

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE AVILA
POLICLINICO DOCENTE “JULIO CASTILLO”
CHAMBAS

Título: Estrategia de intervención educativa acerca del cáncer Cérvico Uterino en mujeres del CMF # 12 del área de salud Policlínico “Julio Castillo” Chambas, Ciego de Ávila.

Autora: Dra. Yarisleidy Paz García.

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

Ciego de Ávila
2018

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE AVILA
POLICLINICO DOCENTE "JULIO CASTILLO"
CHAMBAS

Título: Estrategia de intervención educativa acerca del cáncer Cérvico Uterino en mujeres del CMF # 12 del área de salud Policlínico "Julio Castillo" Chambas, Ciego de Ávila.

Autora: Dra. Yarisleidy Paz García.

Aspirante a especialista en Primer Grado en Medicina General Integral.

Tutora: Dra. Yudelkys Portal Pérez.

Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.

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

Ciego de Ávila
2018

RESUMEN

Se realizó un estudio pre-experimental de tipo antes-después para evaluar la efectividad en la aplicación de un programa de intervención comunitaria para modificar conocimientos relacionados con el cáncer Cérvico uterino en mujeres adultas pertenecientes al consultorio No.12 del área de salud Policlínico “Julio Castillo “Chambas, Ciego de Ávila, en el período comprendido de enero del 2016 a julio del 2017. La muestra de estudio estuvo constituida por 42 mujeres con edades comprendidas entre 25 y 64 años. Para el análisis de las variables socio-demográficas se utilizó estadística descriptiva de media y desviación estándar. Para el análisis de la efectividad de la estrategia de intervención educativa se empleó la prueba estadísticas Mc. Nemar para hallar diferencias significativas entre el nivel de conocimiento sobre sobre el cáncer de cérvix, antes y después de la aplicación de la misma. Predominaron las edades de la tercera década de la vida. Se encontraron diferencias significativas entre la evaluación antes y después del nivel de conocimientos sobre el riesgo del cambio frecuente de pareja y enfermedades de transmisión sexual y su relación con el cáncer Cérvico uterino, así como el hábito tabáquico, la ingestión de anticonceptivos hormonales y sobre la importancia de la prueba citológica como medio de diagnóstico precoz, resultando una modificación positiva y significativa en el nivel de conocimientos, el nivel de conocimientos general, también resultó en un cambio significativo en forma de mejoría.

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

ÍNDICE

<i>Contenido</i>	<i>Páginas</i>
▪ Introducción.....	1
▪ Objetivos.....	4
▪ Marco teórico.....	5
▪ Método.....	20
▪ Análisis y discusión de los resultados.....	27
▪ Conclusiones.....	35
▪ Referencias bibliográficas.....	36
▪ Anexos	

INTRODUCCIÓN

El cáncer ha estado presente a través de toda la existencia de la humanidad y esto no ha sido ajeno al conocimiento del hombre, lo cual queda demostrado en muchos manuscritos antiguos. Ha ocupado un lugar particular en la problemática científica, e inquieta por igual tanto a los pueblos como a sus representantes. Esta enfermedad ha constituido una de las primeras causas de muerte a nivel mundial con más de cinco millones de fallecidos anualmente, manifestándose la tendencia en las mujeres a tener mayor predisposición a desarrollarlo (1).

La segunda causa de muerte, en la mujer, a nivel mundial lo constituye el cáncer de cuello uterino (CCU) y es la principal causa de muerte por enfermedades malignas en los países en desarrollo, según las últimas recopilaciones de los datos mundiales cada año se producen en el mundo, alrededor de 500 000 nuevos casos y cerca del 80 % corresponde a los países en desarrollo. Mueren anualmente 272 000 mujeres por esta causa (2).

La mayor tasa de incidencia se ha encontrado en África Oriental, Asia meridional y Sudoriental. Las tasas de CCU disminuyen en los últimos 30 años en los países desarrollados. Además, existen desigualdades en el mundo desarrollado, donde las mujeres de zonas rurales o más pobres corren un mayor riesgo de enfermar de CCU (3). Los países del sub-Sahara en África y el sudeste de Asia presentan alrededor de 78 000 casos por incidencia del cáncer cervical y 31 000 muertes por el mismo, solamente en un solo año (3).

De las enfermedades que padece la mujer, los tumores malignos ocupan la principal causa de muerte, y de ellas, el cáncer de mama el 1er lugar y el Cérvico Uterino el segundo. Al analizar las tasas de mortalidad por Cáncer Cérvico Uterino en diferentes países se observa que la variación es notable con tasas que llegan 8 veces más altas en los países de alto riesgo (Sudeste asiático y África), si se le compara con naciones de Europa, Japón o Australia (4).

Bax y colaboradores señalan las altas tasas que reportan en Curazao donde se encontraron la tasa en $14,3 \times 100,000$ mujeres. Kluge y colaboradores encontraron tasas de incidencia y mortalidad elevadas por cáncer cervical en Alemania y otros países de Europa Occidental (5).

En Europa el CCU es la tercera causa de muerte por cáncer en la mujer. La razón más importante que explica esta alta incidencia es la falta de programas eficaces de detección temprana esencialmente en los países en desarrollo. En España la tasa anual ajustada de cáncer de cérvix, excluido el carcinoma in situ, es 7,2 por 100 000 mujeres y la tasa de mortalidad es de 2,7 por 100 000 mujeres (6-8).

En el 2008 hubo hasta 800.000 nuevos casos de Cáncer Cérvico Uterino, según precisiones de la Organización Mundial de la Salud el número de muertes por esta causa aumentó a 320.000 en el 2015 y aumentará a 435 000 en el 2030. Según datos aportados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) los patrones de mortalidad por cáncer Cérvico Uterino en las Américas es de 5 a 6 defunciones por cada 100.000 mujeres, la morbilidad cada año es de 6800 casos nuevos. Expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) han delineado un panorama preocupante: la incidencia mundial del cáncer podría aumentar un 50% en las próximas dos décadas. Si los pronósticos del Informe Mundial del cáncer se cumplen, en 2020 serán diagnosticados 15 millones de nuevos casos. En Latinoamérica el CCU es la causa de muerte más frecuente en la población femenina con aproximadamente 30 000 defunciones por año (2- 9-11).

La variación de la incidencia entre los países es grande, existen tasas muy altas en Haití ($93,9 \times 100,000$), Nicaragua ($61,1 \times 100,000$) y Bolivia con el $58,1 \times 100,000$) (3, 12). En México constituye la primera causa de morbi mortalidad (7). Su tasa de incidencia en América Latina y el Caribe se encuentra entre las más altas del mundo (8-14). En Venezuela, a pesar que por más de 30 años ha venido efectuando citología la incidencia y mortalidad por CCU siguen siendo altas, en el 2000 se reportó una tasa de incidencia de 38,3 por 100000 mujeres y la tasa de mortalidad de 15,2 por 100000 mujeres (3-15).

En Cuba desde 1967 se implantó el Programa Nacional de diagnóstico precoz del Cáncer Cérvico Uterino, el cual plantea la realización de la citología al 100% de las mujeres entre 25 y 64 años con vida sexual activa, el objetivo fundamental del programa es contribuir a elevar el nivel de salud de la población mediante acciones de prevención, promoción, protección y recuperación en las mujeres, realizado por el sistema nacional de salud en coordinación con las demás instituciones del Estado (3,11).

En el área de salud del Policlínico “Julio Castillo”, Chambas en la provincia de Ciego de Ávila, según las investigaciones realizadas la morbi mortalidad por Cáncer Cérvico Uterino se comportó elevada, en el año 2015 se realizaron un total de 145 exámenes de los cuales 5 fueron iniciales y 140 re exámenes comprendiendo así el universo de las pacientes del municipio Chambas con una positividad de los exámenes de un 4.7%, donde en el área de Chambas se presentaron 3 defunciones a causa del Cáncer Cérvico Uterino, aunque se trabaja mediante el programa de pesquisa nacional para la prevención y disminución del Cáncer Cérvico Uterino en nuestra población femenina comprendiendo las edades de 25 a 64 años.

La autora considera oportuno señalar la necesidad de buscar soluciones para, en la medida de lo posible, ampliar el conocimiento de las mujeres sexualmente activas en función de prevenir y, en lo posible, erradicar el Cáncer Cérvico Uterino.

