

REPUBLICA DE CUBA

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Dr. "José Assef Yara"

CIEGO DE AVILA



Intervención educativa sobre la utilización de las dietas alcalinas como coadyuvante de tratamiento en pacientes con cáncer cérvico uterino.

TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA PRIMER GRADO EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL

Autor: Dr. Luis Angel Sánchez Rodríguez. Residente de Segundo año en Medicina General Integral.

2017

REPUBLICA DE CUBA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Dr. José Assef Yara

CIEGO DE AVILA

Intervención educativa sobre la utilización de las dietas alcalinas como coadyuvante de tratamiento en pacientes con cáncer cérvico uterino.

Autor: Dr. Luis Angel Sánchez Rodríguez.

Residente de Segundo Año en Medicina General Integral.

Aspirante a Especialista Primer Grado en Medicina General Integral

Institución de procedencia: Policlínico Universitario Docente Diego del Rosario.

Tutor: José Alberto Cintra Rodríguez.

Especialista Primer Grado en Medicina General Integral.

Especialista Primer Grado en Medicina Natural y Tradicional.

Máster en Medicina Bioenergética y Natural. Profesor Asistente.

Institución de procedencia: Hospital General Docente Roberto Rodríguez.

TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA PRIMER GRADO EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL

2017

RESÚMEN

Se realizó un estudio Pre experimental (antes después), a través de una intervención educativa para evaluar los conocimientos que sobre la utilización de la dieta alcalina como coadyuvante del tratamiento tienen las pacientes con cáncer cérvico uterino en el periodo de enero a diciembre de 2016.

El universo quedó conformado por los 25 casos que se encontraban diagnosticados (prevalencia) como pacientes con cáncer cérvico uterino y que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión.

Al final de la investigación se concluyó que el grupo que más aportó en CCU fue el de mayores de 60 años. Los factores de riesgo asociados a esta patología fueron el uso prolongado de DIU, el tabaquismo y el uso prolongado de píldoras anticonceptivas en ese orden. Los síntomas más frecuentes resultaron los que se consideran claves ante cualquier tumor: náuseas, vómitos, anorexia, astenia y pérdida de peso.

Más del 80,00% de las mujeres no conocía ni habían escuchado hablar de las dietas alcalinas y de sus beneficios como coadyuvante en el tratamiento del CCU y otros tipos de cáncer.

La calificación inicial del nivel de conocimientos de los encuestados fue inadecuada, pero después de aplicada la intervención educativa la misma se elevó para obtener resultado de adecuado y evidenciar su efectividad.

Palabras clave: Factores de riesgo. Cáncer.

ÍNDICE

Pág.

I.- INTRODUCCIÓN	-----	1
II.-OBJETIVOS	-----	
		10
III.-MARCO TEÓRICO	-----	
		11
VI.-MATERIAL Y MÉTODO	-----	19
V.-RESULTADO Y DISCUSIÓN	-----	
		29
VI.CONCLUSIONES	-----	
		38
VII.- RECOMENDACIONES	-----	
		39
VIII.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	-----	
		40
IX.- ANEXOS		

INTRODUCCIÓN

La evolución de la vida humana ha estado acompañada de padecimientos disímiles que afectan a todo el planeta, y su desarrollo hasta nuestros días muestra huellas inequívocas de estos. Sin dudas, el cáncer ha sido responsable de más muertes que todas las guerras y catástrofes conocidas. (1,2) Por lo que desde tiempos inmemoriales ha constituido una gran preocupación para todos los seres humanos y una gran ocupación para las ciencias, sin que hasta nuestros días se haya encontrado un tratamiento efectivo que logre mejorar sustancialmente la supervivencia y la calidad de vida de quienes padecen esta terrible y mortal enfermedad.

El cáncer constituye un importante problema mundial de salud y se prevé que en el 2030 más de 1,6 millones de personas morirán por esta causa, debido a los cambios demográficos y a una mayor exposición a los factores de riesgo. (3)

Diferentes instituciones científicas admiten, que existen cuatro razones principales para explicar el aumento de la mortalidad por cáncer. Una de ellas es la disminución de las defunciones por enfermedades cardiovasculares en los países desarrollados, y el hecho de que cada vez más personas llegan a la vejez, etapa en la cual son mayores las probabilidades de que se presente el cáncer. (3, 4)

Actualmente se considera por algunos autores como una epidemia por la magnitud que presenta, aunque muchos países del mundo carecen de un registro que aporte datos fidedignos.

La tasa mundial ajustada por edades (a la población estándar de OMS) fue de 132 x 100 000 habitantes y para Cuba fue 121 x 100 000 y 118.9 x100000 para los años 2015 y 2016 respectivamente. Según

esta cifra y en una relación descendente de países según sus tasas de mortalidad por cáncer, Cuba se ubica en el lugar 103 entre los 193 países del mundo reportados en el informe, y se encuentra por debajo de la media mundial. La población cubana ocupa el lugar 15 en Las Américas y el sexto en el Caribe, precedida por Bolivia, Granada, Perú, Uruguay, Jamaica, Antigua y Barbuda, Argentina, Paraguay, Honduras, Canadá, Chile, Barbados, Estados Unidos y República Dominicana, en ese orden. (4, 5). Se han proyectado incrementos en la incidencia de 16,5 millones para el año 2020 si las tasas de incidencia específicas por edad se mantienen constantes. (6)

En Cuba cada año se diagnostican de 20,000 a 25,000 nuevos casos de cáncer. El cáncer es la segunda causa de muerte en el país para todos los grupos de edad desde 1958 y la primera en los grupos de edades entre 15 y 64 años. (4) Cada año fallecen entre 16 426 y 23 848 personas por cáncer, reportándose un incremento en el año 2015, donde el total de muertes fue de 24 131, lo que representó el 24.2 % del total de defunciones. (7)

En un estudio realizado en Cuba sobre carga del Cáncer durante el periodo 1990 -2002, el comportamiento de los AVPP (Años de Vida Potencialmente perdidos) por cada defunción generada por las cuatro localizaciones de cáncer más frecuentes va de 19 a casi 30 años perdidos. En el año 2015 el comportamiento de este indicador para todos los tipos de tumores malignos fue de 18.3 años perdidos. (7, 8) El riesgo real de morir por cáncer en Cuba tuvo una tendencia ascendente con sobre mortalidad masculina y comportamiento desigual según grupos de edades. Las tasas de años potenciales de vida perdidos por esta causa tendieron al incremento.

Varios investigadores han estudiado la mortalidad general por cáncer y/o el riesgo de morir por esta enfermedad en la población cubana. La mayoría de ellos destacan que entre las primeras causas de muerte por cáncer han estado las localizaciones en pulmón, mama, colon/recto, próstata y cuello de útero. (9) Las principales causas de muerte por

cáncer informadas en Cuba se corresponden con las que presentan otros países de la región del Caribe y el mundo. (10-14)

El cáncer cérvicouterino (CCU) es una alteración celular, que se origina en el epitelio del cuello del útero. Se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras, de lenta y progresiva evolución, las cuales se suceden en etapas de displasia leve, moderada y severa, con evolución hacia el cáncer en grado variable cuando esta se circunscribe a la superficie epitelial y luego a cáncer invasor cuando la afectación traspasa la membrana basal.

La mayoría de las mujeres que fallecen de cáncer cérvicouterino, especialmente en los países en desarrollo, lo hacen en la flor de sus vidas. Puede que eduquen niños, cuiden de sus familias y participen de la vida social y económica de las ciudades o pueblos en que viven; su desaparición constituye no solamente una tragedia personal, sino también una pérdida luctuosa e innecesaria para sus familias y comunidades. (15, 16)

Según los cálculos de la Sociedad Americana Contra El Cáncer para el año 2017 en los Estados Unidos las cifras alcanzarán alrededor de 12,340 nuevos casos de cáncer invasivo del cuello uterino y alrededor de 4,030 mujeres morirán de cáncer de cuello uterino.

Algunos investigadores calculan que el cáncer no invasivo del cuello uterino (carcinoma in situ) ocurre cuatro veces con más frecuencia que el cáncer invasivo del cuello uterino.

El cáncer de cuello uterino fue una de las causas más comunes de muerte por cáncer en las mujeres en los Estados Unidos. Luego, la tasa de mortalidad del cáncer de cuello uterino se redujo en casi 70% entre 1955 y 1992. La razón principal de este cambio fue el aumento en el uso de la prueba de Papanicolaou. Este procedimiento de detección puede encontrar cambios en el cuello uterino antes de que se origine un cáncer. Además, puede detectar el cáncer cervical temprano cuando

está en la etapa más curable. La tasa de mortalidad del cáncer de cuello uterino se ha estabilizado en los últimos años. (17)

Por otro lado, el cáncer de cuello uterino tiende a ocurrir en la mediana edad. La mayoría de los casos ocurren en mujeres menores de 50 años, y rara vez en mujeres menores de 20 años. Muchas mujeres de edad avanzada no se dan cuenta que el riesgo de cáncer de cuello uterino aún existe a medida que envejecen. Más del 20% de los casos de cáncer de

cuello uterino se detecta en mujeres que tienen más de 65 años. Sin embargo, estos cánceres rara vez ocurren en mujeres que se han estado haciendo pruebas regulares para detectar el cáncer de cuello uterino antes de cumplir los 65 años. Consulte la sección “¿Se puede prevenir el cáncer de cuello uterino?” para más información específica sobre las recomendaciones vigentes de pruebas de detección de la Sociedad Americana Contra El Cáncer.

En los Estados Unidos, las mujeres hispanas tienen más probabilidad de padecer cáncer de cuello uterino, seguidas de las mujeres de raza negra, las asiáticas y las isleñas del Pacífico, y las mujeres de raza blanca. Las indias americanas y las mujeres oriundas de Alaska tienen el menor riesgo de cáncer de cuello uterino en el país. (15-17)

Cuba no escapa de esta problemática, pues el cáncer cervicouterino constituye el segundo tipo de tumor más frecuente, después del de mama, y aproximadamente 20 % de las mujeres lo desarrollan antes de los 80 años. (18, 19); por tal razón, en 1967 con el objetivo de disminuir la incidencia y mortalidad, en el sector salud se creó un programa de prevención, el cual incluyó a las mujeres entre los 25 y 60 años que mantenían relaciones sexuales; posteriormente, en 1993, fue revisado y actualizado con los avances científicos en el plano nacional e internacional. El cumplimiento de este programa se logró

mediante la implantación de medidas organizativas y con el perfeccionamiento de los métodos para mantener la salud, así como la capacidad de trabajo de las féminas a través de la realización de la prueba citológica o prueba de Papanicolaou, con una periodicidad de 3 años.

Varios factores de riesgo aumentan su probabilidad de padecer cáncer de cuello uterino. Las mujeres sin estos factores de riesgo raramente padecen dicha enfermedad. Aunque estos factores de riesgo aumentan las probabilidades de padecer cáncer de cuello uterino, muchas mujeres que los tienen, no lo padecen. Cuando una mujer tiene cáncer de cuello uterino o cambios precancerosos, puede que no sea posible decir con seguridad que un factor de riesgo en particular haya sido la causa.

Al considerar estos factores de riesgo, es útil enfocarse en los que se pueden cambiar o evitar (tales como fumar o una infección con el virus del papiloma humano), en vez de enfocarse en los que no se pueden cambiar (tales como su edad y antecedentes familiares). Sin embargo, sigue siendo vital conocer los factores de riesgo que no se pueden cambiar ya que resulta aún más importante para las mujeres que tienen estos factores hacerse la prueba de Papanicolaou para detectar el cáncer de cuello uterino en las primeras etapas.

Se habla de múltiples factores, entre ellos se incluyen: la infección por el virus del papiloma humano (VPH), tabaquismo, inmunosupresión, infecciones con clamidias, píldoras anticonceptivas, uso de dispositivos intrauterinos (DIU), muchos embarazos a término, edad temprana del primer embarazo, pobreza, antecedentes patológicos familiares (APF) de cáncer de cuello uterino y alimentación inadecuada.

Este último aspecto es el interés de esta investigación pues algunos autores y algunos estudios que, aunque no concluyentes en algunos aspectos plantean que las mujeres con una alimentación que no incluyan suficientes frutas, ensaladas y verduras pueden tener un mayor riesgo de cáncer de cuello uterino y las mujeres que tienen sobrepeso tienen una mayor probabilidad de padecer adenocarcinoma del cuello uterino. (20)

La dieta alcalina supone que nuestro cuerpo intenta mantener el equilibrio entre la acidez y la alcalinidad, y un pH de 7.40 aproximadamente, pero la mayoría de las veces se ve sobrepasado por nuestra alimentación basada en alimentos ácidos (básicamente los azúcares, grasas y masas), ambiente ideal para se desarrollen células cancerígenas u otras enfermedades.

El doctor Robert Young, autor de los reconocidos best sellers "El milagroso pH" y "Enfermo y cansado", es quien ha expandido la dieta alcalina por el mundo. De hecho, en su centro en Estados Unidos atiende a miles de pacientes que dan cuenta de su efectividad. El especialista indica que nuestros cuerpos albergan una gran cantidad de bacterias y hongos que se mantienen pasivos si vivimos saludablemente, pero se vuelven dañinos si nuestro cuerpo se altera. Los que difunden esta forma de alimentación insisten que la idea es consumir 80% de productos alcalinos y 20% de ácidos para mantenernos sanos, comenzando poco a poco a evitar estos últimos. (21)

Este plan de alimentación, basado en bajar al máximo el consumo de alimentos ácidos para privilegiar otros del tipo alcalinos, tiene como objetivo regular el pH del organismo para así potenciar sus funciones. Mientras los grandes aliados de esta dieta son las hojas verdes y frutos secos, los principales enemigos son el azúcar y las grasas

La dieta alcalina es un sistema de alimentación basado en el consumo de alimentos que contengan alta alcalinidad, es decir, principalmente

hojas verdes crudas y alimentos bajos en grasas y con bajo contenido de azúcar, que ayuden a lograr que el pH del organismo tenga un nivel de 7,4, es decir, muy próximo al neutro, de acuerdo a una escala de 0 a 14 (bajo 7 es ácido; 7 es neutro y sobre 7 es alcalino). (22)

Todas las células de nuestro cuerpo necesitan de oxígeno, glucosa y otros nutrientes a la vez que precisan expulsar las toxinas.

Las células están protegidas por nuestro sistema inmunológico, pero cuando el cuerpo se va haciendo ácido este sistema se ve debilitado por las toxinas y la célula va perdiendo la capacidad para absorber el vital oxígeno lo cual hace que esta se fermenta contrayendo cáncer.

Las células cancerígenas sobreviven con un pH de 7,4 pero cuando se hace una alimentación alcalina y se alcanza un pH de 8,4 estas células mueren.

Así que una alimentación muy alcalina y a base de alimentos anticancerígenos hace que las células cancerosas mueran y la clave está en formar en nuestro organismo un ambiente lo suficientemente alcalino para que no se desarrolle el cáncer o para que las células cancerígenas mueran. (22, 23)

Las células con cáncer también necesitan oxígeno ya que son anaeróbicas y solo pueden sobrevivir cuando hay cantidades de oxígeno muy bajas.

Cuando mantenemos un buen pH con una dieta alcalina fortalecemos el sistema inmunológico y conseguimos que a las células les llegue el oxígeno necesario para que puedan expulsar todas las toxinas.

El tejido ácido es el entorno ideal para desarrollar cáncer ya que en él hay muy poco oxígeno mientras que los tejidos alcalinos tienen hasta

20 veces más oxígeno lo cual hace que las células no puedan desarrollar cáncer en él.

Seguir una alimentación alcalina es probablemente la única manera permanente para prevenir y curar el cáncer y es la base para poder evitar la mayoría de las enfermedades. (23)

En el municipio de Morón en el periodo de enero a diciembre de 2016 no ocurrieron, según informe estadístico, incidencias de cáncer cérvico uterino, pero si había una prevalencia de 25 casos. Y surge una interrogante:

¿Cómo contribuir a elevar el conocimiento que estas pacientes poseen sobre la utilización de la dieta alcalina como coadyuvante del tratamiento que les ayude a mejorar su calidad de vida?

Ante este problema científico se plantea la siguiente **hipótesis:** Si se aplica una intervención educativa sobre la utilización de las dietas alcalinas como coadyuvante de tratamiento en pacientes con cáncer cérvico uterino entonces se elevará el conocimiento sobre el tema de las pacientes diagnosticadas en el municipio Morón. Por tanto y teniendo en cuenta que este tema no se ha abordado en otros trabajos del municipio nos propusimos realizar esta investigación para profundizar y a la vez se haga expansivo a otros médicos y personal cercano a estas pacientes sobre los beneficios de esta dieta.

Por ello esta investigación es factible y oportuna, buscando realizar de inicio un diagnóstico de la problemática y después aplicar un grupo de acciones educativas. Es relevante socialmente pues se beneficiarán los propios afectados y la sociedad, y en la práctica ayudará a resolver un problema de gran importancia que es proporcionar a estos pacientes una vida de calidad óptima y a los profesionales de la salud los conocimientos necesarios sobre la problemática brindándoles toda la información posible referente al contexto en que se desenvuelven.

OBJETIVOS

GENERAL:

Aplicar una intervención educativa sobre la utilización de la dieta alcalina como coadyuvante del tratamiento de pacientes con cáncer cérvico uterino.

ESPECÍFICOS:

1. Caracterizar la población objeto de estudio de acuerdo a las siguientes características: edad, hábitos tóxicos, antecedentes patológicos personales, síntomas más frecuentes.
2. Explorar el conocimiento de las pacientes evaluadas, antes y después de la intervención educativa.
3. Diseñar un plegable sobre los principios fundamentales de la dieta alcalina.

MARCO TEÓRICO

El cáncer es una enfermedad provocada por un grupo de células que se multiplican sin control y de manera autónoma, invadiendo localmente y a distancia otros tejidos. En general tiende a llevar a la muerte a la persona afectada, si no se somete a un tratamiento adecuado. Se conocen más de 100 tipos diferentes de cáncer, los más frecuentes son los de piel, pulmón, mama y coló/rectal. La malignidad del cáncer es variable, según la agresividad de sus células y demás características biológicas de cada tipo tumoral. En general el comportamiento de las células cancerosas se caracteriza por escapar al control reproductivo que requería su función original, perdiendo sus capacidades primitivas y adquiriendo otras que no les corresponden, invadiendo de forma progresiva y por distintas vías órganos próximos, o incluso diseminándose a distancia (metástasis), con crecimiento y división más allá de los límites normales del órgano al que pertenecían primitivamente, diseminándose por el organismo fundamentalmente a través del sistema linfático o el sistema circulatorio, y ocasionando el crecimiento de nuevos tumores en otras partes del cuerpo alejadas de la localización original. (25)

Normalmente, las células humanas crecen y se dividen para formar nuevas células a medida que el cuerpo las necesita. Cuando las células normales envejecen o se dañan, mueren, y células nuevas las remplazan. Sin embargo, en el cáncer, este proceso ordenado se descontrola. A medida que las células se hacen más y más anormales, las células viejas o dañadas sobreviven cuando deberían morir, y células nuevas se forman cuando no son necesarias. Estas células adicionales pueden dividirse sin interrupción y pueden formar masas que se llaman tumores. El cáncer es una enfermedad genética, es decir, es causado por cambios en los genes que controlan la forma como funcionan nuestras células, especialmente la forma como crecen

y se dividen. Los cambios genéticos que causan cáncer pueden heredarse de los padres.

Pueden suceder también en la vida de una persona como resultado de errores que ocurren al dividirse las células o por el daño del ADN (ácido desoxirribonucleico) causado por algunas exposiciones del ambiente como los compuestos químicos en el humo de tabaco y la radiación. El cáncer de cada persona tiene una combinación única de cambios genéticos. Conforme sigue creciendo el cáncer, ocurrirán cambios adicionales. Aún dentro de cada tumor, células diferentes pueden tener cambios genéticos diferentes. En general, las células cancerosas tienen más cambios genéticos, como mutaciones en el ADN, que las células normales. Algunos de estos cambios pueden no estar relacionados con el cáncer; pueden ser el resultado del cáncer y no su causa. Los cambios genéticos que contribuyen al cáncer tienden a afectar tres tipos principales de genes — proto-oncogenes, genes supresores de tumores y genes reparadores del ADN. Estos cambios se llaman a veces "causantes" de cáncer. Los proto-oncogenes se dedican al crecimiento y división celular normal. Sin embargo, cuando estos genes se alteran en ciertas maneras o son más activos de lo normal, ellos pueden convertirse en genes causantes de cáncer (u oncogenes), al permitir a las células que crezcan y sobrevivan cuando no deberían. Los genes supresores de tumores se dedican también a controlar el crecimiento y la división celular. Las células con algunas alteraciones en los genes supresores de tumores pueden dividirse en una forma sin control. Los genes reparadores del ADN se dedican a arreglar un ADN dañado. Las células con mutaciones en estos genes tienden a formar mutaciones adicionales en otros genes. Juntas, estas mutaciones pueden causar que las células se hagan cancerosas. Conforme los científicos han aprendido más acerca de los cambios moleculares que resultan en cáncer, ciertas mutaciones se han encontrado juntas en muchos tipos de cáncer. A causa de esto, los cánceres se caracterizan a veces según

los tipos de alteraciones genéticas que se cree son causantes, no solo por el sitio del cuerpo en donde se forman y por la forma como se ven las células cancerosas al microscopio. Un cáncer que se ha diseminado desde el lugar en donde comenzó a otras partes del cuerpo se llama cáncer metastásico. El proceso por el cual las células del cáncer se diseminan a otras partes del cuerpo se llama metástasis. El cáncer metastásico tiene el mismo nombre y el mismo tipo de células cancerosas que el cáncer original o primario. Por ejemplo, el cáncer de seno, o mama, que se disemina a los pulmones y forma un tumor metastático se llama cáncer metastático de seno y no cáncer de pulmón. Al observarlas al microscopio, las células del cáncer metastático tienen en general el mismo aspecto que las células del cáncer original. Además, las células del cáncer metastático y las células del cáncer original tienen de ordinario algunas características moleculares en común, como la presencia de cambios específicos en el cromosoma. Los tipos de cáncer reciben, en general, el nombre de los órganos o tejidos en donde se forman. Por ejemplo, el cáncer de pulmón comienza en las células del pulmón, y el cáncer de cerebro comienza en las células del cerebro. Los cánceres pueden también describirse según el tipo de célula que los forma, como célula epitelial o célula escamosa. (25)

El diagnóstico de cáncer se basa de manera fundamental en la biopsia de tejido. Nunca debe realizarse el diagnóstico sin obtener tejido; ningún procedimiento diagnóstico sin penetración corporal es suficiente para definir un proceso patológico como el cáncer. Aunque existen situaciones clínicas poco habituales (p. ej. los nódulos tiroideos) en las que la aspiración con aguja fina es un procedimiento diagnóstico aceptable, en general el diagnóstico se basa en extraer del paciente tejido apropiado para permitir un estudio metódico de la histología del tumor, su grado

y su capacidad de invasión y para obtener, además, datos de diagnóstico

molecular, como la expresión de marcadores de superficie celular o proteínas intracelulares que tipifican un cáncer determinado o la presencia de un marcador molecular. Cada vez son más los datos que relacionan la expresión de determinados genes con el pronóstico y la respuesta al tratamiento.

En ocasiones, un paciente presentará un proceso patológico metastásico que se define como cáncer en la biopsia, pero que carece de una localización primaria de enfermedad. Debe intentarse definir la ubicación primaria a partir de la edad, el género, los lugares afectados, la histología y los marcadores tumorales, así como por los antecedentes personales y familiares. Debe dedicarse especial atención a descartar las causas más tratables.

Una vez establecido el diagnóstico de cáncer, es preferible entender el tratamiento del paciente como una colaboración interdisciplinaria entre el médico de atención primaria, los oncólogos médicos, los oncólogos radioterapeutas, los especialistas en enfermería oncológica, los farmacólogos, los asistentes sociales, los especialistas en rehabilitación y otros profesionales de consulta, trabajando en estrecha colaboración entre sí, con el paciente y su familia. (26)

Los síntomas y el tratamiento dependen del tipo de cáncer y de lo avanzada que esté la enfermedad. La mayoría de los tratamientos incluyen cirugía, radiación y/o quimioterapia. Algunos pueden también incluir terapia hormonal, inmunoterapia u otros tipos de terapia biológica, o trasplante de células madre. (24)

Ahora bien, las dietas pueden ser utilizadas como coadyuvantes del tratamiento y se preconizan varios tipos que van desde la alimentación macrobiótica hasta la llamada dieta alcalinizante.

La dieta alcalina describe un grupo de dietas ligeramente relacionadas basadas en la creencia que ciertos alimentos pueden afectar la acidez y el pH de los fluidos corporales, incluida la orina o la sangre, y por eso pueden ser usados para tratar y prevenir enfermedades.

De acuerdo con la hipótesis tradicional que subyace a esta dieta, carne, aves, queso, pescado, huevos y granos producen ceniza ácida; mientras que la ceniza alcalina es producida por las frutas y hortalizas, excepto los arándanos, ciruelas pasas y ciruelas. Ya que la designación de ceniza ácida o alcalina se basa en el residuo que queda tras la combustión en lugar de la acidez de los alimentos, los alimentos ácidos tales como frutas cítricas ácidos son considerados alcalinos en esta dieta. (27)

Se ha sugerido que las dietas altas en elementos "ceniza ácida" (productores de ácido) harán que el cuerpo trate de tamponar (o contrarrestar) cualquier carga de ácido adicional en el cuerpo mediante la romper descomposición ósea, dando lugar a huesos más débiles y un mayor riesgo para la osteoporosis. A la inversa, elementos "ceniza alcalina" (productores de base) hipotéticamente disminuirán el riesgo de osteoporosis. Esta hipótesis se ha propuesto en una declaración de postura de la Asociación Dietética Americana, (27) en una publicación de la Academia Nacional de Ciencias de EE. UU. Así como otras publicaciones científicas que han declarado que los alimentos altos en potasio y magnesio, tales como frutas y verduras, pueden disminuir el riesgo de osteoporosis mediante el aumento de la producción de ceniza alcalina. (28)

¿Qué relación hay entre dieta alcalina cáncer?

La base de la dieta alcalina es el consumo de una alimentación compatible con nuestro organismo, nuestro sistema celular se desarrolla correctamente en un ambiente alcalino, es en este ambiente donde las funciones celulares se optimizan y el sistema es capaz de desechar los elementos tóxicos que se generan en nuestro organismo, además de lo que de por sí ingerimos.

Ya que el cáncer es una mutación celular el binomio dieta alcalina cáncer es indudable.

Diversas líneas de investigación revelan que las células cancerígenas se desarrollan en un ambiente ácido y en un ambiente poco oxigenado. Cuando existe un equilibrio alcalino-salino el organismo funciona mejor y se encuentra bien oxigenado. Es por esto que la dieta alcalina cáncer puede ser beneficiosa para prevenir el cáncer, incluso para ayudar a combatirlo, junto con los tratamientos de la medicina tradicional, ya que crea un ambiente hostil para las células cancerígenas.

Otras investigaciones señalan que las células cancerosas se alimentan de los azúcares, con lo que es mejor no abusar de esto.

Esta dieta a largo plazo, provocaría el mejoramiento de las reacciones químicas del cuerpo y, como consecuencia, lo beneficiaría en al menos cuatropuntosfundamentales:

1.- Antiage: el pH normal de la sangre es de 7,36, pero con la dieta ácida diaria (azúcares, carnes rojas, grasas y alimentos procesados) y las funciones metabólicas, baja a menos de 7, generando un organismo ácido (con baja alcalinidad), en el que las células se deterioran precozmente acelerando su envejecimiento.

2.- Energizante: los nutrientes que entregan los alimentos alcalinos (potasio, sodio, calcio y magnesio) son una inyección de energía para el organismo debido a que mejoran el funcionamiento celular.

3.- Fortalece el sistema inmune: la sangre acidificada es un medio propicio para que virus y bacterias se hospeden en ella, porque

contiene menos oxígeno y se vuelve más espesa, dificultando el transporte de nutrientes y desechos. Las células empiezan a vivir en medios tóxicos. Los nutrientes de los alimentos alcalinos generan justamente lo contrario.

4.- Controla el peso: aunque bajar de peso no es el objetivo de esta dieta, como consecuencia de su implementación se logra una pérdida del porcentaje de grasa. Los cambios, en este sentido, comienzan generalmente a registrarse a partir de la segunda semana. (22)

Mantener una dieta alcalina - cáncer, mejora nuestro sistema inmunológico y un sistema inmunológico fuerte es la mejor defensa contra el cáncer.

Los consejos que proponemos para incorporar en el día a día contra el cáncer y para prevenirlo están pensados para acompañar al tratamiento farmacológico si fuera el caso, y siempre supervisado por un médico o profesional de la salud debidamente acreditado (nutricionistas, etc.). Los tratamientos oncológicos tienen muchos efectos secundarios a día de hoy y afectan a nuestro sistema inmunológico, con lo que hay tener especial cuidado en mantener una dieta como puede ser la alcalina que nos aporte un extra de energía, nos ayude a desintoxicarnos y nos pueda ayudar a restablecer y fortalecer un sistema inmunológico debilitado es lo mejor que podemos hacer para acompañar y minimizar los efectos secundarios de los tratamientos farmacológicos. De nuevo, recomendamos informar de la dieta a tomar con nuestro médico, ya que nos dará las pautas más aconsejables según el punto del tratamiento en el que nos encontremos.

Esto también se aplica a la hora de prevenir esta terrible enfermedad, además de evitar la exposición a sustancias potencialmente cancerígenas como pueda ser el tabaco, el alcohol y un entorno muy contaminado. Mantener una dieta saludable es fundamental, y una que nos asegura tener un organismo libre de tóxicos, y que refuerza

nuestro sistema inmunológico es lo mejor para prevenir esta enfermedad.

Además de todos estos consejos de vida saludable y de alimentación, para el cáncer es fundamental la detección precoz, y esto está en manos de la medicina tradicional, hay que asistir a las citas médicas y acudir al médico si se observa algún síntoma de enfermedad. Comunicar los posibles antecedentes de esta enfermedad en la familia es muy importante, para, si es el caso, tener revisiones de detección precoz a edades más tempranas. (22-25)

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio Pre experimental (antes después), a través de una intervención educativa para evaluar los conocimientos que sobre la utilización de la dieta alcalina como coadyuvante del tratamiento tienen las pacientes con cáncer cérvico uterino en el periodo de enero a diciembre de 2016.

El universo quedó conformado por los 25 casos que se encontraban diagnosticados (prevalencia) como pacientes con cáncer cérvico uterino en el municipio de Morón y que cumplieran con los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Haber accedido a participar en el estudio previo consentimiento informado (ver Anexo 1)
- Independiente del tipo de tratamiento que reciben o recibieron de su enfermedad.

Criterios de exclusión:

- Todas las que no cumplieron con los criterios anteriores.

TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN:

- La encuesta (ver Anexo 2): A la misma se le aplicó el Coeficiente de Cronbach (Cá), este coeficiente se emplea para aquilatar cuantitativamente lo que ha dado en llamarse "consistencia interna de una escala"; es decir nos permite medir la homogeneidad interna y analizar la contribución que cada ítem particular hace a la homogeneidad. Se considera alto si su valor está por encima de 0.7 (ver Anexo 3). La encuesta se aplicó en dos momentos: Un primer momento (antes) de implementar el programa educativo y en un segundo momento (después) finalizada la intervención para poder evaluar el nivel de conocimientos sobre el tema.

- El registro de casos de incidencia y prevalencia de cáncer cérvico uterino y las historias clínicas de las pacientes.

CONCEPTUALIZACIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

Variable independiente. Intervención educativa: Sistema de actividades educativas para lograr cambios de comportamientos específicos y sostenidos en sectores de la población. Debe estar centrado en el sujeto, implicándolo afectivamente, con una comunicación horizontal.

Variable dependiente: Conocimiento.

VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	VARIABLE OPERACIONALIZADA
GRUPO DE EDAD	Cuantitativa continua	< 25 años De 25 a 59 años >60 años
HÁBITOS TÓXICOS	Cualitativa nominal	Tabaquismo Alcohol Otros
FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS	Cualitativa nominal	Infección por virus papiloma humano. (VPH) Infección por clamidias Uso prolongado de píldoras anticonceptivas Uso prolongado de DIU Embarazo precoz Antecedentes familiares de cáncer de cuello uterino
SINTOMATOLOGÍA MAS FRECUENTE	Cualitativa nominal	Referidos por las pacientes.
NIVEL DE CONOCIMIENTO	Cualitativa nominal	Adecuado: Calificación entre 70 y 100. Inadecuado: Calificación de 69 puntos o menos

Para medir el nivel de conocimientos y la efectividad de la intervención se utilizó el Test estadístico (McNemar) para muestras relacionadas (29) para ambos momentos (antes y después) con un nivel de significación de $\alpha = 0.05$:

Hipótesis estadística:

H₀: P_a = P_d La proporción de pacientes con conocimiento adecuado es igual en ambos momentos (antes y después de la intervención)

H₁: P_a ≠ P_d La proporción de pacientes con conocimiento adecuado difiere en ambos momentos (antes y después de la intervención)

Estadígrafo de prueba

$$\chi^2 = \frac{(b-c)^2}{b+c}$$

Dónde: $p_1 = \frac{a+b}{n}$ y $p_2 = \frac{a+c}{n}$,

Se calcularon también los Intervalos de confianza para proporciones:

$$p_1 - p_2 \pm 1.96 SE(p_1 - p_2)$$

$$SE(p_1 - p_2) = \frac{1}{n} \sqrt{b+c}$$

Donde:

Se rechaza H₀ si $X^2_c > X^2_{t1gl}$ en este caso con valor para la tabla de 3.84

LA INVESTIGACIÓN SE REALIZÓ EN TRES ETAPAS:

1. Diagnóstico del nivel de conocimiento al inicio de la investigación: En esta fase se identificó el conocimiento de los pacientes sobre algunos aspectos relacionados con la enfermedad y el conocimiento y los beneficios de una dieta alcalina clasificando en:

Adecuado: Los que obtengan calificación de 70 a 100 puntos.

Inadecuado: Los que obtengan calificación de 69 o menos puntos.

DIMENSIONES	INDICADORES	PREGUNTAS
Conocimientos sobre la utilización de la dieta alcalina como coadyuvante del tratamiento del cáncer cérvico uterino.	Adecuado: Cuando el total de puntos alcanzados en la encuesta estuvo entre 70 y 100 puntos Inadecuado: Cuando el total de puntos alcanzados es de 69 puntos o menos	Pregunta N° 9. Valor de 15 puntos si responde inciso c. Pregunta N° 10. Valor de 5 puntos si contesta inciso a y 15 puntos si contesta c. Pregunta N° 11. Valor de 20 puntos si contesta que Si y al menos 3 razones correctas y 10 si solo una razón. Pregunta N° 12. Valor de 20 puntos si contesta que Si y al menos 3 razones correctas y 10 si solo una razón.

2. De intervención educativa: Esta etapa comenzó dos semanas después de aplicado el instrumento inicial, se realizaron diferentes actividades educativas distribuidas en cuatro sesiones de trabajo, abordando los siguientes temas:

TEMA N°1: Introducción

1. Presentación de los participantes y el programa.

Objetivo: Brindar información a los participantes de los propósitos que perseguimos con esta investigación. Crear un ambiente de confianza,

desinhibición, establecer reglas del grupo. Así como conocer sus opiniones acerca de su enfermedad. Dinámica de presentación, integración y aplicación de la encuesta.

Tipo de actividad: Técnica participativa (**Juego del nombre**)

Recursos: Papel, lápiz, papelógrafo.

Frecuencia: 1 sesión

Tiempo: 20 minutos.

Responsable: Investigador.

Participantes: Todas las pacientes que participarán en la investigación.

TEMA N°2: El cáncer un problema a nivel mundial. Cáncer cérvico uterino en Cuba y provincia.

Objetivo: Al finalizar, los pacientes serán capaces de informar la situación de la enfermedad en el mundo, en Cuba, en la provincia y municipio y demostrar que comprenden la magnitud del problema.

Tipo de actividad: Multimedia- Debate.

Recursos: Hojas, lápices, video y TV

Frecuencia: 1 sesión

Responsable: Médico oncóloga e investigador

Participantes: Todas las pacientes que participarán en la investigación.

TEMA N°3: El uso histórico de las dietas en la medicina convencional y alternativa. Enfoques por diversos investigadores. Aspectos médicos. Hipótesis actuales. Evidencias científicas. Efectos adversos.

Tipo de actividad: Conferencia orientadora.

Recursos: Hojas, lápices, video y TV.

Frecuencia: 1 sesión.

Responsable: Investigador.

Participantes: Todas las pacientes que participarán en la investigación.

TEMA N°4: La dieta alcalina y alimentación macrobiótica. Uso de las dietas alcalinas en la prevención del cáncer como un binomio. Ejemplos de dietas. Beneficios y principios de las dietas alcalinas.

Tipo de actividad: Conferencia orientadora.

Recursos: Hojas, lápices, video y TV.

Frecuencia: 1 sesión.

Responsable: Investigador.

Participantes: Todas las pacientes que participarán en la investigación.

TEMA N°.5: Cierre y evaluación.

Sumario:

1. Reafirmación del contenido. Importancia de la utilización de la dieta alcalina como coadyuvante del tratamiento del cáncer.
2. Aplicación de la encuesta

Objetivo: Que las pacientes eleven sus conocimientos sobre los beneficios de la implementación de las dietas alcalinas en su vida diaria como prevención del cáncer y mejoramiento de su calidad de vida luego de su diagnóstico.

Tipo de actividad: Debate.

Recursos: Hojas, lápices, papelógrafo.

Frecuencia: 1 sesión.

Responsable: Investigador.

Participantes: Todas las pacientes que participarán en la investigación.

Se aplicó la encuesta a todos los presentes para posterior evaluación. Se les agradeció su participación. La sesión culminó con una actividad recreativa cultural.

3. Evaluación del nivel de conocimiento después de la intervención

Después de dos semanas de culminada la última sesión se aplicó nuevamente la encuesta inicial. Para su valoración se consideraron los mismos parámetros evaluativos que en la etapa de diagnóstico con el objetivo de evaluar el estudio antes y después y la efectividad de la intervención educativa.

ÉTICA

Toda la información utilizada en este estudio se conservó bajo los principios de máxima confiabilidad. El uso de la misma ha sido únicamente con fines científicos. Se tuvieron en cuenta los principios de la ética dados por:

- Respeto a la vida humana.
- Respetar la dignidad de la persona.
- Ser fiel al paciente y a su salud, la que en principio debe estar por encima de cualquier otra conveniencia.

Para dar respuesta a los objetivos propuestos se confeccionó un informe final teniendo en cuenta los resultados obtenidos en la investigación, cumpliendo para ello con los requisitos docentes-metodológicos exigidos por el departamento de Post-Grado de la Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1: Distribución por grupos de edad de las pacientes con cáncer cérvico uterino, del municipio Morón. Enero-diciembre 2016.

Grupo de edad	Nº	%
< de 25 años	1	4,00
De 25 a 59 años	10	40,00
>de 60 años	14	56,00
Total	25	100,00

Fuente: Encuesta e historias clínicas.

El municipio de Morón tiene una población estimada de 64000 habitantes, y cuenta con consultorios médicos de la familia que brindan cobertura de salud a esta población. Cada uno de estos consultorios cuenta con una población entre 25 y 60 años de edad que deben ser beneficiadas por el Programa Nacional de Diagnóstico Precoz de Cáncer Cervicouterino cuyo objetivo fundamental es disminuir la mortalidad y conocer la morbilidad por cáncer del cuello del útero, detectándolo en su etapa más temprana, permitiendo así que la mujer afectada reciba una terapéutica precoz y eficaz.

Para lograr este objetivo el programa debe tener un buen funcionamiento y control con un peso importante en el grupo de trabajo de cada consultorio como eslabón fundamental de la promoción y prevención en Atención primaria de salud. (APS)

En el año 2016 la prevalencia fue de 25 pacientes con cáncer cérvicouterino con una distribución por grupos de edades como se muestra en la Tabla 1.

Tabla 2: Distribución de las pacientes con cáncer cérvico uterino con hábitos tóxicos.

Hábitos tóxicos	Nº	%
Tabaquismo	11	44,00
Alcoholismo	1	4,00
No hábitos	13	52,00
Total	25	100,00

El grupo de mayores de 60 años fue el de mayor aporte con el 56,00%, precedido del grupo de 25 a 59 años con el 40,00%. En la provincia de Guantánamo se realizó un estudio y las edades más afectadas se encontraban entre las edades de 25 a 35 y 36 y 45 años con un 37%. Es bueno recordar que para que se forme un cáncer en el cuello uterino generalmente pasan de 10 a 20 años (años más, años menos). De hecho, la mayoría de estos cánceres se ven entre los 40 y 60 años edad, que es varias décadas después de que iniciaron su vida sexual. (30)

Los hábitos tóxicos también juegan un papel importante en esta patología como podemos observar en la tabla 2 el 44,00% de las pacientes son fumadoras.

En relación al tabaquismo, se plantea que este hábito, parece estar firmemente asociado con la aparición de lesiones cervicales precancerosas y surge como un factor etiológico de consideración en el carcinoma de células del cérvix. El aumento del riesgo entre las fumadoras es casi el doble con mayor incidencia entre las que consumen grandes cantidades al día o que han fumado durante mucho tiempo.

Se señala que el hábito de fumar por más de 15 años de evolución, influye doblemente en la mujer climatérica, por estar demostrado que es consumidor de estrógeno, que a esta edad están disminuidos y porque afecta la vigilancia inmunológica a nivel del mucus cervical.

El tabaquismo se ha asociado con la presencia de carcinoma de células escamosas y puede iniciar o actuar como carcinogénico en la célula ya afectada por agentes transformadores de transmisión sexual. (31- 33)

Tabla 3: Distribución de las pacientes con cáncer cervico uterino de acuerdo a factores de riesgo asociados.

Factores de riesgo	Nº	%
Infecciones por VPH	3	12,00
Infecciones por Clamidias	4	16,00
Tabaquismo	11	44,00
Uso prolongado de píldoras anticonceptivas	10	40,00
Uso prolongado de DIU	13	52,00
APF de cáncer de cuello uterino	8	32,00
Embarazo precoz	5	20,00

En la tabla 3 se aprecian los factores de riesgo asociados a estas pacientes. El uso prolongado de DIU es el de mayor importancia con el 52,00%, seguido del tabaquismo y el uso prolongado de píldoras con el 44,00% y 40,00% respectivamente. Las infecciones por VPH solo representan un 12,00%. Con respecto a este factor se ha estimado que más del 70% de las mujeres llegan a infectarse con este virus, considerándose la enfermedad de transmisión sexual más común. Sin embargo, generalmente esta infección no causa molestias y el 90% de las

mujeres infectadas logran controlar el virus. Solo 10% de las mujeres quedan con una infección permanente y estas mujeres son las que están en un elevado riesgo de desarrollar cáncer cérvico-uterino. Así

pues, son pocas las mujeres infectadas con el Papilomavirus que finalmente pueden

llegar a desarrollar el cáncer, solo 1 de cada 1,000 mujeres que se infectaron. Lamentablemente, como se infecta más del 70% de las mujeres, al final el número de mujeres que pueden padecer la enfermedad es elevado. (30)

El uso prolongado de DIU considerando que el proceder para colocarlos puede provocar erosión en el cuello del útero y posibles procesos inflamatorios, contribuyendo así a iniciar o potenciar el desarrollo de lesiones infectadas por el HPV. En cuanto a la precocidad de las relaciones sexuales y embarazos estas juegan un papel importante en la aparición del CCU ya que son mayores las probabilidades de adquirir tempranamente una ITS las cuales, según sea el caso, favorecen la aparición de la entidad. En varios estudios se han encontrado que las pacientes comienzan su vida sexual activa entre los 15-19 años, adolescencia tardía, etapa de múltiples cambios en la vida humana y donde aún no se tiene la responsabilidad que se necesita para comenzar esta fase de nuestro desarrollo, nuestros resultados coinciden con varios autores de trabajos revisados. (33, 34)

Tabla 4: Síntomas más frecuentes referidos por las pacientes con cáncer cérvico uterino.

Síntomas	Nº	%
Astenia	14	56,00
Anorexia	16	64,00
Pérdida de peso	13	52,00
Náuseas	18	72,00
Vómitos	18	72,00
Repleción gástrica	12	48,00
Diarreas	12	48,00
Disgeusia	10	40,00
Ageusia e hipogeusia	11	44,00

La náusea, vómitos (72,00%), anorexia (64,00%), astenia (56,00% y la pérdida de peso con el 52,00%) son en ese orden los síntomas que más refieren las pacientes y que son los que más se asocian a todos los cáncer. Son síntomas claves que hacen sospechar de la presencia de un tumor.

Todos estos síntomas pueden ser corregidos mejorando la preparación culinaria y presentación de los platos, variando los platos con frecuencia y la forma de preparación.

También es importante prestar atención a la textura de las comidas, para disminuir el esfuerzo que representa la ingesta en algunos pacientes debilitados. Es importante cuidar el ambiente en el que se realizan las comidas y procurar un entorno agradable, preferiblemente con familiares y amigos, en situaciones tranquilas y relajadas, evitando los lugares con olor a comida.

El momento del día en que se ofrecen los alimentos también juega un papel importante. Con frecuencia los pacientes con cáncer se encuentran mejor y tienen más apetito por la mañana, que disminuyera medida que avanza el día. Este fenómeno se ha atribuido a retardo en la digestión y el vaciado gástrico por disminución de las secreciones gastrointestinales y atrofia de la mucosa digestiva.

Es aconsejable realizar varias comidas al día, en pequeñas tomas y preferiblemente durante la mañana, con alimentos energéticamente densos como legumbres, pasta, arroz y estofados.

Los líquidos deben administrarse fuera de las comidas, para evitar la saciedad por repleción gástrica. (35)

Muchos pacientes con cáncer tienen alteraciones de los sentidos del gusto y del olfato que condicionan pérdida de apetito y aversión a algunas comidas (por ejemplo, los pacientes con cáncer de estómago suelen tener aversión a la carne). En ocasiones, se producen como efecto secundario de la quimioterapia, que puede provocar sabor ácido o metálico en la boca (especialmente el grupo de fármacos de la mostaza nitrogenada) e inducir alteraciones en la percepción de los olores de los alimentos que pueden desencadenar vómitos cuando se perciben. La Disgeusia también se ha atribuido a la deficiencia de cinc. (36, 37)

En los casos de Ageusia o hipogeusia, a diferencia de lo que ocurre en los pacientes con Disgeusia, puede ser útil utilizar sustancias que aumenten el sabor como la sal, glutamato mono sódico, especias (pimienta, clavo, nuez moscada, canela, comino, cilantro, azafrán, curry, etc.) o hierbas aromáticas (hierbabuena, albahaca, eneldo, orégano, tomillo y romero), así como recurrir a técnicas culinarias y recetas que no provoquen el rechazo del paciente. (35, 38, 39)

En este aspecto ya que se trata de pacientes que ya tienen la enfermedad jugarían un papel muy importante la implementación de las dietas alcalinas.

En cuanto a los resultados de la encuesta encontramos que todas las pacientes recibieron tratamiento quirúrgico el 80,00% (20) histerectomía total, solo una paciente conización y 4 se encuentran aún en radio quimioterapia. Solo cinco (20,00%) pacientes refieren haber recibido orientación de una dieta balanceada.

Ninguna paciente refirió haber recibido alguna información por parte de su médico sobre las dietas alcalinas y solo cuatro pacientes (16,00%) refirió en algún momento haber leído o escuchado por los medios temas referentes a las dietas alcalinas.

Después de la intervención el 65,00% dice que teniendo en cuenta los beneficios de la dieta pudieran al menos mejorar los síntomas digestivos y poder sentir bienestar en las horas de comida y no perder tanto peso por la sintomatología asociada. El 84,00% piensa que sería muy beneficioso divulgar esta dieta entre la población para mejorar el funcionamiento del organismo y enfrentar esta penosa enfermedad, por ende, sería muy bueno que el personal de salud tanto médico como enfermeras y nutricionistas conocieran e implementaran estas dietas ayudando así en la prevención del cáncer.

Tabla 5:

Conocimiento general sobre la utilización de la dieta alcalina como coadyuvante del tratamiento en pacientes con cáncer cérvico uterino antes y después de la intervención educativa.

Nivel de conocimientos	Antes		Después	
	Nº	%	Nº	%
Adecuado	4	16,00	18	72,00
Inadecuado	21	84,00	7	28,00
Total	25	100.00	25	100.00

$$n = 25 \hat{a} = 0.05X^2c = 7.85X^2t \text{ 1gl} = 3.84$$

Cuando analizamos el nivel de conocimientos general de los encuestados antes y después de la intervención obtuvimos los siguientes resultados, antes de la implementación del programa educativo el nivel de conocimientos era inadecuado en 21 pacientes lo que representa el 84,00%, solo el 16,00% tenía nivel adecuado. Después de la intervención el nivel de adecuado se elevó al 72.00%, pero aún un 28,00% quedó en nivel inadecuado lo que podría explicarse si recordamos que este tema de las dietas alcalinas está aún en estudios preliminares y fundamentalmente se habla de prevenir y ya estas pacientes han sufrido la enfermedad y en un porcentaje muy alto sobrepasa los 60 años, edad muy difícil de asimilar algunos cambios de conducta.

En el resultado del Test estadístico aplicado (McNemar) para el contraste de las diferencias entre las proporciones de adecuados entre

ambos momentos, buscando comprobar la efectividad de la intervención aplicada encontramos los siguientes resultados:

Antes de la intervención el 16,00% (4) de los encuestados tenía conocimiento adecuado y después el 72.00% (9). Cuando se calculó el estadígrafo X^2 el resultado fue de 7,85 que resulta significativo pues $X^2_c > X^2_{t1gl} = 3.84$ por lo que se rechazó el H_0 ; que se complementa mediante el cálculo del intervalo de confianza(IC) para la diferencia de proporciones en los dos momentos de observación permitiéndonos valorar tanto la significación estadística como la magnitud de esa diferencia. El IC (0.53; 0.91) por lo que podemos asegurar con una confiabilidad del 95% que la diferencia real en el porcentaje de pacientes que clasificaron como adecuados antes y después de recibir la intervención se mueve entre un 53.00% y un 91.00%.

Al concluir la investigación se diseñó un plegable como aporte práctico donde se hace énfasis en los temas abordados en la misma dirigido a la población y personal de salud en general, como una forma más de prevenir la enfermedad y brindar ayuda a este grupo de pacientes con el fin de mejorar su calidad de vida.

CONCLUSIONES

El grupo que más aportó en CCU fue el de mayores de 60 años. Los factores de riesgo asociados a patología fueron el uso prolongado de DIU, el tabaquismo y el uso prolongado de píldoras anticonceptivas en ese orden. Los síntomas más frecuentes resultaron los que se consideran claves ante cualquier tumor: náuseas, vómitos, anorexia, astenia y pérdida de peso.

Más del 80,00% de las mujeres no conocía ni había escuchado hablar de las dietas alcalinas y de sus beneficios como coadyuvante del CCU y otros tipos de cáncer.

Con la intervención se logró elevar el nivel de conocimientos sobre el tema pues de inicio era inadecuado por lo que se evidencio la efectividad de la intervención al aportar los conocimientos necesarios para que puedan tener una mejor calidad de vida.

RECOMENDACIONES

En consecuencia, con los resultados obtenidos en la investigación se propone extender la estrategia de intervención a toda la población, además de personal que se encuentra involucrado en la atención primaria de salud.

Poner a disposición del Centro de Educación y Promoción para la Salud el plegable diseñado para su aprobación y futura divulgación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Padrón González J. Prevención y lucha contra el cáncer. Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos. Medisur 2012; 10(2).
2. Torres P, Guerra M, Galán Y, García M, Lezcano M, Fernández L. Incidencia y mortalidad por cáncer en la mujer cubana. Trienio 2000-2002. Rev Cubana Med[revista en Internet]. 2007[citado 27 Feb 2012]; 46(2): [aprox. 15 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034
3. Organización Panamericana de la Salud. Plan de Acción Regional de Prevención y Control del Cáncer [monografía en Internet]. Washington DC; 2008. [citado 22 Dic 2008]. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/pcc-stakeholders-08.htm>
4. Sansó Soberats, FJ; Alonso Galbán P; Torres Vidal RM. Mortalidad por cáncer en Cuba. Revista Cubana de Salud Pública 2010; 36(1):78-94
5. World Health Organization. World Health Statistics [monografía en Internet]. Washington DC; 2008. [citado 29 Dic 2008]. Disponible en: <http://www.who.int/whosis/whostat/2008/en/index.html>
6. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2016. La Habana; 2016. p.39.
7. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2015. La Habana; 2015. p.39.
8. Domínguez Alonso E, Seuc Jo AH, Galán Álvarez Y, Tuero Iglesias A. Carga del cáncer ginecológico en Cuba. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2009 [citado 25 Ene 2010]; 35(3): [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000300003&lng=es

9. Mendoza M, Cáceres CL, Jiménez H. Mortalidad por cáncer en la provincia Camagüey, período de 1980 a 1984. Disponible en: Rev Cubana Oncol. 1987; 3(3).
10. Fernández L, Martín A. Morbilidad y mortalidad por cáncer en Cuba. Rev Cubana Oncol. 1990; 6(2):294-300.
11. Phillips AA, Jacobson JS, Magai C, Consedine N, Horowicz-Mehler NC, Neugut AI. Cancer incidence and mortality in the Caribbean. 2007; 25:476-83.
12. Ferlay J, Autier P, Boniol M, Heanue H, Colombet M, Boyle P. Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006. Ann Oncology. 2007; 18:581-92.
13. Levi F, Lucchini F, Negri E, Boyle P, La Vecchia C. Cancer mortality in Europe, 1995-1999, and an overview of trends since 1960. Int J Cancer. 2004; 110:155-69.
14. Danaei G, Vander S, Lopez A, Murray C, Ezzati M. Causes of cancer in the world: comparative risk assessment of nine behavioral and environmental risk factors. Lancet [serie en Internet]. 2005 [citado Ene 2009]; Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true>
15. American Cancer Society. Cancer Facts and Figures 2013. Atlanta, Ga: American Cancer Society; 2013.
16. Massad LS, Einstein MH, Huh WK, et al. 2012 Updated Consensus Guidelines for the Management of Abnormal Cervical Cancer Screening Tests and Cancer Precursors. Journal of Lower Genital Tract Disease. 2013; 17(5): S1-S27.
17. NCCN Practice Guidelines in Oncology. Cervical Cancer Versión 2.2013. Accessed at www.nccn.org on January 23, 2013.
18. Llewellyn Merle J. Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe. Washington, DC: OPS; 2004.

19. Barrios Blasco L, Pérez Torres F, García Rodríguez JN. Historia de salud del ciudadano: evolución y retos del futuro. Rev Calidad Asist. 2002; 17(3):143-8.
20. Ghosh C, Baker JA, Moysich KB, et al. Dietary intakes of selected nutrients and food groups and risk of cervical cancer. Nutr Cancer. 2008; 60(3):331-341.
21. <http://www.nuevamujer.com/mujeres/salud/chile/que-es-la-dieta-alcalina-que-esta-haciendo-javiera-suarez/2016-12-21/110447.html>
22. <http://www.paula.cl/belleza/las-ventajas-de-la-dieta-alcalina/>
23. <https://www.ladietaalcalina.net/dieta-alcalina-cancer/>
24. Instituto Nacional del cancer: Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/cancer.html>
25. Instituto Nacional del Cáncer de los Institutos Nacionales de la Salud de EE. UU. Actualización: 9 de febrero de 2015. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/que-es>
26. Harrison. Principios de la Medicina Interna. 18 Edición. Vol. I.
27. Cunningham E (October 2009). «What impact does pH have on food and nutrition? ». J Am Diet Assoc 109 (10): 1816.
28. Fenton TR, Tough SC, Lyon AW, Eliasziw M, Hanley DA (2011). «Causal assessment of dietary acid load and bone disease: a systematic review & meta-analysis applying Hill's epidemiologic criteria for causality». Nutr J 10: 41. Doi:10.1186/1475-2891-10-41.
29. Silva LC. Cultura estadística e investigaciones en el campo de la salud: una mirada crítica. Madrid: Diaz de Santos; 1997.
30. Delgado-Enciso I. y cols. 2007. A potent replicative delta-24 adenoviral vector driven by the promoter of human papillomavirus 16 that is highly selective for associated neoplasms. J Gene Med. 9:852-61.
31. León Cruz G, Bosques DO, Silveira PM, de la Torre AI, Soto P, Rodríguez B. Incidencia de los factores de riesgo en mujeres cubanas

con diagnóstico de lesiones oncológicas de cérvix. Rev cubana Med [revista en la Internet]. 2009 Mar; 48(1). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php>

32. Ferrá Torres TM; Estrada Abreu DR; Bermejo Bencomo W. Factores de riesgo medioambientales del cáncer cervicouterino. Rev cubana Med [revista en la Internet]. 2011 Mar; 58(1). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php>

33. Salvent Tames, A, Rodríguez Lara O, Leyva Lambert M, Gamboa Rodríguez M, Columbié Gámez M. Comportamiento del cáncer cervicouterino en el municipio San Antonio del Sur de Guantánamo Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia. 2012;38(2):190-198 <http://scielo.sld.cu>

34. Olmedo Buenrostro BL, Zepeda Pamplona VA, Enríquez Maldonado IG, Rodríguez Hernández A, Delgado Enciso I. El cáncer cérvico-uterino: Implicaciones de la edad de iniciode vida sexual y el Papilomavirus humano Revista Fuente Año 3 No. 8 Julio - Septiembre 2011.

35. Camarero González E y Candamio S.: Recomendaciones nutricionales en el paciente oncológico. Pág 259-270. En León M, Celaya S Ed. Recomendaciones nutricionales al alta hospitalaria. Novartis Consumers Health 2001. Barcelona.

36. Shils ME and Shike M. Nutritional support of the cancer patients. Pág 1297-1326 En Modern Nutrition in health and disease. Shils ME, Olson JA, Shike M and Ross AC Ed. Williams Wilkins. 1999 Baltimore.

37. Schwartz MW, Seeley RJ. Seminars in medicine of the Beth Israel Deaconess Medical Center. Neuroendocrineresponses to starvation and weight loss. N Engl J Med. 1997 Jun 19; 336(25):1802-11.

38. Mattes RD. Prevention of food aversions in cancer patients during treatment. Nutr Cancer 21:13; 1994.

39. Puccio M, Nathanson L. The cancer cachexia syndrome. *Semin Oncol* 24:227, 1997.

PLEGABLE

-Azúcar en todas sus variedades: es el alimento más acidificante.

-Carnes: hay que erradicar las carnes rojas y el cerdo, y acotar a una vez por semana el consumo de carnes blancas (aves y pescados)

-Huevos

-Lácteos de origen animal.

-Arroz y pastas blancas.

-Harinas refinadas y sus derivados.

-Bebidas gaseosas (principalmente colas).

CONSEJOS PARA UNA BUENA DIETA ALCALINA

1.- De a poco: no deshacerse de todos los alimentos ácidos de una vez, será muy difícil. Debe ser una transición lenta, e iniciar la dieta mediante la eliminación de un alimento ácido cada semana. Las primeras semanas tratar de hacer una sola comida alcalina por día.

2.- 80/20: que no toda la dieta sea 100% alcalina. El objetivo siempre debe estar en 80% alcalino y 20% ácido –pequeñas porciones diarias o mitad del plato una vez por semana–.

3.- Adaptar las recetas tradicionales: las viejas recetas se pueden hacer más alcalinas mediante el intercambio de alimentos ácidos por más alimentos alcalinos: reemplazar pastas y arroz por integrales o quínoa y aceites comunes por aceites de oliva.

PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE LAS DIETAS ALCALINIZANTES A SEGUIR POR EL PACIENTE ONCOLÓGICO

- ✓ Calidad y cantidad
- ✓ Combinaciones adecuadas
- ✓ Comida bien cocinada

Alimentos básicos:

Cereales integrales (50 al 60 % del volumen total)

Verduras y hortalizas (30 al 40 %)

Leguminosas (10 %)

Cereales (arroz, mijo, cebada, trigo, trigo sarraceno, centeno, avena, maíz, etc).



Comer es el acto más importante para la vida. La persona sana come todos los días en armonía con el ambiente. Comer es crear la vida.

Mario Pianesi

Confeccionado por:

Dr. Luis Angel Sánchez Rodríguez



¿QUÉ SABES DE LAS DIETAS ALCALINAS?

La **dieta alcalina** describe un grupo de dietas ligeramente relacionadas basadas en la creencia que ciertos alimentos pueden afectar la acidez y el pH de los fluidos corporales, incluida la orina o la sangre, y por eso pueden ser usados para tratar y prevenir enfermedades. Es un sistema de alimentación basado en el consumo de alimentos que contengan alta alcalinidad, es decir, principalmente hojas verdes crudas y alimentos bajos en grasas y con bajo contenido de azúcar.

Esto, a largo plazo, provocaría el mejoramiento de las reacciones químicas del cuerpo y, como consecuencia, lo beneficiaría en al menos cuatro puntos fundamentales:

1.- **Antiage**: el pH normal de la sangre es de 7,36, pero con la dieta ácida diaria (azúcares, carnes rojas, grasas y alimentos procesados) y las funciones metabólicas, baja a menos de 7, generando un organismo ácido (con baja alcalinidad), en el que las células se deterioran precozmente, es decir, se acelera el envejecimiento.

2.- **Energizante**: los nutrientes que entregan los alimentos alcalinos (potasio, sodio, calcio y magnesio) son una inyección de energía para el organismo debido a que mejoran el funcionamiento celular.

3.- Fortalece el sistema inmune: la sangre acidificada es un medio propicio para que virus y bacterias se hospeden en ella, porque contiene menos oxígeno y se vuelve más espesa, dificultando el transporte de nutrientes y desechos. Las células empiezan a vivir en medios tóxicos. Los nutrientes de los alimentos alcalinos generan justamente lo contrario.

4.- Controla el peso: aunque bajar de peso no es el objetivo de esta dieta, como consecuencia de su implementación se logra una pérdida del porcentaje de grasa. Los cambios, en este sentido, comienzan generalmente a registrarse a partir de la segunda semana.



Todas las células de nuestro cuerpo necesitan de oxígeno, glucosa y otros nutrientes a la vez que precisan expulsar las toxinas.

Las células están protegidas por nuestro sistema inmunológico, pero cuando el cuerpo se va haciendo ácido este sistema se ve debilitado por las toxinas y la célula va perdiendo la capacidad para absorber el **vital oxígeno** lo cual hace que esta se fermenta contrayendo cáncer.

Las células cancerígenas sobreviven con un pH de 7,4 pero cuando se hace una alimentación alcalina y se alcanza un pH de 8,4 estas células mueren.

Así que una **alimentación muy alcalina** y a base de **alimentos anticancerígenos** hace que las células cancerosas mueran y la clave está en formar en nuestro organismo un ambiente lo suficientemente alcalino para que no se desarrolle el cáncer o para que las células cancerígenas mueran.



La base de la dieta alcalina es el consumo de una alimentación compatible con nuestro organismo, nuestro sistema celular se desarrolla correctamente en un

ambiente alcalino, es en este ambiente donde las funciones celulares se optimizan y el sistema es capaz de desechar los elementos tóxicos que se generan en nuestro organismo, además de lo que de por sí ingerimos.

Ya que el cáncer es una mutación celular el binomio dieta alcalina cáncer es indudable.

Por otra parte, mantener una dieta alcalina cáncer, mejora nuestro sistema inmunológico y un sistema inmunológico fuerte es la mejor defensa contra el cáncer.

Alimentos ácidos que hay que eliminar o disminuir:

