

Intervención comunitaria sobre factores de riesgo del cáncer cervicouterino

Community intervention on cervix cancer risk factors

Dra. Mavel Chávez Roque^I; Dra. María Elena Virelles Trujillo^I, Dra. Walkiria Bermejo Bencomo^{II}, Dra. Leida Viñas Sifontes^{III}

^I Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Instructor. Máster en atención integral a la mujer. Policlínico Universitario "Francisco Peña Peña". Nuevitas, Camagüey.

^{II} Especialista de II Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesora Auxiliar. Máster en atención integral a la mujer. Filial de Ciencias Médicas.

^{III} Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Asistente. Máster en atención integral a la mujer. Filial de Ciencias Médicas.

RESUMEN

Fundamento: La Organización Mundial de la Salud calcula que cada año se diagnostican 466.000 casos de cáncer cervicouterino y mueren 231.000 mujeres, el 80% de estas proceden de países subdesarrollados. Un estudio nacional muestra que más de mil mujeres son notificadas con cáncer del cérvix, las tasas más altas son reportadas en las provincias orientales, con edades entre 35 y 55 años. **Objetivo:** Incrementar el conocimiento sobre los factores de riesgo del cáncer cervicouterino en la población femenina, del Consultorio # 74 en Nuevitas, Camagüey. **Método:** Se realizó un estudio de intervención educativo desde septiembre a diciembre de 2006. De un universo de 110 mujeres entre 16 y 45 años de edad, la muestra (n=80 pacientes) fue seleccionada según criterios del autor. Se confeccionó una encuesta creada por el autor con criterio de expertos, los datos obtenidos fueron procesados por métodos automatizados mediante el paquete estadístico Microstat. **Resultados:** El 43,75% de la población investigada correspondió a edades entre los 36 y 45, luego de la intervención aumentó el

conocimiento entre un 80 y 100% en lo referente a todos los factores de riesgo analizados del cáncer cervicouterino, como la infección por papiloma virus humano, malas condiciones socioeconómicas, paridad precoz, uso prolongado de tabletas anticonceptivas, otras infecciones de transmisión sexual y la citología alterada. **Conclusiones:** Casi la mitad de las estudiadas se encontraban entre los 36 y 45 años, luego de la intervención aumentó el nivel de conocimiento en lo referente a todos los factores de riesgo analizados del cáncer cervicouterino.

DeCS: Factores de riesgos; neoplasmas del cuello uterino; adulto; femenino; estudios de intervención

ABSTRACT

Background: The World Health Organization calculates that each year 466,000 cases of cervix cancer are diagnosed and 231,000 women die, the 80% of these proceed from underdeveloped countries. A national study shows that more than one thousand women are notified with cervix cancer, the highest rates are reported at the eastern provinces, with ages between 35 and 55 years. **Objective:** To increase the knowledge on cervix cancer risk factors in the female population, at the doctor's Office # 74 in Nuevitas, Camagüey. **Method:** An educational intervention study was conducted from September to December 2006. The universe was constituted by 110 women between 16 and 45 years, the sample (n=80 patients) was selected according to the author's criteria. A survey with experts criterion was created by the author, data obtained were processed with automated methods by means of the statistical package Microstat. **Results:** The 43.75% of the investigated population was between 36 and 45 years, after the intervention the knowledge increased between the 80 and 100% concerning to all the cervix cancer risk factors analyzed, as the human papilloma virus infection, bad socioeconomic conditions, precocious parity, prolonged use of the contraceptive tablets, other sexual transmitted infections and the cytology altered. **Conclusions:** Almost the half of the studied ones was between 36 and 45 years, after the intervention the level of knowledge increased concerning to all the cervix cancer risk factors analyzed.

DeCS: Risk factors; cervix neoplasms; adult; female; intervention studies

INTRODUCCIÓN

Cada año padecen de cáncer 9 millones de personas en el mundo y mueren por su causa unos 5 millones. Se estima que actualmente existen unos 14 millones de personas enfermas de cáncer y las consecuencias económicas del mismo lo convierten en un problema de salud importante para la humanidad.¹

La (OMS) calcula que cada año se diagnostican 466.000 nuevos casos de cáncer cervicouterino y que mueren 231.000 mujeres por ésta oncopatía y el 80% de estas

proceden de países en vías de desarrollo. En países de América Latina y de la región del Caribe, las tasas de incidencia oscilan entre 30 y 40%; y fallecen más de trescientas mil mujeres por esta causa, las mayores incidencias se reportan en Perú, Brasil, Paraguay, Colombia y Costa Rica; Canadá y Puerto Rico reportan tasas inferiores.¹

En Cuba se encuentra en segundo lugar en mujeres de 20 a 30 años, luego del cáncer de mama, y su incidencia es de un 21%.

Un estudio nacional muestra que más de mil mujeres son notificadas en el registro nacional de neoplasia con cáncer del cérvix, las tasas más altas son reportadas en las provincias orientales, fundamentalmente en Camagüey, Holguín y Guantánamo, con edades que oscilan entre 35 y 55 años (alrededor del 60 %) con una media de 40 años.²

Estudios epidemiológicos consideran que la neoplasia cervicouterino se comporta como una enfermedad de transmisión sexual asociada a múltiples factores de riesgo, la mayoría de estos ligados a la conducta sexual de cada mujer. En apoyo a esta hipótesis se vincula una elevada incidencia de enfermedades de transmisión sexual, fundamentalmente de infecciones por oncovirus, en las que la infección por papiloma virus humano (PVH) se considera como la génesis fundamental del cáncer cervicouterino.³⁻⁴

A partir de la década de los 80 se identificó el PVH como causa necesaria, pero no suficiente para desarrollar la enfermedad, así *Bosch*⁵ han informado que la NIC invasor se asocia con la presencia del PVH en el 99 % de los casos.

Se ha logrado identificar más de 100 serotipos de PVH, de ellos, 30 tipos asociados al cáncer cervicouterino.⁶

Otros factores de riesgo que deben coincidir con el PVH son el nivel socioeconómico bajo, el inicio temprano de las relaciones sexuales, el antecedente de haber tenido dos o más parejas sexuales, la edad temprana del primer embarazo, tener tres o más partos, el uso de anticonceptivos hormonales, el tabaquismo y el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).^{3,7}

El MINSAP ha desarrollado un Programa Nacional para el Diagnóstico Precoz del Cáncer Cervicouterino, con el objetivo de realizar un diagnóstico temprano de la oncopatía y poder brindar las ventajas curativas que ofrece esta localización del cáncer, que puede ser hasta de un 100% cuando el mismo se realiza de forma precoz.³

No obstante, pese a los esfuerzos y recursos destinados a este programa, aún el mismo posee debilidades, en las que se destaca la escasa prevención de la oncopatía, por no contar con programas de intervención educativos a nivel primario, dirigidos de forma permanente al conocimiento y control de los factores de riesgo que conllevan al desarrollo de esta frecuente neoplasia.²

Basados en lo anteriormente planteado (escasez de estudios intervencionistas) es que se decidió realizar la siguiente investigación, dirigida a modificar el conocimiento de algunos factores de riesgo del cáncer cervicouterino, mediante una intervención a una población de riesgo, con la cual esperamos cambios en el modo de vida, y así en el futuro disminuir la incidencia y mortalidad derivada de esta temible, pero curable oncopatía.

MÉTODO

Se realizó un estudio de intervención educativo comunitario con el objetivo de incrementar y modificar el conocimiento sobre los factores de riesgo del cáncer cervicouterino en una población de riesgo femenina, perteneciente al Consultorio #74 del médico de la familia, correspondiente a la Policlínica Comunitaria Docente "Francisco Peña Peña" del municipio Nuevitas, provincia Camagüey, desde septiembre a diciembre del año 2006.

El universo de estudio estuvo constituido por 110 mujeres, en edades concebidas entre los 16 y 45 años de edad, pertenecientes al consultorio anteriormente mencionado.

Para la selección de la muestra se utilizó el Programa Estadístico EPIDAT (herramientas para el diseño muestral), se realizó un listado único con el universo que cumplió con los criterios de inclusión, y luego, por sistema aleatorio simple, se seleccionaron las 80 mujeres que conformaron la muestra de la investigación.

Esta intervención se realizó en tres etapas: etapa diagnóstica, de intervención y evaluativa.

La fuente primaria de la investigación fue la revisión de la bibliografía de expertos⁷ y la concepción de una encuesta, creada por la autora.

Definiciones operacionales

Para darle salida al objetivo general de esta investigación, y a la vez evaluar los éxitos ó fracasos del mismo, se creó una escala de evaluación del conocimiento adquirido con la investigación, teniendo en cuenta el incremento porcentual de los resultados iniciales y finales de las variables mediante la siguiente escala:

- ❖ No incremento del conocimiento: no incremento porcentual del conocimiento.
- ❖ Incremento inadecuado: hasta 19% de incremento del conocimiento.
- ❖ Incremento adecuado: de 20 a 50% de incremento del conocimiento.
- ❖ Incremento excelente: más de un 50% de incremento del conocimiento.

RESULTADOS

Luego de procesada la información se obtuvieron los siguientes resultados:

El 43,75% de la población femenina investigada correspondió al grupo de edades entre los 36 y 45 años ([Tabla 1](#)).

El conocimiento de nuestras pacientes evolucionó durante el transcurso de la realización de charlas y demás actividades de carácter intervencionista que se realizaron con ellas, acerca de la conducta sexual e inicio de las primeras relaciones sexuales, se detectó que al término de la intervención, el 100% de las mujeres reconocieron a estos factores como de riesgo. Con respecto a la paridad y edad del primer parto, se observó un incremento del conocimiento al final de la investigación, se elevó de un 65,00% a 93,75% en cuanto a la paridad, y de 32,50% a 96,25% con relación a la edad del primer parto, ambas con

resultados significativos desde el punto de vista estadístico. En la evolución del conocimiento sobre la infección por PVH e ITS se detectó que hubo diferencias porcentuales significativas en los diferentes cortes (inicio y final), para las dos categorías analizadas, y además se observó el incremento del conocimiento al final de la investigación, para la relación existente entre PVH y cáncer cervicouterino. El conocimiento acerca del hábito de fumar y su relación con el cáncer cervicouterino, fue solamente de un 18,75 % debido a que el 81,25% de las encuestadas conocían ya el vínculo entre este hábito y el desarrollo del cáncer, no obstante, se mejoró la información hasta el 100 % de las mujeres entrevistadas al final de la intervención. El conocimiento sobre el uso de tabletas anticonceptivas, fue incrementado de un 22,50% a un 80% al final de la investigación, resultado significativo estadísticamente. En relación al conocimiento entre las condiciones socioeconómicas y el cáncer cervicouterino, hubo un incremento notable del por ciento inicial de respuestas correctas (23,75%) con respecto al final (88,75%). El conocimiento de la relación entre las citologías alteradas y el cáncer cervicouterino ilustra un incremento de aproximadamente un 50 del por ciento inicial de respuestas correctas con respecto al final ([Tabla 2](#)) ([Tabla 2 Cont.](#))

El incremento porcentual del nivel de conocimientos fue llevado a una escala cualitativa para una mejor representación y significación, en la misma se observó que de las siete variables estudiadas se logró incrementar el conocimiento final en todas ([Tabla 3](#)).

DISCUSIÓN

Las edades relevantes en el grupo de mujeres estudiadas coinciden con el grupo de edad de mayor probabilidad de padecer este tipo de cáncer.⁸

Otras investigaciones foráneas discrepan en cuanto a la edad de las entrevistadas⁹, al ser estas mucho más jóvenes, la última de estas fue realizada por estudiantes mexicanos de nivel medio.

Toda mujer que es o ha sido sexualmente activa y que ha cumplido 25 años de edad debe someterse a una prueba citológica exfoliativa cérvico-vaginal, con coloración de papanicolau y una exploración ginecológica cada tres años, según orientación por programa nacional de cáncer cervicouterino.¹⁰

Entre los principales factores de riesgo en relación con esta enfermedad se encuentran la conducta sexual y edad de inicio de las relaciones sexuales. El riesgo en el inicio temprano de las relaciones sexuales se debe a que en la adolescente se produce una metaplasia activa, o lo que es igual, una transformación celular del epitelio columnar en metaplásico, y de este en escamoide, incrementándose el potencial de interacción entre el carcinógeno (semen y traumas del coito) y el cuello uterino.¹¹ Al respecto, la mayoría de los autores opinan que si bien esta afección se incrementa en las mujeres promiscuas y de dudosa reputación, es por el contrario infrecuente en nulíparas y en las que no tienen una sexualidad activa como las monjas.¹² Un estudio foráneo realizado en Australia por

*Braun*¹³, sugiere encaminar la política de la atención primaria a la educación sexual de las adolescentes, pues este sería un paso importante en la prevención de la oncopatía, y posibilitaría lograr que las futuras generaciones reconozcan a las conductas sexuales inadecuadas no sólo como factor de riesgo de las enfermedades de transmisión sexual, sino como un terreno de riesgo futuro para las afecciones neoplásicas ginecológicas. Duarte et al¹⁴, en nuestra provincia, detectaron que por cada cáncer cervical que ocurre en una mujer que inició sus relaciones sexuales en la etapa adulta, se reportaron 7.2 neoplasias malignas del cuello uterino en las que iniciaron sus relaciones sexuales en la adolescencia.¹⁵

Número de partos y edad del primer parto, estudios de casos y testigos sobre cáncer invasivo del cuello uterino y carcinoma in situ, sugieren que las mujeres con partos en edades tempranas y que además, tienen tres ó más partos a término, tienen un riesgo 2,6 veces más alto de aparición de cáncer cervicouterino que aquellas que nunca han dado a luz.^{16,17}

Las mujeres estudiadas no asocian el cáncer a la infección por papiloma virus humano entre los factores más importantes en la patogenia de este cáncer, ni su transmisión por vía sexual en conjunto con los restantes cofactores necesarios para la aparición del mismo. Esto coincide con estudios realizados en México, donde *Muñoz*¹⁸ reporta estadísticas similares a nuestro estudio. La alta incidencia de infecciones de transmisión sexual tiene relación directa proporcional con esta neoplasia, el riesgo se eleva tres veces en las mujeres que posean dicho antecedente.

El tabaquismo se encuentra entre los cofactores ambientales más uniformemente identificados por la población mundial, con la probabilidad de influir en el riesgo de padecer de cáncer cervicouterino, pues este causa en el cuello un incremento de la permeabilidad de los vasos y la presencia de edema; condiciones que propician la acción de cualquier mutágeno que sea depositado en la vagina durante el coito; los estudios revelan que el conocimiento de este riesgo por las fumadoras actuales al menos duplica el de las no fumadoras.¹⁹

Los agentes químicos del tabaco desarrollan cáncer cervicouterino por efecto directo de sus cancerígenos, como facilitador de la acción neoplásica de agentes virales^{10,20}, estos investigadores en su estudio de 2512 pacientes encuentran al tabaquismo como factor de riesgo asociado al cáncer cervicouterino.

Las investigaciones indican que hay una relación potencial a largo plazo entre el uso prolongado de anticonceptivos orales y la aparición del cáncer cervicouterino. Un análisis de los datos compartidos de 10 estudios de casos y testigos, de paciente con cáncer invasivo del cuello uterino o con carcinoma in situ, sugiere que el uso a largo plazo de los anticonceptivos orales pudiera aumentar hasta cuatro veces el riesgo del cáncer cervicouterino.²¹

La organización Mundial de la Salud, en el Consenso de Génova realizado en el 2002, creó planes de intervención mediante boletines y gacetas, dentro de las directrices se

encontraba elevar el conocimiento de que el uso prolongado de anticonceptivos orales se asociaba a la neoplasia cervicouterina, finalidad que en toda Latinoamérica se ha logrado en menos de un 30%.²²

Se considera que una baja condición socioeconómica es un factor de riesgo de numerosos problemas de salud, incluido el cáncer cervicouterino; en particular en entornos de bajos recursos. Las mujeres con una baja condición socioeconómica a menudo, tienen bajos ingresos, limitaciones para acceder a los servicios de atención de salud, nutrición deficiente y escasa concientización acerca de los temas de salud y de una conducta preventiva.²³

La gran mayoría de las series revisadas coinciden en señalar, la relación directamente proporcional existente del conocimiento de asociación de citologías alteradas y riesgo de cáncer cervicouterino², esto se debe en parte a que a escala mundial la citología orgánica es el método más usado para detectar precozmente esta oncopatía, y a las campañas televisivas dedicadas a la importancia de la realización de la misma.

CONCLUSIONES

1. Casi la mitad de las estudiadas se encontraban entre los 36 y 45 años.
2. Luego de la intervención aumentó el nivel de conocimiento en lo referente a todos los factores de riesgo analizados del cáncer cervicouterino, este incremento fue muy notable para la infección por papiloma virus humano, malas condiciones socioeconómicas, uso prolongado de tabletas anticonceptivas, edad temprana del primer parto, otras infecciones de transmisión sexual y la citología alterada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martínez SA. Cáncer ginecológico. Mod 14. Maestría de la atención integral a la mujer. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.
2. Falcón HE, Vargas FE, Barroso CR. Análisis del programa del cáncer cervicouterino. Rev Cub Enfer. 2002; 15 (3):332-8.
3. Colectivo de autores. Programa Nacional de diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino. La Habana; 2001.
4. Muñoz N. Human papiloma virus and cancer the epidemeological evidence. J Clin Virol. 2005; 19: 1–5.
5. Bosch FX, Muñoz N. The Viral etiology of cervical cancer. Virus Res. 2005; 89: 183–190.
6. Clifford GM, Smith JS, Plumier M, Muñoz N. Human papillomavirus types in invasive cervical cancer worldwide: a meta-analysis. Br J Cáncer. 2003; 88:63-73.
7. Faggiano F, Partanen T, Kogevinas M, Boffeta P. Socioeconomic difference in cancer incidence and mortality. IARC Sci Public 2006; 138: 65–176.

8. Cortés GEI, Rojas AM, Reyna HR, Garza Ch R, Leal GCH. Algunos factores epidemiológicos en el cáncer cervicouterino. *Rev Méd IMSS*. 2002;33(2):177-82.
9. Roteli CM, Panetta K, Alves VA, Siquiera SA, Syrjanen KJ, Derchain SF, et al. Cigarette smoking and high risk HPV DNA as predisposing factors for high grade cervical intraepithelial neoplasia in young Brazilian women. *Acta Obstet Ginecol Scan*. 2006;77(6):678-82.
10. Rombaldi RL, Ribeiro E, Madi SRC, Bertotto S, Mari J M. Correlações clínicas e epidemiológicas obtidas durante o estudo de 2512 pacientes submetidas a exame histopatológico em um ambulatório de patologia cervical. *Rev Cient. AMECS*. 2002;2(2):153-5.
11. Hernández AM, Lazcano PEC, Ruiz PA, Romieu I. Evaluation of the cervical cancer screening programme in Mexico: a population-based case-control study. *Int J Epidemiol*. 2006;27:370-76.
12. León CG, Bosques DO. Infección por el virus del papiloma humano y factores relacionados con la actividad sexual en la génesis del cáncer de cuello uterino. *Rev Cubana Obst Ginecol*. 2005;36(2):223-5.
13. Braun V, Gavey N. Exploring the possibility of sexual behavioural primary prevention for cervical cancer. *Aust N Z J Public Health*. 2001;22(3):353-9.
14. Duarte RE, Muñoz DA, Cepero MF, Cardoso HJ, Estenoz FA. Factores de riesgo del cáncer de cuello uterino. *Rev. AMC*. 2007; 11(1):2-4.
15. Collins S, Mazloomzadeh S, Winter H. High incidence of cervical human papilloma virus infection in woman during their first sexual relationship. *BJOG*. 2006; 109: 96–98.
16. Muñoz N, Franceschi S, Bosseti C. Role of parity and human papillomavirus in cervical cancer. *Lancet*. 2006;9312: 1093-1101.
17. Brinton LA, Reeves WC, Brenes MM. Parity and risk factors for cervical cancer. *Am J Epidemiol*. 2005; 130: 486-96.
18. Muñoz N, Bosch FX, Sanjosé S, Herrero R. Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer. *N Engl J Med*. 2003; 348: 518–27.
19. Hildesheim A, Herrero R, Castle PE. HPV co-factor related to the development of cervical cancer: results from population-based study in Costa Rica. *British J of Cancer*. 2005; 84(9): 1219-26.
20. Santos B, Pereira M. Estilo de vida de mulheres com câncer cérvico-uterino. *João Pessoa*. 2006; s.n.
21. Moreno V, Bosh FX, Muñoz N. Effect of oral contraceptives on risk of cervical cancer in women with HPV infection IARC multicentric case-control study. *Lancet*. 2006; 359(9312): 1085-92.
22. World Health Organization. Cervical cancer, oral contraceptives and parity. Geneva, WHO, (Epidemiological Record, No 30), 2006.

23. Dos Santos IS, Beral V. Socio-economic differences in reproductive behaviour. IARC
Scient Pub. 2005; 138:285-308.

Recibido: 16 de junio de 2008.

Aceptado: 18 de julio de 2008.

Dra. Mavel Chávez Roque. Calle Maceo #105 e/ Oscar Primelles y Máximo Gómez.
Nuevitas, Camaguey, Cuba. leidavs@finlay.cmw.sld.cu

