

REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA

Título: Intervención educativa sobre el cáncer cérvico uterino en mujeres en el consultorio no 10 Área de salud Gaspar.

Tesis en opción al título de especialista en 1er grado en Medicina General Integral.

Autor(a): Dr. Marian Pérez Ramos.

Residente de 2do Año en Medicina General Integral.



Ciego de Ávila
2019

REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA

Título: Intervención educativa sobre el cáncer cérvico uterino en mujeres en el consultorio no 10 Área de salud Gaspar.

Tesis en opción al título de especialista en 1er grado en Medicina General Integral.

AUTOR(a): Dr. Marian Pérez Ramos.

Aspirante a especialista de 1er grado en Medicina General Integral.

TUTOR(a): Dra. Dayamí de Armas Reina.

Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA: Policlínico Docente "Dr. Mario Páez Inchausti"



Ciego de Ávila

2019

PENSAMIENTO

Lo que sabemos es una gota de agua; lo que ignoramos es el océano.

Issac Newton, Físico y Matemático

DEDICATORIA

A mis familiares, por su apoyo incondicional para lograr con resultados satisfactorios el fin de mi carrera.

RESUMEN

En la investigación se muestran los resultados del estudio pre-experimental de tipo antes-después para evaluar la efectividad en la aplicación del programa de intervención educativa acerca de aspectos sobre cáncer cérvico uterino como el concepto ,algunos síntomas, ciertos factores de riesgo ,e importancia de la prueba citológica como medida de prevención fundamental en el período establecido, de marzo 2018 a marzo del 2019 en mujeres pertenecientes al consultorio 10 Gaspar, Municipio Baraguá, Provincia Ciego de Ávila,. El Universo estuvo constituido por 82 mujeres, en el rango de 25 a 64 años. No se utiliza el rango de edad hasta los 64 años debido a que en el estudio realizado al seleccionar la muestra no existían mujeres mayores de 50 años. La muestra quedó constituida por 35. Predominaron las edades entre los 35-40 años y el nivel educacional técnico medio. Para el análisis de la efectividad de la intervención educativa se empleó la prueba estadísticas Mc. Necmar, la cual demostró resultados significativos.

Palabras claves: cáncer cérvico uterino, programa nacional de citología, intervención educativa, prevención.

ÍNDICE

<i>Contenido</i>	<i>Páginas</i>
▪ Resumen.....	-
▪ Introducción.....	-1
▪ Objetivos.....	-6
▪ Marco teórico.....	-7
▪ Metodología.....	-22
▪ Análisis y discusión de los resultados.....	-26
▪ Conclusiones.....	-36
▪ Recomendaciones.....	-37
▪ Referencias bibliográficas.....	-38
▪ Anexos	-47

INTRODUCCIÓN

La primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud celebrada en Ottawa, el 21 de noviembre de 1986, definió la promoción de la salud como “el proceso de permitir a la gente aumentar su control sobre su salud y por lo tanto mejorarla”. Se reconoce claramente que la promoción de la salud va más allá de los estilos de vida, en la cual la educación para la salud constituye, junto a la comunicación y a la participación social, herramientas necesarias para su instrumentación en el primer nivel de atención. En la práctica cotidiana se desconoce de forma reiterada el valor que tiene el reconocimiento adecuado de las dimensiones de la promoción de salud, desde una perspectiva holística, dirigidas a reducir los factores de riesgo de cáncer cérvico uterino.¹

Las intervenciones educativas que se utilizan en la prevención del cáncer cérvico (CCU) uterino contemplan una amplia gama de contenidos relacionados al tema, desde las características generales del cáncer y detección precoz del mismo. En relación al cáncer cérvico los contenidos a considerar deben incorporar aspectos epidemiológicos de la enfermedad, factores de riesgo, cuadro clínico, forma de detección y tratamiento, haciendo énfasis en que esta enfermedad es prevenible. La información sobre el examen de Papanicolaou suele incorporarse a la sección de detección precoz dentro de las generalidades del cáncer cérvico uterino. Sin embargo, es importante mencionar que aspectos tales como el propósito del examen o el detalle específico de cómo se realiza el procedimiento, en algunos casos fueron contenidos destacados dentro de la intervención.²

El cáncer cérvico uterino continúa siendo un problema importante de salud pública en el mundo, principalmente en los países en desarrollo. En el contexto mundial representa un gran reto social, toda vez que su incidencia aumenta paradójicamente con el desarrollo económico e industrial de los países, así como con el perfeccionamiento de los sistemas de salud, puesto que, a mayor esperanza de vida, corresponde una mayor población de riesgo. Este desarrollo ha llevado en los últimos 50 años a conductas sexuales diferentes y de riesgo con respecto a períodos de tiempo anteriores, que se expresan en factores de riesgo. A nivel mundial, se producen alrededor de 500 000 nuevos

casos de cáncer cérvico uterino anualmente y cerca del 80% corresponde a los países en vías de desarrollo. Mueren anualmente 272 000 mujeres por esta causa. El cáncer cérvico uterino incluye las neoplasias malignas que se desarrollan en la porción epitelio escamo-columnar de la parte fibromuscular inferior del útero que se proyecta dentro de la vagina. Su aparición está determinada por la existencia de algunas lesiones cervicales consideradas con poder carcinogénico y por tanto predisponentes. Mucho se ha estudiado y concluido dentro de lo que se pudiera considerar sobre su genética y su inmunología.²

En México, este tipo de cáncer es la primera causa de muerte por neoplasias malignas entre las mujeres de 25 a 64 años. En el 2005, la tasa media nacional de mortalidad fue del 15,46 por 100000 mujeres de 25 años y más, que corresponde a 4247 defunciones. El 84% ocurrieron en mujeres con escolaridad primaria o menos y predominantemente en edad productiva. En los últimos años se realizaron investigaciones que han permitido el avance, en el conocimiento de la etiología, diagnóstico y tratamiento del cáncer cérvico uterino, que han impactado en el decremento de las tasas de mortalidad por esta patología. En 1990 la tasa fue de 24,97 y para el 2005 fue de 15,46 por 100000 mujeres de 25 años y más la disminución fue de 9,51 puntos.³

Los profesores Harold zur Hausen y Lutz Gissman descubrieron entre 1981 y 1984 los VPHs asociados a neoplasias genitales: los tipos 6 y 11 asociados a neoplasias benignas, como el condiloma acuminado y los tipos 16 y 18 asociados al cáncer cervical. Con estos descubrimientos se inició el estudio intenso de los VPHs a nivel mundial y su asociación con esta enfermedad.³

En la mayoría de estos lugares, el número de casos de cáncer invasor se incrementa con la edad, alcanzando la mayor incidencia en las mujeres con edades entre 50 y 60 años. Alrededor del 80-90% de los casos confirmados en países en desarrollo ocurren entre las mujeres de 35 años y más.³

En México el panorama es similar, la mayor incidencia de casos está en las mujeres con edades entre los 45 y 69 años de edad.⁴

A finales de la década de los años 90s, se investigaba la evidencia epidemiológica de la relación de la infección por VPH y el desarrollo de cáncer

cérvico uterino. Entre estas investigaciones se encuentra la realizada por Muñoz y Bosch en 1997. Se menciona que alrededor del 90% de los casos de cáncer cervical pueden estar relacionados con ciertos tipos de virus papiloma humano.⁵

Se han identificado más de 50 tipos de VPH que infectan el aparato genital; sin embargo, sólo alrededor de 15 de ellos son considerados altamente oncogénicos o más estrechamente relacionados con el desarrollo de cáncer cérvico uterino: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 y 82.⁶

El análisis de los datos compartidos de 11 estudios de casos y testigos de nueve países, que incluyeron a 1918 mujeres con cáncer cérvico uterino indicó que tan sólo ocho tipos de VPH contabilizan el 95% de los casos de cáncer cervical (tipos 16, 18, 31, 33, 35, 45, 52 y 58).⁷

En más del 90% de los casos de cáncer se encuentra presente la infección por VPH, pero no todos los casos de infección por VPH desarrollarán cáncer o incluso lesiones precursoras, ello hace suponer que existen factores que están asociados directa o indirectamente con el aumento en la probabilidad de desarrollar lesiones precursoras o cáncer.⁸

Las enfermedades cardiovasculares constituyen en Cuba la primera causa de muerte, y el cáncer a segunda en la población general. La primera causa de muerte por esta enfermedad en la mujer, y sobre todo en las edades entre 30 y 44 años, lo constituye el carcinoma de cuello uterino o de cérvix como aparece también en la literatura.⁸ El carcinoma de cérvix persiste como un problema de salud no resuelto aún a nivel mundial.¹⁰

En el 2012 la tasa de incidencia en Cuba fue de 32,8 x 100 000 mujeres, de 45,3 por 100 000 de 35 a 39 años y la tasa de mortalidad en el 2015 por cáncer de cuello uterino fue de 8,3 x 100 000 en todas las edades. En el 2015 fueron examinadas 771 152 mujeres para la pesquisa de cáncer cérvico uterino en el país, 94 778 de 35 a 39 años, lo que se pudiera considerar una cifra algo baja al tener en cuenta la población femenina, porque están incluidos los reexámenes cada 3 años; los casos positivos resultaron 1441.¹¹

En estudios realizados por diferentes autores como Vega Orozco Torres Salazaren su investigación Impacto de una intervención educativa en la aceptación de la detección oportuna del cáncer cérvicouterino año 2010 plantearon que Al evaluar las respuestas del cuestionario aplicado pre y postE

se encontró que muchas respuestas que no fueron acertadas, fueron marcadas como (NO SÉ) lo que sugiere que quizá tenían el conocimiento pero que no era lo suficientemente firme como para asegurar o negar algo. Lo cual mejora posterior a la intervención educativa, pues no sólo aumentó la aceptación de la detección oportuna del cáncer cérvico uterino si no que mejoraron las respuestas, ya que las pacientes fueron capaces de dar una respuesta concreta de (SI o NO); incrementando y fortaleciendo sus conocimientos.¹⁰

Por tal motivo y de acuerdo a las pruebas de estadística inferencial, concuerdan nuestros resultados con la literatura, pues la prevención del cáncer cérvico uterino depende en gran medida de la educación para la salud, pero es mejor cuando se enfoca hacia temas estratégicos en pacientes o población en riesgo independientemente del nivel sociocultural.¹⁰

En Cuba el Ministerio de Salud Pública cuenta con un programa priorizado al respecto, que data ya de 1968, que se ha venido perfeccionando en los últimos años a partir de investigaciones y estudios realizados, los que han confirmado que la responsabilidad primera se encuentra en el nivel de Atención Primaria en las diferentes áreas de salud, pero no siempre se logra cumplir el plan de citología por meses debido a la incidencia de diversos factores entre los que se encuentran la infección producida por el contagio con el virus del Papiloma Humano que es transmitido por las relaciones sexuales desprotegidas, la irresponsabilidad de las pacientes al no acudir a realizarse prueba y otra causa es la demora en la entrada de los materiales estériles para realizar la toma de muestras de las células del cuello uterino.¹¹

En la provincia Ciego de Ávila, aunque se ha avanzado de forma general en la detección temprana del cáncer cérvico uterino, durante los últimos años aún persisten insuficiencias en cuanto al diagnóstico precoz de la neoplasia cervical. Lograr una respuesta desde una perspectiva diferente ante esta problemática de salud, es el motivo para buscar otras acciones que pudieran incidir en la conciencia de las mujeres, independiente de las orientaciones que desde cada área reciben, prescritas en el programa nacional, que permitan valorar la percepción de los riesgos y de los beneficios, reflejados en el cumplimiento de la realización de la prueba citológica, como se ha establecido en el contexto de la pareja y la familia en el área de salud Gaspar, en la que se reportan un total 212 casos de NIC, de ellos 28 casos nuevos y 184

reexámenes. En el Consultorio No 10 del Consejo Popular “El Centro” se reportan 13 casos; de ellos 3 son del actual año, de ellos predominando el factor de riesgo inicio de las relaciones sexuales.

