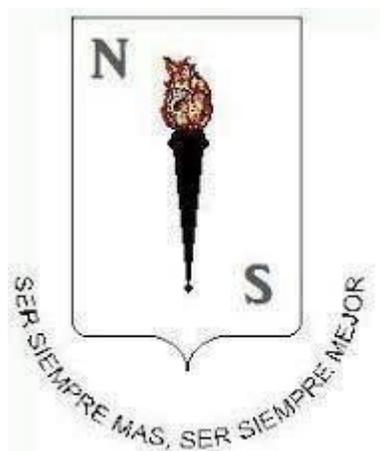


ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

CLAVE: 8722



TESIS:
PREVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL CÁNCER CERVICOUTERINO

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:
LIZBETH RODRIGUEZ ONTIVEROS

ASESORA DE TESIS:
LIC. EN ENF. Y OBST. LETICIA MEZA ZAVALA

MORELIA, MICHOACÁN 2023



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.

AGRADECIMIENTOS

En primera instancia agradezco a mi familia, a mi madre por apoyarme en todo momento por darme sus palabras de aliento y de fortaleza para seguir adelante, a mis amigos y compañeros quienes me acompañaron siempre para que pueda concluir exitosamente este desafío.

A mis profesores por sus conocimientos aportados.

A esos que desde el anonimato y casi imperceptible brindaron su opinión o una sugerencia para un trabajo mejor.

A todos, muchas gracias, que, si con los aportes de la investigación se lograra salvar una vida o al menos mejorarla, el esfuerzo de todos habrá valido la pena.

DEDICATORIA

A Dios.

A mi familia por ser el motor impulsor de mi vida y mi máxima inspiración, en especial a mi madre, por su incondicionalidad.

A la universidad por el esfuerzo brindado en el transcurso de mi carrera profesional, que siempre han estado cerca mío para darme fuerzas, y docentes por motivarnos a la investigación.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	6
ANTECEDENTES.....	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	13
OBJETIVOS.....	13
General:	13
Específicos:.....	13
HIPÓTESIS	13
JUSTIFICACIÓN	14
Operacionalización de variables:.....	15
CAPITULO 1	18
Teórica de enfermería	19
1.2. Definición de la teoría	20
1.3 Teoría del déficit de autocuidado:.....	21
1.4 Teoría de los sistemas de enfermería:.....	21
1.5 El concepto de autocuidado.....	22
1.5.1. Como actua la enfermera ante el cuidado del individuo	23
1.5.2. Concepto de persona:.....	23
1.5.3. Concepto de Salud:	24
1.5.4. Concepto de Enfermería:.....	24
1.5.5. Rol de Enfermería según modelo teórico de Dorothea Orem	24
Aportaciones De Dorothea Orem	25
CAPITULO 2	27

Cáncer Cervicouterino.....	27
2.1. Cáncer cervicouterino	28
2.2. Etiología	28
2.3. Clasificación.....	28
2.4. Características	29
2.5. Prevención.....	30
2.6. Tratamiento.....	30
2.7. Diagnóstico	36
2.8. Tipos de cáncer cervical	37
Factores de riesgo.....	38
Signos y síntomas.....	39
Complicaciones	41
Cáncer de cuello uterino durante el embarazo.....	41
Tratamiento durante el embarazo.....	42
Plan de cuidados de enfermería.....	42
ANÁLISIS DE DATOS	45
SUGERENCIAS	55
RECOMENDACIONES	55
ANEXOS	56
BIBLIOGRAFÍAS	73

INTRODUCCIÓN

El Cáncer Cervicouterino es la segunda neoplasia maligna más frecuente en mujeres y constituye un problema de salud pública a nivel mundial. Es una de las principales causas de muerte en las mujeres. La OMS ha estimado que aparecen 500,000 casos nuevos por año, de los cuales el 90% ocurren en países en desarrollo y aproximadamente 230 000 fallecen.

Las células del cérvix son muy activas en la vida reproductiva, lo que promueve su crecimiento anormal cuando se conjugan factores de riesgo para el desarrollo de patología a este nivel, establecido como causa de la displasia cervical, que evoluciona al cáncer cervicouterino.

El cáncer cervicouterino suele crecer lentamente por un período de tiempo. Antes que se encuentren células cancerosas en el cuello uterino sus tejidos experimentan y empiezan a aparecer células anormales (proceso conocido como displasia), estas células son encontradas con la prueba citológica o frotis de Papanicolau.

El estudio, diagnóstico y tratamiento oportuno de las lesiones precancerosas es y ha sido de vital importancia en la medicina como medio efectivo en la reducción de la morbimortalidad por esta patología. Los tumores malignos del cuello uterino en estadios tempranos son claramente identificables por la confirmación histoanatomopatológica, sin embargo, las cifras de incidencia de esta enfermedad continúan alarmando.

Estas patologías por su posición anatómica, es uno de los órganos que permite de forma sencilla, el examen físico por observación directa y su estudio citológico e histológico, facilita así el diagnóstico precoz o temprano de las lesiones premalignas, precursoras de las lesiones invasoras del cuello uterino, mediante la pesquisa que establece el Programa Nacional de Diagnóstico Precoz de Cáncer Cervicouterino.

La citología y la colposcopia cérvico-vaginal siguen siendo los métodos diagnósticos de mayor valor para detectar la NIC y el carcinoma en estadio precoz en grandes masas de población, por la sencillez en su realización y su alta eficacia, estableciéndose el diagnóstico del cáncer de cervix en una etapa precoz.

Muchos investigadores, interesados en disminuir la incidencia del CCU, aceptan que, para lograr el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, es necesario tener presente tres herramientas fundamentales: educación y concientización de la población sobre los riesgos a que se expone, medios diagnósticos que permitan implementar una pesquisa eficiente, efectiva y eficaz y técnicas terapéuticas conservadoras que no invaliden la capacidad reproductiva, sexual y psicológica de la mujer. (Casaus., 2019),

ANTECEDENTES

El cuello uterino es el nombre que se le da a la parte más baja del útero. El útero es un órgano que sólo las mujeres tienen, y es el sitio donde los bebés crecen y se desarrollan cuando una mujer está embarazada.

Durante el embarazo, el útero aumenta de tamaño enormemente. Cuando una mujer no está embarazada, el útero es un órgano pequeño, en forma de pera que se encuentra entre el recto y la vejiga de la mujer. El cuello uterino es el que conecta el útero con el canal del nacimiento (la vagina) y puede ser visualizado y examinado por el ginecólogo durante un examen pélvico de rutina. (admin, 2021).

El cuello uterino está compuesto por tres capas de tejido:

- Una capa externa conocida como membrana serosa
- Una capa intermedia muscular
- Una capa interna conocida como membrana mucosa compuesta por “células escamosas”.

Esta capa interna tiene muchas glándulas pequeñas que secretan una mucosidad lubricante.

Casi todos los cánceres cervicales surgen de las células de la capa interna.

Las células de la zona de transformación no se hacen cancerosas repentinamente, sino que primero las células normales del cuello uterino van desarrollando gradualmente cambios anormales que son llamados cambios precancerosos. Los doctores usan varios términos para describir estos cambios precancerosos, incluyendo **neoplasia intraepitelial cervical (CIN)**, **lesión intraepitelial escamosa (SIL)** y **displasia**.

Cuando los precánceres se revisan en el laboratorio, se clasifican en una escala de 1 a 3 en función de la cantidad de tejido del cuello uterino (cervical) que se ve anormal.

- En la CIN1 (también llamada displasia leve o SIL de bajo grado), no hay mucho tejido que se vea anormal, y se considera el precáncer de cuello uterino menos grave.
- En la CIN2 o CIN3 (también llamada displasia moderada/grave o SIL de alto grado) hay más tejido que se ve anormal; SIL de alto grado es el precáncer más grave.

Aunque los cánceres del cuello uterino (cervicales) se originan de células con cambios precancerosos (precánceres), sólo algunas de las mujeres con cambios precancerosos de cuello uterino padecerán cáncer. En la mayoría de las mujeres, las células precancerosas desaparecerán sin tratamiento alguno. Sin embargo, en algunas mujeres los precánceres se convierten en cánceres verdaderos (invasivos). El tratamiento de los precánceres de cuello uterino puede prevenir casi todos los cánceres. (2020).

El cérvix normal se compone de diferentes tipos de células epiteliales, el canal cervical medio y el cérvix superior están compuestos por epitelio columnar secretor, originado embriológicamente de la invaginación de los conductos müllerianos. Existe un pequeño potencial neoplásico para este tipo de células. La vagina y el ectocérvix distal están compuestos de epitelio escamoso, estas células escamosas reemplazan las células columnares mullerianas originales cuando se forma el canal uterovaginal. Existe un pequeño potencial neoplásico para este tipo celular. La unión escamo-columnar (UEC) es el punto donde las células escamosas y columnares se encuentran. Esta unión se encuentra típicamente entre el ectocérvix central y el canal cervical inferior, pero la localización varía a lo largo de la vida de la mujer, por el desarrollo fetal y la menopausia. La unión escamocolumnar original es una zona de

transformación. La transformación normal de un tipo celular maduro en otro es llamada metaplasia. Cuando la metaplasia ocurre, existe siempre un potencial neoplásico. (2009 Mexico).

Los cánceres cervicales comienzan en las células de la superficie del cuello uterino. Existen dos tipos de células en la superficie del cuello uterino: escamosas y columnares. La mayoría de los cánceres de cuello uterino provienen de las células escamosas.

El desarrollo del cáncer cervical generalmente es muy lento y comienza como una afección precancerosa llamada displasia. Esta afección se puede detectar por medio de una citología vaginal y es casi 100% tratable. Pueden pasar años para que la displasia se convierta en cáncer cervical. La mayoría de las mujeres a quienes se les diagnostica cáncer cervical en la actualidad no se han sometido a citologías vaginales regulares o no han tenido un seguimiento por resultados anormales en estas.

Casi todos los cánceres cervicales son causados por el virus del papiloma humano (VPH). El VPH es un virus común que se disemina a través del contacto piel con piel, así como con las relaciones sexuales. Existen muchos tipos diferentes (cepas) de VPH y algunas cepas llevan a cáncer cervical. Otras cepas pueden causar verrugas genitales, mientras que otras no causan ningún problema en absoluto.

(ADAM, 1997-2022).

