

**CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS SOBRE CANCER CERVICOUTERINO.
MUJERES DE 15 A 65 AÑOS. COMUNA 7, NEIVA 2005.**

**OLGA PATRICIA JIMENEZ
MARIA ALEJANDRA CABRERA
KATHERINE SATOBA QUIROGA**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA
NEIVA 2005**

**CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS SOBRE CANCER CERVICOUTERINO.
MUJERES DE 15 A 65 AÑOS. COMUNA 7, NEIVA 2005.**

**OLGA PATRICIA JIMENEZ
MARIA ALEJANDRA CABRERA
KATHERINE SATOBA QUIROGA**

Trabajo de investigación presentado como requisito de grado

ASESORA:

DOLLY ARIAS TORRES

**Enfermera Magíster en Educación y Desarrollo Comunitario
Diplomada en Docencia Universitaria y en Promoción de la Salud con
enfoque Sanológico.**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA
NEIVA 2005**

DEDICATORIA

A mis padres por construir con su apoyo y amor la base de mi vida y el sustento de mi actuar, por ser los forjadores de mis principios y rectores de mi camino. A mis hermanos por su apoyo incondicional y sobre todo a Dios, porque siempre ilumina mi proceder.

OLGA PATRICIA JIMENEZ B.

Quiero dedicar este gran logro personal, a dos seres maravillosos Nubia Claros y Eduardo Cabrera, quienes me entregaron su vida llena de esfuerzos y su infinito amor e hicieron de mí una persona que lucha por las cosas que desea, sin darse por vencida.

MARIA ALEJANDRA CABRERA

A mis padres por su apoyo incondicional en los momentos en que más los necesitaba, a mi hermano por acompañarme, comprenderme y exigirme al máximo para sacar lo mejor de mí.

KATHERINE SATOBA QUIROGA

AGRADECIMIENTOS

Ningún proyecto de investigación se puede hacer aislado de las demás personas, es por eso que queremos agradecer el auxilio de todos aquellos que contribuyeron a la elaboración de este estudio. Así mismo queremos brindar gratitud en especial a las educadoras de enfermería del área investigativa, por contribuir con sus ideas y sugerencias en la revisión y reorganización del contenido de este trabajo.

Debemos dar gracias en especial a la profesora Dolly Arias, Jefe del programa de Enfermería y asesora de este estudio; quien nos brindó su paciencia, aliento y apoyo durante todo el tiempo que requirió el proyecto. También agradecemos a las Instituciones: Liga de lucha contra el cáncer seccional Huila y a la Unidad de Cancerología del Hospital Hernando Moncaleano Perdomo, en donde se recopiló parte de la información contemplada en este estudio.

Por último queremos agradecer al personal que está a cargo de la Biblioteca y de la sala de Internet de nuestra facultad, por facilitarnos el acceso a la información y por su calidez humana; de igual manera agradecemos a nuestros compañeros que compartieron el área investigativa, por sus valiosos aportes que ayudaron a la perfección de nuestro trabajo.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	14
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
1.1. DESCRIPCION Y FORMULACION DEL PROBLEMA	16
1.2. JUSTIFICACION	18
2. OBJETIVOS	18
2.1. OBJETIVO GENERAL	18
2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	19
3. CANCER CERVICOUTERINO	20
3.1. INVESTIGACIONES REALCIONADAS CON EL CANCER CERVICOUTERINO	20
3.1.1. A nivel mundial	20
3.1.2. A nivel nacional	21
3.2. DEFINICION	22
3.3. TAXONOMIA DEL CANCER CERVICOUTERINO	23
3.4. MANIFESTACIONES CLINICAS	25
3.5. MEDIOS DE DIAGNOSTICO	25
3.5.1. Citología	25
• Interpretación del reporte de la citología	27
• Conductas según reporte de la citología	29
3.5.2. Colposcopia	29

3.5.3. Biopsia	29
3.5.4. Conización	30
3.6. TRATAMIENTO	30
3.6.1. Cirugía	30
3.6.2. Radioterapia	31
3.6.3. Braquiterapia	31
3.6.4. Quimioterapia	32
3.6.5. Tratamiento por estadios	33
3.7. CONTROLES	34
3.8. DETECCIÓN TEMPRANA DEL CANCER CERVICOUTERINO	35
3.9. FACTORES DE RIESGO	36
3.9.1. Infección por el virus del Papiloma	36
3.9.2. Tabaquismo	38
3.9.3. ITS (infecciones de transmisión sexual)	38
3.9.4. Hábitos alimenticios inadecuados	39
3.9.5. Píldoras anticonceptivas	39
3.9.6. Embarazos múltiples	40
3.9.7. Menarquia precoz	40
3.9.8. Antecedentes familiares del cáncer cervicouterino	41
3.10. PRACTICAS QUE DISMINUYEN LOS FACTORES DE RIESGO PARA EL CANCER CERVICOUTERINO	41
3.10.1. Uso del condón	42
3.10.2. No tabaquismo	42
3.10.3. Fidelidad conyugal	42

3.10.4. Alimentación rica en fibra	43
3.11. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CONCEPTOS Y FACTORES DE RIESGO PARA EL CANCER CERVICOUTERINO Y CITOLOGIA CERVICOVAGINAL	43
4. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	45
5. DISEÑO METODOLOGICO	48
5.1. TIPO DE ESTUDIO	48
5.2. POBLACION Y MUESTRA	48
5.3. METODO, TECNICA E INSTRUMENTO	49
5.4. ETICIDAD DEL ESTUDIO	51
5.5. PLAN DE TABULACION Y ANALISIS DE LOS DATOS	51
5.6. DISCUSIÓN	57
6. CONCLUSIONES	60
7. RECOMENDACIONES	61
BIBLIOGRAFIA	62
ANEXOS	65

LISTA DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1. Conducta según el estado clínico y características de la usuaria.	34
Cuadro 2. Número de viviendas y encuestas aplicadas por barrios de la Comuna 7 de Neiva.	49

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Cuestionario autodiligenciado sobre conocimientos y prácticas que disminuyen los factores de riesgo para el cáncer cervicouterino en las mujeres de la comuna 7 de Neiva.	65
Anexo B. Tablas (tabulación de la información)	69

LISTADO DE TABLAS

	Pág
Tabla 1. Nivel de conocimiento sobre el cáncer cervicouterino y citología cervicovaginal según grupo etáreo de las mujeres de la comuna 7 de Neiva. 2005	69
Tabla 2. Nivel de conocimiento sobre el cáncer cervicouterino y citología cervicovaginal según escolaridad de las mujeres de la comuna 7 de Neiva. 2005	69
Tabla 3. Nivel de conocimiento sobre definición del cáncer cervicouterino según escolaridad de las mujeres de la comuna 7 de Neiva. 2005	69
Tabla 4. Nivel de conocimiento sobre definición del cáncer cervicouterino según grupo etáreo de las mujeres de la comuna 7 de Neiva. 2005	70
Tabla 5. Nivel de conocimiento sobre factores de riesgo para el cáncer cervicouterino según escolaridad de las mujeres de la comuna 7 de Neiva. 2005	70
Tabla 6. Nivel de conocimiento sobre factores de riesgo para el cáncer cervicouterino según grupo etáreo de las mujeres de la comuna 7 de Neiva. 2005	70
Tabla 7. Nivel de conocimiento sobre prácticas que disminuyen los factores de riesgo para el cáncer cervicouterino según escolaridad de las mujeres de la comuna 7 de Neiva. 2005	71
Tabla 8. Nivel de conocimiento sobre prácticas que disminuyen los factores de riesgo para el cáncer cervicouterino según grupo etáreo de las mujeres de la comuna 7 de Neiva. 2005	71
Tabla 9. Nivel de conocimiento sobre citología cervicovaginal según escolaridad de las mujeres de la comuna 7 de Neiva. 2005	71
Tabla 10. Nivel de conocimiento sobre citología cervicovaginal según grupo etáreo de las mujeres de la comuna 7 de Neiva. 2005	72

Tabla 11. Nivel de conocimiento sobre aspectos específicos de la citología cervicovaginal según escolaridad de las mujeres de la comuna 7 de Neiva. 2005	72
Tabla 12. Nivel de conocimiento sobre aspectos específicos de la citología cervicovaginal según grupo etáreo de las mujeres de la comuna 7 de Neiva. 2005	73
Tabla 13. Prácticas que disminuyen los factores de riesgo para el cáncer cervicouterino según escolaridad de las mujeres de la comuna 7 de Neiva. 2005	73
Tabla 14. Prácticas que disminuyen los factores de riesgo para el cáncer cervicouterino según grupo etáreo de las mujeres de la comuna 7 de Neiva. 2005	74
Tabla 15. Relación entre nivel de conocimiento y prácticas que disminuyen los factores de riesgo para el cáncer cervicouterino en las mujeres de la comuna 7 de Neiva. 2005	74

RESUMEN

El cáncer cervicouterino es una enfermedad muy frecuente en las mujeres tanto a nivel mundial como nacional, generadora de una importante morbilidad y mortalidad en éste género; su etiología se relaciona con el predominio de múltiples factores de riesgo como: infección por el papiloma virus, el hábito de fumar, la alimentación baja en fibra, el consumo de píldoras anticonceptivas por más de 5 años, embarazos múltiples y el no uso del condón durante las relaciones sexuales. Por lo tanto surge la necesidad de realizar un estudio de tipo descriptivo transversal a un grupo de 92 mujeres de los estratos (2,3,4 y 5) de la comuna 7 de Neiva para identificar el nivel de conocimiento que tienen estas en cuanto a la definición del cáncer cervicouterino, los factores de riesgo asociados, la citología cervicovaginal y las prácticas que disminuyen dichos factores de riesgo y así retroalimentar el proceso de enfermería tendiente a la detección temprana de esta patología para buscar una posible respuesta a dicha problemática.

RESULTADOS: El nivel de conocimiento de la muestra sobre la definición, los factores protectores y de riesgo para el Cáncer Cervicouterino es bajo, esta es una situación que las pone en desventaja y las hace más vulnerables para la aparición del cáncer cervicouterino. Aunque estas mujeres tienen algunos conocimientos sobre las prácticas que disminuyen los factores de riesgo para padecer cáncer cervicouterino como la toma de la citología, el uso del condón, el tener una pareja sexual, y el no planificar con anticonceptivos orales; solo un 71.7% de estas mujeres incorporan las prácticas de no planificar con anticonceptivos orales y no fumar de manera conciente o inconciente, dentro de sus estilos de vida; sin embargo la mayoría de las mujeres no llevan a la práctica estos conocimientos ya que el 64.1% no usa el condón al tener relaciones sexuales y el 52.1% han tenido más de una pareja sexual; esta situación se podría explicar desde el punto de vista del entorno cultural en el que se han desarrollado dichas mujeres, en donde el valor del cuidado de la salud no es interiorizado como guía de sus prácticas cotidianas. En lo referente a la citología cervicovaginal, las mujeres de este estudio tienen un conocimiento muy bajo, a pesar de que más de la mitad de las mujeres conocen los requisitos y frecuencia de esta prueba. Es por esto que se considera que la información impartida durante la toma de la citología debe ser clara y más específica con relación a los resultados y la importancia, ya que fueron los aspectos que menos conocieron.

Palabras claves: cáncer cervicouterino, citología cervicovaginal, conocimiento.

ABSTRACT

The Cervical cancer is a disease very frequent in the women, as world level as national level, than generate an important morbidity and mortality in this sort its etiology is related with prevalence of many risk factors how papiloma virus infect, smoke habit, food low in fiber, consumption of pill more of five years, pregnancy multiple and don't use of condom in the sexual relations. For that reason arise the need to fulfill a study descriptive transversal to 92 women with layers (2, 3, 4, 5) of seven comunas Neiva for identification the know level have them about cancer definition, the associate factors risk, cytology an the practices than decrease risk factors for acquire cervical cancer, so increase the nursing process in charge of early detection in this pathology, and looking for an answer for this problematic.

RESULTS: The know level of the sample about cancer definition, the associate factors risk, cytology and the practices than decrease risk factors for acquire the cervical cancer is low, showing this situation a disadvantage than do then more vulnerable for acquire this disease. Although those women have some knows about the practices than decrease risk factor for acquire the cervical cancer how to take the cytology, the condom use, sexual couple steady, don't smoke, consumption of pill five years less, only 71.7% of those women no consumption contraceptive pill and no smoke; can say they do it of a conscience or unconscience manner in to their live style. But the majority of women don't have to the practices this know, however 64.1% don't use the condom and 52.1% have more of one sexual couple. About of cytology know the women in this study have a very low level in specific things how results and the cytology importance although know the requirement and frequency in to take the cytology. For that reason have to educate in the moment of take the cytology and get information very specific and clean about the results and the cytology importance because this aspects weren't know.

Keep words: cervical cancer, cytology, know

INTRODUCCION

El cáncer cervicouterino es un tumor originado a partir de una transferencia maligna de las células epiteliales que reviste este segmento del útero, las cuales sufren una división mitótica incontrolada. Es el carcinoma ginecológico más frecuente a nivel mundial, detectándose cada año alrededor de 450.000 casos nuevos a los cuales se le atribuyen 200.000 muertes por esta causa.¹

En Colombia esta problemática epidemiológica es similar a la del resto del mundo, ya que la incidencia de esta enfermedad es de 4.000 casos nuevos al año, ocupando así la primera causa de muerte por este tipo de neoplasia.² A nivel del departamento del Huila, el comportamiento de esta enfermedad para el año 2004 se caracterizó por la presencia de 1.850 citologías con reportes anormales, de las cuales el 1.5% correspondieron a casos de cáncer confirmados (de un total de 24.205 citologías leídas), siendo más prevalente en las mujeres de 45 a 49 años de edad con un total de 0.37%.

La etiología de esta enfermedad se relaciona con el predominio de múltiples factores de riesgo dentro de los cuales se destacan: infección por el papiloma virus, el hábito de fumar, la alimentación baja en fibra, el consumo de píldoras anticonceptivas por más de 5 años, embarazos múltiples y el no uso del condón durante las relaciones sexuales. Estos factores de riesgo asociados a la etiología del cáncer cervicouterino son modificables a través de una serie de prácticas en donde se incorporan los hábitos y estilos de vida saludable tales como: la toma de la citología cérvico vaginal, tener un solo compañero sexual, el uso del condón al tener relaciones sexuales como método de planificación y protección para el papiloma virus.

Teniendo en cuenta la problemática que viven las mujeres por el crecimiento acelerado del número de casos por esta enfermedad surgió la necesidad de realizar un estudio de tipo descriptivo transversal que permitió la identificación del nivel de conocimiento sobre: la definición de cáncer cervicouterino, los factores de riesgo, la citología cérvico vaginal y las prácticas que disminuyen los factores de riesgo para ésta enfermedad, en 92 mujeres de la comuna 7 de Neiva entre los 15-65 años de edad con vida sexual activa en el año 2004-2005 con el propósito de generar acciones que permitan una retroalimentación de los programas de promoción y prevención para la detección temprana de cáncer cervicouterino.

1 INSTITUIDO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA, Guías de prácticas clínicas y Enfermedades neoplásica; Colombia. Segunda edición. p. 413.

2 EL TIEMPO; Ministerio de protección social, Colombia. Noviembre 09 de 2003, p. 08 sección salud.

Este trabajo de investigación está estructuralmente constituido por cinco títulos; en el primero se establece el planteamiento del problema, en el segundo los objetivos, en el tercero la fisiopatología del cáncer cervicouterino, los factores de riesgo, las practicas para disminuir los factores de riesgo, la citología como prueba de tamizaje y como método de detección temprana, medios diagnósticos, tratamiento, en el cuarto la operacionalización de variables, y en el quinto diseño metodológico.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCION Y FORMULACION DEL PROBLEMA

Existe amplia evidencia de que el Cáncer Cervicouterino es la neoplasia más común en el aparato reproductor femenino, manifestándose con mayor frecuencia en mujeres entre los 30 y 39 años, aunque también ocurre en mujeres de 20 y menos años de edad con vida sexual activa. Según el análisis del comportamiento epidemiológico del cáncer cervicouterino, “en un año se detectan alrededor de 450.000 casos nuevos a los cuales se le atribuyen 200.000 muertes, demostrándose así por qué es el tumor más frecuente en las mujeres del mundo, después del cáncer de mamas”.³

A nivel mundial se realizó una investigación sobre las píldoras anticonceptivas y el riesgo de cáncer, en donde se concluyó que: “hay alguna evidencia de que el uso prolongado de la píldora puede aumentar el riesgo de cáncer cervicouterino (la parte estrecha, más baja, del útero). Los resultados de los estudios realizados por científicos del Instituto Nacional del Cáncer y otros investigadores apoyan una relación entre el uso prolongado de la píldora (cinco años o más) y un riesgo ligeramente mayor de cáncer cervicouterino. Sin embargo, la naturaleza exacta de esta relación no está clara todavía”.⁴ Además de la anterior investigación, un grupo de científicos adelantaron estudios sobre una vacuna –por el momento inexistente- basada en los siete tipos de virus del papiloma humano (VPH), asociado habitualmente al cáncer de cuello uterino, la cual podría prevenir la mayoría de casos de esta patología mortal, según se recoge en un artículo publicado en “International Journal of Cáncer”.⁵

La prevalencia de esta enfermedad se relaciona con el predominio de múltiples factores de riesgo dentro de los cuales se destacan: la infección por el virus de Papiloma, el inicio de las relaciones sexuales tempranas, la promiscuidad, la multiparidad y el tabaquismo entre otros. La mayoría de los factores de riesgo son susceptibles de modificar con la adopción de prácticas de autocuidado en el estilo de vida de las mujeres. Sin embargo, a pesar de los programas de prevención sobre factores de riesgo y promoción de estilos de vida saludables que han sido desarrollados por el Ministerio de Salud y sus dependencias a nivel Nacional, no se ha logrado el control de esta enfermedad que día a día cobra más vidas femeninas dentro de la población. Una de las estrategias utilizadas dentro de estos programas ha sido la toma de Citología como práctica de autocuidado que

3 INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA, op.cit. p.413

4 www.aciprensa.com; centro médico de la universidad de Bonn. Alemania. Las píldoras anticonceptivas y el riesgo de cáncer [online] 2001.

