

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA
POLICLÍNICO UNIVERSITARIO
BELKIS SOTOMAYOR ÁLVAREZ**

Título: Intervención educativa sobre cáncer de cérvix en adolescentes en el área de salud del policlínico Belkis.

Autora: Dra. Jenniffer Varela Guerra.

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

**Ciego de Ávila
2019**

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA
POLICLÍNICO UNIVERSITARIO
BELKIS SOTOMAYOR ÁLVAREZ

Título: Intervención educativa sobre cáncer de cérvix en adolescentes en el área de salud del policlínico Belkis.

Autora: Dra. Jenniffer Varela Guerra.

Aspirante a especialista en Primer Grado en Medicina General Integral.

Tutora: Dra. Dagmaris Albear de la Torre.

Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.

Máster en Procederes Diagnostico.

Profesor auxiliar.

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

Ciego de Ávila
2019

RESUMEN

Se realizó un estudio pre-experimental de tipo antes-después para evaluar la efectividad en la aplicación de un programa de intervención educativa para elevar conocimientos sobre factores de riesgo del cáncer de cérvix en adolescentes pertenecientes al área de salud del policlínico “Belkis Sotomayor” de Ciego de Ávila, en el periodo comprendido entre abril 2018 a abril 2019. El universo de estudio está constituido por 35 adolescentes. 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. Predominaron las edades avanzadas del periodo adolescente y el nivel de escolaridad secundario. Se encontró un muy bajo nivel inicial de conocimientos sobre generalidades del cáncer de cérvix, factores de riesgo del mismo y efectos de los anticonceptivos hormonales, mientras que respecto a la importancia de realización de las pruebas citológicas, la gran mayoría presentaba conocimientos adecuados desde el inicio, aun así, este y las demás temáticas experimentaron una modificación positiva y significativa del nivel de conocimientos en la evaluación final, indicando la efectividad del programa capacitante.

Palabras clave: Intervención comunitaria, adolescente, enfermedades de transmisión sexual.

ÍNDICE

Contenido	Páginas
▪ Introducción.....	1
▪ Objetivos.....	4
▪ Marco teórico.....	5
▪ Método.....	18
▪ Análisis y discusión de los resultados.....	22
▪ Conclusiones.....	29
▪ Recomendaciones.....	30
▪ Referencias bibliográficas.	
▪ Anexos.	

INTRODUCCIÓN

El cáncer es la enfermedad que produce más muertes entre 5 y 49 años. A partir de los 50 años, es la segunda causa, luego de las enfermedades cardíacas. Uno de cada 5 fallecimientos ocurre por esta causa, el cáncer cervicouterino constituye uno de los tumores malignos más conocidos en cuanto a su epidemiología, patogenia e historia natural, este persiste como importante causa de muerte en todo el planeta y afecta a miles de mujeres en América Latina, África y Asia, fundamentalmente en países como la India, donde se registran hasta 25 000 muertes al año debido a esta entidad clínica. ^(1,2)

A nivel mundial, el cáncer cervicouterino (CC) se ha convertido en los últimos años en el cáncer más común en la mujer, diagnosticándose cerca de 500.000 nuevos casos cada año. ^(1,2) En nuestro país es la quinta causa de muerte por cáncer en la mujer con una tasa de mortalidad de 8,5 por 100.000 mujeres. ⁽³⁾

Se ha observado una mayor incidencia de neoplasias en mujeres con pocos recursos económicos y bajo nivel educativo. La tasa de incidencia estandarizada por edad indica una diferencia de más de 7 puntos entre los países desarrollados y las naciones en vías de desarrollo. ⁽²⁾

Estadísticas y datos de servicios hospitalarios muestran que cada año aproximadamente 1 de cada 1 000 féminas con las edades de 30 a 54 años, en América Latina y el Caribe, presentan cáncer de cuello uterino y requieren de hospitalizaciones prolongadas, por lo que empeoran las situaciones familiar y social. ⁽³⁻⁶⁾

De manera general, en Latinoamérica la tasa de incidencia de este carcinoma es de 20,5 por cada 100 000 mujeres, del cual Chile ha notificado la mayor, con 30 por 100 000 anualmente. En Guanacaste, Costa Rica, la referida tasa fue de 32,5 por 100 000 mujeres en 1997. ⁽⁴⁾

Las tasas estandarizadas de mortalidad más altas por ese tipo de tumor las presentan Haití, Nicaragua y Bolivia. En México se refiere una mortalidad por esta afección de 16 por cada 100 000 mujeres y en Venezuela se le ha indicado como la principal causa de muerte por neoplasia maligna en este sexo. Por otra parte, Grecia ha informado la menor tasa con 1,3 por 100 000 féminas. ⁽⁴⁾

El cáncer cervicouterino es un proceso anarcoproliferativo celular que se caracteriza por pérdida de la estratificación del epitelio y la polaridad de sus células; hay hiperchromacia, mitosis anormales y pleomorfismo celular. Es el más frecuente del aparato genital femenino y ocupa el segundo lugar en frecuencia de cáncer en la mujer precedido por el de mama. ⁽⁷⁾

Cada año en el mundo se presentan alrededor de 500 000 casos nuevos de cáncer cervical y casi 274 000 mujeres mueren por su causa, aproximadamente el 85 % de ellas en países pobres. Su incidencia es particularmente alta en América Latina y el Caribe (33.5 por 100 000 mujeres). ⁽⁸⁾

Entre 2005 y 2009, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer participaron en la realización de programas de prevención y control del cáncer cervicouterino a base de la IVAA, seguida de la crioterapia cuando era posible, en seis países africanos: Malawi, Madagascar, Nigeria, la República Unida de Tanzania, Uganda y Zambia. Hasta la fecha se han sometido a tamizaje más de 20 000 mujeres y actualmente la IVAA forma parte del tamizaje cervicouterino en 17 programas nacionales o regionales. ⁽⁴⁾

En México, cada dos horas muere una mujer por cáncer cérvicouterino y el virus de esa enfermedad puede estar presente hasta 20 años. ⁽⁹⁾

Los países en desarrollo sopesan sus opciones para encontrar la mejor forma de prevenir el cáncer cervicouterino. El tamizaje sigue siendo la mejor inversión para afrontar el cáncer del cuello uterino. Cuba se encuentra en segundo lugar en mujeres de 20 a 30 años, luego del cáncer de mama, y su incidencia es de un 21%. ⁽¹⁰⁻¹³⁾

En Cuba cada año se diagnostica de 20.000 a 25.000 nuevos casos de cáncer y se estima que en el próximo año serán diagnosticados más. En nuestra provincia hay estudios

realizados en poblaciones específicas donde la incidencia es de un 15% a partir de las edades de 30 años sin embargo en nuestro municipio ha sido pobremente abordado este tema se ha visto una incidencia de 5% en estudio realizado en 2009. En Cuba se incluye entre los de más baja incidencia y mortalidad en Latinoamérica sin embargo, se ha observado un aumento significativo en la aparición de la enfermedad en pacientes cada vez más jóvenes observándose que han fallado los mecanismos de promoción y prevención de salud por parte de la atención primaria constituyendo esto un problema de gran envergadura que interesa a profesionales de la salud como a la población haciéndose necesario tomar medidas al respecto para de esta forma tratar los factores de riesgo y elevar los índices de salud poblacional, ya que esta entidad preocupa no solo a médicos de familia sino a internistas, ginecólogos, etc. ⁽¹³⁾

Problema: ¿Cómo modificar el nivel de conocimientos sobre factores de riesgo del cáncer de cérvix, luego de aplicar una intervención educativa en adolescentes mujeres del área de salud del policlínico “Belkis Sotomayor” de Ciego de Ávila?

