



Universidad Nacional Autónoma de México

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

**Papel de la Enfermera en la Prevención y
Detección del Cáncer Cérvico Uterino**

T E S I S

Que para obtener el título de :
Licenciada en Enfermería y Obstetricia

p r e s e n t a :

SALUSTIA LOPEZ CHICHARO



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

	PAGINA
PROLOGO	
1.- INTRODUCCION	
1.- Definición y delimitación del problema de estudio.....	9
2.- Objetivos generales	9
3.- Hipótesis.....	10
4.- Variables.....	10
5.- Campo de la investigación.....	10
6.- Glosario.....	11
II.- MARCO TEORICO	
1.- Antecedentes históricos.....	13
2.- Anatomía y fisiología del cérvix uterino.....	14
3.- Epidemiología del cáncer cérvico uterino en México.....	16
4.- Etiología del cáncer cérvico uterino.....	21
5.- Diagnóstico del cáncer cérvico uterino.....	22
5.1 Clasificación de los hallazgos de la prueba de Papanicolaou.....	26
6.- Clasificación y tratamiento del cáncer cérvico uterino.....	36
7.- Campañas, programas de prevención y control del cáncer.....	46
8.- Papel de la enfermera en la prevención y detección del cáncer cérvico uterino.....	53
8.1 Programa de enfermería comunitaria.....	62
8.2 Cuidados de enfermería en el tratamiento del cáncer cérvico uterino.....	77
III.- ESQUEMA DE LA INVESTIGACION	
1.- Metodología empleada.....	86
2.- Fuente de los datos.....	86

	PAGINA
IV.- RESULTADOS	
. Resultados de citología exfoliativa.....	88
. Identificación de las pacientes que acudieron a consulta de primera vez y subséquentes.....	90
. Resultado de las citologías exfoliativas con displasias.....	92
. Edad mas frecuente de las pacientes que presentan displasias.....	94
. Antecedentes obstétricos de las 30 pacientes con displasias.....	96
. Exploración ginecológica de las 30 pacientes con displasias.....	102
. Infecciones e infestaciones <u>cérvice vaginal</u> encontradas en las 30 pacientes con displasias..	104
. Relación de los signos y síntomas que presentan las pacientes con displasias.....	106
. Evolución de las 30 pacientes con displasias a <u>cáncer</u> <u>cérvice</u> <u>uterino</u>	108
. Interpretación de datos.....	110
V.- CONCLUSIONES	
. conclusiones.....	113
VI.- REFERENCIAS	
. Bibliografía.....	115

LISTA DE CUADROS

Cuadro No. 1.-	Resultados de citología exfoliativa.....	88
Cuadro No. 2.-	Identificación de las pacientes con displa-- sias que acudieron a consulta de primera vez y subsecuentes	90
Cuadro No. 3.-	Resultados de citologías exfoliativas con -- displasias y su clasificación	92
Cuadro No. 4.-	Edad mas frecuente de las pacientes que pre-- sentan displasias.....	94
Cuadro No. 5.-	Antecedentes obstétricos de las 30 pacientes con displasias (Gestas).....	96
Cuadro No. 6.-	Antecedentes obstétricos de las 30 pacientes con displasias (Paras)	98
Cuadro No. 7.-	Antecedentes obstétricos de las 30 pacientes con displasias (Abortos).....	100
Cuadro No. 8.-	Exploración ginecológica de las 30 pacientes con displasias	102
Cuadro No. 9.-	Infecciones e infestaciones cérvico vagina-- les encontradas en las 30 pacientes con dis-- plasias.....	104
Cuadro No. 10.-	Relación de los signos y síntomas que presen-- tan las pacientes con displasias	106
Cuadro No. 11.-	Evolución de las 30 pacientes con displasias a cáncer cérvico uterino	108

LISTA DE GRAFICAS

PAGINA

Gráfica No. 1.-	Resultados de citología exfoliativa	89
Gráfica No. 2.-	Identificación de las pacientes con displasias que acudieron a consulta de primera vez y subsecuentes	91
Gráfica No. 3.-	Resultados de citología exfoliativa con displasias y su clasificación	93
Gráfica No. 4.-	Edad mas frecuente de las pacientes que presentan displasias	95
Gráfica No. 5.-	Antecedentes obstétricos de las 30 pacientes con displasias (Gestas)	97
Gráfica No. 6.-	Antecedentes obstétricos de las 30 pacientes con displasias (paras)	99
Gráfica No. 7.-	Antecedentes obstétricos de las 30 pacientes con displasias (Abortos)	101
Gráfica No. 8.-	Exploración ginecológica de las 30 pacientes con displasias	103
Gráfica No. 9.-	Infecciones e infestaciones cérvico vaginales encontradas en las 30 pacientes con displasias	105
Gráfica No. 10.-	Relación de los signos y síntomas que presentan las pacientes con displasias.....	107
Gráfica No. 11.-	Evolución de las 30 pacientes con displasias a cáncer cérvico uterino.....	109

P R O L O G O

El cáncer constituye un problema importante de salud en México principalmente en la población femenina por lo cual la elección de este tema es con el fin de que dicha población cuente con los recursos básicos para combatir el problema de salud.

Actualmente el cáncer ocupa la atención del mundo entero, y por esto existen infinidad de hombres encaminados a la investigación científica experimental, en la cual se incluyen en la creación de tumores malignos, y se estudian los factores inmunológicos, quirúrgicos, genéticos, radiológicos de respuesta y tolerancia a la quimioterapia.

El cáncer cérvico uterino que es el que nos ocupa, — constituye el mayor porcentaje de todos los cánceres reportados en América Latina, es una de las neoplasias que en la actualidad puede ser detectada y diagnosticada fácilmente por varios métodos desde la técnica del Papanicolaou hasta nuestros días, ya que su diagnóstico esta basado en la búsqueda de las alteraciones que sufren las células que se desprenden de una neoplasia, siendo este el método de elección por sus posibilidades para el control de grandes masas, su sencillez y su economía.

Es de considerar que para la realización de esta campaña fue indispensable la planificación y programación de los distintos métodos y así poder seguir adelante con esta importante campaña.

La causa del cáncer se desconoce, pero existen factores que encontramos analizando las costumbres prevalecientes de cada región y observando el medio ambiente natural que los rodea; por esta situación se debe promover a través de los medios masivos de información la orientación necesaria para que la población femenina acuda oportunamente a atenderse en las instituciones médico asistenciales.

Por ser uno de los problemas mas importantes en la actualidad, presento un trabajo, el cual está realizado con el mayor empeño, dedicación y entusiasmo representando para mí una agradable satisfacción personal, la de haber participado directamente en dicha investigación esperando con el mas grande anhelo que dicho trabajo sea de utilidad.

S. L. CH.

I INTRODUCCION

1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACION

Definición y delimitación del problema de estudio. El cáncer cérvico uterino por su gran frecuencia y extrema gravedad, es uno de los padecimientos más importantes que el personal relacionado con la rama de la medicina "GINECOLOGIA"; tiene que enfrentarse.

En México constituye un problema importante de salud dentro de la población femenina porque trae mayor índices de mortalidad. Considerando ésto, es necesario tomar medidas de prevención y detección oportuna del cáncer cérvico uterino. Para esto es conveniente que todas las mujeres que hayan iniciado vida sexual activa acudan a la atención médica para diagnosticar por medio del método de Papanicolaou, cualquier manifestación patológica del aparato genital femenino.

Considerando lo anterior es necesario realizar un estudio minucioso para obtener el conocimiento adecuado de este padecimiento y de las diversas manifestaciones clínicas (dolor, hemorragia, leucorrea etc.) que presenta.

La razón de este estudio a realizar es para conocer la forma de como prevenir y detectar a tiempo este padecimiento en sus etapas clínicas tempranas, en la que el personal de enfermería tiene a su cargo la importancia de insistir y dar a conocer el control ginecológico para poder disminuir el índice de mortalidad con la detección de las etapas curables.

2. OBJETIVOS GENERALES DEL ESTUDIO

- a) Revisar los aspectos epidemiológicos del cáncer cérvico uterino en México.
- b) Revisar aspectos del diagnóstico, prevención, de tección y tratamiento del cáncer cérvico uterino
- c) Describir la clasificación y manifestaciones clínicas del cáncer cérvico uterino.
- d) Proponer un plan de atención de enfermería en la prevención y detección oportuna del cáncer cérvico uterino.

3. HIPOTESIS

La detección oportuna de manifestaciones patológicas en el cuello del útero, disminuye los índices del cáncer cérvico uterino.

4. VARIABLES

- a) Detección oportuna.
- b) Manifestaciones patológicas en el cuello uterino
- c) Índices de cáncer cérvico uterino.

5. CAMPO DE LA INVESTIGACION

- a) Area Geográfica:
Diez módulos de Medicina General Familiar del --
Centro Comunitario de Salud TIII A Portales.
- b) Grupos Humanos:
30 pacientes con el diagnóstico de displasias.
Observación directa de la técnica de Papanicolaou.

GLOSARIO

- 1.- Alopecia.- Calvicie; deficiencia natural o anormal - del cabello.
- 2.- Anuria.- Supresión o disminución de la secreción de la orina.
- 3.- Cáncer.- Tumor maligno en general y especialmente el formado por células epiteliales.
- 4.- Cauterización.- Aplicación de un agente empleado para destruir los tejidos orgánicos y convertirlos en escaras con objeto terapéutico.
- 5.- Cistitis.- Inflamación de una vejiga, especialmente la urinaria.
- 6.- Conización.- Resección de un cono de tejido, por --- ejemplo de la membrana mucosa vaginal.
- 7.- Cordotomía.- Sección del cordón anterolateral de la médula en los casos de dolores intolerables rebeldes a todo tratamiento.
- 8.- Criocirugía.- Destrucción de los tejidos por congelación; un aparato en forma de cauterio utiliza con fi nes terapéuticos el frío obtenido por evaporación - del CO₂ líquido.
- 9.- Dismenorrea.- Irregularidad de la función menstrual y especialmente la menstruación difícil o dolorosa.
- 10.- Dispareunia.- Coito difícil o doloroso.
- 11.- Displasia.- Anomalía de desarrollo.
- 12.- Disuria.- Emisión dolorosa o difícil de la orina.
- 13.- Ectropión.- Versión hacia fuera del borde de una --- parte; en ginecología indica la eversión de la mucosa del cuello uterino.
- 14.- Eumenorrea.- Menstruación normal.
- 15.- Hiperalgnesia.- Sensibilidad excesiva al dolor; hi--- perestesia dolorosa.
- 16.- Histerectomía.- Operación de extirpar parcial o to--- talmente el útero por vía vaginal o abdominal; laparohisterectomía o colpohisterectomía.
- 17.- Leucoparaqueratosis.- Sinónimo de leucoplasia.

- 18.- Leucoplasia.- Formación de placas blancas en una superficie.
- 19.- Leucorrea.- Derrame por la vulva de un líquido espeso blanquecino, viscoso, secretado por la vagina o el útero, sintomático de alteraciones orgánicas generales o de estados irritativos locales.
- 20.- Linfadenectomía.- Ablación quirúrgica de ganglios -- linfáticos.
- 21.- Linfedema.- Edema por obstrucción de un vaso linfático.
- 22.- Metrorragia.- Hemorragia por el útero independientemente del período menstrual.
- 23.- Panhisterectomía.- Ablación completa del útero y de sus anexos.
- 24.- Polaquiuria.- Emisión anormalmente frecuente de orina, que no significa necesariamente poliuria.
- 25.- Proctitis.- Inflamación del recto.
- 26.- Proiomenorrea.- Menstruación anticipada o precoz.
- 27.- Traquelorrafia.- Sutura de un desgarró del cuello -- uterino.
- 28.- Uremia.- Estado autotóxico producido por la presencia de componentes de la orina en la sangre, debido a la insuficiencia de las funciones renales. Síntomas principales: náuseas, vómitos, cefalalgias, vértigos, somnolencia, coma, convulsiones y olor urinoso del aliento y del sudor.
Reviste diversas formas: cerebral, gastrointestinal, respiratoria; siendo la primera más frecuente, especialmente en su variedad convulsiva o eclámptica

II MARCO TEORICO

1.- Antecedentes Históricos

El cáncer es tan antiguo como la antigüedad, restos de dinosaurios y otros animales largo tiempo extinguidos y del hombre ofrecen pruebas de cáncer óseo. Los antiguos griegos llamaban a la enfermedad "Kar Kinos", o cangrejo a causa de las extensiones en forma de garra de algunos cánceres. De este término se derivó la palabra carcinoma; los documentos mas antiguos y la Biblia también atestiguan la antigüedad del cáncer.

El Ramayana, antiguo poema ético hindú, de alrededor del año 2 000 A. de C. menciona el uso de la cirugía y arsenicales en el tratamiento del cáncer. Los antiguos denominaron a veces al cáncer "la muerte hedionda", la ley mosaica sugería que el sangrado extramenstrual debería de considerarse como patológico.

Galeno y Celso (médicos de la edad antigua), realizaron operaciones quirúrgicas para la extirpación de cánceres. Galeno nos dio probablemente la primera admonición de que el diagnóstico temprano es necesario si se desea curar el cáncer. Hipócrates hizo descripciones comunes de cáncer y describió una quemadura de un cáncer de cuello.

A través de los años, se han propuesto muchas teorías sobre la causa del cáncer, algunas de estas son la "melancolía" de Galeno o la teoría de "bilis negra" que persistió toda la edad media, la teoría de la "linfa" agria, de Descartes, la teoría inflamatoria de Boerhave, la teoría química de Dilviusy de la Hoffman, que no solo combinaban las teorías química e inflamatoria, sino que también sugería una teoría hereditaria.

Aunque se han expuesto muchas teorías sobre el cáncer a través de las edades, ninguna ha sido aceptada completamente, y los progresos en el diagnóstico y tratamiento del cáncer que se han efectuado lo han sido como resultado de adelantos como la ciencia de la óptica, que condujo al descubrimiento del microscopio, el descubrimiento accidental de los rayos X por Roëntgen, el descubrimiento de la radioactividad natural por Curie y Becquerel, el descubrimiento del éter como agente anestésico por Morton. (1)

(1) Smith Germain, Enfermería Médico Quirúrgica, p. 267

2.- Anatomía y Fisiología del Cérvix (cuello uterino)

Aspectos macroscópico: El cérvix del útero fuera de la gestación es de forma cónica y moderadamente firme de 2 a 4 cm de largo y de un diámetro externo aproximado de 2 a 5 cm., un conducto central fusiforme intercomunica a la cavidad del cuerpo uterino con la vagina; casi la mi tad del cérvix es supravaginal y está anteriormente en in tima relación con la vejiga.

La mayoría de las deformaciones cervicales provienen - de laceraciones obstétricas. El orificio externo del cuello, que es inicialmente redondo, con un diámetro infe--- rior de 1 cm., puede tornarse muy amplio a consecuencia - de dichos desgarros.

El cuello es la porción del útero situada por debajo - del istmo y del orificio interno, esta sostenido por los ligamentos uterosacros y los ligamentos cervicales trans- versos (ligamentos cardinales, ligamentos de Mackenrodt), en la cara anterior del útero su límite superior está mas o menos en el punto donde el peritoneo se dobla y se diri ge a la vejiga.

La inserción de la vagina lo divide en las porciones - supravaginal y vaginal; la cara posterior de la porción -- supravaginal está cubierta por el peritoneo, mientras que sus caras laterales y anterior están en contacto con el - tejido conjuntivo de los ligamentos anchos y de la vejiga

La porción vaginal del cuello, o portio vaginalis, ha- ce prominencia en la vagina, y su extremo inferior consti- tuye el orificio externo.

El orificio externo tiene un aspecto muy variable, en la mujer nulípara es una pequeña abertura oval regular, - tiene la consistencia del cartílago nasal. Después del -- parto el orificio se convierte en una hendidura transver- sa que divide el cuello en los llamados labios anterior y posterior; cuando el cuello ha sufrido un desgarró profun- do durante el parto, puede tener aspecto irregular, nodu- lar o estrellado.

El cuello uterino está compuesto por tejido conjuntivo algunas fibras musculares lisas, muchos vasos y tejido -- elástico; la mucosa del canal cervical está formada por - una sola capa de epitelio cilíndrico muy alto que descansa sobre una delgada membrana basal. Los núcleos ovals - se encuentran situados cerca de la base de las células, - cuyas porciones superiores tienen aspecto claro debido a su contenido mucoso, estas células están provistas de --- abundantes cilios.

Las glándulas cervicales se extienden directamente desde la superficie de la mucosa al tejido conjuntivo subyacente; las células mucosas de este epitelio proveen la secreción espesa y pegajosa del canal cervical.

La mucosa de la porción vaginal del cuello uterino se prolonga directamente con la de la vagina y ambas están formadas por epitelio escamoso estratificado; normalmente no hay glándulas por debajo de esta mucosa, pero es frecuente que las glándulas endocervicales se extiendan hacia abajo casi hasta su superficie. Si sus conductos se ocluyen, las glándulas se convierten a veces en quistes de retención de varios milímetros de diámetro; son los llamados huevos de Naboth.

Normalmente el epitelio escamoso de la porción vaginal y el epitelio cilíndrico del canal cervical presenta una clara línea de separación cerca del orificio externo, sin embargo a consecuencias de inflamaciones y traumatismos, el epitelio puede ser desplazado en sentido inferior por el epitelio cilíndrico endocervical (ectopía). Cuando la ectopía aparece se habla de ectropión. (2)

Inervación e Irrigación: La inervación del cérvix se hace a través de los nervios sacros segundo, tercero y cuarto, y el plexo simpático pélvico. La arteria y la vena cervical, ramas principales de la circulación uterina, representan las vías de riego fundamental del cérvix. (3)

(2) Williams, Obstetricia, p.p. 28-30

(3) Benson, Manual de Ginecología y Obstericia, p. 15

3.- Epidemiología del Cáncer Cérvico Uterino en México

La epidemiología estudia la distribución de las enfermedades, sus causas, la frecuencia y su predominio por edad.

El cáncer, se deriva del latín *cancrium* que significa cangrejo por su aspecto bizarro y su tendencia invasora.

El cáncer cérico uterino es la invasión del cuello del útero avanzando paulativamente hacia los órganos que se encuentran alrededor de él.

El cáncer se conceptúa como un importante problema de salud pública en los Estados Unidos Mexicanos, el conocimiento epidemiológico principal que se tiene respecto al cáncer, se basa en las tasas de mortalidad; en los últimos años se han registrado aproximadamente 2 000 muertes al año por cáncer en el país, lo que produce una tasa que fluctua entre 36.5% a 37.6% defunciones por 100 000 habitantes en los años de 1970 a 1973. Las tasas de mortalidad de cáncer cérico uterino van ascendiendo, es importante resaltar este hecho porque mujeres jóvenes fallecen por cáncer, repercutiendo y dañando a la unidad familiar mexicana. Analizando las costumbres prevalecientes en cada región el medio ambiente "modo de vivir" en lo referente al cáncer cérico uterino se analiza la influencia benéfica de las costumbres de algunos pueblos en relación con la circuncisión de los varones, el tratamiento oportuno de algunos problemas ginecológicos de la mujer; ambas prácticas no son habituales en las regiones con elevada prevalencia de éste tumor de evolución lenta. La mortalidad se acentúa a partir de los 30 años, comprendiendo por lo tanto a una gran cantidad de gente en plena edad productiva, lo que entraña una pérdida económica importante para el país.

El cáncer cérico uterino es una enfermedad que puede ser abatido considerablemente gracias a su descubrimiento temprano, las técnicas de detección y de tratamiento oportuno permiten que se logre la curación hasta el 100% de los casos.

En la Gráfica 1 se muestra la tendencia de crecimiento en la población, la mortalidad general y las defunciones por cáncer de 1950 a 1973, en este mismo año el cáncer del cuello del útero ocupó el tercer lugar entre las defunciones, Cuadro 1.