Teniendo en cuenta todos los antecedentes planteados anteriormente se formula el siguiente **problema científico**:

¿Cómo contribuir a la adquisición de conocimientos acerca del cáncer Cérvico Uterino en mujeres adultas al consultorio No.12 del Policlínico “Julio Castillo”, Chambas, Ciego de Ávila

Partiendo del problema científico se deriva el **Objetivo general**:

Implementar una estrategia de intervención educativa para elevar el conocimiento acerca del cáncer Cérvico Uterino en mujeres adultas del consultorio No.12 del Policlínico “Julio Castillo” Chambas, Ciego de Ávila.

Del objetivo general se obtienen los siguientes **Objetivos específicos**:

1. Diagnosticar el conocimiento de las participantes sobre el cáncer Cérvico Uterino antes de la intervención educativa.
2. Aplicar una estrategia de intervención diseñada para elevar el conocimiento sobre cáncer Cérvico Uterino y sus factores de riesgo.
3. Evaluar la modificación del conocimiento después de la intervención.

Hipótesis de investigación: Si se aplica una estrategia de intervención educativa acerca del cáncer Cérvico Uterino, entonces se elevará el conocimiento en mujeres adultas del consultorio No.12 del Policlínico “Julio Castillo”, Chambas, Ciego de Ávila.

MARCO TEÓRICO

1. Breve referencia histórica.

Los estudios acerca del Cáncer Cérvico Uterino, se remontan a finales del siglo XIX, cuando se reconocieron zonas de cambio epitelial atípica no invasora en tejido adyacente a cáncer invasor (William 1888). El término carcinoma in situ (CIS) se introdujo en 1932 para denotar las lesiones por células carcinomatosas indiferenciadas que abarcan todo el espesor del epitelio sin interrumpir la membrana basal (Brodeskis, 1932) (16).

El cáncer de cuello uterino es una neoplasia maligna que se caracteriza por pérdida de la estratificación y de la polaridad del epitelio. En ellas se pueden apreciar algunas alteraciones como hipercromatismo, mitosis anormales y polimorfismo celular, con invasión o no de la membrana basal (3-14).

Papanicolaou y Traut fueron los primeros en proponer en el decenio de 1940, la evolución citológica de las células obtenidas del cuello uterino y la vagina como método para detectar el cáncer cervical y sus precursores. Desde entonces la citología cervical ha demostrado ser el método más eficaz para la detección del cáncer de cuello uterino. El frotis de Papanicolaou redujo la incidencia y mortalidad del cáncer de cuello uterino en comunidades con programas activos de detección. La mitad de las mujeres con carcinoma cervical invasivo reciente nunca se practicó una prueba de Papanicolaou y otro 10% no lo había hecho en los 5 años anteriores al diagnóstico (17).

En 1941, George Papanicolaou descubrió la fórmula de teñir las células que son despedidas desde el epitelio o superficie exterior del cérvix, lo que hace posible detectar las células con transformaciones anormales, esta no es un examen de diagnóstico, sino más bien un tamizaje que separa a las mujeres que pueden tener lesiones en el cuello del útero (3-18).

Papanicolaou fue el pionero de los estudios relacionados con las enfermedades del cuello uterino, sentando un precedente clínico investigativo que revolucionó el enfoque que hasta entonces existía para la detección y tratamiento de la entidad.

Ayre introdujo el muestreo directo del cuello uterino con una espátula que aun lleva su nombre de forma significativa el número de células obtenidas. Actualmente este proceder sigue teniendo extraordinaria importancia y su utilización se ha convertido en uno de los aspectos esenciales del programa de detección precoz del Cáncer Cérvico Uterino (19).

1.2. Epidemiología.

En muchos países en desarrollo se tiene un acceso limitado a los servicios de salud y a la detección del Cáncer Cérvico Uterino, bien no se practica o se practica en unas pocas mujeres que lo necesitan. En dichas regiones el Cáncer Cérvico Uterino es el cáncer más frecuente en la población femenina y la primera causa de fallecimiento entre las mujeres (20).

Sobre la base de los registros nacionales de diferentes países, se puede decir que el 2 % de las mujeres a nivel mundial tendrán el riesgo de morir por esta enfermedad. En los países desarrollados con la introducción de programas de detección precoz se ha observado una disminución significativa de la incidencia y mortalidad por CCU. En los países en vías de desarrollo por el contrario existe una tendencia a incrementarse, lo cual refleja una falla importante en el sistema de salud. Es por ello necesario fortalecer la capacidad de diagnóstico y tratamiento de lesiones de la patología cervical tempranamente. El mayor hincapié debe hacerse en las lesiones pre cancerosas, opinión que comparten y enfatizan los diferentes investigadores de la Organización Mundial de la Salud (OMS), dedicados a los aspectos epidemiológicos relacionados con el CCU (21).

Se estima que un número superior al millón de mujeres padecen actualmente de Cáncer Cérvico Uterino en el mundo, la mayoría de las cuales no están diagnosticadas o carecen de acceso a tratamientos que podrían curarlas o prolongarles la vida (22).

El Cáncer Cérvico Uterino es la principal causa de muerte por cáncer en mujeres de los países en desarrollo. Para tener una idea de la magnitud de este mal la Organización Panamericana de la Salud entregó un informe que plantea que en el

mundo el número de casos de cáncer de cuello uterino alcanza los 466 mil al año lo que representa el 15% de todas las variedades de cáncer diagnosticados en las mujeres y de las 230 mil que cada año mueren por esta causa un 80% son de países de América latina, del sudeste de Asia, y de África, debido en gran parte a la ineficiencia de los programas de control, esto significa que muchas mujeres no se hacen la prueba de Papanicolaou, la más conocida para detectar el cáncer de cuello (23).

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 pre invasores en fase latente durante años, pero también en ocasiones su evolución puede adoptar un comportamiento agresivo (24).

En los Estados Unidos, el cáncer del cuello uterino es el sexto tumor maligno sólido más frecuente entre las mujeres, después de los carcinomas mamario, pulmonar, colorrectal, endometrial y ovario. La Sociedad Americana del Cáncer estimó 13 000 casos nuevos de carcinoma invasivo cervical en Estados Unidos para el año 2002, más de 50.000 casos de carcinoma in situ y 4100 muertes por esta enfermedad. La edad promedio del cáncer cervical es 52 años, y la distribución de los casos es bimodal, con un pico entre los 35 y 39 años y otro entre los 60 y 64 (6-25).

En Cuba existe el Programa de Diagnóstico Precoz del Cáncer Cérvico Uterino (DPCCU) desde 1967 conocido popularmente como prueba citológica y este cáncer ha ocupado entre el tercero y cuarto lugar de incidencias y el 3ro y 5to en mortalidad en el último quinquenio. En cuanto a mortalidad es de los países con tasas intermedias similar a la de Panamá, Argentina y Uruguay solo superior a la de Puerto Rico, Canadá y Estados Unidos (3-26).

Cuba es uno de los países de América Latina y el Tercer Mundo con mayor tasa de incidencia de cáncer. (9) En el año 2003, el CCU fue el tercer cáncer más frecuente, superado por el de mama y piel, y la cuarta causa de muerte solo antecedida por aparato respiratorio, mama e intestino (10-26).

En Cuba, si bien la incidencia es menor (en la región de las Américas es el tercer país con la tasa más baja, después de Estados Unidos y Canadá), (12) existen las condiciones para que la mortalidad sea nula, pero actitudes inadecuadas de las mujeres, motivadas muchas veces por la insuficiente información o la poca atractiva convocatoria del médico o la enfermera de su área de salud para que acudan a realizarse la citología orgánica, atentan contra el objetivo fundamental del Programa Nacional de Diagnóstico Precoz de Cáncer Cérvico Uterino, que es contribuir a elevar el nivel de salud de la población mediante acciones de prevención, promoción, protección y recuperación en las mujeres, realizado por el sistema nacional de salud en coordinación con las demás instituciones del Estado, la colaboración de los organismos de masas y la participación activa de la comunidad, para detectar oportunamente cualquier alteración y tratarla (11).

1.2.1. Factores de riesgo.

Los factores de riesgo de cáncer cervical están relacionados con características tanto del virus como del huésped, e incluyen:

- Edad al comienzo de la vida sexual;
- conducta sexual;
- antecedentes de enfermedades de transmisión sexual;
- número de partos;
- Inmunosupresión;
- uso de anticonceptivos orales;
- hábito de fumar;
- tendencia nutricional.