5 www.Doyma.com. New England Journal of Medicine. Prometedores resultados con una vacuna que protege frente a la infección por el virus del papiloma humano. [online] 21/11/2002.

debe tener toda mujer para la detección precoz del cáncer y así lograr la reducción de la mortalidad por esta enfermedad.

En Colombia se observa una problemática similar a la del resto del mundo; en nuestro país el cáncer de cuello uterino es la primera causa de muerte por esta patología en mujeres. En el período comprendido entre los años 1983 y 1991, la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino en Colombia fue de 6,5 por 100,000 habitantes;⁶ entre 1986 y 1996 fallecieron 20.000 mujeres por cáncer de cuello uterino, el 50% de estos casos murieron por diagnóstico tardío y falta de acceso a los tratamientos especializados. Es la segunda tasa de mortalidad (9,9 por 100.000 mujeres en 1994) más alta de todo Sudamérica por esta patología.⁷ De acuerdo con los últimos datos de mortalidad en el país, en 1995 el cáncer de cuello uterino ocasionó el 15% de las muertes por cáncer en mujeres, lo cual significó un descenso con respecto a 1985 de un 1%; sin embargo, pasó a ocupar el primer lugar como causa de mortalidad por tumores malignos. El cáncer de cuello uterino ocupa el décimo lugar en la mortalidad general en el área rural y la octava en el área urbana. La tendencia de la mortalidad ha conservado un patrón estable en los últimos 30 años; durante el quinquenio 1987-1991 la incidencia del carcinoma invasivo de cuello uterino fue de 25,2 por 100.000 mujeres, mientras que para el carcinoma *in situ* fue de 21,6 por 100.000. La incidencia de cáncer invasivo en las grandes ciudades ha disminuido y el cáncer preinvasivo ha aumentado proporcionalmente, en donde las tasas muestran la gran magnitud del problema que representa esta patología. Este fenómeno puede ser explicado en parte por el establecimiento de un programa de detección masivo de alcance nacional.

En el departamento del Huila el comportamiento de esta enfermedad para el año 2004 se caracterizó por la presencia de 1.850 citologías con reportes anormales, de las cuales el 1.5% correspondieron a casos de cáncer confirmados (de un total de 24.205 citologías leídas), siendo más prevalente en las mujeres de 45 a 49 años de edad con un total de 0.37%.⁸

Actualmente se desarrolla por un grupo de médicos internos de la Universidad Surcolombiana, bajo la dirección del Dr. Henry Ostos, un estudio sobre los serotipos 16 y 18 del papiloma virus, agente al que se le atribuye la aparición del cáncer cervicouterino. Sin embargo en la población femenina de Neiva no se ha explorado el nivel de conocimientos y prácticas para disminuir los factores de riesgo, relacionado con el tema de investigación.

6 EL TIEMPO, op.cit. p. 08

7 SHERRIS J, Herdman C, Elias C. Beyond our borders. Cervical cancer in the developing world. West J Med 2001;175:231.

8 LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER seccional Huila, Departamento de Citología., programa de Prevención del cáncer cervicouterino. Calendario epidemiológico Enero a Diciembre 2004.

Es posible que los profesionales de la salud y en especial los de Enfermería encargados de la realización de estos programas de prevención y promoción no estén utilizando las estrategias adecuadas para lograr una mayor cobertura de atención en los programas de prevención y promoción dirigidos a mujeres susceptibles de padecer cáncer cervicouterino.

Por lo anteriormente expuesto, se ha considerado importante realizar este trabajo encaminado a identificar: ***¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo, factores protectores del Cáncer Cervicouterino, citología cervicovaginal y las prácticas para disminuir los factores de riesgo para el Cáncer Cervicouterino, en las mujeres de la comuna 7 de Neiva (en los estratos 2, 3, 4 y 5)?***

1.2. JUSTIFICACIÓN

De acuerdo a la bibliografía revisada, se encontró que existen pocos trabajos investigativos relacionados con el nivel de conocimiento y prácticas de autocuidado sobre el cáncer cervicouterino. Esta fue una de las razones que nos motivó a la selección de este tema. Los resultados de esta investigación pueden ser un insumo importante para la retroalimentación de programas orientados a la adopción de hábitos saludables y al cambio de conductas asociados con factores de riesgo.

Se espera contribuir además, al área “cuidado en enfermedades crónicas” que viene trabajando el grupo “cuidar” del departamento de enfermería, como estrategia para el enriquecimiento del currículo. También consideramos que esta puede ser una experiencia útil para afianzar conocimientos en el aprendizaje sobre cáncer cervicouterino, enfermedad prevalente en la región, así como, encontrar diferentes formas de llegar a las mujeres con el fin de promover la adopción de prácticas que reduzcan la ocurrencia de esta patología.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Describir el nivel de conocimiento y prácticas para disminuir los factores de riesgo para el cáncer cervicouterino que tienen las mujeres de la comuna 7 de Neiva (estratos 2, 3, 4 y 5) y de esta manera retroalimentar el proceso de enfermería tendiente a la detección temprana de esta patología.

2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar el nivel de conocimiento que tienen las mujeres de la comuna 7 de Neiva (estratos 2, 3, 4 y 5) sobre la definición, los factores protectores y de riesgo para el Cáncer Cervicouterino.
- Reconocer las prácticas que disminuyen los factores de riesgo en las mujeres de la comuna 7 de Neiva (estratos 2, 3, 4 y 5) para la prevención del Cáncer Cervicouterino.
- Determinar el conocimiento que tienen las mujeres de la comuna 7 de Neiva (estratos 2, 3, 4 y 5) con respecto a la citología cervicovaginal para la prevención del Cáncer Cervicouterino.
- Identificar acciones que puedan retroalimentar los programas de promoción y prevención del Cáncer Cervicouterino, según los datos obtenidos después de esta investigación para el mejoramiento de la educación impartida en la toma de la citología.

3. CANCER CERVICOUTERINO

Este capítulo contiene los conceptos que sustentaron los niveles teóricos del trabajo investigativo y están relacionados con antecedentes investigativos sobre el cáncer cervicouterino, definición, manifestaciones clínicas, medios diagnósticos, factores de riesgo, factores protectores y prácticas de autocuidado acerca del tema.

3.1. INVESTIGACIONES RELACIONADAS CON EL CANCER CERVICOUTERINO

Para efectos de esta investigación se hizo una revisión amplia de diferentes textos relacionados con investigaciones sobre cáncer cervicouterino, resaltándose entre ellas las siguientes:

3.1.1. A nivel mundial. Un estudio publicado en el último número de "The New England Journal of Medicine" muestra los prometedores resultados con una vacuna que puede proteger a las mujeres de la infección por una cepa del virus del papiloma humano (VPH) causante del cáncer de cuello uterino. El producto, desarrollado por la compañía Merck and Co., ha sido ensayado en cerca de 2.400 jóvenes norteamericanas de 16 a 23 años y los resultados revelan que ninguna de las vacunadas contra el VPH-16 (cepa del virus relacionado más estrechamente con el cáncer) desarrolló infección persistente. Por el contrario, entre las participantes no vacunadas se registraron 41 casos de infección persistente (3,8%).

Dado que el VPH-16 incrementa significativamente el cáncer de cuello uterino, los autores creen que la vacuna puede reducir claramente en el futuro los casos de este tipo de tumor en el mundo. "Aunque es importante que la gente sepa que la vacuna no estará disponible mañana mismo"⁹, advierten.

Se trata de una vacuna preventiva, pues las vacunas terapéuticas todavía están en desarrollo, señalan los investigadores, de la Universidad de Washington en Seattle (Estados Unidos). En el estudio se distribuyó aleatoriamente las participantes en 2 grupos para recibir tres dosis de la vacuna que puede proteger a las mujeres de la infección por una cepa del virus del papiloma humano y al otro grupo un placebo. Tras un año y medio de seguimiento, ninguna del primer grupo desarrolló infección persistente y sólo una experimentó infección a corto plazo.

⁹ www.Doyma.com New England Journal of Medicine. Prometedores resultados con una vacuna que protege frente a la infección por el virus del papiloma humano. [Online] 21/11/2002 10:21

Tampoco ninguna de las vacunadas mostró cambios precancerosos asociados con el VPH-16 en las células cervicales, en comparación con 9 mujeres del grupo placebo.

Los autores advierten, no obstante, que la cepa VPH-16 no es la única relacionada con este tipo de tumor y que la vacuna no protege frente a otras cepas. "Lo ideal sería disponer de un producto que previniera la infección frente a un amplio espectro de ellas"¹⁰, señalan.

Durante 15 años, la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer y su Grupo Multicéntrico del estudio del Cáncer de Cérvix ha realizado investigaciones en varios países. Rolando Herrero, planea aplicar una vacuna experimental contra el virus del papiloma humano. Los frutos de esos tres lustros de investigación se publicaron entre marzo y abril del 2002 en las revistas médicas The Lancet y The New England Journal of Medicine.

Los estudios señalan una relación directa entre el consumo prolongado de pastillas anticonceptivas y el incremento en el riesgo de padecer el cáncer. De igual forma, mientras más embarazos tiene la mujer, más es el riesgo de desarrollar esta enfermedad.

En otro estudio publicado en la misma edición de The Lancet, los investigadores encontraron que conforme aumenta el número de embarazos, crece el riesgo de desarrollar el cáncer de cérvix. La investigación concluyó que las mujeres afectadas por el virus del papiloma con siete o más embarazos tienen un riesgo cuatro veces superior de contraer la enfermedad que las que no han tenido ningún hijo. "Este resultado no es contradictorio con respecto a los datos sobre los anticonceptivos orales. Esto, porque lo que hacen los anticonceptivos es simular los niveles hormonales del embarazo para evitar la ovulación", explica Rolando Herrero. Sin embargo, dice que "también existe la hipótesis de que el aumento en el riesgo se da por el trauma del parto. Esto, porque en mujeres que tuvieron cesáreas, no hubo un aumento en el riesgo de desarrollo del cáncer."¹¹

Estos estudios traen nuevas pistas en torno al origen de este cáncer que ataca a las mujeres. Sin embargo, para Herrero, más que conocer las causas del cáncer, lo ideal es desarrollar una vacuna contra el virus.

3.1.2. A nivel nacional. Gracias a investigadores de Venezuela y Colombia se desarrolló una vacuna contra el cáncer del cuello uterino, que aunque sólo se ha aplicado en monos hembras, se esperan grandes resultados. El científico Manuel Elkin Patarroyo, dio a conocer públicamente que se desarrolló un método de diagnóstico para identificar el mencionado tipo de cáncer, en el marco del

10 Ibid

11 Ibid

seminario "América, unidad en la pluralidad", realizado en la ciudad de Caracas, el cual forma parte de las actividades de instalación del Centro de Estudios de América (CEA) de la Universidad Central de Venezuela (UCV). Según Patarroyo, la investigación desarrollada junto con el Instituto de Medicina Tropical de la UCV reconoce 98 % de la lesión, y recalcó que es una técnica no invasiva. "Hemos venido desarrollando no sólo una vacuna sino también un método de diagnóstico"¹².

El especialista colombiano Manuel Elkin Patarroyo, quien expuso la conferencia "Hacer Ciencia en América", informó que trabajará con científicos de Brasil, Costa Rica y del Sur de África, de localidades como Tanzania, con miras a que esté disponible para todo el mundo. "Aspiramos a que en el término de uno o dos años ya se esté distribuyendo comercialmente"¹³ señaló.

Recientemente se dio a conocer el nuevo método diagnóstico en donde "Se saca una gotica de sangre y de ahí se obtiene el suero y con él se mira si existen anticuerpos dirigidos contra ese virus, si los tiene implica que está desarrollando el cáncer de útero", señaló el científico colombiano, Manuel Elkin Patarroyo. Esta técnica de diagnóstica iría acompañada de la citología. La efectividad de este método es del 97 %, lo que ayudaría en la disminución de la enfermedad, ya que en el mundo se diagnostican anualmente 500.000 nuevos casos de cáncer cervicouterino y en Colombia mueren más de once mil mujeres por la misma causa. "Es un método baratísimo porque las moléculas fueron hechas químicamente"¹⁴, añadió Patarroyo.

Esta nueva técnica no sólo ayudaría a detectar de manera temprana la enfermedad, sino que favorecería en países en los que por motivos religiosos la citología y el tacto vaginal a las mujeres no les está permitido¹⁵.

3.2. DEFINICIÓN

El cáncer cervicouterino, es un tumor originado a partir de una transformación maligna de las células epiteliales que revisten este segmento del útero, las cuales sufren una división mitótica incontrolada ya que las células no responden a los mensajes que regulan sus funciones y replicación, debido a cambios mutagénicos en su estructura de DNA provocado por un grupo de genes patógenos que se incorporan al DNA rompiendo su estructura helicoidal y controlando toda la

¹² www.vertice2000.com Bibliomed DESARROLLAN VACUNA CONTRA CÁNCER DE CUELLO UTERINO. [Online] 2000

¹³ Ibid

¹⁴ www.canalrcn.com, Nuevo método de diagnóstico para el cáncer de útero. [Online] Bogotá, Colombia mayo 25 de 2005.

¹⁵ Ibid

funcionalidad de la célula. Estas partículas oncogénicas no solo atacan las células sino que también producen inactivación de genes como el PS3, que regulan la división celular y determinan si la célula se repara o muere al dañarse el DNA; lo que se relaciona con la división anormal y clonal de estas células que posteriormente dan como resultado patologías tumorales. Si bien puede aparecer a cualquier edad, habitualmente lo hace alrededor de la cuarta década de la vida de la mujer.¹⁶

A nivel mundial sigue siendo la segunda neoplasia maligna en incidencia y mortalidad después del cáncer de mama; cada año se diagnostican más de 471.000 casos. El 80% son diagnosticados en países no desarrollados. En 1.992 la mortalidad por cáncer fue de 2,5 x 100.000 mujeres lo que representa el 1,6% de muertes por tumores malignos. La población europea presenta un marcado descenso, en parte por la extensión en la realización periódica de citología cervicovaginal. En España hay una incidencia muy baja de 4 a 10 casos por 100.000 habitantes, lo que la sitúa, junto con la población judía de Israel, entre las de menor incidencia. Las tasas más altas de incidencia se han registrado en las regiones del norte de Brasil y Colombia (70 nuevos casos por 100.000 mujeres). En los países con programas amplios de detección precoz, la incidencia del cáncer y su mortalidad asociada han disminuido drásticamente.¹⁷

En Colombia para el año 2.000 el cáncer ocupaba el tercer puesto. El 60,6% de los casos nuevos para todos los tumores fueron del sexo femenino. El cáncer ginecológico, sin incluir el de mama, representa el 20,8% del total de cáncer. El cáncer cervicouterino y de mama, constituyen el 44,4% de los diagnósticos de cáncer femenino mostrando la misma distribución con respecto al año anterior. En el grupo de 65 años y más, el cáncer de cérvix, corresponde a un 6,7%. El cáncer de cuello uterino, es la primera causa en todas las regiones y su participación porcentual aumenta en la medida en que es mayor la distancia en la región (sin cambio con relación al año 1.999) siendo de mayor incidencia las regiones de Antioquia, Casanare, Santander y Valle con 22,3%; Caquetá, Cauca, Norte de Santander y Arauca con un 22,3%; Putumayo, Vaupez, Guainia, Guajira, Guaviare, Vichada, Amazonas, San Andrés y Choco con 29,03%.¹⁸

3.3. TAXONOMIA DEL CANCER CERVOCOUTERINO

Existen dos tipos de lesión a nivel del cuello uterino: carcinoma epidermoide y adenocarcinoma. Esta modalidad de cáncer que se produce en la posición del útero que está unida al extremo superior de la vagina (cuello uterino) ataca células de los diferentes tejidos que lo componen tales como: células escamosas o

16 CANADIAN TASK FORCE. Cervical cancer screening programs: Epidemiology and natural history of carcinoma of the cervix. Can Med Assoc J 1995; 114:1001-1031.

17 DEVESSA SS. Descriptive epidemiology of the uterine cancer. Obstet Gynecol 1993; 605-612.

18 EL TIEMPO, op.cit. p. 08

epitelio plano que corresponde al 90% de las lesiones cervicales en las cuales producen un tipo de lesión conocida como **carcinoma de células epidermoides** y a su vez también producen daño de un grupo celular de características glandulares cuya actividad es la secreción de moco de las cuales producen un tipo de lesión conocidas como **Adenocarcinoma** que representa un 10% de este tipo de lesiones.¹⁹

Las siguientes etapas se usan en la clasificación del cáncer cervicouterino:

Estadio 0 o carcinoma in situ. El carcinoma in situ es un cáncer muy temprano. Las células anormales se encuentran sólo en la primera capa de células que recubren el cuello uterino, y no invaden los tejidos más profundos del mismo.

Estadio I. El cáncer afecta el cuello uterino, pero no se ha diseminado a los alrededores. Tiene 2 subclasificaciones:

I-a: Una cantidad muy pequeña de cáncer, sólo visible por microscopio, se encuentra ya en el tejido más profundo del cuello uterino.

I-b: Una cantidad mayor de cáncer se encuentra en dicho tejido.

Estadio II. El cáncer se ha diseminado a áreas cercanas, pero aún se encuentra en el área pélvica. Se subdivide en:

II-a: El cáncer se ha diseminado fuera del cuello uterino a los dos tercios superiores de la vagina.

II-b: El cáncer se ha diseminado al tejido alrededor del cuello uterino.

Estadio III. El cáncer se ha diseminado a toda el área pélvica. Puede haberse diseminado a la parte inferior de la vagina, o infiltrar los uréteres (los tubos que conectan los riñones a la vejiga).

Estadio IV. El cáncer se ha diseminado a otras partes del cuerpo. Hay 2 variaciones de este estadio:

IV-a: Diseminación a la vejiga o al recto (órganos cerca del cuello uterino)

IV-b: Diseminación a órganos distales como los pulmones.