En la Gráfica 2 indica las defunciones por cáncer de 1959 a 1973, en este mismo año en la Gráfica 3 muestra las tasas de mortalidad por cáncer de los órganos genito-

urinarios por sexo según edad. (4)

El cáncer cervical es la neoplasia maligna femenina - que ocupa el segundo lugar en frecuencia 1979. (5)

-
- (4) E.S.A. Manual de Métodos y Procedimientos para los Programas de Control de Cáncer, p.16
- (5) Benson, op. cit., p.15

Principales Causas de Defunción por Cáncer según
Localización

1973

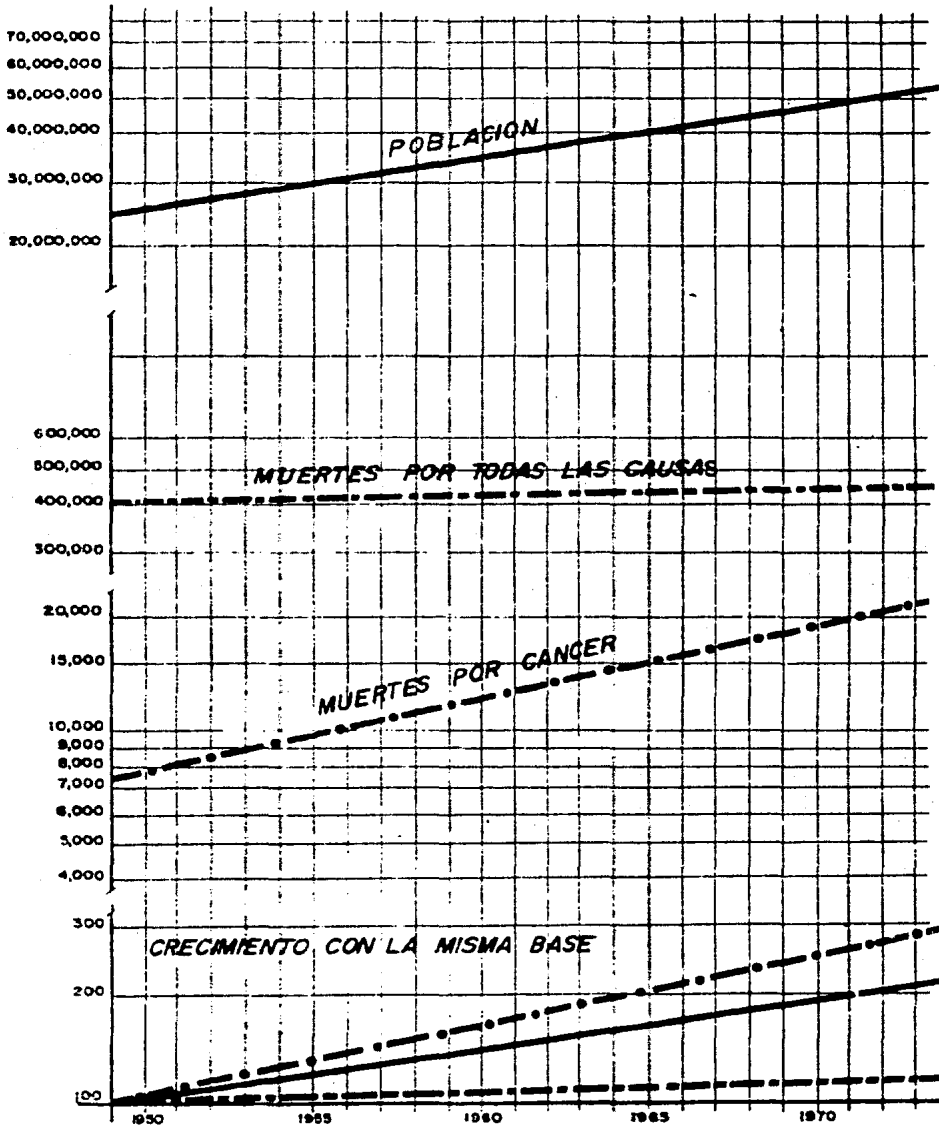
Cuadro No. 1

Lugar	Localización	tasa x 100.000	Total	Hombres	Mujeres
1o.	Estómago	4.64	2531	1326	1205
2o.	De la tráquea, bronquios y -- del pulmón	3.29	1794	1149	645
3o.	Del cuello del útero	3.19	1742		1742
4o.	Otros tumores malignos del - útero	2.03	1109		1109
5o.	De la mama	1.44	788	18	780
6o.	De la próstata	1.30	712	712	
7o.	Del intestino -- grueso excepto - el recto	1.19	647	313	334
8o.	De la vesícula	1.01	549	156	393
9o.	Del páncreas	0.99	541	265	276
10o.	De la laringe	0.76	398	303	95

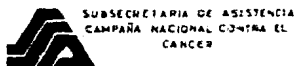
Fuente: Dirección General de Estadística



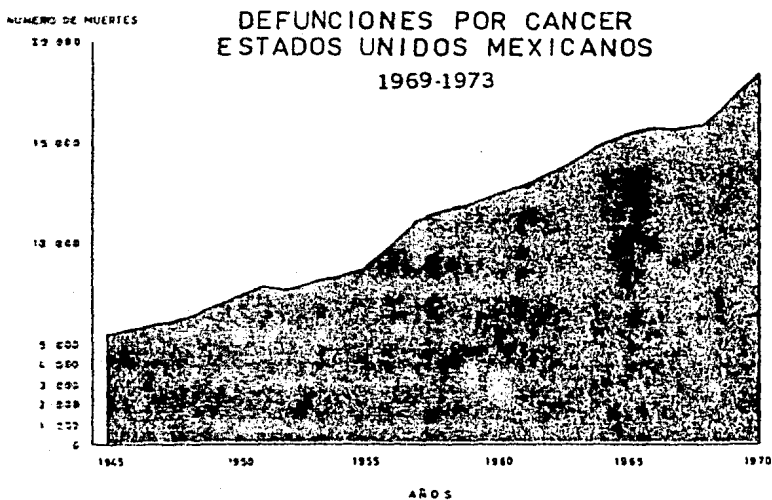
SUBSECRETARÍA DE ASISTENCIA.
CAMPANA NACIONAL CONTRA EL CÁNCER
TENDENCIA DE CRECIMIENTO



FUENTE: Dirección General de Estadística.- S.I.C.



GRAFICA 2

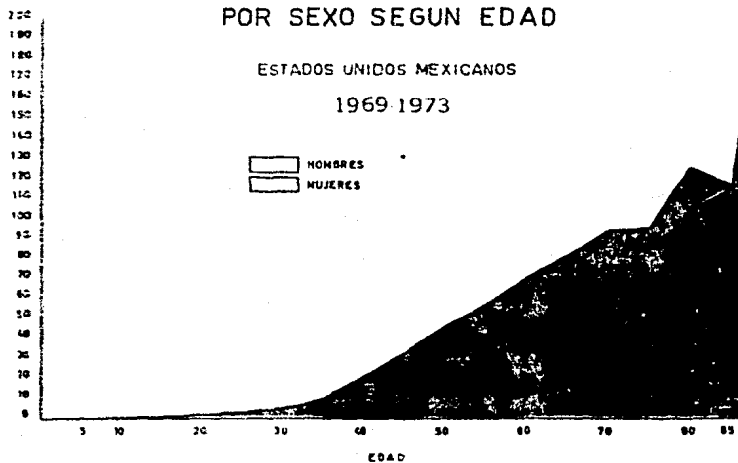


GRAFICA 3

TASA POR
100 000 HABITANTES

TASAS DE MORTALIDAD POR CÁNCER
DE LOS ORGANOS GENITO-URINARIOS
POR SEXO SEGUN EDAD

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
1969-1973



4.- Etiología del Cáncer Cérvico Uterino

No se conoce la causa del cáncer cérvico uterino, pero existen factores que favorecen su aparición.

- 1.- La irritación crónica es capaz de determinar el crecimiento anormal del epitelio del cérvix uterino. -- Entre los factores irritantes destacan por su frecuencia las infecciones crónicas y los traumatismos -- obstétricos; es ésta la razón de que sean más frecuentes las lesiones displásicas en las mujeres multiparas y en aquellas que han existido infecciones crónicas clínicas o subclínicas; cervicitis crónica de úlceras del cuello uterino, erosiones cervicales y leucorrea.
- 2.- Participación de las hormonas esteroideas gonadales, el epitelio escamoso del cérvix no depende directamente de estas hormonas (estrógenos y progesterona).
La unión de los factores locales y las modificaciones en el estímulo hormonal favorecen a las lesiones displásicas.
- 3.- Condiciones socio-económicas y culturales bajas (hábitos deficientes de aseo personal).
- 4.- Coito a temprana edad.
- 5.- Promiscuidad sexual.
- 6.- Paridad temprana.
- 7.- Multiparidad.
- 8.- El coito con un varón sin circuncisión por la sospecha que pudiera tener el esmegma.
- 9.- Falta de adherencia a la doctrina mosaica que impide el contacto sexual una semana después de la menstruación.
- 10.- Existe relación del virus Herpes Simple tipo 2 con el carcinoma epidermoide del cuello uterino y por la frecuencia de éste, se encuentran anticuerpos al virus en el suero de las mujeres con cáncer del cuello uterino.

5.- Diagnóstico del Cáncer Cérvico Uterino

Citología Exfoliativa: Los estudios citopatológicos en su resultado pueden señalar el problema de las -- pruebas negativas falsas, puede no aumentar la propor--- ción del número de casos a partir de la primera prueba y disminuir en un nuevo estudio o bien pueden quedar en me seta que indicaría el desarrollo de casos nuevos. Esto -- no significa que la citología exfoliativa no sea un pro--- cedimiento de valor, pero si se debe de tener en cuenta esta posibilidad. El problema de las negativas falsas es una de las principales razones para realizar un estudio periódico, pero si la paciente tiene dos o tres pruebas negativas en un periodo de tres años, la evolución lenta del cáncer del cérvix uterino indica que no es necesario un frotis subsecuente anual sino que puede realizarse ca da tres, cuatro o hasta cinco años. (7)

Prueba de Schiller: Este estudio consiste en apli--- car solución iodo-iodurada (lugol) en el cérvix. Se basa en que el epitelio canceroso no contiene glucógeno y con el iodo no se tiñe como el epitelio normal del cuello.

Este estudio identifica claramente el epitelio pavi--- mentoso sano que toma una coloración rojo caoba, mien--- tras que las zonas cancerosas quedan sin teñir y netamen--- te limitadas; este estudio orienta a la toma de biopsia. (8)

Colposcopia: Consiste en el empleo de un aparato óptico denominado colposcopio, que por medio de un siste--- ma de lentes e iluminación intensa da un aumento hasta -- de 70 a 80 diámetros de imagen del cérvix uterino para -- ver su morfología y patología. La observación colposcó--- pica nos da la imagen de los dos tercios externos del ca nal endocervical en la que se puede encontrar lesiones -- premalignas y malignas.

Un hallazgo colposcópico negativo no excluye la exis--- tencia de una lesión precancerosa o un cáncer intraepite--- lial, sobre todo cuando la localización de éste es endo--- cervical.

La sociedad Norteamericana de colposcopia y colpomi--- croscopia divide en varias categorías los hallazgos de -- colposcopia.

Hallazgos colposcópicos normales:

- 1.- Epitelio original.
- 2.- Epitelio cilíndrico (ectópico).
- 3.- Zona típica de transformación.

(7) Martínez Pacheco Xavier, Actualidades en Ginecología y Obstetricia, p.p. 248-249.

(8) Ibid., p. 249.

Hallazgos colposc6picos anormales:

1.- Zona at6pica de transformaci6n.

- A) Epitelio blanco.
- B) Puntilleo.
- C) Mosaico.
- D) Vasos sangu6neos anormales.
- E) Leucoplaquia.

2.- Sospecha de c6ncer invasor.

Otros hallazgos colposc6picos y colposcopia satisfactoria:

- Vaginos cervicitis.
- Erosi6n verdadera.
- Epitelio atr6fico.
- Condiloma, papiloma, etc. (9)

El personal relacionado con la Ginecolog6a debe de poner mucho cuidado con la inspecci6n del cuello uterino - por ser un m6todo de ex6men fundamental e indispensable para el estudio del epitelio vaginos cervicinal con el objeto de descubrir las m6nimas alteraciones que sugieran la presencia de una neoplasia maligna.

La mucosa normal original es un epitelio escamoso que aparece como una superficie rosada y suave.

La ectop6a: Se refiere a zonas de epitelio cil6ndrico visible, no solamente inmediatamente por dentro del orificio externo, sino como desplazamiento sobre el ectoc6rvix; var6an grandemente en cuanto a tama6o y extensi6n - teniendo un aspecto arracimado.

Zona de transformaci6n o transici6n: Se describe como correspondiente a una mezcla de epitelio cil6ndrico y escamoso como regiones en las que las escamas se extienden para cubrir islotes de c6lulas cil6ndricas y hay quistes de Naboth, orificios glandulares, manchas amarillas elevadas debidas a fol6culos linf6ticos y zonas de vascularizaci6n. Este cuadro cl6nico se designa como erosi6n, ectropi6n, cervicitis cr6nica o cervicitis cr6nica qu6stica.

En el estudio de la colposcopia se debe observar si hay alteraciones presentes como:

- Erosiones.
- N6dulos.
- Friabilidad.
- Induraci6n.
- Ulceraci6n.
- Tendencia a sangrar f6cilmente.
- Eversi6n.

El resultado de la biopsia va a confirmar el diagnóstico. (10)

Biopsia: La biopsia tisular constituye el único diagnóstico de certeza de las lesiones premalignas y malignas del cérvix uterino. Para la toma de la muestra se utiliza una pinza de tipo Gaylord cortante, la toma ideal debe de hacerse con colposcopia, pero en carencia del colposcopio, la prueba de Schiller puede orientar a la toma de biopsia de las áreas iodo negativas mas sospechosas o bien efectuar la toma en cuatro cuadrantes; a las 12, a las 3, a las 6 y a las 9 del reloj de la circunferencia cervical a nivel de la unión planocilíndrica.

Se puede encontrar en el estudio las siguientes posibilidades.

- 1.- Confirmación histopatológica de displasia.
- 2.- Diagnóstico anatomopatológico del exo y endocervicitis crónica.
- 3.- Cáncer *in situ* o microinvasor.
- 4.- Cáncer invasor. (11)

Conización del cérvix: Es un procedimiento quirúrgico que requiere hospitalización, se obtiene una muestra tisular de amplitud y profundidad suficiente para que el anatomatólogo efectúe un estudio exhaustivo de las zonas del cuello uterino exo y endocérvix; con mas frecuencia en las mujeres jóvenes en el exocérvix y en las de edad avanzada en el endocérvix.

Este estudio implica gran experiencia para efectuarlo, de lo contrario trae una morbilidad inmediata que se manifiesta en forma de hemorragia, infección, lesiones estenosantes o incapacitantes para futura procreación. El estudio histopatológico de una pieza de cono es la única clave para un diagnóstico definitivo de displasia, cáncer *in situ* o invasor.

La conización no debe ser empleada antes de la décima cuarta semana de la gestación y su profundidad no debe llegar al orificio interno por el peligro de condicionar aborto o parto prematuro.

Cuando no hay lesión macroscópica visible mediante la colposcopia, se realiza la conización del cuello con fines diagnósticos después de un frotis dudoso o positivo.

En la conización se debe tener en cuenta la seguridad de que el tejido se extirpó a nivel de la mucosa endocervical para que el anatomatólogo pueda valorar no solo la lesión *in situ* sino la posibilidad de invasión tem-

prana; la pieza quirúrgica que se extirpa se corta en varios bloques porque uno solo puede ser causa de un error diagnóstico en etapas muy tempranas del cáncer. (12)

(11) Ibid., p. 268.

(12) Martínez Pacheco Xavier, op. cit. p.p. 250-251.

5.1 Clasificación de los Hallazgos de la Prueba de Papanicolaou.

- CLASE I A. Sin alteraciones patológicas
- A.1 Normal
 - A.2 Embarazo
 - A.3 Puerperio
 - A.4 Menstrual
 - A.5 Atrofia
 - A.6 Atipia senil
- CLASE II B. Con alteraciones inflamatorias
- B.1 Inflamación inespecífica
 - B.2 Tricomoniasis
 - B.3 Amibiasis
 - B.4 Candidiasis
 - B.5 Herpes
 - B.6 Alteraciones por radiación
 - B.7 Alteraciones por deficiencia de ácido fólico
- CLASE III C. Displasias del cérvix
- C.1 Displasia leve
 - C.2 Displasia moderada
 - C.3 Displasia severa
- CLASE IV D. Carcinoma in situ o intraepitelial
- CLASE V E. Carcinoma invasor (13)

CLASE II

B.I Inflammaci3n inespecífica (cervicitis) afecta el 50% de las mujeres en cualquier etapa de la vida adulta, se caracteriza por una eversi3n ocasionada por el crecimiento de las células endocervicales hacia afuera.

La infecci3n cervical cr3nica es la causa de la leucorrea y es un factor muy importante para el desarrollo del carcinoma cervical.

Los factores que intervienen en la patog3nesis es la falta de higiene (contaminaci3n anogenital) la disminuci3n de resistencia a la infecci3n por hipoestrogenismo o hipovitaminosis y la irritaci3n por cuerpos extraños.

Los sntomas y signos que presenta la cervicitis son la leucorrea, esterilidad, prurito y sensaci3n urente de la vulva.

- 1.- Leucorrea: El flujo es blanco o amarillo y a veces sanguinolento de consistencia fluída o mucoides. se origina por la inflamaci3n del epitelio glandular endocervical y sus características varían durante el ciclo menstrual; el moco es fluído y claro en los días de ovulaci3n; en la fase secretoria tardía se convierte en mucopurulento y a veces se tiñe de sangre.
- 2.- Esterilidad: El moco cervical espeso, viscoso, ácido y cargado con pus es agresivo al espermatozoos e impide la fecundaci3n.
- 3.- Dorsalgia: La linfagitis de las estructuras uterocervicales causa dolor referido en el sacro.
- 4.- Dolor hipogástrico, dispareunia y dispareunia y dismenorrea por la congesti3n pélvica y parametritis.
- 5.- Disuria, polaquiuria y micci3n imperativa.
- 6.- Metrorragia: la hiperemia en el cérvix infectado produce una superficie sangrante, el manchado intermenstrual o postcoito se origina por un sangrado cervical en capa.

En la inspecci3n puede verse con frecuencia un escudamiento mucoso espeso que sale del canal cervical. El cultivo del exudado cérvico vaginal y la toma de biopsia da el diagn3stico definitivo.

La exploraci3n rectovaginal se practica para buscar signos y sntomas de hiperalgesia pélvica, induraciones y la presencia de masas alrededor del cérvix.

El tratamiento depende de la edad de la paciente, la gravedad de las lesiones cervicales, la presencia de complicaciones por ejemplo, salpingitis y los antecedentes

de tratamiento.

Cervicitis aguda: Las infecciones cervicales agudas por gonococos se tratarán rápidamente, la penicilina G procaína a dosis de 4.8 millones de unidades; por lo general es curativa. A las pacientes alérgicas a la penicilina, puede administrarse tetraciclina por vía oral, a dosis inicial de 1.5g, seguida de 0.5g cuatro veces al día durante tres días. Deberán hacerse nuevos cultivos de la cérvix 7-14 días después del tratamiento para demostrar la curación; además deberá practicarse a estas pacientes una prueba serológica para la sífilis, de 6 a 8 semanas después de la infección de gonorrea.

Quando se asocia cervicitis aguda con vaginitis específica el tratamiento deberá ser dirigido contra el organismo involucrado.

Durante la fase infecciosa aguda y antes de la menstruación se evitará la exploración armada así como la terapéutica tópica intensa, porque pueden desencadenar una diseminación a los genitales internos.

Cervicitis crónica: Siempre se intentará en primer lugar el tratamiento médico, tanto en las pacientes en edad reproductiva como las que están fuera de ella, cuando no se logra una mejoría después de 2-3 meses estando indicados los procedimientos de cirugía menor.

- a) Si existe retroversión interna se lleva el útero a anteversión insertando un pesario para reducir la congestión crónica pasiva.
- b) La cauterización química en la endo y ectocérvix con una solución de nitrato de plata al 5-10%, o de hidróxido de sodio al 2-5% es particularmente eficaz cuando se realiza a la mitad del ciclo.
- c) La aplicación de cremas vaginales acuosas, de PH bajo, son provechosas como coadyuvantes con la terapéutica hormonal y antibiótica; se aplican después de una ducha de ácido acético cada noche por tres semanas durante el intervalo menstrual.

El criterio de curación es la presencia de un moco microscópicamente claro.

Tratamiento quirúrgico: Antes de tratar una cervicitis quirúrgicamente, es preciso considerar el objetivo que se persigue; la posibilidad de sangrado postoperatorio, de infección, estenosamiento, esterilidad y las consecuencias para el parto vaginal en embarazos futuros.

En el consultorio es posible dilatar el cuello y realizar la punción de los quistes de Naboth en cualquier -

momento del ciclo menstrual. Cualquier otro procedimiento quirúrgico para tratar la cervicitis está contraindicado en los primeros días del ciclo, por el peligro de una infección ascendente postoperatoria.

Los procedimientos quirúrgicos menores pueden emplearse cuando el canal cervical está ampliamente expuesto — por laceraciones o por cervicitis crónica grave; éstos — procedimientos incluyen la electrocauterización con corriente de baja frecuencia, utilizando la punta nasal o un electrodo pequeño de Post, o la electrocoagulación — suave con un electrodo monopolar de alta frecuencia.

Con la electrocoagulación y la electrocirugía es posible practicar cortes y coagulación; la penetración de calor y la destrucción del tejido glandular se hace uniforme. El tratamiento será escalonado en cada visita y se tratarán sólo partes del canal y de la ectocérvix; la electroterapia y el tratamiento quirúrgico de la cervicitis crónica son aplicables durante o después del período de la edad reproductiva.

Inmediatamente después de la cauterización se prescriben duchas diarias de ácido acético, supositorios o cremas vaginales de nitrofurazona (furacín) o sulfonamidas para suprimir la infección.

Cuando las lesiones no responden a los tratamientos anteriores después de un período de 3-4 meses está indicada la traquelorrafia.

La traquelorrafia consiste en la escisión de un segmento de tejido dentro de la laceración y la reconstrucción del cuello con suturas separadas; ésta operación requiere amputación parcial y conización del cuello con recubrimiento del área desnuda con mucosa vaginal.

La criocirugía destruye los tejidos por congelación — los refrigerantes (bióxido de carbono, óxido nítrico o nitrógeno) en estado líquido se pasan a través de una probeta honda colocada en el canal cervical sobre el orificio externo; éste método tiene la desventaja de producir leucorrea vaginal profusa durante 2-3 semanas después del tratamiento.

Tratamiento de las complicaciones.