Por la importancia del tema y la magnitud del problema de salud que genera el Cáncer en la población, representando una de las principales causas de muerte de los últimos años y valorando el importante papel que juegan los médicos de familia en la prevención de este evento, se decide realizar esta investigación que contribuirá en gran medida a elevar el conocimiento de algunos elementos del cáncer cérvico uterino en el área de salud de Gaspar. Ante esta situación se plantea la siguiente interrogante: ¿Qué acciones hay que implementar para elevar el nivel de conocimientos sobre el cáncer cérvico uterino en mujeres de 25 a 64 años?

Para dar respuesta a esta interrogante se realiza esta investigación, la cual permite aplicar acciones para elevar el nivel de conocimientos sobre el cáncer cérvico uterino en mujeres de 25 a 64 años contribuyendo a fortalecer el vínculo con la población al educar las pacientes en cuanto al conocimiento de esta patología y la necesidad que tiene para ellas la realización de la prueba citológica, la cual permite el diagnóstico precoz del cáncer de cuello de útero.

Problema: ¿Cómo contribuir a elevar el nivel de conocimiento sobre algunos aspectos sobre el cáncer cérvico uterino y la importancia de la prueba citológica como medida fundamental de prevención en mujeres de 25 a 64 años del consultorio No.10 del área de salud de Gaspar en Ciego de Ávila?

Objetivo General:

Evaluar acciones para elevar el nivel de conocimientos sobre algunos aspectos sobre cáncer cérvico uterino en mujeres de 25 a 64 años, pertenecientes al consultorio 10 del área de salud de Gaspar en Ciego de Ávila.

Objetivos específicos:

1. Caracterizar las mujeres según variables sociodemográficas.
2. Determinar el nivel de conocimientos de las mujeres antes de aplicada la intervención educativa acerca de algunos aspectos fundamentales del cáncer cérvico uterino (concepto y algunos de sus síntomas, algunos factores de riesgo, importancia de la prueba citológica como medida de prevención fundamental.).
3. Determinar del nivel de conocimientos después de la intervención a las mujeres acerca de algunos aspectos fundamentales del cáncer cérvico uterino (concepto y algunos de sus síntomas, factores de riesgo, importancia de la prueba citológica).
4. Determinar la evaluación global de la intervención educativa.

MARCO TEÓRICO

El cáncer de cérvix es una alteración celular que se origina en el epitelio del cuello del útero ocurrida por la persistencia de algún (os) virus de papiloma humano de potencia oncogénica, persistentes y que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precancerosas, de lenta y progresiva evolución, las lesiones pueden ser definidas de bajo, mediano y alto grado, que pueden evolucionar a cáncer, en grado variable de invasión estroma; cuando esta se circunscribe a la superficie epitelial como cáncer in situ y luego cáncer invasor cuando el compromiso traspasa la membrana basal.¹¹

En la actualidad, el cáncer representa un gran reto social, toda vez que su incidencia aumenta con el desarrollo económico e industrial de los países, así como con el perfeccionamiento de los sistemas de salud, puesto que a mayor esperanza de vida corresponde una mayor población en los grupos de edades en los que las neoplasias aparecen con más frecuencia en el grupo de edad de 25 a 50 años.¹²

A nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que el cáncer sigue siendo un problema importante de salud pública entre las mujeres del mundo tanto en países desarrollados como en proceso de desarrollo, siendo el cáncer cervicouterino el segundo más frecuente en mujeres en el mundo con 493 000 casos nuevos y 274 000 muertes cada año.¹³

La incidencia mundial de cáncer se elevará de 11 a 16 millones de casos para el año 2020 y el número de muertes por cáncer subiría de 6 a 10 millones, de acuerdo a estimados de la Organización Mundial de la Salud (2014). El problema es más grave para los países emergentes: las dos terceras partes del total de casos ocurrirán en países subdesarrollados, y de los 10 millones de muertos por cáncer en el 2020, el 75% serán hombres y mujeres de países pobres. Por otro lado, en los últimos años se han registrado alrededor de 450 000 muertes a causa del cáncer en América Latina y la tendencia es aún creciente.¹⁴

Se calcula que al menos un millón de mujeres del mundo entero padecen cáncer cervicouterino, y muchas de ellas no tienen acceso a servicios de salud que las orienten sobre las medidas de prevención y les ofrezcan tratamientos curativos o paliativos. En los últimos 30 años las tasas de cáncer

cervicouterino han disminuido considerablemente en gran parte del mundo desarrollado, sobre todo gracias a los programas de cribado y tratamiento. Las mujeres más pobres y de las zonas rurales de los países desarrollados corren mayor riesgo de padecer ^{14,52}

cáncer cervicouterino invasivo.^{14,46}

En Europa el cáncer cérvico uterino, es la tercera causa de muerte en la mujer y en Latinoamérica es la causa de muerte más frecuente con más 30 000 defunciones por año. ¹⁵

La mayoría de los casos se diagnostican en mujeres que viven en regiones desprovistas de protocolos de detección adecuados.¹⁴ La mortalidad varía de 18 veces entre las diferentes regiones del mundo, con tasas que van desde menos de 2 por 100 000 en Asia occidental, Europa Occidental y Australia / Nueva Zelanda a más de 20 por 100 000 en Melanesia 20,6 Este de África.¹⁵

Dentro de la región en general, América del Norte tiene la morbimortalidad más baja por esta causa, datos del Instituto Nacional en Estados Unidos, reflejan que al (CCU), le corresponde el 6 % de todos los tumores malignos de la mujer norteamericana y la más baja tasa de mortalidad del continente.¹⁶

El cáncer cervicouterino es también uno de los mayores problemas de salud pública para América Latina y el Caribe, por las características que posee, como ser países en condición de subdesarrollo, con pobreza, educación limitada y la carencia o escaso acceso a los servicios de salud, cuya consecuencia es una curva ascendente de incidencia y mortalidad evidenciado en una tasa de mortalidad del 83% (más de 30000 mujeres mueren anualmente por cáncer cervicouterino) y una tasa de incidencia de 28,6 x 100 000 mujeres, con variaciones geográficas. Así Paraguay ocupa el tercer lugar en la incidencia del cáncer cérvico uterino con 53,2 x 100 000 mujeres entre los países latinoamericanos, superado por Haití, Bolivia y seguido por Perú. Esta tasa es muy superior a las registradas en otros países como Argentina, Brasil, Uruguay , Chile y en Colombia.^{16,51}

La Organización Panamericana de la Salud, con datos del año 2012, calcula que alrededor de 36 000 defunciones ocurren al año debido al cáncer de cérvix. Esto, representa aproximadamente el 35% de las mujeres que presentan este cáncer.¹⁶

Romero KP, Rojas J. (Bolivia, 2012), en una investigación de tipo descriptivo, transversal, retrospectivo, realizada sobre la frecuencia de los factores de riesgo de cáncer cervicouterino en mujeres en edad fértil de 14 a 49 años, en una muestra de 110 mujeres, encontrando que: respecto a los antecedentes familiares de cáncer cervicouterino, 85% no sabe si tiene antecedente familiar de cáncer cervicouterino, 14% indican no tener el antecedente de cáncer Cervicouterino y solamente 1% refiere saber que tienen antecedentes de cáncer cervicouterino.¹⁷

Mollinedo NM, Mita SE, Gomez F. (Bolivia, 2012), en un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal, sobre determinación de los conocimientos y factores de riesgo que predisponen al cáncer cérvico uterino en mujeres en edad fértil del Municipio de San

Pedro de Tiquina 2011, provincia Manco Kapac, departamento de La Paz, en una muestra conformada por 19 mujeres que acudieron a consulta ginecológica, obtuvieron como resultados que: respecto a los factores de riesgo predominantes fueron, el número de hijos con un predominio de 33,9% de mujeres que tuvieron de uno a dos hijos, 16,1% con tres a cuatro hijos y 50% con cinco a siete hijos; en cuanto a la edad del primer parto, 46,8% tuvo su primer parto antes de los 18 años, 50% lo tuvo entre los 18 y 25 y un 32% después de los 25 años.¹⁸

Cordero J, García M. (Cuba 2013), en un estudio analítico y retrospectivo, sobre citologías alteradas y algunos factores de riesgo para el cáncer cervicouterino, en el Hospital General Docente "Leopoldito Martínez" de enero 2011 hasta diciembre 2012, en una muestra conformada por 500 pacientes con citología positiva para cuello uterino, encontraron que: respecto al aborto, 31,2% no tuvo abortos y 81,4% tuvo abortos provocados con manipulación sobre el cuello uterino que otorga de 3,5 veces más posibilidades de presentar un resultado citológico alterado, de ellos 56% tuvo de uno a tres abortos y 11,8% de cuatro a más; en cuanto al número de hijos o paridad, 46,6% tuvo de tres hijos a más, lo que incrementa en 3,9 veces la posibilidad de presentar citologías alteradas; y referente a la edad del primer parto, 59,2% lo tuvo antes de los 20 años; encontrando significación estadística y dependencia entre estas variables y el riesgo de citología alterada.¹⁹

Silva BR, Soplan KE, Talledo SP. (Perú, 2014), en su estudio sobre conducta sexual y reproductiva asociados al cáncercérvico uterino, (CCU), en mujeres atendidas entre los años 2012-2013, en el Hospital Regional de Loreto, en una muestra de 113 historias clínicas de mujeres diagnosticadas con cáncer cérvicouterino, obtuvieron los siguientes resultados: respecto a la edad del primer parto, 79,6% tuvo el primer parto a edad temprana o menor de 20 años y 20,4% en edad de 20 a 35 años; en cuanto al número de hijos, 96,5% tuvo paridad múltipara y 3,5% fueron nulíparas; referente al aborto, 65,5% refirió haber tenido abortos (39,8% provocado y 25,7% no provocado) y 34,5% ningún aborto; concluyendo que existe relación estadística significativa entre aborto y cáncer cérvicouterino ($p=0,02$; $p<0,05$), pero que no existe relación estadística entre edad del primer parto y cáncer cérvico uterino ($p=0,429$; $p>0,05$), ni entre número de hijos o paridad y cáncer cérvicouterino ($p=0,801$; $p>0,05$).²⁰

Las células del cérvix son muy activas en la vida reproductiva, lo que promueve su crecimiento anormal, cuando se conjugan factores de riesgo para el desarrollo de patología del cuello uterino. Esto se ha establecido como causa de la displasia cervical, que evoluciona al cáncer cérvico-uterino (CCU), cuando se asocia al virus de papiloma humano (VPH). Las neoplasias del cérvix constituyen 21,4 % del total de neoplasias malignas y 85 % de las ginecológicas.^{21,46}

Según datos obtenidos del Anuario Estadístico Cubano del 2010, el cáncer cérvicouterino ocupa la tercera causa de muerte en el sexo femenino, en el año 2009 se diagnosticaron 1 263 pacientes, de ellas, perdieron la vida 430, de las cuales 200 se encontraban entre los 40 y los 59 años, esto trajo como consecuencia que solo por esta causa se perdieran 32,1 años de vida potencialmente.²¹

