. **Ajo y cebolla:** El ajo y la cebolla contienen alicina, un compuesto rico en azufre que actúa como depurador del hígado, eliminando las sustancias tóxicas que se acumulan en la sangre y tejidos. Además, el ajo se une a las toxinas, neutralizando sus efectos en las células.

4. **Algas:** Son depurativas, ricas en minerales y vitaminas y contienen fibra. Las algas son una comida habitual en países como Japón, con una baja incidencia de cáncer de mama. Algunos especialistas las recomiendan para

ayudar a eliminar los efectos secundarios del tratamiento con quimioterapia y radioterapia por sus efectos reforzadores del sistema inmunológico.

5. Arroz integral: En Japón el arroz es objeto de numerosas investigaciones contra el cáncer. Al ser una semilla, contiene inhibidores de la proteasa que parece que retrasan la aparición del cáncer. En el salvado de arroz existen sustancias anticancerosas que parecen proteger del cáncer del colon, mama y próstata.

6. Berenjena: Como otros vegetales de color violeta, contiene sustancias anticancerosas que parecen proteger a las células de las mutaciones que provoca el cáncer.

7. Cítricos: Es conocida su riqueza en vitamina C, son antioxidantes y estimulantes de las células de defensa. Además, no hay que olvidar que contienen flavonoides, protectores de los capilares sanguíneos que mantienen las membranas permeables y oxigenadas.

8. Coles: El brócoli, repollo, coliflor, berros y rábano no deben faltar en la mesa, son un cóctel antitumoral, refuerzan las defensas, eliminan los radicales libres y protegen las células.

9. Fresas: Son interesantes por sus efectos depurativos. Ayudan a limpiar el organismo de toxinas, contienen fibra, minerales y vitaminas.

10. Frutas del bosque: Las moras, arándanos y grosellas son ricas en un pigmento morado llamado antocianina que tiene un gran efecto antioxidante. También son ricas en vitaminas A y C, minerales, pectina y ácidos vegetales. Se están estudiando los efectos preventivos de estas frutas en el caso de la leucemia.

11. Frutos secos: Las nueces, avellanas, almendras y pipas de girasol son una fuente de vitaminas B y E, y minerales como el magnesio, manganeso,

selenio y zinc. Con una pequeña cantidad se asegura un buen aporte de antioxidantes.

12. Legumbres: Lentejas, garbanzos, guisantes y judías pueden ser un elixir anticancerígeno. Las legumbres son muy ricas en fibras e inhibidoras de proteasas que previenen contra los tumores de mama y colon principalmente.

13. Manzana: Contiene ácidos clorogénico y elágico que bloquean la aparición de cáncer en experimentos con animales. Al tener pectina, la fibra también actúa favoreciendo la eliminación de toxinas a través de las heces.

14. Melón: Es rico en beta carotenos antioxidantes y contiene muy pocas calorías para mantener a raya los tumores relacionados con la obesidad.

15. Miel: Tiene propiedades antisépticas, por lo que es útil para evitar las infecciones asociadas al descenso de la inmunidad que conlleva el tratamiento con quimioterapia.

16. Pescado: Los ácidos grasos Omega 3 además de ser beneficiosos para el corazón y las arterias también se utilizan para mejorar el estado de las personas con cáncer.

17. Pimientos: El color amarillo, rojo y verde de los pimientos es la señal de su riqueza en beta carotenos junto a la vitamina C; ambos son antioxidantes y protectores de las mucosas. También contienen capsaicina que bloquea los compuestos pre cancerosos que aparecen en la carne y pescados ahumados y curados.

18. Remolacha roja: El color morado de la remolacha roja esconde un potente regenerador celular, las betaínas.

19. Setas chinas: Las setas tipo maitake, shiitake y reishi se utilizan en la medicina tradicional china para reforzar el sistema inmune por la presencia

de unos compuestos llamados betaglucanos que estimulan la fabricación de interferón natural, un eficaz anticancerígeno.

20. Soya: Las mujeres orientales tienen menor riesgo de padecer tumores de mama y ovario. Parece que la dieta rica en soja y sus derivados como el tofú, tempeh, miso o seitan es responsable de su invulnerabilidad. La soja contiene genisteína, inhibidores de las proteasas e isoflavonas, protectores frente al cáncer de mama.

21. Te verde: Contiene poli fenoles, que anulan los efectos de los nitrosaminas y tiene poderes antioxidantes. Es un poderoso protector contra las radiaciones ambientales.

22. Tomate: El tomate crudo es muy rico en licopeno, un caroteno que le da el color rojo y que ha demostrado su papel protector frente al cáncer de próstata. También contiene otras sustancias en la piel y en las pepitas que tienen efectos anticancerígenos.

23. Uva: Las uvas con piel y pepitas contienen antioxidantes como el resveratrol que bloquean los agentes cancerígenos y el crecimiento de los tumores.

24. Yogur: Las bacterias beneficiosas que contiene el yogur (acidófilos, lactobacilos) regeneran la flora intestinal y evitan la aparición de productos tóxicos en la digestión. Muy útil para prevenir el cáncer de colon, pero se recomienda para todo tipo de tumores.

25. Zanahoria: El color naranja se debe a su riqueza en beta carotenos, conocido antioxidante. Es el vegetal protector de los fumadores por su capacidad para regenerar las células del epitelio respiratorio

Descanso, cansancio, trabajo y ejercicio

El cansancio es un síntoma muy común en las personas que están recibiendo tratamiento contra el cáncer. Éste a menudo no es un tipo de cansancio ordinario, sino un agotamiento que no se alivia con el descanso. Para algunas personas, este cansancio dura mucho tiempo después del tratamiento, y puede causar que no sientan deseos de estar activas físicamente. Sin embargo, el ejercicio puede en realidad ayudar a reducir el cansancio.

Si usted está enfermo y necesita permanecer en cama durante el tratamiento, es normal esperar que la fuerza de sus músculos, su estado físico y su resistencia se deterioren un poco. La terapia física puede ayudarle a mantenerse fuerte y mantener el movimiento normal de sus músculos, lo que puede ayudar a combatir el cansancio y la depresión que algunas veces surge con la sensación de estar tan cansado.

Cualquier programa de actividad física debe ajustarse a su situación personal. Hable con su equipo de atención médica antes de comenzar los ejercicios, y consulte su opinión sobre los planes de ejercicio. Luego, trate de conseguir a alguien que le acompañe a hacer los ejercicios para que no los haga solo. Sin embargo, si usted está muy cansado, necesitará balancear la actividad con el descanso. Es aceptable que descanse cuando se sienta cansado.

El ejercicio puede mejorar su salud física y emocional:

- Mejora su condición cardiovascular (corazón y circulación).
- Fortalece sus músculos.
- Reduce el cansancio.
- Reduce la ansiedad y la depresión.
- En general, le hace sentir más feliz.
- Le hace sentir mejor sobre usted mismo.

Menstruación

La edad de la primera menstruación oscila entre los 10 y los 15 años. Varios factores intervienen en este suceso, como la alimentación, la herencia / edad de la primera menstruación de la madre, la zona geográfica (en climas cálidos suele acelerarse) el grado de ejercicio (gran cantidad de ejercicio suele retardarla), entre otros.

A partir de que aparece la menstruación el crecimiento acelerado disminuye su ritmo por la influencia de las hormonas, lo que no significa una detención total del desarrollo. Si la menor ya empezó su primera menstruación y tiene menos de 10 años pueden acudir ya sea a un/a Ginecólogo/a o bien a un/a Endocrinólogo/a, quien evaluando el desarrollo de su menor y sus antecedentes, le sugerirá ya sea detener la producción hormonal con medicamentos o bien les explicará a detalle la forma como se espera que su menor se desarrolle. No obstante, es importante que cuiden la forma como le mencionan a su menor que la llevarán a revisión y mantener la visión de la menstruación como un evento deseable y saludable en el desarrollo.

Lo normal es entre los 8 años de edad a 17. Fuera de esa etapa es anormal por lo que si te vino antes de los 8 es porque genéticamente hay un problema hormonal, y si te viene fuera de los 17 es porque tienes mucha progesterona (hormona tipo masculina) y te faltan estrógenos, el motivo es depende de cada quien, en lo que en ese caso hay que hacer un tratamiento hormonal.

