

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

“Dr. JOSÉ ASSEF YARA”

DE CIEGO DE ÁVILA

**Título:** Intervención educativa sobre Cáncer Cervicouterino en las adolescentes del consultorio 10 del Policlínico Antonio Maceo Grajales en Ciego de Ávila.

**Autor:** Dra. Liubis Romero García.

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

2019

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

“Dr. JOSÉ ASSEF YARA”

DE CIEGO DE ÁVILA

**Título:** Intervención educativa sobre Cáncer Cervicouterino en las adolescentes del consultorio 10 del Policlínico Antonio Maceo Grajales en Ciego de Ávila.

**Autora:** Dra. Liubis Romero García.

Aspirante a especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.

**Tutora:** Dra. Yasleidys Pérez Septiem.

Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.

Profesor Instructor.

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

2019

## **RESUMEN**

Se realizó un estudio pre-experimental de tipo antes-después para elevar la efectividad en la aplicación de un programa de intervención educativa para elevar el nivel conocimientos relacionados con el Cáncer Cervicouterino en las adolescentes del consultorio 10 del área del Policlínico Docente “Antonio Maceo Grajales” en el período comprendido de febrero 2018 a febrero 2019. La muestra de estudio estuvo constituida por 35 pacientes del sexo femenino. 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. En la investigación realizada predominó el nivel de escolaridad secundario terminado. Por otra parte 22 de las adolescentes presentaban muy bajo nivel inicial de conocimientos globales el cáncer de cérvix, al contrario que sobre la importancia de la prueba citológica, tema en el cual el 77,1% presentaban conocimientos iniciales adecuados. En todos los temas tratados se logró un aumento significativo de los conocimientos, así como en la evaluación global de todo el cuestionario aplicado, considerando efectivo el programa educativo.

**Palabras clave:** Intervención educativa, Cáncer Cervicouterino.

# ÍNDICE

| <i>Contenido</i>                              | <i>Páginas</i> |
|---|----------------|
| ▪ Introducción.....                           | 1              |
| ▪ Objetivos.....                              | 5              |
| ▪ Marco teórico.....                          | 6              |
| ▪ Método.....                                 | 18             |
| ▪ Análisis y discusión de los resultados..... | 23             |
| ▪ Conclusiones.....                           | 31             |
| ▪ Referencias bibliográficas.....             | 32             |
| ▪ Anexos.....                                 | 37             |

**Pensamiento:**

“... El médico será algo más que alguien que atiende a uno que se enferma y va al hospital, sino que tendrá un papel especial en la medicina preventiva, en fin, será un Guardián de la Salud”. 1983

Fidel Castro Ruz

## **Dedicatoria**

A mi familia por su apoyo incondicional, a mis amigas y en especial a mi bebé por darme fuerzas cada día.

## **Agradecimientos**

A mis abuelos, mi madre y mi esposo por su amor y su ayuda incondicional que me permitió proseguir con esta investigación.

A mi bebé Anthony por su buen comportamiento y la mirada de cada mañana para su mami.

## INTRODUCCIÓN

El cáncer cervicouterino es un proceso oncoproliferativo 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 <sup>1</sup>.

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 <sup>1,2</sup>. En Cuba es la quinta causa de muerte por cáncer en la mujer con una tasa de mortalidad de 8,5 por 100 000 mujeres <sup>3</sup>.

En España, el cáncer invasor de cuello uterino es el sexto más frecuente, constituye el 4,8% de los cánceres en la mujer, una de las tasas más bajas del mundo, entre 3,4 y 12,2 casos por 100 000 mujeres/año. La tasa de mortalidad es de 2,7 por 100 000 mujeres/año, semejante al promedio europeo. En América Latina se estiman al menos 76 000 casos de CCU y 30 000 muertes, representando 16 y 13 % del total del mundo, respectivamente <sup>2</sup>.

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 <sup>3-6</sup>.

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. En Colombia, también constituye la segunda causa de mortalidad en mujeres (16/100. 000) y registra una incidencia de 32 por cada 100 000 mujeres. En Venezuela se describieron 18.543 (15,32%) muertes para el año 2006, donde el grupo de edad más afectado por el CCU es el de 45-64 años con 942 defunciones seguido por el de 25-44 con 478 muertes <sup>4</sup>.

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 <sup>4</sup>.

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) <sup>7,8</sup>. 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 <sup>2</sup>.

Entre 2005 y 2009, la 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 <sup>4</sup>.

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% <sup>9-13</sup>.

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 de edad sin embargo en nuestro municipio ha sido pobremente abordado este tema se ha visto una incidencia de 5% en estudio realizado en 2009; en población mayor de 25 años de edad no han sido abordadas otras edades es decir no se ha indagado en la incidencia de este tipo

de cáncer en mujeres menores de 25 años observándose por parte de médicos y enfermeras el incremento en la aparición de cáncer cervicouterino en edades cada vez más tempranas <sup>13-15</sup>.

Nuestro país 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. <sup>13-19</sup>.

El desarrollo del cáncer cervical, generalmente, es muy lento y comienza como una afección precancerosa llamada displasia, que se puede detectar por medio de un citodiagnóstico vaginal y es 100 % tratable; por esta razón, es tan importante que las mujeres se practiquen dicho estudio regularmente. La mayoría de las féminas a quienes se les diagnostica cáncer cervical en la actualidad, no se han realizado esta prueba citológica o no han tenido un seguimiento evolutivo por resultados anormales <sup>18,19</sup>.

El factor de riesgo más común del cáncer cervicouterino es la exposición a ciertas variedades del papilomavirus humano (PVH). Dicho agente causal provoca una infección de transmisión sexual (ITS) que, en muchos casos, es asintomática. Dada esta característica del PVH, puede transcurrir mucho tiempo antes de que se detecte. Otros factores de riesgo del cáncer cervicouterino son: no hacerse la prueba para su detección con sistematicidad; comenzar las relaciones sexuales a una edad temprana; tener parejas sexuales múltiples o contacto sexual con alguien que ha tenido parejas sexuales múltiples; contraer el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), que debilita el sistema inmunológico de la mujer y la hace más vulnerable a la infección por el PVH; poseer antecedentes familiares de primera línea de cáncer cervicouterino <sup>14,15</sup>.

El grupo etario más vulnerable es el de 25-60 años de edad, y se conoce que el riesgo de contraer esta neoplasia aumenta con la edad. Entre otros factores de

riesgo, se han señalado el hábito de fumar y el bajo estado socioeconómico; las tasas de mortalidad e incidencia son más elevadas entre mujeres pobres, ya que ellas no tienen acceso a los servicios de diagnóstico y tratamiento <sup>1-6</sup>.

El cáncer cervicouterino, o carcinoma del cuello uterino, es una enfermedad que ha provocado gran impacto en todas las esferas sociales y ha contribuido a las altas tasas de morbilidad y mortalidad en el mundo entero. Incluye las neoplasias malignas que se desarrollan en la porción fibromuscular inferior del útero; consiste en un proceso mórbido, en el cual se encuentran células cancerosas (malignas) en los tejidos del cuello uterino <sup>16</sup>.

Con la implementación del Programa educativo sobre factores de riesgo del cáncer cérvicouterino y su prevención se disminuirá la incidencia y prevalencia de dicha entidad en la población femenina de la zona rural; logrando con el empleo de pocos recursos económicos y un financiamiento mínimo de parte de las entidades interesadas, que la población femenina aprenda a identificar los factores de riesgo de esta patología y su prevención precoz <sup>17</sup>.

Teniendo en cuenta que no existen suficientes herramientas educativas, que muestren las características del cáncer cervicouterino con la calidad necesaria para capacitar y así favorecer el mejoramiento de los conocimientos y la eliminación de los factores de riesgo de las adolescentes en el área de salud de del policlínico Centro de Ciego de Ávila, el autor de la presente investigación decidió construir y validar una programa educativo sobre el cáncer cervicouterino y su prevención con un lenguaje sencillo y claro que ayude al conocimiento de los factores de riesgo y sus consecuencias y así mejorar la calidad de vida de estas mujeres.

**Problema:** ¿Cómo contribuir a elevar el nivel de conocimiento sobre el cáncer cervicouterino, en las adolescentes pertenecientes al consultorio 10 del Policlínico Docente Antonio Maceo Grajales del municipio Ciego de Ávila?

## **OBJETIVOS**

**Objetivo general:** Evaluar la efectividad en la aplicación de un programa de intervención educativa sobre cáncer cervicouterino, en las adolescentes pertenecientes al consultorio 10 del Policlínico Docente Antonio Maceo Grajales del municipio Ciego de Ávila.

