

**Facultad de Ciencias Médicas**

**Dr. José Assef Yara**

**Ciego de Ávila**

**Policlínico Comunitario Docente**

**“Pedro Ballester”**

**Primero de Enero**

**Intervención Educativa sobre el conocimiento de la Citología  
Cérvico-Vaginal en el área de Pedro Ballester.**



**Autora:** Diranis López Guillen. Lic.Enfermería.

**Tutor:** Dr. Reinerio Rubio Rojas.

Especialista de Primer Grado en Ginecología y Obstetricia.

Profesor Instructor.

Master en atención integral a la mujer.

**TRABAJO DE TERMINACIÓN DE TESIS PARA OPTAR POR EL TITULO DE  
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA COMUNITARIA.**

**Ciego de Ávila  
2010-2011**

**Facultad de Ciencias Médicas**

**Dr. José Assef Yara**

**Ciego de Ávila**

**Policlínico Comunitario Docente**

**“Pedro Ballester”**

**Primero de Enero**

**Intervención Educativa sobre el conocimiento de la Citología  
Cérvico-Vaginal en el área de Pedro Ballester.**

**Autora:** Diranis López Guillen. Lic.Enfermería.

**Tutor:** Dr. Reinerio Rubio Rojas.

Especialista de Primer Grado en Ginecología y Obstetricia.

Profesor Instructor.

Master en atención integral a la mujer.

**TRABAJO DE TERMINACIÓN DE TESIS PARA OPTAR POR EL TITULO DE  
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA COMUNITARIA.**

**Ciego de Ávila  
2010-2011**

## **PENSAMIENTO**

...Y si la mujer es físicamente más débil, si la mujer tiene que ser madre, si encima de sus obligaciones sociales, si encima de su trabajo, lleva el peso de la reproducción y en sus entrañas al hijo que ha de nacer, es justo que a la mujer se le tenga en la sociedad todo el respeto que merece y todas las consideraciones que merece.

**Fidel Castro**

## **AGRADECIMIENTO**

- ❖ A Fidel, por la firme disposición de desarrollar en este ejército de guardianas de la salud, el paradigma del desarrollo social de la medicina, para ponerlo al servicio de nuestro pueblo y de toda la humanidad.
- ❖ A mis familiares, que me apoyaron e incentivaron con su que hacer diario estos esfuerzos.

## **DEDICATORIA**

- ❖ A la Revolución que me ha brindado la oportunidad de estudiar y superarme.
- ❖ A mis padres y familiares por su apoyo espiritual e incondicional.
- ❖ A mi esposo y a sus padres por su ayuda y comprensión.
- ❖ A mi hija por ser la fuente de inspiración y esfuerzo.

# ÍNDICE

<b>Denominaciones</b>	<b>Páginas</b>
INTRODUCCIÓN.....	1
OBJETIVOS.....	4
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO.....	5
CAPÍTULO II. MATERIAL Y MÉTODOS.....	14
CAPÍTULO III. ANALISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	23
CONCLUSIONES.....	35
RECOMENDACIONES.....	36
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	37
ANEXOS	

## **RESUMEN**

Con el comienzo de las relaciones sexuales en edades mas temprana y la tendencia a tener múltiples compañeros sexuales, el riesgo de presentar cáncer de cuello uterino se ha incrementado en las últimas décadas y la citología cervico-vaginal permite determinar precozmente las lesiones premalignas, es por esta razón que se pretende a través de esta investigación elevar el nivel de conocimiento de nuestra población sobre la citología cérvico-vaginal en las mujeres del grupo básico de trabajo, a través de un programa de intervención educativa. Se realizó un estudio pre experimental del tipo (antes y después) en el policlínico norte del municipio Morón, el universo y muestra estuvo constituida por 125 mujeres de 25 a 60 años de edad, se estudiaron variables generales, vías por las cuales ha oído hablar de la citología cervico-vaginal, requisitos indispensable para su realización, edad de comienzo, periodicidad con que se realizan, alteraciones que pueden detectarse, formas de diagnóstico temprano, técnica de la realización de ésta. Los datos se obtuvieron a través de una encuesta, se utilizó el porcentaje como medida de resumen y el Chi cuadrado para el análisis estadístico. Antes de la intervención educativa existía un nivel de conocimiento inadecuado sobre los requisitos indispensables para la toma de muestra, la edad de comienzo y de terminación así como su periodicidad y posibles resultados, variables que alcanzaron un nivel de conocimiento adecuado después de la intervención educativa, con significación estadística. La intervención educativa logró elevar el nivel de conocimiento sobre la citología cérvico-vaginal en las pacientes estudiadas.

**Palabras Claves:** citología cérvico-vaginal, intervención educativa.

## INTRODUCCIÓN

Son dos los factores relacionados con la importante reducción de la frecuencia del cáncer invasor del cervix, observada en todo el mundo. El primero es el cocimiento de un trastorno patológico del epitelio cervical que representa un cambio neoplásico preinvasor en potencia maligno y se denomina carcinoma in situ. Es fácil de tratar y su extirpación o destrucción evita que aparezca un cáncer cervical invasor. El segundo es la perfección de una prueba eficaz de detección que permite identificar ese trastorno neoplásico preinvasor en mujeres asintomáticas y se denomina citología cervico-vaginal. Con la introducción de programas amplios de detección por citología, el índice de cáncer cervical invasor se redujo, en tanto que las que corresponde a carcinoma in situ y otras formas de neoplasia intraepitelial aumentaron (1, 2, 2, 3 y 4).

Según datos oficiales, en el 2003 fallecieron 465 cubanas por cáncer cérvico-uterino (5, 6). De ellas, más de 300 no habían acudido a practicarse dicho examen o se lo habían hecho sólo en una ocasión, no asistían a la consulta por miedo a que les detectaran algún daño o porque se sentían bien y lo consideraban innecesario (7).

Se han identificado factores de riesgo como el comienzo de las relaciones sexuales en edades tempranas, múltiple compañeros sexuales la infección por virus del papiloma humano, el tabaquismo (8-14).

La etiología de esta neoplasia es multifactorial y a pesar de que muchas investigaciones han aportado información valiosa sobre diversos factores etiológicos, se desconoce su mecanismo de acción (15).

En Cuba el cáncer cervico uterino ha ocupado entre el tercer y cuarto lugar en incidencia y del tercero al quinto en mortalidad en el último quinquenio (2).

Desde el año 1967 el MINSAP desarrolla un programa nacional para el diagnóstico precoz del cáncer cérvico uterino (PDPCCU), el cual fue revisado en 1984 y posteriormente en 1994 con recomendación sobre procedimientos que por su importancia deben ser del conocimiento del equipo integral médico de familia (1,3) con el propósito de identificar los factores de riesgo, relacionados con el cáncer cérvico uterino.

En países en vías de desarrollo; donde el tamizaje con citología y las facilidades tecnológicas estén disponibles, una de las razones primarias para el fallo de este esquema es que el seguimiento de las pacientes es inadecuado. Actualmente los científicos del universo, interesados en el estudio del cáncer cervico uterino, aceptan que su diagnóstico precoz; unido con el tratamiento más conservador, es uno de los problemas de mayor importancia a resolver, que permitirá mantener la salud, capacidad reproductiva, laboral y sexual de la mujer de estos tiempos (16).

Las neoplasias malignas constituyen enfermedades cuyo origen aún se explora y son de tratamiento parcialmente eficaz; a escala mundial se deben al cáncer 1 de cada 10 defunciones, todos los años se diagnostican unos 6 millones de casos nuevos en más de la mitad de los países en desarrollo, además, mueren anualmente 4,3 millones de personas en el mundo (2).

En los últimos años, la aplicación del Programa de Atención Integral a la Mujer (PAMI) ha determinado que en Cuba el médico de la familia incluya en su trabajo diario las actividades relacionadas con la prevención y el diagnóstico temprano de las enfermedades premaligna del cuello uterino, debido al aumento creciente de la morbilidad y la mortalidad por esta causa (1 y 4).

En Cuba el Programa Nacional de detección precoz del cáncer cérvico uterino conjuga los tres métodos diagnósticos más utilizados mundialmente: la toma de muestra citológica, la colposcopia, y la biopsia dirigida (16).

En las mejores condiciones, la sensibilidad de la citología cérvico-vaginal es alrededor del 80 % en las mujeres de 25 a 60 años (17), si tomamos en cuenta que la cobertura no llega en estos momentos al 90% como se pide en el programa nacional, lo más importante para nosotros es elevar el nivel de conocimiento en nuestra población para que con la periodicidad requerida se realicen este examen (4).