Edad y comienzo de la vida sexual:

La edad al primer coito antes de los 20 años y de manera marcada antes de los 18, es uno de los cofactores importantes en la aparición del carcinoma del cuello según reportan numerosos autores nacionales y extranjeros. Debido a los cambios socio-culturales a los que están sometida las adolescentes, existe una tendencia al comienzo de las relaciones sexuales a partir de los 14 años de edad. En los últimos

años se observa un incremento de las lesiones del cuello uterino en mujeres de edad climatérica, las que representaron en este estudio el 17,5 %. En la mujer a esa edad se ponen de manifiesto cambios biológicos e inmunológicos que pudieran favorecer en gran medida a las infecciones del tracto urogenital, debido a la disminución de la defensa estrogénica del aparato genital (15-23).

Conducta sexual:

La promiscuidad, sin ser sinónimo de cáncer de cérvix, constituye un importante factor de riesgo. Numerosos mecanismos han sido sugeridos para explicar la relación entre el riesgo de padecer la enfermedad y los diversos elementos asociados con las relaciones sexuales. Muchas mujeres que sólo han tenido una pareja sexual también desarrollan la enfermedad, por lo que resulta sugerente considerar el papel del semen infectado con el VPH en la génesis del cáncer uterino. La probabilidad de que las mujeres sean portadoras del virus del papiloma humano (VPH) y el riesgo de padecer de cáncer de cérvix se ha relacionado con la presencia de ADN viral en el pene o la uretra de su pareja sexual. Según un estudio publicado por Benedet y Cabero Roura las mujeres tienen un riesgo tres veces superior de padecer infección con el VPH, si su compañero sexual ha tenido relaciones con otras mujeres que han desarrollado la enfermedad. Se deduce que la mujer con mayor cantidad de compañeros sexuales, tiene más probabilidades de desarrollar la infección como ocurre con todas las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluida la del virus del herpes simple (VHS) tipo 2 que algunos sugieren, pudiera actuar como cofactor del VPH produciendo una acción sinérgica que provoque los cambios celulares cervicales (23).

Antecedentes de ITS: (infección persistente con un VPH de alto riesgo (como VPH 16 o 18)).

En los últimos años se han logrado importantes progresos en el estudio de las causas de la aparición del cáncer de cuello uterino. Actualmente es aceptado como principal causa la infección por VPH de alto riesgo y sus precursores, sin embargo, estudios epidemiológicos han mostrado que sólo una pequeña fracción de mujeres infestadas con VPH eventualmente progresan a lesiones intraepiteliales de alto

riesgo y carcinoma in situ, por lo que se ha asumido que otros factores actúan en conjunto con el VPH, influenciando el riesgo de transición de la infección VPH cervical a malignidades. Se plantea que el conocimiento de la virología y las manifestaciones clínicas de este virus constituyen el eslabón fundamental en el entendimiento del proceso neoplásico (27-30).

Está bien demostrado que el virus del papiloma humano es el agente etiológico necesario, pero no suficiente del cáncer cervical y de muchos tumores de la vulva y de la vagina. Además, se han puesto al alcance del médico nuevas técnicas fiables de identificación viral en el diagnóstico (31).

La mayoría de las infecciones nuevas por VPH ceden espontáneamente; si la infección persiste, puede desarrollarse un tumor pre-maligno, y si este no recibe tratamiento puede transformarse en cáncer. Se plantea que las lesiones precursoras causadas por el virus del papiloma humano VPH normalmente tardan entre 10 y 20 años en convertirse en cáncer invasor, la mayor parte de los cánceres Cérvico Uterino pueden prevenirse mediante la detección precoz y el tratamiento anticipado de las lesiones precancerosas (3).

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) incluyen una serie de enfermedades de naturaleza infecciosa de gran interés epidemiológico y señalan que la neisseria gonorrhea se dispone en parejas intracelulares, y que habitualmente afecta los epitelios cilíndricos, pues los epitelios estratificados de la vulva y vagina son resistentes a su invasión. Puede permanecer en el endocérvix, lo que significa que el 75 % de las cervicitis pueden ser asintomáticas y estas representan un factor de riesgo importante en el cáncer de cerviz (15).

La Cervicitis fue la lesión cervical que más se asoció al desarrollo del cáncer cervical. Puede encontrarse de forma aguda, aunque lo más frecuente es su evolución hacia la cronicidad, a la cual se le da mucha importancia en la génesis de los cambios epiteliales, que pueden evolucionar hacia la displasia y posteriormente al cáncer cervical (15).

Número de Partos:

El cuello uterino está sometido a múltiples traumatismos durante el embarazo como es la instrumentación en el proceso del aborto, en el parto y en el puerperio; constituye un factor predisponente del cáncer cervical los desgarros cervicales que pueden producirse y tienen una relación directa con el número de parto (que a mayor número de partos mayor es la posibilidad de desgarros) (15).

Los desgarros cervicales deben ser suturados oportunamente para restituir su anatomía y contribuir al mantenimiento de los mecanismos de autodepuración del aparato genital, así como prevenir procesos inflamatorios y malignos del cérvix (15).

Inmunodepresión:

Es muy importante la respuesta inmunológica del organismo, pues interviene como un potente mecanismo de resistencia al desarrollo de tumores, desde la fase de iniciación hasta el crecimiento y progresión de los mismos.

Las infecciones virales son frecuentes en pacientes con supresión o defecto en el sistema inmune que se manifiesta con linfopenia, una alteración de la relación linfocitos B / linfocitos T, migración espontánea y quimiotaxis de neutrófilos disminuida. Estas alteraciones inducen trastornos en la secuencia de eventos necesarios para que la respuesta inmune celular y humoral sea efectiva.

Un ejemplo incuestionable ha sido demostrado en pacientes infectadas con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) las que muestran un incremento en la incidencia de lesiones escamosas intraepiteliales, debido al deterioro de las células y de los mecanismos de la respuesta inmune contra la progresión de la enfermedad (2-23)

Uso de anticonceptivos orales:

El uso de anticonceptivos orales durante 6 a 9 años se acompaña de un incremento de hasta tres veces de riesgo de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) de grado III. Las mujeres que los han utilizado durante 2 o 5 años tienen una incidencia del doble de padecer CCU en comparación con las de las no usuarias. Estudios recientes

demuestran que el riesgo ha aumentado hasta 6 veces en las usuarias de anticonceptivos orales, que además tienen una infección por VPH (14).

Hábito de Fumar:

En relación con el hábito de fumar, Winkelstein hace casi 30 años propuso la hipótesis que el humo del cigarrillo, al estar íntimamente asociado a la aparición del cáncer espino celular del pulmón y la laringe, podría también relacionarse con el cáncer cervical de la misma variedad histológica. En la actualidad, muchas evidencias indican que ese autor estaba en lo cierto porque, el hábito de fumar se asocia a la aparición de NIC o cáncer cervical y también, con el fracaso del tratamiento conservador que se realice (14).

Helberg y colaboradores plantearon que los componentes del humo procedentes de la combustión del tabaco tienen una acción carcinogénica atribuida a la nicotina y la cotonina disueltas en la sangre, ya que han sido detectadas en el cérvix, la saliva, la orina y el moco cervical, por una inmunodepresión local estimulada por una disminución de las células de Langerhans. León Cruz señala que el tabaquismo se ha asociado con la presencia de carcinoma de células escamosas y puede iniciar o actuar como co-carcinogénico en la célula ya afectada por agentes transformadores de transmisión sexual.

Actualmente se acepta que en las mujeres fumadoras el riesgo de padecer la enfermedad aumenta tres veces al compararlo con las que no fuman y existe una fuerte relación entre la cantidad de cigarrillos diarios (23-26).

Tendencia nutricional:

Las condiciones socioeconómicas desfavorables se han relacionado con la aparición y con una supervivencia corta de mujeres con Cáncer Cérvico Uterino; las dietas pobres en frutas y vegetales. Algunos estudios postulan además las malas condiciones higiénicas o prácticas higiénicas inadecuadas (27).