OBJETIVOS

Objetivo general: Evaluar la efectividad en la aplicación de una intervención educativa sobre factores de riesgo del cáncer de cérvix en las adolescentes pertenecientes al área de salud del policlínico “Belkis Sotomayor” de Ciego de Ávila.

Objetivos específicos:

1. Caracterizar la muestra según algunas variables sociodemográficas en la población de estudio.
2. Determinar el nivel de conocimientos de las féminas del estudio sobre factores de riesgo del cáncer de cérvix.
3. Aplicar una estrategia de intervención.
4. Evaluar la modificación del nivel de conocimientos después de la intervención.

MARCO TEÓRICO

El cáncer es un importante problema de salud a nivel mundial. Bajo esta denominación se agrupan un gran número de enfermedades las cuales comparten una serie de características adquiridas como son: escape, invasividad y metastización, lo que le da una gran autonomía de crecimiento. Es una enfermedad que ha padecido el hombre desde épocas remotas y aún 70 siglos después sigue sin ser controlada ni conocida en su totalidad. ⁽¹⁴⁾

Desde la antigüedad muchos médicos han señalado ciertos tratamientos para tratar el cáncer ⁽¹⁵⁾. Hipócrates realizó descripciones de muchos tipos de cáncer entre ellos describió el cáncer de cuello como una quemadura. ⁽¹⁵⁾ Con el paso de los años se han formulado muchas [teorías](#) sobre el cáncer. En la [Edad Media](#) se hablaba de la llamada "bilis negra". Posteriormente, aparecieron la "[teoría](#) inflamatoria" de Boerhane y la "[teoría química](#)" de Silvius. En 1947 Matler dio a conocer diversas ideas, combinando no sólo la teoría química e inflamatoria sino también una teoría hereditaria. ⁽¹⁵⁾

La oncología es el estudio de las [enfermedades](#) neoplásicas agrupadas genéricamente bajo el término de cáncer. Etimológicamente se deriva de la voz griega onkos (masa, [volumen](#)), que aparece en [voces](#) españolas, bajo la forma prefijas onco, con el significado de "tumor". ⁽¹⁶⁾

Por razones que siguen confundiendo a los científicos, determinadas [células](#) del cuerpo experimentan en ocasiones, cambios en su [estructura](#) y en su aspecto. Los antiguos griegos llamaban a la enfermedad karkinos, o cangrejo que proviene del género griego. Se dice que las formas corrientes de cáncer avanzado adoptan una forma abigarrada y con ramificaciones similares a las de un cangrejo marino, y de ahí se deriva su nombre. ⁽¹⁷⁻²⁰⁾

Otros autores estiman que el nombre proviene de la comparación entre la forma como el cangrejo se aferra con sus pinzas a la tenacidad con que las masas neoplásicas se aferran al organismo. ⁽²⁰⁾

Hasta la fecha no existe definición universalmente aceptada. En la mayoría de las definiciones, y desde las más antiguas, se considera al cáncer como un crecimiento autónomo e irreversible.

El Dr. Roger Terry, en sus escritos de la patología del cáncer, cita por ejemplo que es el tejido celular en el que los mecanismos que controlan el crecimiento están permanentemente alterados, permitiendo su crecimiento progresivo. ⁽²¹⁾

Algunas de los famosos médicos de la antigüedad señalaron ciertos tratamientos utilizados por ellos para atacar el cáncer, tales como el uso de las cirugías y arsenicales. Hipócrates hizo descripción precisa de muchas formas comunes de cáncer y describió una quemadura de un "cáncer del cuello". Galeno, hace casi 2000 años, realizó [operaciones](#) quirúrgicas en sus intentos de extirpación de cánceres. ⁽²²⁾

A través de los años se han [presupuesto](#) muchas teorías sobre la causa del cáncer. Durante la Edad Media se habló muchos de la llamada "bilis negra". Posteriormente, aparecieron otras teóricas.

Epidemiología.

Aunque se han expuesto muchas teorías acerca de las posibles causas del cáncer, ninguna ha tenido total aceptación. Las investigaciones se basan no sólo en aspectos clínicos, sino también en aspectos estadísticos. ^(23,24)

Los datos sobre la frecuencia del cáncer, los organismos que son afectados comúnmente y factores biológicos, patológicos, culturales, económicos y sociales que, en una forma u otra se relacionan con dicha enfermedad, han aportado valiosa información para la prevención y tratamiento de esta enfermedad. ⁽²⁵⁾

Factores concurrentes

- Factores ambientales y socioeconómicos
- Costumbres sociales
- Factores raciales y geográficos
- Predisposición
- Edad
- Factores predisponentes adquiridos
- Sexo
- Parásitos
- Factores emocionales

Entre los factores ambientales y socioeconómicos se incluye una amplia gama de influencias externas que rodean la vida del individuo y que se refieren a su ocupación, su nivel cultural y económico. ⁽²⁶⁾

Se considera que el ambiente de trabajo y el medio ecológico contienen diferentes agentes que pueden provocar el cáncer. Algunos de estos agentes son químicos esencialmente de tipo ocupacional a la exposición frecuente al sol. ⁽²⁶⁾

Histología.

Algunos autores consideran que, aún el patólogo más experimentado tiene ocasionales dificultades en el [diagnóstico](#) histológico del cáncer, por lo que siempre se requiere de una completa información clínica y de [laboratorio](#). ⁽²⁷⁾

En ocasiones, ciertas [células](#) crecen y forman una masa de tejido conocido como tumor, algunos benignos y otros malignos. La clasificación histopatológica tiene una gran importancia, a la vez que el estudio anatómico para disponer el tratamiento, teniendo en cuenta dos rasgos esenciales como son el grado histológico y el tipo de tumor. ^(23,28,29)

Es importante determinar los estudios del tumor, para lo cual se debe estudiar adecuadamente al paciente. Hoy se reconocen dos fases en el estudio de un paciente: la

primera es diagnosticar el cáncer, la segunda estudiar el tumor en los tres comportamientos, tomando en cuenta que las células cancerosas pueden sugerir en cualquier tipo de tejido, a cualquier edad y con capacidad de invadir [tejidos](#) vecinos unidos por vasos linfáticos o sanguíneos. ⁽²⁹⁾

La causa exacta del cáncer permanece sin ser determinada. Aunque hay diferencias histopatológicas fáciles de reconocer entre las células normales y las cancerosas, pocas diferencias metabólicas han sido determinadas. ⁽²⁹⁾

Hay un número de revisiones minuciosas de los aspectos bioquímicos de las [enfermedades](#) malignas, relacionadas con la [biología](#) molecular de la [síntesis](#) de [ADN](#) Y [ARN](#) y receptores de la membrana de ultraestructura y componentes celulares. ⁽³⁰⁾

Los factores químicos pueden ser agentes carcinogénicos; entre ellos, los [hidrocarburos](#) policíclicos que han sido ampliamente estudiados en [animales](#) como inductores de neoplasias, y se piensa que son causante del cáncer de la [piel](#) en trabajadores industriales de [productos](#) petrolíferos. ⁽³¹⁾

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. ⁽³²⁾

Otras investigaciones sobre la carcinogénesis postulan que la causa del cáncer puede ser viral, hereditaria, [química](#) o relacionada con factores radiantes. Algunos trabajos de [investigación](#) dan evidencia de la etiología viral en el tumor de Burkitt. ^(33,34)

El efecto de la [radiación](#) como tratamiento de las neoplasias en múltiples etapas sugiere una intersección de factores unidos a un [virus](#) que altera las defensas del huésped y lo lleva hasta el cáncer, especialmente en la leucemia, cáncer de mamas y en los sarcomas osteogénicos. ⁽³⁵⁾

Clasificación clínica.