Es importante dominar los niveles de conocimiento que posee la mujer sobre la protección que brinda la citología cérvico-vaginal en la prevención del cáncer de cérvix, para así poder organizar programas efectivos de divulgación y hacer propaganda de aquellos aspectos desconocidos o menos difundidos entre la población femenina para la aplicación sistemática y periódica de este examen, sobre todo por el papel primordial que juega este método al ser una técnica de fácil realización que no requiere empleo de gran tiempo ni el despliegue de recursos costosos (17).

Debido a la alta incidencia de las patologías del cérvix en el municipio Morón y sobre todo en esta área de salud, se decide realizar una investigación para evaluar el nivel de conocimiento sobre la citología cérvico-vaginal y de acuerdo a las deficiencias encontradas trazar una intervención educativa con la finalidad de incrementar el nivel de conocimiento y por tanto la detección precoz de las afecciones premalignas del cuello uterino.

En tales circunstancias se considera como fundamento de la presente investigación la necesidad de desplazar el diagnóstico del cáncer de cérvix a etapas cada vez más tempranas y la posibilidad de efectuar acciones de salud encaminadas a incrementar la percepción de riesgo y de aumentar la cobertura del pesquizado, con un estudio de intervención educativa en las mujeres entre 25 y 60 años de edad del grupo básico de trabajo del área de Pedro Ballester.

Pregunta investigativa: **¿Cómo elevar en las pacientes del área de Pedro Ballester el nivel de conocimiento en relación a la citología cervico-vaginal?**

**Hipótesis:** Aplicando un programa de intervención educativa en las pacientes del área de Pedro Ballester sobre la citología cérvico-vaginal, podrá elevarse el nivel de conocimiento sobre la frecuencia, edades en la que se comienza a realizar, periodicidad, afecciones que pueden aparecer, posibles diagnósticos que pueda arrojar, la técnica que se utiliza, la inocuidad del método, contribuyendo al diagnóstico precoz de las enfermedades del cérvix.

## **OBJETIVOS**

### **GENERAL**

Elevar el nivel de conocimiento sobre la citología cérvico-vaginal en mujeres entre 25 a 60 años de edad del área de Pedro Ballester, a través de un programa de intervención educativo.

### **ESPECÍFICOS**

1- Distribuir las pacientes a estudiar según variable:

- ❖ Grupos de edades
- ❖ Ocupación
- ❖ Nivel de escolaridad

2- Identificar el nivel de conocimiento sobre la citología cérvico-vaginal

3- Identificar los medios por los que adquieren la información.

4- Evaluar antes y después de la intervención educativa el nivel de conocimiento general sobre la citología cérvico-vaginal.

# CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

El cuello del útero es tanto un centinela para las infecciones potencialmente graves de la parte superior del aparato genital como un órgano diana para los carcinógenos viral o químico, que puede dar lugar a carcinomas infiltrantes. Lo primero constituye una de las manifestaciones clínicas más habituales en la práctica ginecológica y es frecuente que resulte molesto tanto para la paciente como para el médico. Sin embargo, la potencial amenaza del cáncer es esencial para los programas de detección selectiva con citología cérvico-vaginal.

Aunque las fases precoces pueden ser asintomáticas, resultan detectables empleando los métodos disponibles en la actualidad. Este concepto del desarrollo de las neoplasias premalignas cervicales ha convencido a muchos de que el control de la enfermedad es una meta alcanzable en un futuro próximo. Es posible erradicar la mayor parte de las muertes debidas al cáncer cervical empleando las técnicas diagnósticas y terapéuticas disponibles en estos momentos (16). Hay pruebas convincentes que demuestran que los programas de detección precoz permiten reducir de forma eficaz la mortalidad debida al cáncer cervical invasor (1,4).

El cáncer cervicouterino es uno de los problemas más grandes de la salud pública a pesar de contarse con una técnica eficaz de detección. Es más frecuente en mujeres de bajo nivel socioeconómico con vida sexual activa y alta multiparidad. Se asocia además con la edad temprana a la primera relación sexual y múltiples compañeros sexuales, el tabaquismo, uso de anticonceptivos y la infección de algunos tipos de virus del papiloma humano. Factores inmunológicos y otros como la dieta. También, se ha discutido la mayor frecuencia de la aparición del carcinoma adenoescamoso de cérvix en pacientes que utilizan o han utilizado por largos períodos hormonas, como los anticonceptivos orales (1, 2, 3, 4).

Su lenta evolución desde los estadios preinvasivos hasta los de cáncer invasor posibilita su detección precoz y por lo tanto un tratamiento eficaz.

Ha sido demostrado mediante estudios epidemiológicos la efectividad de la citología orgánica practicada a intervalos regulares para detectar precozmente el cáncer cervicouterino reduciéndose hasta en un 60% la incidencia y mortalidad por esta patología (5, 6, 7).

El concepto de precursores de cáncer cervicouterino, se remonta a finales del siglo XIX, cuando se reconocieron zonas de cambio epitelial atípica no invasora en tejido adyacente a cáncer invasor (William 1888). (8). 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) (9).

En 1941, George Papanicolau 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 (10).

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 y de costo más justificado para la detección del cáncer de cuello uterino. Al aumentar la detección de la enfermedad pre invasiva e invasiva temprana, el frotis de Papanicolaou redujo la incidencia y mortalidad del cáncer de cuello uterino en comunidades con programas activos de detección. Un solo resultado negativo en el frotis disminuye el riesgo de cáncer hasta en 45% y nueve frotis negativos a lo largo de la vida reducen el riesgo en un 99%. 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. La mujer de más de 65 años debería continuar practicándose el muestreo, ya que es en ese grupo donde se producen hasta 25% de los casos de cáncer cervicouterino y 41% de las muertes por esa enfermedad (10).

George Papanicolaou introdujo la recolección de las células cérvico-uterinas del fondo de saco vaginal posterior como método de hallazgo de cáncer cervicouterino temprano. 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 cervicouterino (10).

Richard y sus colaboradores identificaron el componente invasor del cáncer cervicouterino plano o escamoso, que se logró en parte el uso del colposcopio para definir la zona de transformación del cuello uterino.

Se acuñó la denominación de neoplasia intraepitelial cervical y se reflejó la participación creciente de la capa epitelial en los grados: en la neoplasia intraepitelial cervical (NIC) grado I cuando menos de la mitad de las células del epitelio era anormal; en la neoplasia intraepitelial cervical (NIC) II había casi 66% de afección y en la neoplasia intraepitelial cervical (NIC) III estaba afectado todo el grosor (10).

En el sistema Bethesda (1990) se utilizan las categorías siguientes:

- Sin datos de células malignas.
- Con células escamosas atípicas de significado intermedio (CEASI) que representan alguna variedad de cambios hallados en las células precancerosas; pero que no son diagnósticos.
- Lesión intraepitelial plana de bajo grado (LIBG) para células con hallazgos consistentes con los efectos del virus del papiloma humano (HPV) o cambios de tipo neoplasia intraepitelial cervical (NIC) I.
- Lesión intraepitelial plana o escamosa de alto grado o mayor (LIAG) para células con hallazgos consistentes con neoplasia intraepitelial cervical (NIC) II-III o carcinoma in situ. La capacidad de discernir entre esas categorías era limitada; pero los cambios citológicos eran diferentes a los del efecto del

virus del papiloma humano (VPH) en la neoplasia intraepitelial cervical (NIC) I (10).

Para interpretar correctamente los resultados de la citología cérvico-vaginal debe tenerse en cuenta diferentes aspectos.

- La citología cérvico-vaginal no es un elemento diagnóstico, sino un mecanismo de detección selectiva. El diagnóstico depende de una biopsia tisular.
- La citología cérvico-vaginal solo es válida para la detección selectiva de la NIC. Las afecciones neoplásicas del cuerpo, las trompas o los ovarios rara vez están asociadas con hallazgos citológicos cervicales positivos.
- La citología cérvico-vaginal debe llevarse a cabo con cuidado si se pretende una máxima exactitud. Deben tomarse las muestras de la zona de transformación del cérvix, en la que aparentemente se originan la mayor parte de las lesiones. En la mujer posmenopáusica esta zona puede hallarse en las porciones más superiores del canal endocervical. La toma de muestra para todo frotis cervical debe permitir evaluar tanto el epitelio de la portio del cuello uterino mediante el raspado y el epitelio del endocérnix situando un cepillo o un dispositivo similar de muestreo celular en el interior del canal o aspirando el contenido del canal mediante una pipeta.
- Deben considerarse todas las explicaciones posibles que justifiquen los hallazgos citológicos anormales.