Recurrente. Enfermedad recurrente (**recidiva**) significa que el cáncer ha vuelto después de haber sido tratado. Puede ocurrir en el propio cérvix o aparecer en otra localización.²⁰

19 MINISTERIO DE SALUD, Instituto Nacional de Cancerología, Guías de práctica clínica en enfermedades neoplásicas. 2da edición, Bogotá D.C. 2001. pàg. 413.

20 Ibid

3.4. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

El cáncer cervicouterino en sus etapas tempranas es asintomático, pero a medida que éste avanza las mujeres suelen presentar sangrado vaginal anormal que se manifiesta entre periodos menstruales, luego del coito, luego de una ducha vaginal, o después de haberse presentado la menopausia; secreción vaginal que puede ser pálida, aguada, rosado marrón, o con sangre persistente, u oscura o con mal olor.

Ya en sus etapas críticas, el cáncer cervicouterino se puede manifestar con: anorexia evidenciada por un descenso súbito de peso, fatiga, dolor en espalda y en piernas, perdida involuntaria de orina o heces por la vagina a través de un pasaje anormal tipo tubo (fístula) originado por posibles metástasis que ha hecho la enfermedad.

3.5. MEDIOS DE DIAGNÓSTICO

Los procedimientos más comunes para la detección del cáncer cervicouterino son: la colposcopia, la conización y la biopsia. Aunque la citología no se considere medio diagnóstico, si se constituye en una prueba de tamizaje importante que ayuda a detectar mujeres sospechosas para el cáncer cervicouterino; por ello la toma de citología es el primer paso de estos procedimientos.²¹

3.5.1. CITOLOGÍA. Una de las primeras medidas a las que debe recurrir la mujer para detectar tempranamente la aparición del cáncer cervicouterino, es principalmente el control periódico con la prueba Papanicolau o PAP; cuyo nombre deriva de su inventor Dr. George Papanicolau; o comúnmente conocida como citología vaginal, que aunque no se considere como medio diagnóstico para el cáncer cervicouterino, sino como una prueba de tamizaje que permite la detección de mujeres sospechosas de cáncer, es el primer paso para poder realizar un diagnóstico oportuno y es de gran utilidad en las campañas de prevención para disminuir la incidencia de aparición de este tipo de tumores.

Esta prueba, es uno de los métodos más eficaces para determinar si hay células anormales en el cuello uterino. Es una prueba sencilla, rápida y barata que permite detectar si hay presencia de células cancerosas. Mediante esta prueba es posible ver con microscopio si hay células anormales antes que la mujer tenga algún síntoma. Para lograr su eficacia se debe realizar siguiendo el esquema 1-1-3 contemplado dentro de las guías prácticas clínicas en enfermedades neoplásicas; que significa que si el resultado de la primera citología es normal se debe realizar una segunda citología al año para eliminar posibles falsos negativos y si esta segunda citología es normal se debe citar a la mujer en tres años para otra

21 GONZALES MA, Corso J. Poso Hy Col. Carcinoma invasivo de cerviz, Instituto nacional de cancerologia. 1985 – 1987. Rev. Col Obstet Ginecol. 45:35, 1994.

citología, se puede mantener esta periodicidad en tanto el resultado continúe negativo, y en el caso en que la última citología haya sido tomada hace más de tres años se debe reiniciar el esquema.²²

Todas las mujeres deben comenzar las pruebas de detección del cáncer cervicouterino tres años después de haber comenzado las relaciones sexuales (coito), pero no más tarde de los 21 años de edad. Para efectos de esta investigación, se tomará en cuenta un esquema de citología anual, debido a que es este el más conocido y practicado. Si se utiliza la prueba nueva del PAP, conocida como citología líquida, ésta se debe realizar cada dos años.

Según las guías de atención, a partir de los 30 años de edad, las mujeres que hayan tenido tres pruebas PAP consecutivas con resultados normales pueden hacerse las pruebas (prueba regular PAP o la prueba conocida como citología líquida) cada dos a tres años. Las mujeres que tengan ciertos factores de riesgo, tales como la exposición a dietilestilbestrol (DES) antes del nacimiento, infección con HIV, o un sistema inmunológico débil debido a transplante de órganos, quimioterapia, o uso prolongado de esteroides, deben continuar las pruebas de detección anualmente. Otra opción para las mujeres mayores de 30 años es hacerse la prueba regular PAP o la prueba conocida como citología líquida cada tres años más la prueba de HPV DNA (DNA del papilomavirus). La citología líquida consiste en extraer la muestra del cuello del útero mediante un cepillo y "en lugar de depositar el material sobre un portaobjetos, se deposita en un fluido", a continuación se envía la toma al laboratorio, donde es introducida en el procesador automático para separar el material diagnóstico de la sangre, mucosas y detritus celulares. Finalmente, la muestra se coloca en un portaobjetos en forma de monocapa para su estudio. Reduce los falsos negativos del procedimiento convencional porque "todo lo que ensombrece el diagnóstico desaparece y es más fácil hacer un diagnóstico de calidad". De esta forma, el especialista puede detectar con una mayor fiabilidad si la paciente sufre cáncer de cuello uterino.²³

Las mujeres de 70 años o más, que hayan tenido tres o más pruebas del PAP consecutivas con resultados normales, y que no hayan tenido ninguna prueba con resultados anormales en los 10 años previos, pueden dejar de hacerse las pruebas de detección del cáncer de cuello uterino. Las mujeres con antecedentes de cáncer del cuello uterino, exposición a dietilestilbestrol (DES) antes del nacimiento, infección con HIV, o un sistema inmunológico débil, deben continuar las pruebas de detección mientras estén en buen estado de salud.

22 MINISTERIO DE SALUD Dirección general de promoción y prevención. Norma técnica para la detección temprana del cáncer de cuello uterino y guía de atención de lesiones preneoplásicas de cuello uterino. Colombia.

23 www.medicinatv.com La citología líquida supera en eficacia al test Papanicolau, [Online] 26 de junio de 2003.

Las mujeres que se hayan sometido a una histerectomía total (extirpación del útero y del cuello uterino) también pueden dejar de hacerse las pruebas de detección del cáncer de cuello uterino a menos que la cirugía se haya hecho como tratamiento de precáncer o de cáncer del cuello uterino. Las mujeres que hayan tenido una histerectomía sin la extirpación del cuello uterino deben seguir las guías anteriores.

❖ **Interpretación del reporte de la Citología.** Con el objeto de adoptar una terminología uniforme que pueda ser relacionada con las clasificaciones histopatológicas, se ha adoptado el sistema Bethesda que ofrece al médico tratante información descriptiva que oriente la toma de decisiones para el manejo adecuado de las mujeres que acceden a los servicios de tamizaje.

La *primera* parte del sistema Bethesda tiene que ver con la calidad del espécimen para examinar, ya que es necesario determinar la calidad del material disponible en la placa para la lectura, esta puede clasificarse según el Ministerio de Salud así:²⁴

Satisfactoria para evaluación: la muestra tiene cantidad suficiente de material exo y endocervical para lectura.

Satisfactoria pero limitada: solo puede leerse el 50 % de la muestra, por mala fijación, muestra muy gruesa, reacción inflamatoria severa, muestra hemorrágica, mala preservación celular o por ausencia de células endocervicales. Se deben analizar las causa pudiéndose repetir al año.

Inadecuada: solo puede leerse el 25 % del total del extendido por mala fijación, mala tinción, muestra muy gruesa, solo material hemorrágico o material inflamatorio. A pesar de ser inadecuada, se deben reportar los hallazgos, resaltando que debe repetirse previo tratamiento de los hallazgos que así lo requieran.

La *segunda* parte del reporte se refiere a los resultados citológicos propiamente dichos, estos se presentan así:

Negativo para neoplasia o Normal:

Cuando las células son normales y no ha habido cambios en ellas.

Cambios celulares benignos: por infección y por cambio reactivos (describe las posibles causas).

Anormalidades de células epiteliales:

²⁴ MINISTERIO DE SALUD Dirección general de promoción y prevención, Op.cit.

De células escamosas:

- ASCUS o ACSI: Atipias de células escamosas de significado indeterminado.
- LEIBG: Lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado (NIC I y cambios por infección por HPV)
- LEIAG: Lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado (NIC II/III)
- Carcinoma escamo celular.

De células glandulares:

- Las mujeres en período posparto o con menopausia pueden dar resultados anormales en una citología aunque no exista en ellas ningún problema. Cuando las células son ligeramente anormales, se recomienda una nueva prueba a los 3 o 6 meses, o la realización de una biopsia para confirmar los resultados.
- Atipias de células glandulares de significado indeterminado (AGUS AGSI): Adenocarcinoma endocervical, Adenocarcinoma endometrial, Adenocarcinoma extrauterino, Adenocarcinoma de sitio no especificado.

Otras neoplasias malignas: anomalías de células no epiteliales. Ante este reporte la usuaria debe remitirse al ginecólogo oncólogo para estudio y tratamiento.

La *tercera* parte es el diagnóstico descriptivo:

Infección: Algunas de las causas de estos posibles resultados se pueden deber a Infecciones vaginales recientes; como por ejemplo hongos, herpes, vaginosis bacteriana, tricomonas, clamidia y actinomicosis. El HPV (infección vírica del papiloma humano) es una causa frecuente de resultados anormales en la citología. El HPV está presente en el 60% de las mujeres sexualmente activas y es también el causante de las verrugas genitales.

Cambios reactivos: por cambios reparativos, inflamación por atrofia, cambios por radioterapia, por dispositivo intrauterino y otros.

Un resultado positivo de la PAP indica la presencia de células cancerosas de un carcinoma in situ (cáncer localizado solamente en la capa superior del tejido, sin invadir tejidos profundos) o un cáncer invasor (tumor maligno que destruye los tejidos normales cercanos). La prueba PAP permite el diagnóstico precoz del cáncer del cuello uterino. Mientras más pronto se diagnostique y se trate, mayores son las posibilidades de curarse.²⁵

²⁵ Ibid

- ❖ **Conductas según reporte de citología.** De acuerdo con los resultados de las citologías las conductas a seguir son las siguientes: si la citología es reportada como normal satisfactoria, continúa el esquema de tamizaje descrito (1-1-3). Si la citología reporta cambios benignos, se analizan las causas, se ordena tratamiento necesario y continúa el esquema de tamizaje. Si la citología es reportada como anormal, la paciente debe ser remitida a una unidad de patología cervical y colposcopia.²⁶

3.5.2. Colposcopia. La colposcopia es un estudio que permite observar detalladamente el cuello uterino y así localizar las posibles lesiones y realizar su biopsia, ayudando de esta forma, al diagnóstico temprano del cáncer de cuello uterino. Con la Colposcopia se pueden diagnosticar lesiones mínimas en el cuello uterino, la vagina o la vulva, que de otro modo son imposibles de detectar, por ser totalmente sintomáticas. En el examen se coloca un espejito que permite visualizar el cuello del útero. Para realizar la colposcopia, se utiliza una lupa binocular con iluminación propia (colposcopio), con el fin de poder ver en forma directa y ampliada toda la superficie del cuello uterino y las paredes vaginales. Para la realización de éste procedimiento se limpia el cuello con una solución líquida (ácido acético al 5%) que permite diferenciar la mucosa normal de la patológica; de igual manera se pueden aplicar otras soluciones (como la solución de lugol o yodo), y usar filtros de luz, que permiten identificar el epitelio (membrana celular que recubre el cuello uterino y vagina) alterado con mayor detalle. La Colposcopia no provoca dolor ni sangrado, se realiza en pocos minutos, es seguro, no requiere hospitalización y terminado el estudio, la paciente puede regresar a casa.

Este estudio se lo debe realizar toda mujer que haya iniciado relaciones sexuales, pacientes con resultado de Papanicolaou anormal (presencia de displasia o NIC), pacientes con antecedentes de infección por virus de papiloma humano o cáncer, pacientes con sangrado transvaginal anormal, pacientes con flujo vaginal que no se cura con tratamientos usuales, mujeres con lesiones externas en los genitales (verrugas, condilomas, úlceras, excoiaciones), o que van a ser sometidas a operaciones del útero.

El examen no requiere preparación especial, sólo se recomienda el vaciamiento de la vejiga y del intestino previamente; no se deben practicar duchas vaginales, ni tener relaciones sexuales durante las 24 horas anteriores al examen.²⁷

3.5.3. Biopsia. Consiste en la escisión de uno o más fragmentos del epitelio cervical para estudio histológico. La biopsia puede ser dirigida, idealmente por

²⁶ Ibid

²⁷ www.geosalud.com/VPH/colposcopia.htm , Medios diagnósticos para cáncer cervicouterino [Online] 26 de mayo 2005.

colposcopia, o al menos orientada mediante la Prueba de Schiller. Se aplica solución de yoduro de potasio sobre el cuello uterino y se toman los fragmentos de cérvix de las zonas yodo-negativas, es decir, en donde el yodo no fue fijado por ausencia del glucógeno del epitelio normal ausente.

En ausencia de facilidades para realizar la colposcopia y la prueba de Schiller, se debe recurrir a la biopsia de los cuatro cuadrantes, es decir, se toma una biopsia de cada cuadrante del cuello uterino, de los sitios visualmente más representativos.

Todos los tejidos obtenidos deben rotularse según el sitio de su procedencia (cérvix, endocérvix, etc.), fijados en formol al 10%, identificados con los datos de la paciente y enviados al laboratorio para su análisis. Debe recordarse siempre que únicamente el estudio histológico establece el diagnóstico definitivo de la lesión.²⁸

3.5.4. Conización. Si los resultados de la biopsia muestran cambios anormales o si la lesión se extiende hasta el canal, se somete a la paciente a una biopsia en cono, la cual puede ser quirúrgica o practicarse mediante un procedimiento con rayo láser denominado procedimiento de escisión electroquirúrgica en asa. El cirujano extirpa una pequeña porción del cérvix y el patólogo examina los bordes de la muestra para determinar si están libres de enfermedades.²⁹

3.6. TRATAMIENTO

Se emplean tres clases de tratamiento para las pacientes con cáncer cervicouterino:

3.6.1. Cirugía. La histerectomía es una operación en la cual se extraen el útero y el cuello uterino además del cáncer. Si el útero se extrae a través de la vagina, la operación se llama histerectomía vaginal. Si se extrae mediante un corte (incisión) en el abdomen, la operación se llama histerectomía abdominal total. A veces los ovarios y las trompas de Falopio también se extraen; este procedimiento se llama salpingooforectomía bilateral.

La histerectomía radical es una operación en la cual se extrae el cuello uterino, el útero y parte de la vagina. También se extrae los ganglios linfáticos de la región. Este procedimiento se denomina disección de los ganglios linfáticos. (Los ganglios linfáticos son estructuras pequeñas en forma de fríjol que se encuentran por todo el cuerpo y cuya función es producir y almacenar células que combaten las infecciones.)

²⁸ Ibid

²⁹ INSTITUTO DEL SEGURO SOCIAL. Programa de detección precoz y control de cáncer de cuello uterino. Santa Fe de Bogotá: ISS. 2002.

Si el cáncer se ha diseminado afuera del cuello uterino o los órganos femeninos, el médico puede extraer el colon inferior, el recto o la vejiga (dependiendo del lugar al que se haya diseminado el cáncer) junto con el cuello uterino, el útero y la vagina. Este procedimiento se llama exenteración y raramente se necesita. A veces es necesaria la cirugía plástica para formar una vagina artificial después de esta operación.³⁰

Además de la histerectomía, el cáncer se puede extraer empleando alguna de las siguientes operaciones:

- La **criocirugía** consiste en la eliminación del cáncer por congelamiento.
- La **cirugía con rayo láser** consiste en el uso de un haz de luz intensa para eliminar células cancerosas.
- La **conización** consiste en la extracción de un pedazo de tejido en forma de cono en el lugar donde se encuentra la anomalía. Se emplea para biopsias, pero también para el tratamiento de cánceres tempranos del cuello uterino.
- La **escisión electroquirúrgica** (LEEP, siglas en inglés) usa una corriente eléctrica que pasa por un aro de alambre delgado, el cual sirve como cuchilla.

3.6.2. Radioterapia. Consiste en el uso de rayos X de alta energía para eliminar células cancerosas y reducir tumores. La radiación puede provenir de una máquina fuera del cuerpo (radioterapia externa) o se puede derivar de materiales que producen radiación (radioisótopos) a través de tubos plásticos delgados que se aplican al área donde se encuentran las células cancerosas (radiación interna). La radioterapia puede emplearse sola o además de cirugía.³¹

3.6.3. Braquiterapia. Algunas veces la radiación de implante se denomina braquiterapia y se refiere al tratamiento en donde se coloca un material radioactivo directamente dentro del cuello uterino. Al colocar la radiación de esta forma, es posible enviar una gran dosis de radiación directamente hacia el cáncer y reducir la radiación a los órganos normales cercanos, como el recto y la vejiga. Durante el procedimiento en la sala de cirugía, se coloca un pequeño dispositivo dentro del cuello uterino y la vagina, que luego se “carga” con cápsulas de radiación mientras la paciente se encuentra en un cuarto con recubrimiento de plomo. El material radioactivo se deja en el sitio durante 1 a 3 días. Este procedimiento puede

30 www.contusalud.com/website/folder/sepa_enfermedades_ca_uterino.htm [online] enero del 2001 3:33.

31 Ibid

realizarse una o dos veces durante el tratamiento. Se da de alta a la paciente cuando se retira el dispositivo del cuello uterino.

Muchos centros administran la radiación de implante a las pacientes ambulatorias mediante el empleo de una técnica con algunas variaciones llamada “braquiterapia con una tasa de dosis altas” (HDR, por sus siglas en inglés). Con este procedimiento, se inserta un dispositivo dentro del cuello uterino y la vagina en el departamento de radioterapia y la paciente permanece con radiación sólo durante 30 minutos a una hora. En general, este procedimiento se repite cada semana cerca de tres a cinco veces en el transcurso del tratamiento. La braquiterapia HDR es una técnica reciente y su disponibilidad es todavía limitada. Los resultados de las primeras experiencias demostraron que la braquiterapia HDR parece ser tan efectiva como la radiación de implante tradicional, pero evita la hospitalización.

