

REPÚBLICA DE CUBA  
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CIEGO DE ÁVILA

POLICLINICO DOCENTE "JULIO CASTILLO"  
CHAMBAS

Título: Intervención comunitaria acerca del cáncer cervicouterino en mujeres del CMF 3 del Policlínico "Julio Castillo" Chambas, Ciego de Ávila.

(TESIS EN OPCIÓN AL TÍTULO DE ESPECIALISTA DE I GRADO EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL).

Autor: Dra. Isbyety Burgos Martín.  
Ciego de Ávila, 2017.

REPÚBLICA DE CUBA  
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CIEGO DE ÁVILA

POLICLINICO DOCENTE "JULIO CASTILLO"  
CHAMBAS

TÍTULO: Intervención comunitaria acerca del cáncer cervicouterino en mujeres del CMF 3 del Policlínico "Julio Castillo" Chambas, Ciego de Ávila.

(TESIS EN OPCIÓN AL TÍTULO DE ESPECIALISTA DE I GRADO EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL).

AUTOR: Dra. Isbyety Burgos Martín. Residente de segundo año en Medicina General Integral.

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA: Policlínico Docente "Julio Castillo".

TUTOR: Dra. Damarys Ferrón Hernández. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Profesor instructor.

Ciego de Ávila, 2017.

## **RESUMEN**

Se realizó un estudio pre-experimental de tipo antes-después para evaluar la efectividad en la aplicación de una estrategia de intervención comunitaria para modificar conocimientos relacionados con el cáncer cervicouterino en mujeres adultas pertenecientes al consultorio No 3 del área de salud Policlínico "Julio Castillo" Chambas, Ciego de Ávila, en el período comprendido de septiembre del 2016 a enero del 2017. El universo de estudio estuvo constituido por 42 mujeres con edades comprendidas entre 25 y 44 años. Para el análisis de las variables socio-demográficas se utilizó estadística descriptiva de media y desviación estándar. Para el análisis de la efectividad de la intervención educativa se empleó la prueba estadística Mc. Nemar para hallar diferencias significativas entre el nivel de conocimiento sobre el cáncer de cérvix, antes y después de la aplicación de intervención comunitaria. Predominaron las edades de la tercera década de la vida. Se encontraron diferencias significativas entre la evaluación antes y después del nivel de conocimientos sobre el riesgo del cambio frecuente de pareja y enfermedades de transmisión sexual y su relación con el cáncer cervicouterino, así como el hábito tabáquico, la ingestión de anticonceptivos hormonales y sobre la importancia de la prueba citológica como medio de diagnóstico precoz, resultando una modificación positiva y significativa en el nivel de conocimientos.

Palabras clave: cáncer cervicouterino, citología, mujeres, pacientes.

## ÍNDICE

▪ Introducción.....	1
▪ Marco teórico.....	5
▪ Materiales y métodos.....	16
▪ Análisis y discusión de los resultados.....	21
▪ Conclusiones.....	29
▪ Referencias bibliográficas.....	30
▪ Anexos.....	35

## **INTRODUCCIÓN**

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

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

Es una enfermedad mundial; pero las mayores tasas de incidencia se han encontrado en África Oriental, Asia meridional y Sudoriental. Las tasas de CCU disminuyen en los últimos 30 años en los países desarrollados. Además existen desigualdades en el mundo desarrollado, donde las mujeres de zonas rurales o más pobres corren un mayor riesgo de enfermar de CCU (3).

Los países del sub.-Sahara de África y el sudeste de Asia presentan alrededor de 78 000 casos por incidencia del cáncer cervical y 31 000 muertes por el mismo, solamente en un solo año (3).

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

Bax y colaboradores señalan las altas tasas que reportan en Curazao donde se encontraron la tasa en 14,3 x 100,000 mujeres. Kluge y colaboradores 2

encontraron tasas de incidencia y mortalidad elevadas por cáncer cervical en Alemania y otros países de Europa Occidental (5).

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

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

La variación de la incidencia entre los países es grande, existen tasas muy altas en Haití (93,9 x 100.000), Nicaragua (61,1 x 100.000) y Bolivia con el 58,1 x 100.000) (3, 12).

En México constituye la primera causa de morbi mortalidad (7). Su tasa de incidencia en América Latina y el Caribe se encuentra entre las más altas del mundo (8,14).

