

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS MARIANA GRAJALES CUELLO

POLICLÍNICA DOCENTE MARIO GUTIERREZ ARDAYA

MUNICIPIO HOLGUIN



Título: Intervención educativa sobre factores de riesgo del cáncer cervicouterino en el CMF 2 .Policlínico Mario Gutiérrez Ardaya, 2017.

Autor: Dra. Leticia Cables Ochoa
Residente de 2do año de MGI

Tutor: Dra. Yodalis Barberán Durán
Esp. de primer grado en Obstetricia y Ginecología.
Adiestramiento en patología cervical y colposcopia
Msc en Atención Integral a la Mujer
Profesor Asistente

Tesis para optar por el título de Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.

Holguín, 2018

Pensamiento

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

Isaac Newton

Agradecimientos

A todos los profesores que han contribuido a mi formación como profesional de la salud.

A mis padres y abuelos, por su apoyo incondicional a lo largo de todos estos años.

A mis amistades, por acogerme en su seno como una segunda familia y que de una forma u otra han participado en la terminación y presentación de esta investigación.

RESUMEN

El cáncer cervicouterino constituye la segunda causa de muerte por neoplasia en mujeres a nivel mundial, por lo que la Atención Primaria de Salud debe enfatizar en la prevención primaria para contribuir a evitar la aparición de la enfermedad en aquellas mujeres con factores de riesgo. Se realizó un estudio de intervención educativa para ampliar el conocimiento sobre factores de riesgo del cáncer cervicouterino, en mujeres entre 15 y 34 años con relación sexual del CMF 2 del Policlínico Mario Gutiérrez Ardaya, 2017.

Se aplicó una misma encuesta antes y después de la intervención a 108 pacientes, para valorar nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de cáncer cervicouterino. Los resultados se agruparon en nivel de conocimiento bajo, medio y alto según el porcentaje de respuestas correctas. Antes de la intervención predominó el nivel medio de conocimientos. Luego de esta se alcanzó nivel alto de conocimiento.

Consideramos que fue efectiva la intervención educativa pues se modificaron positivamente los conocimientos inadecuados que tenían las pacientes antes de la intervención. Se recomendó intensificar el trabajo educativo para que la población femenina adquiriera conocimientos que le permitan adoptar actitudes y conductas responsables en relación con la prevención del cáncer cervicouterino y su diagnóstico precoz.

Palabras clave: cáncer de cuello uterino, intervención educativa, factores de riesgo.

ÍNDICE

	Páginas
Resumen	
Introducción	1
Objetivos	9
Marco teórico	10
Diseño metodológico	17
Análisis y discusión de los resultados	33
Conclusiones	51
Recomendaciones	52
Referencias bibliográficas.....	53
Bibliografía complementaria.....	60
Anexos	

INTRODUCCIÓN

El cáncer cervicouterino es una alteración celular que se origina en el epitelio del cuello uterino y se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras de lenta y progresiva evolución, que se pueden suceder en etapas de displasia leves, moderadas y severas o evolucionar a carcinoma in situ y cáncer invasor. Constituye el cuarto tipo de cáncer más frecuente a nivel mundial en mujeres y la séptima en general, la edad media de aparición es de 35 a 44 años.¹

El número de casos y muertes por esta causa está en ascenso diagnosticándose un estimado de 528 000 casos nuevos anualmente, en especial en las naciones más pobres. Su incidencia creció de 450 000 en el 2010 cifra que se vio aproximadamente duplicada en el 2012 con un total de 833 000 casos. Los fallecimientos aumentaron casi al mismo ritmo según un estudio publicado por la revista The Lancet y cada año mueren alrededor de 360 000 mujeres en América Latina y el Caribe.²

La organización mundial (OMS) calcula que cada año se diagnostican alrededor de 500 000 casos nuevos de cáncer cervicouterino y que mueren 550 000 mujeres por esta oncopatía. Esto convierte al cáncer cervicouterino en una de las amenazas más graves para la vida de la mujer.³

En la última década se ha visto una tendencia creciente de la mortalidad en algunos países desarrollados como Inglaterra, Australia y Nueva Zelanda. Sin embargo, en

España existe una baja incidencia de cáncer de cérvix (4,5 %), constituyendo el primer lugar el cáncer de endometrio (6,7 %), seguido por el cáncer de ovario con 4,7 %.⁴

Las regiones con mayor incidencia incluyen el sur y el este de África, el Caribe y Centro América donde la incidencia anual excede los 30 por 100 mil mujeres. En América, las tasas más bajas corresponden a Estados Unidos y Canadá, las más altas a Perú y Uruguay. En México, Venezuela y Ecuador el cáncer de cuello uterino representa la primera entidad productora de morbilidad y mortalidad de las mujeres y en Colombia es el segundo cáncer incidente más frecuente y el primero en mortalidad.⁵

En Estados Unidos de América se diagnostican anualmente casi 12 000 casos nuevos y cerca de 5 000 mujeres mueren por ello.⁶ La incidencia anual estimada de NIC I, NIC II y III en los fue de 1.2 a 1.5 por cada 1000 mujeres respectivamente en ese país. Las

lesiones de alto grado fueron diagnosticadas típicamente en mujeres entre los 25 y los 35 años, mientras que el cáncer invasor fue diagnosticado después de los 40 años, usualmente ocho a trece años después del diagnóstico de las lesiones de alto grado.⁷

Cada año 2 500 000 adolescentes en los EEUU contraen Infecciones de Trasmisión Sexual (ITS) y se ha observado un aumento de la incidencia de las lesiones pre-malignas de cuello uterino en edades tempranas, debido entre otras causas, al aumento de las Infecciones de Trasmisión Sexual relacionadas con la etiología del cáncer cervical, fundamentalmente la infección por el Virus del Papiloma Humano (HPV).⁸

En México en el año 2008, se notificó una tasa de mortalidad por este tipo de neoplasia de 20,1 por cada 100 mil mujeres mayores de 25 años, lo que representó un 4,522 de defunción.⁹

Bolivia tiene la tasa de cáncer de cuello uterino más alta de América Latina, siendo ésta la primera causa de muerte, de mujeres adultas; se estima que cada día hay 8 casos nuevos.¹⁰

En la región del Caribe, es Haití el país de mayor incidencia de cáncer de cérvix (>40 por 100 000 mujeres), en tanto que Cuba es la nación latinoamericana con más baja tasa de mortalidad con una tasa cruda de 27 por cada 100 000.¹¹

En la actualidad, el 80% de los casos nuevos se producen en países en desarrollo y es más frecuente entre las mujeres de las regiones más pobres. Esta problemática se agrava por el hecho de que el seguimiento después de una prueba de Papanicolaou (PAP) anormal está fuera del alcance de muchas mujeres de bajo ingreso y sin seguro médico.¹²

Por esta razón los países menos desarrollados tienen 1,8 veces más incidencias y 2,8 veces más mortalidad por esta enfermedad debido a la persistencia de barreras técnicas, económicas y culturales que impiden que los programas de pesquisas estén establecidos o sean eficientes.

En este sentido, la mortalidad resultante del cáncer cervicouterino puede ser atribuido a 3 factores principales: fallas en las coberturas de los programas de pesquijaje, fracaso de la prueba Papanicolaou para detectar una anormalidad e incumplimiento de las recomendaciones y seguimiento luego del resultado anormal en una citología cérvico-vaginal.

Este cáncer es considerado una enfermedad predominantemente de la pobreza y diversas evidencias dan prueba de ello. La mayoría de las mujeres que lo padecen muestran bajo nivel económico y de escolaridad así como muy baja cobertura en la realización de citología en esquema adecuado y por consiguiente presentan alta incidencia de estadios avanzados de la enfermedad.¹³

En Cuba, en el año 2010, el cáncer cervicouterino ocupó la tercera causa de muerte en el sexo femenino, en 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. Como consecuencia de esto se perdieron 32,1 años de vida potencial. En el 2017, según el anuario estadístico de salud en nuestro país se reportaron 1 441 casos positivos de cáncer cérvico-uterino.¹⁴

En Holguín, las tasas de morbilidad y mortalidad son similares a las reportadas a nivel nacional e internacional, destacándose los municipios de Holguín y Mayarí con las tasas más altas y el grupo de edad de 40 a 44 años como el más afectado.¹⁵

En el municipio Holguín se registraron en los últimos años índices de mortalidad que mantienen esta patología entre las primeras 5 causas de muerte en el sexo femenino y el policlínico Mario Gutiérrez de dicho municipio, lugar objeto de esta investigación reportó en el año 2017, 965 pacientes en consulta de seguimiento de patología de cuello.

De estas pacientes, se atienden por Neoplasia Intraepitelial Cervical grado I o displasia leve (NIC I) 551 pacientes, por Neoplasia Intraepitelial Cervical grado II o displasia moderada (NIC II) 330, por Neoplasia Intraepitelial Cervical grado III o displasia severa (NIC III) 45 y carcinoma in situ (CIS) 39 y 14 pacientes respectivamente, por células atípicas de significado no determinado (ASCUS) 4 casos y por carcinoma epidermoide 11.

De forma general, aunque las tasas de incidencia y mortalidad por esta neoplasia han disminuido en los últimos decenios gracias a la aplicación de programas de prevención basados en la detección precoz de su lesión precursora, en los últimos años la predisposición es al ascenso en mujeres menores de 50 años. Esto pudiera atribuirse al desprejuiciamiento de la relación sexual que conlleva a una propensión a la precocidad sexual, la promiscuidad y el cambio frecuente de pareja.

No obstante, la incidencia de cáncer invasor ha disminuido en la medida en que las pacientes con carcinoma in situ han ido en aumento debido a la realización de la citología cérvico vaginal.^{2 y 16}

En Cuba, se aplica desde 1968 el Programa de Diagnóstico Precoz de Cáncer cervicouterino para el tamizaje citológico de la población femenina de riesgo que incluye a toda mujer entre 25 y 65 años con vida sexual. El test de Papanicolaou, comúnmente conocido como prueba citológica se repite con periodicidad de tres años y se basa en el examen microscópico de las células obtenidas mediante raspado del epitelio cervical a nivel de la unión escamocolumnar.¹⁷

La unión escamocolumnar no es más que la unión del epitelio escamoso de tipo pavimentoso plano de revestimiento exocervical con el epitelio columnar endocervical. Este sitio de unión es de gran importancia para el diagnóstico de la neoplasia maligna del cérvix por ser el lugar donde se inicia el desarrollo de la atipia celular que conlleva a la displasia y de esta al cáncer y la muerte.

A nivel del cuello uterino tienen lugar procesos normales de reparación celular o zona de transformación que permiten la restauración de ectopias y lesiones cervicales a través de un proceso fisiológico denominado metaplasia escamosa. Cuando este proceso se ve alterado por la acción de agentes carcinógenos ya sean de causa infecciosa o traumática puede desviarse hacia la transformación anómala dando origen al tejido displásico.

Las transformaciones fisiológicas en el epitelio o línea escamocolumnar están presentes en tres momentos de la vida de la mujer: el desarrollo fetal, la adolescencia y el primer embarazo. Se sabe que el proceso está estimulado por un ambiente de pH ácido y considerablemente influido por niveles de estrógenos y de progesterona.

Esta zona es muy propensa a las infecciones y durante la adolescencia se inicia generalmente la relación sexual, de modo que las transformaciones fisiológicas del epitelio que ocurren durante esta etapa pueden verse perturbadas por agentes oncógenos predisponiendo al desarrollo de tumores malignos.