En Cuba, a pesar de existir un programa de detección precoz, el cáncer de cérvix persiste como un problema de salud y esta enfermedad se encuentra entre los lugares tercero y cuarto en incidencia, y del tercero al quinto en mortalidad. El número de fallecidas, por esta causa, se mantiene por encima de los 400 casos, especialmente en mujeres en edades entre los 40 y 50 años, desde el 2009 a la fecha.²²

En la provincia Guantánamo se diagnostican aproximadamente de 100 a 150 casos cada año y el 45 % de ellos se presenta en mujeres de 35 años y menos, según el Departamento de estadísticas de la Dirección Provincial de Salud del territorio.^{21,22}

Los estudios epidemiológicos han demostrado que el principal factor de riesgo en el cáncer cérvico uterino es la infección por el VPH. A pesar de que este virus ha sido detectado en el 80-90 % de las mujeres sexualmente activas, solo en un pequeño porcentaje 10-30 % progresa hacia lesiones intraepiteliales de alto grado y carcinoma in situ. Numerosos mecanismos han sido sugeridos para explicar la relación entre el riesgo de contraer cáncer y los diversos factores asociados con las relaciones sexuales. Dentro de los más importantes se encuentran la promiscuidad y su relación con la transmisión de otros agentes infecciosos, así como los carcinógenos presentes en el semen masculino.^{23,50}

La infección por el virus del HPV es el factor etiológico considerado en el cáncer cérvico-uterino (CCU) y está íntimamente relacionado con la conducta sexual. Existen cuatro fases fundamentales en el desarrollo del cancer cervico uterino: la infección por el HPV del epitelio metaplásico en la zona de transformación, la persistencia viral del HPV, la progresión clonal del epitelio persistentemente infectado a lesiones precancerosas y la invasión a través de la membrana basal del epitelio.²³

Los factores de riesgo para la adquisición de la infección por HPV son históricamente asociados a ,Inicio de las relaciones sexuales a una edad temprana , elevado número de parejas sexuales nuevas y recientes ,un elevado número de parejas ²³

Estos parámetros de comportamiento sexual se asocian con un mayor riesgo de cáncer cérvico-uterino . La mayoría de los hombres y mujeres en el mundo se infectan por el HPV al menos una vez en su vida. Pero solo una pequeña parte de las mujeres desarrolla cáncer cérvico-uterino (CCU). Esto significa que el 90% de las infecciones por HPV regresan espontáneamente; solo un

pequeño porcentaje progresa a cáncer. La mayoría de las infecciones por el HPV son asintomáticas.²⁴

Las diferencias regionales en la conducta sexual son importantes y ponen de manifiesto el papel del entorno en la determinación de la conducta y de las consecuencias que reporta en la salud sexual. Los tabús, las leyes y las creencias morales y religiosas propias de cada sociedad, restringen y determinan la conducta sexual de sus ciudadanos. Así, mientras en algunos países los jóvenes pueden disponer de condones en las escuelas, en otros tenerlos es un delito.²⁵

La mayoría de las NIC I tienen una alta tasa de regresión espontánea. Las mujeres con un diagnóstico persistente de NIC I pueden progresar a NIC II- III con una frecuencia del 15% en los dos años siguientes. Las NIC II son heterogéneas. En algunos casos se produce como consecuencia de infecciones por HPV no carcinógenos, y se produce una regresión espontánea potencial que es medida en el 40% de los casos en los dos años siguientes. Las NIC II son lesiones precancerosas equívocas, pero en algunas regiones son tratadas por razones de seguridad ante el riesgo de desarrollo de cáncer cervical^{25,44}.

El indicio más fiable del cáncer cervical invasivo es el carcinoma in situ que abarca el espesor completo del epitelio/NIC III; sin embargo, muchas lesiones NIC III detectadas mediante cribado son muy pequeñas y plantean dudas sobre el riesgo de invasión. Aún así, las NIC III comparten los mismos tipos de HPV y de co-factores de riesgo que el cáncer cervical. El NIC III es el auténtico precursor de las lesiones precancerosas, y si no se trata, progresa a cáncer cervical en una proporción de alrededor del 30% en los siguientes 20 años.²⁶

La autora de la investigación considera que a pesar del trabajo desarrollado por los diferentes investigadores, se observa un alza en el cáncer cervicouterino y se ha demostrado la baja percepción del riesgo que estas infecciones entrañan, pues hoy constituye una realidad objetiva, el fenómeno por infección genital del PVH, es una inestimable situación mundial puesto que a su vez está relacionado con la promiscuidad y las relaciones sexuales desprotegidas, no siendo así en la población de estudio pues con mayor frecuencia encontramos a las mujeres con inicio precoz de las relaciones sexuales .

Otros factores en relación con los hábitos de vida incluyen la edad del inicio de las relaciones sexuales, el número de embarazos y el empleo de anticonceptivos orales por largos períodos.²⁷

Actualmente se le atribuye una moderada importancia al consumo de tabaco y alcohol, se acepta que, si se agrega a otros factores, aumenta el riesgo de reincidir nuevamente a presentar dicha enfermedad. Se señala que tres de cada cinco pacientes (61 %) eran fumadoras. Este hábito incrementa el riesgo de cáncer cérvico-uterino (CCU), pues la nicotina, una vez en el torrente sanguíneo, al llegar al cuello uterino se transforma en un oncógeno capaz de inducir cambios mitogénicos en las células cervicales. El tabaquismo debe ser analizado profundamente en futuros estudios por la tendencia a adquirir este hábito, particularmente en jóvenes y adolescentes.²⁷

El hallazgo de que las relaciones sexuales anales o “contranatura” aumentan el riesgo de este cáncer, lo que es factible, por ser la región anogenital el área de reservorio del virus. Diferentes estudios concuerdan que las relaciones sexuales anales son un factor de riesgo.²⁸

El riesgo de desarrollar una neoplasia intracervical es mayor en las mujeres inmunodeprimidas que presentan serología positiva para el virus de la inmunodeficiencia adquirida (VIH), al menos cinco veces más probabilidad de desarrollar esta neoplasia según investigaciones. En los estudios de Papanicolaou realizados a mujeres VIH positivas, hasta el 60% presentan anomalías y 40% de estas pacientes presentan evidencia colposcópica de displasia. Diversas investigaciones reportan que las pacientes receptoras de trasplante tratadas con medicamentos inmunodepresores tienen un riesgo de 5 a 6% de desarrollar una neoplasia después del trasplante. La mayoría de las neoplasias presentadas tiene relación con los virus ADN oncogénicos.^{29,44}

El riesgo aumenta, debido a que el sistema inmune se ve seriamente afectado por la infección y reduce la capacidad del organismo de combatir diversas infecciones que pueden resultar en el desarrollo de los diferentes tipos de cáncer. Las mujeres con serología positiva para VIH deben hacerse las pruebas de detección temprana de virus del papiloma humano con regularidad, pues las anomalías en las pruebas de Papanicolaou (PAP) son más comunes en esta población.²⁹

Por otra parte aunque el carcinoma cervicouterino no se considera un tumor hormodependiente por lo general, estudios recientes plantean entre los cofactores involucrados en la transformación maligna de las células infectadas por el VPH están las hormonas sexuales. Estas hormonas pueden facilitar la carcinogénesis por diferentes mecanismos.³⁰

Estudios recientes plantean que la multiparidad ha estado ligada a la presencia de lesiones premalignas y malignas de cuello de útero muchas veces asociada a los desgarros producidos por los partos, los cuales en el proceso de reepitelización producen atipias celulares. La paridad como factor de riesgo de este cáncer, bien por el traumatismo producido o por que el embarazo provoca un estado de inmunosupresión que podría aumentar la susceptibilidad del organismo a los agentes infecciosos.³¹

El uso prolongado de anticonceptivos hormonales puede aumentar el riesgo de cáncer cérvico uterino (CCU), dado fundamentalmente por la asociación entre el uso de anticonceptivos orales y la conducta sexual. Es de señalar que 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. Ciertas pruebas estadísticas demuestran que el uso de anticonceptivos hormonales orales por períodos prolongados, puede aumentar ligeramente el riesgo de cáncer cervicouterino.³¹

En Cuba está ocurriendo un cambio en la edad de aparición de este tipo de tumor posiblemente relacionado con la precocidad de las primeras relaciones sexuales , la promiscuidad y la concomitancia de otros factores de riesgo.³¹

El cáncer se convierte en una palabra temida para los que no lo tienen e impronunciable para los que lo padecen. Esta enfermedad tumoral maligna y por ende de difícil e imposible curación, es el resultado de un proceso evolutivo que sigue una serie de pasos sucesivos basados en la existencia de un largo periodo entre la exposición a un carcinógeno y el desarrollo de una neoplasia.

32,45

Es de carácter irreversible y progresivo, puede deberse a múltiples causas capaces de producir mutaciones e importantes cambios genéticos de la estructura celular. A pesar de estudiarse el efecto de algunos genes en el ciclo

celular, no existen claras evidencias de su papel en el metabolismo de la célula tumoral. Los cambios metabólicos se observan como una simple respuesta a las necesidades energéticas de las células en proliferación, desestimando el papel de los oncogenes y proto-oncogenes en la reprogramación metabólica.^{33,53}

En la actualidad existen evidencias que sustentan el concepto de que la reprogramación metabólica en el cáncer es debida primariamente a mutaciones de supresores de tumores y proto-oncogenes.³³

El MINSAP ha desarrollado un Programa Nacional para el Diagnóstico Precoz del Cáncer Cervicouterino, con el objetivo de realizar un diagnóstico temprano de la oncopatía y poder brindar las ventajas curativas que ofrece esta localización del cáncer, que puede ser hasta de un 100% cuando el mismo se realiza de forma precoz.³⁴

Toda mujer que es o ha sido sexualmente activa y que ha cumplido 25 años de edad debe someterse a una prueba citológica exfoliativa cérvico-vaginal, con coloración de papanicolau y una exploración ginecológica cada tres años, según orientación por programa nacional de cáncer cervicouterino.^{34,48}

. El pronóstico de esta enfermedad en gran medida depende de factores relacionados con el huésped, la localización del tumor y el momento en que se realice el diagnóstico. La familia y el entorno social juegan un papel importante así como las posibilidades de recibir tratamiento.³⁴

Lamentablemente la mayormorbilidad y mortalidad de esta enfermedad y el menor acceso a sistemas de detección precoz ocurren en los países más pobres, precisamente donde el acceso a nuevas vacunas es sumamente limitado. Por tanto, si bien nos encontramos ante uno de los mayores avances en la medicina preventiva moderna, existe el gran desafío de que esta herramienta efectivamente pueda ser administrada a la población que más la necesita.^{35 47}

Según Gustavo Borja, en sus fases iniciales, el cáncer cérvico uterino puede no causar síntomas o características macroscópicas específicas que permitan el diagnóstico a la simple inspección. En esta fase preclínica, el diagnóstico solamente se puede hacer mediante la citología exfoliativa, la colposcopia y la biopsia. Precozmente, puede aparecer como una eritroplasia, es decir, como

una mancha roja de variable extensión, muy cercana al orificio cervical externo y la misma, suele tener una superficie de aspecto granular o ulcerado, con gran vascularización y que sangra con facilidad al roce.³⁵