En el año 2001, la tercera conferencia de Bethesda tuvo como resultado cambios más sutiles e importantes. Un tema primordial fue la categoría CEASI. Los resultados restantes del frotis de Papanicolaou atípicos debían designarse como células escamosas atípicas de significado intermedio (CEASI) (10).

De las categorías preinvasoras glandulares, las células glandulares atípicas (CGA) también tienen significado indeterminado (CAG-SI) y sugieren neoplasia. También

se tomaron en cuenta datos del atypical/low grade triade study (ALTS) debido a la mejor forma global de identificar lesiones histopatológicas precancerosas de alto grado en las categorías citológicas CEASI y LIBG. (10) Los propósitos de la conferencia de Bethesda 2001 eran estudiar la citología con resultado CEASI-SI mediante pruebas de DNA para tipos de HPV de alto riesgo y referir a colposcopia a aquellas pacientes con frotis de pap (CEASI) cuando el resultado era positivo (10).

El punto de partida de la detección selectiva (screening) del cáncer de cérvix es la prueba citológica, "Se trata de un proceder simple. Con la espátula se toma una muestra a nivel del orificio cervical (unión escamo-columnar) de las células que se desprenden de manera natural, la cual es analizada por el cito patólogo, para determinar si dichas células son normales o presentan alguna alteración (19). En casos sospechosos, sin lesión visible o la unión escamoso columnar oculta dentro del canal, se debe realizar un legrado o cepillado del canal endocervical. La colposcopia y la biopsia dirigida se han convertido en el primer método para evaluar los resultados de las pruebas citológicas, que informan anormalidades del epitelio (20). Si no se encuentran anormalidades celulares en el examen colposcópico, o si la unión escamocolumnar no se puede visualizar, en una paciente donde el informe de la citología es una atipia celular, se impone llevar a cabo un legrado o cepillado del canal endocervical. (21). Si la zona escamosa columnar se observa en su totalidad, el examen se considerara satisfactorio y no seria necesario dicho proceder.

La conización tiene un doble objetivo: diagnóstico y terapéutico. Debe ser realizada en pacientes con colposcopia normal con una citología alterada o un legrado del canal endocervical positivo, o con colposcopia anormal por no visualizarse la zona de transformación o dificultad para definir la extensión de la lesión, o con carcinoma microinvasivo por la biopsia, o con adenocarcinoma in situ por biopsia o legrado del canal, o con falta de correlación entre la citología, la colposcopia y la interpretación histológica (22-24).

### **Síntomas.**

La edad media de las pacientes con carcinoma in situ es 10 a 15 años inferior a la edad de las pacientes con cáncer invasor del cuello uterino. Los cánceres de inicio rápido en pacientes con citología normal son un fenómeno que se comenta con frecuencia; sin embargo, cuando se evalúan muchas veces la citología parece estar mal documentada.

Las lesiones premalignas del cuello uterino suelen ser asintomáticas y no es frecuente que se observe en la exploración rutinaria. La detección de la lesión se ve considerablemente facilitada por el uso de técnicas citológicas y colposcópica. La mucosa en ocasiones sangra con facilidad al contacto, siendo relativamente frecuente en las pacientes con carcinoma in situ las erosiones o defectos superficiales del ectocérvix, si bien estos hallazgos no son patognomónicos (25). El diagnóstico debe confirmarse siempre mediante secciones histológicas de una muestra de biopsia.

La paciente típica de cáncer cervical probablemente su primer síntoma es una secreción vaginal acuosa teñida de sangre que a menudo pasa desapercibida. El síntoma clásico lo constituye la metrorragia indolora intermitente o el manchado exclusivamente poscoital o después de la higiene diaria, aunque no es el síntoma más frecuente. A medida que crece el tamaño del tumor, los episodios de hemorragia se hacen más importantes, más frecuentes y de mayor duración, también refiere a lo que ella considera un incremento en la cantidad y duración del flujo menstrual, el dolor es el síntoma que aparece más tardíamente (26).

### **Causas, incidencia y factores de riesgo**

Numerosos estudios epidemiológicos publicados en la literatura han establecido la existencia de una asociación positiva entre el cáncer del cuello uterino y múltiples factores sociales interdependientes.

#### **Los factores de riesgo (27, 28):**

**Mujer de alto riesgo:** Es la que se torna sexualmente activa durante los años intermedios de la adolescencia y presenta cierta tendencia a tener múltiples compañeros sexuales.

**Antecedentes familiares de cáncer de cuello uterino:** una persona también tiene un riesgo más alto de padecer de cáncer de cuello uterino si tiene un familiar cercano que haya padecido este tipo de cáncer, al igual que de mama, cáncer ovárico o cáncer de colon. Alrededor del 20 al 30 % de las mujeres con cáncer de cuello uterino tienen antecedentes familiares de esta enfermedad.

**Viral:** Se considera la infección por el virus del papiloma humano, y sus cepas más oncogénicas el factor de riesgo de mayor importancia, transmitido por el contacto sexual.

**Varón de alto riesgo:** La historia sexual de su compañero podría ser tan importante como la propia. Se trata de un nuevo concepto que se aplica a aquellos hombres que tienen como antecedentes haber padecido de cáncer de pene, tener una historia anterior de mujeres con enfermedades malignas del cuello uterino o lesiones preinvasoras.

**Hábito de fumar:** Estudios recientes afirman que las mujeres fumadoras causan modificaciones en el ADN cervical por lo que tienen una susceptibilidad aumentada para el cáncer de cérvix, todo está en dependencia de la cantidad de cigarrillos diarios y los años de exposición.

**Multiparidad:** El solo no constituye un factor de riesgo sino que por lo regular se relaciona con mujeres que comenzaron sus relaciones sexuales por debajo de los 18 años y han tenido varios compañeros sexuales.

**Deficiencias vitamínicas:** El déficit de vitamina A, se encontró en los últimos estudios realizados donde se realizaron tratamientos de reemplazos y un gran porcentaje tuvo una regresión histológica.

**VIH:** Las pacientes portadoras de esta enfermedad tienen el doble de posibilidades de padecer cáncer de cérvix.

**Anticonceptivos:** De forma general ni los orales ni los inyectables tienen influencia sobre la aparición de esta patología.

### **Signos y exámenes.**

El médico le preguntará a la persona acerca de los requisitos indispensables para la realización de la toma de muestra, factores de riesgos y los posibles resultados de las citologías cérvico-vaginal y luego le explicará de forma detallada, los medios diagnósticos y de tratamientos con que contamos:

- Colposcopia: Examen que se realiza con un microscopio a través del cual y con la aplicación de varias sustancias podemos ver las alteraciones que aparecen en el cérvix, este examen se le realiza a todas las pacientes con citologías alteradas.
- Biopsia dirigida: Se denomina a la toma de muestra de la zona colposcopicamente más significativa con pinzas de saca bocado.
- Los tratamientos conservadores como la electrocauterización, la criocirugía y el cono por asa diatérmica o por bisturí.
- Los tratamientos radicales como la histerectomía simple, la ampliada y la radioterapia.
- Las etapas del cáncer de cuello uterino van de 0 a IV. En general, el cáncer de cuello uterino tiene una etapa precancerosa que es el pilar fundamental donde se apoya nuestro trabajo.

### **Prevención.**

En los últimos tiempos ha quedado demostrado que esta patología tiene un comienzo en la transmisión sexual, esto nos da la medida de la importancia de que nuestra población lo conozca, y todos los esfuerzos deben dirigirse en esta dirección, controlando los factores de riesgo y protegiéndose, con nuestro programa lograremos disminuir esta patología que tantas muertes nos está causando.

El cáncer de cuello uterino se trata más fácilmente y a menudo es curable si se encuentra precozmente.

- Realización de la toma de muestra.
- Asistir a la consulta de patología de cuello.
- Control por el medico de familia de estas actividades.

Nuestro programa establece que la citología debe de comenzar a partir de los 25 años hasta los 60 con una frecuencia de 3 años en la población sana. El problema fundamental que tenemos en nuestro medio es lograr una cobertura superior al 90 %, nuestro programa es el más viejo y no logramos disminuir las muerte por cáncer cervico uterino, por lo que nuestro trabajo esta encaminado a que nuestra población tenga en manejo mas profundo de esta patología, los médicos y todo el personal que de una forma u otra tiene que ver con esto.