Factores relacionados con la dieta y el estilo de vida como el hábito de fumar y el consumo de alcohol pueden actuar propiciando la formación de radicales libres y la

aparición del cáncer o ayudar a su prevención con una alimentación saludable rica en antioxidantes, folatos y frutas.^{1,2}

El cáncer cervicouterino es considerado una enfermedad multifactorial por lo que el virus del papiloma humano por sí solo no es suficiente para la aparición del tumor. Los serotipos de alto riesgo, fundamentalmente los 16 y 18 predisponen a lesiones de alto grado y progresión más rápida a cáncer en tanto que los de bajo riesgo tienen tendencia a persistir por más tiempo como lesiones de bajo grado o desaparecer en un término de aproximadamente dos años.

El inicio precoz de las relaciones sexuales, primer parto a edades tempranas, multiparidad, empleo de métodos anticonceptivos que no sean de barrera, conducta sexual inestable entre otros también predisponen a la evolución hacia la enfermedad maligna a partir de las lesiones intraepiteliales en un tiempo de aproximadamente 20 años.

La lenta evolución de la enfermedad y la accesibilidad de las células del cérvix para su estudio, permite tener tiempo y herramientas para detectarla y erradicarla si el diagnóstico se hace oportuno, lo que hace que el cáncer cervicouterino sea neoplasia 100% prevenible.

Sin embargo, el cáncer cervicouterino se ha convertido en una preocupación para científicos de todo el mundo en los últimos años pues aunque su etiopatogenia es de las mejor conocidas continúan muriendo mujeres por esta causa. Los esfuerzos para la disminución de la morbi-mortalidad por dicho cáncer se han centrado en programas de prevención para mujeres en riesgo de contraer la enfermedad.

La prevención primaria se basa en lograr que el inicio de la relación sexual se posponga hasta los 20 años. De este modo se disminuye la elevada posibilidad de adquirir una infección por el oncógeno virus del papiloma humano a edades tempranas, cuando el epitelio cervical es inmaduro y se encuentra sometido a procesos normales de transformación.

La prevención secundaria está dirigida a disminuir los cofactores que propician la aparición de la enfermedad como son los múltiples compañeros sexuales y la promiscuidad que condicionan mayor posibilidad de adquirir la infección o incorporar

nuevos serotipos que predisponen a desarrollar nuevas lesiones o empeorar las ya existentes. Con igual objetivo se fomenta el uso del preservativo.

Otra medida de prevención secundaria es evitar los traumas del cuello mediante regulaciones y legrados así como colocación y retiro de dispositivo intrauterino y la multiparidad, pues las pequeñas lesiones que estos procedimientos provocan en el epitelio cervical pueden desviarse del proceso de reparación normal y evolucionar hacia la displasia.

La prevención terciaria se basa en la detección precoz de las formas de neoplasia pre-invasiva conocidas como Neoplasia Intraepitelial Cervical para tratamiento oportuno y conservador que permita la erradicación de dicha lesión precursora antes de llegar a la fase invasiva de la enfermedad permitiendo así la prevención tanto de la morbilidad como la mortalidad a la vez que significa calidad de vida.

Los esfuerzos de la Atención Primaria de Salud deben ir por tanto dirigidos a la prevención primaria para contribuir a evitar la aparición de la enfermedad. Por tal razón tomando en consideración que la edad media de aparición del cáncer cervicouterino es los 45 años y que la displasia cervical precede a este en un período de 15 a 20 años hemos decidido intervenir en un grupo de pacientes menores de 34 años del área de salud de Mario Gutiérrez, Holguín, para elevar el conocimiento de estas sobre los factores de riesgo del cáncer cervicouterino. Por lo que nos planteamos el siguiente

problema científico:

¿Cómo incrementar el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo del cáncer cervicouterino, en mujeres entre 15 y 34 años?

OBJETIVOS

General:

- Aplicar una intervención educativa para ampliar el conocimiento sobre los factores de riesgo asociados al cáncer de cuello uterino en pacientes de riesgo entre 15 y 34 años del CMF 2 del Policlínico Mario Gutiérrez Ardaya.

Específicos:

1. Caracterizar el grupo de estudio según edad, estado civil, escolaridad y factores de riesgo.
2. Valorar el grado de conocimiento de los factores de riesgo del cáncer cervicouterino antes de la intervención educativa.
3. Diseñar y aplicar la intervención educativa en la muestra seleccionada.
4. Evaluar el nivel de conocimiento alcanzado después de la intervención educativa.

MARCO TEÓRICO

Los factores de riesgo son aquellas características o hábitos en la población que cuando están presentes incrementan el riesgo de padecer determinada enfermedad y que muestran por tanto un nexo etiopatogénico. En el caso del cáncer cervicouterino, los factores más reconocidos son el Virus del Papiloma Humano, la precocidad sexual, la multiparidad, la primiparidad precoz, la promiscuidad sexual, tanto de la mujer como del varón y el hábito de fumar.¹

Los factores de riesgo de cáncer cervicouterino se pueden clasificar en:

Relacionados con Infecciones de transmisión sexual (ITS):

- Infección por Virus del Papiloma Humano: El agente oncogénico fundamental para la aparición del cáncer cervicouterino, es el papiloma virus humano (PVH) el cual se transmite por contacto sexual. Existen más de 100 subtipos de virus y de esos más de 30 están asociados al cáncer. Los más implicados son el 16, 18, 45 y 46 considerados de alto riesgo. Se ha demostrado que el ADN del virus del papiloma humano está presente en la mayoría de las lesiones intraepiteliales del tracto genital femenino inferior y en más del 99 % de los cánceres cervicales.

Se ha descrito que el virus produce una infección selectiva del epitelio de la piel y de la mucosa genital. Estas infecciones pueden ser asintomáticas o estar asociadas con una variedad de neoplasias benignas y malignas. El papel que desempeña el virus del papiloma humano tiene que ver con los genes precoces (E1 a E7) y tardíos (L1 y L2) que tiene el virus.¹⁸

Los estudios sobre la historia natural de la infección por, mediante técnicas moleculares, han permitido establecer que es necesaria la infección persistente por diferentes tipos de virus de alto riesgo oncogénico para la progresión a una lesión escamosa de alto grado (H-SIL) y su mantenimiento.^{3,19-22}

Hoy en día se acepta este tipo de cáncer como una enfermedad de transmisión sexual. A pesar de ser la infección por virus del papiloma humano la causa necesaria, no es de ninguna manera suficiente para el desarrollo de este tumor. La persistencia del virus en el epitelio cervical es el factor más importante de riesgo de desarrollo de lesiones displásicas y cáncer de cérvix pero no el único.

- Otras infecciones de transmisión sexual: Algunos autores consideran que infecciones genitales por los gérmenes Clamidia Trachomatis, Micoplasma Y Herpes virus genital actúan como factores favorecedores para el desarrollo de cáncer cervicouterino. De igual manera plantean asociación de cáncer de cuello uterino con infección de transmisión sexual tipo sífilis o blenorragia. La coinfección con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) facilita el desarrollo de la neoplasia, con un aumento del riesgo de cáncer entre las infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) de hasta 3,2 veces con respecto a las mujeres sin este virus. ²³

Relacionados con la conducta sexual

- Número de compañeros sexuales: Las mujeres solteras, viudas o separadas tienen más riesgo de infectarse por VPH dado que tienen más compañeros sexuales, ya sea de forma permanente u ocasional. ⁵

- Edad del primer coito: En la adolescencia los tejidos cérvico-uterinos son más susceptibles a la acción de los carcinógenos, de hecho, si existe un agente infeccioso relacionado, el tiempo de exposición a este será mucho mayor. El riesgo de lesión intraepitelial cuando el primer coito se tiene a los 17 años o menos es 2,4 veces mayor que cuando este se tiene a los 21 años. ⁵

Respecto a la precocidad sexual se plantea que mientras más temprano se inicie la actividad sexual, mayores son las posibilidades de padecer el cáncer cervicouterino debido a la mayor incidencia de cervicitis, de enfermedades ginecológicas inflamatorias asociadas y a la mayor incidencia de infección por virus del papiloma humano, lo cual favorece que exista un agrupamiento de factores de riesgo que incrementan la posibilidad oncogénica.

- Características del compañero sexual: En un estudio realizado se encontró que los maridos de las mujeres que integraban el grupo de casos con cáncer habían tenido mayor número de compañeras sexuales que los maridos de las mujeres pertenecientes al grupo control. De la misma forma se halló que habían tenido la primera relación sexual a edad más precoz y mostraban una historia mayor de enfermedades venéreas. Otras características que presentaban con mayor frecuencia eran más cantidad de visitas a prostitutas y el hábito de fumar. El hombre con antecedente de pareja sexual previa con lesiones intraepiteliales cervicales de alto grado o cáncer también debe ser considerado

pareja sexual de riesgo por la alta posibilidad de que porte virus del papiloma humano de alto riesgo.²³

Factores Relacionados con la Reproducción

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

En relación con la multiparidad se plantea que con el incremento del número de partos aumenta el riesgo de cáncer cervical debido a mayor número de traumas cervicales, con más probabilidad de reparación anómala de dichas lesiones traumáticas ante la exposición a virus oncogénicos. Además el estado de inmunodepresión propiciado por el embarazo podría favorecer la virulencia y oncogenicidad del virus del papiloma humano.

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

- Partos vaginales: Las mujeres con uno o más partos vaginales tienen un riesgo 70% mayor de lesión intraepitelial, comparadas con aquellas que sólo tuvieron partos por cesárea.

Tabaquismo

- Se considera que las fumadoras tienen doble riesgo de lesión intraepitelial con respecto a las no fumadoras. Experimentalmente se ha demostrado la presencia de nicotina, cotinina y otros mutágenos derivados del tabaco, en mujeres fumadoras con lesión intraepitelial. Además, es bien conocido el daño molecular del ADN del tejido cervicouterino en mujeres que fuman. Como si fuera poco, se postula que el tabaco induce un efecto inmunosupresor local.

Métodos Anticonceptivos

- Anticonceptivos Orales: Aunque controvertido, se cree que su uso prolongado se asocia con mayor riesgo de lesión intraepitelial. La evidencia para la asociación entre el cáncer de cuello uterino y los anticonceptivos orales u otras hormonas anticonceptivas no es completamente consistente.
- Métodos de Barrera: Tanto el condón como el diafragma y hasta los espermicidas han mostrado que disminuyen la posibilidad de cáncer cervicouterino, al parecer por su efecto sobre la transmisión del virus del papiloma humano.

Factores Psicosociales

- Condición socioeconómica y cultural: más del 60% de las mujeres de 20 a 30 años no acuden a los servicios de tamizajes por temor y trabas administrativas.
- Educación en salud: aquellas con menor nivel académico (menos de 9º grado) acuden hasta 2,5 veces menos a citología, lo que está ligado con el grado de conocimientos generales en salud. Esto tiene implicaciones críticas, pues en la medida que la mujer no sepa y entienda las razones para las cuales se requiere la toma periódica de citologías hay dificultades para que acuda regularmente a sus controles o cumpla con las instrucciones en caso de lesiones de bajo grado.

La precocidad sexual incrementa la posibilidad de anticipación de la edad de aparición del cáncer cervicouterino pues según describe la literatura el tiempo transcurrido desde la infección por virus del papiloma humano, hasta la enfermedad invasora es de aproximadamente 20 años. Por tanto, un primer coito a los 14 años, por ejemplo, podría predisponer a cáncer de cérvix a la temprana edad de 34 años. Varios autores plantean la fuerte asociación entre la edad temprana del inicio de las relaciones sexuales y la aparición de cáncer cervicouterino en mujeres menores de 30 años.