Existen a nuestro juicio cuatro componentes básicos del control del cáncer de cuello uterino: la prevención primaria, la detección precoz (programas de pesquisa y diagnóstico precoz), el diagnóstico y tratamiento, así como los cuidados paliativos en la enfermedad avanzada. Los programas de detección y control del cáncer cérvico uterino son fundamentados en la epidemiología y en las acciones de prevención propuestas, que serían en otro concepto la prevención primaria, secundaria y terciaria.^{35,48}

La calidad de las citologías es un factor relevante que puede estar explicando su bajo impacto en la mortalidad por cáncer de cérvix en los países de América Latina.^{36,53}

La citología cervical, sigue siendo uno de los mejores exámenes auxiliares para la detección precoz del cáncer de cérvix uterino, la precisión depende de la técnica utilizada para obtener el frotis, así como del laboratorio de citología donde se observan la laminilla. Esta prueba ha sido utilizada para el diagnóstico oportuno de lesiones precursoras del cáncer y se ha demostrado que su utilización periódica reduce de manera importante la morbilidad y mortalidad por esta neoplasia. A largo plazo, el tamizaje y tratamiento de lesiones pre malignas tienen un menor costo y mayor beneficio comparado con el tratamiento médico quirúrgico de los carcinomas de cérvix.³⁷

Muchas mujeres en edad fértil desconocen el procedimiento que se realiza en el examen de Papanicolaou, induciendo a una actitud desfavorable frente a la toma de la misma, considerando que podría ocasionar incomodidad, temor, vergüenzas, ansiedad, preocupación el resultado, miedo al probable dolor del examen, etc., lo que conlleva a que la práctica del examen sea inadecuada, no cumpliendo las reglas y normas que se exige para la realización de este examen. La actitud frente a la realización el Papanicolaou, es una predisposición a reaccionar de manera sistemática favorable o desfavorable el examen.³⁷

Brasil. 2014. Moreira Vasconcelos, Camila Teixeira; Fernández Cunha, Denise

Fátima. "Factores relacionados al no presentarse a la consulta para recibir resultado de la prueba de Papanicolaou". Se trata de un estudio transversal, realizado con 775 pacientes que se sometieron a la prueba de Papanicolaou en el Centro de Salud de la Familia de Fortaleza, entre septiembre de 2010 y febrero de 11. La mayoría de las encuestadas eran jóvenes (≤ 35 años), de baja escolaridad (≤ 7 años de estudio), iniciaron la vida sexual muy temprano (≤ 20 años) 17,0% de ellas no retornaron para recibir el resultado del examen. Los resultados estadísticamente significativos por no retornar estuvieron relacionados a: mujeres jóvenes ($p=0,001$); inicio precoz de la actividad sexual ($p=0,047$); y conocimiento inadecuado sobre la prueba de Papanicolaou ($p=0,029$). Conclusión: el hecho de que una mujer no retorne para recibir el resultado es un problema para el control del cáncer de cuello uterino y debe ser combatido por medio de estrategias educativas e refuerzan la importancia del retorno para la detección precoz de ese cáncer.³⁸

La Paz, Bolivia. 2009. Zenteno Castro, Virginia y Rivas Ponce, José Luis. "Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el Papanicolaou en mujeres de 15 a 50 años en el Hospital La Paz". Se realizó un estudio transversal, descriptivo con variables cualitativas y cuantitativas de mujeres con rango de edad entre 15 a 50 años que acudieron a consulta al Hospital La Paz en el mes de octubre 2007. Como muestra representativa se incluyó a 100 pacientes mujeres que representan el 30% de la concurrencia de pacientes estimada en un mes, que acudieron en forma voluntaria a consultorio externo de Ginecología y sala de puerperio. Cuando se preguntó a las pacientes si conocían para qué sirve el Papanicolaou, (64%) de las encuestadas respondió afirmativamente y el (36%) de las encuestadas desconocía la utilidad del Papanicolaou. Del 100 %, solo 47% sabía que es útil para detectar el cáncer de cuello uterino.³⁹

A juicio de la investigadora, para la detección precoz de esta enfermedad en nuestro medio es de suma importancia la realización de la prueba citológica en todos los grupos de edades comprendidos en el programa Nacional de nuestro país. Aunque consideramos que el inicio de la toma de muestra de la misma no está en correspondencia con el inicio cada vez más precoz de la vida sexual en adolescentes junto a conductas irresponsables en este sentido; lo cual favorece la adquisición y persistencia de la incidencia del cáncer cervicouterino.

Frente al incremento de la incidencia ocurrido en algunos contextos y debido a la necesidad de actualizar el comportamiento clínico y epidemiológico del cáncer cérvico-uterino (CCU), en la provincia Ciego de Ávila, aunque se ha avanzado de forma general en la detección temprana del cáncer cérvico uterino, durante los últimos años aún persisten insuficiencias en cuanto al diagnóstico precoz de la neoplasia cervical.

De todo lo anterior se desprende que una población bien entrenada en el diagnóstico precoz y el manejo adecuado de su calidad de vida es factor esencial en el control de la enfermedad, existen diferentes métodos para elevar el nivel de preparación de las poblaciones sobre diversas temáticas una de ellas es la intervención educativa.

En las últimas dos décadas se ha venido utilizando con mucha fuerza las intervenciones educativas para elevar y mejorar los conocimientos sobre diferentes temáticas, el tema del cáncer cérvico uterino no escapa a esta tendencia.

Se define la intervención educativa como: "Una labor que contribuye a dar soluciones a determinados problemas y a prevenir que aparezcan otros, al mismo tiempo que supone colaborar con los centros o instituciones, con fines educativos y/o sociales, para que la enseñanza o las actuaciones que desde ellos se generan estén cada vez más adaptadas a las necesidades reales de las personas y de la sociedad en general".⁴⁰

La intervención psicoeducativa, se define como una ciencia social, cuyo ámbito de competencia se refiere a variables sociales y nunca a variables biológicas. Las variables objeto de la intervención, por tanto, serían las que deben tomarse como criterio último para observar el cambio producido, y están referidas tanto al ámbito puramente individual como a los ambientes o contextos. Las acciones se suelen dirigir a completar la intervención básica (educativa y social), innovar esa intervención y optimizar recursos.⁴⁰

Constituye la esencia de la intervención y viene condicionado por los objetivos, los que a su vez vienen dados por el análisis de necesidades.⁴¹

Es importante que se parta de la conciencia de necesidad de cambio. Para ello se debe analizar la actual forma de actuación y lograr que los implicados en ellas se concienzien de la posibilidad de mejora de las mismas. Está

demostrado que las personas no cambian sus pautas de actuación, y menos aceptan sugerencias sobre otras nuevas, si no son conscientes de la inadecuación de las mismas.⁴²

Se identifican dos tipos de escenarios uno es el contexto artificial: la intervención se realiza en lugares especiales preparados para tal fin, el otro contexto natural que no es más que la intervención se desarrolla en los espacios donde se sitúan los individuos o los grupos a los que va destinada la intervención.

Siempre, debe adquirir una especial relevancia la representatividad ecológica de los diseños, aunque estos se desarrollen en una situación artificial.⁴²

A pesar de que se ha aceptado que una acción individualizada supone también una forma de intervención, se defiende la intervención colectiva frente a tratamientos exclusivamente individuales. La intervención, por tanto, ha de requerir un marco comunitario amplio de acción, entendiendo que las acciones puntuales en situaciones artificiales no pueden formar parte del ámbito estricto de la intervención, sin embargo, sí se considera intervención a los asesoramientos individuales, siempre que estén insertados en un proyecto de intervención más amplio.⁴²

Se pueden identificar los siguientes niveles de actuación. El nivel individual, entendido como tratamiento individualizado. El nivel de pequeño grupo, referido a la actuación en un conjunto de individuos situados dentro o fuera de una organización. El nivel de acción de amplio espectro, dirigido a instituciones, comunidad, macro contextos, cultura, etcétera.⁴³

Se pueden contemplar cuatro funciones. La terapéutica, la cual desarrolla actividades de tipo correctivo ya que pretende dar soluciones a determinados problemas que ya se han manifestado. La preventiva que está dirigida a evitar la aparición de dificultades. Se trabaja, por tanto, en la detección precoz de los problemas para diseñar la ayuda necesaria. Este planteamiento se basa, entre otros aspectos, en el menor coste en recursos humanos y económicos de los programas preventivos frente a los programas de intervención en la crisis. Conlleva conocer los factores de riesgo mediante análisis previos. Estos análisis pueden estar insertos también en el diagnóstico de necesidades.⁴³

El desarrollo: no pretende cubrir déficit ni evitar una previsible aparición de los mismos. Se trata de una concepción de la intervención a la que subyace un enfoque “no problemático”, que pretende promover el crecimiento y la madurez individual y social.

La Intervención Social: desde esta perspectiva se toma el contexto, no solo como posible causa o como fuente y origen de los hechos, sino, como medio en el que el profesional promueve directa o indirectamente cambios, hasta el punto de ser ‘instrumento-agente’ de cambio social.⁴³ En general, se suele defender el carácter preventivo frente al mero tratamiento. La función preventiva es un concepto estrechamente relacionado a la intervención, hasta tal punto que se puede decir que uno justifica al otro, y muchos autores identifican como única función de la intervención la prevención. Sin embargo, actualmente, se concibe y defiende que la intervención no sólo debe dirigirse a reducir el riesgo futuro sino también a optimizar o mejorar todos los ámbitos personales susceptibles de mejora (función de desarrollo), y a no percibir solo el déficit en los individuos que los padecen sino en los contextos que los provocan (intervención social).⁴⁴

El programa educativo se concibe a partir de un paradigma o modelo de enseñanza y debe corresponder con los valores sociales generales y los principios del sector a que responde, en este caso de tipo activo participativo, incorporando todos los elementos del proceso de enseñanza aprendizaje centrado en el desarrollo humano: auto-estima, trabajo en grupos, desarrollo de capacidades, planificación conjunta, responsabilidad compartida.⁴⁴

Para la presentación de la estrategia de intervención educativa se partió de plantear los fundamentos teóricos y metodológicos que le servirán de base y de un diagnóstico educativo, el cual justificó el propósito de modificar la situación actual para incrementar el conocimiento y las habilidades fundamentales de los sujetos de investigación para el abordaje del tema, prevención del cáncer cérvico uterino, logrando modificaciones en sus actitudes y las prácticas de autocuidado asumidas

Hipótesis de investigación:

El diseño y aplicación de una propuesta de intervención educativa, pudiera elevar el nivel de conocimientos sobre algunos aspectos sobre el cáncer cérvico uterino como concepto, manifestaciones clínicas, algunos factores de riesgo y la realización de la prueba citológica como medida fundamental de prevención en mujeres de 25 a 64 años pertenecientes al consultorio 10 del área de salud de Gaspar, municipio Baraguá, provincia Ciego de Ávila.

METODOLÓGIA

Se realizó un estudio pre experimental de tipo antes – después, dirigido a implementar un programa de intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos en las mujeres de 25 a 64 años sobre el concepto, algunos de sus síntomas, algunos factores de riesgo, importancia de la prueba citológica como medida de prevención fundamental en el consultorio no.10 del área de salud Gaspar en Ciego Ávila durante el período comprendido entre febrero de 2018 y marzo 2019.