- a) Hemorragia cervical: Esta puede presentarse a continuación de la electroterapia o de la traquelorrafia, se cohibe por sutura o ligadura de los vasos sanguíneos o con un taponamiento vaginal de poca presión.
- b) Salpingitis: Cede a la administración diaria de 1.2 millones de unidades de penicilina procaína G durante

3-5 días.

- c) Leucorrea: El flujo obedece casi siempre a la persistencia de la cervicitis causada por organismos piógenos. En los casos agudos se hace cultivo del exudado endocervical y se da el tratamiento específico.
- d) Estenosis cervical: El paso cuidadoso de sondas graduadas a través del canal cervical a intervalos semanales durante 2-3 meses después del tratamiento previene y corrige la estenosis.
- e) Esterilidad: La falta de moco cervical; elemento necesario para la migración del esperma causa con frecuencia esterilidad, su ausencia puede obedecer a una destrucción extensa (coagulación, cauterización) o a la extirpación (conización, traquelorrafia) del tejido glandular endocervical. Los estrógenos conjugados (premarin) a dosis de 0.3 mg diarios por vía oral durante 3-4 días antes y el día de la ovulación, pueden estimular a las células endocervicales restantes a producir más moco. Con un programa terapéutico conservador sistemático y rígido se puede casi siempre curar la cervicitis; la cervicitis aguda responde usualmente a la terapéutica local de 4-8 semanas y la cervicitis crónica puede requerir tratamiento de 2-3 meses. (14)

B.2 Tricomoniiasis: Es una parasitosis causada por el protozoario trichomona vaginalis, es unicelular en forma de pera, se mueve por medio de flagelos que actúan como remos flexibles situados en el extremo más ancho del protozoario, es el productor de la segunda causa más identificable que produce la vaginitis. Se calcula que en algún momento de su vida, una mujer entre cinco puede infestarse con este parásito; algunas mujeres pueden estar asintomáticas y la mayoría puede desarrollar leucorrea típica fluída, irritante, de color amarillo verdoso espumoso de olor fétido característico (a pescado), sensación de congestión pélvica, dolor en las estructuras bajas de la pelvis, disuria y prurito vulvar; como resultado se produce vaginitis y vulvitis dando como consecuencia dispareunia.

La infección por tricomonas produce cambios en las células del cérvix y pueden precedir a los cambios cancerosos si no se lleva a cabo un tratamiento adecuado. Siempre se debe de examinar al compañero sexual de una mujer infestada, es justificable tratarlo aún sin confirmar el diagnóstico especialmente si hay indicios de reinfección

porque el parásito puede provenir del cónyuge varón que porta el flagelo debajo del prepucio o en la próstata.

La vaginitis por trichomonas vaginalis es seguido frecuentemente de cervicitis crónica, observándose petequias diseminadas en el introito y en los repliegues de la mucosa vaginal.

Tratamiento: Metronidazol (flagyl) 250 mg por vía oral tres veces al día durante 10 días, con el tratamiento del cónyuge 250 mg dos veces al día durante 10 días.

Medidas Generales:

- Evitar las relaciones sexuales hasta conseguir la curación o protegerse con el condón durante el coito.
- Dar tratamiento al cónyuge.
- La aplicación ocasional de duchas vaginales (dos cucharadas de vinagre blanco destilado por un litro de agua) es de utilidad para el tratamiento de la leucorrea.

En las pacientes resistentes a la infestación vaginal se trata el cérvix mediante una leve cauterización química o térmica. (15)

B.3 Amibiasis: Las amibas de la disentería (*Entamoeba histolytica*) pueden implantarse en los órganos genitales (20-60%).

Tratamiento: Metronidazol (flagyl) 2g diarios repartidos en 3 tomas durante 5 u 8 días. (16)

B.4 Candidiasis: Es una de las micosis producidas por *Candida Albicans*, en condiciones normales éste hongo es huésped normal del intestino; la estrecha proximidad entre el orificio vaginal y el ano establece entre los dos una fuente de Candidiasis. Algunas colonias de éste hongo pueden desarrollarse en la vagina de una mujer sana sin presentar síntomas y cuando se une a otros gérmenes alcanza su capacidad patógena.

Produce sensación de congestión pélvica, prurito intenso, leucorrea espesa y fétida con grumos blancos adheridos a la mucosa vaginal vivamente enrojecida que al desprenderse origina sangrado en capa.

Existen condiciones favorables para el desarrollo del microorganismo durante el embarazo y en las mujeres diabéticas por la riqueza del glucógeno en el epitelio vaginal.

Tratamiento: Nistatina (mycostatin) óvulos vaginales de 100 mg, se aplica uno diario durante 10 días.

Violeta de Genciana en solución acuosa al 2% se apli-

(15) Ibid., p. 473.

(16) Farreras Rozman, Medicina Interna, p. 946.

ca tópicamente en la vulva, la vagina y el cérvix; dos - veces por semana durante tres semanas.

Medidas Generales:

- Evitar las relaciones sexuales hasta conseguir la curación o protegerse con el condón durante el coito.
- Dar tratamiento al cónyuge.
- La aplicación ocasional de duchas vaginales (dos cucharadas de vinagre blanco destilado por un litro de agua) es de utilidad en el tratamiento de la leucorrea. (17)

B.5 Herpes: Herpes Simple tipo II (Herpes Genital) , la persona que ha sido infectada es portadora del virus de por vida, algunas sufren ataques recurrentes en tanto que otras desarrollan mecanismos de resistencia — que les permite permanecer libres de síntomas.

El virus del Herpes es la causa más común de la ulceración genital y es una de las enfermedades transmitidas por contacto sexual. El síntoma inicial es prurito en el área genital, seguida a las veinticuatro horas por discretas vesículas irritantes de uno a dos milímetros de diámetro que se agrandan y eventualmente se revientan y forman úlceras superficiales dolorísimas al contacto; en éste ataque primario hay fiebre y malestar general.

El diagnóstico se hace por los datos clínicos y se -- confirman con el crecimiento del virus en embrión de pollo o con la coloración de Gremsa en las que se observan células gigantes con inclusiones virales.

Un primer ataque de Herpes en una mujer sexualmente -- activa puede a menudo pasar desapercibido porque las lesiones primarias pueden permanecer ocultas en los pliegues de los labios, por lo que se requiere un cuidadoso exámen para detectarlas.

Las vesículas se encuentran a menudo en los labios o alrededor del orificio vaginal y en alguna proporción de casos, el primer sitio de infección es el cérvix cuando no hay molestia local.

Los virus tienen relación con la aparición de ciertos cánceres, por el cual se investigó cualquier relación posible entre infecciones por Herpes y cáncer del cérvix; aunque la asociación entre las dos afecciones no es muy segura, el hecho de que las dos afecciones se presenten bajo un mismo grupo de mujeres, sugiere que se debe de tener precaución en el seguimiento de las que han sufrido infección Herpética del cérvix.

(17) Benson, op. cit., p. 474.

Tratamiento: Es inespecífico, las lesiones cicatrizan de 7 a 14 días, es conveniente dictar medidas higiénicas y prescribir lavados vaginales diarios con ácido acético tomando medidas paliativas (analgésicos), reposo en cama y la aplicación de antibióticos cuando exista infección.

Medidas Generales:

Es necesario advertir a las pacientes que cuando están presentes las ulceraciones son altamente infectantes por lo que se deben de abstener de las relaciones sexuales. (18)

B.6 Alteraciones por radiación: A nivel experimental es posible inducir diversas neoplasias por medio de la irradiación; en el ser humano, la evidencia es menos consistente, si bien, la terapéutica física es curativa para ciertos tumores localizados y algunos sistémicos es también un medio potencialmente cancerígeno.

Es posible que junto a la destrucción de muchas células, unas queden vivas pero lesionadas en su dotación cromosómica; estas células dañadas irreversiblemente pueden ser origen de transformación maligna. (19)

B.7 Alteraciones por Acido Fólico: El embarazo -- produce alteraciones en el epitelio cervical, estas pueden estar en relación a una deficiencia de ácido fólico; desafortunadamente no existe una manera de distinguir entre estas variaciones de la verdadera neoplasia. De los cambios del embarazo tres cuartas partes regresan a lo normal en un plazo de seis meses después del parto. (20)

(18) Barlow, Enfermedades Venéreas, p.p. 79-80.

(19) Farreras, op. cit., p. 1037.

(20) Benson, op. cit., p. 495.

CLASE III

Displasia del cérvix uterino: La displasia epitelial consiste en la falta de maduración adecuada de cualquier epitelio; esta maduración inadecuada puede manifestarse en dos formas:

- 1.- Aquella en la que existen células hiper maduras o con envejecimiento acentuado que normalmente deben de -- descamarse.
- 2.- Existe un aumento en el número de elementos celulares inmaduros.

El epitelio escamoso poliestratificado del cérvix está constituido por:

- 1.- Un estrato de células basales germinales que habitualmente consta de dos a cinco capas de epitelio -- cervical, éste estrato, está constituido por células indiferenciales cuya función es la regeneración y re producción. Histológicamente se caracterizan por tener núcleo grande con grumos gruesos de cromatina.
- 2.- Un estrato intermedio cuyas células muestran citoplasma abundante y núcleo de menor tamaño con grumos finos de cromatina.
- 3.- El estrato superficial en el que existen dos tipos -- de células:
 - a) Precornificadas: Tienen citoplasma abundante con núcleo vesicular y cromatina finamente distribuida.
 - b) Cornificadas: Tienen núcleo pequeño y picnótico, lo que indica un envejecimiento celular acentuado.

En la displasia se observa desorganizada esta estructura y pueden existir elementos atípicos, las lesiones -- pueden ser reversibles y todas aquellas con inmadurez celular son en diversos grados lesiones premalignas.

En las displasias acentuadas la posibilidad de una -- transformación maligna es indudablemente mayor que en -- las displasias leves, sin embargo las displasias acentuadas si se dejan evolucionar pueden llegar a carcinoma in situ y mas tarde a carcinoma invasor en un término de -- diez años.

En 1953 Reagan definió a la displasia como una anomalía en el desarrollo tisular, en patología ginecológica se define como una lesión benigna con potencial maligno y se clasifica histológica y citológicamente en leve, mo derada y severa.

La displasia se presenta en la mujer joven, entre los 30 y 39 años de edad, es mas frecuente durante la activi dad sexual máxima, puede presentarse con síntomas de in-

fecciones o infestaciones vulvovaginales, leucorrea, prurito vulvar, dolor pelviano y dispareunia.

A la exploración ginecológica se observa un cuello -- epitelizado de apariencia normal (menos del 10%), hasta cuellos con lesiones inflamatorias con ectropión, erosión, placas blancas de leucoplasia o leucoparaqueratosis, pólipos, lesiones de aspecto papilar, verrucoide, granular o nodular con pequeñas trabeculaciones fácilmente sangrantes.

Toda mujer con vida sexual activa y sobre todo aquellas con factores epidemiológicos predisponentes, deberá ser sometida a la prueba de citología exfoliativa Papanicolaou periódicamente por lo menos una vez al año.

Tratamiento: En un reporte citológico negativo III o sospechoso se realiza un examen ginecológico vaginal y rectal (bimanual), mas tratamiento anti-inflamatorio y antiparasitario, posteriormente a los 20 días se repite el estudio citológico.

Si la citología persiste mostrando displasia, se efectúa colposcopia para descubrir lesiones sospechosas de malignidad, limitando la extensión para la toma de biopsia. Si en la biopsia se confirma una displasia o un exo y endocervicitis crónica deberá de repetirse el estudio de citología exfoliativa; si al mes ésta resultara negativa podría indicar que la biopsia extirpó las lesiones que descamaban las células anormales.

En caso de que la citología persista mostrando células anormales (displasia severa) se indica tratamiento anti-inflamatorio o antiparasitario según el caso, repitiendo la citología hasta por tres meses, pudiendo repetirse la Colposcopia, Schiller y biopsias orientadas; si en este lapso no se negativiza la citología a negativo II o I y las biopsias persistieran de posible malignidad se indica conización del cérvix.

Si en el estudio histopatológico del cono muestra displasia o cervicitis crónica se considera curada a la paciente; las citologías posteriores saldrán negativas.

El tratamiento por electrocirugía sin recurrir al estudio exhaustivo del cérvix mediante el cono puede retrasar el tratamiento efectivo de un cáncer intraepitelial o invasor. (21)

(21) Magueo, Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia, p.p. 241-244.

6.- Clasificación y Tratamiento del Cáncer Cérvico Uterino

El carcinoma in situ del cérvix uterino puede persistir aproximadamente de 8 a 10 años. En algún momento la lesión se torna inavasora, ésto es, rompe la membrana basal; a partir de entonces puede presentar las siguientes etapas clínicas de acuerdo con la Federación Internacional de Gineco-Obstetricia de 1973.

Carcinoma Preinvasor

Etapas 0 Carcinoma in situ, carcinoma intraepitelial.

Carcinoma Invasor

Etapas I Carcinoma estrictamente confinado al cérvix.

Etapas Ia Microinvasión.

Etapas Ib Los demás casos de la etapa I

Etapas II El carcinoma se extiende más allá del cuello, no alcanza la pared -- pelviana. Afecta la vagina pero -- no en su tercio inferior.

Etapas IIa No hay invasión del parametrio.

Etapas IIb Hay participación del parametrio.

Etapas III El carcinoma alcanza la pared pelviana (por tacto rectal no se encuentra espacio libre de cáncer entre las paredes pelvianas), el carcinoma interesa el tercio inferior de la vagina. Se presenta hidronefrosis o difusión renal.

Etapas IV El carcinoma se extiende más allá de la pared de la pelvis e invadiendo la mucosa de la vejiga, el recto o ambos.

Etapas IVa Invasión de la vejiga o del recto.

Etapas IVb Extensión más allá de la pared pélvica. (22)

CLASE IV

Carcinoma Intraepitelial (Carcinoma epidermoide, Carcinoma in situ): Este tipo de cáncer se encuentra en mujeres con un promedio de 35 a 45 años de edad.

Se origina a nivel de la unión planocilíndrica, en las células subcilíndricas del endocérnix, en la zona de transición que hay un campo potencial de cáncer oculto.

Estas células por un estímulo desconocido proliferan en forma anormal para formar células subcilíndricas anaplásticas; la evolución mas común ocurre a partir de la anaplasia que se desarrolla gradualmente hacia carcinoma in situ que invade el estroma en proporción mínima y se desarrolla finalmente a un cáncer clínicamente invasor.

El cáncer intraepitelial del cuello uterino es realmente un padecimiento asintomático; el paso evolutivo del cáncer cervical debe ser de detección, diagnóstico de presunción o de probabilidad por la carencia de signos y síntomas.

El cáncer que durante una larga temporada tal vez de unos, tres, cinco u ocho años presentó una lesión intraepitelial (in situ; localizada) puede convertirse en invasor.

La exploración ginecológica para el diagnóstico de cáncer in situ comprende cuatro puntos principales:

- 1.- Exámen de Papanicolaou.
- 2.- Inspección: Se limpia el cuello uterino con una torunda de algodón y otra impregnada de ácido acético al 2%; ante la presencia de cualquier lesión epitelial, el ácido acético imprimirá un color blanco a las superficies alteradas. Finalmente se toma otra torunda impregnada de Lugol y se aplica sobre el cuello uterino; las zonas epiteliales alteradas no absorben el Lugol.
- 3.- Exámen colposcópico.
- 4.- Toma de biopsia de las superficies que se tiñeron de blanco con el ácido acético o de las zonas cancerosas que quedaron sin teñir con el lugol. (23)

(23) Fernández del Castillo, Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia, p. 255.

Tratamiento: El carcinoma in situ del cérvix no se comporta como un verdadero cáncer, porque no tiene capacidad invasora y no da metástasis. El tratamiento es necesario para evitar la transformación en carcinoma invasor, el procedimiento terapéutico consiste en extirpar todo el epitelio afectado procurando no alterar las funciones del aparato ginecológico por tratarse de mujeres jóvenes.

Procedimientos terapéuticos:

- 1.- Conización cervical.
- 2.- Histerectomía abdominal.
- 3.- Radium intracavitario.

La conización cervical: Es una operación sencilla de bajo costo, sin mortalidad, de muy baja morbilidad y conserva el útero para embarazos posteriores; sin embargo cuando el carcinoma in situ se ha extendido hacia el epitelio vaginal, o hacia el endometrio originando focos multicéntricos, la conización es insuficiente para extirparlos.

La histerectomía abdominal: Se realiza para la extirpación de los fondos de saco vaginales, la extirpación de los ovarios; es optativa de acuerdo a la paciente.

Esta cirugía se realiza en mujeres que han cumplido su función reproductora, en esta operación se elimina la totalidad del exocérvix, endocérvix y fondo de sacos vaginales que son sitios de nuevos carcinomas in situ.

La conservación de los ovarios evita las molestias de una menopausia temprana, en las mujeres de más de cuarenta años está indicada la panhisterectomía que incluye la resección de los ovarios, las trompas y el útero.

Con este tratamiento se obtiene el 99% de curación, su morbilidad operatoria es mayor que en la conización y la mortalidad es alrededor de 0.5%.

El Radium intracavitario: Tiene la desventaja de producir morbilidad por proctitis y cistitis, en las mujeres jóvenes suprime la función ovárica, trastornos consecutivos y sinequias vaginales que dificultan la función sexual. Este tratamiento no dispone de pieza operatoria para estudio histológico por lo que no se tiene la seguridad de estar tratando un carcinoma in situ y tratar insuficientemente un carcinoma invasor.

En el Hospital de Oncología del I.M.S.S. desde 1964, se trata el carcinoma intraepitelial del cérvix con histerectomía abdominal o mediante conización, siguiendo --

los siguientes lineamientos:

Operación	Indicaciones
Conización	<ul style="list-style-type: none"> a) Pacientes jóvenes con necesidad de conservar el útero. b) Enfermedad intercurrente que impida cirugía mayor. c) Gran número de pacientes en centros de concentración con posibilidad de control de las mismas.
Histerectomía	<ul style="list-style-type: none"> a) Carcinoma multicéntrico. b) Coexistencia con padecimientos tumorales del útero y/o anexos. c) Cérvix atrófico que impide una correcta conización. d) Imposibilidad de seguir el control de la paciente después de la conización. e) Carcinoma in situ recurrente o persistente después de la conización.

(24)

(24) Tenorio González, Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia, p. 259.

CLASE V

Carcinoma Invasor: Las células epiteliales se encuentran claramente separadas del estroma por la membrana basal, en el cáncer ésta última se destruye, de aquí que el epitelio se introduzca en el estroma; al principio en forma de pequeños botones, más tarde en forma de largas columnas que crecen profundamente semejando la forma de raíces de un árbol que se introducen en la tierra. Es éste el caracter invasor junto con la propagación de las células a través de los linfáticos que causan las cualidades típicas que tradicionalmente se asociaban a la malignidad como; la infiltración local, las metástasis y las recidivas después de la extirpación incompleta.

El promedio de edad de las pacientes con cáncer sintomático del cérvix es de más de 48 años, en la mayoría de los casos el primer síntoma es la hemorragia ligera, si la paciente se encuentra en edad reproductiva el sangrado adopta típicamente la variedad intermenstrual, puede producirse después del coito, después de una defecación dificultosa o de esfuerzos violentos.

A veces puede notarse flujo anormal acuoso, sin embargo tarde o temprano el flujo aparece teñido de sangre; a medida que avanza la enfermedad, la hemorragia y el flujo se hacen mas persistentes y profusos, al mismo tiempo la ulceración cada vez mayor y la infección secundaria van confiriendo al producto de secreción un olor desagradable.

La irritabilidad vesical debido al proceso va avanzando al tabique vesico-vaginal y el dolor de la región lumbosacra en especial cuando se acompaña de Linfedema de la pierna, es un signo de muy mal pronóstico. Finalmente la uremia por la infiltración lateral creciente obstruye los uréteres y es la causa última de la muerte.

El cáncer sintomático invasor puede desarrollarse a partir del epitelio normal por un proceso lento que implica muchos años,

Existen dos tipos principales de cáncer cervical que nacen respectivamente de las dos clases de epitelio que recubren el cérvix; el epitelio que tapiza la superficie externa pertenece a la variedad pavimentosa estratificada, de él nace el carcinoma de células pavimentosas o epidermoide. El carcinoma de células cilíndricas tiene su origen en el epitelio cilíndrico del conducto cervical, que al crecer toma aspecto glandular; de aquí que -

se denomina adenocarcinoma del cérvix, es la forma menos frecuente 1/15, el epitelio glandular puede estar formado por una sola capa celular y conservar los elementos - de la forma cilíndrica, en otro, puede estar formado por múltiples capas y es posible que llegue a invadir ampliamente el conducto cervical.

En sus fases tempranas el cáncer cervical se presenta como una pequeña lesión que se observa a nivel del orificio externo o próximo a el, en la unión de los dos tipos de epitelio cervical aparece una pequeña zona endurecida

A la inspección la superficie se presenta granulosa y ligeramente prominente, sangrado al menor contacto; las porciones vecinas del cuello uterino pueden ser normales o tener afecciones crónicas inflamatorias. Desde su asiento primitivo, el cáncer se propaga hasta que abarca la mayor parte o la totalidad de uno de los labios del cérvix o ambos; a medida que avanza muestra las siguientes características:

- 1.- Puede privar la tendencia papilar, creciendo la neoformación sobre la superficie tomando la forma de coliflor constituyendo la variedad evertida o exofítica.
- 2.- Produce induración firme y pétrea, este tipo se denomina invertido o endofítico.