La reducción de los antioxidantes provenientes de la dieta es otro elemento a tener en consideración: El estado nutricional puede influir en factores dietéticos pudieran relacionarse con la carcinogénesis. La ingestión de alimentos ricos en vitamina A y

particularmente, en retinol, fue asociada con la reducción del riesgo de padecer traumas de desgarro del epitelio que pueden producirse durante el parto y por sus propiedades antioxidantes parece que reduce el riesgo de infección según Sedjo y colaboradores. Los folatos, la vitamina B6, la vitamina B12 y la metionina pueden ejercer algún efecto en la prevención del cáncer de cuello uterino (23).

Se ha desarrollado en condiciones nada parecidas a las nuestras en cuanto a situación geográfica, socioeconómica y ambiental y la neoplasia de cérvix continúa teniendo una alta morbilidad y letalidad. Incluso dentro de nuestro país pudieran observarse diferencias en la forma de expresarse dichos factores en las diferentes regiones y ambientes. Por otra parte, la expresión de los factores de riesgo puede variar en el tiempo y de acuerdo al desempeño de los medios diagnósticos (15).

2. Cuadro Clínico

Más de la mitad de los casos de cáncer cervical se detectan en mujeres que no participan en revisiones regulares. El Cáncer Cérvico Uterino en etapas precoces no ofrece síntomas que permitan su diagnóstico. En etapas más avanzadas los síntomas principales son:

- hemorragia anormal (metrorragia).
- aumento de flujo vaginal (leucorrea).
- dolor.

Al principio la metrorragia será en forma de manchas que la paciente relacionará con el coito, con esfuerzos físicos, incluso con una defecación dificultosa. En muchos casos la pérdida sanguínea no se produce hasta que la enfermedad está avanzada y ser la hemorragia incoercible la causa directa de la muerte de la paciente.

Al inicio puede aparecer un flujo anormal, por lo general oscuro, aun antes de que aparezca la hemorragia, especialmente en el caso del adenocarcinoma. Sin embargo, en un periodo más o menos prolongado, el flujo aparece teñido de sangre, y da al contenido vaginal un aspecto de agua de lavado de carne. El olor aparece muy tarde. Generalmente el dolor se localiza en la región del pubis y aparece durante el contacto sexual. Se presentarán, además, síntomas generales como son: anemia, anorexia, pérdida de peso y astenia (14).

3. Diagnóstico.

El diagnóstico del cáncer cervical se realiza a través de la citología orgánica: tiene elevado índices de confiabilidad (30).

Un ginecólogo examinará el cuello del útero (el cérvix) y la vagina con un instrumento especial llamado colposcopio y hará una biopsia para examinar en detalle las células anormales (29). Se puede hacer otro examen llamado legrado endocervical o raspado endocervical (29).

Si se confirma la presencia de cáncer cervical, pueden recomendarse otros exámenes para determinar hasta qué punto la enfermedad se ha extendido. Estos pueden incluir (28):

- Exámenes por ultrasonido de las áreas pélvica y abdominal.

3.1. Estadificación.

La clasificación de las etapas clínicas de la evolución del carcinoma de cuello, partiendo de la etapa cero, que correspondería al carcinoma in situ NIN-III o HSIL):

- Estadio I: confinado al cuello del útero.
- Estadio II: se extiende más allá del cuello, pero no se extiende a la pared de la pelvis; afecta a la vagina en su parte superior sin afectar el tercio inferior.
- Estadio III: el carcinoma se extiende a la pared pelviana; en la exploración al tacto rectal no existe espacio entre el tumor y la pared pelviana; el tumor se extiende además al tercio inferior de la vagina.
- Estadio IV: puede infiltrar la pared de la vejiga urinaria o el recto; esta forma incluye diseminación con metástasis.

El pronóstico y la supervivencia para los carcinomas invasivos dependen sobre todo del estadio al que se detecta el cáncer en primer lugar, y en menor medida del tipo celular predominante en el tumor (28).

3.2. Tratamiento.

El grado de diseminación (propagación) del cáncer se clasifica por etapas. El tratamiento depende de la etapa.

- Etapa 0: el cáncer se encuentra en la capa superficial. Esto incluye displasia y carcinoma in situ, un cáncer limitado al epitelio cervical.
- Etapa I: el cáncer se encuentra sólo en el cuello del útero (en el cérvix).
- Etapa II: el cáncer se extiende fuera del cuello del útero, pero no llega a la pared de la pelvis o a la porción inferior de la vagina.
- Etapa III: el cáncer se extiende hacia la pared pélvica, la porción inferior de la vagina o en los uréteres (los tubos que conectan los riñones con la vejiga).
- Etapa IV: el cáncer se extiende fuera de la pelvis o incluye a la vejiga, el recto o a ambos.

Para recomendar los tratamientos para la Etapa 0 ó la Etapa 1 del cáncer, su médico también considerará si usted desea tener hijos. Cuando se diagnostica la Etapa 0 ó la Etapa 1 del cáncer cervical (o del cérvix) durante un embarazo, es posible posponer el tratamiento hasta después del parto. Una mujer con Etapa 0 de cáncer que aún desea tener hijos generalmente recibe tratamiento con uno de los siguientes:

- Cirugía con láser, en la cual la capa del tejido superior se calienta y se vaporiza.
- Criocirugía, en la cual el tejido epitelial se congela.
- Conización, extracción quirúrgica de un cono del tejido cervical.
- Procedimiento de extirpación electro quirúrgico con asa (LEEP) (conización por asa diatérmica) en el que las ondas de radio de alta frecuencia de bajo voltaje se desplazan a través de una delgada asa (bucle) de alambre, que se utiliza como un dispositivo cortante para extraer las células anormales del cuello cervical (29).

Después de hacer estos procedimientos, se debe realizar una prueba de Papanicolaou aproximadamente cada cuatro meses durante un año y cada seis meses en el segundo año para evaluar la posible aparición de células anormales (29).

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio pre-experimental de tipo antes y después con el objetivo de evaluar la efectividad en la aplicación de un programa de intervención comunitaria para modificar conocimientos relacionados con el cáncer Cérvico Uterino en mujeres adultas pertenecientes al consultorio No.12 del Policlínico “Julio Castillo” Chambas, Ciego de Ávila, en el período comprendido de septiembre del 2016 a julio del 2017.

Universo y muestra

El Universo estuvo constituido por mujeres con edades comprendidas entre 25 y 44 años pertenecientes al al consultorio No.12, que cumpliera con criterio de inclusión y exclusión a través de una muestra aleatoria simple, quedando conformada por 42 mujeres adultas.

Criterios de inclusión:

1. Mujeres que han aceptado participar en el estudio y han firmado el consentimiento informado (ver anexo I).

Criterios de exclusión:

1. Residentes temporales en el área de salud.
2. Mujeres que presenten algún impedimento físico o mental que les impida responder a las preguntas de la investigación.
3. Pacientes con diagnóstico de cáncer de cérvix.

Criterios de Salida:

1. Abandono por decisión propia.

Métodos de obtención de información

Los datos fueron recogidos a través de una encuesta, (ver anexo II), fuente de información primaria de la investigación, aplicada un antes y después; creada por la autora y aprobada por criterio de expertos del servicio de Medicina General Integral del área de salud del Policlínico “Julio Castillo “de Chambas.

Dada las características de búsqueda de información rápida y económica se aplicó la

técnica anteriormente mencionada, luego se aplicó la estrategia de intervención educativa, diseñada para elevar el nivel de conocimientos relacionados con el cáncer Cérvico Uterino en la muestra de estudio (ver anexo III); luego de esto se aplicó una entrevista (ver anexo IV), una semana después de concluida la intervención, para de esta forma dar salida a los objetivos específicos.

Aplicación de la estrategia de intervención educativa: constará de las siguientes etapas: diagnóstica, intervención propiamente dicha y de evaluación.

Etapas diagnóstica: los conocimientos sobre cáncer Cérvico Uterino fueron identificadas utilizando las técnicas antes mencionadas y sobre las necesidades educativas se elaboró el Programa de Intervención Educativa.

Etapas de intervención propiamente dicha: la muestra se dividirá en 2 grupos de 21 mujeres. Cada intervención se planificó para impartirla en un período de 2 meses, y para ello se desarrollaron 6 sesiones de trabajo, con una frecuencia de una vez por semana para cada grupo de féminas. Cada encuentro incluyó conferencias y técnicas participativas.

Etapas de evaluación: se aplicaron nuevamente las técnicas descritas una semana después de finalizada la intervención educativa.