En Venezuela, a pesar que por más de 30 años ha venido efectuando citología la incidencia y mortalidad por CCU siguen siendo altas, en el 2000 se reportó una tasa de incidencia de 38,3 por 100000 mujeres y la tasa de mortalidad de 15,2 por 100000 mujeres (3,15).

En nuestro país desde 1967 se implantó el Programa Nacional de diagnóstico precoz del Cáncer Cérvico Uterino, el cual plantea la realización de la citología al 3

100% de las mujeres entre 25 y 64 años con vida sexual activa, el objetivo fundamental del programa es contribuir a elevar el nivel de salud de la población mediante acciones de prevención, promoción, protección y recuperación en las mujeres, realizado por el sistema nacional de salud en coordinación con las demás instituciones del Estado (3,11).

En el área de salud, correspondiente al Policlínico Julio Castillo de Chambas en la provincia de Ciego de Ávila, según las investigaciones realizadas la morbimortalidad por cáncer cervicouterino se comportó elevada. En el año 2015 se realizaron un total de 1473 exámenes, de ellos 111 fueron en mujeres de 25 años, y 1362 en mujeres que ya tenían citologías anteriores realizadas; comprendiendo así el universo de las pacientes del municipio Chambas con cobertura de citología; y la positividad de los exámenes fue de un 4.7%. Para el cierre del año 2015 se habían presentado 5 defunciones por cáncer cervicouterino en el municipio. En el consultorio médico de familia (CMF) 3 del municipio Chambas se realizó en el año 2015 la pesquisa al 100% de las mujeres con edades entre 25 y 64 años, lo que permitió conocer el estado de salud de las mujeres estudiadas; arrojando como resultado de la pesquisa que todas las mujeres examinadas tenían una citología negativa. En aras de disminuir la morbimortalidad por esta patología se hace imprescindible el estudio de los factores de riesgo del cáncer cervicouterino y el trabajo continuo con las mujeres con edades comprendidas entre 25 y 64 años para aumentar el nivel de conocimiento de dichos factores de riesgo. El análisis anterior permite precisar el siguiente **problema científico**: Se desconoce cuál es el nivel de conocimientos acerca del cáncer cervicouterino en mujeres adultas al consultorio No.3 del área de salud Policlínico "Julio Castillo" Chambas, Ciego de Ávila. Todo lo expuesto permite acotar como **objeto** de la investigación al cáncer como patología y como campo de acción al cáncer cervicouterino. 4

**Objetivo general:**

Evaluar la efectividad en la aplicación de una estrategia de intervención para modificar y elevar conocimientos relacionados con el cáncer cervicouterino en mujeres adultas del CMF 3 en el área de salud Policlínico "Julio Castillo" Chambas, Ciego de Ávila.

**Objetivos específicos:**

1. Determinar el nivel de conocimientos de las pacientes sobre el cáncer cervicouterino.
2. Diseñar una estrategia de intervención para elevar el nivel de conocimientos sobre cáncer de cérvix y sus factores de riesgo.
3. Evaluar la modificación del nivel de conocimientos después de la intervención.

**Hipótesis de investigación:** Si se diseña y aplica una estrategia de intervención comunitaria sobre factores de riesgo de cáncer cervicouterino en pacientes pertenecientes al CMF 3 del área de salud Policlínico "Julio Castillo" Chambas, Ciego de Ávila, entonces se logrará modificar y elevar el nivel de conocimientos en estas pacientes, y promover estilos de vida saludables. 5

## **MARCO TEÓRICO**

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

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

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

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

Papanicolau fue el pionero de los estudios relacionados con las enfermedades del cuello uterino, sentando un precedente clínico investigativo que revolucionó el enfoque que hasta entonces existía para la detección y tratamiento de la entidad. Ayre introdujo el muestreo directo del cuello uterino con una espátula que aun lleva su nombre de forma significativa el número de células obtenidas. Actualmente este proceder sigue teniendo extraordinaria importancia y su 6

utilización se ha convertido en uno de los aspectos esenciales del programa de detección precoz del Cáncer Cérvico Uterino (19).