En Cuba el Programa Nacional de prevención precoz del cáncer cervicouterino (4), conjuga los tres métodos diagnósticos más utilizados mundialmente, el médico de la familia desempeña una importante función en la estructuración concreta del Programa Nacional del Cáncer, pero la aplicación de dichos programas y sus tareas no han sido totalmente eficaces pues han existido dificultades en la divulgación de la citología cervicovaginal y su importancia, en pesquisar activamente a la población femenina en riesgo. Estas cuestiones han afectado el papel protagónico del equipo de salud de la atención primaria en la disminución de la mortalidad por cáncer y el apoyo de las organizaciones comunitarias en la detección precoz del cáncer de cuello uterino (29).

El incremento paulatino de la morbilidad y la mortalidad por cáncer cervicouterino ha impulsado la puesta en marcha de programas de lucha contra esta enfermedad. La ejecución de estos programas implica acciones que garanticen su aplicación masiva, la detección de grupos de riesgo y la realización de pesquizaje entre otras (29, 30).

La necesidad de realizar tempranamente el diagnóstico del cáncer de cuello uterino y de ejecutar acciones de salud encaminadas a enseñar y divulgar los

procedimientos para la realización de la citología vaginal fundamentó el presente estudio.

En Cuba el carcinoma cuello uterino es un azote para la población femenina, de ahí que tanto el médico como la enfermera de la familia se ocupen de divulgar aspectos relacionados con esta enfermedad y contribuir a librar esta lucha en favor de la mujer (31).

## **CAPÍTULO II: MATERIAL Y MÉTODOS**

Se realizó un estudio pre experimental (antes y después) de intervención educativa con el objetivo de caracterizar y explorar el conocimiento que tienen sobre la citología cervico-vaginal las pacientes femeninas entre 25 y 60 años, pertenecientes al área de Pedro Ballester, en el período comprendido de enero del 2008 a enero del 2009.

El universo y muestra quedó conformada por 125 mujeres seleccionadas a través de una asignación aleatoria simple.

### **Criterios de inclusión.**

- Residir y permanecer físicamente en el área de Pedro Ballester durante el período de la investigación.
- Aptas físicas y mentalmente para comprender la encuesta y los programas educativos.
- Tener una edad comprendida entre 25 a 60 años.

### **Criterios de exclusión.**

- No satisfacer los criterios de inclusión.
- No mostrar interés en participar en el estudio.

### **Ética y bioética.**

En las pacientes de la muestra tuvieron la oportunidad de informarse sobre el objetivo de la intervención y la inocuidad de la misma, que su participación sería voluntaria y una vez incorporadas a éste tendrían la posibilidad de abandonarlo si así lo decidieran (18). Su disposición a colaborar en el estudio se plasmó en un modelo de consentimiento informado, debidamente firmado por ellas y el

investigador, quien dio fe del respeto absoluto a la confidencialidad de sus identidades e información (Anexo 1).

En la estrategia metodológica del trabajo se basa en principios, categorías y leyes del materialismo dialéctico y del método científico, aplicados al estudio.

### **Los métodos aplicados durante la investigación fueron:**

#### **Métodos teóricos:**

- Análisis – síntesis: Permitió penetrar en lo fundamental de lo observado, separar lo esencial de lo secundario, determinar lo importante a partir de la bibliografía revisada y extraer lo necesario para la solución del problema.
- Análisis histórico – lógico: Se selecciona 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 la citología cervicovaginal desde sus inicio hasta la actualidad.
- Inducción – deducción: Se establecen generalizaciones que confirman empíricamente la hipótesis.
- Hipotético – deductivo: Deduce una hipótesis como respuesta al problema.

#### **Métodos empíricos:**

- La observación: Mediante la misma se conoce la realidad del proceso, el riesgo de las mujeres de presentar afecciones del cérvix y no ser detectadas tempranamente, de esta forma diagnosticar y poder aplicar un programa de intervención educativa que logre resolver el objetivo de la investigación.

#### **Técnica de recolección de la información:**

- La encuesta: Dadas sus características de búsqueda de información rápida y económica se aplicó a las mujeres del área de Pedro Ballester, objetos de estudio para evaluar los conocimientos que tienen las mismas acerca de la citología cérvico-vaginal. La cual constituyó la técnica de recolección de la información.

Para el desarrollo de esta investigación, se aplicó una encuesta con 10 ítems antes y después de la intervención educativa, que constituyó el sustento informativo de todo el trabajo. En esta se recogieron todas las variables de interés para la información, la cual tuvo preguntas cerradas dicotómicas y politómicas, consultadas previamente con un psicólogo y validadas por este especialista.

## **1. CONCEPTUALIZACIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.**

### **Variable dependiente.**

Nivel de conocimiento: La adquisición a través de la superación de las mujeres en temas relacionados con la citología cérvico-vaginal.

### **Variable independiente.**

Intervención educativa: Sistema de actividades educativas para lograr cambios de comportamientos específicos y sostenidos en las mujeres.

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

1.1 El trabajo se desarrolló en tres fases:

1.1.1 Primera fase: Nivel de conocimiento al inicio de la investigación.

1.1.2 Segunda fase: De intervención educativa.

1.1.3 Tercera fase: Nivel de conocimiento después de la intervención.

### **1.1.1 Nivel de conocimiento al inicio de la investigación.**

La primera fase identificó el nivel de conocimiento sobre la citología cervicovaginal en las féminas seleccionadas para la investigación, para ello se realizó una encuesta (anexo 2), dicha encuesta contó de 10 ítems que evaluaron variables de interés, los cuales se categorizaron de la siguiente manera:

1 - Edad: Variable cuantitativa continua. Expresada en años cumplidos.

2 - Ocupación: Labor que realiza.

- Estudiante: Cursa estudios.
- Trabajadora: Con centro de trabajo.
- Ama de casa: Sin vínculo laboral ni estudiantil.

3 - Escolaridad: Expresada en nivel culminado.

- Primaria: Hasta sexto grado.
- Secundaria: Hasta noveno grado.
- Preuniversitaria: Hasta duodécimo grado.
- Universitaria: Nivel superior culminado.

4 - Conocimiento sobre la citología cervicovaginal.

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

5- Medios a través de los cuales adquieren información:

- CMF.
- Televisión.
- Radio.
- Prensa.
- Otras vías.

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

6- ¿A qué edad se comienza a realizarse la citología cérvico-vaginal?

Se respondió politómicamente con una sola cruz en las posibilidades de respuestas anteriores. Se consideró como conocimiento adecuado el inciso c) y como inadecuado los que marcaron los incisos a), b) ó d).

7- ¿Con qué periodicidad debe de realizarse la citología cervico-vaginal?

Se respondió politómicamente con una sola cruz en las posibilidades de respuestas. Se consideró como conocimiento adecuado si se respondió con una cruz en el inciso c), e inadecuado para la selección de los incisos a), b) ó d).

8- ¿Cuáles alteraciones del cérvix pueden ser detectadas por la citología cervico-vaginal?

Se respondió colocando una cruz, y se categorizó como conocimiento adecuado si se marcan los incisos a), b), c), e inadecuado para la selección de los incisos d), e), f), g).

9- ¿Qué exámenes usted considera sirven para identificar tempranamente las afecciones de cuello uterino?

Se respondió colocando una cruz y se calificó como conocimiento adecuado los incisos a), b), c) y e inadecuado el d) y el e).

10- Se le pidió a la paciente que explicara brevemente que requisitos debía cumplir para realizarse la citología cérvico-vaginal.

Para evaluar como adecuado el conocimiento sobre los requisitos que debía cumplir para realizarse la citología cérvico-vaginal, de los cinco requisitos metodológicamente normados, fue imprescindible como mínimo haber explicados 1, 2, 3. Se consideró como conocimiento inadecuado los que no hubiesen explicados estos pasos antes mencionados.

**Requisitos indispensables para la realización de la citología cervico vaginal:**

1. Tener una edad comprendida entre 25 y 60 años, iniciar a los 25 años y reexámenes cada 3 años, estar en los primeros 15 días del ciclo, específicamente en los primeros 8 días.
2. No haber sido sometida a exploración bimanual, ha mantenido relaciones sexuales, o ha utilizado duchas vaginales las 24 horas antes, lo que constituye una invalidez para tomar la muestra.
3. Salen del programa todas aquellas pacientes con edades inferiores o superiores a la antes mencionada, las que han sido operadas de histerectomía total tanto abdominal como vaginal por patologías benignas.
4. No haber utilizado medicamentos por la vía vaginal, ni haber sido sometida a manipulación sobre el cuello uterino (legrado), colocación de DIU, etcétera, debe esperarse al menos 2 semanas.
5. Todas las demás pacientes que necesiten la realización de este examen quedan a criterio del médico de la familia o del especialista del área.