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

Los **métodos y técnicas** aplicados fueron los siguientes:

Métodos del nivel teórico:

- **Histórico-Lógico:** Se utilizó para conocer el desarrollo histórico del tema de investigación y así poder argumentar acerca del estado actual del mismo. Además, para lograr un acercamiento al conocimiento sobre el tema en el grupo de estudio, y cómo se han comportado las estadísticas de este problema de salud en los últimos años en el mundo, Cuba y Ciego de Ávila.
- **Analítico-Sintético:** Se analizaron y compararon las diferentes literaturas existentes relacionadas con el problema científico. Mediante el análisis se puede conocer que existen factores que condicionan la poca orientación de la familia y la

escuela en diferentes temas relacionados con la salud sexual y reproductiva y la prevención de ITS.

- **Inductivo-Deductivo:** En función de realizar un razonamiento orientado de lo general a lo particular en los diferentes momentos de la investigación o viceversa.
- **Modelación:** Este permitió modelar, a partir de los elementos teóricos, metodológicos y los datos empíricos obtenidos durante el proceso investigativo, la propuesta de intervención educativa con acciones preventivas para la familia y la escuela, dirigida por el equipo básico de salud para promover acciones de educación y prevención sobre el cáncer de cérvix en mujeres del Área de salud del Policlínico “Julio Castillo” Chambas, Ciego de Ávila.

Métodos del nivel empírico:

- **La encuesta:** Es un método empírico (complementario) de investigación que supone la elaboración de un cuestionario, cuya aplicación masiva permite conocer las opiniones y valoraciones que sobre determinados asuntos poseen los sujetos (encuestados) seleccionados en la muestra.
- **La Entrevista:** Es un método de recogida de información cara a cara que permitirá identificar los factores que están influyendo en la incidencia del cáncer de cérvix en la comunidad estudiada.
- **Pre- experimento:** Permitted evaluar la efectividad de la estrategia de intervención educativa utilizando una prueba de constatación inicial y constatación final.

Método estadístico- matemático:

- **Análisis porcentual:** se utilizó para representar en porcentos (%) los resultados de la comparación cuantitativa.

En correspondencia al problema de investigación que se pretende generalizar, a continuación, se estructuró la presente investigación desde una perspectiva cuantitativa. Se procesarán estadísticamente los datos obtenidos buscando

generalizar la información que describe las manifestaciones del síndrome de flujo vaginal en pacientes embarazadas.

Operacionalización de las variables

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Edad	Cuantitativa continua	Valor numérico	Según años cumplidos.	Media y desviación estándar.
Nivel de conocimientos.	Cualitativa nominal dicotómica	Correctas Incorrectas	Según aplicación del cuestionario antes y después (ver anexo II).	Número y porcentaje según grupo de pertenencia

Plan de análisis de los resultados

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

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

Aspectos éticos

Este ensayo clínico se realizó en correspondencia con las regulaciones establecidas en la declaración de Helsinki (Somerset West, República de Sudáfrica; octubre de 1996).

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

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

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

Tabla 1. Participantes según edad y frecuencias absolutas. Chambas. 2017.

Edad	Frecuencias absolutas					
	No.	%	Media	Desv. Tip.	Min	Max
De 25 a 34	27	64,3	27,8	4,6	25	34
De 35 a 44	15	35,7	36,2	2,1	35	40
Total	42	100,0	32	3,35	25	40

En la tabla se pudo observar que predominó la edad de 25 a 34 años con 27 participantes del total para un 64,3%, la media de edad general fue de 32 años con una desviación de 3,3 años y mínimos y máximos de 25 y 40 años respectivamente.

En un estudio similar realizado por Mendoza y colaboradores (32), este observó una asociación entre la edad menor a 30 años y la infección por HPV, en concordancia con estudios anteriores de Sanjosé et al.; Lewis MJ; Almonte et al.; Castellsague X; que observaron que la infección por HPV ocurre en mayor frecuencia en mujeres menores de 30 años, sugiriendo que es debido a que las mujeres jóvenes que se encuentran en el periodo de mayor actividad sexual, exponiéndose así a adquirir infección por HPV. La edad es un factor a tener en cuenta siempre en la dinámica de toda patología, fundamentalmente porque en muchos casos nos ayuda a identificar los grupos más expuestos y focalizar la atención y recursos de manera más efectiva (33,36). Lo cual pudiera explicar la gran incidencia de esta edad en nuestro estudio.

Tabla 2. Distribución de los pacientes según conocimiento sobre el cambio frecuente de pareja sexual, antes y después de la aplicación de la estrategia de intervención educativa.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	3	7,1	41	97,6
Inadecuado	39	92,9	1	2,4
Total	42	100,0	42	100,0

Prueba de McNemar

$p = 0,000$

La tabla 2 muestra la distribución de pacientes según el conocimiento sobre el riesgo asociado al cambio frecuente de parejas sexual, y su repercusión en el desarrollo del cáncer Cérvico Uterino, evaluado antes y después de desarrollar la intervención educativa.

Se pudo observar que, en la evaluación inicial, solo 3 de los participantes presentaban un conocimiento adecuado sobre el riesgo señalado para un 7,1% del total mientras que 39 de ellas (92,9%,) no lograban responder adecuadamente las preguntas del cuestionario para este fin.

Al terminar la aplicación del programa y esperar un tiempo prudencial, se repite la aplicación del cuestionario con un total de 41 participantes respondiendo adecuadamente este acápite y elevando el porcentaje de respuestas correctas hasta 97,6%. Esta modificación positiva del nivel de conocimiento, resultó significativa según la interpretación del resultado de la prueba estadística utilizada.

El factor de riesgo más común de la neoplasia de cuello uterino lo constituye la exposición a ciertas variedades del papiloma virus humano, que es una de las infecciones de transmisión sexual más frecuente, aunque en muchos casos es asintomática. Se estima que 70 % de las personas con actividad sexual normal contrae este virus a lo largo de la vida y mientras mayor es el número de parejas sexuales, más aumenta el riesgo de adquirirlo (37,38). En esta investigación hubo

cambios favorables mujeres sobre el tema, los cuales se correspondieron con los alcanzados por Cavalcante de Barros (39), quien pudo modificar conocimientos en un alto porcentaje de ellas, luego de impartir su estrategia de intervención en un municipio de Río de Janeiro, Brasil.

En la percepción de riesgo sobre las enfermedades de transmisión sexual los estudios mostraron que posterior a la intervención educativa aumentó la percepción de riesgo en el grupo de mujeres seleccionadas. Por su parte aumentó la intención de utilización del condón como protección en las relaciones sexuales en mujeres activas sexualmente. En uno de los estudios que abordaron esta temática se observaron diferencias significativas en el grupo que recibió una intervención educativa (40).

De acuerdo a un estudio realizado por Lucía Salazar y colaboradores (41), esta refiere que con la existencia de infección con el virus del papiloma humano y aplicación del método de regresión lineal y multivariancia, se encontraron estadísticamente significativos los siguientes parámetros: número de parejas sexuales, edad del primer embarazo y altamente significativa la utilización de anticonceptivos orales como método de planificación familiar. En cuanto al grado de neoplasia intraepitelial cervical se encontró altamente significativo el uso de anticonceptivos orales y la coexistencia de virus del papiloma humano ($p < 0.0001$) RM = 3.4158 CI. Continua que, se encontró que 59 (70.2 %) pacientes iniciaron su vida sexual activa en la segunda década de la vida; la edad más frecuente estuvo entre los 18 y 19 años, 42 (50%) de ellas tuvieron más de un compañero sexual, que resultó en un promedio de dos.

Tabla 3. Participantes según el conocimiento sobre el hábito de fumar, evaluado antes y después de la intervención. Chambas. 2017.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	1	2,4	35	83,3
Inadecuado	41	97,6	7	16,7
Total	42	100,0	42	100,0

Prueba de McNemar $p = 0,000$

La **tabla 3** muestra la distribución de pacientes según el conocimiento sobre el riesgo del hábito de fumar asociado a la incidencia del cáncer de cérvix, evaluado antes y después de desarrollar la intervención comunitaria.

Se pudo observar que, en la evaluación inicial, solo 1 de las participantes presentaban un adecuado nivel de conocimientos para un 2,4% de la muestra mientras que 41 de ellas (97,6%), no lograban identificar las respuestas correctas de los ítems consignados en la encuesta.

