



ORIGINALES

Características sociodemográficas, individuales y de programación de las mujeres con cáncer cervical

Características sociodemográficas, individuais e programáticas de mulheres com câncer de colo do útero

Sociodemographic, individual and programming characteristics of women with cervical cancer

Carla Regiani Conde ¹

Talita Mayara Rossi Lemos ²

Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira ¹

¹ PhD, Nursing Department, Faculty of Medicine of Botucatu, Univ Estadual Paulista/UNESP, Botucatu, São Paulo, Brazil.

² RN, Nursing Department, Faculty of Medicine of Botucatu, Univ Estadual Paulista/UNESP, Botucatu, São Paulo, Brazil.

E-mail: carlaregiani@yahoo.com.br

<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.1.301041>

Recibido: 27/07/2017

Aceptado: 13/10/2017

RESUMEN:

Introducción: El cáncer de cuello de útero constituye, en todo el mundo, un serio problema de salud pública y puede afectar especialmente a mujeres de nivel socioeconómico bajo y en el grupo de edad reproductiva.

Objetivo: Identificar el conjunto de características sociodemográficas, individuales y programáticas presentes en el cotidiano de las mujeres que las hicieron vulnerables al cáncer de cuello de útero.

Método: Estudio descriptivo y transversal que abordó las diferentes dimensiones de la vulnerabilidad y tuvo la participación de 99 mujeres con diagnóstico confirmado de cáncer de cuello de útero. Para caracterización de las mujeres se aplicó un cuestionario estructurado compuesto por informaciones dirigidas a los aspectos sociodemográficos, del individuo y relativos a la organización de los servicios de salud.

Resultados: El grupo de edad predominante fue entre 40 y 57 años. La mayoría inició actividad sexual entre 15 y 18 años, tuvo hasta cinco parejas sexuales y nunca usó preservativo. Prevalían las casadas, blancas, enseñanza básica, católicas, renta familiar entre uno y dos salarios mínimos y vivienda propia. Antes del diagnóstico del cáncer cervical, el 45.5% realizaba el examen preventivo anualmente y después de la colecta citopatológica ocurrió al menos una vez al año. La mayor parte buscó el servicio de salud después de los síntomas de la enfermedad.

Conclusión: Se hace necesario el desarrollo de intervenciones eficaces de asistencia a la salud de la mujer pautada en el concepto de integridad del cuidado prestado.

Palabras clave: Neoplasias Uterinas; Salud de la Mujer; Vulnerabilidad en Salud.

RESUMO:

Introdução: O câncer de colo do útero constitui, em todo o mundo, um sério problema de saúde pública e pode acometer especialmente mulheres de nível socioeconômico baixo e na faixa etária reprodutiva.

Objetivo: Identificar o conjunto de características sociodemográficas, individuais e programáticas presentes no cotidiano das mulheres que as tornaram vulneráveis ao câncer de colo do útero.

Método: Estudo descritivo e transversal que abordou as diferentes dimensões da vulnerabilidade e teve a participação de 99 mulheres com diagnóstico confirmado de câncer de colo do útero. Para caracterização das mulheres foi aplicado um questionário estruturado composto por informações direcionadas aos aspectos sociodemográficos, do indivíduo e relativos à organização dos serviços de saúde.

Resultados: A faixa etária predominante foi entre 40 a 57 anos. A maioria iniciou atividade sexual entre 15 e 18 anos, teve até cinco parceiros sexuais e nunca usou preservativo. Prevaleram as casadas, brancas, ensino fundamental, católicas, renda familiar entre um e dois salários mínimos e moradia própria. Antes do diagnóstico do câncer cervical, 45.5% realizavam o exame preventivo anualmente e após a coleta citopatológica ocorreu no mínimo uma vez por ano. A maior parte procurou o serviço de saúde após sintomas da doença.

Conclusão: Faz-se necessário o desenvolvimento de intervenções eficazes de assistência à saúde da mulher pautada no conceito de integralidade do cuidado prestado.

