

De Carli, María Elena

Autocuidado para la prevención del cáncer cervicouterino en el personal de enfermería

2020

Instituto: Ciencias de la Salud

Carrera: Licenciatura en Enfermería



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Argentina.
Atribución - No Comercial - Compartir Igual 4.0
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Documento descargado de RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital de la Universidad Nacional Arturo Jauretche

Cita recomendada:

De Carli, M. E. (2020) Autocuidado para la prevención del cáncer cervicouterino en el personal de enfermería [tesis de grado Universidad Nacional Arturo Jauretche]

Disponible en RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital UNAJ <https://biblioteca.unaj.edu.ar/rid-unaj-repositorio-institucional-digital-unaj>



**UNIVERSIDAD NACIONAL ARTURO JAURETCHE
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

TRABAJO FINAL DE LA CARRERA

**“AUTOCUIDADO PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER CERVICOUTERINO
EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA”**

INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN

ALUMNA: DE CARLI MARIA ELENA

DIRECTOR DEL PROYECTO: LICENCIADA GLORIA COLAMARINO

FLORENCIO VARELA, JUNIO DE 2020

Índice

Introducción	3
Problema	5
Objetivos de la investigación	6
Objetivo principal	6
Objetivos específicos	6
Marco Teórico	7
Metodología	29
Diseño	29
Tipo de estudio	29
Universo	29
Población	29
Muestra	29
Unidad de análisis	30
Criterios de inclusión	30
Criterios de exclusión	30
Fuente de datos	30
Instrumento de recolección de datos	30
Variables	31
Resultados, tablas y gráficos	34
Conclusión	57
Bibliografía	59
Anexos	61

Introducción

El presente documento de investigación, es el trabajo final para acceder al título de grado de Licenciatura en Enfermería. El tema “Autocuidado para la prevención del cáncer cervicouterino en el personal de enfermería” fue elegido para poder conocer la visión en primera persona de las percepciones de autocuidado ginecológica de las enfermeras, su conocimiento acerca de los métodos de detección del cáncer de cuello de útero, las dificultades que se pueden presentar en sus tareas diarias que impiden el control ginecológico periódico y los factores de riesgo que poseen.

El cáncer cervicouterino es el tercer cáncer más común en las mujeres del mundo y la segunda causa de muerte más frecuente.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó en 2008 más de 6 millones de casos de cáncer en mujeres; el 57.2 % de esos casos ocurrió en países menos desarrollados. El cáncer cervicouterino (CaCU) ocupa el tercer lugar de las neoplasias malignas que afectan a la mujer, con un número estimado de 530 000 casos nuevos. El CaCU es multicausal y obedece a la asociación de diferentes factores de riesgo. El principal de ellos es la infección por virus de papiloma humano (VPH), que actúa como una causa necesaria pero no suficiente. Asimismo, la interacción con otros cofactores incide en el desarrollo y la severidad de esta neoplasia. La sobrevida se encuentra relacionada con la oportunidad de atención. El CaCU es una neoplasia considerada como un cáncer prevenible, así que es factible salvar más de 150 mil vidas para 2030 si las medidas de control se aplican con oportunidad. (Hernández-Hernández, Apresa-García, & Patlán-Pérez, 2015)

En Argentina es el tercer tumor más común detectado entre las mujeres y según el Ministerio de Salud de la Nación, es la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres entre 35 y 64 años. Por año se diagnostican 4.500 casos nuevos de los cuales 2.000 son fatales (Ministerio de Salud y Desarrollo, 2019).

El agente causal del cáncer de cérvix es el Virus de Papiloma Humano el cual es de fácil transmisión y de alta prevalencia en la comunidad, sin embargo, su prevención y detección es igualmente sencilla; se da mediante el uso de métodos de barrera durante las relaciones sexuales, al ser exclusivamente de transmisión sexual “Se estima que 4 de cada 5 personas, es decir, el 80%, van a contraer uno o varios de los tipos de VPH en algún momento de sus vidas” (Fundación Huesped, 2019), limitar las parejas ocasionales y extraconyugales o mantenerlas con las precauciones adecuadas, reducen notablemente la exposición a este virus. Este virus es el causal, sin embargo no es suficiente con padecer la infección para

llegar al cáncer de cérvix, periodos de latencia prolongados sin controles ginecológicos son principalmente el aliado del virus para su desarrollo.

“La citología cervical es el test de tamizaje cervical más común, y vigente desde hace 50 años, un procedimiento sencillo y de fácil diagnóstico de anormalidades en las células del cuello del útero: el Papanicolau o PAP, sumado al test de VPH y la vacunación contra el VPH” (Laudi & Arrossi, 2014). Estos métodos de prevención no son efectivos si el individuo no los implementa y los adquiere como un hábito, en definitiva el “autocuidado es la responsabilidad que tiene cada individuo para el fomento, conservación y cuidado de su propia salud”. (RegueraMS, Gómez, & Borges, 2014)

Como profesionales del cuidado, deben comenzar por su propio autocuidado, para conservar la salud y desempeñar de manera óptima su rol como cuidadores. (Roman, 2007) Mantener un estilo de vida saludable previene las enfermedades, los controles periódicos de salud logran su detección temprana, permitiendo una rápida conducta terapéutica y así disminuir la agresividad de la enfermedad. Por consecuencia un eficaz tratamiento con pronta recuperación y mejor pronóstico, reduciendo notablemente las consecuencias y/o discapacidad futuras.

La finalidad de este trabajo de investigación es conocer el autocuidado para la prevención del cáncer cervicouterino en el personal de enfermería del Servicio de Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica del Hospital de Alta Complejidad el Cruce SAMIC, a partir de los 25 años durante los meses de noviembre 2019 a abril de 2020.

Problema

¿Cuáles son las prácticas de autocuidado para la prevención del cáncer cervicouterino que realiza el personal de enfermería de UTIP del Hospital el Cruce SAMIC durante los meses de Noviembre 2019 hasta abril 2020?

Objetivos de la investigación

Objetivo principal

Conocer las prácticas de autocuidado para la prevención del cáncer cervicouterino en el personal de enfermería del servicio de UTIP del Hospital de Alta Complejidad El Cruce durante los meses de Noviembre 2019 hasta abril 2020.

Objetivos específicos

1. Contextualizar al personal de enfermería, según nivel de formación, edad, estado civil, cantidad de hijos y cantidad de parejas sexuales. Determinar carga horaria laboral semanal.
2. Conocer la percepción del autocuidado ginecológico del personal de enfermería
3. Identificar prácticas saludables y no saludables en el cuidado de la salud ginecológica del personal de enfermería.

Marco Teórico

En este estudio se utilizó como sustento la Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem (1969) quien presenta como base en la adquisición de un estado óptimo de salud, la independencia al desarrollarnos en cada aspecto de la vida, fomentando actividades que mantienen la salud, satisfaciendo las necesidades de manera autónoma. Cuando existen dificultades durante el desarrollo cotidiano y no se alcanza el nivel óptimo de salud, se puede decir que existe un Déficit del Autocuidado y es cuando se requiere apoyo de un agente externo para completar el completo bienestar.

Este déficit es favorecido por los “Factores condicionantes básicos” los cuales enuncia Orem en su Teoría, estos factores ya sean internos o externos, afectan las capacidades del individuo para lograr un nivel de autocuidado adecuado

Esta Teoría se consideró la más adecuada para desarrollar el tema anteriormente mencionado, ya que cuando una Enfermera no posee un autocuidado ginecológico adecuado o su percepción del mismo no es suficiente para presentar acciones a favor de su salud, puede llevar a que una lesión pre maligna por HPV sea un carcinoma cervical.

A esta Teoría, se le añade el Modelo de Marc Lalonde (1974), donde define a los Determinantes de Salud como factores que atraviesan la condición de la persona individualmente, cada uno de ellos los sitúa en una condición mejor o peor en relación a los que lo rodean, evidenciando como esos factores de riesgo afectan de manera directa su desarrollo. Se manifiesta con una mirada holística al igual que Dorothea del ser humano, donde cada variable de sus vidas aumenta o disminuye la probabilidad del desarrollo de una enfermedad, pero que no son suficientes para provocarla, el autocuidado tiene un rol importante en la preservación de la integridad y el fomento de la salud. (Villar Aguirre, 2011) . Asimismo estos conceptos son compartidos en La Carta de Ottawa, donde enuncian que “Los factores políticos, económicos, sociales, culturales, de medio ambiente, de conducta y biológicos pueden intervenir bien en favor o en detrimento de la salud” (PAHO, 2020)

En esta investigación, se pone a la luz la relevancia de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, realizar medidas que eviten la aparición de enfermedades y la reducción de los factores de riesgo que conllevan a padecerla. (Villar Aguirre, 2011).

“El proceso de autocuidado se inicia con la toma de conciencia del propio estado de salud”. (Hernández, Pacheco, Larreynag, 2017, p.6). Muchas veces este concepto es dejado de lado por el personal de enfermería, el cual siendo el principal promovedor de prevención y promoción de la salud, posterga su autocuidado impidiendo su óptimo desarrollo en cada aspecto de su vida. Según

Orem, el autocuidado es una “función humana reguladora que debe aplicar cada individuo de forma deliberada con el fin de mantener su vida y su estado de salud, desarrollo y bienestar, por tanto es un sistema de acción” (Dr.C. Ydalsys Naranjo HernándezI, 2017) Es necesario ser prioridad al momento de prevenir enfermedades, situarse como individuos en riesgo y no solo como agentes de salud, “desarrollando así una personalidad terapéutica que trasmite e inspire salud”. (Román, 2007, p 7)

En su Teoría del Autocuidado, Orem desarrolla por qué y cómo las personas cuidan de sí mismas, considerando al enfermero como persona y agente a la vez, siendo quienes brindan cuidados a la salud a terceros pero principalmente a su persona. El autocuidado se refiere a las acciones que realiza una persona con el fin de promover y mantener la vida, la salud y el bienestar, lo que se conceptualiza como una forma de acción deliberada. Cuando se realiza una acción deliberada, la persona actúa como agente.

El autocuidado es exitoso solo si la percepción del mismo permite la adquisición de hábitos saludables, cubriendo las necesidades para regular su propio funcionamiento y desarrollo humano individual como también colectivo. (BENAVENT, 2017) En esta investigación, esto se relaciona con las conductas de prevención de riesgos y/o autocuidado que adoptan las profesionales en su cuidado ginecológico cotidiano. La percepción de autocuidado es subjetiva, se adapta a los conocimientos que posee cada individuo de su estado de salud y de las herramientas que considera necesarias para favorecerla, o de los hábitos que ignora perjudiciales o de impacto negativo a lo largo de su desarrollo.

Durante el ejercicio como profesionales de la salud, la enfermera se coloca en el rol de cuidador, dejando muchas veces de lado la posibilidad de ocupar el rol de paciente y padecer enfermedades. Según el Ministerio de Salud, la Enfermera terapeuta se encuentra dentro de la clasificación de “área cerrada” con actividad insalubre, otorgándole un máximo semanal de 30 horas laborales, debido a la exigencia, riesgos y estrés que implica desarrollarse en un sector donde los pacientes son críticos, frecuentemente estas horas son excedidas y repercute en

el tiempo que las mujeres dedican al resto de sus actividades diarias, entre ellas el cuidado de su propia salud.

La cantidad de horas trabajadas le resta horas al tiempo de descanso. El descanso no sólo sirve para recuperarse del esfuerzo físico y de las pequeñas lesiones que se puedan producir en el trabajo, sino también para destinarlo a la vida familiar, a los intereses individuales, a las actividades sociales y la salud del individuo. Las trabajadoras mujeres ven aumentados sus tiempos de trabajo total por una desigual distribución de tareas entre los géneros dentro de la sociedad. Al trabajo remunerado de extensas jornadas se le agrega el trabajo doméstico o el cuidado de los hijos o actividades diarias personales, impactando en el tiempo invertido en ellas mismas y el cuidado de su salud. (PARRA, 2003)

En este ámbito sanitario, las enfermeras no están exentas de las exigencias y obligaciones cotidianas que las atraviesan como personas, las jornadas laborales extensas, el cuidado de los hijos o familiares a cargo, sumados a la indiferencia, temor a conocer nuestro estado de salud o la omisión de la misma, desembocan en prácticas deficitarias para la salud.

Las profesionales de salud son potenciales huéspedes de múltiples patógenos a lo largo de su desarrollo. Un estilo de vida saludable, prácticas sanitarias seguras, evitar hábitos perjudiciales y realizarse chequeos médicos periódicos previene la gran mayoría de las enfermedades. Sin embargo, existen virus que frente a un déficit de autocuidado se desarrollan y permanecen en el organismo de la mujer muchas veces de manera asintomática, tal es el caso del Virus de Papiloma Humano (VPH) que en el transcurso de dos décadas sin detección, control y tratamiento, este desarrolla lesiones precancerosas causando cáncer de cérvix.

Los agentes sanitarios están envueltos de información actualizada sobre esta patología y son quienes ponen en práctica las medidas preventivas y de promoción de salud diariamente en el ámbito laboral y la comunidad, sin embargo para un correcto autocuidado es imperativo la puesta en práctica de estos

conceptos en la vida cotidiana de los propios enfermeros para la prevención del cáncer de cérvix.

El Virus del Papiloma Humano (VPH) es el principal factor etiológico para el desarrollo del cáncer cervicouterino. Es una infección de transmisión sexual, de fácil transmisión, detección y tratamiento. Afecta tanto hombres como mujeres, siendo portadores y transmisores del virus en algún momento de sus vidas, estimando que 4 de 5 personas contraerán uno o varios tipos de VPH a lo largo de su desarrollo. Es una infección común, adquirida en los inicios de la actividad sexual y favorecida por la multiplicidad de parejas sexuales, sin embargo no todas progresan a cáncer. Muchas de las infecciones son transitorias y el sistema inmune se encarga de su eliminación sin consecuencias oncopatogénicas. En casos no detectados o controlados puede desarrollar cáncer genito anal y el más frecuente provocado por el VPH oncogénico es el de cérvix.

Se conocen alrededor de 100 tipos de VPH, 40 de ellos afectan la zona genital y anal, 15 pertenecen a los de alto riesgo oncogénico y dentro de este último grupo, los tipos 16 y 18 son los causantes del 70 % de los casos de cáncer cervicouterino en mujeres de 31 a 45 años, mientras que los de bajo riesgo oncogénico se presentan como lesiones benignas (condilomas y neoplasias intraepiteliales de bajo grado) “ La infección por el HPV puede ser responsable del 90% de los cánceres de ano, 70% de los de vagina, 50% de pene, 40% de vulva y del 13 al 72% de los cánceres orofaríngeos” (ANMAT, 2017)

Los tipos de VPH que se encuentran con mayor frecuencia en lesiones precursoras y malignas de CaCU son los VPH 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 y 68, por lo que se ha considerado que su presencia es de alto riesgo para el desarrollo de cáncer invasor. A nivel mundial el VPH 16 es el genotipo más frecuentemente encontrado en el cáncer cervical (Hernández-Hernández, 2020)

El cáncer de cuello de útero es una enfermedad que se caracteriza por la formación de células cancerosas en el cérvix. Generalmente es de progresión lenta pero constante si no se detecta a tiempo, inicia como displasia, luego se originan células anormales, precancerosas y finalmente cancerosas, se multiplican y se diseminan a partes más profundas del cuello uterino y a las áreas que lo rodean. Todo este proceso es frecuentemente asintomático en la mayoría hasta la etapa final.