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

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

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

El Cáncer Cérvico Uterino es la principal causa de muerte por cáncer en mujeres de los países en desarrollo. Para tener una idea de la magnitud de este mal la Organización Panamericana de la Salud entregó un informe que plantea que en el mundo el número de casos de cáncer de cuello uterino alcanza los 466 mil al año lo que representa el 15% de todas las variedades de cáncer diagnosticados en las mujeres y de las 230 mil que cada año mueren por esta causa un 80% son de países de América latina, del sudeste de Asia, y de África, debido en gran parte a la ineficiencia de los programas de control, esto significa que muchas mujeres no se hacen la prueba de Papanicolaou, la más conocida para detectar el cáncer de cuello (23). 7

Aunque el conocimiento médico sobre este tumor es aún incompleto, la mayoría de las investigaciones actuales coinciden en que estas lesiones pueden tener un inicio gradual con precursores pre invasores en fase latente durante años, pero también en ocasiones su evolución puede adoptar un comportamiento agresivo (24).

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

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

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

En Cuba, si bien la incidencia es menor (en la región de las Américas es el tercer país con la tasa más baja, después de Estados Unidos y Canadá), (12) existen las condiciones para que la mortalidad sea nula, pero actitudes inadecuadas de las mujeres, motivadas muchas veces por la insuficiente información o la poca atractiva convocatoria del médico o la enfermera de su área de salud para que acudan a realizarse la citología orgánica, atentan contra el objetivo fundamental del Programa Nacional de Diagnóstico Precoz de Cáncer Cérvico Uterino, que es contribuir a elevar el nivel de salud de la población mediante acciones de prevención, promoción, protección y recuperación en las mujeres, realizado por el 8

sistema nacional de salud en coordinación con las demás instituciones del Estado, la colaboración de los organismos de masas y la participación activa de la comunidad, para detectar oportunamente cualquier alteración y tratarla (11).

### **Factores de riesgo.**

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

- Edad al comienzo de la vida sexual;
- Conducta sexual;
- Antecedentes de infecciones de transmisión sexual (ITS).
- Número de partos;
- Inmunosupresión;
- Uso de anticonceptivos orales;
- Hábito de fumar;
- Tendencia nutricional.

#### **a) Edad y comienzo de la vida sexual:**

La edad al primer coito antes de los 20 años y de manera marcada antes de los 18, es uno de los cofactores importantes en la aparición del carcinoma del cuello según reportan numerosos autores nacionales y extranjeros. Debido a los cambios socio-culturales a los que están sometida las adolescentes, existe una tendencia al comienzo de las relaciones sexuales a partir de los 14 años de edad. En los últimos años se observa un incremento de las lesiones del cuello uterino en mujeres de edad climatérica, las que representaron en este estudio el 17,5 %. En la mujer a esa edad se ponen de manifiesto cambios biológicos e inmunológicos que pudieran favorecer en gran medida a las infecciones del tracto urogenital, debido a la disminución de la defensa estrogénica del aparato genital (15,23).

#### **b) Conducta sexual:**

La promiscuidad, sin ser sinónimo de cáncer de cérvix, constituye un importante factor de riesgo. Numerosos mecanismos han sido sugeridos para explicar la relación entre el riesgo de padecer la enfermedad y los diversos elementos asociados con las relaciones sexuales. Muchas mujeres que sólo han tenido una pareja sexual también desarrollan la enfermedad, por lo que resulta sugerente 9

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

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

En los últimos años se han logrado importantes progresos en el estudio de las causas de la aparición del cáncer de cuello uterino. Actualmente es aceptado como principal causa la infección por VPH de alto riesgo y sus precursores, sin embargo, estudios epidemiológicos han mostrado que sólo una pequeña fracción de mujeres infestadas con VPH eventualmente progresan a lesiones intraepiteliales de alto riesgo y carcinoma in situ, por lo que se ha asumido que otros factores actúan en conjunto con el VPH, influenciando el riesgo de transición de la infección VPH cervical a malignidades. Se plantea que el conocimiento de la virología y las manifestaciones clínicas de este virus constituyen el eslabón fundamental en el entendimiento del proceso neoplásico (27-30).

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

La mayoría de las infecciones nuevas por VPH ceden espontáneamente; si la infección persiste, puede desarrollarse un tumor pre-maligno, y si este no recibe tratamiento puede transformarse en cáncer. Se plantea que las lesiones

precursoras causadas por el virus del papiloma humano VPH normalmente tardan entre 10 y 20 años en convertirse en cáncer invasor, la mayor parte de los cánceres cervicouterino pueden prevenirse mediante la detección precoz y el tratamiento anticipado de las lesiones precancerosas (3).