#### **1.1.2 Intervención educativa:**

Una vez realizada la encuesta, se llevó a cabo el programa educativo que contó con 5 sesiones cada una, en los locales de sus correspondientes médicos de familia. En cada sesión se utilizaron técnicas participativas para reafirmar los conocimientos impartidos anteriormente y motivar la atención a los nuevos conocimientos por impartir, se utilizaron medios de enseñanza que enriquecieron las presentaciones de los temas, se utilizó un lenguaje claro, sencillo, teniendo en cuenta la heterogeneidad de los participantes.

#### **Los temas de las 5 sesiones impartidas fueron:**

##### **Sesión 1**

Tema: Cérvix. Generalidades.

Objetivos: Orientar los aspectos fundamentales de anatomía y fisiología del cérvix.

Desarrollo: Se hizo una introducción con énfasis en la importancia del cérvix y de la prevención de las enfermedades y sus consecuencias. Se utilizaron maquetas y láminas para mejor comprensión de sus estructuras anatomofisiológicas.

## **Sesión 2**

Tema: Enfermedades del cérvix.

Objetivos: Conocer los factores de riesgo, los síntomas y signos, así como las complicaciones de estas enfermedades.

Desarrollo: Se comenzó con un recuento de las principales estadísticas de esta enfermedad y sus consecuencias por el mundo y el país. En forma de charla educativa se dieron a conocer los factores de riesgo, síntomas y signos para completar los objetivos propuestos.

## **Sesión 3**

Tema: Técnica de la toma de muestra.

Objetivos: Demostrar la técnica de la toma de muestra y dar a conocer el momento y la frecuencia de su aplicación.

Desarrollo: Se informó teóricamente los pasos a seguir, posteriormente se usó como modelo a una participante previamente escogida y preparada, bajo la supervisión del investigador, y se le tomo una citología cervico-vaginal, además se utilizaron maquetas y láminas, para su mejor comprensión.

Se concluyó informando sobre la frecuencia y el momento del ciclo menstrual en que se realiza la toma de muestra.

## **Sesión 4**

Tema: Importancia de la citología cérvico-vaginal.

Objetivos: Conocer los hallazgos clínicos posibles a detectar en la citología cérvico-vaginal.

Desarrollo: Se expuso de manera sencilla y asequible apoyado en pancartas y láminas de libros, las posibles alteraciones existentes en los resultados de la citología cervico-vaginal, se enfatizó una vez más en la importancia de este

inocuo y sencillo método para detectar dicha enfermedad, en su fase más temprana.

## **Sesión 5**

Tema: Métodos diagnósticos para confirmar las afecciones del cérvix.

Objetivos: Conocer los medios diagnósticos disponibles para confirmar la enfermedad.

Desarrollo: Se comenzó con la realización de un sondeo acerca de sus posibles conocimientos, se usó técnica La Liga del Saber (16). Para evaluar el tema se formaron dos equipos ganando el que mayor información aportara. Se concluyó exponiendo teóricamente los principales medios diagnósticos.

### **1.1.3 Nivel de conocimiento después de la intervención.**

Después de culminada la última sesión se aplicó nuevamente la encuesta inicial a la misma muestra de mujeres. Para su valoración se consideraron los mismos parámetros evaluativos que en la etapa de nivel de conocimiento al inicio de la investigación con el objetivo de evaluar el estudio antes y después y la efectividad de la intervención educativa.

#### **Procesamiento de la información:**

Una vez concluida la recopilación del dato primario se procedió al recuento individual de cada unidad de información, para cuyo análisis se confeccionaron tablas de contingencia, empleándose el porcentaje como medida de resumen.

Para la identificación de diferencias significativas entre los resultados y se considera:

Resultado significativo: cuando  $p$  sea menor de 0.05.

Obtenidos antes y después de aplicado el programa de intervención, se aplicó la prueba de Chi cuadrado ( $X^2$ ) con un nivel de significación de 0.05.

Resultado no significativo: cuando  $p$  sea mayor de 0.05.

El procesamiento se realizó mediante el paquete estadístico SPSS para Windows versión 10.0.

La información obtenida en el estudio se representa en tablas y gráficos.

## **CONTROL SEMÁNTICO**

**PAMI:** Programa de Atención Materno Infantil.

**NIC:** Neoplasia intraepitelial cervical.

**CERVIX:** Cuello Uterino.

**CIS:** Carcinoma In situ.

**CEASI:** Células escamosas atípica de significado intermedio.

**LIBG:** Lesión intraepitelial de bajo grado.

**LIAG:** Lesión intraepitelial de alto grado.

**VPH:** Virus del papiloma humano.

**CGA:** Células glandulares atípicas.

## **CAPÍTULO III: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS:**

En nuestro país la salud de nuestra población es un problema de primer orden, por el incremento de la morbilidad y la mortalidad por cáncer de cuello uterino se han elaborado programas de lucha contra esta enfermedad, la ejecución de éstos implica acciones que garanticen su aplicación masiva, la detección de grupos de riesgo y la realización de pesquisajes. El punto de partida de este estudio fue identificar el nivel de conocimiento de las mujeres sobre la citología cérvico-vaginal y con las deficiencias encontradas desarrollar un estudio de intervención.

La tabla 1 refleja la distribución de las mujeres según grupos de edades y ocupación, en ella se aprecia que las trabajadoras fueron el mayor porcentaje (62,4), de los cuatro grupos etarios predominaron las mujeres entre 30 y 39 años de edad para un 36,8 %.

**Tabla # 1: Grupos de edades y ocupación.**

Edad	Ocupación							
	Estudiante		Trabajadora		Ama de Casa		Total	%
	No	%	No	%	No	%		
<b>25- 29</b>	9	7,2	20	16,0	4	3,2	33	26,4
<b>30- 39</b>	2	1,6	33	26,4	11	8,8	46	36,8
<b>40- 49</b>	1	0,8	20	16,0	12	9,6	33	26,4
<b>50-60</b>	0	0	5	4,0	8	6,4	13	10,4
<b>Total</b>	12	9,6	78	62,4	35	28,0	125	100,0

**Fuente: encuesta**

Por la diversidad de edades de las pacientes encuestadas, se encontraron diferentes ocupaciones, similar a lo reportado por otros autores (2) y predominaron las trabajadoras en edades entre los 30 y 49 años, estas características permiten

que las medidas tomadas en la intervención educativa puedan ser incorporadas a ellas e incluso ser transmisoras de estas enseñanzas al colectivo de trabajo.

Según la distribución el nivel de escolaridad se presenta en la tabla 2, encontrándose en orden de frecuencia las preuniversitarias 40,8 %, las universitarias 31,2 %, las secundarias 19,2 % y con escolaridad primaria 8,8 %.

**Tabla # 2: Distribución de las mujeres según escolaridad.**

<b>Escolaridad</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
<b>Primaria</b>	11	8,8
<b>Secundaria</b>	24	19,2
<b>Preuniversitaria</b>	51	40,8
<b>Universitaria</b>	39	31,2
<b>Total</b>	125	100,0

**Fuente: encuesta**

En nuestra población se puede observar el elevado nivel escolar, con predominio del preuniversitario, de manera que se trata de un conjunto de mujeres en plenitud de facultades intelectuales para comprender e interiorizar la importancia de la citología cérvico-vaginal, asimilar su ejecución y ponerlo en práctica (6).



La tabla 3 se muestra la distribución de las mujeres según el conocimiento previo de la existencia de la citología cérvico-vaginal. El 0,8 % (1 mujeres) refirieron no haber oído hablar sobre este examen y el 99,2 % (124 mujeres) sí han oído hablar de ella. Predominaron las que tenían información previa sobre la citología cérvico-vaginal (7).

**Tabla # 3: Información sobre la citología cervico-vaginal.**

<b>Información</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
<b>Si</b>	124	99,2
<b>No</b>	1	0,8
<b>Total</b>	125	100,0

\*p< 0,05

**Fuente: encuesta**

En esta investigación se difiere de lo reportado por los estudios realizados en diferentes partes del mundo, que tuvo como finalidad profundizar en el conocimiento de una población femenina sobre los requisitos para la realización de la citología cérvico-vaginal, donde en la mayoría de las mujeres del mundo subdesarrollado no conocen este examen o no pueden realizárselo, sin embargo en este estudio el 99,2 % de las mujeres encuestadas tenían información sobre la técnica, resultado con significación estadística  $p < 0,05$ .