La infiltración puede afectar desde el principio de - la lesión el saco vaginal y los ligamentos anchos pueden participar en ella.

En sus últimas fases el desarrollo del proceso canceroso provoca una destrucción cada vez mayor del cérvix - al que reemplaza entonces una cavidad excavada y ulcerada de paredes ásperas y friables. Las paredes vaginales próximas al cuello uterino son resistentes y se encuentran endurecidas a consecuencia de la infiltración cancerosa.

El ligamento ancho muestra una extensa infiltración - no solo como resultado de la extensión del cáncer, sino como consecuencia de la infiltración inflamatoria secundaria a la lesión ulcerada séptica del cérvix, produciendo bloqueo de un uréter o de ambos, afectando con frecuencia la vejiga o el recto.

En fases avanzadas puede ocurrir la invasión metastática de cualquier órgano (hígado, pulmón, cerebro etc.).

El diagnóstico de las neoplasias cervicales invasoras se realiza por medio de los siguientes estudios.

- 1.- Citología exfoliativa.

Tratamiento

Estadio 0 (carcinoma in situ)	Quirúrgico: Conización o Histerectomía simple.
Estadio I (carcinoma limitado al cuello)	Quirúrgico: Histerectomía con Linfadenectomía o Histerectomía radical. Se extirpan. Se extirpan los --
Estadio IIa (invasión al fondo de saco vaginal)	ganglios ilíacos primitivos, externos, obturadores, hipogástricos y parametriales. El útero con sus anexos y el tercio superior de la vagina.
Estadio IIb	Radioterapia: Es posible la Histerectomía radical pero hay el inconveniente que al diseccionar el útero en su trayecto a través del parametrio los márgenes puedan ser escasos, por lo que se prefiere utilizar el Radium Intracavitario y la Radioterapia.
Estadio III (el carcinoma ha alcanzado la pared - pelviana)	Radioterapia: La Histerectomía radical no tiene indicación porque no es posible obtener márgenes de tejido sano por lo que son tratados con Radioterapia.
Estadio IV (invasión a la vejiga o recto)	Radioterapia: Si el tumor es central con invasión a vejiga y recto, se puede intentar la cirugía (excentración pélvica), pero si el tumor se ha extendido a parametrios, el tratamiento es con radiaciones con finalidad paliativa.

- 2.- Colposcopia.
- 3.- Colpomicroscopia.
- 4.- Biopsia.
- 5.- Legrado endocervical.
- 6.- Conización del cérvix.

En la inspección se debe de observar las características del cérvix y las lesiones vegetantes, ulceronecróticas, endocavitadas y procesos infiltrativos en los fondos de saco vaginales o en las paredes de la vagina en sus diferentes tercios.

En la historia clínica se encuentran datos de sangrados intermenstruales que pueden presentarse al realizar esfuerzos físicos, con la micción, en la defecación o post-coito. Se trata de mujeres en las que influyen diversos factores de su vida sexual que se iniciaron en edades tempranas, con uno o varios compañeros sexuales, no circuncidados, con poca o nula atención obstétrica, medio socio-económico bajo y con infecciones o infestaciones en su región cervico vaginal.

En un caso sospechoso de neoplasia maligna cervical, sea incipiente o sea invasora se procede de inmediato a realizar la prueba de Schiller son congruentes y confirman la existencia de un carcinoma invasor o incipiente (microinvasor), se procede al tratamiento específico de acuerdo a la clasificación clínica. (25)

(25) Carranza García, Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia, pp. 269-271.

Tratamiento paliativo: Cuando hay anuria por compresión ureteral o vesical, se realiza una nefrostomía unilateral o vesical para mejorar el cuadro clínico de uremia y posteriormente se inicia el tratamiento con radioterapia. Cuando hay fístulas vesico vaginales es recomendable hacer una derivación urinaria mediante un conducto ileal, si son fístulas recto vaginales en el caso de cáncer avanzado o en obstrucción del recto sigmoides se hace una colostomía.

En las enfermas con invasión pélvica y del plexo sacro pueden presentar dolor severo que requiere de Cordotomía cervical uni o bilateral, los bloqueos dan resultados aleatorios y temporales.

En las pacientes que tienen gran edema de una extremidad por obstrucción venosa intrapélvica es útil hacer una derivación venosa con un puente de safena que se pasa por el pubis y se anastomosa a la vena femoral del lado sano. (26)

Tratamiento con radiaciones: La irradiación puede utilizarse para cualquier estadio de la enfermedad, de todos los elementos radioactivos el más conveniente para el tratamiento intracavitario del cáncer cérvico uterino es el Cesio 137 que ha tendido a substituir al Radio, -- tiene la ventaja de proporcionar un solo rayo gamma de energía uniforme; éste rayo es adecuado para fines terapéuticos y es de menor peligro para las pacientes, el Cesio 137 tiene una semidesintegración de 29.6 años.

La técnica de irradiación para el cáncer del cuello uterino consiste en dos aplicaciones de Cesio 137 complementados por terapéutica externa de Cobalto. El aplicador de Fletcher de carga diferida se inserta bajo anestesia general en el Quirófano; se introduce en el útero y parte alta de la vagina, se deja fijo y se tapa la vagina con una gasa, se coloca una sonda permanente a la vejiga, se toman placas radiológicas anteroposterior y lateral, examinando inmediatamente para comprobar que el aplicador se encuentra bien colocado. Posteriormente se traslada a la paciente a una zona donde esté cubierta para proteger a los demás de la radiación y donde se introduzcan las fuentes adecuadas de Cesio para emitir las radiaciones que habrá de captar el aplicador.

Contraindicaciones de la radioterapia:

- 1.- Infección de la pelvis.
- 2.- Embarazo.

(26) Rodríguez Cuevas, Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia, pp.275-276.

3.- Radiofobia.

4.- Radioterapia pélvica previa.

Efectos nocivos de la radioterapia:

- a) Alopecia: Aparece después de aplicar dosis de 400 a 500 rads.
- b) Vómitos: Se inician inmediatamente indicando la absorción de una dosis letal.

Tratamiento con radiación y cirugía combinadas: La irradiación por su tendencia a aumentar la vascularidad produce edema y por consiguiente fibrosis que dificulta el tratamiento quirúrgico ulterior por crear fistulas.

La cirugía se realiza seccionando las barreras fibrosas diseminando las células malignas por vía linfática y hemática.

Tratamiento del cáncer radioresistente: Un pequeño número de pacientes con cáncer del cuello uterino, probablemente menos del 5 por 100 se muestran totalmente resistentes a cualquier cantidad de irradiación que se les aplique; lo que se comprueba con la positividad de la biopsia. En estos casos puede recurrirse a la Histerectomía radical con Linfadenectomía pelviana, en los casos con grados avanzados de la enfermedad ésta técnica es insuficiente.

La muerte por cáncer del cérvix uterino suele depender de uremia secundaria a obstrucción uretral, infección, hemorragia y desnutrición. En algunas pacientes el dolor es el síntoma más molesto. (27)

(27) Díaz Perches, Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia, p.289.

7.- Campañas, Programas de Prevención y Control del Cáncer

En 1974 la Campaña Nacional contra el Cáncer ejecutada por los Servicios Coordinados de Salud Pública de la Secretaría de Salubridad y Asistencia empezó a desarrollar programas regionales en los Estados fronterizos con objetivos que incluyen el incremento de las actividades de prevención, detección temprana y tratamiento.

Las estrategias que sigue este programa son:

- 1.- La canalización de las personas clasificadas como -- sospechosas, a los Hospitales y Unidades Oncológicas para el diagnóstico definitivo.
- 2.- El tratamiento de los casos descubiertos.
- 3.- La vigilancia periódica de las pacientes por personal médico, de enfermería y de trabajo social de los casos tratados.

La población general que supone no tener cáncer se resiste habitualmente a acudir a cualquier institución especializada en el cáncer, cuando acude éste tipo de población a consultar por problemas no ginecológicos el -- 70% de los casos que se hallan son in situ que deben ser seguidos estrechamente por un lapso de cinco años, hasta poder asegurar su curación y con ello el éxito del programa abatiendo la mortalidad por cáncer cérvico uterino

Los programas encaminados a la detección del cáncer cérvico uterino y las acciones de lucha contra el cáncer tiene amplia trascendencia en la República Mexicana, por el problema de Salud Pública. En 1970 el Instituto Mexicano del Seguro Social inició las actividades del Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cérvico Uterino en Chihuahua y Nuevo León, extendiéndolas paulativamente para incorporar a todas las entidades de la frontera norte el programa opera utilizando equipos de muestras constituidos generalmente por dos auxiliares de enfermería y una auxiliar administrativa que se desplazan a las clínicas de cada Estado en forma cíclica, las láminas con las muestras se observan en los laboratorios delegacionales del área fronteriza. El diagnóstico definitivo y el tratamiento se realiza en las clínicas y hospitales más importantes de cada Estado.

En 1975 el Hospital de Oncología del Instituto Mexicano del Seguro Social estableció un curso para los citotecnólogos, médicos de anatomía patológica y auxiliares de enfermería para hacer directamente las tomas de muestras en los servicios de Detección del Cáncer Cérvico --

Uterino de las Clínicas y Centros de Salud.

Cada una de las tres instituciones; I.M.S.S., I.S.S.-S.T.E. y S.S.A., cuentan con los servicios de citología exfoliativa para observar las laminillas que los servicios de detección toman diariamente.

Existe un sistema práctico de documentos para identificar a las personas que se examinan por primera, segunda, tercera vez etc., y los resultados obtenidos de cada grupo es importante por tres razones:

- 1.- Los resultados de las personas examinadas por primera vez, representa la acumulación de la incidencia de la enfermedad.
- 2.- Los resultados de las personas que se encontraron negativas el año anterior y ahora son positivas, representan los casos que fueron falsos negativos un año anterior.
- 3.- Los resultados de las personas que se encontraron negativos los dos años anteriores y que ahora son positivas.

Los resultados de éstos estudios se basan en la teoría de que el cáncer in situ tarda diez años para ser invasor. (28)

-
- (28) Salud Pública de México, Epoca V, vol. XII, Núm. 2, Marzo-Abril 1970, pp. 137-140.
 Salud Pública de México, Epoca V, vol. XVII, Núm. 1, Mayo-Junio 1975, pp. 5-15.
 Salud Pública de México, Epoca V, vol. XVII, Núm. 6, Noviembre-Diciembre 1975, pp. 803-810.
 Salud Pública de México; Epoca V, vol. XXI, Núm. 5, Septiembre-October 1979, pp. 573-581.

Registro del Cáncer Cérvico Uterino

Las generalidades de los registros de los casos del -- cáncer son:

- Obtener datos sobre la magnitud del problema especialmente en la incidencia, extensión, resultados del tratamiento y la actividad tumoral de las pacientes.
- Vigilar continuamente el registro de los casos de cáncer que se presenten; la vigilancia tiene interés en relación con los resultados del tratamiento, el diagnóstico temprano, la rehabilitación y la mortalidad.

Esta campaña desempeña funciones muy importantes y una de las principales es la de disminuir la incidencia de la mortalidad del cáncer cérvico uterino.

Objetivos Inmediatos:

- a) Incrementar las actividades tendientes a prevenir, detectar y tratar en forma adecuada los casos de cáncer cérvico uterino.
- b) Mejorar la incidencia, la prevalencia y la mortalidad en el país.

Formas utilizadas en la Campaña Nacional Contra el Cáncer

Forma CNCC I "Invitación"

Propósitos:

- 1.- Canalizar a las personas al servicio de pesquisa de - casos de cáncer.
- 2.- Dar un informe de los resultados de los exámenes de - laboratorio realizados.

Manejo:

Las actividades las realiza el personal de enfermería y en ocasiones la trabajadora social.

Llenado:

Las anotaciones se harán con letra de molde, utilizando tinta azul.

Registro de datos:

Número de hoja y renglón; en el ángulo superior derecho de la forma se anota el número progresivo de la hoja "lista de pesquisa". Se anota el número de renglón en que queda registrado el nombre de la persona invitada para facilitar su localización en la lista, cuando la paciente se presente al servicio.

Centro de Salud u Hospital:

Se anota el nombre del Centro de Salud u Hospital en el que presta sus servicios la enfermera o trabajadora so

cial.

Ubicación:

Se anota el domicilio del Centro de Salud u Hospital - donde se encuentra el servicio de la toma de muestras.

Nombre:

Se anota el apellido paterno, materno y nombre de la persona que se invitó a la detección oportuna del cáncer cérvico uterino.

"La esperamos para su exámen el día"... y tiene por - objeto reforzar lo que ya se acordó verbalmente, se anota el día de la semana y la fecha.

El horario del servicio lo determina el establecimiento respectivo.

"Recoja su resultado"... corresponde a la enfermera - de la clínica anotar la cita para informar el resultado - del examen.

Registrar la fecha del día y el mes correspondiente, e comunicar a la persona cuándo debe presentarse al servicio de pesquisa a recoger su resultado.

Resultado del exámen del exudado cérvico uterino:

Se anota el número de la muestra, la clave y las observaciones microscópicas hechas por el laboratorio.

En el caso de una clave I o II el resultado se entrega a la persona correspondiente, si el resultado tiene clave III o IV la forma CNCC I "Invitación" se queda en el servicio y la persona se envía al médico encargado de los casos citológicos.

Identificación del personal:

En el reverso de la forma, la enfermera de campo o la de la clínica que realiza el trabajo escribirá su nombre completo.

Indicaciones para las personas invitadas:

En el reverso de la forma se encuentra escrito las - condiciones en que debe efectuarse el examen, para que - las personas puedan consultarlas.



Invitación

PROGRAMA DE DETECCIÓN DE CÁNCER DEL CUELLO DE LA MATRIZ Y DE LA MAMA

Noja N.º: _____
Exemplar N.º: _____

CENTRO DE SALUD U HOSPITAL _____
 UBICACION _____
 NOMBRE: _____ EDAD _____
 Le esperamos para su examen el día _____ de _____
 de las _____ a las _____ horas _____
 Recaja su resultado el día _____ del mes de _____
 EL RESULTADO DEL EXAMEN DEL EXUDADO CERVICU UTERINO
 FUE: _____
 Sector: _____ Mensajería: _____ Fecha de la visita: _____

EL
SERVICIO
ES
GRATUITO

Señora

EL CÁNCER ES CURABLE

asista a ser examinada oportunamente

INDICACIONES PARA EL DIA DE SU CITA

- 1.- No estar reglando. En caso de estar menstruando, presentarse 5 días después de terminado el sangrado.
- 2.- No tener relaciones sexuales un día antes del examen.
- 3.- No hacerse aseo vaginal cuando menos 24 horas antes del examen.
- 4.- Evitar la aplicación de pomadas, óvulos, jaleas e irrigación en la vagina, 24 horas antes del examen.
- 5.- De preferencia llevar blusa o vestido que se abra al frente, para facilitar el examen de la mama.

Forma CNCC 3 "Lista de Pesquisa de Casos de Cáncer"

Propósitos:

- 1.- Registrar a la población que acude a los servicios de pesquisa de casos.
- 2.- Conocer los resultados del estudio de las muestras — que se efectúan en el laboratorio de citología exfoliativa.
- 3.- Servir como fuente de datos para la elaboración de informes y control de la población que se estudia.

Llenado y manejo de la forma:

Esta forma se llena en los Centros de Salud u Hospitales que tienen servicios de pesquisa. La enfermera encargada del mismo anotará los datos en original con dos copias, se enviará diariamente el original y una copia al laboratorio, debiendo conservar la copia restante en el servicio de la toma de muestras.

Las anotaciones se harán con letra de molde con tinta azul y los datos que deben inscribirse son:

Servicio:

Se anota el nombre del Centro de Salud u Hospital que realiza la toma de muestras.

Localidad:

Se anota el nombre de la Ciudad o Estado donde se encuentra el establecimiento.

Fecha de la toma:

Se anota el día del mes y el año en que se toma la muestra.

Fecha de envío:

Se anota el día del mes y el año en que se envían las muestras al laboratorio.

Nombre de la enfermera de la clínica:

Se anota el nombre completo de la enfermera que toma la muestra.

Hoja Número:

Se anota el número progresivo del uno en adelante para cada año, debiendo empezar con la hoja No. 0001 al empezar un nuevo año.

Número de la muestra:

Se anota el número progresivo dado por el servicio para la pesquisa de casos, del 0001 en adelante.

Nombre:

Se anota el apellido paterno, materno y nombre de la paciente.

Domicilio:

Se anota el nombre de la calle y el número exterior e

interior de la casa.

Edad:

Se anota la edad de la paciente en años cumplidos.

I.M.S.S., I.S.S.S.T.E. y otros:

Se registran las iniciales de la institución cuando la paciente tiene derecho al servicio de alguna de ellas.

F.U.R.:

Se anota la fecha de la última regla.

Forma CNCC 4 "Tarjeta de pesquisa de casos"

Propósitos:

- 1.- Conocer el documento en que se registran los datos de cada una de las pacientes que en el estudio citológico resulten positivas con claves III o IV.
- 2.- Permitir el seguimiento del caso positivo durante los procesos clínicos y de laboratorio que la dependencia desarrolla en beneficio de la paciente.

Manejo de la tarjeta:

Esta forma es utilizada por los servicios de pesquisa de casos de cáncer y el manejo de la misma está a cargo de la enfermera de clínica.

Llenado de la forma, nombre:

Se anota en primer lugar el apellido paterno, materno y nombre de la paciente.

Edad:

Se anota la edad en años cumplidos; cuando la paciente ignore su edad, el personal que haga las anotaciones estimará la edad y se encierrará la cifra en un círculo.

Número de expediente:

Se anota el número de muestra asignada por el servicio de la toma de muestras.

Dirección:

Se anota el nombre de la calle, número, colonia, nombre de la localidad, entidad federativa y teléfono.

Número dado por el laboratorio:

En este renglón se pone el resultado del laboratorio de la primera muestra que da lugar a la apertura de la tarjeta; se anota con letra mayúscula el resultado de la clave III o IV y la descripción del hallazgo citológico.

Fecha:

Se anota la fecha en que se recibió el resultado.

Nombre de un familiar:

Se anota el nombre de un familiar, el cual referirá localizar a la paciente.

8.- Papel de la Enfermera en la Prevención y Detección del Cáncer Cérvico Uterino

Prevención: La enfermera sanitaria es importante y fundamental en las acciones que llevan como fin el fomento de la salud, la prevención, tratamiento de las enfermedades e incapacidades y la rehabilitación de quienes en algún momento alteraron el ciclo normal de su vida quebrantando el concepto de salud, contemplado como el bienestar físico, mental y social del individuo.

El papel de la enfermera en el campo de la salud pública crea en ella la necesidad de tener conocimiento amplio y completo de las actividades para utilizar eficazmente los recursos de que dispone y llevar a cabo la función que le corresponde en la mantención de la salud de la población. (30)

La salud del individuo considerado aisladamente, depende de factores genéticos y en mayor proporción de su forma de vida. El secreto de la higiene personal consiste en conocer las relaciones que existen entre las condiciones del funcionamiento del organismo humano y los factores del ambiente externo.

Un conocimiento de estos hechos no tiene valor si no es practicado diariamente, el cual implica que todos los procedimientos de la higiene personal deben transformarse en hábitos de vida, la higiene personal tiene por objeto colocar al individuo en las mejores condiciones de salud frente a los riesgos del ambiente.

La higiene personal incluye todas las prácticas, técnicas y hábitos incorporados al modo habitual de vida del individuo que tienen por objeto prevenir la enfermedad.

La práctica de la higiene personal es una cuestión de responsabilidad individual que se adquiere a través de un proceso de educación que se debe comenzar cuando empieza la vida, por lo tanto son los padres los que deben enseñar higiene personal a la niña, formándole hábitos de salud y luego los maestros dándole los fundamentos científicos de tales hábitos.

Cada período de la vida tiene su propia fisiología y diferentes riesgos y por tanto diferente patología, los métodos que utiliza la higiene personal deben ser peculiares para cada etapa de desarrollo del individuo.

Una de las funciones más importantes del personal que trabaja en los programas de salud es la de educador sanitario, la de enseñar a la gente la forma de vivir en esta

(30) Salud Pública de México; Época V, Vol. XIV, Número 3
Mayo-Junio de 1972, p.395.

do de salud. La educación sanitaria es uno de los pilares de la medicina preventiva y del fomento de la salud.

La finalidad de la educación sanitaria es ayudar a los individuos a alcanzar la salud mediante su propio comportamiento y esfuerzo. Empieza, por lo tanto, con el interés de la gente por mejorar sus condiciones de vida y crear un sentido de responsabilidad por su propio mejoramiento sanitario, ya sea individualmente, como miembros de una familia y de la colectividad.

En este sentido vale la pena recordar que la salud es uno de los elementos de bienestar general y la educación sanitaria o higiénica es sólo uno de los factores del mejoramiento de la salud y de las condiciones sociales.

También es necesario aclarar que la adquisición de conocimientos sobre la salud no se limita a la enseñanza dada con esta estricta finalidad, sino en buena parte es el resultado del proceso de aculturamiento general del individuo, de las experiencias adquiridas en el hogar, en la escuela y en su vida dentro de la colectividad.