### **Objetivos específicos:**

1. Caracterizar la muestra según variables sociodemográficas de edad y nivel de escolaridad en la población de estudio.
2. Determinar el nivel de conocimientos inicial sobre generalidades del cáncer cervicouterino en la muestra de estudio.
3. Aplicar una estrategia de intervención educativa sobre el cáncer cervicouterino
4. Evaluar el nivel de conocimientos después de la intervención educativa.

## MARCO TEÓRICO

El desarrollo que van alcanzando los seres humanos en el transcurso de su vida es un proceso muy complejo; que va ocurriendo como una espiral. El ser humano actual es resultado de la interrelación de una serie de premisas que hicieron posible su evolución filogenético como portador de la forma superior de reflejo psíquico: la conciencia. Tales premisas son factores o condiciones que actúan de forma constante y que poseen una significación fundamental en el desarrollo de cualquier fenómeno. Las premisas que actúan en el desarrollo humano se integran en dos grandes grupos: biológicas y sociales. En tal proceso se dan cambios por acumulación cuantitativa y saltos cualitativos, básicamente en tres direcciones: física, social y psíquica <sup>18,19</sup>.

Una de estas etapas de gran trascendencia para la vida humana es la adolescencia, la cual se caracteriza, como el período de transición entre la niñez y la edad adulta. Se evidencia que la adolescencia no ocurre de inmediato, ni está determinada sólo por los cambios de la pubertad, sino que constituye un lento proceso de aprendizaje que lleva implícito diversas transformaciones <sup>18,19</sup>.

Podría entonces definirse la adolescencia como la etapa de la vida del individuo en la que se producen intensos cambios biológicos, psicológicos y sociales que preparan la personalidad para el logro de la autodeterminación de su vida futura. Carlyle Guerra (director de la OPS), define la adolescencia como un proceso principalmente biológico que trasciende al área psicosocial y que constituye un período durante el cual se inicia y se busca perfeccionar la madurez de la personalidad. La maduración sexual es otra característica de la etapa, apareciendo los caracteres sexuales secundarios <sup>18,19</sup>.

El perfeccionamiento y madurez de las características psicosociales se desplazan, en el adolescente, a edades más avanzadas de la vida, a diferencia de la precoz madurez biológica imperante en esta etapa. Todo esto unido a la desinformación y la falta de educación en el orden sexual, posibilita que los adolescentes practiquen relaciones sexuales de riesgo y sin protección, por lo que se considera este período como importante grupo de riesgo en la salud sexual, que pudieran dar lugar a una enfermedad venérea <sup>18,19</sup>.

En la adolescencia, se desarrollan particularidades del pensamiento como la consecutividad, la independencia, la capacidad de crítica y la intencionalidad de sus reflexiones. El pensamiento constituye cada vez más un reflejo abstracto y generalizado de la realidad. Otro elemento que participa en la configuración cognitiva de la personalidad es la adquisición y el desarrollo del lenguaje ya que permite trascender el plano de la relación práctica e inmediata con los objetos a una relación más abstracta, o sea mediada por los símbolos de significación lingüística <sup>18,19</sup>.

Se asiste en los últimos tiempos a lo que se ha dado en llamar revolución sexual determinada por la temprana iniciación de las relaciones sexuales, debido entre otras cosas a cambios en la actitud social hacia la sexualidad y a una maduración sexual más temprana. Para poder comprender mejor esta situación, se debe recordar que alrededor del 50 % de las adolescentes entre 15 y 19 años, tienen una vida sexual activa, lo cual trae como consecuencia una alta incidencia en ETS e incluso de cáncer de cérvix <sup>18,19</sup>.

En 1961, en el primer congreso internacional sobre citología exfoliativa celebrado en Viena, un grupo de expertos propuso el empleo de los términos displasia y carcinoma in situ, que pronto desplazaron a los demás. El cáncer del cérvix tiene una historia natural que inicia con la lesión intraepitelial escamosa de bajo grado, pasa por las de alto grado, posteriormente llega al cáncer micro invasor y al invasor propiamente dicho y por último la muerte <sup>20-22</sup>.

El cáncer de cuello uterino es tan frecuente que, sin tener en cuenta el cáncer de piel no melanoma, ocupa el segundo lugar entre todas las neoplasias malignas que afectan a la población femenina en la mayor parte del mundo, principalmente en los países en vías de desarrollo, y representa la principal causa de muerte por cáncer en estas mujeres. Mundialmente cada año se presentan 370.000 casos nuevos, de los cuales el 80% aparecen en países en vías de desarrollo como el nuestro, al parecer por sistemas de salud deficitarios, que ubican este problema como de interés para la salud pública <sup>22,23</sup>.

La incidencia de cáncer invasivo en las grandes ciudades ha disminuido y el cáncer pre invasivo ha aumentado proporcionalmente, en donde las tasas muestran la gran magnitud del problema que representa esta patología. Este

fenómeno puede ser explicado en parte por el establecimiento de un programa de detección masivo de alcance nacional <sup>24-29</sup>.

Gracias a la introducción de las pruebas de detección, principalmente con frotis de Papanicolaou o citología cervicovaginal, la incidencia, y especialmente la mortalidad, tienden a disminuir. En los países escandinavos la mortalidad por cáncer de cuello uterino después de la introducción de estos programas se ha reducido en más del 50%. También se encuentran informes de algunos países donde no se registran tan buenos resultados de los programas de tamizaje, dado básicamente por la mala calidad de los mismos <sup>30</sup>.

Se calcula que la realización de la citología cervicovaginal reduce las posibilidades que la mujer fallezca de cáncer de cuello uterino desde un 4/1.000 aproximadamente a un 5/10.000, una diferencia de casi un 90% <sup>30</sup>.

Se sabe que la mayor frecuencia de esta se presenta en mujeres que acuden a clínicas de enfermedades de transmisión sexual (13-26%). Existen diferencias raciales aún no explicadas, con mayores tasas de lesión intraepitelial en mujeres afroamericanas y de ascendencia negra que en las de raza blanca; también se observa mayor incidencia de esta lesión en poblaciones menores de 50 años, posiblemente porque en las mayores de esa edad ya lo que se diagnostica es la lesión invasora <sup>30</sup>.

Sobra decir que la tasa de supervivencia con tratamiento adecuado será mejor entre más tempranamente se haga el diagnóstico de la enfermedad. Para aquellos casos en etapas tempranas, la supervivencia a cinco años es del 90%, mientras que en etapas avanzadas es de tan solo el 13% <sup>30</sup>.

Estudios epidemiológicos han demostrado que la mayor parte de los tipos de cáncer en los humanos se origina en forma secundaria al impacto de diversos factores y muy particularmente el cáncer cervical. En los últimos años y con mayor frecuencia este cáncer se comporta como una enfermedad de transmisión sexual, teniendo como factores etiopatogénicos y predisponentes: la edad precoz en el comienzo de relaciones sexuales, paridad elevada, infecciones vaginales (virus de papiloma humano y el herpes virus tipo 2), y la producción de radicales libres, entre otros, todos ellos considerados cofactores en la génesis del cáncer cervical <sup>31</sup>.

La mayor parte del tiempo, el cáncer cervical inicial es asintomático. Los síntomas que se pueden presentar abarcan <sup>32</sup>: sangrado vaginal anormal entre periodos, después de la relación sexual o después de la menopausia; flujo vaginal que no cesa, que puede ser pálido, acuoso, rosado, marrón, con sangre o de olor fétido; periodos menstruales que se vuelven más abundantes y que duran más de lo normal; el cáncer cervical puede diseminarse a la vejiga, los intestinos, los pulmones y el hígado. Con frecuencia, no hay problemas hasta que el cáncer esté avanzado y se haya propagado.

Los síntomas del cáncer cervical avanzado pueden ser <sup>32,33</sup>: Dolor de espalda, fracturas o dolor en los huesos, fatiga, fuga o filtración de orina o heces por la vagina, dolor en las piernas, inapetencia, dolor pélvico, hinchazón en una sola pierna, pérdida de peso.

Etiológicamente el cáncer de cuello uterino se inicia como una lesión displásica o intraepitelial cervical, afectando principalmente la unión de los epitelios escamoso y columnar correspondientes al epitelio del exocérvix y endocérvix, respectivamente. En un porcentaje de casos esta lesión intraepitelial evoluciona en forma paulatina a carcinoma in situ, con la posibilidad posterior de romper la membrana basal y así invadir el estroma adyacente y convertirse en un carcinoma microinvasor (nivel de invasión menor de 5 mm) con menor probabilidad de comprometer vasos linfáticos. En esta evolución este tipo de tumor puede continuar su infiltración, denominándose carcinoma francamente invasivo <sup>34,35</sup>.