- En general sucede entre los 9 y los 15 años, la diferencia de edad depende de factores como: la edad que la madre tuvo su primera menstruación, o características relacionadas con la alimentación por ejemplo las chicas más gorditas tienen su primer sangrado un poco antes que las más flaquitas, lo mismo si hacen ejercicio físico intenso o deporte y también influyen los factores emocionales. La prevención es la herramienta más importante en la lucha contra el cáncer cervicouterino. Esto representa desafíos importantes para las mujeres, especialmente las pobres.
- Las mujeres, en particular las de países en desarrollo, no tienen acceso a los servicios de salud gratuitos, o no tienen dinero para pagar los análisis. Además, si estos servicios están disponibles probablemente están en los centros urbanos, limitando su acceso a las mujeres que viven en zonas rurales.
- Comúnmente, la mujer le da prioridad a la salud de su familia que a la propia. Si hay dinero para servicios médicos, ella lo gastará en sus hijos y no en sí misma.
- La actitud también ha sido definida como un estado de disposición nerviosa y mental, que es organizado mediante la experiencia y que ejerce un influjo dinámico u orientador sobre las repuestas que un individuo ofrece a los objetos y a las situaciones.
- Por lo tanto la actitud es más bien una motivación social antes que una motivación biológica es un predisposición aprendida para responder de un modo consistente a un objeto social por eso la psicología social analiza las actitudes para predecir conductas. Al observar las actitudes de un sujeto puede preverse su modo de actuar.
- Se ha distinguido tres componentes de las actitudes: el cognoscitivo (formados por las percepciones y creencias hacia un objeto, así como la información que tenemos sobre el mismo) el afectivo (el sentimiento a favor

o en contra de un objeto social) y el conductual (la tendencia a reaccionar hacia los objetos de unacierta manera.

Edad tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo. Una persona, según su edad.

Sexo órgano sexual: Se refiere a la parte biológica.

Etnia (pueblo" o "nación") es una población humana en la cual los miembros se identifican entre ellos, normalmente con base en una real o presunta genealogía y ascendencia común, o en otros lazos históricos. Las etnias están también normalmente unidas por unas prácticas culturales, de comportamiento, lingüística, o religiosas comunes. Dichas comunidades comúnmente reclaman para sí una estructura social, política y un territorio.

La palabra ocupación puede tener distintos significados:

En el ámbito de los servicios: empleo, es decir, trabajo asalariado, al servicio de un empleador.

Profesión, acción o función que se desempeña para ganar el sustento que generalmente requiere conocimientos especializados;

La religión es un sistema de la actividad humana compuesto por creencias y prácticas acerca de lo considerado como divino o sagrado, tanto personales como colectivas, de tipo existencial, moral y espiritual.

Se habla de «religiones» para hacer referencia a formas específicas de manifestación del fenómeno religioso, compartidas por los diferentes grupos humanos. Hay religiones que están organizadas de formas más o menos rígidas, mientras que otras carecen de estructura formal y están integradas en las tradiciones culturales de la sociedad o etnia en la que se practican. El término hace referencia tanto a las creencias y prácticas personales como a ritos y enseñanzas colectivas.

El estado civil es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.

CONOCIMIENTOS

El conocimiento es la aproximación eterna e infinita del pensamiento al objeto. El cerebro, por ser la materia más altamente organizada, tiene la propiedad de reflejar al mundo objetivo; precisamente reflejo del mundo objetivo es lo que constituye el conocimiento.

El éxito de los programas educativos para la prevención de toda patología dependen en gran parte de que puedan identificarse las necesidades y por tanto los objetivos a nivel de conocimientos, actitudes, creencias y prácticas.

El conocimiento implica datos concretos sobre los que se basa una persona para decidir lo que se debe o puede hacer ante una situación determinada.

Conocimientose usa en el sentido de hecho, información y concepto; pero también como comprensión y análisis; la especie humana ha progresado en la medida que ha aculado las experiencias de otras generaciones y las ha logrado sistematizar. Sin embargo el conocimiento no garantiza una conducta adecuada, pero es esencial para que la persona haga consciente las razones para adoptar o modificar una determinada conducta. El conocimiento brinda a las actitudes, creencias y prácticas.

Es aquí en donde entran en función los productos primarios del conocimiento:

Las sensaciones; que constituyen la forma más elemental del conocimiento.

La percepción; es la integración del sistema de sensaciones. Las representaciones; son huellas de las percepciones que se conservan debido a la plasticidad del cerebro. Tanto las sensaciones como las percepciones y representaciones son formas primarias o elementales del conocimiento, por tanto no revelan la esencia de los objetos y fenómenos.

La falta de conocimiento sobre la problemática del cáncer de cuello uterino, riesgos de padecer la enfermedad, formas de detectarlo oportunamente a través del Papanicolaou, oportuna cura, lugares en donde puede acudir en busca de mayor información y de atención, etc.

Constituye un factor negativo muy influyente en la disminución del cáncer del cuello uterino que debido a desinformaciones impiden la adopción de medidas preventivas adecuadas por parte de las mujeres, cuyos antecedentes las hagan poblaciones de riesgo.

ACTITUD

Una actitud es una organización relativamente duradera de creencias en torno a un objeto o situación, que predispone a reaccionar preferentemente de una manera determinada”. Estos términos suponen una serie de otros conceptos como valores, impulsos, propósitos, preferencias, aversiones, gustos, prejuicios, convicciones, etc.

Una actitud, es una predisposición a reaccionar de manera cismática favorable o desfavorable ante determinadas situaciones de su ambiente, ciertos aspectos del mundo real. La importancia de conocer la actitud de una persona es que permite predecir como a reaccionar ante los aspectos del mundo. Las actitudes son adquiridas y no heredadas; por tanto su desarrollo implica socialización y hábito. El nivel Socio-económico-educacional, la ocupación y la edad tienen influencia sobre las actitudes y creencias sobre la sexualidad.

Las actitudes tienden a uniformar el comportamiento y las relaciones sociales.

Conociendo las actitudes y creencias de una persona respecto de algo (la prostitución, por ejemplo), es posible predecir más fácilmente sus prácticas, conviene aclarar que las actitudes y creencias son dinámicas y que existen más de una para cada situación.

CREENCIA

Una creencia es el sentimiento de certeza sobre el significado de algo. Es una afirmación personal que consideramos verdadera. Las creencias, que en muchos

casos son subconscientes, afectan a la percepción que tenemos de nosotros mismos, de los demás y de las cosas y situaciones que nos rodean.

A través de nuestro sistema de creencias y valores damos significado y coherencia a nuestro modelo del mundo, al que estamos profundamente vinculados. Cuestionar una de nuestras creencias puede desestabilizar todo el sistema al afectar a aquellas otras que se derivan o están relacionadas con ella.

Esta es la razón por la que somos muy reacios, en muchas ocasiones, a modificar alguna de nuestras creencias. Las creencias se forman a partir de ideas que confirmamos o creemos confirmar a través de nuestras experiencias personales.

PRÁCTICAS

Barreras para la toma de la citología

(www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124...sci. La Citología de Cuello Uterino en Soacha, Colombia: Representaciones Sociales, Barreras y Motivaciones)

Las barreras culturales para la toma de la citología se hacen evidentes cuando las mujeres actúan priorizando lo urgente (el cuidado de los demás, de la casa, y del trabajo) en lugar de lo importante, como podría ser el autocuidado de la salud: “no me ha quedado tiempo porque he estado con la niña...” El tabú hacia la sexualidad, refuerza los sentimientos de vergüenza y el temor que genera la desnudez y la exposición de las partes íntimas: “Pues a mí me da pena, a mí siempre me ha dado pena, porque uno tiene que dejarse, uno bajarse la ropa interior, tiene que mirarme, uno sus partes íntimas, entonces, a mí me pasa eso...” No se encontraron diferencias entre las mujeres por edad, tipo de afiliación al sistema de salud, lugar de residencia, ni antecedente de citología.

La información que reciben las mujeres del vecindario acerca de la citología como un examen doloroso o traumático es un obstáculo para su realización: “Pues uno habla con las personas, siempre uno tiende a recibir todo lo malo que lo bueno (...), no, eso duele, que eso le cortan, le sacan un pedazo de la matriz, entonces uno lleva ya una imagen en la mente y cuando llega allá, me va a doler, me va a

doler y, pues claro.”; “salían las otras señoras que habían entrado primero, que contaban, que eso duele, que yo salí sangrando” . Los contenidos provenientes de la información médica, no siempre llevan a la práctica de la citología por el temor generado ante el conocimiento de una experiencia desagradable relatada por un par.

La pareja se puede convertir en un obstáculo para la toma de la citología. Según las mujeres, algunos hombres desconfían de su pareja, al considerar que en lugar de ir al médico la mujer se dirige a otro lugar, o cuando cree que la toma de citología implica el “manoseo” a la mujer por parte del médico.: “Eso era pelea, cuando yo iba donde el médico él decía que yo no iba para donde el médico, sino para donde el mozo (...)”

La ausencia de redes sociales limita la posibilidad de acudir al médico; esta ausencia de redes es mayor en aquellas mujeres que han sido víctimas de desplazamiento forzado por la violencia.“y más si uno no tiene conocidos desplazados, en la casa soy desplazada. Uno dice: ¡ni con la vecina dejo las niñas! ¡Usted viera para salir...!” www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124...sci

“Las diferencias socio culturales y algunos enfoques mal especificados de los servicios médicos han dado pie para que muchas mujeres perciban los exámenes de diagnóstico del cáncer más bien como una fase de prevención. Por lo tanto, muchas piensan que basta con hacerse el Paps una vez y ya están curadas o no van a sufrir de cacu nunca. Cerca de un tercio de ellas ni siquiera vuelve a buscar los resultados y aquellas que lo hacen, tienen grandes dificultades para comprender las explicaciones, si es que hay explicaciones. En caso que sea positiva la prueba del Paps, se les dice que necesitan otra consulta, que es necesario realizar más exámenes, porque es posible que tengan un cáncer.