El implante intersticial (dentro del tejido) es un método menos común mediante el cual se somete a la paciente a anestesia general para colocar una aguja fina de forma tubular dentro de la lesión cancerosa y el tejido circundante, de manera que se acomode a la forma de la lesión. Estas agujas se “cargan” con láminas radioactivas y, a partir de aquí, se siguen unos pasos similares a los de los implantes.

En la terapia de radiación de implante, la ubicación del dispositivo es crítica para la seguridad y la efectividad del tratamiento. A pesar de que el cáncer cervical recibe las mayores dosis de radiación, los órganos circundantes como el recto y la vejiga también se exponen a parte de ella. Pueden presentarse lesiones causadas por la radiación en el recto, la vejiga o los intestinos y ocasionar dolor o sangrado con la micción o el paso de las deposiciones. Aunque es menos común, algunas pacientes pueden presentar una fístula, que es una conexión anormal entre el recto o la vejiga y la vagina. A veces se requiere una cirugía adicional para reparar las fístulas u otra lesión causada por la radiación.³²

3.6.4. Quimioterapia. Consiste en el uso de medicamentos para eliminar células cancerosas. Puede tomarse en forma de píldoras o se puede depositar en el cuerpo por medio de una aguja introducida en la vena. La quimioterapia se considera un tratamiento sistémico ya que el medicamento es introducido al torrente sanguíneo, viaja a través del cuerpo y puede eliminar células cancerosas fuera del cuello uterino. .³³

32 CHARLES H. Weaver Terapia con radiación para el cáncer de cuello uterino;CancerConsultants.com, last updated 08/02, Authored by.

33 www.ECCCE.com , European consortium for cervical cancer education. Prevención de cáncer de Cervix [online] 23/08/2004 10:23:33

3.6.5. Tratamientos por estadios. Los tratamientos para cáncer cervicouterino dependerán de la etapa en que se encuentra la enfermedad, el tamaño del tumor, la edad y estado de salud general, y el deseo de tener hijos.

Estadio 0 (carcinoma in situ). El tratamiento puede consistir de: cotización, cirugía con rayo láser, procedimiento de escisión electroquirúrgica (LEEP), criocirugía, cirugía para eliminar el área cancerosa, cuello uterino y útero (total abdominal o histerectomía vaginal) para aquellas mujeres que no pueden o no desean tener niños.

Estadio I. El tratamiento depende de la profundidad de invasión del tumor:

I-a: Histerectomía abdominal total, con o sin salpingooforectomía bilateral, cotización, histerectomía radical, con o sin disección de ganglios linfáticos), radioterapia.

I-b: Radioterapia, histerectomía radical ampliada con o sin radioterapia.

Estadio II. El tratamiento depende de la profundidad de invasión del tumor:

II-a: Radioterapia, histerectomía abdominal total, con o sin salpingooforectomía bilateral.

II-b: Radioterapia y ensayos clínicos de nuevas formas de radioterapia/quimioterapia.

Estadio III. El tratamiento podría consistir en:

III-a: Radioterapia.

III-b: Ensayos clínicos de nuevas formas de radioterapia/quimioterapia.

Estadio IV. El tratamiento podría consistir en:

IV-a: Radioterapia y ensayos clínicos de nuevas formas de radioterapia/quimioterapia.

IV-b: Radioterapia para aliviar los síntomas como el dolor y quimioterapia.

❖ **Recidivas:** El tratamiento de la recidiva local podría consistir en:

1. Cirugía para extraer el colon inferior, el recto o vejiga (dependiendo del lugar al que se ha diseminado el cáncer) junto con el cuello uterino, útero y vagina (exenteración).

2. Radioterapia y quimioterapia.

Si el cáncer ha recurrido fuera de la pelvis, se puede optar a una prueba clínica con quimioterapia sistémica.³⁴

Cuadro 1. Conducta según el estado clínico y características de la usuaria.

Reporte anatómo-patológico	Características de la usuaria	Tratamiento
VPH o NIC I	Paciente joven y de fácil seguimiento.	Observación, colposcopia y citología, cada 6 -12 meses.
	Paciente mayor de 30 años, difícil seguimiento.	Métodos destructivos locales.
NIC Alto grado NIC II - NIC III	Paciente joven lesión delimitada, visible en su totalidad y de fácil control.	Crioterapia, vaporización láser, LEEP o LLETZ.
	Paciente joven, lesión extensa y/o que se introduce al canal pero visible su límite superior.	LLETZ mas cubo y legrado endocérnix residual.
		Conización mas legrado endocérnix residual.
	Lesión endocervical sin ver su límite superior.	Conización diagnóstica o terapéutica, legrado endocérnix residual.
	Paciente difícil control, paridad cumplida o perimenopausica o lesión muy extensa.	Histerectomía abdominal ampliada.
	Pacientes con riesgo quirúrgico elevado.	Braquiterapia.
Paciente embarazada.	Observación parto vaginal. Tratamiento 8-12 semanas post-parto.	

Fuente: Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del cáncer de cuello uterino y guía de atención de las lesiones preneoplásicas de cuello uterino.

3.7. CONTROLES

En todos los casos se hará control al mes de iniciado el tratamiento, realizando examen físico general y examen ginecológico para detectar cualquier proceso anormal relacionado con la intervención.

34 www.tuotromedico.com/temas/cancer_uterino.htm [online] 29/05/2005 8:23:33

Los NIC de bajo grado se controlaran a los 6 meses, en la institución donde se realizó la intervención, y debe incluir citología y colposcopia.; posteriormente se realizan controles cada año hasta completar 5 años con citologías negativas y luego continúa con citologías cada 3 años. **Los NIC de alto grado** se controlan cada 6 meses durante los 2 primeros años, mediante examen ginecológico, citología y colposcopia; los controles posteriores se harán cada año hasta completar los 5 años, y si las citologías han sido negativas, se cambiará la frecuencia a cada 3 años.³⁵

3.8. DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE CÉRVIX

El programa de detección temprana para el cáncer cervicouterino, es el conjunto de actividades que se realizan en todas las instituciones de salud y tiene como objetivo: Identificar oportunamente lesiones preneoplásicas y neoplásicas del cuello uterino, orientar a las mujeres afectadas hacia los servicios de diagnóstico definitivo y definir de manera adecuada y oportuna el tratamiento, tendiente a incrementar las posibilidades de curación y el tiempo de sobrevida. La población beneficiaria de esta norma son todas las mujeres entre 25 y 69 años o las menores de 25 años con vida sexual activa afiliadas a los regímenes contributivo y subsidiado.

Dentro de las actividades de promoción y prevención que más se han implementado a nivel nacional está la toma de la citología o prueba de tamizaje, que tiene por objetivo identificar oportunamente lesiones precancerosas del cuello uterino, orientar a las mujeres afectadas a los servicios de diagnóstico definitivo y definir de manera adecuada y oportuna el tratamiento, tendiente a incrementar las posibilidades de curación y el tiempo de sobrevida.

Características del servicio:

- Atención periódica y sistemática con el propósito de detectar tempranamente el cáncer de cuello uterino e iniciar el tratamiento oportuno de las lesiones evitando complicaciones.
- Debe ser realizada anualmente a partir de los 25 años, o antes si hay inicio de vida sexual activa.
- Hay que tener en cuenta que la citología cérvico uterina no es diagnóstica, sino sugestiva e identifica a las mujeres sospechosas de tener cáncer de cuello uterino y a las que muy seguramente están libres de él. Indica qué mujeres deben acceder a los servicios de diagnóstico definitivo.

³⁵ MINISTERIO DE SALUD Dirección general de promoción y prevención, Op.cit.

Incluye:

- Evaluación de los factores de riesgo predisponentes para cáncer de cuello de útero.
- Evaluación de factores de riesgo cardiovascular.
- Evaluación de peso, talla y tensión arterial.
- Realización de examen manual de seno y educación para autoexamen.
- Toma, lectura y procesamiento de citología cérvico uterina.
- Información y orientación de acuerdo con el resultado del examen y a las condiciones particulares de cada usuaria.
- Servicio prestado por enfermera con remisión a especialista según el resultado.³⁶

3.9. FACTORES DE RIESGO

Un factor de riesgo es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de que una persona adquiera o desarrolle una enfermedad. En el caso de los diferentes tipos de cáncer, se tienen diferentes factores de riesgo. Por ejemplo, la exposición sin protección a los rayos solares es un factor de riesgo para el cáncer de piel, y el fumar es un factor de riesgo para el cáncer de pulmón, laringe, boca, faringe, esófago, riñones, vejiga urinaria y otros órganos. Tener un factor de riesgo, incluso varios, no significa que se tenga que padecer la enfermedad. Mucha gente con uno o más factores de riesgo por ejemplo para el cáncer, nunca desarrolla cáncer, mientras que otros con esta enfermedad, no tienen los factores de riesgo. Es importante, sin embargo, conocer los factores de riesgo, para poder cambiar los estilos de vida o poder elegir una prueba de detección precoz para detectar un probable cáncer.

En algunos casos se ha comprobado que existen factores que favorecen la aparición del cáncer de cuello de útero. Los más importantes son: infección con el Virus Papiloma Humano (HPV), hábito de fumar, antecedentes de enfermedades de transmisión sexual, el comienzo de las relaciones sexuales a edades tempranas, la multiplicidad de parejas sexuales, uso prolongado de anticonceptivos orales y múltiples partos, entre otros.

3.9.1. La Infección con virus del papiloma humano (HPV). Es el factor de riesgo más importante para el cáncer del cuello uterino, entendiéndose que para que una mujer contraiga el cáncer cervicouterino tiene que haberse infectado antes con este virus. Los HPV son un grupo de más de 100 tipos de virus

³⁶ www.compensar.com/esp/salud. Promoción y Prevención / Detección temprana de cáncer de cérvix. (Toma de citología) [Online] 25 de mayo 2005.

llamados papilomavirus; este se divide en varios tipos: *de bajo grado* 6, 11, 42, 44 que no provocan alteraciones carcinogénicas; *de alto grado* 16, 18, 31, 33, 35 que provocan cáncer cervicouterino. Estos tipos de virus producen proteínas oncogénicas E6, E7 que provoca la proteólisis del gen supresor tumoral P53.³⁷ Estos originan lesiones que se caracteriza por condilomas o verrugas planas que proliferan a nivel del cérvix y que tienden a provocar un tipo de ulceración que no cicatriza y que invade otros tejidos. Otros tipos de HPV causan diferentes modalidades de verrugas en distintas partes del cuerpo, algunos de estos tipos causan verrugas comunes en las manos y los pies, mientras que otros tienden a causar verrugas en los labios o la lengua y ciertos tipos de HPV (6 y 11) pueden infectar los órganos genitales femeninos y masculinos, así como el área del ano, en donde se manifiesta con verrugas planas (condiloma acuminado) poco visibles, las cuales en ocasiones pueden extenderse varias pulgadas. Estos tipos de HPV se transmiten de una persona a otra durante el contacto sexual.

En la actualidad no existe cura para la infección con papiloma virus. Sin embargo, las verrugas y el crecimiento anormal de las células causados por estos virus pueden tratarse de forma eficaz. Estos tratamientos pueden destruir las verrugas planas de la cérvix y la vagina y evitar que se conviertan en cáncer. Por lo general, la infección podría desaparecer sin tratamiento, ya que su sistema inmunológico ha tenido éxito en la lucha contra el virus.³⁸

Los cambios precancerosos se diagnostican cuando se encuentran células anormales en las muestras tomadas de una prueba de PAP o una biopsia. La infección con virus del papiloma humano puede causar cambios en las células del cuello uterino, que se pueden reconocer en la prueba de PAP. Ahora se dispone de pruebas nuevas que pueden identificar directamente los HPV al encontrar sus ADN en las células. Muchos médicos están realizando actualmente pruebas de HPV si el resultado de la prueba de PAP es algo anormal (los patólogos se refieren a estos resultados como células escamosas atípicas o ASC, por sus siglas en inglés). Si está presente un tipo de HPV de alto riesgo, realizarán una colposcopia y considerarán realizar tratamiento futuro.³⁹

Ciertos tipos de conductas sexuales aumentan el riesgo de una mujer de contraer una infección con virus del papiloma humano: relaciones sexuales a temprana edad, tener muchas parejas sexuales, tener sexo con hombres que no han sido circuncidados.⁴⁰

37 APGAR BS, Brotzman G. HPV testing in the evaluation of the minimally abnormal Papanicolau smear. Am Fam Physician 1999;59:2794-801.

38 Ibid

39 SELLORS JW, Mahony JB, Kaczorowski J, Lytwyn A, Bangura H, Chong S, et al. Prevalence and predictors of human papillomavirus infection in women in Ontario, Canada. CMAJ 2000;165:503-8.

40 SELLORS JW, LORINCZ AT, Mahony JB, Mielzynska I, Lytwyn A, Roth P, et al. Comparison of self-collected vaginal, vulvar and urine samples with physician-collected cervical samples for human papillomavirus testing to detect high-grade squamous intraepithelial lesions. CMAJ 2000;165:513-8.

3.9.2. Tabaquismo. Existe una relación directa entre el riesgo de lesiones preinvasoras y la duración e intensidad del hábito. En promedio se considera que las fumadoras tienen doble riesgo de lesión intraepitelial con respecto de las no fumadoras. Experimentalmente se ha demostrado la presencia de nicotina, cotinina y otros mutágenos derivados del tabaco, en mujeres fumadoras con lesión intraepitelial. Además, es bien conocido el daño molecular del ADN del tejido cervicouterino en mujeres que fuman. Como si fuera poco, se postula que el tabaco induce un efecto inmunosupresor local. Diferentes estudios han encontrado mutágenos en el moco cervical, algunos a concentraciones muy superiores a las sanguíneas, lo que sugiere un efecto carcinogénico directo,⁴¹ aunque no es posible separar el hecho de las conductas de riesgo para adquirir VPH que se asumen con más frecuencia entre las mujeres fumadoras;⁴² con todo, estudios de gran envergadura no soportan claramente la asociación directa entre tabaquismo y el cáncer del cuello uterino.⁴³

3.9.3. I.T.S: HIV. El virus de inmunodeficiencia humana es el causante del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Debido a que este virus daña el sistema inmunológico del cuerpo, hace que las mujeres resulten más susceptibles a infecciones con virus del papiloma humano, lo que puede aumentar el riesgo de contraer cáncer del cuello uterino. Los científicos opinan que el sistema inmunológico es importante para destruir las células cancerosas, así como para retardar su crecimiento y extensión. En las mujeres infectadas con el virus de inmunodeficiencia humana, un cambio precanceroso del cuello uterino puede transformarse en un cáncer invasivo con mayor rapidez de la normal.⁴⁴

La clamidia es un tipo relativamente común de bacteria que puede infectar el sistema reproductor femenino y que se contrae por contacto sexual. Aunque la infección puede causar síntomas, muchas mujeres no saben que están infectadas a menos que las muestras tomadas en el momento de su prueba de Papanicolaou sean analizadas para este tipo de bacteria.

Algunos estudios recientes indican que las mujeres cuyos resultados de los análisis de sangre indican una infección pasada o actual con clamidia tienen mayor riesgo de cáncer del cuello uterino que las mujeres con un análisis de sangre negativo. Aunque se necesitan más estudios para confirmar este hallazgo,

41 THUN MJ, Apicella LF, Henley SJ. Smoking vs other risk factors as the cause of smoking-attributable deaths: confounding in the courtroom. *JAMA* 2000;284:706-12.

42 HART KW, Williams OM, Thelwell N, Fiander AN, Brown T, Borysiewicz LK, et al. Novel method for detection, typing and quantification of human papillomaviruses in clinical samples. *J Clin Microbiol* 2001;39:3204-12.

43 THUN MJ, op.cit. p. 286.

44 MUNOZ N, Kato I, Bosch FX, Eluf-Neto J, de San Jose S, Ascunce N, et al. Risk factor for HPV detection in middle-age women. *Sex Transm Dis* 1996;23:504-10.

ya hay suficientes razones para prevenir esta infección y tratarla con antibióticos inmediatamente después del diagnóstico. Se sabe muy bien que la infección con clamidia a largo plazo causa inflamación de la pelvis que puede conducir a la infertilidad.⁴⁵

3.9.4. Hábitos alimenticios inadecuados. La dieta es un área muy propicia para una intervención individual y colectiva inmediata, en la disminución del riesgo de padecer algún tipo de cáncer. Numerosos estudios proporcionan un caudal de información, a menudo contradictoria, sobre los factores perjudiciales y protectores con que cuentan los diferentes alimentos. Existe una evidencia convincente de que el exceso de grasa corporal incrementa en forma sustancial el riesgo de manifestar muchas clases de cáncer.

Aunque mucha de la información nutricional en relación al cáncer está en contra de las dietas ricas en grasas, el verdadero culpable puede ser el exceso de las calorías. Los estudios demuestran que existe una pequeña relación, si acaso la hay, entre la grasa corporal y la composición de grasa en la dieta. Estos estudios señalan que el consumo de un exceso de calorías proveniente tanto de las grasas como de los carbohidratos producen el mismo resultado del exceso de grasa en el organismo. La forma ideal para evitar el exceso de grasa en el organismo es limitar el consumo de calorías, y/ o equilibrar el consumo calórico con bastante ejercicio. No obstante, es importante limitar el consumo de grasas, puesto que las evidencias aún apoyan la relación que existe entre el cáncer y las grasas poliinsaturadas, saturadas y animales.

Los estudios muestran de manera específica que un alto consumo de carnes rojas y productos lácteos puede incrementar el riesgo de padecer ciertos tipos de cáncer. Como estrategia para cambiar de forma positiva los hábitos alimenticios, puede reemplazar las carnes rojas por el pollo, el pescado, las nueces y las legumbres.⁴⁶

3.9.5. Píldoras anticonceptivas. Hay evidencia de que el uso de píldoras anticonceptivas por períodos prolongados aumenta el riesgo de cáncer del cuello uterino, ya que las hormonas influyen en la aparición del virus de papiloma humano. En algunas investigaciones se ha indicado una relación entre el uso de las píldoras anticonceptivas durante cinco o más años y un aumento en el riesgo de cáncer del cuello uterino. En un estudio que se publicó el 27 de marzo del año 2002 en la revista *The Lancet*, el Doctor Rolando Herrero, investigador principal

45 ANTTILA T, Saikku P, Koskela P, Bloigu A, Dillner J, Ikaheimo I, et al. Serotypes of *Chlamydia trachomatis* and risk of development of cervical squamous cell carcinoma. *JAMA* 2001;285:47-51.