La historia natural de la lesión intraepitelial precoz es muy importante por su relación con el tratamiento. La revisión de la literatura de los últimos cuarenta años sugiere una mayor probabilidad de persistir o progresar entre las lesiones con mayor severidad (neoplasia intracervical – NIC III) que las de menor grado de displasia (NIC I). Se ha encontrado que la NIC III puede regresar espontáneamente, pero parece que en más del 15% de los casos progresa a cáncer, mientras que la NIC I a cáncer sólo el 1% de los casos; esta proporción es similar en la NIC II. Es evidente que no todas las pacientes con células cervicales anormales desarrollan cáncer, dado que también existe la posibilidad de que la anomalía intraepitelial pueda regresar <sup>34,35</sup>.

La evidencia que soporta las conclusiones respecto a la progresión de la enfermedad son los siguientes. De las pacientes con lesión intraepitelial (I a III), el 14% desarrollará un carcinoma in situ y un 1,4% carcinoma invasor; sin embargo, el comportamiento en general de la lesión intraepitelial grado I es diferente: el 70% de las lesiones presentarán regresión espontánea, un 20% persistirá como lesión intraepitelial I y el 10% restante progresará a una lesión intraepitelial de alto grado <sup>34,35</sup>.

Por otro lado, en las mujeres que presentan lesión intraepitelial III, el riesgo de evolucionar a cáncer invasor cuando no reciben manejo está alrededor del 15%, mientras que en las pacientes con cáncer in situ, el riesgo de desarrollar carcinoma invasor, si no se hace ninguna clase de tratamiento, es del 36% <sup>34,35</sup>.

Hasta el presente se sabe que ninguna lesión intraepitelial progresará a carcinoma invasor en un período menor de 18 meses. Si la paciente presenta una neoplasia invasora antes de los 18 meses de habersele diagnosticado una lesión premaligna, probablemente lo que tenía en realidad era un carcinoma microinvasor o invasor que no se logró detectar a tiempo (carcinoma oculto o estadio clínico I - B oculto, es decir, una lesión que tiene menos de 5 mm de infiltración en el estroma pero invade vasos linfáticos). La edad promedio de las mujeres con cáncer in situ es 10 a 15 años inferior a la media de las pacientes con carcinoma invasor <sup>34,35</sup>.

Diversos son los factores de riesgo descritos para cáncer de cuello uterino. La evidencia epidemiológica sugiere, desde hace varios años, que el cáncer cervical se comporta como una enfermedad de transmisión sexual por lo que sus factores de riesgo tienden a ser similares a los de este grupo de enfermedades, es decir, el inicio de relaciones a edad temprana, promiscuidad, bajo nivel socioeconómico, paridad, edad del primer parto, inmunosupresión, uso de anticonceptivos orales (ACO), déficit nutricional, tabaquismo y antecedentes de infecciones de transmisión sexual (ITS) provocadas por virus del herpes simple tipo 2, Chlamydia trachomatis, virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el virus del papiloma humano (VPH), este último considerado un potencial cofactor en la génesis del cáncer cervical <sup>34,35</sup>.

El cáncer de cuello uterino y las lesiones premalignas se comportan como una enfermedad de transmisión sexual, asociada especialmente a la infección por el virus del papiloma humano (VPH), aunque existe cierta susceptibilidad genética entre las mujeres con presencia simultánea de HLA-B\*07 y HLAB\*0302, pero con disminución del riesgo entre quienes tienen HL A-DRB1\*1301 <sup>34,35</sup>.

Infección por VPH: El VPH es el principal factor de riesgo asociado con cáncer de cuello uterino y sus precursores. En la actualidad es considerado como virtualmente necesario pero no suficiente como agente causal <sup>36</sup>.

El virus produce una infección selectiva del epitelio de la piel y de la mucosa genital. Estas infecciones pueden ser asintomáticas o estar asociadas con una variedad de neoplasias benignas y malignas <sup>32-36</sup>.

Hasta hace algunos años había muy pocos estudios de prevalencia y, menos aún, de la incidencia de esta infección en poblaciones definidas. La infección con VPH se asociaba principalmente con verrugas vulgares y plantares, de frecuente aparición en adultos jóvenes y niños. En adultos se observaba en lesiones anogenitales por el condiloma acuminado, una de las infecciones más comunes de transmisión sexual <sup>32-36</sup>.

La infección por VPH en el cuello uterino puede producir anomalías en las células escamosas que son detectadas más frecuentemente por la prueba de tamizaje de Papanicolaou, como coilocitos, aunque pueden recuperarse por técnicas de biología molecular en biopsias, muestras de citología, cepillado vulvar y hasta orina <sup>32-36</sup>.

La mayoría de las infecciones genitales por VPH son transmitidas por contacto sexual directo sin que haya evidencia de lesiones. El hombre cursa como portador asintomático <sup>32-36</sup>.

A mediados de los años setenta, Zur Hausen sugirió el papel del VPH como candidato probable en la génesis de las neoplasias del sistema genital. En la última década se ha publicado una serie de artículos que mencionan la presencia de VPH intranuclear en aquellas células del cuello uterino con lesión intraepitelial y cáncer. Más del 95% de los casos de cáncer de cuello uterino contienen DNA de uno o más de los serotipos de alto riesgo o VPH oncogénico, los tipos 16, 18, 31,

33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 y 68, frente al 5-10% de los especímenes de mujeres control <sup>32-36</sup>.

El ADN del VPH también está presente en las lesiones intraepiteliales; si estas contienen el ADN de oncogenes de alto riesgo son más propensas a progresar a las lesiones avanzadas. Ho y cols. consideran que las mujeres con tipos de alto riesgo tienen hasta 37 veces más de posibilidades de presentar una citología anormal <sup>32-36</sup>.

Se considera que en promedio deben transcurrir catorce años para que una neoinfección conduzca a la manifestación neoplásica más primaria, sin que se haya podido demostrar sin lugar a dudas si lo crítico es el tamaño de la carga viral o la persistencia de la infección <sup>32-36</sup>.

Características de la conducta sexual: Número de compañeros sexuales. Existe una relación directamente proporcional entre el riesgo de lesión intraepitelial y el número de parejas sexuales. Esta exposición se ha relacionado básicamente con la probabilidad de exposición al VPH <sup>32-36</sup>.

Por ejemplo, las mujeres solteras, viudas o separadas tienen más riesgo de infectarse por VPH dado que tienen más compañeros sexuales, sea permanentes u ocasionales <sup>32-36</sup>.

Edad del primer coito: El inicio temprano de las relaciones implica la aparición de múltiples compañeros sexuales, con el consiguiente riesgo dado por estas. Se ha demostrado también que en la adolescencia los tejidos cervicouterinos son más susceptibles a la acción de los carcinógenos, y de hecho, si existe un agente infeccioso relacionado, el tiempo de exposición a este será mucho mayor. El riesgo de lesión intraepitelial cuando el primer coito se tiene a los 17 años o menos es 2,4 veces mayor que cuando este se tiene a los 21 años <sup>32-36</sup>.

Características del compañero sexual: Cada vez hay más datos que sugieren que una mujer puede correr mayor riesgo debido a las características de su compañero sexual, aunque no satisfaga las condiciones de relaciones sexuales precoces y múltiples compañeros; de hecho, la historia sexual de su compañero podría ser tan importante como la propia <sup>32-36</sup>.

Además de lo anterior, una mujer tiene alto riesgo de lesión intraepitelial si sus compañeros sexuales tienen antecedentes de cáncer de pene, y este estuvo casado con una mujer que presentó neoplasia cervical, visita frecuentemente a prostitutas y nunca utiliza condón <sup>32-36</sup>.

Enfermedades de transmisión sexual: Se ha demostrado la asociación de cáncer de cuello uterino con enfermedades de transmisión sexual tipo sífilis o blenorragia, así como historia de infección a repetición del aparato genital; sin embargo, no se ha demostrado relación con antecedentes de infección por *Chlamydia trachomatis* o herpes simplex <sup>32-36</sup>.

En un estudio realizado en tres países se encontró asociación entre infección por VPH y *C. trachomatis* en Colombia y España, pero no en Brasil, mientras que otros estudios han asociado la infección del serotipo G de esta bacteria con el virus. Adicionalmente, la coinfección con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) facilita el desarrollo de la neoplasia, con un aumento del riesgo de cáncer entre las infectadas por el VIH de hasta 3,2 veces el riesgo de las mujeres sin VIH <sup>32-36</sup>.