Esto provoca desesperación entre las mujeres, especialmente entre las de menores recursos y educación, porque les resulta difícil comprender y acudir a otras consultas, por el tiempo y el costo que esto tiene para su familia. La etiología y la nosología de la enfermedad tienen diferentes significados para el equipo de

médico y para las mujeres. Para estas últimas, las causas de la enfermedad tienden a vincularlo con prácticas que son valoradas de manera negativa en su cultura, tienden a mencionar con frecuencia que se debe a que las mujeres tienen diferentes parejas sexuales y no mencionan en el mismo nivel de preocupación las relaciones de sus parejas con otras mujeres y que son ellos los portadores del VPH.

Aparentemente no hay una vinculación clara entre las prácticas sexuales de los hombres con el cáncer que ellas consideran como propio de las mujeres. El principio como no maleficencia considera la protección del paciente en forma adecuada, a través de medidas efectivas de prevención, así como la protección de terceros en riesgos, por lo cual la detección oportuna del cáncer se debería hacer llegar de igual manera a los hombres al igual que las mujeres, ya que se sabe que el principal cofactor del cacu es un virus, considerado como una infección viral y que no solo es por una parte, sino que juega un papel importante la pareja.

La prueba del cáncer es una experiencia que las mujeres viven solas, pero que en su mayoría desean vivirla así. Mostrar la parte más íntima de su cuerpo a otros, aun considerando que sea su pareja o familiar cercano, no es una experiencia que se viva sin sentimientos de vergüenza fuera de los contextos permitidos a plena luz del día. Estos sentimientos se relacionan con los procesos de socialización que van configurando la formación de las identidades de género. El cuerpo censurado y controlado en la mayoría de los espacios de la vida cotidiana, es una vivencia que repercute en las dificultades para acudir a la prueba del Paps y posiblemente a las campañas de detección oportuna del cáncer. Por la etiología y nosología del cáncer para las mujeres, el haber tenido experiencias directas o indirectas con la enfermedad en cualquier lugar del cuerpo, marca en gran medida su práctica de acudir a la detección oportuno del cáncer.

La misma puede ser en dos sentidos, agudizando el miedo al resultado y con ellos las dificultades para acudir a la detección o bien, en el otro sentido, motivando la práctica de manera frecuente. Esto en gran medida dependerá del nivel de educación de cada mujer y comprender esta situación, es un aspecto que se debe

de analizar en las campañas de detección oportuna del cáncer. Las palabras y el tono que utiliza el personal de salud para referirse al procedimiento o a sus observaciones, forman parte de las experiencias vividas de las mujeres que ellas consideran para regresar o no al mismo lugar y aun para considerar con mayor o menor dificultad el volver a realizar la detección oportuna del cáncer de manera oportuna. La confianza es un ingrediente esencial en las interacciones entre médicos y pacientes. Una confianza basada no en la autoridad y en seguir ordenes del médico, sino en esperanza, confianza digna de fe, de que el médico ayudara al paciente a tomar sus propias decisiones” Norma técnica de prevención, detección y atención del cáncer cérvico uterino. Managua 2008.

¿ES CONTAGIOSO EL CÁNCER? MITOS Y CREENCIAS.

El cáncer no es contagioso. A nadie se le "pega o pasa" el cáncer de otra persona

"Dicen que el cáncer sólo se presenta en personas con familiares que tienen o tuvieron cáncer. ¿El cáncer es hereditario?"

El cáncer no siempre es hereditario. La mayoría de los casos de cáncer ocurren en personas que no tienen familiares con cáncer. Sin embargo, algunos tipos de cáncer sí ocurren con más frecuencia en ciertas familias que en el resto de la población. Por ejemplo, los siguientes tipos de cáncer ocurren a veces en varios miembros de una familia:

Cáncer de piel (melanoma)

Cáncer de seno (mama)

Cáncer de ovario

Cáncer de próstata

Cáncer de colon

"Si el cáncer se remueve por medio de una cirugía o biopsia, ¿se extiende o riega a otras partes del cuerpo?"

Algunas personas se preocupan de que una cirugía o biopsia para el cáncer haga que se extienda (riegue o pase) la enfermedad. Esto casi nunca ocurre. Los

cirujanos usan métodos especiales y toman muchas precauciones para evitar que las células cancerosas se extiendan. Por ejemplo, si tienen que remover (extirpar) tejido de más de un área del cuerpo, usan diferentes herramientas para cada una de las áreas. Así hay menos posibilidad de que las células cancerosas se extiendan hacia el tejido sano.

Algunas personas también se preocupan de que el cáncer se propague por medio del aire durante una cirugía. Esto no es verdad. El aire no hace que el cáncer se propague o riegue.

"Si una persona está recibiendo tratamiento contra el cáncer, ¿puede seguir viviendo en su casa, trabajando y participando en sus actividades normales?"
El tratamiento contra el cáncer afecta a las personas de diferentes maneras. Cómo se sentirá una persona en particular depende de su estado de salud antes del tratamiento. Muchos pacientes con cáncer siguen trabajando mientras reciben tratamiento. Sus actividades diarias dependen del tipo de cáncer que tienen, de la etapa del cáncer, y del tipo de tratamiento que reciben.

"¿Todas las personas con el mismo tipo de cáncer tienen el mismo tipo de tratamiento?"

El tratamiento que recomienda el doctor depende de las necesidades médicas de cada paciente. Por ejemplo:

El tipo de cáncer que tiene el paciente

El área del cuerpo donde esté localizado el cáncer

Cuánto se ha extendido (regado) el cáncer

El estado de salud general del paciente

Otros factores

"¿Hay hierbas que curan el cáncer?"

Algunos pacientes con cáncer toman hierbas (como uña de gato, chaparral y jugo Noni) con la esperanza de que les ayuden a curar el cáncer.

Pero actualmente los estudios científicos no han encontrado ninguna hierba o mezcla de hierbas que curen el cáncer.

Los pacientes con cáncer que estén tomando o piensen tomar hierbas deben hablar con su doctor. Algunas hierbas podrían causar daño por sí solas o cuando se combinan con tratamientos comunes contra el cáncer, como la quimioterapia. Además, algunas hierbas pueden impedir que otros tratamientos o medicinas funcionen adecuadamente.

"¿Sigue siendo virgen una mujer después de hacerse la prueba de Papanicolaou (prueba "Pap")?"

Muchas mujeres que aún no han tenido relaciones sexuales quieren saber si todavía son vírgenes después de una prueba de Papanicolaou. Esta prueba puede hacerse sin afectar la virginidad. www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino.

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

Descripción del área de estudio

El presente estudio se realizó en la Ciudad de Bluefields, B° el Canal en el periodo comprendido del primer trimestre del 2011. Mujeres y Hombres residen en el Barrio el Canal de la Ciudad de Bluefields, geográficamente limita el Barrio al norte con Barrio Central, al sur Santa Rosa; al este con el Barrio Punta fría y al oeste con el Barrio Fátima, cuenta con una población de 1,833 habitantes. La población para recibir atención Médica tiene que acudir al Puesto de Salud “LeaBracket” la que está conformada por tres equipos Básicos de Salud.

Tipo de estudio

Descriptivo, de corte transversal y con un enfoque Cualí - Cuantitativo.

De corte transversal por que se estudiaran los conocimientos actitudes y practica que tiene la población sobre CáncerCérvico Uterino en un periodo determinado y de corta duración.

Universo

El universo está conformado por 560 mujeres y 460 Hombres, en edad 15- 49 años; procedentes del Barrio el Canal de la ciudad de Bluefields.

Muestra

Se determino la muestra de estudio con el apoyo del programa estadístico STATS TM.V.2 para eso se tomo como referencia la población total de mujeres y hombre del Barrio el canal (población 1,020 habitantes) se le aplico el 10% que expresa el porcentaje de la muestra con un margen de error máximo de 5%, un nivel deseado de confianza de 95%; resultando de esa manera determinar la muestra de 120 entre hombre y mujeres.

Técnicas y procedimientos

1. Diseño de instrumento de informantes claves.
2. Entrevista a informantes claves.

3. Diseño de instrumento para hombres y mujeres en estudio.
4. Validación de instrumentos.
5. Entrevista a hombres y mujeres en estudio.

Para medir conocimiento se realizaron unas series de preguntas relacionadas al tema. Las actitudes se valoraron con la escala de likert; es una escala psicométrica comúnmente utilizada en cuestionarios, y es la escala de uso más amplio en encuestas para la investigación. La escala es la suma de las respuestas de los elementos del cuestionario. Lo hacemos especificando el nivel de consentimiento; totalmente de acuerdo, de acuerdo, indeciso, en desacuerdo, totalmente en desacuerdo con una declaración o proposición (elemento, ítem o reactivo).