En los resultados encontrados existe coincidencia con lo reportado por otros autores que describen que más del 50 % de la población estudiada conoce este examen (19).

Las vías por las cuales las mujeres han escuchado hablar de la citología cervico-vaginal, se exponen en la tabla 4, el 59,2 % refirió conocerlo a través del CMF, 27,2 % por la televisión, 6,4 % por la prensa, 4,0 % por la radio y 3,2 % otras vías. El personal de salud fue el más referido como fuente de información sobre el tema, resultado estadísticamente significativo.

**Tabla # 4: Medio fundamental por el que adquirió la información.**

<b>Medios</b>	<b>No de mujeres</b>	<b>%</b>
<b>Radio</b>	5	4,0
<b>Televisión</b>	34	27,2*
<b>Prensa</b>	8	6,4
<b>CMF</b>	74	59,2*
<b>Otras vías</b>	4	3,2
<b>Total</b>	125	100,0

\*p< 0,05

**Fuente: encuesta**

En nuestro medio el médico de familia superó el resto de los medios de aprendizaje, se difiere con otra investigación donde se demostró que los medios de difusión masiva, fundamentalmente la televisión, fueron los principales (26).

En nuestro país, si bien la incidencia es menor (en la región de las América es el tercer país con la tasa más baja, después de Estados Unidos y Canadá), existen las condiciones para que la morbilidad disminuya y la mortalidad sea nula, pero actitudes inadecuadas de mujeres, motivadas muchas veces por la insuficiente información o la poco atractiva convocatoria del médico o la enfermera de su área de salud para que acuda a hacerse la citología, atentan contra el propósito del Programa Nacional de Diagnóstico Precoz de Cáncer Cérvico-Uterino, de detectar oportunamente cualquier alteración y tratarla(4).

En la tabla 5 muestra el nivel de conocimiento sobre la edad con que las mujeres opinan que debe realizarse la citología cérvico-vaginal. Antes de la intervención 91 mujeres (72,8 %) tenían un conocimiento inadecuado y 34 mujeres (27,2 %) adecuado. Después de la intervención 121 mujeres (96,8 %) tuvieron conocimientos adecuados y 4 (3,2 %) inadecuado, resultado estadísticamente significativo  $p < 0,05$ .

**Tabla # 5: Nivel de conocimiento sobre la edad de comienzo de la realización de la citología cervico-vaginal.**

Frecuencia	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
<b>Adecuado</b>	34	27,2	121	96,8*
<b>Inadecuado</b>	91	72,8	4	3,2
<b>Total</b>	125	100,0	125	100,0

\* $p < 0,05$

**Fuente: encuesta**

La relación con la edad que se comienza a realizar la citología cervico-vaginal, se coincide con otros autores (9) en que no existe un adecuado conocimiento antes de la intervención sobre la edad de comienzo y como se eleva después de la intervención. Las mujeres que antes de la intervención respondieron correctamente se mantuvieron con el conocimiento adecuado al final de ésta; de las 91 féminas que al inicio desconocían la edad en que debe realizarse la citología cervico-vaginal, después de la intervención se redujo a 4 féminas.

Previo a la intervención la mayoría de ellas desconocían la edad correcta de realizarse la citología cérvico-vaginal al referir que debía hacerse: a los 18 años, a los 20 años o nunca; después de la intervención se logró modificar el conocimiento pues la mayoría respondió correctamente al aseverar que debía ser a los 25 años (4).

El programa de detección precoz del cáncer cérvico-uterino es uno de los mas antiguos instaurado en nuestro país, el cual se inició con las mujeres de 20 años en adelante pero se demostró que el porcentaje de citologías alteradas para las

mujeres entre 20 y 25 años era estadísticamente insignificante, debido a todo esto el programa comenzó a los 25 años, esto no quiere decir que las mujeres que se encuentren en el grupo de riesgo o tengan alguna sintomatología no se le realice su citología cérvico-vaginal, a petición de su médico de familia o del especialista del área(32).

En la tabla 6 se refiere al nivel de conocimiento que presentan las mujeres sobre la periodicidad que deben de realizarse la citología cérvico-vaginal. Antes de la intervención el 73,6 % (92 mujeres) no poseían este conocimiento y 26,4 % (33 mujeres) poseían un dominio adecuado. Después de la intervención educativa el 97,6 % (122 mujeres) incorporaron que debe hacerse la citología con una periodicidad de tres años categorizado como conocimiento adecuado, mientras que el 2,4 % (3 de ellas) demostró un conocimiento inadecuado. Se logró aumentar el número de mujeres con conocimientos adecuados sobre la periodicidad de este examen (33,34).

**Tabla # 6: Nivel de conocimiento sobre la periodicidad de la citología cérvico- vaginal.**

Momento	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
<b>Adecuado</b>	33	26,4	122	97,6*
<b>Inadecuado</b>	92	73,6	3	2,4
<b>Total</b>	125	100,0	125	100,0

\*p< 0,05

Fuente: encuesta

A todas las pacientes del estudio siempre se le explico de forma clara que esta periodicidad es para aquellas que de forma asintomática debían realizarse el examen, las mujeres que en el intervalo de esta prueba tenían alguna sintomatología ginecológica debían dirigirse a su médico de la familia o al especialista del área.

Al revisar los resultados reportados en la bibliografía consultada encontramos que coinciden con los nuestros (35), en el conocimiento inadecuado previo a la intervención educativa en relación con la periodicidad de la citología cérvico-vaginal y como se incrementa éste después de la labor educativa, resultado estadísticamente significativo.

La tabla 7 se explora el nivel de conocimiento referente a las alteraciones que pueden ser detectadas por la citología cérvico-vaginal y se comprobó que antes de la intervención educativa el 71,2 % (89 mujeres) no conocían dichas alteraciones y 36 féminas (28,8 %) sí lo conocían.

Después de la intervención el 76,0 % (95 mujeres) obtuvieron un conocimiento adecuado al poder identificar que diagnóstico podían esperar del resultado de la prueba citológica, diferentes formas de lesiones premalignas, cáncer en cualquier etapa y algunas enfermedades de transmisión sexual, son las alteraciones que pueden detectarse con esta técnica, mientras que el 24,0 % (30 féminas) tuvieron un conocimiento inadecuado al respecto.

La intervención tuvo un impacto positivo con significación estadística  $p < 0,05$ , después de la intervención al lograr adecuados conocimientos sobre las alteraciones que pueden ser detectadas por la citología cérvico-vaginal (36).

**Tabla # 7: Nivel de conocimiento sobre las alteraciones que pueden detectarse en la citología cérvico-vaginal.**

Alteraciones	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
<b>Adecuado</b>	36	28.8	95	76,0*
<b>Inadecuado</b>	89	71,2	30	24,0
<b>Total</b>	125	100,0	125	100,0

\* $p < 0,05$

**Fuente: encuesta**

La población femenina estudiada antes de nuestra intervención tenía un criterio erróneo sobre los resultados a esperar de la citología cérvico-vaginal y muchas en ocasiones se la realizaban buscando otros diagnósticos y después de la intervención educativa el resultado fue favorable.

En la tabla 8 refleja el nivel de conocimiento sobre los exámenes de diagnóstico temprano de las afecciones de cérvix. Antes de la intervención el 62,4 %, 78 mujeres tenían un conocimiento inadecuado y el 37,6 %, 47 mujeres adecuado. Existieron diferencias estadísticamente significativas después de la intervención, pues el 100 %, 125 féminas tuvieron conocimiento adecuado al reconocer que existen varias forma de diagnóstico precoz de las afecciones de cuello uterino (36, 37, 38, 39,40.).

**Tabla # 8 Nivel de conocimiento sobre los exámenes de diagnóstico temprano de las afecciones de cuello uterino.**

Formas de diagnóstico	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
<b>Adecuado</b>	47	37,6	125	100,0*
<b>Inadecuado</b>	78	62,4	0	0
<b>Total</b>	125	100,0	125	100,0

\* $p < 0,05$

**Fuente: encuesta**

La totalidad de las mujeres que inicialmente tenían un conocimiento inadecuado incorporaron los conocimientos impartidos en la intervención educativa y lograron responder adecuadamente después de ésta. La intervención logró aumentar el nivel de conocimiento sobre que tenían que hacer para el diagnostico temprano de las afecciones de cuello uterino, resultado estadísticamente significativo ( $p < 0,05$ ).