Condición Socioeconómica Y Cultural: Existen datos controversiales respecto a la asociación entre CaCu y condición económica, social o educativa. Se acepta que las mujeres de más bajo nivel social, cultural y educativo, así como las inmigrantes extranjeras tienen mayor incidencia de CaCu, pero existen estudios que muestran a las universitarias como las que más lo padecen. Existe la interrogante si esta condición está relacionada con una mayor exposición al VPH o la dificultad para acceder a los servicios de detección oportuna. Benia y Tellecha, en Uruguay, informaron que más del 60% de las mujeres de 20 a 30 años no acuden a los servicios de tamizaje más por temor y trabas administrativas que a tener que vivir en condiciones que las expone más al virus <sup>37-40</sup>.

En diversos estudios se ha demostrado que en Estados Unidos las mujeres de ascendencia hispánica o africana tienen más riesgo de adquirir VPH y padecer lesiones pre malignas y malignas del cuello uterino; sin embargo, este aspecto de raza es más un marcador de riesgo que un evento causal por sí mismo, en la medida que las poblaciones con este antecedente son más pobres y tienen conductas de mayor riesgo que sus contrapartes caucásicas <sup>41</sup>.

Inmunosupresión: La respuesta inmunitaria está considerada como un potente mecanismo de resistencia al desarrollo de tumores, desde la fase de iniciación hasta el crecimiento y progresión de los mismos <sup>38-41</sup>.

La infección viral es común en pacientes con supresión/defecto en el SI demostrado por linfopenia, con la relación linfocitos B/ linfocitos T, migración espontánea y quimiotaxis de neutrófilos disminuida. Un ejemplo evidente ha sido demostrado en pacientes infectadas con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) las cuales muestran un incremento en la incidencia de lesiones intraepiteliales escamosas, debido al deterioro de las células y de los mecanismos de la respuesta inmunitaria contra la progresión de la enfermedad. Además, el comportamiento de los mecanismos efectores de la respuesta inmunitaria en pacientes con lesiones del cuello uterino, varían según el estadio y el tipo de VPH que infecta <sup>38-41</sup>.

Déficit Nutricional: El estado nutricional puede influir en la progresión de la infección por VPH. El patrón de metilación del ADN VPH in Vitro se ha asociado con la actividad transcripcional viral pues la RNA polimerasa, enzima encargada de la transcripción, se une con menos afinidad al ADN metilado <sup>38-41</sup>.

Se conoce que los genes metilados ("imprinting" genómico) son inactivos, mientras que los metilados o hipometilados pueden ser transcritos para generar un producto proteico. La pérdida del "imprinting" en los fenómenos de carcinogénesis podrían vincularse con factores fisiológicos, ambientales y dietéticos, que poseen la capacidad de metilar al ADN, así el folato, la vitamina B6, la vitamina B y la metionina pueden tener su mecanismo de acción en la prevención del cáncer de cuello uterino a través de su papel en la metilación <sup>42-44</sup>.

Se ha comprobado que durante el embarazo ocurre una cierta depresión de los niveles de folato lo cual se ha relacionado con el aumento de riesgo de aparición de la enfermedad en múltiparas. La ingestión de comidas ricas en vitamina A y, particularmente, en retinol se asoció con la reducción del riesgo de padecer traumas de desgarro del epitelio que pueden producirse durante el parto, y por sus propiedades antioxidantes está asociado con la afección en análisis. Algunos estudios científicos consideran que una dieta baja en antioxidantes, ácido fólico y vitamina C favorece la persistencia de la infección por VPH y la evolución de las

lesiones de NIC I a NIC II, III y cáncer cervicouterino pero no son concluyentes <sup>42-44</sup>.

Factores relacionados con la reproducción:

Paridad: Se ha establecido que mujeres con dos o más hijos tienen un riesgo 80% mayor respecto de las nulíparas de presentar lesión intraepitelial; luego de cuatro hijos dicho riesgo se triplica, después de siete se cuadruplica y con doce aumenta en cinco veces <sup>32-36</sup>.

A pesar de no existir ninguna explicación definitiva para este fenómeno, se cree que la inmunosupresión del embarazo o su influjo hormonal aumentan la susceptibilidad a la infección por VPH; sin embargo, al revisar la extensa literatura al respecto podemos concluir que estos estudios en su mayoría son bastante contradictorios <sup>32-36</sup>.

Edad del primer parto: Bosch demostró cómo la presencia de uno o más partos antes de los 22 años cuadruplica el riesgo de neoplasia del cuello uterino <sup>32-36</sup>.

Partos vaginales: Las mujeres con uno o más partos vaginales tienen un riesgo 70% mayor de lesión intraepitelial, comparadas con aquellas que sólo tuvieron partos por cesárea. La razón para esta asociación es el traumatismo repetido del cuello en el momento del parto. Sin embargo, no se encuentra suficiente evidencia al respecto por lo que es un punto bastante controvertido <sup>32-36</sup>.

Tabaquismo: Existe una relación directa entre el riesgo de lesiones preinvasoras y la duración e intensidad del hábito. En promedio se considera que las fumadoras tienen doble riesgo de lesión intraepitelial con respecto de las no fumadoras. Experimentalmente se ha demostrado la presencia de nicotina, cotinina y otros mutágenos derivados del tabaco, en mujeres fumadoras con lesión intraepitelial. Además, es bien conocido el daño molecular del ADN del tejido cervicouterino en mujeres que fuman <sup>32-36</sup>.

Anticonceptivos orales: Aunque controvertido, se cree que su uso prolongado se asocia con mayor riesgo de lesión intraepitelial. Sin embargo, es mucho mayor la probabilidad de un embarazo indeseado cuando éstos se dejan de tomar, que el riesgo de aparición potencial de la neoplasia cervical <sup>32-36</sup>.

En un estudio multicéntrico realizado por la IARC, encontró que el uso de anticonceptivos orales por menos de cinco años no se relacionaba con la presencia de cáncer de cuello uterino. El riesgo aumentó para las paciente que los usaban entre cinco y diez o más años (OR = 0,77; IC 95% 0,46 a 1,29)<sup>32-36</sup>.

El tamizaje para detección temprana es la prueba de Papanicolaou o citología cervicovaginal a nivel mundial sigue siendo la prueba más utilizada y apropiada para el tamizaje de lesiones premalignas de cuello uterino, con impacto importante sobre los resultados en la disminución de la incidencia y en las tasas de mortalidad<sup>32-36, 41</sup>.

Esta técnica, desarrollada en los años treinta, ha sido objeto de evaluación por diferentes estudios con distintas aproximaciones metodológicas; tiene gran variabilidad en los resultados de sensibilidad<sup>45,46</sup>.

Cuando se realiza la comparación entre la histología y la citología se ha encontrado correlación hasta de un 75,8% de los casos. Existe cierto grado de acuerdo en atribuir una tercera parte de los resultados falsos negativos a errores de lectura e interpretación de las muestras de laboratorio; las dos terceras partes restantes se deben a fallos en la toma de la muestra, pues no se logran tomar células anormales existentes, en particular aquellas que indican microinvasión. La habilidad y entrenamiento adecuado del personal que toma la muestra influye en la calidad del frotis<sup>45,46</sup>.

En la práctica clínica hay gran preocupación por la variabilidad existente en la terminología utilizada para informar el resultado de la citología, originado en las numerosas veces que se ha cambiado la clasificación original propuesta por Papanicolaou. En un intento por unificar y aclarar esta variabilidad de la terminología, en 1988 se desarrolló el Sistema de Bethesda, el cual ha tenido dos revisiones posteriores con el fin de mejorar el informe<sup>45,46</sup>.

La citología cervicovaginal consiste en extender una muestra de las células epiteliales que recubren tanto el área endocervical como la exocervical; a veces se hace extendido de los fondos de saco vaginal. Estas células quedan fijadas en una lámina portaobjeto para ser sometidas a un proceso de tinción, el cual permite visualizarlas con el microscopio. La lectura de esta muestra debe realizarla un

patólogo o citólogo entrenado con la supervisión del patólogo, quien identificará los cambios celulares asociados con lesión intraepitelial o cáncer <sup>45,46</sup>.

El riesgo de tener un cáncer, de presentar un cáncer del cuello uterino luego de una citología adecuada pero negativa sólo se presenta después de cinco años; este lapso es más largo en las mujeres de mayor edad, oscilando entre 10 y 66 casos nuevos al año por cada 100.000 personas. Existe un alto grado de incertidumbre en el diagnóstico que se puede hacer por citología, dada la baja reproducibilidad, en especial de las lesiones menos severas <sup>28,29</sup>.