Palavras chave: Neoplasias Uterinas; Saúde da Mulher; Vulnerabilidade em Saúde.

ABSTRACT:

Introduction: cervical cancer is a serious public health problem throughout the world and often affects women of low socioeconomic level and of reproductive age.

Objective: to identify the set of sociodemographic, individual and programmatic characteristics present in the daily life of women that made them vulnerable to cervical cancer.

Method: descriptive and cross-sectional study addressing the various dimensions of vulnerability that had the participation of 99 women with a confirmed diagnosis of cervical cancer. To characterize the women, a structured questionnaire was used, composed of information directed to the sociodemographic aspects of the individual and related to the organization of the health services.

Results: the predominant age group was between 40 and 57 years. Most started sexual activity between 15 and 18 years old, had up to five sexual partners and had never used a condom. There was prevalence of married, white, Catholic women with primary education, family income between one and two minimum wages and having their own house. Before the diagnosis of cervical cancer, 45.5% performed the preventive examination once a year and after cytopathological collection, it occurred at least once a year. The majority sought the health service after symptoms of the disease.

Conclusion: it is necessary to develop effective interventions for women's health care based on the concept of comprehensiveness of care provided.

Keywords: Uterine Neoplasms; Women's Health; Vulnerability in Health.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello de útero constituye en todo el mundo un serio problema de salud pública, siendo los países en desarrollo responsables del 80% de los casos. Las adolescentes están más expuestas a la infección del papilomavirus humano (HPV), siendo la población de alta vulnerabilidad a desarrollar lesiones precursoras de neoplasia cervical^(1,2).

En Canadá, debido a la accesibilidad a la realización del examen preventivo, es el 11º tipo de cáncer más común entre las mujeres⁽³⁾. Finlandia creó el “*Cancer Society of Finland*” que es responsable de capacitar y formar a profesionales para actuar en el seguimiento de las lesiones precursoras y actualmente es uno de los países de menor incidencia de cáncer cervical⁽⁴⁾.

Otra estrategia para la prevención de la neoplasia e infección del HPV es la inmunización, cambios en el estilo de vida y detección precoz, por medio de la

realización de la citología cervical. El tratamiento del cáncer de cuello de útero en fase inicial reduce la incidencia del carcinoma invasor en diversos países del mundo⁽²⁾.

El enfermero, en este contexto, tiene un papel fundamental en el control de la incidencia y mortalidad por cáncer cervical, pues es el profesional que trabaja en la educación en salud, aclara los temores relacionados con el examen de Papanicolaou, realiza la busca activa de las mujeres retrasadas en la recogida de la citología y hace el seguimiento por medio del examen preventivo⁽⁵⁾.

Al contextualizar el proceso de salud-enfermedad, el profesional de salud debe ampliar su visión para además de la dimensión biológica e individual comprender que la mujer tiene importante papel social e histórico⁽⁶⁾. El diagnóstico precoz y la participación de las mujeres en programas de prevención es importante, específicamente, aquellas pertenecientes a grupos vulnerables, debiéndose invertir en la reducción de barreras al acceso y utilización de los programas.

En ese sentido, se considera que al investigar los potenciales perjuicios a la salud y su relación con el cáncer de cuello de útero nos estimuló comprender en profundidad cómo estos factores se van insertando en el cotidiano de la mujer. Así, el estudio presenta como objetivo levantar el conjunto de características individuales, sociales y programáticas que hicieron a las mujeres vulnerables al cáncer de cuello de útero.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo y transversal, realizado en el Ambulatorio de Ginecología Oncológica del Hospital de las Clínicas de la Facultad de Medicina de Botucatu, interior de São Paulo, Brasil.

La muestra fue incluida por conveniencia y compuesta por 99 mujeres con cáncer de cuello de útero en acompañamiento y tratamiento en la unidad hospitalaria donde se realizó el estudio. La colecta de datos ocurrió entre noviembre de 2014 y julio de 2015 y fue orientada por la aplicación de un cuestionario estructurado y elaborado por las investigadoras. A fin de obtener la caracterización de las mujeres, este estuvo compuesto por afirmaciones dirigidas a los aspectos sociodemográficos e individuales de las participantes y a las acciones programáticas de los servicios de salud.