Después de esto las mujeres quedaron satisfechas y protegidas, saben en caso de duda donde deben de acudir.

En la tabla 9 hace referencia al nivel de conocimiento sobre los requisitos para la toma de muestra de la citología cérvico-vaginal. Antes de la intervención 100 mujeres encuestadas (80,0 %) tenían conocimientos inadecuado en lo relacionado con la técnica adecuada, después de aplicada la intervención educativa 110 mujeres (88,0 %) alcanzaron los conocimientos adecuados y el 12,0 % (15 mujeres) no lograron alcanzar el conocimiento de estos requisitos.

El estudio demostró que las pacientes que en un inicio no tenían un nivel de conocimiento adecuado, después de la intervención educativa se logró elevar estos conocimientos, diferencias significativas se recogen.

**Tabla # 9 Nivel de conocimiento según dominio de los requisitos indispensable para la toma de muestra de la citología cérvico-vaginal.**

Nivel de conocimiento	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
<b>Adecuado</b>	25	20,0	110	88,0*
<b>Inadecuado</b>	100	80,0	15	12,0
<b>Total</b>	125	100,0	125	100,0

\*p < 0,05

Fuente: encuesta

En esta tabla se demuestra que nuestra población no tiene los conocimientos suficiente y que mediante una intervención educativa realizada en un consultorio del medico de familia con todos los medios brindados para elevar el nivel de conocimientos de la población las mujeres encuestadas tenían desconocimiento sobre los requisitos indispensable para la realización de la citología cervico-vaginal, en concordancia con lo reportado en otros estudios (37,38), sin embargo, otros autores (39) describen que más del 50 % de la población estudiada conoce estos requisitos.

En la realización de la toma de muestra de la citología cérvico-vaginal el cumplimiento de estos requisitos es uno de los parámetros que mejor predicen su

sensibilidad. Varios estudios han demostrado que cumplir con ellos mejora la sensibilidad (40, 41,42, 43).

Cuando la citología el resultado es no útil o aparecen falsos negativos o falsos, o cuando la muestra es superficial es debido a que no se conocen estos requisitos por nuestra población femenina. La educación de la paciente durante su asistencia para realizarse la toma de muestra puede mejorar la veracidad del resultado y disminuir tanto los falsos positivos, como negativos.

En el consultorio el medico y la enfermera o en los lugares que se destinen para la realización de la toma de muestra de la citología cérvico-vaginal tiene que contar con todos los medios indispensable como son: mesa ginecológica, lámpara de pie espejulo, laminas, cito spray, espátula y o cepillo de canal. Se ha demostrado que cuando no se cuenta con estos, el resultado tanto como de no útil y de falso negativo aumenta, lo que la confiabilidad del resultado disminuye.

En nuestro estudio tratamos de contribuir a elevar el nivel de salud de la población mediante acciones de prevención, promoción, educación y protección en nuestras mujeres, ejecutadas 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 (1).

## CONCLUSIONES

1. Previo a la intervención educativa existía un nivel de conocimiento inadecuado sobre la edad y la periodicidad que debía realizarse la citología cervico-vaginal, así como las formas de diagnóstico temprano y dominio de la técnica, variables que alcanzaron un nivel de conocimiento adecuado después de la intervención educativa.
2. El mayor porcentaje fue de las trabajadoras entre 40 y 49 años de edad, con nivel de escolaridad preuniversitario y un elevado número poseía información sobre la citología cervico-vaginal que fue adquirido a través del CMF.
3. La intervención educativa logró elevar en las mujeres incluidas en el estudio el nivel de conocimiento sobre la utilidad y la protección que ofrece la citología cervico-vaginal.

## **RECOMENDACIONES**

1. Continuar por parte de los CMF las acciones educativas sobre la citología cérvico-vaginal.
2. Impulsar la aplicación de programas educativos sobre este tema, en coordinación con otras instituciones de la comunidad.
3. Dar continuidad en años siguientes a los resultados obtenidos en este estudio para valorar a largo plazo su efectividad.
4. Publicar los resultados.

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Cabezas E. Programa Nacional de Diagnostico de Cáncer Cérvico Uterino. La Habana: Ciencias Médicas; 2001
2. Torres Vidal RM, Gran Álvarez MA. Panorama de Salud de la mujer cubana. Rev Cubana Salud Públ. 2003; 29: 198 – 208.
3. Ministerio de Salud Pública. Programa nacional de diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino. Ciudad de La Habana: MINSAP 1984.
4. Rigol O. Obstetricia y Ginecología. La Habana: Ciencias Médicas 2004.
5. Cabezas E. Tratamiento del cáncer cervicouterino en las etapas tempranas. Rev Cubana Obstet Ginecol. 1993; 19(2): 114-20.
6. Soto F. Factores que condicionan la conducta de negación a la Prueba Citológica. Medisan. 2003; 7 (2): 8-16.
7. Lage A, Pardo Balmaceda N. Variables relacionadas en Tasa de Mortalidad por Cáncer. Análisis por regresión múltiple. Rev Cubana Salud Pública. 2001; 16(2):139-49.
8. Davey DD, Nielson ML, Rosenstock W. Terminology and specimen adequacy in cervicovaginal cytology: The College of American Pathologists Interlaboratory Comparison Program Experience. Arch Pathol lab Med. 1992; 116:903.
9. Aquino D. Las relaciones sexuales y sus correspondencias con el cáncer cérvico uterino Rev. Cubana Obste Ginecol.1999; 8(2) 112-119.
10. León Cruz, Bosques O. Infección por el virus del papiloma humano y factores relacionados con la actividad sexual en la génesis del cáncer de cuello uterino. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2005 abr 31(1).
11. Sdami HO, Trichopovlas D. Cervical cancer and the allusive male factor. Lancet. 2002; 359 (9312): 1093 – 101.

12. Costis EJ. Algunos factores epidemiológicos en el cáncer cervico – uterino. Rev Med IMSS. 2005; 33 (2): 177 – 182.
13. Prokopyov B, Cox JE, Hoffmann D, Waggoner SE, Identification of tobacco-specific carcinogen in the cervical mucus of smoker and non-smokers. J Natl Cancer Inst. 2004; 89:868-73.
14. Muñoz N, Franceschi S, Bassett C. Role of positivity and human papillomavirus in cervical cancer: the IARC multicentric case control study. Lancet. 2002; 359 (9312): 1085 – 92.
15. Saway GF, Harper C, Balestren E, Bugoss J, Darney P. Cervical neoplasia risk in women provided hormonal contraception without a Papanicolaou smear. Contracepción. 2001; 63<sup>2</sup>: 57 – 60.
16. Ferenzy A. Atención de la paciente con resultado anormal del frotis de Papanicolaou: Perfeccionamientos recientes. Clínicas de Ginecológica y Obstetricia-Temas actuales. 2003; 1: 179-92.
17. Bosch X, Lorinez A, Meijer CJ, Shah KV. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. J Clin Pathol 2003 55:244-65.
18. Philip J, Di Saia W, Creasman T. Enfermedad preinvasora del cuello uterino. En: Oncología Ginecológica Clínica. 5 ed. Madrid Harcourt Brere. 2002. p. 1-29.
19. Soriano J. Algunas consideraciones éticas en torno al cáncer. En Bioética desde una perspectiva cubana. La Habana: Centro Félix Valera. 2004; 165-170.
20. Papanicolaou EJ, Trout HF. Diagnosis of uterine cancer by the vaginal smear. New York: Common wealth fund; 1943.
21. Bigg M, Codling B, Pearson P, Read M, Swingler G. Colposcopic diagnosis and treatment of cervical dysplasia at a single clinic visit Lancet. 2003; 336: 229-231.
22. Kim TJ, Kim HS, Park CT: Clinical evaluation of follow-up methods and results of atypical glandular cells of undetermined significance (AGUS) detected on cervicovaginal Pap smears. Gynecol Oncol. 2004; 73:282.