En general, podemos decir que los objetivos del examen con colposcopio del cuello uterino son establecer el grado de la lesión (bajo o alto grado), determinar la extensión de la lesión, ayudar a descartar la presencia de un carcinoma invasor y a dirigir la toma de la biopsia en caso de ser necesaria. La colposcopia debe reportarse como satisfactoria cuando es posible visualizar la zona de transformación en su totalidad y se puede delimitar toda la lesión, o como no satisfactoria, si fuese lo contrario o hubiese un proceso inflamatorio severo <sup>29</sup>.

Todo lo anterior no tiene sentido si el personal de salud no conoce en detalle la práctica de citología, interpretación de los resultados y el tratamiento más adecuado. En general los conocimientos sobre el cáncer cervicouterino son aun pobres e inconsistentes, con una variabilidad de conceptos, conocimientos, opiniones y prácticas que hacen difícil desarrollar un programa de control de cáncer de cuello uterino eficiente.

**Hipótesis de Investigación:** El diseño y aplicación de una propuesta de intervención educativa, pudiera elevar el nivel de conocimientos sobre el cáncer cervicouterino en las adolescentes pertenecientes al consultorio 10 del Policlínico Docente Antonio Maceo Grajales del municipio Ciego de Ávila.

## **METODOLOGÍA**

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 el nivel conocimientos relacionados con el Cáncer cervicouterino en las adolescentes del consultorio 10 del área del Policlínico Docente “Antonio Maceo Grajales” en el período comprendido de febrero 2018 a febrero 2019.

### **Universo y muestra.**

El universo de estudio estuvo constituido por 103 pacientes del sexo femenino, con edades comprendidas entre 10 y 18 años de edad, pertenecientes al área de referencia durante el periodo comprendido para el mismo. Se trabajó con una muestra de 35 pacientes del universo de estudio, seleccionada por muestreo no probabilístico de tipo intencional, por cumplir con los criterios de inclusión y de exclusión.

Criterios de inclusión:

1. Adolescentes que decidieron participar en el estudio a través de la firma del consentimiento informado (ver anexo I).

Criterios de exclusión:

1. Aquellas que presenten algún impedimento físico o mental que impida su participación en el estudio.

Criterios de salida:

1. Adolescente que no asistan en dos o más ocasiones durante el tiempo que se lleve a cabo el estudio.

Los datos fueron recogidos a través de la guía de entrevista estructurada, que es la fuente principal de la investigación, aplicada antes y después; creada por la autora y aprobada por criterio de expertos del servicio de Medicina General Integral del área de salud del policlínico Centro, Ciego de Ávila.

Teniendo en cuenta las características de búsqueda de información rápida y económica se aplicó la guía de entrevista estructurada (ver anexo II) inicialmente, luego se aplicó la estrategia de intervención educativa (ver anexo III), para elevar el nivel de conocimientos relacionados con el cáncer cervicouterino en la muestra

de estudio. Una semana después de concluida la intervención se volvió a aplicar la guía de entrevista estructurada, para de esta forma dar salida a los objetivos específicos.

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

Etapa diagnóstica: Los conocimientos sobre cáncer cervicouterino fueron identificados utilizando una guía de entrevista estructurada y sobre las necesidades educativas se elaboró el Programa de Intervención Educativa.

Etapa de intervención propiamente dicha: Se conformó la muestra por un grupo de 35 pacientes. Se planificó la intervención para impartirla en un período de 5 semanas, y para ello se desarrollaron 4 sesiones de trabajo (3 grupos de 9 pacientes y 1 grupo de 8 pacientes), con una frecuencia de una vez por semana (viernes) para cada grupo. Cada encuentro incluyó conferencias y técnicas participativas.

Etapa evaluación: Se aplicó la misma guía de entrevista estructurada inicial y se evaluó bajo los principios que la primera, una semana después de finalizada la intervención educativa.

Métodos del nivel teórico:

- Histórico-Lógico: Se utilizó para conocer el desarrollo histórico del tema de investigación y así poder argumentar acerca del estado actual del mismo. Además, para lograr un acercamiento al conocimiento sobre el tema en el grupo de estudio del consultorio 10 del policlínico Centro, y cómo se ha comportado el Cáncer Cervicouterino en los últimos años en el mundo, Cuba y Ciego de Ávila.
- Analítico-Sintético: Se analizó y comparó las diferentes literaturas existentes relacionadas con el problema científico. Mediante el análisis se pudo conocer que existen factores que condicionan el grado de desconocimiento de gran parte de la población sobre el Cáncer Cervicouterino.
- Inductivo-Deductivo: En función de realizar un razonamiento orientado de lo general a lo particular en los diferentes momentos de la investigación o viceversa.

- Modelación: Este permitió modelar, a partir de los elementos teóricos, metodológicos y los datos empíricos obtenidos durante el proceso investigativo, la propuesta de intervención educativa con acciones dirigidas a capacitar a las adolescentes del consultorio 10 del policlínico Centro, Ciego de Ávila.

Métodos del nivel empírico:

La recolección de la información se realizó a través de la guía de entrevista estructurada a la muestra seleccionada. Luego se aplicó el programa de intervención educativa diseñado por la investigadora durante el tiempo programado, y se realizó nuevamente la entrevista estructurada 1 semana después de aplicada la intervención. Finalmente se analizaron las entrevistas realizadas antes y después de la intervención, y se procedió a la comparación de los resultados entre ellas y con otros estudios referenciales.

En correspondencia al problema de investigación se estructuró la presente investigación desde una perspectiva cuantitativa. Se procesaron estadísticamente los datos obtenidos buscando generalizar la información que describe los planteamientos de cada una de las entrevistadas.

## Operacionalización de las variables

| Variable                | Tipo                           | Operacionalización          |  | Indicador                                      |
|-------------------------|--------------------------------|-----------------------------|--|--|
|                         |                                | Escala                      | Descripción  |  |
| Edad                    | Ordinal                        | Media y desviación estándar | 16<br>17<br>18   | Media y desviación estándar                    |
| Nivel de escolaridad    | Cualitativa nominal politómica | Media y desviación estándar | Primaria<br>Secundaria<br>Preuniversitario                                     | Número y porcentaje según grupo de pertenencia |
| Nivel de conocimientos. | Cualitativa nominal dicotómica | Adecuado<br>Inadecuado      | Según aplicación de la entrevista estructurada antes y después (ver anexo II). | Número y porcentaje según grupo de pertenencia |

### **Plan de análisis de los resultados**

Se confeccionó una base de datos en el programa Excel para sintetizar toda la información y fue resumida en frecuencias absolutas y porcentajes. Se utilizó para el análisis de las variables sociodemográficas estadística descriptiva de media y desviación estándar.

Para el análisis de la efectividad de la intervención educativa se empleó la prueba estadísticas Mc. Nemar para hallar diferencias significativas entre el nivel de conocimiento sobre el cáncer de cérvix, antes y después de la aplicación del programa educativo.

### **Aspectos éticos**

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

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

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

## ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla 1. Adolescentes según edad y nivel de escolaridad. Ciego de Ávila. 2018-2019.

| Nivel de escolaridad | N  | %     | Edad  |                   |        |        |
|----------------------|----|-------|-------|-------------------|--------|--------|
|                      |    |       | Media | Desviación típica | Mínimo | Máximo |
| Primaria             | 4  | 11,4  | 16,8  | 0,5               | 16     | 17     |
| Secundaria           | 29 | 82,9  | 16,7  | 0,6               | 16     | 18     |
| Preuniversitario     | 2  | 5,7   | 18,0  | 0,0               | 18     | 18     |
| Total                | 35 | 100,0 | 17,0  | 0,8               | 16     | 18     |

La tabla 1 muestra la distribución de participantes según el último nivel de escolaridad vencido y las medidas de tendencia central y de dispersión de la edad, así como sus valores extremos.

Se pudo observar que la mayoría de las participantes pertenecían al nivel secundario de escolaridad vencido (29), para un 82,9%, mientras que sólo 4 tenían primaria como único nivel terminado (11,4%).

La media de edades general de la serie resultó de 17,0 años con una desviación promedio de 0,8 años. Las tres medias de edades se encontraron muy cercanas entre sí, sólo la de preuniversitarios presentó un ligero aumento respecto a las demás.

La edad antes de los 20 años y de manera marcada antes de los 18, es uno de los cofactores importantes en la aparición del carcinoma del cuello según reportan numerosos autores nacionales y extranjeros. Debido a los cambios socio-culturales a los que están sometida las adolescentes, existe una tendencia al comienzo de las relaciones sexuales a partir de los 14 años de edad. Se ha demostrado también que en la adolescencia los tejidos cervicouterinos son más susceptibles a la acción de los carcinógenos, y de hecho, si existe un agente infeccioso relacionado, el tiempo de exposición a este será mucho mayor. El riesgo de lesión intraepitelial cuando el primer coito se tiene a los 17 años o menos es 2,4 veces mayor que cuando este se tiene a los 21 años<sup>32-36</sup>.