El estudio presentó como criterios de inclusión: mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello de útero, en acompañamiento y/o tratamiento en el Hospital de las Clínicas de la Facultad de Medicina de Botucatu, que comparecieron en el día de la consulta agendada y consintieron en participar del estudio y estuviesen en condiciones clínicas para responder a la pregunta sobre la percepción de la vulnerabilidad a la enfermedad, los conocimientos en relación al cáncer de cuello de útero y las acciones de salud dirigidas al seguimiento de la enfermedad y su asistencia.

El Ambulatorio de Ginecología Oncológica funciona todas los viernes, en horario de 8 a 12 horas, realizándose la colecta de los datos en este día y horario de la semana y en sala disponibilizada por el equipo de enfermería.

Los datos referentes a la caracterización de las mujeres se colocaron en una planilla electrónica de Microsoft Excel 2010 y posteriormente se realizó el análisis estadístico. Para la caracterización de la muestra se utilizó la estadística descriptiva y las variables presentadas en tablas conteniendo las frecuencias relativas (%) y absolutas

(N). Considerando un margen de error de 10% y una confiabilidad de 95%, el tamaño muestral mínimo era de 96 pacientes.

El estudio respetó las exigencias formales contenidas en las normas nacionales e internacionales reglamentadoras de investigadores involucrando seres humanos. Fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de Botucatu, bajo el parecer nº 607.268 en 07 de abril de 2014.

RESULTADOS

Entre las mujeres participantes de este estudio y que presentaban diagnóstico confirmado de cáncer de cuello de útero, se constató que la edad de estas al recibir el diagnóstico estuvo entre 21 y 78 años, siendo el grupo de edad predominante (60.6%) entre 40 y 57 años y dos con edad inferior a 25 años.

En la tabla 1 se describen las características sociodemográficas de las mujeres acompañadas en el Ambulatorio de Ginecología del Hospital de las Clínicas de la Facultad de Medicina de Botucatu. En cuanto a la procedencia por Departamentos Regionales de Salud (DRS) y regiones de salud, se evidenció que 92.2% (n = 92) de la muestra en estudio pertenecía al DRS VI (regiones de salud: Pólo Cuesta y Vale do Jurumirim y Bauru), del que el Hospital de las Clínicas de Botucatu es referencia en el servicio de salud. Se comprobó también que siete mujeres pertenecían a otros DRS: II (municipio de Guararapes, región de salud: Araçatuba/SP), VII (municipio de Holambra, región de Campinas/SP), IX (municipio de Ourinhos, región de Marília/SP), XVI (municipios de Cerquillo, Sorocaba y Tatuí, región de Sorocaba/SP). En cuanto al color declarado, la mayoría (67.7%) dijo ser blanca. Se observó también que 74.7% tenía enseñanza básica. En relación a la religión, la mayoría (98.0%) declaró ser religiosa y entre estas, 62.7% eran católicas. El estado civil casada o con una relación estable fue predominante (52.6%). Con relación a la renta familiar, 69.7% declararon recibir entre uno y dos salarios mínimos. Respecto al lugar donde vivían, 67.7% residía en casa propia. También, se apreció que 70.7% de las mujeres eran profesionales económicamente activas antes del diagnóstico del cáncer de cuello de útero y que tras la descubierta y tratamiento de la enfermedad solo 36.4% continuaron ejerciendo actividades profesionales remuneradas. Vale destacar que, tras la neoplasia, algunas mujeres se jubilaron, estaban con ayuda a la enfermedad o fueron apartadas de su empleo y otras cambiaron de profesión, pasando a ser profesional autónoma.

Tabla 1: Características sociodemográficas de las mujeres, Hospital de las Clínicas de la Facultad de Medicina de Botucatu, 2015.