46 www.patient.cancerconsultants.com/ , Prevención del cáncer de útero1025 [Online] 15 de mayo 2005.

del Proyecto Epidemiológico Guanacaste, explica que “se ha demostrado, en experimentos con ratones, que las hormonas influyen en la expresión del virus.”⁴⁷

Tras estudiar a 1.561 mujeres con presencia del VPH, los científicos encontraron que aquellas que utilizaron pastillas anticonceptivas durante más de cinco años triplicaron su riesgo de desarrollar el cáncer. Cuando el periodo de uso de anticonceptivos era de más de 10 años, el riesgo llegaba a cuadruplicarse, no obstante, advierte que estos datos no significan que se deban dejar de utilizar los anticonceptivos orales, pues este estudio se realizó en mujeres que en promedio tenían 45 años, por lo tanto, los anticonceptivos que ellas utilizaron, no son los de ahora; los actuales tienen una menor dosis de hormonas.”⁴⁸.

3.9.6. Embarazos múltiples. 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.⁴⁹ A pesar de no existir ninguna explicación definitiva para este fenómeno, se cree que la inmunosupresión del embarazo o su influjo hormonal aumentan la susceptibilidad a la infección por VPH;⁵⁰ además se ha demostrado cómo la presencia de uno o más partos antes de los 22 años cuadruplica el riesgo de neoplasia del cuello uterino y las mujeres con uno o más partos vaginales tienen un riesgo 70% mayor de lesión intraepitelial, comparadas con aquellas que sólo tuvieron partos por cesárea. La razón para esta asociación es el traumatismo repetido del cuello en el momento del parto⁵¹.

3.9.7. Menarquia precoz. La menarquia precoz se considera una alteración en los niveles estrogénicos los cuales están por encima de lo normal en edades poco habituales como es el caso de las niñas que se encuentran entre los 9 años o menos rango edad. Esta condición se relaciona con un proceso de engrosamiento de las paredes vaginales y proliferación de células poco diferenciadas que dan origen a una hiperplasia cervicouterina. Además, cuando la mujer se desarrolla a temprana edad generalmente inicia las relaciones precozmente y esto implica la aparición de múltiples compañeros sexuales, con el consiguiente riesgo dado por estas. Se ha demostrado también que en la adolescencia el tejido cervicouterino es más susceptible a la acción de los carcinógenos, y de hecho, si existe un

⁴⁷www.fundacancer.com/main.php?subaction=showfull&id=1095719667&archive=&cnshow=headlines&start_from=&ucat=& . La Nación Sabado 25 de Mayo del 2002.

⁴⁸ Ibid

⁴⁹ CASTAÑEDA-Iñiguez MS, Toledo-Cisneros R, Aguilera-Delgadillo M. Factores de riesgo para cáncer cervicouterino en mujeres de Zacatecas. Salud Pública Méx 1998;40:330-8.

⁵⁰ MUÑOZ N, FRANCESCHI S, Bosetti C, Moreno V, Herrero R, Smith JS, et al. Role of parity and human papillomavirus in cervical cancer: the IARC multicentric case-control study. Lancet 2002;359:1093-101

⁵¹ CASTAÑEDA, op.cit. p. 337

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.⁵²

3.9.8. Antecedentes familiares de cáncer del cuello uterino. Algunos estudios indican que las mujeres cuyas madres o hermanas han tenido cáncer del cuello uterino tienen mayores probabilidades de contraer la enfermedad. Algunos investigadores sospechan que esta tendencia familiar es causada por una condición hereditaria que hace que las mujeres sean menos capaces de luchar contra la infección con HPV que otras.⁵³

3.10. PRACTICAS PARA DISMINUIR FACTORES DE RIESGO DEL CANCER CERVICOUTERINO

Las prácticas para disminuir los factores de riesgo para cualquier tipo de enfermedad son todas aquellas actividades aprendidas por las personas en su proceso de socialización, orientadas hacia un objetivo, en este caso, preservar la vida. Son conductas que aparecen en situaciones concretas de la vida y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo; es una actividad en beneficio de la vida, salud o bienestar logrando así la prevención de enfermedades y el mantenimiento de la salud; esto se puede lograr a través de acciones concretas como:⁵⁴ que las personas cuiden de si mismas, que las familias se colaboren entre si, que haya respaldo y solidaridad entre los miembros de una comunidad, que las políticas de salud motiven a los individuos a asumir mayor responsabilidad frente a su salud, que los profesionales de la salud orienten y estimulen a las personas a cooperar con ellos en el fomento de la salud.

Estas acciones preventivas son indispensables para la vida de las personas y por ende para la sociedad ya que involucran líneas de crecimiento en las que toda persona debe trabajar cotidianamente para tener un desarrollo armónico y equilibrado. Estas líneas de crecimiento que propician un desarrollo integral se relacionan con la dimensión emocional, física, estética, intelectual y trascendental del ser, a través del desarrollo de las habilidades afectivas, cognoscitivas y sociales; debe ser una filosofía de vida y una responsabilidad individual íntimamente ligada a la cotidianidad y a las experiencias vividas de las personas,

52 DE SAN JOSÉ S, Palacio V, Tafur LA, Vázquez S, Espitia VE, Vázquez F, et al. Prostitution, HIV, and cervical neoplasia: a survey in Spain and Colombia. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 1993;2:531-5.

53 CONSENSUS STATEMENT. National Institutes of Health. Consensus Development Conferences statement on cervical cancer *Gynecol oncol*; 66:351,1997.

54 MINISTERIO DE SALUD Discusión General de Promoción y Prevención. Republica de Colombia, Santafé de Bogotá 1995

pero a su vez debe estar fundamentado en un sistema de apoyo formal e informal como es el sistema social y el de salud.⁵⁵

Para efectos del tema de esta investigación se tuvieron en cuenta como prácticas para disminuir los factores de riesgo en el cáncer cervicouterino las siguientes: Evitar tener relaciones sexuales a muy temprana edad, limitar el número de parejas sexuales, evitar las relaciones sexuales con personas que han tenido muchas parejas sexuales. La infección con HPV en los hombres no siempre produce verrugas u otros síntomas, de manera que estos pueden estar infectados y ser la fuente de transmisión para sus parejas que son susceptibles de desarrollar las lesiones por la infección.

3.10.1. Uso del Condón. Su uso se considera una de las prácticas de autocuidado más importantes en la protección contra enfermedades de transmisión sexual.; en el caso de la infección por el HPV hay que tener en cuenta que el condón, disminuyen la posibilidad de padecer cáncer cervicouterino, al parecer por su efecto sobre la transmisión del VPH ya que evita la exposición directa de las lesiones.⁵⁶

3.10.2. No Tabaquismo. Se asocia como práctica de autocuidado el hecho de no fumar debido a que éste ha sido uno de los más implicados en cuanto al desarrollo de cánceres en todas sus dimensiones y localizaciones por los componentes teratogénicos del cigarrillo.⁵⁷

3.10.3. Fidelidad Conyugal. Es considerado como uno de los valores más importantes para la consolidación de una relación de pareja (matrimonio, noviazgo); ya que esto demuestra el amor y el respeto dentro de la pareja, y disminuye el riesgo de adquirir enfermedades de transmisión sexual. Además existe una relación directamente proporcional entre el riesgo de lesión intraepitelial y el número de parejas sexuales. Esta exposición se ha relacionado básicamente con la probabilidad de exposición al VPH.⁵⁸ Por ejemplo, las mujeres solteras, viudas o separadas tienen más riesgo de infectarse por VPH dado que tienen más compañeros sexuales, sea permanente u ocasional.⁵⁹

Cada vez hay más datos que sugieren que una mujer puede correr mayor riesgo debido a las características de su compañero sexual, aunque no satisfaga las condiciones de relaciones sexuales precoces y múltiples compañeros; de hecho, la historia sexual de su compañero podría ser tan importante como la propia. En un estudio realizado se encontró que los maridos de las mujeres que integraban el

55 CILLIER MF. Promover La Vida. Madrid Interamericana, 1993 pag 385

56 BOSCH FX, Lorincz A, Muñoz N, Meijer CJL, Shah KV. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. J Clin Pathol 2002;55:244-65.

57 THUN MJ. Op.cit. p. 714

58 APGAR BS. Op.cit. p. 803

59 HART KW, op.cit. p.3220

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.⁶⁰

Además de lo anterior, una mujer tiene alto riesgo de lesión intraepitelial si sus compañeros sexuales tienen antecedentes de cáncer de pene, y este estuvo casado con una mujer que presentó neoplasia cervical, visita frecuentemente a prostitutas y nunca utiliza condón.⁶¹

3.10.4. Alimentación rica en fibra. Las mujeres con una alimentación rica en fibra (frutas y verduras) pueden disminuir el riesgo de presentar cáncer de cuello uterino y de colon ya que la fibra es un componente alimenticio que permite la formación del bolo fecal facilitando la funcionalidad digestiva. Además el consumo alto de frutas y vegetales se asocia con la reducción del riesgo de exhibir al menos diez diferentes clases de cáncer. Esto puede ser ocasionado por factores protectores en potencia, tales como los carotenoides, el ácido fólico, la vitamina C, los flavonoides, los fitoestrógenos y los isotiocianatos, a los que en conjunto se les conoce como antioxidantes. Existe una evidencia fuerte de que un consumo moderado a alto de alcohol también incrementa el riesgo de padecer ciertos tipos de cáncer. Es posible que una razón para explicar esta relación sea que el alcohol interfiere con la disponibilidad del ácido fólico. El alcohol combinado con el tabaco crea un riesgo aún mayor de padecer ciertos tipos de cáncer⁶²

3.11. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CONCEPTOS Y FACTORES DE RIESGO PARA EL CÁNCER DEL CUELLO UTERINO Y LA CITOLOGIA CERVICOUTERINA

Para esta investigación se define nivel de conocimiento como: la valoración cuantitativa y objetiva de la información correcta sobre los conceptos, factores protectores y de riesgo para el cancer cervico uterino y la citología cervico uterina, mediante el establecimiento de criterios o parámetros de calificación y test de conocimiento que deben responder las encuestadas de la muestra de la población de estudio .

El conocimiento de los factores de riesgo es importante en la medida en que pueden favorecer la adopción de prácticas de autocuidado (factores protectores) que contribuyen en la prevención de enfermedades y en el mantenimiento de la salud, mejorando así la calidad de vida de las mujeres.

60 SCHLECHT NF, Kulaga S, Robitaille J, Ferreira S, Santos M, Miyamura RA, et al. Persistent human papillomavirus infection as a predictor of cervical intraepithelial neoplasia. JAMA 2001;286:3106-14.

61 DE SAN JOSÉ, op.cit. p. 540

62 www.patient.cancer, op.cit.

Para establecer el nivel de conocimiento que tienen las mujeres de la comuna 7 de los estratos 2, 3, 4 y 5 de Neiva sobre el Cáncer cervicouterino y los factores de riesgo asociados, se ha establecido una escala de medición del conocimiento, que permite su clasificación en uno de los tres niveles Alto, Medio y Bajo, según las respuestas correctas que hayan sido marcadas en el instrumento de recolección de la información que consta de 10 preguntas.

4. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

A continuación se presentan las variables seleccionadas para este estudio con sus respectivas definiciones, dimensiones y escalas de medición:

VARIABLES	DEFINICION DE CONCEPTOS	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION
Nivel de conocimiento sobre la definición, factores de riesgo y protectores para el cáncer cervicouterino y la citología cervicovaginal en las mujeres de la comuna 7 de Neiva 2005.	Valoración cuantitativa y objetiva de la información correcta sobre los factores de riesgo para el cáncer cervicouterino y la citología cervicovaginal mediante el establecimiento de criterios o parámetros de calificación y test de conocimiento que deben responder las encuestadas de la muestra .	➤ Cáncer cervicouterino	➤ Definición correcta del Cancer Cervicouterino.	Nominal
		➤ Factores de riesgo para el cáncer cervicouterino.	➤ Identificación de factores de Riesgo para el cancer cervicouterino. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Promiscuidad ▪ Infección por papiloma virus ▪ Uso prolongado de anticonceptivos orales ▪ SIDA y otras ETS ▪ Antecedentes familiares ▪ Hábito de fumar ▪ Mal nutrición ▪ Menarquia precoz ▪ Multiparidad 	Nominal
		➤ Prácticas para disminuir los factores de riesgo para el	➤ Identificación de las practicas para disminuir los factores de riesgo para el cancer cervicouterino	Ordinal

		<p>cancer cervicouterino</p> <p>➤ Citología cervicovaginal:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pareja sexual estable (Fidelidad conyugal). ▪ Uso del condòn ▪ Alimentaciòn rica en fibra ▪ No fumar <p>➤ Importancia</p> <p>➤ Frecuencia (cada año)</p> <p>➤ Requisitos para la toma de citología:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Acudir sin menstruaciòn ▪ No haber tenido relaciones sexuales el dia anterior ▪ No haber utilizado duchas ni tratamientos vaginales el dia anterior. <p>➤ Significado de los posibles resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Normal ▪ Sospechoso ▪ Anormal 	Nominal
--	--	---	--	---------

5. DISEÑO METODOLOGICO

5.1. TIPO DE ESTUDIO

Esta investigación corresponde a un estudio descriptivo transversal porque la medición de cada una de las variables se realiza en un solo momento, es decir, con una medición única e individual para luego integrar las mediciones de cada variable y describir el fenómeno de manera integral y así dar respuesta al interrogante de la investigación. En este caso, se describirá el nivel de conocimiento y las prácticas para disminuir los factores de riesgo del cáncer cervicouterino, que tienen las mujeres de la comuna 7 de los estratos 2, 3, 4 y 5 de Neiva.

5.2. POBLACION Y MUESTRA

La población o universo lo conformaron las mujeres de la comuna 7 de Neiva de los estratos 2, 3, 4 y 5 que se encontraron dentro del rango de edad de 15 a 65 años. Dado que en Neiva, el 61% de la población general lo constituyen mujeres entre 15 y 65 años; se aplicó dicho porcentaje al total de mujeres de la comuna 7, "11346", lo que arrojó un universo de 6.920 mujeres a estudiar.

Para el presente estudio se excluyeron los conjuntos residenciales Casa Blanca, Villa Milena, Altamira, Punta del Este, Casa de Campo, Santa Paula, Altos del Manzanillo; pertenecientes al estrato 6 y los asentamientos Casa Loma y La Juventud (estrato 1). En los primeros no se permitió el ingreso de las investigadoras por presuntos motivos de seguridad; en los segundos, al momento de las visitas, se presentaron hechos que atentaron contra la integridad de quienes iban a recoger la información.

La unidad de análisis o de observación, estuvo constituida por toda mujer entre los 15 y 65 años de edad, residentes en los barrios de la comuna 7, pertenecientes a los estratos socioeconómicos 2, 3, 4 y 5 del área urbana; y la unidad de información la conformaron las mujeres residentes en las viviendas seleccionadas para el estudio. Cuando en la vivienda elegida no había mujeres entre 15 y 65 años, se pasaba a la inmediatamente siguiente en dirección a las manecillas del reloj. En las viviendas donde se encontró más de una mujer entre 15 y 65 años, se seleccionó por sorteo la encargada de suministrar la información.

El cálculo de la muestra se realizó mediante el programa de epiinfo con una frecuencia del 50%, un margen de error del 10% y una confiabilidad o nivel de confianza del 95 % para un total de 92 encuestas. Se utilizó el muestreo probabilístico estratificado, pues la población no es homogénea en su conjunto ya que es grande y dispersa y se subdivide en barrios; pero si hay subconjuntos con características similares; en este caso, los estratos.

Para la selección de la muestra se tomaron los 21 barrios que componen la comuna 7, excluyéndose previamente 9 barrios de los estratos 1 y 6. A esto se llamó **N1 = 12**. Con estos barrios se realizó un mapeo en donde se enumeraron todas las manzanas (250) y a través del muestreo aleatorio simple se seleccionaron las manzanas con las que se trabajó, así mismo se tuvo en cuenta que los barrios más grandes tuvieran mayor representación en la selección de las manzanas (como se muestra en el cuadro 1); a lo anterior se le llamó **N2 = 92**.

Cuadro 2. Número de viviendas y encuestas por barrios de la Comuna 7 de Neiva.

BARRIO	# VIVIENDAS	# ENCUESTAS
La Gaitana	431	11
Calixto Leiva	342	9
Buena Vista	206	2
Jorge E Gaitán	400	8
Obrero	513	13
Ventilador	520	19
San Martín de Porres	373	16
Las Brisas	335	3
Ipanema	302	4
La Gaitana II	180	2
La Floresta	180	2
Prado Alto	203	3

Una vez escogidas las manzanas se procedió a la selección de las viviendas (una por cada manzana), que cumplieran con los requisitos del estudio descritos anteriormente; y de esta manera se realizó el trabajo de campo.

5.3. METODO, TECNICA E INSTRUMENTO.

Como método se utilizó la encuesta, con un conjunto de estímulos o preguntas acerca de conocimientos y prácticas de autocuidado relacionadas con cáncer cervicouterino. Las opciones de respuesta fueron cerradas, con el fin de facilitar la tabulación y ahorrar tiempo.

La técnica utilizada fue el cuestionario auto diligenciado; en el que las investigadoras presentaron por escrito las preguntas cuyo contenido fue determinado con base en los objetivos del estudio. Una ventaja de esto; es que se reducen los sesgos ocasionados por la presencia del investigador.