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 <sup>47,48</sup>.

Tabla 2. Adolescentes según nivel de conocimientos sobre factores de riesgo de cáncer cérvico uterino evaluado antes y después de la intervención.

| Nivel de conocimientos | Evaluación |       |         |       |
|------------------------|------------|-------|---------|-------|
|                        | Antes      |       | Después |       |
|                        | No.        | %     | No.     | %     |
| Adecuado               | 5          | 14,2  | 28      | 80,0  |
| Inadecuado             | 30         | 85,8  | 7       | 20,0  |
| Total                  | 35         | 100,0 | 35      | 100,0 |

Prueba de McNemar

$p = 0,001$

La tabla 2 muestra la distribución de pacientes según el nivel de conocimientos sobre cáncer cérvico uterino, evaluado antes y después de desarrollar la intervención comunitaria.

Se pudo observar que en la evaluación inicial, 5 de las participantes presentaban un adecuado nivel de conocimientos para un 14,2% de la muestra mientras que 30 de ellas (85,8%), no lograban identificar las respuestas correctas de los ítems consignados en la encuesta.

Una vez finalizado el programa educativo y reaplicado el cuestionario, el número de participantes con conocimientos adecuados se elevó a 28 (80,0%), 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.

Es imprescindible que las adolescentes conozcan los factores de riesgo con relación con la enfermedad, para llevar a cabo conductas preventivas que minimicen la situación actual, minimizando la vulnerabilidad. Estudios recientes asocian la paridad como factor de riesgo de este cáncer, el embarazo provoca un estado de inmunosupresión que podría aumentar la susceptibilidad del organismo a los agentes infecciosos. Otros estudios indican que el uso prolongado de anticonceptivos hormonales pueden aumentar el riesgo de éste. Se conoce un

aumento de la incidencia de adenocarcinoma cervical en mujeres jóvenes y se ha postulado puede ser debido al uso de anticonceptivos orales antes de los 20 años. La precocidad sexual plantea que mientras más temprano se inicie la actividad sexual, mayores son las posibilidades de padecer el CCU debido a la mayor incidencia de cervicitis, de enfermedades ginecológicas inflamatorias asociadas y a la mayor incidencia de infección por HPV, lo cual favorece que exista un cluster o agrupamiento de factores de riesgo que incrementan la posibilidad oncogénica

49

Tabla 3. Adolescentes según nivel de conocimientos sobre ETS y su relación con el cáncer cérvico uterino evaluado antes y después de la intervención.

| Nivel de conocimientos | Evaluación |       |         |       |
|------------------------|------------|-------|---------|-------|
|                        | Antes      |       | Después |       |
|                        | No.        | %     | No.     | %     |
| Adecuado               | 12         | 34,3  | 31      | 88,6  |
| Inadecuado             | 23         | 65,7  | 4       | 11,4  |
| Total                  | 35         | 100,0 | 35      | 100,0 |

Prueba de McNemar

$p = 0,002$

La tabla 3 muestra la distribución de pacientes según nivel de conocimientos de enfermedades de transmisión sexual y su relación con el cáncer cérvico uterino, evaluado antes y después de desarrollar la intervención comunitaria.

Se observó que antes de la aplicación de la intervención educativa, 12 de las participantes presentaban un nivel de conocimientos adecuado sobre la relación de las diferentes enfermedades de transmisión sexual con el proceso oncoproliferativo cervical para el 34,3% del total mientras que 23 de ellos (65,7%) 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 comunitaria, las participantes con respuestas consideradas adecuadas aumentaron a 31 para un 88,6% resultando en un aumento porcentual considerable y suficiente para ser considerado significativo por la prueba de McNemar.

Es conocido que cáncer de cérvix es considerado como una enfermedad de transmisión sexual, debido a la relación directa entre la incidencia de este tipo de cáncer y la conducta sexual de los diferentes grupos humanos. En los últimos años se ha observado un incremento considerable en el conocimiento de los factores de riesgo ligados a la aparición del mismo y donde se sitúa al VPH como el principal agente etiológico de dicha enfermedad. Sin embargo, la sola presencia de la infección viral no es suficiente para que ocurra la transformación maligna, para lo cual se hace necesario la coexistencia del VPH-AR con otros factores que contribuyan al desarrollo de este tipo de cáncer. Diversos factores, tanto del virus como del hospedero, son reconocidos por su importancia en el posterior desarrollo de una enfermedad maligna<sup>50,51</sup>.

Tabla 4. Adolescentes según nivel de conocimientos sobre importancia de la prueba citológica para el diagnóstico precoz del cáncer evaluado antes y después de la intervención.

| Nivel de conocimientos | Evaluación |       |         |       |
|------------------------|------------|-------|---------|-------|
|                        | Antes      |       | Después |       |
|                        | No.        | %     | No.     | %     |
| Adecuado               | 27         | 77,1  | 34      | 97,1  |
| Inadecuado             | 8          | 22,9  | 1       | 2,9   |
| Total                  | 35         | 100,0 | 35      | 100,0 |

Prueba de McNemar  $p = 0,000$

La tabla 4 muestra la distribución de pacientes según el nivel de conocimientos sobre importancia de la prueba citológica para el diagnóstico precoz del cáncer, evaluado antes y después de desarrollar la intervención educativa.

Se pudo observar que en la evaluación inicial, 27 de las participantes presentaban un conocimiento adecuado para señalar la importancia de la prueba citológica y del programa cubano sobre este examen lo que representó un 77,1% del total. Al terminar la aplicación del programa y esperar un tiempo prudencial, se repitió la aplicación del cuestionario con un total de 34 participantes respondiendo

adecuadamente este acápite y elevando el porcentaje de respuestas correctas hasta 97,1%. Esta modificación positiva del nivel de conocimiento, resultó significativa según la interpretación del resultado de la prueba estadística utilizada.

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 <sup>34,36,37</sup>.

La citología (Test de Papanicolaou) y la colposcopia son herramientas de gran valor para el diagnóstico de lesiones asociadas al VPH. En Cuba el Programa Nacional de prevención del Cáncer cérvico uterino se basa en ambas técnicas (citología y colposcopia) y el mismo da cobertura a todas las mujeres comprendidas entre 25 y 65 años <sup>52</sup>.

Tabla 5. Adolescentes según nivel de conocimientos sobre signos de alerta de cáncer cérvico uterino evaluado antes y después de la intervención.

| Nivel de conocimientos | Evaluación |       |         |       |
|------------------------|------------|-------|---------|-------|
|                        | Antes      |       | Después |       |
|                        | No.        | %     | No.     | %     |
| Adecuado               | 3          | 8,6   | 29      | 82,9  |
| Inadecuado             | 32         | 91,4  | 6       | 17,1  |
| Total                  | 35         | 100,0 | 42      | 100,0 |

Prueba de McNemar

p = 0,007

La tabla 5 muestra la distribución de pacientes según el nivel de conocimientos sobre signos de alerta de cáncer cérvico uterino, evaluado antes y después de desarrollar el programa educativo.

Se pudo observar que antes de comenzar la intervención, sólo 3 de las participantes presentaron un nivel de conocimientos adecuados sobre los mencionados signos de alerta, para un muy bajo 8,6% del total, mientras que 32 (91,4%), respondían erradamente los ítems consignados en el cuestionario.

Una vez finalizada la capacitación, el nivel de conocimientos adecuados aumentó hasta 29 pacientes (82,9%) que a pesar de no ser mayoría representó una modificación de conocimientos significativa según los resultados de la prueba.

En este tipo de enfermedad tiene especial importancia la prevención, las acciones encaminadas deben estar dirigidas a intentar modificar actitudes, elevar conocimientos y competencia del personal involucrado y prestar especial atención a los grupos vulnerables, específicamente adolescentes y jóvenes, pero también a la población en sentido general. Se considera que mientras más temprano se inicie la actividad sexual, mayores son las posibilidades de padecer el cáncer de cervix debido a la mayor incidencia de cervicitis, de enfermedades ginecológicas inflamatorias asociadas y a la infección por HPV <sup>53</sup>.

Tabla 6. Adolescentes según nivel global de conocimientos sobre cáncer cérvico uterino evaluado antes y después de la intervención.

| Nivel de conocimientos | Evaluación |       |         |       |
|------------------------|------------|-------|---------|-------|
|                        | Antes      |       | Después |       |
|                        | No.        | %     | No.     | %     |
| Adecuado               | 13         | 37,1  | 32      | 91,4  |
| Inadecuado             | 22         | 62,9  | 3       | 8,6   |
| Total                  | 35         | 100,0 | 35      | 100,0 |

Prueba de McNemar

$p = 0,003$

La tabla 6 muestra la distribución de pacientes según nivel global de conocimientos sobre cáncer cérvico uterino, evaluado al comienzo y al final de la investigación.