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

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

d) Número de Partos:

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

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

e) Inmunodepresión:

Es muy importante la respuesta inmunológica del organismo, pues interviene como un potente mecanismo de resistencia al desarrollo de tumores, desde la fase de iniciación hasta el crecimiento y progresión de los mismos. 11

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

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

f) Uso de anticonceptivos orales:

El uso de anticonceptivos orales durante 6 a 9 años se acompaña de un incremento de hasta tres veces de riesgo de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) de grado III. Las mujeres que los han utilizado durante 2 o 5 años tienen una incidencia del doble de padecer CCU en comparación con las de las no usuarias. Estudios recientes demuestran que el riesgo a aumentado hasta 6 veces en las usuarias de anticonceptivos orales, que además tienen una infección por VPH (14).

g) Hábito de Fumar:

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

Helberg y colaboradores plantearon que los componentes del humo procedentes de la combustión del tabaco tienen una acción carcinogénica atribuida a la nicotina y la cotinina disueltas en la sangre, ya que han sido detectadas en el cérvix, la saliva, la orina y el moco cervical , por una inmunodepresión local estimulada por una disminución de las células de Langerhans. León Cruz señala 12

que el tabaquismo se ha asociado con la presencia de carcinoma de células escamosas y puede iniciar o actuar como co-carcinogénico en la célula ya afectada por agentes transformadores de transmisión sexual.

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

h) Tendencia nutricional:

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

La reducción de los antioxidantes provenientes de la dieta es otro elemento a tener en consideración: El estado nutricional puede influir en factores dietéticos pudieran relacionarse con la carcinogénesis. La ingestión de alimentos ricos en vitamina A y particularmente, en retinol, fue asociada con la reducción del riesgo de padecer traumas de desgarro del epitelio que pueden producirse durante el parto y por sus propiedades antioxidantes parece que reduce el riesgo de infección según Sedjo y colaboradores. Los folatos, la vitamina B6, la vitamina B12 y la metionina pueden ejercer algún efecto en la prevención del cáncer de cuello uterino (23).

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

El Cáncer Cérvico Uterino en etapas precoces no ofrece síntomas que permitan su diagnóstico. En etapas más avanzadas los síntomas principales son:

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

dolor.

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

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

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

Un ginecólogo examinará el cuello del útero (el cérvix) y la vagina con un instrumento especial llamado colposcopio y hará una biopsia para examinar en detalle las células anormales (29).

Se puede hacer otro examen llamado legrado endocervical o raspado endocervical (29).

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

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

Estadio I: confinado al cuello del útero.

Estadio II: se extiende más allá del cuello pero no se extiende a la pared de la pelvis; afecta a la vagina en su parte superior sin afectar el tercio inferior.

- Estadío III: el carcinoma se extiende a la pared pelviana; en la exploración al tacto rectal no existe espacio entre el tumor y la pared pelviana; el tumor se extiende además al tercio inferior de la vagina.
- Estadío IV: puede infiltrar la pared de la vejiga urinaria o el recto; esta forma incluye diseminación con metástasis.

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

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

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

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

- Cirugía con láser, en la cual la capa del tejido superior se calienta y se vaporiza.
- Criocirugía, en la cual el tejido epitelial se congela.
- Conización, extracción quirúrgica de un cono del tejido cervical.
- Procedimiento de extirpación electro quirúrgico con asa (LEEP) (conización por asa diatérmica) en el que las ondas de radio de alta frecuencia de bajo voltaje

se desplazan a través de una delgada asa (bucle) de alambre, que se utiliza como un dispositivo cortante para extraer las células anormales del cuello cervical (29).

Después de hacer estos procedimientos, se debe realizar una prueba de Papanicolaou aproximadamente cada cuatro meses durante un año y cada seis meses en el segundo año para evaluar la posible aparición de células anormales (29). 16

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

Se realizó un estudio pre-experimental de tipo antes-después para evaluar la efectividad en la aplicación de una estrategia de intervención comunitaria para modificar conocimientos relacionados con el cáncer cervicouterino en mujeres adultas perteneciente al CMF 3 del área de salud Policlínico “Julio Castillo” Chambas, Ciego de Ávila, en el período comprendido desde septiembre del 2016 a enero del 2017.

