

REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA

**TÍTULO: Intervención Educativa sobre factores de riesgo de Cáncer
cérvicouterino en mujeres del Consultorio 19 del Municipio
Primero de Enero.**

Autora: Dra. Naylin Ferrer Bell

REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA

**TÍTULO: Intervención Educativa sobre factores de riesgo de Cáncer
cérvicouterino en mujeres del Consultorio 19 del Municipio
Primero de Enero.**

**Trabajo de Terminación de Especialidad para optar por el título de Médico
Especialista de Primer Grado en MGI**

Autora: Dra. Naylin Ferrer Bell

Residente 2do año en MGI.

Policlínico Universitario José Agustín Más Naranjo.

Tutor: Dra. Yaquelín Pérez Yera

Especialista de Primer Grado en MGI – Profesora Instructora.

Policlínico Universitario José Agustín Más Naranjo.

Asesor: Lic. Yury Galván Álvarez

Especialista de 1er grado en Grado en Higiene y Epidemiología.

2017

PENSAMIENTO

“Nosotros ofrecemos formar profesionales dispuestos a luchar contra la muerte. Nosotros demostraremos que hay respuestas a muchas tragedias del planeta, nosotros demostraremos que el ser humano debe y puede ser mejor, nosotros demostraremos el valor de la conciencia y la ética, nosotros ofrecemos vida.”

Fidel Castro Ruz

DEDICATORIA

A mis padres, porque siempre confiaron en mí, a mi novio y hermano por el apoyo incondicional y especialmente a nuestro eterno Comandante Fidel Castro Ruz por permitirnos formarnos como grandes pilares de la salud cubana.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a todos los profesores de la Especialidad de Medicina General Integral que con su sabiduría y dedicación han formado profesionales de la salud.

A mi tutora Yaquelín Pérez Yera por su atención, enseñanza e incentivo en la elaboración del estudio. A mi asesor Yury Galván Álvarez por su contribución en compartir sus conocimientos en la realización de este trabajo.

A mis compañeros, a todos y todas las personas que han colaborado con este estudio.

RESUMEN

Se realizó un estudio pre-experimental (antes-después) para evaluar la eficacia de una intervención educativa participativa, con el objetivo de elevar el nivel de conocimiento sobre el cáncer cérvico-uterino en mujeres de 20 a 35 años, del Consultorio Médico de la Familia No 19 del consejo popular Corea, correspondiente al Policlínico, José Agustín Más Naranjo del municipio de Primero de Enero, durante el período comprendido desde el año 2016 hasta 2017. El universo estuvo constituido por 148 mujeres y después de aplicado los criterios de inclusión y exclusión la muestra de trabajo quedó conformada por 95 mujeres, a las cuales se les aplicó inicialmente un cuestionario para evaluar el conocimiento que poseían sobre el tema, luego se diseñó y aplicó el programa educativo, por último, se les realizó el cuestionario final. Se obtuvo como resultado que la mayoría de estas féminas tenía el técnico medio como máximo nivel escolar alcanzado y el programa diseñado resultó suficiente para capacitar a las mujeres, las cuales alcanzaron niveles de conocimiento aceptables (en un mayor porcentaje) en todas las variables estudiadas.

PALABRAS CLAVE: CÁNCER CÉRVICO-UTERINO, NIVEL DE CONOCIMIENTOS, INTERVENCIÓN EDUCATIVA.

ÍNDICE

I-INTRODUCCIÓN	1 - 5
II-MARCO TEÓRICO	6 - 25
III-MATERIALES Y MÉTODOS	26 - 34
IV-ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	35 - 43
V-CONCLUSIONES	44
VI-RECOMENDACIONES	45
VII-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA	46 - 53
VIII-ANEXOS	

I.- INTRODUCCIÓN

El cáncer como enfermedad afecta a ambos sexos aunque, lógicamente, el comportamiento en incidencia varía entre ellos teniendo en cuenta las diferencias anatómicas de género ⁽¹⁾. Representa un gran reto para la sociedad contemporánea; el de cuello uterino es la segunda causa de muerte en la mujer a nivel mundial y es la principal debida a enfermedades malignas en este sexo ⁽²⁾. En Cuba se encuentra en segundo lugar en mujeres de 20 a 30 años, luego del cáncer de mama, y su incidencia es de un 21%. ⁽³⁾

Se estima que más de un millón de mujeres en todo el mundo tienen actualmente cáncer cervical; a la mayoría de ellas no se les ha diagnosticado o no tienen acceso al tratamiento que podría curarlas o prolongar sus vidas.⁽¹⁾

En América Latina, según los datos disponibles en la Organización Panamericana de la Salud, la incidencia estimada de neoplasias malignas del cuello uterino es ascendente; en Cuba, a pesar de que existe el Programa Nacional de diagnóstico precoz del cáncer cérvicouterino desde 1968, es un problema serio de salud.⁽¹⁾

Cada año padecen de cáncer 9 millones de personas en el mundo y mueren por su causa unos 5 millones. Se estima que actualmente existen unos millones de personas enfermas de cáncer y las consecuencias económicas del mismo lo convierten en un problema de salud importante para la humanidad. ⁽¹⁾

La (OMS) calcula que cada año se diagnostican 466.000 nuevos casos de cáncer cérvicouterino que mueren 231.000 mujeres por ésta oncopatía y el 80% de estas proceden de países en vías de desarrollo. En países de América Latina y de la región del Caribe, las tasas de incidencia oscilan entre 30 y 40%; y fallecen más de trescientas mil mujeres por esta causa, las mayores incidencias se reportan en Perú, Brasil, Paraguay, Colombia y Costa Rica; Canadá y Puerto Rico reportan tasas inferiores.⁽¹⁾

El cáncer de cuello uterino es el segundo más frecuente en mujeres en el mundo con 86% de los casos y 88% de las muertes en países en vías de

desarrollo ⁽⁴⁾ y es la causa más importante de años de vida perdidos (por cáncer) entre las mujeres de América Latina y el Caribe, regiones donde se concentran el 13% de los casos y el 12% de las muertes que ocurren anualmente en el mundo. Si no se mejoran los programas de prevención se ha estimado que el número de casos de cáncer de cuello uterino se incrementará en la región de 68 000 en el año 2008 a 126 000 en el año 2025, simplemente por el crecimiento y el envejecimiento de la población.⁽⁵⁾ Cada año más de 270 000 mujeres mueren de cáncer cervical y más del 85% de esas muertes ocurren en países subdesarrollados o en vías de desarrollo; se estima que en el año 2020 el cáncer puede matar 408 700 mujeres.⁽⁶⁻⁷⁾

Un estudio nacional muestra que más de mil mujeres son notificadas en el registro nacional de neoplasia con cáncer del cérvix, las tasas más altas son reportadas en las provincias orientales, fundamentalmente en Camagüey, Holguín y Guantánamo, con edades que oscilan entre 35 y 55 años (alrededor del 60 %) con una media de 40 años.⁽²⁾

Estudios epidemiológicos consideran que la neoplasia cérvicouterino se comporta como una enfermedad de transmisión sexual asociada a múltiples factores de riesgo, la mayoría de estos ligados a la conducta sexual de cada mujer. En apoyo a esta hipótesis se vincula una elevada incidencia de enfermedades de transmisión sexual, fundamentalmente de infecciones por oncovirus, en las que la infección por papiloma virus humano (PVH) se considera como la génesis fundamental del cáncer cérvico-uterino. ⁽²⁾

A partir de la década de los 80 se identificó el PVH como causa necesaria, pero no suficiente para desarrollar la enfermedad, así Bosch han informado que la NIC invasor se asocia con la presencia del PVH en el 99 % de los casos.

No obstante, pese a los esfuerzos y recursos destinados a este programa, aún el mismo posee debilidades, en las que se destaca la escasa prevención de la oncopatía, por no contar con programas de intervención educativos a nivel primario, dirigidos de forma permanente al conocimiento y control de los factores de riesgo que conllevan al desarrollo de esta frecuente neoplasia. ⁽²⁾

Cada año se producen en el mundo alrededor de 500 000 nuevos casos, y cerca del 80 % corresponde a los países en desarrollo. En Cuba, el cáncer

ocupa el segundo lugar entre las diez primeras causas de muerte, solo precedido por las enfermedades cardiovasculares, y es la primera causa de años de vida potenciales perdidos (AVPP) en el país. Las provincias de Villa Clara, Cienfuegos, Sancti Spíritus, Ciego de Ávila, Camagüey, Holguín, Santiago de Cuba, Guantánamo y el municipio especial Isla de la Juventud, son territorios donde esa enfermedad se ha convertido en la primera causa de muerte .⁽²⁾

En el municipio el año anterior ocurrió una morbilidad por cáncer cérvico-uterino.

Basados en lo anteriormente planteado (escasez de estudios intervencionistas) es que se decidió realizar la siguiente investigación, dirigida a modificar el conocimiento de algunos factores de riesgo del cáncer cérvicouterino, mediante una intervención a una población de riesgo, con la cual esperamos cambios en el modo de vida, y así en el futuro disminuir la incidencia y mortalidad derivada de esta temible, pero curable oncopatía.

Teniendo en cuenta que la mujer es un grupo vulnerable para la aparición del cáncer cérvicouterino, debido a sus características biológicas, psicológicas, sociales y epidemiológicas, y basándonos en la experiencia de un proyecto realizado anteriormente, donde se recomienda continuar trabajando y profundizando en este tema, de forma grupal con ellas ,es que nos decidimos a realizar esta investigación educativa para conocer el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo del cáncer cérvicouterino en las mujeres de 20 a 35 años de edad de un Consultorio Médico de la Familia del consejo popular Corea, del municipio Primero de Enero.

Problemática.

El municipio de Primero de Enero mantiene un alto nivel de desconocimiento del cáncer cérvicouterino, fundamentalmente en edades temprana de la vida, dadas por el bajo nivel de escolaridad, conducta sexual irresponsable y falta de protección, constituyendo estos factores condiciones favorables para la progresión de la enfermedad, por lo cual es de vital importancia la preparación

de las mujeres de 20 a 35 años en los aspectos relacionados con la protección y preparación al comienzo de su vida sexual. Esta situación permite que se plantee la siguiente interrogante.

Pregunta investigativa:

¿Cómo elevar el nivel de conocimiento sobre el cáncer cérvicouterino en mujeres de 20 a 35 años de edad, en el Consultorio Médico de la Familia (CMF) No 19, del consejo popular Corea, en el municipio de Primero de Enero?

La hipótesis de la investigación es:

Si se aplica una intervención educativa lograría en mujeres de 20 a 35 años de edad en el Consultorio Médico de la Familia No 19 del consejo popular Corea, en el municipio de Primero de Enero, incrementar significativamente conocimientos sobre el cáncer cérvicouterino.

En nuestra investigación se prevé elevar de forma significativa el nivel de conocimiento de las mujeres de 20 a 35 de este consultorio, a través de la ejecución de diferentes actividades de capacitación y educación para la salud, que conduzcan a la modificación de los hábitos y costumbres de las mujeres , que conforman los estilos de vida insanos, en una dirección favorable para su salud, teniendo en cuenta que un estilo de vida saludable solo puede ser adoptado cuando se tiene conocimiento, oportunidad y voluntad para ello; es decir, percibir el riesgo y disminuir la vulnerabilidad.

OBJETIVOS:

Objetivo general: Elevar el nivel de conocimiento sobre el cáncer cérvicouterino de las mujeres de 20 a 35 años de edad mediante la aplicación de una estrategia educativa.

Objetivos específicos:

- Distribuir a las pacientes según grupo de edad, nivel de escolaridad, ocupación.
- Diseñar y aplicar una estrategia de intervención educativa sobre los factores de riesgo del cáncer cérvico-uterino.
- Determinar el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo del cáncer cérvicouterino antes y después de aplicada la intervención educativa.