Se observó que solo 13 de las participantes, para un 37,1%, presentaban conocimientos globales considerados de adecuados en los anteriores temas evaluados en la encuesta inicial. Una vez terminada la intervención realizada, al repetir la encuesta un tiempo después, la cifra de participantes que indicaron respuestas acertadas de forma general, se elevó a 32 de ellos para un 91,4% que representó un aumento significativo en correspondencia con la evaluación inicial. Por este hecho se consideró que la intervención aplicada a las mujeres del estudio

resultó efectiva para empoderar a las féminas de conocimientos sobre esta peligrosa entidad.

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. Sin embargo, es importante considerar los recursos con los cuales se cuenta, las características de la población a intervenir (ej, nivel educacional) y la factibilidad de la aplicación de la tecnología sobre el tema que se desea educar. Las sesiones de discusión y los folletos educativos parecen ser las estrategias más ampliamente utilizadas, debido probablemente a que su bajo costo las hace accesibles y asegura la entrega de la información necesaria. No obstante, es de considerar que su utilización suele no ser la única metodología a emplear, considerando la combinación de éstas entre sí o con otras metodologías, según los recursos disponibles. La importancia final radica en la elección de una metodología que garantice la retención de los contenidos entregados en la población beneficiada <sup>54</sup>.

Quedó demostrada la efectividad de la intervención educativa en las pacientes, pues fueron modificados los conocimientos inadecuados que tenían las adolescentes en el área de salud Centro en Ciego de Ávila, sobre el cáncer cervicouterino.

## **CONCLUSIONES**

En la investigación realizada predominó el nivel de escolaridad secundario terminado. Por otra parte la mayoría de las adolescentes presentaban muy bajo nivel inicial de conocimientos globales el cáncer de cérvix, al contrario que sobre la importancia de la prueba citológica, tema en el cual gran parte presentaban conocimientos iniciales adecuados. En todos los temas tratados se logró un aumento significativo de los conocimientos, así como en la evaluación global de todo el cuestionario aplicado, considerando efectivo el programa educativo.

## 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 2017. <[http://www.medscape.com/viewarticle/484034\\_5](http://www.medscape.com/viewarticle/484034_5)>
4. World Health Organization. World Health Statistics 2008 [internet]. Washington DC: WHO Statistical Information System (WHOSIS); 2014 [citado 12 mayo 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/whosis/whostat/2008/en/index.html>
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. octubre 2017. <<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2444/15/Cancer-Cervicouterino.-Comportamiento-de-Algunos-Factores-Clinico%96Epidemiologicos-en-un-Area-de-Salud>>
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, abril 2017. <[http://www.childinfo.org/files/maternal\\_mortality\\_finalqui.pdf](http://www.childinfo.org/files/maternal_mortality_finalqui.pdf)>
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 Forum 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, 2017; 85(12):958-64. <<http://www.mcgill.ca/files/cancerepi/JNCI85-958.pdf>>
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. Benedet J, Odicino F, Maisonneuve P, Severi G, Creasman W, Shepherd J, et al. Carcinoma of the cervix uteri. En Annual Report on the results of treatment in gynecological cancer. J Epidemiol Biostatistics. 2014;3:63-74.
  15. Zhang Z. Trichomonas Vaginales and cervical cancer. A prospective study in China department of Epidemiology and Biostatistics, New York, USA. Epidemiology. July 2014;5(4):325-32.
  16. Chirengi ZM, Rusakaniko S, Kirumbi L, Ng Walli EN, Makerta Tlebere P, Kagwas, et al. Situation analysis for cervical cancer diagnosis and treatment for cervical cancer diagnosis and treatment in East, Central and southern Africa country. Bulletin of the World Health Organization. 2008;79(2):127-32.
  17. Fernández Gorro Lt, Lence Anta J, Cabezas Cruz, Romero T, Camacho R. Evaluación del programa de cáncer del cuello de útero en Cuba Bol Oficina Sanitaria Panamericana 2005; 12 (6): 567-76.
  18. Valdez Álvarez O. Tratamiento conservador de la neoplasia intraepitelial cervical. Revista Cubana de Obstetricia y ginecología 2007, 23 (2) (3): 86-90.
  19. Cabezas E, Rodes S, y Valdés S: Edad del inicio de las relaciones sexuales y carcinoma de cuello. Rev. Cubana de Obstet. Ginecol. 1985; 11 (1): 97-103.
  20. Bosch F X et al: The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. J. Clin. Pathol. 2007; 55: 244-65. Disponible: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/>
  21. Vik M, Pukkala E, Nieminen P, Hakuma M. Gynecological infections and risk determinants of subsequent cervical neoplasia. Acta Oncol 2008, 39 (1): 71-5.
  22. Haddad N, da Silva MB. Mortalidade por neoplasmas em mulheres em idade reprodutiva - 15 a 49 anos - no estado de São Paulo, Brasil, de 1991 a 1995. Rev Assoc Med Bras 2015;47:221-30.

23. Mandelblatt JS, Kanetsky P, Eggert L, Gold K. Is HIV infection a cofactor for cervical squamous cell neoplasia? *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2015;8:97-106.
24. De San José S, García AM. 4ª Monografía de la Sociedad Española de Epidemiología. Virus del Papiloma Humano y Cáncer: epidemiología y prevención. Madrid: EMISA, 2015:141-146.
25. Ferlay J., Bray F, Pisani P. and Parkin D.M. GLOBOCAN 2012: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide IARC CancerBase No. 5. version 2.0, IARC Press, Lyon, 2017. Disponible. <http://www-dep.iarc.fr/>
26. Miñarro R, Black RJ, Martínez C, Navarro C, Garau I, Izarzugaza I. Cancer incidence and Mortality in Spain- Patterns and Trends. IARC Technical Report 2015; 36: 27.
27. Oliveros J, Pérez N, Montiel L, Meza N. Anuario de Mortalidad 2016. Ministerio del Poder Popular para la Salud Disponible: <http://www.msds.gov.ve/ms/modules.php?name=News&file=article&sid=146>.
28. Parkin D M, Bray F. The burden of HPV-related cancers. *Vaccine* 2017; 24: 3:11-25.
29. Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J. Cancer Incidence in Five Continents. 2014, Vol III. IARC Scientific Publication N° 155:002:27.
30. Bosch FX, Lorincz A, Muñoz N, Meijer CJL, Shah KV. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. *J Clin Pathol* 2015;55:244-65.
31. Moreno V, Bosch FX, Muñoz N, Meijer CJ, Shah KV, Walboomers JM. Effect of oral contraceptives on risk of cervical cancer in women with human papillomavirus infection: the IARC multicentric case-control study. *Lancet* 2015; 359:1085-92.
32. Capurro I, Rojo JA, Pino T, Vásquez C, Garay J, Venegas M. Programa de detección y control de cáncer de cuello uterino en ser vicio salud Araucania Sur. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2015;67:114-20.
33. Sankaranarayanan R, Budukh AM, Rajkumar R. Effective screening programmes for cervical cancer in low- and middle-income developing countries. *Bull World Health Organ* 2015;79:954-62.

34. Gómez J. Costos y calidad de la prueba de detección oportuna del cáncer cervicouterino en una clínica y en una organización no gubernamental. *Salud pública Méx* 2015;43:279-88.
35. Nuñez, Jose, Carrero Y, Gotera, J. Callejas, D. Virus Herpes Simple tipo II y su influencia en el origen de las lesiones premalignas y malignas de cuello uterino. *Rev Obstet Ginecol Venez.*2016;vol 66(3):162-171.
36. Sellors JW, Mahony JB, Kaczorowski J, Lytwyn A, Bangura H, Chong S, et al. Prevalence and predictors of human papillomavirus infection in women in Ontario, Canada. *CMAJ* 2015;165:503-8.
37. Benia W, Tellecha G. Estudio de los factores de riesgo para cáncer de mama y cuello uterino en mujeres usuarias de tres policlínicas barriales de Montevideo: 1997. *Rev Med Uruguay* 2015; 16:101-16.
38. Fernández ME, Tortolero-Luna G, Gold RS. Mammography and Pap test screening among low-income foreignborn Hispanic women in the USA. *Cad Saúde Pública* 1998; 14:133-47.
39. Fernández-Tilapa G, Zamudio-López N, Cruz-Valdez A, Antonio-Vejar V, Llades-Aguilar B. RNAm de la IL-4 en lesiones premalignas y cáncer cervical asociados a la infección por VPH. *Revista FASPIN-Especial Genética*. 15-21 de Octubre. Monterrey, Nuevo León, México 2016 Edición Especial N° 2.
40. Lorant V, Boland B, Humblet P, Deliege D. Equity in prevention and health care. *J Epidemiol Community Health* 2002; 56:510-6.
41. Hasenyager C. Knowledge of cervical cancer screening among women attending a university health center. *J Am Coll Health* 1999; 47:221-4.
42. Gómez DE, Alonso DF. *Introducción a la Oncología Molecular*. Editora ECSA; Argentina 1998.
43. Sedjo RL, Roe DJ, Abrahamsen M, Harris RB, Craft N, Baldwin S. Vitamin A, carotenoids and risk of persistent oncogenic human papilloma infection. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2015;11(9):876-84.
44. Shannon J, Thomas DB, Ray RM, Kestin M, Koetsawang A, Chitnarong K, Dietary risk factors for invasive and in situ cervical carcinoma in Bangkok, Thailand. *Cancer Causes Control.* 2015;13(8):691-9.