Para la realización del instrumento se tuvo en cuenta lo establecido en la operacionalización de las variables y los objetivos del estudio, utilizándose un test con preguntas dicotómicas y de selección múltiple sobre la definición de cáncer cervicouterino, los factores de riesgo y las prácticas para disminuir los factores de riesgo del cáncer cervicouterino. También se indagó acerca de la importancia y la frecuencia de la citología cervicovaginal, las personas que deben tomársela, los requisitos para el examen y el significado de los posibles resultados. Dicho test constó de 31 preguntas, de las cuales 11 correspondieron a prácticas para disminuir los factores de riesgo y las otras 20 al nivel de conocimiento sobre definición de cáncer cervicouterino, factores de riesgo y practicas para disminuir los factores de riesgo para el cáncer cervicouterino y citología cérvico vaginal (Ver anexo No.1). El instrumento fue validado al aplicarlo al 10% de la muestra (9 mujeres), con base en esto, se replantearon algunas preguntas por limitaciones en su comprensión y se delimitó la población.

El nivel de conocimiento en general se catalogó en alto, medio y bajo, de acuerdo al número de respuestas correctas así:

ALTO: entre 17 y 20 lo que equivalía a un porcentaje del 85 al 100%
MEDIO: entre 12 y 16 lo que equivalía a un porcentaje entre el 60 y 84%
BAJO: entre 1 y 11 lo que equivalía a un porcentaje menor del 59%.

Para evaluar el conocimiento de los factores de riesgo se formularon 9 preguntas y se estableció una escala según el número de respuestas correctas así:

ALTO: Entre 8 y 9 lo que equivalía a un porcentaje del 85 y 100%
MEDIO: Entre 5 y 7 lo que equivalía a un porcentaje del 60 y 84%
BAJO: Entre 1 y 4 lo que equivalía a un porcentaje Menor del 50%

Para evaluar el conocimiento sobre las prácticas para disminuir los factores de riesgo para el cáncer cervicouterino se formularon 4 preguntas y se estableció una escala según el número de respuestas correctas así:

ALTO: Cuando conoce las 4 prácticas lo que equivale a un 100%
MEDIO: Cuando conoce solo tres prácticas lo que equivale a un 75%
BAJO: Cuando conoce de 1-2 prácticas lo que equivale a un porcentaje menor del 50%

Para evaluar el conocimiento sobre la citología cervicouterina en cuanto a frecuencia, importancia, requisitos y posibles resultados, se formularon 4 preguntas y se estableció una escala según el número de respuestas correctas así:

ALTO: Cuando conoce los 4 aspectos fundamentales sobre citología cervicouterina lo que equivale al 100%.

MEDIO: Cuando conoce solo tres aspectos sobre citología cervicouterina lo que equivale a un 75%.

BAJO: Cuando conoce de 1-2 aspectos sobre citología cervicouterina lo que equivale a un porcentaje menor del 50%.

5.4. ETICIDAD DEL ESTUDIO

En la ejecución del proyecto de investigación se tuvo en cuenta principios éticos como el derecho a la privacidad mediante la no divulgación de la identidad de las mujeres sujetos de estudio, también se tuvo en cuenta el consentimiento informado voluntario de manera verbal, puesto que se les explicó en forma clara la intención de la investigación dando libertad para que la persona tomara la decisión de participar o no en ella.

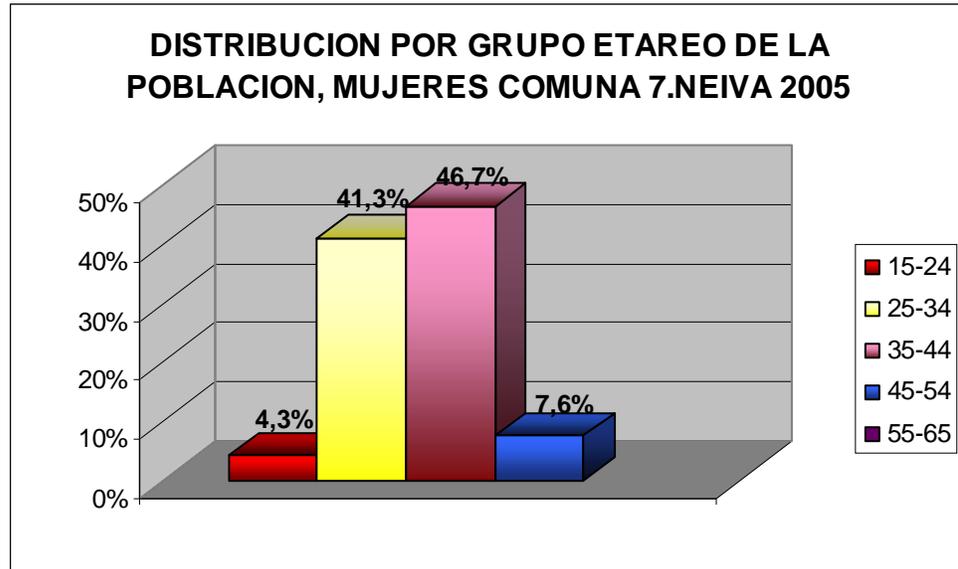
En cuanto a la relación con esta población se tomó a las mujeres como un ser integral en su dimensión, física, social y psicológica en donde la actitud hacia la paciente fue de comprensión y nunca agresión, y así se permitió que se expresara en forma espontánea los datos que se requerían de una manera libre y cuando fue necesario, orientando de ésta manera las preguntas hacia aspectos de interés acordes a los objetivos de la investigación.

Los resultados de esta investigación se utilizaron con fines académicos e investigativos y en beneficio de la población sujeto de estudio ya que una vez realizada la encuesta se aprovechó para impartir educación sobre el tema aclarando así las dudas que surgieron.

5.5. PLAN DE TABULACION Y ANALISIS DE LOS DATOS

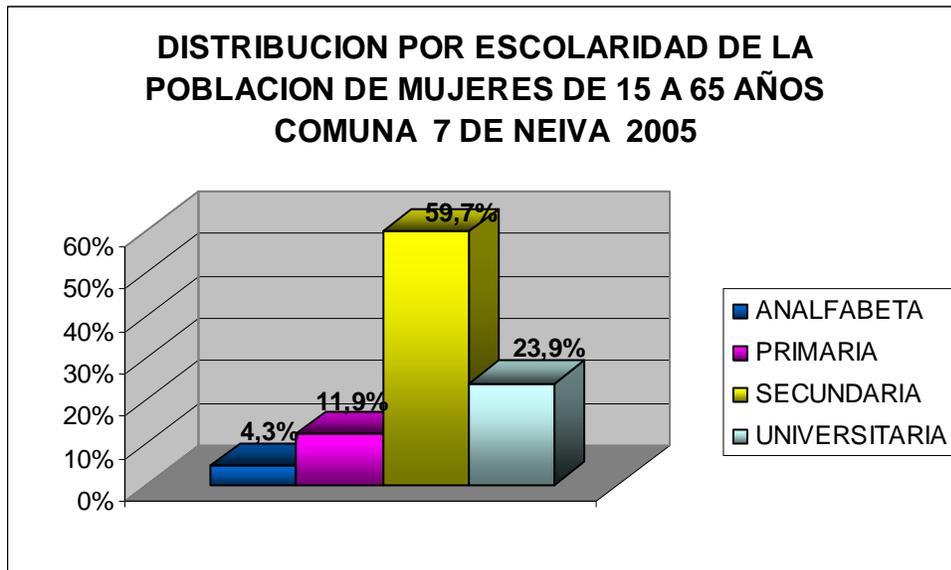
Para llevar a cabo el análisis de los resultados se empleo la estadística de tipo descriptiva, la cual permite describir el nivel de conocimiento en cuanto a la definición, factores de riesgo, prácticas para disminuir los factores de riesgo del cáncer cervicouterino y la citología cervicovaginal; además se utilizó como indicador para el análisis el porcentaje, permitiendo de esta forma un análisis fácil de realizar y entender.

GRAFICA 1.



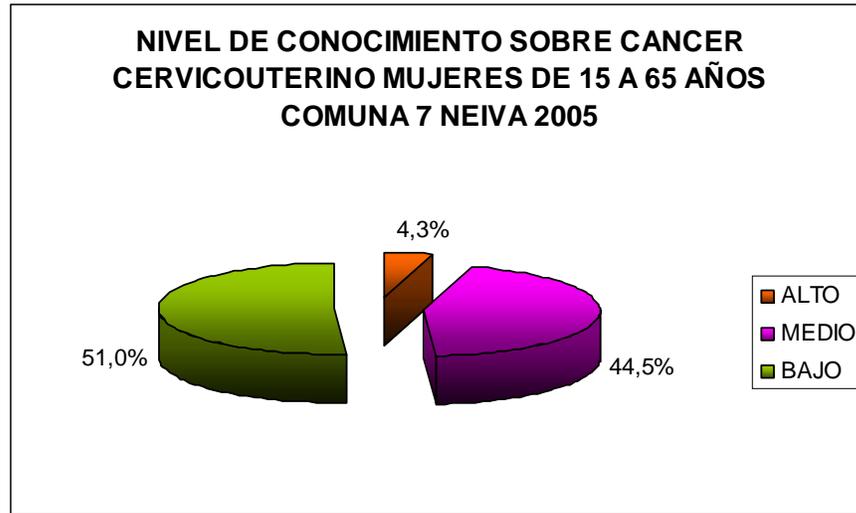
Como se observa en la gráfica No 1 el grupo etáreo con mayor representación dentro de las mujeres de la muestra son las de 35-44 años de edad con un 46.7% y en menor proporción las mujeres ubicadas en el rango de edad de 15-14 años de edad con un 4.3%

GRAFICA 2.



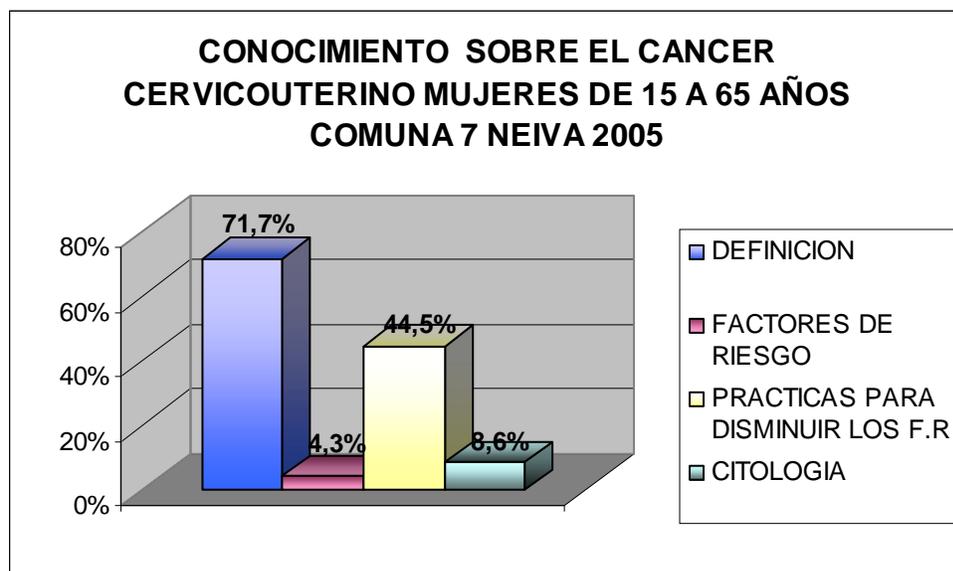
En la gráfica 2 se observa que el 59.7% de la muestra tienen un nivel de escolaridad de secundaria, siendo estas mujeres el grupo más representativo de la muestra.

GRAFICA 3.



En la gráfica 3 se puede observar que más de la mitad (51%) de las mujeres entre 15-65 años de edad de la comuna 7 de Neiva, tienen un nivel de conocimiento bajo sobre el cáncer cervicouterino encontrándose mayor representación de estas mujeres entre el rango de edad de 35-44 años (ver anexo tabla No1). Si se suman los porcentajes de mujeres con nivel de conocimiento medio y bajo se obtiene que el 95.5% se ubican en estos rangos y que solo el 4.3% tienen un nivel de conocimiento alto con mayor representación de las mujeres entre los 25-34 años perteneciendo al grupo de escolaridad más alto de la muestra (universitarias). (ver anexo tabla No. 2); por lo cual se puede suponer que a mayor nivel de escolaridad, mejores son los conocimientos.

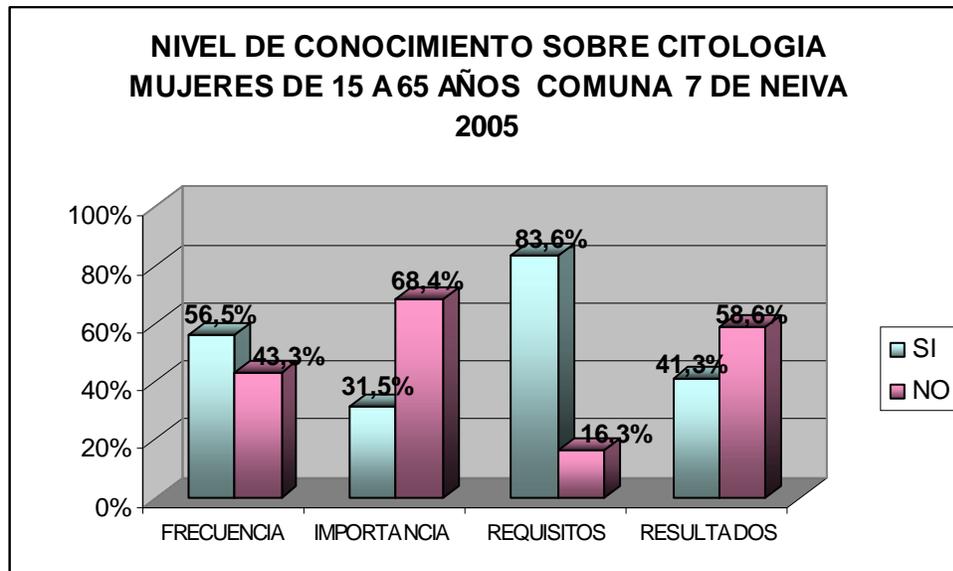
GRAFICA 4.



En la gráfica No. 4 se aprecia que el 71.7% de las mujeres de la muestra conocen sobre la definición del cáncer cervicouterino, encontrándose que son las mujeres de edades extremas (15-24 y de 45-54 años) las que más conocen sobre el tema (ver anexo tabla No. 4). Lo anterior, posiblemente se debe a que estas mujeres se encuentran ubicadas en los grupos de escolaridad más altos como universidad y secundaria (ver anexo tabla No.3); teniendo de esta manera mejor acceso a la información de tipo científico. En cuanto al conocimiento sobre las prácticas que disminuyen los factores de riesgo se observa que el 44.5% de las mujeres de la muestra reconocen dichas prácticas sin embargo, sólo el 4.3% de la población conocen los factores de riesgo (ver anexos tablas 5 a 8); esto debido tal vez a que en la información que obtienen estas mujeres sobre el cáncer cervicouterino no se hace énfasis en los factores de riesgo.

Finalmente es importante recalcar que solo el 8.6% de la población tienen un conocimiento sobre todos los aspectos relacionados con la citología cervicovaginal (anexos tablas 9 y 10), demostrando así que probablemente la educación que se imparte durante la toma de la citología no es lo suficientemente clara o adecuada lo cual puede ser un aspecto a resaltar en cuanto al papel que desempeña el profesional de salud con la educación impartida.

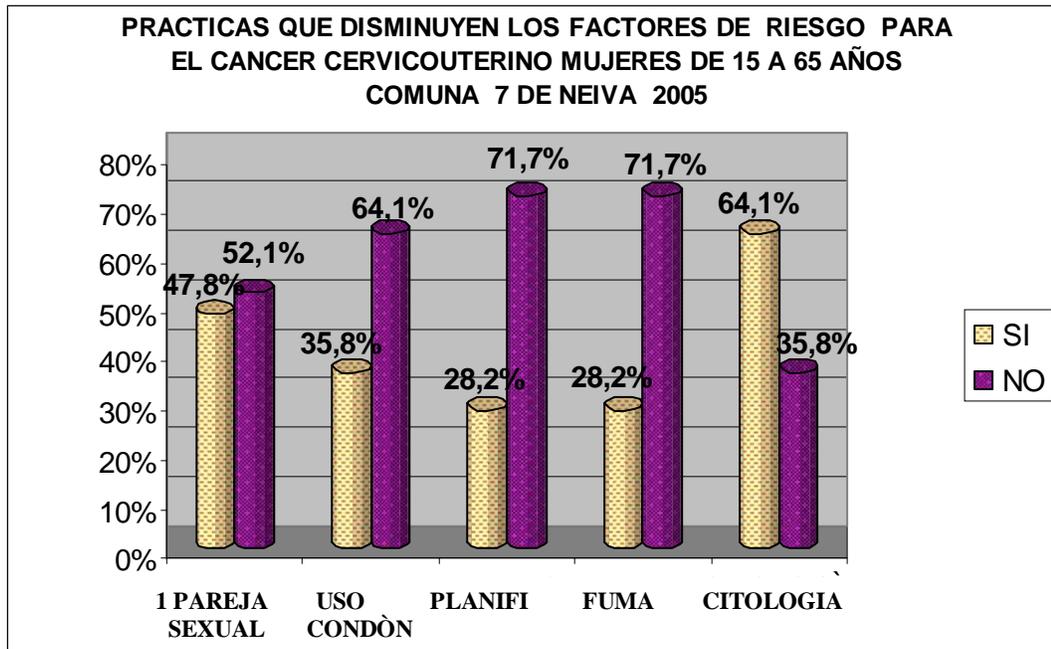
GRAFICA 5.