II. -MARCO TEÓRICO

La evolución de la vida humana ha estado acompañada de padecimientos disímiles que afectan a todo el planeta, y su desarrollo hasta nuestros días muestra huellas inequívocas de estos. Sin dudas, el cáncer ha sido responsable de más muertes que todas las guerras y catástrofes conocidas. ⁽⁸⁾

Cáncer es el término aplicado a un grupo de enfermedades que afectan cualquier parte del cuerpo, con evolución crónica, y se produce por el incremento cuantitativo, mayor que lo normal, de células diferenciadas, atípicas en su biología y morfología, en un tejido con capacidad potencial de reproducción. ⁽⁹⁾

El cáncer cérvicouterino es una alteración celular, que se origina en el epitelio del cuello del útero. Se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras, de lenta y progresiva evolución, las cuales se suceden en etapas de displasia leve, moderada y severa, con evolución hacia el cáncer en grado variable cuando esta se circunscribe a la superficie epitelial y luego a cáncer invasor cuando la afectación traspasa la membrana basal. ⁽¹⁰⁾

La mayoría de las mujeres que fallecen de cáncer cérvicouterino, especialmente en los países en desarrollo, lo hacen en la flor de sus vidas. Puede que eduquen niños, cuiden de sus familias y participen de la vida social y económica de las ciudades o pueblos en que viven; su desaparición constituye no solamente una tragedia personal, sino también una pérdida luctuosa e innecesaria para sus familias y comunidades. Es innecesaria, puesto que la mayoría de estas féminas todavía carecen de acceso a programas de prevención de cáncer y este se detecta cuando ya es demasiado tarde para tratarlo. ⁽¹⁰⁾

Este tipo de cáncer se origina por 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 del parto, las cuales son normales al principio y gradualmente se convierten en precancerosas, para manifestarse como lesiones en la pared del útero. Eventualmente, pueden cambiar a células cancerígenas, sin embargo, en más de 50 % de las mujeres con daños precancerosos, permanecen benignas. Con frecuencia, el cáncer cérvicouterino no muestra síntomas en sus etapas iniciales, por lo que a menudo no se detecta hasta que se hace grave. ⁽⁹⁾ Incluye las neoplasias malignas que se desarrollan en la porción fibromuscular inferior del útero; consiste en un proceso mórbido, en el cual se encuentran células cancerosas (malignas) en los tejidos del cuello uterino. ⁽¹¹⁾

El carcinoma cérvicouterino es una enfermedad caracterizada por el crecimiento anormal y diseminado de células que al desarrollarse en forma incontrolada progresan entre los tejidos normales y los destruye. La lesión precursora es la neoplasia intraepitelial cervical (NIC) y dependiendo del grado de anormalidad celular y profundidad en el tejido cervical son clasificados como NIC I (displasia leve), NIC II (displasia moderada), NIC III (displasia severa) y carcinoma in situ (CIS). Cuando las células cancerosas o neoplasias epiteliales El papiloma virus humano es un virus de la familia del ácido desoxirribonucleico (ADN), totalmente asintomático por lo que se puede ser portador toda la vida sin saberlo. ⁽¹¹⁾

Actualmente se consideran tres formas importantes de contagio: a) transmisión vertical madre-hijo, b) a través de las relaciones sexuales que es la forma más común de contagio y se calcula que tiene un período de incubación que oscila entre 3 meses y 16 años, c) en menor medida por fómites por el uso de toallas, ropa interior o por contacto con utensilios de baño recientemente utilizados por un portador invaden tejidos subyacentes se les denomina carcinoma invasor, se considera que si se lleva a cabo un diagnóstico temprano de esta neoplasia, es potencialmente curable. ⁽¹²⁾ Constituye un importante impacto social y

económico que justifica los esfuerzos que se han realizado en los países o regiones que lo han implantado para su detección temprana y tratamiento eficaz,⁽¹³⁾ a pesar de que desde hace más de 20 años se han realizado esfuerzos para su control, no se han reducido las tendencias de la morbilidad y mortalidad generadas por este padecimiento.⁽¹⁴⁾ En los países latinoamericanos, más de 30 000 mujeres mueren anualmente por cáncer de cérvix. Los registros de cáncer obtenidos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) muestran que hay una incidencia relativamente alta en Brasil, Paraguay y Perú; tasas inferiores muestran Cuba y Puerto Rico, no así Canadá, que a escala mundial presenta la tasa de mortalidad más baja por esta enfermedad.⁽¹⁵⁾

En América Latina y el Caribe, aunque la situación no es tan caótica como en el África Subsahariana, se observan países con altas tasas de prevalencia y mortalidad, lo que refleja las disparidades y las desigualdades de acceso, barreras culturales, entre otros factores que impiden mejorar los indicadores al respecto.⁽¹⁶⁾ Se prevé que en el 2030 más de 1,6 millones de personas morirán por cáncer, debido a los cambios demográficos y a una mayor exposición a los factores de riesgo.⁽¹⁷⁾

En México, cada dos horas muere una mujer por cáncer cérvicouterino y el virus de esa enfermedad puede estar presente hasta 20 años, reveló una especialista del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). La investigadora del Centro de Investigación Biomédica del IMSS Nuevo León, Elva Irene Cortés Gutiérrez, dijo que exámenes basados en métodos moleculares serán los mejores aliados de la medicina preventiva para la detección oportuna de dicho cáncer. Expuso que han trabajado intensamente y logrado determinar, que del desarrollo de la biología molecular han surgido técnicas mucho más precisas y sensibles, que pueden hacer la detección del virus de manera oportuna.⁽¹⁸⁾

Hay estadísticas precisas que permiten afirmar que el cáncer cérvicouterino es un grave problema de salud en el mundo y en Cuba por tanto, nuestro sistema de salud tiene implementadas acciones para enfrentarla, y estamos convencidos de que la información que adquieran las mujeres en riesgo de padecer esta enfermedad contribuirá a prevenirla o, al menos, reducir al mínimo su incidencia.⁽¹⁷⁾

Incidencia

El riesgo de padecer cáncer de cuello uterino tiene una marcada variación en distintas regiones del mundo que oscila en cifras que van de 0,4 % en Israel a cifras en Cali, Colombia (5,3 %); en realidad esta variación debe atribuirse a la conducta sexual de las distintas conductas sexuales de los diferentes grupos humanos. En nuestra región, América del Norte tiene la morbilidad y la mortalidad más baja; mientras en el resto de América y el Caribe se observa gran variabilidad. Según datos publicados por la Agencia Internacional para Investigaciones en Cáncer (IARC) en el año 2002, la mayor incidencia de este tipo de lesión corresponde a Haití, Bolivia y Paraguay y las más bajas corresponden a Bahamas, Uruguay y Cuba (tablas 15.1 y 15.2). En el año 2010 el número de casos y la mortalidad por el cáncer de cuello uterino en Cuba fue de 430 casos para una tasa de 7,7 por 100 000 mujeres, según aparece en el Anuario Estadístico del MINSAP del año 2010. ⁽¹⁹⁾

Epidemiología

Mucho se ha avanzado en los últimos años en el conocimiento de los factores epidemiológicos, ligados a la aparición del cáncer del cuello uterino y hoy se considera como una infección de transmisión sexual (ITS), por lo que su incidencia variará según la conducta sexual de los diferentes grupos humanos. En la conducta sexual hay elementos que pueden considerarse principales, como:

- Inicio precoz de las relaciones sexuales.

- Múltiples compañeros sexuales
- . – Compañero sexual promiscuo.
- Alta incidencia de infecciones de transmisión sexual.
- Multiparidad. ⁽¹⁹⁾

En los estudios epidemiológicos para conocer los factores de riesgo de este mal que daña a las mujeres, el tabaquismo, algunas deficiencias de ácido fólico, infecciones y la presencia del VIH. Sin embargo, recientemente con estudios moleculares se ha establecido que el principal factor de riesgo, considerado incluso como el agente causal del cáncer cérvicouterino, es la infección del virus del papiloma humano, transmitido por vía sexual y es relativamente común en las mujeres. ⁽¹⁸⁾

Casi el 100% de las mujeres con cáncer cérvicouterino, tienen la presencia del virus de papiloma humano, contagiado por vía sexual y desarrollada por algunos de los factores de riesgo antes mencionados. Este virus puede estar presente de 10 a 20 años hasta ser desencadenado por uno de los factores señalados, que finalmente transforman una célula en cancerosa. Justamente, se considera que hay mucho tiempo para hacer una detección temprana, cuando la célula empiece apenas a transformarse y evitar que ésta llegue a producir un cáncer. Ahí es donde está la importancia de detectar el virus del papiloma humano antes de que en forma clínica la mujer presente algunas alteraciones. ⁽¹⁸⁾

Existen varios tipos de papiloma, pero no todos están asociados con cáncer, ya que a algunos son de bajo riesgo pues producen lesiones benignas, hay etapas moderadas y otras de alto riesgo. En un estudio amplio que observó 60 años de datos sobre 10 575 casos de cáncer cérvicouterino invasivo en 38 países, un equipo internacional de expertos dirigido por Silvia de Sanjosé, del Instituto Catalán de Oncología en Barcelona, España, examinó que tipos del VPH contribuían más a la incidencia global de la enfermedad. ⁽²⁰⁾ Los resultados, publicados en la revista médica The Lancet, mostraron que

ocho tipos del VPH -16, 18, 45, 33, 31, 52, 58 y 35, en orden decreciente de frecuencia eran responsables del 90% de los casos del cáncer cérvicouterino. Las vacunas de GSK Cervarix y de Merck Gardasil protegen de las cepas 16 y 18 del VPH y, parcialmente, de las 31 y 45. ⁽²⁰⁾

Muchos países ricos comenzaron programas de inmunización que apuntan a aplicar esas vacunas en las niñas antes de que se inicien sexualmente, pero esas inyecciones generalmente son muy costosas e inaccesibles para la mayoría de las personas que viven en las naciones más pobres. De Sanjosé dijo que los hallazgos del estudio refuerzan las razones para prevenir el cáncer cérvicouterino a través del uso de las vacunas existente y que ayudarían a desarrollar una segunda generación de inmunizaciones contra varias cepas del VPH. ⁽²⁰⁾ Los investigadores también detectaron varias cepas raras del VPH (26, 30, 61, 67, 69, 82 y 91), que provocan cáncer cérvicouterino pero solo representan el 1% de los casos globales. ⁽²⁰⁾ La infección genital con el virus del papiloma humano (VPH) es la enfermedad de transmisión sexual viral más frecuente en el mundo. No obstante, menos de 5% de las mujeres infectadas con el VPH desarrollarán cáncer cérvicouterino. Se trata de un virus de transmisión sexual, y de ahí que la enfermedad sea más frecuente en mujeres que tuvieron múltiples parejas sexuales o que empezaron a tener relaciones sexuales precozmente. También explica que sea más frecuente en sujetos inmunodeprimidos, como las mujeres con SIDA. La vaginitis infecciosa representa uno de los problemas de salud más frecuente en las mujeres. ⁽²¹⁾

La infección por virus del papiloma humano (VPH) está considerada como una ITS, y es factor primordial en la génesis del cáncer cérvicouterino. Según estudios epidemiológicos, en la actualidad la neoplasia cérvicouterina se comporta como una enfermedad de transmisión sexual asociada a múltiples factores de riesgo, la mayoría de estos ligados a la conducta sexual de cada mujer ⁽¹⁹⁻²²⁾. La epidemia de infecciones de transmisión sexual (ITS), representa la más diseminada y devastadora enfermedad que enfrentan los adolescentes

y jóvenes hoy día. En nuestro país la epidemia ha mantenido un lento pero sostenido crecimiento, al igual que otras ITS de etiología viral como el herpes simple. ⁽²³⁾

Por otra parte, la adolescencia fue considerada por largo tiempo como una etapa de tránsito entre la niñez y la adultez; por tanto, se le dedicaba escasa atención, por lo que los trastornos ginecológicos de la infancia y la adolescencia eran ignorados en el pasado; en gran parte porque no se conocían, pero sobre todo, por el pudor de las madres al llevar a sus hijas a un examen ginecológico. ⁽²⁴⁾

De hecho, hoy día, la infección por el virus del papiloma humano es uno de los motivos de mayor frecuencia de consulta en los jóvenes. Esta entidad tiene doble característica, pues constituye simultáneamente un proceso infeccioso y un problema neoplásico. La comprensión de este fenómeno biológico no puede ser simplista; incide sobre una parte sensible de la vida humana que es su actividad sexual, así como sobre su integridad física y estabilidad conyugal, familiar y social. ⁽²⁵⁻²⁶⁾

El papiloma humano produce las verrugas genitales que son altamente contagiosas. A unos tres meses de que una persona haya sido expuesta al virus, las verrugas aparecerán en el lugar en que hubo contacto con la persona infectada. Pueden aparecer varias verrugas al igual que una sola. Si no se tratan, ellas formarán un tejido carnosos con aspecto coliflor. En algunos casos las verrugas desaparecen, pero la persona continuará infectada. No existe cura para las verrugas genitales, una vez que se haya contraído el virus este permanece en el cuerpo. Las verrugas pueden ser extirpadas químicamente, por congelamiento, quemándolas, quirúrgicamente, en los casos de verrugas más grandes o por medio de rayos láser. Aunque estas se extirpen, las verrugas pueden reaparecer y siempre son contagiosas. ⁽²⁷⁾

Dicho agente causal provoca una infección de transmisión sexual (ITS) que, en muchos casos, es asintomática. Dada esta característica del PVH, puede transcurrir mucho tiempo antes de que se detecte. Otros factores de riesgo del cáncer cérvicouterino son: no hacerse la prueba para su detección con

sistematicidad; comenzar las relaciones sexuales a una edad temprana; tener parejas sexuales múltiples o contacto sexual con alguien que ha tenido parejas sexuales múltiples; contraer el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), que debilita el sistema inmunológico de la mujer y la hace más vulnerable a la infección por el PVH; poseer antecedentes familiares de primera línea de cáncer cérvicouterino. El grupo etario más vulnerable es el de 25-60 años de edad, y se conoce que el riesgo de contraer esta neoplasia aumenta con la edad. Entre otros factores de riesgo, se han señalado el hábito de fumar y el bajo estado socioeconómico; las tasas de mortalidad e incidencia son más elevadas entre mujeres pobres, ya que ellas no tienen acceso a los servicios de diagnóstico y tratamiento.⁽²⁸⁻²⁹⁾ Estamos convencidos de que la información que adquieran las mujeres en riesgo de padecer esta enfermedad contribuirá a prevenirla o, al menos, reducir al mínimo su incidencia.⁽²⁹⁻³⁰⁾

La infección por Virus Papiloma Humano, es una infección de transmisión sexual (ITS) frecuente entre hombres y mujeres jóvenes.⁽³¹⁾ El tamizaje a través del examen de Papanicolaou (PAP) es una estrategia efectiva para la detección precoz del CCU.⁽³²⁾

En la casuística, predominó el inicio de las primeras relaciones sexuales antes de los 18 años de edad, lo cual sí coincide con el criterio de los autores sobre el aumento de la probabilidad de padecer cáncer cervical si se comienza el coito antes de los 20 años, principalmente antes de los 18, por la inmadurez del aparato reproductor femenino.⁽⁹⁾

Aunque el embarazo y el parto constituyen un hecho fisiológico en la vida reproductiva de la mujer, algunos autores señalan que el cáncer cérvicouterino es más frecuente en las mujeres con hijos que en las nulíparas, lo cual está asociado a que las féminas con un alto número de embarazos suelen comenzar pronto la vida sexual y su primer contacto. Las heridas e infecciones

del cuello uterino, que ocurren durante el parto, alteran los límites normales entre los 2 epitelios, y el número de embarazos llegados a término, debido a cierto grado de inmunodepresión que tiene la gestante, puede ser un elemento favorecedor del cáncer en general.⁽⁹⁻³³⁾²⁻²⁸

Entre otros factores de riesgo, se han señalado el hábito de fumar y el bajo estado socioeconómico; las tasas de mortalidad e incidencia son más elevadas entre mujeres pobres, ya que ellas no tienen acceso a los servicios de diagnóstico y tratamiento.⁽³⁴⁾ La literatura señala que las fumadoras tienen aproximadamente el doble de probabilidades respecto a las no fumadoras de contraer cáncer del cuello uterino. El humo del tabaco puede producir químicos que pueden dañar el ADN de las células del cuello uterino y hacer que haya una probabilidad mayor de que este cáncer se origine. Se ha señalado que el hábito de fumar por más de 15 años de evolución influye doblemente.⁽³⁵⁾

Ha sido informado que el uso de anticonceptivos orales por más de cinco años es un cofactor que incrementa cuatro veces el riesgo de padecer cáncer de cérvix en mujeres que padecen VPH. Otro hallazgo de las investigaciones epidemiológicas expone que, tras un diagnóstico de displasia en aquellas mujeres que consumen anticonceptivos orales, la progresión a carcinoma in situ es más rápida.⁽³⁵⁾

La neoplasia intraepitelial cervical es una lesión que se considera la antesala del cáncer cérvicouterino. La infección por el virus del papiloma humano (VPH) en el aparato genital, sobre todo algunos subtipos llamados oncogénicos, juega un papel relevante en la aparición de las lesiones intraepiteliales y su posible evolución al cáncer invasor en esas localizaciones.⁽¹⁵⁾ Es una lesión precursora del cáncer del cuello uterino que ha sido ampliamente estudiada y discutida desde la década del treinta y hasta la actualidad.⁽⁴⁾ Se caracteriza por alteraciones de la maduración y anomalías nucleares y se han subdividido en tres grados según su extensión y gravedad: I, II y III.⁽¹⁵⁾

En 1969, Richart y Barron demostraron que existe un progreso citológico aparente hasta llegar al cáncer: comienza con NIC I a NIC III y carcinoma in situ, hasta finalmente el cáncer invasor. Dichos autores publicaron los tiempos de transición citológicos, que empezaron con las lesiones de bajo grado, después las lesiones de alto grado, a los 3-4 años siguientes, aparecerá el carcinoma in situ y más tarde el cáncer invasor; pero no todas las lesiones progresaron e, incluso, algunas regresaron. ⁽²⁷⁾

Clasificación histológica

El cuello uterino presenta dos tipos de epitelio: el pavimentoso estratificado que reviste el exocérnix que se proyecta en la vagina, y el cilíndrico simple, formado de hendiduras que son comúnmente conocidas como glándulas endocervicales. El endocérnix y el exocérnix se encuentran uno con el otro en el punto de unión escamocolumnar. Por lo general, en las mujeres jóvenes esta conjunción se encuentra localizada más o menos al nivel del orificio externo del cuello, sin embargo en las mujeres menopáusicas penetra más arriba dentro del canal cervical. El adenocarcinoma del cuello se origina en el epitelio cilíndrico simple del canal cervical y es el menos frecuente, pero debido a su forma de crecimiento tiene peor pronóstico que el carcinoma epidermoide y en la clasificación histológica, un tumor se diagnostica con su porción más diferenciada y se clasifica en grados según su porción menos diferenciada. Esta se denomina clasificación de Brothers, y está basada fundamentalmente en la anaplasia celular: Grado I: 25 % de anaplasia celular. Grado II: 25-50 % de anaplasia celular. Grado III: 50-75 % de anaplasia celular. Grado IV: más de 75 % de células anaplásicas. ⁽¹⁹⁾

Criterios clínicos de extensión. La extensión de este tipo de cáncer puede efectuarse en tres formas principales: propagación por continuidad, propagación a los ganglios linfáticos y metástasis a distancia. Propagación por continuidad. Puede ser:

- Hacia delante: vejiga y uréter.
- Hacia atrás: recto
- Hacia los lados: parametrio.
- Hacia arriba: cuerpo del útero.
- Hacia abajo: vagina.

Propagación a los ganglios linfáticos. Los vasos linfáticos pueden sufrir invasión, incluso por tumores en estadios tempranos. El tumor tiende a localizarse en la luz del canal linfático y desde ahí propagarse por extensión directa. Aunque las posibilidades son diversas de un caso a otro, los ganglios más frecuentemente afectados son los paracervicales, hipogástricos, iliacos externos y obturadores. Estos son los llamados ganglios linfáticos primarios. Los conocidos como ganglios secundarios –sacros, iliacos comunes, aórticos e inguinales se afectan con menos frecuencia. Metástasis a distancia. La invasión vascular sanguínea y linfática permite al tumor diseminarse a partes distantes del organismo. Aproximadamente el 30 % del total de las pacientes que fallecen por cáncer cérvico-uterino presentan metástasis en el hígado, los pulmones, el bazo y en menor proporción en otras vísceras. El crecimiento y la propagación del tumor dan lugar a diferentes etapas clínicas. ⁽¹⁹⁾

Clasificación por etapas del carcinoma de cérvix, adoptada por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO)

Carcinoma pre invasor

Etapas 0 Carcinoma in situ, carcinoma intraepitelial.

Carcinoma invasor

Etapas I Carcinoma estrictamente limitado al cuello (debe descartarse extensión al cuerpo)

Etapa I a

Carcinomas preclínicos cervicales solo los diagnosticados por microscopia)

Etapa I a 1

Evidencia microscópica mínima de invasión al estroma: igual a 3 mm en profundidad y 7 mm en extensión

Etapa I a 2

Lesiones detectadas microscópicamente que pueden medirse. El límite superior de la medición no debe mostrar una profundidad de invasión de más de 5 mm desde la base del epitelio, ya sea de superficie o glandular, del que se origina; y una segunda dimensión, la diseminación horizontal, no debe exceder los 7 mm. Lesiones más grandes deben clasificarse como Ib

Etapa I b

Lesiones con dimensiones más grandes que el estadio I a 2, observables clínicamente o no

Etapa I b 1

Lesión clínica igual a 4 cm en extensión

Etapa I b 2

Lesión clínica mayor que 4 cm en extensión

Etapa II

El carcinoma se extiende más allá del cuello, pero no alcanza la pared pélvica; afecta la vagina, pero no su tercio inferior

Etapa II a

No hay afección obvia de parametrio

Etapa II b

Con afección obvia de parametrios

Etapa III

El carcinoma se extiende hasta la pared pélvica y afecta el tercio inferior de la vagina. En el tacto rectal, no hay espacio libre entre el tumor y la pared pélvica. Deben incluirse todos los casos de hidronefrosis o riñón no funcionante, a menos que se sepan debidos a otras causas.

Etapa III a

No hay extensión sobre la pared pélvica

Etapa III b

Extensión sobre la pared pélvica, hidronefrosis, riñón no funcionante, o ambas cosas

Etapa IV

El carcinoma se ha extendido más allá de la pelvis verdadera o afecta clínicamente la mucosa vesical o rectal. Un edema buloso en sí no justifica clasificar a una paciente en etapa IV

Etapa IV a

Diseminación del tumor a órganos adyacentes

Etapa IV b

Diseminación a órganos distantes

Cuadro clínico

Es necesario precisar la historia obstétrica y ginecológica previa, así como los antecedentes familiares de cáncer cérvicovaginal. Pero además se debe considerar en los antecedentes de las mujeres, los factores de riesgo, incluyendo las infecciones de transmisión sexual que son en la actualidad una de las causas del cáncer cérvicouterino por la presencia del virus del papiloma humano (VPH).

El cáncer cérvicouterino en su fase precoz generalmente se asocia con un flujo rosado acuoso vaginal descrito como "agua de lavar carne" y hemorragia que se presenta tras

el coito, lavados vaginales y menos frecuentemente con la defecación, algunas veces se produce un sangrado intermitente. Estos síntomas no siempre son reconocidos por las pacientes. En esta fase se puede presentar además dolor en el pubis y durante el coito. En estadios avanzados puede presentarse dolor en hipogastrio por infiltración neoplásica y síndrome constitucional (astenia, anorexia y pérdida de peso), así como anemia, que puede ser intensa si hay pérdida notable de sangre. ⁽¹³⁾

Diagnóstico

La accesibilidad del cuello uterino al estudio celular e histológico, así como a la exploración física directa, es una de las razones que permite el diagnóstico precoz del CCU. Aunque el conocimiento médico sobre este tumor es aún incompleto, la mayoría de las investigaciones actuales coinciden en que estas lesiones pueden tener un inicio gradual con precursores preinvasores en fase latente durante años, pero también en ocasiones, su evolución puede adoptar un comportamiento agresivo. ⁽¹⁴⁾

El médico y la enfermera de la atención primaria deben determinar, anualmente, la población a pesquisar en su consultorio y son los responsables de cumplir con las normas establecidas en el Programa de detección precoz del cáncer cervical aunque parece algo fácil ha sido uno de los problemas fundamentales pues el pronóstico de pruebas citológicas a realizar por un área de salud, en general, ha tenido dificultades. ⁽³⁶⁾

Se recomienda a toda mujer en edad reproductiva que haya iniciado su actividad sexual, aplicarse exámenes de cáncer cérvicouterino para prevenir daños a su salud. ⁽¹⁸⁾

En 1967 con el objetivo de disminuir la incidencia y mortalidad en el sector salud, se creó un programa de prevención, el cual incluyó a las mujeres entre los 25 y 60 años que mantenían relaciones sexuales; posteriormente, en 1993, fue revisado y actualizado con los avances científicos en el plano nacional e internacional. El cumplimiento de este programa se logró mediante la implantación de medidas organizativas y con el perfeccionamiento de los

métodos para mantener la salud, así como la capacidad de trabajo de las féminas a través de la realización de la prueba citológica o prueba de Papanicolaou, con una periodicidad de 3 años⁽¹⁰⁾ a todas las mujeres entre los 25- 64 años de edad, lo que permite detectar células anormales en el epitelio cervical antes de que puedan convertirse en células precancerosas o cáncer cérvicouterino.⁽³⁷⁾

El CaCu está caracterizado por una fase pre-maligna bien definida, la cual puede ser detectada por examen citológico de células cervicales exfoliadas (prueba de Papanicolaou).⁽³⁸⁾ Papanicolaou en 1943, describió el método de la citología exfoliativa, que demostró ser capaz de diagnosticar el cáncer del cérvix y las etapas que lo preceden, es por eso, que ha tenido éxito como método de pesquisa en la reducción de la mortalidad por esta causa en los países desarrollados. ⁽¹⁵⁾

Habitualmente la extensión se obtiene durante una exploración pélvica de rutina. Los hallazgos se suelen comunicar de forma descriptiva, el sistema utilizado más ampliamente para describir los resultados de la prueba de Papanicolaou es el Sistema Bethesda (TBS, por sus siglas en inglés). Desde 1988 este sistema ha sido revisado dos veces: primero en 1991 y recientemente en 2001⁽³⁷⁾

Según la versión de 2001 existen tres categorías principales, algunas de las cuales se dividen en sub-categorías: ⁽³⁷⁾

1. Negativo a lesiones intraepiteliales o cáncer.
2. Anomalías de las células epiteliales.
3. Otras neoplasias malignas.

Negativo para lesiones intraepiteliales o cáncer: significa que no se detectaron signos de cáncer o cambios precancerosos ni alguna otra anomalía significativa. Algunas muestras en esta categoría resultan ser completamente normales. Otras puede que detecten hallazgos que no tengan que ver con el cáncer del cuello uterino, como signos de infecciones (por ejemplo, hongos,

herpes y trichomonas). En algunos casos también pudiera haber indicios de “cambios celulares reactivos”, que son la forma en que las células del cuello uterino responden a las infecciones u otras irritaciones.

Anomalías de las células epiteliales: significa que las células de la membrana que recubre el cuello uterino muestran cambios que pudieran ser indicativos de cáncer o de alguna condición precancerosas. Esta categoría se divide en varios grupos para las células escamosas y las células glandulares. ⁽³⁷⁾

Otras neoplasias malignas: esta categoría se refiere a formas de cáncer que rara vez afectan al cuello uterino, tales como el melanoma maligno, los sarcomas y los linfomas. Los resultados de la prueba de Papanicolaou pueden ayudar a decidir si es necesario realizar más pruebas (por ejemplo, una biopsia o prueba de DNA del VPH) o dar tratamiento.⁽³⁷⁾

En la Atención Primaria de Salud (APS) todo caso que se detecta con una citología alterada es remitido a la consulta de patología de cuello (de atención secundaria) que tiene carácter territorial, donde las pacientes tienen un seguimiento en consulta como mínimo durante tres años, con la realización de pruebas citológicas de comprobación, colposcopias, biopsias, entre otros estudios de ser necesario. Es muy importante la participación que el médico general y la enfermera de la familia tienen en el desarrollo de este programa. La toma correcta de la muestra citológica constituye un eslabón fundamental en la cadena de sucesos que ayudan en el diagnóstico de este cáncer. Por lo tanto, se considera que el elemento básico es el conocimiento de las reglas para la toma correcta de esta muestra.⁽³⁹⁾

Otro aspecto a tener en cuenta es la calidad de la muestra citológica, lo que depende tanto del procedimiento para la obtención y de la realización del extendido como del tiempo que se demora en enviarse al laboratorio de

citodiagnóstico y de las condiciones en que llega. Son importantes el interrogatorio a la paciente, la actualización de sus datos personales para su localización en caso de resultar anormal la prueba citológica y los datos clínicos, que sirven de guía para un diagnóstico certero. Se deben actualizar las tarjetas de citodiagnóstico y destacar los datos personales y clínicos. ⁽⁴⁰⁾

Para tomar la muestra se necesitan materiales para su recolección como la espátula de Ayre y el cepillo para estudiar la zona donde pueden encontrarse lesiones premalignas o malignas. Es necesario colocar a la paciente en posición ginecológica para visualizar el cuello uterino con ayuda de la lámpara de pie para proceder a tomar la muestra y hacer un raspado en la línea de unión escamocolumnar. Cuando esta línea coincide con el orificio externo del cuello se introduce el remo saliente de la espátula de Ayre en el orificio y se gira 360 grados en el sentido de las manecillas del reloj. Cuando no se visualiza la unión escamocolumnar porque se encuentra dentro del canal endocervical la toma de la muestra se hace con la espátula de Ayre, de igual forma a la descrita si es necesario se puede utilizar un aplicador sin montar o citobrush, se introduce en el canal y se hace un giro de 360 grados; se deben tener en cuenta las condiciones del cuello del útero de la paciente que puedan modificar la recolección de la muestra y, en caso de visualizar signos de alguna alteración, debe reflejarse en la tarjeta de solicitud de este estudio. ⁽⁴¹⁾

Visualizar el cuello para realizar la toma de la muestra es un factor fundamental, esto permite determinar cualquier tipo de lesión presente en el cuello y de inmediato alertar a los Técnicos en Citotecnología o a cualquier otro personal especializado; en ocasiones, la enfermera que hace la toma de la muestra al ver el cuello sugiere la necesidad de realizar otro tipo de procedimiento. ⁽⁴¹⁾

La muestra debe extenderse en una sola lámina portaobjeto, con la espátula de Ayre, rápido y en un solo sentido para evitar que las células se sequen o dañen, debe ser amplio, ni muy fino ni muy grueso y ocupar la mitad de la

lámina. La muestra del canal cervical se realiza con el cepillo en sentido contrario a las manecillas del reloj porque facilita la extensión del material dado el carácter mucoide de esta zona.⁽⁴¹⁾

De acuerdo a la calidad de la realización de la toma de la muestra de la prueba citológica será posible identificar las lesiones en el cuello uterino o detectar precozmente el cáncer de cuello.⁽⁴²⁾

Muchas mujeres en el mundo mueren por cáncer del cérvix sin haberse realizado nunca una prueba citológica. Algunos programas de detección, propugnan que las mujeres, realicen al menos una prueba citológica en su vida entre los 30 y 49 años.⁽¹⁵⁾

Tratamiento

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

En los NICI, II, III y CSI, con cepillado del canal negativo se puede emplear el láser, la criocirugía, el asa diatérmica y la cauterización. Si NICIII y CSI hay cepillado del canal anormal, entonces se realiza conización y legrado.⁽⁴³⁾

Técnicas de ablación, que sólo serían posibles para las lesiones premalignas (CIN). Se puede usar la electrocoagulación, la criocoagulación o la ablación con láser.

Cirugía. Son posibles las técnicas conservadoras, como la conización, en estadios muy tempranos. En estadios más avanzados habrá que recurrir a la histerectomía total ampliada, que consiste en la extirpación completa del útero y del tejido adyacente, y que se puede hacer por vía abdominal (técnica de Wertheim-Meigs) o vaginal (técnica de Schauta). En caso de afectación vesical o rectal se ha recurrido, a veces, a la exenteración pélvica (histerectomía

ampliada junto con extirpación de recto y vejiga). También, según el estadio, se procede o no a la extirpación de los ganglios pélvicos (linfadenectomía).

Radioterapia para destruir las células cancerosas que hayan quedado después de haberse operado. Puede ser externa o interna (braquiterapia), con aplicación local de la fuente de radiación.

Quimioterapia para destruir las células cancerígenas que haya en el cuerpo. La quimioterapia tiene una utilidad discreta en este tipo de cáncer.

Un cáncer incipiente y no invasivo (carcinoma in situ) puede ser tratado con una operación mínima, mientras que un cáncer invasivo suele requerir una histerectomía (extirpación de cérvix y útero), linfadenectomía y posiblemente extirpación de otros órganos de la pelvis. En general, los estadios IIB, III y IV no son operables; en los dos primeros se hace radioterapia con fines curativos, en el IV sólo caben técnicas paliativas.

Pronóstico

Las perspectivas son altamente favorables cuando se establece el diagnóstico en etapas precoces y se aplica el tratamiento adecuado. En la etapa 0 puede esperarse una curación de 100%; casi iguales resultados puede esperarse en la etapa Ia. El pronóstico es menos esperanzador cuando el diagnóstico se hace en etapas más avanzadas, pero con los modernos métodos de tratamiento pueden esperarse los resultados siguientes:

1. Etapa Ib: 85% de curación.
2. Etapa II: de 50 a 60% de curación.
3. Etapa III: 30% de curación.
4. Etapa IV: hay autores que refieren algunos supervivientes a los 5 años después del tratamiento.¹⁹

Prevención

En la actualidad, el cáncer de cuello uterino sigue siendo una causa preponderante de mortalidad en las mujeres a nivel mundial, aunque es la neoplasia con el mayor potencial demostrado de prevención secundaria. Esta enfermedad es totalmente prevenible y curable, a bajo costo y con un bajo riesgo, cuando se cuenta con métodos para tamizaje en mujeres asintomáticas, junto con un diagnóstico, tratamiento y seguimiento apropiados.⁽⁴⁴⁾ Esta situación se hace más alarmante si tenemos en cuenta que muchas pacientes fallecen de este tipo de cáncer y ni siquiera son reportadas, lo que indica el gran número de casos en subregistros médicos.⁽⁴⁵⁾ . Aquellas lesiones que persistan en el tiempo podrán detectarse posteriormente, debido a la historia natural de la enfermedad que, en su mayoría, evidencia una lenta progresión de las células anormales hacia el cáncer (aproximadamente 10 años).⁽⁴⁶⁾

Llegados los 25 años, un número considerable de mujeres jóvenes continúa fuera del programa, o sin querer insertarse en él, pues se resisten a realizarse la citología.⁽⁴⁷⁾:

En nuestra área de salud ya existen propuestas precedentes de este tipo de estrategias. Sin embargo, se requiere de alternativas más específicas, que involucren, tal vez, a la familia, a los centros educacionales, escenarios donde transcurre la vida de las adolescentes, y donde interactúan con aquellas personas cuya función es orientarlas y educarlas en todas las esferas: social, cultural, sexual, entre otras.

La acción de los promotores de salud, entre los cuales se incluyen los autores, no puede limitarse a citar a las mujeres para que se realicen la citología; hay que convencerlas, no en el momento en que estas expresen su negativa, sino desde antes, con un trabajo sistemático de promoción, de educación en temas de salud, y en específico de la prevención de la enfermedad. Mucho podemos hacer desde la comunidad, donde se integran todos los factores necesarios para comunicar, persuadir, educar.⁽⁴⁸⁾

Métodos de prevención contra el cáncer cervical

Vacuna contra el virus del papiloma humano.

Realización de la prueba de Papanicolaou de forma regular.

Evitar relaciones con múltiples compañeros sexuales sin utilizar preservativo.

No fumar.

No beber.

Si existe una historia de verrugas genitales, hacerse un Papanicolaou cada 6 meses.

Si tiene más de un compañero sexual, insista en que usen preservativos para prevenir el contagio de una enfermedad de transmisión sexual.

Recientemente se aprobó la vacuna contra el virus del papiloma humano, que se utiliza en algunos países de forma sistemática. La vacuna se recomienda para mujeres de entre 11 y 14 años.⁽¹³⁾

El tema de la prevención es complicado, pues se habla de derechos sexuales y de la libertad individual que cada uno debe ejercer como quiera. Lo importante radica en estar informados sobre la relación existente entre el VPH y el cáncer, así como también en intentar y conocer a la pareja, en la medida de lo posible, para valorar los riesgos. Hay que transmitir un mensaje de tranquilidad y saber que la mejor opción para no padecer de esta terrible enfermedad y sus nefastas consecuencias, es el autocuidado. En fin, las relaciones sexuales deben ser seguras y protegidas.⁽⁴⁹⁾

La lucha contra el cáncer constituye un problema fundamental de la medicina que atañe no solo a los clínicos, investigadores y médicos generales, sino también a la población en general. Por lo tanto, es razonable acoger con interés cualquier camino que suponga una ayuda en la lucha contra este tumor maligno.⁽⁵⁰⁾

III-MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio pre-experimental (antes-después) para elevar el nivel de conocimiento del cáncer cérvicouterino, en mujeres de 20 a 35 años de edad mediante la aplicación de una estrategia educativa, en el Consultorio Médico de la Familia 19 del consejo popular Corea, del policlínico José Agustín Mas Naranjo del municipio de Primero de Enero durante el período comprendido de 2016 a 2017.

El universo de estudio estuvo constituido por las 148 mujeres entre 20 y 35 años de edad que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión: Mujeres de 20 a 35 años de edad del Consultorio Médico de la Familia No 19 del consejo popular Corea, del policlínico José Agustín Mas Naranjo del municipio de Primero de Enero, y que aceptan participar en el estudio.

Criterios de exclusión: Mujeres de 20 a 35 años del Consultorio Médico de la Familia No19 del consejo popular Corea que:

Se negaron a participar.

Abandonaron el estudio.

Los métodos aplicados durante la investigación fueron:

Métodos del nivel teórico:

Análisis histórico-lógico: Se seleccionó con el objetivo de poder estudiar la trayectoria real de los fenómenos y acontecimientos en el de cursar de su historia, por lo que se emplea para indagar sobre el cáncer cérvicouterino.

Análisis–síntesis: Permitió penetrar en lo fundamental de lo observado, separar lo esencial de lo secundario, determinar lo importante a partir de la bibliografía revisada y extraer lo necesario para la solución del problema.

Inducción–deducción: Porque en la investigación se establecen generalizaciones que confirmaron empíricamente la hipótesis.

Hipotético–deductivo: Por deducir la hipótesis como respuesta al problema de la investigación trazado en la misma.

Sistémico estructural: Permitió la organización del Programa, a partir de la determinación de sus temas y el establecimiento de las relaciones entre ellos, para conformar una nueva estructura como totalidad.

Métodos empíricos:

El cuestionario (Anexo 2): se utilizó como técnica para la obtención de la información dada sus características de búsqueda de información rápida y económica, la cual se aplicó a las mujeres de 20 a 35 años para evaluar los conocimientos de las mismas acerca del cáncer cérvicouterino. Esta fue validada en un pilotaje de 10 personas de acuerdo con los objetivos propuesto por nuestros investigadores, en el período de estudio antes mencionado, para determinar el nivel de comprensión de las preguntas.

Entrevistas en profundidad no estructurada: se usó en un proceso de comunicación en el que el investigador trató de averiguar lo que es significativo o importante para el entrevistado, sus significados, perspectivas, interpretaciones, vivencias y juicios, además posibilitó descubrir la definición que hace el entrevistado de su situación personal, por tanto, tiene como principal característica la subjetividad.

Método estadístico–matemático

Estadístico-descriptivo: Se vale para comparar los datos obtenidos como resultado del instrumento aplicado. Como medida de resumen de la

información se usó la frecuencia absoluta y relativa dada en números absolutos y porcentos (%), y como medida de significación estadística se usó el Mc Nemar para muestras dependientes.

Prueba Mc Nemar

Se aplicó la prueba Mc Nemar para analizar si la tasa de respuesta inicial es igual a la tasa de respuesta final. Para ello se clasifica el conocimiento de las mujeres de 20 a 35 años de edad de las cinco variables en estudio, es decir, aceptable (1) y no aceptable (0).

Consideraciones éticas.

Se les informó a las participantes que serían incluidas en un estudio con el objetivo de explorar y mejorar sus conocimientos sobre el cáncer cérvicouterino. Se solicitó su consentimiento (Anexo 1) y se respetó su decisión de participar o no en la intervención.

Procedimiento:

A todas las mujeres jóvenes que quedaron incluidas en el estudio, previo consentimiento informado (Anexo1), en un primer momento se les aplicó el cuestionario inicial (Anexo 2) para evaluar el nivel de conocimiento que tenían acerca de las variables de estudio y conocimientos generales del tema, para lo cual fueron citadas separadamente, en 5 grupos de 25 mujeres de 20 a 35 años de edad, en un aula del policlínico José Agustín Más Naranjo previa coordinación con la Vicedirección Docente. Después de aplicada la prueba se procedió a la calificación, para lo cual se utilizó el procedimiento siguiente:

La evaluación se basó en el nivel general de conocimiento y el particular enfatizando en el dominio de las causas que podrían propiciar la aparición del cáncer cérvicouterino según las siguientes variables:

- Uso de servicios sanitarios públicos.
- Inicio temprano de las relaciones sexuales
- Tabaquismo
- Multiparidad
- Promiscuidad
- Enfermedades de transmisión sexual
- Uso de vestuarios con tejido de lycra
- Abortos a repetición
- Embarazo en la adolescencia
- Duchas vaginales
- Juegos sexuales

Evaluación por variables del estudio

Conocimientos sobre el cáncer cérvicouterino

-Total de 25 puntos.

_ Incisos correctos: 4.2; 4.3; 4.4, 4.5, 4.7 (5 puntos cada inciso).

Categoría: conocimientos sobre el cáncer cérvicouterino

Sub-categoría: Aceptable: 15 o más puntos.

No aceptable: Menos de 15 puntos.

Los resultados obtenidos fueron vaciados en la Tabla 4.

En el segundo momento se pone en práctica la intervención educativa participativa que se basa en un programa educativo, el cual se diseñó teniendo en cuenta las brechas existentes en los conocimientos sobre la enfermedad y a partir de una revisión bibliografía exhaustiva, este programa responde a la necesidad creciente de elevar los conocimientos sobre el cáncer cérvicouterino en las mujeres de 20 a 35 años. En este programa se enfatizan los principios didácticos que aseguran una mejor atención a las particularidades sobre el tema, de forma que se logre una asimilación activa y consciente de los conocimientos.

El Programa Educativo se basó en principios, categorías y leyes del materialismo dialéctico y del método científico, aplicados al estudio de una parte de la realidad social, el cual se ejecutó en un tiempo de un año, con una frecuencia quincenal, y se desarrolló a través de 8 encuentros, con las mujeres divididas en cinco grupos. En los encuentros se ofrecieron conferencias, talleres, seminarios y actividades prácticas sobre tópicos centrales del tema y se impartieron conjugando la utilización de diferentes métodos y técnicas participativas como video-debate, dinámica de grupo, análisis de casos, juego de roles, modelación, mesa redonda y lluvia de ideas, entre otros (Anexo 3).

En el tercer y último momentos, se aplicó el cuestionario (Anexo No 2) a los seis meses de aplicado el programa educativo. Para la evaluación de esta se realizó el mismo procedimiento aplicado después del primer cuestionario.

Para llevar a cabo el análisis de la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre la primera y la segunda experiencias, se aplicó la prueba de Mc Nemar (50), para lo que se hizo necesario construir una tabla de contingencia de dos por dos para cada uno de los aspectos a evaluar, donde:

<u>Antes</u>		<u>Aprobados</u>	<u>Desaprobados</u>
	<u>Desaprobados</u>	<u>A</u>	<u>B</u>
	<u>Aprobados</u>	<u>C</u>	<u>D</u>
	<u>Después</u>		

Aprobados y desaprobados antes y después de la intervención educativa con carácter participativo:

A =Desaprobados que después de la intervención aprobaron.

B =Desaprobados que después de la intervención se mantienen desaprobados.

C =Aprobados que después de la intervención siguen aprobados.

D =Aprobados que después de la intervención desaprobaron.

Las hipótesis a decimar son las siguientes:

Ho: $P_1 = P_0$ contra H1: $P_1 \neq P_0$

Esto lleva al planteamiento de las siguientes hipótesis:

Ho: La metodología de intervención no es efectiva.

H1: La metodología de intervención es efectiva.

En caso de que $p \leq 0.05$ existe significación estadística.

El estadígrafo utilizado es:

Proporción de cambios: $X^2 = \frac{(A - D - 1)^2}{A + D}$

A + D

Región crítica: $X^2_{(0.95)}^{(1)} = 3.84$

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

Si Chi cuadrado calculada (X^2) es mayor que Chi cuadrado tabulado

($X^2_{(0.95)} (n-1) (k-1)$) entonces rechazamos H_0 y aceptamos H_1 , por lo que la intervención educativa es efectiva.

Fundamentación ética de la investigación

En el desarrollo de la investigación se establecieron pautas donde se cumplieron los principios éticos. Se propició una adecuada relación personal con las mujeres de 20 a 35 años y personal involucrado, ya que en el primer encuentro del programa educativo el objetivo fue crear un ambiente de confianza, desinhibir al personal y establecer las reglas del trabajo grupal. Se utilizó en todo momento de nuestra relación con ellas un lenguaje claro, sencillo y comprensivo, erradicando cualquier expresión de mal gusto, además, el cuestionario aplicado fue claro, breve y sencillo. Se puso de manifiesto el secreto profesional durante la aplicación del programa educativo en el que se analizaron y discutieron temas utilizando técnicas participativas.

Consideramos que la investigación tiene valor científico social, ya que se realizó revisión bibliográfica de documentos científicos actuales, además, porque al lograr conocimientos adecuados en las mujeres de 20 a 35 años, esto influye en evitar ciertos riesgos a la salud que, a su vez, repercuten a nivel social. Tiene validez científica, pues el diseño de la investigación se realizó con el rigor metodológico establecido para una intervención educativa. También se cumple con el principio de proporción favorable de riesgo beneficio, ya que los beneficios obtenidos con la intervención educativa son mayores que los riesgos. Se cumple con el principio de consentimiento informado, pues a todas las personas involucradas en la investigación (la jefa del programa municipal, la psicóloga del área, un psicopedagogo, tres especialistas en MGI) se les informó todo lo relacionado con el proceso de la investigación, además se solicitó el consentimiento de las mujeres jóvenes, y se respetó su decisión de

participar o no en la intervención. En caso afirmativo se les explicó las características de esta y se recogió su consentimiento informado (Anexo 1).

Se cumplió con el respeto a las personas a lo largo de todo el proceso de investigación, ya que durante el desarrollo del programa educativo se aceptaron las opiniones y los criterios de cada cual, cumpliendo así el principio de autonomía. Se pone de manifiesto el velar por los intereses de las personas involucradas en el proceso de investigación, pues la investigación es una intervención educativa, donde están implicados afectivamente los objetos, sus necesidades y motivos. Se respetó el anonimato y confidencialidad de las participantes, el instrumento evaluativo aplicado es un cuestionario anónimo.

Operacionalización de las variables

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Edad	Cuantitativa continua	20-24 25-29 30-35	Edad según años cumplidos	Número y porcentaje según grupo de edad.
Nivel escolar	Cualitativa ordinal	Primaria sin terminar Primaria terminada Secundaria Técnico medio Preuniversitario o universitario	Según el nivel escolar alcanzado	Número y porcentaje
Ocupación	Cualitativa nominal politómica	Obrero Técnico Profesional Desocupado	Según la ocupación	Número y porcentaje
Uso de servicios sanitarios	Cualitativa nominal discotómica	Si No	Según la respuesta	Número y porcentaje

públicos	a			
Inicio temprano de las relaciones sexuales	Cualitativa nominal discotómica	Si No	Según la respuesta	Número y porcentaje
Tabaquismo	Cualitativa nominal discotómica	Si No	Según la respuesta	Número y porcentaje
Multiparidad	Cualitativa nominal discotómica	Si No	Según la respuesta	Número y porcentaje
Promiscuidad	Cualitativa nominal discotómica	Si No	Según la respuesta	Número y porcentaje
Enfermedades de transmisión sexual	Cualitativa nominal discotómica	Si No	Según la respuesta	Número y porcentaje
Uso de vestuario con tejido de lycra	Cualitativa nominal discotómica	Si No	Según la respuesta	Número y porcentaje
Abortos a repetición	Cualitativa nominal discotómica	Si No	Según la respuesta	Número y porcentaje

	a			
Embarazo en la adolescencia	Cualitativa nominal discotómica	Si No	Según la respuesta	Número y porcentaje
Duchas vaginales	Cualitativa nominal discotómica	Cualitativa nominal discotómica	Según la respuesta	Número y porcentaje
Juegos sexuales	Cualitativa nominal discotómica	Cualitativa nominal discotómica	Según la respuesta	Número y porcentaje

IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla 1. Distribución de pacientes según grupos de edad sexo femenino en CMF 19. Consejo popular Corea. Municipio Primero de Enero. Año 2017.

Grupos de edad	No	%
20-24 años	29	30.6
25-29 años	31	32.6
30-35 años	35	36.8
Total	95	100

Fuente: Encuestas.

En la tabla 1 Predominó el grupo etario de 30 a 35 años, con un 36.8%, seguido del de entre 25 y 29 (32.6%);

La edad constituye un elemento importante en esta entidad, pues la relación entre edad y prevalencia de la infección por VPH (alta en adolescentes y jóvenes y baja en edades adultas), así como la tasa de incidencia de cáncer de cérvix (baja en edades jóvenes y creciente a partir de los 30-35 años)⁽⁵¹⁾, datos que coinciden con nuestro estudio.

Varios estudios han reflejado que en las mujeres menores de 35 años, se está reportando una elevada incidencia de cáncer de cuello uterino en estadios avanzados.
(52)

En México, investigaciones realizadas recientemente por *Novoa Vargas A* y otros, demuestran que la mayor incidencia del cáncer cérvicouterino es en los 27,5 años, con un rango que osciló de 18 a 37 años, precedidos por un NIC II. ⁽¹²⁾

Ramírez Gorton *JT* y otros, en su estudio comprobaron que el promedio de edad de los pacientes afectados fue el de los 46 años (rango 28-64 años). Sin embargo Hernández Hernández *DM* y otros, realizaron un estudio similar y encontraron que la edad promedio fue de 46,9 años con un intervalo de 21 a 84 años.

En la provincia Guantánamo se diagnostican aproximadamente de 100 a 150 casos cada año y el 45 % de ellos se presenta en mujeres de 35 años y menos, según el Departamento de estadísticas de la Dirección Provincial de Salud del territorio.⁽⁴⁵⁾

Otros estudios realizados por autores como *Rodríguez Salva* y otros demuestran en su investigación que el riesgo es 8 veces mayor en el grupo de 14 y 15 años y en sentido general en la adolescencia.⁽¹²⁾

Otros autores como Pérez LA y Chirengi ZM y otros coinciden en que el promedio del cáncer cérvicouterino es en las edades activas de la sexualidad (15-50 años), pues en el presente estudio se pudo observar que hay cierta tendencia en este medio y en otros países a que esta enfermedad aparezca en edades cada vez más jóvenes de la población. ⁽¹²⁾

Tabla 2. Distribución de pacientes según nivel de escolaridad.

Nivel de escolaridad	No	%
Primaria sin terminar	2	2.1
Primaria terminada	5	5.3
Secundaria	25	26.3
Técnico medio	40	42.1
Pre-Universitario	17	17.9
Universitario	6	6.3
Total	95	100

En esta tabla 2 se puede constatar que el nivel de escolaridad que más predominó en la población estudiada fue el nivel técnico medio para un 42.1 % y el que menos predominó fueron los pacientes con primaria sin terminar de ahí el mayor índice de obreros en dicha población.

En otros estudios realizados se demuestra que al analizar el nivel de escolaridad, solo dos mujeres poseían estudios universitarios, y predominó el nivel de enseñanza secundaria con un 58,7 %, resultado que demuestran que este factor sociocultural está muy relacionado con el comportamiento de las enfermedades del cuello uterino en la mujer. Todo ello conspira para que su estatus social actúe como factor de riesgo no sólo del CCU, sino también de otras enfermedades.⁽⁴⁷⁾

Tabla 3. Distribución de pacientes según ocupación.

Ocupación	No	%
Obrero	45	47.4
Técnico	36	37.9
Profesional	10	10.5
Desocupado	4	4.2
Total	95	100

En la Tabla 3 se puede apreciar que el mayor índice a nivel ocupacional predominan los obreros y técnicos de nivel medio para un 37.9 % y el más bajo nivel los desocupados con 4 pacientes para un 4.2 % por lo que se pudo constatar que la población estudiada se encuentra directo con el vínculo laboral en su gran mayoría.

Las mujeres con una baja condición socioeconómica, a menudo tienen bajos ingresos, limitaciones para acceder a los servicios de atención de salud, nutrición deficiente y escasa concientización acerca de los temas de salud y de

una conducta preventiva. Todo ello conspira para que su estatus social actúe como factor de riesgo no sólo del CCU, sino también de otras enfermedades.⁽⁴⁷⁾

Tabla 4. Nivel de conocimiento en cuanto a los factores de riesgo del cáncer cérvico uterino, antes y después de la intervención educativa

Factores de riesgo	ANTES (n = 95)		DESPUÉS (n = 95)	
	#	%	#	%
Uso de servicios sanitarios públicos	9	9.5	-	-
Inicio temprano de las relaciones sexuales (antes de los 18 años)	23	24.2	48	50.5
Tabaquismo	10	10.5	-	-
Multiparidad	21	22.1	51	53.7
Promiscuidad	26	27.4	49	51.6
Enfermedades de transmisión sexual	9	9.5	56	58.9
Uso de vestuario con tejido de lycra	3	3.1	-	-
Abortos a repetición	6	6.3	-	-

Embarazo en la adolescencia	17	17.8	55	57.8
Duchas vaginales	10	10.5	-	-
Juegos sexuales	2	2.1	-	-

Fuente: Cuestionario

Mc Nemar

$$X^2 = 12.07 \quad X^2_{(0.95)}^{(1)} = 3,84 \quad p = 0.0000 \quad gl = 1$$

De las mujeres de 20 a 35 años de edad investigadas, solamente el 22.1 reconoce que la multiparidad es un factor de riesgo para las lesiones pre malignas del cuello uterino. El inicio temprano de las relaciones sexuales y el cambio frecuente de pareja sexual, fueron identificados como factores de riesgo de cáncer cérvicouterino, para un 24.2 y 27.4 % de los sujetos de la investigación, respectivamente. Resulta notable que el aborto a repetición y el embarazo en la adolescencia fueron señalados como factores de riesgo en porcentajes inferiores (6.3 y 17.8 % respectivamente) a los juegos sexuales, que fueron identificados erróneamente como factor de riesgo, para un 2.1 %.

En la Tabla 4, cuando valoramos el conocimiento de las mujeres sobre los factores de riesgo del cáncer cérvicouterino apreciamos que inicialmente las mismas por lo general tenían poco conocimiento sobre dichos factores, solo un 27.4 % asociaba la promiscuidad como factor de riesgo, así como los demás

factores y un 3.1 % creía que tenía relación el uso de vestuario con tejido de lycra.

Los resultados obtenidos en la investigación, de forma general, no concuerdan con los hallazgos de Abreu Naranjo y otros investigadores, quienes sostienen que la edad de las primeras relaciones sexuales ha disminuido notablemente, y que cerca del 60 % ha tenido como mínimo una relación sexual a los 13 años.

En la India, donde las relaciones sexuales comienzan en una etapa muy temprana (a veces antes de la adolescencia), el CCU aparece 10 años antes que en otros países.⁽⁴⁷⁾

La precocidad en las relaciones sexuales juega un papel importante en la aparición del CCU ya que son mayores las probabilidades de adquirir tempranamente una ITS las cuales, según sea el caso, favorecen la aparición de la entidad. En este estudio se conoció que las pacientes comienzan su vida sexual activa entre los 15-19 años, adolescencia tardía, etapa de múltiples cambios en la vida humana y donde aún no se tiene la responsabilidad que se necesita para comenzar esta fase de nuestro desarrollo, nuestros resultados coinciden con varios autores de trabajos revisados.⁽⁴⁵⁾

Milián Vega, Rodríguez Salva y otros en sus estudios plantean que el cambio de pareja frecuente es un factor de riesgo en el carcinoma de cuello ya que favorece la presencia de agentes etiológicos que producen cambios en las células epiteliales, cervicales y con esto el desarrollo del NIC. Esto constituye un factor modificable ya que se puede evitar cambiando el estilo de vida de las mujeres.

Chirengi ZM y otros en su investigación realizada en el continente africano coincide con que el cambio frecuente de pareja (más de 6) constituye un gran peligro ya que se puede adquirir un PVH y posteriormente el desarrollo de un NIC. ⁽¹²⁾

Rengaswamy Sankaranayanan y otros consideran de igual forma que el cambio de pareja es un factor desencadenante del cáncer ya que se pueden adquirir varios agentes infecciosos que pueden afectar lesiones existentes en el cuello debido a traumatismos obstétricos e instrumentaciones ginecológicas y desencadenar el desarrollo de la neoplasia.⁽¹²⁾

No podemos hablar del CCU sin destacar las lesiones premalignas de las cuales conocemos que avanzan a cáncer invasor en relativamente poco tiempo dependiendo de las características de cada individuo y la asociación de estas con algunos cofactores como el hábito de fumar, el abuso del alcohol entre otras, la NIC I fue el diagnóstico que mayor se informó en nuestro estudio. Nos llama la atención que muy pocos casos estuvieron asociados con la presencia del HPV, virus de probada capacidad oncogénica, hecho que no coincide con los estudios nacionales de Milián Vega Flavia, Ríos Hernández María de los Ángeles, Reguero Hernández E e internacionales.

La multiparidad ha estado ligada a la presencia de lesiones premalignas y malignas de cuello de útero muchas veces asociada a los desgarros producidos por los partos, los cuales en el proceso de reepitelización producen atipias celulares. Las mujeres con dos o más hijos producto de partos eutócicos, conformaron el mayor grupo en este estudio lo que coincide ampliamente con los trabajos revisados.⁽⁴⁵⁾

Una vez aplicada la intervención educativa logramos enriquecer el conocimiento de estas, ya que se aumentó en un 14.7% en el grupo intervenido por encima del 83% ya poseían conocimiento.

Estos datos dispuestos en una tabla epidemiológica de 2 x 2 se agrupan de la siguiente forma:

<u>Antes</u>		<u>Aprobados</u>	<u>Desaprobados</u>
	<u>Desaprobados</u>	14	2
	<u>Aprobados</u>	79	-
		<u>Después</u>	

Esto se resume en lo siguiente: aprobados y desaprobados antes y después, de la intervención educativa en cuanto a los factores de riesgo del cáncer cérvicouterino.

Hay 14 mujeres de 20 a 35 años que desaprobaron el cuestionario inicial y después de la intervención lo aprobaron (A).

Ninguna de las mujeres de 20 a 35 años que desaprobaron se mantuvo desaprobada después de la intervención (B).

79 mujeres de 20 a 35 años que aprobaron el cuestionario inicial nuevamente aprueban después de la intervención (C).

Ninguna de las mujeres que aprobaron el cuestionario inicial lo desaprobó después de la intervención (D).

Al aplicar el test de Mc Nemar, se obtuvo un Chi cuadrado de 12.07, con un valor de p igual a 0.0000, por lo que se rechaza la hipótesis H_0 y se acepta la H_1 , es decir, la intervención educativa fue efectiva.

V.- CONCLUSIONES

Con este estudio se ha perseguido elevar el nivel de conocimiento sobre este tema, reflejado en las diferencias estadísticas obtenidas antes y después de la introducción de intervención educativa las cuales son significativas. Se observó que la mayoría de estas féminas tenía el técnico medio como máximo nivel escolar alcanzado. El programa diseñado resultó suficiente para capacitar a las mujeres, las cuales percibieron como favorable la influencia recibida y elevaron significativamente su nivel de conocimiento sobre cáncer cérvicouterino.

VI.RECOMENDACIONES

Intensificar y expandir esfuerzos en materia de intervención educativa sobre cáncer cérvicouterino de forma grupal en mujeres de 20 a 35 años de edad para elevar el nivel de conocimiento, el cual sin duda permitirá un mejor control de la enfermedad, ya que una mayor preparación de la mujer podría ayudar a una disminución de su incidencia, lo que minimizaría gastos de recursos al país.

VII-REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Acta Médica del Centro, Vol. 6, No. 4, 2012 Hospital Universitario "Celestino Hernández Robau" ARTÍCULO CLÁSICO. Factores de riesgo en mujeres diagnosticadas con cáncer cérvico-uterino infiltrante en el Municipio Placetas.
2. Rodríguez Villavicencio Maité, MSc. Portieles Sánchez Lizbeth, Quirós Hernández Jorge Luis. Evaluación del Programa nacional de diagnóstico precoz del cáncer cérvico-uterino. Mediacentro [Internet].2014 [citado 2017 Ene 18]; 18 (1). Disponible en:<http://www.mediacentro.sld.cu/index.php/mediacentro/article/view/1628/1339>
3. Chávez Roque Mavel, Virelles Trujillo María Elena, Bermejo Bencomo Walkiria, Viñas Sifontes Leida. Intervención comunitaria sobre factores de riesgo del cáncer cérvico-uterino. AMC [Internet]. 2008 Oct. [citado 2017 Ene 18]; 12(5): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552008000500012&lng=es
4. Casadevall Galán I, Villavicencio Crespo P, Castillo Naranjo IM, Rojas Gispert MI, Castañeda Capote MA. Cirugía conservadora y mastectomía radical modificada en el cáncer de mama de etapas I y II. Rev. Cubana Cir [revista en Internet]. 2008[citado 2017 Ene 18]; 47(2): [aprox. 9p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932008000200004&lng=es.
5. Almonte M, Murillo R, Sánchez GI, Jerónimo J, Salmerón J, Ferreccio C. Nuevos paradigmas y desafíos en la prevención y control del cáncer de cuello uterino en América Latina. Salud Pú b Méx [Internet]. 2010 Nov-Dic [citado 5 Ene 2014]; 52(6): [aprox. 3 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342010000600010
6. World Health Organization guidance note. Comprehensive cervical cancer prevention and control: a healthier future for girls and women.

Ginebra: World Health Organization; 2013.

7. Organización Mundial de la Salud. Acción Mundial contra el cáncer, Unión Internacional contra el cáncer. Ginebra: OMS; 2006.
8. Padrón González Julio. Prevención y lucha contra el cáncer. Medisur [Internet]. 2012 Abr. [citado 2016 Mayo 26]; 10(2): 166-167. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2012000200015&lng=es
9. Dunámarzo 23, 2010 | Lic. Heidy Ramírez Vázquez | Filed under: Educación Sexual, Enfermedades transmisibles | Etiquetas: cáncer cérvico uterino, detección, virus del papiloma humano | n Cruz Liam Kadel, Cala Calviño Leidys, Infante Tabío Nadia Inés, Hernández Lin Tania. Factores de riesgo ginecoobstétricos para el cáncer cérvico-uterino en la atención primaria de salud. MEDISAN [Internet]. 2011 Mayo [citado 2017 Ene 18]; 15(5): 573-579. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011000500002&lng=es
10. Walter Sánchez Vivian, López Hung Eduardo, Joa Ramos Cecilia, Gainza Mesa Odalys. Cervicomed: multimedia de apoyo a la docencia sobre cáncer cérvico-uterino. MEDISAN [Internet]. 2014 Jul. [citado 2016 Mayo 26]; 18(7): 1032-1039. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000700020&lng=es
11. Ferrá Torres TM, Santana Álvarez J, Barreto Argilagos G. La infección por papiloma virus humano en la mujer: una revisión del tema. Arch Méd Camagüey [internet]. 2011 nov.- dic. [citado 17 Ene 2013]; 15(6): [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552011000600015&lng=es
12. Gómez García Lourdes, González Sáez Yoandra, Cáceres Pineda Marvin Antonio, Nápoles Camejo Beisy, Téllez González Roberto, Fabelo Bonet Oriol. Caracterización de las pacientes con citología

orgánica alterada. Rev. Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2012 Sep. [Citado 2016 Abr. 30]; 38(3): 378-388. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000300010&lng=es

13. Espín Falcón Julio César, Cardona Almeida Adriana, Acosta Gómez Yuxini, Valdés Mora Mariela, Olano Rivera Mayleni. Acerca del cáncer cervicouterino como un importante problema de salud pública. Rev. Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2012 Dic. [Citado 2016 Mayo 03]; 28(4): 735-746. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252012000400016&lng=es
14. Malagón Montano Lazara, Pérez Sánchez Yenisey, Acuña Adán Ana María, Fuentes Garabote Grisela. Estudio comparativo de factores de riesgo en mujeres con citología vaginal positiva. Rev. Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2015 Sep. [citado 2016 Mayo 27]; 31(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252015000300003&lng=es
15. Sarduy Nápoles Miguel. Control de la calidad en los programas de pesquisa de cáncer cérvico-uterino. Rev. Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2012 Sep [citado 2016 Mayo 6]; 38(3): 389-399. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000300011&lng=es
16. Román Fernández L. Carcinoma de cuello uterino. En: Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral. Vol. 1. La Habana: Ciencias Médicas; 2008. p. 337-75.
17. Reyes Zúñiga Yesika Isabel, Sanabria Negrín José Guillermo, Marrero Fernández Raydel. Incidencia y mortalidad por cáncer cérvico-uterino. Rev. Ciencias Médicas [Internet]. 2014 Oct. [citado 2016 Mayo 3]; 18(5): 753-766. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942014000500005&lng=es

- 18 .Ramírez Vázquez Heidy. Señalan alta incidencia de muertes por cáncer cérvicouterino. Al Día. Noticias de Salud [Internet]. 2010 [citado 2017 Ene 18]. Disponible en:
<http://boletinaldia.sld.cu/aldia/2010/03/23/senalan-alta-incidencia-de-muertes-por-cancer-cervicouterino/>
19. Cabezas Cruz .E Lesiones malignas del útero. En: Rigol Ricardo, Orlando, Santiesteban Alba. Obstetricia y Ginecología.Vol.1. La Habana. Editorial Ciencias Médicas; 2014 .p. 179-182
20. Figueroa Silverio Aleida. Identifican ocho cepas del virus del papiloma humano responsable del cáncer cervicouterino .Al Día. Noticias de Salud [Internet]. 2010 [citado 2017 Ene 18]. Disponible en:
<http://boletinaldia.sld.cu/aldia/2010/10/19/identifican-ocho-cepas-del-virus-del-papiloma-humano-responsable-del-cancer-cervicouterino/>
21. Chhieng D. Cytology and surgical Pathology of Gynecologic Neoplasm. New York: Humana Press; 2011
22. Corrales Rodríguez L. Vivir con VIH-SIDA: Un reto para las mujeres. Rev. Sexol Soc. 2005; 2 (1): 23-26.
23. Ministerio de Salud Pública. Proyecciones de la Salud Pública en Cuba para el 2015. La Habana: Ecimed; 2006.
24. Hidalgo Vicario MI, Redondo Romero AM, Castellano Barca G. Medicina de la adolescencia. Atención Integral. 2 ed. Madrid: Ergon; 2012.
25. Wright TC, Massad LS, Dunton CJ, Spitzer M, Wilkinson EJ, Solomon D. 2006 consensus guidelines for the management of women with cervical intraepithelial neoplasia or adenocarcinoma in situ. Am J Obstet Gynecol. 2007; 197 (4): 340-5.
26. Dunne EF, Markowitz LE. Genital human papillomavirus infection. Clin Infect Dis. 2006; 43 (5): 624-9.
27. Ortega Escudero F. Anda Seguro. La Habana: Ciencias Médicas; 2006

28. Sanabria Negrín JG, Cruz Hernández IC, Oriolo Pérez L, Pérez Herrera MA, Valdés Abreu B. Evaluación del seguimiento de mujeres con cáncer cérvico-uterino en dos policlínicos. Pinar del Río. Rev. Cienc Méd [Internet]. 2012 may-jun. [Citado 17 Ene 2013]; 16(3): [aprox. 6 p.]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942012000300013&lng=es
29. Cirión Martínez GR, Herrera Pérez MÁ, Sanabria Negrín JG. Correlación cito-histológica de las lesiones premalignas y malignas de cuello uterino. Rev. Cienc Méd [internet]. 2010 ene.-mar. [Citado 17 Ene. 2013]; 14(1): [aprox. 8 p.]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942010000100010&lng=es
30. García Trujillo Y, Herrera Blen JA, Martínez Hernández V. Citología vaginal no útil, causas y riesgos. Rev. Cubana Med Gen Integr [internet]. 2009 jul.-sep. [Citado 17 Ene 2013]; 25(3): [aprox. 9 p.]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000300004&lng=es
31. Concha P Ximena, Urrutia María Teresa, Alejandra Ximena Araya Alejandra Ximena. Prevención de cáncer cérvico-uterino: ¿qué nos señala la literatura en relación a la educación dirigida a los profesores de educación básica/media? Rev. Chil Obstre Ginecol [Internet]. 2013[citado 19 Jun 2014]; 17(11): [aprox.1.p]. Disponible en:
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=d26e7559-085b-4312-bd96-80e235323f91%40sessionmgr198&hid=124>
32. Aranda Flores Carlos, López Granie Carlos. Cáncer cérvico-uterino y embarazo. Rev. Gin Obstet Mex [Internet]. 2009 [citado 19 Jun 2014]; 77(6) [aprox.1.p]. Disponible en:
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=26&sid=d26e7559-085b-4312-bd96-80e235323f91%40sessionmgr198&hid=124>

33. Dunán Cruz Liam Kadel, Cala Calviño Leidys, Infante Tabío Nadia Inés, Hernández Lin Tania. Factores de riesgo ginecoobstétricos para el cáncer cérvico uterino en la atención primaria de salud. MEDISAN [Internet]. 2011 Mayo [citado 2017 Ene 18]; 15(5): 573-579. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011000500002&lng=es
34. Sureda Peña Mabel, Martínez Cárdenas Dialeidys. Una alerta para la mujer: factores de riesgo del cáncer cérvico-uterino. Medicentro [Internet]. 2014 [citado 2017 Ene 18]; 18 (1) Disponible en: <http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/1630/1341>
35. Vargas Hernández Víctor Manuel, Acosta Altamirano Gustavo. Prevención primaria del cáncer cérvico-uterino. Cir [Internet]. 2012 [citado 19 Jun. 2014]; 80 [aprox.1.p]. Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&sid=d26e7559-085b-4312-bd96-80e235323f91%40sessionmgr198&hid=1>
36. Cabezas Cruz E, Camacho Canino T, Santana Martínez A, Borrajero Martínez I, Aguilar Vela de Oro F, Romero Pérez T. Programa nacional de diagnóstico precoz del cáncer cérvico-uterino. La Habana: Ciencias Médicas; 2001.
37. Vergel López Noemí, i Bembó Robles Araiks, Augusto González Hidalgo, Liany Coroa Castro, Yoel González Hidalgo. Epidemiología del cáncer cérvico-uterino en el Municipio Bolivia <http://tesis.repo.sld.cu/92/>
38. Zaldívar Lelo de Larrea Guadalupe, Martín Molina Francisco, Sosa Carlos Francisco. Ferreyra, Ávila Morales Javier, Lloret Rivas Miguel, Monserrat Román Lara., Genaro Vega Malagón. Cáncer cérvico-uterino y virus del papiloma humano. Rev. Chil Obstet Ginecol [Sitio en Internet]. 2013 [citado 19 Jun 2014]; 77(4): [aprox.1.p]. Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=d26e7559-085b-4312-bd96-80e235323f91%40sessionmgr198&hid=124>

39. Santana Serrano Caridad, Chávez Roque Mabel, Viñas Sifontes Leyda Nilda, Hernández López Ezequiel, Cruz Pérez Joaquina. Diagnóstico precoz del cáncer cérvico-uterino. Rev. Cub Obste Gin [Sitio en Internet]. 2011 [citado 19 Jun. 2014]; 37(2) [aprox.1.p]. Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=18&sid=d26e7559-085b-312-bd96-80e235323f91%40sessionmgr198&hid=124>
40. Viguer JM, García del Moral R. Citología del aparato genital femenino. En: Laboratorio y Atlas de Citología. España: Interamericana McGraw-Hill; 2001. p. 17.
41. Rodiles Martínez HC, Campaneón Logaz JE, Laza Caballero C. Citohistopatología Procedimientos Básicos. La Habana: Ciencias Médicas; 2008.
42. López Machado L, Machado Alcaine RA, Prevot Rodríguez Y. La atención primaria como factor fundamental en la prevención del cáncer cérvico-uterino. Acta Médica del Centro [Internet]. 2014 [citado 19 Feb. 2017]; 8(3):[aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/152/html>
43. Erice Calendario Alberto, Román Fernández Liset .Afecciones Ginecológicas. En: Sintés Álvarez. Medicina General Integral. Vol. 4. La Habana. Editorial Ciencias Médicas; 2014 .p.1408.
44. Lewis MJ. Análisis de la situación del cáncer cérvico-uterino en América Latina y el Caribe [Internet]. Washington DC: OPS; 2004 [citado 13 Ene 2012]. Disponible en: <http://www1.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/pcc-cc-sit-lac.pdf>
45. Salvent Tames Adrián, Rodríguez Lara Osvaldo, Leyva Lambert Marlenis, Gamboa Rodríguez Mailín, Colombia Gómez Mirta. .Comportamiento del cáncer cérvico-uterino en el municipio San Antonio del Sur de Guantánamo. Rev. Cub de Obste Gin [Sitio en Internet]. 2012 [citado 19 Jun 2014]; 38 (2) [aprox.1.p]. Disponible en:

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=11&sid=d26e7559-085b-4312-bd96-80e235323f91%40sessionmgr198&hid=124>.

46. Servix Cancer Screening. IARC Handbooks on Cancer [revista en Internet]. 2005 [citado 8 May 2013];10:[aprox. 10p]. Disponible en: <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/prev/handbook10/index.php>.
47. Mass Basulto G, González Pérez E, Calderín Santos E, Moreira Brunet A, Fajardo Benítez M, Borges Cabrera P. Propuesta de programa educativo sobre enfermedades del cuello uterino. Finlay [Internet]. 2011 [citado 9 May 2013]; 1(3): [aprox. 10p]. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/51>
48. Moreira-Brunet A, Cabrera-Rodríguez T, Clemente-Rodríguez I, Mass-Basulto G. Prevención de cáncer de cuello uterino en adolescentes: un reto para la Atención Primaria de Salud. Revista Finlay [Internet]. 2013 [citado 2017 Feb. 20]; 3(3): [aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/212>
49. Bell Fernández Noides Manuel, Lescay Arias Michel. Virus del papiloma humano y cáncer: enemigos por derrotar. MEDISAN [Internet]. 2015 Ene [citado 2016 Mayo 26]; 19(1): 1-3. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000100001
50. Sansó Soberats JF, Alonso Galbán P. Torres Vidal RM. Mortalidad por cáncer en Cuba. Rev. Cubana Salud Pública. [Internet]. 2010 [citado 12 Abr. 2012]; 36(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662010000100009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
51. Puente Perpiñán Magalis, Haber Reyes María del Pilar, de los Reyes Losada Alina, Salas Palacios Sara Ricci. Adolescentes e infección por virus del papiloma humano. MEDISAN [Internet]. 2014 Jun [citado 2017 Ene 17]; 18(6): 769-775. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000600004&lng=es.

52. Acta Médica del Centro, Vol. 8, No.3, 2014. La atención primaria como factor fundamental de la prevención del cáncer cérvicouterino. <http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/152/html>

VII.- ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento de participación en proyecto de investigación médica.

La que suscribe, _____,

doy mi conformidad para participar en la investigación "Intervención educativa participativa para elevar el nivel de conocimiento sobre el cáncer cérvicouterino. Para dar este consentimiento he obtenido una explicación amplia de su utilidad por la Dra. Naylin Ferrer Bell, quien me ha informado que:

Esta investigación tiene como objetivo principal evaluar el nivel de impacto de la intervención educativa participativa para elevar el conocimiento sobre el cáncer cérvicouterino.

Esta investigación contribuirá a mejorar el grado de información de las mujeres de 20 a 35 años sobre temas como: los principales factores de riesgo del cáncer cérvicouterino.

Me han hecho saber que mi participación en el estudio es voluntaria.

Tengo el derecho a retirarme de la investigación cuando lo considere adecuado, sin explicación.

Voluntariamente firmo este consentimiento junto con el médico que me proporcionó las explicaciones a los ____ días del mes de _____ de 200_.

Firma _____

Anexo 2.Cuestionario.

Mujer, tu participación en este proyecto será muy útil para tu vida. Necesitamos que respondas cada una de las preguntas cuidadosamente, después de leerlas y pensar cuál es la mejor respuesta y tu criterio personal. Después recibirás una capacitación para aprender más sobre el tema del cáncer cérvicouterino (Marca las respuestas con una o más X si fuera necesario).

NO ES IMPRESCINDIBLE QUE ESCRIBAS TU NOMBRE

1-¿Cuáles son las causas que podrían propiciar la aparición del cáncer cérvicouterino?

---- Uso de servicios sanitarios públicos.

---- Inicio temprano de las relaciones sexuales

---- Tabaquismo

---- Multiparidad

---- Promiscuidad

---- Enfermedades de transmisión sexual

---- Uso de vestuarios con tejido de lycra

---- Abortos a repetición

---- Embarazo en la adolescencia

--- Duchas vaginales

---- Juegos sexuales

Anexo 3.

Programa Educativo para promover conocimientos sexuales adecuados entre las mujeres de. 20 a 35 años de edad, en el Consultorio Médico de la Familia No 19 del consejo popular Corea, del policlínico José Agustín Más Naranjo del municipio de Primero de Enero.

Tema I: Presentación del programa.

Sumario: 1- Presentación del proyecto.

2- Aplicación del cuestionario.

3- Cierre.

Objetivos: Crear un ambiente de confianza, desinhibir al personal y establecer las reglas del trabajo grupal.

Tipo de actividad: Dinámica de grupo.

Recursos: Hojas, lápices y bolígrafos.

Frecuencia: Mensual.

Responsables: Asesora de salud y médico especialista en MGI.

Participantes: Mujeres de 20 a 35 años de edad.

Tema II: Características psicosexuales de las mujeres de 20 a 25 años de edad.

Sumario: 1-Conflicto de las mujeres de 20 a 35 años.

2-Conductas sexuales en esta etapa de la vida.

3-Comunicación con los padres, pareja sexual, amiga u otra persona.

Objetivos: Identificar los conflictos de la etapa, las nuevas experiencias sexuales y los problemas en la comunicación con las féminas a esta edad de la vida.

Tipo de actividad: Conferencia

Recursos: Microcomputadora, discos 3 ½, lápices, bolígrafos y hojas.

Frecuencia: Mensual.

Responsables: Médico especialista en MGI, asesora de salud, psicólogo.

Participantes: Mujeres de 20 a 35 años de edad.

Tema III: Vulnerabilidad y percepción del riesgo al cáncer cérvicouterino en las féminas. Cambio frecuente de pareja sexual, sus riesgos.

Sumario: 1-Vulnerabilidad. Concepto

2-Mujeres de 20 a 35 años. Características psicológicas, epidemiológicas,

sociales y biológicas.

3- Riesgos de los cambios frecuentes de pareja sexual.

Objetivos: Identificar cuándo una persona es vulnerable padecer de cáncer cérvicouterino y los riesgos de los cambios frecuentes de pareja sexual

Tipo de actividad: Conferencia.

Recursos: Microcomputadora, discos 3 ½, hojas, bolígrafos, lápices.

Frecuencia: Mensual.

Responsables: Médico especialista en MGI., asesora de salud y psicólogo del área.

Participantes: Mujeres de 20 a 35 años de edad.