Una vez finalizado el programa educativo y reaplicado el cuestionario, el número de participantes con conocimientos adecuados se elevó a 35 (83,3%), siendo esta modificación, positiva y significativa en base al resultado de la prueba estadística con un valor de la p calculada muy inferior a 0,05.

El tabaco y el cigarrillo también son considerados agentes carcinogénicos; el cigarrillo como el causal del cáncer del pulmón y el tabaco es asociado al cáncer de la cavidad oral, orofaringe, laringe, esófago y vejiga (37).

El efecto del tabaquismo ha sido bien argumentado en muchos estudios casos controles, mostrando una moderada y significativa asociación con el CC. Reportes actuales de la literatura internacional muestran que el riesgo que representa este factor en la aparición del CC está relacionado con la intensidad, la duración o la cantidad de cajetillas de cigarros por años. El hecho de haberse detectado nicotina y/o otros carcinógenos presentes en el tabaco, en el mucus cervical de fumadoras

corroborar la hipótesis de la posible acción sinérgica entre el cigarro y la infección por PVH para el desarrollo de lesiones pre malignas de alto grado y el CC. Algunos autores sugieren que la exposición al tabaco puede afectar la habilidad del hospedero para mantener una respuesta inmune local efectiva contra la infección viral, partiendo del hecho, según lo reportado en la literatura, de que el hábito de fumar puede reducir el número de células de Langerhans y otros marcadores de función inmunológica (42,43).

Tabla 4. Participantes según conocimientos sobre riesgos de los anticonceptivos hormonales, evaluado antes y después de la intervención. Chambas. 2017.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	2	4,8	38	90,5
Inadecuado	40	95,2	4	9,5
Total	42	100,0	42	100,0

Prueba de McNemar $p = 0,000$

La tabla 4 muestra la distribución de pacientes según el conocimiento sobre riesgos de la ingesta de anticonceptivos hormonales, evaluado antes y después de desarrollar la intervención comunitaria.

Se observó que antes de la aplicación de la intervención capacitante, solo 2 de las participantes presentaban un nivel de conocimientos adecuado para el 4,8% del total mientras que 40 (95,2%) de ellas no calificaban con respuestas correctas en este acápite del cuestionario.

Al aplicar por segunda vez el cuestionario, ya un tiempo prudencial de terminar con la intervención comunitaria, las participantes con respuestas consideradas adecuadas aumentaron a 38 para un 90,5% lo cual resultó suficiente para ser considerado significativo por la prueba de McNemar.

Lucía Salazar (41), refiere en su estudio que, en los casos por grupos de edad y consumo de anticonceptivos orales, se encontró que la mayor frecuencia estaba en el grupo de los 29-37 años, tanto para casos con métodos anticonceptivos como sin éstos, con alta relación estadística entre el consumo de anticonceptivos y la coexistencia de virus del papiloma humano.

Tabla 5. Participantes según nivel de conocimientos sobre la importancia de la prueba citológica, evaluado antes y después de la intervención. Chambas. 2017.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	23	54,8	42	100,0
Inadecuado	19	45,2	0	0,0
Total	42	100,0	42	100,0

Prueba de McNemar $p = 0,000$

La **tabla 5** muestra la distribución de pacientes según el nivel de conocimientos sobre la importancia de la prueba citológica, evaluado antes y después de desarrollar la intervención comunitaria.

Se observó que, en la encuesta diagnóstica realizada al comienzo de la investigación, solo 19 de las participantes no presentaban un nivel de conocimientos adecuado sobre la importancia de la prueba citológica en la prevención precoz de cáncer de cérvix para el 45,2% de la muestra, y 23 féminas (54,8%) marcaban los ítems correctos de la encuesta.

Algunos autores coinciden que los grupos de riesgo son aquellos con la mayor incidencia de cáncer en quienes no se han realizado la citología vaginal de forma periódica, casi todas con más de 50 años, como no se realizaron pruebas de detección precoz, no se diagnosticaron a tiempo las lesiones pre malignas que con tratamiento adecuado hubieran prolongado la esperanza de vida (40,44).

Tabla 6. Participantes según nivel de conocimientos general acerca del cáncer de cérvix antes y después de la intervención. Chambas. 2017.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	10	23,8	40	95,2
Inadecuado	32	76,2	2	4,8
Total	42	100,0	42	100,0

Prueba de McNemar $p = 0,000$

La tabla 6 muestra la distribución de pacientes según el conocimiento general sobre el desarrollo del cáncer Cérvico Uterino, evaluado antes y después de desarrollar el programa capacitante.

Se pudo observar que antes de comenzar la intervención, 10 de las participantes presentaron un nivel de conocimientos adecuados sobre los conocimientos generales de riesgo susceptibles para un 23,8% del total, mientras que 32 (76,2%), respondían erradamente los ítems consignados en el cuestionario.

Una vez finalizada la capacitación, el nivel de conocimientos adecuados aumentó favorablemente, y a pesar de terminar elevado el número de respuestas adecuadas aumento sensiblemente a 40 (95,2%), la modificación de conocimientos resultó significativa por los buenos resultados observados en la encuesta inicial.

Las intervenciones educativas para la prevención del CC son una metodología que se ha comenzado a incorporar como estrategia de prevención en los últimos años, debido a su bajo requerimiento de recursos (humanos y materiales), como la necesidad de aumentar el nivel educacional en la población objetivo, a sabiendas que una población educada en salud mejora sus conductas preventivas, nuestro resultado coincide con los expuestos por diferentes autores donde reafirman que con los actuales avances tecnológicos se podría pensar que las estrategias apuntan a la utilización de dichas tecnologías a la hora de educar a la población sobre un tema en

particular. Sin embargo, es importante considerar los recursos con los cuales se cuenta, las características de la población a intervenir (ej., nivel educacional) y la factibilidad de la aplicación de la tecnología sobre el tema que se desea educar. Las sesiones de discusión y los folletos educativos parecen ser las estrategias más ampliamente utilizadas, debido probablemente a que su bajo costo las hace accesibles y asegura la entrega de la información necesaria. No obstante, es de considerar que su utilización suele no ser la única metodología a emplear, considerando la combinación de éstas entre sí o con otras metodologías, según los recursos disponibles. La importancia final radica en la elección de una metodología que garantice la retención de los contenidos entregados en la población beneficiada (40).

La utilización de los métodos y técnicas de investigación posibilitaron obtener la información necesaria para realizar el diagnóstico a mujeres adultas, sobre el cáncer Cérvico Uterino y en la promoción de estilos de vida saludables. Esto constituyó el punto de partida para la elaboración de la estrategia de intervención educativa basada en la filosofía materialista dialéctica e histórica, en el enfoque socio histórico cultural y en la sociología marxista. La efectividad de la estrategia se evaluó de aceptable en este capítulo, constatándose mediante la aplicación de variadas técnicas y los resultados a partir de los fines y objetivos propuestos. Quedó demostrada la efectividad de la intervención educativa, pues fueron modificados los conocimientos inadecuados que tenían las mujeres en el área de salud Policlínico “Julio Castillo”, Chambas, Ciego de Ávila, sobre la prevención de factores de riesgo del cáncer Cérvico Uterino.

CONCLUSIONES

Predominaron las edades de la tercera década de la vida. Se encontraron diferencias significativas entre la evaluación antes y después del nivel de conocimientos sobre el riesgo del cambio frecuente de pareja y enfermedades de transmisión sexual y su relación con el cáncer Cérvico Uterino, así como el hábito tabáquico, la ingestión de anticonceptivos hormonales y sobre la importancia de la prueba citológica como medio de diagnóstico precoz, resultando una modificación positiva y significativa en el nivel de conocimientos, el nivel de conocimientos general, también resultó en un cambio significativo en forma de mejoría.