El **Universo** de estudio estuvo constituido por 42 mujeres con edades comprendidas entre 25 y 44 años que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

### **Criterios de inclusión:**

1. Mujeres que aceptaron participar en el estudio y firmaron el consentimiento informado

### **Criterios de exclusión:**

1. Residentes temporales en el área de salud.

2. Mujeres que presentaron algún impedimento físico o mental que les impidió responder a las preguntas de la investigación.

3. Pacientes con diagnóstico de cáncer cervicouterino.

Los métodos aplicados durante la investigación fueron:

### **Del nivel teórico:**

- **Histórico-Lógico:** Se utilizó para conocer el desarrollo histórico del tema de investigación y así poder argumentar acerca del estado actual del mismo. Además para lograr un acercamiento al conocimiento sobre el tema en el grupo de estudio, y cómo se han comportado las estadísticas de este problema de salud en los últimos años en el mundo, Cuba y Ciego de Ávila.

- **Analítico-Sintético:** Se analizaron y compararon las diferentes literaturas existentes relacionadas con el problema científico. Mediante el análisis se puede conocer que existen factores que condicionan la poca orientación de la familia y la escuela en diferentes temas relacionados con la salud sexual y reproductiva y la prevención de ITS.

- Inductivo-Deductivo: En función de realizar un razonamiento orientado de lo general a lo particular en los diferentes momentos de la investigación o viceversa.
- La observación: Mediante la misma se conoció la realidad del proceso, y se diagnosticó y aplicó una estrategia de intervención educativa que logró resolver el objetivo general de la investigación antes mencionada.
- Modelación: Este permitió modelar, a partir de los elementos teóricos, metodológicos y los datos empíricos obtenidos durante el proceso investigativo, la propuesta de intervención educativa con acciones preventivas para la familia y la escuela, dirigido por el equipo básico de salud el cual promovió acciones de educación y prevención sobre el cáncer cervicouterino en mujeres del Área de salud del Policlínico “Julio Castillo” Chambas, Ciego de Ávila.

#### **Del nivel empírico:**

**La encuesta:** Permitted conocer las opiniones y valoraciones que sobre determinados factores de riesgo poseían los pacientes (encuestados) seleccionados en el universo. (Ver anexo II).

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

#### **Métodos estadísticos:**

El procesamiento estadístico mediante el análisis porcentual se realizó en una computadora I7 y se utilizaron los programas Microsoft Word y Excel 2016. Los datos obtenidos de la Hojas fueron vaciados en cuadros estadísticos para su presentación y análisis, utilizando medidas de resumen para variables cualitativas y cuantitativas (porcentaje). Para el análisis de las variables socio-demográficas se utilizó estadística descriptiva de media y desviación estándar. Para el análisis de la efectividad de la intervención educativa se empleó la prueba estadísticas Mc. Nemar para hallar diferencias significativas entre el nivel de conocimiento sobre sobre el cáncer de cérvix, antes y después de la aplicación de la intervención educativa. 18

### Métodos de obtención de información

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

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

La aplicación de la estrategia educativa constó de las siguientes etapas:

**Etapas diagnóstica:** los conocimientos sobre cáncer de cérvix fueron identificados utilizando un cuestionario y sobre las necesidades educativas se elaboró una estrategia de Intervención Educativa.

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

**Etapas de evaluación:** se aplicó el mismo cuestionario inicial y se evaluaron bajo los principios que la inicial, una semana después de finalizada la intervención educativa.

Se utilizó una complementación de la metodología cualitativa y cuantitativa a la luz del materialismo dialéctico. 19

Operacionalización de las variables.		Tipo	Operacionalización	Indicador
Variable				
Escala			Descripción	
Grupos de edad	Cuantitativa continua	Valor numérico	Según años cumplidos.	Media y desviación estándar.
Nivel de conocimiento general.	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado Inadecuado	Según aplicación del cuestionario antes y después (ver anexo II).	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Cambio frecuentemente de pareja	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado Inadecuado	Según aplicación del cuestionario antes y después (ver anexo II).	Número y porcentaje según grupo de pertenencia

Hábito de Fumar	de	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado Inadecuado	Según aplicación del cuestionario antes y después (ver anexo II).	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Riesgos de los anticonceptivos hormonales	de	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado Inadecuado	Según aplicación del cuestionario antes y después (ver anexo II).	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Realizarse la prueba citológica	la	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado Inadecuado	Según aplicación del cuestionario antes y después (ver anexo II).	Número y porcentaje según grupo de pertenencia