La educación sanitaria trata de cambios de ideas, sentimientos y de la conducta de las personas; se afana en fomentar aquellas prácticas que producen el mayor grado posible de bienestar. Para que sea efectiva en sus planes, métodos y procedimientos se debe tener en cuenta los procesos mediante los cuales se adquieren conocimientos, se cambia el modo de sentir y se modifica la conducta.

Todo ser humano puede aprender fuere cual fuere su edad, sexo, raza y cultura; esto plantea un problema individual a todo el que intente que la gente cambie sus actitudes y costumbres higiénicas, pero esto no garantiza que en una situación educativa dada cualquier persona aprenda lo que el educador propone ya que de esto depende de muchos factores y especialmente de las experiencias que el individuo haya podido tener con anterioridad, pues que aprender implica un cambio de ideas y costumbres por parte del individuo, este cambio puede llevarse a cabo mediante el propio esfuerzo individual. Mientras permanezca pasivo frente a determinada situación no hay aprendizaje posible, es decir, este es un proceso activo y no un proceso de información, de conocimiento o de memorización; se aprende haciendo, este hecho es de singular importancia para el educador sanitario, quien no debe contentarse con proporcionar al público información sobre la salud. La educación sanitaria es efectiva cuando induce al individuo a vivir una vida sana practicando las téc

nicas de la higiene personal.

Como en todo proceso educativo, la educación sanitaria cambiará la conducta de la persona en la medida que esta comprenda lo que debe hacer y cuando vea que el hacerlo -- le produce ventaja. El propósito de la educación sanitaria es educar a la gente contribuyendo a despertar el interés a facilitar la comprensión y la obtención de valores que permiten al hombre en una situación dada, llevar una vida sana.

Los métodos de educación sanitaria pueden aplicarse a ciertos grupos importantes de la población y en este sentido se distingue la educación sanitaria de los pre-escolares que se realiza a través de la familia y de las clínicas infantiles, la educación sanitaria como parte del programa de enseñanza primaria y secundaria, la educación sanitaria e información para el público en general, la educación y adiestramiento del personal sanitario que debe a su vez actuar como educador sanitario.

Los medios concretos para realizar la educación sanitaria son: enseñanza oral (conferencias, discusiones de grupo, radio, consultas individuales, consejos etc.), demostraciones visuales (gráficos, maquetas, fotografías, cine, exposiciones, museos, etc.), competencias y concursos; actividades de grupo tales como los clubes de madres, grupos de primeros auxilios etc..

Las charlas, conferencias y discusiones son métodos -- mas generales; su principal valor consiste en que presentan un asunto a un gran número de personas a la vez.

La eficiencia de los métodos aumenta con el empleo de medios visibles como demostraciones prácticas muy usadas en la enseñanza médica y en las visitas que la enfermera hace al hogar con maquetas y cuadros.

La materia que se va a enseñar va a corresponder al interés del individuo o de la localidad, de la información que interesa a la población es: Causa de las enfermedades que mas afectan a la población, normas para mantener la salud, fomento de la salud y la formación de hábitos.

Muchos elementos que emplea la educación higiénica es la divulgación cuyo objetivo no es la educación sino el despertar sentimientos de simpatía e interés hacia el tema que se desea divulgar. La propaganda siempre usa métodos que produzcan efectos violentos en la población y generalmente se hace en forma de Campañas durante las cuales se insiste sobre un tema acerca del cual se desea despertar interés. (31)

(31) Hernán San Martín, Salud y Enfermedad, pp. 280-282.

Educación higiénica en las diferentes etapas de la vida:

Vida intrauterina: Ya durante la vida intrauterina hay toda una higiene prenatal o del embarazo cuya finalidad es la de conservar la salud de la madre y permitirle el desarrollo normal del niño.

Higiene del lactante: Debe existir una enseñanza de -- puericultura a la madre con el objeto de que aplique al -- niño/a una buena higiene personal, medidas indirectas tales como mejoramiento de la vivienda y de la calidad sanitaria de los alimentos, utensilios etc..

Higiene infantil: Descansa en el control médico y en la educación de la madre y de sus familiares; de aquí que el pediatra y la enfermera sanitaria sean los ejes de los programas. El examen médico debe incluir revisión de la -- higiene personal (dieta, vestido, sueño, baño, etc.), la alimentación, el abrigo y el aseo del niño/a son vitales en el primer año de vida.

Edad pre-escolar: En la edad pre-escolar, el niño/a -- inicia la formación de hábitos y actitudes higiénicas que es necesario dirigir adecuadamente. En este período se -- forman la mayor parte de los hábitos.

Edad escolar: El niño/a es muy receptivo a las enseñanzas; es esta la mejor época para fundamentar los hábitos de la vida sana que antes se enseñaron a base de reflejos y acostumbamiento.

La pubertad y la adolescencia: Son épocas de la vida -- que ofrecen muy buena oportunidad para la higiene mental y la educación sexual.

Después de los 20 años de edad, estando el organismo -- ya desarrollado, el individuo entra activamente a la vida dentro de la sociedad y los problemas de la higiene personal se complican por esta misma razón.

En la edad adulta: La educación sanitaria rinde menos porque ya la personalidad y los hábitos de vida están formados y el individuo difícilmente los cambia. Estas consideraciones explican la situación actual, pero no justifica el no usar los conocimientos sobre prevención y fomento de la salud.

Si la formación de hábitos no es conducido adecuadamente por los padres y luego por los maestros, se establece definitivamente como factores desfavorables para la salud

Las aplicaciones de la higiene personal son ilimitadas y deben de estar presentes en cada momento de la vida del hombre.

La prevención primaria, es decir aquella que evita que la enfermedad se produzca, solo es posible si se conoce la etiología de aquí que, las medidas sanitarias han de basarse en la prevención secundaria, es decir en el conjunto de medidas que detienen el curso progresivo de una enfermedad en su fase inicial e impidan las complicaciones.

La prevención secundaria implica el descubrimiento y el diagnóstico temprano, seguido de rápido tratamiento y rehabilitación.

Teóricamente los exámenes periódicos de salud servirían muy bien para la finalidad de la prevención secundaria.

Resulta difícil por razones culturales, persuadir a las personas que se encuentran aparentemente sanas a someterse periódicamente a exámenes médicos de revisión. (32)

¿ Porque la mujer no se realiza el examen de Papanicolaou cuando se encuentra aparentemente sana ?

Existen factores socio-culturales y económicos.

La mayoría de las mujeres acuden al examen citológico cuando notan alguna sintomatología ginecológica patológica que les preocupa para ser tratada.

Muy pocas acuden cuando se encuentran aparentemente sanas y sólo lo hacen las mujeres que culturalmente saben la existencia e importancia de la Detección Oportuna del Cáncer Cérvico Uterino.

Algunas mujeres refieren estar encadenadas al trabajo doméstico y al cuidado de su familia por lo que sus posibilidades de asistir al examen ginecológico están limitadas. Otras, la falta de recursos económicos es su problema creándoles muchas dificultades. La inercia, los hábitos ciegos y la falta de información constituye una fuerza importante para no dedicar su atención y esfuerzo para asistir a revisión médica.

Por otra parte, cualquiera que sea la estructura social se enfrenta el fenómeno de que a pesar que tengan las posibilidades económicas para el mejoramiento de la salud, haya la traba de la indolencia, los hábitos flojos de pensamiento, sus tradiciones y las actitudes conservadoras del pasado que les impide d struir una forma vieja de pensar en la de no dejarse explorar por el médico. No se atreven a progresar respecto a sus costumbres, hábitos cotidianos negativos y de la idiosincracia que no hacen nada por evitar que esta situación quede rezagada de las posibilidades socio-económicas.

El problema psicológico de la inseguridad del esposo - hacia su mujer de no permitirle realizar el examen ginecológico por celos.

Los prejuicios familiares en las actitudes del jefe de familia hacia la mujer que está sujeta a las ideas del machismo mexicano que la tiene reprimida y sujeta a prejuicios que penetran profundamente en su descuido personal.

Los aspectos anteriores son razones socio-culturales y económicos que influyen para que las mujeres no acudan al examen ginecológico para la conservación de su salud.

Es importante el establecimiento de un plan educativo dirigido a la población femenina con la finalidad de:

- a) Informar a la población sobre la trascendencia y magnitud del cáncer cérvico uterino.
- b) Dar a conocer la existencia y disponibilidad de los recursos para el control del problema.
- c) Informar la sencillez de los procedimientos de detección.
- d) Comunicar la periodicidad de los exámenes de detección
- e) Explicar las probabilidades de éxito en el tratamiento y control del cáncer cérvico uterino cuando se descubre en sus fases incipientes.

Para que tenga éxito la campaña, ésta debe ser permanente con el fin de que llegue a ser una rutina el examen periódico con los recursos científicos efectivos que aseguren el éxito de estos programas; sensibilizando a la población femenina aparentemente sana que no manifiesta ningún problema específico.

Funciones:

- 1.- Realizar entrevistas de invitación.
- 2.- Planear, organizar y participar en pláticas de educación higiénica.

Actividades:

- 1.- Invitar por medio de entrevistas a la población femenina que haya iniciado relaciones sexuales para que acudan al servicio de Detección Oportuna del Cáncer.
- 2.- Orientar a las personas invitadas sobre las condiciones en que deben presentarse para la toma de muestras
- 3.- A la persona entrevistada se le deja una forma CNCC I (Campaña Nacional Contra el Cáncer "Invitación") con la fecha que deben presentarse y se anotan los datos correspondientes a esa forma.

Propósitos de la visita domiciliaria:

- 1.- Contribuir a la educación y orientación de la comunidad, sobre el padecimiento y los recursos con que cuenta para su prevención, diagnóstico y tratamiento.
- 2.- Lograr la asistencia de personas que sospecha de cáncer para verificar el diagnóstico e impartir el tratamiento.
- 3.- Verificar el domicilio de la paciente.
- 4.- Contribuir a la regularización de consultas de las pacientes inasistentes, en cualquiera de sus etapas.
- 5.- Persuadir a las pacientes desertoras para que sigan con su tratamiento.
- 6.- Investigar los problemas socio-económicos de la paciente que dificulten su tratamiento. (33)

HISTORIA NATURAL DEL CANCER CERVICOUTERINO

ANTES DE LA ENFERMEDAD

CONDICIONES DEL HUESPED

- MUJERES DE 30 A 45 AÑOS
- RELACIONES SEXUALES TEMPRANAS, FRECUENTES CON DIFERENTES COMPARECOS
- ENFERMEDADES VENEREAS
- PARTOS MULTIPLES
- VIRUS HERPES

CONDICIONES DEL AMBIENTE

- BAJO NIVEL SOCIOECONOMICO
- FACTORES CULTURALES (INICIO TEMPRANO DE RELACIONES SEXUALES)
- CARENCIA DE RECURSOS PARA LA ATENCION MEDICA

INTERACCION

SEMEN*, VIRUS*,
NACILIBAR*,
TRAUMATISMOS
DEL CERVIX*

ESTIMULO
PATOGENO



PERIODO PRE PATOGENICO

DURANTE LA ENFERMEDAD

MUERTE
POR UREMIA,
SEPTICEMIA,
HEMORRAGIAS

COMPLICACIONES:
COMPRESION
UTEREROS,
VENGA Y RECTO
INVASION TEJIDOS
VECINOS Y
METASTASIS

CARCINOMA
INVASOR
HEMORRAGIAS
ULCERACION DEL
CERVIX

ESTADO
CRONICO

LOCALIZACION
REGIONAL DE
ALTERACIONES
MACROSCOPICAS

HORIZONTE CLINICO

CANCER IN SITU:
ALTERACIONES
CELULARES
LOCALIZADAS,
SOLO DETECTADAS
POR
MICROSCOPIO

PERIODO DE
LATENCIA

PERIODO PATOGENICO

PREVENCIÓN DEL CÁNCER CERVICOUTERINO				
Prevención primaria		Prevención secundaria		Prevención terciaria
Promoción de la salud	Protección específica	Diagnóstico precoz y tratamiento oportuno	Limitación del daño	Rehabilitación
<p>Información a la población femenina sobre los síntomas y signos de la enfermedad</p> <p>Educación a las mujeres para evitar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Promiscuidad sexual ● Infecciones genitales ● Multiparidad <p>Educar a las mujeres para que se sometan a examen médico periódicamente</p>	No existe	<p>Exámenes a las mujeres entre 15 y 45 años para la detección oportuna de las lesiones</p> <p>Examen clínico</p> <p>Prueba de Schiller</p> <p>Papanicolaou</p> <p>Biopsia de cervix</p> <p>Tratamiento:</p> <p>Cirugía</p> <p>Radioterapia</p> <p>Medicamentos específicos (anti-metabolitos)</p>	<p>Tratamiento de las complicaciones a base de:</p> <p>Medicamentos</p> <p>Cirugía</p>	Se hará en función de la incapacidad que se haya producido

8.1 PROGRAMA DE ENFERMERIA COMUNITARIA

Prevención y detección oportuna del cáncer cérvico uterino
(primer nivel de atención a la salud)

JUSTIFICACION: La morbi-mortalidad causada por el cáncer - cérvico uterino constituye un problema de - salud, por lo que el personal de enfermería debe de tomar medidas de prevención y detección oportuna para lograr la salud de la población femenina.

OBJETIVO: Llevar a cabo la prevención y detección del cáncer cérvico uterino.

META: Con acciones preventivas y asistenciales lograr disminuir las altas tasas de mortalidad del cáncer cérvico uterino.

UNIVERSO: Población femenina de los 15 a los 45 años de edad del sector de trabajo.

RECURSOS: Físicos; para la ejecución de los programas la Coordinación de la Lucha contra el Cáncer en conjunción con la Dirección General de los Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados, Dirección General de Salud en el D.F., proporcionan los recursos necesarios.

Humanos; personal profesional y no profesional de enfermería, trabajadoras sociales, - médicos, citotecnólogos, médicos citólogos y personal administrativo.

LIMITES: De espacio; el programa se llevará a cabo - en el sector de trabajo.

De tiempo; programa permanente.

ORGANIZACION: Para el logro del objetivo actúan unidades aplicativas de la Secretaría de Salubridad y Asistencia en la siguiente forma:
Primer nivel; prevención y detección. Visitas domiciliarias y toma de frotis de Papanicolaou.

Segundo nivel; (Hospitales Generales) detec
ción y manejo de las enfermas con lesiones
pre malignas.

Tercer nivel; (Centros Oncológicos) detec
ción y atención integral de las pacientes
con lesiones del cáncer invasor del cér
vix y rehabilitación.

SUPERVISION: Corresponde a los directivos de las unida-
des aplicativas y las actividades del pro-
grama. El personal profesional de enferme-
ría debe supervisar y asesorar al personal
no profesional.

Actividades de Enfermería en la Prevención

Objetivo	Acciones
I.- Analizar las funciones del servicio de Enfermería del Centro de Salud en la Comunidad.	Conocer el sector de trabajo a cargo del Centro de Salud. Recorrer el sector de trabajo, guiándose con un plano.
II.- Determinar las características de la población femenina a través del estudio metodológico de la comunidad.	<p>El personal de enfermería debe de conocer las condiciones reales de la vivienda y adaptarlas a los cuidados de prevención.</p> <p>Estudio de la comunidad.</p> <p>Vivienda:</p> <p>A. Habitación</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- tipo de vivienda: jacal, adobe, ladrillo etc. 2.- número de cuartos. 3.- baño. 4.- número de personas que la habitan. 5.- hacinamiento. 6.- promiscuidad. <p>B. Agua</p> <ol style="list-style-type: none"> 7.- forma de abastecimiento en el hogar. 8.- instalaciones para el uso del agua.
III.- Realizar visitas domiciliarias para elaborar un diagnóstico situacional de enfermería del núcleo familiar.	<p>Identificar necesidades de la población.</p> <p>C. Recursos</p> <ol style="list-style-type: none"> c.1 económicos. c.2 sociales; organización familiar. c.3 psicológicas; relaciones interfamiliares. c.4 culturales; educación, fuente de trabajo, ocupación. c.5 ambientales; condición del saneamiento del medio ambiente en el hogar.

c.6 nutricionales

E. Identificar y definir el problema.

- e.1 recoger información respecto al problema.
- e.2 formular el plan de visita domiciliaria para ayudar a resolver el problema, adaptando los recursos con que se cuenta.
- e.3 evaluar el progreso realizado con respecto a la solución del problema.

IV.- Promover la educación para la salud en la población a fin de mejorar los hábitos higiénicos.

Informar al público en general sobre la prevención y detección oportuna de los casos ginecológicos a través de charlas educativas.

V.- Derivar los casos encontrados con patología ginecológica.

Establecer un límite de estudios mensual para que el personal encargado del estudio de la comunidad se vea obligado a promover la educación higiénica y derivar los casos con o sin patología ginecológica.

Enseñar a las mujeres la forma de seguir el tratamiento, ejemplo: como aplicarse un óvulo, un aseo vaginal etc., adaptando los recursos con que cuentan.

Crear un ambiente de relación brindando confianza y sinceridad.

Debe de haber labor de convencimiento enriqueciendo con razones la verdad que desconocen.

Debe de haber persuasión del personal de enfermería para lograr que las mujeres acudan a la invitación en forma libre y de manera espontánea.

Influir con la voluntad de las mujeres para que acepten la invitación con evidencias y argumentos, introduciendo una llamada que capte la atención de ellas. .

Procurar que las charlas educativas se impartan a la pareja.

Actividades de Enfermería en la Detección.

Objetivo

Acciones

- VI.- Conocer las funciones de enfermería en el Centro de Salud.
- Organización, orientación, funcionamiento, ubicación y política de la institución.
- VII.- Participación del personal de enfermería en la recepción de las pacientes.
- En todos los servicios se debe de respetar la individualidad de las pacientes, brindándoles buen trato, atendiéndolas lo mejor posible para crear un ambiente de seguridad y confianza hacia el personal de la institución; independientemente de su condición social y lograr que puedan seguir con su tratamiento.
- En los trámites administrativos imponer un requisito obligatorio en la consulta general para que todas las mujeres pasen al servicio de Detección Oportuna del Cáncer.
- Dar charlas de la prevención y detección del cáncer cérvico-uterino en la sala de espera de los consultorios.
- VIII.- Participación del personal de enfermería en el método de diagnóstico (Papanicolaou).
- Preparar física y psicológicamente a la paciente.
- Toma de productos en el servicio de Detección Oportuna del Cáncer Cérvico Uterino en forma permanente, durante todo el día para dar oportunidad a todas las mujeres que trabajan.

Detección:

Actividades de enfermería en clínica.

Funciones:

- 1.- Planear las actividades diarias.
- 2.- Planear y organizar las actividades de carácter administrativo (manejo de la papelería).
- 3.- Coordinar el trabajo con los servicios de ginecología, enfermería comunitaria y trabajo social.
- 4.- Orientar a las personas que acuden al servicio sobre la importancia del examen ginecológico.
- 5.- Proporcionar atención específica adecuada a todas las pacientes.
- 6.- Planear y organizar el trabajo en relación con la preparación del equipo y material.

Actividades:

- 1.- Preparación del servicio.
 - a) Preparar el material y equipo para la toma de muestras (gasas, láminas porta-objetos, lápiz punta diamante, recipiente con solución jabonosa para los espejos vaginales, líquido fijador y tubos de cristal provistos con peras de caucho).
 - b) Limpieza de la mesa auxiliar y mobiliario.
- 2.- Arreglo de la documentación.
 - a) Preparar los resultados de las personas citadas para el día.
 - b) Preparar la hoja para la recepción de las pacientes.
- 3.- Atención al público.
 - a) Recibir a las personas asistentes y anotar los datos de la solicitante.
 - b) Orientar y dar preparación física a la paciente.
 - c) Toma del exudado cérvico uterino.
 - d) Anotar la cita para la entrega del resultado y el número que corresponda a la muestra tomada.
 - e) Entregar los resultados negativos a las asistentes y referir al servicio de ginecología a las que tienen citología positiva o con problema ginecológico.
 - f) Abrir la tarjeta de pesquisa a los casos positivos.
 - g) Enviar las muestras al laboratorio.
 - h) Solicitar papelería, material y equipo de acuerdo a las normas establecidas.
 - i) Preparar el material y equipo para esterilizar.
 - j) Elaborar los informes de las actividades diarias y mensual en la forma aprobada por la institución. (34)

Técnica de Papanicolaou.

Material y métodos.

El servicio de toma de muestras para citología exfoliativa estará integrado por el siguiente mobiliario.

Mobiliario:

- 1.- Un escritorio.
- 2.- Una silla.
- 3.- Un tarjetero.
- 4.- Una mesa ginecológica con gabinete y escalón.
- 5.- Una mesa de trabajo.
- 6.- Un banco giratorio.
- 7.- Una lámpara de pie.

Equipo y material:

- 1.- Espejos vaginales (chicos, medianos y grandes).
- 2.- Un riñón de aluminio.
- 3.- Una caja con porta-objetos.
- 4.- Tubos de cristal con peras de caucho.
- 5.- Guantes estériles.

Instalaciones:

- 1.- Lavabo con agua corriente.

Preparación y manejo del equipo y material de consumo:

Para el logro de las metas fijadas para éstos servicios es necesario que la enfermera tenga preparado el equipo - y le permita:

- 1.- Tomar la muestra con facilidad.
- 2.- Obtener la protección contra infecciones para la paciente y para ella misma.

Espejos vaginales:

Al sacar el es espejo de la vagina se deposita en el riñón y se sumerge en agua jabonosa, para que después la enfermera calzada con los guantes lo lave con un cepillo; ya limpio y seco se manda a central de equipos para que lo preparen y lo esterilicen.

Guantes:

Los guantes aún calzados se lavan con agua jabonosa, se voltean y se lavan por su cara interna, se secan por ambos lados y se mandan a central de equipos para que los preparen y los esterilicen.

Láminas:

Las láminas que se utilizan deben manejarse por los bordes y estar libres de polvo, talco etc..

En general todo el equipo debe mantenerse en condiciones óptimas, cada semana se revisa y se limpian todos los objetos metálicos.

Objetivos:

- Incrementar las actividades tendientes a prevenir, detectar y tratar en forma adecuada los casos de cáncer.
- Obtener del exocérvix y del fondo de saco posterior de la vagina una muestra del exudado para examen citológico.
- Indagar otros procesos patológicos y en su caso canalizar a las pacientes al ginecólogo.

Técnica:

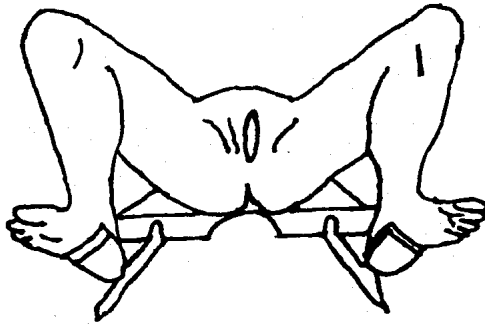
- 1.- La enfermera hace la toma de las muestras.
- 2.- Se prepara a la consultante y se le explica el objeto del examen.
- 3.- Se verifica y se anota los datos de identificación.
- 4.- Se prepara un espejo vaginal estéril del tamaño adecuado para la exploración de acuerdo con las condiciones del tacto vaginal.
- 5.- Se provee de una lámina porta-objetos y del guante izquierdo.
- 6.- Imaginariamente se divide la lámina en tres partes iguales y se anota con lápiz punta diamante, en uno de los extremos; clave del servicio, número progresivo comenzando con el 0001 (la numeración se reinicia cada año), iniciales del apellido paterno, materno y del nombre de la paciente, se anota el número I romano para la toma de muestra del cérvix y el II para la toma de exudado del fondo de saco posterior. Fig. 1



Fig. 1

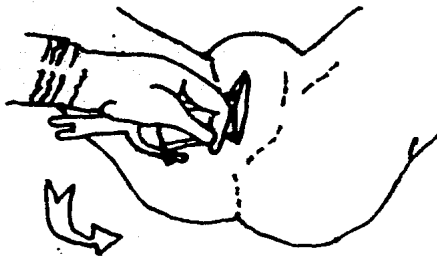
- 7.- Se coloca a la paciente en posición ginecológica procurando que los glúteos queden en la orilla próxima de la mesa para que facilite la exposición de la vulva. Fig. 2

Fig. 2



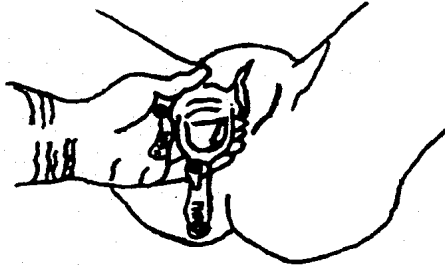
- 8.- La enfermera se coloca el guante con la mano izquierda y toma el espejo cerrado sin usar lubricantes ni antisépticos, lo introduce en la vagina con el mango hacia la izquierda de la enfermera, luego se gira hacia la derecha y entonces se abre hasta que proporcione perfecta visualidad del cérvix. Fig. 3

Fig. 3



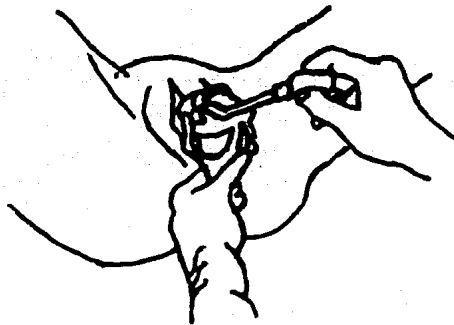
9.- Se fija la apertura de las valvas dando vuelta al tornillo dispuesto. Fig. 4 (35)

Fig. 4



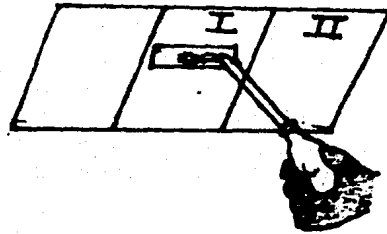
10.- Se introduce el tubo de cristal provisto de una pera de caucho y se aspira el líquido cervical. Fig. 5

Fig. 5



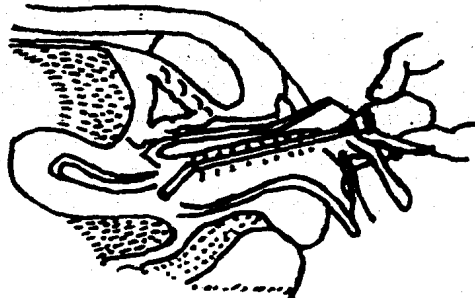
11.- Inmediatamente, el líquido aspirado es proyectado sobre el porta-objetos marcado con el número I y se extiende con el borde del tubo. Fig. 6

Fig. 6



12.- Se vuelve a introducir el tubo de cristal y se toma un poco de exudado del fondo de sace posterior (Fig. 7), el cual se deposita sobre la lámina porta-objetos en el extremo marcado con el número II, empleando la misma técnica.

Fig. 7



13.- Se fija el frotis inmediatamente de tomado estando fresco en un frasco que contiene el fijador. La composición de este líquido es de alcohol de 96° y éter a partes iguales, si no se emplea esta fijación inmediata, la basofilia de las células epiteliales se alteran rápidamente y la proporción de las células basófilas y de las células acidófilas se modifica, lo cual es muy importante para su interpretación. Es preciso guardar el alcohol en recipientes muy bien cerrados, de lo contrario, la fracción etérea se evapora rápidamente y la proporción se altera.

Así mismo es necesario cambiar la solución de tiempo en tiempo porque las células que se desprenden al fijarlas la enturbian y puede ser una causa de error. (36)

14.- Se afloja el tornillo del espejo vaginal y se cierra un poco girándole a la izquierda, luego se retira y se deposita en la solución jabonosa.

15.- Se lava el guante cuando todavía esta puesto y luego se quita.

16.- Se hace lavado de manos.

17.- Se cita a la paciente para que recoja su resultado.

18.- Se procede al arreglo de la mesa ginecológica para la toma del siguiente estudio.

Nota:

- Si la paciente asiste durante su menstruación deberá ser citada 5 días después de que haya terminado.
- Durante el embarazo se tomará la muestra en cualquier etapa de éste.
- En mujeres púerperas se tomará en cuanto haya terminado sus loquios.
- Si la paciente es virgen no se tomará la muestra, salvo indicación médica y se hará solamente del introito vaginal.

En la solicitud del estudio se anotan los siguientes datos:

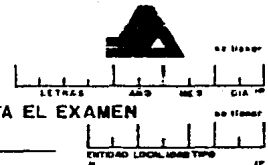
- Nombre completo de la paciente.
- Edad.
- Ciclo menstrual.
- Fecha del comienzo de la última regla, o años de menopausia.
- Aspecto del cuello uterino.
- Otros datos clínicos importantes.
- Fecha en que se tomó el frotis. (37)

(36) J. Botella Llusia, Endocrinología de la mujer, p.445

(37) S.S.A., op. cit., p.120.



**SUBSECRETARIA DE ASISTENCIA
DIRECCION DE LUCHA CONTRA EL CANCER
SOLICITUD DE EXAMEN CITOLOGICO**



DATOS DEL SERVICIO QUE ATIENDE AL PACIENTE O SOLICITA EL EXAMEN

UNIDAD APLICATIVA _____

NOMBRE Y DOMICILIO _____

1 MODULO DE DETECCION
2 PLANIFICACION FAMILIAR
3 CONSULTA GINECOLOGICA
4 PRENATAL
5 OTROS SERVICIOS

LOCALIDAD Y ENTIDAD _____

FECHA _____

TIPO DE CONSULTA _____

1 PRIMERA VEZ
2 SUBSECUENTE

II DATOS DE LA PERSONA EXAMINADA

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE (S)	
CALLE Y NUMERO		COLONIA O LOCALIDAD		Z. P.	MUNICIPIO
				ESTADO	

FECHA DE NACIMIENTO _____

EDAD _____

(AÑOS CUMPLIDOS)

SEXO 1 MASC.
2 FEM.

NUMERO DE EXPEDIENTE _____

ESTADO DE ORIGEN _____

III ESTUDIO GINECO-OBSTETRICO

MENARCA (EDAD) _____

CICLO 1 REGULAR 2 IRREGULAR _____

Ritmo _____

VIDA SEXUAL ACTIVA SI/NO _____

FECHA ULTIMA REGLA _____

EMBARAZO (PARIDAD) _____

Gesta Para Aborto _____

1 LEUCORRREA 2 FLUJO SANGUINOLENTO
3 METRORRAGIA 4 SANGRADO AL COITO
5 DOLOR

SITIO _____

TIPO DE LESION _____

1 EXOCERVICAL 1 ECTROPION
2 ENDOCERVICAL 2 EBOSION
3 CORPOREO 3 LEUCOPLASIA
4 VAGINAL 4 POLIPOS
5 VULVAR 5 ULCERACIONES
6 PROLAPSO 6 UMNORACION

CLAVE CLINICA

1=1 A Sin datos Patológicos
2=1 B Signos y/o Síntomas Leves
3=1 C Signos y/o Síntomas Severos
4=2 Datos Sugestivos de Cáncer
5=3 Datos Evidentes de Cáncer

PATOLOGIA MAMARIA

1 SI 1 BENIGNA
2 NO 2 SOSPECHOSA

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO

Amenorrea _____

1 DISFUNCION

2 EMBARAZO

3 LACTANCIA

4 MENOPAUSIA

FISIOLÓGICA

5 MENOPAUSIA

NO FISIOLÓGICA

1 OBITO

2 TRABAJO DE PARTO

3 POSTPARTO

SEÑALES

TRATAMIENTO PREVIO

1 LEGRADO

2 ELECTROCOAGULACION

3 QUIRURGICO

4 RADIACIONES

5 HORMONAL

6 QUIMIOTERAPIA

Control Anticonceptivo

1 HORMONAL

2 DIU

3 SALPINGOCLASIA

4 NINGUNO

5 OTROS _____

ESPECIFICAR

Cirugía Ginecológica Previa

1 SI TIPO _____

2 NO FECHA _____

Radiaciones

1 SI DURACION _____

2 NO DOSIS _____

Biopsia num.

1 POSITIVA

2 NEGATIVA

Amenaza

de Aborto

1 SI

2 NO

FECHA _____

IV OTROS

Procedencia de la Muestra

0 1 BROMANOS 09 MAMA

0 2 CAVIDAD ORAL 10 PROSTATA

0 3 COLOR 11 RAQUIS

0 4 UTERINO 12 RECTO

0 5 ESOFAGO 13 VESICULA

0 6 ESTOMAGO 14 VESICULA

0 7 FALANGE 15 VEYUNO-ILEON

0 8 LAMINA

Producto

0 1 ESPUTO 09 LIQ. CEPHALORUMABUNDADO

0 2 EXUDADO 10 LIQ. PLEURAL

0 3 JUGODUODENAL 11 LIQ. PROSTATICO

0 4 JUGO GASTRICO 12 LIQ. SINOVIAL

0 5 JUGO PANCREATICO 13 ORINA

0 6 LAGRIMAS 14 SALIVA

0 7 LIQ. AMNIOTICO 15 SECRECION DEL PEZON

0 8 LIQ. ARQUITIS

Modo de Obtención

0 1 ASPIRACION 09 CATETERISMO

0 2 EMBOSCONA 10 ENJUARE

0 3 FROTIS 11 IMPROPTA

0 4 LAVADO 12 LIQ. CONTRASTE

0 5 LEGRADO 13 PUNCION

0 6 SORDEO

0 7 OTROS _____

ESPECIFICACION _____

DATOS CLINICOS PRINCIPALES

DIAGNOSTICO RADIOLOGICO

DIAGNOSTICO ENDOSCOPICO

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO

NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE _____

RES. CLINICA _____

RES. CITOLOGICO _____

NOTA: REPIERASE EXCLUSIVAMENTE AL SECTOR CORRESPONDIENTE (LLENAR ORIGINAL Y COPIA)
EN CONSULTA DE DETECCION LLENAR SOLO LOS INCISOS IMPRESOS CON LETRA GRUESA

Importancia de la fecha del comienzo de la última menstruación al realizar el examen de Papanicolaou.

La fecha es de mucho valor para identificar la acción hormonal de acuerdo a los días del ciclo menstrual.

Efecto de los estrógenos sobre el epitelio cervical:

Los estrógenos modifican la actividad del epitelio cervical, durante la fase estrógena el moco cervical es mas abundante, alcalino, adquiere un estado líquido, claro y permite con mas facilidad la penetración de los espermatozoides.

Efecto de la progesterona sobre el cuello uterino:

Inmediatamente antes de la menstruación las secreciones son escasas, viscosas, ricas en leucocitos, impermeables a los espermatozoides y no dan lugar a la arborización en hehecho.

Correlación del ciclo menstrual con el patrón hormonal

Fase Menstrual	Folicular Temprana	Folicular Avanzada	Ovulación	Lútea Temprana	Lútea Avanzada	Pre-menstrual	
Días	1-3 & 5	4 & 6-8	9 & 12-16	12-16	15-17	20-25	26-32
Estrógeno	Disminución	Aumento progresivo	^{2/3} Concentración	Elevación	Secundaria	Disminución	
Progesterona	F	±	T	±	Aparece	Elevación	Disminución

Ciclo cervical: Ocurren modificaciones cíclicas en las glándulas endocervicales, sobre todo en la fase folicular del ciclo.

Durante la fase folicular precoz, las glándulas son ligeramente tortuosas, las células secretoras no tienen gran tamaño y la secreción mucosa es escasa.

La fase folicular tardía se caracteriza por la acentuada tortuosidad de las glándulas, invaginación profunda, tumescencia de los epitelios, células columnares altas y secreción abundante. El tejido conectivo adquiere composición mas laxa y muestra mejor vascularización; la regresión de estas estructuras sigue a la ovulación.

La creciente actividad secretora de las glándulas endocervicales alcanza mayor intensidad hacia el momento de la ovulación, sólo en este momento, en la mayoría de las mujeres, el moco cervical es fluido; la propiedad del moco cervical que permite estirarlo en largos hilos se denomina filancia. Más o menos a partir del día séptimo del ciclo menstrual hasta el décimo octavo se observa la arborización en helecho que está determinada por la acción hormonal. (38)

(38) Williams, op. cit., p.87.

3.2 Cuidados de Enfermería en el Tratamiento del Cáncer Cérvico Uterino.

Cuidados emocionales, familiares y socio-culturales

Decidida la operación es conveniente entrevistar a la paciente durante el tiempo necesario para tener una idea de su idiosincrasia, inteligencia y condiciones ambientales para, de acuerdo con la información obtenida adecuar la explicación sobre el tipo de operación que se le va a practicar y de sus consecuencias ciertas o posibles.

De la manera de como se lleve a cabo dependerá en mucho que la paciente acepte la intervención quirúrgica y su cooperación para lograr su pronta recuperación, así como adaptarse a las secuelas de la operación.

En un buen sector de nuestro medio existen prejuicios respecto a la extirpación del útero y de sus anexos. Las mujeres piensan que la supresión del útero acaba con la vida sexual de la mujer o que su metabolismo se modificará ocasionándole obesidad. Estos aspectos hay que aclararlos debidamente, así como explicar con honestidad que la extirpación de los anexos del útero puede ocasionar algunos trastornos que es posible disminuir con tratamiento substitutivo.

Ante la palabra cáncer los prejuicios son mas acendrados, cuando se contempla la posibilidad de un padecimiento maligno, el planteamiento de la operación se complica; en principio, si la paciente se considera que no tiene suficiente capacidad para discernir sobre la gravedad de su padecimiento y las consecuencias de la operación, es mejor exponerle sólo la conveniencia de su tratamiento sin mayores detalles, al familiar, se le debe de plantear la situación sin ninguna reticencia.

Cuando la paciente se encuentra con la suficiente capacidad de aceptar su diagnóstico es conveniente decirle las consecuencias de su tratamiento, sobre todo cuando se piensa en la posibilidad de dejar colostostomia o ileostomia, a este respecto solo la paciente debe decidir porque ningún familiar por cercano que sea tiene derecho a determinar sobre su curación y la clase de vida que deberá llevar. El planteamiento debe ser objetivo y claro, pero de ninguna manera frío e impersonal, el hacerle ver a la paciente que se comprende su situación, que se interesa ayudarla y que la operación que se propone es un recurso que la obliga a ciertos sacrificios e cambio de vida y que ésta puede ser normal o llevadera a pesar de las mutilaciones, hará menos trágica la situación y la paciente estará

en condiciones mas receptivas para seguir las indicaciones postoperatorias y conseguir su recuperación física y psíquica. (39)

Es mejor no comunicar a la fuerza la confirmación del diagnóstico a quienes demuestran no desear este tipo de información o que no tienen la capacidad suficiente para soportarla.

En otras circunstancias se les dará la explicación verosímil de los síntomas si se considera que la paciente difícilmente aceptará el diagnóstico, ejemplo: el dolor en el dorso y en la cadera por metástasis puede atribuirse a artritis.

Se comunique el diagnóstico a la paciente o no se haga, se les informa a los familiares para que puedan ayudar en el planteamiento realista del cuidado futuro.

Si la paciente desconoce su diagnóstico, su familia tiene doble tarea, dominar sus sentimientos y procurar que la paciente no sepa la verdad. Si la paciente sabe la verdad sobre su diagnóstico, la familia tendrá libertad para ayudar a que lo acepte; en uno u otro caso la importancia de la familia es muy grande.

Muchas pacientes son extraordinariamente sensibles, pueden descubrir cualquier inseguridad y desagrado por parte de la enfermera cuando realiza sus actividades, si su actitud de ella indica calma, capacidad y comprensión; la confianza de ella le ayuda a la rehabilitación.

No se debe evitar las preguntas y precauciones de la paciente, se dejan expresar sin interrupción, no cambiar de tema, después de oír la pregunta se debe decidir si se puede o no contestar. El diagnóstico y el plan de tratamiento lo debe explicar el médico.

El proceso del cuidado físico es a menudo exigente, se debe ayudar a la paciente a mantener el respeto así misma.

Cuidar de cubrirla durante los tratamientos, estricta atención de higiene y permitir que participe en planear su cuidado cuando este en condiciones de hacerlo. (40)

(39) Tenorio González, Cáncer, p. 217.

(40) Smith, op. cit., p. 267.

Cuidados de Enfermería en la Radioterapia

Las paciente que reciben radiaciones en los órganos pélvicos pueden sufrir grados de náuseas, vómitos y diarrea; a la paciente se le debe hacer comprender que estos síntomas son temporales y que remiten al terminar el tratamiento.

Se produce alopecia temporal y parcial a los 4 o 6 meses posterior a la aplicación de radioterapia. Se debe explicar a la paciente que esta afección es temporal y recomendar el uso de peluca para restaurar el aspecto estético.

Los elementos radioactivos son peligrosos a su manipulación por sus efectos destructores de los tejidos normales; por consiguiente se debe tener extrema precaución en su uso, almacenamiento y transporte.

El cuidado detallado como lavado del cabello, manicure y baño completo debe realizarse el día anterior a la terapéutica.

La cuidadosa atención a estos detalles ayudará a la paciente y a su familia a aceptar el aislamiento forzado temporal. Antes de insertar el aplicador en el cuello uterino, se aplica un enema evacuante de limpieza y se instala una sonda foley. Esto se hace para evitar un posible desplazamiento del aplicador.

Después de la inserción del aplicador de Fletcher que se realiza en el Quirófano; se traslada a la paciente a un cubículo aislado, en donde el terapeuta de radiación inserta la fuente radioactiva en el aplicador durante un número específico de horas. Se debe explicar a la paciente y a su familia la necesidad de aislamiento temporal y de reposo; en la muñeca de la paciente se coloca una pulsera en la que se lee "PRECAUCIONES CONTRA RADIACION"; esta debe permanecer puesta hasta que el funcionario de seguridad de radiación retire el aplicador, la cama y la puerta de la paciente se identifica también apreciablemente con tarjetas y se adhieren etiquetas impresas.

Se debe de estar alerta ante el número y el tipo de aplicador usado, la hora en que se insertó el aplicador e inspeccionar periódicamente para observar si hay o no desplazamiento.

El retiro del aplicador se debe realizar a la hora especificada y el terapeuta debe ser notificado por lo menos con media hora de anticipación. Si se llegara a caer un aplicador se recoge con unas tenazas largas y se coloca en un recipiente de plomo que generalmente se deja en el cuarto de baño de la paciente.

Al final del tratamiento se retira la sonda foley antes de que el terapeuta de radiación retire el aplicador, la enfermera se debe colocar guantes desechables y con tenazas largas debe lavar el aplicador con un cepillo en un recipiente que sobre una carretilla es trasladado por el terapeuta de radiación a la sala donde se conservan los elementos radioactivos. El aplicador se manipula con cuidado y no se debe de abrir.

Las excreciones corporales, los tapones vaginales y la sonda foley no son radioactivos por lo que no requieren una manipulación especial.

Todas las personas que intervienen en el cuidado de las pacientes que reciben radiaciones deben conocer la necesidad de limitaciones en su exposición, el grado de riesgo posible depende del tipo y cantidad de material radioactivo utilizados para el tratamiento.

Se debe de tener siempre presente los principios de seguridad sobre tiempo, distancia y protección.

Tiempo: Cuanto menor sea el tiempo que se pase en la vecindad de una substancia radiactiva, menos radiación se recibe. El personal de enfermería debe planear con cuidado sus actividades y realizarlas con rapidez y eficiencia para pasar el tiempo menos posible junto a la paciente, la preparación psicológica ayuda a que la enferma acepte la cantidad limitada de tiempo de que dispone la enfermera.

Distancia: Se refiere a la distancia de la fuente radiactiva; una enfermera situada a una distancia de 4 metros de la fuente de radiación recibe 25 por 100 de la radiación que recibiría si estuviera situada a 2 metros de la fuente (paciente).

Protección: Se refiere al uso de cualquier tipo de material para atenuar la radiación, por lo general se usa plomo, paredes de concreto, guantes revestidos de plomo, delantales y sábanas revestidos del mismo material.

Se debe de impartir cursos de seguridad contra radiación para ayudar al personal de enfermería a trabajar con eficiencia e inteligencia. La enfermera tiene la responsabilidad ante sí misma y ante el Hospital de mantenerse al tanto de los progresos recientes en la radioterapia y trabajar con el funcionario de seguridad contra la radiación para estudiar, aplicar y revisar los procedimientos. (41)

(41) Ibid., pp. 267-285.

Actividades de Enfermería en el Tratamiento Quirúrgico del Carcinoma Cérvico Uterino

Cuidados preoperatorios específicos:

- 1.- Vigilar los estudios paraclínicos.
 - a) Biometría hemática completa.
 - b) Química sanguínea.
 - c) Tiempo de protombina.
 - d) Grupo sanguíneo y factor RH.
 - e) Dosificación de electrólitos.
 - f) Teleradiografía de tórax.
 - g) Electrocardiograma.
 - h) Valoración del riesgo cardiorespiratorio preanestésico.
- 2.- Urograma excretor.
- 3.- Cistoscopia.
- 4.- Rectosigmoidoscopia.
- 5.- Biopsia del cuello uterino positivo para neoplasia.
- 6.- Instalar sonda Levine.
- 7.- Instalar sonda Foley.
- 8.- Tricotomía púbica, perineal y de la pared abdominal.
- 9.- Instalar venoclisis.
- 10.- Aplicar enema evacuante con agua jabonosa hasta que - el agua de retorno salga limpia.
- 11.- Mantener en ayuno a la paciente.

Cuidados preoperatorios de la Histerectomía en el Quirófano.

Con el objeto de que la enferma esté tranquila durante la inducción anestésica, es conveniente iniciar su preparación hasta después de que el anestesiólogo haya colocado la cánula endotraqueal.

Una rutina para la preparación preoperatoria puede ser la siguiente:

Aseo de la vagina y del periné: Con previa tricotomía de esta región se realiza la asepsia con agua y jabón; y la antisepsia con solución Benzal, esto se realiza aún -- cuando no se tenga planeado extirpar el útero, ya que los hallazgos operatorios pueden obligar a cambiar de conducta.

La asepsia y antisepsia debe hacerse más con cuidado -- cuando exista un tumor de cérvix necrótico e infectado -- porque el cortar la vagina y al extraer la pieza operatoria habrá contaminación de la cavidad abdominal. En estos casos es posible que el lavado energético de la vagina pro-

veque hemorragia importante proveniente del tumor cervical; para cohibirla es conveniente aplicar un tapon vaginal con gasa impregnada de solución antiséptica fija en su extremo distal con una pinza para facilitar su extracción al quitar la pieza operatoria. (42)

Cuidados transoperatorios específicos

Disponer de sangre para transfusión por el sangrado masivo de la Histerectomía.

Tener disponible el equipo de paro cardíaco y del aparato desfibrilador por la posibilidad de un accidente cardiovascular.

Actividades de la enfermera instrumentista:

- 1.- Checar el instrumental, compresas de esponjear, gasas con trama, suturas etc..
- 2.- Preperccionar el equipo para la antisepsia de la piel y de la repa para el campo operatorio.
- 3.- Mantener en orden y limpio el instrumental durante el acto operatorio.
- 4.- Coordinarse con la enfermera circulante para el material extra que se necesita durante la intervención quirúrgica.
- 5.- Colocar el instrumental contaminado en el lugar correspondiente.
- 6.- Coordinarse con la enfermera circulante para hacer el recuento de gasas, compresas de esponjear e instrumental para asegurar que todas han sido eliminadas antes de cerrar la incisión.

Actividades de la enfermera circulante:

- 1.- Disponer del mobiliario, comprobar el funcionamiento satisfactorio de las lámparas, aparatos de aspiración y otros utensilios por emplear.
- 2.- Recibir a la paciente procedente de la sala.
- 3.- Revisar el expediente clínico completo y las radiografías.
- 4.- Colaborar con el anestesiólogo.
- 5.- Anotar los datos en la libreta de control.
- 6.- Colaborar con la asepsia de la región.
- 7.- Mantener limpia y en orden la sala de operaciones durante el acto quirúrgico.
- 8.- Poner en un frasco con formol la pieza operatoria y enviarla a patología con la solicitud para su estudio
- 9.- Elaborar la hoja de enfermería y acompañar a la paciente a la sala de recuperación.

- 10.- Terminada la intervención quirúrgica, junto con la enfermera instrumentista, preparar la sala poniendo todo en orden.

Cuidados de enfermería en el postoperatorio inmediato:

- 1.- Vigilar permeabilidad respiratoria.
- 2.- Vigilar sangrado de herida quirúrgica.
 - a) Externa; se observa por el sangrado visible.
 - b) Interna; por la palidez, hipotensión arterial, taquicardia, inquietud y deshidratación.
- 3.- Vigilar la presencia de vómito.
- 4.- Vigilar signos vitales cada 10 minutos hasta que se -- estabilizen.
- 5.- Cuidar la rutina tendientes a mantener el equilibrio - hidroelectrolítico.
- 6.- Vigilar estado de conciencia.
- 7.- Ministrar antibióticos y analgésicos.
- 8.- Mantener en ayuno.

Cuidados en el postoperatorio mediate:

- 1.- Vigilar dehiscencia de la herida quirúrgica.
- 2.- Iniciar con dieta líquida en cuanto inicie el peristaltismo.
- 3.- Observar en busca de síntomas de infección de herida - quirúrgica (dolor, enrojecimiento, tumefacción localizado, presencia de exudado purulento, fiebre, escalofríos, cefálea y anorexia).
- 4.- Ambulación temprana.

Cuidados específicos:

Aseo perineal diario, vigilar íleo paralítico, retirar canalización pélvica entre el quinto y séptimo día, anotar el color y volúmen del material de drenaje. La sonda Foley se retira alrededor del décimo día; antes de retirarla se llena la vejiga con 250 ml de agua estéril, una vez retirada se le pide a la paciente que orine y se mide la cantidad de orina, si la residual es mayor de 150 ml, se vuelve a colocar la sonda repitiéndose la maniobra a los 10 días hasta que disminuya la orina residual por abajo de la cifra mencionada. Si persiste la dificultad para el vaciamiento al cabo de seis meses se hace un examen cistoscópico para determinar si hay obstrucción en el cuello vesical, si existe se realiza resección endoscópica.

La disminución de la excreción urinaria y la dorsalgia baja puede indicar la ligadura accidental de un uréter.

La tromboflebitis es complicación frecuente de posición de la enferma, debe ejercitar sus piernas para evitar la congestión de sangre en la pelvis, se coloca en posición semifowler con elevación de la piédera y se coloca vendaje de miembros inferiores.

La paciente debe acostarse durante períodos breves del día, un día después de la operación puede permitirse caminar con la ayuda de la enfermera.

A veces se necesita extirpar todo el contenido pélvico (excenteración pélvica), esta operación incluye panhisterectomía, cistectomía, extirpación del recto y resección abdomino perineal. Se realiza colostomía y se abocan los uréteres a la piel o al íleon; es posible imaginar el traumatismo emocional y físico que resulta de esta cirugía extensa por las alteraciones radicales de la fisiología y los ajustes extensos que se necesitan en las actividades diarias.

La colostomía se irriga con un litro de agua diariamente a la misma hora para acostumar su evacuación.

Después de la Histerectomía, el médico debe explicar a la paciente que se ha extirpado el tejido maligno. Sin embargo es de mayor importancia que la paciente acuda regularmente a la clínica para hacer exámenes periódicos conforme al siguiente esquema:

- Primer año: mensualmente.
- Segundo año: bimestralmente.
- Tercer año: trimestralmente.
- Después: semestralmente por tiempo indefinido.

Estos lapsos tendrán que ajustarse de acuerdo con las

posibilidades efectivas de los servicios. Es obvio que de presentarse sospecha clínica de recurrencia deberá modificarse el calendario.

Al regresar al hogar la paciente debe saber que no debe en varios meses levantar objetos pesados, hacer esfuerzos y deportes activos. Suele permitírsele nadar, pero no montar a caballo, no debe emplear ropa que constriña el cuerpo, como fajas o ligeros en la zona de la ingle.

Cuidados de Enfermería a pacientes a pacientes con cáncer inoperable:

La muerte por cáncer cérvico uterino suele ser lenta y dolorosa, es causada por uremia a medida que la neoplasia ocluye de manera progresiva los uréteres.

Las pacientes suelen sufrir de dolor intenso y emacración, presentan salida de material espeso y fétido por la vagina; por lo que se realiza aseo perineal y lavados vaginales. Para combatir el dolor son útiles las soluciones con cloro y para el dolor se aplican analgésicos y en los casos muy severos se ministran sedantes.(43)

(43) Ibid., pp. 220-221.

III.- ESQUEMA DE LA INVESTIGACION

1.- Metodología empleada

Para estructurar el marco teórico se utilizó la investigación bibliográfica y los datos fueron registrados en fichas bibliográficas y fichas de trabajo.

2.- Fuente de los datos

La hipótesis fue verificada por investigación de campo por lo cual se empleó la observación directa de la técnica de Papanicolaou realizando 674 muestras en total, se obtuvo los resultados clasificados y se tomó a las 30 pacientes en total con el diagnóstico de displasias como grupo de estudio. Durante el tiempo comprendido del mes de Octubre de 1982 al mes de Abril de 1983 en los 10 módulos de Medicina General Familiar del Centro Comunitario de Salud T III A Portales.

Los resultados y la consulta de los expedientes clínicos respecto a sus antecedentes gineco-obstétricos, diagnóstico, tratamiento y evolución de las pacientes con displasias se registraron, sistematizaron y concluyeron para demostrar la hipótesis planteada.

Nota: En el diseño de tesis tiene planeada diferente área geográfica del que en realidad se estudio; porque en la fecha que se elaboró el diseño aún se realizaba la técnica de Papanicolaou en la consulta externa del Hospital de Oncología. Posteriormente al llevar a cabo el estudio de investigación ya no funcionaba dicho servicio porque pasó a realizarse éste tipo de diagnóstico a nivel de Medicina Preventiva de las diferentes clínicas del I.M.S.S..

La aceptación por las autoridades del Centro Comunitario de Salud T III A Portales para realizar el estudio de investigación llevaron a conseguir la meta.

IV RESULTADOS

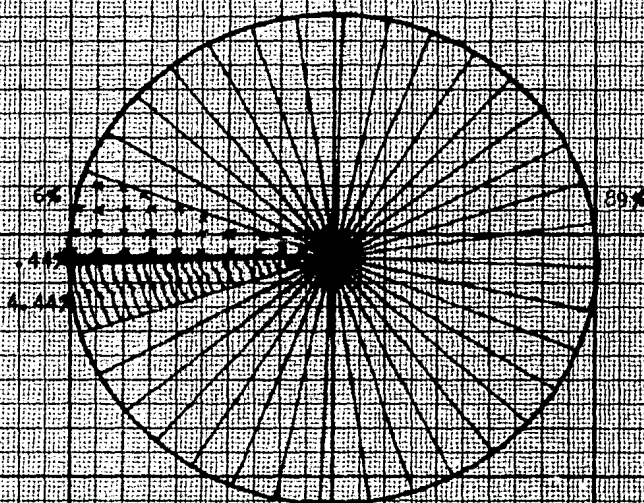
Cuadro No. 1

RESULTADOS DE CITOLOGIA EXFOLIATIVA DEL MES DE OCTUBRE DE 1982 AL MES DE ABRIL DE 1983.

Normal	41	6%
Reacción Inflamatoria	600	89%
Displasia	30	4.44%
Maligno	3	. 44%
Total de muestras Tomadas	674	100%

Fuente: Control de Detección Oportuna del Cáncer de los 10 módulos de Medicina General Familiar del Centro Comunitario de Salud T III A Portales.

GRAPICA No. 1
RESULTADOS
DE
CITOLOGIA EXFOLIATIVA



Normal
Reacción Inflamatoria
Displasia
Maligno

Fuente: Control de Detección Oportuna del Cáncer de las 10 células de Medicina General Familiar del Centro Comunitario de Salud T III A Vertales.

Cuadro No. 2

IDENTIFICACION DE LAS PACIENTES CON DISPLASIAS QUE ACUDIERON A CONSULTA DE PRIMERA VEZ Y SUBSECUENTES.

Primera vez	19	63.3%
Subsecuentes	11	36.6%
Total	30	100%

Fuente: Control de Detección Oportuna del Cáncer de los 10 módulos de Medicina General Familiar del Centro Comunitario de Salud T III A Portales.

GRÁFICA No. 2

PACIENTES CON DISPLASIA QUE ADJERON A CONSULTA

100%

51.2%

36.6%

||||| Primera vez
===== Subsecuentes

Fuente: Control de Detección Colectiva del Cáncer de los 10 años
de Medicina General Familiar del Centro Comunitario de
Salud "III A" Portales.

Cuadro No. 3

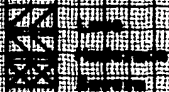
RESULTADO DE LAS CITOLOGIAS EXFOLIATIVAS CON DISPLASIAS Y SU CLASIFICACION.

Displasia leve	7	23.3 %
Displasia moderada	13	43.3 %
Displasia severa	10	33.3 %
Total	30	100 %

Fuente: Control de Detección Oportuna del Cáncer de los 10 módulos de Medicina General Familiar del Centro Comunitario de Salud T III A Portales.

GRATICA No. 9
CLASIFICACION DE LAS DESPUNTAS

100%



Elaborado por el Departamento de Estadística y Censos del INEC
Sede: T. 111. 8. Particular

Cuadro No. 4

EDAD MAS FRECUENTE DE LAS PACIENTES QUE PRESENTAN DISPLASIAS

Edad	No. de Pacien- tes	%
20 - 29	6	20 %
30 - 39	11	36 %
40 - 49	6	20 %
50 - 59	4	13.3%
60 - 69	2	6.6 %
70 - 79	1	3.3 %
Total	30	100 %

Fuente: Control de Detección Oportuna del Cáncer de los 10 módulos de Medicina General Familiar del Centro Comunitario de Salud T III A Portales.

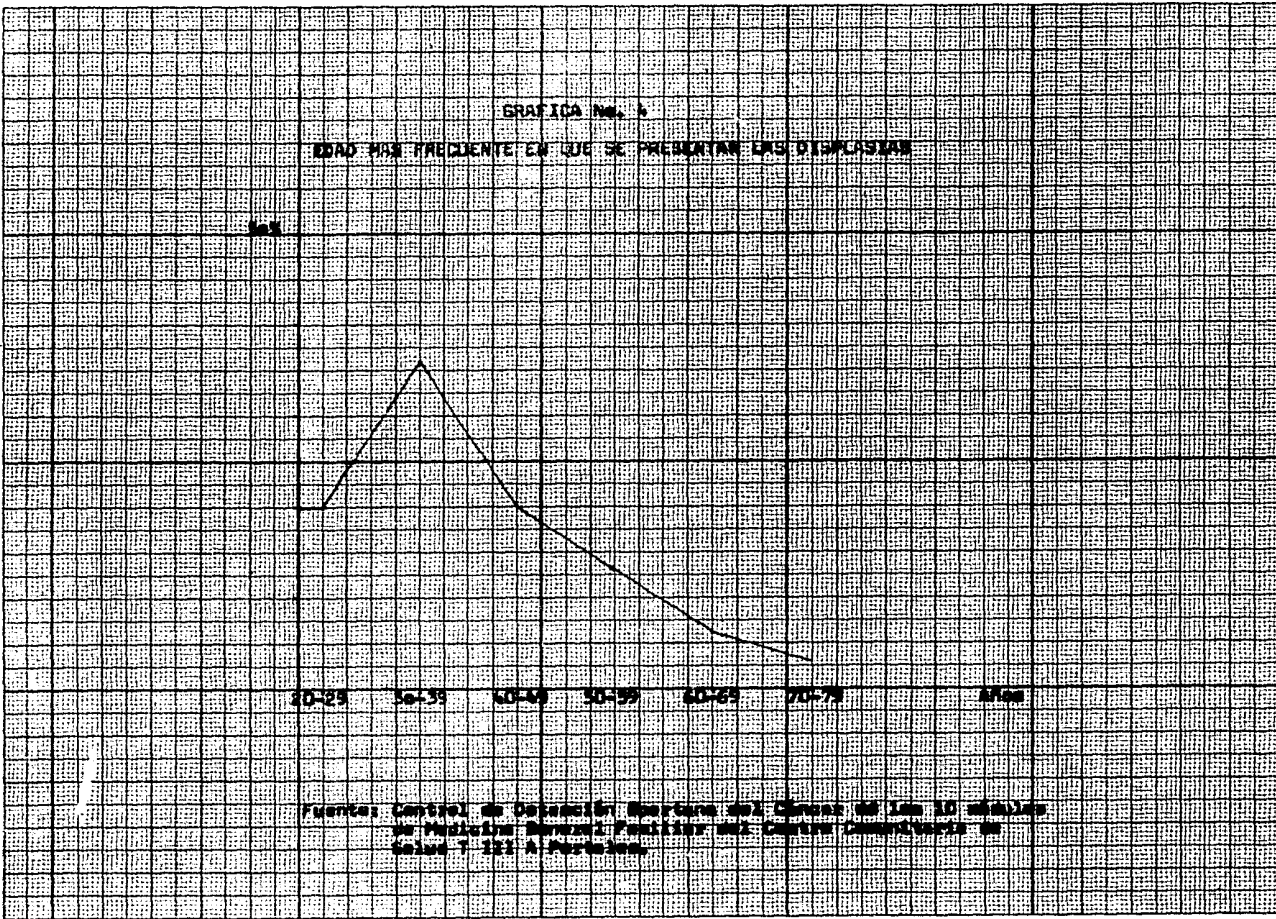
GRAFICA No. 6

EDAD MAS FRECUENTE EN QUE SE PRESENTAN LAS DISPOSIASIAS

Sex

20-29 30-39 40-49 50-59 60-69 70-79 Años

Fuente: Control de Detección Esportiva del Consejo de las 10 escuelas de Medicina Superior Familiar del Centro Comunalista de Salud T-121 A Parí, Venezuela.



Cuadro No. 5

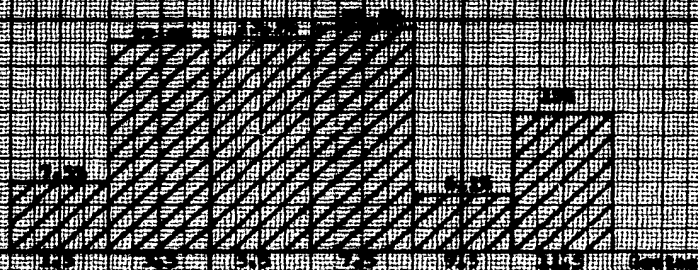
ANTECEDENTES OBSTETRICOS DE LAS 30 PACIENTES CON DISPLASIAS

Gestas (X)	Frecuencias(F)	Fx
1	1	1
2	5	10
3	7	21
4	3	12
5	2	10
6	4	24
7	4	28
8	1	8
9	1	9
10	0	0
11	1	11
12	1	12
Total	30	140

Fuente: Control de Detección Oportuna del Cáncer de los 10 módulos de Medicina General Familiar del Centro Comunitario de Salud T III A Portales.

GRÁFICA N.º 2

ESTADO DE LAS CUENTAS DE CONTROL



Cuentas Control de Depreciación: Decrecen del orden de las 10 millones
de unidades de medida, fijas en la base contable de
las 1.000.000.000.

Cuadro No. 6

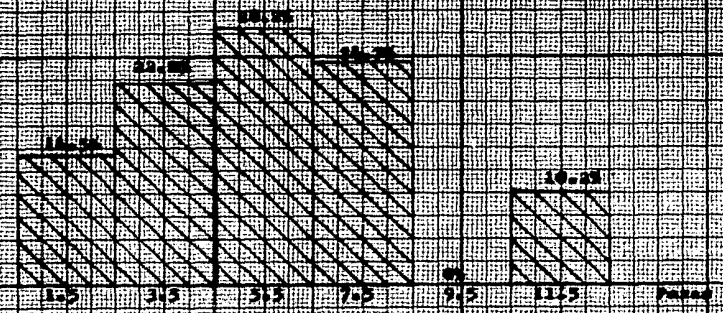
ANTECEDENTES OBSTETRICOS DE LAS 30 PACIENTES CON DISPLASIAS

Paras (X)	Frecuencias (P)	PX
1	1	1
2	8	16
3	6	18
4	2	8
5	3	15
6	3	18
7	3	21
8	1	8
9	0	0
10	0	0
11	0	0
12	1	12
Total	28	117

Fuente: Control de Detección Oportuna del Cáncer de los 10 módulos de Medicina General Familiar del Centro Comunitario de Salud T III A Portales.