Un objetivo de la atención de seguimiento es controlar si hay una recurrencia, que significa que el cáncer ha regresado. El cáncer vuelve a aparecer porque áreas pequeñas de células cancerosas pueden permanecer sin ser detectadas en el cuerpo. Con el tiempo, la cantidad de estas células puede aumentar hasta que aparecen en los resultados de las pruebas o causan signos o síntomas. Durante la atención de seguimiento, un médico familiarizado con sus antecedentes médicos puede brindarle información

personalizada sobre el riesgo de recurrencia. Su médico le hará preguntas específicas sobre su salud. A algunas personas se les pueden realizar análisis de sangre o pruebas por imágenes como parte de su atención de seguimiento habitual, pero las recomendaciones sobre las pruebas dependen de varios factores, incluidos el tipo y estadio del cáncer diagnosticado originalmente y los tipos de tratamiento proporcionados.

El cuidado de las mujeres que reciben un diagnóstico de cáncer de cuello uterino no finaliza cuando termina el tratamiento activo. Su equipo de atención médica seguirá controlando que el cáncer no haya regresado, manejará cualquier efecto secundario y controlará su salud general. Esto se denomina atención de seguimiento.

(Oncology, 2005-2022).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer de cérvix es una transformación celular que se origina en el epitelio del cérvix uterino y esta se manifiesta primariamente a través de daños pioneros, naturalmente de pausada y gradual transformación en el tiempo, que se suceden habitualmente en fases, lejos de optimizar el tratamiento al garantizar la completa escisión de la lesión compromete el seguimiento citológico y colposcópico de la paciente, incrementa el riesgo de estenosis cervical así como un incremento en el riesgo de incompetencia ístmico cervical con las complicaciones obstétricas que esto conlleva.

Los programas de detección de cáncer cervicouterino bien estructurados y organizados a través de la prevención han demostrado disminuir preclaramente la frecuencia y mortalidad de esta enfermedad.

Hoy en día, el cáncer cervicouterino sigue siendo un motivo predominante de mortalidad a nivel mundial en las mujeres, si bien es la neoplasia con el mayor potencial explicado de prevención secundaria. Esta neoplasia es enteramente curable y prevenible, con un bajo riesgo y a un bajo precio, cuando se tiene tácticas para tamizaje en pacientes mujeres de edad fértil asintomáticas, junto con un excelente diagnóstico, evaluaciones apropiadas, tratamiento apropiados y aptos para estas mujeres.

Por lo que el objetivo de este estudio es la identificación de factores predictivos para presentar lesión en un cáncer cervicouterino o evitando así, el sobre tratamiento y disminuir las secuelas de dicha terapéutica. (BERAMENDI PEREZ, s.f.).

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las prevenciones que realiza el personal de Enfermería en el Cáncer Cervicouterino?

OBJETIVOS

General:

- Identificar las prevenciones que realiza el personal de enfermería en el Cáncer Cervicouterino.

Específicos:

- Analizar cómo influye el personal de enfermería en la prevención del Cáncer Cervicouterino.

HIPÓTESIS

HI: Las prevenciones que realiza el personal de enfermería son la orientación sobre los factores de riesgo, las complicaciones, el diagnóstico precoz y la realización de la citología cervical.

HO: Las prevenciones que realiza el personal de enfermería no son la orientación sobre los factores de riesgo, las complicaciones, el diagnóstico precoz y la realización de la citología cervical.

JUSTIFICACIÓN

La presente investigación documental se justificó ampliamente por: El grupo poblacional más afectado con respecto a este tipo de lesiones son las mujeres en edad de 35 y 44 años. La edad promedio al momento del diagnóstico es 50 años. Rara vez se desarrolla en mujeres menores de 20 años, por lo que es crucial que el tratamiento de estas lesiones con procedimientos más extensos sea cada vez más individualizado dado el incremento de complicaciones en el seguimiento posterior, así como en futuros embarazos: Es por esto que surge la necesidad de conocer los factores predictivos de la enfermedad del cáncer cervicouterino y así individualizar la terapéutica. (PLIEGO, 2013 Mexico).

Informar a las mujeres mexiquenses sobre la gravedad de esta enfermedad y con ello recomendarles que asistan al médico constantemente. Seguramente no se controlará por completo, pero al menos trataremos de hacer que de alguna o de otra manera tengan la incertidumbre de hacerlo para que luchen por su salud.

El cáncer cervicouterino, a nivel mundial es una de las principales causas de mortalidad femenina, registrándose 500,000 nuevos casos a nivel mundial. El 80% de las muertes por cáncer cervicouterino ocurren en países de desarrollo. La población femenina originaria de Latinoamérica es considerada como de alto riesgo para desarrollar Cáncer cervicouterino debido a los múltiples determinantes personales como: la herencia, la raza, nutrición, edad y los patrones de conducta.

Operacionalización de variables:

Variable		Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Medición
Cáncer cervicouterino		El cáncer de cuello uterino o cáncer cervical se origina en las células que revisten el cuello uterino, la parte inferior del útero (matriz). El cáncer cervicouterino es uno de los tipos de cáncer más prevenible, detectable y tratable, siempre y cuando se detecte en un estadio precoz. La falta de acceso a los servicios de diagnóstico y tratamiento adecuados.	Se medirá con el cuestionario	Cuantitativo.	Femenino.

Intervenciones de enfermería		A todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente.	Se medirá con el cuestionario	Cuantitativo.	Personal enfermería.	de
Prevención		Acción y efecto de prevenir. Se refiere a la preparación con la que se busca evitar, de manera anticipada, un riesgo, un evento desfavorable o un acontecimiento dañoso.	Se medirá con el cuestionario.	Cuantitativo.	Examen citología cervical.	de

Edad		Permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.	Se medirá con el cuestionario.	Cuantitativo.	Años.	
Sexo		El sexo biológico asignado al momento de nacer.	Se medirá con el cuestionario.	Cuantitativo.	Mujeres.	

CAPITULO 1
Teórica de enfermería

Teórica de enfermería

Dorothea E. Orem (Baltimore 1914 – Savannah 2007) fue una de las enfermeras teóricas estadounidenses más destacadas.

En 1930, a los 16 años, se graduó en Enfermería en el Providence Hospital de Washington dirigido por las Hijas de la Caridad. En 1936, obtuvo el título de Ciencias en la Educación de Enfermería, y en 1946 realizó un máster en la misma área, ambos en la Universidad Católica de América.

Desempeñó su trabajo como profesional de enfermería en distintos ámbitos tanto públicos como privados en la atención de adultos y niños, realizando asistencia hospitalaria y domiciliaria.

A partir de 1940 se incorpora a la docencia como directora de la Escuela de Enfermería del Providence Hospital en Detroit, Michigan, durante 10 años. También fue profesora asistente y adjunta en la Universidad Católica de América, y Decana en 1966.

Fue asesora y consultora del Consejo de Salud del estado de Indiana, la Oficina de Educación de Estados Unidos, y el Departamento de Salud, Educación y Bienestar Social.

También trabajó en el Centro de Experimentación y Desarrollo de la enfermería del Hospital Johns Hopkins y en la Dirección de Enfermería de Wilmer Clinic.

Desarrolló “Teoría Enfermera del Déficit de Autocuidado”. Es autora de varios libros, entre las obras publicadas destacan Modelo Orem y Normas prácticas de enfermería.

Fue distinguida con gran cantidad de premios, la Universidad de Georgetown le adjudicó el doctorado honorario en Ciencias en 1976. Y en 1980 obtuvo el Premio de la Asociación de Alumnos por la teoría desarrollada.

Fue nombrada socia de honor de la Asociación Española de Enfermería de Salud Mental y homenajeada el día 31 de mayo de 1989 en un acto celebrado en el Hospital de San Rafael de Madrid. En aquellos días de su estancia en España visitó el Hospital General y Docente de Guadalajara, el Hospital Psiquiátrico de San José de Ciempozuelos y participó como ponente en una Jornada de Enfermería de Salud Mental que tuvo lugar en Palencia. En todos los centros que visitó estuvo muy atenta a las necesidades de las enfermeras en general y de las enfermeras de salud mental, animando a todos y todas a seguir en la brecha de los cuidados enfermeros dando gran valor al método, al compromiso y al humanismo. Igualmente visitó el Ministerio de Sanidad y Consumo, así como otras instituciones oficiales. (rafael, 1989)

1.2. Definición de la teoría

Orem define su modelo como una teoría general de enfermería que se compone de otras tres relacionadas entre sí:

Teoría del Autocuidado: En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar". Define además tres requisitos de

autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado:

- Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.
- Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.
- Requisitos de autocuidado de desviación de la salud, que surgen o están vinculados a los estados de salud.

1.3 Teoría del déficit de autocuidado:

En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

1.4 Teoría de los sistemas de enfermería:

En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

- Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera suplente al individuo.
- Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona autocuidados.
- Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda.

Orem define el objetivo de la enfermería como: " Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además, afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficits, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.

1.5 El concepto de autocuidado

Refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. Hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto.

Por otro lado supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos (percepción del problema, capacidad de autocuidado, barreras o factores que lo dificultan, recursos para el autocuidado, etc.) y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo.

1.5.1. Como actúa la enfermera ante el cuidado del individuo

La enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede autocuidarse. Los métodos de asistencia de enfermería que D. Orem propone, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente, y son:

- Actuar en lugar de la persona, por ejemplo, en el caso del enfermo inconsciente.
- Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.
- Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.
- Promover un entorno favorable al desarrollo personal, como por ejemplo las medidas de higiene en las escuelas.
- Enseñar a la persona que se ayuda; por ejemplo, la educación a un enfermo colostomizado en cuanto a la higiene que debe realizar.

1.5.2. Concepto de persona:

Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como tal es afectado por el entorno Y es capaz de acciones predeterminadas que le afecten a él mismo, a otros y a su entorno, condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su autocuidado. Además, es un todo complejo y unificado objeto de la naturaleza en el sentido de que está sometido a las fuerzas de la misma, lo que le hace cambiante. Es una persona con capacidad para conocerse, con facultad para utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de

reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales, a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado y el cuidado dependiente.

1.5.3. Concepto de Salud:

La Salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos.

El hombre trata de conseguir la Salud utilizando sus facultades para llevar a cabo acciones que le permitan integridad física, estructural y de desarrollo.

1.5.4. Concepto de Enfermería:

Enfermería es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

Los cuidados de Enfermería se definen como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por sí mismo, acciones de autocuidado para conservar la Salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta.