La explicación para esta situación se fundamenta en que la probabilidad de infección por el virus del papiloma humano en la primera relación sexual es alta pues esta es considerada actualmente la Infección por Transmisión Sexual más frecuente pues son varios los serotipos que pueden afectar el tracto genital. Además se comporta de forma asintomática y no se puede realizar su diagnóstico clínico sin la ayuda de exámenes diagnósticos como la citología orgánica cervicovaginal o la colposcopia a la vez que no

existe un tratamiento efectivo que garantice la erradicación total y a corto plazo de la infección.

Estas razones condicionan que la incidencia de virus del papiloma humano en la población sea alta y que generalmente las personas ignoren que están infectadas. En segundo lugar, el primer coito ocurre generalmente de forma fortuita y desprotegida y generalmente con una pareja de mayor edad y experiencia sexual por lo que la probabilidad de adquirir la infección en ese momento se incrementa.

La presencia de cáncer cervicouterino en pacientes menores de 30 años supone haber adquirido un serotipo de virus del papiloma humano de alto riesgo, fundamentalmente 16 o 18 a edad temprana, probablemente en el primer coito. En esta etapa, recordemos, se producen procesos fisiológicos de transformación que de inmediato desvían su curso normal hacia la transformación displásica quemando etapas y acelerando la aparición de la enfermedad.

Por tales razones consideramos que el inicio precoz de la relación sexual es el principal factor de riesgo para el cáncer cervicouterino. En nuestra sociedad la mayoría de la población femenina tiene el primer coito en la adolescencia, pero este es un dato a menudo negado hasta la mayoría de la edad. Por tal motivo, por razones éticas esta estrategia de intervención está dirigida a pacientes mayores de 15 años con vida sexual lo que las convierte en población de riesgo.

Este trabajo está dirigido por tanto a la prevención secundaria en una población de riesgo con el objetivo de elevar su nivel de conocimientos de los factores asociados a este tipo de cáncer con el fin de disminuir su exposición a estos. También pretende la familiarización con los principales síntomas de alarma que deben motivar la búsqueda de ayuda especializada para lograr la prevención de la morbilidad a través de la detección y erradicación oportuna.

DISEÑO METODOLÓGICO

Se realizó un estudio de intervención educativa con diseño antes-después con el objetivo de ampliar el conocimiento sobre los factores de riesgo asociados al cáncer cervicouterino en pacientes entre 15 y 34 años del CMF 2, del Policlínico Mario Gutiérrez Ardaya 2017.

La población fuente del estudio estuvo representada por el total de pacientes femeninas pertenecientes al consultorio 2 del policlínico Mario Gutiérrez Ardaya, constituida por 544 pacientes según el documento Análisis de la situación de salud, 2017 de dicho consultorio.

Para la selección del marco muestral se excluyeron todas las menores de edad (15 años) porque en este grupo algunas no han iniciado la relación sexual y otras no lo admiten por lo que se consideró no ético incluirlas en la investigación como pacientes de riesgo. Además en este grupo sería necesario el consentimiento informado del padre o tutor.

De igual manera se exceptuaron las mayores de 34 con la intención de trabajar con un grupo cuyas edades fueran inferiores a la edad media de aparición de la enfermedad y de no intervenir en un grupo muy grande que atentara contra la calidad de las sesiones programadas impidiendo alcanzar el objetivo.

De esta manera es factible lograr una modificación de las conductas de riesgo por ser pacientes que se encuentran en edad reproductiva, y en la etapa donde se concentra el mayor número de embarazos. Por tanto se encuentran en la etapa en que se producen con mayor frecuencia los traumas cervicales por abortos tanto espontáneos como provocados y partos.

Después de esa edad es menos frecuente el embarazo no planificado y las interrupciones de embarazo. La tendencia es a la reducción del número de partos pues la mayoría de las pacientes se esterilizan quirúrgicamente por lo que disminuyen los traumas cervicales. También existe mayor tendencia a la estabilidad sexual.

Por tanto de un universo de 126 mujeres entre 15 y 34 años se seleccionó, mediante muestreo intencionado, una muestra de 108 casos que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- Pacientes con relación sexual y edades comprendidas entre 15 y 34 años.
- Con residencia permanente en el área.
- Pacientes que dieron su consentimiento informado para participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con diagnóstico de Neoplasia Intraepitelial Cervical o cáncer.
- Discapacidad física y/o mental que le impidieran participar en la investigación.
- Pacientes que nunca han tenido relación sexual.

Criterio de salida:

- Pacientes que no acudieron a todas las sesiones de trabajo o no participaron en la etapa de evaluación después de la intervención.

Métodos empleados:

Se utilizó el método científico como vía para realizar la investigación y poder estudiar la esencia del fenómeno y llegar a conclusiones científicamente fundamentadas.

Dentro de los teóricos se utilizaron:

Histórico - lógico: A través del cual se pudo estudiar la trayectoria real del fenómeno y acontecimiento a lo largo de la historia, en este caso correspondió al Cáncer de Cuello Uterino.

Analítico – sintético: Posibilitó analizar la situación actual del problema planteado para seleccionar los aspectos relacionados con el problema de investigación y a partir de esa síntesis plantear los objetivos de investigación y tareas para alcanzarlos.

Inductivo – deductivo: Ambos se complementan entre sí, del estudio de numerosos casos particulares a través de la inducción se llega a determinar generalizaciones y leyes empíricas, las que constituyen puntos de partida para definir o confirmar formulaciones teóricas. De dichas formulaciones teóricas se deducen nuevas conclusiones lógicas, las que son sometidas a comprobaciones experimentales, de ahí que solamente la complementación mutua entre estos procedimientos puede proporcionar un conocimiento verdadero sobre la realidad. En esta investigación en

particular, se induce la necesidad de intervenir para elevar el conocimiento de los factores de riesgo del cáncer cervicouterino a partir de observar en el grupo de pacientes con neoplasia maligna cervicouterino del lugar objeto de estudio, un predominio de la precocidad en el primer coito y conducta sexual irresponsable así como desconocimiento de los factores de riesgo.

Por tanto, se deduce que el trabajo educativo en pacientes con factores de riesgo en edades previas a la posible aparición de la enfermedad, podría ayudar a prevenir esta o actuar retrasando su aparición o favoreciendo el diagnóstico de formas leves.

Enfoque sistémico: Proporcionó la orientación general para definir el Cáncer cervicouterino como el campo para esta investigación por tratarse de un problema de salud del área y a partir de la observación y estudio de esta enfermedad como fenómeno planear la intervención educativa para la modificación del conocimiento de los factores de riesgo como línea de investigación y forma de prevención.

De los métodos empíricos se utilizó la encuesta para caracterizar la población estudiada y determinar el nivel de conocimiento de esta acerca del Cáncer de Cuello Uterino. (Anexo II).

Métodos estadísticos: Empleados para tabular los datos obtenidos en la investigación, realizar el procesamiento de los datos y determinar las distribuciones de frecuencias absolutas y relativas de cada variable así como sus correspondientes indicadores.

Para dar salida a los objetivos propuestos se realizó una búsqueda bibliográfica de la literatura publicada sobre el tema para conocer su incidencia tanto nivel nacional como internacional en las bases de datos Medline, Pubmed, Cumed, SciELO, también se revisó los programas de estudio y la literatura clásica de la especialidad.

PROCEDIMIENTO

❖ PASOS PARA LA INTERVENCIÓN

Se realizó el diagnóstico del nivel de conocimiento de los factores de riesgo del cáncer cervicouterino en la muestra estudiada mediante la aplicación de una encuesta inicial.

Se valoró de forma cualitativa y cuantitativa la misma y en base a esto se realizó el trabajo en tres etapas: de diagnóstico, intervención y evaluación.

- 1- Etapa de diagnóstico: Se explicó a las féminas el propósito científico de la investigación, así como los beneficios para los participantes, su familia y la comunidad. Se aseguró el carácter anónimo y confidencial de la encuesta (anexo 1) y se les solicitó expresar su consentimiento informado mediante firma del documento elaborado para esos fines previa lectura del mismo. (anexo2) Esta etapa se desarrolló en las sesiones 1 y 2.
- 2- Etapa de intervención: Se llevó a cabo un programa de capacitación donde se tuvo en cuenta los resultados obtenidos tras la aplicación de la encuesta inicial. La misma fue impartida en el CMF 2, ya que el mismo constaba con las condiciones necesarias y era de acceso fácil a todas las féminas seleccionadas. Se emplearon técnicas educativas efectivas como las charlas educativas y la discusión grupal para alcanzar los objetivos propuestos.

Sesión	Tema	Total de horas
1	Presentación y encuadre del grupo mediante la integración y comunicación armónica.	1
2	Evaluación del nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo del cáncer cervicouterino.	1
3	¿Qué conoces del cáncer cervicouterino?	2
4	Indicaciones e importancia de la prueba citológica.	6
5	Factores de riesgo que influyen en la aparición del cáncer cervicouterino.	4
6	Lo que aprendí.	1
7	Cómo prevenir el cáncer cervicouterino.	4
8	Evaluar el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo del cáncer cervicouterino luego de la intervención.	1

Con el fin de garantizar que la estrategia cumpliera su objetivo en cuanto a lograr la adquisición de conocimientos adecuados los grupos para las charlas se fraccionaron en número de alrededor de 18 personas por hora. De igual manera se confeccionaron en subgrupos de entre 18 personas para las dinámicas de grupo. A esta etapa corresponden los temas impartidos en las sesiones 3 a la 7.

3- Etapa de evaluación: luego de finalizar las sesiones de trabajo con los participantes se aplicó la encuesta para evaluar el nivel de conocimientos alcanzado por ellos luego de la aplicación de la intervención. Con lo anterior se da por culminada la actividad para modificar el nivel de conocimientos de los factores de riesgo de cáncer cervicouterino (sesión 8)

A continuación se ofrece la relación de temas impartidos en las diferentes sesiones.

❖ DESARROLLO DE LAS SESIONES

SESIÓN 1

Tema: Presentación y encuadre.

Objetivo: Presentación del grupo mediante la integración y comunicación armónica.

Desarrollo:

Mediante la técnica de presentación cruzada se le indicó al grupo que intercambiara información en pareja durante tres o cuatro minutos. Luego cada miembro de cada pareja presentó al plenario al otro integrante de la misma. Después el autor explicó cómo se desarrollarían los encuentros, el número de sesiones, lugar, días y horarios.

A continuación se utilizó la técnica “nombres o palabras” para conocer las expectativas de los participantes con respecto a la investigación. Para ello el autor invitó a los miembros del grupo a pensar en una palabra que les permitiera describir las expectativas que le generaba la actividad y luego les solicitó compartirla con los demás.

Cierre: El autor pidió que con una sola palabra expresaran su opinión del desarrollo de la sesión.

SESIÓN 2

Tema: Evaluar el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo del cáncer cervicouterino.

Objetivo: Aplicar el cuestionario para determinar el nivel de conocimiento sobre el tema antes de aplicar la estrategia de intervención.

Desarrollo: Se entregó a cada integrante una hoja con el cuestionario y se le explicó que debían responder con una X la respuesta que considerara correcta. Se realizaron las aclaraciones necesarias respecto al contenido.

Cierre: El autor introdujo una pregunta como motivación para el inicio de la próxima sesión ¿Qué sabes del cáncer cervicouterino?

SESIÓN 3

Tema: ¿Qué conoces del cáncer cervicouterino?

Objetivo: Definir el concepto de cáncer cervicouterino y sus principales síntomas.