Teniendo en cuenta que el nivel de conocimiento sobre citología fue del 8.6% como se mostró en la gráfica anterior, se observa en la gráfica No 5, que dichas mujeres conocen más sobre la frecuencia con un 56.5% y sobre los requisitos con un 83.6%. De la anterior situación se puede suponer que no conocen sobre los otros aspectos de la citología que contemplan la importancia y los resultados con

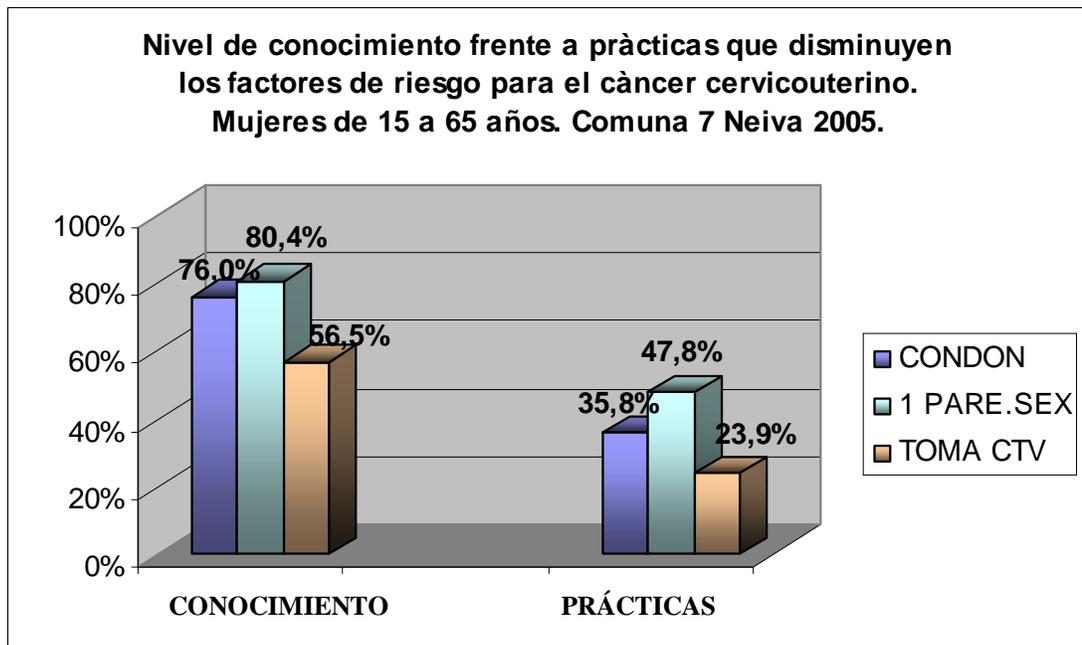
un 68.4% y un 58.6% respectivamente (anexos tablas 11 y 12), a lo mejor porque no se profundiza en esta información o porque tal vez no se dan a conocer en el momento de dar la educación.

GRAFICA 6.



En la gráfica No 6 se puede observar que el 71.6% de las mujeres de la muestra no planifican con anticonceptivos orales o no han planificado por más de 5 años con éste método, lo que es considerado como una práctica para disminuir los factores de riesgo para el cáncer; de igual manera se observa también que un mismo porcentaje de la población (71.7%) no tiene el hábito de fumar, y el 64.1% tiene la práctica de la toma de la citología anual siguiendo de esta manera el esquema propuesto por el Ministerio de Salud; lo que indica que parte de la muestra adopta algunas prácticas para disminuir los factores de riesgo para el cáncer cervicouterino; sin embargo el 35.8% de la muestra no siguen este esquema; además el 64.1% de la muestra no usa condón al tener relaciones sexuales y el 52.1% han tenido más de una pareja sexual (ver anexo tablas 13 y 14); de lo anterior vale la pena resaltar que son precisamente estos dos factores los más implicados en el desarrollo del cáncer cervicouterino y en la transmisión de ITS, siendo estas prácticas para disminuir los factores de riesgo del cáncer cervicouterino las que menos practican.

GRAFICA 7.



En la gráfica 7 se observa que las mujeres de la muestra tienen buenos conocimientos de las prácticas para disminuir los factores de riesgo del cáncer cervicouterino, sin embargo no lo practican, lo que llama la atención ya que se espera que si tienen los conocimientos debieran adoptarlos y llevarlos a la práctica.

5.6. DISCUSIÓN

El presente estudio permitió identificar el nivel conocimiento sobre el cáncer cervicouterino en un grupo de 92 mujeres entre los 15 y 65 años de edad pertenecientes a la comuna 7 de Neiva de los estratos socioeconómicos 2,3,4 y 5 en donde se obtuvieron los siguientes datos:

El grupo etáreo con mayor representación dentro de las mujeres de la muestra fueron las de 35-44 años de edad con un 46.7%, dato que llama la atención, ya que en este rango de edad las mujeres tienen mayor probabilidad de desarrollar el cáncer cervicouterino; por otro lado el grado de escolaridad mas representativo fue secundaria con un 59.7% de la muestra.

En cuanto al nivel de conocimiento, se obtuvo que más de la mitad (51%) de las mujeres entre 15-65 años de edad de la comuna 7 de Neiva, tuvieron un nivel de conocimiento bajo sobre el cáncer cervicouterino, encontrándose mayor representación de estas mujeres entre el rango de edad de 35-44 años, lo cual es de suma importancia resaltar, ya que son justamente estas mujeres las que se encuentran en el grupo etáreo mas afectado por esta patología, además, si a esta situación se le suma el hecho de que desconocen sobre el tema, se puede decir, que aumenta su vulnerabilidad; y solo el 4.3% tuvieron un nivel de conocimiento alto con mayor representación de las mujeres entre los 25-34 años que pertenecieron al grupo de escolaridad más alto de la muestra (universitarias); por lo tanto los resultados de las diferentes variables evaluadas son en su mayoría congruentes con lo que se supone acerca de que a mayor escolaridad mayor nivel de conocimiento. Así mismo, el 71.7% de las mujeres de la muestra conocen sobre la definición del cáncer cervicouterino. En cuanto al conocimiento sobre las prácticas que disminuyen los factores de riesgo se observó que el 44.5% de las mujeres de la muestra conocen estas prácticas; sin embargo sólo el 4.3% de la población conocen los factores de riesgo; siendo esta una situación que vale la pena resaltar, ya que es de suma importancia que las mujeres conozcan los factores de riesgo para que adopten dentro de su estilo de vida practicas que los disminuyan.

En cuanto al nivel de conocimiento que tuvieron estas mujeres sobre citología se encontró que solo el 8.6% de la población conocen sobre todos los aspectos relacionados con la citología cervicovaginal, demostrando así que probablemente la educación que se imparte durante la toma de la citología no es lo suficientemente clara o adecuada; lo cual puede ser un aspecto a resaltar en cuanto al papel que desempeña el profesional de salud con la educación impartida. Con relación a los aspectos específicos de la citología se observó que conocen más sobre la frecuencia con un 56.5% y sobre los requisitos con un 83.6%; esto quizás porque las mujeres a través de la toma de la citología han logrado interiorizar esta información. Es así como también se observó que estas mujeres no conocen sobre los otros aspectos de la citología en donde se

contemplan la importancia y los resultados con un 68.4% y un 58.6% respectivamente, esto debido talvez a que en la información que reciben generalmente se les dice que el resultado salió “normal o anormal” y no se les explica como interpretar dichos resultados, aspecto que se debe tener en cuenta para reforzar la educación impartida sobre estos aspectos.

En lo referente a las prácticas que llevan estas mujeres se observó que el 71.6% de la muestra no planifican con anticonceptivos orales o no han planificado por más de 5 años con éste método, lo que es considerado como una práctica para disminuir los factores de riesgo para el cáncer cervicouterino, ya que según el doctor Rolando Herrero en su investigación muestra que la terapia hormonal influye en la expresión del virus del papiloma acelerando así la aparición del cáncer cervicouterino⁶³; sin embargo, esta práctica que las favorece puede haber sido adoptada conciente o inconcientemente de que es un factor protector, debido a las concepciones culturales o circunstanciales. Se observó también que un mismo porcentaje de la población (71.6%) no tiene el hábito de fumar, y el 64.1% tiene la práctica de la toma de la citología anual siguiendo de esta manera el esquema propuesto por el Ministerio de Salud⁶⁴; sin embargo el 35.8% de las mujeres no siguen el esquema indicado para la citología, o no se la toman posiblemente relacionado con los tabúes y concepciones moralistas que tienen las mujeres en cuanto a exponer sus genitales a otra persona, situación que produce en ellas vergüenza impidiendo de esta manera la realización de esta prueba⁶⁵.

Por lo anterior se puede decir, que gran parte de la muestra adopta algunas prácticas para disminuir los factores de riesgo para el cáncer cervicouterino sea conciente o inconcientemente; no obstante, el 64.1% de la muestra no usa condón al tener relaciones sexuales, considerándose lo anterior como una conducta de riesgo para la adquisición de ITS y en este caso para el papiloma virus, el cual se ha convertido en un problema de mucha importancia para las políticas de salud, debido a que no se ha encontrado una cura para este; sin embargo; actualmente existe una investigación dirigida por el Dr. Manuel Elkin Patarroyo cuyos esfuerzos se han centrado en la búsqueda de una vacuna para los serotipos del VPH 16 y 18, causantes del cáncer cervicouterino que se espera sea comprobada su utilidad y efectividad en los próximos años.^{66 - 67} El no uso del condón en esta población se deba quizá, al hecho de creer tener una pareja sexual estable o por el predominio del machismo a nivel regional, que concibe el uso del condón como una actitud de desconfianza por parte de su pareja, o por que creen que se pierde sensibilidad al usarlo.

63 www.fundacancer, op.cit.

64 MINISTERIO DE SALUD Direccìon, Op.cit

65 www.tone.udea.edu.co/revista. Citología vaginal mirada desde las mujeres. [online]Noviembre 2002

66 www.vertice200, op.cit.

67 APGAR BS, op.cit. p. 815

Por otro lado, el 52.1% de la muestra han tenido más de una pareja sexual, lo que según la revisión bibliográfica que se hizo para este estudio se considera como un factor de riesgo, ya que plantea que existe una relación directamente proporcional entre el riesgo de lesión intraepitelial y el número de parejas sexuales. Esto se ha relacionado básicamente con la probabilidad de exposición al VPH ⁶⁸

Por último se observó que las mujeres de la muestra tienen buenos conocimientos de las prácticas para disminuir los factores de riesgo del cáncer cervicouterino; pero a pesar de esto no lo practican, esta situación se podría explicar desde el punto de vista del entorno cultural en el que se han desarrollado dichas mujeres, en donde el valor del cuidado de la salud no es interiorizado como guía de sus practicas cotidianas.

68 Ibid

6. CONCLUSIONES

- ❖ El nivel de conocimiento de las mujeres de la comuna 7 de Neiva (estratos 2, 3, 4 y 5) sobre la definición, los factores protectores y de riesgo para el Cáncer Cervicouterino es bajo, esta es una situación que las pone en desventaja y las hace más vulnerables para la aparición del cáncer cervicouterino.
- ❖ Aunque las mujeres de la muestra tienen algunos conocimientos sobre las prácticas que disminuyen los factores de riesgo para padecer cáncer cervicouterino como la toma de la citología, el uso del condón, el tener una pareja sexual, y el no planificar con anticonceptivos orales; solo un 71.7% de estas mujeres incorporan las prácticas de no planificar con anticonceptivos orales y no fumar de manera consciente o inconsciente, dentro de sus estilos de vida; sin embargo la mayoría de las mujeres no llevan a la práctica estos conocimientos ya que el 64.1% no usa el condón al tener relaciones sexuales y el 52.1% han tenido más de una pareja sexual.
- ❖ El conocimiento que tienen las mujeres de la comuna 7 de Neiva (estratos 2, 3, 4 y 5) en lo referente a la citología cervicovaginal para la prevención del Cáncer Cervicouterino es muy bajo, a pesar de que más de la mitad de las mujeres tienen conocimiento con respecto a los requisitos y frecuencia de esta prueba. Es por esto que se considera que la información impartida durante la toma de la citología debe ser clara y más específica con relación a los resultados y la importancia, ya que fueron los aspectos que menos conocieron.

7. RECOMENDACIONES

- ❖ Realizar estudios complementarios para saber más a fondo cual es la información que se le está brindando a la paciente en el momento de la toma de la citología.
- ❖ Educar a las mujeres sobre cuál es la importancia de la citología, sus resultados y los factores de riesgo del cáncer cervicouterino.
- ❖ Indagar sobre los factores socioculturales que inciden en la no realización de las prácticas que disminuyen los factores de riesgo para el cáncer cervicouterino.
- ❖ Sensibilizar a las empresas de salud acerca del valor de la prevención primaria como estrategia útil para producir cambios positivos en el estilo de vida de las mujeres, dando a conocer la importancia de la citología y la interpretación de los resultados; ya que son estas entidades las responsables de la disminución del cáncer cervicouterino, a través de brindar información teniendo que sea lo suficientemente clara y concreta.
- ❖ Medir el impacto educativo en la comunidad, para replantear los programas impartidos por las instituciones de Salud.
- ❖ Evaluar las estrategias de demanda inducida y adherencia al programa de detección precoz del cáncer cervicouterino de las diferentes entidades de Salud.

BIBLIOGRAFÍA

AMERICAN CÁNCER SOCIETY. Guías de atención del cáncer [Online].New york 2004 [citado Marzo 2004] www.cancer.org

ANTTILA T, SAIKKU P, KOSKELA P, BLOIGU A, Dillner J, Ikaheimo I, et al. Serotypes of Chlamydia trachomatis and risk of development of cervical squamous cell carcinoma. JAMA 2001.

APGAR BS, Brotzman G. HPV Testing in the evaluation of the minimally abnormal Papanicolau smear. Am Fam Physician 1999.

BIBLIOMED. Desarrollan Vacuna Contra Cáncer De Cuello Uterino. [Online] Dic. 2000 [citado Abril 2005] www.vertice2000.com

BOSCH FX, Lorincz A, Muñoz N, Meijer CJL, Shah KV. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. J Clin Pathol. 2002.

CANADIAN Task Force. Cervical cancer screening programs: Epidemiology and natural history of carcinoma of the cervix. Can Med Assoc J 1995; 114:1001-1031.

CASTAÑEDA Iñiguez MS, TOLEDO Cisneros R, AGUILERA Delgadillo M. Factores de riesgo para cáncer cervicouterino en mujeres de Zacatecas. Salud Pública Méx 1998;40:330-8.

CENTRO MÉDICO DE LA UNIVERSIDAD DE BONN.Las píldoras anticonceptivas y el riesgo de cáncer [Online] Alemania 2001 [citado Octubre 2004] www.aciprensa.com.

COLLIER MF. Promover La Vida. Madrid Interamericana, 1993

CONSENSUS STATEMENT. Nacional Institutes of Health. Consensus Development Conferences statement on cervical cancer Gynecol oncol; 66:351,1997.

DEVESSA SS. Descriptive epidemiology of the uterine cancer. Obstet Gynecol 1993; 605-612.

EUROPEAN CONSORTIUM FOR CERVICAL CANCER EDUCATION., Prevención de cáncer de Cervix [online] 23/08/2004. Alemania [citado Mayo 2005] www.ECCCE.com

GONZALES M, CORSO J. POSO H. Carcinoma Invasivo de cerviz, Instituto nacional de cancerologia. 1985 – 1987. Rev. Col Obstet Ginecol. 45:35, 1994.

HART KW, WILLIAMS OM, THELWELL N, FIANDER AN, Novel method for detection, typing and quantification of human papillomaviruses in clinical samples. J Clin Microbiol 2001;39:3204-12.

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA, Ministerio de Salud, Guías de Práctica Clínica en Enfermedades Neoplásicas. 2da edición, Bogotá D.C. 2001. p. 413.

INSTITUTO DEL SEGURO SOCIAL. Programa de detección precoz y control de cáncer de cuello uterino. Santa Fe de Bogotá: ISS. 2002.

MINISTERIO DE SALUD. Discusión General de Promoción y Prevención. Republica de Colombia, Santafé de Bogotá 1995

MINISTERIO DE SALUD Dirección general de promoción y prevención. Norma Técnica para la Detección Temprana del Cáncer de cuello uterino y Guía de Atención de lesiones preneoplásicas de cuello uterino. Colombia .

MUÑOZ N, KATO I, BOSCH FX, de San Jose S, Ascunce N, et al. Risk factor for HPV detection in middle-age women. Sex Transm Dis 1996;23:504-10.

MUÑOZ N, FRANCESCHI S, BOSETTI C, MORENO V, HERRERO R, SMITH J, Role of parity and human papillomavirus in cervical cancer: the IARC multicentric case-control study. Lancet 2002;359:1093-101

NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE Prometedores resultados con una vacuna que protege frente a la infección por el virus del papiloma humano. [Online] London 21/11/2002 10:21 [citado Mayo 2004] www.Doyma.com.

PULSONET Y SANITAS Cáncer de Cervix o Cuello Uterino [Online] Diciembre 2004 www.tuotromedico.com

RAAB SS, STEINER AL, Hornberger J. The cost-effectiveness of treating women with a cervical vaginal smear diagnosis of atypical squamous cells of undetermined significance. Am J Obstet Gynecol 1998;179:411-20.

RCN NOTICIAS, Nuevo método de diagnóstico para el cáncer de útero. [Online] Bogotá, Colombia mayo 25 de 2005. [citado Mayo 30 2005] www.canalrcn.com,

SAN JOSÉ S, PALACIO V, TAFUR LA, VÁZQUEZ S, ESPITIA VE, Prostitution, HIV, and cervical neoplasia: a survey in Spain and Colombia. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 1993;2:531-5.

SCHLECHT NF, KULAGA S, Robitaille J, Ferreira S, Santos M, Miyamura RA, et al. Persistent human papillomavirus infection as a predictor of cervical intraepithelial neoplasia. *JAMA* 2001;286:3106-14.

SELLORS JW, MAHONY JB, KACZOROWSKI J, Lytwyn A, Bangura H, Chong S, et al. Prevalence and predictors of human papillomavirus infection in women in Ontario, Canada. *CMAJ* 2000;165:503-8.

SELLORS JW, LORINCZ AT, MAHONY JB, Mielzynska I, Lytwyn A, Roth PI. Comparison of self-collected vaginal, vulvar and urine samples with physician-collected cervical samples for human papillomavirus testing to detect high-grade squamous intraepithelial lesions. *CMAJ* 2000;165:513-8.

SHANTA V, KRISHNAMURTHI S, Gajalakshmi CK, Swaminathan R, Ravichandran K. Epidemiology of cancer of cervix: global and national perspective. *J Indian Med Assoc* 2000;98:49-52.