1.5.5. Rol de Enfermería según modelo teórico de Dorothea Orem

El rol de Enfermería según el modelo teórico de Dorothea Orem la cual está centralizada en el arte y la práctica de Enfermería ayudando al individuo a llevar a cabo las actividades de autocuidado para conservar su salud, y

recuperarse de la enfermedad. El plan de intervenciones de Enfermería bajo el enfoque del modelo teórico de Dorothea Orem, proporciona un beneficio para guiar y facilitar el cuidado de Enfermería en la planificación de aquellas personas que requieren atención por su problema de salud, en donde el personal de salud ayuda a disminuir los signos y síntomas, mejora las condiciones de salud o demandas de autocuidado que afectan en la satisfacción de sus necesidades de rehabilitación y mantenimiento de su salud.

Aportaciones De Dorothea Orem

Sostuvo que una de las tareas de la enfermera debe ser justamente aleccionar al paciente sobre los cuidados que debe desarrollar para conservar su salud, recuperarse conforme de una enfermedad, o en su defecto, para afrontar sus síntomas y traumas posteriores.

Durante toda su vida desarrolló una especial labor de docencia al respecto de la promoción y difusión del auto cuidado, considerándolo un aspecto clave en la salud de aquellas personas y pacientes capaces de concretarlo a su favor.

Su plan reúne además el cumplimiento de condiciones generales que el individuo debe procurar para beneficio de sí mismo y de su entorno: cuidar al planeta y sus recursos, realizar actividad física, descansar adecuadamente, comer sano, observar hábitos saludables, mantener una vida social activa, identificar y alejarse de actividades peligrosas.

Consideró como aspecto clave y necesario el compromiso del paciente en el proceso del restablecimiento o cuidado de su salud, de lo contrario, el modelo que proponía era inviable.

También advirtió que cuando este cuidado no pueda ser asumido por el paciente y su entorno es imprescindible la intervención de una enfermera que

se ocupe de ejecutarlo y de estar cerca de la familia para orientarlos en la realización de prácticas básicas de cuidado.

CAPITULO 2
Cáncer Cervicouterino

2.1. Cáncer cervicouterino

El cáncer de cuello uterino o cáncer cervical se origina en las células que revisten el cuello uterino, la parte inferior del útero (matriz).

El cáncer cervicouterino es uno de los tipos de cáncer más prevenible, detectable y tratable, siempre y cuando se detecte en un estadio precoz. La falta de acceso a los servicios de diagnóstico y tratamiento adecuados.

Es el crecimiento anormal de las células que se encuentran en el cuello de la matriz. Cuando el cáncer está en una etapa avanzada se puede ver a simple vista en la exploración ginecológica o causar otras molestias, entre ellas, el sangrado anormal después de la relación sexual, entre los periodos menstruales o después de la menopausia, aumento del flujo de sangrado vía genital con mal olor, dolor de cadera y pérdida de peso.

Cuando apenas inicia, el tratamiento puede ser con cirugía quitando la matriz o con radioterapia y quimioterapia en los casos más avanzados.

2.2. Etiología

El factor de riesgo más importante del cáncer de cuello uterino es la infección por el virus del papiloma humano (VPH, o HPV, por sus siglas en inglés). El VPH es un grupo de más de 150 virus relacionados. Algunos de ellos causan un tipo de crecimiento llamado **papiloma** que se conoce más comúnmente como verruga.

2.3. Clasificación

La mayoría (9 de 10 casos) de los cánceres de cuello uterino son carcinomas de células escamosas. Estos cánceres se desarrollan a partir de células en el exocérvix. Los carcinomas de células escamosas se originan con mayor

frecuencia en la zona de transformación (donde el exocérvix se une al endocérvix).

La mayoría de los otros cánceres cervicales son adenocarcinomas que se originan de células glandulares. El adenocarcinoma cervical se origina en las células de las glándulas productoras de mucosidad del endocérvix.

El cáncer de cuello uterino que tiene características tanto de los carcinomas de células escamosas como de los adenocarcinomas es menos común. Estos tumores se llaman carcinomas adenoescamosos o carcinomas mixtos.

2.4. Características

El cáncer cervical puede diseminarse a la vagina, los nódulos linfáticos, la vejiga, los intestinos, los pulmones, los huesos y al hígado. Con frecuencia, no hay problemas hasta que el cáncer esté avanzado y se haya propagado.

El desarrollo del cáncer cervical generalmente es muy lento y comienza como una afección precancerosa llamada displasia. Esta afección se puede detectar por medio de una citología vaginal y es casi 100% tratable. Pueden pasar años para que la displasia se convierta en cáncer cervical. La mayoría de las mujeres a quienes se les diagnostica cáncer cervical en la actualidad no se han sometido a citologías vaginales regulares o no han tenido un seguimiento por resultados anormales en estas.

Casi todos los cánceres cervicales son causados por el virus del papiloma humano (VPH).

El VPH es un virus común que se disemina a través del contacto piel con piel, así como con las relaciones sexuales.

2.5. Prevención

La prevención del cáncer cervicouterino es la herramienta más importante en la lucha contra este tipo de cáncer. Esto representa desafíos importantes para sociedades con un menor desarrollo del sistema sanitario.

- Las mujeres, en particular las de países en desarrollo, no tienen acceso a los servicios de salud gratuitos, o no tienen dinero para pagar los análisis. Si estos servicios están disponibles, seguramente se encuentren en los centros urbanos, limitando su acceso a las mujeres que viven en zonas rurales.
- La mujer, generalmente, priorizada la salud de su familia antes que la suya propia. Si hubiera dinero para servicios médicos, lo gastará en sus hijos y no en sí misma.
- En muchas sociedades la mujer no controla sus relaciones sexuales. El que la mujer tenga o no control de cuándo, cómo y con quien tiene contacto sexual es de suma importancia para poder protegerse contra el HPV, virus promotor de este tipo de cáncer.

2.6. Tratamiento

- Cirugía o radioterapia curativa si no hay diseminación a los parámetros o más allá
- Radioterapia y quimioterapia (quimio radiación) si hay diseminación a parámetros o más allá
- Quimioterapia para las metástasis y el cáncer recidivado

El tratamiento del cáncer de cuello uterino puede incluir cirugía, radioterapia y quimioterapia. Si la histerectomía está indicada pero las pacientes no son candidatas ideales, se indica quimiorradioterapia, que obtiene resultados oncológicos similares.

Estadio IA1 (sin invasión del espacio linfovascular)

El tratamiento involucra

- Conización o histerectomía simple

El cáncer cervicouterino micro invasor, definido como estadio IA1 de FIGO sin invasión linfovascular (IELV), tiene un riesgo < 1% de metástasis en los ganglios linfáticos y puede manejarse de forma conservadora con conización utilizando LEEP, láser o bisturí frío. La conización está indicada para las pacientes que están interesadas en preservar la fertilidad (con el fin de obtener, si es posible, una muestra no fragmentada con un margen de 3 mm).

La histerectomía simple debe realizarse si los pacientes no están interesados en preservar la fertilidad o si los márgenes son positivos después de la conización. Si los márgenes son positivos, debe considerarse la biopsia del ganglio linfático centinela (GC), y si los pacientes están interesados en preservar la fertilidad, repetir la conización es una alternativa.

Estadio IA1 con invasión del espacio linfovascular y estadio IA2

Para el estadio IA1 con invasión del espacio linfovascular o estadio IA2, los tratamientos recomendados incluyen

- Histerectomía radical modificada y vaciamiento ganglionar pélvico (con o sin biopsia del ganglio centinela)
- Radioterapia externa de la pelvis con braquiterapia

Estadios IB1, IB2 y IIA1

Para los **estadios IB1, IB2 y IIA1**, la recomendación tradicional es

- Histerectomía radical abierta con vaciamiento ganglionar pélvico bilateral (con o sin biopsia del ganglio centinela)

La histerectomía radical incluye la resección del útero (incluido el cuello uterino), partes de los ligamentos cardinales y uterosacros, la parte superior de 1 a 2 cm de la vagina y los ganglios linfáticos pélvicos. Resultados de un ensayo aleatorizado prospectivo de fase III muestran que la cirugía mínimamente invasiva (MIS) resultó en una tasa de supervivencia global más baja y una tasa de recurrencia más alta que la histerectomía radical abdominal total. Por lo tanto, se recomienda la histerectomía radical a cielo abierto como abordaje apropiado.

Cuando los pacientes no se consideran candidatos ideales para la cirugía debido a comorbilidades, otra opción válida es la radioterapia pelviana externa y la braquiterapia con o sin quimioterapia basada en platino concurrente.

Si durante la histerectomía radical (fig1) se registra diseminación extra cervical, el procedimiento debe suspenderse, y se recomienda radioterapia posoperatoria con quimioterapia concurrente para evitar la recidiva local.

Estadios IB3, IIA2, IIB, III e IVA

La terapia estándar es

- Radioterapia externa en la pelvis con braquiterapia y quimioterapia concurrente basada en platino

La estadificación quirúrgica puede considerarse para determinar si los ganglios para aórticos están comprometidos y si está indicada la radioterapia de campo extendido; en particular en pacientes con ganglios linfáticos pélvicos positivos durante los estudios de diagnóstico por imágenes antes del tratamiento. Se recomienda un abordaje retroperitoneal por vía laparoscópica.

Cuando el cáncer se limita al cuello uterino y/o los ganglios linfáticos pélvicos, la recomendación estándar es

- Radioterapia externa seguida por braquiterapia (implantes locales radiactivos, en general de cesio) en el cuello uterino

La radioterapia puede provocar complicaciones agudas (p. ej., proctitis o cistitis radiante) y, a veces, complicaciones tardías (p. ej., estenosis vaginal, obstrucción intestinal, formación de fístulas rectovaginales y vesicovaginales).

En general, la quimioterapia (cisplatino o carboplatino) se administra con la radioterapia, a menudo para sensibilizar el tumor a la radiación.

Aunque los cánceres estadio IVA en general se tratan inicialmente con radioterapia, debe considerarse la exenteración pelviana (extirpación de todos los órganos pelvianos). Si después de la radioterapia el cáncer aún está presente pero confinado a la pelvis central, la exenteración está indicada y cura hasta al 40% de las pacientes. El procedimiento puede incluir una urostomía continente o incontinente, una anastomosis rectal anterior baja sin colostomía o con una colostomía descendente ciega, un bloqueo epiploico para cerrar el piso de la pelvis (colgajo en J) y la reconstrucción vaginal con colgajos de músculo grácil o miocutáneo de recto abdominal.

Estadio IVB y cáncer recidivado

La quimioterapia es el tratamiento primario. Las tasas de respuesta son de alrededor del 48%.

El agregado de bevacizumab a la quimioterapia combinada (cisplatino más paclitaxel o topotecan más paclitaxel) dio como resultado una mejora de 3,7 meses en la supervivencia global media en pacientes con cáncer cervical recurrente, persistente o metastásico.

Las metástasis fuera del campo de radiación parecen responder mejor a la quimioterapia que el cáncer previamente irradiado o las metástasis pelvianas.

Los médicos deben considerar la realización de pruebas para buscar un desequilibrio de reparación (MMR) e inestabilidad de microsatélites (MSI), la expresión de PD-L1 (ligando de muerte celular programada 1) y/o fusión del gen *NTRK* en presencia de cáncer cervical recurrente, progresivo o metastásico. Los resultados pueden ayudar a predecir las respuestas a las inmunoterapias, como a los inhibidores de PD-L1.

Mapeo de ganglio centinela para el cáncer de cuello uterino

La biopsia del ganglio centinela es una alternativa a la linfadenectomía pélvica completa para pacientes con cáncer cervical en estadio temprano (IA1 con invasión del espacio linfovascular, IB2, o IIA1) porque solo del 15 al 20% de estos pacientes tienen ganglios positivos. Por lo tanto, la biopsia del ganglio centinela disminuye el número de linfadenectomías pélvicas completas, que pueden tener efectos adversos (p. ej., linfedema, daño a los nervios).

Para realizar una biopsia del ganglio centinela, se inyecta directamente colorante azul, tecnecio-99 (99Tc) o verde de indocianina (ICG) en el cuello uterino, en general en las horas 3 y 9. Durante la cirugía, los GLC se identifican mediante la visualización directa del tinte azul, mediante una cámara para detectar la fluorescencia del ICG o mediante una sonda gamma para detectar 99Tc. Los GLC suelen localizarse medialmente a los vasos ilíacos externos, ventrales a los vasos hipogástricos o en la parte superior del espacio obturador.

Ultra estadificación de todos los ganglios linfáticos centinela para detectar micro metástasis y células tumorales aisladas (enfermedad de bajo volumen). Todo ganglio sospechoso en el examen macroscópico debe ser extirpado independientemente del resultado de la biopsia. Si no se localiza en una hemipelvis, se realiza una linfadenectomía lateral específica. En el sistema de estadificación de la FIGO 2018, solo se consideran macro

metástasis y micro metástasis cuando se clasifican los casos como IIIC; las células tumorales aisladas no cambian el estadio, se consideran pN0.

Las tasas de detección de la biopsia del ganglio centinela son mejores para los tumores < 2 cm.

Traquelectomía radical

En algunas pacientes con cáncer cervical temprano (IA1 con LVSI, IA2, IB1, algunos casos de IB2) y que desean conservar la fertilidad, puede realizarse una traquelectomía radical. Se puede utilizar un abordaje abdominal, vaginal, laparoscópico o cirugía asistida por robótica. En este procedimiento se extirpan el cuello, los parámetros adyacentes a éste, los 2 cm superiores de la vagina y los ganglios linfáticos pelvianos. El útero remanente se sutura a la parte superior de la vagina y se conserva así la potencial fertilidad. Las candidatas ideales para este procedimiento son las pacientes con:

- Subtipos histológicos como el carcinoma epidermoide, el adenocarcinoma o el carcinoma adenoescamoso
- Estadio IA1/grados 2 o 3 con invasión del espacio linfovascular
- Estadios IA2
- Estadio IB1

La invasión de la parte superior del cuello y el segmento uterino inferior debe excluirse mediante RM antes de la cirugía. Las tasas de recidivas y de muerte son similares a las de las histerectomías radicales. Si la paciente con este procedimiento planea tener hijos, el parto debe ser por cesárea. Después de una traquelectomía radical, las tasas de fertilidad oscilan entre 50 y 70%, y la tasa de recurrencia es de aproximadamente 5 a 10%.

Criterios para la radioterapia después de la histerectomía radical

- Invasión del espacio linfovascular
- Profundidad de invasión
- Tamaño tumoral

2.7. Diagnóstico

Para detectar (encontrar) y diagnosticar el cáncer de cuello uterino, tu médico va a utilizar pruebas que examinan el cuello uterino.

Si no estás embarazada, el médico puede utilizar los siguientes procedimientos:

Prueba de Papanicolaou: procedimiento para recoger células de la superficie del cuello uterino y la vagina. Las células son examinadas bajo un microscopio para determinar si son anormales. Este procedimiento también se llama “prueba Pap” o prueba de Papanicolaou.

Prueba del virus del papiloma humano (VPH): prueba de laboratorio que se usa para analizar el ADN (material genético) para determinar si hay ciertos tipos de infección por el VPH. Esta prueba también se llama prueba de ADN para el VPH.

Colposcopia: procedimiento mediante el cual se usa un espejo vaginal llamado colposcopio (un instrumento con aumento y luz que se introduce en la vagina) para que el médico pueda determinar si hay áreas anormales en la vagina o el cuello uterino.

Biopsia: si se encuentran células anormales en una prueba de Papanicolau, seguramente tu médico te hará una biopsia de tejido del cuello uterino, para que un patólogo la observe bajo un microscopio y determine si hay signos de cáncer.

Examen pélvico: se le llama así al examen de la vagina, el cuello uterino, útero, las trompas de Falopio, los ovarios y el recto. El médico introduce uno o dos dedos cubiertos con guantes lubricados en la vagina, mientras que con la otra mano ejerce una ligera presión sobre el abdomen para palpar el tamaño, la forma y la posición del útero y los ovarios. También se introduce un colposcopio en la vagina y el médico observa la vagina y cuello uterino para detectar signos de enfermedad. Habitualmente aprovechará este momento para tomar una muestra del tejido del cuello uterino (prueba de Papanicolaou).

Tomografía computarizada, Resonancia magnética o ultrasonido para comprobar hasta dónde ha llegado el cáncer.

2.8. Tipos de cáncer cervical

Existen varios tipos de cáncer cervical:

El carcinoma de células escamosas es el más común y constituye cerca del 80 al 90% de todos los casos. Este tipo de cáncer se origina en la capa superficial de células del cuello del útero, las células escamosas.

La segunda forma más común es el adenocarcinoma que se origina de las células que forman las glándulas en el cérvix. El porcentaje de cánceres del

cérvix que son adenocarcinomas se ha aumentado desde los años 1970s, aunque nadie sabe exactamente por qué.

Cerca del 3% al 5% de los cánceres cervicales tienen características de ambos escamosos y adenocarcinomas y son llamados carcinomas adenoescamosos o mixtos.

Existen otros tipos de cáncer poco frecuentes como el carcinoma neuroendocrino y de célula pequeña.

Los cánceres son caracterizados por las células de las cuales se originan.

Factores de riesgo

Aunque hay varios factores de riesgo asociados al cáncer cervical, nadie sabe exactamente por qué una mujer lo adquiere y otra mujer no.

Uno de los factores de riesgo más importantes para el cáncer cervicouterino es la infección con un virus llamado VPH (virus del papiloma humano). Un virus común que se disemina a través de las relaciones sexuales. Existen muchos tipos diferentes (también llamadas cepas) de VPH y algunas cepas llevan a cáncer cervical. Otras cepas pueden causar verrugas genitales, mientras que otras no causan ningún problema en absoluto. Medicamentos hormonales. Algunos investigadores sugieren que las hormonas en los anticonceptivos pueden hacer que la mujer sea más susceptible a lesiones por VPH. Igualmente afirman que tomar anticonceptivos orales durante más de cinco años seguidos, incrementan el riesgo de tener cáncer de cuello uterino, especialmente cuando empezó a tomarlos antes de los 25 años.

- Múltiples compañeros sexuales masculinos.
- Inicio de relaciones sexuales a muy temprana edad.

Duchas vaginales: porque la ducha vaginal destruye la flora bacteriana normal del cuello del útero y de la vagina, las mujeres que se duchan una vez a la semana o más seguido, incrementan el riesgo de padecer cáncer cervicouterino.

Enfermedades que debilitan el sistema inmunológico: VIH, trasplantes de órganos, enfermedad de Hodgkin, etc.

Las fumadoras tienen por lo menos dos veces más el riesgo de desarrollar el cáncer del cuello uterino que las no fumadoras.

Exposición a químicos: las mujeres que trabajan en granjas o en la industria manufacturera y que están expuestas a ciertas sustancias químicas que pueden incrementar su riesgo.

Signos y síntomas

El desarrollo del cáncer cervical generalmente es muy lento y comienza como una afección precancerosa llamada displasia. Pueden pasar años para que los cambios se conviertan en cáncer cervical. Habitualmente no se presentan signos perceptibles de cáncer de cuello uterino temprano sino hasta que las células malignas han invadido los tejidos cercanos.

Sin embargo, esta afección se puede detectar por medio de un estudio de Papanicolaou vaginal y es 100% tratable. La mayoría de las mujeres a quienes se les diagnostica cáncer cervical en la actualidad no se han sometido a citologías vaginales regulares o no han tenido un seguimiento por resultados anormales en éstas.

Habitualmente no se presentan signos perceptibles de cáncer de cuello uterino temprano sino hasta que las células malignas han invadido los tejidos

cercanos. Sin embargo, existe la posibilidad de detectarlo desde el inicio con los exámenes anuales.

Las mujeres deben someterse a exámenes anuales, incluso una prueba de Papanicolaou para detectar células anormales en el cuello uterino. El pronóstico (posibilidad de recuperación) es mejor cuando el cáncer se encuentra temprano. A medida que el tumor crece en tamaño, puede producir una variedad de síntomas incluyendo:

- Sangrado vaginal anormal entre periodos, después de la relación sexual o después de la menopausia.
- Menstruaciones con sangrado más fuerte y prolongado.
- Flujo vaginal anormal (puede tener mal olor) y que no cesa.
- Dolor de espalda ó pélvico
- Dolor al orinar

Muchos de estos síntomas no son específicos del cáncer de cuello uterino y podrían estar presentes en otros padecimientos. Sin embargo, es importante que acudas de inmediato a tu ginecólogo si tienes cualquiera de ellos.

El cáncer cervical puede diseminarse a la vejiga, los intestinos, los pulmones y el hígado. Con frecuencia, no hay problemas hasta que el cáncer esté avanzado y se haya propagado. Los síntomas del cáncer cervical avanzado pueden ser:

- Dolor de espalda
- Fracturas o dolor en los huesos
- Fatiga
- Fuga o filtración de orina o heces por la vagina

- Dolor en las piernas
- Inapetencia
- Dolor pélvico
- Hinchazón en una sola pierna
- Pérdida de peso

Complicaciones

- Algunos tipos de cáncer de cuello uterino no responden bien al tratamiento.
- El cáncer puede retornar (reaparecer) después del tratamiento.
- Las mujeres que reciben tratamiento para salvar el útero tienen un alto riesgo de retorno (reaparición) del cáncer.
- La cirugía y la radiación pueden causar problemas con la función sexual, intestinal y vesical.

Cáncer de cuello uterino durante el embarazo

Durante el embarazo, el ginecólogo hará únicamente los tres primeros estudios. Cuando se ha confirmado el diagnóstico de cáncer en cuello uterino, es importante para el médico saber también el *estadio o extensión* del tumor que le va describir el tamaño, el grado de penetración y la diseminación dentro y fuera del cuello uterino (cérvix). Esto le ayudará a planear el tratamiento más adecuado para cada persona en particular.

Para lograr esto tendrá que utilizar la información que obtenga a través de los resultados de la biopsia y varios estudios de imagen como el ultrasonido, e incluso la resonancia magnética.

Tratamiento durante el embarazo

El diagnóstico de cáncer será devastaste para la embarazada y sus familiares. En el tratamiento estará involucrado un equipo médico de especialistas que puedan dar respuesta a temas como terminación contra continuidad del embarazo, retraso del tratamiento definitivo, tipo de tratamiento que se debe implantar durante el embarazo, así como la planeación del momento y tipo de parto.

El tratamiento para pacientes embarazadas con carcinoma invasivo del cérvix debe individualizarse en base a la evaluación del riesgo materno y fetal. Para decidir el tratamiento del cáncer de cuello uterino durante el embarazo, el equipo médico tiene que tomar en cuenta el estadio del cáncer y la etapa del embarazo y el deseo de la embarazada de continuar con el embarazo.

Plan de cuidados de enfermería

Los familiares y los amigos en ocasiones desempeñan un papel importante en el cuidado de una persona con cáncer de cuello uterino. Estas personas reciben el nombre de cuidadores. Los cuidadores pueden proporcionar apoyo físico, práctico y emocional a la paciente, incluso si viven lejos.

El personal de enfermería debe tener diversas responsabilidades diarias, o según sea necesario, que incluyen:

- Proporcionar apoyo y aliento.
- Conversar con el equipo de atención médica.

- Administrar medicamentos.
- Ayudar a manejar los síntomas y efectos secundarios.
- Coordinar las citas médicas.
- Usar barreras de protección durante la actividad sexual.
- Proteger su piel.

Metodología de la investigación

Enfoque

Esta investigación de estudio realizado se considera un método cuantitativo discreto.

Universo

Mujeres que presentaron Cáncer Cervicouterino.

Población

Personal de enfermería del Hospital Oncológico.

Muestra

Grupo de 15 personas que presentaron Cáncer Cervicouterino para poder tener información de una muestra de población objetivo.

Criterios de inclusión

Personal de enfermería del hospital oncológico.

Mujeres que presentaron Cáncer Cervicouterino.

Criterios de exclusión de recolección de datos

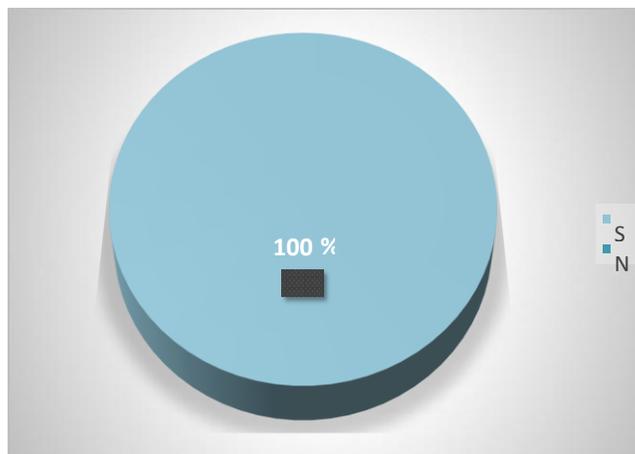
La herramienta utilizada fue un cuestionario que represento una técnica de investigación el cual consiste en la realización de preguntas y otras indicaciones para recolectar información de la consulta.

Instrumento de recolección de datos procedimiento

El estudio realizado se consideró con una muestra aleatoria simple que va dirigido a las pacientes que cursaron con un Cáncer Cervicouterino.

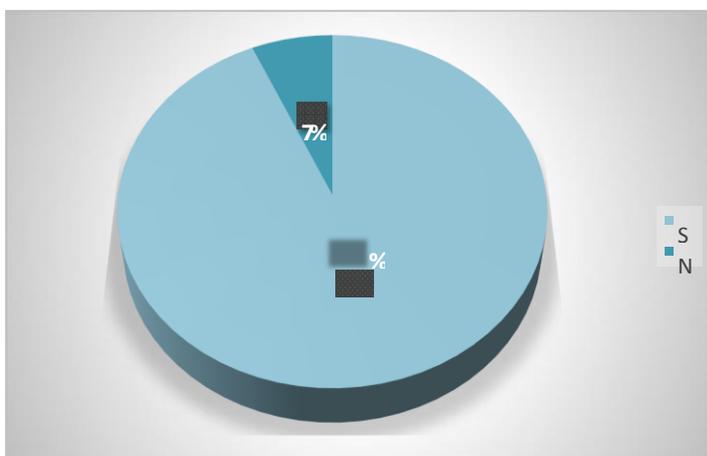
ANÁLISIS DE DATOS

1.- ¿Conoce que es el Cáncer Cervicouterino?



En la población que se encuestó del Hospital Oncológico el 100% del personal de enfermería conoce que es el cáncer cervicouterino puesto que es un Hospital especializado en tratar los diferentes tipos de cánceres y el personal está capacitado para ello.

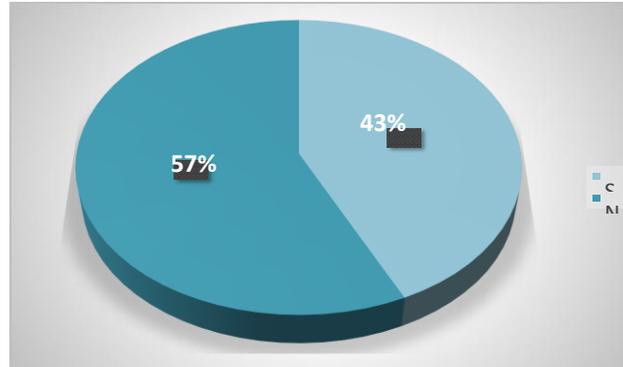
2.- ¿Conoce cómo prevenir el Cáncer Cervicouterino?



En la población encuestada del hospital oncológico el 93% del personal de enfermería tiene el conocimiento de la prevención del cáncer cervicouterino, y el

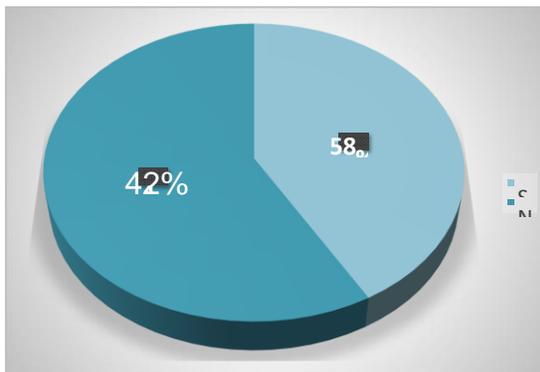
7% explica que no tiene el conocimiento suficiente porque no están en áreas de pacientes exclusivos del cáncer cervicouterino.

3.- ¿Conoce los síntomas del Cáncer Cervicouterino?



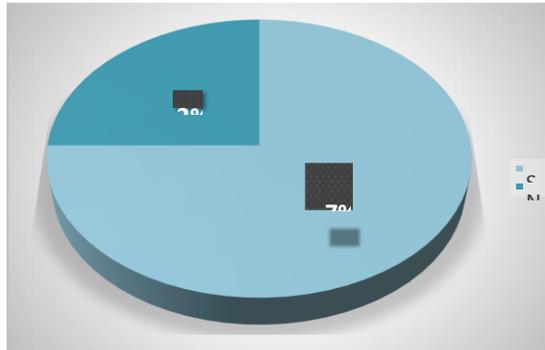
En la población encuestada el 43% del personal de enfermería conoce los síntomas explicando que son personal que esta solamente especializado en tratar con las pacientes que cursan la enfermedad mientras que el 57% lo desconoce ya que realiza otras funciones.

4.- ¿Conoce los signos que pueden presentar Cáncer Cervicouterino?



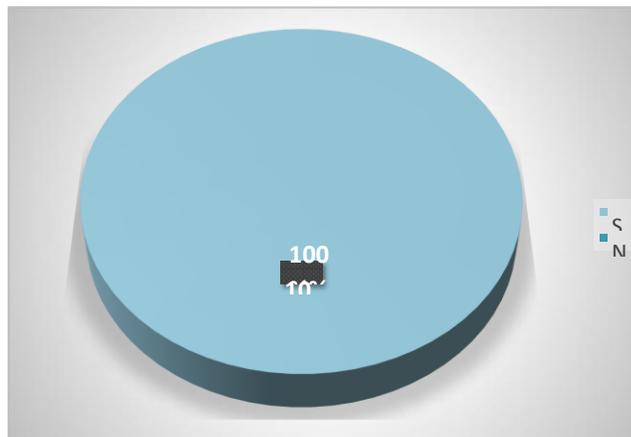
En la población encuestada el 58% del personal de enfermería conoce los signos y los describen por lo tanto el 42% desconoce cuales son algunos de los signos que se pueden presentar en el cáncer cervicouterino.

5.- ¿Conoce cuáles son las medidas de prevención?



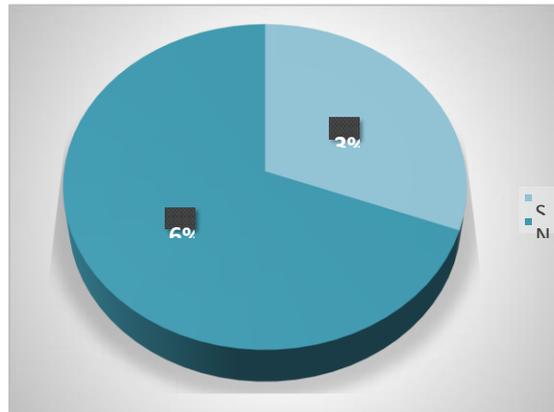
Se puede observar en la gráfica que el 75% del personal de enfermería si conoce las medidas de prevención, pues, son quien orientan a la población, mientras tanto el 25% del personal no conoce las medidas de prevención.

6.- ¿Conoce a qué edad se debe realizar una citología?



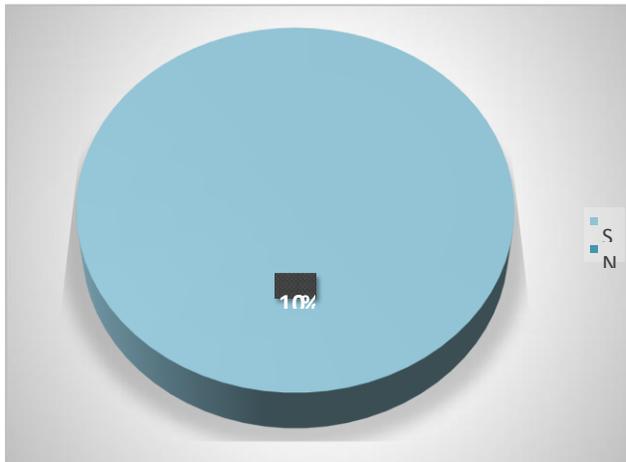
En esta representación gráfica todo el 100% del personal encuestado respondió que si conoce la edad en la que se debe realizar la citología cervical.

7.- ¿Conoce los factores de riesgo del Cáncer Cervicouterino?



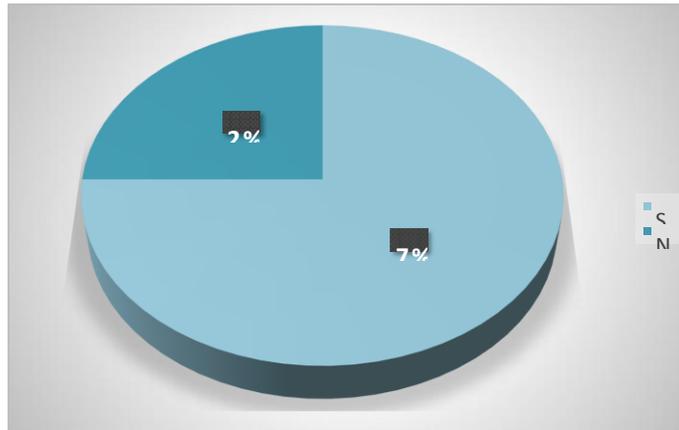
La población encuestada respondió en un 69% que si conoce cuales son los factores de riesgo haciendo mención de alguno de ellos, mientras el otro 31% del personal explica que no conoce los factores de riesgo en su totalidad.

8.- ¿Conoce con qué frecuencia se debe realizar la citología?



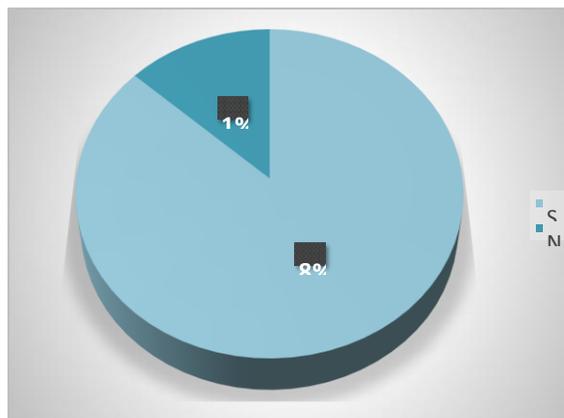
La población que se encuestó dando como resultado el 100% del personal de enfermería conoce con que frecuencia se debe realizar la citología cervical y explica la importancia que esta prueba tiene.

9.- ¿Conoce que grupo de personas son más vulnerables a desarrollar un Cáncer Cervicouterino?



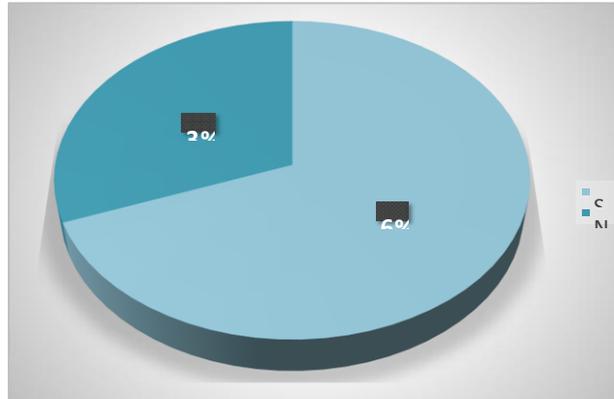
Se obtuvieron resultados positivos con un 75% del personal encuestado, lo que indica que saben que grupo de personas son más vulnerables a contraer la enfermedad, mientras un 25% del personal desconoce las causas.

10.- ¿Conoce el tratamiento del Cáncer Cervicouterino?



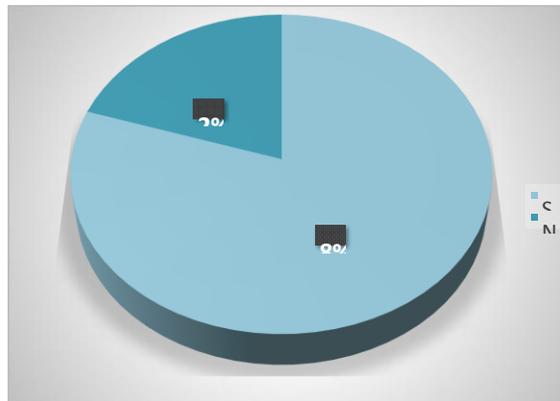
Los resultados que se obtuvieron fueron favorables con un 87% de conocimiento del personal de enfermería explicando que son la mayoría quien lleva a cabo el tratamiento en pacientes con Cáncer cervicouterino, por otra parte el 13% del personal no está familiarizado con el tratamiento que se lleva a cabo.

11.- ¿Conoce las etapas de desarrollo del Cáncer Cervicouterino?



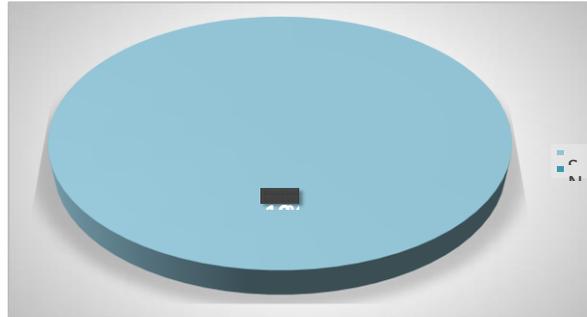
En la población que se encuestó se observó un 69% del personal de enfermería que sabe cuáles son las etapas del Cáncer cervicouterino explicando que cada una tiene una función distinta en cada etapa según se encuentre la paciente, mientras el 31% desconoce las etapas en las que se desarrolla esta enfermedad.

12.- ¿Las mujeres pueden reducir su riesgo de contraer el cáncer cervicouterino?



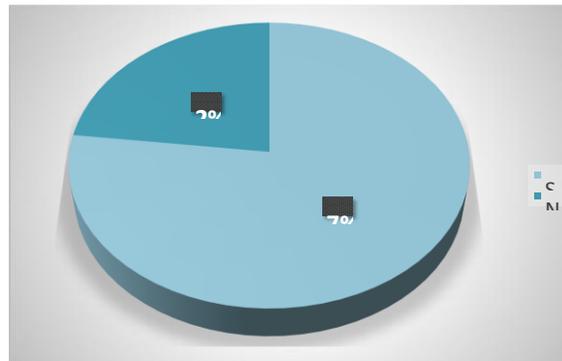
En la población encuestada el 80% del personal de enfermería sabe cómo se puede reducir el riesgo de contraer esta enfermedad dando algunas recomendaciones, mientras el 20% lo desconoce.

13.- ¿Conoce qué detecta una citología?



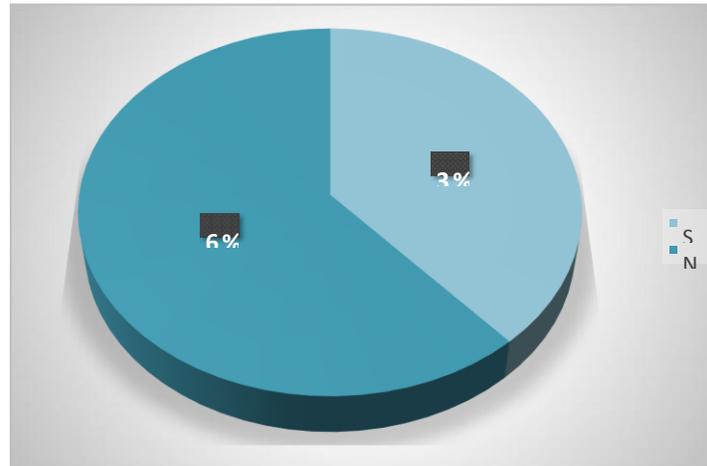
Los resultados que arroja la gráfica son positivos con un 100% por parte del personal de enfermería ya que conocen los datos que detecta la citología.

14.- ¿Cree usted que el Cáncer Cervicouterino sea curable?



La población encuestada con un 77% cree que el Cáncer cervicouterino si es curable, mientras un 23% explica que se puede controlar mediante el tratamiento indicado y si este se lleva a cabo como lo es.

15.- ¿Conoce los riesgos o efectos secundarios del tratamiento?



El 38% del personal de enfermería conoce cuales son los efectos secundarios que el tratamiento puede provocar en la paciente, mientras el 62% los desconoce y explican porque no están mucho tiempo familiarizados con el tratamiento y como es que se lleva a cabo.

CONCLUSIONES

De acuerdo a lo analizado y considerando la pregunta de investigación que a la letra dice “¿Cuáles son las prevenciones que realiza el personal de Enfermería en el Cáncer Cervicouterino?”, se responde de la siguiente manera:

El cáncer cervicouterino es una enfermedad prevenible, detectable y, generalmente, curable si se diagnostica en sus estadios iniciales. La disminución de su mortalidad a partir de la introducción de la citología de Papanicolaou es buena muestra de ello. Una tasa nacional elevada de mortalidad por cáncer cervicouterino es no sólo un fracaso de los sistemas de salud sino una tragedia económica, familiar y afectiva que refrenda las evidencias de una inequidad social.

En las últimas décadas, se han desarrollado nuevas técnicas que complementan el tratamiento, con la finalidad de escindir la totalidad de la lesión y con esto reducir los porcentajes de persistencia o recurrencia de la enfermedad, tales como el cono central complementario a la CAD. Los manejos menos invasivos son la tendencia actual, por lo que surge la necesidad de caracterizar a las pacientes que requerirán una escisión más amplia o utilizar medidas complementarias. Uno de los grupos principalmente que se ven afectados con este tipo de lesiones son aquellas mujeres en edad reproductiva, en donde el implementar resecciones extensas, compromete el seguimiento cito y colposcópico posterior, además de aumentar las tasas de complicaciones en embarazos subsecuentes. Uno de los objetivos principales del tratamiento de las lesiones pre invasoras, es garantizar su completa escisión abarcando toda la zona de transformación. Se reconoce que la CAD se asocia a efectos adversos en el resultado de embarazos subsecuentes.

Por otra parte, los programas orientados al control del cáncer de cuello uterino han sido pocos eficaces y de bajo impacto en países subdesarrollados. Una

de las causas es la falta de planeación con base en los elementos culturales de la comunidad que se interviene. En este sentido, la cultura influye en la apropiación del cuerpo y en las decisiones que las mujeres toman frente al mismo, en la percepción de la enfermedad y conductas de prevención. Por estas razones la opinión de la población tiene un puesto relevante en la formulación de políticas y en la ejecución de programas de salud; sin embargo, comúnmente se organizan desde el punto de vista de los técnicos y se dejan fuera las necesidades y las percepciones de la comunidad.

El escaso conocimiento en materia del cáncer de cuello uterino, causas y prevención de las mujeres es debido, en parte, a la falta de información y a la educación que hacen los prestadores de servicios de salud, quienes, según ellas, sólo se interesan en brindar el tratamiento necesario para las enfermedades, mas no en realizar actividades educativas; componente central de los programas de promoción de la salud y de la prevención de la enfermedad.

Las percepciones e interpretaciones que las mujeres hacen sobre el autocuidado, el cáncer cervicouterino, sus causas y su prevención, son construcciones culturales y sociales, mismas que atraviesan las generaciones, el núcleo familiar y la sociedad con influencia elevada de los medios de comunicación. De esta forma, la equidad en el acceso a los programas de prevención y de detección oportuna del cáncer de cuello uterino deben considerar las diferencias culturales y las necesidades específicas de las mujeres, romper barreras culturales y abrir espacios de participación de las usuarias en los servicios de salud.

SUGERENCIAS

- Vacunarse contra el VPH

Hay vacunas disponibles para ayudar a proteger a los niños y adultos jóvenes contra ciertas infecciones por VPH. Estas vacunas protegen contra la infección causada por los tipos de VPH más comúnmente asociados con el cáncer, así como algunos tipos que pueden causar verrugas anales y genitales. Aplicar la vacuna contra el VPH entre los 9 y 12 años, lo cual ayudará a prevenir más casos de cáncer que la vacunación a edades mayores.

- Detección temprana.
- Alimentación sana y saludable.
- Guías por edad para las pruebas de detección.

RECOMENDACIONES

Consolidar el trabajo de los Equipos Básicos de Salud, a fin de trazar estrategias multisectoriales, encaminadas a fortalecer las acciones de educación sanitaria dirigidas a las familias en relación al conocimiento y modificación de los factores de riesgo que inciden con mayor frecuencia en la aparición del cáncer cervicouterino, además del cumplimiento estricto del Programa de Prevención de este cáncer con el objetivo de estudiar la totalidad de pacientes en el tiempo y forma correspondientes.

ANEXOS

Cronograma de actividades

Cronograma de actividades		FECHAS					
No	Actividad	06 de febrero	13 de febrero	20 de febrero	27 de febrero	06 de marzo	A definir
1	Elección del tema	X					
2	Planteamiento del problema (delimitación y pregunta de investigación)		X				
3	Marco teórico		X				
4	Proceso metodológico			X			
5	Conclusiones				X		
6	Entrega de protocolo					X	
7	Aplicación de instrumento de investigación						X
8	Análisis e interpretación de resultados						X
	Discusión y recomendaciones						X
9							

10	Presentación de resultados						X
----	----------------------------	--	--	--	--	--	---

GUIÓN METODOLÓGICO

PREVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL CÁNCER CERVICOUTERINO

Pregunta de investigación	Objetivos	Hipótesis	Variables	Definición
¿Cuáles son las prevenciones que realiza el personal de Enfermería en el Cáncer Cervicouterino?	<p>OBJETIVOS GENERAL: Identificar las prevenciones que realiza el personal de enfermería en el Cáncer Cervicouterino.</p> <p>ESPECÍFICOS: Analizar cómo influye el personal de enfermería en la prevención del Cáncer Cervicouterino.</p>	<p>Orientación sobre los factores de riesgo, las complicaciones, el diagnóstico precoz y la realización de la citología cervical.</p>	<p>Dependiente</p> <p>Independiente</p>	<p>Cáncer cervicouterino</p> <p>Intervenciones de enfermería</p> <p>Prevención</p> <p>Edad</p> <p>Sexo</p>

Consentimiento Informado



ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD INCORPORADA A LA UNAM CLAVE 8722

Consentimiento informado para participar en un estudio de investigación.

Se pide de la manera más atenta conceda su consentimiento para participar en la metodología de este proyecto de investigación, que tiene como objetivo general identificar las prevenciones que realiza el personal de enfermería en el Cáncer Cervicouterino.

He sido informado (a) con claridad de los objetivos de la metodología de prevenciones, así como de la importancia de mi participación en la misma, la cual no implica ningún tipo riesgo a mi persona. Estoy convencido (a) que mis datos serán totalmente confidenciales y que contribuirán en un futuro al cuidado integral de otras personas que cursan con una situación similar a la mía, fortaleciendo la profesión de Enfermería a través del conocimiento de mis necesidades.

Se me ha informado que no existe riesgo alguno sobre mi salud y que mi participación será voluntaria en todo momento, sin obligación y consciente, sin recibir ninguna remuneración económica.

NOMBRE: _____

FIRMA: _____ Morelia,
Michoacán. A ____ de ____ del 202_

Instrumento de investigación



ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD
INCORPORADA A LA UNAM CLAVE: 8722

“PREVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL EN EL CÁNCER
CERVICOUTERINO”

Cuestionario

OBJETIVO GENERAL: Identificar las prevenciones que realiza el personal de enfermería en el Cáncer Cervicouterino.

Indicaciones: Marque con una X (SI) (NO) y explique.

Sexo: F () M ()

Estado Civil: Soltera () Casada () Viuda () Divorciada () Otros () Especifique:

PREGUNTA	SI	NO	EXPLIQUE
1.- ¿Conoce que es el Cáncer Cervicouterino?			
2.- ¿Conoce cómo prevenir el Cáncer Cervicouterino?			

3.- ¿Conoce los síntomas del			
------------------------------	--	--	--

Cáncer Cervicouterino?			
------------------------	--	--	--

4.- ¿Conoce los signos que pueden presentar Cáncer Cervicouterino?			
--	--	--	--

5.- ¿Conoce cuales son las medidas de prevención?			
---	--	--	--

6.- ¿Conoce a que edad se debe realizar una citología?			
--	--	--	--

7.- ¿Conoce los factores de riesgo del Cáncer Cervicouterino?			
---	--	--	--

8.- ¿Conoce con qué frecuencia se debe realizar la citología?			
---	--	--	--

9.- ¿Conoce que grupo de personas son más vulnerables a desarrollar un Cáncer Cervicouterino?			
10.- ¿Conoce el tratamiento del Cáncer Cervicouterino?			
11.- ¿Conoce las etapas de desarrollo del Cáncer Cervicouterino?			
12.- ¿Las mujeres pueden reducir su riesgo de contraer el cáncer cervicouterino?			
13.- ¿Conoce qué detecta una citología?			
14.- ¿Cree usted que el Cáncer Cervicouterino sea curable?			

15.- ¿Conoce los riesgos o efectos secundarios del tratamiento?			
---	--	--	--

¡GRACIAS!

Consideraciones éticas

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

Este protocolo se someterá al comité de ética de investigación del Hospital Oncológico de Morelia, una vez obtenida la aprobación, se procederá a programar las fechas para la aplicación del instrumento en la institución de salud antes mencionada, explicando al participante los objetivos del proyecto, se les solicitará autorización para su implementación mediante un consentimiento informado sobre esta intervención teórico-gráfico.

En esta investigación se respetaran los principio éticos de acuerdo a lo establecido en el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación (1984), y en la declaración de Helsinki (1964), referente a que se realiza investigación para la salud que contribuye al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud (artículo 3), debiendo prevalecer en todo momento de la investigación el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar (artículo 13), también se respetaran los principios éticos y legales (artículo 14), protegiendo la privacidad del individuo de la investigación identificándolo sólo cuando los resultados los requieran y éste lo autorice (artículo 16).

Esta investigación se considera sin riesgo para el sujeto de estudio ya que no se le identificara ni se tratarán aspectos sensitivos de su conducta (artículo 17, apartado I), se presentará por escrito el consentimiento informado, mediante el cual el sujeto investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación. Así mismo el investigador principal responderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño a la salud del sujeto en quien se realice la investigación (artículo 18).

De la misma manera, el investigador se compromete a contar con el consentimiento informado donde el sujeto o, en su caso, su representante legal deberá una explicación clara y completa de tal forma que pueda comprenderla brindando seguridad de que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad (artículo 21, apartado VIII).

La conducción de esta investigación estuvo a cargo de 1 persona quien es estudiante de enfermería y tiene la formación académica adecuada, cuenta con la autorización del jefe responsable del área de adscripción.

De igual manera los investigadores se encargarán de la dirección técnica del estudio y tendrá las siguientes atribuciones: I. Preparar el protocolo de la investigación; II. Cumplir los procedimientos indicados en el protocolo y solicitar autorización para la modificación en los casos necesarios sobre aspectos de ética y bioseguridad; III. Documentar y registrar todos los datos generados durante el estudio; IV. Formar un archivo sobre el estudio que contendrá el protocolo, las modificaciones al mismo, las autoridades, los datos generados, el informe final y todo el material documental y biológico susceptible de guardarse, relacionado con la investigación; V. Seleccionar al personal participante en el estudio y proporcionarle la información y adiestro necesario para llevar a cabo su función, así como mantenerlos al tanto de los datos generados y resultados; VI. Elaborar y presentar informes parciales y finales de la investigación, y VII. Las obras afines que sean necesarios para cumplir con la dirección técnica de la investigación

GLOSARIO

(A)

Adenocarcinoma in situ: lesión que se produce por el reemplazo del epitelio cilíndrico que se localiza en el conducto del cuello uterino, al ser observado en el microscopio presentan un patrón glandular localizado.

(B)

Biopsia: procedimiento de tipos de quirúrgico fácil de realizar para extraer una pequeña cantidad de tejido del cuello uterino. Se pueden realizar más biopsias por sacabocados en diferentes zonas del cuello uterino, para ser sometido a estudios histológicos, el sangrado resultante es usualmente controlado mediante presión digital.

(C)

Cáncer: crecimiento maligno, autónomo y desregulado de células. Dicho crecimiento da lugar a tumores, que pueden invadir partes adyacentes y distantes del cuerpo, a la par que destruyen tejidos normales y compiten por los nutrientes y el oxígeno.

Carcinoma in situ: lesiones en las cuales las células con alteraciones en su morfología abarcaban todo el espesor del epitelio, sin interrumpir la membrana basal.

Células atípicas: células observadas en la prueba de Papanicolaou que indican una anomalía; su presencia no es concluyente.

Cérvix: cuello del útero.

Cervicitis: inflamación aguda del epitelio de cuello uterino, puede responder a causas infecciosas, traumáticas y químicas entre otras, estado de salud que se recupera una vez que desaparece el factor irritativo.

Coito: relación sexual convencional heterosexual, en la cual el pene es introducido en la vagina.

Condiloma: estructura similar a una verruga causada por tipos no oncógenos ("de bajo riesgo") del virus del papiloma humano (VPH); se observa asimismo en forma de verrugas, de tamaño variable, se localizan en la zona del tracto genital inferior (TGI); esta distribución en es conocida como condilomatosis.

Colposcopia: técnica complementaria ginecológica que tiene su fundamento en las imágenes obtenidas al incidir la luz del colposcópico sobre distintos tejidos del tracto genital inferior (TGI).

Condilomas: se presenta como una formación blanca, nacarada, con digitaciones, en las que es difícil observar vascularización (presencia de vasos sanguíneos), cuando la queratinización es marcada. Generalmente son múltiples, su diagnóstico es fácil al ojo desnudo, son móviles y múltiples puede hallarse junto a otras manifestaciones de virus del papiloma humano HPV, pero a veces es la única forma de lesión presente.

Conización: extirpación de una porción del cuello uterino en forma geométrica de cono, se realiza con bisturí o radiocirugía o cirugía por ASA diatérmica, de ahí que esta última la cirugía es conocida con el nombre de Cono por ASA.

Cuello del útero: estructura anatómica que se corresponde a la porción inferior del útero y se explora en el examen ginecológico a través de la observación con espejito.

(D)

Diagnóstico: procedimiento por el cual se identifica una enfermedad o cualquier condición de salud-enfermedad (estado de salud)

Diagnóstico médico: resultado del razonamiento científico del médico y adquiere un carácter integrador. Se estructuran mediante un ejercicio lógico

en la identificación de los síntomas y signos clínicos que incluyen, que de forma integrada permiten la elaboración del diagnóstico nosológico presuntivo y el diagnóstico diferencial, y el diagnóstico definitivo.

Diagnóstico clínico: proceso que permite la identificación de la enfermedad a partir de interrogatorio y examen físico al paciente, así como las determinaciones de laboratorio cuando es necesario.

Diagnóstico presuntivo: es el resultado del razonamiento científico del médico y adquiere un carácter integrador. se requiere del empleo permanente de la clínica, la que puede auxiliarse de diferentes exámenes complementarios seleccionados de manera pertinente.

Displasias: pérdida de la uniformidad del epitelio sin llegar a ser una neoplasia, las displasias no progresan necesariamente al cáncer, la forma más conocida de displasia es la displasia de cuello de útero tiene como causa etiológica la infección por papilomavirus humano que afecta al cérvix de las mujeres.

(E)

Ectopia: define como la eversión del epitelio cilíndrico endocervical hacia el exocérvix.

Epitelio: revestimiento de determinado órgano compuesto de una o varias capas de células como acción protectora.

Endocérvix: parte del cuello uterino no visible, se localiza contiguo al orificio cervical externo; durante algunos procesos se exterioriza y se hace visible, post traumatismo del parto, en el embarazo en infecciones del cuello de útero.

Exocérvix: parte fácilmente visible del cuello uterino; a la exploración con espéculo.

(H)

Hiperplasia: aumento del número de células del tejido por lo que este proceso lleva consigo aumento del volumen del tejido.

Huevos de Naboth o quiste de retención: recubrimiento de un orificio glandular en puente por el epitelio exocervical da lugar a una formación redondeada que levanta el epitelio en forma de pápula por la constante formación y retención de moco producido por las células del epitelio cilíndrico. Pueden ser diámetros variables.

Durante el examen puede ser yodo positivo o yodo negativo difuso, una vez aplicada la prueba de Schiller, según el daño epitelial.

(I)

Infección de transmisión sexual: infección adquirida por medio de la actividad sexual. Las enfermedades transmitidas sexualmente incluyen, entre otras, gonorrea, sífilis, SIDA.

Inmunodepresión: menor capacidad del cuerpo para resistir el ataque de gérmenes y otros cuerpos extraños, como se observa en las personas infectadas por el VIH.

Inspección visual con ácido acético (IVAA): simple observación del tracto genital inferior luego de la aplicación de solución de ácido acético al 5 %, con adecuada iluminación.

(L)

Lesión intraepitelial escamosa: alteración de las células escamosas del revestimiento del cuello uterino. se clasifican internacionalmente en lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado y bajo grado. Esta clasificación debe utilizarse solamente para notificar los resultados de las pruebas citológicas.

Lesiones premalignas: lesiones asintomáticas presenta en el cuello de uterino, mucho antes de la aparición del cáncer; pueden recibir el nombre de neoplasia cervical intraepitelial (NIC).

Lesión intraepitelial de bajo grado(LIEBG): incluye la infección por virus del papiloma(HPV) y la displasia leve, esta evoluciona espontáneamente hacia la curación, o progresan a lesiones de alto grado, sólo un pequeño porcentaje de los casos diagnosticados.

Lesión intraepitelial de alto grado (LIEAG): incluye la displasia moderada, severa y el carcinoma in situ, precisan de ser tratadas, algunos casos progresan al cáncer invasor, con mayor o menor rapidez si no son tratados oportunamente. **(M)**

Metaplasia escamosa: reemplazo fisiológico del epitelio cilíndrico invertido al exocérvix por un epitelio escamoso neo formado inmaduro producen glucógeno y, en consecuencia, no se tiñen de marrón o negro con la solución de Lugol. Pueden surgir a la vez varios grupos aislados de metaplasia escamosa inmadura.

(N)

Neoplasia intraepitelial Cervical (NIC): enfermedades pre invasoras, se caracteriza por zonas de cambios de células epiteliales atípicas en el cérvix se extiende en las capas intermedia entre el epitelio normal y el CIS. La NIC se dividió en los grados I,

II y III, la NIC I se corresponde a la displasia leve, NIC II a la displasia moderada y NIC III a la displasia severa y al CIS.

(O)

Oncoginecología: especialidad que se encarga de la atención y seguimiento de las pacientes afectadas por cáncer de los órganos ginecológicos.

(R)

Radiocirugía: método quirúrgico de tratamiento conservador de lesiones intraepiteliales de alto grado del tracto genital inferior, realizado con corriente de alta frecuencia.

Raspado endocervical: porción de tejido epitelial extraído del conducto endocervical para ser sometido a examen de anatomía patológica.

(T)

Tratamiento conservador: permite extirpar la lesión del órgano y conservar el mismo. **(U)**

Unión escamo columnar: parte del cuello de útero donde se unen los dos epitelios; endocervical y exocervical.

(V)

Vaginosis bacteriana: infección bacteriana localizada en la vagina, producida por un germen (bacteria) conocido como gadnerellas vaginales, se caracteriza por la presencia de secreciones muy fétidas.

Virus del papiloma humano: la infección por virus del papiloma humano (VPH) está considerada como una Infección de trasmisión sexual (ITS), y es factor primordial en la génesis del cáncer cérvico-uterino. se considera que un 80-90 % de las infecciones se resuelven espontáneamente y persiste entre un 10-20 %

BIBLIOGRAFÍAS

(s.f.). Obtenido de <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuellouterino/acerca/que-es-cancer-de-cuello-uterino.html#referencias>

(s.f.). Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/anaradmex/arm-2009/arm091g.pdf>

(s.f.). Obtenido de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000893.htm> (2009 mexico).

(30 de julio de 2020). Obtenido de [https://www.cancer.org/es/cancer/cancerdecuello-uterino/acerca/que-es-cancer-de-cuello-uterino.html#escrito_por ADAM](https://www.cancer.org/es/cancer/cancerdecuello-uterino/acerca/que-es-cancer-de-cuello-uterino.html#escrito_por_ADAM).

(1997-2022). admin, W. b. (13 de marzo de 2021).

BERAMENDI PEREZ, J. H. (s.f.).

Casaus., I. D. (2019).

<http://tesis.uson.mx/digital/tesis/docs/21055/Justificaci%C3%B3n.pdf>. (s.f.).

<https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/acerca/que-es-cancer-de-cuello-uterino.html#referencias>. (s.f.).

Oncology, A. S. (2005-2022).

PLIEGO, D. J. (2013 Mexico). Obtenido de <http://www.incanmexico.org/incan/docs/tesis/2014/subespecialidad/Tesis%20GO%20Carvajal.pdf>.

rafael, h. s. (31 de mayo de 1989).