GRÁFICA No. 5
PARAS DE LAS PACIENTES CON DIABETES

90%



Fuente: Control de Ortopedia Operativa en el Cáncer de los 10 años de Medicina General Familiar del Centro Comunitario de Salud "111 A" Portales.

Cuadro No. 7

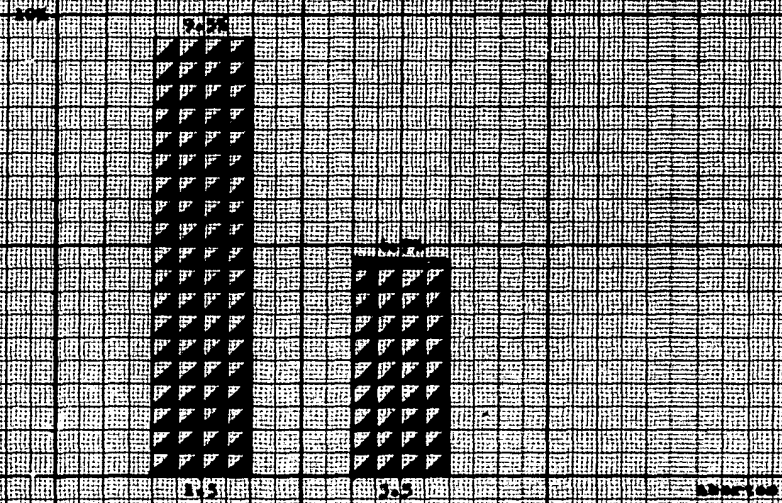
ANTECEDENTES OBSTETRICOS DE LAS 30 PACIENTES CON DISPLASIAS

Abortos (X)	Frecuencias (F)	PX
1	11	11
2	1	2
3	1	3
4	1	4
Total	14	20

Fuente: Control de Detección Oportuna del Cáncer de los 10 módulos de Medicina General Familiar del Centro Comunitario de Salud T III A Portales.

GRAFICA No. 7

ABORTOS DE LAS PACIENTES CON DISPLASIA



Fuente: Control de Seguimiento Operativo del Cáncer de las 10 unidades de Medicina General Familiar del Centro de Salud comunitario T-111 A Portales.

Cuadro No. 8

EXPLORACION GINECOLOGICA DE LAS 30 PACIENTES CON DISPLASIAS

Apariencia	No. de Casos	% de Casos
Normal	4	13.33 %
Vulva Hiperémica	3	10 %
Mucosa Vaginal Hiperémica	6	20 %
Secreciones grumosas blanquecinas - adheridas a la pared vaginal.	3	10 %
Cérvix con erosión	15	50 %
Cérvix Sangrante	6	20 %
Cérvix con Tumorción	4	13.33 %
Dolor a la palpación bimanual	4	13.33 %
Quistes de Naboth	3	10 %

Fuente: Control de Detección Oportuna del Cáncer de los 10 módulos de Medicina General Familiar del Centro Comunitario de Salud T III A Portales.

Cuadro No. 9

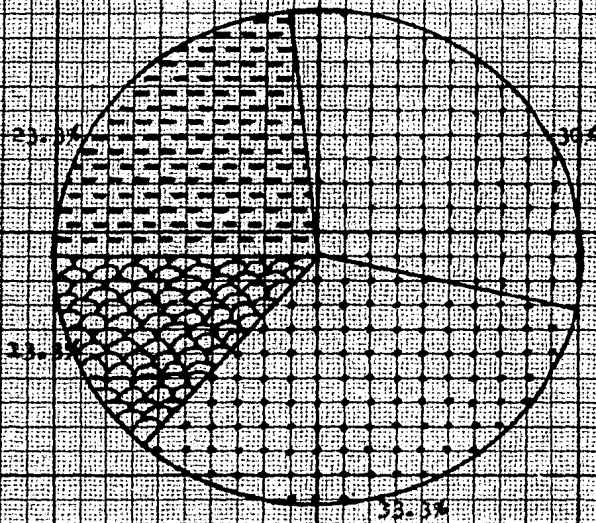
INFECCIONES E INPESTACIONES CERVICOVAGINALES ENCONTRADAS EN LAS 30 PACIENTES CON DISPLASIAS POR LOS SIGUIENTES MICROORGANISMOS.


Triconomas	7	23.33 %
Monilias	9	30 %
Patron Cocoide	10	33.33 %
Enterobacteri- as	4	13.33 %

Fuente: Control de Detección Oportuna del Cáncer de los 10 módulos de Medicina General Familiar del Centro Comunitario de Salud T III A portales.

GRAFICA No. 3

INFECCIONES E INFECCIONES ORRICOVAGINALES DE LAS PACIENTES CON DISPLASIAS.



-  Tricomonas
-  Monilias
-  Patron Coccolic
-  Enterobacterias

Fuente: Control de Detección Oportuna del Cáncer de los 10 módulos de Medicina General Familiar del Centro Comunitario de Salud T III A Portales.

Cuadro No. 10

RELACION DE LOS SIGNOS Y SINTOMAS QUE PRESENTAN LAS PACIENTES
CON DISPLASIAS.

Leucorrea	26	86.6 %
Prurito Vulvar	11	36.6 %
Dispareunia	10	33.3 %
Dolor Pelviano	3	10 %
Sangrado Intermenstrual	10	33.3 %
Sangrado post-Coito	4	13.3 %

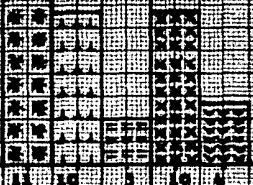
Fuente: Control de Detección Oportuna del Cáncer de los 10
módulos de Medicina General Familiar del Centro Co-
munitario de Salud T III A portales.

GRAFICA No. 10

SIGLOS Y SIMBOLAS DE LAS FACETTES CON DISTANCIAS

100%

100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0



- Facetas
- Facetas con Distancia
- Distancia
- Distancia con Distancia
- Distancia con Distancia
- Distancia con Distancia

-1

Fuente: Central de Informacion Cientifica de la Universidad de Chile
 Santiago, Chile, 1970. *Revista de la Facultad de Ciencias Exactas y Físicas*
 No. 1, p. 111.

Cuadro No. 11

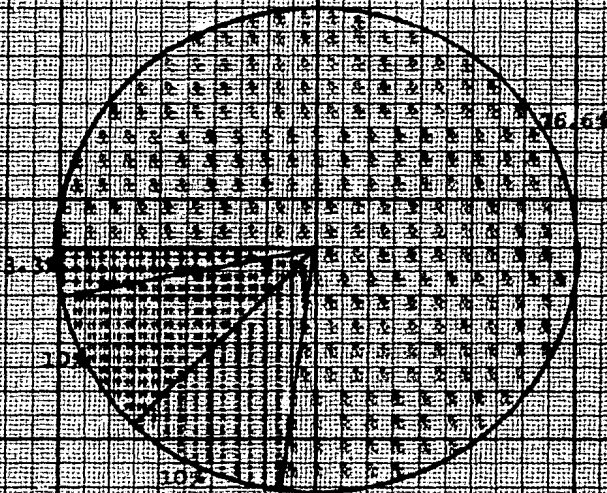
EVOLUCION DE LAS 30 PACIENTES CON DISPLASIAS A CANCER CERVI-
CO-UTERINO.

Displasias en Control	23	76.6 %
Cáncer In Situ	3	10 %
Cáncer Invasor	3	10 %
Defunciones	1	3.3 %
Total	30	100 %

Fuente: Control de Detección Oportuna del Cáncer de los 10
módulos de Medicina General Familiar del Centro Co-
munitario de Salud T III A Portales.

GRAFICA No. 11

EVOLUCION DE LAS PACIENTES CON DISPLASIA
SIA A CANCER CERVICO UTERINO



65.6	Displasias en Control
10.2	Cáncer in Situ
13.2	Cáncer Invasivo
11.0	Fallecimientos

Fuente: Control de Detección Oportuna del
Cáncer de las 10 médicas de Medi-
cina General Familiar del Centro
Comunitario de Salud T. III A. Por-
talón.

Interpretación de datos

En la Gráfica No. 1; muestra el total de las pacientes que se les realizó el estudio de citología exfoliativa durante el tiempo comprendido del mes de Octubre de 1982 al mes de Abril de 1983, siendo los resultados del 89 % de las pacientes con reacción inflamatoria, el 6 % normales, el 4.44 % con displasias y el .44 % con malignidad de un total de 674 muestras tomadas.

La reacción inflamatoria afecta el 50 % de las mujeres en cualquier etapa de la vida adulta según algunos autores, en los resultados estas cifras están mas elevadas; por lo que es conveniente revisar el aspecto de la frecuencia y las variaciones sexuales, para verificar si este dato podría aumentar las cifras de las reacciones inflamatorias.

En la Gráfica No. 2; las pacientes con resultado de clase III (Displasia) acudieron a consulta el 63.3 % por primera vez y el 36.6 % fueron subsecuentes de un total de 30 pacientes.

Los resultados de las personas examinadas por primera vez representan la acumulación de la incidencia de la enfermedad, de los casos subsecuentes son los que resultaron negativos el año anterior y ahora son positivos de displasia.

En la grafica No. 3; representa el porcentaje mayor el grupo con displasia moderada con 43.3 % como primer lugar, en segundo lugar el 33.3 % con displasia severa y el tercer lugar con el 23.3 % con displasia leve. La displasia ha sido calificada Histológica y Citológicamente como leve, moderada y severa; los patólogos y los citólogos en su gran mayoría, no tienen dificultad para etiquetar a una displasia como leve, pero tratándose de las severas en ocasiones presentan discrepancias en su interpretación diagnóstica entre carcinoma intraepitelial y displasia; haciendo resaltar las dificultades.

En este grupo de las displasias abarcan a todas las lesiones del cuello uterino que presentan anomalías en la maduración y la proliferación celulares.

En la Gráfica No. 4; la edad mas frecuente en la que se encuentran las displasias es de los 30 a 39 años con el 36 %. La displasia es una lesión de la mujer joven, en nuestro medio el Dr. Tenorio González y Cois la encuentran en esta edad; y son mas frecuentemente encontradas durante la actividad sexual máxima de la mujer.

En la Gráfica No. 5; representa la mayor incidencia de gestas en las pacientes con displasias fué del 24.5 % con un promedio de 7.5 gestas.

Los mismos factores epidemiológicos predisponentes que afec--

tan en el carcinoma cérvico uterino en sus etapas intraepitelial o invasora aparecen en las displasias; entre los factores generalmente que justifican se encuentra la multiparidad que pre dispone una lesión maligna.

En la Gráfica No. 6; representa las Paras de las pacientes con displasias, encontrando mayor frecuencia del 28.2% en ellas con un promedio de 5.5 paras. Entre los factores irritantes que actúan sobre el cuello uterino destacan por su frecuencia los traumatismos obstétricos, siendo ésta la razón de que sean mas frecuentes las lesiones displásicas en las mujeres multiparas.

En la Gráfica No. 7; la frecuencia mayor de abortos en las pacientes con displasia fué de 9.5% con un promedio de 1.5 abortos y un 4.7% de ellas con un promedio de 3.5 abortos. Los abortos provocados puede actuar como factor importante en la presencia de las displasias por las lesiones irritantes y traumáticas que se provocan sobre el cuello uetrino.

En la Gráfica No. 8; se encontró a la exploración ginecológica de las pacientes con displasias, el porcentaje mayor del 50% con el cérvix erosionado; el 20% con la mucosa vaginal hiperémica y con el cérvix sangrante; el 13.3% con el cérvix normal, ég te mismo porcentaje se observó con tumoración y con la presencia de dolor a la palpación bimanual; el 10% de las pacientes se les observó la vulva hiperémica y con Quistes de Naboth.

Al exámen visual del cérvix uterino con el espejo vaginal se puede observar desde un cuello bien epitelizado de apariencia normal; casi el 10%, hasta cuellos con lesiones inflamatorias dado por un ectropión, una erosión, placas blancas de leucoplasia, pólipos, lesiones en apariencia inocente hasta lesiones de aspecto papilar, verrucoide, granular o nodular con pequeñas trabeculaciones fácilmente sangrantes que pueden ser muy sugestivas de lesiones premalignas o de una lesión de un carcinoma intraepitelial.

En la Gráfica No. 9; muestra las infestaciones e infecciones cérvico vaginal de las pacientes con displasia, resultó mayor el porcentaje de un 33.3% con patron coccido, el 30% por monilias, el 23.3% por tricomonas y el 13.3% por enterobacterias.

Las displasias pueden presentarse en pacientes sin sintomatología ginecológica; la minoría y la mayoría tienen síntomas de infecciones o infestaciones vulvo vaginales.

En la Gráfica No. 10; representa los signos y síntomas de las pacientes con displasia, resultando el porcentaje mayor para las que presentaron leucorrea con un 86.6%; el 36.6% con prurito vulvar; el 33.3% con dispareunia y sangrado intermenstrual el 13.3% con sangrado postcoito y el 10% con dolor pelviano.

La leucorrea es el signo mas frecuente de las pacientes con displasia, secundariamente presentan síntomas de prurite vulvar, dolor pelviano y dispareunia. En un número mucho menor se pueden presentar signos sospechosos de malignidad como leucorrea sangui-nolenta, hemorragia intermenstrual, hemorragia traumática, hemorragia postmenopáusica y metrorragia.

En la Gráfica No. 11; se observa que del total de las pacientes con displasia, el 76.6% se encuentran en control, el 10% se les diagnosticó displasia severa en el resultado de Papanicolaou y a la exploración ginecológica se observó el cérvix erosionado por lo que se canalizaron al Hospital General de Salubridad Dr. Balmis # 148 Colonia Doctores en donde se confirmó el diagnóstico de cáncer in situ, les dieron tratamiento quirúrgico (conización del cérvix) y siguen en control en el Centro de Salud. El otro 10% corresponde a las pacientes que se canalizaron por tener displasia severa y encontrar el cérvix erosionado y fácilmente sangrante, diagnosticándoles carcinoma cérvico uterino lo cual recibieron tratamiento quirúrgico (histerectomía) y actualmente siguen en control con radioterapia en ese mismo hospital. Sólo se obtuvo la cifra del 3.3% para la defunción de una paciente -- que se envió al hospital donde se pretendió internarla pero la paciente no aceptó y prefirió irse a su Pueblo donde falleció según la referencia de sus familiares al realizar la visita domiciliaria.

La reversibilidad de las displasias es quizá el problema que más argumentos ha causado; hay displasias de grados leve o moderada que persisten sin modificaciones durante períodos prolongados de tiempo, en otras ocasiones se ve disminución temporal de la dismaduración celular y posteriormente progresión de este fenómeno.

Se trata de dar un concepto útil que si bien no es totalmente exacto, se puede decir que la gran mayoría de las displasias leves desaparecen espontáneamente o después de tratamiento anti-inflamatorio adecuado; en las lesiones de displasia moderada hay también un índice elevado de regresión y en las severas, aunque se reportan con frecuencia cambios regresivos espontáneos, también se informa con frecuencia degeneración maligna de dichas lesiones, puede caber la duda si realmente hubo degeneración maligna o si además de existir esta displasia ya había en otro segmento del cérvix una lesión neoplásica coincidente con la displasia

CONCLUSIONES

El trabajo comunitario del profesional de enfermería juega un papel muy importante dentro de la medicina preventiva que promueve la educación higiénica y las Campañas de Detección oportuna - del Cáncer Cérvico Uterino para liberar a la mujer de este padecimiento, el cuál es curable si se diagnostica en sus etapas tempranas.

Todas las mujeres que hayan iniciado relaciones sexuales deben someterse a un examen ginecológico periódico completo cuando se encuentran aparentemente sanas y sobre todo las que tienen factores epidemiológicos predisponentes para que ninguna mujer falleciera de cancer cervical.

El problema en el control de cáncer cervical no estriba en la técnica o en la disponibilidad de medios para realizarla sino -- mas bien en la falta de orientación hacia la comunidad.

La exploración ginecológica de la paciente debe ser completa para ver las apariencias normales del cuello uterino y descubrir las mínimas alteraciones que sugieran la presencia de malignidad

No se conoce la etiología del cáncer cérvico uterino pero existen factores predisponentes sobre los cuales se puede actuar en forma de medicina preventiva para disminuir el índice de infecciones ginecológicas.

Se debe investigar a fondo la mínima sintomatología de la cervicitis, tratarlas específicamente haciendo siempre un cultivo - del exudado cervical y llevar el control de las pacientes para - prevenir la evolución a una displasia que posteriormente puede - llegar a un cáncer cervical.

Las infecciones cérvico vaginales crónicas producen cambios - en las células del cérvix y pueden proceder a cambios cancerosos si no se lleva el tratamiento adecuado.

Siempre debe de recibir tratamiento la pareja sexual con infecciones e infestaciones en su area genital para evitar reinfecciones.

El cáncer intraepitelial es un padecimiento asintomático por lo que su estudio debe de ser de Detección por la carencia de -- signos y síntomas.

Se debe de insistir en el seguimiento de las pacientes que resulten positivo de displasia para llevar el control de ellas y - realizar visitas domiciliarias para que sigan el tratamiento.

La prevención del cáncer cérvico uterino se logra a través de la educación higiénica desde los primeros años de vida.

Dentro de las funciones del personal de enfermería es el de educador sanitario, la de enseñar a la gente la forma de vivir en estado de salud para prevenir la presencia del cáncer cérvico uterino.

La educación sanitaria trata de cambios de ideas, de sentimientos y de conducta; pero esto solo se puede llevar a cabo mediante el propio esfuerzo individual.

La educación sanitaria es efectiva cuando induce al individuo a llevar una vida sana practicando las técnicas de la higiene personal.

Es difícil por razones culturales persuadir a las personas - que se encuentran aparentemente sanas a someterse periódicamente a exámenes médicos de revisión.

Si la formación de hábitos higiénicos no son conducidos adecuadamente al principio de la vida por los padres se establecen definitivamente como factores desfavorables para la salud.

El personal de enfermería debe de estar capacitado para realizar la técnica de Papanicolaou para evitar errores de interpretación o de resultado al realizar el estudio de la muestra.

BIBLIOGRAFIA

Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia, Actualidades en Ginecología y Obstetricia, Vol.II, México 1975.

Baena Paz Guillermina, Manual para elaborar Trabajos de Investigación y Tesis Profesionales, Facultad de Ciencias Sociales, U.N.A.M. 1978.

Barlow David, Enfermedades Venéreas, Editores asociados Mexicanos, S.A. 1981.

Benson C. Ralph, Manual de Ginecología y Obstetricia, Editorial el Manual Moderno, 4a. edición, México 1979.

Botella Llusia J., Endocrinología de la Mujer, Editorial Científico Médica, 3a. edición, Barcelona 1961.

Farreras Rozman, Medicina Interna, Tomo II, Editorial Marín, S.A. 1978.

I.M.S.S., Salud Pública de México, Aspectos sobresalientes en la evaluación de Programas contra la muerte e incapacidad debidas al cáncer del cuello uterino, Epoca V, Vol.XXI Número 5, Septiembre-October de 1979.

I.M.S.S., Salud Pública de México, Detección del Ca Cu, — Campaña Coordinadora entre la S.S.A., el I.M.S.S. e I.S.S. S.T.E., Epoca V, Vol.XII, Número 2, Marzo-Abril de 1970.

I.M.S.S., Salud Pública de México, El Trabajo de la Enfermera Sanitaria en México, Epoca V, Vol.XIV, Número 3, Mayo-Junio de 1972.

I.M.S.S., Salud Pública de México, Logros de la Campaña Nacional Contra el Cáncer, Epoca V, Vol.XVII, Número 1, Mayo-Junio de 1975.

I.M.S.S., Salud Pública de México, Los Programas de Detección de Cáncer Cérvico Uterino, Epoca V, Vol.XVII, Número 6, Noviembre-Diciembre de 1975.

Novack R. Edmund, Tratado de Ginecología, Editorial Interoamericana, México 1977.

Rojas Soriano Raúl, Guía para realizar Investigaciones Sociales, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales U.N.A.M. 1979.

Sandoval Silva Rebeca, Ciencias de la Salud, Publicaciones Cultural, S.A. México 1980.

San Martín Hernán, Salud y Enfermedad, Editorial la Prensa Médica Mexicana S.A., 3a. edición, México 1975.

S.S.A., Subsecretaría de Asistencia, Campaña Nacional Contra el Cáncer, Manual de Métodos y Procedimientos para los Programas de Control de Cáncer, México 1976.

Smith Germain Gips, Enfermería Médico Quirúrgica, Editorial Interoamericana, 3a. edición, México 1977.

Tenorio González Francisco, Cáncer, Editado en México por Vicova Editores S.A. 1a. edición Octubre 1980.

Williams, Obstetricia, Editorial Salvat, 4a. reimpresión 1976.