23. Torriente B, Valdez O, Sánchez AM, González M. Valores de la electrocirugía como tratamiento conservador del carcinoma in situ de cuello uterino. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 2002; 28: 120 -3.
24. Luesley DM, Cullimore J. Loop diathermy excision of the cervical transformation zone in patients with abnormal cervical smear. *Br Med J.* 2002; 300: 1690-3.
25. González Merlo J, González Barquea A, Bilete Sola A. *Ginecología Oncológica.* 3 ed. Madrid: Salvat. 2004.
26. Richart RM. Natural history of cervical intraepithelial neoplasia. *Clin Obstet Gynecol.* 1968; 5:748.
27. Philip J, Di Saia W, Creasman T. Enfermedad preinvasora del cuello uterino. En: *Oncología Ginecológica Clínica.* 5 ed. Madrid: Breve 2004. p. 1-29.
28. Pérez M. *Ginecología oncológica pelviana.* Ciudad de La Habana Ciencias Médicas; 2005.
29. Davey DD, Nielson ML, Rosenstock W. Terminology and specimen adequacy in cervicovaginal cytology: The College of American Pathologists Interlaboratory Comparison Program Experience. *Arch Pathol lab Med.* 1992; 116:903.
30. Gran J, Camacho R, Chacón M. Evaluación de la eficacia de una estrategia basada en métodos educativos para desarrollar conductas promotoras y preventivas en la lucha contra el cáncer en Cuba .Documento de la conferencias del Forum Nacional de Ciencia y Técnica: 2003.
31. Katz VL, Lentz GM, Lobo RA, Gershenson DM. *Comprehensive Gynaecology.* 5th ed. Philadelphia. Mosby; 2007.
32. Wright TC, Cox JT, Massad LS, Twiggs LB, Wilkinson EJ; ASCCP-Sponsored Consensus Conference. 2001 Consensus Guidelines for the management of women with cervical cytological abnormalities *JAMA.* 2002 apr; 287(16):2120-9.
33. Curso multimedia interactivo. El cáncer como problema de salud del mundo (curso maestría integral a la mujer en CD – ROM).Ciudad de La Habana: ENSAP; 2006.

- 34.Registro Nacional del Cáncer. Incidencia de Cáncer en Cuba en el año 2006.
- 35.Megevand E, Van Wk W, Knight B. Can cervical cancer be prevented by a see, screen, and treta program? A pilot study. *Am J Obstet Ginecol.* 1996; 174: 923-8.
- 36.Román L, Erice Candelario AI, Ulloa Cruz V. Afecciones ginecológicas más frecuentes. En: Álvarez Sintés R Temas de Medicina General Integral. La Habana: Ciencias Médicas.; 2001. p 763 – 82.
- 37.Tamayo Lien T. Estudio de las pacientes conizadas por patología de cuello. *Rev Cubana Obstet Ginecol.*2005; 31(2) vol.31.
- 38.Manual de normas del manejo del cáncer genital femenino Colombia Instituto Nacional de Cancerología; 2005. 9-24.
- 39.Adjane M. Survival trend after intone cervical cancer diagnosis in Sweden before and after citologic screening. *Cancer.* 2005; 73:140.
- 40.Gonzalez A, Villota N. Como seleccionar las pacientes con NIC para la metodología de “ver y tratar”. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología.* 2006; 49:81-5.
- 41.Santos G, Galdos R, Alvarez M, Velarde C, Dyer R. One session management of cervical intraepithelial neoplasia: a solution for developing countries. *Gynecol Oncol.* 2000; 61: 11-5.
- 42.Hoffman MS, Martino MA. 2001 consensus guidelines for the management of women with cervical intraepithelial neoplasic. *Am J Obstet Gynecol.* 2004 Sep; 191(3):1049.
- 43.Schiffman M, Krüger-Kjaer S. Natural History of Anogenital Human Papillomavirus Infection and Neoplasia. *Journal National Cancer Institute.* 2003; 31: 14-9.
- 44.González A, Villota N, Agudelo M, Posada G. Colposcopia y Embarazo. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología.* 2006 (por publicar).

# ANEXOS

## Anexo # 1

### ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo: \_\_\_\_\_ estoy en la entera disposición de participar en el desarrollo de un programa educativo que me permitirá elevar el nivel de conocimiento sobre la citología cérvico-vaginal, brindaré la información de forma anónima y además podré retirarme cuando lo desee sin repercusión sobre mi persona.

Para que así conste firmo la presente el día \_\_\_\_ del mes \_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

FIRMA: \_\_\_\_\_.

Investigador: \_\_\_\_\_.

## Anexo # 2

### ENCUESTA

A continuación le realizaremos varias preguntas que le pedimos responda con la mayor sinceridad posible, de ello depende el éxito de esta investigación.

1- Edad:

- a) \_\_\_\_\_ 25 - 39 años.
- b) \_\_\_\_\_ 40 - 49 años.
- c) \_\_\_\_\_ 50 - 60 años.

2- Ocupación.

- a) \_\_\_\_\_ Estudiante.
- b) \_\_\_\_\_ Trabajadora.
- c) \_\_\_\_\_ Ama de casa.

3- Escolaridad.

- a) \_\_\_\_\_ Primaria.
- b) \_\_\_\_\_ Secundaria.
- c) \_\_\_\_\_ Preuniversitaria.
- d) \_\_\_\_\_ Universitaria.

4- Conocimiento sobre la citología cérvico-vaginal.

- a) \_\_\_\_\_ SI.
- b) \_\_\_\_\_ NO.

5- Medios a través de los cuales adquieren información. Responda con una x según corresponda.

- a) \_\_\_\_\_ Radio.
- b) \_\_\_\_\_ Televisión.
- c) \_\_\_\_\_ Prensa.
- d) \_\_\_\_\_ CMF.
- e) \_\_\_\_\_ Otras vías.

6- ¿A qué edad se comienza a realizar la citología cérvico-vaginal?

- a) \_\_\_\_\_ A los 18 años.
- b) \_\_\_\_\_ A los 20 años.

c) \_\_\_\_\_ A los 25 años.

d) \_\_\_\_\_ Nunca.

7- ¿Con qué periodicidad se realiza la citología cérvico-vaginal?

a) \_\_\_\_\_ Todos los años.

b) \_\_\_\_\_ Cada 2 o tres años.

c) \_\_\_\_\_ Cada 3 años.

d) \_\_\_\_\_ No conoce.

8- ¿Cuáles alteraciones pueden ser detectadas por la citología cérvico-vaginal?

a) \_\_\_\_\_ Lesiones pre maligna del cuello uterino.

b) \_\_\_\_\_ Cáncer de cuello uterino.

c) \_\_\_\_\_ Enfermedades de transmisión sexual.

d) \_\_\_\_\_ Inflamación pélvica.

e) \_\_\_\_\_ Cervicitis aguda.

f) \_\_\_\_\_ Lesiones benigna del cuello uterino.

g) \_\_\_\_\_ No conoce.

9- ¿Qué exámenes usted considera sirven para identificar tempranamente las afecciones del cuello uterino?

a) \_\_\_\_\_ La citología cérvico-vaginal.

b) \_\_\_\_\_ Examen clínico anual con el médico de asistencia.

c) \_\_\_\_\_ Asistir a la consulta de patología de cuello.

d) \_\_\_\_\_ Ultrasonido.

e) \_\_\_\_\_ No conoce.

10. Necesitamos que usted explique los requisitos indispensable para la realización de una citología cérvico-vaginal, debe hacerlo de la forma más correcta posible a la vez que describe en voz alta los requisitos.

a) \_\_\_\_\_ Correcto.

b) \_\_\_\_\_ Incorrecto.

### Anexo # 3

**GUÍA DE EVALUACIÓN:** Requisitos indispensables para la realización de la citología cérvico-vaginal.

Requisitos indispensables para le realización de la citología cérvico-vaginal:	Si	No
1. Tener una edad comprendida entre 25 y 60 años, iniciar a los 25 años y reexámenes cada 3 años, estar en los primeros 15 días del ciclo, específicamente en los primero 8 días.		
2. NO haber sido sometida a exploración bimanual, ha mantenido relaciones sexuales, o ha utilizado duchas vaginales las 24 horas antes, lo que constituye una invalidez para tomar la muestra.		
3. No haber utilizado medicamentos por la vía vaginal, ni haber sido sometida a manipulación sobre el cuello uterino (legrado), colocación de DIU, etcétera, debe esperarse al menos 2 semanas.		
4. Salen del programa todas aquellas pacientes con edades inferiores o superiores a las antes mencionada, las que han sido operadas de histerectomía total tanto abdominal como vaginal por patologías benigna.		
5. Todos los demás pacientes que necesiten la realización de este examen quedan a criterio del medico de la familia o del especialista del área.		