En Latinoamérica, la edad promedio de detección de la mujer con CCU es de 50 años, siendo a los 28 la edad promedio de detección de lesiones de alto grado oncogénico, evidenciando un extenso periodo de estadio precanceroso. (Suárez, 2012).

En Argentina es el tercer tumor más común detectado entre las mujeres de mediana edad, estando en segundo lugar en el ranking de incidencia según el Ministerio de Salud de la Nación. Se diagnostican 4500 casos anuales de los cuales 2000 son fatales.

Según Suárez, la infección por VPH, es transitoria o auto eliminada por el huésped dentro de los 4-6 meses a 1- 2 años a partir de la exposición, siendo erradicada en un 90 % a los 2 años. “Cuando se encuentra un tipo específico de VPH en forma consecutiva es probable que se trate de una infección persistente (presencia del mismo tipo de virus en 2 ocasiones consecutivas) más que de una reinfección” (Suárez, 2012). Las lesiones de alto grado sin tratamiento desarrollaran cáncer cervical, los estudios evidencian largos periodos de latencia de lesiones precancerosas previas al desarrollo de CCU. Las lesiones precancerosas se evidencian luego de que la infección por VPH oncogénico haya ingresado en las células epiteliales del cérvix, alterando sus funciones normales.

La Organización Panamericana de la Salud enuncia cuatro vías por los que se desarrolla el CCU:

- Dentro del cuello uterino: Un foco diminuto de cáncer microinvasor se propaga hasta ocupar todo el cuello uterino, que puede agrandarse a 8 cm

de diámetro o más. El cáncer puede ser ulceroso, exofítico (crece hacia afuera) o infiltrante (invasor hacia adentro).

- A las estructuras adyacentes: Es posible la propagación directa en todas las direcciones, hacia abajo a la vagina, hacia arriba al útero, lateralmente a los tejidos que sostienen el útero en la pelvis y a los uréteres, hacia atrás al recto y hacia adelante a la vejiga urinaria.
- Vía linfática: En un 15% de los casos, cuando el cáncer se mantiene confinado todavía dentro del cuello uterino, hay una propagación a los ganglios linfáticos pelvianos y esta aumenta a medida que el cáncer se disemina. Las metástasis de ganglios linfáticos al principio se limitan a la región pelviana, posteriormente pasan a la cadena ganglionar a lo largo de la aorta, y con el tiempo llegan al espacio situado por encima de la clavícula (fosa supraclavicular). Los ganglios linfáticos, una vez invadidos por el cáncer, se agrandan y, si están cerca de la piel, se pueden palpar. Por ejemplo, si el cáncer ha avanzado hasta el tercio inferior de la vagina, los ganglios inguinales se pueden encontrar afectados y agrandados a la palpación, y los ganglios supracervicales también se sentirán notoriamente agrandados.
- Metástasis distantes por las vías sanguínea y linfática. Las células del cáncer cervicouterino pueden diseminarse a través del torrente sanguíneo y el sistema linfático y reproducirse por metástasis a distancia en hígado, huesos, pulmones y cerebro. Mientras el cáncer invasor se mantenga confinado inicialmente dentro del área pelviana, todavía es posible curar muchos casos con un tratamiento apropiado. Sin embargo, si no se trata, el cáncer cervicouterino evoluciona de una manera predecible y casi siempre mortal. (Organización Panamericana de la Salud, 2016)

Para la estadificación del cáncer, el Instituto Nacional del Cáncer utiliza las siguientes clasificaciones:

Estadio I

En el estadio I, el cáncer se formó y se encuentra solo en el cuello uterino.

El estadio I se divide en los estadios IA y IB, según el tamaño del tumor y la profundidad a la que este se diseminó.

- El estadio IA se divide en los estadios IA1 y IA2, según la profundidad a la que se disemina el tumor.
- En el estadio IA1, se encuentra muy poco cáncer (solo se observa al microscopio) en el tejido del cuello uterino. El tumor se diseminó a una profundidad de 3 mm o menos.
- En el estadio IA2, se encuentra muy poco cáncer (solo se observa al microscopio) en el tejido del cuello uterino. El tumor se diseminó a una profundidad de más de 3 mm, pero no más de 5 mm.
- El estadio IB se divide en los estadios IB1, IB2 y IB3, según el tamaño del tumor y la profundidad a la que este se diseminó.
- En el estadio IB1, el tumor mide 2 cm o menos y se diseminó a más de 5 mm de profundidad.
- En el estadio IB2, el tumor mide más de 2 cm, pero no más de 4 cm.
- En el estadio IB3, el tumor mide más de 4 cm.

Estadio II

En el estadio II, el cáncer se diseminó a los dos tercios superiores de la vagina o al tejido que rodea el útero.

El estadio II se divide en los estadios IIA y IIB, según hasta dónde se diseminó el cáncer.

En el estadio IIA, el cáncer se diseminó del cuello uterino a los dos tercios superiores de la vagina, pero no se diseminó al tejido que rodea el útero. El estadio IIA se divide en los estadios IIA1 y IIA2, según el tamaño del tumor.

- En el estadio IIA1, el tumor mide 4 cm o menos.
- En el estadio IIA2, el tumor mide más de 4 cm.
- En el estadio IIB, el cáncer se diseminó del cuello uterino al tejido que rodea el útero

Estadio III

En el estadio III, el cáncer se diseminó al tercio inferior de la vagina o a la pared pélvica, causó problemas de riñón o afectó los ganglios linfáticos.

El estadio III se divide en los estadios IIIA, IIIB y IIIC, según hasta dónde se diseminó el cáncer.

- En el estadio IIIA, el cáncer se diseminó al tercio inferior de la vagina, pero no se diseminó a la pared pélvica.
- En el estadio IIIB, se presenta una de las siguientes situaciones:
 - El cáncer se diseminó a la pared pélvica.
 - El tumor se agrandó y obstruye uno o ambos uréteres, o hace que uno o ambos riñones se agranden o no funcionen.
- El estadio IIIC se divide en los estadios IIIC1 y IIIC2, según la forma en que se disemina el cáncer a los ganglios linfáticos.
 - En el estadio IIIC1, el cáncer se diseminó a los ganglios linfáticos de la pelvis.

- En el estadio IIIC2, el cáncer se diseminó a los ganglios linfáticos del abdomen cercanos a la aorta.

Estadio IV

En el estadio IV, el cáncer se diseminó fuera de la pelvis, al revestimiento de la vejiga o del recto, o a otras partes del cuerpo.

El estadio IV se divide en los estadios IVA y IVB, según hasta dónde se diseminó el cáncer.

- En el estadio IVA, el cáncer se diseminó a órganos cercanos, como la vejiga o el recto.
- En el estadio IVB, el cáncer se diseminó a otras partes del cuerpo, como el hígado, los pulmones, los huesos o los ganglios linfáticos lejanos. (Instituto Nacional de Cancer, 2020)

Los test de tamizaje son los métodos de detección de CCU utilizados con mayor frecuencia por su efectividad y costo- beneficio para la salud pública: el test de detección del ADN del VPH, los test de inspección visual y el Papanicolaou (PAP)

Las lesiones precancerosas y el carcinoma cervical son eficazmente detectados actualmente en Argentina por estos tres tamizajes. Estas lesiones son detectadas principalmente durante la consulta ginecológica, siendo una de las acciones principales para un eficaz y oportuno autocuidado.

El Test de detección del ADN del VPH determina la presencia de los subtipos de virus oncogénicos que provocan el cáncer cervicouterino, se toma muestra del cuello del cérvix con un cepillo cervical o hisopo y es procesado en un laboratorio. Este método es altamente eficaz en mujeres de entre 30 y 40 años, es un test costoso y con altos requerimientos técnicos. Se recomienda su uso donde los recursos sean amplios.

“El tamizaje basado en el ADN del HPV no debe comenzar antes de los 30 años de edad, ya que la prueba es poco específica y por lo tanto arroja una alta tasa de resultados falsamente positivos (WHO 2006).” (Paolino, 2008)

Otro de los métodos de detección es el Test de inspección visual, pudiendo existir dos tipos de test: con ácido acético (IVA) y con Solución de Lugol (IVL).

En la IVA, se observa el cuello de útero con un espéculo luego de pasarle un algodón embebido con ácido acético diluido al 3-5%. Las lesiones precancerosas reaccionan con el ácido acético y se vuelven blancas. Estas zonas blancas son leídas por personal capacitado que categoriza la lesión como positiva o negativa. Contrariamente a la citología cervical, la IVA no necesita gran infraestructura para su aplicación. Debido a la naturaleza subjetiva de la evaluación visual, es importante utilizar definiciones estandarizadas para los tests positivos y negativos, y asegurar el control de calidad y la capacitación sostenida. Mientras que en la mayoría de los estudios la sensibilidad de la IVA es equivalente o mejor que la de la citología cervical (rango 67-79%), su especificidad es en general más baja (rango 49-86%). Un estudio recientemente publicado demostró que la utilización de la IVA es efectiva para reducir la incidencia y mortalidad de la enfermedad: comparado con el grupo control, las mujeres del grupo de intervención (tamizaje por IVA), tuvieron respectivamente un 25% y un 35% de reducción en la incidencia y mortalidad por la enfermedad (Sankaranarayanan et al. 2007). El método no está indicado en mujeres postmenopaúsicas, dado que en ellas la zona de transformación se encuentra al interior del canal endocervical y no es visible bajo inspección con espéculo.

La IVL es similar a la IVA, sólo que en este caso el cuello de útero se embebe con Solución de Lugol. Las células normales absorben la solución y se tiñen de un color marrón oscuro, mientras que las lesiones precancerosas aparecen amarillas. En ambos tests, existe sospecha de cáncer si se observa una excrecencia o lesión ulcerosa o en coliflor, visible clínicamente. Al igual que la IVA, los resultados de la IVL son inmediatos, y el tratamiento puede proveerse en la misma visita. La sensibilidad de la IVL (78-98%) y su especificidad (73-91%) son más altas que las

de la IVA (Sankaranarayanan et al. 2005). Debido a su bajo requerimiento de infraestructura, la IVL puede utilizarse en una variedad de lugares en dónde la implementación de la citología cervical es dificultosa debido a la falta de infraestructura, insumos y personal técnico adecuado. Una de las ventajas de los métodos de inspección visual es que los resultados del procedimiento están disponibles de inmediato, lo que permite proceder al tratamiento de las posibles lesiones precancerosas en la misma visita (estrategia de visita única). Esto es particularmente útil en entornos en dónde un porcentaje alto de mujeres con lesiones positivas no vuelven al sistema de salud para el seguimiento y/o tratamiento (Nene et al. 2007). Se ha demostrado que la estrategia de visita única es segura y aceptable (Gaffikin et al. 2003). (Paolino, 2008)

El PAP como tamisaje de primera elección en Argentina : la citología cervical es el método de tamizaje primario de anomalías en las células del cuello cervical y es utilizado con mayor frecuencia en nuestro país: el PAP o Papanicolau, el cual permite la obtención de una muestra de células del cérvix el cual es preservado en una placa de vidrio para ser evaluado en un laboratorio por el patólogo. Es este profesional quien identifica células anormales o estadios de precancer cervical. Este sistema de detección está dirigido principalmente a mujeres de 35 a 65 años, ya que la frecuencia con la que se presenta en mujeres a partir de los 40 años es mayor. El tamizaje de mujeres menores de 25 años ha revelado una baja incidencia del cáncer de cérvix en esta población. “ La recomendación de la Agencia Internacional de Investigaciones Contra el Cáncer de la Organización Mundial de la Salud (IARC, OMS) es no tamizar a las mujeres de menos de 25 años, ya que la frecuencia de cáncer cervical en mujeres jóvenes es baja, mientras que los costos pueden ser elevados tanto para la salud de las mujeres (debido a la alta prevalencia de lesiones preclínicas en este grupo de edad, muchas de las cuáles van a involucionar espontáneamente), como para el sistema de salud pública.” (Salud, argentina.gob.ar, 2020)

El Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino (PNPCC) dictado por el Ministerio de Salud de la Nación “recomienda la realización de un PAP cada 3 años, luego de 2 PAPs anuales consecutivos negativos”

“La OMS no recomienda el tamizaje anual a ninguna edad (WHO 2006), ya que el beneficio extra que puede aportar para la población es muy reducido, mientras que los costos tanto para la salud de las mujeres, como para el sistema de salud pública, pueden ser elevados.” (Paolino, 2008)

El PAP es una prueba de detección, no de diagnóstico, por este motivo si un resultado es anormal, es necesario complementarlo con otros estudios para determinar si hay un cáncer o un precáncer. “Las pruebas que se usan incluyen una colposcopia (con biopsia), raspado endocervical y biopsias de cono (conización).” (American Society of Clinical Oncology, 2020)

En conjunto con el Papanicolau durante la consulta ginecológica, es frecuente la realización de la Colposcopia, un examen mediante el cual se coloca un espéculo en la vagina para observar el cuello uterino, examinarlo con un lente de aumento y localizar lesiones previamente detectadas con el Papanicolaou, de esta manera el profesional procede a extraer una muestra para biopsia la cual determina el diagnóstico definitivo. “Una biopsia es la mejor forma de saber con certeza si un área anormal es un precáncer, un cáncer verdadero o ninguno de los dos” (American Cancer Society, 2020)

Algunas veces, la zona de transformación (el área en riesgo de infección por VPH y precáncer) no se puede ver con el colposcopio de modo que se tiene que hacer un procedimiento adicional para examinar esa área y determinar si hay cáncer: el Curetaje endocervical (raspado endocervical). Se realiza un raspado en el endocérnix al insertar un instrumento estrecho (la cureta) en el canal endocervical (la parte del cuello uterino más cercana al útero). La cureta se usa para raspar el interior del canal y extraer algo de tejido que luego se envía al laboratorio para un examen. Otro de los métodos de extracción de muestra cervical es la Biopsia de cono, en este procedimiento, también conocido como *conización*, el doctor extrae

del cuello uterino un fragmento de tejido en forma de cono. El tejido que se extirpa en el cono incluye la zona de transformación, donde hay más probabilidad de que los cánceres y los precánceres se originen. Una biopsia de cono se utiliza no sólo para diagnosticar cáncer y pre-cáncer, también se puede usar como tratamiento, ya que a veces se pueden extirpar por completo los precánceres, así como tumores cancerosos en etapas muy tempranas.

Los métodos que se utilizan comúnmente para las biopsias de cono son el procedimiento de escisión electroquirúrgica con asa (LEEP, por sus siglas en inglés), también conocido como escisión con asa grande de la zona de transformación (LLETZ), y la biopsia de cono con bisturí frío. Con ambos procedimientos, tal vez la mujer presente calambres leves y algo de sangrado durante algunas semanas.

- **Procedimiento de escisión electroquirúrgica con asa (LEEP o LLETZ):** en este método, se extirpa el tejido con un asa de alambre delgado que se calienta mediante electricidad y que sirve como un pequeño bisturí. Para este procedimiento se emplea anestesia local, y puede llevarse a cabo en el consultorio del médico.
- **Biopsia de cono con bisturí frío:** este método utiliza un bisturí quirúrgico o un láser en lugar de un alambre calentado para extirpar el tejido. Durante la operación, usted recibirá anestesia (ya sea anestesia general, en la que usted está dormida, o anestesia espinal o epidural, en la que se coloca una inyección en el área que rodea la médula espinal para adormecer de la cintura hacia abajo). Este procedimiento se lleva a cabo en un hospital. (Instituto Nacional del Cáncer de EE.UU, 2020)

Todas las pruebas de tamizaje deben someterse a un estricto control de calidad, ya que cuando se producen resultados positivos falsos, la mujer es sometida a nuevas pruebas diagnósticas y en ocasiones, a tratamientos innecesarios. Los resultados negativos falsos constituyen, por otro lado, uno de

los problemas más difíciles para cualquier programa, pues la mujer adquiere una falsa sensación de seguridad que podría atrasar el diagnóstico y el tratamiento. Muchos servicios de salud solamente se comunican con la mujer cuando el resultado del Papanicolaou es positivo. Para fomentar la adherencia al programa es importante, sin embargo, notificar también a las mujeres con resultados negativos y advertirles que es imposible descartar por completo la posibilidad de que se presenten signos y síntomas de cáncer del cuello de útero antes de su próxima prueba. (Robles, 1996)

Factores de riesgo

El principal factor de riesgo para el desarrollo de Cáncer Cervicouterino es el VPH, se estima que en casi el 100% de los casos hay presencia de ADN de VPH y sus subtipos oncogénicos. Numerosos estudios epidemiológicos han confirmado la relación entre la infección por VPH, con o sin cofactores, y el desarrollo del cáncer de cuello uterino, a pesar que la mayoría de las infecciones cervicales son auto limitadas. (...) Se considera que en promedio deben transcurrir catorce años para que una neo infección conduzca a la manifestación neoplásica más primaria. (Ortiz Serrano, Uribe Pérez, Díaz Martínez, & Dangond Romero, 2004)

Como se mencionaba anteriormente, el agente causal del CCU es el VPH, el cual es de transmisión sexual exclusiva teniendo como portadores a hombres y mujeres por igual, entonces vale afirmar que la exposición al virus se multiplica por la cantidad de parejas sexuales del individuo; por ende el riesgo de lesiones cervicales está estrechamente relacionado con la mantención de múltiples parejas sexuales, siendo de mayor impacto para la mujer quien desarrolla cáncer de cérvix. La OMS define promiscuidad a la mantención de dos o más parejas sexuales en un periodo de seis meses simultáneamente. “Por ejemplo, las mujeres solteras, viudas o separadas tienen más riesgo de infectarse por VPH dado que tienen más compañeros sexuales, sea permanentes u ocasionales.” (Ortiz Serrano, Uribe Pérez, Díaz Martínez, & Dangond Romero, 2004). No obstante una mujer casada o con pareja estable no esta exenta de esta conducta sexual tanto por su parte o la de su/s compañeros/as, por estos motivos tiene que primar la

responsabilidad al momento de intimar, ya que la exposición al virus está presente en cada encuentro sexual.

Un estudio publicado en la revista médica en Camagüey afirma que “el hábito de tener múltiples compañeros sexuales, multiplica 32 veces la probabilidad de adquirir una neoplasia maligna cervical” (Rosell Juarte, 2007)

La edad del primer coito es un factor de riesgo que predispone a las lesiones tempranas del cuello uterino debido a que los tejidos cervicales son más vulnerables a lesiones oncogénicas durante la adolescencia, el desarrollo de una infección se ve favorecida por la permeabilidad de estos tejidos a una edad temprana de inicios de la actividad sexual, ya que aumenta el rango de parejas sexuales y por consecuencia la exposición al virus de papiloma humano. “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.” (Ortiz Serrano, Uribe Pérez, Díaz Martínez, & Dangond Romero, 2004)

Existen factores relacionados con la reproducción, tales como paridad, edad del primer parto y partos vaginales. 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. 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; sin embargo, al revisar la extensa literatura al respecto podemos concluir que estos estudios en su mayoría son bastante contradictorios.

Con respecto a la edad del primer parto, los autores afirman que las mujeres menores de 22 años que “han tenido uno o más partos cuadruplica el riesgo de neoplasia del cuello uterino”, sin embargo si estos embarazos fueron por cesárea tiene un 70 % menos riesgo de lesión cervical ya que no hay lesiones en el cuello del útero al momento del nacimiento como en el caso de los partos vaginales. (Ortiz Serrano, Uribe Pérez, Díaz Martínez, & Dangond Romero, 2004)

Considerando los hábitos del individuo, uno de los hábitos perjudiciales más común es el tabaquismo, siendo uno de los principales factores de riesgo modificables que eleva la incidencia de cáncer de cuello de útero en la población femenina. Según el Instituto Nacional de Cáncer, “el tabaco es la causa principal de cáncer y de muerte por cáncer”, otorgándoles a las mujeres tabaquistas dos veces más posibilidades de padecer cáncer de cuello de útero. “Existe una relación directa entre el riesgo de lesiones preinvasoras y la duración e intensidad del hábito. (...) Experimentalmente se ha demostrado la presencia de nicotina, cotinina y otros mutágenos derivados del tabaco, en mujeres fumadoras con lesión intraepitelial.” (Ortiz Serrano, Uribe Pérez, Díaz Martínez, & Dangond Romero, 2004)

Se han detectado subproductos del tabaco en la mucosidad cervical de mujeres fumadoras. Los investigadores creen que estas sustancias dañan el ADN de las células en el cuello uterino y pueden contribuir al origen del cáncer de cuello uterino. Además, fumar hace que el sistema inmunitario sea menos eficaz en combatir las infecciones con VPH. (American Cancer Society, 2020)

Los métodos anticonceptivos orales colocan a la mujer dentro del grupo de riesgo a padecer cáncer cervical, según La Sociedad Americana Contra El Cáncer el uso de pastillas anticonceptivas por periodos prolongados aumenta el riesgo de padecer cáncer de cérvix, sin embargo el riesgo se reduce cuando estas son suspendidas y se recomienda su uso solo cuando los beneficios superen los riesgos potenciales. (American Cancer Society, 2020). En un estudio multicéntrico realizado por la IARC, encontró que el uso de anticonceptivos orales por menos de cinco años no se relacionaba con la presencia de cáncer de cuello uterino. El riesgo aumentó para las paciente que los usaban entre cinco y diez o más años (OR = 0,77; IC 95% 0,46 a 1,29). La evidencia para la asociación entre el cáncer de cuello uterino y los anticonceptivos orales u otras hormonas anticonceptivas no es completamente consistente. Varios estudios han investigado a mujeres positivas para VPH sin encontrar asociación con este factor. Se plantea que esta asociación con el cáncer tiene probablemente más una relación con el

comportamiento sexual que por efecto directo; se ha visto que las mujeres que han utilizado anticonceptivos orales por menos de cinco años tienen el mismo riesgo que aquellas que nunca los han utilizado, pero puede subir hasta cuatro veces cuando el uso es mayor de diez años. (Ortiz Serrano, Uribe Pérez, Díaz Martínez, & Dangond Romero, 2004)

Según Lalonde, la relación salud/enfermedad no se reduce a la mera existencia de agentes infecciosos o factores biológicos, sino a una relación estrecha a factores socioeconómicos, con una mirada holística del individuo inmerso en un contexto determinado. Su informe va dirigido a la prevención y promoción de salud, enuncia determinantes de salud, siendo las condiciones sociales y económicas que influyen directamente en el estado de salud de las personas. Son factores que las atraviesan a lo largo de su desarrollo. (Lalonde, 1974)

Uno de los determinantes desarrollado en su informe es el estilo de vida, donde hace referencia a la conducta sanitaria, las acciones en relación a la conservación de la propia salud y las decisiones tomadas para el fomento de la misma, son acciones donde el individuo ejerce cierto control. Las malas decisiones, una conducta sanitaria deficiente o hábitos perjudiciales son potenciales riesgos para la salud del individuo. “Cuando esos riesgos tienen como consecuencia la enfermedad o la muerte, se puede afirmar que el estilo de vida de la víctima contribuyó a ello.” (Lalonde, 1974).

Manifestaciones clínicas

Las mujeres con precánceres y cánceres de cuello uterino en estadios iniciales generalmente no presentan sintomatología, estos inician cuando el cáncer se torna invasor hacia los tejidos adyacentes o metastásico. Los síntomas pueden variar según la gravedad y los órganos a los que se propaga, se manifiestan de la siguiente manera:

- Manchas de sangre o sangrado leve entre o después de la menstruación
- Sangrado menstrual que es más prolongado y abundante que lo habitual
- Sangrado después del coito, el lavado genital o el examen pélvico
- Mayor secreción vaginal
- Dolor durante las relaciones sexuales
- Sangrado después de la menopausia
- Dolor de espalda y/o pélvico persistente y sin razón aparente

(American Society of Clinical Oncology, 2020)

Debido al avance asintomático de la enfermedad o síntomas poco perceptibles, es necesario tener una conducta sanitaria activa, realizando controles ginecológicos periódicos, incluso ante la ausencia de signos o síntomas para la detección temprana de los estadios precancerosos de la enfermedad.

Tratamiento

Una vez diagnosticado el cáncer, es necesario realizar estudios complementarios para identificar si el cáncer se encuentra dentro del cuello del útero o se disemina hacia otra parte del cuerpo, a esto se lo denomina estadificación. Con esta información podremos establecer el estadio de la enfermedad e iniciar un tratamiento adecuado.

Los métodos diagnósticos para la estadificación más utilizados son:

- Tomografía computarizada (TC):
- Tomografía por emisión de positrones (TEP)
- Imágenes por resonancia magnética (IRM)
- Ecografía

- Radiografía del tórax
- Biopsia de ganglio linfático
- Cistoscopia
- Laparoscopia
- Estadificación quirúrgica pretratamiento

Luego de estadificado el cáncer, se seleccionara el tratamiento acorde al tumor de cada mujer, estos pueden ser:

- **Cirugía**

Se utiliza la conización, donde se extirpa una porción del cuello del útero en forma de cono para su examen diagnóstico o tratamiento definitivo, dependiendo de la extensión de la infección. Por ejemplo: Conización quirúrgica

Procedimiento de escisión electroquirúrgica con asa (LEEP) es un tratamiento para el que se usa una corriente eléctrica que pasa por un alambre fino en forma de lazo y se utiliza como si fuera un bisturí para extirpar tejido anormal o cáncer.

La cirugía láseres un procedimiento quirúrgico para el que se usa un haz de rayo láser (haz angosto de luz intensa) como si fuera un bisturí para hacer cortes sin sangrado en el tejido o para extirpar una lesión superficial como, por ejemplo, un tumor.

La histerectomía total, procedimiento por el cual se extirpa el cuello del útero y el útero en su totalidad

Histerectomía radical, procedimiento donde extirpan el útero, el cuello uterino, parte de la vagina y un área amplia de ligamentos y tejidos que rodean a estos órganos. A veces, también se extirpan los ovarios, las trompas de Falopio y los ganglios linfáticos cercanos.

Histerectomía radical modificada, extirpan el útero, el cuello uterino, la parte superior de la vagina, y los ligamentos y tejidos que rodean de cerca a estos órganos. A veces también se extirpan los ganglios linfáticos cercanos. En este tipo

de cirugía no se extirpan tantos tejidos u órganos como en una histerectomía radical.

Traquelectomía radical, extirpan el cuello uterino, los tejidos y ganglios linfáticos cercanos, y la parte superior de la vagina. No se extirpan ni el útero ni los ovarios.

Salpingooforectomía bilateral, extirpan ambos ovarios y ambas trompas de Falopio.

Exenteración pélvica, cirugía para extirpar la sección inferior del colon, el recto y la vejiga. También se extirpan el cuello uterino, la vagina, los ovarios y los ganglios linfáticos cercanos. Se crean estomas (aberturas artificiales) para que la orina y la materia fecal pasen del cuerpo a una bolsa recolectora. Tal vez se necesite cirugía plástica para formar una vagina artificial después de esta cirugía. (Instituto Nacional de Cancer, 2020)

- **Radioterapia**

Es un tratamiento por el cual se somete a la mujer a rayos X para eliminar células cancerosas o evitar su proliferación en el organismo. La radioterapia de haz externo envía radiación desde una maquina hacia el cuerpo, siendo el tratamiento más utilizado.

Otro de los métodos es la radioterapia interna o braquiterapia, se realiza con el uso de implantes que administran radiación. (American Society of Clinical Oncology, 2020)

La terapia sistémica consiste en la administración de medicamentos por el flujo sanguíneo para la eliminación de células cancerosas de todo el cuerpo, se pueden mencionar tres tipos para el tratamiento del cáncer de cérvix:

- **Quimioterapia**

Es la administración de medicación endovenosa o vía oral para interrumpir la formación de células cancerosas o evitar la formación de tejidos neoplásicos.

- **Terapia dirigida**

Es un tratamiento que se dirige a los genes o a las proteínas específicas del cáncer, o a las condiciones del tejido que contribuyen al crecimiento del cáncer y la supervivencia. Este tipo de tratamiento bloquea el crecimiento y la diseminación de las células cancerosas y, a la vez, limita el daño a las células sanas. (American Society of Clinical Oncology, 2020)

- **Inmunoterapia**

Esta terapia conocida también como “terapia biológica” se encarga de estimular el sistema inmune utilizando sustancias producidas por el cuerpo o artificialmente para “mejorar, dirigir o restaurar la función del sistema inmunitario.” (American Society of Clinical Oncology, 2020)

Prevención

Dentro de las medidas preventivas, Argentina incorporo a su calendario oficial de vacunas en 2011 la vacuna de VPH para la prevención de infecciones por VPH y sus lesiones precancerosas. Estas son la bivalente que cubre contra los subtipos oncogénicos 16 y 18; y la tetravalente que cubre contra los tipos 6 y 11 los cuales generan verrugas genitales. Su administración representa una elevada respuesta inmune en el individuo y la producción de anticuerpos contra los subtipos incluidos en la vacuna.

Las vacunas para la prevención del HPV son avaladas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Ministerio de Salud Pública de la Nación Argentina, la Administración Nacional de Medicamentos Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) y sociedades científicas nacionales e internacionales, con elevada evidencia científica de ser muy segura y eficaz. (ANMAT, 2017)

La vacuna fue incorporada en 2011 para niñas de 11 años con nacimiento a partir del año 2000, luego fueron añadidos los varones nacidos a partir de 2006, la finalidad de esta inmunización es disminuir la incidencia de cáncer de cérvix y la mortalidad en la población. Esta vacuna es obligatoria y gratuita, está disponible en hospitales y vacunatorios de todo el país, para asegurar su efectividad es necesario la aplicación de 2 dosis con intervalos de 6 meses.

Para el resto de la población que no se encuentra dentro del rango para la vacunación obligatoria puede adquirir la vacuna de forma privada, sin embargo su eficacia disminuye si ya fue infectada con el virus del papiloma humano, es efectivo contra los subtipos que no haya adquirido a lo largo de su vida.

Se ha comprobado que para el desarrollo del Cáncer de cuello de útero es necesario la infección persistente por el virus de papiloma humano, más precisamente los subtipos oncogénicos. La bibliografía consultada sugiere al autocuidado como la herramienta principal en su prevención.

Esto inicia con los controles periódicos de tamizaje según lo recomendado por el Ministerio de Salud, el PAP principalmente es quien detecta en estadios iniciales las lesiones del cérvix que sin detección, control ni seguimiento, a lo largo de un promedio de 14 años de crecimiento asintomático, en la mayoría de los casos, desarrollara Cáncer cervicouterino. Estos controles ginecológicos periódicos aumentan la eficacia si es acompañado de una conducta sexual responsable, con el uso de métodos de barrera frente a parejas ocasionales o de riesgo y modificar los hábitos de riesgo como el tabáquico o métodos anticonceptivos hormonales por periodos prolongados.

Las herramientas para la detección y prevención del CCU en nuestro país es basta, los efectores de salud están inmersos en el tema y tienen la información suficiente para su implementación, sin embargo el ambiente laboral de una terapia pediátrica, esta desvinculado de la patología anteriormente mencionada que es el cáncer de cuello de útero. Diariamente se trabaja con patologías infantiles con riesgo de vida y situaciones de emergencia, siendo la problemática planteada de mayor frecuencia en Atención Primaria de Salud y mujeres adultas, volviéndose

invisible en el ámbito cotidiano de trabajo. El rol como enfermeras terapeuta, está meramente enfocado en el tratamiento de patologías graves pediátricas y su recuperación, dejando de lado la visión del enfermero de atención primaria el cual su actividad principal es la detección, prevención y seguimiento de enfermedades de menor complejidad.

Esta condición como terapeuta también es acompañada del rol de cuidador que las atraviesa, están instruidas para la detección y tratamiento de dolencias, el fomento de la salud y los cuidados holísticos del paciente, quien es percibido como un portador de padecimiento, posicionándose en el lugar de sanadores otorgándose mayor fortaleza en la comparación. Sin embargo esta percepción comparativa deja de lado sus padecimientos, considerándolos insignificantes, perjudicando así su autocuidado. Es sencillo pasar a segundo plano aquel síntoma insipiente o recurrente cuando se lo compara a los padecimientos que se vivencian diariamente en una terapia pediátrica.

Metodología

Diseño

Este trabajo es una Investigación de campo, en la cual los datos e información se extrajeron directamente de la realidad mediante herramientas de recolección como entrevistas o encuestas, con el fin de dar respuesta a alguna situación o problema planteado previamente. La fuente principal de recolección de datos fueron Enfermeras del Servicio de Terapia Intensiva Pediátrica del Hospital de Alta Complejidad El Cruce, Buenos Aires.

Tipo de estudio

Se realizara un estudio descriptivo transversal cuantitativo. Descriptivo porque se enuncian e identifican las características de las variables a estudiar, cuantitativo ya que luego de la recolección de datos, es posible otorgarles un valor y proceder a

su tabulación, medición e interpretación. Finalmente es transversal porque se ejecuta durante un periodo determinado en la población seleccionada.

Universo

El universo de estudio son todas las enfermeras que trabajan en el Servicio de Terapia Intensiva Pediátrica del Hospital de Alta Complejidad El Cruce SAMIC, Buenos Aires.

Población

Las 38 enfermeras a partir de los 25 años de edad que trabajen en el servicio de terapia intensiva pediátrica del Hospital de Alta Complejidad El Cruce SAMIC, Buenos Aires, la recolección de datos se realizó entre los meses de noviembre 2019 a abril de 2020

Muestra

Está compuesta por todas las enfermeras pertenecientes al Servicio de Terapia Intensiva Pediátrica de todos los turnos del Hospital de Alta Complejidad El Cruce SAMIC, Buenos Aires en el periodo de noviembre 2019 a abril de 2020

Unidad de análisis

Cada una de las enfermeras a partir de los 25 años de edad que trabajen en el servicio UTIP del Hospital de Alta Complejidad El Cruce SAMIC, en el periodo de noviembre 2019 a abril de 2020

Criterios de inclusión

En este criterio se incluyeron Enfermeras que trabajen en el servicio de UTIP, que tengan 25 años inclusive y mayores a esa edad sexualmente activas que deseen participar de la encuesta.

Criterios de exclusión

Los criterios de exclusión son Enfermeras que no trabajen en el servicio de UTIP, con histerectomía, menores de 25 años de edad que no sean sexualmente activas, las que no deseen participar de la encuesta y todas aquellas que se encontrara con licencia médica , vacaciones o licencia por maternidad.

Fuente de datos

La fuente de datos es primaria, se utilizó una encuesta de elaboración propia realizada a los Enfermeros del servicio UTIP del Hospital de Alta Complejidad El Cruce SAMIC, en el periodo de noviembre 2019 a abril de 2020

Instrumento de recolección de datos

Encuesta con preguntas cerradas y abiertas, anónimas y voluntarias. Cada encuesta fue acercada a cada Enfermera del servicio de UTIP, fue explicada y se evacuaron dudas acerca de cada ítem en ella. Luego de la explicación se procedió a brindar la intimidad necesaria para su ejecución ya que es anónima, posterior a su finalización se dejó una caja donde todas las encuestadas dejaban sus encuestas de manera anónima en el servicio.

Procesamiento de datos:

Los datos obtenidos de la encuesta serán volcados a una planilla de Excel para su posterior análisis e interpretación de datos, se realizaran tablas y gráficos con los resultados obtenidos.

Variables

Variables	Indicadores
Edad	25 a 35 años 36 a 46 años 47 años en adelante
Estado civil	Soltera Casada Separada Viuda
Nivel académico alcanzado	Auxiliar Universitario/Profesional Licenciada Magister Doctorado Otros
Consumo de cigarrillo	Si No
Edad de inicio sexual	Hasta 17 años 18 a 21 años Mayor a 22 años
Número de partos	0 1 a 2 3 a 4

	5 y más
Partos previos a los 22 años de edad	Si No
Número de parejas sexuales en los últimos 6 meses	
Métodos anticonceptivos que utiliza	<p><u>De barrera:</u> preservativos masculino y femenino. Diafragma</p> <p><u>Hormonales:</u> Orales/Inyectables/Dérmicos /Subdérmicos /Vaginales/ Intrauterinos</p> <p><u>Método intrauterino:</u> DIU/SIU</p> <p><u>Químicos:</u> Cremas / Jaleas / Tabletas / Óvulos /Esponjas</p> <p><u>Métodos basados en el Conocimiento de la Fertilidad de la Mujer (MBCF):</u> Calendario/Moco cervical/Temperatura basal/Sintotérmico</p> <p><u>Quirúrgica:</u> Vasectomía/ ligadura de trompas</p> <p>NINGUNO</p>
Carga horaria semanal laboral	Hasta 30 horas semanales De 31 a 60 horas 61 horas o más
Conocimiento de los métodos de detección del Cáncer de Cuello de Útero	SI NO

Frecuencia con la que se realiza el PAP (tiempo)	
Percepción del autocuidado ginecológico	SI NO
Opinión acerca de los factores que conducen a un déficit de autocuidado	

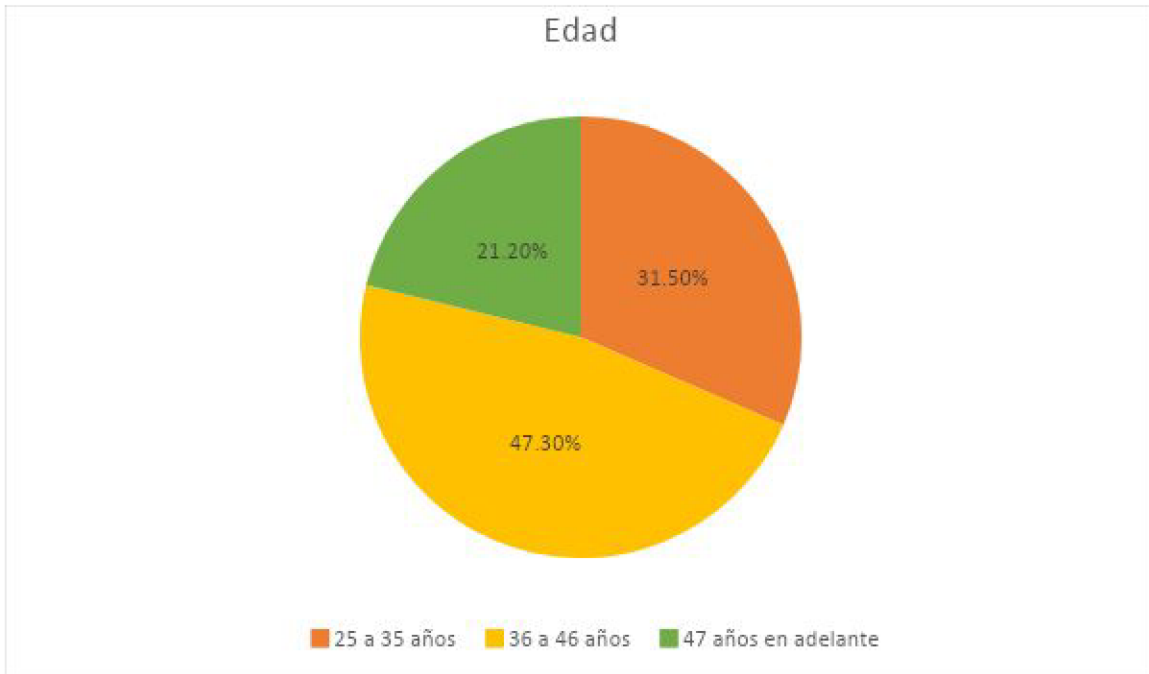
Resultados, tablas y gráficos

Durante la recolección de datos el llenado de las encuestas fue rápido y sencillo por parte de las encuestadas, igualmente previo a cada entrega se procedió a la explicación de cada ítem y se dio lugar a consultas en el caso de existir alguna duda. La tabulación de datos fue sencilla donde los indicadores fueron cuantitativos, en las preguntas abiertas se procedió a agrupar respuestas según temática para facilitar al momento de volcarlas en las tablas y gráficos. Se retiró la variable “Técnico” de la pregunta Nivel académico, ya que las competencias a nivel laboral son similares a las de Auxiliar y al finalizar la tabulación de datos, no obtuvo valores y se la considero irrelevante en la investigación. Las preguntas acerca de la percepción de autocuidado, conocimiento de métodos de detección CaCU presentaban indicadores preestablecidos, se retiraron y dejaron preguntas abiertas para permitir un mayor desarrollo de percepciones personales de las encuestadas y ver cada variable de manera individual.

Tabla N°1: Edad de Enfermeras del servicio de UTIP del Hospital de Alta Complejidad “El Cruce” SAMIC durante el periodo de noviembre 2019 a abril de 2020

Rango de edad	Cantidad	Porcentaje
25 a 35 años	12	31,5%
36 a 46 años	18	47,3%
47 años en adelante	8	21,2%
Total	38	100%

Gráfico N°1: Edad de Enfermeras del servicio de UTIP del Hospital de Alta Complejidad “El Cruce” SAMIC durante el periodo de noviembre 2019 a abril de 2020



Fuente: A partir de las encuestas realizadas a Enfermeras del servicio de UTIP. Buenos Aires, Argentina (2019/20)

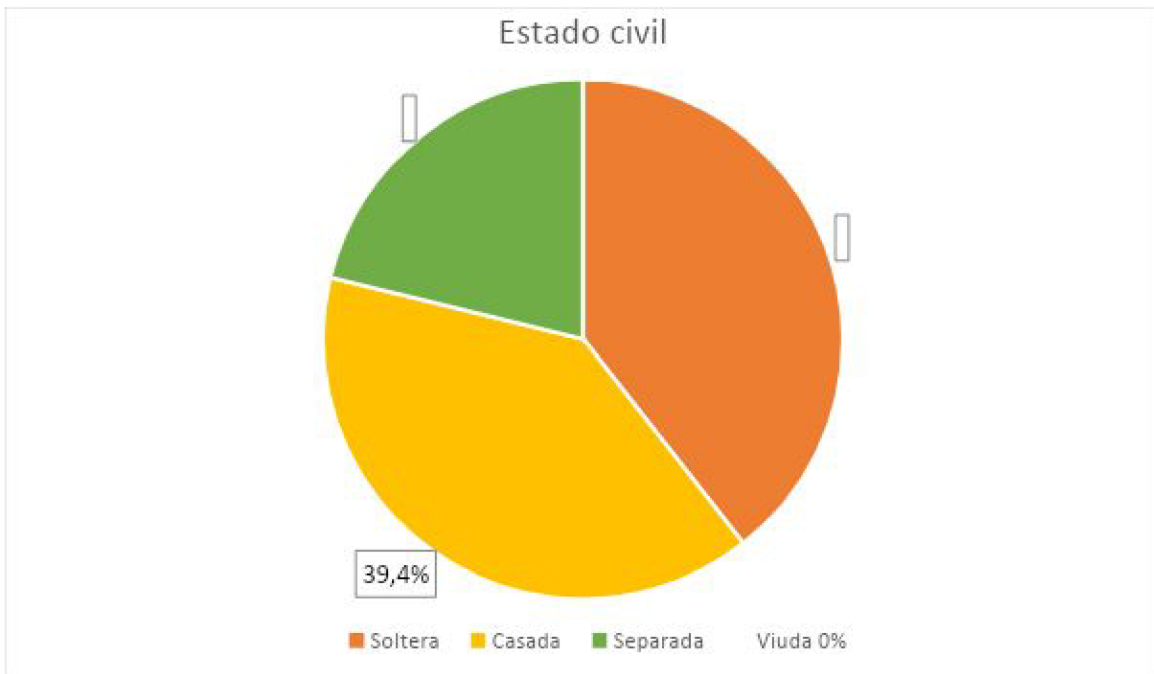
Análisis e interpretación:

En la interpretación de los datos, se puede obtener que 31,5% corresponde a Enfermeras de 25 a 35 años de edad, el 47,3% a las de 36 a 46 años y un valor de 21,2 % para aquellas Enfermeras de 47 años en adelante. El rango etario predominante en el estudio son mujeres con mayor riesgo de padecer cáncer cervicouterino.

Tabla N°2: Estado civil de las Enfermeras del servicio de UTIP del Hospital de Alta Complejidad “El Cruce” SAMIC durante el periodo de noviembre 2019 a abril de 2020.

Estado civil	Cantidad	Porcentaje
Soltera	15	39,4 %
Casada	15	39,4 %
Separada	8	21,2 %
Viuda	0	0 %
Total	38	100 %

Gráfico N° 2: Estado civil de las Enfermeras del servicio de UTIP del Hospital de Alta Complejidad “El Cruce” SAMIC durante el periodo de noviembre 2019 a abril de 2020.



Fuente: A partir de las encuestas realizadas a Enfermeras del servicio de UTIP. Buenos Aires, Argentina (2019/20)

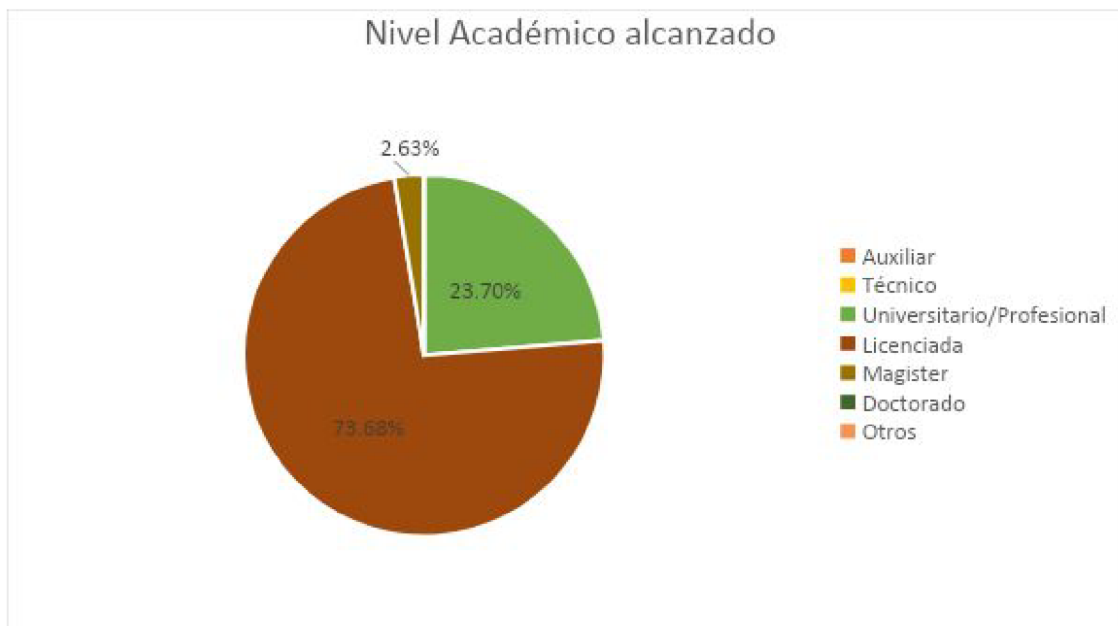
Análisis e interpretación:

En la interpretación de los datos, se aprecia que existe la misma cantidad de mujeres solteras 39,4 % que casadas 39,4%, un 21,2 % son mujeres separadas y el rango Viuda obtuvo un porcentaje de 0%.

Tabla N° 3: Nivel académico de las Enfermeras del servicio de UTIP del Hospital de Alta Complejidad “El Cruce” SAMIC durante el periodo de noviembre 2019 a abril de 2020.

Nivel Académico alcanzado	Cantidad	Porcentaje
Auxiliar	0	0%
Universitario/Profesional	9	23,7%
Licenciada	28	73, 68%
Magister	1	2,63%
Doctorado	0	0%
Otros	0	0%
Total	38	100%

Gráfico N°3 Nivel académico de las Enfermeras del servicio de UTIP del Hospital de Alta Complejidad “El Cruce” SAMIC durante el periodo de noviembre 2019 a abril de 2020.



Fuente: A partir de las encuestas realizadas a Enfermeras del servicio de UTIP. Buenos Aires, Argentina (2019/20)

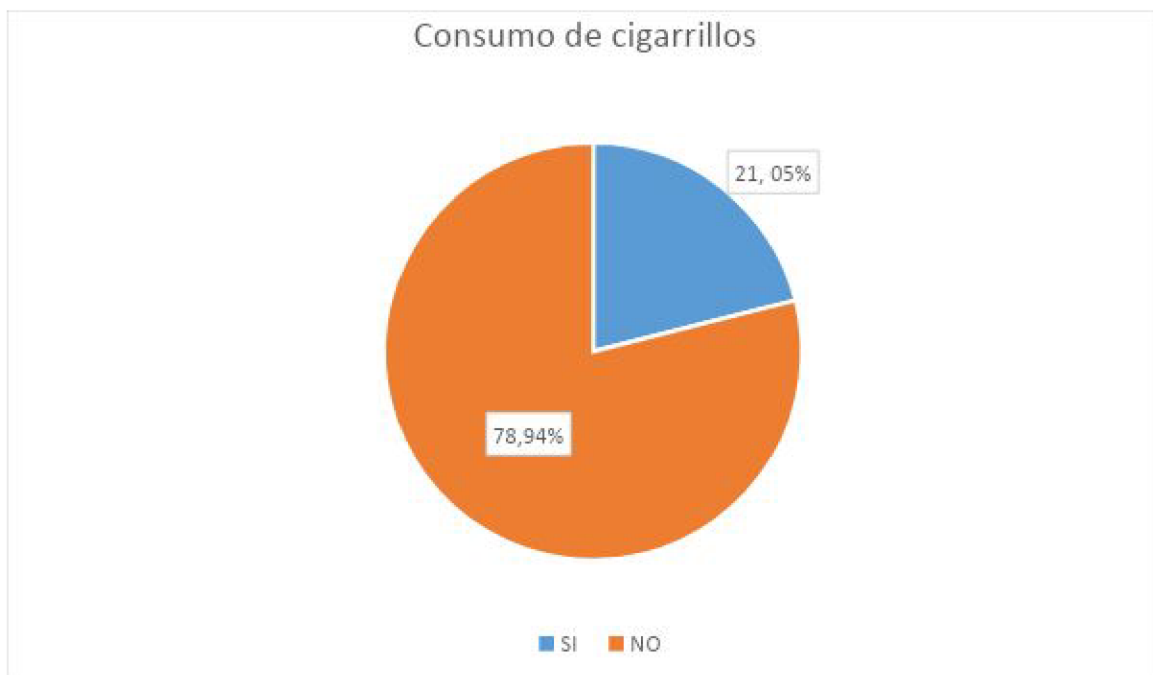
Análisis e interpretación:

En la interpretación de los datos, se puede afirmar que el mayor nivel alcanzado por parte del personal de Enfermería es Licenciada, con un porcentaje de 73,68%, en segundo lugar el nivel Universitario/Profesional 23,70%, Magister con 2,63 % y el resto de los rangos Auxiliar, Doctorado u Otros con 0%. Se puede apreciar que más de la mitad de la unidad de análisis son Enfermeras con basto conocimiento y un nivel de grado, donde la capacitación obtenida a lo largo de sus carreras abarca los conocimientos acerca del HPV, sus formas de adquisición transmisión y tratamiento.

Tabla N°4: Consumo de cigarrillo de las Enfermeras del servicio de UTIP del Hospital de Alta Complejidad “El Cruce” SAMIC durante el periodo de noviembre 2019 a abril de 2020.

Consumo de cigarrillos	Cantidad	Porcentaje
SI	8	21,05%
NO	30	78,94%
Total	38	100%

Gráfico N° 4: Consumo de cigarrillos de las Enfermeras del servicio de UTIP del Hospital de Alta Complejidad “El Cruce” SAMIC durante el periodo de noviembre 2019 a abril de 2020.



Fuente: A partir de las encuestas realizadas a Enfermeras del servicio de UTIP. Buenos Aires, Argentina (2019/20)

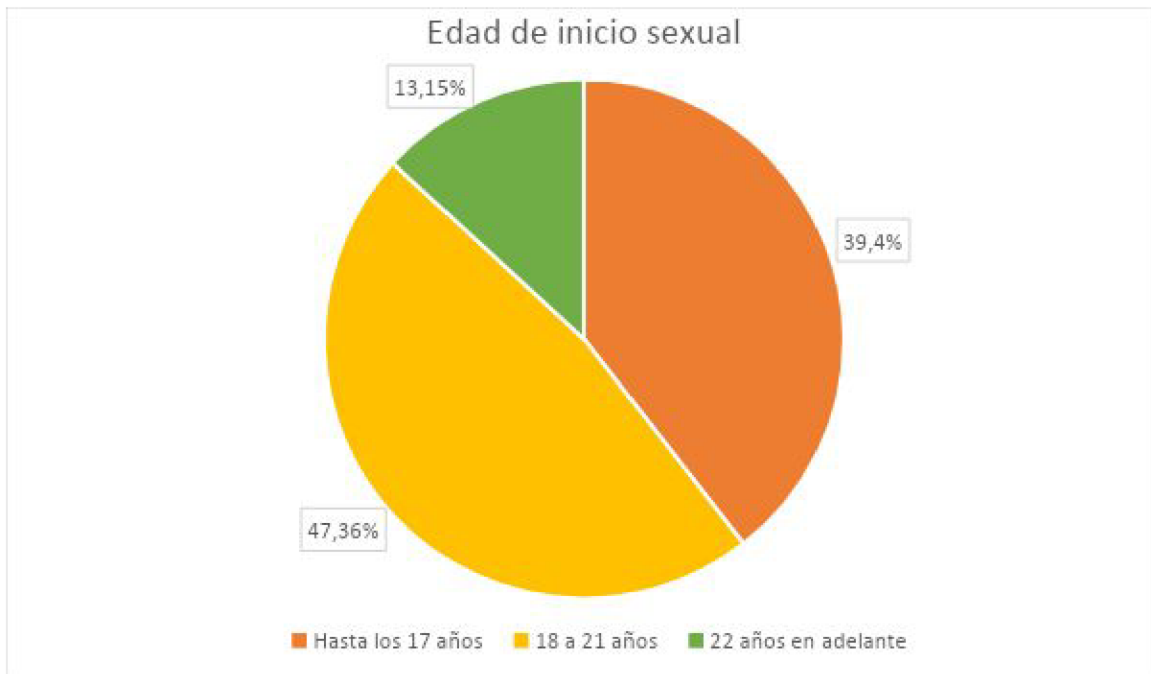
Análisis e interpretación:

En la interpretación de los datos se obtuvo que el 79 % de las Enfermeras no tiene el hábito tabáquico, siendo fumadoras sólo el 21 % de ellas. La baja incidencia de fumadoras en la población estudiada es favorable, ya que este factor de riesgo aumenta dos veces las probabilidades de contraer CCU, favoreciendo las lesiones precancerosas y debilitar el sistema inmune de la mujer.

Tabla N°5 Edad del inicio sexual de las Enfermeras del servicio de UTIP del Hospital de Alta Complejidad “El Cruce” SAMIC durante el periodo de noviembre 2019 a abril de 2020.

Edad de inicio sexual	Cantidad	Porcentaje
Hasta 17 años	15	39,4%
18 a 21 años	18	47,36%
22 años en adelante	5	13,15%
Total	38	100%

Gráfico N°5: Edad del inicio sexual de las Enfermeras del servicio de UTIP del Hospital de Alta Complejidad “El Cruce” SAMIC durante el periodo de noviembre 2019 a abril de 2020.



Fuente: A partir de las encuestas realizadas a Enfermeras del servicio de UTIP. Buenos Aires, Argentina (2019/20)

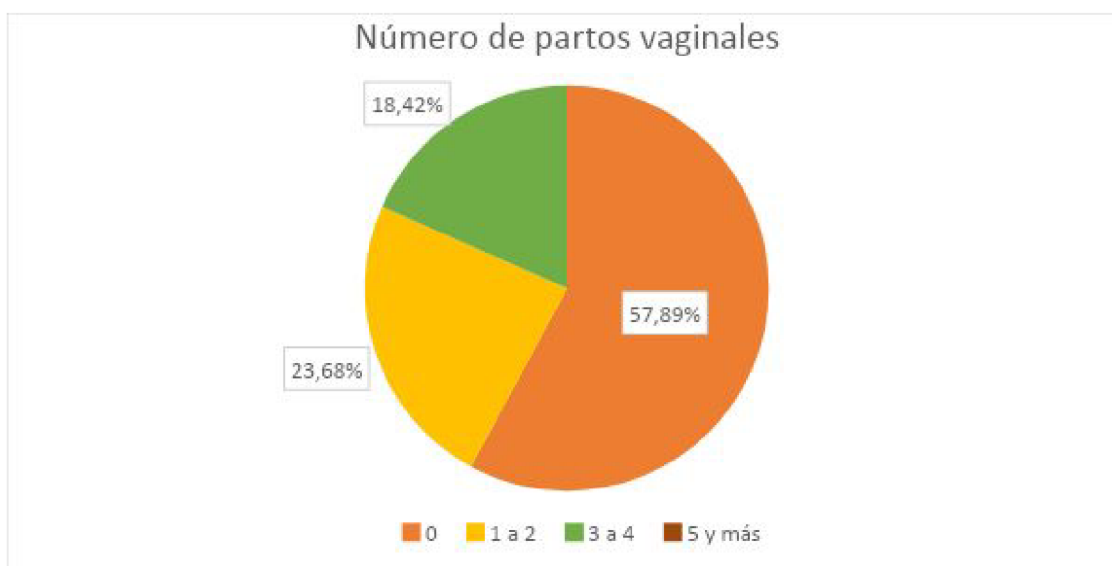
Análisis e interpretación:

En la interpretación de los datos se obtuvo que el 39,4% de las Enfermeras tuvo su inicio sexual previo o hasta los 17 años de edad, el 47,36% lo tuvo entre los 18 y 21 años y el 13,15% tuvo su inicio sexual después de los 22 años de edad. Estos resultados revelan que la mayoría de las mujeres analizadas no se encuentran dentro del grupo de riesgo, sin embargo aquellas que iniciaron su vida sexual tempranamente, las células cervicales se encuentran en desarrollo y permeables a la infección por VPH, favoreciendo el desarrollo de lesiones oncogénicas y permitiendo un periodo alto de latencia hasta la edad recomendada de realización de un primer PAP.

Tabla N°6: Número de partos vaginales de las Enfermeras del servicio de UTIP del Hospital de Alta Complejidad “El Cruce” SAMIC durante el periodo de noviembre 2019 a abril de 2020.

Partos vaginales	Cantidad	Porcentaje
0	22	57,89%
1 a 2	9	23,68%
3 a 4	7	18,42%
5 y más	0	0%
Total	38	100%

Gráfico N°6: Número de partos vaginales de las Enfermeras del servicio de UTIP del Hospital de Alta Complejidad “El Cruce” SAMIC durante el periodo de noviembre 2019 a abril de 2020.



Fuente: A partir de las encuestas realizadas a Enfermeras del servicio de UTIP. Buenos Aires, Argentina (2019/20)

Análisis e interpretación:

En la interpretación de los datos se obtuvo que el 57,89 % de las Enfermeras no tuvo partos vaginales, el 23,68 % tuvo de 1 a 2 partos, el 18,42 % de 3 a 4 partos y el rango 5 y más obtuvo 0 %. La baja incidencia de partos vaginales favorece a la integridad del cuello uterino ya que no es lesionado durante los traumas del alumbramiento, por consecuencia dificulta el ingreso del VPH al tejido cervical.

Tabla N°7: Partos antes de los 22 años de edad de las Enfermeras del servicio de UTIP del Hospital de Alta Complejidad “El Cruce” SAMIC durante el periodo de noviembre 2019 a abril de 2020.

Partos previos a los 22 años de edad	Cantidad	Porcentaje
SI	9	23,68%
NO	29	76,31%
Total	38	100%

Gráfico N°7 Partos antes de los 22 años de edad de las Enfermeras del servicio de UTIP del Hospital de Alta Complejidad “El Cruce” SAMIC durante el periodo de noviembre 2019 a abril de 2020.



Fuente: A partir de las encuestas realizadas a Enfermeras del servicio de UTIP. Buenos Aires, Argentina (2019/20)

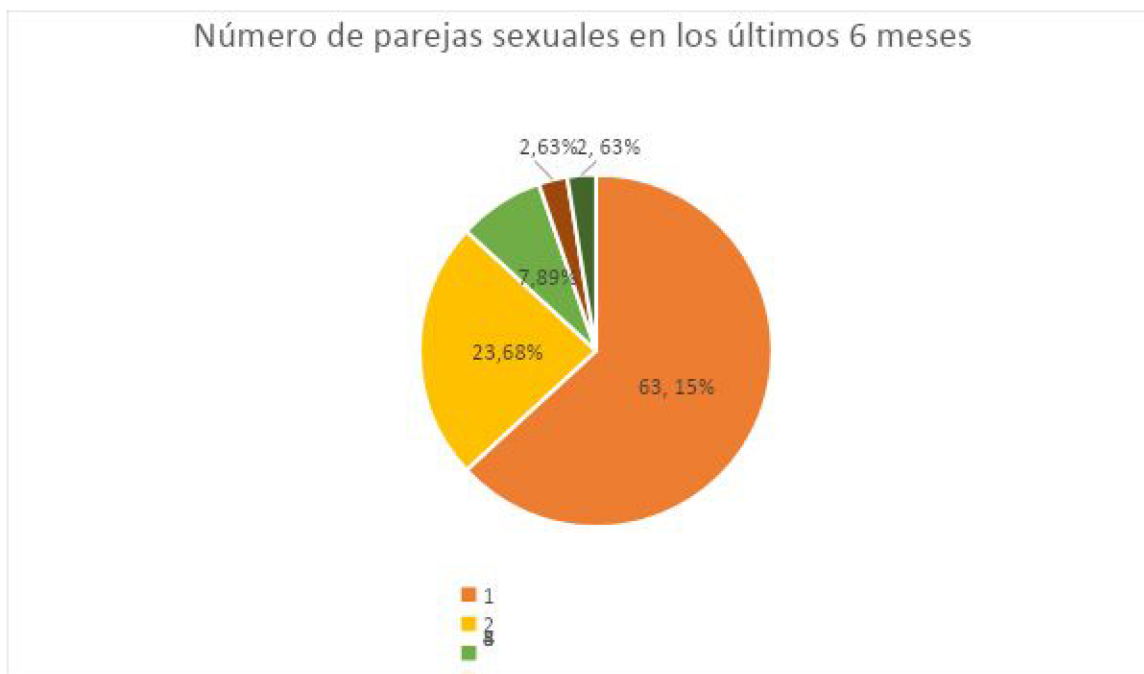
Análisis e interpretación:

En la interpretación de los datos se obtuvo que el 76% de las Enfermeras no tuvieron partos vaginales antes de los 22 años de edad, mientras que 24 % sí.

Tabla N°8: Número de parejas sexuales en los últimos 6 meses de las Enfermeras del servicio de UTIP del Hospital de Alta Complejidad “El Cruce” SAMIC durante el periodo de noviembre 2019 a abril de 2020.

Número de parejas sexuales en los últimos 6 meses	Cantidad	Porcentaje
1	24	63,15%
2	9	23,68%
3	3	7,89%
4	1	2,63%
8	1	2,63%
Total	38	100%

Gráfico N°8: Número de parejas sexuales en los últimos 6 meses de las Enfermeras del servicio de UTIP del Hospital de Alta Complejidad “El Cruce” SAMIC durante el periodo de noviembre 2019 a abril de 2020.



Fuente: A partir de las encuestas realizadas a Enfermeras del servicio de UTIP. Buenos Aires, Argentina (2019/20)

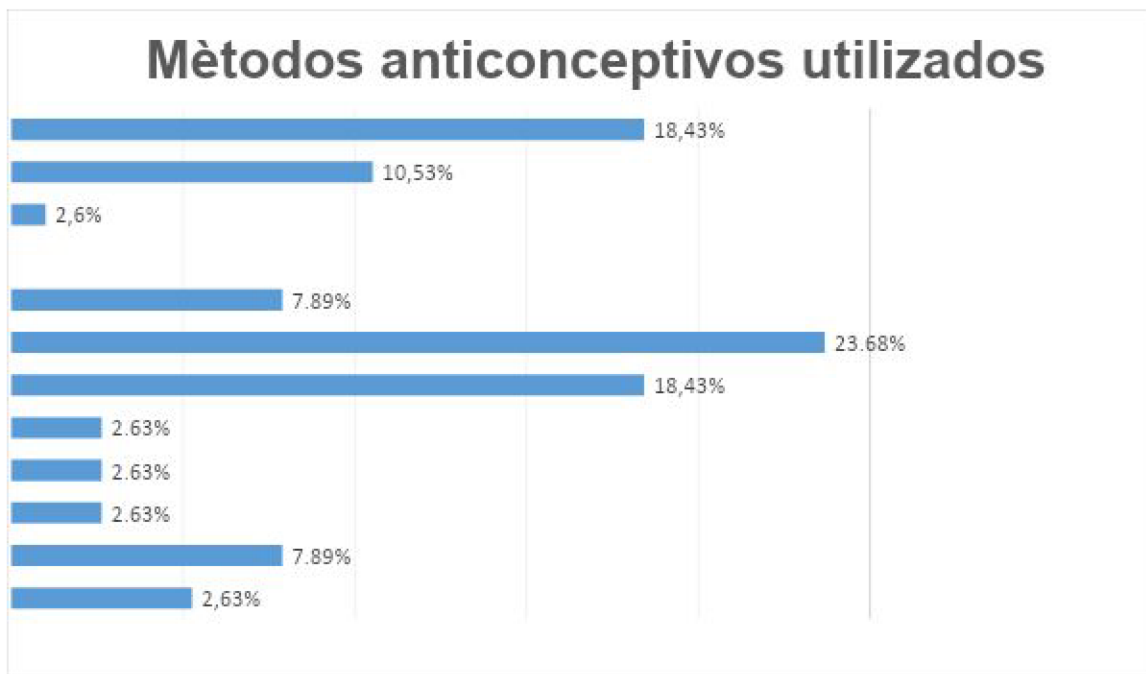
Análisis e interpretación:

En la interpretación de los datos se obtuvo que el 63,15 % de la población tuvo una pareja sexual en un periodo de seis meses, dos parejas 23,68%, tres parejas 7,89% y cuatro u ocho parejas sexuales 2,63%. La mayoría de mujeres de la unidad de análisis tiene un riesgo relativamente menor de exposición al VPH, ya que practica relaciones sexuales con un solo compañero/a sexual, por otra parte aquellas que presentaron dos o más, su riesgo aumenta exponencialmente con cada nuevo compañero sexual.

Tabla N°9: Métodos anticonceptivos que utilizan las Enfermeras del servicio de UTIP del Hospital de Alta Complejidad “El Cruce” SAMIC durante el periodo de noviembre 2019 a abril de 2020.

Métodos anticonceptivos que utilizan	Cantidad	Porcentaje
De barrera	7	18,43%
Hormonales	9	23,68%
Método intrauterino	3	7,89%
Químicos	0	0%
Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad de la mujer.(MBCF)	1	2,63%
Quirúrgico	4	10,53%
Ninguno	7	18,43%
De barrera y método intrauterino	1	2,63%
De barrera y ninguno	3	7,89%
MBCF y ninguno	1	2,63%
De barrea, método intrauterino y ninguno	1	2,63%
De barrera y hormonal	1	2,63%
Total	38	100%

Gráfico N°9: Métodos anticonceptivos que utilizan las Enfermeras del servicio de UTIP del Hospital de Alta Complejidad “El Cruce” SAMIC durante el periodo de noviembre 2019 a abril de 2020.



Fuente: A partir de las encuestas realizadas a Enfermeras del servicio de UTIP. Buenos Aires, Argentina (2019/20)

Análisis e interpretación:

En la interpretación de los datos se obtuvo que el método anticonceptivo de mayor uso en el personal de Enfermería es el Hormonal 23,68%, luego desciende a 18,43% de barrera, ninguno a 18,43%, quirúrgico 10,53%, método intrauterino 7,89%, “de barrera y ninguno” con 7,89%, “de barrera y método intrauterino” 2,63%, método basado en el conocimiento de la fertilidad de la mujer 2,63%, “de barrera, método intrauterino y ninguno” 2,63%, “de barrera y hormonal” 2,63%, “MBCF y ninguno” 2,63% y el único rango que no fue seleccionado es el químico 0%.

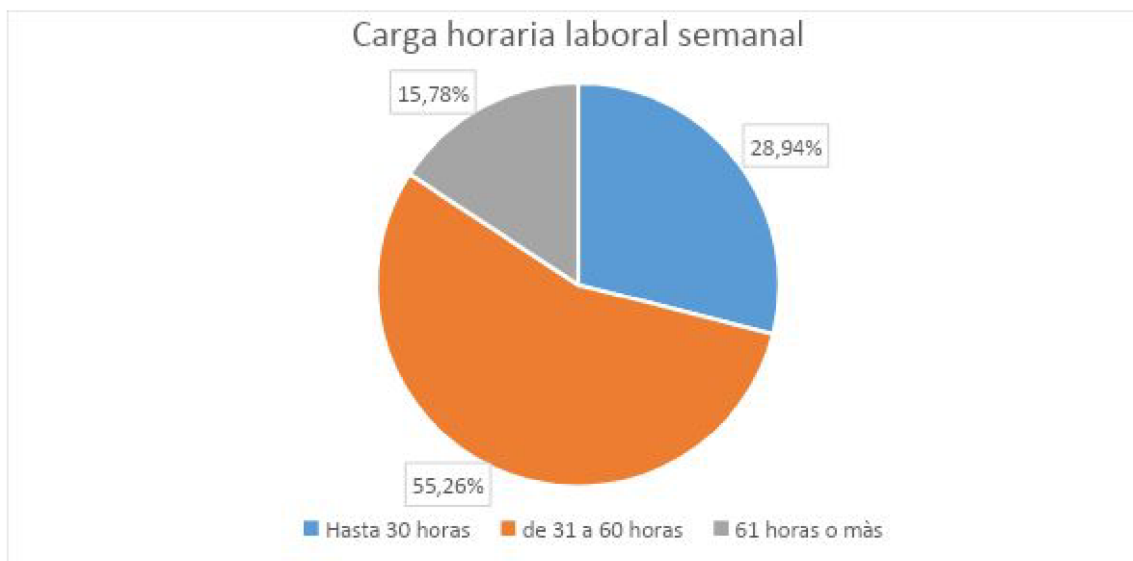
El 78,96% utilizan un solo método anticonceptivo, el 21,04% utilizan dos o más. Del total encuestado, 36,89% de las mujeres utiliza métodos de barrera solo o en combinación con otro método anticonceptivo, siendo el de barrera el único que

previene parcialmente la infección por VPH (las verrugas suelen extenderse en la periferia de los genitales entrando en contacto igualmente con la otra persona). Por otra parte 26, 04% utilizan métodos hormonales anticonceptivos, el cual si se utiliza de 5 a 10 años o más suele aumentar los riesgos de adquirir cáncer cervicouterino, sin embargo su riesgo desciende una vez suspendido su consumo.

Tabla N°10: Carga horaria laboral semanal de las Enfermeras del servicio de UTIP del Hospital de Alta Complejidad “El Cruce” SAMIC durante el periodo de noviembre 2019 a abril de 2020.

Carga horaria laboral semanal	Cantidad	Porcentaje
Hasta 30 horas	11	28,94%
De 31 a 60 horas	21	55,26%
61 horas o más	6	15,78%
Total	38	100%

Gráfico N°10: Carga horaria laboral semanal de las Enfermeras del servicio de UTIP del Hospital de Alta Complejidad “El Cruce” SAMIC durante el periodo de noviembre 2019 a abril de 2020.



Fuente: A partir de las encuestas realizadas a Enfermeras del servicio de UTIP. Buenos Aires, Argentina (2019/20)

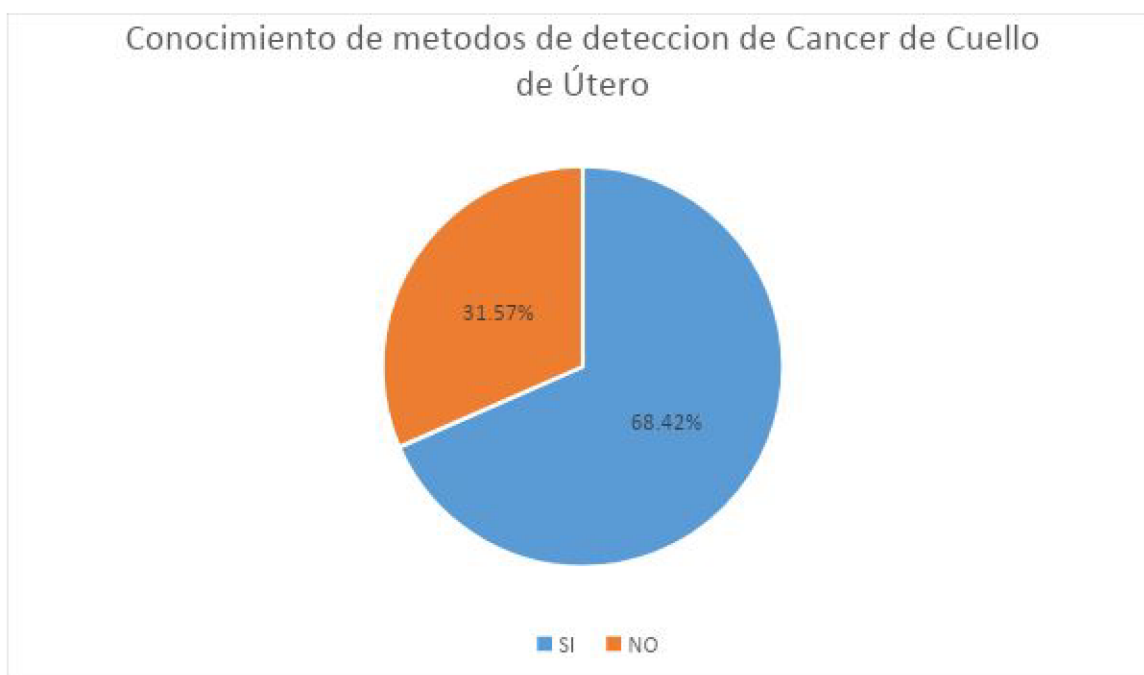
Análisis e interpretación:

En la interpretación de los datos se obtuvo que el 55, 26 % de las Enfermeras trabajan de 31 a 60 horas semanales, el segundo rango son las que trabajan hasta 30 horas semanales y en menor proporción las que trabajan 61 horas o más con 15,78%. Una cantidad significativa de enfermeras con jornadas laborales extensas indica una disminución en el tiempo que dedica al resto de las actividades cotidianas, entre estas su salud ginecológica.

Tabla N°11: Conocimiento de los métodos de detección del Cáncer de Cuello de Útero de las Enfermeras del servicio de UTIP del Hospital de Alta Complejidad “El Cruce” SAMIC durante el periodo de noviembre 2019 a abril de 2020.

Conocimiento de los métodos de detección del Cáncer de Cuello de Útero	Cantidad	Porcentaje
SI	26	68,42%
NO	12	31,57%
Total	38	100%

Gráfico N°11: Conocimiento de los métodos de detección del Cáncer de Cuello de Útero de las Enfermeras del servicio de UTIP del Hospital de Alta Complejidad “El Cruce” SAMIC durante el periodo de noviembre 2019 a abril de 2020.



Fuente: A partir de las encuestas realizadas a Enfermeras del servicio de UTIP. Buenos Aires, Argentina (2019/20)

Análisis e interpretación:

En la interpretación de los datos se obtuvo que el 68,42% de las Enfermeras conoce los métodos de detección del Cáncer de Cuello de Útero, mientras que 31,57% afirma no conocerlos. Esta variable coincide con el porcentaje de enfermeras con un nivel de grado en su conocimiento.

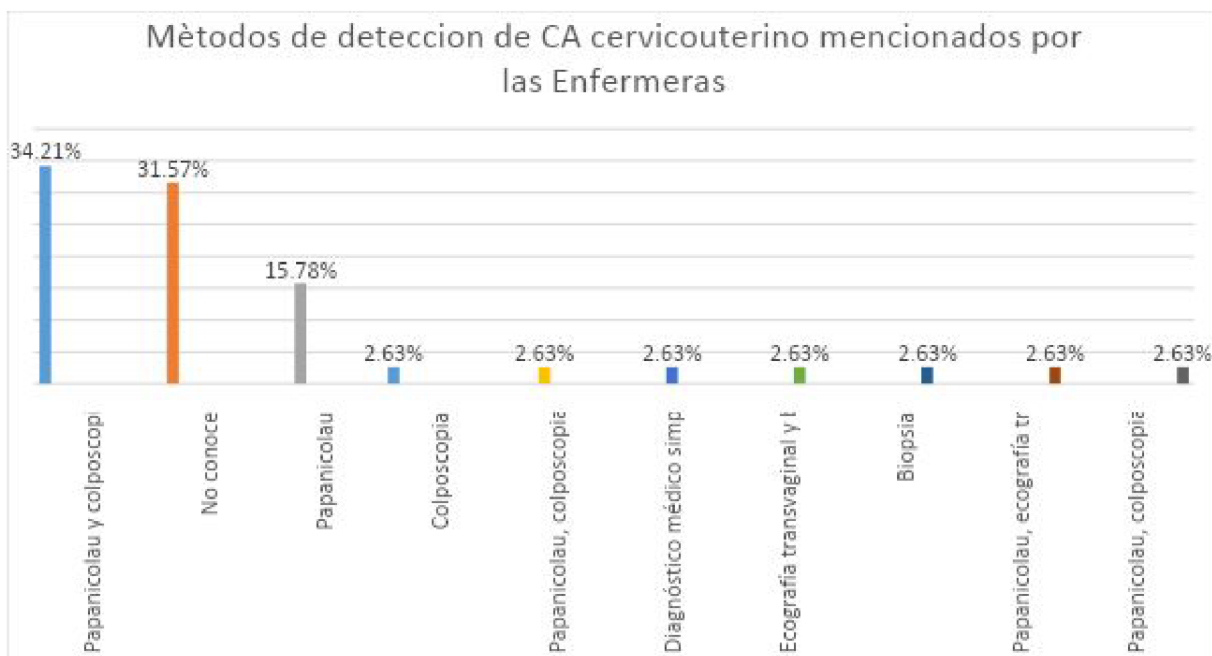
Tabla N°11 "A" Métodos de detección de Cáncer de Cuello de Útero mencionados por las Enfermeras del servicio de UTIP del Hospital de Alta

Complejidad “El Cruce” SAMIC durante el periodo de noviembre 2019 a abril de 2020.

Métodos de detección de Cáncer de Cuello de Útero mencionados por las Enfermeras	Cantidad	Porcentaje
Papanicolau	6	15,78%
Colposcopia	1	2,63%
Papanicolau y colposcopia	13	34,21%
Papanicolau, colposcopia, ecografía transvaginal	1	2,63%
Diagnóstico médico simple y alta complejidad, ecografía morfológica y biopsia	1	2,63%
Ecografía transvaginal y biopsia	1	2,63%
Biopsia	1	2,63%
Papanicolau, ecografía transvaginal	1	2,63%
No conoce	12	31,57%
Papanicolau, colposcopia, hisopado, eco transvaginal	1	2,63%
Total	38	100%

Gráfico N°11”A”: Métodos de detección de Cáncer de Cuello de Útero mencionados por las Enfermeras del servicio de UTIP del Hospital de Alta

Complejidad “El Cruce” SAMIC durante el periodo de noviembre 2019 a abril de 2020.



Fuente: A partir de las encuestas realizadas a Enfermeras del servicio de UTIP. Buenos Aires, Argentina (2019/20)

Análisis e interpretación:

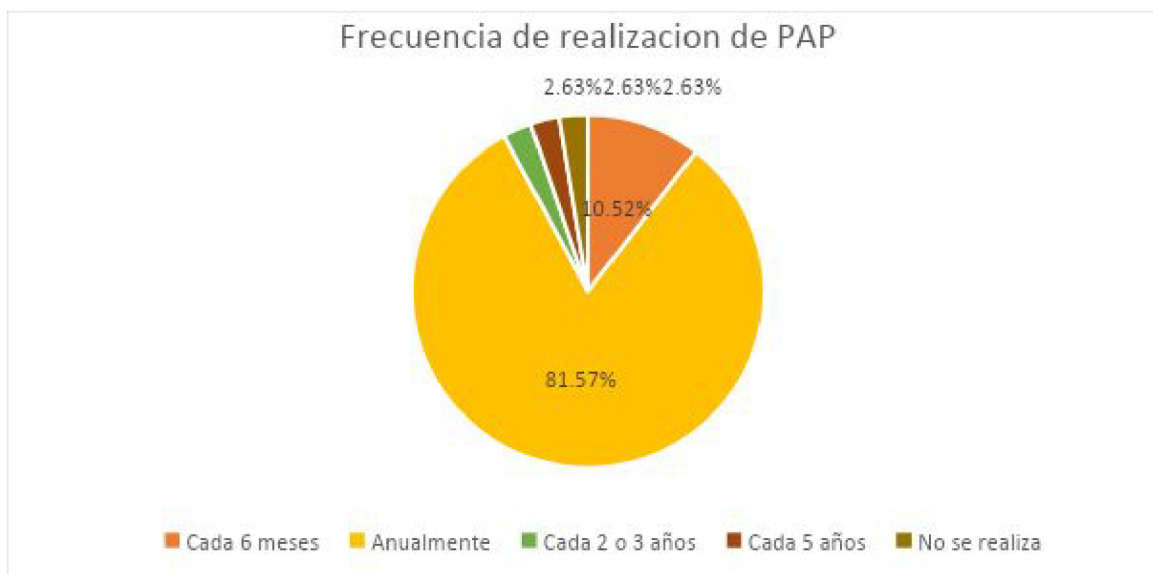
En la interpretación de los datos se obtuvo que el 34,21% de las Enfermeras conoce como método de detección del CA cervicouterino al Papanicolau y colposcopia, el 31,57% no conoce los métodos de detección, el 15,78% menciona al Papanicolau, colposcopia 2,63%, Papanicolau, colposcopia y ecografía transvaginal 2,63%, Diagnóstico médico simple y alta complejidad, ecografía morfológica y biopsia 2,63%, Ecografía transvaginal y biopsia 2,63%, Biopsia 2,63%, Papanicolau, ecografía transvaginal 2,63% y Papanicolau, colposcopia, hisopado y eco transvaginal 2,63%.

Del 100% de las encuestadas, 57,88% identifica al Papanicolau como principal método de detección del Cáncer cervicouterino.

Tabla N°12: Frecuencia de realización del PAP de las Enfermeras del servicio de UTIP del Hospital de Alta Complejidad “El Cruce” SAMIC durante el periodo de noviembre 2019 a abril de 2020.

Frecuencia con la que se realiza el PAP	Cantidad	Porcentaje
Cada 6 meses	4	10,52%
Anualmente	31	81,57%
Cada 2 o 3 años	1	2,63%
Cada 5 años	1	2,63%
No se realiza	1	2,63%
Total	38	100%

Gráfico N12: Frecuencia de realización del PAP de las Enfermeras del servicio de UTIP del Hospital de Alta Complejidad “El Cruce” SAMIC durante el periodo de noviembre 2019 a abril de 2020.



Fuente: A partir de las encuestas realizadas a Enfermeras del servicio de UTIP. Buenos Aires, Argentina (2019/20)

Análisis e interpretación:

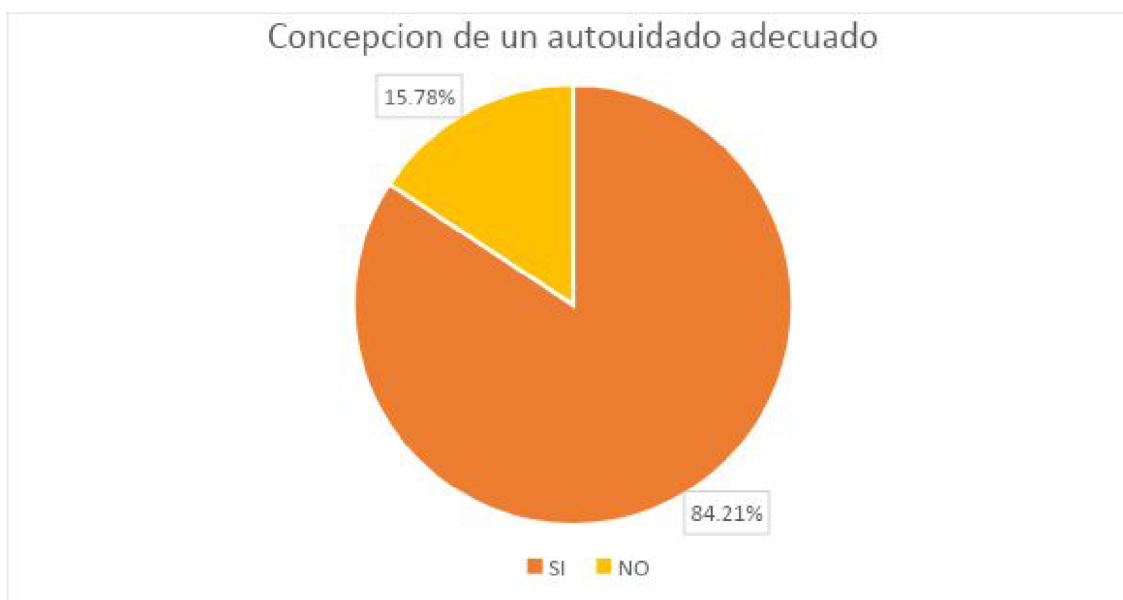
En la interpretación de los datos se obtuvo que el 81,57% de las Enfermeras se realiza Papanicolau anualmente, el 10,52% cada 6 meses, cada 2 o 3 años 2,63%, cada 5 años 2,63% y no se realiza el Papanicolau 2, 63%.

Se puede afirmar que el 94,72 % de las encuestadas mantienen un autocuidado ginecológico semejante al recomendado por el Ministerio de Salud de la Nación, no obstante el del total encuestado, 10,52% que se tamiza cada 6 meses tiene mayor riesgo de lesiones durante los procedimientos y por consecuencia mayor probabilidad que el virus ingrese al tejido cervical creando infecciones. Con un tamizaje más espaciado se logran resultados igualmente eficaces. Por otro lado las que se realizan cada 5 años o no se realizan la citología cervical, están en alto riesgo de presentar lesiones precancerosas sin ser detectadas hasta el desarrollo del cáncer de cuello de útero.

Tabla N°13: Concepción de un autocuidado ginecológico adecuado de las Enfermeras del servicio de UTIP del Hospital de Alta Complejidad “El Cruce” SAMIC durante el periodo de noviembre 2019 a abril de 2020.

Concepción de un autocuidado adecuado	Cantidad	Porcentaje
SI	32	84,21%
NO	6	15,78%
Total	38	100%

Gráfico N°13: Concepción de un autocuidado ginecológico adecuado de las Enfermeras del servicio de UTIP del Hospital de Alta Complejidad “El Cruce” SAMIC durante el periodo de noviembre 2019 a abril de 2020.



Fuente: A partir de las encuestas realizadas a Enfermeras del servicio de UTIP. Buenos Aires, Argentina (2019/20)

Análisis e interpretación:

En la interpretación de los datos se obtuvo que el 84,21% de las Enfermeras considera que posee un autocuidado ginecológico adecuado, el resto 15,78% afirma que no lo tiene. La gran población se percibe con un autocuidado óptimo, sin embargo este dato se contradice con los obtenidos en la pregunta N°11 ya que sólo el 68,42% de las Enfermeras conoce los métodos de detección del Cáncer de Cuello de Útero, mientras que 31,57% afirma no conocerlos. Para presentar una autocuidado correcto es necesario conocer los métodos de detección de cáncer de cuello de útero, para realizarlos periódicamente y estar informadas de nuestro estado de salud ginecológica.

Tabla N°14: Percepción de factores que considera derivan a un déficit del autocuidado ginecológico de las Enfermeras del servicio de UTIP del Hospital de

Alta Complejidad “El Cruce” SAMIC durante el periodo de noviembre 2019 a abril de 2020.

En esta pregunta, por cada encuestada se obtuvo más de una respuesta, un total de 60, por lo que se procedió a agruparlas para su posterior tabulación.

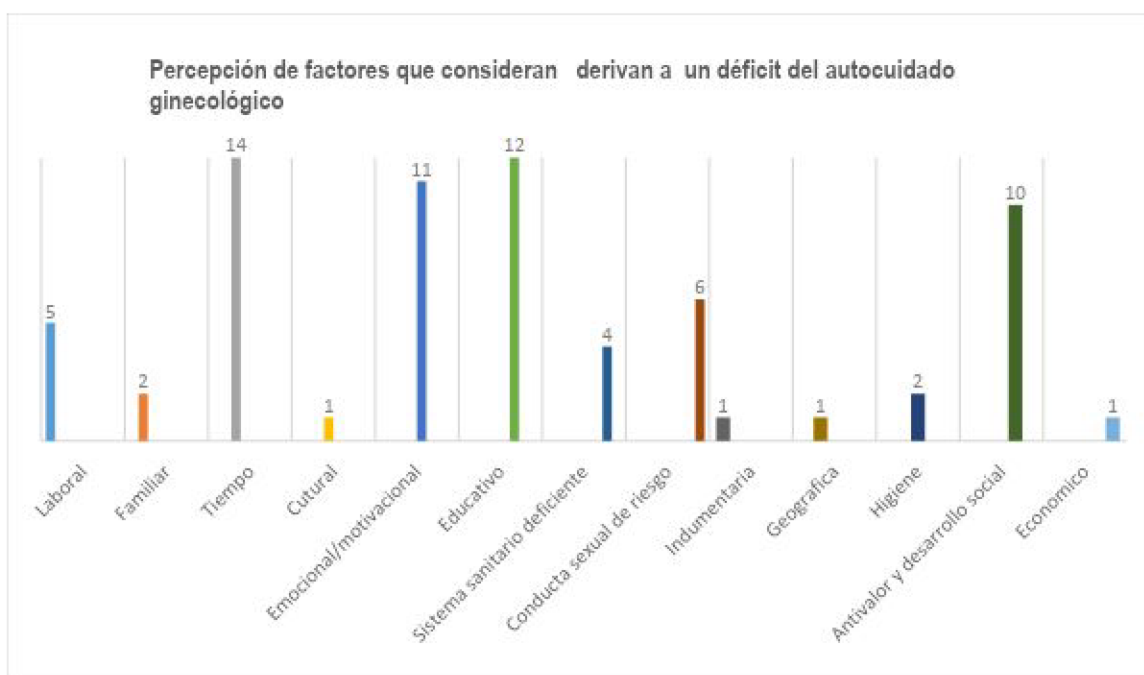
Las variables emocional/motivacional agrupa: miedo, vergüenza, falta de autoestima, estrés y poco amor hacia uno mismo.

Las variables antivalor y desarrollo social agrupa: inconciencia, desinterés e irresponsabilidad.

Percepción de factores considera conllevan a un déficit del autocuidado ginecológico	Cantidad de respuestas	Porcentaje
Laboral	5	8,33%
Familiar	2	3,33%
Tiempo	14	23,33%
Cultural	1	1,66%
Emocional/motivacional	11	18,33%
Educativo	12	20%
Sistema sanitario deficiente	4	6,66%
Conducta sexual de riesgo	6	10%
Indumentaria	1	1,66%
Geográfica	1	1,66%
Higiene	2	3,33%

Antivalor y desarrollo social	10	16,66%
Económico	1	1,66%
Total	60	100%

Gráfico N°14: Percepción de factores que considera derivan a un déficit del autocuidado ginecológico de las Enfermeras del servicio de UTIP del Hospital de Alta Complejidad “El Cruce” SAMIC durante el periodo de noviembre 2019 a abril de 2020.



Fuente: A partir de las encuestas realizadas a Enfermeras del servicio de UTIP. Buenos Aires, Argentina (2019/20)

Análisis e interpretación:

En la interpretación de los datos se obtuvo que las enfermeras consideran que los factores que conllevan a un déficit del autocuidado ginecológico más frecuente

son en mayor grado el tiempo 14, educativo 12, emocional/motivacional 11, antivalor y desarrollo social 10, la conducta sexual de riesgo 6, laboral 5, sistema sanitario deficiente 4, familiar 2, higiene 2, geográfica 1, económico 1, cultural 1 e indumentaria 1.

Luego de la tabulación de datos y análisis de los resultados, se pudo obtener que gran porcentaje de las Enfermeras realizan prácticas de autocuidado, y en los casos que estos no son ejecutados, o lo son pero de manera deficiente, es debido a los diversos factores de riesgo presentes en la vida diaria de cada una de ellas.

Como sugiere Lalonde, cada individuo es atravesado por múltiples determinantes que modifican su estado de salud, llegando al final de cada día con un resultado diferente al anterior, es por esto que una conducta sanitaria constante de autocuidado permite un desarrollo seguro y completo del individuo. Una actitud sanitaria competente, el Autocuidado introducido por Orem, es la base de un modelo de salud deseado.

Conclusión

Con el desarrollo del presente trabajo de investigación, se conoció el autocuidado ginecológico que realizan las Enfermeras de Terapia Intensiva Pediátrica de 25 años en adelante, del Hospital de Alta Complejidad El Cruce, SAMIC, de la localidad de Florencio Varela. Estas prácticas sanitarias y conductas personales realizadas de manera regular y responsable, favorecen la prevención de una

infección por HPV, detección de lesiones pre cancerígenas y seguimiento oportuno de las mismas.

Durante el análisis de los datos obtenidos mediante las encuestas a 38 Enfermeras, se obtuvo que el 47,3% de las mujeres tiene de 36 a 46 años rango etario donde según los estudios analizados, los mayores casos de CaCU son detectados y diagnosticados. El 39,4% del total son solteras al igual que casadas, con un nivel académico alcanzado de Licenciada 73,68%.

En relación a las prácticas saludables y no saludables, 78,94% de las encuestadas no fuma y tuvieron lugar a su inicio sexual a una edad de 18 a 21 años 47,36%. La mayor cantidad de partos vaginales fueron 1 a 2 partos con el 23,68%, siendo solo el 23,68% antes de los 22 años de edad, factor de riesgo que favorece la adquisición de VPH y el desarrollo de lesiones pre cancerígenas.

Los datos recolectados muestran que el 63,15% de las mujeres tuvo una pareja sexual en los últimos seis meses y el método anticonceptivo más frecuente es el hormonal 23,68%, siendo los métodos de barrera los más eficientes para evitar la adquisición del HPV. El 78,96% utiliza solo un método anticonceptivo y el resto dos o más.

En relación a la carga horaria laboral, el 55,26%, supera las 30 horas semanales, con 31 a 60 horas.

Se conoció que el 68,42% afirma conocer los métodos de detección del cáncer de cérvix, cuando sólo el 57,88% menciona al Papanicolau, con una frecuencia de chequeos anuales 81,57%, están dentro del rango saludable, no obstante el tamizaje anual posee un beneficio reducido para la salud de la mujer como para el sistema de salud, a su vez genera micro lesiones en cada consulta que favorecen la inserción del virus en el tejido cervical.

El 84,21% considera poseer un autocuidado ginecológico adecuado, adjudicando que 58% realiza los controles correspondientes, del resto que respondió negativamente, las razones de no poseer un correcto autocuidado se deben a

16% olvido personal, 17% no tengo ganas de ir al médico, 17% no tengo tiempo, 17%no me controlo, 17% no concurreo al ginecólogo y 16% no contesta.

Finalmente se obtuvo que el principal factor que consideran conllevan a un déficit del autocuidado es la falta de tiempo 23,33%, seguido por educativo 20%, emocional/motivacional 18,33%, antivalor y desarrollo social 16,66%, la conducta sexual de riesgo 10%, laboral 8,33%, sistema sanitario deficiente 6,66%, familiar 3,33%, higiene 3,33%, geográfica 1,66%, económico 1,66%, cultural 1,66% e indumentaria 1,66%. Cada factor mencionado es un obstáculo en el desarrollo de prácticas sanitarias seguras, es necesaria una toma de conciencia colectiva para evitar el desarrollo de esta infección silenciosa desarrollada por el virus del papiloma humano.

Es imperativo tomar protagonismo de la salud propia, en particular la salud ginecológica, la cual se ve envuelta de numerosos factores que la favorecen y perjudican en el accionar cotidiano. Ser consiente durante las relaciones sexuales, realizarlas libremente pero con la responsabilidad con las que estas se deben llevar a cabo, sabiendo que cada interacción es una oportunidad del virus de ingresar en nuestros organismos. Tomar las medidas necesarias de protección, así como los métodos de barrera, evitar hábitos perjudiciales como el tabaco, no obstante a partir de los 25 años de edad realizarse tamizaje cervical según las recomendaciones del Ministerio de Salud ya que es el método más sencillo y eficaz de detectar lesiones precursoras de Cáncer de Cérvix para su posterior tratamiento precoz.

Bibliografía

American Cancer Society. (14 de enero de 2020). *Prevencion y deteccion temprana del cancer de cuello de utero.* Obtenido de <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/prevencion-y-deteccion-temprana/evaluacion-de-resultados-anormales-de-papanicolaou.html>

- American Society of Clinical Oncology. (22 de enero de 2020). *Cancer.Net*. Obtenido de <https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-de-cuello-uterino/s%C3%ADntomas-y-signos>
- ANMAT. (2017). *Vacuna del Virus del Papiloma Humano: Seguridad y Eficacia*. Buenos Aires: Ministerio de Salud.
- BENAVENT, M. C. (2017). *Percepción de riesgo laboral y su relación con el Autocuidado en Profesionales de Enfermería de la Atención Primaria de Salud*. CONCEPCIÓN-CHILE : UNIVERSIDAD DE CONCEPCION DIRECCION DE POSTGRADO .
- Dr.C. Ydalsys Naranjo Hernández, D. J. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Médica Espirituana*, parr 7.
- Fundacion Huesped. (31 de octubre de 2019). Obtenido de <https://www.huesped.org.ar/informacion/vph/que-es-y-como-se-detecta/>
- Hernández-Hernández, D. M., Apresa-García, T., & Patlán-Pérez, R. M. (24 de abril de 2015). Panorama epidemiológico del cáncer cervicouterino. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 155.
- Hernández-Hernández, D. M.-G.-P. (2 de enero de 2020). *Panorama epidemiológico del cáncer cervicouterino*. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 53(2),S154-S161. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=4577/457744942006>
- Instituto Nacional de Cancer. (23 de enero de 2020). *Instituto Nacional de Cancer*. Obtenido de https://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino/paciente/tratamiento-cuello-uterino-pdq#section/_61
- Instituto Nacional del Cáncer de EE.UU. (14 de enero de 2020). *Instituto Nacional del Cáncer de los Institutos de Salud de los EE.UU.* Obtenido de <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino/hoja-informativa-prueba-pap-vph>
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada.
- Laudi, D. R., & Arrossi, D. S. (2014). *Guía Programática Abreviada para el tamizaje de cancer cervicouterino*. Buenos Aires.
- Libia Rivas Suárez. (2012). VIRUS DE PAPILOMA HUMANO Y CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO. *REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA LXIX (601)*, 129. 130.
- Ministerio de Salud de la Nacion. (31 de octubre de 2019). *Instituto Nacional del Cancer*. Obtenido de Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino: <https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/institucional/pnpcc>
- Ministerio de Salud de la Nacion. (31 de octubre de 2019). *Ministerio de Salud Argentina.gob.ar Presidencia de la Nacion*. Obtenido de <https://www.argentina.gob.ar/salud>

- Ministerio de Salud de la Nación. (14 de ENERO de 2020). *argentina.gob.ar*. Obtenido de <https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/institucional/programa-de-prevencion-de-ccu>
- Ministerio de Salud y Desarrollo. (31 de octubre de 2019). *Ministerio de Salud y Desarrollo*. Obtenido de Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino: <https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/institucional/pnpcc>
- Organizacion Panamericana de la Salud. (2016). *Control integral del cáncer cervicouterino Guía de prácticas esenciales*. Washington, DC : Organizacion Panamericana de la Salud.
- Ortiz Serrano, R., Uribe Pérez, C. J., Díaz Martínez, L. A., & Dangond Romero, Y. R. (2004). Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino . *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 149-150.
- PAHO. (5 de mayo de 2020). *Carta de Ottawa para la promocion de salud*. Obtenido de www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf
- Paolino, D. S. (2008). *Proyecto para el mejoramiento del Programa Nacional de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino en Argentina*. Argentina: ops oms.
- PARRA, M. (2003). *Conceptos básicos en salud laboral*. Santiago, Chile: Organización Internacional del Trabajo.
- RegueraMS, M. L., Gómez, N. P., & Borges, L. K. (noviembre-dicembre de 2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Matanzas, Cuba.
- Robles, S. C. (1996). *Tamizaje del cáncer de cuello de utero: presentacion del numero mongrafico*. Washington EE.UU: Pan American Health Asociation.
- Roman, C. A. (2007). Cuidarse para no morir cuidadando. *Revista Cubana de Enfermeria*, 7.
- Rosell Juarte, E. M. (2007). FACTORES DE RIESGO DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 6. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552007000100001
- Suárez, L. R. (2012). VIRUS DE PAPILOMA HUMANO Y CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO. *REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA LXIX (601)* , 129-132.
- Villar Aguirre, M. (2011). Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevencion. *Acta Medica Peruana*, 3. Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172011000400011&Ing=es&tIng=es.

Anexos

Encuesta

La participación en esta encuesta es anónima y voluntaria, está diseñada para Enfermeras del Servicio de Terapia Pediátrica, mayores de 25 años. En esta encuesta se podrá identificar los factores de riesgo para el desarrollo de Cáncer de cérvix, presentes en esta población, la percepción de autocuidado del personal y los métodos de prevención del Cáncer Cervicouterino.

Es de vital importancia la sinceridad en las respuestas de los ítems para lograr un resultado real y consistente para la investigación, permitiéndome desarrollar estrategias de prevención para las mujeres en riesgo.

Dinámica de la encuesta: luego de leer atentamente la consigna, marque con una X la o las respuestas que mejor se adapte a su situación y desarrolle en aquellas que se lo solicite.

Gracias

1. Edad

- 25 a 35 años
- 36 a 46 años
- 47 años en adelante

2. Estado civil

- Soltera
- Casada
- Separada
- Viuda

3. Nivel académico alcanzado.

- Auxiliar
- Universitario/Profesional
- Licenciada
- Magister
- Doctorado
- Otros

4 ¿Usted fuma?

- SI
- NO

5 Edad de inicio sexual

- Hasta 17 años
- 18 a 21 años
- Mayor a 22 años

6 Seleccione la cantidad de partos vaginales que ha tenido

- 0
- 1 a 2
- 3 a 4
- 5 y más

7 ¿Algunos de estos partos fue antes de los 22 años de edad?

SI

NO

8 Número de parejas sexuales en los últimos seis meses

9 Seleccione el/los métodos anticonceptivo que utiliza

De barrera: preservativos masculino y femenino. Diafragma

Hormonales: Orales/Inyectables/Dérmicos /Subdérmicos /Vaginales/
Intrauterinos

Método intrauterino: DIU/SIU

Químicos: Cremas / Jaleas / Tabletas / Óvulos /Esponjas

Métodos basados en el Conocimiento de la Fertilidad de la Mujer (MBCF):
Calendario/Moco cervical/Temperatura basal/Sintotérmico

Quirúrgica: Vasectomía/ ligadura de trompas

NINGUNO

10 Cantidad de carga horaria semanal

Hasta 30 horas

De 31 a 60 horas

61 horas o más

11 ¿Conoce los métodos de detección del Cáncer de Cuello de Útero?

SI

NO

11. a ¿Cuáles?

12 Usted: ¿Con que frecuencia se realiza el PAP?

13 ¿Cómo considera que es su autocuidado ginecológico?

14 ¿Qué factores considera que conllevan a un déficit del autocuidado ginecológico?