SHERRIS J, Herdman C, Elias C. Beyond our borders. Cervical cancer in the developing world. *West J* 2001;175:231-3.

LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER SECCIONAL HUILA, Departamento de Citología., programa de Prevención del cáncer cervicouterino. Calendario epidemiológico Enero a Diciembre 2004.

THUN MJ, APICELLA LF, Henley SJ. Smoking vs other risk factors as the cause of smoking-attributable deaths: confounding in the courtroom. *JAMA* 2000;284:706-12.

www.geosalud.com/VPH/colposcopia.htm , Medios diagnósticos para cáncer cervicouterino [Online] 26 de mayo 2005. [citado Abril 2005]

www.medicinatv.com La citología líquida supera en eficacia al test Papanicolau, [Online] 26 de junio de 2003. [citado Abril 2005]

www.patient.cancerconsultants.com/, Prevención del cáncer de útero1025 [Online] 15 de mayo 2005. [citado Abril 2005]

ANEXO: A

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
PROGRAMA ENFERMERIA**

**CUESTIONARIO AUTODILIGENCIADO SOBRE CONOCIMIENTOS Y
PRÁCTICAS QUE DISMINUYEN LOS FACTORES DE RIESGO PARA EL
CANCER CERVICOUTERINO EN LAS MUJERES DE LA COMUNA 7 DE NEIVA**

DATOS DE NOTIFICACION:

EDAD: _____

ESCOLARIDAD: _____

ESTRATO: _____

OBJETIVO: Identificar el nivel de conocimiento y las prácticas de autocuidado de las mujeres frente al cáncer cervicouterino en la Comuna 7 de Neiva.

INSTRUCTIVO:

Lea cuidadosamente cada una de las siguientes afirmaciones y encierre en un círculo la letra **F** si considera que es falso y la **V** si es verdadero o correcta.

1. El cáncer cervix (matriz), se atribuye a infecciones del virus del papiloma
F **V**

2. La mujer tiene el riesgo de padecer cáncer de cervix (matriz), cuando su pareja ha tenido múltiples compañeras sexuales.
F **V**

3. El uso prolongado de anticonceptivos orales ayuda a la aparición del cáncer de matriz
F **V**

4. La mujer que ha tenido más de 4 hijos (partos) tiene mayor oportunidad de desarrollar cáncer de matriz.
F **V**

5. El cáncer de matriz se relaciona con un factor hereditario
F **V**

6. El hábito de fumar se asocia con el cáncer de matriz
F **V**

7. El riesgo de padecer cáncer de cervix se disminuye cuando tiene una pareja sexual estable.
F **V**

8. La alimentación rica en grasas, azúcar, y baja en proteínas disminuye el riesgo a presentar cáncer de matriz. **F V**
9. El inicio temprano de las relaciones sexuales ayuda en el desarrollo del cáncer de matriz . **F V**
10. La alimentación rica en frutas, ensaladas y verduras disminuye el riesgo a presentar cáncer de matriz. **F V**
11. El no fumar se considera un factor protector para las mujeres **F V**

A continuación encontrará preguntas cada una con tres o cuatro opciones de respuestas, relacionadas con la Citología cérvico vaginal y los factores protectores y de riesgo para el Cáncer de Cérvix. Marque con una X la respuesta que considere es la correcta.

12. El cáncer de cérvix es:
- a) Una infección del aparato reproductor femenino
 - b) Cambio maligna de las células de la matriz
 - c) Una transformación normal de las células de la matriz
 - d) Una enfermedad que no se complica
13. El cáncer es:
- a) Una enfermedad contagiosa
 - b) Una enfermedad mortal
 - c) Una enfermedad curable
14. Las opciones para el tratamiento adecuado del cáncer de matriz son
- a) Radioterapia, quimioterapia y antibióticos
 - b) Quimioterapia, conización, y cirugía
 - c) Biopsia, cauterización y braquiterapia
 - d) Histerectomía, duchas vaginales y citología
15. La citología cervicovaginal se debe realizar con una frecuencia de:
- a) Cada año
 - b) Cada tres años
 - c) Cada seis meses
 - d) Cuando el médico lo ordena
16. La citología cérvico vaginal es una prueba realizada para:
- a) Identificar las mujeres que tengan Cáncer de Cérvix
 - b) Detectar mujeres sospechosas de tener Cáncer de Cérvix
 - c) Evitar la aparición del Cáncer de Cérvix

17. Son requisitos para la toma de la citología cérvico vaginal:
- a) Acudir cuando no tenga la menstruación y dos horas después de haber tenido relaciones sexuales
 - b) Acudir sin la menstruación y 24 horas antes de haber tenido relaciones sexuales
 - c) Acudir sin haberse practicado duchas vaginales y después de la colocación de óvulos vaginales
18. Los tres posibles resultados de la citología Cervicouterina son:
- a) Positiva, reactiva, normal
 - b) Grado I, grado II, grado III
 - c) Negativo, sospechoso, irregular
 - d) Normal, anormal, irregular
19. La mujer tiene el riesgo de padecer de cáncer de cérvix cuando:
- a) Se desarrolla antes de los 10 años y se embaraza antes de los 15 años
 - b) Contrae cualquier infección de transmisión sexual y fuma
 - c) Tiene enfermedades hereditarias como la diabetes y la hipertensión
20. El riesgo de padecer cáncer de cérvix se disminuye con
- a) El uso del condón y la toma de la citología
 - b) La toma de la citología y el uso de anticonceptivos orales
 - c) Una alimentación balanceada y el uso de duchas vaginales

De acuerdo con su experiencia responda las siguientes preguntas marcando con una X la opción que aplique a su caso.

1. Usted inicio sus relaciones sexuales
- a) Antes de los 18
 - b) A los 18
 - c) Después de los 18
 - d) Todavía no las ha iniciado

2. Hasta el momento usted tiene o ha tenido:
- a) Una sola pareja sexual
 - b) De una a tres parejas sexuales
 - c) Más de tres parejas sexuales
 - d) Ninguna

3. Utiliza el condón al tener relaciones sexuales: SI_____ NO_____

4. Usted planifica o ha planificado con pastas o inyecciones: SI_____ NO_____

5. Hace cuanto?
a) Menos de 5 años
b) Entre 5 y 10 años
c) Más de 10 años
6. Usted fuma: SI_____ NO_____
7. Cada cuanto se realiza la citología:
a) Cada año
b) Cada seis meses
c) Cada tres años o más
d) Nunca se la ha tomado
8. Al practicarse la citología vaginal usted reclama los resultados:
SI_____ NO_____
9. Alguno de los reportes de sus citologías mostró anormalidad?
SI_____ NO_____
10. Hasta el momento usted ha tenido
a) Un parto
b) Más de dos partos
c) Más de cuatro
d) No ha tenido
11. Los alimentos que más consume en su dieta diaria son:
a) Frutas, verduras y proteínas
b) Harinas, grasas y verduras
c) Azúcar, grasas y harinas

GRACIAS POR SU COLABORACION.
Y recuerde que la información aquí consignada será confidencial

ANEXO: B

Tabla 1. Nivel de conocimiento sobre cáncer cérvico uterino y citología cérvico vaginal según grupo etáreo de las mujeres de la comuna 7 de Neiva (Estrato 2, 3, 4,5) 2005

EDAD	15-24		25-34		35-44		45-54		55-65		TOTAL	
NIVEL												
ALTO	-	-	4	4.3%	-	-	-	-	-	-	4	4.3%
MEDIO	4	4.3%	15	16.3%	18	19,5%	4	4.3%	-	-	41	44,5%
BAJO	-	-	18	19.5%	22	23.9%	7	7.6%	-	-	47	51%
TOTAL	4	4.3%	37	40.2%	40	43.4%	11	12%	-	-	92	100%

Tabla 2. Nivel de conocimiento sobre cáncer cervicouterino y citología cérvico vaginal según escolaridad de las mujeres de la comuna 7 de Neiva (Estrato 2, 3, 4,5) 2005

NIVEL	ALTO		MEDIO		BAJO		TOTAL	
ESCOLARIDAD								
ANALFABETA	-	-	-	-	4	100%	4	100%
PRIMARIA	-	-	4	36.4%	7	63.6%	11	100%
SECUNDARIA	-	-	26	47.3%	29	52.7%	55	100%
UNIVERSIDAD	4	18.2%	11	50%	7	31.8%	22	100%

Tabla 3. Nivel de conocimiento sobre definición de cáncer cervicouterino según escolaridad de las mujeres de la comuna 7 de Neiva (estrato 2, 3, 4,5) 2005

DEFINICION CORRECTA CANCER CERVICOUTERINO	SI	%	NO	%	TOTAL	
ANALFABETA	--	---	4	100%	4	100%
PRIMARIA	4	36.4%	7	63.6%	11	100%
SECUNDARIA	40	72.7%	15	27,3%	55	100%
UNIVERSIDAD	22	100%	--	---	22	100%

Tabla 4. Nivel de conocimiento sobre definición de cáncer cervicouterino según grupo etáreo de las mujeres de la comuna 7 de Neiva (estrato 2, 3, 4,5) 2005

DEFINICION CANCER CORRECTA CERVICOUTERINO	SI		NO		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%
15 – 24	4	100%	--	---	4	100%
25 – 34	20	52.6%	18	47.3%	38	100%
35 – 44	35	81.3%	8	18,6%	43	100%
45 – 54	7	100%	--	---	7	100%
55 - 65	--	---	---	---	--	----

Tabla 5. Nivel de conocimiento sobre factores de riesgo para el cáncer cérvico uterino según la escolaridad de las mujeres de la comuna 7 de Neiva (estrato 2, 3, 4,5) 2005

NIVEL	ALTO		MEDIO		BAJO		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%
ANALFABETA	-	-	4	100%	-	-	4	100%
PRIMARIA	-	-	-	-	11	100%	11	100%
SECUNDARIA	-	-	22	40%	33	60%	55	100%
UNIVERSIDAD	4	18.1%	7	31.8%	11	50%	22	100%

Tabla 6. Nivel de conocimiento sobre factores de riesgo para el cáncer cérvico uterino según grupo etáreo de las mujeres de la comuna 7 de Neiva (estrato 2, 3, 4,5) 2005

EDAD	15-24		25-34		35-44		45-54		55-65		TOTAL	
ALTO	-	-	4	4.3%	-	-	-	-	-	-	4	4.3%
MEDIO	4	4.3%	4	4,3%	18	19.6%	7	7.6%	-	-	33	35.8%
BAJO	-	-	29	31.5%	22	23.9%	4	4.3%	-	-	55	59.7%

Tabla 7. Nivel de conocimiento sobre prácticas que disminuyen los factores de riesgo para el cáncer cervicouterino según escolaridad de las mujeres de la comuna 7 de Neiva (estrato 2, 3, 4,5) 2005

NIVEL CTO.	ALTO		MEDIO		BAJO		TOTAL.	
ESCOLARIDAD								
ANALFABETA	-	--	-	-	4	100%	4	100%
PRIMARIA	4	36.3%	4	36.3%	3	27.2%	11	100%
SECUNDARIA	26	47.2%	18	32.7%	11	20%	55	100%
UNIVERSIDAD	11	50%	8	36.3%	3	13,6%	22	100%

Tabla 8. Nivel de conocimiento sobre prácticas que disminuyen los factores de riesgo para el cáncer cervicouterino según grupo etáreo de las mujeres de la comuna 7 de Neiva (estrato 2, 3, 4,5) 2005

EDAD	15-24		25-34		35-44		45-54		55-65		TOTAL	
NIVEL												
ALTO	-	-	22	23.9%	15	16.3%	4	4.3%	-	-	4	4.3%
MEDIO	4	4.3%	4	4,3%	15	16.3%	7	7.6%	-	-	33	35.8%
BAJO	-	-	11	12%	10	10.8%	-	-	-	-	55	59.7%

Tabla 9. Nivel de conocimiento sobre citología vaginal según la escolaridad de las mujeres de la comuna 7 de Neiva (estrato 2, 3, 4,5) 2005

NIVEL	ALTO		MEDIO		BAJO		TOTAL	
ESCOLARIDAD								
ANALFABETA	-	-	4	100%	-	-	4	100%
PRIMARIA	-	-	4	36.3%	7	63.6%	11	100%
SECUNDARIA	4	7.27%	7	12.7%	44	80%	55	100%
UNIVERSIDAD	4	18.1%	7	31.8%	11	50%	22	100%

Tabla 10. Nivel de conocimiento sobre citología vaginal según grupo etáreo de las mujeres de la comuna 7 de Neiva (estrato 2, 3, 4,5) 2005

EDAD	15-24		25-34		35-44		45-54		55-65		TOTAL	
	NIVEL											
ALTO	-	-	8	8.6%	-	-	-	-	-	-	8	8.6%
MEDIO	4	4.3	7	7.6%	11	12%	-	-	-	-	22	23.9%
BAJO	-	-	22	23.9%	29	31.5%	11	12%	-	-	62	67.3%

Tabla 11. Nivel de conocimiento sobre aspectos específicos de la citología según escolaridad de las mujeres de la comuna 7 de Neiva (estrato 2, 3, 4,5) 2005

ESCOLARIDAD	PRACTICAS	ANALFABETA		PRIMARIA		SECUNDARIA		UNIVERSIDAD		TOTAL	
Frecuencia	SI	4	4.3%	-	-	33	35.8%	15	16.3%	52	56.5%
	NO	-	-	11	12 %	22	23.9%	7	7.6%	40	43.3%
Importancia	SI	-	-	7	7.6%	15	16.3%	7	7.6%	29	31.5%
	NO	4	4.3%	4	4.3%	40	43.4%	15	16.3%	63	68.4%
Requisitos	SI	4	4.3%	11	12%	40	43.4%	22	23.9%	77	83.6%
	NO	-	-	-	-	15	16.3%	-	-	15	16.3%
Resultados	SI	4	4.3%	4	4.3%	15	16.3%	15	16.9%	38	41.3%
	NO	-	-	7	7.6%	40	43.4%	7	7.6%	54	58.6%

Tabla 12. Nivel de conocimiento sobre aspectos específicos de la citología según grupo etáreo de las mujeres de la comuna 7 de Neiva (estrato 2, 3, 4,5) 2005

ESCOLARIDAD		15-24		25-34		35-44		45-54		TOTAL	
PRACTICAS											
Frecuencia	SI	4	4.3%	18	19.5%	30	32.6%	-	-	52	56.5%
	NO	-	-	18	19.5%	11	12%	11	12%	40	43.3%
Importancia	SI	-	-	11	12%	11	12%	7	7.6%	29	31.5%
	NO	4	4.3%	26	28.2%	29	31.5%	4	4.3%	63	68.4%
Requisitos	SI	4	4.3%	29	31.1%	33	35.8%	11	12%	77	83.6%
	NO	-	-	8	8,7%	7	7.6%	-	-	15	16.3%
Resultados	SI	4	4.3%	22	23.9%	12	13%	-	-	38	41.3%
	NO	-	-	15	16.3%	28	30.4%	11	12%	54	58.6%

Tabla 13. Prácticas que disminuyen los factores de riesgo para el cáncer cervicouterino según escolaridad de las mujeres de la comuna 7 de Neiva (estrato 2, 3, 4,5) 2005

ESCOLARIDAD		ANALFABETA		PRIMARIA		SECUNDARIA		UNIVERSIDAD		TOTAL	
PRACTICAS											
1 pareja sexual	SI	4	4,3%	7	7,6%	26	28,3%	7	7,6%	44	47,8%
	NO	---	---	4	4,3%	29	31,5%	15	16,3%	48	52,1%
Usa condón	SI	---	---	---	---	18	19,6%	15	16,3%	33	35,8%
	NO	4	4,3%	11	11,9%	37	40,2%	7	7,6%	59	64,1%
Planifica	SI	---	---	4	4,3%	22	23,9%	---	---	26	28,2%
	NO	4	4,3%	7	7,6%	33	35,8%	22	23,9%	66	71,7%
Fuma	SI	---	---	---	---	11	11,9%	15	16,3%	26	28,2%
	NO	4	4,3%	11	11,9%	44	47,8%	7	7,6%	66	71,7%
Citología cada año	SI	4	4,3%	18	19,6%	29	31,5%	7	7,6%	59	64,1%
	NO	--	---	18	19,6%	11	11,9%	4	4,3%	33	35,8%

Tabla 14. Prácticas que disminuyen los factores de riesgo para el cáncer cervicouterino según grupo etáreo de las mujeres de la comuna 7 de Neiva (estrato 2, 3, 4,5) 2005

GRUPO ETAREO	PRACTICAS	15-24		25-34		35-44		45-54		55-65		TOTAL	
1 pareja sexual	SI	4	4,3%	11	11,9%	22	23,9%	7	7,6%	--	--	44	47,8%
	NO	--	---	26	28,2%	18	19,6%	4	4,3%	--	--	48	52,1%
Usa condón	SI	--	---	18	19,6%	11	11,9%	--	---	--	--	29	31,5%
	NO	4	4,3%	18	19,6%	30	32,6%	11	11,9%	--	--	63	68,8%
Planifica	SI	--	---	8	8,7%	18	19,6%	--	---	--	--	26	28,2%
	NO	4	4,3%	29	31,5%	22	23,9%	11	11,9%	--	--	66	71,7%
Fuma	SI	--	---	8	8,7%	11	11,9%	7	7,6%	--	--	26	28,2%
	NO	4	4,3%	29	31,5%	29	31,5%	4	4,3%	--	--	66	71,7%
Citología cada año	SI	4	4,3%	18	19,6%	29	31,5%	7	7,6%	--	--	59	64,1%
	NO	--	---	18	19,6%	11	11,9%	4	4,3%	--	--	33	35,8%

Tabla 15. Relación entre nivel de conocimiento y prácticas que disminuyen los factores de riesgo para el cáncer cervicouterino de las mujeres de la comuna 7 de Neiva (estrato 2, 3, 4,5) 2005

PREGUNTAS	CONOCIMIENTO		PRACTICAS	
CONDON	70	76%	33	35,8%
PAREJA SEXUAL ESTABLE	74	80,4%	44	47,8%
TOMA DE CITOLOGIA	52	56,5%	22	23,9%