Características sociodemográficas	n (%)
Procedencia (por DRS)	
DRS VI	92 (93.0)
DRS XVI	3 (3.0)
DRS D II	2 (2.0)
DRS VII	1 (1.0)
DRS IX	1 (1.0)
Color de la piel (auto declarada)	
Blanca	67 (67.7)
Parda	27 (27.3)
Negra	5 (5.0)

Grado de instrucción	
Enseñanza básica completa/incompleta	74 (74.7)
Enseñanza media completa/incompleta	13 (13.1)
Superior/Posgraduación	6 (6.1)
Sin instrucción	6 (6.1)
Religión	
Sí	97 (98.0)
No	2 (2.0)
Estado civil	
Casada/Relación estable	52 (52.6)
Viuda	21 (21.2)
Divorciada	13 (13.1)
Soltera	13 (13.1)
Renta familiar (en salarios mínimos)	
< 1	6 (6.1)
1 a 2	69 (69.7)
≥ 3	24 (24.2)
Vivenda	
Propia	67 (67.7)
Alquilada	15 (15.2)
Prestada	13 (13.1)
Financiada	4 (4.0)
Profesional económicamente activa antes del diagnóstico	
Sí	70 (70.7)
No	29 (29.3)
Profesional económicamente activa tras el diagnóstico	
Sí	36 (36.4)
No	63 (63.6)

Entre las características individuales, hubo predominio de la sexarca (52.5%) entre 15 y 18 años, destacando que 21.2% iniciaron actividad sexual con edad inferior o igual a 14 años. Respecto a la edad en que fueron madres por primera vez, se observó que 68.7% se encontraban en el grupo de edad entre 15 y 20 años. También, un número significativo de mujeres (55.6%) tuvieron cuatro embarazos o más. En cuanto al número de compañeros sexuales durante la vida, 31.3% tuvieron solo un compañero y 57.6% de dos a cinco. En relación al uso de preservativo con todos los compañeros, 59.6% nunca usó y solo 4.0% lo utilizaron siempre. Cuando preguntadas si usan preservativo con el compañero actual, 60.6% contaron usarlo nunca, sin embargo la mayoría (84.8%) relató que en la última relación sexual no usó el preservativo. Datos informados a continuación (tabla 2).

Tabla 2: Características individuales de las mujeres, Hospital de las Clínicas de la Facultad de Medicina de Botucatu, 2015

Características individuales	n (%)
Edad da Sexarca (años)	
≥14	21 (21.2)
15 a 18	52 (52.5)
> 18	26 (26.3)

Edad en que tuvo el primer hijo (años)	
≥14	3 (3.0)
15 a 20	68 (68.4)
> 21	18 (24.3)
Sin hijos	4 (4.0)
Número de embarazos	
1 a 3	40 (40.4)
4 a 18	55 (55.6)
Ninguno	4 (4.0)
Numero de compañeros durante la vida	
<i>Uno</i>	31 (31.3)
<i>2 a 5</i>	57 (57.6)
<i>6 a 10</i>	8 (8.1)
<i>> 10</i>	3 (3.0)
Usó preservativo con todos los compañeros	
Nunca	59 (59.6)
A veces	36 (36.4)
Siempre	4 (4.0)
Usa preservativo con el compañero actual	
Nunca	60 (36.4)
A veces	17 (17.1)
Siempre	6 (6.1)
Sin compañero actual	16 (16.2)
Usó preservativo em la última relación sexual	
No	84 (84.8)
Sí	15 (15.2)