La práctica de riesgo se valoro considerando los factores de riesgo hacia el cáncer Cérvico uterino presente en las mujeres en estudio.

Criterio de inclusión y exclusión

Inclusión

Mujeres y hombres entre las edad 15-49 años.

Mujeres y hombres con domicilio en el Barrio el Canal.

Qué acepten contestar la entrevista.

Que hayan iniciado su vida sexual activa.

Exclusión

Mujeres y hombres que no pertenezcan al Barrio el Canal.

Mujeres y hombres que no estén en el límite de las edades estudiadas.

Que no se encuentre en el momento de realizar la entrevista.

Que no estén dispuestas/os a participar en el llenado de la guía de entrevista.

Plan de Tabulación y Análisis

Se proceso manualmente las entrevistas de informantes claves por categoría.

Control de calidad de las entrevistas.

Se diseñó base de datos en el programa estadístico computarizado EpiInfo o.3.

Se codificó el instrumento de recolección de información.

Se introduce los datos en el programa estadístico EpilInfo 3.0.

Se realizó control de calidad.

Se analizaron datos por frecuencia y porcentaje.

Se elaboraron cuadros y gráficas según variable.

Se presentó el informe en programa de Word.

Para sintetizar se utilizó el índice sumatorio. En el caso de conocimiento se asignó un valor a cada uno de los ítems considerando malo si 17 o menos respondieron correctamente, 18 – 32 como regular y 33 a más bueno.

Las actitudes se valoraron como favorable cuando las variables alcanzaron más del 70% y desfavorable cuando es menor del 70%.

Conociendo los factores de riesgo de cada práctica; se usó el índice sumatorio para el resumen de variable, valorando como Alta, Media, Baja y Ninguna.

Alta: 10 a 14.

Media: 5 a 9.

Baja: Menor de 4.

Ninguna: Cuando no aparece ningún factor presente.

Enunciados de variables

Para alcanzar los objetivos específicos se utilizan los siguientes descriptores.

Características Demográficas:

Edad.

Sexo.

Procedencia.

Escolaridad.

Estado civil.

Etnia.

Religión.

Ocupación.

Información:

Ha escuchado hablar del cáncer.

Donde lo escucho por primera vez.

Quien le dio la información.

Tipo de información recibida.

Conocimiento:

Concepto.

Causa.

Signos y síntomas.

Diagnostico.

Tratamiento.

Medidas preventivas.

Actitudes:

Información acerca del cáncer.

Causa del cáncer.

Medidas preventivas.

Practicas:

Edad en que le bajo la menstruación por primera vez.

Edad en que tuvo su primera relación.

Numero de compañeros sexual.

Edad de primer hijo.

Numero de parto.

Fuma.

Aborto.

Realización del último Papanicolaou.

Papanicolaou alterado.

Tipo de alteración.

Utilización de anticonceptivos orales por más de 5 años.

Antecedentes familiares.

Parentesco de familia con cáncer.

Tipo de infecciones de transmisión sexual.

Plan de análisis

Características demográficas de los entrevistado/as acerca del cáncer.

Información sobre el cáncer que tienen hombre y mujeres.

Conocimientos de hombre y mujeres sobre el concepto y causa que producen el cáncer.

Conocimientos de hombre y mujeres sobre signos y síntomas, diagnóstico, tratamiento y causas que producen el cáncer.

Conocimientos de hombre y mujeres sobre medidas de prevención para el cáncer cérvico uterino.

Actitud hacia la información del cáncer.

Actitud hacia las causas del cáncer.

Actitud hacia las medidas preventivas del cáncer.

Características demográficas y actitudes hacia el cáncer.

Nivel de conocimiento y actitudes hacia el cáncer.

Prácticas de Riesgo hacia el cáncer.

Características demográficas y prácticas de riesgo.

Nivel de conocimiento y Prácticas de Riesgos.

Prácticas de Riesgos y actitudes hacia el cáncer.

Consideraciones éticas de la investigación

El instrumento fue aplicada por dos personas previamente capacitadas por la investigadora, las cuales realizaron la recolección completa previa permiso del entrevistado, respetando la privacidad de la información que fue completamente anónima y que se utilizó únicamente para el trabajo investigativo. Posteriormente a la realización de la entrevista se brindaba información a las mujeres acerca de la prevención del cáncer de cuello de útero y sus formas de prevención, y se recalca la importancia de realización de Paps, fundamentalmente entre aquellas que no se habían realizado Pap en los últimos años o nunca en su vida. Al finalizar la entrevista se le agradeció su colaboración e información brindada para la realización del estudio.

Operacionalización de Variables

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala/Valor
Edad	Años cumplidos al momento de la entrevista		Año cumplido	< 20 20 – 34 35 – 49
Sexo	Características biológicas del estudiante		Fenotipo	Femenino Masculino
Procedencia	Lugar de donde proviene		Lugar	Urbano Rural
Escolaridad	Nivel de estudio alcanzado		Ultimo año aprobado	letrada/iletrada Primaria incompleta Primaria Completa Secundaria Incompleta Secundaria Completa Técnico/Universidad
Estado civil	Situación de convivencia de una persona en relación a la convivencia con otra.		Condición de la pareja	Casada Soltero Unión estable
Etnia	Rasgos físicos comunes, costumbres e idiosincrasia.		Rasgos	Mestizo Creole Miskito Mayagna Otros
Religión	Doctrina religiosa, que practica al momento de la entrevista		Fe	Católica Evangélica Testigo de Jehová Adventista Morava Otras

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala/Valor
Ocupación	Trabajo actual en el cual se desempeñan.		Tipo	Ama de casa Domestica Estudiante Técnico/Univ. Oficinista Otros
Información sobre el cáncer de útero.	Datos generales que tienen las mujeres y los hombres sobre el CACU	Lugar donde escucho hablar por primera vez sobre CACU.	Tipo de Lugar	Ninguno Escuela calle casa TV Otro.
		Personas que brindaron información sobre cáncer cérvico uterino	Tipo	Amigos Familiares Maestros Nadie Personal de salud Otros
		Información escuchada	Tipo	Concepto Etiología Signos y Síntomas Diagnostico Tratamiento MedidasPreventivas.
Conocimientos sobre el cáncer Cérvico uterino	Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje sobre el CACU	Concepto de cáncer Cérvico uterino.	Concepto	Enfermedad infecciosa contraída por herencia. Infección que invade toda la matriz si no se trata a tiempo. Enfermedad que se presenta en el cuello de la matriz por células malignas. Tipo de Cáncer, el más frecuente en el sexo femenino. Se asocia a factores hereditarios y adquiridos Enfermedad que actualmente se está viendo mucho y de muchas formas.

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala/Valor
		Causas que producen el cáncer en la matriz	Tipo de Causas	<p>Cuando se tiene mucho hijos.</p> <p>A través de los golpes que provocan abortos.</p> <p>Múltiples parejas sexuales.</p> <p>Las mujeres que son infieles.</p> <p>Un castigo de Dios.</p> <p>Virus del Papiloma humano.</p> <p>Infecciones de transmisión sexual. Después del parto no se cuida.</p> <p>Contraído por herencia.</p> <p>Es más frecuente entre jóvenes.</p> <p>Cuando una infección esta sin tratamiento.</p> <p>Si se tienen muchos hijos.</p> <p>Cuando la mujer ha tiene mucha parejas.</p> <p>Mujeres que no usan preservativos en sus relaciones sexuales.</p> <p>Mujeres con infecciones vaginales frecuentes.</p> <p>Mujeres que usan anticonceptivos.</p> <p>Si mi pareja tiene muchas mujeres.</p> <p>Presencia humedad vaginal.</p> <p>Sangrado vaginal.</p>

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala/Valor
		Signos y síntomas del cáncer Cérvico uterino.	Tipo	Dolor pélvico y Secreciones vaginales. Sangrado irregulares. Inflamación severa y dolor en el vientre. Inflamación en bajo vientre. Pérdida de peso. Dolor al tener relaciones sexuales. Humedad, picazón. Cansancio.
		Diagnostico	Medios	PAP. Ultrasonido vaginal. Biopsia. Colposcopia.
		Tratamiento	Tipo	Quimioterapia. Radiaciones. Sacándose la matriz.
		Medidas de prevención	Tipo	PAPS cada 6 meses. Fidelidad. Uso de preservativos. Limitar número de embarazos. Paps cada año. Inicio de vida sexual después de los 20 años. Buena alimentación. Practicar deporte.

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala/Valor
Actitudes ante el cáncer Cérvico uterino.	Es una predisposición a reaccionar de manera sistemática favorable o desfavorable ante determinadas situaciones de su ambiente	Información acerca el cáncer de útero.	Grado de acuerdo	Totalmente de Acuerdo.
		Causas del cáncer Cérvico uterino.		De acuerdo.
		MedidasPreventivas		Indeciso. En desacuerdo. Totalmente en Desacuerdo

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala/Valor
Prácticas de Riesgo.	Son las acciones u habito realizado.	Edad de 1 era menstruación	Años	< 10 años 10-12 13-14
		IVSA	Años	< 10 años 10-14 15-19 20 y más.
		Cros sexuales	Número	1 2 3 Cuatro y más.
		Edad del 1er hijo.	Años	< 15 años 15-19 20-34 35 o más Ninguno
		Número de partos.	Fumado	1-3 4 y más
		Hábito tóxico	Número	Si – No 1-3 4 y más.
		Número de abortos.		Nunca se lo ha realizado. Hace más de un año. Menos de un año.
		Tiempo de realización	Periodo	Menos de un año. Menos de seis meses.

		del Papanicolaou.		Ninguna Inflamación VPH
			Tipo	Si – No
		Antecedente de resultado alterado.	Uso	Madre Tía Hermana Abuela
		Anticonceptivos por más de 5 años.	Parentesco	Virus papiloma humana Herpes genital. Enfermedad Inflamatoria pélvica. Otras.
		Antecedentes familiares.	Tipo	Si – No.
		Antecedente de infección de transmisión sexual	Presencia	
		Sobre peso		

VIII. RESULTADOS

De los entrevistados el 55.8% oscila entre las edades de 20 – 34 años seguida por las menores de 20 años con un 23.3%, los del sexo femenino con un 70.8% los masculino con un 29.1%, los de procedencia del casco urbano con un 95% y los de la zona rural con un 5.0% , los de escolaridad secundaria incompleta con un 31.6% seguida por la de primaria incompleta con un 25.0%, los casados/unión estable con un 70.8% y los solteros con un 29.1%, los de etnia mestizo con un 78.3% seguido por los criollo con un 15.8%, un 30.8% los que profesan otra religión seguida por los evangélica con un 29.1% y las amas de casa con un 50% y las que trabajan en otra ocupación con un 28.3%. (Ver anexo cuadro N° 1).

Con respecto a la información que poseen las mujeres y los hombres sobre el cáncer Cérvico uterino tenemos en cuanto al lugar donde obtuvieron la información el 30.0% dijeron que en otros lugares, el 24.1% dijeron que en la calle y un 20.8% en la televisión; de las personas que brindaron la información el 45.8%, mencionaron que fue a través del personal de salud y un 18.3% dijeron que a través de los amigos y familiares; el diagnostico aparece como el tipo de información escuchada en un 26.6%, el 24.1% dijeron el concepto y un 17.5% que las medidas preventivas (Ver anexo cuadro N° 2).

En relación al conocimiento que tienen las mujeres y los hombres sobre el cáncer Cérvico uterino tenemos en cuanto al concepto el 96.6% dijeron que es una enfermedad que actualmente se está viendo mucho y de muchas formas, y el 90.0% que es el tipo de cáncer más frecuente en el sexo femenino y que se asocia a los factores hereditarios. Los informantes claves conceptualizan el cáncer Cérvico uterino como “Una enfermedad que actualmente se está viendo mucho y de muchas formas y en diferentes partes del cuerpo humano y además es contraída por herencia, es un tipo de Cáncer y el más frecuente en el sexo femenino”.

Con respecto a las causas que producen el cáncer el 89.1% mencionaron que a través de los golpes que provocan abortos e infecciones de transmisión sexual,

un 88.3% dijeron cuando las mujeres son infieles, las que han padecido de infecciones vaginales frecuentes y cuando mi pareja tiene muchas mujeres, y un 87.5 cuando una infección esta sin tratamiento. Citaron lo siguiente acerca de las causas “Cuando se tienen muchos hijos, múltiple parejas sexuales, a través de los golpes y provocando abortos, Infecciones de Transmisión Sexual, Papiloma humano, algunos dicen que es hereditario, cuando come algunos alimentos, cuando las golpean, humedad en el blúmer y secreción en la vagina, golpes y traumas, cuando se tiene muchos hombres”. (Ver anexo cuadro N° 3).

En relación a los signos y síntomas del cáncer cérvico uterino fue la Inflamación severa y dolor en el vientre con un 91.6%, el 90.8% cuando presenta dolor pélvico e inflamación en bajo vientre y un 90.0% cuando hay sangrado abundante e irregulares y dolor durante las relaciones sexuales. Esta afirmación concuerda con resultado obtenido al entrevistar a algunas mujeres mayores de 35 años las que dijeron sobre los signos y síntomas “Cuando presenta dolor pélvico y secreciones, sangrados continuos, flujos vaginales y bajan de peso y salida de líquido mal oliente.

Referente a los medios para diagnosticar el cáncer Cérvico uterino están los que dijeron que a través de la prueba de ultrasonido vaginal con un 90%, el 88.3% que por medio del Paps y el 60.0 a través de la biopsia, en cuanto al tratamiento están los que mencionaron sacándose la Matriz con un 81.6% y un 64.1% a través de la quimioterapia. ”Mencionaron los informantes claves que los medios de diagnostico es por la realización del examen del PAPS, ultrasonidos, en etapas más avanzadas se puede utilizar colposcopia y biopsia. Algunos de los Trabajadores de la salud entrevistados dijeron que el tratamiento es la “Quimioterapia, Radioterapia, medicamento y también cuando no está avanzado se le quita la matriz”. (Ver anexo cuadro N° 4).

En relación a las medidas preventivas el 91.6% mencionaron que es mediante la prevención de las relaciones sexuales con diferentes personas, el 90.8% dijeron

que realizándose el Paps cada 6 meses, y un 82.5% al realizarse el Paps cada año se protegen del cáncer en el útero. Resultado que coincide con lo que dijeron los informantes claves “ al realizarse el PAPS cada 6 meses, no tener muchos hijos, comer bastante verdura, Prevenir relaciones sexuales con diferentes personas, usar preservativos, no tener muchas parejas sexuales, PAP cada año, cuidado de la dieta, ingesta de folatos y vitaminas D, evitar las múltiples parejas sexuales de riesgo, practicar deportes”. (Ver anexo cuadro N° 5).

Con respecto a las características demográficas y la calidad de conocimiento sobre el cáncer Cérvico uterino tenemos los siguientes en cuanto al sexo y el conocimiento sobre el cáncer Cérvico uterino tenemos del 70.8% del sexo femenino; el 74.1% el nivel de conocimiento es bueno y el 24.7% regular y de los 29.1% del sexo masculino el 80% poseen también un nivel de conocimiento bueno y un 20.0% regular. En relación a la procedencia de los 95% que proceden del área urbano el 75.4% el conocimiento es bueno y un 23.6% es regular y de los 5% que proceden de la casco rural el 83.3 % tienen buen conocimiento, un 16.6% tienen un conocimiento regular. De acuerdo a la escolaridad se encontró que del 31.6% que cursaron la secundaria incompleta, el 71% poseen un buen conocimiento, el 28.9% tienen conocimiento regular; del 25% de los de primaria incompleta, el 80% tienen buen conocimiento y un 16.6% es regular, de los 24.1% de los iletrados, el nivel de conocimiento es bueno en un 79.3% y un 20.6% regular. (Ver anexo cuadro 6 N° A).

Referente al conocimiento y la etnia de los 80.8% que son mestizo el 76.2% tienen buen conocimientos y de los 14.1% son de etnia creole el 70.5% tienen buen conocimiento acerca del cáncer Cérvico uterino. En relación al conocimiento y la religión del 30.8% hubo un 86.4% que profesan otras creencias y tienen buen conocimientos seguido por el 13.5% conocimiento regular, del 29.1% que profesan la religión evangélica el 71.4% poseen un buen conocimiento y el 28.5% conocimiento regular acerca del cáncer del útero. Entre los que profesan otras creencias están los bautistas, mormones y los que no asisten a ninguna iglesia.

Los informantes claves mencionaron que la manera cómo influye la religión en el apareamiento del CACU “es através de las charlas dadas por el pastor al decirles a las personas sobre el problema y que acudan al puesto de salud para hacerse su examen, dependiendo de las orientaciones que le déel Pastor porque si no les orienta sobre este problema ellas no van a acudir a la Unidad de Salud”.

En cuanto al conocimiento y la ocupación del 50% que son amas de casa de eso el 75% tienen buen conocimiento, un 23.3% conocimiento regular y un 1.6% malo, del 28.3% que laboran en otra ocupación el 73.5% tienen buen conocimiento y el 26.4%el conocimiento es regular. (Ver anexo cuadro N° 6B).

De acuerdo a la actitud hacia la información y causas del cacu de hombres y mujeres el 65.8% tienen información y están de acuerdo de que si padecen de cáncer se pueden curar, un 57.5% están de acuerdo que si el doctor les dice que tienen cáncer se pueden morir y un 48.3 están de acuerdo que el cáncer puede ser contraído por herencia. Referente a la causa del cáncer y el grado de consentimiento de los entrevistados lo que más refirieron fue: el 75.8% están de acuerdo que la causa de que aumenta las posibilidades de tener cáncer es las muchas parejas sexuales, el 71.6% están de acuerdo que las mujeres que han padecido de infecciones vaginales frecuentes y un 69.1% están de acuerdo que entre más joven y mas marido tengan pueden adquirir cáncer. (Ver anexo cuadro N° 7A y 7B).

En relación a la actitud hacia las medidas preventivas del cáncer el 73.3% están de acuerdo que se protege del cáncer haciéndose el Papanicolaou, el 68.3% se protegen haciéndose el Papas cada año, un 59.1% que si comenzaron su vida sexual activa después de los 20 años se protegen y un 58.3% están indeciso en que la práctica del deporte evita el cáncer del útero. (Ver anexo cuadro N° 8).

En cuanto a las características demográficas y la actitud del 70.8% del sexo femenino el 65.8% tienen una actitud favorable y el 34.1 desfavorable; del 29.1%

del sexo masculino, el 62.8% la actitud es favorable, y un 37.1% es desfavorable su actitud ante el cáncer del útero.

De acuerdo a la procedencia y la actitud tenemos del 95% que proceden del casco urbano el 64% tienen una actitud favorable y el 35.9% desfavorable, del 5.0% que son del área rural el 83.3% adoptan una actitud favorable y un 16.6% su actitud es desfavorable ante el cáncer Cérvico uterino. Del 31.6% que cursan la secundaria incompleta el 71.0% adoptan una actitud favorable y el 28.9% desfavorable, del 25.0% que cursaron la primaria incompleta el 66.6% tienen una actitud favorable y el 33.3% desfavorable. (Ver anexo cuadro N° 9 A)

Referente a la etnia y la actitud del 80.8% de los mestizos el 64.9% tienen una actitud favorable mientras que el 35.0% la actitud es desfavorable, del 14.1% de los de etnia creole el 64.7% adoptan una actitud favorable y el 35.2% tienen una actitud desfavorable ante el cáncer uterino.

En cuanto a la religión y la actitud tenemos del 30.8% que profesan otra religión el 75.6% tienen una actitud favorable mientras que el 24.3% desfavorable; del 29.1% que son evangélicos, el 54.2% adoptan una actitud favorable y el 45.7% desfavorable.

En relación a la actitud y a la ocupación del 50.0% de las que son amas de casa el 65% tienen una actitud favorable mientras que el 35.0% desfavorable; del 28.3% que laboran en otras ocupaciones el 61.7% demuestran una actitud favorable mientras que el 32.8% una actitud desfavorable ante el cáncer Cérvico uterino. (Ver anexo cuadro 9 B).

Referente al nivel de conocimiento y la actitud hacia el cáncer del 75.8% con el nivel de conocimiento bueno de eso el 74.7% presentan una actitud favorable y el 25.2% desfavorable; del 23.3% con un conocimiento regular el 64.2% tienen una actitud desfavorable y un 35.7% favorable. (Ver anexo cuadro N° 10).

De acuerdo a la práctica de riesgo hacia el cáncer Cérvico uterino las entrevistadas dijeron que la edad en que les bajo la menstruación por primera vez oscila entre 13 – 14 años con un 52.9% y el 25.8% entre las edades de 10 a 12 años, la edad de inicio de la vida sexual activa es entre 15 a 19 con un 70.0% y un 20.0% entre 10 a 14 años de edad según los informantes claves "influye el inicio de la relaciones tempranas mucho y que entre más temprano inicia vida sexual y más pareja tienen, incrementa el riesgo de adquirir ITS, VPH lo cual está fuertemente vinculado con el CACU y tiene que ver porque el cuerpo no está desarrollado, la matriz no está lista para tener relaciones sexuales, el 42.5% refieren que solo han tenido un compañero sexual, mientras que el 23.7% han tenido dos y un 20.0% cuatro o más , los informantes claves mencionaron tiene que tiene que ver mucho, "porque no sabemos que enfermedad tiene esa persona y lo conseguimos, porque al tener muchas parejas sexuales hay intercambio de células y esta provocara que el cáncer aparezca"; en cuanto a la edad del primer hijo el 65.8% oscila entre los 20 a 34 años y un 34.2% entre 15 a 19 años; en relación al número de parto el 60.3% tuvieron entre 1 a 3 hijo y un 39.7% 4 y más. Los informantes claves dijeron algunas manera en que influye el Numero de hijos en la aparición del CA CU "si tienes que ver, porque la matriz no descansa, en las mujeres que han parido más porque su organismo se desgasta y también las mujeres que han parido cada año, a mayor Número de partos se lesiona más a nivel del cuello del cérvix sobre todos si no son partos intrahospitalario", mientras que el 14.1% consumen cigarrillos. (Ver anexo cuadro N° 11A).

De acuerdo a los antecedentes de aborto el 15.0% en algún momento presentaron aborto, según los informantes claves influye porque algunas de las causa que produce el cáncer es a través de los golpes y provocando abortos, el 37.5.% se realizaron el Paps en menos de un año, el 23.7% han tenido un Papanicolaou alterado siendo la inflamación la alteración presentada en las mujeres entrevistadas en un 94.7%,el 25% han usado anticonceptivos hormonales por más de 5 años, el 42.8% dijeron que su abuela presento cáncer mientras que el 39.3 dijo que su tía respuesta que coincide con lo que manifestaron los informantes

claves que declararon “ que es una enfermedad hereditario que las personas con antecedentes familiar con CACU, las mujeres multíparas y las con múltiples aborto”, el 97.3% manifestaron haber presentado otro tipo infección de transmisión sexual “los informantes claves mencionaron el padecer de infecciones de transmision sexual y las infecciones vaginales a repetición se puede padecer de cáncer”, y un 18.7% han presentado sobre peso.(Ver anexo cuadro N° 11B).

Referente a las características demográficas y a la práctica de riesgo del 97.6% de la zona urbana de esos el 50.6% tienen una práctica de riesgo medio, el 42.2% bajo y un 7.2% ninguna, del 2.5% que proceden de la zona rural el 100% tienen una práctica de riesgo medio. En cuanto a la escolaridad y la práctica de riesgo tenemos del 28.2% están los iletrados y los de secundaria incompleta, el 62.5% de los iletrados tienen una práctica de riesgo media y el 37.5% baja, los de secundaria incompleta el 37.5% es baja y un 16.5% no tienen ninguna practica de riesgo. (Ver anexo cuadro N° 12 A).

Del 85.8% de los mestizos, el 50.6% tienen una práctica de riesgo media, el 41.0% bajo, y el 8.2% no tienen ninguno; del 9.4% de los criollos el 62.5% la práctica es medio y un 37.5% es baja. De los 69.4% de las amas de casa, el 56.6% la práctica de riesgo es medio y un 41.6 % es bajo; del 10.5% de los estudiantes, el 42.8% es bajo y un 21.4 tienen una práctica de riesgo media.(Ver anexo cuadro N° 12B).

Del 74.1% que tienen un nivel de conocimiento bueno, el 47.6% la práctica es considerada como media y el 42.8% como bajo; del 24.7% que tienen un conocimiento regular el 16.4% tienen una práctica mediay un 8.2% la práctica es baja. (Ver anexo cuadro N° 13).

En relación a la práctica de riesgo y a la actitud ante el cáncer del 51.7% tienen una práctica de riesgo media el 65.9% la actitud es favorable y un 34.0% es desfavorable; del 41.1% tienen una práctica de riesgo bajo el 62.8% la actitud es favorable y un 37.1% desfavorable. (Ver anexo cuadro N° 14).

X. DISCUSIÓN

En cuanto a la edad en este estudio predominó el grupo etario de 20 – 34 años con lo que coincide con el periodo de mayor actividad sexual, los del sexo femenino esto se debe probablemente a que los hombres no se encuentran en casa debido a que son los que salen a trabajar; la mayoría de la población entrevistada proceden del casco urbano, son de escolaridad secundaria incompleta, en relación a la escolaridad encontramos que el mayor porcentaje tiene estudios de secundaria y educación primaria 25.0% respectivamente y solo un 24.1 % de iletrados. Lo cual denota un grado de escolaridad muy aceptable; Resalto las casadas/unión estable estos resultados coinciden con investigaciones anteriores en que un poco menos de la mitad declaró tener vínculos maritales mediante casamiento y están en pareja por unión estable, dominando los de etnia mestizo, según un estudio anterior los mestizos representan más de la mitad de la población de la RAAS, están representados los que profesan otra religión, existe un marcado aumento en los no creyentes o de los que no profesan religión alguna reportado en dicho estudio que pasan de un 8.5% a un 14.7 %, en los 10 años transcurridos en nuestra región, siendo las mayorías amas de casa, en estudio anterior los resultados arrojaron que la población más afectada son las amas de casa.

De acuerdo a la información que poseen las mujeres y los hombres sobre el cáncer Cérvico uterino los que más prevaleció fue los que obtuvieron la información en otros lugares, el personal de salud que brindó la información, luego aparece el diagnóstico como el tipo de información escuchada. Coincidiendo con los resultados de los informantes claves que mencionan como principal fuente de información a los profesionales de la salud, la cobertura de los medios de comunicación aun en los hogares pobres y el aumento de información dada a la población acerca del cáncer en las mujeres.

En relación al conocimiento que tienen las mujeres y los hombres sobre el cáncer Cérvico uterino tenemos los más relevantes en cuanto al concepto sobre el cáncer una gran mayoría dijeron que es una enfermedad que actualmente se está viendo mucho y de muchas formas, seguido por los que dicen que la causa es a través de los golpes los que provocan abortos y las infecciones de transmisión sexual. Concuerta con lo citados por los informantes claves en que dijeron que es una enfermedad que se contrae a veces por enfermedad ITS y que actualmente se está viendo mucho y de muchas formas y en diferentes partes del cuerpo humano.

En relación a los signos y síntomas del cáncer Cérvico uterino lo más relevante fue la Inflamación severa y dolor en el vientre, Inflamación en bajo vientre y dolor pélvico seguido por los medios para diagnosticar el cáncer Cérvico uterino esta los que dijeron a través de la prueba de ultrasonido vaginal y el Paps, en cuanto al tratamiento están los que mencionaron sacándose la Matriz y la quimioterapia, las medidas fueron prevenir las relaciones sexuales con diferentes personas y mediante la realización del Paps cada 6 meses. Resultado similar a lo que mencionaron los informantes claves de que los signos y síntomas son inflamación severa, dolor bajo vientre y que se puede saber que se tiene cáncer a través del examen del PAPS y Ultrasonidos.

Con respecto a las características demográficas y la calidad de conocimiento sobre el cáncer cérvico uterino tenemos los siguientes en cuanto al sexo y el conocimiento sobre el cáncer Cérvico uterino lo que predomino fueron de los 85 entrevistadas del sexo femenina tienen un nivel de conocimiento bueno y de los 35 del sexo masculino también poseen un nivel de conocimiento bueno. Observamos dicho comportamiento en que las mujeres tienen mayor conocimiento porque son las que pasan más tiempo en casa haciendo uso de los medios de comunicación que los hombres y también las que más acuden a las unidades de salud siendo las que comparten la información obtenida a sus parejas.

En relación al conocimiento y la procedencia de los 114 entrevistados/as que proceden del casco urbano tienen buen conocimiento acerca del cáncer y de los 6 que proceden de la zona rural poseen también buen conocimiento. De acuerdo al conocimiento y el nivel de escolaridad lo más relevante que encontré fue el 38 de los entrevistados cursaron la secundaria incompleta y poseen un buen conocimiento. Referente al conocimiento y la etnia los mestizos y los criollos poseen un nivel de conocimiento bueno acerca del cáncer Cérvico uterino. Se ha observado que entre mayor el nivel de escolaridad en la población es mayor el conocimiento que poseen los individuos, el grupo étnico mayorista son los mestizos coincidiendo con los de mayor conocimiento en este estudio.

En relación al conocimiento y la religión tenemos como lo más relevante que de los 37 que profesan otras creencias tienen buen conocimientos acerca del cáncer del útero. Entre estos están los bautistas, mormones y los que no asisten a ninguna iglesia.

En cuanto al conocimiento y la ocupación los que más predominó fue los que dijeron que se desempeñan como ama de casa y tienen buen conocimiento. Debido a que las amas de casa tienen más acceso a los medios de información y las que visitan más la unidad de salud siendo los lugares donde obtienen la información acerca del cáncer en mujeres.

De acuerdo a la actitud hacia la información y causas del cacu de hombres y mujeres lo más relevantes de la información es que están de acuerdo de que si padecen de cáncer se pueden curar. Referente a la causa del cáncer y el grado de consentimiento de los entrevistados están de acuerdo que lo que aumenta las posibilidades de tener cáncer es las muchas parejas sexuales y las mujeres que han tenido infecciones vaginales frecuentes. Información que coincide con la literatura consultada de que entre más son los factores de riesgo presente en el individuo mayor el riesgo de padecer de cáncer. En relación a la actitud hacia las medidas preventivas del cáncer lo que más predominó son los que están de acuerdo que se protege del cáncer haciéndose el Papanicolaou. La literatura

utilizada en este estudio refleja que el Papanicolaou es uno de los medio que se usa para detección temprana del cáncer en la mujer.

En cuanto a las características demográficas y la actitud lo más relevante fue que los del sexo femenino y masculino su actitud ante el cáncer es favorable. De acuerdo a la procedencia y la actitud tenemos los que provienen del área urbano y rural su actitud ante el cáncer Cérvico uterino es favorable seguido por los que cursan la secundaria incompleta y adoptan una actitud favorable y un porcentaje significativo de estos tienen una actitud desfavorable.

Referente a la etnia y la actitud está lo que más resalto de los 97 entrevistados de los de etnia mestizos tiene una actitud favorable y aparece un porcentaje significativo que tiene una actitud desfavorable ante el cáncer uterino. En cuanto a la religión y la actitud lo que más predomino fueron los que dijeron que profesan otra religión y tienen una actitud favorable; el 24.3% tienen una actitud desfavorable y también profesan otra religión. En relación a la actitud y a la ocupación más de la mitad de las amas de casa tienen una actitud favorable y otro porcentaje de las amas de casa demuestra una actitud desfavorable ante el cáncer Cérvico uterino. En cuanto al nivel de conocimiento y la actitud lo que predomino los presentan una actitud favorable y el nivel de conocimiento es bueno; y un porcentaje mínimo tiene un nivel de conocimiento bueno y una actitud desfavorable. Siendo bueno la manera de comportarse ante el cáncer observado que el grupo que profesan otra religión, los de mayor nivel de conocimiento y las amas de casa.

De acuerdo a la práctica de riesgo hacia el cáncer Cérvico uterino lo más relevante en cuanto a la edad en que les bajo la primera menstruación un poco más de la mitad oscilan entre los 13 – 14 años. En relación la edad de inicio de la vida sexual activa mucho más que la mitad oscila entre el rango de 15 – 19 años. Por otro lado, coincidiendo con los resultados de otras investigaciones, en que el 58% inicio su vida sexual activa entre los 15 y 19 años siendo esto un factor de

riesgo de contraer cáncer y la literatura consultada refleja que entre más temprano le baja la menstruación aumenta el riesgo de las relaciones precoz y la promiscuidad lo que también son considerados como factores que incrementa el peligro de padecer cáncer.

Un poco menos de la mitad refieren haber tenido un solo compañero sexual. Seguido por la edad del primer hijo que oscila entre los 20 – 34 años. Más de la mitad tuvieron entre 1 – 3 hijos y de los que fuman cigarrillos el 14.1% lo consumen y un 15.0% presentaron antecedentes de aborto. Un poco menos de la mitad de las entrevistadas se han realizado el Paps en menos de un año y un porcentaje mínimo presentó alteración en el Paps y su resultado fue inflamación. El 25.0% reportaron haber usado anticonceptivos hormonales por más de 5 años. Un poco menos de la mitad refieren que su abuela padeció de cáncer Cérvico uterino, mientras que un porcentaje significativo dijo que su tía presentó cáncer en la matriz. El 97.3% manifestó que ha presentado otro tipo de infección de transmisión sexual de las que no aparecen en la ficha, siendo estas infecciones como tricomoniasis, candidiasis y un porcentaje mínimo ha presentado sobre peso. Según la literatura revisada están presentes estos factores no como causas directa en las mujeres como son las infecciones adquiridas no solamente a través de las relaciones sexuales mencionadas y el sobre peso, pero si a largo plazo pueden aumentar el riesgo aunque sea un porcentaje mínimo.

En cuanto a las características demográficas y a la práctica de riesgo lo más relevante; la mitad de los que proceden del casco urbano tiene una práctica de riesgo medio y un poco menos de la mitad bajo y los que proceden de la zona rural el 100% tienen una práctica de riesgo medio. Más de la mitad de los iletrados tienen una práctica de riesgo medio y menos de la mitad de los de secundaria incompleta la práctica de riesgo es baja. La mitad de los mestizos tienen una práctica de riesgo medio y un poco menos de la mitad la práctica es bajo. Más de la mitad que profesan la religión católica tienen una práctica de riesgo medio y la mitad de los evangélicos la práctica de riesgo es bajo. Referente a la ocupación y

la práctica de riesgo lo más relevante es que un poco más de la mitad de las amas de casa poseen una práctica de riesgo medio y poco menos de la mitad de las amas de casa la práctica es bajo. En cuanto al nivel de conocimiento y a la práctica de riesgo lo que más resalto son los que tienen un nivel conocimiento bueno y una práctica de riesgo medio y hubo otro porcentaje significativo que tuvo una práctica de riesgo bajo y el conocimiento bueno. Más de la mitad de los que tienen una actitud favorable ante el cáncer Cérvico uterino la práctica de riesgo es medio mientras que un poco menos de la mitad de los de práctica de riesgo bajo tienen una actitud favorable. Se ha observado que en las características demográficas en los factores de riesgo presentes existe un porcentaje significativo con riesgo medio y bajo p lo deseado es no tener ningún riesgo.