Universo y muestra

El universo estuvo constituido por 82 mujeres de 25 y hasta 64 años, que pertenecen al área de salud objeto de estudio, durante el período en que enmarca la investigación. La muestra finalmente quedó constituida por 35 mujeres seleccionadas a través de un muestreo no probabilístico de tipo intencional que cumplieron con los criterios de inclusión del estudio y no presentaron criterios de exclusión.

Se debe aclarar que no se utiliza el rango de edad hasta los 64 años debido a que en el estudio realizado no existían mujeres en el rango de edad.

Criterios de inclusión:

1. Voluntariedad de los pacientes para participar en la intervención. (Anexo I)
2. Presentar buen estado psíquico mental.

Criterios de exclusión:

1. Mujeres que se trasladen de la provincia en el periodo de estudio.
2. Residentes temporales en el área de salud.
3. Mujeres con discapacidad física y/o mental (Mudez, Sordera, Retraso Mental, Trastornos psiquiátricos y otros) que afectan la comprensión y comunicación.

Métodos de obtención de información

Para la obtención de la información se confeccionó un cuestionario según revisión bibliográfica y validada según criterios de especialistas del departamento docente de del área de salud en cuestión, que recogió las

variables de interés. El cuestionario se convirtió en el registro primario de la investigación.

Para la evaluación se utilizó el cuestionario (ver anexo II) diseñado y validado por la autora de la investigación, que fue aplicado a toda la población incluida en la investigación, previamente re-evaluados para verificar la veracidad del nivel de conocimientos sobre algunos elementos del cáncer cérvico uterino.

El programa educativo se realizó en 4 sesiones de clases (Anexo III), con una hora de duración cada una todos los miércoles en horario de la tarde en un aula perteneciente a la escuela Evelio Marrero en el Centro, Gaspar, Ciego de Ávila. Impartidas por la investigadora.

Métodos del nivel empírico:

La encuesta o planilla de recolección de datos: Es un método empírico (complementario) de investigación que supone la elaboración de un cuestionario, cuya aplicación permite conocer las opiniones y valoraciones que sobre determinados asuntos poseen las y mujeres seleccionados en la muestra; además permite la recolección de variables de interés para el estudio.

En correspondencia al problema de investigación se estructuró la presente investigación desde una perspectiva cuantitativa. Se procesó estadísticamente los datos obtenidos buscando generalizar la información que describe concepto y algunos de sus síntomas, algunos factores de riesgo, importancia de la prueba citológica como medida de prevención fundamental.

Operacionalización de las variables

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Edad	Cuantitativa continua	25-30 años 31-35 años 36-40 años 41-45 años 46-50 años	Según años cumplidos.	Número y porcentaje según grupos de pertenencia.
Nivel de escolaridad	Cualitativa ordinal.	Primaria sin terminar. Secundaria. Pre universitario Técnico medio. Universitario.	Según nivel académico alcanzado.	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Nivel de conocimientos	Cualitativa nominal dicotómica.	Satisfactorio Insatisfactorio	Según aplicación del cuestionario antes y después.	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 se resumió en frecuencias absolutas y porcentajes.

Para el análisis de las variables socio-demográficas se utilizó estadística descriptiva. Para el análisis de la efectividad de la intervención educativa se empleó la prueba estadísticas Mc.Necmar para hallar diferencias significativas entre el nivel de conocimiento antes y después de aplicada la intervención.

Para la realización de este estudio se tuvo en cuenta los principios éticos que rigen las investigaciones biomédicas (Declaración de Helsinki) y que se aplican en nuestro país (Autonomía, Beneficencia, No Maleficencia y Justicia). El protocolo de investigación fue presentado, revisado y aprobado por el Consejo Científico del policlínico de Gaspar en Ciego de Ávila. Participaron en el estudio

las mujeres comprendidas entre los 25 y 50 años de edad del consultorio No. 10 de área de Gaspar en Ciego de Ávila.

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

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

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

Tabla 1. Mujeres según Distribución de la edad. Gaspar, Ciego de Ávila. 2018.

Grupo de edades	No.	%
25-30 años	11	31,4
31-35 años	4	11,4
36-40 años	15	43,0
41-45 años	3	8,5
46-50 años	2	5,7
TOTAL	35	100,0

Fuente: Encuesta

La tabla 1 muestra la distribución de participantes según el rango de edad.

Se observó que la mayoría de las y mujeres que conforman la investigación están en el rango de edad comprendido entre los 36 a 40 años que representa un 43,0 % y de los 25 a 30 11 años para un 31,4%, mientras que solo 2 se encuentran en el rango de edad 46-50 mujeres para un 5,7%. es criterio de la autora que esto puede deberse a que es una edad donde la vida sexual de la mujer es más activa y que con mayor prevalencia acude al consultorio médico de la familia.

Datos que concuerdan con la investigación realizada por Dra. Idelvis Revé Quialapues al analizar los grupos etarios, se encontró que fue el grupo de 35 - 50 años con 47 pacientes para el 26,1 % el de mayor prevalencia, mientras 4 mujeres se encontraban en el grupo de edades entre 45-50 años en grupo para el 2,2 % representando un menor por ciento.⁴⁴

Además, el estudio realizado por Dra. Mavel Chávez Roque explica que luego de procesada la información se obtuvieron los siguientes resultados: El 43,75% de la población femenina investigada correspondió al grupo de edades entre los

36 y 45 años.⁴⁵

Lo cual expresa que esta enfermedad se ve con mayor frecuencia en edades entre 30 y 45 de la vida por el proceso de envejecimiento y el mayor tiempo de exposición a los factores de riesgo relacionados con esta enfermedad.

Tabla 2. Mujeres según nivel educacional Gaspar, Ciego de Ávila 2018.

Nivel educacional	No.	%
Primaria sin terminar.	1	2,8
Secundaria	8	23,0
Pre universitario	6	17,1
Técnico medio	16	45,7
Universitario	4	11,4
Total	35	100,0

Fuente: Encuesta

La tabla 2 muestra la distribución de las mujeres que participaron según el rango de edad. Se observó que la mayoría de las y mujeres están en un nivel educacional técnico medio 16 para un 45,7%.

La autora considera que es importante para la intervención educativa porque son mujeres con cierto nivel educacional que permite mayor comprensión al realizar la intervención educativa.

Datos que concuerdan con la investigación por Dra. Idelvis Revé Quiala que expone que la escolaridad más frecuente fue la preuniversitaria 41,6 %⁴⁴

Dra. Alada Leslie observa que el 88,3 % de usuarias del Centro de Salud Lauriama de Barranca Perú tienen grado de instrucción secundaria, seguido del 5,0% de enseñanza superior.⁴⁶

Al analizar el nivel de escolaridad se encontró que estos resultados pudieran guardar relación con los cambios sociales que ocurren en Cuba y Latinoamérica incorporándose las féminas cada vez más a la sociedad.

Tabla 3. Mujeres según el nivel de conocimientos general (concepto y manifestaciones clínicas) sobre el cáncer cérvico uterino, antes y después de aplicar la estrategia, Gaspar en Ciego de Ávila.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Satisfactorio	9	25,7	33	94,3
Insatisfactorio	26	74,3	2	5,7
Total	35	100,0	35	100,0

Fuente: Encuesta

Prueba de Mc.Necmar $p= 0,000$

La tabla 3, muestra el nivel de conocimientos satisfactorio e insatisfactorio general sobre el cáncer cérvico uterino en mujeres de 25 a 50 años, antes y después de aplicar acciones en el consultorio¹⁰ del área de salud de Gaspar en Ciego de Ávila.

Se puede observar que antes de la intervención, solo 9 personas para un 25,7% del total, presentaban un nivel de conocimientos calificado como satisfactorio y 26 para el 74,3 %, fueron evaluados con conocimientos insatisfactorios sobre la problemática que se investiga.

Después de aplicar las acciones con el grupo de mujeres, se comprobó que la cifra final de personas con nivel de conocimientos satisfactorios, se elevó a 33 para un 94,2%, mientras que solo 2 para un 5,2 % de ellas permanecían con carencias en el conocimiento sobre el cáncer cérvico uterino a pesar de encontrarse en edades que resulta necesaria el análisis de la citología.

El análisis realizado con la prueba de Mc.Necmar, indicó que la elevada modificación porcentual observada, resultó significativa en la evaluación final del estudio.

Datos que se asemejan a la intervención educativa realizado por la Dra. María Judith Iñiguez podemos apreciar que la distribución de las mujeres de 25 a 64 años de edad según las dimensiones del conocimiento, en la cual se muestra que la mujer presenta un conocimiento no satisfactorio en la mayoría de las dimensiones, exceptuando las relacionadas con el concepto de cáncer cérvico uterino, al concluir la investigación aumentó el nivel de conocimiento para un 90,0%.⁴⁸

Además, el doctor Beramendi Pérez, John Harold Perú 2017 respecto al nivel de conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino en su estudio alcanzó un nivel medio con 56,7%, alto con 40% y bajo con solo 3,0%.⁴⁹

Estos resultados reflejan la situación real del conocimiento sobre esta patología, lo cual corrobora lo mencionado por la OMS sobre los pocos resultados en medidas de prevención y promoción de salud. Es evidente que se trata de ausencia de estrategias metodológicas educativas, informativas y de acciones de salud con un enfoque de interculturalidad y equidad de género.

Tabla.4 Mujeres según nivel de conocimientos sobre algunos factores de riesgo del cáncer cérvico uterino.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Satisfactorio	4	8,6	34	97,1
Insatisfactorio	31	91,4	1	2,9
Total	35	100,0	35	100,0

Fuente : Encuesta

Prueba de Mc.Necmar $p= 0,000$

La tabla 4, ofrece los resultados en los conocimientos en las pacientes algunas las diversas causas que provocan el cáncer cérvico uterino en mujeres de 25 a 50 años, antes y después de aplicar acciones en el consultorio 10 del área de salud de Gaspar en Ciego de Ávila.

Se observó que, en la encuesta inicial, 3 de las mujeres participantes en la investigación para un 8,6% respondieron de forma correcta la pregunta sobre el tema mientras que 32 para el 91,4% de ellos presentaban carencias de conocimientos.

Al concluir el trabajo con las acciones previstas en el consultorio y repetir la encuesta pasado un tiempo prudente, la cifra de participantes con respuestas correctas se elevó hasta 34 para un 97,1%, quedando solo 1 para el 2,9%, sin elementos para expresar las causas que inciden en la aparición del cáncer cérvico uterino.

El análisis realizado con la prueba de McNemar, indicó que la elevada modificacional realizar la intervención educativa, resultó significativa en la evaluación final del estudio.

Datos similares es exponen en las investigaciones realizadas por diferentes autores como:

La Dra. Quiala al analizar el nivel de conocimiento de las féminas sobre los factores de riesgo que provocan el cáncer cérvico uterino se observó que antes de la intervención el 88,3 % de las femeninas no conocía sobre estos factores de riesgos y el 11,6 % solamente conocía. Luego de la intervención el 100 % de los casos conocía los factores de riesgo.⁴⁴

Dra.Moraima Roigen los resultados de la aplicación de la intervención, o sea antes de aplicada 142 pacientes para un 92,2 %, tenían un conocimiento bajo sobre las infecciones vaginales y solo 12 para un 7,8 %, tenían un conocimiento bajo y ninguno tenía conocimiento alto; luego de aplicada la intervención se encuentro que se logró cambiar en el nivel de conocimiento pues de las 154 pacientes 93 para un 60,4 % lograron modificar su conocimiento en medio y solo el 37 % de un 92,2 % anteriormente mantuvieron su conocimiento bajo, a pesar que no se logró niveles de conocimiento medio y alto en el 100 % de las pacientes.⁵⁰

por lo que debemos educar y sensibilizar a la población femenina sobre las principales causas del cáncer cérvico uterino y cómo prevenirlas.