Una vez detectado (diagnosticado) el cáncer cervicouterino, se harán más pruebas para determinar si las células cancerosas se han diseminado a otras partes del cuerpo. Este proceso se conoce como clasificación por etapas. El médico necesita saber la etapa de la enfermedad para planear el tratamiento adecuado. Las siguientes etapas se usan en la clasificación del cáncer cérvico del útero: ⁽³⁶⁾

Etapa del carcinoma in situ El carcinoma in situ es un cáncer en su etapa inicial. Las células anormales se encuentran sólo en la primera capa de células que recubren el cuello uterino y no invaden los tejidos más profundos del mismo.

Etapa I: El cáncer afecta el cuello uterino, pero no se ha diseminado a los alrededores.

Etapa IA: una cantidad muy pequeña de cáncer que sólo es visible a través del microscopio se encuentra en el tejido más profundo del cuello uterino.

Etapa IB: una cantidad mayor de cáncer se encuentra en el tejido del cuello uterino

Etapa II: El cáncer se ha diseminado a regiones cercanas, pero aún se encuentra en la región pélvica.

Etapa IIA: el cáncer se ha diseminado fuera del cuello uterino a los dos tercios superiores de la vagina.

Etapa IIB: el cáncer se ha diseminado al tejido alrededor del cuello uterino

Etapa III: El cáncer se ha diseminado a toda la región pélvica. Las células cancerosas pueden haberse diseminado a la parte inferior de la vagina. Las células también pueden haberse diseminado para bloquear los tubos que conectan los riñones a la vejiga (los uréteres).

Etapa IV: El cáncer se ha diseminado a otras partes del cuerpo.

Etapa IVA: el cáncer se ha diseminado a la vejiga o al recto (órganos cercanos al cuello uterino).

Etapa IVB: el cáncer se ha diseminado a órganos distales como los pulmones.

Aspectos anatómicos del útero.

El útero es el órgano en el cual el óvulo fertilizado es adherido por sí mismo y se desarrolla durante el embarazo. Es un órgano hueco, en forma de pera, de unos 7.6 cm de largo y 5.8 cm de ancho. Anatómicamente se divide en dos partes: el corpus (o cuerpo) y el cérvix (o cuello). Está situado en el centro de la pelvis y guarda relación con el recto hacia atrás y con la vejiga, hacia adelante. Por encima del útero quedan las asas del intestino delgado y por debajo, la vejiga y las estructuras que forman la base de la pelvis. Las paredes del útero tienen un espesor de 1.2 cm. Dicho órgano está recubierto interiormente por una membrana llamada endometrio. ⁽³⁷⁾

El corpus, o cuerpo, representa los dos tercios superiores; la cavidad tiene forma triangular con su base en la parte más alta. La porción ubicada encima de las trompas de Falopio recibe el nombre de fondo del útero. ⁽³⁸⁾

Biológicamente se desconocen las causas del cáncer cérvico uterino; solo puede hablarse de predisposiciones. ⁽³⁹⁾

Los doctores Jones Howard W. Junior y Sugar Jolmes Gorgeana, en su obra: Tratado de ginecología de Novak, señalan algunas de estas predisposiciones: ⁽³⁶⁾

"El cáncer cérvico uterino es generalmente raro en la mujer judía, lo que permite suponer que el coito con un varón sin circuncisión puede actuar en alguna forma como influencia causal, quizás debido a la pobre higiene del pene y a la acumulación de esmegma".

Los mismos autores también indican que en la última década, una media docena de estudios importantes han examinado la relación entre el coito y el matrimonio prematuro, haciendo énfasis en el riesgo de que las neoplasias malignas aumenten con el coito a temprana edad. ⁽³⁶⁾

La práctica sexual en la adolescente puede predisponer el cáncer, debido a que la porción exterior del cuello del útero es más vulnerable a la enfermedad. ⁽⁴⁰⁾

Philip Digaia y otro, en su obra, señalan otras posibles causas: ⁽³⁷⁾ Se ha relacionado el virus del herpes simple tipo 2 con la aparición del cáncer cérvico uterino, aunque no se ha comprobado si realmente hay relación entre la causa y el efecto o si este virus obedece a la incidencia de un agente infeccioso común en mujeres sexualmente activas. ⁽⁴⁰⁾

Se denomina cáncer cérvico uterino a toda neoplasia maligna que se origina en el cérvix. Los principales puntos de localización son: el epitelio que cubre la superficie externa o vaginal del cérvix y el epitelio de células cilíndricas del conducto interno. ⁽⁴⁰⁾

La forma más temprana del cáncer cérvico uterino es el llamado "carcinoma in situ" (cáncer confinado a su sitio original). Si se detecta en forma oportuna y se trata adecuadamente, esta condición patológica es superada. Si se descuida esta situación, las células cancerosas penetran en capas más profundas del útero, produciéndose entonces el cáncer cérvico uterino invasor. La denominación de "invasor" se debe a su propagación a los tejidos vecinos e incluso, a órganos distantes como la vagina, la vejiga, el recto. Y otras partes del cuerpo, con lo que se produce la muerte de la paciente. ⁽⁴⁰⁾

El cáncer cérvico uterino invasor es uno de los más frecuentes y cada año mueren gran cantidad de mujeres a causa de esta enfermedad. The American Cancer Society afirma lo siguiente: ⁽⁴⁰⁾

"En la mujer, predominan el cáncer mamario y el cáncer cérvico uterino durante las décadas terceras, cuarta y quinta de la vida. En las décadas posteriores son más frecuentes los tumores gastrointestinales"

Las estadísticas aportadas por diversos investigadores demuestran que el cáncer cérvico uterino invasor, es una de las formas más comunes de cáncer en la mujer. En un artículo publicado recientemente en la Revista Médica de Panamá se asevera que La República de Panamá tuvo una incidencia alta de cáncer cérvico uterino (28.4 casos por cada 100,000 habitantes) América Latina tiene las tasas más altas del mundo y Panamá es un ejemplo típico del área. ⁽⁴¹⁾

Durante los últimos 20 años el cáncer cérvico uterino invasor ha sido reconocido, como la principal causa de muerte de la población femenina en Latinoamérica. ⁽⁴²⁾

Detección y diagnóstico.

La detección temprana del cáncer cérvico uterino es poco frecuente si la paciente no procura exámenes citológicos con regularidad, debido a la falta de síntomas y signos clínicos en el estadio intraepitelial. Es por ello por lo que se requieren exámenes frecuentes para detectar precozmente estas lesiones. ⁽⁴²⁾

Estudios efectuados revelan que el problema primario en el control público del cáncer cervical no es de técnica ni disponibilidad de medios, sino más bien de organización y motivación de dichas comunidades. ⁽⁴²⁾

Aunque han sugerido diferentes técnicas de detección, la más utilizada es la prueba de Papanicolaou, llamada comúnmente PAP. Esta prueba fue descrita por el doctor Jorge N. Papanicolaou, patólogo griego, en 1928, quien descubrió el método que permite identificar precozmente el carcinoma de cuello y de endometrio. En honor al doctor Papanicolaou la prueba citológica lleva su nombre. La prueba fue confirmada por Traut desde 1943. Dicha prueba es económica, efectiva y de fácil aplicación. ⁽⁴²⁾

Un examen citológico es obligatorio en cualquier programa de medicina preventiva y debe ser efectuado cada seis meses o por lo menos, cada año, en toda mujer que ha tenido o mantiene vida sexual activa desde el inicio hasta el término. ⁽⁴²⁻⁴⁴⁾

Otras de las pruebas para diagnosticar la enfermedad consisten en la biopsia dirigida. Se trata de realizar un curetaje endocervical más arriba del lugar biopsiado, para obtener una compleja evaluación del órgano afectado. ⁽⁴³⁾

La prueba de Schiller se basa en que el epitelio canceroso no tiene glucógeno y por lo tanto no capta el yodo como el epitelio normal del cuello, o de la vagina, que son ricos en glucógeno. Así, la aplicación de cada solución de yodo puede mostrar el epitelio de color caoba, mientras que las zonas de displasia y cáncer quedan sin teñir y netamente limitadas. ⁽⁴⁴⁾

Signos y síntomas del cáncer cérvico uterino.