45. Nonenmacher B, Breitnebach V, Villa LL, Prolla JC, Bozzetti MC. Identificação do papilomavírus humano por biología molecular em mulheres assintomáticas. *Rev Saúde Pública* 2015;36:59-100.
46. Flores Y, Shah K, Lazcano E, Hernández M, Bishai D, Ferris D, et al. Design and methods for the evaluation of an HPV-based cervical cancer screening strategy in México: the Morelos HPV Study. *Salud pública Méx* 2015;44:335-44.
47. 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.
48. Castellsagué X. Natural history and epidemiology of HPV infection and cervical cancer. *Gynecol Oncol.* 2008; 110(3 Suppl 2):S4-7.
49. Garcés, M. (2010) Comportamiento de factores de riesgo asociados al cáncer cérvico uterino.
50. Bosch FX, Broker TR, Forman D, Moscicki AB, Gillison ML, Doorbar J, et al. Comprehensive Control of Human Papillomavirus Infections and Related Diseases. *Vaccine.* 2014;31(8):11-31.
51. Park IU, Introcaso C, Dunne EF. Human Papillomavirus and Genital Warts: A Review of the Evidence for the 2015 Centers for Disease Control and Prevention Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. *Clin Infect Dis.* 2015;61 Suppl 8:S849-55.
52. Colectivo de autores. Programa Nacional de diagnóstico precoz del cáncer cérvico uterino. La Habana: Ministerio de Salud Pública de Cuba; 2001.
53. Martínez Martínez Pinillo A, Díaz Ortega I, Carr Pérez A, Varona Sánchez JA, Borrego López JA, De la Torre AI. Análisis de los principales factores de riesgo relacionados con el cáncer cérvicouterino en mujeres menores de 30 años. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 2010 [citado 6 jun 2014]; 36(1):52-65 Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138600X2010000100008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2010000100008&lng=es)

54. Leung Sh, Leung I. Cervical cancer screening: knowledge, health perception and attendance rate among Hong Kong Chinese women. *Int J Womens Health* 2011;2: 221-8.

## **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 misma por

La Dra.\_\_\_\_\_ quien me ha informado que:

Esta investigación tiene como objetivo principal implementar una estrategia de intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento sobre cáncer cervicouterino en adolescentes.

\_\_\_\_\_

Firma de la participante

\_\_\_\_\_

Firma del investigador.

### Guía de entrevista estructurada

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: \_\_\_\_\_

Secundaria: \_\_\_\_\_

Preuniversitario: \_\_\_\_\_

**1. ¿Marque verdadero (v) o falso (f) según corresponda. Cuáles son los factores de riesgo de cáncer cérvico uterino?**

- a) \_\_\_ El uso de anticonceptivos hormonales.
- b) \_\_\_ Presentar infecciones de transmisión sexual.
- c) \_\_\_ Contagiarse del virus de papiloma humano.
- d) \_\_\_ Cambio frecuente de parejas.
- e) \_\_\_ El tabaquismo.
- g) \_\_\_ El cambio frecuente de parejas.
- f) \_\_\_ No sé.

**2. Según tus conocimientos marca con una x. ¿Cuáles son los riesgos sobre ETS y su relación con el cáncer cérvico uterino?**

- a) \_\_\_ Las ETS son el principal factor de contraer cáncer de cérvix.
- b) \_\_\_ Las ETS provocan el factor cancerígeno que produce cáncer de cérvix.
- c) \_\_\_ Acelera la aparición del cáncer de cérvix.
- d) \_\_\_ Produce enfermedades como el virus del papiloma humano.
- e) \_\_\_ No sé.

**3. 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) \_\_\_ Determina la extensión de la lesión.
- e) \_\_\_ Evita los embarazos no deseados.
- f) \_\_\_ Detecta cualquier enfermedad de transmisión sexual.
- g) \_\_\_ No sé

**Marque verdadero (v) o falso (f) según corresponda. Cuáles son los sobre signos de alerta de cáncer cérvico uterino.**

- a) \_\_\_ Aumento de flujo vaginal de color amarillento.
- b) \_\_\_ Sangramiento recurrente.
- c) \_\_\_ Dolor al contacto sexual.
- d) \_\_\_ No representa un riesgo para el cáncer de cervix.
- e) \_\_\_ Se observa trastornos como la gastritis.
- f) \_\_\_ No sé

## **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 3 preguntas.

Incorrectas: Contestar 2 preguntas.

## **DISEÑO DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA**

### **Área de salud Centro**

#### **Ciego Ávila**

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

Para la ejecución de este trabajo se utilizó un programa educativo para aumentar los conocimientos sobre los factores de riesgo del cáncer de cérvix y sensibilizar acerca de la citológica en las adolescentes y promover la realización de la misma.

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

#### **Tema 1: Jóvenes alertas.**

Sumario:

- 1 -Presentación de 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.

Recursos: Lápices y hojas.

Frecuencia: semanal.

Responsables: Doctora del área.

Participantes: Adolescentes.

Duración: 50 min.

Local: CMF # 10 Policlínico Centro.

## **Tema 2: Definición Sexual Segura.**

Sumario:

1 - Conflictos de las pacientes.

2 - Los deseos sexuales.

Objetivos:

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

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

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

Recursos: Lápices y hojas

Frecuencia: semanal.

Responsable: Doctora del área.

Participantes: Adolescentes.

Duración: 50 min.

Local: CMF # 10 Policlínico Centro.

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

## **Tema 3: Factores de riesgo del cáncer de cérvix.**

Sumario:

1 – Informar sobre el estado actual de la enfermedad.

2 – Analizar los factores de riesgo del cáncer de cérvix y repercusión en este.

Objetivos:

Explicar los daños que ocasiona los factores de riesgo asociados a la enfermedad

y el daño para esta.

Tipo de Actividad: Conferencia.

Recursos: Computadora.

Frecuencia: semanal.

Responsable: Doctora del área.

Participantes: Adolescentes.

Duración: 50 min.

Local: CMF # 10 Policlínico Centro.

Desarrollo: Se trataron temas referidos al concepto de cáncer-cervicouterino, los datos más relevantes con respecto a factores de riesgo y la influencia en la incidencia de esta enfermedad.

#### **Tema 4: Signos de alerta de cáncer cérvico uterino.**

Sumario:

1 – Valorar los principales signos de alarma del cáncer de cérvix.

2- Etiopatogenia de la mucosa cervical.

Objetivos:

Explicar los signos de alarmas de alerta de la enfermedad y sus cambios asociados a la mucosa cervical.

Tipo de Actividad: Conferencia.

Recursos: Computadora.

Frecuencia: semanal.

Responsable: Doctora del área.

Participantes: Adolescentes.

Duración: 50 min.

Local: CMF # 10 Policlínico Centro.

Desarrollo: Se abordó la etiopatogenia del cáncer de cérvix, haciendo énfasis en los signos de alarma de la presencia del cáncer en etapas tempranas, como la

presencia de sangramiento no asociado al ciclo menstrual.

### **Tema 5: Prueba Citológica o de Papanicolau, generalidades.**

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

Objetivo:

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

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

Recursos: Equipo de video

Frecuencia: Semanal.

Responsable: Doctora del área.

Participantes: Adolescentes.

Duración: 50 min.

Local: CMF # 10 Policlínico Centro.

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

En esta última actividad se realizará la técnica de animación " despedida", la misma consistió en que los participantes expresó 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 entregó a los participantes el cuestionario inicial para volver a evaluar el mismo y determinar la efectividad de la intervención educativa.