Tabla 5. Mujeres según nivel de conocimientos sobre la importancia de la prueba citológica para el diagnóstico precoz del cáncer cérvico uterino, antes y después Gaspar en Ciego de Ávila.

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

Fuente: Encuesta

Prueba de Mc.Necmar $p= 0,000$

La tabla 5, muestra nivel de conocimientos sobre la importancia de la prueba citológica para el diagnóstico precoz del cáncer cérvico uterino, antes y después de aplicar acciones en el consultorio¹⁰ del área de salud de Gaspar en Ciego de Ávila.

Se pudo observar que antes de desarrollar las acciones 14 pacientes para el 40 % respondieron de forma correcta sobre el conocimiento que tenían sobre la importancia de realizarse la prueba citológica, mientras que 21 para un 60,0%, manifestaron insatisfacción en relación con el conocimiento que tenían acerca de la necesidad de realizarse la prueba citológica en las respectivas edades.

Después de aplicar las acciones con el grupo de mujeres, se comprobó que la cifra final de personas con nivel de conocimientos satisfactorios, se elevó a 31 para el 88,6%, mientras que solo 4 para un 11,4 % de ellas permanecían con carencias en el conocimiento sobre la necesidad de realizarse la prueba citológica en las respectivas edades que comprenden en el programa de citología.

Resultados que concuerdan con la investigación realizada por Dr. Guillermo Rodríguez en su estudio sobre Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el test de Papanicolaou y estadificación del cáncer de cuello uterino en Uruguay expuso que con respecto al conocimiento acerca de la utilidad de Papanicolaou, 50 pacientes (75%) respondieron correctamente que detecta enfermedades en el cuello del útero; el más frecuente error fue que causa infertilidad” en 18 casos (25%)⁵¹

Según el estudio realizado por Víctor Q. Un porcentaje promedio de 38% de mujeres de la muestra evaluada presentaron un nivel de conocimiento malo sobre el examen de Papanicolaou, seguida del 34% que presentaron un nivel regular. Un promedio porcentual de 75% de mujeres de la muestra estudiada presentaron una actitud positiva frente al examen de Papanicolaou. Por otro lado, un porcentaje de 60% de mujeres estudiadas realizan adecuadas prácticas sobre el examen de Papanicolaou.⁵⁴

Estos estudios corroboran una vez más la necesidad de aumentar el trabajo educativo con estas féminas para el diagnóstico precoz de cáncer cérvico uterino.

El análisis realizado con la prueba de Mc. Necmar, indicó una modificación significativa final del estudio realizado.

Tabla 6. Conocimientos de la frecuencia con que se realiza la prueba citológica Gaspar en Ciego de Ávila.

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

Fuente : Encuesta

Prueba de Mc. Necmar $p= 0,000$

La tabla 6 expone nivel de conocimientos la frecuencia con que se realiza la prueba citológica Gaspar en Ciego de Ávila., antes y después de aplicar acciones en el consultorio 10 del área de salud de Gaspar en Ciego de Ávila.

Se observó que antes de desarrollar el ejercicio 23 mujeres para el 65,7% reconocieron de forma incorrecta sobre el conocimiento que tenían sobre la periodicidad con que se realiza la prueba citológica, mientras que 12 para un 34,3%, acertaron correctamente la prueba citológica en las respectivas edades.

Después de aplicar la intervención educativa con el grupo de mujeres, se comprobó que la cifra final de personas con nivel de conocimientos satisfactorios, se elevó a 33 para el 94,3%, mientras que solo 2 para el 5,7% de ellas permanecían con carencias en el conocimiento del tiempo en que se realiza la prueba citológica en las respectivas edades que comprenden en el programa de citología. Estudio que además realizaron los investigadores y se puede apreciar resultados similares

El Dr. Guillermo Rodríguez observó en las mujeres estudiadas en cuanto al conocimientos sobre la frecuencia de la realización de la prueba Papanicolaou,

respondieron “una vez al año” 59 para el 86,8% y 6 para el 8,8% “cada tres años” demostrando un nivel bajo de conocimientos.⁵¹

Al igual que la Dra. Maritza Cartaya Olano Las mujeres presentaban desconocimiento acerca de la frecuencia con que se debe realizar la prueba citológica, se observó que el 63,6 % fue capaz de identificar que se realizaba cada 3 años y el 14,5 % cada seis meses. Al ser aplicada la intervención educativa se encontró que la totalidad de la muestra reconoció que la prueba citológica debe realizarse cada 3 años siempre que su resultado sea normal y según el programa para un 100 %.⁵²

Demostrándose así la necesidad de aumentar las acciones de salud en cada equipo básico de trabajo.

El análisis realizado con la prueba de Mc.Necmar, indicó que la elevada modificación porcentual observada, resultó significativa en la evaluación final de la investigación .

Tabla 7 Nivel de conocimiento global, antes y después de la intervención. Ciego de Ávila. 2018.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Satisfactorio	6	17,1	33	94,3
Insatisfactorio	29	82,9	2	5,7
Total	35	100,0	35	100,0

Fuente: Encuesta

Prueba de Mc.Necmar $p= 0,000$

La tabla 7 Muestra la distribución de pacientes según el nivel de conocimientos global evaluado antes y después de aplicar la intervención educativa

Se puede observar que antes de la aplicación de la intervención comunitaria, 6 mujeres para un 17,1 %, presentaban un nivel de conocimientos satisfactorios, mientras que 29 para el 82,9% de ellas mostraban conocimientos generales insatisfactorios en los diferentes aspectos evaluados.

Al concluir el programa aplicado, se elevó a 33 (94,3%), el número de mujeres que dominaban satisfactoriamente los conocimientos fundamentales sobre el concepto de cáncer cérvico uterino y algunos de sus síntomas, factores de riesgo, importancia de la prueba citológica. Solo 2 para un 5,7% de ellas continuaron presentando conocimientos algunas deficiencias en cuanto a los temas impartidos

El análisis estadístico con la prueba de Mc.Nemar, presentó un resultado de la p calculada inferior a 0,05, indicando que el cambio porcentual logrado en la modificación del conocimiento, resultó significativo.

La intervención educativa realizada mostró ser eficaz al modificar los conocimientos que poseen las mujeres participantes en la investigación realizada.

A juicio de la autora una gran suma de las enfermedades que afectan al ser humano han sido controladas mediante la aplicación de estrategias de prevención y no por medio de procedimientos terapéuticos invasivos. El éxito de dichas intervenciones depende del conocimiento general y detallado del fundamento biológico tanto como las condiciones precoces de transformación.

La Dra. María Judith Iñiguez Rivera, refiere en su estudio que el nivel de conocimiento general adquirido sobre esta problemática al concluir la intervención en las mujeres seleccionadas se elevó en un 93,3 % calificando como positiva la investigación realizada.⁴⁷

Estos datos se corresponden con lo revisado en la literatura nacional e internacional sobre la importancia de las pesquisas activas para posteriores intervenciones educativas,

CONCLUSIONES

En la investigación realizada se apreció que predominaron las edades de la tercera y cuarta década de la vida y el nivel de escolaridad técnico medio. La mayoría de las mujeres participantes presentaban bajos niveles de conocimientos sobre la temática evaluada en la encuesta inicial en lo referente al concepto y algunos de sus síntomas, factores de riesgo e importancia de la prueba citológica como medida de prevención fundamental, así como la periodicidad de realización. En todos los aspectos evaluados se logró una

modificación positiva y significativa del nivel de conocimientos inicial considerando positiva la intervención educativa. Se utilizó el test Mc.Necmar, con el objetivo de evaluar si fue efectiva la intervención educativa la cual demostró una modificación significativa porcentual en la evaluación final del estudio.

RECOMENDACIONES

- 1- Aplicar la intervención educativa diseñada en todos los centros de salud.
- 2- Establecer actividades de promoción y prevención del cáncer cérvicouterino y sus factores de riesgo en las consultas y durante el trabajo extramural, involucrando a toda la familia.
- 3- Profundizar en otros aspectos que no hayan sido objeto de esta investigación.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1-DrC. Mosley Martínez Pérez, Dr. Juan Carlos de la Concepción Cárdenas, IIMSc. Ariel Pérez González La promoción de salud dirigida a reducir los factores de riesgo de cáncer cérvico uterino [citado 10 marzo 18] Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v36n3/tema08.pdf>.

2-Vega Orozco, Torres Salazar, Asociación Latinoamericana de Profesores de Medicina Familiar A.C. Impacto de una intervención educativa en la aceptación de la detección oportuna del cáncer cérvico uterino año 2010, [citado 10 marzo 18]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/507/50719105002.pdf>.

3-Walboomers, J. et. al. "Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer Worldwide". J. Pathol. 1999; 189:12-19. citado por Berumen Campos, J. "Virus del papiloma humano y cáncer del cuello uterino". Gac. Med. Mex. 2006. 142: supl. 2:51-59. [Internet]. 2018 [citado 14Feb 2018]; Disponible en <https://screening.iarc.fr/doc/colpochapteres02.pdf>.

4-Berumen Campos, J. "Virus del papiloma..." op. cit. p. 51. [Internet]. 2018 [citado 14Feb 2018]; Disponible en <https://screening.iarc.fr/doc/colpochapteres02.pdf>.

5-Inegi-conapo-ssa. [Internet]. 2018 [citado 14Feb 2018]; Disponible en <https://screening.iarc.fr/doc/colpochapteres02.pdf>.

6-Muñoz, N y Bosch, F. X. "Cáncer del cerviz y virus de papiloma humano: evidencia epidemiológica y perspectivas para su prevención. En: Salud Pública de México, 1997: 39:388-396. [Internet]. 2018 [citado 14Feb 2018]; Disponible en <https://screening.iarc.fr/doc/colpochapteres02.pdf>.

7-Muñoz N, Bosch F.X, de Sanjose S, et al." Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer". En: New England Journal of Medicine. 2003 (February 6): 348 (6); 518–527. [Internet]. 2018 [citado 14Feb 2018]; Disponible en <https://screening.iarc.fr/doc/colpochapteres02.pdf>.

8-Bosch FX, de Sanjose S. "Human papillomavirus and cervical cancer—Burden and assessment of causality". En: Journal of the National Cancer

Institute Monographs. Chapter 1, (2003). 31:3–13. [Internet]. 2018 [citado 14Feb 2018]; Disponible en <https://screening.iarc.fr/doc/colpochapteres02.pdf>.

9-Tejeda S, Thompson B, Coronado G, Rees J. A cervical cancer curriculum for Hispanic adolescent in rural High Schools: a pilot study. J Health Care Poor Underserved2006;17:Disponible, en https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75262012000200006&script=sci_arttext.

10-Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. Int J Cancer [en línea] 2014 [citado 17 Feb 2015]; 136: 359-386. ; Disponible en: <http://doi/10.1002/ijc.29210/pdf>.

11-Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2015 [Internet]. La Habana: Dirección Nacional de Estadísticas; 2016 [citado 10 marzo 18]. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/dne/>

12-Espín JC, Cardona A, Acosta Y, Valdés M, Olano M. Acerca del cáncer cervicouterino como un importante problema de salud pública. Rev cubana Med Gen Integr. [revista en Internet]. 2012 [citado 20 Abr 2018];28: [aprox. 11p]. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252012000400016&lng=es.

13-Organización Mundial de la Salud. Fortalecimiento de la prevención del cáncer de cuello uterino y de control. Ginebra, Suiza. 2010. [citado 14Feb 2018] Disponible en: http://screening.iarc.fr/doc/WHO_RHR_10.13_eng.pdf

14-Organización Mundial de la Salud. Información sobre cáncer cervicouterino un problema social mundial. [Base de datos en internet]. Biblioteca de Medicina. Santiago de Chile. [citado 11 de jul. de 2018]; Disponible en [rttext&pid=033_71531399&lng=es](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=033_71531399&lng=es).

15-Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Centro Nacional de Epidemiología [en línea]. Guatemala: MSPAS; 2015. [citado 18 Feb 2018] Proyección de la población por área 2015 [aprox. 2 pant.]. Disponible en: <http://epidemiologia.mspas.gob.gt/index.php/dos/estadisticas-vitales/poblacion-y->

Proyección

16-Instituto Nacional del Cáncer. Tratamiento del cancer de Cuello Uterino. (Citado en oct. 2018). Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino/pro/tratamiento-cuello-uterino-pdq>.

16-Mendoza Alfonso L, Pedroza Marly J, Micolta Hernando P, Ramirez A, Cáceres Ramiro C, López Darling V, et al. Prevalencia de lesiones de bajo y alto grado de cuello uterino en una ciudad colombiana. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2012 [citado 22 Jul 2018]; 77. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071775262012000200009&script=sci_arttext.

17-Romero KP, Rojas J. Frecuencia de factores de riesgo de internet] 2012. [citado 14Feb 2018]. v.15 n.1. 12. Disponible en: <http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S18174332012000100006&script=sci>.

18-Mollinedo NM, Mita SE, Gomez F. (Bolivia, 2012), en su estudio sobre determinación de los conocimientos y factores de riesgo que predisponen al cáncer cérvico uterino en mujeres en edad fértil en San Pedro de Tiquina 2011. CIENTIFICA v.10 n.1 La Paz 2012. [citado 14Feb 2018 Revistas Boliviana. Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S1813-00542012000100004&script=sci_arttext.

19-Cordero J, García M. Citologías alteradas y factores de riesgo para cáncer cervicouterino. Hospital General Docente “Leopoldito Martínez”. San José de las Lajas. Rev Cubana de Obstetricia y Ginecología. V. 41, n° 4. Cuba, 2015. [citado 14Feb 2018. Disponible en: <http://www.revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/5/5>.

20-Silva BR, Soplin KE, Talledo SP. Conducta sexual y reproductiva asociados al cancer cérvico uterino, en mujeres atendidas entre 2012-2013, en el de Loreto, Punchana2014. [citado 14Feb 2018 Iquitos, Perú. Disponible en: <http://dspace.unapiquitos.edu.pe/bitstream/unapiquitos/312/1/TESIS%20CACU.pdf>.

21-Alonso Remedios A, Pérez Cutiño M, Vidal Pérez Z, Vidal Pérez A. Papel de la reprogramación metabólica en la carcinogénesis. CCM. 2016 [citado 20 oct

2018]; 20(2). Disponible en:
<http://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/2120>.

22-Anuario estadístico de salud de Cuba 2012 [Internet]. La Habana: MINSAP; 2012 [citado 25 Jul 2018]. Disponible en:
http://files.sld.cu/dne/files/2013/04/anuario_2012.pdf 4.

23-Dávila Gómez HL, García Valdés A, Álvarez Castillo F. Cáncer de cuello uterino. *Revcubana Obstet Ginecol* [Internet]. 2010 Dic [citado 25 Jul 2018];36. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2010000400014&lng=es&nrm=iso&tlng=es.

24-Kamangar F, Dores GM, Anderson WF, Patterns of cancer incidence, mortality, and prevalence across five continents: defining Priorities in different geography regions of the World. *J ClinOncol*. 2006 [citado 2 jun 2018]; 24(14):2137-2150. Disponible en:
<http://ascopubs.org/doi/full/10.1200/JCO.2005.05.2308>.

25-Martínez Pinillo Á, 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 cérvico uterino en mujeres menores de 30 años. *Revcubana Obstet Ginecol* [Internet]. 2010 Mar [citado 25 Jul 2018];36. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2010000100008&lng=es.

26-Nobles MD, Brunal BB. Una mirada al impacto, reacciones emocionales y estilos de afrontamiento de los pacientes con cáncer. *RevPensam Psicol*.2009 [citado 25 ene 2018]; 5(8):101107. Disponible en:
http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=72123&id_seccion=4327&id_ejemplar=7209&id_revista=274.

27-Rodríguez Salvá A, Echavarría Aguilera AA, Murlá Alonso P, Vázquez González C. Factores de riesgo del cáncer de cérvix en el municipio Cerro. *RevcubanaHigEpidemiol* [Internet]. 2012 Abr [citado 25 Jul 2018];37. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/hie/vol37_1_99/hie07199.htm 5.- Dávila

Gómez HL, García Valdés A, Álvarez Castillo F. Cáncer de cuello uterino. *Revcubana Obstet Ginecol* [Internet]. 2010 Dic [citado 25 Jul 2018];36. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2010000400014&lng=es&nrm=iso&tlng=es.

28-Salvent Tames A, Rodríguez Lara O, Leyva Lambert M, Gamboa Rodríguez M, Columbié Gámez M. Comportamiento del cáncer cervicouterino en el municipio San Antonio del Sur de Guantánamo. *Revcubana Obstet Ginecol* [Internet]. 2012 Jun [citado 25 Jul 2018]; http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol38_2_12/gin07212.htm8_19.

29-Massad LS, Seaberg EC, Wright RL, Darragh T, Lee YC, Colie C, et al. Squamous cervical lesions in women with human immunodeficiency virus: long-term follow-up. *Obstet Gynecol*[en línea] 2008 [citado 15 jun 2018]; 111 (6): 1388-1393.

Disponible en: http://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2008/06000/Squamous_CervicalLesions_in_Women_With_Human.20.aspx.

30-Grulich AE, van Leeuwen MT, Falster MC, Vajdic CM. Incidence of cancers in people with HIV/AIDS compared with immunosuppressed transplant recipients: a meta-analysis. *Lancet* [en línea] 2007 [citado 13 jun 2018]; 370 (9581): 59-67. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61050-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61050-2).

31-Dunán Cruz LK, Cala Calviño L, Infante Tabío NI, Hernández Lin T. Factores de riesgo ginecoobstétricos para el cáncer cervicouterino en la atención primaria de salud. *MEDISAN* [Internet]. 2011 May [citado 25 Jul 2018];15. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192011000500002.

32-Serman F. Cáncer cervicouterino: epidemiología, historia natural y rol del virus papiloma humano: perspectivas en prevención y tratamiento. *Revchilena Obstet Ginecol*. 2002[citado 2 dic 2018]; 67(4): 318-323. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071775262002000400011&lng=es.

33-Amaroa F, Cardosob O, Mejíasb N, ÁvilaaD, Sifonteb C, Osorioc L, et al. Comportamiento de algunos factores de riesgo asociados a la aparición de lesiones precancerosas de cérvix. Artículo original. Prog. Obstet. Ginecol. 2004; [citado 25 Jul 2018] 47 (7):317-22. file:///C:/Users/admin/Downloads/S0304501304760124_S300_es.pdf.

34-Cabezas Cruz E, Camacho Martínez T, Santana Martínez A, BorrajeroMartínez I, Aguilar Vela de Oro F, Romero Pérez T, et al. Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer cérvico uterino. La Habana: Ciencias Médicas; 1999. [citado 2018 jun 5]. Disponible en: <http://files.sld.cu/sida/files/2012/01/prog-detec-canc-cervicout.pdf>.

35-Sousa Barbosa de L, Pinheiro Bezerra AK, Barroso Teixeira MG. Ser mulher portadora do HPV: uma aborda gem cultural. RevEscEnferm USP. 2008 [citado 6 jun 2018]; 42(4): 737-743.: Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n4/v42n4a16.pdf>.

36-Gustavo Borja Cáncer de Cuello de Útero. UNIDAD EDITORIAL REVISTAS, S.L.U, España (2015) [citado 6 jun 2018]; Disponible en: http://www.portalesmedicos.com/publicacionesphp?pid=S0034-75232008000300002&script=sci_arttext.

37-. Cendales R, Wiesner C, Murillo R, Piñeros M, Tovar S, Mejía J. La calidad de las citologías para tamización de cáncer de cuello uterino en cuatro departamentos de Colombia: un estudio de concordancia. Biomédica. 2010;30(1):107-15 [Internet [citado 28 mar 2018], Disponible en: http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012041572010000100013&lng=es&nrm=ing.

38- Moreira Vasconcelos, Camila Teixeira; Fernández Cunha, Denise Fátima. “Factores relacionados al no presentarse a la consulta para recibir resultado de la prueba de Papanicolaou” - Brasil. 2014[Internet [citado 27 may 2018], Disponible en Rev. Latino-Am. Enfermería 2014; 22(3):401-7. <http://www.iarc.fr/en/media-centre/iarcnews/2010/globocan2014.php>.

39-Zenteno V., Rivas J. Conocimientos, actitudes y prácticas Papanicolaou en mujeres de 15 a 50 años en el Hospital la Paz [Citado el 28 de julio del 2015]. Disponible en: <http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v5n2/a02v5n2.pdf>.

40-Jordán, M., Pachón, L., Blanco, M., & Achiong, M. (2011). Elementos a tener en cuenta para realizar un diseño de intervención educativa. *Rev Méd Electrón.* 33(4). [citado 6 jun 2018] Disponible en <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol4%202011/tema17.htm>.

41-Ramírez M. (2009). Experiencias y retos del análisis sociológico en salud. *Rev Cubana Salud Pública.* 30(3). [citado 6 jun 2018] Disponible en: http://scielo.php?pid=SO86-34662003000400005&script=sci_artext

42-Sanabria, G. (2010). Diseño del programa Educativo. Escuela Nacional de la Salud Pública. La Habana: ENSAP.). [citado 6 jun 2018] disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S013865572006000400003&lang=es.

43-Organización Panamericana de la Salud. (2001). Manual de comunicación social para programas de la promoción de salud de los adolescentes [Internet]. Washington, DC: OPS; [citado 28 Feb 2018]. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/comSocial.pdf>.

44-Dra. Idelvis Revé Quiala, Dra. Daily Juana Velázquez Drangue, Estrategia de intervención en féminas para la prevención de cáncer cervicouterino [Internet]. *Rev Inf Cient.* 2015; 90(2):229-238 [citado 28 Feb 2018]. Disponible en: [http://www http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_issn_1028-9933022719=es](http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_issn_1028-9933022719=es).

45-Dra. Mavel Chávez Roquel; Dra. María Elena Virelles Trujillo Dra. Walkiria Bermejo Bencomoll, Dra. Leida Viñas Sifontes Intervención comunitaria sobre factores de riesgo del cáncer cérvico uterino [Internet]. *Rev Inf Cient.* 2015; 90(2):229-238 [citado 28 mar 2018]. Disponible en: [http://www http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_issn_1028-9933022719=es](http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_issn_1028-9933022719=es).

46-Garro Valderrama, Alida Lesly, Culla Ramos, Maylin Pamela "prácticas de prevención del cáncer cérvico uterino en usuarias del centro de salud lauriama-

barranca, 2017” [Internet[citado 28 mar 2018] .Disponible en:[http://dx.doi.org/10.1016\(07\)61050-271531399_T.pdf](http://dx.doi.org/10.1016(07)61050-271531399_T.pdf).

47-Rodríguez Salva T, Echavarría Aguilera AA, Muria Alonso P, Vásquez González P. Factores del cáncer de cérvix en el municipio Cerro. Rev. cubana Obstet. y Ginecol. 2010;40(1):40-6. [Internet [citado 28 mar 2018] Disponible en <http://www.sld.cu/sitios/dne/2596180801pdf>.

48-María Judith Iñiguez Rivera “diseño de propuesta de una estrategia de intervención educativa sobre detección oportuna del cáncer cérvico uterino en mujeres de 25 a 64 años. Barrio el progreso, lican, enero a junio 2016 Internet [citado 28 mayo de 2018]<http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/5952/1/10T00159.pdf>.

49-Beramendi Pérez, Jhon Harold 2017 Cáncer cérvico uterino en mujeres de edad fértil del Centro de Salud La Libertad 2017[Internet [citado 28 mar 2018]. Disponible en<http://www.rieoei.org/deloslectores/1116Alzate.pdf>.

50-Moraima Antonia Roig Casto, Intervención educativa en pacientes con riesgo de cáncercérvico uterino en el centro de salud “Guillermo tejas silva” [Internet [citado 28 mar 2018]. Disponible en: <http://opuntiabrava.ult.edu.cu/index.php/opuntiabrava/article/view/680/636pdf>.

51-Dres. Guillermo Rodríguez, Cecilia Caviglia, Rafael Alonso, Adela Sica, SofíaSegredo, Ignacio Musé” Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el test de Papanicolaou y estadificación del cáncer de cuello uterino RevMédUrug 2015; 31(4): [Internet [citado 28 jun 2018] Disponible en <http://dspace.esPOCH.edu.ec/handle/1231240/5965pdf>.

52-MsC.Maritza Cartaya Olano; Dra. Isabel Hernández Sáez; MsC.Yoandra González Sáez; Lic. Natacha del Pilar Álvarez Cisneros Factores de riesgo del cáncer cérvico-uterino 2010 [Internet [citado 28 mar 2018],Disponible en <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/viewFile/89/392pdf>.

53-León Cruz Grettell, Bosques Diego Omar, Silveira Pablos Mario, de la Torre Ana Isabel, Soto Pilar, Rodríguez Beatriz. Incidencia de los factores de riesgo en mujeres cubanas con diagnóstico de lesiones oncológicas de cérvix. Rev cubana].2009

Mar;48(1).Disponible, en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S03475232009000100006&lng.

54- Autor Víctor Quispe Sulca2017, relación entre el nivel de conocimiento, Actitudes y prácticas sobre el exámen de Papanicolaou en mujeres de edad fértil.[citado 28 jun 2018], Disponible en: <http://repositorio.udh.edu.pe/handle/123456789/697>.

Anexos

Anexo I

Acta de Consentimiento Informado

Yo _____ identificado con número de carnet de identidad cubana N° _____, declaro y acepto que:

He leído toda la información de la hoja que se me ha suministrado.

He podido hacer preguntas acerca del estudio.

He recibido bastante información sobre el estudio.

He hablado con la doctora _____ quien me ha explicado que tendré seguimiento de mis controles por médico de familia

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones, sin que esto repercuta en mis cuidados médicos y no afectará mis relaciones con los médicos y la institución, los que me seguirán atendiendo según las normas y leyes del Estado Cubano.

Y por tanto otorgo libremente mi consentimiento, para participar en el estudio y en constancia firmo la presente:

Nombre y firma del paciente: _____

Anexo II

Datos generales:

Cuestionario de recolección de la información

Edad: _____

Escolaridad: Primaria____ Secundaria____ Preuniversitario _____

Universitario____ Técnico Medio_____

1 – ¿Sabe usted que es el cáncer cérvico uterino? Marque con una x la respuesta que considere correcta.

- a) Es una infección en vagina que aparece en la mujer sexualmente activa.
- b) Es un proceso alérgico que generalmente da al traste con la vida.
- c) Es un proceso neoplásico que aparece en el cuello del útero que en el mayor de los casos puede tener cura gracias a la realización de la citología en las áreas de salud.

1.1 ¿Sabe usted sobre algunos síntomas que se puede presentar en el cáncer de cuello del útero? Marque con una x las respuestas que considere correctas.

- a) Dolor bajo vientre frecuente
- b) Infección urinaria.
- c) Menstruaciones irregulares
- d) vómitos y diarreas

e) ____ secreción vaginal amarillosa

2- ¿Conoce usted sobre la prueba citológica y su importancia? Marque con una x la respuesta que considere correcta.

- a) ____ Es una prueba que se hace cada 5 años para detectar precozmente cáncer de útero y de ovario.
- b) ____ Es una prueba que se consultorio médico de la familia con el objetivo de detectar lesiones malignas en el cuello del útero.
- c) ____ Es una prueba que afecta la fertilidad de las mujeres.
- d) ____ Es una prueba que se realiza con el objetivo de detectar lesiones malignas en el cuello del útero solo a las mujeres de 30 años con vida sexual activa.

2.2 ¿La prueba citológica es un método invasivo? Marque con una x la respuesta correcta.

- a) Si ____
- b) No ____

3- ¿Conoce usted las causas que con más frecuencia provocan cáncer cérvico uterino? Marque con una x la respuesta que considere correcta.

- a) ____ El hábito de fumar, la promiscuidad y las infecciones de transmisión sexual no provocan cáncer cérvico uterino.
- b) ____ la infección urinaria a repetición puede causar cáncer cérvico uterino.
- c) ____ la infección del virus del papiloma puede causar cáncer cérvico uterino
- d) ____ el Asma Bronquial pueden provocar cáncer cérvico uterino.
- e) ____ la Multiparidad puede causar cáncer cérvico uterino.
- f) ____ la anemia provoca cáncer de cuello del útero

4- Sabe usted cada que tiempo se realiza la prueba citológica

Cada 3 años

Cada 7 meses

Cada un año

Nivel de conocimientos:

Pregunta 1:

Satisfactorio: Contestar inciso: e

Insatisfactorio: Contestar incisos: a, b

Pregunta 1.1

Satisfactorio: Contestar inciso: a, c, e

Insatisfactorio: Contestar incisos: b, d

Pregunta 2:

Satisfactorio: Contestar inciso: b

Insatisfactorio: Contestar inciso: a, c, d

2.2

Satisfactorio: Contestar inciso: a

Insatisfactorio: Contestar incisos: b

Pregunta 3:

Satisfactorio: Contestar incisos: a, c, e

Insatisfactorio: Contestar incisos: b, d, f

Pregunta 4

Satisfactorio: Contestar incisos: a

Insatisfactorio: Contestar incisos: c, d

Calificación globalFinal:

Satisfactorio: Contestar 5 preguntas.

Insatisfactorio: Contestar 2 preguntas.

Anexo III

Programa de intervención educativa

La actividad de intervención educativa se realizará de 4 actividades que serán impartidas todos los miércoles en horario de la tarde en un aula perteneciente a la escuela Evelio Marrero en el Centro, Gaspar, Ciego de Ávila. Impartidas por la investigadora.

Las fechas y horas sufrirán cambios de acuerdo la disponibilidad del local que fue asignado.

Estos se desarrollarán mediante el uso de diferentes técnicas, las cuales se insisten en el uso de diferentes medios o soportes didácticos y las técnicas afectivo-participativas:

Tema 1. Primer encuentro. Cáncer Cérvico uterino.

Clase No 1:

Hora: 4:00 pm-5:00 pm.

Título: Conocimiento general sobre Cáncer Cérvico uterino.

Objetivo:

1 – Rapport.

2- Definir el concepto de Cáncer Cérvico uterino y principales síntomas

Tipo de actividad: Conferencia.

Recursos: 1- Láminas, Ilustraciones, Pizarra.

2- Una computadora.

Técnica participativa: “*La sorpresa*”.

Introducción: Durante este primer encuentro se procedió a la presentación de cada uno de los participantes momento en el cual cada uno contarán el motivo por el cual quisieran participar en cada una de las actividades

Desarrollo: Para dar comienzo a la actividad se utilizó la técnica participativa: la sorpresa, que consiste en repartir un sobre sellado a cada participante, los mismos en su interior están cargados de frases, fragmentos de refranes. Que cada participante deberá abrir y simultáneamente leer todo el contenido.

Conclusiones se realiza una breve reseña sobre los contenidos abordados. Se motiva la clase siguiente

Clase No 2:

Hora: 4:00 pm-5:00 pm

Título: Algunos factores de riesgo del Cáncer Cérvico uterino.

Objetivos:

1- Uso de diferentes variantes con valor terapéutico en la prevención de las enfermedades.

Recursos: Demostración práctica usando láminas.

Técnica participativa: charla de grupo

Introducción: Se comenzó recordando todo lo relacionado con la actividad anterior y se realizará preguntas de comprobación.

Desarrollo: Comenzó explicando a los participantes en que consiste el Cáncer Cérvico uterino y se les exhorto a que ejemplifiquen algunos de los síntomas que puede presentar dicha enfermedad.

En un segundo momento se describió causas del Cáncer Cérvico uterino más frecuentes en nuestro medio, haciendo énfasis en la infección provocada por el virus del papiloma humano, hábito de fumar, relaciones sexuales desprotegidas, Multiparidad, y el uso de anticonceptivos hormonales.

Clase No 3: Citología vaginal como medida de prevención fundamental

Hora: 4:00 pm-5:00 pm.

Título: Conocimientos sobre Citología vaginal

Objetivos:

1- Explicar la importancia de realizarse la Citología vaginal.

Tipo de actividad: Conferencia, charla.

Recursos: 1- Una computadora.

Introducción: Se comenzó la actividad dando una breve reseña de la clase anterior y realizaremos preguntas al azar para comprobar los contenidos impartidos.

Desarrollo:

Se desarrolló prácticas donde los participantes desarrollaron las habilidades aprendidas durante las charlas y las actividades demostrativas.

Al finalizar se expondrán los beneficios que tiene la realización de la Citología vaginal en el periodo comprendido en el programa nacional de cáncer cérvico uterino, para detectar lesiones precursoras y tratamiento precoz.

Clase No 4.

Hora: 4:00 pm-5:00 pm

Título: recapitulación de lo aprendido

Tipo de actividad: Charla Educativa complementada con Animación.

Objetivo:

1- Demostrar en la práctica la importancia de la realización de la prueba citológica, el conocimiento de la enfermedad y principales causas

Recursos: 1- Láminas.

2- Computadora.

Desarrollo: Se demostrará en la práctica la importancia de la prueba citológica y como erradicar los principales factores de riesgo que provocan cáncer cérvico uterino y se dedicará a un intercambio dinámico con los participantes, con el objetivo de aclarar las dudas que estos puedan tener, ampliar algunos temas y sentar las bases para la continuidad del trabajo.

Conclusiones

Despedida:

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

Una vez culminada la intervención educativa se procedió a evaluar los conocimientos adquiridos por los mismos, para lo cual se procedió a llenar por parte de los participantes del mismo formulario que se aplicó al inicio de la investigación, comparando las respuestas antes y después de la intervención, así como el criterio de los participantes en la investigación sobre la misma acerca de las actividades educativas desarrolladas.

APROBADO POR:

Director

de

la

Institución:

Fecha: _____ **Firma y cuño:** _____