El carcinoma intraepitelial o in situ es casi siempre asintomáticos y el diagnóstico se establece al momento de un frotis cervical realizado como estudio asistemático. ⁽⁴⁵⁾

Entre las manifestaciones evidentes están:

- Flujo vaginal mal oliente
- Cualquier hemorragia anormal
- Dolor pelviano
- La pérdida de orina y heces a través de la vagina
- Anorexia y pérdida de peso son signos de enfermedad avanzada.

El dolor no constituye un síntoma de carcinoma cervical hasta las últimas fases de la enfermedad, el desconocimiento de este hecho es uno de los obstáculos más graves con que se tropieza en las campañas tendientes al reconocimiento prematuro del cáncer. En la mayoría de los casos, el primer síntoma es la hemorragia, ligera por lo general. ⁽⁴⁵⁾

Si por su edad la paciente se encuentra en periodo reproductivo, este sangrado adopta la forma de sangrado intermenstrual. Puede producirse después del coito, después de esfuerzos violentos o de una defecación difícil. Por desgracia, en muchos casos, la hemorragia no se produce hasta que la enfermedad está arraigada y se ha extendido a los nudos linfáticos.

Más aún, si el tumor está localizado en el endocervix, hay propensión a que la hemorragia aparezca tardíamente porque la lesión está más protegida. ⁽⁴⁵⁾

A veces, puede notarse un flujo anormal, por lo general acuoso, antes de que aparezca la hemorragia. Todo esto indica la necesidad de que las mujeres mayores de 15 años, que han tenido o mantienen relaciones sexuales acuden a los centros de salud en forma regular y oportuna para que la enfermedad pueda ser detectada a tiempo. ⁽⁴⁵⁾

Tratamiento.

Al referirnos a los tratamientos curativos, es necesario mencionar que algunas neoplasias se pueden tratar por cirugías o radioterapia; en cada uno de estos métodos hay ventajas y desventajas. En la mayoría de los casos, el éxito dependerá más de la habilidad y experiencia del médico tratante que la técnica en sí. Cabe señalar otros factores que hay que tomar en cuenta al elegir el tratamiento, tales como el estado general del paciente, su edad, su situación económica, entre otros. ^(46,47)

El Dr. Lizano en sus escritos sobre oncología quirúrgica, describe las siguientes alternativas de tratamiento:

Escisión local: se practica en cáncer de bajo grado de malignidad donde el riesgo de metástasis raramente ocurre.

Disección en bloque: se practica en tumores que se metastatizan a los ganglios regionales, especialmente, los tumores viscerales.

Técnicas quirúrgicas especiales se realizan con el objetivo de conservar tejidos normales entre ellas:

Electrocirugía: se practica mediante los efectos cortantes y coagulantes de la corriente de alta frecuencia aplicada a una aguja; antes era considerada paliativa; hoy es una gran alternativa para cáncer de piel, recto y cavidad oral.

Criocirugía: se utiliza en sonda con nitrógeno líquido y se aplica al tumor; se utiliza en próstata, cerebro y cavidad oral.

Quimiocirugía: se utiliza corrosiva y el método de congelación; es una técnica muy depurada y se utiliza en cáncer de piel.

Terapia con rayos láser: debe ser abandonada porque ha dado malos resultados.

Perfusión con aislamiento: se utiliza un agente quimioterapéutico mediante un oxigenador a bomba, utilizando sangre arterial y venosa de las extremidades. Se excluye el miembro del resto del cuerpo mediante un torniquete y la extremidad se perfunde con sangre oxigenada.

Infusión intraarterial: se administran altas concentraciones de agentes quimioterapéuticos al órgano mediante un catéter de teflón.

El tratamiento del cáncer cérvico uterino depende de la extensión de la enfermedad. En la actualidad, la cirugía y la radioterapia, o la combinación de ambas, han brindado los mejores resultados. La quimioterapia no tiene un papel importante primario del cáncer cérvico uterino.

La cirugía puede incluir uno de los siguientes procedimientos: crioterapia, cauterización, conización, histerectomía vaginal, histerectomía extrafacial por vía abdominal, histerectomía radical por vía abdominal con disección bilateral de los ganglios profundos de la pelvis. La laparotomía con biopsia de ganglios paraórticos, puede ser utilizada para evaluar algunas pacientes con cáncer cérvico uterino no avanzado, por ejemplo, en las Etapas IIB, IIIA Y IIIB. (46,47)

El tratamiento depende del diagnóstico. Según la extensión del cáncer, el tratamiento puede consistir en una o más terapias: (47-49)

- Cirugía, que va desde la extirpación del tejido anormal, solamente, hasta el cérvix completo, así como del útero entero y de otros tejidos adyacentes.
- Terapia de radiación para matar las células cancerosas que hayan quedado después de haberse operado. Quimioterapia para destruir las células cancerígenas que haya en el cuerpo.

Un cáncer incipiente y no invasivo (carcinoma in situ) puede ser tratado con una operación mínima, mientras que un cáncer invasivo suele requerir una histerectomía (extirpación de cérvix y útero) y posiblemente de otros órganos de la pelvis. (50)

El tratamiento de la displasia y los cánceres incipientes tienen un alto índice de éxito. El índice de supervivencia a los 5 años para mujeres con carcinoma in situ es prácticamente del 100 %. Sin embargo, si la enfermedad ya es invasiva, la eficacia del tratamiento declina: la supervivencia a 5 años es de 95% para el estadio I A, 80-90% para I b, 75% para estadio II y menos de 50% para estadio III o superior. La supervivencia a 5 años para todos los

pacientes de cáncer cervical es del 66%. Incluso después de un tratamiento con éxito, la mujer deberá consultar al doctor regularmente. ^(51,52)

No ocurre lo mismo en los casos donde el diagnóstico se realiza en etapas avanzadas de la enfermedad, carcinoma invasivo, donde después de un estadiamiento de la paciente si se determina que debe ser operada, la cirugía es más agresiva acompañándose de histerectomía, de anexectomía (extirpación de los anexos uterinos) bilateral, del tercio superior de la vagina y vaciamiento glandular, además se complementa según criterio clínico-oncológicos de tratamiento con radioterapia y otros según se considere. ^(51,52)

La mayoría de las pacientes con cáncer en estadio IV mueren en cortos periodos de tiempo por diseminación de la neoplasia y metástasis a ganglios linfáticos, vagina, vejiga, parametrio, pulmón y cerebro. Sin embargo, en los Estados Unidos la detección temprana ha reducido el número de pacientes con cáncer en estadio IV en más de dos tercios en los últimos 50 años. ^(51,52)

Pronóstico.

Los teóricos resaltan la importancia de los factores que determinan el pronóstico del cáncer cérvico uterino, lo que indicará al cirujano la terapéutica de elección, que puede ir desde cautelosa y conservadora, hasta agresiva y persistente. Consideran que el pronóstico dependerá de las características celulares del tumor, entre ellas las de mitosis infrecuente, las cuales tendrán un pronóstico conservador. ⁽⁵³⁾

Smith, en torno al pronóstico cérvico uterino, señala que el factor agresividad también influye en el pronóstico, algunos tumores pueden ser de gran tamaño y no presentan diseminación como el tumor de mamas y se les conoce como tumor de empuje a diferencia de otros invasores que infiltran venas, linfático y venas nerviosas teniendo mayor potencialidad. ⁽⁵³⁾

Sobre el mismo tema, Smith opina que el tamaño de un tumor puede relacionar el pronóstico, un tumor de menos de 2 cm. De diámetro tiene mejor pronóstico que aquellos que superan dicha dimensión. ⁽⁵³⁾

Louie cuando se refiere al pronóstico o a la perspectiva de recuperación del paciente con cáncer, estipula: "el paciente con ganglios linfáticos negativos tiene el doble de sobrevivida de 5 años sobre los que tienen compromisos ganglionares. El pronóstico disminuye al aumentar el número de ganglios positivos". ⁽⁵⁴⁾

Prevención.

Métodos de prevención contra el cáncer cervical:

- Vacuna contra el virus del papiloma humano.
- Realización de la prueba de Papanicolaou en forma regular.
- Evitar relaciones con múltiples compañeros sexuales.
- No fumar.
- No beber.
- Si existe una historia de verrugas genitales, hacerse un Papanicolaou cada 6 meses.
- Si tiene más de un compañero sexual, insista en que usen preservativos para prevenir el contagio de una enfermedad de transmisión sexual.

Recientemente se aprobó la vacuna contra el cáncer de cuello de útero, que se utiliza en algunos países de forma sistemática. La vacuna es recomendable para mujeres mayores de 11 años. ⁽⁵⁵⁻⁵⁷⁾

Los profesionales de salud deben informar a las mujeres con Cáncer Cérvico Uterino, y a sus familiares, en forma clara y precisa, acerca de las alteraciones que pueden padecer producto de la enfermedad y su tratamiento. ⁽⁵⁵⁻⁵⁷⁾

Al igual que otros cánceres, el cáncer cervicouterino puede ser tratado de 3 formas: mediante cirugías, radioterapia y quimioterapia.

La detección primaria de cáncer cervicouterino se hace por medio de una prueba de Papanicolau. Una prueba de Papanicolau, como parte de una revisión ginecológica ayuda a detectar células anormales en el revestimiento del cuello. ⁽⁵⁷⁾

Hipótesis: El diseño y aplicación de una propuesta de intervención comunitaria, pudiera elevar el nivel de conocimientos de adolescentes, sobre factores de riesgo del cáncer de

cérvix en adolescentes pertenecientes al área de salud del policlínico “Belkis Sotomayor” de Ciego de Ávila.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio preexperimental de tipo antes-después para evaluar la efectividad en la aplicación de un programa de intervención para elevar conocimientos sobre factores de riesgo del cáncer de cérvix en adolescentes pertenecientes al área de salud del Policlínico “Belkis Sotomayor” de Ciego de Ávila, en el periodo comprendido entre abril 2018 a abril 2019.

Universo

El universo de estudio estuvo constituido por 35 adolescentes féminas, con edades comprendidas entre 12 y 18 años pertenecientes al área de salud de referencia en Ciego de Ávila, durante el periodo en que se enmarcó el estudio. Se trabajó con la totalidad del universo por cumplir con el criterio de inclusión y ninguno de exclusión ni de salida.

Criterio de inclusión:

1. Adolescentes que aceptaron participar en el estudio y cuyos padres firmaron el consentimiento informado (ver anexo I).

Criterios de exclusión:

1. Residentes temporales en el área de salud.
2. Adolescentes que presentaron algún impedimento físico o mental que les impidió responder a las preguntas de la investigación.

Criterios de Salida:

1. Abandono por decisión propia.

Métodos de obtención de información.

Los datos fueron recogidos a través de un cuestionario (ver anexo II), fuente de información primaria de la investigación, aplicada un antes y un después; creada por la autora de la investigación y aprobada por criterio de expertos del servicio de Medicina General Integral de la policlínica Belkis Sotomayor en Ciego de Ávila.

Dada las características de búsqueda de información rápida y económica se aplicó la encuesta inicialmente, luego se aplicó la estrategia de intervención educativa (ver anexo III), diseñada para elevar el nivel de conocimientos relacionados sobre factores de riesgo del cáncer de cérvix en la muestra de estudio; luego de esto se aplicó en un segundo momento el cuestionario, después de concluida la intervención, para de esta forma dar salida a los

objetivos específicos.

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

Etapla diagnóstica: los conocimientos sobre factores de riesgo de cáncer de cérvix fueron identificados utilizando un cuestionario y sobre las necesidades educativas se elaboró el programa de intervención educativa.

Etapla de intervención propiamente dicha: el universo fue conformada por un grupo de 35 adolescentes. La 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. Cada encuentro incluirá conferencias y técnicas participativas.

Etapla evaluación: se aplicó la misma encuesta inicial y evaluó bajo los principios que la inicial, después de finalizada la intervención educativa.

Métodos del nivel empírico:

La encuesta: método empírico (complementario) de investigación que supone la elaboración de un cuestionario, cuya aplicación masiva permitió conocer las opiniones y valoraciones que sobre determinados asuntos poseen los sujetos (encuestados) seleccionados en la muestra.

Operacionalización de las variables

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Edad	Cuantitativa continua	Valores absolutos y de dispersión.	Según años cumplidos.	Media y desviación estándar.
Nivel de escolaridad.	Cualitativa ordinal	Primaria sin terminar. Primario. Secundario. Preuniversitario	Según nivel de escolaridad alcanzado.	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Nivel de conocimientos.	Cualitativa nominal dicotómica	Satisfactorio. Insatisfactorio.	Según aplicación del cuestionario antes y después (ver anexo II)	Número y porcentaje según grupo de pertenencia

Plan de análisis de los resultados. Métodos estadísticos.

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

Para el análisis de las variables sociodemográficas 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 estudio se realizó en correspondencia con las regulaciones establecidas en la declaración de Helsinki (Somerset West, República de Sudáfrica; octubre de 1996).

Se pidió a todos los padres de las adolescentes 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 las 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 el padre 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. Adolescentes según nivel de escolaridad y edad. Ciego de Ávila. 2019.

Nivel de escolaridad	N	%	Edad			
			Media	Desv. típica	Mínimo	Máximo
Primaria	1	2,9	16,0	-	16	16
Secundaria	30	85,7	16,8	0,7	16	18
Preuniversitario	4	11,4	18,0	0,0	18	18
Total	35	100,0	16,9	0,8	16	18

Fuente: cuestionario.

La tabla 1 muestra la distribución de adolescentes según el nivel de escolaridad vencido y las medidas de tendencia central y de dispersión de las edades.

Se pudo observar que el nivel de escolaridad más observado resultó el secundario con 30 de ellas para un 85,7% del total, seguido por el nivel preuniversitario con 4 adolescentes mientras que el primario solo presentó 1 de ellas en los que representaron el 11,4% y el 2,9% respectivamente.

La media general de la serie resultó de 16,9 años con una desviación estándar de 0,8 años y valores mínimos y máximo de 16 y 18 años.

En un estudio similar realizado por Mendoza y colaboradores, ⁽⁵⁸⁾ 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. ^(59,60)

Tabla 2. Adolescentes según nivel de conocimientos sobre generalidades del cáncer de cérvix y momento de evaluación.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	4	11,4	14	40,0
Inadecuado	31	88,6	21	60,0
Total	35	100,0	35	100,0

Prueba de McNemar

$p = 0,013$

Fuente: Cuestionario.

La tabla 2 muestra la distribución de adolescentes según el nivel de conocimientos sobre generalidades del cáncer de cérvix, evaluado antes y después de desarrollar la intervención educativa.

Se observó que antes de la aplicación de la intervención capacitante, solo 4 de las participantes presentaban un nivel de conocimientos adecuado sobre los elementos generales de la patología de estudio para el 11,4% del total mientras que 31 de ellas (88,6%) no calificaban con respuestas correctas en este acápite del cuestionario.

Al aplicar por segunda vez la encuesta, y a un tiempo prudencial de terminar con la intervención educativa, las participantes con respuestas consideradas adecuadas aumentaron a 14 para un 40,0% resultando en un aumento porcentual suficiente para ser considerado significativo por la prueba de McNemar.

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. ^(61,62) En esta investigación hubo cambios favorables en las adolescentes sobre el tema, los cuales se correspondieron con los alcanzados por Cabalgante de Barros, ⁽⁶³⁾ quien pudo modificar conocimientos en un alto porcentaje de adolescentes, luego de impartir su estrategia de intervención en un municipio de Río de Janeiro, Brasil.

De acuerdo a un estudio realizado por Lucía Salazar y colaboradores, ⁽⁶⁴⁾ esta refiere que con la existencia de infección con el virus del papiloma humano y aplicación del método de regresión lineal y multivariación, 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. Adolescentes según nivel de conocimientos sobre factores de riesgo del cáncer de cérvix y momento de evaluación.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	8	22,9	22	62,9
Inadecuado	27	77,1	13	37,1
Total	35	100,0	35	100,0

Prueba de McNemar

$p = 0,001$

Fuente: Cuestionario.

La tabla 3 muestra la distribución de adolescentes según el nivel de conocimientos sobre factores de riesgo del cáncer de cérvix, evaluado antes y después de desarrollar la intervención educativa.

Se observó que, en la encuesta diagnóstica realizada al comienzo de la investigación, solo 8 de las participantes presentaban un nivel de conocimientos adecuado sobre los factores que pueden llevar al desarrollo del mencionado cáncer para el 22,9% de la muestra, y 27 adolescentes (77,1%) no marcaban los ítems correctos de la encuesta.

Una vez terminado el proceso de intervención y aplicada la encuesta nuevamente, las respuestas correctas se elevaron a 22 de las participantes para un 62,9% lo que resultó en una modificación significativa y positiva.

Los factores de riesgo de cáncer cervical están relacionados con características tanto del virus como del huésped, el efecto del tabaquismo ha sido bien argumentado en muchos estudios casos-controles, demostrando ser uno de los principales factores causales del cáncer de cérvix. ⁽⁶⁴⁾

Reportes actuales de la literatura internacional muestran que el riesgo que representa este factor en la aparición del cáncer de cérvix 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 corrobora la hipótesis de la posible acción sinérgica entre el cigarro y la infección por PVH para el desarrollo de lesiones premalignas 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 Langerhan y otros marcadores de función inmunológica. ^(65,66)

Tabla 4. Adolescentes según nivel de conocimientos sobre efectos de los anticonceptivos hormonales y momento de evaluación.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	11	31,4	28	80,0
Inadecuado	24	68,6	7	20,0
Total	35	100,0	35	100,0

Prueba de McNemar $p = 0,000$
 Fuente: Cuestionario.

La tabla 4 muestra la distribución de adolescentes según el nivel de conocimientos sobre efectos de los anticonceptivos hormonales, evaluado antes y después de desarrollar el programa capacitante.

Se pudo observar que antes de comenzar la intervención, 11 de las participantes presentaron un nivel de conocimientos adecuados sobre el uso de terapia hormonal para un 31,4% del total, mientras que 24 (68,6%), respondían erradamente los ítems consignados en el cuestionario.

Una vez finalizada la capacitación, el nivel de conocimientos adecuados aumentó hasta 28 adolescentes (80,0%) y este elevado número de respuestas adecuadas, condicionó que la modificación de conocimientos resultara significativa según los resultados de la prueba.

Lucía Salazar, ⁽⁶⁴⁾ 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. Adolescentes según nivel de conocimientos sobre importancia de realización de las pruebas citológicas y momento de evaluación.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	23	65,7	33	94,3
Inadecuado	12	34,3	2	5,7
Total	35	100,0	35	100,0

Prueba de McNemar $p = 0,006$

Fuente: Cuestionario.

La tabla 5 muestra la distribución de adolescentes según el nivel de conocimientos sobre la importancia de realización de las pruebas citológicas, evaluado antes y después de desarrollar la intervención educativa.

Se pudo observar que, en la evaluación inicial, 23 de las participantes (65,7%) presentaban un adecuado nivel de conocimientos sobre la importancia de las pruebas citológicas para la prevención de cáncer de cérvix, mientras que 12 de ellas (34,3%), no lograban identificar las respuestas correctas de los ítems consignados en la encuesta.

Una vez finalizado la intervención educativa y reaplicado el cuestionario, el número de participantes con conocimientos adecuados se elevó a 33 (94,3%), 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.

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 premalignas que con tratamiento adecuado hubieran prolongado la esperanza de vida. ⁽⁶⁷⁾

Tabla 6. Adolescentes según nivel global de conocimientos sobre cáncer de cérvix y momento de evaluación.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	10	28,6	21	60,0
Inadecuado	25	71,4	14	40,0
Total	35	100,0	35	100,0

Prueba de McNemar $p = 0,027$

Fuente: Cuestionario.

La tabla 6 muestra la distribución de adolescentes según nivel global de conocimientos sobre cáncer de cérvix, evaluado antes y después de desarrollar la intervención educativa.

Se pudo observar que, en la evaluación inicial, solo 10 de las participantes presentaban un conocimiento adecuado en los diferentes temas de cáncer de cérvix evaluados en los cuadros anteriores que representaron un 28,6% del total, mientras que 25 de ellas (71,4%,)

no lograban responder adecuadamente las preguntas del cuestionario para los mencionados temas anteriores.

Al terminar la aplicación de la intervención y esperar un tiempo prudencial, se repite la aplicación del cuestionario con un total de 21 participantes respondiendo adecuadamente estos acápites y elevando el porcentaje global de respuestas correctas hasta 60,0%. Esta modificación positiva del nivel de conocimiento resultó significativa según la interpretación del resultado de la prueba estadística utilizada por lo que se consideró efectiva la intervención.

Las intervenciones educativas para la prevención del cáncer de cérvix 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. La importancia final radica en la elección de una metodología que garantice la retención de los contenidos entregados en la población beneficiada. ⁽⁶⁰⁾

CONCLUSIONES.

Predominaron las edades avanzadas del periodo adolescente y el nivel de escolaridad secundario. Se encontró un muy bajo nivel inicial de conocimientos sobre generalidades del cáncer de cérvix, factores de riesgo del mismo y efectos de los anticonceptivos hormonales, mientras que respecto a la importancia de realización de las pruebas citológicas, la gran mayoría presentaba conocimientos adecuados desde el inicio, aun así, esta y las demás temáticas experimentaron una modificación positiva y significativa del nivel de conocimientos en la evaluación final, indicando la efectividad de la intervención educativa.

Recomendación.

Se sugiere extender esta investigación a otros servicios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Manual de normas y procedimientos para el control del cáncer de cuello uterino. Washington, DC: OPS, 2002:1-8.
2. Ricardo Rigor O, Pérez Carballés F, Perea Corral J, Fernández Sacasas J, Fernández Mirabal J. Medicina general integral. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 2003; t 4:21-32.
3. Camacho Carr K, Sellors JW. Cervical Cancer Screening in Low Resource Settings: Natural History of Cervical Cancer. <http://www.medscape.com/viewarticle/484034_5> [consulta: 21 abril 2014].
4. World Health Organization. Control of cancer of the cervix uteri. Bull World Health Organ 1986; 64(4):607-18.
5. Rigol Ricardo O. Obstetricia y ginecología. 2 ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2004.
6. Durán Cala MI. Cáncer cervicouterino. Comportamiento de algunos factores clínico-epidemiológicos en un área de salud. <<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2444/15/Cancer-Cervicouterino.-Comportamiento-de-Algunos-Factores-Clinico%96Epidemiologicos-en-un-Area-de-Salud>> [consulta: 16 octubre 2015].
7. Romero T. Panorama epidemiológico del cáncer en América Latina. Gómez Sánchez M. Medicina paliativa en la cultura latina. Madrid: Aran, 2002.
8. United Nations Children's Fund. Guidelines for monitoring the availability and use of obstetric service. New York: UNICEF, 1997. <http://www.childinfo.org/files/maternal_mortality_finalgui.pdf> [consulta: 21 Abril 2014].
9. Romero T, Gray J, Camacho R, Chacón M, Colad. 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. Mención Fórum Nacional de ciencias y técnicas. CD Memorias del Evento. 2003.
10. Menezes J. The low incidence of cervical cancer in Jewish women: Has the puzzle finally been solved? IMAJ 2014; 5:120-23.
11. Schiffman MH, Bauer HM, Hoover RN, Glass AG, Cadell DM, Rush BB, *et al.* Epidemiology evidence showing that human papillomavirus infection causes most cervical

- intraepithelial neoplasia. Journal of the National Cancer Institute, 1995; 85(12):958-64. <<http://www.mcgill.ca/files/cancerepi/JNCI85-958.pdf>> [consulta: 21 Abril 2015].
12. Lewis Merle J. Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe. Washington, DC: OPS, 2004.
 13. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. Guía Latinoamericana contra el cáncer. Ciudad de La Habana: INOR, 2003.
 14. Muñoz N. Nuevas perspectivas para la prevención del cáncer de cuello uterino basadas en el virus del papiloma humano. Biomédica: Instituto Nacional de Salud 2006; 26(4). <http://www.ins.gov.co/recursos_user/documentos/biomedica/2006/2006_biomedica_vol2_6_n4_ft.pdf> [consulta: 16 octubre 2015].
 15. Organización Panamericana de la Salud. Manual de normas y procedimientos para el control del cáncer de cuello uterino. Washington, DC: OPS, 2012:1-8.
 16. Camacho Carr K, Sellors JW. Cervical Cancer Screening in Low Resource Settings: Natural History of Cervical Cancer. <http://www.medscape.com/viewarticle/484034_5> [consulta: 21 Abril 2015].
 17. World Health Organization. Control of cancer of the cervix uteri. Bull World Health Organ 1986; 64(4):607-18.
 18. Durán Cala MI. Cáncer cervicouterino. Comportamiento de algunos factores clínico-epidemiológicos en un área de salud. <<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2444/15/Cancer-Cervicouterino.-Comportamiento-de-Algunos-Factores-Clinico%96Epidemiologicos-en-un-Área-de-Salud>> [consulta: 16 octubre 2016].
 19. Romero T. Panorama epidemiológico del cáncer en América Latina. Gómez Sánchez M. Medicina paliativa en la cultura latina. Madrid: Aran, 2012.
 20. United Nations Children's Fund. Guidelines for monitoring the availability and use of obstetric service. New York: UNICEF, 1997. <http://www.childinfo.org/files/maternal_mortality_finalgui.pdf> [consulta: 21 Abril 2016].
 21. Romero T, Gray J, Camacho R, Chacón M, Colad. 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. Mención Fórum Nacional de ciencias y técnicas. CD Memorias del Evento. 2003.
 22. Menezzer J. The low incidence of cervical cancer in Jewish women: Has the puzzle finally been solved? IMAJ 2014; 5:120-23.

23. Schiffman MH, Bauer HM, Hoover RN, Glass AG, Cadell DM, Rush BB, *et al.* Epidemiology evidence showing that human papillomavirus infection causes most cervical intraepithelial neoplasia. *Journal of the National Cancer Institute*, 1995; 85(12):958-64. <<http://www.mcgill.ca/files/cancerepi/JNCI85-958.pdf>> [consulta: 21 Abril 2016].
24. Lewis Merle J. Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe. Washington, DC: OPS, 2014.
25. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. Guía Latinoamericana contra el cáncer. Ciudad de La Habana: INOR, 2003.
26. Muñoz N. Nuevas perspectivas para la prevención del cáncer de cuello uterino basadas en el virus del papiloma humano. *Biomédica: Instituto Nacional de Salud* 2006; 26(4). <http://www.ins.gov.co/recursos_user/documentos/biomedica/2006/2006_biomedica_vol2_6_n4_ft.pdf> [consulta: 16 octubre 2015]
27. Registro Nacional del Cáncer. Incidencia de Cáncer en Cuba en el año 2006.
28. Ciuffo G. Immfesto positivo con filtrado di verruca vulgare. *G. Ita. Venereal.* 1907.48:12-17.
29. Bosch X, Lorincz A, Muñoz N, Meijer CJ, Shah KV. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. *J Clin Pathol.* 2017;55: 244-65.
30. Muñoz N, Bosch FX, Shah KV, Meheus A. The epidemiology of cervical cancer and human papillomavirus. *Scientific Publication* 119. 1992. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer.
31. Clifford GM, Smith JS, Plummer M, Muñoz, N, Franceschi S. Human papillomavirus types in invasive cervical cancer worldwide: a meta-analysis. *Br J Cancer.* 2014;88: 63-73.
32. Diaz ML. Human papilloma virus: prevention and treatment. *Obstet Gynecol Clin N Am* 2011; 35: 199217.
33. Tatti S. Colposcopia y patología del tracto genital inferior. Panamericana. Argentina. 2011, pp 57-87, 284-288.
34. Apgar B, Brotzman, Spitzer M. Colposcopia principios y práctica. ElsevierMasson. España 2ª Ed. 2009, pp: 21-34, 79 -100, 411-436.
35. Lizano M, Carrillo A, Contreras A. Infección por virus del Papiloma Humano: Epidemiología, historia natural y carcinogénesis. *Cancerología* 2014; 4: 205-216.
36. Bandyopadhyay S, Chatterje R. HPV viral load determination during pregnancy as a possible cervical cancer risk. *J. Exp. Clin. Cancer Res* 2016; 25: 29-38.

37. Hernández C, Smith J et al. Prevalencia de infección por virus de papiloma humano (VPH) de alto riesgo y factores asociados en embarazadas derechohabientes del IMSS en el estado de Morelos. *Salud Pública Mex* 2015;47: 423 -429.
38. Domza G, Gudleviciene Z, Povilas K et al. Human papillomavirus infection in pregnant women. *Arch Gynecol Obstet* 2014; 284: 1105 – 1112.
39. Fader A, Alward E, Chirico C. et al. Cervical dysplasia in pregnancy: a multi – institutional evaluation. Literature review current through: Mar 2012. | This topic last updated: mar 13, 2015. <http://www.uptodate.com.pbidi.unam.mx:8080>
40. Aydin Y. Prevalence of human papilloma virus infection in pregnant Turkish women compared with non-pregnant women. *Eur J Gynecol Oncol* 2014; 31(1):72-74.
41. Scheffner M, Huibregtse Jm, Vierstra RD, Howley PM. The HPV-16 E6 and E6-AP complex functions as an ubiquitin-protein ligase in the ubiquitination of p53. *Cell*. 1993; 75:495-505.
42. Doman G. Human papillomavirus infection in pregnant women. *Arch Gynecol Obstet* 2015; 284: 1105 -1112.
43. Castle P, Stoler M, Wright T et al. Performance of carcinogenic human papillomavirus (HPV) testing and HPV16 or HPV 18 genotyping for cervical cancer screening of women aged 25 years and older: a subanalysis of the ATHENA study. 2014.
44. Smith JS, Green J, Berrington de Gonzalez A, Appleby P, Peto J, Plummer M, et al. Cervical cancer and use of hormonal contraceptives: a systematic review. *Lancet*; 361(9364):1159-67. 2015.
45. International Collaboration of Epidemiological Studies of Cervical Cancer. Carcinoma of the cervix and tobacco smoking: Collaborative reanalysis of individual data on 13 541 women with carcinoma of the cervix and 23 017 women without carcinoma of the cervix from 23 epidemiological studies. *Int J Cancer*. 2014; 118(6):1481–95.
46. International Collaboration of Epidemiological Studies of Cervical Cancer. Cervical carcinoma and reproductive factors: collaborative reanalysis of individual data on 16 563 women with cervical carcinoma and 33,542 women without cervical carcinoma from 25 epidemiological studies. *Int J Cancer*. 2014; 119: 1108–24.
47. Sherpa AT, Clifford GM, Vaccarella S, Shrestha S, Nygård M, Karki BS, et al. Human papillomavirus infection in women with and without cervical cancer in Nepal. *Cancer Causes Control*. 2010; 21(3):323-30.

48. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *Int J Cancer*. 2012; 127(12):2893-917.
49. Mendoza LP, Arbiza J, Paez M, Kasamatsu E, Castro A, Giménez G, et al. Distribution of human papillomavirus genotypes in Paraguayan women according to the severity of the cervical lesion. *J Med Virol*. 2011; 83(8): 1351-7.
50. Ripabelli G, Grasso GM, Del Riccio I, Tamburro M, Sammarco ML. Prevalence and genotype identification of human papillomavirus in women undergoing voluntary cervical cancer screening in Molise, Central Italy. *Cancer Epidemiol*. 2011; 34(2): 162-7.
51. Bogaards JA, Xiridou M, Coupé VM, Meijer CJ, Wallinga J, Berkhof J. Model-based estimation of viral transmissibility and infection-induced resistance from the age-dependent prevalence of infection for 14 high-risk types of human papillomavirus. *Am J Epidemiol*. 2014; 171(7):817-25.
52. Nielsen A, Kjaer SK, Munk C, Iftner T. Type specific HPV infection and multiple HPV types: prevalence and risk factor profile in nearly 12,000 younger and older Danish women. *Sex Transm Dis*. 2014; 35:276–82.
53. Smith JS, Melendy A, Rana RK, Pimenta JM. Age-specific prevalence of infection with human papillomavirus in females: a global review. *J Adolesc Health*. 2015; 43(4 Suppl): S5-25.
54. Louie KS, de Sanjose S, Diaz M, Castellsagué X, Herrero R, Meijer CJ, et al. International Agency for Research on Cancer Multicenter Cervical Cancer Study Group. Early age at first sexual intercourse and early pregnancy are risk factors for cervical cancer in developing countries. *Br J Cancer*. 2014; 100(7):1191-7.
55. Mendoza Torres L, Páez M, Insaurrealde A, Rodriguez MI, Castro A, Kasamatsu E. Detection of high-risk human papillomavirus cervical infections by the hybrid capture in Asunción, Paraguay. *Braz J Infect Dis*. 2014; 13(3): 203-6.
56. de Sanjose S, Quint WG, Alemany L, Geraets DT, Klaustermeier JE, Lloveras B, et al. Human papillomavirus genotype attribution in invasive cervical cancer: a retrospective cross-sectional worldwide study. *Lancet Oncol*. 2012; 11(11):1048-56.
57. Bosch FX, Burchell AN, Schiffman M, Giuliano AR, de Sanjose S, Bruni L, et al. Epidemiology and natural history of human papillomavirus infections and type-specific implications in cervical neoplasia. *Vaccine*. 2014; 26 (Suppl 10): K1-16.

58. 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.
59. 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.
60. Castellsagué X. Natural history and epidemiology of HPV infection and cervical cancer. Gynecol Oncol. 2008; 110(3 Suppl 2): S4-7.
61. Internacional Agency Research on Cancer-World Health Organization. Cervix Cancer Screening. Lyon: IARC Press, 2015.
62. Maehama T. Epidemiological study in Okinawa, Japan, of human papillomavirus infection of the uterine cervix. Infect Dis Obstet Gynecol 2015; 13(2):77-80.
63. Cavalcante de Barros D. Consumo alimentar de gestantes adolescentes no Municipio do Rio de Janeiro. Cad Saúde Pública 2014; 20(1):115-211.
64. 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.
65. 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.
66. 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.
67. 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 cervicouterino”. Para dar este consentimiento he obtenido una explicación amplia de la utilidad de la 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 cervicouterino en mujeres adultas.

Fecha: _____

Firma del participante

Cuestionario

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

Datos generales:

Edad: _____

Nivel de escolaridad:

Primaria sin terminar _____

Primario _____

Secundario _____

Preuniversitario _____

1. Según tus conocimientos marca con una x. ¿Cuáles son tus conocimientos sobre generalidades del cáncer de cérvix?

- a) ___ Constituye un tumor maligno de alta morbilidad en las féminas.
- b) ___ Se ha convertido en los últimos años en el cáncer más común en la mujer.
- c) ___ Se observa una mayor incidencia en mujeres con pocos recursos económicos y bajo nivel educacional.
- d) ___ Es una enfermedad asociada a las ITS.
- e) ___ No presenta implicación grave para la salud sexual de la mujer.
- f) ___ No sé.

2. Según tus conocimientos marca con una x. ¿Cuáles factores de riesgos que tienen las personas para contraer cáncer de cérvix?

- a) ___ Ser fumadora.
- b) ___ Infectarse con VIH.
- c) ___ Contraer infecciones respiratorias.
- d) ___ Enfermar de Blenorragia.
- e) ___ Enfermar de Hepatitis B.
- f) ___ Enfermar de Sífilis.
- g) ___ Presentar virus del papiloma humano.
- h) ___ No sé.

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.
- f) ___ No sé.

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 2 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.
- g) ___ No sé.

h) ESCALA DE CALIFICACIÓN

La calificación final se evaluará con los siguientes criterios:

Pregunta 1:

Correctas: Contestar incisos.

Incorrectas: Contestar incisos.

Pregunta 2:

Correctas: Contestar inciso

Incorrectas: Contestar inciso

Pregunta 3:

Correctas: Contestar incisos

Incorrectas: Contestar incisos.

Pregunta 4:

Correctas: Contestar incisos.

Incorrectas: Contestar incisos.

Calificación Final:

Correctas: Contestar 4 preguntas.

Incorrectas: Contestar 1 preguntas.

DISEÑO DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA

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 aplicar conocimientos sobre los factores de riesgo del cáncer de cérvix y sensibilizar acerca de la citológica en las femeninas adultas y promover la realización de esta.

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

Programa educativo para aplicar conocimientos sobre factores de riesgo del cáncer cervicouterino y sobre la importancia de la prueba citológica así sensibilizar a las mujeres adultas y promover prácticas de salud encaminadas a erradicar estilos educativos perjudiciales para la salud.

Tema 1: Adultas, pero jóvenes alertas.

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.

Tema 2: Generalidades del cáncer de cérvix, concepto.

Sumario:

1 – Definición Sexual Segura.

2 - Los deseos sexuales y las ITS.

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.

Desarrollo: Se trataron temas referidos al concepto de cáncer-cervicouterino, 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.

Desarrollo: Se trataron temas referidos a los datos más relevantes con respecto a factores de riesgo y la influencia del tabaquismo en la incidencia de este flagelo.

Tema 4: Anticonceptivos hormonales y Factores de riesgo.

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.

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

Tema 5: Prueba Citológica o de Papanicolau, generalidades.

Sumario:

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

Objetivo:

Explicar la importancia del 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.

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 realizó 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 las participantes un recuerdo de su participación durante la intervención.