Desarrollo: Se inició la sesión dividiendo el grupo en dos subgrupos de trabajo. Luego se aplicó la técnica participativa de "lluvia de ideas" y en un mural empapelado se recogieron todas las ideas o criterios, opiniones y puntos de vista que tenían las

participantes inicialmente sobre la enfermedad. Se concluyó con la definición clara, sencilla y correcta por el autor del concepto de cáncer cervicouterino y se hizo especial énfasis en los principales síntomas de alarma que deben motivar la búsqueda de asistencia médica.

Cierre: El autor dejó una pregunta para iniciar la próxima sesión ¿Conoce usted para qué y cuándo se realiza la prueba citológica?

SESIÓN 4

Tema: Indicaciones e importancia de la prueba citológica.

Objetivo: Enfatizar en las indicaciones e importancia de la prueba citológica

Desarrollo: para el desarrollo de este tema se dividió el trabajo en dos sesiones de 3 horas cada una en el horario de la mañana durante dos sábados consecutivos. La muestra se dividió en 6 grupos de 18 miembros cada uno para aplicar la técnica participativa dinámica de grupo. A cada subgrupo se le asignó una hora de trabajo y se inició a las 8:00am. Para lograr homogeneidad en cada uno se agruparon las pacientes por grupos de edades similares y para la actividad se ubicaron en forma de herradura para lograr la comunicación cara a cara.

Se introdujo el objetivo en forma de pregunta y a través de diferentes situaciones se fueron poniendo ejemplos de razones por las cuales diferentes pacientes se negaban a hacerse la prueba citológica para incitar al debate durante 30 minutos. Las pacientes expresaron su criterio y argumentaron porque esta conducta era incorrecta. De igual manera se debatió cual debía ser el lugar correcto para la toma de la muestra, para que se hace y qué importancia tiene. De igual manera se debatió sobre el mejor momento del ciclo menstrual para la toma de la muestra, edad a que debe iniciarse, frecuencia y otras indicaciones para realizar el examen.

A continuación el facilitador ocupó los siguientes 15 minutos con el resumen de la actividad y dio respuestas a las preguntas del auditorio. Los minutos restantes se destinaron al receso y preparación del local para el próximo grupo de trabajo.

Cierre: El autor dejó una pregunta para iniciar la próxima sesión ¿Cuáles son los factores de riesgo que usted cree que influyen en la aparición del cáncer cervicouterino?

SESIÓN 5

Tema: Factores de riesgo que influyen en la aparición del cáncer cervicouterino.

Objetivo: Lograr que los participantes aprendan a identificar los factores de riesgo de dicha enfermedad.

Desarrollo: Durante esta sesión los participantes fueron distribuidos sentados formando un círculo. El autor realizó una breve referencia a lo tratado en la sesión anterior y fue estimulando los comentarios respecto al tema e introduciendo la nueva temática utilizando la técnica “que sabes tú”. El autor le preguntó al participante más cercano ¿Qué sabes tú sobre los factores de riesgo del cáncer cervicouterino? y este a su vez al participante siguiente y así sucesivamente. Luego el autor realizó las conclusiones utilizando las respuestas correctas de los participantes y expuso de forma detallada y precisa todos los factores de riesgo que inciden en esta enfermedad.

Cierre: Para el cierre el autor les pidió a los participantes que con una palabra expresaran lo aprendido de la información obtenida en la sesión.

SESIÓN 6

Tema: Lo que aprendí

Objetivo:

Valorar la repercusión acerca de la información ofrecida durante las sesiones anteriores.

Desarrollo: Se realizó una evaluación general del grupo a través de la técnica del completamiento de frase. Se le entregó una hoja de papel a cada miembro del grupo, en una pancarta o en la pizarra se reflejó una serie de frases incompletas, las cuales inducirán respuestas por parte de los integrantes del grupo. Estas frases deben estar relacionadas y dirigidas al trabajo realizado y a la temática central que el grupo ha elaborado.

Se le explicará que completen la frase de modo independiente, sin consultar a nadie, y que no es necesario poner su nombre. Una vez recogida todas las hojas el coordinador leerá en alta voz las respuestas dadas a cada frase. Comentará lo más relevante de cada una. Un ejemplo de las frases puede ser:

En este grupo:

Aprendí _____

Yo sabía _____

Me sorprendí por _____

Me gustó _____

No me gustó _____

Me gustaría saber más acerca de _____

Una pregunta que todavía tengo es _____

Cierre: Para el cierre el autor dejó una pregunta teniendo en cuenta los conocimientos sobre los factores de riesgo ¿Conoce usted alguna medida que se puede tomar para prevenirlos?

SESIÓN 7

Tema: Cómo prevenir el cáncer cervicouterino.

Objetivo: Explicar cuáles medidas se pueden adoptar para prevenir la aparición del cáncer cervicouterino.

Desarrollo: El autor inició con un comentario sobre lo tratado en la sesión anterior. Luego expuso los resultados sobre el trabajo del completamiento de frases, se debatieron los conocimientos adquiridos hasta esta sesión y las dudas surgidas respecto al tema.

Para continuar la sesión se aplicó la técnica “del dicho al hecho” donde el autor entregó a cada participante una etiqueta para que este anotara tres formas con las cuales se puede prevenir la aparición de la enfermedad. Se dio un tiempo de cinco minutos para que todos hicieran sus anotaciones en silencio. A continuación se invitaron a compartir con el colectivo sus respuestas. Al tiempo que se escuchó a los participantes de manera ordenada el autor anotó en una pizarra las respuestas más acertadas sin permitir repeticiones y agregó las que no eran de sus conocimientos.

Cierre: Como cierre de la actividad se puntualizaron con la participación de los miembros del grupo los aspectos siguientes:

- Riesgos a los que se han expuesto.
- Capacidad de tomar precauciones para evitarlos.

SESIÓN 8

Tema: Evaluar el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo del cáncer cervicouterino.

Objetivo: Aplicar el cuestionario para determinar el nivel de conocimiento sobre el tema después de aplicada la estrategia de intervención.

Desarrollo: Se inició la sesión con una ronda de comentarios sobre las anteriores, luego se evaluaron los logros de la intervención así como el cumplimiento de las normas y expectativas. Se realizó una evaluación general aplicando nuevamente el cuestionario inicial. Se les explicó que deben responder con una X la respuesta que consideren correcta.

Cierre: Para el cierre se utilizó la técnica de “las tres sillas”, donde el autor colocó las sillas una al lado de la otra. Se le planteó al grupo que cada uno debía sentarse sucesivamente en cada silla y expresar sus vivencias. En la primera silla se expresaría: “cómo llegue”, en la del medio se referiría a: “cómo me sentí durante las sesiones” y la tercera silla sería: “cómo me voy”.

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	CLASIFICACIÓN	ESCALA
Grupos de edades	Cuantitativa continua	15-19 años 20-24 años 25-29 años 30-34 años
Nivel de Escolaridad	Cualitativa nominal Ordinal	Primario Secundario Preuniversitario Universitario
Ocupación	Cualitativa nominal politómica	Estudiante Trabajadora Ama de casa
Estado civil	Cualitativa nominal politómica	Soltera Casada Unión no estable Viuda
Momento ideal de inicio de la relación sexual	Cualitativa nominal ordinal	Antes de 15 años De 15 a 20 años Más de 20 años
Multiparidad	Cualitativa nominal dicotómica	Sí influye No influye
Promiscuidad	Cualitativa nominal dicotómica	Influye No influye
Causas del cáncer cervicouterino	Cualitativa nominal politómica	Trichomonas Clamidia Blenorragia HPV

		Otros
Métodos anticonceptivos empleados idóneos	Cualitativa nominal politémica	Anticonceptivos orales DIU Condón Otros
Tabaquismo	Cualitativa nominal Dicotómica	Influye No influye

Edad de realización de la primera citología	Cualitativa nominal Politémica	20 años 25 años 30 años
Nivel de conocimiento	Cualitativa ordinal	Nivel alto Nivel Medio Nivel bajo

Para evaluar el nivel de conocimientos de las pacientes sobre los factores de riesgo de cáncer cervicouterino antes y después de la intervención se tuvo en cuenta el por ciento de respuestas correctas de la siguiente manera:

- Nivel de conocimiento bajo: menos del 60% de respuestas correctas.
- Nivel de conocimiento medio: entre 60% y 80% de respuestas correctas.
- Nivel de conocimiento alto: más del 80% de respuestas correctas.

Se consideró precoz el inicio de la relación sexual cuando esta se inició antes de los 20 años.²

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla 1. Distribución de pacientes según grupos de edades. Consultorio 2 Policlínico Mario Gutiérrez Ardaya 2017.

Grupo de edad	No	%
15-19 años	34	31.5
20-24 años	27	25
25-29 años	25	23.1
30-34 años	22	20.4
Total	108	100

Fuente: Encuesta

Al distribuir las pacientes de este estudio para caracterizarlas según grupo de edades, se pudo observar que la mayoría se concentró entre los 15 y 19 años seguido por las pacientes entre 20 y 24. En estas edades generalmente se producen las mayores incidencias de embarazos y partos y es frecuente los microtraumas del cérvix por abortos provocados ya sea mediante regulaciones o legrados, por lo que es de vital importancia la prevención en este grupo.

Esta autora considera que el grupo de menores de 34 años es con el que fundamentalmente se debe trabajar puesto que toda paciente con vida sexual se considera paciente de riesgo y este se incrementa en la medida que aumente el número de compañeros sexuales, embarazos a término, partos y otras causas de laceraciones cervicales.

Por tales razones es de gran importancia implementar estrategias educativas en este grupo que contribuyan a elevar el nivel de conocimiento de las pacientes sobre los factores de riesgo del cáncer cervicouterino y su prevención.

Aunque este es un cáncer más frecuente entre la cuarta y quinta década de la vida, ²³ es importante tener en cuenta su incidencia en mujeres más jóvenes. Al respecto citamos un estudio que reportó cáncer cérvico uterino en 342 pacientes menores de 30 años atendidas en el INOR, La Habana, Cuba, durante un período de 11 años. ²⁴

Tabla 2. Distribución de pacientes según estado civil del Consultorio 2, Policlínico Mario Gutiérrez Ardaya 2017.

Estado civil	No	%
Soltera	41	38
Casada	33	30.5
Unión no estable	34	31.5
Total	108	100

Fuente: encuesta.

La tabla 2 muestra la caracterización de las pacientes estudiadas según estado civil. Se observó que predominó el grupo de las solteras con 41 pacientes para un 38 %, seguido por 34 mujeres con unión no estable, lo que representa el 31.5 % de la muestra, se excluyó a las viudas por no existir casos dentro de este grupo. Lo anterior significa que predominaron las pacientes vulnerables al cambio de pareja con el consiguiente riesgo de contraer diferentes tipos de Virus del Papiloma Humano.

Por lo antes expuesto se hace necesario enfatizar en la necesidad de la generalización del uso del preservativo. Para ello es necesario en primer lugar, que las pacientes tomen conciencia del riesgo de infección y se vean a sí mismas como grupos de riesgo.

Las pacientes casadas, por su parte, deben conocer la importancia de la estabilidad de pareja y el papel de la pareja sexual de riesgo. De la bibliografía revisada, en ningún estudio se hizo referencia a esta característica por lo que no se comparan los resultados con los de otros autores.

Tabla 3. Distribución de pacientes según escolaridad. Consultorio 2, Policlínico Mario Gutiérrez Ardaya 2017.

Nivel de escolaridad	No	%
Primaria	2	2
Secundaria	36	33.3
Pre-universitario	40	37.0
Universitaria	30	27.7
Total	108	100

Fuente: encuesta.

La tabla 3 muestra la caracterización del grupo de pacientes en el cual se aplicó la estrategia de intervención según escolaridad. Como se puede observar, el nivel escolar predominante fue el preuniversitario que representó el 37.0% de las participantes, seguido por la secundaria para un 33.3 % de los casos. Por tanto, más de la mitad de la muestra encuestada tenía un nivel de escolaridad alto por lo que era de esperar un predominio de pacientes con conocimientos adecuados sobre los factores de riesgo del cáncer cervicouterino.

De los autores citados solo Torreblanca Guerra describe este aspecto. El mismo realizó una intervención educativa en 142 féminas del consultorio médico Cruce Centro, Cruce de los Baños, municipio III Frente, Santiago de Cuba. En su estudio también predominaron las preuniversitarias con 100 casos (70 %), seguidas de las de nivel secundario con 25 pacientes (17,6 %) ²⁵

Tabla 4. Distribución de las pacientes según inicio precoz de las relaciones sexuales. Consultorio 2, Policlínico Mario Gutiérrez Ardaya 2017.

Inicio precoz de las relaciones sexuales	No	%
Sí	87	80.6
No	21	19.4
Total	108	100

Fuente: encuesta.

Tal como refleja la tabla 4, el 80.6 % de las pacientes iniciaron la relación sexual antes de los 20 años por lo que se consideró precoz, lo que evidencia la importancia de trabajar en este grupo, pues a mayor precocidad sexual mayor riesgo de infección por virus del papiloma humano. La precocidad sexual junto a la promiscuidad y la infección por Virus del Papiloma Humano se consideran los principales factores de riesgo de cáncer cervicouterino.²³

Martínez Pinillo, et.al, al analizar los principales factores de riesgo relacionados con el cáncer cervicouterino, encontró que mostraron una mayor asociación con este la precocidad sexual y la presencia de virus del papiloma humano ²⁴

De igual manera, Gómez García, et.al, en su estudio de caracterización de las pacientes con citología orgánica alterada encontraron que la mayoría (96) de las mujeres (83,5 %) habían comenzado sus relaciones sexuales antes de los 20 años. ²⁶

Otro estudio reportó que la edad de las primeras relaciones sexuales osciló entre los 15-19 años en 171 casos de una muestra de 254 pacientes (67,3 %). ²⁷

Tabla 5: Momento ideal de inicio de la relación sexual. Consultorio 2, Policlínico Mario Gutiérrez Ardaya 2017.

Momento ideal de inicio de la relación sexual	Antes		Después	
	No	%	No	%
Antes de 15 años	10	9.3	0	0
De 15 a 20 años	62	57.4	7	6.5
Más de 20 años	36	33.3	101	93.5
Total	108	100	108	100

Indicador: porcentaje

Fuente: encuesta.

Al valorar conocimiento de las pacientes en cuanto a momento ideal de inicio de la relación sexual antes de la intervención solo el 33.3 % de la muestra conocía la respuesta correcta (tabla 5). Rodríguez Guerrero encontró un comportamiento similar en su estudio donde solo el 24% de su muestra conocía el momento ideal de inicio de la relación sexual antes de la intervención.²⁸

Después de la intervención, los resultados alcanzados en nuestro estudio se comparan favorablemente respecto a los de Rodríguez, puesto que este logró un 85% de respuestas acertadas en tanto que en el nuestro se alcanzó un 93.5 %.

Díaz G encontró que solo 7,7 % conocían que el inicio de las relaciones sexuales precoces predispone al cáncer cervicouterino antes de la intervención y luego del plan educativo el 100 % modificó correctamente sus conocimientos.²⁹

Similares resultados fueron obtenidos por Quispe Huanca en su intervención educativa que más tarde se convirtió en un programa educativo para adolescentes en ciudad La Paz.³⁰

García Rosique encontró en un grupo de adolescentes que el inicio temprano de las relaciones sexuales solo fue identificado como factor de riesgo de cáncer cervicouterino por el 40% de los sujetos de la investigación.³¹

Tabla 6: Influencia de la multiparidad como factor de riesgo de cáncer cervicouterino Consultorio 2, Policlínico Mario Gutiérrez Ardaya 2017.

Influencia de la multiparidad	Antes		Después	
	No	%	No	%
Sí	77	71.3	100	92.6
No	31	28.7	8	7.4
Total	108	100	108	100

Indicador: porcentaje

Fuente: encuesta.

La tabla 6 refleja los resultados según respuesta efectuada en cuanto a multiparidad como factor de riesgo de cáncer cervicouterino antes y después de la intervención. Como se puede observar, el 71.3 % de la muestra (77 de 108 pacientes) consideró que la multiparidad sí influye como factor de riesgo de cáncer cervicouterino antes de la intervención y después de esta se elevó a 92.6 % las que respondieron de forma correcta.

Díaz G, mediante una intervención en adolescentes, logró elevar el nivel de conocimiento sobre la relación entre la multiparidad y la evolución del cáncer cervicouterino de un 10,8 % antes de la intervención a un 98,2 % después de recibir instrucción adecuada sobre este tema.²⁹ Investigaciones recientes ^{32 y 33} han mostrado la correspondencia entre esta neoplasia y la multiparidad.

En un estudio efectuado en Colombia, se observó las mayores tasas de carcinoma en los grupos de mujeres con 6 o más hijos (48,1 y 85 por cada 100 000 con carcinoma in situ e invasor respectivamente), seguido del grupo con 4 a 5 hijos (39,8 y 19,9 por 100 000 carcinoma in situ e invasor respectivamente).

Las menores tasas se observaron en el grupo con 0-1 hijo, con 4,5 por 100 000 mujeres para el carcinoma in situ y 1,8 por 100,000 féminas para el invasor.

Tabla 7: Promiscuidad como factor de riesgo de cáncer cervicouterino. Consultorio 2, Policlínico Mario Gutiérrez Ardaya 2017.

Promiscuidad	Antes		Después	
	No	%	No	%
Influye	35	32.4	102	94.4
No influye	73	67.6	6	5.6
Total	108	100	108	100

Indicador: porcentaje

Fuente: encuesta.

En la tabla 7 se muestra la distribución de las respuestas de las pacientes en cuanto a si la promiscuidad influye o no en la aparición del cáncer cervicouterino. Tal como reflejan los resultados, antes de la intervención 73 casos ignoraban este factor de riesgo para un 67.6 %, después de esta, solo 6 no contestaron correctamente, por lo que se elevó de 32.4 a 94.4 % el nivel de conocimiento adecuado.

Delgadillo en un estudio realizado en el departamento de León (Nicaragua), encontró relación entre el número de pareja sexual y la aparición de neoplasias, luego de su intervención logro modificar positivamente las características sobre el tema, lo que coincide con nuestro estudio.³⁴

Rodríguez Guerrero encontró que, antes de la intervención solo un 41, 4 % de las pacientes conocían que la promiscuidad constituía factor de riesgo de cáncer cervicouterino. Después de la intervención obtuvo un 94,3% de conocimientos adecuados por lo que al igual que en el presente trabajo se cumplió el objetivo de la intervención comparándose sus resultados favorablemente respecto a los de nuestra intervención.²⁸ Similares resultados obtuvo también Quispe Huanca a través de su programa de educación a mujeres en edad fértil de ChuquiagUILlo, la Paz.³⁰

García Rosique encontró en su estudio que de los adolescentes entrevistados solo el 30,9% identificó el cambio frecuente de pareja sexual como factor de riesgo de cáncer cérvico-uterino.³¹

Tabla 8: Causas del cáncer cervicouterino. Consultorio 2, Policlínico Mario Gutiérrez Ardaya 2017.

Causas del cáncer	Antes		Después	
	No	%	No	%
Cervicouterino				
Blenorragia	40	37.0	4	3.7
Trichomona	30	28	5	4.6
Clamidia	21	19.4	4	3.7
Virus del Papiloma Humano	10	9.3	90	83.3
Otras	7	6.3	5	4.6
Total	108	100	108	100

Indicador: porcentaje

Fuente: encuesta.

Al indagar en el grupo estudiado acerca de las causas del cáncer cervicouterino, la mayoría de las pacientes (37.0 %) lo relacionaron con la Blenorragia, solo el 9.3 % conocía de la existencia de relación causal entre virus del papiloma humano y cáncer cervicouterino. Después de aplicar los diferentes instrumentos educativos el 83.3 % de las pacientes demostraron haberse apropiado de los conocimientos en forma correcta al identificar al Virus del Papiloma Humano como el principal agente causal de dicho cáncer.

Al igual que en nuestro estudio, Rodríguez Guerrero encontró que solo el 14 % de las pacientes identificó al Virus del Papiloma Humano como causa del cáncer cervicouterino. La mayoría consideró como causa a la Blenorragia. Después de la intervención el 91% de las pacientes demostró haber adquirido los conocimientos respondiendo adecuadamente.²⁸

Los resultados de otros autores de estudios similares realizados en Cuba reflejan logros en la esfera cognitiva después de una intervención educativa. Tal es el caso de Arnold, que al aplicar una encuesta encontró desconocimiento de los jóvenes respecto a las enfermedades de transmisión sexual, a pesar de que todos afirmaron haber

recibido información sobre el tema. Existió poca congruencia entre los alumnos que habían practicado el sexo y los conocimientos de estos sobre el tema.³⁵

El autor refleja cómo logró elevar el nivel de conocimientos de los adolescentes sobre infecciones de transmisión sexual y su relación con la aparición del cáncer cervicouterino a través de la intervención.³⁵

Díaz G, al valorar en un grupo de adolescentes los conocimientos sobre la relación de las infecciones de transmisión sexual con la aparición del cáncer cervicouterino, encontró que solo 5 féminas demostraron conocimientos adecuados sobre el tema antes de la intervención para 7,7 %. Posterior a la estrategia de educación respondieron positivamente el 96,6 % de ellas.²⁹

Las infecciones por virus del papiloma humano son frecuentes, pero generalmente transitorias, solo el 10 al 30 % de las mujeres infectadas progresan hacia lesiones malignas. Cuando el huésped es incapaz de eliminar el virus se establece la fase de persistencia que se observa en personas que se inician con vida sexual tempranamente, cambios frecuentes de pareja, utilización de anticonceptivos hormonales entre otros. Esta condición propicia que el virus pueda inducir alteraciones progresivas en el cuello uterino que se derivan hacia lesiones intraepiteliales de bajo y alto grado de malignidad (NIC I-NICIII).

García Rosique, en un estudio para valorar conocimiento sobre factores de riesgo de cáncer cervicouterino en un grupo de adolescentes encontró que, de los jóvenes investigados, solamente el 12,7 % reconocía que el VPH es un factor de riesgo para las lesiones premalignas del cuello uterino.³¹

Este autor plantea, que los adolescentes tienen desconocimiento de forma general, sobre diferentes temas de educación sexual, y aquellas condiciones que resultan necesarias para comenzar una vida sexual activa tales como: métodos anticonceptivos más idóneos para esta etapa de la vida, las ITS y la relación existente entre estas y el cáncer cérvico-uterino.

Todos los estudios citados en adolescentes muestran que son bajos los conocimientos que estos tienen en relación con el Virus del Papiloma Humano. Por tanto, requieren espacios profundos y amplios, donde expresen sus dudas, motivaciones, críticas, miedos y cuestionamientos sobre su cuerpo y su salud³¹

Tabla 9: Método anticonceptivo idóneo para prevenir cáncer cervicouterino. Consultorio 2, Policlínico Mario Gutiérrez Ardaya 2017.

Método anticonceptivo idóneo	Antes		Después	
	No	%	No	%
Anticonceptivos orales	60	55.6	0	0
Dispositivo Intrauterino	30	27.7	0	0
Preservativo	9	8.3	100	92.6
Otros	9	8.3	8	7.4
Total	108	100	108	100

Indicador: porcentaje

Fuente: encuesta.

Al distribuir los resultados según método anticonceptivo idóneo para prevenir cáncer cervicouterino, se observó desconocimiento respecto al tema. Predominaron las pacientes que creían que los anticonceptivos orales eran el método idóneo. Solo el 8.3 % de la muestra identificó como tal al preservativo. Después de intervenir con las acciones educativas, el 92.6 % respondieron adecuadamente que el preservativo es el método anticonceptivo idóneo.

Al respecto, Rodríguez encontró que antes de la intervención solo 15 casos de 70 identificaron al condón como método anticonceptivo idóneo, después de esta, 65 respuestas fueron acertadas.²⁸

Estos datos también coinciden con un estudio practicado en la provincia de Camagüey, donde 47% de las pacientes conocían acerca del condón como anticonceptivo ideal y después de la intervención, la cifra ascendió a 83%.²⁸

Un análisis de datos comparativos de 10 estudios de casos y testigos, de pacientes con cáncer invasivo cervicouterino o carcinoma in situ sugiere, que el uso a largo plazo de los anticonceptivos orales podría aumentar hasta cuatro veces el riesgo de cáncer cervicouterino en las mujeres infectadas con virus del papiloma humano.

Los estudios más recientes sugieren que los efectos inmunosupresores de los anticonceptivos hormonales, aumentan el riesgo de infección por el virus del papiloma humano y de evolución de las lesiones precursoras a cáncer cervicouterino.³⁶

Desde hace varios años, los investigadores utilizan ratones transgénicos (K14-HPV16) que tienen las regiones larga y temprana completas del virus del papiloma humano fundida con el promotor de queratina-14 y que expresan los oncogenes virales en las células epiteliales escamosas basales, que demuestran que el tratamiento crónico con 17 β -estradiol (0.1 mg/kg de peso) favorece la aparición de cáncer escamoso, principalmente en la vagina y el ectocérvix ³⁶

Tabla 10: Tabaquismo como factor de riesgo de cáncer cervicouterino. Consultorio 2, Policlínico Mario Gutiérrez Ardaya 2017.

Tabaquismo	Antes		Después	
	No	%	No	%
Influye	35	32.4	106	98.1
No influye	73	67.6	2	1.9
Total	108	100	108	100

Indicador: porcentaje

Fuente: encuesta.

Tal como refleja la tabla 10, hubo un predominio de pacientes que consideró que el tabaquismo no influye en la aparición de cáncer cervicouterino (67.6 %). Sin embargo, después de la intervención, se logró que el 98.1 % de las pacientes identificara a ese nocivo hábito como factor de riesgo.

Rodríguez, antes de la intervención tuvo un 90% de mujeres que afirmó que el tabaquismo no influye en la aparición de dicha neoplasia. Después de esta, el 97 % respondió correctamente que sí influye. ²⁸

Los anteriores resultados también se corresponden con los alcanzados por Cavalcante, en Banes, Holguín, quien pudo modificar dicha creencia en un alto porcentaje de mujeres, luego de impartir su estrategia. ³⁷

Actualmente se considera que el tabaquismo es un factor de riesgo del carcinoma cervicouterino, pues existe un incremento de exposición tanto a la enfermedad preinvasora como a la invasora entre las mujeres con este nocivo hábito. En particular, las que tienen historia prolongada de tabaquismo de gran intensidad y las que fuman cigarrillos sin filtro tienen mayor predisposición. Se ha demostrado que el peligro de

poseer la neoplasia es de 2 a 4 veces mayor en las féminas fumadoras que en las que no lo hacen.

Tanto Novoa Vargas como Chávez Roque plantean que el tabaquismo parece ser un factor de riesgo independiente, incluso después de controlar los elementos sexuales. ³⁸ y ³⁹

Delgadillo Vivas, en su estudio, encontró desconocimiento de la relación entre el hábito de fumar y la aparición de displasia cervical. Sin embargo, luego de la intervención educativa, logró modificar positivamente los conocimientos sobre el tema. ³⁴

Díaz G encontró, que de las participantes en el estudio, solo 9 (13,9 %) conocían acerca de la relación entre la presencia de la citada entidad clínica y el hábito de fumar, luego de efectuada la intervención se logró cambiar adecuadamente los conocimientos en 92,8 % de las féminas. ²⁹

Torreblanca resume en su estudio que el conocimiento sobre los factores de riesgo para la aparición del cáncer cervicouterino era inadecuado en 122 de las féminas antes de la intervención (86 %); pero después de esta, 135 (95 %) lo modificaron favorablemente y con elevada significación. ²⁵

Tabla 11: Respuestas según edad en que se debe realizar la primera citología. Consultorio 2, Policlínico Mario Gutiérrez Ardaya 2017.

Edad de realización de la primera citología	Antes		Después	
	No	%	No	%
20 años	43	39.8	0	0
25 años	57	52.8	108	100
30 años	8	7.4	0	0
Total	108	100	108	100

Fuente: encuesta.

En la tabla 11 se resumen los resultados de las respuestas de las pacientes en cuanto a la edad en que se debe realizar la primera citología. A pesar de ser este un estudio tan popularmente conocido, se evidenció desconocimiento al respecto en el 39.8 % de las pacientes entrevistadas, las que contestaron que la edad de inicio era los 20 años

en 43 casos y 30 años en 8 casos. De forma correcta contestaron 57 pacientes para un 52.8 %, cifra esta que puede considerarse baja si tomamos en consideración la alta divulgación que existe de este tema.

La citología cervical (test de Papanicolaou) actualmente se sigue utilizando con eficacia para detectar el cáncer cervical. Si las lesiones precancerosas son detectadas precozmente y tratadas con éxito las mujeres no desarrollarán cáncer.²

Rodríguez, al evaluar conocimientos sobre la prueba citológica y su importancia, encontró que, antes de la intervención, solo el 48% respondió acertadamente y después el 90% terminaron conociendo la importancia y frecuencia de realización de esta.²⁸

Este estudio también coincide con el de Urrutia, en la provincia de Santiago de Cuba en un grupo de mujeres con el objetivo de investigar el conocimiento de las mismas acerca de la citología orgánica, edad de la primera toma frecuencia de realización.⁴⁰

Dicho autor llegó a la conclusión de que un ínfimo por ciento de las mujeres estudiadas conocía sobre el tema, por lo que recomendó una estrategia de intervención educativa con el fin de elevar el nivel de conocimientos y contribuir a disminuir la incidencia de la mortalidad por cáncer cervicouterino.⁴⁰

Torreblanca, al evaluar los conocimientos sobre la prueba citológica y su importancia, halló que antes de la intervención 86 de las féminas poseían nociones inadecuadas al respecto (60,6 %) y que después de la acción educativa la totalidad de la muestra, 142 pacientes, terminaron conociendo la relevancia de la ejecución de esa prueba.²⁵

Contribuir a elevar la calidad de vida de la población cubana mediante acciones de promoción sanitaria y prevención de enfermedades constituye la principal tarea del Sistema Nacional de Salud en el nivel primario, lo cual se puso de manifiesto en este estudio.

Las mujeres encuestadas refirieron que la mayor fuente de información sobre el cáncer cervicouterino fue para ellas el consultorio del médico de la familia. Se impone esclarecer que aunque la radio y la televisión alcanzaron un bajo porcentaje como medios informativos al respecto, continúan siendo vehículos fundamentales de divulgación en el país, si bien un poco subutilizados en cuanto a la difusión de esta y otras materias de salud, acerca de las cuales debe insistirse siempre.

En la casuística, más de la mitad de sus integrantes apenas poseían conocimientos sobre la citología vaginal y su importancia, así como tampoco acerca de los factores de riesgo y métodos para el diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino. Esto evidencia que hay que trabajar para modificar de manera favorable los conocimientos sobre tan importantes temáticas y, por fortuna, esta intervención educativa lo hizo.

No obstante, se impone la necesidad de cambiar comportamientos inadecuados que atentan contra la salud y expectativa de vida de las mujeres de esta área de salud, en particular las adolescentes y mujeres en edad reproductiva en general, que son las más expuestas a los factores de riesgo.

Tabla 12: Nivel de conocimiento de factores de riesgo de cáncer cervicouterino. Consultorio 2, Policlínico Mario Gutiérrez Ardaya 2017.

Nivel de conocimiento	Antes		Después	
	No	%	No	%
Nivel alto	12	11.1	96	88.9
Nivel Medio	64	59.3	12	11.1
Nivel bajo	32	29.6	0	0
Total	108	100	108	100

Indicador: porcentaje

Fuente: encuesta.

La tabla 12 evidencia que el mayor por ciento de las encuestadas tuvo un nivel de conocimiento medio antes de la intervención (59.3 %). De 108 pacientes, 32 respondieron menos del 60 % de las preguntas de forma correcta, lo que significa que el 29.6 % de la muestra tenía conceptos erróneos sobre los factores de riesgo del cáncer de cérvix. Solo 12 casos mostraron nivel de conocimiento alto antes de la intervención, lo que representa el 11.1 %. Después de la intervención predominaron las pacientes que respondieron de forma correcta más del 80% de las preguntas, en este caso 96, para un 88.9 %, el 11.1 % restante presentó nivel de conocimiento medio y ninguna paciente evidenció nivel de conocimiento bajo después de la intervención.

Rodríguez concluyó que antes de aplicar la estrategia, más de la mitad de las mujeres (75%) tenían nivel de conocimientos bajos, un 15% tenían conocimientos medios y solo el 8 % alto. Después de la intervención se alcanzó un 82% de nivel alto, el 12% nivel

medio y 4 % nivel bajo. ²⁸ Similares resultados encontraron Chávez Roque, et.al, (Camagüey) y Díaz G.³⁹ y ²⁹ García Rocique, describió en su estudio un bajo nivel de conocimientos respecto a la prevención del cáncer cérvico-uterino previo a la intervención con un 92,7 % de la muestra, en tanto que luego de la intervención el nivel de conocimiento predominante fue el alto, en 91% de las pacientes. ³¹

Consideramos que el presente trabajo cumplió los objetivos que lo motivaron quedando demostrada la efectividad de la intervención educativa en la serie, pues fueron modificados positivamente los conocimientos inadecuados que tenían las pacientes del CMF 2, del policlínico Mario Gutiérrez sobre la prevención del cáncer cervicouterino.

CONCLUSIONES

En el grupo estudiado predominaron las pacientes entre 15 y 19 años, las solteras y el nivel escolar preuniversitario.

Antes de la intervención predominaron las féminas con nivel conocimiento medio de los factores de riesgo del cáncer de cuello uterino.

La mayoría de las pacientes demostraron desconocimiento del papel del Virus del Papiloma Humano en la aparición del cáncer de cérvix.

El total de las féminas al ser evaluadas después de la intervención educativa elevó su nivel de conocimiento sobre los temas capacitados.

RECOMENDACIONES

- Extender este tipo de estudio a otros centros, así como diseñar otras estrategias de intervención que además de proporcionar conocimientos adecuados a las mujeres jóvenes, contribuyan a modificar conductas de riesgo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. La Cruz C. Nomenclatura de las lesiones cervicales de Papanicolaou a Bethesda 2015. Revista Española de Patología.2014; 36:1.
2. Cabezas Cruz E. Lesiones malignas del útero. En: Rigol-Santiesteban. Obstetricia y Ginecología. 3^{ra} ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014.p.177. Consultado: 8 de febrero de 2015. Disponible en: www.ecimed.sld.cu; ISBN 978-959-212-911-5.
3. Bekkers RL, Massuger LF, Bulten J, Melcher WJ. Epidemiological and clinical aspects of human papillomavirus detection in the prevention of cervical cancer. Rev Med Virol. 2014;14(2):95-105
4. Callejas Monsalve DE. Caracterización de la respuesta inmunitaria-inflamatoria en el cuello uterino en pacientes con displasias de cérvix. [Tesis]. España: Universidad De Alcalá; 2014.
5. Figueroa Solano NM. Conocimiento, actitudes y prácticas de la citología cérvico uterina en mujeres mayores de 15 años en condición de desplazamiento, en el barrio las flores; sector Caguan, Chipi y Tambos; del distrito de Barranquilla. 2010 [Tesis]. Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2015.
6. Yang HP, Zuna RE, Schiffman M, Walker JL, Sherman ME, et al. Clinical and Pathological Heterogeneity of Cervical Intraepithelial Neoplasia PLoS ONE [Internet]. 2012 [citado 8 de ene 2016]; 7(1): 29051. Disponible en: doi:10.1371/journal.pone.0029051
7. Palma Flores JE. Prácticas de Prevención Del Cáncer Cervicouterino En Usuarías Del CS. Leonor Saavedra-San Juan de Mira flores; De Enero A Marzo Del Año 2011 LIMA-PERÚ [Tesis]. Perú: Universidad Médica; 2011.
8. Tafurt-Cardona Y, Acosta-Astaiza CP, Sierra-Torres CH. Prevalencia de citología anormal e inflamación y su asociación con factores de riesgo para neoplasias del cuello uterino en el Cauca, Colombia. Rev salud pública [Internet]. 2012 [citado 21 enero 2016]; 14(1): [Aprox 12p]. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/20386>

9. Figueroa N. conocimiento, actitudes y prácticas de la citología cervicouterino en mujeres de 15 años en condiciones de desplazamiento en el barrio las flores, sector caguan, chipigtambas; del distrito de Barranquilla (tesis). Colombia: Universidad de Colombia; 2010.
10. Lazo Piña PF. Relación entre factores de riesgo reproductivo de mujeres con citología cervical uterina alterada, atendidas en el consultorio. Perú: Universidad Nacional de san Martín; 2014.
11. American Cancer Society. Cancer Facts and Figures 2014. Atlanta, Ga: American Cancer Society; 2014
12. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer Cervicouterino. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2016.
13. Martínez M, Velázquez S. Actitud ante la toma del Papanicolaou en mujeres de 20 a 45 años de una congregación rural en Veracruz (Tesis) México: Universidad Veracruz; 2013.
14. Torriente Hernández S, Valdés Álvarez O, Villarreal Martínez A, Lugo Sánchez A. Caracterización de un grupo de pacientes con neoplasia intraepitelial cervical diagnosticadas por biopsia con asa diatérmica. [Internet]. 2013 [citado 21 enero 2016]; 37(1): [Aprox 10p]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol37_01_11/gin07111.htm
15. Lau Serrano D, Millán Vega AM, Fajardo Tornés Y, César Sánchez Alarcón. Lesiones preinvasivas del cuello uterino. Rev Cubana de Obst y Ginecol. 2015; 38(3)366-377.
16. Monsonego J. Prevention of cervical cancer: screening, progress and perspectives Presse Med. 2014 Jan; 36(1 Pt 2):92-111.
17. Vasconcelos C, Pinheiro A, Castelo AR, Costa LQ, Oliveira RG. Knowledge, attitude and practice related to the Pap smear test among users of a primary health unit. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2013; 19(1):97-105.
18. Baseman JG and Koutsky LA. The epidemiology of human papillomavirus infections. Journal of Clinical Virology. 2015; 32S S16S24.
19. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Guía de práctica clínica del cáncer del cuello uterino .Estadística: perfil epidemiológico [Internet]. 2011[Citado

el 25 de agosto del 2015]: [Aprox 12p.]. Disponible en:
http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/normas_tecnicas/2011/03022011_R_J_011_2011OKEY.pdf

20. Aguilar FK, Ríos MÁ, Hernández M, Aguilar FO, Silveira P M, Nápoles MM. Papiloma viral humano y cáncer de cuello uterino. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2011 Abr [citado 10 enero del 2016]; 34(1): [Aprox 10p]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2008000100003&lng=es
21. Urrutia MT, Concha X, Riquelme G, Padilla O. Conocimientos y conductas preventivas sobre cancer cérvico-uterino y virus papiloma humano en un grupo de adolescentes chilenas. Rev Chilena Infectol 2015; 29 (6): 600-606.
22. Instituto Nacional do Câncer (BR), Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro: INCA; 2015
23. Candelario AE, Fernández LR, Ulloa Cruz V, Peláez Mendoza J, Juncal V, Alvarez Cintes R. Carcinoma del cuello uterino. En: Álvarez Cintes. Medicina General Integral, principales afecciones en los contextos familiar y social. 3ra ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014.p.1406. Consultado: 8 de febrero de 2015. Disponible en: www.ecimed.sld.cu; ISBN 978-959-212-932-0.
24. Martínez Pinillo A, Díaz Ortega I, Car Pérez A, Varona Sánchez JA, Borrego López JA, De la Torre VA. Análisis de los principales factores de riesgo relacionados con el cáncer cérvico uterino en mujeres menores de 30 años. Rev Cubana Obstet Ginecol [versión On-line ISSN 1561-3062]. 2013 [consulta: 18 diciembre 2014]; 36(1)
25. Torreblanca Guerra R, Torres Quiala J, Rosales Lambert S. Actividades educativas en Cruce de los Baños sobre prevención del cáncer cervicouterino. MEDISAN Santiago de Cuba [serie en internet]. 2013[consulta: 18 diciembre 2014]; 14(8). [aprox. 6 p]. Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-3019201000080008&lng=es&nrm=iso

26. Gómez García L, Gómez García I, González Sáez Y, Cáceres Pineda MA, Nápoles Camejo B, Téllez González R, Fabelo Bonet O. Caracterización de las pacientes con citología orgánica alterada. Rev Cubana Obstet Ginecol, Ciudad de la Habana 2012[consulta: 18 diciembre 2015]; 38 (3).
27. Salvant Tames A, Rodríguez Lara O, Leyva Lambert M, Gamboa Rodríguez M, Columbié Gámez M. Comportamiento del cáncer cérvicouterino en el municipio San Antonio del Sur de Guantánamo. Rev Cubana Obstet Ginecol. [versión On-line ISSN 0138-600X].2012[consulta: 18 diciembre 2015]; 38(2)
28. Rodríguez Guerrero R. Intervención educativa para la prevención del cáncer cervicouterino. La caridad. Septiembre 2012-abril 2013. [Trabajo para optar por el título de especialista de primer grado en Medicina General Integral]. Holguín 2013.
29. Guillermo Díaz A, Cedeño Arroyo M, González Heredia E, Beltrán Bahades J. Acciones educativas para la prevención del cáncer cervicouterino en la adolescencia. MEDISAN Santiago de Cuba [serie en internet]. 2014[consulta: 18 diciembre 2015]; 15(2). [aprox. 6 p.]. Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011000200010&lng=es&nrm=iso.
30. Quispe Huanca JG. Desarrollo de un programa de educación y educación nutricional a mujeres en edad fértil en la zona de ChuquiagUILlo. Ciudad La Paz, 2014.<<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=425517&indexSearch=ID>> [consulta: 08 enero 2015].
31. García Rosique RM, Torres Triana A, Rendón Quintero M. Conocimientos sobre prevención del cáncer cérvico-uterino en los adolescentes. Rev méd electrón [Seriada en línea] 2015; 33(2). Disponible en URL: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol2%202011/tema09.htm>
32. Wisner C, Touar S, Cendels R, Vejerano M. Organización de los servicios de Salud para el control del cáncer de cuello uterino en el municipio Soacha (Colombia). Rev Colomb Cancerol 2016; 10(2):98-108.

33. Wiesner C, Vejerano M, Touar S, Carcedo JC, Cendales R. La citología de cuello uterino en Soacha, Colombia. Representaciones sociales, barreras y motivaciones. Rev Salud Pública 2015; 8(3):185-96.
34. Delgadillo Vivas BP. Cáncer cervico-uterino en el departamento de León durante el período 1999-2002. León: [s.n.], 2013.
35. Arnold Rodríguez M, Bacallao Flores V, Bello Rodríguez B. Conocimiento de los adolescentes acerca de las infecciones de transmisión sexual en la ESBÚ " Martín Klein", Varadero, 2005. Revista médica electrónica 2007; [citado 2015 enero 12]; 29. Disponible en: [http:// www.revmatanzas. sld.cu /revista %20medica/ano%202007/vol5%202007/tema05.htm](http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202007/vol5%202007/tema05.htm)
36. Castro Romero JI, Hernández Girón C, Madrid Marina V. La anticoncepción hormonal como factor de riesgo para cáncer cervicouterino: evidencias biológicas, inmunológicas y epidemiológicas. Ginecol Obstet Mex 2014; 79(9):533-539
37. Cavalcante de Barros D. intervención educativa. Municipio de Río de Janeiro. C saúde pública 2014; 20(1): 115-211.
38. Novoa Vargas A, Echegollen Guzmán A. Epidemiología del cáncer de cérvix en Latinoamérica. Ginecol Obstet Méx 2015; 69(6):243-6.
39. Chávez Roque M, Virelles Trujillo ME, Bermejo Bencomo W, Viñas Sifontes L. Intervención comunitaria sobre factores de riesgo del cáncer cervicouterino. AMC 2012; 12(5). <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552008000500012&lng=es&nrm=iso&tlng=es> [consulta: 08 enero 2015].
40. Urrutia MT. Creencias sobre el Papanicolaou y cáncer cervicouterino en un grupo de mujeres chilenas. Rev chil. Obstet. ginecol [revista en internet]. 2012 [citado 2014 dic 04]; 77(1): 3-10. Disponible en: http://www.scielo.sl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000100002&lng=es.doi: 10.4067/ S0717-75262012000100002.

BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA

1. Vasconcelos Moreira CT, Damasceno Coelho MM, Lima Francisca ET, Pinheiro Bezerra AK. Revisión integradora de las intervenciones de enfermería utilizadas para detección precoz del cáncer cervicouterino. Rev Lat Am Enferm 2011[citado 2015 enero 12]; 19(2): 437-444, Mar.LILACSID:586792] Idioma:Inglês
2. González M, González Bieta S. Ginecología Oncología. 3ra edición. 2000. Madrid: Menéndez editores.
3. Henry Luis. García Valdez Abel, Álvarez Costillo Félix. Cáncer de cuello uterino Dávila. Rev cub Obstet Ginecól {Revista de la internet} 2010 diu {citado 2016 dic 04}; 36 (4): 603-612 Disponible en HTTP:// scielo.sld.cu/scielo.php
4. Organización panamericana de la salud (2014). Planificación de edición programas apropiados para la prevención del CCU. OPS 3ra.
5. Mederos, R.F. Inspección visual ácido acético. Una alternativa en la prevención del cáncer cervicouterino. Cienfuegos. Universidad de Ciencias Médicas “Raúl Dorticos Torrado. 2009.
6. Echemendia PM. Ginecología oncológica pélvica. Cap. 4. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2005. p. 79-148. Consultado: 5 de mayo de 2014. Disponible:http://bvs.sld.cu/libros_texto/libro_de_ginecologia_y_obstetricia/cap24.pdf
7. López SA, Lizano Soberón M. Cáncer cérvico uterino y el virus del papiloma humano: la historia que no termina. Fecha de acceso: 12 abril del 2014. Disponible en: <http://www.cuautitlan.unam.mx/comunidad/uc2005/pdfs/com25feb.pdf>
8. Clifford GM, Smith JS, Plummer M, Muñoz M, Franseschi S. Human papillomavirus types in invasive cervical cancer world wide: a meta-analysis .Br J Cancer. 2016; 88:63-73.
9. Arrossi S, Sankaranarayanan R, Parkin MD. Incidence and mortality of cervical cancer in Latin America. Salud Publica Mex. 2016;45 suppl 3:S306-S314.
10. Informe de la Organización Mundial de la Salud, Octubre; 2015

11. Report of a WHO consultation Cervical Cancer Screening in developing countries. Published collaboratively by programme on cancer Control. Department of Reproductive Health and Research. WorldHealthOrganisation; 2016.
12. Dickinson JA. Cervical screening: time to change the policy MJA. 2016; 176(11):547-50.
13. Bosch F. The relation between human papillomavirus and cervical cancer. J ClinPathol. 2015; 55(4):244-65.
14. Zur Hausen H. Papillomaviruses and Cancer: From Basic Studies to Clinical Application. Review Article. Nature Reviews Cancer. 2014; 2:342-50.
15. Case AS, Rodney PR, Straughn M, Wang W, Roark K, Waltman EE, Huh K. Cervical Intraepithelial Neoplasia in Adolescent Women Incidence and Treatment Outcomes. OBSTETRICS & GYNECOLOGY. 2015; 108(6):1369-74.
16. Rieck GC, Tristram A, Hauke A, Fielder H, Fiande AN. Cervical screening in 20-24 years old. J Med Screen. 2014; 13:6471.
17. You W, Dainty LA, Scott Rose G, Krivak T, McHale MT, Olsen CH, et al. Gynecologic Malignancies in Women Aged Less Than 25 Years. The American College of Obstetricians and Gynecologists. 2015, 105(6):1405-9.
18. González Merlo J, González Bosquet J. Lesiones premalignas de cérvix y cáncer de cérvix. Texto Ginecología Oncológica. 2da edición. Barcelona: Editorial Masson 2000. p. 121-215.
19. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Proyecciones de la Salud Pública en Cuba para el 2015, La Habana; 2006.
20. Braillard Pocard PM, Braverman A, Cabrera MN, Chapier VV. Cáncer de cérvix: incidencia según edad y estadio tumoral. Rev Postg Vía Cated Med [serie en internet]. 2005 [citado 12 Jul 2015]; (141): [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista141/3_141.htm
21. López Saavedra A, Lizano Soberón M. Cáncer cérvico uterino y el virus del papiloma humano: la historia que no termina [página en Internet] 2003? [citado 12 enero 2016] [aprox. 9 pantallas]. Disponible en: <http://www.cuautitlan.unam.mx/comunidad/uc2005/pdf-s/com25feb.pdf>

22. Sociedad Española de Ginecología. La infección por papilomavirus. Madrid: SEGO; [2013].
23. Clifford GM, Smith JS, Plummer M, Muñoz M, Francheschi S. Human papilomavirus types in invasive cervical cancer world wide: a meta-analysis. Br J Cancer. 2014; 88: 63-73.
24. Aubin JL, Pretet C, Mougin D, Riethmuller R. Ann Dermatol Venereol. 2014; 134(1): 94-99.
25. Los virus del papiloma humano y cáncer: preguntas y respuestas. [página en Internet] 2014 [citado 7 Ene 2016] [aprox. 7 pantallas]. Disponible en: <http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Risk/HPV-spanish>
26. Carvajal Balaguera J, Martín García Almenta M, Oliart Delgado de Torres S, Camuñas Segovia J, Peña Gamarra L, Gómez Maestro P, et al. Condiloma acuminado gigante inguinal y perineal: cuadro clínico, diagnóstico y tratamiento. MAPFRE Med. 2006; 17(2):144-50.
27. Kresge KJ. Cervical cancer vaccines: introduction of vaccines that prevent cervical cancer and genital warts may fore-shadow implementation and acceptability issues for a future AIDS vaccine. IAVI Rep [serie en internet]. 2015 [citado 12 enero 2016]; 9(5): [aprox. 9 p.]. Disponible en: http://www.aegis.org/pubs/iavi/2005/IAVI0511-01_EN.html
28. Valentín Martínez C, Torrientes Hernández B. Neoplasia cervical en la mujer climatérica. Rev Cubana ObstetGinecol [serie en internet]. 2006 [citado 18 Jul 2014]; 32(1): [aprox. 18 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol32_1_06/gin01106.htm
29. Tirado Gómez LL, Mohar Betancourt A, López Cervantes M, García Carrancá A, Franco Marina F, Borges G. Factores de riesgo de cáncer cervicouterino invasor en mujeres mexicanas. Salud PúblMex [serie en internet]. 2015 [citado 12 enero 2016]; 47 (5): [aprox. 21 p.]. Disponible en: http://www.insp.mx/salud/47/475_3.pdf
30. Santiago de Chile. Ministerio de Salud. Guía Clínica de Cáncer Cervicouterino 2. Santiago: MINSAL; 2005.

31. Rosell Juarte E., Muñoz Dobargane A., Cepero Muñoz F., Cardoso Hernández J. Estenoz Fernández A. Factores de riesgo del cáncer de cuello uterino. Arch Med Camagüey [serie en internet]. 2012; [citado 8 feb 2016]; 11(supl. I): [aprox 8 p.]. Disponible en: <http://shine.cmw.sld.cu/amc/v11supl.I/830.htm>
32. Suárez González JA, Figueroa Verdecía D, Galvez Puyuelo AF. Algunos factores biosociales relacionados con la aparición de citología alterada En: UNNINET. VI Congreso virtual de Anatomía patológica, 1-31 Marzo 2004, Trinidad. [página en Internet] 2004 [citado 12 Jul 2014][aprox. 28 pantallas]. Disponible en: <http://conganat.uninet.edu/6CVHAP/autores/trabajos/T331/index.html>
33. Cruz Hernández I, Sanabria Negrin JG, Llanuch Lara M, Crespo Dueñas A, Paredes Torres I, Matos Rodríguez A. Lesiones premalignas del cuello uterino. Etiología y prevención. Primer Congreso Virtual de Ciencias Morfológicas noviembre [Internet]. 2012 [citado 21 may 2014]; [Aprox 24p]. Disponible en: <http://www.morfovirtual2012.sld.cu/index.php/morfovirtual/index/pages/>
34. Anuario estadístico de salud. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros médicos y estadísticas de salud. La Habana: MINSAP; 2016. p. 81.

Anexo I: Encuesta

Con el objetivo de determinar el nivel de conocimientos de las participantes de los factores de riesgo que influyen en la aparición al cáncer de cuello uterino, le pedimos que marque con una (X) las respuestas que crea correcta. Muchas Gracias Les agradecemos la colaboración prestada.

Qué edad usted tiene

18-21____

Soltera____

22-25____

Casada____

26-29____

estable____

30-35____

Viuda____

Cuál es su estado civil

Unión no

Marque con una x su grado de escolaridad

Hasta 6to grado _____

De 7mo- 9no grado _____

De 10mo-12 grado _____

Universitario _____

Cuantos partos ha tenido

ninguno _____

1- 2 partos _____

3 o más partos _____

A qué edad inició la relación sexual

Antes de los 14 años____

Entre los 14 y 16 años____

Entre los 16 y 18 años____

Después de los 18 años____

Edad del primer parto

Antes de los 18 años____

Después de los 18 años____

Antecedentes de Infección de Trasmisión Sexual (ITS).

___ VPH ___Otros
___ Clamydia ___Sífilis
___ Tricomona ___Ninguna

¿Conoce usted que es el cáncer cervicouterino? Marque con una X

___ Enfermedad que inicia con cambios intra-epiteliales pre-malignos, denominada neoplasia cervical intraepitelial (NIC) y progresa en varios años a enfermedad invasiva.

___ Enfermedad inflamatoria causada por algún germen que desaparece después de un tratamiento adecuado.

Se considera precoz el inicio de las relaciones sexuales cuando se inicia antes de:

14 años___

18 años___

Marque con una (x) las que considere lesiones premalignas del cuello uterino.

NIC III___ pólipo___

Cervicitis___ NIC I___

8. Cuáles de los siguientes factores usted considera que predispone a Cáncer de Cuello uterino.

___ Tener varias parejas sexuales.

___ Inicio Precoz de las relaciones Sexuales.

___ Haber padecido alguna infección de transmisión sexual.

___ Relaciones sexuales en el periodo menstrual.

___ Tener hábito de fumar.

___ varios Partos.

- ☐ infección vaginal por trichomonas
- ☐ Infección por Virus del papiloma Humano
- ☐ Infecciones por monilias
- ☐ fibroma uterino
- ☐ menstruaciones abundantes

Cuál de los Métodos de detección que aparecen a continuación Ud. considera necesario para el diagnóstico precoz del Cáncer de Cuello uterino.

- ☐ Exudado vaginal.
- ☐ Examen Ginecológico.
- ☐ Rayos X de Pelvis.
- ☐ Prueba citológica.
- ☐ Ultrasonido transvaginal.

Con que frecuencia cree usted que debe asistir a realizarse la prueba citológica.

- ☐ anual
- ☐ Cada 3 años.
- ☐ cada 5 años
- ☐ Solo cuando se necesite.

Para que se realiza la prueba citológica

- ☐ Para detectar cervicitis
- ☐ Para detectar NIC y cáncer de cuello

☐ Para detectar fibroma uterino

☐ Para detectar sepsis vaginal

A qué edad se debe realizar la primera citología:

☐ 20 años

☐ 25 años

☐ 30 años

Marque con una x si considera que alguno de estos métodos anticonceptivos puede predisponer a cáncer.

☐ DIU

☐ Tabletas anticonceptivas

☐ preservativo

☐ Diafragma

☐ anticoncepción con vacunas

Cuáles son los principales síntomas del cáncer de cuello uterino:

☐ Menstruaciones abundantes

☐ sangramiento después de la relación sexual

☐ picazón

☐ flujo vaginal persistente

☐ dolor pélvico

Anexo II: consentimiento informado

POLICLÍNICO DOCENTE UNIVERSITARIO “Mario Gutiérrez” HOLGUÍN

Yo _____ participo voluntariamente en la intervención educativa en pacientes pertenecientes al Policlínico “Mario Gutiérrez”. Estoy dispuesto (a) a participar en el cuestionario requerido en la investigación y permito el uso de la información por parte de los investigadores, sabiendo que toda la información recogida se mantendrá reservada y es confidencial.

Autorizo la utilización de mis datos en publicaciones y con otros fines investigativos siempre y cuando resulten beneficiosos para el desarrollo de la ciencia y se mantenga sin revelar mi identidad. Afirmo y confirmo que mi participación es completamente voluntaria.

He realizado todas las preguntas que consideré necesarias acerca de la investigación, y en caso de que desee aportar algún nuevo dato o recibir más información sobre el estudio o la enfermedad o haré saber.

Estoy conforme con todo lo expuesto y para que así conste firmo a continuación expresando mi consentimiento,

Nombre y Apellidos _____ Firma _____

Fecha _____ Lugar _____ Hora _____