X. CONCLUSIÓN

Más de la mitad de los/as entrevistados/as oscilan entre 20 a 34 años son del sexo femenino, proceden del casco urbano de escolaridad secundaria incompleta, casados/ unión estable siendo estos de etnia mestizo los que profesan otra religión y son en su mayoría amas de casa.

Las tres cuarta parte de los/as entrevistadas/os tenían un nivel de conocimiento bueno acerca del cáncer cérvico uterino porque reconocieron adecuadamente que es más frecuente en el sexo femenino, que se asocia a factores hereditarios, alas infecciones de transmisión sexual, a las muchas parejas sexuales, además identifican correctamente los signos y síntomas, el ultrasonido vaginal como una prueba importante para el diagnostico precoz de la enfermedad, también reconocen apropiadamente las medidas a través de la prevención de las relaciones sexuales con otros y al realizarse el paps.

Cerca del 70% de las entrevistadas/os tenían una actitud favorable acerca del cáncer cérvico uterino porque están de acuerdo en que se puede padecer de cáncer si se tiene muchas parejas sexuales, la infecciones vaginales frecuente aumentan la posibilidad de tener cáncer en las mujeres. Además que se asocia el cáncer al inicio temprano de las relaciones sexual y se pueden proteger si las mujeres se hacen el Paps.

En cuanto a la práctica de riesgo sobre el cáncer se encontró que el 70% de las mujeres del estudio habían iniciado su vida sexual activa entre los 15 – 19 años, el 60% tenían 1 - 3 hijos, menos del 40% se habían realizado el Paps en menos de 1 año y cerca del 40% tenían antecedentes familiares sobre el cáncer cérvico uterino.

XI. RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Salud capacitar a las personas que conforman la **Red Comunitaria en Salud** (los brigadistas de salud, parteras, col vol, etc.) del Barrio El Canal sobre las prácticas de riesgo asociado al cáncer, debido al efecto multiplicador que pueden tener en sus barrios, puede constituirse en una estrategia importante.

Rescatar las historias de vida de mujeres con cáncer de cuello uterino pues resulta una manera muy efectiva de informar y sensibilizar tanto a hombres como a mujeres sobre esta problemática y la importancia de tomar acciones para la prevención.

Buscar alianzas con los medios de comunicación masiva existentes en nuestra comunidad y lograr su compromiso en la lucha contra el cáncer de cuello uterino, puede resultar una estrategia interesante –previa capacitación- en la medida en que se constituyen en el principal canal de información sobre el tema.

Fortalecer la educación a la población (usuarios) incluyendo temas al rol de charlas acerca de la prevención, los factores de riesgo asociados al cáncer Cérvico uterino y detección temprana del cáncer Cérvico uterino.

XII. BIBLIOGRAFIA

1. Castillo A y López Z - factores asociados a neoplasia intraepitelial cervical, granada 1996.
2. Consejos de alimentación para reducir el riesgo de algunos tipos de cáncer de BBC: healthnutritiondietary_cancer.
3. Chow Mairena, Donald – Zeledón Téllez, Freddy, Nivel de conocimiento que posee el personal de enfermería sobre sus funciones para con las mujeres con factores de riesgo y cáncer Cérvico uterino en el centro de salud Juan Manuel Morales y el Hospital Regional Dr. Ernesto Sequeira Blanco, Bluefields, primer semestre 2005.
4. Delgadillo vivas Brenda- cáncer cérvico-uterino en el departamento de león 2,002.
5. Es. Wikipedia.org/wiki/escala_Likert.
6. F:\cancer cervicouterino.htm.
7. Hidalgo Martínez Ana C. El cáncer cérvico uterino, su impacto en México y el porqué no funciona el programa nacional de detección oportuna.RevBiomed Cuernavaca Morelos México, 2006.
8. Hernández Maribel, directora del hospital Bertha calderón de Managua Nicaragua, 2009.
9. [Journalmex.wordpress.com.../la incidencia-de cáncer-cérvico-uterin...](http://Journalmex.wordpress.com.../la_incidencia-de_cancer-cervico-uterin...)La incidencia de cáncer cérvico uterino crecerá en América latina.

10. Lorio Marina. Conocimiento, actitudes y prácticas de riesgo acerca del CACU en mujeres de la Libertad Chontales. Abril 2009. Documento no publicado.
11. Macías S. Juana, Gómez S. Juan; Mujer y salud Enfermería Obstétrico-Ginecología VI. Fuden 2008.
12. Méndez herrera Zoraida, Aburto Valle Filena; Seminario Monográfico Cáncer Cérvico uterino. Trinidad Estelí, Noviembre 2003.
13. Mem. Inst. Investig, cienc, salud, Vol. 4(2) Diciembre 2006. Temas de actualidad – cáncer de cuello uterino y virus del papiloma humano en Paraguay. Perspectiva de la prevención primaria.
14. Omeir, D. y Taylor, E. Relación de las enfermedades de transmisión sexual con neoplasia cervical, Corn Island y Laguna de Perlas, 1992.
15. Paolino Melisa – Dra. Arrossi Silvina (CEDES/CONICET) análisis de la relación entre los conocimientos de las mujeres acerca del Papanicolaou y el cáncer de cuello de útero, y la realización de pap. Año 2008.
16. República de Nicaragua, Ministerio de salud, Dirección general de servicios de salud, “Normas y Protocolo de Prevención y Atención del cáncer Cérvico uterino” Septiembre; 2000.
17. República de Nicaragua, Ministerio de salud - Dirección general de servicios de salud, Norma técnica de prevención, detección y atención del cáncer cérvico uterino. Managua 2008.
18. República de Nicaragua, Departamento de Patología– Informe estadístico, Hospital Regional Ernesto Sequeira Blanco; año 2011.

19. República de Nicaragua, AINMA- informe estadístico Municipio de Bluefields. Año 2011.
20. República de México Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, Septiembre, No.88 2004 Entrevista.
21. República de Cuba Anatomía Patológica, Temas para enfermería, editorial Ecimed, ciencias médicas ciudad de la Habana 2005.
22. Salud. aollatino. Com.../incidencia – cáncer – cervicouterino- crecerá- Amer...
23. Simons, Marbelia – Méndez, William, Conocimientos y actitudes sobre cáncer Cérvico uterino de las mujeres entre 15 – 49 años del barrio san mateo, Bluefields, julio a octubre 2000.
24. Soza Rodríguez Noel. Conocimiento, actitudes y prácticas sobre el Papanicolaou entre pacientes ingresadas al servicio de ginecología del Hospital Alemán - nicaragüense en los meses de septiembre, octubre y noviembre del año 2006.
25. Torrens rosa, Martínez Cristina, “Enfermería de la Mujer” edición España Enero 2001.
26. Universidad Autónoma de Nicaragua Maestría de salud sexual y reproductiva. Modulo Cáncer del aparatoreproductor, Nicaragua 2011.
27. Urroz Madriz Marcela. Correlación citológica, colposcópica e histológica de las lesiones pre malignas de cérvix en pacientes atendidas en la clínica de patología cervical del Hospital Bertha Calderón Roque Enero 2005-Enero 2010.

Webgrafia

28. <http://www.pesi-amssac.com/infantilprimeramenstruacion.html>
29. http://www.pacientesonline.com.ar/medicina/informes_especiales/manuales/salude_mujer/6.php
30. http://www.taringa.net/posts/salud-bienestar/8174038/todo-lo-que-debes-saber-sobre-el-cancer-_informate_.html
31. <http://www.msd.com.mx/msdmexico/patients/vph/cancercervicouterino.html>
32. www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/pcc-cc-sit-lac,htm. Revista Panamericana de salud Publica / Pan American Journal of publicHealth.
33. www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124...sci. La Citología de Cuello Uterino en Soacha, Colombia: Representaciones Sociales, Barreras y Motivaciones.
34. www.mariestopes.org.bo/.../Investigacion_CCU.pd... Conocimientos, actitudes y prácticas respecto al Cáncer de Cuello Uterino en el municipio de Sucre, Bolivia. Abril, 2004. Marie Stopes: Bolivia.
35. rpe.epiredperu.net/.../AO4_Vol14_No1_2010.htm... –Factores asociados con el conocimiento y tamizaje para cáncer de cuello uterino (examen de Papanicolaou) en mujeres peruanas en edad fértil. Análisis del periodo 1996-2008.
36. OMS / Cáncer www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/.
37. www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino.