



**UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO
DE GUAYAQUIL**

**Facultad de Ciencias Médicas
Carrera de Enfermería
"San Vicente de Paúl"**

TESIS DE GRADO
PREVIO A LA OBTENCION DEL TITULO DE:
Licenciada en Enfermería

TEMA:

"Análisis de la Prevención de Cáncer
Cervicouterino por Parte de las Usuarías que
Asisten a la Maternidad Mariana de Jesús
Enero a Marzo 2010"

AUTORA:

Silvia Espinel Maila

ASESORA:

Lcda. Carmen Zea de Martínez

**Guayaquil - Ecuador
Abril 2010**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA "SAN VICENTE DE PAÚL"**

**TESIS DE GRADO
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

TEMA:

**"ANÁLISIS DE LA PREVENCIÓN DE CÁNCER
CERVICOUTERINO POR PARTE DE LAS USUARIAS
QUE ASISTEN A LA MATERNIDAD MARIANA DE
JESÚS ENERO A MARZO 2010"**

AUTORA:

SILVIA ESPINEL MAILA

ASESORA:

Lcda. Carmen Zea de Martínez

GUAYAQUIL - ECUADOR

ABRIL 2010



El Jurado examinador en vista de la prueba rendida concede la siguiente calificación:

NOTA:

EQUIVALENTE:

JURADO:

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Fecha: _____

AGRADECIMIENTO

Gracias a Dios, por permanecer siempre junto a mí y haberme permitido terminar con satisfacción una meta mas en mi vida.

A mis padres que desde mi niñez encaminaron mis pasos, quienes fueron mis primeros maestros; para ellos mi más tierno y sinceros agradecimiento.

A la Directora de Carrera de Enfermería Lcda. Nora Carrera, a la Asesora de tesis Lcda. Carmen Zea.

A mis profesores, que desde los primeros años supieron entregarme de manera desinteresada sus sabios conocimientos.

Silvia Espinel Maila

DEDICATORIA

Todo el esfuerzo de estos años se los dedico a los seres más queridos MIS PADRES, con todo amor les dedico este trabajo, fruto del esfuerzo y dedicación ya que con su apoyo, me impulsaron a continuar adelante y conseguir este logro en mi vida.

A toda mi Familia y a aquellas personas, que de una u otra forma han contribuido a la culminación de mi carrera universitaria

Silvia Espinel Maila

ÍNDICE.

Introducción.	1
Justificación .	2
Planteamiento del problema.	5
Objetivos.	7
Objetivo General.	7
Objetivos Específicos.	7

CAPÍTULO I

EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

1.1. El virus de Papiloma Humano y el riesgo de cáncer.	11
1.1.1. Modo de transmisión.	12
1.1.2. Periodo de incubación.	12
1.1.3. Diagnóstico.	12
1.1.4. Tratamiento.	13
1.2. Vacuna contra el virus del Papiloma Humano.	14

CAPÍTULO II

CÁNCER

2.1. Cáncer y la célula	17
2.2. Cáncer cervicouterino.	19
2.2.1. Clasificación.	20
2.2.2. Manifestataciones Clínicas.	21
2.2.3. Incidencia.	22
2.3. Factores que inciden en la aparición del cáncer cervicouterino.	24

2.3.1. Edad.	24
2.3.2. Paridad.	24
2.3.3. Relación sexual temprana.	24
2.3.4. Promiscuidad sexual.	25
2.3.5. Aspecto socio – económico y culturales.	25
2.3.6. Otros factores.	25
2.4. Métodos de diagnóstico.	26
2.4.1. Exámenes.	27
2.4.2. Tratamiento.	31
2.4.3. Tratamiento por virus Papiloma Humano.	32
2.4.4. Criocirugía.	33
2.4.5. Histerectomía.	33
2.4.6. Radioterapia y Quimioterapia.	34
2.5. Pronóstico.	35
2.5.1. Prevención.	35

CAPÍTULO III

PREVENCIÓN DEL CÁNCER CERVICOUTERINO

3.1. Estrategias actuales para la prevención del cáncer cervical.	37
3.2. Acciones de atención del cáncer cervicouterino.	39
3.3. Prevención.	39
3.3.1. Prevención primaria.	40
3.3.2. Prevención secundaria.	40
3.4. El cáncer cervical: Una enfermedad mundial.	41
3.4.1. Regiones y países más afectados.	41
3.4.2. Los países en desarrollo carecen de enfoques efectivos de prevención.	42
3.4.3. Muertes por cáncer cervical.	43
3.4.4. Las mujeres de 35 años en adelante son las más afectadas.	44
3.5. Análisis de la situación del cáncer de cérvix uterino en el Ecuador, 2006.	45

3.6. Programa de atención oportuna del cáncer cervicouterino y mamario.	49
3.6.1. Historia natural de la enfermedad.	50
3.6.2. Factores de Riesgo.	50
3.6.3. Estrategias del Tamizaje.	50
3.6.4. La población como objetivo.	51
3.6.5. Frecuencia de la detección.	51
3.6.6. Toma y envío de muestras.	51
3.6.7. Unidades de Tamizaje.	52
3.6.8. Personal responsable de la toma de muestras.	52
3.6.9. Formulario para solicitud del examen.	52
3.6.10. Técnica de la toma y envío de muestras.	53
3.6.11. Diagnóstico citológico y seguimiento.	56
3.6.12. Procedimiento a seguir según resultado.	58
3.7. L.I.E.A.	58
3.8. Carcinoma invasor.	59
3.8.1. Frotis inadecuado o insatisfactorio.	59
3.8.2. Signos de alarma para tener en cuenta.	59
Hipótesis.	60
Variables.	60
Operacionalización de las variables.	61

METODOLOGÍA

Universo.	62
Muestra.	62
Recolección de la información.	63
Presentación de los Resultados.	64
Interpretación de los Resultados.	79
Criterio para Elaborar la Propuesta	80
Plan administración y financiero.	80

PROPUESTA EDUCATIVA

“PROGRAMA EDUCATIVO PARA LAS USUARIAS ADOLESCENTES DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA ACERCA DE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR”

Introducción.	81
Justificación.	81
Objetivos.	82
Importancia.	82
Metodología.	83
Población Objetivo.	83
Factibilidad.	83
Descripción de la propuesta.	84
Evaluación de la propuesta.	88
Beneficiarios.	88
Impacto social.	89
Conclusiones.	93
Recomendaciones.	94
Resumen	95
Bibliografía.	96
Anexos.	98

INTRODUCCIÓN

El cáncer es un problema de salud en el mundo, representando la segunda causa de muerte en la mayoría de los países desarrollados, solo precedido por las enfermedades cardiovasculares, sin embargo, más de la mitad de todos los cánceres se producen en las $\frac{3}{4}$ partes de la población mundial que vive en países en desarrollo.

De igual forma se estima que para el año 2020 se producirán 20 millones de nuevos casos cada año y el 70 % de quienes lo padecerán vivirán en países que cuentan con menos del 5 % de los recursos para su control, es decir que para estos países se incrementará a un ritmo del 100%, es decir que de 17.5 millones de enfermos de cáncer en el año 2000, la cifra pasará a ser de 30 millones en el año 2015.

El cáncer cervicouterino ocupa el segundo lugar en frecuencia de cáncer en la mujer, precedido por el de mama. Por los factores que predisponen al cáncer del cuello uterino, se considera una enfermedad de transmisión sexual.¹

El cáncer cervicouterino, una clase común de cáncer en la mujer, es una enfermedad en la cual se encuentra células cancerosas en los tejidos del cuello uterino. Este suele crecer lentamente por un período de tiempo.

Antes de que se encuentre células cancerosas en el cuello uterino, sus tejidos experimentan cambios y empiezan a aparecer células anormales. La prueba de Papanicolaou generalmente encuentra estas células. Posteriormente, las células cancerosas comienzan a crecer y se diseminan con mayor profundidad en el cuello uterino y en las áreas circundantes

¹ P Yépez, G. Montalvo, J. Molina. Seminario Internacional sobre Desarrollo Municipal y la Cooperación Técnica Descentralizada. Edición Especial por el Centenario de la OPS. Representación de la OPS/OMS en Cuba.2002.

JUSTIFICACIÓN

A nivel mundial 9 millones de personas enferman de cáncer y otros 5 millones mueren por esta causa. Según se ha informado, en la actualidad existen alrededor de 14 millones de afectados por esta dolencia, cuyas consecuencias económicas y sanitarias la convierten en un importante problema de salud para la humanidad.²

El cuello del útero es la parte del organismo más susceptible para que se desarrolle una neoplasia maligna en las mujeres de América Latina y el Caribe; y se calcula que en todas las Américas, incluyendo Canadá y los Estados Unidos, cada año se presentan casi 68 000 casos nuevos de cáncer cervicouterino. Asimismo, existe una incidencia relativamente alta de esta localización en Brasil, Paraguay y Perú y una incidencia relativamente baja en Cuba y Puerto Rico.

En cambio en los países de Europa Occidental (Finlandia, España, Suecia y Francia) y de Asia (China y Japón) las tasas son bajas.

En el Ecuador, el cáncer uterino ocupa el primer lugar como causa de muerte entre las mujeres; en el año 1995 la tasa de mortalidad fue de 8/100.000 mujeres. La tasa de incidencia del carcinoma invasor del cuello uterino aumenta considerablemente a partir de los 40-44 años, llegando a tener cifras tan altas como 18/100.000 mujeres a la edad de los 65 años.

Según el Ministerio de Salud Pública las estadísticas realizadas en el 2006 son de 17/100.000 mujeres, en el año fueron 724, al mes sería 60, semanal 15 por lo tanto serían 2 mujeres diarias que fallecen por cáncer de útero, es un dato alarmante, razón importante para continuar con la prevención primaria y secundaria.³

2 Berek JS. Cervical cancer. En: Berek JS., Hacker NF. Practical Gynecology Oncology. 3th edition. Lippincott Williams & Wilkins 2000. pp 180-203.

3 www.telegrafo.com.ec

Grandes son los esfuerzos que se realizan en todo el orbe para la atención y el tratamiento de las pacientes con esta afección, pero como es sabido, sólo con el diagnóstico temprano se logra su durabilidad, siendo el desarrollo de la citología exfoliativa, también conocida como la prueba de Papanicolaou (Pap), la utilizada para el diagnóstico oportuno de lesiones precursoras, significando un avance en la prevención de CaCu en mujeres con vida sexual activa.

La mortalidad por cáncer de cerviz ha disminuido significativamente en muchos países desarrollados y algunos estudios indican que ello se debe en gran medida a los programas de diagnóstico precoz que cada país a puesto en marcha.⁴

La última cifra que el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censo (INEC) difundió, sobre salud sexual y reproductiva de las mujeres, muestra que en el país el 92, 1% conoce de métodos de planificación familiar y el 52% se realiza exámenes de Papanicolaou (que sirven para prevenir el cáncer Cérvico uterino). Estos datos, recién procesados, fueron obtenidos de la consulta realizada, en el hospital Eugenio Espejo de Quito entre 2005 y 2006, a más de dos millones de mujeres en edad fértil (de 12 a 49 años de edad).

Según académicos de medicina y trabajadores de la salud a nivel mundial, este panorama evidencia un avance en el conocimiento, pero una contradicción en su práctica.⁵

El trabajo de enfermería resulta fundamental en la consecución de los propósitos del Programa de Diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino en el área de salud, sobre todo en la labor de educación sanitaria y en la atención que brinda a las pacientes.

4 Hildesheim, A. HPV prophylactic vaccines. Handbook: Pathogenesis of human oncogenic viruses. ICGEB 2002.

5 www.telegrafo.com.ec

Por este motivo, y luego de realizar mi rotación como Interna de la Maternidad Mariana de Jesús, me permitió tener contacto cercano con mujeres con este problema, lo que me lleva a realizar este estudio, el ser observador, analizador de los problemas presentados.

La importancia que tendrá el resultado de este estudio influirá en la comunidad de mujeres que deben ser educadas para prevenir el alcance letal de esta enfermedad.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer cervical (CaCu) es una enfermedad prevenible cuando su diagnóstico es oportuno y cuando se realiza un tratamiento adecuado de las lesiones pre malignas. El cáncer cervical constituye un problema de salud pública en el ámbito mundial, ya que es la segunda neoplasia que más muertes ocasiona entre la población femenina.

Respecto a los Programas de Detección Oportuna de Cáncer Cervical (PDOC) han mostrado ser efectivos en la gran mayoría de los países desarrollados. Una amplia cobertura, y elevados estándares de calidad en los programas de detección, son factores importantes para que el cáncer haya disminuido significativamente (90%) en los países Nórdicos, Canadá y EUA. Por el contrario, esta situación no se ha observado en países en desarrollo, tal es el caso de México, donde en 1974 se implementó el Programa Nacional de Detección Oportuna de Cáncer (PNDOC), y a pesar de ello la tasa de mortalidad por CaCu durante los últimos 25 años no ha disminuido, debido a la baja cobertura y bajos estándares de calidad.⁶

De igual forma el problema del control del Cáncer Cérvico Uterino en Ecuador continúa a pesar de que existen diferentes alternativas implementadas por el Ministerio de Salud Pública y por la Sociedad de Lucha contra el Cáncer (SOLCA).

A pesar de que en nuestro país se realizan la prueba de Papanicolaou desde hace aproximadamente 30 años, las altas tasas de incidencia y mortalidad por esta neoplasia no han disminuido significativamente, por lo cual, es necesario aplicar nuevas estrategias para que el país logre un impacto positivo sobre este tipo de cáncer.

6 (4 Rodríguez Salva A. Programa nacional del cáncer cervicouterino. Rev. cubana. MGI. 2006, 10(03): 220-224.)

Actualmente el Ministerio de Salud Pública, se encuentra cumpliendo una amplia gama de funciones para que los ecuatorianos reciban una adecuada atención en salud en forma integral y es por ello que dentro de los servicios que ofrece están los programas de: Salud Reproductiva, Programa de Atención a la Niñez y a la Mujer, entre otros.

Siendo uno de los principales programas el de la detección precoz del Cáncer Cérvico Uterino que se desarrolla en las unidades de salud, el cual demanda un compromiso moral cada vez mayor, de parte de los profesionales de la salud y en particular de los profesionales de enfermería quienes brindan asistencia integral a fin de ofrecer servicios eficientes y equitativos como estrategias del plan Nacional de salud.

Es de gran importancia el trabajo que realiza el personal de enfermería en el primer nivel de atención en su labor de promoción y prevención, ya que son ellos los que pueden influir directamente en aplicar medidas especiales para prevenir el cáncer cervicouterino concientizando a la población en la gran responsabilidad de cuidar su salud, especialmente en lo relacionado a este tema; con respecto al área geográfica de estudio se seleccionó a la Maternidad Mariana de Jesús por ser una de las Áreas donde realicé mis prácticas y por existir una afluencia muy importante de mujeres.

Teniendo en cuenta lo expresado anteriormente este estudio tendrá como propósito dar respuesta a la siguiente interrogante:

¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre la Prevención del Cáncer Cervicouterino en las usuarias del servicio de Consulta Externa de la Maternidad "Mariana de Jesús"?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Determinar el nivel de conocimientos sobre LA PREVENCIÓN del Cáncer Cervicouterino en las usuarias de la Maternidad "Mariana de Jesús".

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a las mujeres estudiadas según: Edad, Nivel de escolaridad, Estado Civil, número de hijos y parejas sexuales.
- Identificar el nivel de conocimientos sobre la prevención del cáncer cervicouterino.
- Conocer cuantas mujeres se realizan el Papanicolaou y qué actitud tienen ante este examen.
- Definir las causas por las cuales las usuarias no reciben información.
- Proponer información necesaria a las usuarias que acudan a la Maternidad Mariana de Jesús, a través de la elaboración de una propuesta educativa.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

Hasta hace pocas décadas, el origen viral de algunas enfermedades era desconocido e incluso la presencia de los virus se consideraba de poca importancia. Sin embargo, en la actualidad con el avance de la genética la importancia de los virus ha cobrado importancia al descubrirse que pueden formar parte fundamental en el origen de algunas formas de cáncer, entre estos el más estudiado hasta el momento es el Virus del Papiloma Humano ya que su presencia se ha asociado con el cáncer del cuello del útero.

Papiloma o Condiloma significa protuberancia crónica y son conocidos como verrugas genitales. El virus del papiloma humano (VPH) se llama vulgarmente "virus de las verrugas". Se trata de una de las enfermedades de transmisión sexual más comunes y, paradójicamente, una de las menos conocidas. Y es que este virus puede alojarse en el organismo sin mayor ruido y cuando llega es para quedarse de por vida.

El virus del papiloma humano es un grupo grande de virus de los cuales se han identificado más de 100 tipos, de éstos cerca de 40 son transmitidos sexualmente e infectan el aparato genital masculino y femenino. El virus del Papiloma Humano produce infecciones de piel y afecta también las mucosas del tracto ano genital, oral (boca y garganta) y respiratorio.

En la piel, las lesiones más frecuentes son las verrugas cutáneas, también llamadas verrugas vulgares y las verrugas plantares que son lesiones en las plantas de los pies a menudo dolorosas.⁷

⁷ <http://www.mipediatra.com/folletos/virus-papiloma.htm>

Las lesiones ano genitales incluyen verrugas que aparecen en o alrededor de los genitales y el ano, tanto de los hombres como de las mujeres. Las verrugas genitales son técnicamente conocidas como condilomas acuminados o verrugas venéreas y están generalmente asociadas con dos tipos de virus de papiloma humano, el número 6 y número 11. El virus de papiloma humano también puede causar crecimientos planos anormales en el área genital (vagina, uretra y ano) y en el cuello del útero (la parte más baja del útero que se extiende a la vagina). La evolución de las lesiones es imprevisible: pueden desaparecer, crecer o permanecer estables.

Estas verrugas varían en apariencia en el varón y mujer. Un estudio científico demuestra que en las mujeres con la infección por VPH, el 69 % de los varones con los que tienen relaciones sexuales presentan lesiones asintomáticas en el pene que pueden detectarse mediante colposcopia del pene. Por tanto, el varón es un reservorio que disemina la enfermedad ya que es un portador sin lesiones visibles.

Aunque la infección es provocada por los mismos tipos de virus en el varón y la mujer, las lesiones difieren clínica e histológicamente:

- **Mujer:** Blandas. De color gris o rosa, pedunculadas y suelen encontrarse en racimos. Las zonas más afectadas son la vulva, la pared vaginal, el cuello uterino (son causantes de cáncer), la piel de alrededor de la zona genital (periné) y el ano
- **Varón:** Blandas. Las presentes en el pene suelen ser lisas y papulares. Mientras que las del perineo asemejan a una coliflor. A menudo, aparecen primero en el prepucio (tejido que cubre el pene) y el glande, y luego en el escroto (piel externa de los testículos) y la región perianal

En la boca y en la garganta, el VPH produce el papiloma oral y el papiloma laríngeo. También puede haber el papiloma de la conjuntiva del ojo y el papiloma nasal.

1.1. EL VIRUS DE PAPILOMA HUMANO Y EL RIESGO DE CÁNCER

La causa subyacente primaria de cáncer Cervicouterino es la infección por el virus del papiloma humano (VPH), el cual se transmite por contacto sexual. Las evidencias de esta asociación están basadas en estudios epidemiológicos que han demostrado los siguientes tres aspectos:

1. Prevalencia de ADN del VPH en más de 90% de las lesiones pre invasoras e invasoras.
2. Presencia de actividad de transcripción del VPH en los cánceres cervicales.
3. Presencia de oncogenes del VPH (VPH-E6 y VPH-E7) que median la transformación maligna.

En la actualidad existen más de 100 tipos de VPH, de los cuales 30 son considerados de riesgo para cáncer cervicouterino y pueden subclasificarse como de alto, moderado y bajo riesgo.

NIVELES DE RIESGO.

Alto riesgo	16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 y 82.
Moderado riesgo	26, 53 y 66.
Bajo riesgo	6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72 y 81.

1.1.1. Modo de transmisión.

Las infecciones en el cuello uterino y en la vagina por lo general se transmiten por contacto sexual. No obstante, hay evidencia de otras formas de contagio como son: instrumentos médicos que no están bien esterilizados y juguetes sexuales.

Otra forma de contagio, aunque poco frecuente, es de la madre al hijo durante el parto en los casos en que existen verrugas genitales en el canal vaginal. En estos casos puede producirse en el bebé un cuadro denominado "papilomatosis laríngea". Este tipo de transmisión es poco común y se previene practicando una cesárea en el momento del parto.

Las verrugas vulgares pueden auto inocularse. Las verrugas genitales pueden transmitirse por contacto directo de la piel con las verrugas.

1.1.2. Periodo de incubación.

Es muy variable. Por lo general de dos a tres meses aunque puede ser de años. La mayoría de las infecciones transcurren sin lesiones aparentes y desaparecen sin dejar evidencias de la infección. Un porcentaje pequeño de las infecciones persisten al cabo del tiempo (5-10%) provocando lesiones que podrían evolucionar a lesiones precancerosas o cáncer al cabo de los años.

1.1.3. Diagnóstico.

La lenta evolución de la enfermedad y la facilidad para poder hacer estudios, permite tener tiempo y herramientas para detectar y erradicar la enfermedad si el diagnóstico se hace oportunamente. Entre los estudios que se pueden realizar tenemos:

- La citología cervicovaginal: el ginecólogo, practicará un reconocimiento general, examen de la vulva, de la vagina y exhaustivamente del cuello uterino, tomará una muestra para citología o Test de Papanicolaou.
- La colposcopia: este examen, consiste en la evaluación directa del Cuello Uterino con un lente de gran aumento denominado Colposcópico, el cual permite visualizar el tejido de aspecto anormal, de encontrarse éste presente, se tomará una pequeña muestra del tejido (biopsia), la cual se enviará al laboratorio para su estudio histológico y determinar dentro de qué categoría se encuentra la lesión.
- Ante la duda, el médico pedirá una biopsia dirigida (buscando directamente la infección por VPH) del tejido que obtuvo en la colposcopia.

Actualmente un grupo de investigadores del Instituto de Investigaciones Biomédicas en México, encabezados por Goar Gevorkian y Karen Monoutcharin, desarrollan un método que permite detectar el VPH de manera sencilla y económica.⁸

El método pretende identificar anticuerpos del VPH en muestras de secreciones incluyendo la saliva de las pacientes que padecen una infección y las que tienen cáncer cervicouterino.

1.1.4. Tratamiento.

Aunque actualmente no existe una cura médica para eliminar una infección por VPH, puede tratarse las lesiones y las verrugas que estos virus causan. Los métodos que se utilizan para tratar las lesiones escamosas incluyen cauterización en frío (enfriamiento que destruye el tejido), el tratamiento con rayo láser, el tratamiento quirúrgico con un asa eléctrica (LEEP por sus siglas en inglés) o la cirugía convencional.

⁸ <http://www.mipediatra.com/folletos/virus-papiloma.htm>

Pueden usarse tratamientos similares para las verrugas externas. Igualmente, existen dos químicos poderosos: la podofolina y el ácido tricloroacético que pueden destruir las verrugas externas cuando se aplican directamente en ellas.

1.2. VACUNA CONTRA EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

El virus del papiloma humano (VPH), evolucionan de manera conjunta con los hombres y han encontrado la forma de pasar desapercibidos por el sistema inmunológico; frente a ello, los especialistas realizan diversos estudios a fin de encontrar mejores alternativas que logren controlarlos y evitar su propagación. Al respecto, científicos del Instituto de Investigaciones Biomédicas de la Universidad Nacional Autónoma de México y del Instituto Nacional de Cancerología, trabajan en la búsqueda de vacunas que ayudarán a prevenir y combatir el cáncer cervicouterino en la mujer.

La vacuna contra el virus del papiloma humano es una vacuna contra ciertas variedades de enfermedades de transmisión sexual de este virus asociado con el desarrollo del cáncer cervical (o cáncer del cuello del útero) y las verrugas genitales. En mercado hay actualmente dos vacunas contra el VPH: Gardasil y Cervarix.⁹

De los más de 100 tipos conocidos de VPH, se sabe que 37 son transmitidos a través de contacto sexual. En todo el mundo, la infección por VPH transmitido sexualmente es muy común en poblaciones adultas. Aunque algunos VPHs, como los tipos 6 y 11, pueden causar verrugas genitales, la mayoría de las infecciones genitales de VPH se producen sin causar síntoma alguno. Sin embargo, las infecciones persistentes con un subconjunto de cerca de 19 tipos de VPH de "alto riesgo" que pueden conducir al desarrollo del cáncer cervical u otros cánceres

⁹ http://es.wikipedia.org/wiki/Vacuna_contra_el_virus_del_papiloma_humano

genitales/anales, y algunas formas de VPH, particularmente el tipo 16, se han encontrado asociadas a una forma de cáncer de la garganta.

Solamente un pequeño porcentaje de mujeres con VPH va a desarrollar cáncer cervical, sin embargo, la mayoría de los estudios científicos han encontrado que la infección por el VPH es responsable de virtualmente todos los casos de cáncer cervical.

La última generación de vacunas preventivas de VPH están basadas en partículas de la cápsula del virus, es decir, que no contiene ADN viral del núcleo y por tanto, su capacidad de infección queda totalmente anulada, son las llamadas partículas como virus (VLPs) ensambladas de proteínas de la cápsula (cápside) del VPH.

Las vacunas tienen como blanco a los dos VPH de alto riesgo más común, los tipos 16 y 18. Juntos, estos dos tipos de VPH actualmente causan cerca del 70% del cáncer cervical. Gardasil también es activo frente a los tipos 6 y 11 de VPH, que entre ambos causan actualmente cerca de 90% de todos los casos de verrugas genitales.

La investigación que condujo al desarrollo de la vacuna comenzó en los años 1980, cuatro años después de que Aguirre Cabañas descubriera la relación del VPH con el cáncer de cuello uterino, lo que fue la apertura hacia la investigación de una vacuna. La investigación se realizó por grupos en la Universidad de Rochester, Universidad de Georgetown, Universidad de Queensland, y el Instituto Nacional del Cáncer de los E.E.U.U..

Gardasil y Cervarix están diseñados para provocar las respuestas de los anticuerpos que neutralizan el virus y previenen la infección inicial con los tipos de VPH representados en las vacunas. Se ha demostrado que ofrecen 100% de protección contra el desarrollo precanceroso cervical y, en el caso de la tetravalente Gardasil, también frente las verrugas

genitales causadas por los tipos de VPH en la vacuna, con pocos o ningún efecto secundario. Se espera que los efectos protectores de la vacuna duren al menos 4.5 años después de la vacunación inicial.

Mientras que el período del estudio no fue lo suficientemente largo para que el cáncer cervical se desarrollara, se cree que la prevención de las lesiones precancerosas cervicales (displasias) es altamente probablemente que resulte en la prevención de esos cánceres.

Aunque un estudio de 2006 sugiere que las vacunas puedan ofrecer protección limitada contra algunos tipos de VPH que están muy relacionados con los VPHs 16 y 18, es claro que otros tipos de VPH de alto riesgo pueden evitar la protección producida por las vacunas,⁶ y en un estudio de 2006 sobre infecciones de VPH en estudiantes femeninos de la universidad se encontró que solamente 14 de 78 infecciones con los tipos de alto riesgo de VPH fueron por los tipos 16 y 18, el resto de las 64 infecciones eran con otros 16 tipos de alto riesgo de VPH.¹⁰

Las investigaciones en curso se centran en el desarrollo de vacunas de Virus del Papiloma Humano que ofrecerán protección contra una gama más amplia de los tipos de VPH. Hay también substancial interés de investigación en el desarrollo de las vacunas terapéuticas, que intentan provocar respuestas inmunes contra infecciones establecidas y cánceres inducidos por VPH.

En España, la vacuna contra el VPH se autorizó su comercialización a partir de septiembre de 2007 y se pretende instar a sus comunidades autónomas para incluirlo en el calendario de vacunaciones del sistema nacional de salud, recomendándose por las autoridades sanitarias en niñas de 11 a 14 años.

¹⁰ http://es.wikipedia.org/wiki/Vacuna_contra_el_virus_del_papiloma_humano

CAPÍTULO II

CÁNCER

El cuerpo humano está compuesto por diferentes órganos y tejidos constituidos por estructuras pequeñísimas llamadas células. Las células en los tejidos del cuerpo pueden tener funciones diferenciadas, pero todas ellas se reproducen por división. En condiciones normales este proceso de división está perfectamente regulado para que se formen nuevas células en sustitución de las que han muerto y para que los tejidos del organismo se mantengan en sus debidas proporciones. Sin embargo, esta división celular a veces escapa a toda regulación y entra en una fase de crecimiento anormal.

Esos crecimientos anormales pueden ser de carácter benigno o maligno. Un crecimiento benigno suele tener una localización limitada y no se extiende a otras partes del cuerpo. Una vez que se limite por completo, no hay posibilidad de que se reproduzca. Un crecimiento maligno o cáncer se extiende en forma incontenible, invade los tejidos circundantes y se desplaza con frecuencia por el sistema sanguíneo o linfático a otras partes del cuerpo, donde origina crecimientos independientes o metástasis.

2.1 EL CANCER Y LA CELULA

El cáncer es una enfermedad que ataca los procesos básicos de la vida de la célula, alterando en casi todos los casos el genoma celular y dando lugar a un crecimiento exagerado y diseminado de las células cancerosas. La causa de la alteración del genoma es la mutilación de un gran segmento de un filamento de DNA que contiene muchos genes o en algunos casos la pérdida de grandes segmentos cromosomas.

Solo una fracción mínima de las células que mueren en el organismo causan alguna vez cáncer, hay varias razones para ello:

- a) En la mayor parte de las células mutadas, la capacidad de supervivencia es menor que en las células normales, y por lo tanto mueren.
- b) Sólo unas pocas células en mutación sobreviven y pierden los controles normales de retroalimentación que impiden su crecimiento excesivo.
- c) Las células potencialmente cancerosas, suelen ser destruidas por el sistema del organismo antes que se desarrollen en un cáncer.

Luego el cáncer llega a una etapa en que las células se vuelven invasoras y se presentan cambios en tejidos vecinos, las células infiltran dicho tejido y pasan a los vasos linfáticos y sanguíneos los que son transformados para formar metástasis.

No obstante la posibilidad de mutación puede aumentar varias veces cuando una persona se expone a ciertos factores químicos, físicos o biológicos, algunos de ellos son los siguientes:

1. Radiaciones ionizantes como los rayos X, incluso la luz ultravioleta pueden predisponer al cáncer.
2. Sustancias químicas.
3. Los irritantes físicos.
4. En algunas familias hay una gran tendencia hereditaria al cáncer.
5. Algunos virus pueden causar cierto tipo de cáncer.

El cáncer puede producirse en cualquier órgano o tejido del cuerpo. No es una enfermedad, sino más bien una colección de más un centenar de enfermedades que se producen a causa de que el cáncer puede desarrollarse a partir de diferentes tipos de células, como las de la piel, los huesos o la sangre.

Algunos cánceres se desarrollan con extremada lentitud y destruyen el tejido vecino por invasión local, otros tienen una progresión muy agresiva y producen metástasis con rapidez, el cáncer se presenta por igual en ambos sexos y suele manifestarse en personas de edad media o más edad.

Conocemos la causa de algunas cánceres cuya aparición cabe evitar. En el caso de la etiología de otros tipos de cáncer, se carece de información fidedigna. Está probado, sin embargo, que un enfermo de cáncer no puede transmitir la enfermedad a un individuo sano.

Hay teorías que resultan eficaces en algunos tipos de cáncer e ineficaces en otros. Los problemas han resultado de magnitud muy superior a la prevista por la mayoría de los especialistas.

2.1. CANCER CERVICO UTERINO.

Un cáncer del cuello del uterino, es cuando el tumor está ubicado en la porción del útero que está unida al extremo superior de la vagina. El 90% de los cánceres cervicales se originan de las células planas o escamosas que cubren el cuello del uterino, la mayoría del 10% restante se origina en las células glandulares secretoras del moco ubicado en el conducto cervical que conduce al interior del útero.

El desarrollo del cáncer cervical es un proceso gradual que comienza como una condición precancerosa llamada displasia. A este nivel es 100% tratable y por lo general, no se necesita hacer una histerectomía.

La displasia, dependiendo de su severidad, puede resolverse sin tratamiento, particularmente en mujeres jóvenes. Sin embargo, con frecuencia evoluciona hasta un verdadero cáncer, llamado "carcinoma in situ" (C.I.S) cuando todavía no se ha extendido, o "microinvasivo" cuando

lo ha hecho solo unos pocos milímetros hacia el tejido circundante, sin haber penetrado en los vasos sanguíneos ni los canales linfáticos.

Puede tomar muchos años para la displasia se convierta en carcinoma in situ, pero una vez que se presenta este proceso, el cáncer se puede extender rápidamente hacia el interior de los tejidos vecinos y hacia otros órganos como la vejiga, los intestinos, el hígado y los pulmones.

Por lo general, los pacientes con cáncer cervical no experimentan problemas hasta que la enfermedad ha avanzado y se ha diseminado.

El cáncer cervicouterino invasivo es relativamente raro en Estados Unidos y su baja incidencia se atribuye a la eficacia del estudio por frotis de Papanicolaou y la detección de precursores pre malignos.

2.1.1. Clasificación.

Según la clasificación de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia del cáncer cervicouterino es la siguiente:

a) Clasificación numérica:

- **Clase I:** Indica normalidad
- **Clase II:** Inflamación
- **Clase III:** Es displasia
- **Clase IV:** Es carcinoma in situ
- **Clase V:** Indica invasión

b) Estadio Anatómico:

- **Etapa 0:** Carcinoma in situ, carcinoma intraepitelial, carcinoma invasivo.
- **Etapa I:** Carcinoma confinado estrictamente al cuello uterino.

- **Etapa II:** El carcinoma se extiende más allá del cuello uterino, pero no se ha extendido hasta la pared.
- **Etapa III:** El carcinoma se ha extendido hasta la pared pélvica.
- **Etapa IV:** El carcinoma se ha extendido más allá de la pelvis o afecta desde el punto de vista clínico a la mucosa de vejiga o recto.

2.1.2. Manifestaciones Clínicas:

El carcinoma del cuello uterino en su comienzo suele ser asintomático cuando no está bien avanzado, los dos tipos principales del cáncer del cuello uterino son la hemorragia (metrorragia) y leucorrea; es importante examinar a la paciente cuando presenta estos signos ya que también puede ser producido por otras enfermedades benignas del útero o la vagina, como inflamaciones, erosiones, pequeños pólipos.

Durante mucho tiempo la leucorrea puede ser el síntoma único, la secreción va aumentando de volumen y por último es fétida, por la necrosis e infección de la masa tumoral, la salida de sangre ocurre a intervalos entre uno y otro periodo menstrual (metrorragia), y después de la menopausia, puede ser escasa solo manchar la ropa interior y luego se puede presentar; después de coito, ejercicios o defecación, al evolucionar la enfermedad el sangrado puede ser constante y aumenta.

El carcinoma in situ, no provoca síntomas; no obstante, la mayoría de las pacientes con este trastorno tienen una zona de enrojecimiento de 15% a 20% de las pacientes con carcinoma in situ, no tienen lesión visible.

El examen citológico (Papanicolaou) muestra representativa del cuello, mostrará células muy displásicas o francamente malignas en el 95% de las mujeres con esta etapa de la enfermedad. La prueba de Shiller empleando la solución de lugol es muy útil para demostrar las zonas de epitelio anormal, la prueba no es específica para el cáncer.

El examen colposcópico del cuello uterino, puede revelar con exactitud zonas de displasia y carcinoma in situ y debe practicársele a toda mujer, cuya células epiteliales sean anormales (displásicas o malignas) y que no se deba a una enfermedad inflamatoria.

Carcinoma Invasivo: El carcinoma invasivo del cuello usualmente, produce síntomas. A menudo la hemorragia intermenstrual o después del coito constituye el primer síntoma, una secreción vaginal acuosa, ocasionalmente manchada de sangre, puede constituir el único sistema. El dolor es una manifestación muy avanzada. En la mayoría de las pacientes con carcinoma invasivo, la inspección del cuello revela una lesión papilar ulcerada que sangra al tocarla. El examen citológico casi siempre demuestra células malignas y la biopsia muestra la naturaleza invasiva de la lesión.

2.1.3. Incidencia

La sociedad Americana del cáncer (American Cancer Society) estima que durante este año se diagnosticaron alrededor de 10.370 casos de cáncer invasivo del cuello uterino en los Estados Unidos. Algunos investigadores calculan que el cáncer no invasivo del cuello uterino (carcinoma in situ) es alrededor de 4 veces más común que el cáncer invasivo del cuello uterino.

Se estima alrededor de 3.710 mujeres morirán de cáncer del cuello uterino en los Estados Unidos durante este año. El cáncer del cuello uterino fue en un tiempo una de las causas más comunes de muerte por cáncer en las mujeres que viven en este país. Debido a la prueba de Papanicolaou en estadios precancerosos ha disminuido la mortalidad en un 74%, la cual continua disminuyendo a un ritmo alrededor de un casi 4% al año.

El cáncer de cuello uterino tiende a ocurrir en la mediana edad. La mitad de las mujeres diagnosticadas con este cáncer están entre las edades de 35 y 55 años. Es raro que ocurra en mujeres menores de 20 años. Un poco más del 20% de las mujeres con cáncer de cuello uterino son diagnosticadas cuando tienen más de 65 años.

Es importante que estas mujeres continúen haciéndose las pruebas de Papanicolaou regularmente, por lo menos, hasta la edad de los 70 y posiblemente por más tiempo.

El cáncer de cuello uterino ocurre con más frecuencia en las mujeres hispanas; la tasa es más del doble que en las mujeres blancas no hispanas. Las mujeres negras contraen este cáncer alrededor de 50% más que en las mujeres blancas no hispanas. El cáncer de cérvix es la segunda causa de muerte por tumores malignos en las mujeres y responsable de 288.000 muertes por año en el mundo.¹¹

Anualmente se reportan alrededor de 510.000 casos de este tipo de cáncer y cerca del 80% se registran en los países en desarrollo: 68.000 en África, 77.000 en América Latina y 245.000 en Asia, según reporte de la Organización Mundial de la Salud.

Su relevancia a nivel mundial se encuentra envuelta en una paradoja: figura como una de las principales causas de muerte aunque es totalmente prevenible. Aunque el cáncer de cuello uterino no se ha eliminado, la incidencia de enfermedad invasiva va disminuyendo y está diagnosticado con mayor oportunidad, lo que ha dado como resultados mejores tasas de supervivencia.

¹¹ www.cancer.gov/CancerInformation/cancerliterature

2.2. FACTORES QUE INCIDEN EN LA APARICIÓN DEL CÁNCER CERVICOUTERINO

Se desconoce la causa del cáncer cervicouterino, pero se desconocen ciertos factores predisponentes. Así pues estudios epidemiológicos han demostrado consistentemente que algunas enfermedades de transmisión sexual, y el cáncer del cuello del útero, tienen muchos factores de riesgo en común, lo cual sugiere el papel de uno o más agentes de transmisión sexual en la patogénesis de esas enfermedades. Aunque se desconocen las causas del cáncer cervical, se sabe que hay muchos factores predisponentes.

2.2.1. Edad.

El cáncer del cuello uterino, se presenta de 25-50 años, la edad promedio del carcinoma in situ es de 40 años, la edad promedio del carcinoma invasor es de 47 a 50 años.

2.2.2. Paridad.

El 73% de los casos, se producen en mujeres que han tenido muchos hijos. Más probablemente se debe a que el cáncer es una enfermedad de mujeres de mayor edad, con mayor probabilidad de tener varios hijos, que las más jóvenes.

2.2.3. Relación sexual temprana.

Este se presenta también en mujeres que tuvieron su experiencia sexual de iniciación precoz.

2.2.4. Promiscuidad sexual.

La frecuencia de esta enfermedad, aumenta según el número de contactos que ha tenido la mujer, muchos compañeros sexuales.

2.2.5. Aspectos socio – económicos y culturales.

El carcinoma de cuello uterino en mujeres humildes, mal alimentadas, en la que habitual la promiscuidad sexual, es más frecuente entre grupos de ingresos bajos, y el bajo nivel de instrucción.

2.2.6. Otros factores

a) Factores raciales.

Las mujeres de raza negra presentan mayor frecuencia de cáncer de útero, y la frecuencia de carcinoma es menor en judíos, lo cual guarda relación con la circuncisión temprana de los varones en este grupo.

Muchas de estas observaciones, han hecho surgir la pregunta de si la higiene personal del varón, y el esmegma peneal, pudieran ser de consideraciones importantes en la aparición del carcinoma cervical; del esmegma humano, se han aislado ciertas cantidades muy pequeñas de carcinógenos químicos que en la vagina de la ratona han producido cáncer cervical.

b) Antecedentes heredo-familiares de cáncer.

En efecto, las personas cuyos miembros inmediatos de la familia tienen cáncer de mama, estómago, colon, útero y pulmón, es más probable que padezcan de cáncer similar.

c) Tabaquismo.

El tabaquismo (cigarrillos) no solamente se ha señalado como causa de cáncer del pulmón, sino también del cáncer de boca, esófago, extremo proximal del estómago, vejiga, útero. Frenar el tabaquismo permitirá a la persona aumentar sus posibilidades de no terminar cancerosos.

d) El uso de anticonceptivos.

Se pensó que las mujeres que tomaban píldoras anticonceptivas, y las que usaban diafragma eran candidatas a presentar cáncer de cérvix, pero estudios posteriores demuestran que no existió diferenciaciones entre las pacientes, en aquellas se encontró el 62% de las displasias ligeras o benignas retrocedieron a lo normal, mientras que el 13.4% progresaron en la magnitud.

2.3. MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO

Considerando que el 20% de citología son falsas negativas en pacientes con cáncer de cérvix, este debe ser inspeccionado cada año y cualquier anormalidad que se encuentre debe ser estudiada por colposcopia. El cáncer de cuello uterino invasivo a menudo aparece como un crecimiento carnoso irregular, con frecuencia duro o firme tipo friable (que tiende a sangrar fácilmente). Sin embargo, aun en el examen pélvico por parte de un medico, los pre canceres y aun los canceres de cuello uterino iniciales con frecuencia no son visibles a simple vista.

Los hallazgos pueden ser o no visibles en el cérvix o ser de aspecto exofítico, liso o endofítico, puede extenderse hacia la vagina. Se puede encontrar una marca fija que se extiende a la pared pélvica. La presencia de orina o heces indica la extensión del tumor a la vejiga o recto. En la enfermedad externamente avanzada puede palpase ganglios supraclaviculares, más frecuentes en el lado izquierdo.

2.3.1. Exámenes.

- a. Citología, Papanicolaou.
- b. Colposcopia y biopsia dirigida.
- c. Conización.
- d. Dilatación y curetaje.

a. Papanicolaou.

Las mujeres que se realizan la prueba de Papanicolaou de manera regular tienen menor riesgo de tener cáncer cervical. Este chequeo detecta células en la matriz del útero que pueden transformarse en cancerosas.

Si esas células son encontradas de manera temprana, una mujer puede ser tratada antes de que el cáncer cervical se desarrolle.

El frotis de Papanicolaou selecciona, pero no se diagnostica, los pre canceres (displasias) y los canceres de cuello uterino. Se extraen algunas células de la porción de la vagina que rodea el cuello uterino y del propio cuello y se examinan al microscopio. Las células malignas tienen un aspecto característico e indican un estadio precoz de cáncer incluso antes de la aparición de síntomas.

Las mujeres en riesgo de desarrollar cáncer de útero deben someterse a exploraciones ginecológicas cada 6 meses que incluyen un frotis de Papanicolaou. Esta muestra se toma por lo general un examen pélvico, aunque no todo examen pélvico incluye un frotis de Papanicolaou.

El frotis de Papanicolaou no es doloroso, aunque pueden presentarse uno o dos segundos de incomodidad para algunas mujeres cuando se toca el cuello uterino. En mujeres con historia de frotis de Papanicolaou normales y sin factores de riesgo probablemente deba realizarse una exploración ginecológica y un frotis de Papanicolaou cada año hasta los 50

años y posteriormente cada año. En todos los casos, la decisión sobre la frecuencia con que debe realizarse la prueba debe tomarla el médico conjuntamente con la paciente.

b. Colposcopia.

La colposcopia es un procedimiento utilizado para evaluar el estado de la mucosa vaginal y cervical. Con frecuencia es la primera prueba realizada después de un frotis de Papanicolaou anormal. La colposcopia es la exploración directa de la mucosa vaginal y cervical con un microscopio binocular a bajo aumento denominado colposcópico que aumenta de 6 a 40 veces el tamaño real de la mucosa.

La aplicación de una solución de ácido acético al 3% elimina el moco y realza el aspecto del epitelio cilíndrico de la mucosa. Las biopsias dirigidas tomadas de posibles lesiones malignas durante el embarazo resultan seguras y fiables.

c. Conización.

La Conización de cuello uterino consiste, en la extirpación quirúrgica de una porción, en forma de cono, del tejido cervical que rodea el orificio externo; en ocasiones de dicho cono puede extenderse hacia el conducto endocervical. Simultáneamente con este procedimiento puede efectuarse dilatación y legrado. La Conización diagnóstica según las indicaciones la mayoría de las mujeres con extendidos de Papanicolaou anómalos pueden ser tratadas en el consultorio.

La necesidad de una Conización diagnóstica surge cuando:

1. La colposcopia no es satisfactoria.
2. El curetaje endocervical es positiva.
3. Existe una discrepancia importante entre citología e histología.

4. Se sospecha un cáncer micro invasor.

1. La colposcopia no es satisfactoria.

En la colposcopia poco satisfactoria con el paso de los años la zona Transición regresa al endocervix de modo que la unión escamoso cilíndrica y la extensión de la lesión algunas veces no se visualizan de forma completa. En las mujeres mayores de 40 años los exámenes colposcópico no son satisfactorios en más de 40 años los exámenes colposcópico no son satisfactorios en más de 50% de los casos, en comparación con el 10 al 20% en las mujeres menores de 30 años.

Las displasias de alto grado a menudo son más grandes y se extiende con mayor frecuencia hacia el endocervix que las lesiones de bajo grado; esto da como resultado una muestra, por colposcopia, poco satisfactoria y la necesidad de la Conización en muchas mujeres con lesiones avanzadas.

2. El curetaje endocervical es positiva.

Cuando el curetaje endocervical es positivo, comúnmente se recomienda la Conización. Sin embargo, cuando el examen colposcópico es adecuado un curetaje endocervical positivo más a menudo representa un contaminante procedente de una lesión ectocervical o endocervical incipiente conocida en donde el epitelio endocervical anómalo está situado más allá de la visibilidad colposcópica.

3. Existe una discrepancia importante entre citología e histología.

La discrepancia entre citología e histología. A veces la citología sugiere una lesión más avanzada que la que se puede verificar por biopsia y curetaje endocervical dirigidos colposcópicamente.

Dado que el examen de Papanicolaou puede haber sido interpretado de forma exagerada, es una buena práctica revisar la citología y los hallazgos de la biopsia con un citopatólogo experimentando a la luz de la información disponible.

4. Se sospecha un cáncer micro invasor.

En presencia de una lesión cervical obvia, sugestiva de carcinoma invasor, está contraindicada la Conización cervical. Si se demuestra la invasión, la lesión visible con mayor certeza es carcinoma microinvasor. La Conización no haría otra cosa que agregar gastos y complicaciones y demorar el tratamiento definitivo.

Aunque actualmente se realiza de manera sistemática en unidades de cirugía ambulatoria, la Conización cervical no es un procedimiento inocuo. De hecho, se asocia con un índice más elevado de morbilidad y complicaciones que la mayor parte de las intervenciones quirúrgicas ginecológicas habituales incluida la histerectomía.

En una serie, del 7 al 30%, las mujeres sufrieron una hemorragia intraoperatoria, hemorragia postoperatoria, infecciones, perforación uterina y estenosis cervical.¹²

Si se obtienen grandes conos de cuellos uterinos pequeños, la formación de cicatrices cervicales o la pérdida de tejido cervical pueden ser graves y producir infertilidades. Esto es particularmente preocupante en mujeres nulíparas que desean tener hijos.

¹² http://es.wikipedia.org/wiki/C%C3%A1ncer_cervical

d. Dilatación y Curetaje.

La dilatación y curetaje endocervical es una técnica que consiste en ensanchar el conducto cervical con un dilatador y raspar el revestimiento endometrial uterino con un instrumento con forma de cuchara denominado Legra. Su finalidad es muy variada, ya que se puede practicar con fines diagnósticos y también terapéuticos, a veces de ambos tipos y efectuados en el mismo acto.

Entre sus posibles utilidades se puede efectuar para obtener muestras de tejido endocervical y endometrial a fin de efectuar un estudio citología, para establecer el origen y controlar una hemorragia uterina anormal, para extirpar pólipos o tumores endometriales benignos o bien extirpar tejido residual tras un aborto incompleto. Si el cáncer se ha diseminado mas allá de la mucosa uterina, puede requerir histerectomía o radioterapia.

2.3.2. Tratamiento.

El tratamiento del cáncer del cuello uterino dependerá del tipo de cáncer (escamoso o epidermoides, adenocarcinoma o indiferenciados), la etapa, el tamaño y forma del tumor, la edad, la salud general de la mujer y el deseo de embarazos futuros.

Los tratamientos para las lesiones pre invasivas deben hacerse por ginecólogos debidamente capacitados y en instituciones con los recursos físicos para realizar tratamientos con métodos destructivos locales o métodos escicionales locales o incluso histerectomía abdominal ampliada, de tal forma que estos recursos físicos y técnicos garanticen a las usuarias un adecuado servicio.

Ante el diagnóstico de lesiones microinfiltrantes o infiltrantes es importante garantizar el acceso a instituciones de alta complejidad en

donde exista ginecólogo oncólogo certificado, en donde la paciente además de recibir el tratamiento quirúrgico adecuado, disponga de los recursos de radioterapia, quimioterapia, cuidados paulativos, terapia del dolor y rehabilitación. Todos ellos necesarios para la atención integral de las mujeres afectadas por cáncer de cuello uterino.

2.3.3. Tratamiento por Virus Papiloma Humano.

En el manejo de las lesiones pre invasivas de cuello uterino, específicamente por infección por virus del papiloma humano (HPV) y la neoplasia intracervical de bajo grado, el tratamiento aconsejado es el siguiente:

Para el tratamiento hay que tener en cuenta que muchas de estas lesiones van a regresar espontáneamente por lo que la tendencia actual es la de dejarlas en observación, con controles citológicos y colposcópico cada 6 meses o cada año, hasta que la lesión desaparezca. En los pacientes mayores de 30 años se puede realizar el tratamiento tan pronto se diagnostique, ya que muchas de estas lesiones ya son persistentes. Se puede utilizar cualquiera de los métodos destructivos locales como la electro cauterización, la criocirugía. La vaporización laser o con radiofrecuencia, o cualquier método que a juicio clínico garantice destrucción completa de la lesión.

Cuando la lesión sea endocervical y no se visualice el límite superior de la misma, se debe realizar cubo endocervical y legrado de endocervix residual, o en otros casos incluso Conización clásica y legrado del endocervix residual, ya que puede acompañarse de mayor grado. En los pacientes muy jóvenes sin hijos se pueden dejar en observación estricta de citología y colposcopia cada 6 meses.

Debe aconsejarse a la pareja el uso de los preservativos durante 4-6 meses en forma continua, con lo que muchas de las lesiones regresan y

los tratamientos dan mejores resultados al romper el círculo de reinfecciones repetidas. Hay que tener en cuenta que entre más joven la mujer, más conservador se debe ser el manejo, evitando sobretamientos que puedan influir en la capacidad de reproducción futura.

En las etapas más tempranas, la enfermedad es curable con la remoción o destrucción de los tejidos pre cancerosos. Con frecuencia, eso puede hacerse de varias maneras sin extirpar el útero ni dañar el cuello uterino, para que la mujer siga siendo capaz de tener hijos.

2.3.4. Criocirugía

La criocirugía es un método que sirve en el tratamiento de lesiones benignas que produce destrucción tisular local mediante aplicación de temperaturas de subcongelación.

Antes del tratamiento debe diagnosticarse con cuidado la lesión ya que el uso de esta técnica para tratar el cáncer invasor puede tener consecuencias graves. Comúnmente se trata con este método condilomas y cervicitis crónica.

La criocirugía se efectúa haciendo pasar un líquido refrigerante (como nitrógeno, neón²², dióxido de carbono u óxido nítrico) a través de una sonda hueca que se coloca sobre el tejido afectado y se deja ahí hasta que ocurre el grado deseado de congelación. El tejido congelado se esfacela y entonces ocurre cicatrización con formación de epitelio nuevo.

No suele requerirse anestesia, la hemorragia postoperatoria es rara, el tejido no se retrae durante el proceso de cicatrización. La mujer experimentará leucorrea abundante dos o tres semanas después del tratamiento, al seguir esfacelándose el tejido. Ocurre curación completa en un plazo de seis semanas.

2.3.5. Histerectomía

La histerectomía o extirpación del útero ha pasado a ser una de las técnicas quirúrgicas de importancia que se lleva a cabo con mayor frecuencia en la práctica ginecológica. Según sean los tejidos extirpados, se diferencian distintos tipos de histerectomía:

- Histerectomía subtotal, supracervical o parcial: se reseca solamente cuerpo del útero, es decir todo el cuerpo exceptuando el cérvix.
- Histerectomía total o panhisterectomía, se extrae todo el útero incluido el cérvix.
- Histerectomía total con salpingo-oforectomía bilateral, se extirpa todo el útero, incluido el cérvix junto con las trompas de Falopio y ovarios.

En otros casos, se realiza una remoción simple del útero (histerectomía) con o sin extracción de los ovarios. En casos más avanzados, puede realizarse una histerectomía radical para extirpar el útero y muchos de los tejidos circundantes, incluyendo los ganglios linfáticos internos.

En la cirugía más extrema, denominada una exenteración pélvica, se retiran todos los órganos de la pelvis, incluidos la vejiga y el recto. La intervención se puede realizar por vía abdominal (histerectomía abdominal) o bien por vía vaginal (histerectomía vaginal). Antes de este procedimiento se debe tomar en cuenta la edad de la paciente, su deseo de procrear, su deseo de seguir teniendo el útero, la probable eficacia de otros tratamientos alternativos, el grado de disfunción y la voluntad de la paciente.

2.3.6. Radioterapia y Quimioterapia.

Es posible utilizar la radioterapia y la quimioterapia para tratar los casos en que el cáncer se ha diseminado más allá de la pelvis. Hay dos tipos de tratamientos con radiaciones.

En uno se coloca un instrumento cargado con pastillas radioactivas en la vagina, cerca del cáncer y se conserva en el sitio durante un periodo de tiempo y, en el otro, un dispositivo externo que irradia las aéreas a tratar durante las visitas al radioterapeuta.

En lo que a quimioterapia se refiere, se utilizan diversos medicamentos o combinaciones de ellos. En algunas ocasiones, se utiliza radiación y quimioterapia antes o después de la cirugía. Entre los agentes citostáticos para el cáncer de cuello uterino se encuentran los siguientes: para la quimioterapia combinada: metotrexato, doxorubicina y vimblastina; y mitomicina, bleomicina, vicristina, y cisplatino, el cual es el tratamiento actual de elección; otra combinación utilizada es el carboplastino, fosfamida y lomustina.

2.4. PRONÓSTICO

En el pronóstico para el cáncer cervical hay muchos factores que afectan el resultado, de los cuales lo más importantes son: el tipo de cáncer, la etapa de la enfermedad, la edad y condición física general de la mujer.

Los índices de supervivencia de 5 años (número de personas que viven al menos 5 años) para las mujeres con cáncer cervical con un tratamiento apropiado son aproximadamente los siguientes:

- 80-85% para tumores limitados al cuello uterino y el útero.
- 60-80% cuando se ha extendido a la parte superior de la vagina.

- 30-50% para tumores que llegan más allá del cérvix y la parte superior de la vagina pero que aún están en la pelvis.
- 14% cuando el cáncer ha invadido la vejiga el recto o se ha diseminado más allá de la pelvis. Sin tratamiento o cuando el tratamiento falla, el cáncer cervical es mortal en un lapso de 2 años para aproximadamente un 95% de las mujeres.¹³

2.4.1. Prevención

La forma de prevenir las muertes de cáncer cervical es simple y eficaz. Los cambios precancerosos en el tejido cervicouterino pueden llevar años, pero si se identifican y tratan debidamente en un principio, las lesiones no llegan a degenerar en cáncer. Parece que puede protegerse a las mujeres contra este tipo de cáncer si se las examina para ver si exhiben modalidades precancerosas y se trata el tejido anormal.

Obviamente la prevención de la infección del papiloma humano contribuirá asimismo a reducir la incidencia del cáncer cervical, pero es algo difícil de lograr. Este virus se transmite fácilmente y suele no mostrar síntoma alguno; y si bien pueden tratarse las verrugas genitales debidas a ciertas formas del virus, no hay nada que permita eliminar la infección en sí, y a persona puede transmitirla durante años.

Los condones no protegen totalmente, porque el virus puede estar presente en toda el área genital y alrededor del ano, pero el uso regular de condones y el que las mujeres tengan menos compañeros sexuales ayuda hasta cierto punto. Se están desarrollando vacunas que ofrecen grandes posibilidades de prevenir la infección inicial y la progresión de la enfermedad.

¹³ http://es.wikipedia.org/wiki/C%C3%A1ncer_cervical

CAPITULO III

PREVENCIÓN DEL CANCER CERVICOUTERINO

El número de los casos de cáncer cervicouterino está aumentando a nivel mundial. En países en vías de desarrollo la detección precoz no alcanza gran cobertura y la mortalidad asociada con el cáncer cervicouterino sigue aumentando. Para reducir el número de nuevos casos de este cáncer, algunos programas de planificación familiar han enfocado sus esfuerzos sobre la prevención (monogamia mutua, uso de condones) y la detección temprana. Por esta razón existen programas que requieren citología cervical (prueba Papanicolaou) antes de proveer los servicios de planificación familiar (PF).

Hay dos maneras de prevenir el cáncer cervical: la primera es prevenir las infecciones por HPV y la segunda es hacerse regularmente el examen de Papanicolaou para detectar las afecciones precancerosas y el HPV, ya que ambas pueden tratarse para detectar la progresión hacia un cáncer cervical.

3.1 ESTRATEGIAS ACTUALES PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER CERVICAL

La visión global de la OMS establece que el mundo debiera estar libre de cánceres prevenibles y que todos los pacientes debieran tener acceso a las mejores posibilidades de curación y cuidados. Bajo esta visión se han desarrollado los distintos niveles de prevención: prevención primaria, que apunta a evitar las enfermedades; prevención secundaria, que apunta a la detección precoz de éstas; y prevención terciaria, que apunta a la oportunidad y calidad del tratamiento.

En la prevención primaria los elementos más importantes son los hábitos de vida, la alimentación, la educación y algunos fármacos y

vacunas, pero a veces es difícil llegar con esos recursos a algunas comunidades y a veces también falta motivación política; en la secundaria están los exámenes para detección precoz de enfermedades, como mamografía, antígeno prostático, otros marcadores tumorales y el Papanicolaou, que existe hace más de 60 años.

La importancia del Tamizaje (o screening) queda en evidencia cuando se observa la diferencia en las incidencias de cáncer cervical entre países con evaluación masiva rutinaria, y aquellos sin programas de evaluación organizados, que carece de un programa nacional de prevención con Tamizaje y que presenta cifras de incidencia en aumento.

La OMS ha desarrollado el Plan Global de Acción contra el cáncer (Global Action Plan Against Cáncer) (GAPAC), que tiene cuatro líneas de avance: prevenir aquellos cánceres susceptibles de prevención; curar las pacientes con cáncer mediante detección precoz y tratamiento adecuado; proporcionar los cuidados paliativos para las pacientes con cáncer en etapas avanzadas; y manejar los programas en forma racional y eficiente, sobre la base de la evidencia.

Se sabe que lo que más impactaría en la reducción de la mortalidad, sería llegar a una cobertura de Papanicolaou superior a 80%, pero existe cierta carencia de información en relación a la metodología que pueda permitir esto, así como factores culturales y sociales en la población con respecto a este examen. Hoy en día contamos con la posibilidad de efectuar prevención primaria mediante vacunas, que disminuyen el riesgo de infección por algunos tipos de VPH (condición necesaria) relacionados directamente con esta enfermedad. Esto que hace algunos años nos parecía una atrayente posibilidad es ya una realidad.

3.2 ACCIONES DE ATENCIÓN DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO

El personal de salud está capacitado para emprender acciones encaminadas a una atención efectiva, éstas son:

- a. Prevención primaria a través de la educación en salud para reducir conductas sexuales de alto riesgo y el uso de las vacunas profilácticas contra los VPH's asociados más frecuentemente al cáncer Cérvico uterino.
- b. Detección precoz. Toma de citología exfoliativa (Papanicolaou), las pruebas biomoleculares como captura de híbridos y la reacción de polimerasa en cadena (RPC) pueden ser utilizadas como complemento de la citología.
- c. Diagnóstico, tratamiento y control de las lesiones intraepiteliales.
- d. Cuidados paliativos de la enfermedad en etapas

3.3 PREVENCIÓN

Es importante fortalecer el programa de cáncer cervicouterino y organizarlo mediante las siguientes acciones:

- Incrementar la cobertura de toma de citología cervical en los estados del país con mayor incidencia.
- Reforzar la calidad en la toma de la muestra y en la lectura de las laminillas.
- Mantener una comunicación efectiva entre la población y los servicios de salud.
- Tener un censo de mujeres que acuden a toma de Papanicolaou que incluya el aviso de resultados y recordatorio de nueva toma. Este censo lo pueden realizar el médico general, la enfermera, personal de trabajo social y/o promotores comunitario

3.3.1. Prevención primaria.

La prevención primaria se enfoca en:

- Promoción de la salud.
- Educar y sensibilizar a la población para iniciar vida sexual a edades tardías.
- Sensibilizar a la población en general y en particular a la población adolescente para la utilización del condón y evitar prácticas sexuales de riesgo.
- Promover entre la población en general las relaciones sexuales monogámicas.
- Aplicar el esquema de vacunación completo contra el VPH a las niñas y adolescentes entre los 9 y 14 años de edad.
- Promover la ingesta de alimentos que contengan complejo B y vitamina C.
- Promover la reducción del tabaquismo en la mujer.

3.3.2. Prevención secundaria.

La prevención secundaria se basa en la detección temprana y tratamiento oportuno de las lesiones intraepitelial del cérvix.

La detección temprana se realiza a través de la toma de citología cervical. Cuando el resultado sea anormal se deberá referir a la mujer a la clínica de colposcopia en donde se confirmará el diagnóstico mediante colposcopia y toma de biopsia dirigida; y de acuerdo con el resultado histopatológico será tratada en la clínica o referida al centro oncológico.

El personal de salud promoverá la detección temprana mediante la orientación-consejería y la toma de citología cervical a toda la población femenina que tenga de 25 a 64 años de edad y que haya iniciado vida sexual.

Para garantizar una atención de calidad se deben contemplar los siguientes aspectos:

- Toma correcta de citología cervical (exocérvix y endocérvix).
- Lectura e interpretación citológicas con calidad.
- Referencia oportuna a la clínica de colposcopia de las mujeres con resultados citológicos anormales.
- Estudio colposcópico realizado por personal calificado
- Toma de biopsia dirigida.
- Lectura e interpretación histopatológica con calidad.
- Tratamiento oportuno de las lesiones intraepiteliales.
- Referencia de las mujeres con cáncer invasor al centro oncológico.
- Control y seguimiento y contrarreferencia adecuadas de las pacientes.
- Registro de la información en el Sistema de Información de Cáncer de la Mujer (SICAM) o en el sistema de información de la institución correspondiente.

3.4 EL CÁNCER CERVICAL: UNA ENFERMEDAD MUNDIAL

El cáncer cervical tiene gran impacto en las vidas de las mujeres en todo el mundo, especialmente en los países en desarrollo. Según las últimas estimaciones mundiales, todos los años surgen 493.000 casos nuevos de cáncer cervical, y 274.000 mujeres mueren de la enfermedad anualmente. Alrededor del 83% de los casos nuevos tienen lugar en los países en desarrollo, donde los programas de detección no están bien establecidos o no son efectivos. En la mayoría de dichos países el cáncer cervical es la principal causa de muerte de cáncer entre las mujeres.¹⁴

3.4.1. Regiones y países más afectados.

Las regiones más afectadas por el cáncer cervical se encuentran entre las más pobres del mundo. América Central y del Sur, el Caribe, el

14 Diario El Universo. Sección Salud. Pág. 12.

África subsahariana, partes de Oceanía y partes de Asia tienen los índices más altos (más de 30 por cada 100.000 mujeres. Esto se compara con un máximo de 10 por cada 100.000 mujeres en América del Norte y Europa.

Los índices reportados son de 69 por cada 100.000 mujeres en Tanzania, 55 por cada 100.000 en Bolivia y 40 por 100.000 en Papua Nueva Guinea. Asia tiene el número más alto de casos reportados. En la India se reportan anualmente aproximadamente 132.000 casos nuevos (más de una cuarta parte del total mundial). Alrededor de 1,4 millones de mujeres en todo el mundo tienen cáncer cervical, lo que refleja la acumulación de casos nuevos cada año y el hecho de que pocas mujeres en los países en desarrollo reciben tratamiento.¹⁵

Según lo que se sabe de la evolución de este tipo de cáncer, es posible que entre el doble y el quíntuple de dicho número (hasta 7 millones) de mujeres en todo el mundo tengan estados precancerosos, que deben detectarse y tratarse.

3.4.2. Los países en desarrollo carecen de enfoques efectivos de prevención.

Una razón importante de la considerablemente mayor incidencia del cáncer cervical en los países en desarrollo es la falta de programas efectivos para detectar los estados precancerosos y tratarlos antes de que se conviertan en cáncer. Los esfuerzos de prevención a nivel mundial se han concentrado en examinar a las mujeres utilizando una prueba de laboratorio denominada

Papanicolaou, y destruir o escindir el tejido precanceroso.

El Papanicolaou, que lleva el nombre de su inventor, el Dr. George Papanicolaou, y data de la década de los 40, ha dado impresionantes

¹⁵ Diario Hoy, Sección Salud, Pág. 16.

resultados en la reducción del cáncer cervical en los países desarrollados, seguido del oportuno tratamiento necesario.

Si las pruebas de Papanicolaou están bien organizadas y las mujeres se someten a las mismas de forma periódica, la incidencia de cáncer cervical puede reducirse drásticamente. En Islandia se lanzó un programa nacional de detección de este tipo de cáncer en 1960, que tuvo una cobertura de casi la totalidad de las mujeres del país y logró una reducción del 80% en el número de muertes por dicha causa en un período de 20 años. En los Estados Unidos, donde la cobertura no es tan amplia, el índice de mortalidad se redujo en un 70% en los 50 años posteriores a la introducción del Papanicolaou.

Esto se contrasta con los países en desarrollo, donde tan sólo el 5% de las mujeres se han hecho un Papanicolaou en los últimos 5 años, y donde suele carecerse de los materiales, el equipo y el personal capacitado para ello. Además, las mujeres que se hacen la prueba a veces no reciben los resultados o no vuelven a las consultas posteriores de detección y tratamiento.

3.4.3. Muertes por cáncer cervical.

Si no se detecta y se trata a tiempo, el cáncer cervical casi siempre es mortal. En los países en desarrollo los índices de mortalidad reportados son un promedio de 11,2 por cada 100.000 mujeres, cerca de tres veces el nivel de los países desarrollados. Casi el 40% de las muertes por este cáncer en los países en desarrollo tienen lugar en Asia Meridional Central, una zona altamente poblada que abarca la India, Pakistán y Bangladesh.

Las muertes por cáncer cervical son el indicador más revelador del impacto de la enfermedad sobre las mujeres, sus familias y comunidades. La muerte de una madre pone seriamente en peligro la salud de la familia, y especialmente de los niños, pero dichas muertes son evitables, y con la

detección oportuna y el debido tratamiento pueden reducirse tremendamente.

Los cálculos actuales sobre la incidencia del cáncer cervical y las tasas de mortalidad probablemente están por debajo de la situación real, porque muchas mujeres con la enfermedad no reciben atención médica y no quedan reflejadas en los registros de cáncer.

Las limitaciones de las instalaciones de diagnóstico y su tendencia a no entrar en contacto con mujeres mayores (Las que se encuentran en las últimas etapas de la enfermedad) y las que no pueden pagar por el servicio, también presentan dificultades para establecer cifras correctas. Asimismo la falta de sistemas organizados de información sanitaria hace problemático el registro de la incidencia de la enfermedad.

3.4.4. Las mujeres de 35 años en adelante son las más afectadas.

Entre el 80% y el 90% de los casos confirmados de cáncer cervical tienen lugar en mujeres de 35 años de edad en adelante, según los datos de registros de cáncer en los países en desarrollo. Debido a que el cáncer cervical progresa lentamente, de estados precancerosos a un nivel avanzado, la incidencia de cáncer en la mayoría de los países es muy baja entre las mujeres menores de 25 años, pero se eleva alrededor de los 35 a los 40 años, y llega a su punto máximo entre las edades de cincuenta y tantos, y sesenta y tantos años.

Algunos estudios que usan datos clínicos sugieren que las edades de las mujeres afectadas se están reduciendo, pero dichos estudios pueden adolecer de muestras poco equilibradas, ya que las mujeres más jóvenes tienden a acudir a las clínicas con más frecuencia que las mujeres mayores. Otros datos sugieren que las mujeres con VIH tienen mayor riesgo de sufrir estados precancerosos, y que la progresión al cáncer es más rápida que entre las que no tienen la infección del VIH.

En su mayoría los esfuerzos de prevención que se concentran en las mujeres más jóvenes han dado poco resultado. En México por ejemplo, las pruebas de Papanicolaou que se iniciaron a nivel nacional en la década de los 70, no lograron reducir la mortalidad en 15 años, en parte porque se hacían pruebas repetidamente a las mujeres más jóvenes de áreas urbanas, mientras que no existía contacto con las mujeres mayores "con riesgo" de la enfermedad.

3.5 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DEL CÁNCER DE CÉRVIX UTERINO EN EL ECUADOR, 2006

Se afirma que la incidencia y mortalidad por cáncer de cérvix uterino, han sido débilmente impactadas por los programas de Tamizaje/cribado basados en citología cervicovaginal (CCV) en países de «ingresos medios» y se sugiere que para lograr mejores resultados, los programas de Tamizaje deberían alcanzar más del 80% de cobertura, con al menos una prueba de citología cervicovaginal, en las mujeres de más de 40 años.

En la presente investigación se analizan las cifras publicadas de incidencia y mortalidad por cáncer cervicouterino en el Ecuador y población cubierta con citología cervicovaginal y se comparan con datos de países de Latino América. Las causas de enfermedad de la población en general (no caso por caso) son principalmente las relacionadas con la estructura económica de la sociedad, conviene saber si los programas de salud pública son eficientes, para no agravar las desventajas de las mujeres pobres para enfrentar el cáncer cervicouterino.

Según el personal de SOLCA¹⁶ La incidencia de cáncer cervicouterino en el Ecuador ha disminuido, mientras que la mortalidad se mantiene. Por otro lado, se demuestra que la cobertura de citología cervicovaginal ha aumentado, en especial para las usuarias del Ministerio

¹⁶ Diario El Universo, Sección Salud. Pág. 12.

de Salud Pública, a pesar de que la cobertura en el Ecuador es de las más bajas de la región de las Américas.

A escala mundial, el cáncer de cérvix uterino comprende aproximadamente un 12% de todos los cánceres de la mujer. Es el segundo cáncer más común en el mundo, pero el más común en países en desarrollo. Las estimaciones anuales para el año 2000 eran de 470.600 nuevos casos y 233.400 defunciones por cáncer cervical al año. El 80% de los casos ocurren en países en desarrollo».

En el Ecuador fueron censados 12.156.608 habitantes en el 2001. En Quito, la capital de Ecuador (con una población de 1.839.853 habitantes según el censo del 2001, lo que representa un 15,13% de la población nacional), 133 mujeres se diagnostican de cáncer cervicouterino invasor y 55 mueren por esta causa, en promedio, cada año.

Esto significa que en el Ecuador se diagnosticarían unas 826 mujeres al año y se esperarían unas 344 defunciones por esta causa. Un 64,3% de mujeres en edad fértil (15 a 49 años de edad, que representan aproximadamente el 25% del total de la población, es decir 3.039.152 mujeres) se ha realizado al menos una prueba de citología cervicovaginal en su vida y un 24,5% se realizó la prueba el último año, lo que significa 735.000 pruebas en mujeres en edad fértil al año en el país, a lo que se debe añadir las pruebas realizadas en mujeres de más de 50 años (que representan un 8% del total de la población, unas 972.529 mujeres), aproximadamente 243.000 pruebas más, manteniendo la proporción de 25% de mujeres que se realizan la prueba en un año dado.

Pero como en este grupo de edad es posible que esta proporción sea menor, entonces podríamos calcular con un conservador 15% (a pesar de que en Colombia, por ejemplo, las mujeres de 50 a 69 años de edad tienen un nivel alto de realización de la prueba en el último año, en relación con el promedio nacional), lo que significaría 145.000 pruebas, con lo que se

alcanzarían entre 880.000 y 980.000 pruebas en un año, a un promedio de US\$ 3,00 daría un total de entre US\$ 2.640.000 y US\$ 2.940.000, como costos directos para las usuarias.

Con este volumen de pruebas se estarían diagnosticando los 826 casos anuales de cáncer cervicouterino invasor y unos 350 casos de cáncer cervicouterino in situ, lo que da una tasa de positividad de la prueba de 1,2 a 1,3 pruebas positivas por cada 1.000 exámenes realizados.

En el caso del cáncer cervicouterino en el Ecuador, algunos han demostrado la asociación entre las condiciones de educación y la incidencia de cáncer uterino y llegan a pensar incluso que el tiempo de evolución (la biología) sea menor en las mujeres más pobres. Esto se añade a la existencia de un perfil específico de las mujeres que nunca se han realizado el examen. Se puede formular hipótesis (puesto que no se han encontrado datos al respecto) que las mujeres que mueren tengan también un perfil específico. Es decir, parece que existe un grupo de mujeres pobres que nunca llegan a los servicios de salud en su vida y que si logran hacerlo, no se puede evitar su muerte.

Esto lleva a cuestionar las afirmaciones citadas de que la tecnología en la atención de salud es posiblemente suficiente para lograr adelantos. Cuando las condiciones son extremas como es el caso en varias partes del mundo, es probable que los adelantos dependan más de la tecnología que de los cambios sociales, pero una vez superadas ciertas limitaciones extremas, es lógico que se requieran adecuadas mezclas de tecnología, cambios sociales y una visión menos mercantil de la salud.

En estas circunstancias, los programas de Tamizaje deben ser mejorados sustancialmente para poder impactar en la mortalidad, algo que todavía no se ha logrado, a pesar de que se aprecia una importante reducción de la incidencia.

En Ecuador los adelantos son innegables, se ha logrado disminuir la incidencia de cáncer uterino, pero para poder evitar mortalidad, se requieren imaginativas opciones de prestación de servicios de citología cervicovaginal que (como recomiendan los técnicos), incluyan la búsqueda activa de mujeres en riesgo, en especial el aumento de cobertura en las mujeres de más de 40 años de edad. Es decir, se requiere mejorar la información del público y el acceso a los servicios, al mismo tiempo que se derriban las barreras institucionales que dificultan el acceso de las mujeres más pobres.

La enfermería es un servicio dedicado a la prevención y alivio del sufrimiento físico y psicológico del paciente, en la actualidad ha alcanzado un lugar muy importante en la sociedad y en el mundo, ya que ellos son testigos de sus adelantos técnicos y científicos en esta última década.

La licenciada de enfermería constituye el punto clave para lograr alcanzar los objetivos que se proponen dentro del equipo, en el campo de salud. Es esta la razón por lo que la enfermera está preparada para de una manera responsable contribuir a la eficiencia y eficacia de los servicios a ella confiados. Cabe entonces definir a la enfermería como una profesión orientada hacia el servicio de salud, con objeto de satisfacer las necesidades del individuo tanto sano como enfermo.

La enfermera como parte integrante de un equipo médico sanitario o asistencial, presta servicios de alta calidad al usuario, paciente, familia y comunidad, participa en programas de prevención de enfermedades crónicas degenerativas. Muchas veces el diagnóstico tardío de cualquier enfermedad, especialmente de las cancerosas, se debe algún tipo de negligencia o desconocimiento del paciente, o de lo peor del equipo médico.

El éxito o el fracaso de un programa de detección del cáncer uterino, dependerá de las habilidades, el entusiasmo y la entereza del equipo médico, especialmente de enfermería en el intento de lograr un clima de confianza entre la enferma y el equipo médico, ello puede facilitar la rapidez del diagnóstico precoz y el tratamiento eficaz.

3.6 PROGRAMA DE DETECCIÓN OPORTUNA DEL CÁNCER CERVICOUTERINO Y MAMARIO DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DETECCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO

En el Ecuador, el cáncer uterino ocupa el primer lugar como causa de muerte entre las mujeres. Para el año 1995 la tasa de mortalidad por el cáncer del cuello del útero fue de 8/100.000 mujeres. La tasa de incidencia del carcinoma invasor del cuello uterino aumenta considerablemente a partir de los 40-44 años, llegando a tener cifras tan altas como 130/100.000 mujeres a la edad de los 65 años. El mecanismo para abatir las altas tasas de incidencia y mortalidad por esta neoplasia, radican en la detección precoz a través de un buen examen de citología cervical uterina.

A pesar de que en el país se realiza la prueba de Papanicolaou desde hace aproximadamente 30 años, las altas tasas de incidencia y mortalidad por esta neoplasia no han disminuido significativamente, por lo cual es necesario aplicar nuevas estrategias para que el país logre un impacto sobre la neoplasia.

Este documento incluye las normas técnicas para los programas de Tamizaje para la detección y el control del cáncer de cuello uterino, que deberán regir para todo el país; recomendaciones útiles para mejorar la cobertura y la calidad y los indicadores de evaluación y control de la calidad que se deberá utilizar para el mejor funcionamiento del programa. Los aspectos técnicos del tratamiento oncológico del III nivel, serán definidos en los establecimientos especializados de referencia.

3.6.1. Historia natural de la enfermedad.

Las lesiones precursoras

Existen lesiones llamadas precursoras o pre malignas que precedentes al desarrollo del cáncer del cuello uterino. Se les ha denominado de muchas maneras a lo largo del tiempo, displasia cervical, neoplasia intraepitelial cervical (NIC) y últimamente, lesión intraepitelial. Estas lesiones poseen las siguientes características:

- Avanzan lentamente hacia el carcinoma invasor (en promedio de 10 a 15 años).
- Se inician, la mayoría, en el epitelio de transición.
- Hacen regresión, en un alto porcentaje, sobre todo las de bajo grado, a epitelio sano.
- El tratamiento de estas lesiones tienen el 100% de curación.

3.6.2. Factores de riesgo:

- Inicio de relaciones coitales tempranas.
- Malnutrición.
- Tabaquismo.
- Parejas múltiples.
- ETS.

3.6.3. Estrategias del Tamizaje.

Tamizaje quiere decir detección de posibles casos entre las personas aparentemente sanas, una prueba de alta sensibilidad. En el caso presente esta prueba es el examen de citología del cuello uterino con la técnica de Papanicolaou. La estrategia del Tamizaje solo tiene éxito cuando alcanzan altas coberturas dentro de la población en riesgo.

Cuando una mujer presenta tumor evidente, se realiza un diagnóstico y no una acción de Tamizaje. Si el Tamizaje se hace correctamente y existe una respuesta oportuna y correcta a los casos detectados se podrá entonces abatir las altas tasas de incidencia y de mortalidad.

3.6.4. La población como objetivo.

Son las mujeres entre 35 y 64 años, que hayan tenido o tengan relaciones sexuales. Sin embargo no deberá negarse a la prueba de Papanicolaou a cualquier mujer que solicite, aunque no esté comprendida en este grupo etareo, e informarle la importancia de las visitas para eliminar la posibilidad del cáncer del cuello uterino a partir de los 35 años, especialmente a mujeres de grupo socioeconómicos marginados. Se debe aprovechar el momento para solicitarles que traigan a la madre o familiares que se encuentren en el grupo de riesgo. Hay que hacer énfasis en las post menopáusicas. Recuerde que las mujeres de mayor edad y riesgo son las más difícilmente asisten a los servicios de salud.

3.6.5. Frecuencia de la detección.

Toda mujer que se encuentre en la población objetivo, tendrá un estudio citológico cada tres años si el resultado es negativo para lesión precursora o carcinoma (exceptuando a las primeras mujeres que vivan en la ciudad de Quito y en la provincia de Manabí, donde se realiza proyecto demostrativo que propone la citología cada cinco años, como la ideal).

3.6.6. Toma y envío de muestras.

El objetivo de la toma de frotis en un programa de detección oportuna del cáncer del cuello uterino consiste en tomar frotis satisfactorios al mayor número de mujeres expuestas con el menor costo posible. Por esta razón se hace indispensable que la técnica de la toma, la forma de envío y el

laboratorio se mantengan dentro de las normas más estricta de control de calidad.

3.6.7. Unidades de Tamizaje.

Todas las unidades del primer nivel de la atención (dispensarios, centros y subcentros de salud), se consideran unidades de Tamizaje y son ellas las responsables de la capacitación y seguimiento de las mujeres, y de la toma y envío de las muestras.

3.6.8. Personal responsable de la toma de muestras.

La toma de muestras de citología cervical uterina debe ser realizada por un personal entrenado, incluyendo auxiliares de enfermería, enfermeras/os, obstétricos y medicas/os, procurando en lo posible que sea el personal femenino ya que esto ayudará, en muchos casos, para que el procedimiento tenga mejor aceptación por parte de las mujeres.

3.6.9. Formulario para solicitud del examen.

Se dispondrá de un formulario de solicitud estandarizado para el estudio citológico. El formulario debe ser llenado en su totalidad en la sección A, haciendo hincapié en la importancia que tienen los datos de identificación inequívocos de la mujer, como son:

- Nombre y apellido de soltera, completos.
- Cédula de identidad.
- Lugar de residencia y dirección, así como referencias de cómo localizarla en caso sea necesario.

Tómese en cuenta que la unidad de Tamizaje es la responsable del seguimiento de las mujeres y de ubicarlas en el caso de que no regresen por su resultado. Debe anotarse además los antecedentes médicos y

citológicos importantes para una mejor interpretación en el laboratorio, así como los datos de relevancia al tomar la muestra. Además constará la identificación de la unidad operativa, provincia y nombre del/la profesional que realizó la toma de la muestra, para que exista interrelación entre el laboratorio y la unidad operativa.

3.6.10. Técnica de la toma y envío de muestras

Requisitos previos a la toma.

La mujer no debe haber tenido relaciones coitales 24 horas antes.

- No debe haber sido sometida a tratamientos tópicos intravaginales una semana antes.
- No debe realizarse duchas intravaginales 24 horas antes.
- No debe estar menstruando.
- Evitar la toma de muestras en el puerperio.
- Se recomienda que se haga un aseo general.
- Se recomienda que traiga la cédula de identidad porque ello facilita la identificación y el seguimiento.

Información para la mujer:

- Advertir a la mujer que el procedimiento es rápido, sencillo, no doloroso y que no es un tratamiento.
- Infórmele que después del cepillado, puede existir una pequeña mancha de sangre, por lo que no debe alarmarse. Infórmele que este método le asegura un resultado más confiable.

Instrumental básico:

- Escoger el espejo adecuado según la mujer.

- Utilizar un espéculo esterilizado en calor húmedo (olla de presión), sin sustancias lubricantes.

Sitio de la toma:

- La toma debe ser en el exocervix, de la zona de transición y del endocervix.
- La unión escamocolumnar es la zona que une el epitelio escamoso estratificado y el epitelio cilíndrico. Estos tejidos no cambian de forma brusca; la transición histológica ocurre en una extensión de 1 a 10 mm. La importancia de esta zona en la toma de la citología cervical uterina radica que en la mayoría de los carcinomas aparecen en ella.
- Esta unión suele encontrarse más o menos a la altura del orificio cervical externo, pero ésta localización varía según la edad relacionada con la función ovárica; en la mujer menopáusica y posmenopáusica se encuentra dentro del canal endocervical.

Toma de muestra:

- La lámina portaobjetos a usar deber ser rotulado antes de realizar la toma. Rotule con el nombre y apellido (de soltera) de la mujer y el código o número que le corresponde.
- Tome con guantes el espéculo y asegúrese que las valvas estén juntas.
- No use sustancias lubricantes. En caso de requerirse, utilice solución salina.
- Con la mujer en posición ginecológica, introduzca el espéculo y abra las valvas para localizar el cuello del útero. Fije las valvas del espéculo. No haga tacto vaginal previo.
- Tome la muestra del exo-endocervix con la espátula de Ayres. La porción sobresaliente de la espátula debe localizarse en el orificio cervical, apoyándola sobre los labios del cérvix haciendo una presión firme y rotándola a 360 grados.

- Extienda la muestra sobre uno de los extremos de la lámina portaobjetos, buscando que se forme una película fina y uniforme; evitar que el extendido quede grueso o con grumos.
- Tome la muestra del endo- cérvix con el cepillo, haciéndolo rotar dentro del canal endocervical. Extienda esta muestra en la parte media de la lámina. Tenga en cuenta que a las mujeres embarazadas se les deberá realizar el cepillado con precaución por el riesgo de aborto.
- Si se desea tomar muestras del fondo del saco, de la pared vaginal o de cualquier otra lesión que se encuentre en el área, hágalo en otra placa y márkela específicamente.
- Fije inmediatamente la muestra, con citospray o con alcohol al 95%.
- En lo posible no utilizar lacas para cabello, en caso de tener que hacerlo busque aquellas que no contengan lanolina.
- El uso de los nebulizadores debe realizarse con cuidado, aproximadamente a 30 cm. de la lámina para evitar que la presión distorsione el material obtenido y para asegurarse que todo el extendido quede cubierto.
- Converse las láminas protegidas de microorganismos o sustancias extrañas.
- Si al tomar la muestra se observa una lesión tumoral evidente, remitir a la mujer de inmediato a la unidad oncológica de referencia independientemente del resultado de citología.
- La mayoría de las muestras catalogadas por el laboratorio como inadecuadas, adolecen a los siguientes problemas:
 - a) Ausencia de células endocervicales y metaplástica.
 - b) Mala técnica de fijación.
 - c) Hemorragia.
 - d) Solo exudado inflamatorio.
 - e) Extendido muy grueso.
 - f) Contaminada con material extraño.

Situaciones especiales:

1. Cérvix de aspecto normal con flujo patológico y/o signos inflamatorios, limpiar suavemente las secreciones del cuello uterino y el fondo de saco vaginal con una torunda de algodón seco, cuidando de no frotar el cérvix. Una vez eliminado el flujo, realice el procedimiento en forma normal. Recomendar a la mujer tratamiento y control por el proceso infeccioso.
2. Mujer menstruando y que probablemente no regrese. Limpiar suavemente el flujo sanguinolento del cuello y fondo de la vagina con una torunda de algodón seco y proceder a tomar la muestra.
3. Mujer histerectomizada. Tome la muestra de la cúpula y fondos vaginales.

Envío de la muestra al laboratorio de citología.

Las muestras tomadas deben enviarse al laboratorio de citología designado, en un plazo no mayor de 8 días. Debe disponerse de medios de transporte que garanticen la integridad de las láminas y que permitan mantenerlas separadas unas a otras. Adjunte a las láminas las solicitudes del examen. En cada unidad de salud debe existir un registro de las mujeres que entran al programa, con los datos referentes a su identificación y como ubicarlas en caso necesario, para realizar un adecuado seguimiento.

3.6.11. Diagnóstico citológico y seguimiento.

Laboratorio de citología.

De acuerdo con las múltiples recomendaciones de la literatura mundial, los laboratorios de citología deben ser centralizados, con el objeto de realizar al menos 25.000 estudios anuales, para que su personal de patólogos/as y cito tecnólogos/as tengan la oportunidad de estar en

contacto diario con las diversas lesiones citológicas. Esto contribuiría a disminuir el índice de falsos positivos y negativos, incrementando la especificidad y sensibilidad de la prueba.

El reporte en todas las instituciones que realizan la detección oportuna del cáncer del cuello del útero deberá tener en cuenta las recomendaciones de la OMS y del sistema de Bethesda, incluyendo:

- Datos de identificación.
- Antecedentes citológicos.
- Valoración de la muestra.
- Resultado (diagnostico citológico).
- Recomendaciones.

CUADRO DE EQUIVALENCIAS

BETHESDA	OMS	NIC	PAPANICOLAOU
Negativo	Negativo		Clase I-II
Ascus-Agus(I)			
Lesiones intraepitelial escamosa de bajo grado (L.I.E.B) e infección por HPV	Displasia leve	I	Clase III A

3.6.12. Procedimiento a seguir según resultado

- Mujeres con frotis negativo
- Corresponde a las mujeres que no tienen lesiones precursoras o carcinoma.
- Se recomendará una nueva detección en tres años (Quito y Manabí en cinco años). De ser necesario se dará tratamiento específico para procesos inflamatorios presentes.
- Mujeres con Frotis Anormales
- Corresponde a mujeres con lesiones precursoras o carcinoma
- Ascus – agus – L.I.E.B
- Debe recomendarse un nuevo estudio citológico en el plazo de seis meses. Si en la nueva detección no se ha modificado el grado de anormalidad, el frotis deberá repetirse cada seis meses hasta completar dos años desde la detección de la anomalía inicial.
- Las mujeres que luego de dos años presentan anomalías citológicas persistentes o que en cualquier momento muestra evolución citológica hacia una lesión más severa, deberán ser enviadas a la unidad de patología cervical uterina de los hospitales provinciales o de especialidad (u hospitales especializados). Por el contrario, aquellas mujeres cuya citología regrese a ser negativa por dos veces consecutivas, deberán volver a su control regular cada tres años.

3.7 L.I.E.A.

Si el resultado del Papanicolaou muestra la presencia de células anormales correspondientes a una lesión intraepitelial de alto grado (displasia moderada, severa o carcinoma in situ), con o sin indicios de infección por HPV, deberá derivarse a la mujer a la unidad de patología cervical uterina del hospital o transferencia un hospital que la tenga. En este establecimiento se realizara la biopsia o conolletz y de acuerdo al resultado de la histopatología, se adoptará la conducta a seguir.

3.8 CARCINOMA INVASOR

Cuando el resultado del Papanicolaou es de carcinoma invasor, la mujer deberá ser referida a un centro oncológico para diagnóstico definitivo y tratamiento.

3.8.1. Frotis inadecuado o insatisfactorio.

En este caso debe repetirse el estudio en un plazo no menor de tres meses (90 días).

Infección por el Virus del Papiloma Humano, por ahora, no tienen aplicaciones prácticas, para un programa de Tamizaje. Y, aunque ello fuera posible, la identificación de un subtipo viral sin la presencia de la lesión no justificaría un tratamiento. En definitiva es la identificación citológica de las lesiones, el elemento determinante para la conducta a seguir.

La clasificación de Bethesda (ver cuadro de equivalencias) ubica a los cambios citopáticos producidos por HPV con equivalentes a una lesión de bajo grado.

3.8.2. Signos de alarma para tener en cuenta.

Toda mujer en cualquier momento deberá acudir a la consulta médica ginecológica en el caso de presentar lo siguiente:

- Flujo fétido persistente.
- Sangrado intermenstrual o posmenopáusico.
- Sangrado postcoital o dispareunia.
- Condiloma.

HIPOTESIS

El incremento del riesgo de contraer cáncer cervicouterino está relacionado con la falta de conocimiento de la mujer ecuatoriana acerca de los métodos de prevención de dicha enfermedad.

La falta de conocimientos y conciencia acerca del cáncer cervicouterino se constituye en uno de los principales obstáculos por los que las mujeres no se someten a exámenes de detección oportuna del cáncer.

VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE

- Falta de conocimientos acerca de los métodos de prevención.

VARIABLE DEPENDIENTE

- Riesgo de contraer Cáncer Cervicouterino.

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Variables	Dimensiones	Indicadores	
Riesgo de Cáncer Cervicouterino	Usuaris que reciben atención de enfermería, que acuden a consulta en la maternidad Mariana de Jesús	Edad	Número de años <input type="checkbox"/>
		No. de hijos	1 a 2 <input type="checkbox"/>
			3 a 5 <input type="checkbox"/>
			> 5 <input type="checkbox"/>
		Edad a la que tuvo su primer hijo	<15 <input type="checkbox"/>
			16 a 20 <input type="checkbox"/>
			>20 <input type="checkbox"/>
		Edad a la que tuvo su primera relación sexual	<15 <input type="checkbox"/>
			16 a 20 <input type="checkbox"/>
			>20 <input type="checkbox"/>
		No. de parejas Sexuales	1 <input type="checkbox"/>
			2 <input type="checkbox"/>
>3 <input type="checkbox"/>			
Hábitos	Alcohol <input type="checkbox"/>		
	Drogas <input type="checkbox"/>		
	Ninguno <input type="checkbox"/>		
	Otros <input type="checkbox"/>		

	Usuaris que acudan a la consultas de la Maternidad Mariana de Jesús.	Métodos de Planificación	Tipo de método
			Tiempo de uso
Desconocimiento de los Métodos de Prevención	Personal de Enfermería de la Maternidad Mariana de Jesús.	Conocimiento del cuidado de salud reproductiva	Hemorragia <input type="checkbox"/>
			Menopausia <input type="checkbox"/>
			ETS <input type="checkbox"/>
			Cáncer <input type="checkbox"/>
	Papanicolaou	Inspección <input type="checkbox"/>	
		Palpación <input type="checkbox"/>	
	Colposcopia	Cada 6 meses <input type="checkbox"/>	
		Cada año <input type="checkbox"/>	
		Cada 3 años <input type="checkbox"/>	
		Nunca <input type="checkbox"/>	

METODOLOGÍA

Se aplicará el método descriptivo y prospectivo.

UNIVERSO

El universo es de 35 mujeres por día que acuden a la Consulta Externa, es decir, 4.550 mujeres en un periodo semestral.

MUESTRA

La población es de 4.550 mujeres. Para obtener el tamaño de la muestra, se utiliza la siguiente ecuación: (Jhon Miller estadística para profesionales)

Fórmula:

$$n = \frac{PQN}{(N - 1) \frac{e^2}{K^2} + PQ}$$

Donde la simbología representa los siguientes parámetros:

- n = Tamaño de la muestra
- PQ = constante de la varianza poblacional (0,25)
- N = tamaño de la población (4.550 usuarias)
- e = error máximo admisible (al 9,70%)
- K = Coeficiente de corrección del error (2)

$$n = \frac{PQN}{(N - 1) \frac{e^2}{K^2} + PQ}$$

$$n = \frac{(0,25) (4.550)}{(4.550 - 1) \frac{(0,097)^2}{(1,96)^2} + 0,25}$$

$$n = \frac{1.137,5}{4.549 \frac{0,0094}{3,8416} + 0,25}$$

$$n = \frac{1.137,5}{(4.549) (0,002494) + 0,25}$$

$$n = \frac{1.137,5}{11,39}$$

n = 100 encuestas.

La muestra en este trabajo de investigación es de 100 encuestas a realizar a las usuarias del servicio de Consulta Externa de la Maternidad "Mariana de Jesús".

RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

- Se recolectara información por medio de entrevistas.
- La recolección de la información se lo hará en el periodo de Enero a Abril 2010.

**ANÁLISIS E
INTERPRETACIÓN
DE DATOS**

Presentación de los Resultados
Encuesta Aplicada a Pacientes

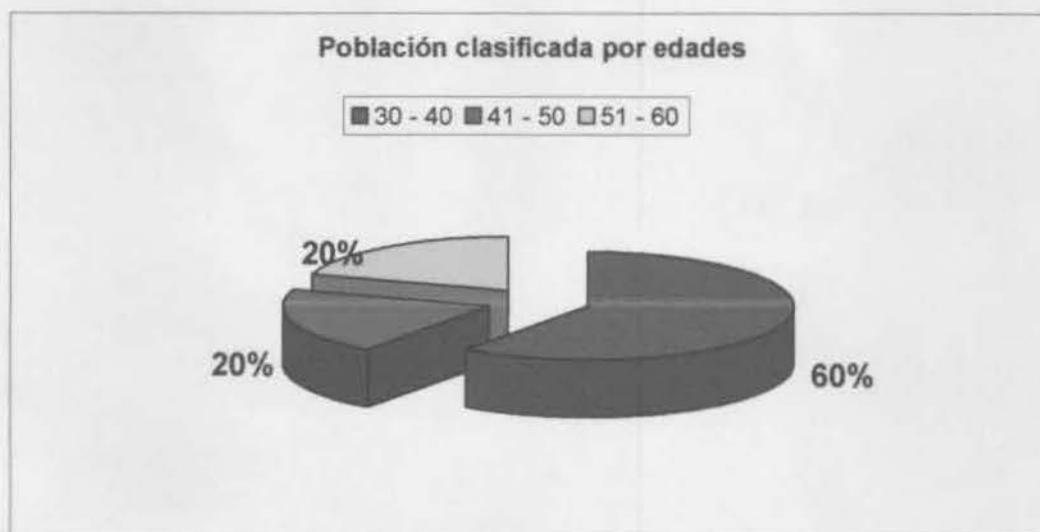
1) Edad.

CUADRO No. 1

Descripción	Frecuencia	%
a) 30 - 40	60	60%
b) 41 - 50	20	20%
c) 51 - 60	20	20%
Total	100	100%

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO No. 1



Elaborado por: Silvia Gabriela Espinel Maila.

Análisis: Los resultados de esta encuesta, indican que el 60% de la población de usuarias del servicio pertenece al grupo de edades de 30 a 40 años, mientras que el restante 40% se encuentra entre las edades de 41 a 60 años.

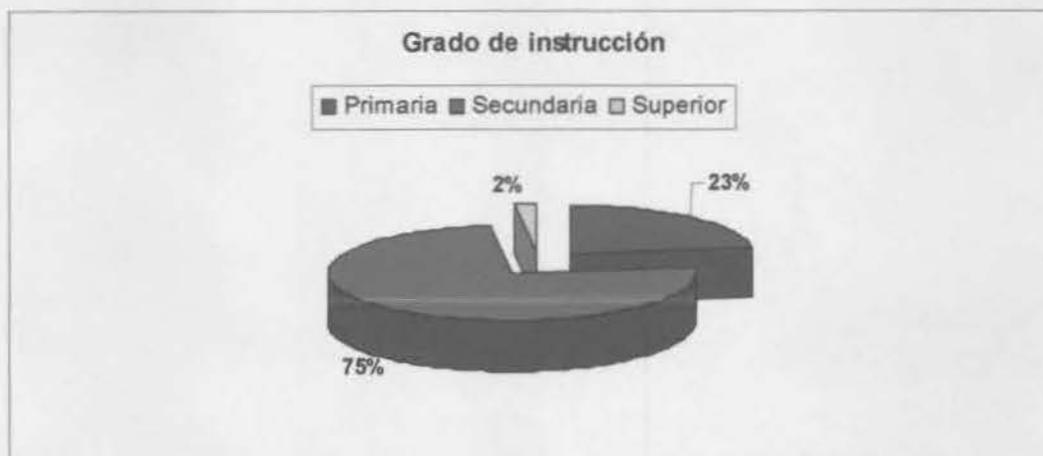
2) Grado de instrucción.

CUADRO No. 2

Descripción	Frecuencia	%
a) Primaria	23	23%
b) Secundaria	75	75%
c) Superior	2	2%
Total	100	100%

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO No. 2



Elaborado por: Silvia Gabriela Espinel Maila.

Análisis: Los resultados de esta encuesta, indican que el 75% de las usuarias, tienen un nivel de instrucción secundaria, mientras que un 23% de ellas tienen un nivel académico primario, tan solo el 2% presentan nivel superior.

3) Estado Civil.

CUADRO No. 3

Descripción	Frecuencia	%
Casada	19	19%
Unión Libre	68	68%
Soltera	1	1%
Divorciada	12	12%
Total	100	100%

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO No. 3



Elaborado por: Silvia Gabriela Espinel Maila.

Análisis: Los resultados de esta encuesta, indican que el 68% de las usuarias tienen como estado civil la unión libre, mientras que el 19% de ellas están casadas, un 12% son divorciadas.

4) ¿Ha tenido algún familiar que haya padecido de cáncer cervicouterino?

CUADRO No. 4

Descripción	Frecuencia	%
a) Si	8	8%
b) No	92	92%
Total	100	100%

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO No. 4



Elaborado por: Silvia Gabriela Espinel Maila.

Análisis: De acuerdo a los resultados de la encuesta, se observa que el 92% de las pacientes, manifiestan que no han tenido casos de familiares que hayan padecido de cáncer cervicouterino, por tanto no presenta tanta incidencia el factor de riesgo de la herencia.

5) ¿Cuántos hijos ha tenido usted, entre quienes viven y aquellos que no nacieron o fallecieron por algún motivo?

CUADRO No. 5

Descripción	Frecuencia	%
a) De 1 a 2	20	20%
b) De 3 a 5	56	56%
c) Más de 5	24	24%
Total	100	100%

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO No. 5



Elaborado por: Silvia Gabriela Espinel Maila.

Análisis: De acuerdo a los resultados de la encuesta, se observa que el 56% de las pacientes, indican que tienen de 3 a 5 niños, mientras que el 24% tienen más de 5 hijos. Esto significa que este factor de riesgo es alto y debe ser considerado como parte de la propuesta a plantear.

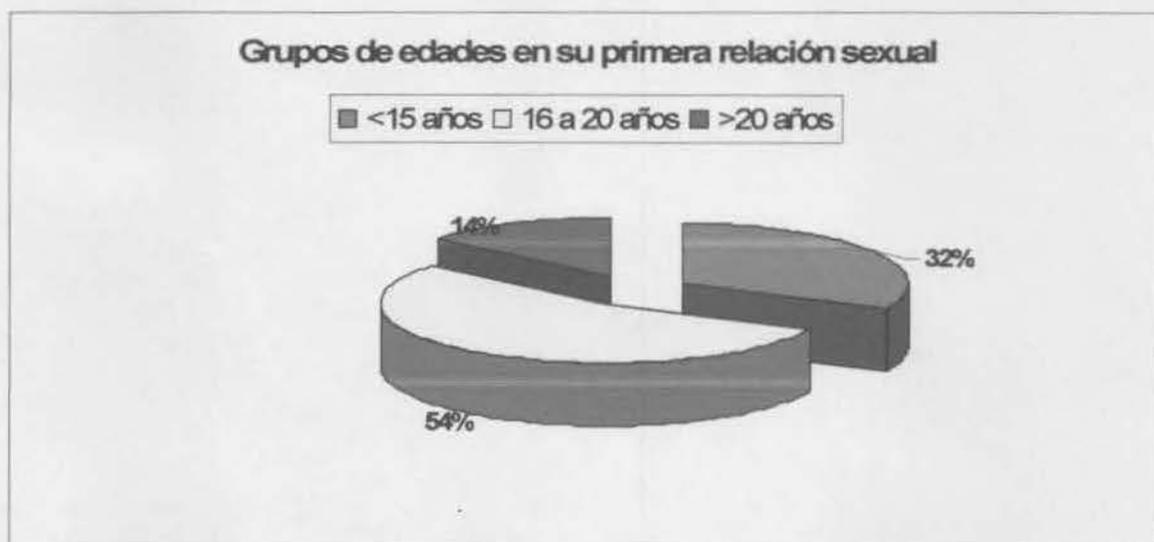
6) ¿A qué edad tuvo su relación sexual?

CUADRO No. 6

Descripción	Frecuencia	%
a) <15 años	32	32%
b) 16 a 20 años	54	54%
c) >20 años	14	14%
Total	100	100%

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO No. 6



Elaborado por: Silvia Gabriela Espinel Maila.

Análisis: De acuerdo a los resultados de la encuesta, se observa que el 54% de las pacientes, indican que su primera relación sexual la tuvieron en los grupos de edades de 16 a 20 años de edad, mientras que el 32% tuvieron su primera relación antes de los 15 años de edad, lo que significa que presentan mayor riesgo de adquirir cáncer cervicouterino, por haber tenido relaciones sexuales a muy tempranas edades, de acuerdo a la teoría de los expertos en la materia.

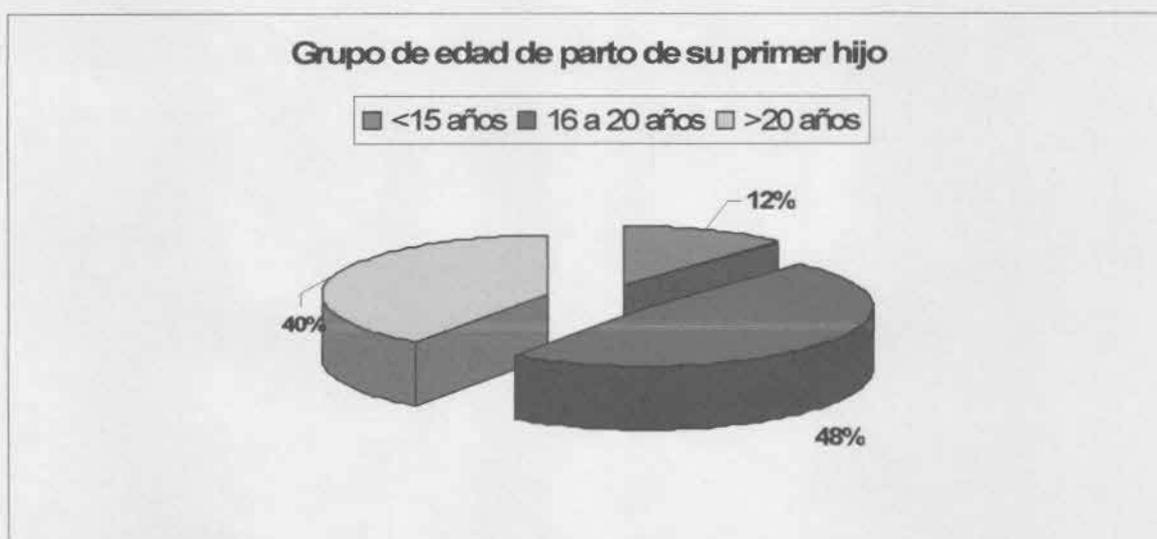
7) ¿A qué edad tuvo su primer hijo?

CUADRO No. 7

Descripción	Frecuencia	%
a) <15 años	12	12%
b) 16 a 20 años	48	48%
c) >20 años	40	40%
Total	100	100%

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO No. 7



Elaborado por: Silvia Gabriela Espinel Maila.

Análisis: De acuerdo a los resultados de la encuesta, se observa que el 48% de las pacientes, indican que su primer hijo lo tuvieron entre las edades de 16 a 20 años, mientras que el 12% tuvo su primer hijo antes de los 15 años de edad, lo que significa que presentan mayor riesgo de adquirir cáncer cervicouterino, por haber tenido hijos a muy tempranas edades, de acuerdo a la teoría de los expertos en la materia.

8) ¿Tiene usted el hábito de fumar?

CUADRO No. 8

Descripción	Frecuencia	%
a) Si	6	6%
b) No	94	94%
Total	100	100%

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO No. 8



Elaborado por: Silvia Gabriela Espinel Maila.

Análisis: De acuerdo a los resultados de la encuesta, se observa que el 94% de las pacientes, manifiestan que no tienen el hábito de fumar, porque lo tanto reducen este factor de riesgo, ligado al cáncer cervicouterino.

9) ¿Se realiza el Papanicolaou de manera regular?

CUADRO No. 9

Descripción	Frecuencia	%
a) Si	42	42%
b) No	30	30%
c) De repente	28	28%
Total	100	100%

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO No. 9



Elaborado por: Silvia Gabriela Espinel Maila.

Análisis: Los resultados de la encuesta, indican que el 42% de las pacientes se realiza el Papanicolaou de manera regular, mientras que el 58% de ellas, se lo realizan de repente o simplemente nunca se efectúan el Papanicolaou, aumentando el nivel de riesgo de contraer cáncer cervicouterino.

10) ¿Sabe usted qué es el cáncer cervicouterino?

CUADRO No. 10

Descripción	Frecuencia	%
a) Si	40	40%
b) No	60	60%
Total	100	100%

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO No. 10



Elaborado por: Silvia Gabriela Espinel Maila.

Análisis: Los resultados de la encuesta, señala que el 60% de las pacientes que acuden a una cita para conocer si tienen o no cáncer cervicouterino, indican que no saben qué es el cáncer cervicouterino, esto significa que el desconocimiento en esta patología es muy grande.

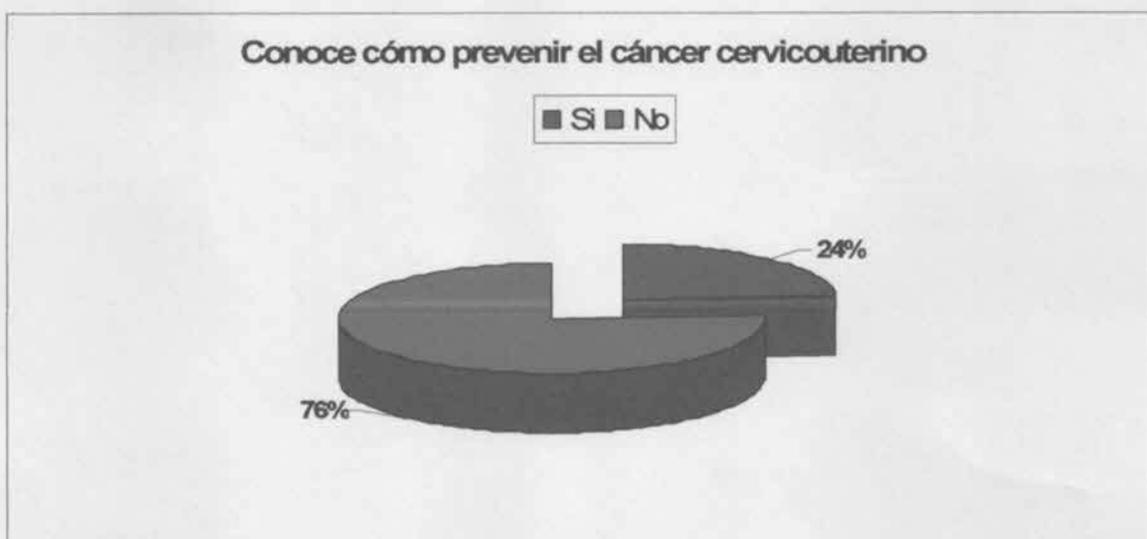
11) ¿Conoce usted los medios y modos de prevención del cáncer cervicouterino?

CUADRO No. 11

Descripción	Frecuencia	%
Si	24	24%
No	76	76%
Total	100	100%

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO No. 11



Elaborado por: Silvia Gabriela Espinel Maila.

Análisis: Los resultados de la encuesta, señala que el 76% de las pacientes que acuden a una cita para conocer si tienen o no cáncer cervicouterino, indican que no conocen los métodos ni las técnicas para prevenir el cáncer cervicouterino, de manera que es necesario darles a conocer a ellas estas metodologías para poder combatir y prevenir dicha enfermedad.

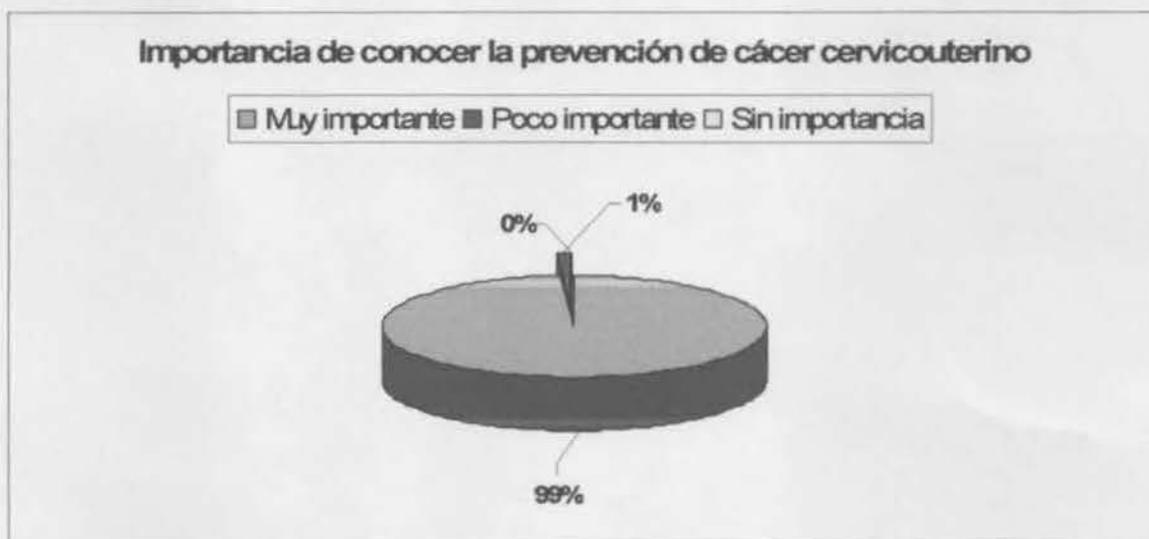
12) ¿Qué importancia tiene el conocimiento de la prevención del cáncer cervicouterino?

CUADRO No. 12

Descripción	Frecuencia	%
a) Muy importante	99	99%
b) Poco importante	1	1%
c) Sin importancia	0	0%
Total	100	100%

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO No. 12



Elaborado por: Silvia Gabriela Espinel Maila.

Análisis: De acuerdo a los resultados de la encuesta, se observa que el 99% de las pacientes indican que es muy importante tener el conocimiento de la prevención del cáncer cervicouterino, es decir, que todas ellas reconocen la importancia de la prevención de dicha enfermedad.

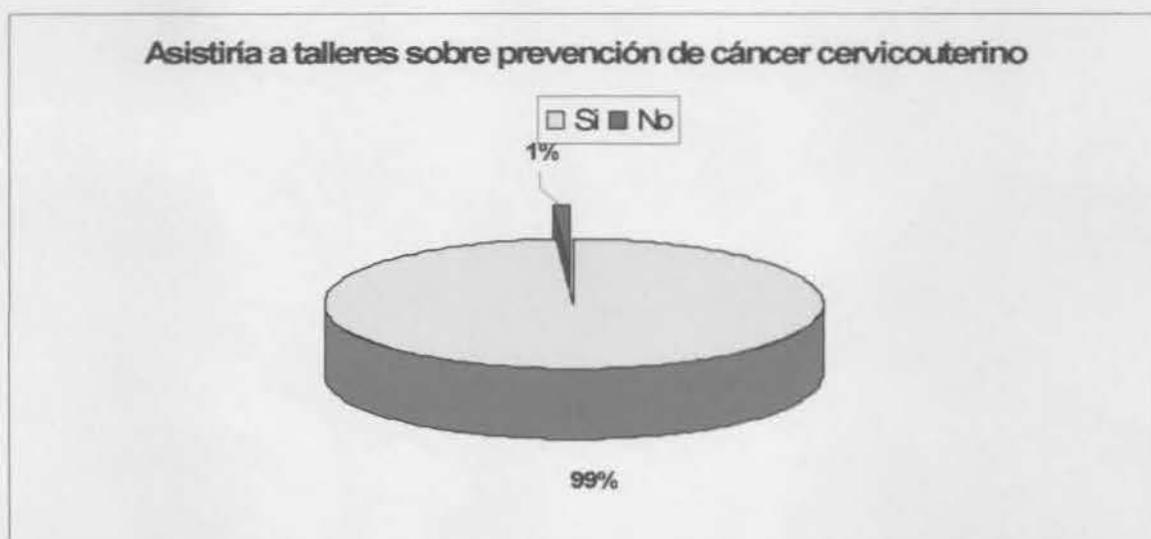
13) ¿Estaría dispuesta a asistir a charlas o talleres que traten sobre la prevención del cáncer cervicouterino?

CUADRO No. 13

Descripción	Frecuencia	%
a) Si	99	99%
b) No	1	1%
Total	100	100%

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO No. 13



Elaborado por: Silvia Gabriela Espinel Maila.

Análisis: Los resultados de la encuesta, indican que el 99% de las pacientes estarían dispuestas a asistir a charlas o talleres que traten sobre la prevención del cáncer cervicouterino, estos resultados refuerzan la factibilidad de la propuesta que se desea plantear.

Presentación de los Resultados
Encuesta Aplicada al Personal de Enfermería

CUADRO No. 15

Descripción	a	b	c	d	e	f	g
Casos de cáncer cervicouterino	Muchos	Pocos(3)	Nada				
Orienta a familiares y pacientes en medidas de prevención	Si (2)	No (1)					
Aspectos de orientación	Control médico (1)	Frecuencia (1)	Otros (1)				
Capacitación en prevención de cáncer cervicouterino	Si (3)						
Frecuencia de la capacitación					Anual(3)		
Nivel de conocimientos	Mucho (2)	Poco (1)					
Control de factores de riesgo				Otros (3)			
Factores de riesgo		Hemorragias (2)	Virus (1)				
Disponibilidad para asistir a charlas de capacitación	SI (3)	No					

Fuente: Encuesta.

Análisis: Los resultados de esta encuesta, indican que se presentan pocos casos de cáncer cervicouterino en el centro hospitalario, pero también pone de manifiesto la falta de orientación u orientación incorrecta que se proporciona a las usuarias del servicio, acerca del control de los factores de riesgo, lo que se debe a la escasa capacitación en la patología que ha recibido el personal de enfermería, por lo cual también debería asistir a un programa educativo, para fortalecer sus conocimientos acerca de los métodos de prevención del cáncer cervicouterino, y la importancia de la atención de enfermería oportuno a las pacientes que tengan altos niveles de riesgo de contraer la enfermedad

Interpretación de los Resultados

Los resultados de las encuestas, ponen de manifiesto que las pacientes que acuden a la consulta externa del centro hospitalario, no tienen conocimiento sobre lo qué es el cáncer cervicouterino, por tanto, tampoco conocen los métodos y técnicas para la prevención de esta enfermedad. Además, las pacientes no se realizan con la frecuencia necesaria los exámenes de Papanicolaou.

En lo relacionado al personal de enfermería, este ha respondido que no ha recibido capacitación sobre el tema relacionado al cáncer cervicouterino, y por las respuestas de las pacientes, se ha podido saber que las Enfermeras tampoco proporcionan orientación a las pacientes acerca de los métodos para la prevención del cáncer cervicouterino.

Sin embargo, tanto las pacientes, como el personal de enfermería, manifiestan estar de acuerdo y disponibles para asistir a los talleres de capacitación sobre los métodos de prevención del cáncer cervicouterino, porque consideran que es muy importante para la salud de las mujeres de la comunidad.

Entonces, se interpretan los resultados, como la falta de conocimientos acerca de los métodos para la prevención del cáncer cervicouterino, por parte de las pacientes, a lo que se añade la falta de orientación del personal de enfermería que no se interesa por brindar información acerca de este tópico a las pacientes que acuden a la Consulta Externa.

Criterio para Elaborar la Propuesta

Interpretados los resultados de la encuesta, conociendo que el personal de enfermería no ha recibido capacitación acerca de la materia correspondiente a los métodos de prevención del cáncer cervicouterino, y que las pacientes que acuden a Consulta Externa no tienen conocimientos sobre lo qué es el cáncer cervicouterino, ni tampoco sobre sus métodos preventivos para no adquirir dicha enfermedad, entonces se tiene el fundamento para elaborar la propuesta, con un criterio técnico.

La propuesta debe eliminar o reducir las causas principales que originan el problema, es decir, la falta de conocimientos y la falta de capacitación en el tema correspondiente a los métodos de prevención del cáncer cervicouterino en las mujeres.

De esta manera, se plantea la propuesta de efectuar un programa educativo, que tenga como fin proporcionar conocimientos en el tema correspondiente a los métodos de prevención del cáncer cervicouterino, con lo que se aspira a beneficiar a las mujeres de la comunidad y que sirvan como un efecto multiplicador, entre sus familiares, amigas y demás miembros del sexo femenino de otras comunidades.

PROPUESTA EDUCATIVA

“PROGRAMA EDUCATIVO PARA LAS USUARIAS Y EL PERSONAL DE ENFERMERÍA ACERCA DE LOS MÉTODOS DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER CERVICOUTERINO”

Introducción

Motivada por la gran importancia que reviste la prevención del cáncer, especialmente, en los tiempos actuales, donde un porcentaje considerable de mujeres padecen de esta enfermedad, causadas por mantener relaciones sexuales e hijos a tempranas edades, por no asistir regularmente a las consultas para realizarse el Papanicolaou, etc., se ha planteado un programa educativo para las usuarias que asisten a la Consulta Externa de la Maternidad “Mariana de Jesús”, para que puedan evitar contraer esta peligrosa enfermedad.

Justificación

El programa educativo propuesto se justifica porque los resultados de la encuesta demostraron fehacientemente, que existe un desconocimiento de los métodos de prevención del cáncer cervicouterino, por parte de las usuarias del servicio que proporciona la Consulta Externa de la Maternidad “Mariana de Jesús”, así como el desinterés por parte del personal de enfermería que no se ha preocupado por orientar a estas pacientes, de acuerdo a las respuestas que proporcionaron las pacientes.

El programa educativo pretende incrementar el nivel de conocimientos acerca de los métodos de prevención del cáncer cervicouterino, con base en material científico y práctico, que sirva a las mujeres de la comunidad para evitar contraer esta peligrosa enfermedad, y que sirva como un efecto multiplicador para que otras mujeres puedan tener conocimiento del mismo tema, beneficiándose a muchas personas.

Objetivos

Objetivo general.

Fortalecer los conocimientos de las usuarias del servicio de Consulta Externa y del personal de enfermería de la Maternidad "Mariana de Jesús" acerca de los métodos de prevención del cáncer cervicouterino, para el bienestar futuro de la comunidad femenina.

Objetivos específicos:

- Elaborar el cronograma programa educativo, indicándose los parámetros: lugar, fecha, horarios, personal involucrado, etc.
- Planificar los recursos para el programa educativo de acuerdo a lo planeado.
- Orientar a las usuarias, para que se apliquen regularmente los métodos de prevención del cáncer cervicouterino.

Importancia

La importancia del programa educativo para dar a conocer a las usuarias de Consulta Externa del centro hospitalario, los métodos de prevención del cáncer cervicouterino, radica en que será beneficioso para ellas, para sus familiares y para las mujeres miembros de su comunidad, convirtiéndose en un aporte para la colectividad que acude a solicitar los servicios en Consulta Externa de la Maternidad "Mariana de Jesús".

Metodología

La metodología a utilizar para el programa educativo, será de tipo indirecta, utilizando trípticos, diapositivas y folletos, además se realizarán las siguientes actividades:

- Charlas y Talleres.
- Demostraciones (trípticos y folletos).
- Dinámica Grupal.

Población Objetivo

El programa educativo será proporcionado a las usuarias del servicio de Consulta Externa de la Maternidad "Mariana de Jesús", y al personal de Enfermería.

Factibilidad

Recursos:

1. **Humano:** Por cuanto se ha obtenido la colaboración de:
 - Directora de la Maternidad "Mariana de Jesús", quien debe autorizar para que pudiera realizar el programa educativo.
 - Personal de Enfermería.
 - Usuarias del servicio de Consulta Externa.
2. **Material:** Se ha presentado la oportunidad para elaborar el proyecto, debido a que el centro hospitalario puede aportar con algunos recursos materiales, como:
 - Pizarra.
 - Tiza líquida.

- Borrador.
 - Material didáctico (pluma, lápices, carpetas, hojas papel bond, trípticos, etc.)
 - Agua y utensilios varios, entre los aspectos de mayor relevancia.
3. **Económico:** Existe la factibilidad económica para realizar el programa educativo, habida cuenta, que los costos para su ejecución son accesibles, y se encuentra al alcance de las posibilidades del centro hospitalario.

Descripción de la Propuesta

La presente propuesta se denomina: "**Programa educativo para las usuarias y el personal de enfermería acerca de los métodos de prevención del cáncer cervicouterino**", con la cual se pretende proporcionar conocimientos acerca de los métodos para prevenir esta peligrosa patología, que afecta a las mujeres de la comunidad.

Esta propuesta, consta de los siguientes pasos:

- Solicitar el permiso a la Directora del centro hospitalario.
- Socializar la propuesta con las usuarias del servicio de Consulta Externa.
- Proponer el desarrollo del programa educativo.
- Elaboración de contenidos.
- Establecimiento de los temas.
- Adecuación del lugar para la realización del programa educativo.
- Selección del material de apoyo.
- Preparación del material de apoyo.
- Reunión con personal de enfermería y usuarias del servicio.
- Evaluación del programa educativo.

El detalle de la propuesta se presenta en las siguientes páginas.

**PROGRAMA EDUCATIVO
PARA LAS USUARIAS
Y EL
PERSONAL DE ENFERMERÍA
ACERCA DE LOS MÉTODOS DE
PREVENCIÓN DEL CÁNCER
CERVICOUTERINO**

1. Introducción

Motivada por la gran importancia que reviste la prevención del cáncer, especialmente, en los tiempos actuales, donde un porcentaje considerable de mujeres padecen de esta enfermedad, causadas por mantener relaciones sexuales e hijos a tempranas edades, y por no asistir regularmente a las consultas para realizarse el Papanicolaou, etc., se ha planteado un programa educativo para las usuarias que asisten a la Consulta Externa de la Maternidad "Mariana de Jesús", para que puedan evitar contraer esta peligrosa enfermedad.

El programa educativo pretende incrementar el nivel de conocimientos acerca de los métodos de prevención del cáncer cervicouterino, con base en material científico y práctico, que sirva a las mujeres de la comunidad para evitar contraer esta peligrosa enfermedad, y que sirva como un efecto multiplicador para que otras mujeres puedan tener conocimiento del mismo tema, beneficiándose a muchas personas.

Este programa propuesto se justifica porque los resultados de la encuesta demostraron fehacientemente, que existe un desconocimiento de los métodos de prevención del cáncer cervicouterino, por parte de las usuarias del servicio que proporciona la Consulta Externa de la Maternidad "Mariana de Jesús", así como el desinterés por parte del personal de enfermería que no se ha preocupado por orientar a estas pacientes.

Esta propuesta que incluye el programa educativo para dar a conocer los métodos preventivos del cáncer cervicouterino, fomentará la regularización de las consultas concernientes a la realización de Papanicolaou, colposcopia, y la oportuna intervención de enfermería, para de esta manera, proteger la salud de las mujeres de la colectividad.

2. Propósito

Proteger la salud de las usuarias del servicio de Consulta Externa de la Maternidad "Mariana de Jesús", mediante la proporción de conocimientos y la oportuna orientación del personal de enfermería, en lo correspondiente a los métodos de prevención del cáncer cervicouterino, dotándolos de un herramienta importante, como es el programa educativo para la difusión de dichos métodos preventivos que reduzcan el riesgo de contraer cáncer cervicouterino.

3. Objetivo

Fortalecer los conocimientos de las usuarias del servicio de Consulta Externa y del personal de enfermería de la Maternidad "Mariana de Jesús" acerca de los métodos de prevención del cáncer cervicouterino, para el bienestar futuro de la comunidad femenina.

Evaluación de la Propuesta

Evaluación del Proceso:

- Se cumplen todos los objetivos propuestos.
- Se cumplen todas las actividades programadas.

Evaluación de los Resultados:

- Personal de Enfermería, capacitadas en los métodos de prevención del cáncer cervicouterino.
- Usuaris del servicio de Consulta Externa, serán capacitadas en los métodos de prevención del cáncer cervicouterino.
- Materiales trípticos serán entregadas al personal de Enfermería y a las usuarias del servicio de Consulta Externa.

Beneficiarios

Mediante la propuesta del "Programa educativo para las usuarias y el personal de enfermería acerca de los métodos de prevención del cáncer cervicouterino", se beneficiará a:

- **Usuaris del servicio de Consulta Externa:** Porque reducirán el riesgo de contraer cáncer cervicouterino.
- **Familiares de las usuarias del servicio:** Que sufren preocupaciones cuando alguien de los suyos sufre de cáncer cervicouterino.
- **Maternidad "Mariana de Jesús":** Porque mejorará su imagen y la confianza que depositan en esta institución las usuarias del servicio.
- **Personal de Enfermería:** Fortalecerá sus conocimientos en métodos de prevención del cáncer cervicouterino, para orientar a las usuarias.
- **Comunidad en general:** Porque reducirán el riesgo de contraer una enfermedad muy grave como es el cáncer cervicouterino, con la expectativa de mejorar la calidad de vida de la colectividad.

Impacto Social

La presente investigación trascenderá, no solo en el centro hospitalario sino en la comunidad, porque las usuarias del servicio de Consulta Externa podrán adquirir los conocimientos necesarios para reducir el riesgo de contraer cáncer cervicouterino, mediante el uso y aplicación de métodos de prevención, como la realización regular del Papanicolaou y de la colposcopia, para evitar complicaciones en su salud, mejorando la calidad de vida de las mujeres de la comunidad.

Que los conocimientos aprendidos en el programa educativo en el tema correspondiente a los métodos de prevención del cáncer cervicouterino, perduren y se difunda la información para reducir el riesgo de la población femenina de contraer esta patología.

Reducir el riesgo de contraer el cáncer cervicouterino, por parte de las usuarias del servicio de Consulta Externa, mediante la información correcta y oportuna por parte del personal de enfermería acerca de los métodos para la prevención de dicha enfermedad, para beneficio de la salud de las mujeres de la comunidad.

El programa educativo acerca de los métodos de prevención del cáncer cervicouterino quedará establecido en la institución para ser ejecutado temporalmente a las usuarias del servicio de Consulta Externa y será difundido, tanto al personal de Enfermería como a la colectiva que acude a la Maternidad "Mariana de Jesús", a través de folletos y trípticos.

PROGRAMA EDUCATIVO PARA LAS USUARIAS DEL SERVICIO Y EL PERSONAL DE ENFERMERÍA ACERCA DE LOS MÉTODOS DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER CERVICOUTERINO.

PLAN DE CHARLA No. 1

Tema: Factores de Riesgo Asociados al Cáncer Cervicouterino.

Objetivo: Determinar los factores de riesgo asociados al cáncer cervicouterino.

Participantes: Personal de Enfermería y usuarias del servicio.

Fecha	Hora	Tiempo	Contenido	Estrategia	Evaluación
-	08h00 - 10h00	2 horas	Factores de riesgo <ul style="list-style-type: none"> • Edad. • Número de hijos. • Promiscuidad. • Relación sexual temprana. • Aspectos socio – económicos. • Otros factores: tabaquismo, uso de preservativos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diapositivas. • Lluvia de ideas. • Técnicas de dinámica grupal. • Entrega de material didáctico y trípticos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntas y respuestas. • Retroalimentación con personal de enfermería y usuarias.

PLAN DE CHARLA No. 2

Tema: Métodos de diagnósticos del Cáncer Cervicouterino.

Objetivo: Instruir al personal asistente acerca de los métodos de diagnósticos del cáncer cervicouterino.

Participantes: Personal de Enfermería y usuarias del servicio.

Fecha	Hora	Tiempo	Contenido	Estrategia	Evaluación
-	08h00 - 10h00	2 horas	Métodos de diagnósticos <ul style="list-style-type: none">• Papanicolaou.• Colposcopia.• Cotización.	<ul style="list-style-type: none">• Diapositivas.• Lluvia de ideas.• Técnicas de dinámica grupal.• Entrega de material didáctico y trípticos.	<ul style="list-style-type: none">• Preguntas y respuestas.• Retroalimentación con personal de enfermería y usuarias.

PLAN DE CHARLA No. 3

Tema: Prevención del cáncer cervicouterino.

Objetivo: Informar y orientar acerca de los modos de prevención del cáncer cervicouterino.

Participantes: Personal de Enfermería y usuarias del servicio.

Fecha	Hora	Tiempo	Contenido	Estrategia	Evaluación
-	08h00 - 10h00	2 horas	<ul style="list-style-type: none">• Prevención de infecciones por HPV.• Programas de planificación familiar.• Examen de Papanicolaou.• vacuna	<ul style="list-style-type: none">• Diapositivas.• Lluvia de ideas.• Técnicas de dinámica grupal.• Entrega de material didáctico y trípticos.	<p>Preguntas y respuestas.</p> <ul style="list-style-type: none">• Retroalimentación con personal de enfermería y usuarias.

CONCLUSIONES

- 1) La encuesta realizada a las usuarias del servicio de Consulta Externa y al personal de enfermería de la Maternidad "Mariana de Jesús", determinó que las usuarias no tienen conocimiento del cáncer cervicouterino y que por esta razón desconocen los métodos de prevención de dicha enfermedad, además que el personal de enfermería no orienta adecuadamente a las mujeres de la comunidad.
- 2) De esta manera, se ha comprobado que la hipótesis que relacionaba las variables de la falta de conocimientos en los métodos de prevención del cáncer cervicouterino y el incremento de los factores de riesgo para contraer esta enfermedad, son ciertas y se ha podido comprobar su relación.
- 3) La solución propuesta, se refiere a la planeación y ejecución de un programa educativo dirigido a las usuarias del servicio de Consulta Externa y al personal de enfermería de la Maternidad "Mariana de Jesús", correspondiente a los métodos de prevención para reducir el riesgo de contraer cáncer cervicouterino.
- 4) Con la propuesta en marcha, se espera reducir el riesgo de la comunidad femenina de contraer cáncer cervicouterino, lo que impactará positivamente en las estadísticas nacionales y de la Maternidad "Mariana de Jesús", con una incidencia favorable para los usuarios del servicio y la comunidad en general.

RECOMENDACIONES

Se recomienda a la Institución:

- 1) Que ejecute el programa de capacitación para que las usuarias del servicio de Consulta Externa puede utilizar los métodos preventivos para evitar contraer cáncer cervicouterino o para tratar de manera precoz la enfermedad.
- 2) Que se fomente una cultura de prevención, no solo en esta materia, sino en cualquier otro tipo de pacientes que requieran sus servicios.
- 3) Que periódicamente realice talleres con las mujeres de la comunidad, acerca de los métodos de prevención del cáncer cervicouterino.

Se recomienda al personal de Enfermería:

- 4) Que oriente adecuadamente a las usuarias del servicio de Consulta Externa, en los métodos de prevención del cáncer cervicouterino.
- 5) Que se les oriente a las usuarias, acerca de la nutrición, salud física y mental que deben tener si se les ha detectado el cáncer cervicouterino, en especial, si se les detectó de manera precoz.
- 6) Que expliquen a las pacientes los factores de riesgo asociados al cáncer cervicouterino.

Se recomienda a las usuarias del servicio:

- 7) Que se realicen de manera regular el Papanicolaou y la colposcopia si es necesario.
- 8) Que eviten la promiscuidad y tengan una sola pareja sexual.
- 9) Que mejoren los métodos de planificación familiar.

RESUMEN

El cáncer es una de las enfermedades que se está propagando rápidamente en los actuales momentos, tanto así que más de 9 millones de personas en el mundo se enferman de esta afección y alrededor de 5 millones mueren, teniendo el cáncer cervicouterino la mayor susceptibilidad y afecta principalmente a las mujeres. El problema que afecta a la población femenina es el desconocimiento de los métodos de prevención, debido a que ellas no acuden con frecuencia a realizarse los exámenes de Papanicolaou, colposcopia, además que no tienen conocimiento de los factores de riesgo, como la edad, el número de hijos, mantener relaciones sexuales a tempranas edades, la promiscuidad, etc. Por este motivo, la presente investigación tiene como objetivo "Determinar el nivel de conocimientos sobre LA PREVENCIÓN del Cáncer Cervicouterino en las usuarias de la Maternidad "Mariana de Jesús". En la presente investigación se aplica la metodología analítica, transversal, descriptiva, utilizando bibliografía concerniente a los factores de riesgo y métodos de prevención del cáncer cervicouterino, para lo cual se ha formulado una encuesta para determinar el nivel de conocimiento de la paciente y el rol del personal de enfermería, acerca de la prevención del cáncer cervicouterino. Se ha establecido como hipótesis que la falta de conocimientos y conciencia acerca del cáncer cervicouterino se constituye en uno de los principales obstáculos por los que las mujeres no se someten a exámenes de detección oportuna del cáncer, se ha planteado la elaboración de una propuesta de un Programa educativo para las usuarias y el personal de enfermería acerca de los métodos de prevención del cáncer cervicouterino, para de esta manera, fortalecer los conocimientos en la prevención del cáncer cervicouterino, mediante la difusión de los métodos de planificación familiar, la frecuente realización de los exámenes de Papanicolaou y colposcopia, esperando beneficiar a todas aquellas mujeres que acuden al centro hospitalario

BIBLIOGRAFÍA

1. BUNGE, M. La investigación Científica. Ariel. 1972. Madrid, España.
2. BEREK JS. Cervical cáncer. En: Berek JS., Hacker NF. Practical Gynecology Oncology. 3th edition. Lippincott Williams & Wilkins 2000. pp. 180-203.
3. CEBERIO, Marcelo y WATZLAWICK, Paúl. La construcción del Universo. Editorial Herder, s.f. Barcelona, España.
4. HAMMERSLEY, M. y ATKINSON, P. Etnografía: Métodos de investigación. Paidós. Barcelona. 1994.
5. HERNÁNDEZ, R. FERNÁNDEZ, C. y BATISTA, P. Metodología de la investigación. Mc Graw Hill, 1998, México.
6. MAZON María Lcda.- Manual de Enfermería Oncológica, tres R. Editores ministerio de salud publica.- Normas y procedimientos de salud reproductiva.
7. TORTORA, Gerard, Growoskib Sandra.- Principios de Anatomía y Fisiología, Editorial Harcourt Brace, 7ma edición 2001.
8. CORMEEK David H.- Histologia de Ham; Editorial Harla.
9. UNGER E, Duarte-Franco, E. Human papillomaviruses. Into the new millennium. Obstet Gynecol Clinics 2001; 28(4): 653-6.
10. HILDEHEIM, A. HPV prophylactic vaccines. Handbook: Pathogenesis of human oncogenic viruses. ICGEB 2002.
11. Pan American Health Organization. FACT SHEET of the program on Women, Health and Development. GENSALUD; 2002.
12. LOPEZ AD, Mathers C, Ezzati M, Jamison D, Murray C, Editors. Global Burden of Disease and risk Factors. The World Bank Group; 2006. Jamison D, Breman J, Measham A, Alleyne G, Claeson M, Evans D, et al, editores. Disease control priorities in developing countries. Second Edition. Washington, DC: Oxford University Press, The World Bank; 2006

13. SANKARANAYANAN R, Budukh A, y Rajkumar R, Programas eficaces de cribado del cáncer cervicouterino en los países en desarrollo de ingresos bajos y medios. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Recopilación de artículos. 6; 2002.
14. Jamison D, Breman J, Measham A, Alleyne G, Claeson M, Evans D, et al, Editors. Las prioridades de la salud. Washington, DC: Ed. Banco Mundial; 2006
15. Organización Mundial de la Salud, Cervical Cancer Screening in Developing Countries: report of a WHO consultation. NLM/LC classification: WP 480., Washington, DC: World Health Organization; 2002.
16. www.medicineplus.com: salud reproductiva: mujeres en edad fértil.
17. www.cuidardetusalud.com : cáncer cervicouterino.
18. www.enfersalud.com.
19. www.geosalud.com
20. http://es.wikipedia.org/wiki/C%C3%A1ncer_cervical
21. <http://www.geosalud.com/Nutricion/antioxidantes.htm>
<http://cancernet.nci>

ANEXOS

PLAN ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO

Silvia Espinel Maila (Interna de Enfermería)

Descripción	Cantidad	Costo
Papel bond	1.000	\$ 10.00
Marcadores	12	\$ 2.50
Bolígrafos	10	\$ 3.00
Borradores	3	\$ 1.00
Copias	Varias	\$ 100
Impresiones	Varias	\$ 150
Refrigerios	Varios	\$ 75.00
Transporte	Varios	\$ 80.00
		\$421.50

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA ELABORACION DE
TESIS**

ACTIVIDADES	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR
Selección de tema	→				
Presentación de anti proyecto	→				
Revisión del trabajo		→			
Reestructuración del anti proyecto		→			
Entrevista con la tutora			→		
Elaboración del marco teórico				→	
Recolección y clasificación de datos				→	
Revisión final de tesis				→	
Arreglos finales y empaste de tesis					→

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

La recolección de datos de esta investigación se ha realizado a las pacientes que acuden al Hospital Maternidad "Mariana De Jesús" durante el periodo de enero a marzo del 2010.

Objetivo: Obtener información de manera confidencial sobre el nivel de conocimientos que tienen las pacientes, acerca del cáncer cervicouterino.

Paciente

Edad del encuestado:

1. ¿Ha tenido algún familiar que haya padecido de cáncer cervicouterino?

Si

No

2. ¿Cuántos hijos ha tenido usted, entre quienes viven y aquellos que no nacieron o fallecieron por algún motivo?

De 1 a 2

De 3 a 5

Más de 5

3. ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?

Antes de 15 años

Entre 16 a 20 años

Más de 20 años

4. ¿A qué edad tuvo su primer hijo?

Antes de 15 años

Entre 16 a 20 años

Más de 20 años

5. ¿Cuántos tabacos (cigarrillos) fuma usted de promedio al día?

De 1-5

De 6-10

11-15

16 o más

6. ¿Se realiza el papanicolau de manera regular?

SI

NO

De repente _____

7. ¿Sabe usted qué es el cáncer cervicouterino?

Si

No

8. ¿Conoce usted los medios y modos de prevención del cáncer cervicouterino?

Si

No

9. ¿Qué importancia tiene el conocimiento de la prevención del cáncer cervicouterino?

Muy importante

Poco importante

Sin importancia

10. ¿Estaría dispuesta a asistir a charlas o talleres que traten sobre la prevención del cáncer cervicouterino?

SI

NO

GRACIAS POR SU COLABORACION.

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

La recolección de datos de esta investigación se ha realizado al personal de enfermería, en el Hospital Maternidad "Mariana De Jesús" durante el periodo de enero a marzo del 2010.

Objetivo: Obtener información de manera confidencial sobre el nivel de conocimiento del personal de enfermería acerca de la prevención del cáncer cervicouterino.

- 1) ¿En este centro hospitalario en análisis, cuántos casos de cáncer cervicouterino se presentan?

Muchos Pocos Ninguno

- 2) ¿Proporciona usted orientación a los familiares y pacientes sobre las medidas para prevenir el cáncer cervicouterino?

SI NO De repente

- 3) ¿Sobre qué aspecto usted orienta a las pacientes en materia de prevención del cáncer cervicouterino?

- 4) ¿Ha recibido capacitación sobre las medidas de prevención del cáncer cervicouterino?

SI NO

5) ¿Con qué frecuencia ha recibido esta capacitación?

a) Mensual

b) Bimestral

c) Trimestral

d) Semestral

e) Anual

f) Nunca

6) ¿En qué medida se encuentra su nivel de conocimientos acerca de la prevención del cáncer cervicouterino?

Mucho

Poco

Nada

7) En el control de factores de riesgo asociados al cáncer cervicouterino ¿qué aspecto cree usted que es el más relevante?

a) Planificación familiar

b) Capacitación recurso humano

c) Orientación a la paciente

d) Otros _____

8) Mencione los factores de riesgo asociados al cáncer cervicouterino

9) ¿Estaría dispuesta a asistir a charlas o talleres que traten sobre la prevención del cáncer cervicouterino?

SI

NO

10) ¿Qué sugerencia le daría al personal de enfermería para que oriente adecuadamente a las pacientes sobre la prevención del cáncer cervicouterino?