RECOMENDACIONES

1. Incrementar los estudios provinciales de epidemiología genética en el cáncer Cérvico Uterino con el objetivo incrementar los conocimientos sobre factores de riesgo genéticos.
2. Aplicar el diseño de la estrategia preventiva a todas las familias afectadas por la enfermedad en el municipio y hacerlo extensivo a la provincia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Erice Candelario AI, Román Fernández L, Ulloa Cruz V, Peláez Mendoza J, Juncal V. Afecciones Ginecológicas. En: Álvarez Sintés R, editor. Medicina General Integral: Principales afecciones en los contextos familiar social. Ciudad de la Habana: Ciencias Médicas; 2008.
2. Martínez Martínez A, Díaz Ortega I, Carr Pérez A, Varona Sánchez JA, Borrego López JA, Isabel de la Torre A. Análisis de los principales factores de riesgo relacionados con el Cáncer Cérvico Uterino en mujeres menores de 30 años. Rev. Cubana Obst Ginecol [serie en Internet]. 2010 [citado 10 Abr 2016]; 36(1): [aprox. 8p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2010000100008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
3. González Martínez WJ. Comportamiento del programa de pezquisaje de cáncer Cérvico Uterino. [página en Internet]. 2008 [citado 15 May 2016]: [aprox. 10 p.] Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/1178/2/Comportamiento-del-programa-de-pesquisaje-de-cancer-Cérvico-Uterino>
4. Castañeda Iñiguez MS. El cáncer cervical como problema de salud pública en mujeres mexicanas y su relación con el virus de papiloma humano. [Tesis doctoral]. Barcelona: 2008 [citado: 9 agos 2016]: [aprox. 3 p.]. Disponible en: http://www.tesisenxarxa.net/TESIS_UAB/AVAILABLE/TDX-1125105175123/msci1de1.pdf.
5. Instituto Nacional del Cáncer. Los virus del papiloma humano y cáncer: preguntas y respuestas [en Internet]. 2009? [Citado 7 ene 2016]: [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Risk/HPVspanish>
6. Kresge KJ. Cervical cancer vaccines: introduction of vaccines that prevent cervical cancer and genital warts may fore-shadow implementation and acceptability issues for a future AIDS vaccine. IAVI Rep 2013; 9(5):2.

7. Tirado-Gómez LL, Mohar-Betancourt A, López-Cervantes M, García-Carrancá A, Franco-Marina F, Borges G. Factores de riesgo de Cáncer Cérvico Uterino invasor en mujeres mexicanas. *Salud pública Méx* 2013; 47(5):342-350.
8. Valentín Martínez C, Torrientes Hernández B. Neoplasia cervical en la mujer climatérica. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2008; 32(1): 18. [aprox 10 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S102502552009000200006&script=sci_arttext
9. Mendoza del Pino M, Caballería Pérez F, García Oms C, Galán Álvarez Y. El cáncer en la provincia de Camagüey. Su comparación con el país. *Rev Archivo Médico de Camagüey* 2007; 5 (Supl 2): 13.
10. Dirección Nacional de Estadísticas. Anuario Estadístico de Salud. La Habana: ONE; 2008.
11. Núñez Herrero L, Yanes Calderón M. Citología orgánica: temor o desconocimiento. *Rev Cubana Med Gen Integr* [serie en Internet]. 2007 [citado 4 Ene 2016]; 23(2): [aprox.10p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol23_2_07/mgi08207.htm.
12. Cabrera M. Prueba citológica: minutos que salvan. *Periódico Trabajadores* [página en Internet]. 2007[citado 4 Ene 2016]. [aprox. 2 pantallas]. [Disponible en: www.trabajadores.cuba.web.cu/2016/junio08/salud/prueba.htm-21k
13. Domínguez Alonso E, Seuc Jo AE, Galán Álvarez Y, Tuero Iglesias A. Carga del cáncer ginecológico en Cuba. *Rev Cubana Salud Púb*[serie en Internet]. 2008[citado 4 Ene 2016]; 35(3):[aprox. 5 p.]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol35_3_09/spu03309.htm
14. Rigol O. Obstetricia y ginecología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.
15. Vázquez Márquez A, González Aguilera JC, de la Cruz Chávez F, Almirall Chávez AM, Valdés Martínez R. Factores de riesgo del cáncer de cérvix uterino. *Rev Cubana Obstet Ginecol*[serie en Internet]. 2008[citado 4 Ene 2016]; 34(2): [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol34_2_08/gin07208.htm

16. Ciri3n Mart3nez G. Anatom3a Patol3gica. Temas para enfermer3a. Ciudad de la Habana: Ciencias M3dicas; 2006.
17. Amaro Hern3ndez F, Polo Cardoso K, Mendoza del Pino M, Pareta L, Cardoso N3ñez O. Comportamiento de algunos factores de riesgo asociados a la aparici3n del C3ncer C3rvico Uterino en un 3rea de salud. Rev Archivo M3dico de Camag3ey 2012; 7 (supl. 2): 7.
18. Rosell Juarte E, Mu3oz Dobargane A, Cepero Mu3oz F, Cardoso Hern3ndez J. Estenoz Fern3ndez A. Factores de riesgo del c3ncer de cuello uterino. Rev Archivo M3dico de Camag3ey 2007; 11(Supl I): 2.
19. Varela 3lvarez A, Valladares Lorenzo R, Ferr3 Torres TM, Durruthy Wilson O, C3rdova Dalacio D, Mendoza del Pino M. C3ncer C3rvico Uterino. Comportamiento durante el quinquenio 2002-2006 en la provincia Camag3ey. MediCiego 2008; 14(2):3.
20. Le3n Cruz G, de Jes3s Bosques Diego O. Infecci3n por el virus del papiloma humano y factores relacionados con la actividad sexual en la g3nesis del c3ncer de cuello uterino. Rev Cubana Obstet Ginecol [serie en Internet].2008 [citado 6 Jun 2016]; 31(1):[aprox. 10 p.].Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol31_1_05/gin10105.htm
21. Sociedad Espa3ola de Ginecolog3a. La infecci3n por papilomavirus Espa3a:SEGO;2013.
22. Sun CA, Liu JF, Wu DM, Nieh S, Yu CP, Chu TY. Viral load of high-risk human papillomavirus in cervical squamous intraepithelial lesions. Int J Gynaecol Obstet 2013; 76: 41-7.
23. Sarduy N3poles M. Caracter3sticas cl3nicas y sociodemogr3ficas en un grupo de mujeres con lesiones escamosas intraepiteliales cervicales de alto grado. Rev Cubana Obstet Ginecol [serie en Internet].2008 [citado 25 may 2016]; 34(2):[aprox. 6 p.]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol34_2_08/gin08208.htm
24. Ferr3 Torres TM, Estrada Abreu DR, Bermejo Bencomo W. C3ncer C3rvico Uterino y verrugas ano-genitales. Su relaci3n. Arch M3d Camaguey [serie en

- Internet]. 2008[citado 14 Ene 2016]; 12(1): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2008/v12n1-2008/2292.htm>
25. Castellsagué X, Bosch FX, Muñoz N. Environmental co-factor in PVH Carcinogénesis. *Virus research* 2012; 89(2):191-99.
 26. León Cruz G, Bosques Diego OJ, Silveira Pablos M. Mecanismos moleculares de los cofactores asociados con el cáncer de cuello uterino. *Revista Cubana Obstetrician y Ginecología* 2007; 30(3):14.
 27. Murthy NS, Matthiw A. Risk factors for precancerous lesion of the cervix. *Europen Journal of Cancer Prevention* 2013; 9: 5-14.
 28. Wikipedia.org. Cáncer cervical [página en Internet]. [actualizado 28 Jun 2010;citado 28 Jun 2014]. [aprox. 8 pantallas]. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/C%C3%A1ncer_cervical
 29. Harvard Health Publications. Cáncer del cérvix (del cuello de la matriz) [página en Internet]. [actualizado 04 Sep 2008;citado 13 Feb 2014]. [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.vidaysalud.com/su-salud-de-a-a-z/enfermedades-y-condiciones/ac/cancer-del-cervix-del-cuello-de-la-matriz/>
 30. Valentín Martínez C, Torrientes Hernández B. Neoplasia cervical en la mujer climatérica. *Revista Cubana Obstetricia y Ginecología* [serie en Internet].2008 [citado 15 Jun 2014]; 32(1) [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol32_1_06/gin01106.htm
 31. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer Cérvico Uterino. La Habana: Ciencias Médicas; 2008.
 32. Mendoza LP. et.al. Características clínico-demográficas y tipificación del virus de papiloma humano en mujeres paraguayas con citologías negativas para lesión escamosa intraepitelial. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud*, Vol. 10(1) Junio 2012: 46-55.
 33. de Sanjosé S, Diaz M, Castellsagué X, Clifford G, Bruni L, Muñoz N, et al. Worldwide prevalence and genotype distribution of cervical human papillomavirus DNA in women with normal cytology: a meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. 2007; 7(7):453-9.

34. Lewis, MJ. A situational analysis of cervical cancer in Latin America and the Caribbean. Washington, D.C : PAHO; 2004.
35. Almonte M, Albero G, Molano M, Carcamo C, García PJ, Pérez G. Risk factors for human papillomavirus exposure and co-factors for cervical cancer in Latin America and the Caribbean. *Vaccine*. 2008; 26(Suppl 11): L16-36.
36. Castellsagué X. Natural history and epidemiology of HPV infection and cervical cancer. *Gynecol Oncol*. 2008; 110(3 Suppl 2):S4-7.
37. Internacional Agency Research on Cancer-World Health Organization. *Cervix Cancer Screening*. Lyon: IARC Press, 2015.
38. Maehama T. Epidemiological study in Okinawa, Japan, of human papillomavirus infection of the uterine cervix. *Infect Dis Obstet Gynecol* 2015; 13(2):77-80.
39. Cavalcante de Barros D. Consumo alimentar de gestantes adolescentes no Municipio do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública* 2014; 20(1):115-211.
40. Leung Sh, Leung I. Cervical cancer screening: knowledge, health perception and attendance rate among Hong Kong Chinese women. *Int J Womens Health* 2011;2: 221-8.
41. Lucía Salazar E. Influencia del uso de anticonceptivos orales como factores de riesgo para infeccion por virus del papiloma humano y neoplasia intraepitelial cervical. *Ginecol Obstet Mex* 2015;73:83-89.
42. Prokopczvk B, Cox JE, Hoffmann D, Waggoner SE. Identification of tobaccospecific carcinogen in the cervical mucus of smokers and non-smokers. *J Natl Cancer Inst*. 1997;89:868-73.
43. Poppe WA, Ide PS, Drijkoningen MP, Lauweryns JM, Van Assche FA. Tobacco smoking impairs the local immunosurveillance in the uterine cervix. An immunohistochemical study. *Gynecol Obstet Invest*. 1995;39:34-8.
44. Wisner C, Touar S, Cendels R, Vejerano M. Organización de los servicios de Salud para el control del cáncer de cuello uterino en el municipio Soacha (Colombia). *Rev Colomb Cancerol* 2016; 10(2):98-108.

ANEXOS

Anexo I

Consentimiento informado para la participación en la investigación.

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

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

Firma de la participante

Dra. Yarisleidy Paz García.

Anexo II

Encuesta 1

Se realiza una investigación sobre factores de riesgo en el cáncer Cérvico Uterino, su colaboración es necesaria para lograr la obtención de la información adecuada que permita alcanzar los objetivos propuestos.

Datos generales:

Edad: ____

1. Según tus conocimientos marca con una x. ¿Cuáles son los riesgos que tienen las personas que cambian frecuentemente de parejas sexuales?

- a) ____ Presentar anemia.
- b) ____ Infectarse con VIH.
- c) ____ Contraer infecciones respiratorias y cardiovasculares.
- d) ____ Enfermar de Blenorragia.
- e) ____ Enfermar de Hepatitis B.
- f) ____ Enfermar de Sífilis.
- g) ____ Presentar virus del papiloma humano.

2. ¿Marque verdadero (v) o falso (f) según corresponda? ¿Cuáles son los riesgos del Hábito de Fumar?

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

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

- a) ____ Provoca cambios en el cérvix que propician la aparición de neoplasias.
- b) ____ Aumenta la fertilidad a largo plazo.

- c) ___ Aumenta la libido en la mujer.
- d) ___ No representa un riesgo para el cáncer de cérvix.
- e) ___ Es muy beneficioso y evita la gastritis.

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

- a) ___ Se debe realizar cada 3 años.
- b) ___ Es un método de detección precoz de neoplasias intracervicales.
- c) ___ Se debe realizar solo cuando la mujer presenta síntomas asociados.
- d) ___ Se debe realizar de forma periódica todos los años.
- e) ___ Evita los embarazos no deseados.
- f) ___ Detecta cualquier enfermedad de transmisión sexual.

ESCALA DE CALIFICACIÓN

Para la evaluación del nivel de conocimiento se dará una puntuación de 5 a cada respuesta correcta, la suma total de los ítems será en escala de 100 puntos. No se otorgará calificación a las respuestas negativas.

La calificación final se evaluará con los siguientes criterios:

Niveles de evaluación

I. Evaluación general

Nivel de conocimientos adecuado: los que obtengan calificación de 80 a 100 puntos.

inadecuado: calificación menor de 80.

II. Evaluación por acápite

1. Riesgo de cambio frecuente de parejas.

Evaluación máxima de 35 puntos si todas las respuestas son satisfactorias.

Se evaluará el conocimiento de adecuado los que respondan correctamente de 3 a 4 respuestas correctas.

Inadecuado: 1 respuesta correcta.

2. Riesgo del hábito de fumar

Se evaluará el conocimiento de adecuado los que respondan correctamente de 4 a 5 respuestas correctas.

Inadecuado1 respuesta correcta.

3. Riesgo de los anticonceptivos hormonales

Se evaluará el conocimiento de adecuado los que respondan correctamente de 4 a 5 respuestas correctas.

Inadecuado1 respuesta correcta.

.4. Prueba Citológica. Importancia

Se evaluará el conocimiento de adecuado los que respondan correctamente de 5 a 6 respuestas correctas.

Inadecuado1 respuesta correcta.

Anexo III

DISEÑO DE ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA

Área de salud Chambas

Ciego Ávila

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

Para la ejecución de este trabajo se utilizó un programa educativo para evaluar los conocimientos sobre los factores de riesgo del cáncer Cérvico Uterino y la importancia acerca de la citológica en las femeninas adultas y promover la realización de la misma.

Le estrategia educativa constó de 5 actividades que fueron impartidas una vez por semana en horario vespertino.

Pprograma educativo para aplicar conocimientos sobre factores de riesgo del cáncer Cérvico Uterino y sobre la importancia de la prueba citológica a las mujeres adultas y promover prácticas de salud encaminadas a erradicar estilos de vida perjudiciales para la salud.

Tema 1. Presentación del programa y su metodología.

Sumario:

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

Objetivos:

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

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

Recursos: Lápices y hojas.

Frecuencia: semanal.

Responsables: Doctora del área.

Participantes: Mujeres adultas.

Tema 2: Definición Sexual Segura.

Sumario:

1 - Conflictos de los pacientes.

2 - Los deseos sexuales.

Objetivos:

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

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

Tipo de Actividad: Debate y reflexión sobre. “Los tropiezos”

Recursos: Lápices y hojas

Frecuencia: semanal.

Responsable: Doctora del área.

Participantes: Fémias adultas.

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

Tema 3: Factores de riesgo, hábito de fumar.

Sumario:

1 – Informar sobre el estado actual de la enfermedad.

2 – Analizar los factores de riesgo del cáncer de cérvix y repercusión del hábito de fumar.

Objetivos:

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

Tipo de Actividad: Conferencia.

Recursos: Computadora.

Frecuencia: semanal.

Responsable: Doctora del área.

Participantes: Fémimas adultas.

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

Tema 4: Factores de riesgo, anticonceptivos orales.

Sumario:

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

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

3- Etiopatogenia de la mucosa cervical.

Objetivos:

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

Tipo de Actividad: Conferencia.

Recursos: Computadora.

Frecuencia: semanal.

Responsable: Doctora del área.

Participantes: Fémimas adultas.

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

Tema 5: Prueba Citológica o de Papanicolaou, generalidades.

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

Objetivo:

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

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

Recursos: Equipo de video

Frecuencia: Semanal.

Responsable: Doctora del área.

Participantes: Fémimas adultas.

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

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

Anexo IV

Entrevista

Objetivo: Comprobar el conocimiento que poseen las mujeres sobre el cáncer Cérvico Uterino y los riesgos de adquisición.

Responde las siguientes preguntas.

1. ¿Cada qué tiempo se debe realizar la prueba citológica?
2. ¿Con qué objetivos se realiza la prueba citológica?
3. Menciona algunos síntomas que debe sentir una mujer para que acuda a realizar su prueba citológica.
- 4 ¿Qué enfermedades pueden aparecer al realizarte la prueba Citológica?