En cuanto a las características programáticas presentadas en la tabla 3, se evidenció que, antes de ser diagnosticadas con la neoplasia cervical, 45.5% de las mujeres dijeron realizar el examen preventivo anualmente, con todo, 31.3% nunca había recogido la citología. Por continuar en acompañamiento, la mayor parte (57.6%) pasó a realizar el examen anualmente y las demás, cada seis meses o cuatro meses o trimestralmente. Cuando preguntadas si presentaban alguna dificultad para agendar el examen de Papanicolaou, 97.0% confirmaron que no y las que presentaron dificultad, relataron ser por falta de profesional en la unidad de salud para recoger el examen y no tener fecha en la agenda para realizar la citología. En cuanto los motivos de la demanda del servicio de salud, solo 27.3% afirmaron no presentar ninguna queja ginecológica y buscaron la unidad de salud como consulta de rutina. Se constató que la mayoría de las mujeres acudió al servicio de salud tras los síntomas de la enfermedad y las principales quejas fueron: dolor pélvico, sangrados entre ciclos o después del coito o pos-menopausia, leucorrea, dispareunia y hemorragia. Respecto al intervalo entre la demanda del servicio de salud, descubierta de la enfermedad e inicio del tratamiento, se observó que en 79.8% de las mujeres este período fue igual o inferior a un mes.

Según relato de las mujeres, de los tipos de tratamiento a que fueron sometidas predominó el tratamiento quirúrgico (histerectomía, con 32.3%), pero también se evidenció que la radioterapia y braquiterapia estuvieron asociadas a otros tipos de tratamiento, tales como quimioterapia, histerectomía y conización. Algunas mujeres declararon también que tras el tratamiento comenzaron a presentar otras comorbidades, como alteraciones intestinales (diarrea y estreñimiento), incontinencia urinaria y dificultad motora.

Tabla3: Características programáticas de los servicios de salud, Hospital de las Clínicas de la Facultad de Medicina de Botucatu, 2015.

Características programáticas	n (%)
Frecuencia del examen preventivo antes de la neoplasia (años)	
Anualmente	45 (45.5)
2 a 3	11 (11.1)
> 3	12 (12.1)
Nunca había realizado	31 (31.3)
Frecuencia del examen preventivo tras neoplasia	
Anualmente	57 (57.6)
Semestralmente	32 (32.3)
Cada 4 meses	10 (10.1)
Dificultades para programación del examen preventivo	
No	96 (97.0)
Sí	3 (3.0)
Motivos de la demanda del servicio de salud*	
Sangrado entre ciclos/pos-coito/pos-menopausia	53 (53.6)
Dolor pélvico	30 (30.3)
Examen de rutina	27 (27.3)
Leucorrea	23 (23.2)
Dispareunia	22 (22.3)
Hemorragia	18 (18.2)
Otros**	9 (9.1)
Intervalo de tiempo entre la demanda del servicio de salud/ Diagnóstico de la enfermedad/Inicio del tratamiento (meses)	
≤ 1	79 (79.8)
2 a 6	15 (15.2)
≥ 7	3 (3.0)
No sabe	2 (2.0)

*Datos excedieron 100% porque algunas mujeres relataron haber presentado más de un motivo para la demanda del servicio de salud.

**Dolor y quemadura al orinar, dolor en la vagina, cistocele, dolor lumbar, flaqueza, condiloma, pérdida de peso.

DISCUSIÓN

Las potencias de enfermedad y perjuicios al cáncer de cuello de útero dependen de condiciones sociales, ambientales, políticas y económicas, o sea, de las características biológicas y comportamentales de los sujetos. Al identificarse estos aspectos, se busca encontrar soluciones para realización de una prevención eficaz para la salud de la mujer en situación de vulnerabilidad.

En cuanto al levantamiento de las características individuales, el estudio identificó que la edad del diagnóstico coincidía con el Instituto Nacional del Cáncer. La aparición de cáncer invasor de cuello de útero en mujeres de hasta 24 años es muy bajo y el seguimiento no es eficaz para detectarlo. Tratar estas lesiones antes de los 25 años acarrearía un aumento importante de colposcopias, elevaría el riesgo de morbilidad obstétrica y neonatal asociada a futura gestación y en esta edad hay gran probabilidad de que la enfermedad retroceda. Todavía, mujeres entre 50 y 64 años y con examen citopatológico normal presentan reducción de 84% en el riesgo de desarrollar carcinoma invasor entre 65 y 83 años⁽²⁾.

Se observó que en la mayoría de las mujeres la primera relación sexual y la maternidad sucedieron en la fase de la adolescencia, así como que las mujeres eran multigestas. Corroborando este hecho, un estudio mostró que la sexarca precoz está asociada principalmente con ser negra, hija de madre adolescente y padres separados, bajo nivel de instrucción y socioeconómico, baja autoestima, inseguridad, influencia de los medios de comunicación, desconocimiento sobre infecciones sexualmente transmisibles, influencia social y del medio en que vive, falta de diálogo con los padres, insistencia del compañero, falta de educación sexual en la escuela, desempleo, consumo de drogas y alcohol, no practicar religión e influencia de los amigos que ya tuvieron relación sexual⁽⁷⁾.

El embarazo también fue un factor asociado a infección, por la alta prevalencia del virus en esa población. Se acredita que el embarazo pueda interferir con la infección por el HPV debido a alteraciones inmunes y hormonales⁽¹¹⁾. Se sabe que altos niveles de hormonas esteroides producen disminución de la síntesis y actividad de los linfocitos y macrófagos. Así, durante el embarazo hay depresión transitoria y selectiva de la inmunocompetencia celular. La actividad de los linfocitos T auxiliares y T supresores está disminuida, así como de la IgG e IgA en el moco cervical⁽⁸⁾.

La gestación, a consecuencia de las modificaciones maternas como alteraciones hormonales e inmunes, es considerada un factor de riesgo para infección por el HPV, siendo el cáncer cervical el más común entre los varios tipos asociados al embarazo. El embarazo causa desequilibrio en la flora vaginal, aumentando la vulnerabilidad a la contaminación de agentes infecciosos y al HPV⁽⁸⁾.

La sexarca con edad inferior a 15 años, varios compañeros y relación sexual sin preservativo fue responsable de la exposición a la infección por el HPV y del aumento de la vulnerabilidad al cáncer de cuello uterino en mujeres institucionalizadas en una penitenciaria femenina⁽⁹⁾. Destaca que mujeres con HPV y otras infecciones sean más susceptibles a agravios a su salud y, en este caso, al desarrollo más rápido de carcinomas invasores de cuello de útero⁽²⁾.

En lo que se refiere a las características sociales, se comprobó predominio del color blanco (color declarado), enseñanza básica completa o incompleta, católicas, casadas, renta familiar entre uno y dos salarios mínimos y casa propia.

En la capital de Etiopía, estudio demostró que la mayoría de las pacientes era casada (51%) y analfabeta (52%). Todavía, aspectos socioeconómicos como nivel de escolaridad, renta y ocupación, influyen en la toma de decisión de las mujeres por la dependencia económica del cónyuge y están más expuestas a infección por el HPV por presentar dificultad para comprender los factores de vulnerabilidad al cáncer cervical. Estas, también, realizan con menor periodicidad el examen preventivo y se presentan menos conscientes en cuanto a los perjuicios derivados de la enfermedad elevando la probabilidad de diagnóstico tardío⁽¹⁰⁾. Otra evidencia constató que la mayoría de las mujeres con lesiones en el cuello uterino era casada (75%), color blanco (31.82%), bajo grado de instrucción y condición socioeconómica desfavorable⁽¹¹⁾.

En cuanto a la religión, se comprueba que su práctica influye en el comportamiento de las mujeres, incentivando hábitos saludables. Muchas iglesias, principalmente aquellas localizadas en regiones empobrecidas, han asumido un importante papel

social y, por medio de actividades educativas, desarrollan con sus devotos acciones encaminadas a la prevención y promoción de la salud⁽¹²⁾.

Respecto de la participación de las mujeres como profesional activa antes y después del diagnóstico y tratamiento, este estudio mostró que la mayoría dejó de trabajar tras la enfermedad.

En Inglaterra, un estudio observó el efecto negativo del trabajo en pacientes con cáncer y mostró que 17% de los individuos tras el tratamiento de la enfermedad son menos propensos a trabajar o trabajan, de media, 5,6 horas menos por semana. Se evidenció también que el volver al trabajo ocurre al menos un año después del fin del tratamiento⁽¹³⁾.

Las características programáticas de los servicios de salud permitieron identificar que las mujeres se mostraron más preocupadas con su salud tras la neoplasia cervical.

La adhesión al examen de Papanicolaou es una barrera importante para el diagnóstico precoz, mas superada por algunas mujeres que atribuye al cáncer el ser una enfermedad fatal y, así, realizan el examen. Con todo, cuando la mujer no presenta síntomas de la enfermedad o no comprenden la importancia de realizar el seguimiento, la no adhesión al examen de rutina es más evidente. Tal comportamiento es significativo del aumento de la incidencia y mortalidad de mujeres diagnosticadas tardíamente^(14,15). Hay relato de que de un cuarto a un tercio de la población femenina no siente la necesidad de realizar el examen citopatológico debido a la ausencia de síntomas⁽¹⁶⁾.

El examen citopatológico periódico, hasta el momento, es la mejor manera de realizar o seguimiento del cáncer cervical y reducir la mortalidad entre mujeres vulnerables a la enfermedad. Con todo, el seguimiento es eficaz en sistema organizado para acompañar y tratar la población femenina, capaz de atenderlas integralmente y ofrecer asistencia de calidad⁽²⁾.

En cuanto al inicio del tratamiento después del diagnóstico del cáncer, cabe a los servicios de atención primaria dirigir inmediatamente a los servicios especializados, pues son responsables de proponer acciones de promoción y protección a la salud, prevención de males, diagnóstico precoz, rehabilitación y mantenimiento de la salud en las dimensiones colectiva e individual. Siendo así, es papel de la atención básica organizar la referencia y chequear la referencia⁽²⁾.

En cuanto al tipo de tratamiento, en este estudio, la histerectomía, radioterapia y braquiterapia fueron los más frecuentes. Comparado con otros tipos de cánceres, es el tratamiento que tiene mejor respuesta a la prevención de la enfermedad invasiva y cura. Se sabe que, si la enfermedad es diagnosticada precozmente y el tratamiento realizado correctamente, hay posibilidades de revertir, casi totalmente, el desarrollo de la enfermedad, por ser su evolución lenta y gradual⁽¹⁷⁾.

CONCLUSIÓN

El levantamiento de las características sociodemográficas, individuales y programáticas permitió identificar que factores de riesgo para el cáncer de cuello de útero, tales como sexarca precoz, el no uso de preventivo, grado de instrucción y

renta familiar precaria y la no realización del examen de Papanicolaou de rutina fue predominante y contribuyó a la vulnerabilidad a la neoplasia.

Sin embargo, consideramos como una posible limitación de este estudio el hecho de que algunas mujeres habían sido diagnosticadas de cáncer de cuello de útero hace algunos años. Acreditamos que el periodo entre el diagnóstico y la colecta de datos puede haber llevado a presentar dificultades para recordar algunas características en relación a su vida sexual anterior, pero al estar aun en acompañamiento en el Ambulatorio de Ginecología Oncológica, ciertamente, fueron capaces de describir aspectos sociales y relativos a organización de los servicios de salud y su participación en el tratamiento y seguimiento de otras alteraciones en su estado de salud.

Al considerar la percepción de las mujeres en cuanto a características que las hacían vulnerables al cáncer de cuello de útero, es necesario el desarrollo de intervenciones eficaces de asistencia pautada en el concepto de integridad del cuidado prestado. Se acredita que la inversión en la prevención por medio de la inmunización y orientación de relación sexual segura, es la mejor estrategia y debe estar asociada a la detección y tratamiento precoz de las lesiones precursoras de neoplasia cervical.

Por tanto, se destaca la importancia de organizar los programas de seguimiento, diagnóstico y tratamiento precoz, acciones de salud realizadas por un equipo multidisciplinar, realización de educación continuada y planificación de asistencia cualificada.

REFERENCIAS

1. Silva MRB, Silva GP. O conhecimento, atitudes e prática na prevenção do câncer uterino de uma unidade da zona oeste Rio de Janeiro. *Rev Pesqui Cuid Fundam.* 2012;4(3):2483-92.
2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (BR). Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. 2a ed. Rio de Janeiro: INCA; 2016.
3. Wiedmeyer ML, Lofters A, Rashid M. Cervical cancer screening among vulnerable women: factors affecting guideline adherence at a community health centre in Toronto, Ont. *Can Fam Physician.* 2012;58(9):e521-6.
4. Finnish Cancer Registry. Institute for Statistical and Epidemiological Cancer Research. Cervical cancer screening [Internet]. Helsinki: Finnish Cancer Registry; 2016 [citado 23 Nov 2016]. Disponível em: http://www.cancer.fi/syoparekisteri/en/mass-screening-registry/cervical_cancer_screening/.
5. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Enferm.* 2013;66(esp):158-64.
6. Prestes CRS, Paiva VSF. Psychosocial approach and health of black women: vulnerabilities, rights and resilience. *Saúde Soc.* 2016;25(3):673-88.
7. Lara LA, Abdo CH. Aspectos da atividade sexual precoce. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2015;37(5):199-202.
8. Oliveira GR, Vieira VC, Barral MFM, Döwich V, Soares MA, Conçalves CV et al. Risk factors and prevalence of HPV infection in patients from Basic Health Units of an University Hospital in southern Brazil. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2013;35(5):226-32.

9. Anjos SJSB, Ribeiro SG, Lessa PRA, Nicolau AIO, Vasconcelos CTM, Pinheiro AKB. Fatores de risco para o câncer de colo do útero em mulheres reclusas. *Rev Bras Enferm.* 2013;66(4):508-13.
10. Tadesse SK. Socio-economic and cultural vulnerabilities to cervical cancer and challenges faced by patients attending care at Tikur Anbessa Hospital: a cross sectional and qualitative study. *BMC Women's Health.* 2015;15(75):1-12.
11. Dias EG, Santos DDC, Dias ENF, Alves JCS, Soares LR. Perfil socioeconômico e prática do exame de prevenção do câncer do colo do útero de mulheres de uma unidade de saúde. *Rev Saúde Desenvolv.* 2015;7(4):135-46.
12. Ribeiro FML, Minayo MCDS. O papel da religião na promoção da saúde, na prevenção da violência e na reabilitação de pessoas envolvidas com a criminalidade: revisão de literatura. *Cien Saúde Colet.* 2014;19(6):1773-89.
13. Candon D. The effects of cancer on older workers in the English labour market. *Econ Hum Biol.* 2015;18:74-84.
14. Vrinten C, McGregor LM, Heinrich M, von Wagner C, Waller J, Wardle J, et al. What do people fear about cancer? A systematic review and meta-synthesis of cancer fears in the general population. *Psycho-Oncology.* 2016 Sep 19. doi: 10.1002/pon.4287.Review.
15. Carvalho ILN, Nunes RB, Sousa IDB, Batista RDC, Sousa ASJ, Sousa CS. Exame citopatológico: compreensão de mulheres rurais acerca da finalidade e do acesso. *Rev Rene.* 2016;17(5):610-7.
16. Wijkerslooth TR, Haan MC, Stoop EM, Bossuyt PM, Thomeer M, Leerdam ME, et al. Reasons for participation and nonparticipation in colorectal cancer screening: a randomized trial of colonoscopy and CT colonography. *Am J Gastroenterol.* 2012;107(12):1777-83. doi: 10.1038/ajg.2012.140.
17. Araújo AO, Lira ACB, Fortes CMMS, Ribeiro JF, Barros RGM. Perfil clínico e epidemiológico da mulher idosa com câncer de colo do útero em Teresina-PI, 2008-2012. *Rev Multiprof Saúde Hosp São Marcos.* 2013;1(2):4-13.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia