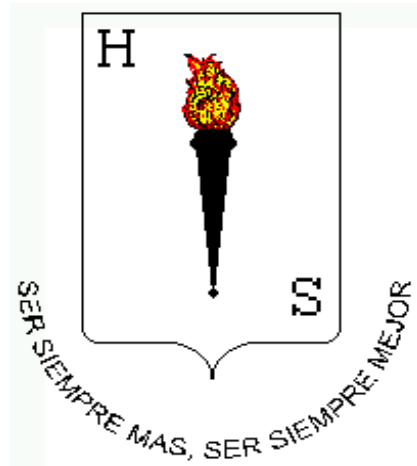


ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA
SALUD

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE: 8722



TESIS

PREVENCIÓN DE CÁNCER CERVICOUTERINO

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ALUMNA:

ALEJANDRA CANCINO ORTIZ

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

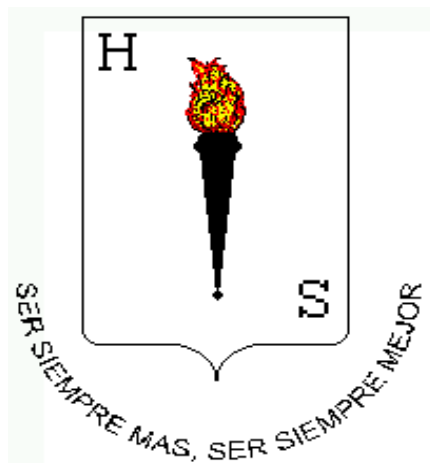
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA
SALUD

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE: 8722



TESIS

PREVENCIÓN DE CÁNCER CERVICOUTERINO

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ALUMNA:

ALEJANDRA CANCINO ORTIZ

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN.

Índice

INTODUCCIÓN

	Pág.
CAPÍTULO I: MARCO TEORICO.....	1
1.1 Antecedentes de cáncer cervicouterino.....	1
1.2. Marco teórico.....	3
1.2.1 Cáncer	3
1.2.2 Cáncer cervicouterino.....	4
1.2.3 Clasificación del cáncer cervicouterino	7
1.3. Virus	8
1.4. Vacuna	9
1.4.1 Vacuna cuadrivalente.....	9
1.4.2 Vacunas profilácticas.....	10
1.4.3. Función de las vacunas contra VPH.....	14
1.5. Anatomía aparato reproductor femenino.....	14
Útero	15
1.6. Definición del VPH	15
1.6.1 Tipos de VPH de "bajo riesgo"	16
1.6.2 Tipos de VPH de "alto riesgo"	17
CAPITULO II Deteccion del CaCu.....	24
Examen físico y antecedentes	24
Examen pélvico	24
Prueba Pap del Cuello Uterino.....	25
Prueba de Pap	25
Prueba del virus del papiloma humano (VPH)	25

Legrado endocervical.	26
Colposcopia	26
Biopsia	26
2.2 El Papanicolaou (PAP)	27
2.3 Intervenciones de Enfermería	28
2.3 Norma oficial mexicana NOM-014-SSA2-1994	29
2.3.3 Control de calidad	40
CAPÍTULO III: PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA	47
3.2 Justificación	48
3.3 Objetivo general	50
3.3.1 Objetivo específico	50
Variables independientes	51
Variables dependientes	51
3.5 Estrategia metodológica	51
3.5.1 Método hipotético deductivo	52
3.5.5 Evaluación.....	53
CAPITULO IV:DESCRIPCION DE RESULTADOS	55
4.2 Instrumento aplicado lista de cotejo	56
CONCLUSIONES	
GLOSARIO	
FUNTES DE CONSULTA	
ANEXOS	

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Por permitirme llegar a este momento especial en mi vida. Por los triunfos y los momentos difíciles que me han enseñado a valorarlo cada día más y la fortaleza que me ha dado para continuar cuando he estado a punto de rendirme, como la salud que me ha brindado para poder concluir esta meta.

A MIS PADRES

Por brindarme todo su apoyo incondicional cuando más los he necesitado han estado a mi lado y darme ánimos para poder seguir adelante, por brindarme su apoyo económico para poder concluir una meta más en mi vida por creer en mí. Por haberme forjado como la persona que en la actualidad soy, muchos de mis logros se los debo a ustedes entre los que se incluye este, me motivaron constantemente para alcanzar mis anhelos.

DEDICATORIAS

La presente tesis está dedicada a Dios, porque gracias a él he logrado concluir mi carrera. A mis padres porque ellos siempre estuvieron a mi lado brindándome su apoyo, consejos para hacer de mí una mejor persona, su amor trabajo y sacrificios en todos estos años gracia a ustedes he logrado llegar hasta aquí, ha sido un privilegio ser su hija son los mejores padres que pude tener. A mis hermanos por sus consejos y su compañía, brindándome un apoyo incondicional. A mis amigas por estar conmigo en los momentos más difíciles y no dejar rendirme por los consejos que me brindan.

INTRODUCCIÓN

Esta investigación que a continuación se presentara acerca del tema **prevención sobre el cáncer cervicouterino**, el cual continua siendo un problema importante en salud publica en el mundo principalmente en países en desarrollo. En México es la primera causa de muerte en mujeres.

En la siguiente investigación permitirá el conocimiento de la etiología, diagnóstico y tratamiento del cáncer cervicouterino para que de esa manera se pueda disminuir la tasa de mortalidad en mujeres de 20 a 30 años de edad que acuden a la consulta externa del “Hospital de Nuestra Señora de la Salud” se pretenda dar una prevención adecuada y oportuna para poder evitar la incidencia de cáncer cervicouterino.

Las intervenciones de enfermería ayudaran para que las mujeres que acuden al Hospital d Nuestra Señora de la salud tengan una mejor prevención y orientación oportuna de cáncer cervicouterino, de esa manera conozcan las consecuencias que tiene no llevar una vida sexual adecuada y tener múltiples parejas sexuales, por otra parte también es importante que acudan a revisión para un diagnóstico oportuno y de esa manera evitar la mortalidad en mujeres.

La prevención el diagnostico precoz y el tratamiento inmediato son las armas fundamentales para el control del cáncer, la promoción a través de la educación para la salud.

El propósito está orientado a que se proporcione información actualizada, sobre el nivel de conocimientos que tienen las pacientes acerca de la prevención de Cáncer Cervicouterino de esta manera permitirá al personal de la salud en especial al profesional de enfermería a laborar en el primer nivel de atención.

También se encontraran las causas y consecuencias principales que este problema genera. Como conceptos, definiciones de los temas descritos antecedentes históricos de la enfermedad.

CAPÍTULO I: MARCO TEORICO.

En capítulo I se da a conocer los antecedentes históricos de la enfermedad, definiciones y conceptos del cáncer cervicouterino.

1.1 Antecedentes de cáncer cervicouterino

El cáncer de cuello uterino o cervical, es un problema de salud mundial para todas las mujeres. Durante siglos, la causa del cáncer cervicouterino era desconocida. No fue sino hasta el siglo XX que los científicos entendieron que la enfermedad era causada por la exposición al virus del papiloma humano. Las vacunas contra algunas formas del virus están ampliamente disponibles, pero en la mayor parte de la historia, las causas del cáncer cervicouterino fueron totalmente malinterpretadas.

Existen muchas interrogantes sobre la causa de cáncer cervicouterino, actualmente se ha observado que el 99% de los canceres están relacionados con la infección por virus de papiloma humano, la cual es una infección de transmisión sexual muy común, que puede producirse lesiones en el útero, también están asociadas con variables factores relacionados con la vida sexual y reproductiva. La edad de iniciación de las relaciones sexuales, el número de parejas sexuales de la mujer o de su compañero.

Desde hace casi 30 años se sugirió que el Virus del Papiloma Humano (VPH) era el agente causal del cáncer de cérvix uterino. Esta idea le concedió el Premio Nobel en 2009 al profesor Harald zur Hausen.

Actualmente se ha establecido que la infección persistente por tipos oncogénicos de VPH es la causa necesaria del cáncer de cérvix. Mediante múltiples estudios epidemiológicos, moleculares y clínicos se ha demostrado que esta neoplasia es una secuela de una infección no resuelta de ciertos genotipos de VPH. En esencia todos los cánceres de cérvix contienen ADN de algún tipo de VPH de alto riesgo.

Esta neoplasia comprende el 30% de los tumores malignos ocurridos en los habitantes de países subdesarrollados y es la segunda causa de muerte entre la población femenina mundial.

Hasta ahora en día han descubierto más de 70 genotipos del VPH, identificados molecularmente por diferencias sutiles en la composición de su ADN (ácido desoxirribonucleico).

La infección por VPH es muy común en mujeres sexualmente activas, afecta entre el 50 y el 80% de las mujeres al menos una vez en su vida. La principal vía de infección es la transmisión sexual y no se ha comprobado la eficacia del preservativo como método de prevención, ya que el virus puede ubicarse en los genitales internos y externos, incluidas las zonas que no están protegidas por el preservativo.

El virus de papiloma ha cohabitado con la especie humana a través de miles de años, sufriendo pocos cambios en su composición genómica. Basado en el análisis de secuencia de ácido desoxirribonucleico (ADN), se han reconocido más de 100 genotipos de VPH que causan un diverso rango de lesiones epiteliales.

1.2. Introducción al Marco teórico

En este apartado a continuación se presentará el marco teórico en el se desarrollan conceptos, síntomas, causas, las intervenciones de enfermería y el decálogo y código de ética profesional sobre el tema ya mencionado anteriormente.

1.2.1 Cáncer

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cáncer es un término genérico para un grupo de más de 100 enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo. Otros términos utilizados son neoplasias y tumores malignos.

Una de las características que define el cáncer es la generación rápida de células anómalas que crecen más de lo normal y pueden invadir zonas adyacentes del organismo o diseminarse a otros órganos en un proceso que da lugar a la formación de las llamadas metástasis.

El cáncer es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células. Puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo. El tumor suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo. Muchos tipos de cáncer se podrían prevenir evitando la exposición a factores de riesgo comunes como el humo de tabaco. Además, un porcentaje importante de cánceres pueden curarse mediante cirugía, radioterapia o quimioterapia, especialmente si se detectan en una fase temprana.

1.2.2 Cáncer cervicouterino

Muchos expertos no están seguros de cuáles son los factores causantes de este tipo de cáncer pero varios estudios han demostrado que el papiloma virus humano (VPH).

Es una infección transmitida sexualmente incrementa significativamente el riesgo de que las mujeres desarrollen cáncer de cuello uterino, lo cual es considerado una de las enfermedades vinerías.

Es por ello altamente recomendable que todas las mujeres que tengan entre 18 y 64 años de edad se realicen un Papanicolaou o colposcopia debido a que esta enfermedad puede aparecer y cursar un cuadro subclínico sin síntomas, haciendo que la paciente no tenga conocimiento a menos de que se empiecen a observar algunas alteraciones o la prueba salga afectada.

Actualmente se puede prevenir el cáncer de cuello uterino con tres estrategias: la primera es abstinencia sexual; retrasar la vida sexual después de los 20 años, monogamia y el uso de condón; la segunda, a través de la prevención primaria (antes de la adquisición del virus del papiloma humano, vacunas profilácticas), en la etapa presexual y; la tercera, basada en la citología vaginal con tinción de Papanicolaou y pruebas de ADN. Para fines prácticos, la primera opción sólo la practica la minoría de la población, por lo tanto, carece de impacto significativo en la prevención del cáncer cervicouterino.

A pesar de que la citología vaginal reduce tanto la tasa de incidencia y mortalidad del cáncer cervicouterino (70%), para alcanzar estos resultados debe repetirse con frecuencia, ya que su baja sensibilidad, entre 30 a 57%, y su elevada tasa de falsos negativos hace que esta estrategia sea menos costo-efectiva.

El cáncer cervicouterino es causado por una infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH). Es necesaria la infección por VPH para que aparezcan el cáncer cervicouterino de células escamosas (y su lesión precursora, la neoplasia intraepitelial cervical o NIC de grados 1 y 2/3) y el adenocarcinoma cervicouterino (y su lesión precursora, el adenocarcinoma).

El VPH también causa un subgrupo de cánceres vulvares y vaginales, así como sus lesiones precursoras, la Neoplasia Intraepitelial Vulvar (NIV) y la Neoplasia Intraepitelial Vaginal (NIVa).

La infección por el VPH es muy común. A falta de vacunación, más de 50% de los adultos sexualmente activos se infectarán con el VPH a lo largo de la vida. La mayoría de las infecciones por VPH desaparecen sin secuelas, pero algunas avanzan hasta desembocar en cáncer cervicouterino. La infección por el VPH de los tipos 6, 11, 16 y 18 puede ocasionar resultados anormales en la citología vaginal y lesiones displásicas de grado leve (NIC 1, NIV 1 y NIVa 1).

Las lesiones por el VPH de los tipos 6 y 11 tienen pocas probabilidades de progresar hasta el cáncer, pero son clínicamente indistinguibles de las lesiones premalignas causadas por el VPH de los tipos 16 y 18.3. Los VPH de los tipos 16 y 18 causan 70% de los cánceres de ano y de pene relacionados, así como sus lesiones precursoras.

La infección por el VPH de los tipos 6 y 11 también causa verrugas genitales (condilomas acuminados), excrecencias que aparecen en la mucosa cervicovaginal, vulvar y perianal y en los genitales externos, que rara vez progresan hasta el cáncer. Se ha calculado que el riesgo de por vida de contraer verrugas genitales es superior

al 10%. La incidencia de estas lesiones, por lo general, es comparable entre hombres y mujeres.

El VPH de los tipos 6 y 11 también causa la papilomatosis respiratoria recurrente (PRR), una enfermedad de los lactantes y los adultos. La papilomatosis respiratoria recurrente se caracteriza por la aparición repetida de verrugas en las vías respiratorias.

La neoplasia intraepitelial cervical 2/3 y el adenocarcinoma in situ son los precursores inmediatos del carcinoma de células escamosas invasor y del adenocarcinoma cervicouterino invasor, respectivamente. Se ha demostrado que su detección y extirpación previene el cáncer invasor (prevención secundaria); así pues, su prevención primaria mediante la vacunación también prevendrá el cáncer invasor.

No puede emplearse el cáncer cervicouterino invasor como un punto final en los estudios de eficacia de las vacunas contra el VPH, debido a la importancia de emplear medidas de prevención secundaria. Así pues, los precursores inmediatos, tales como la NIC 2 (displasia cervicouterina de grado moderado), la NIC 3 (displasia cervicouterina de grado alto, que incluye el carcinoma in situ), y el adenocarcinoma in situ son los puntos finales más apropiados para demostrar la prevención del cáncer cervicouterino mediante las vacunas contra el VPH.

La neoplasia intraepitelial cervical 3 y el adenocarcinoma in situ se clasifican como cánceres cervicouterinos de grado 0, según la FIGO (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia). La neoplasia intraepitelial vulvar y la neoplasia intraepitelial vaginal de grados 2 y 3 son las precursoras de los cánceres vulvares y vaginales relacionados con el VPH

1.2.3 Clasificación del cáncer cervicouterino

Una vez detectado (diagnosticado) el cáncer cervicouterino, se harán más pruebas para determinar si las células cancerosas se han diseminado a otras partes del cuerpo. Este proceso se conoce como clasificación por etapas.

El médico necesita saber la etapa de la enfermedad para planear el tratamiento adecuado. Las siguientes etapas se usan en la clasificación del cáncer cervicouterino:

Etapa 0 o carcinoma in situ

El carcinoma in situ es un cáncer en su etapa inicial. Las células anormales se encuentran sólo en la primera capa de células que recubren el cuello uterino y no invaden los tejidos más profundos del cuello uterino.

Las opciones de tratamiento para el carcinoma de células escamosas in situ incluyen criocirugía, cirugía con láser, procedimiento de escisión electroquirúrgica con asa (LEEP/LEETZ) y conización con bisturí frío.

Por lo general, se recomienda una histerectomía para el adenocarcinoma in situ. Para las mujeres que desean tener hijos, el tratamiento con una biopsia de cono puede ser una opción.

Una histerectomía simple también es una opción para el tratamiento del carcinoma de células escamosas in situ, y se puede hacer si el cáncer regresa después de otros tratamientos. Todos los casos de carcinoma in situ pueden curarse con un tratamiento apropiado. No obstante, los cambios precancerosos pueden recurrir (reaparecer) en el cuello uterino o en la vagina, por lo que es muy importante

que su médico le brinde una atención cuidadosa. Esto incluye cuidado de seguimiento con pruebas de Papanicolaou regularmente y en algunos casos con colposcopia.

Etapa I

El cáncer afecta el cuello uterino, pero no se ha diseminado a los alrededores.

Etapa IA: una cantidad muy pequeña de cáncer que sólo es visible a través del microscopio se encuentra en el tejido más profundo del cuello uterino

Etapa IB: una cantidad mayor de cáncer se encuentra en el tejido del cuello uterino

Etapa II

El cáncer se ha diseminado a regiones cercanas, pero aún se encuentra en la región pélvica.

Etapa IIA: el cáncer se ha diseminado fuera del cuello uterino a los dos tercios superiores de la vagina

Etapa IIB: el cáncer se ha diseminado al tejido alrededor del cuello uterino

1.3. Virus

Virus es una palabra de origen latino, cuyo significado es veneno o toxina. Se trata de una entidad biológica que cuenta con la capacidad de autorreplicarse al utilizar la maquinaria celular.

Un virus está formado por una cápside de proteínas que envuelve al ácido nucleico (ADN o ARN). Esta estructura, por su parte, puede estar rodeada por la envoltura vírica (una capa lipídica con diferentes proteína).

1.4. Vacuna

Se entiende por vacuna cualquier preparación destinada a generar inmunidad contra una enfermedad estimulando la producción de anticuerpos

1.4.1 Vacuna cuadrivalente.

Es una vacuna recombinante con proteínas L1 parecidas a los tipos de VPH 6, 11, 16 y 18. Los tipos 16 y 18 causan aproximadamente:

- 70% de los casos de cáncer cervicouterino, adenocarcinoma in situ, y NIC 3;
- 70% de los casos de cáncer vulvar y vaginal relacionados con el VPH, casos de NIV 2/3, y NIVa y;
- 50% de los casos de NIC 2.

Los tipos de VPH 6, 11, 16 y 18 causan aproximadamente:

- 35 a 50% de todos los casos de NIC 1, NIV 1 y NIVa. Los tipos de VPH 6 y 11 causan aproximadamente:
 - 90% de los casos de verrugas genitales y PRR; y
 - 9 a 12% de los casos de NIC 1. Los efectos de la vacuna cuadrivalente también han sido estudiados en el VPH tipos 31, 33, 52, 56, 58 y 59.

Estos tipos causan aproximadamente:

- 11.6% de los casos de cáncer cervicouterino;
- 32.2% de los casos de NIC 1
- 39.3% de los casos de NIC 2; y
- 24.3% de los casos de NIC y AIS.

La eficacia de la vacuna cuadrivalente se evaluó en 5 estudios clínicos de fase II y III, doble ciego, con distribución al azar, controlados con placebo. El primer estudio de fase II evaluó el componente de VPH 16 de la vacuna cuadrivalente (protocolo 005, N = 2,391), y el segundo todos los componentes de la vacuna cuadrivalente (protocolo 007, N = 551). Los estudios de fase III, denominados FUTURE (siglas en inglés de “Mujeres Unidas para Reducir Unilateralmente las Enfermedades Ecto y Endocervicales”), evaluaron la vacuna cuadrivalente en 5,442 (FUTURE I), 12,157 (FUTURE II), y 3,817 (FUTURE III) participantes.

En conjunto, dichos estudios evaluaron a 24,358 mujeres que tenían entre 16 a 45 años al ingreso. La mediana de duración del seguimiento fue de 3.9, 2.9, 2.9, 2.9, y 1.6 años para el protocolo 005, el protocolo 007, FUTURE I, FUTURE II, y FUTURE III, respectivamente. Las participantes recibieron la vacuna o placebo el día de su ingreso, 2 y 6 meses después. Se analizó la eficacia por separado en cada estudio y en todos los estudios combinados.

1.4.2 Vacunas profilácticas

Proporcionan anticuerpos que neutralizan el virus del papiloma humano antes que puedan infectar células huésped. Aunque no advierten positividad del VPH a largo plazo, sí previenen en establecimiento de infección persistente y

asimismo, el desarrollo de neoplasia cervical. Ya que los dos factores de riesgo más importantes para el cáncer de cuello uterino son:

a) Virus de alto riesgo: Los virus de papiloma humano de alto riesgo son los que se encuentran con mayor frecuencia asociados en los casos de cáncer de cuello uterino e incluyen el VPH 16, 18, 31, 35, 39, 45, 51, 52, 56 y 58.

De estos tipos el VPH 16 y el 18 son, sin duda, los más importantes dado que se encuentran con más frecuencia vinculados al cáncer cervicouterino.

b) Persistencia: En cuatro estudios controlados por placebo aleatorizados que incluyeron un total de 15,000 sujetos, la vacuna cuadrivalente recombinante contra los tipos 6,11,16 y 18 han mostrado 90 al 100% de protección contra condilomas genitales más protección contra neoplasia cervical y vaginal en mujeres que tienen una serología negativa para los tipos del VPH cubiertos.

En el 2006 la vacuna cuadrivalente recibió la aprobación de la FDA como vacuna para mujeres en edades de 9 a 26 años. Actualmente, esta vacuna se ha autorizado hasta los 45 años de edad y en los hombres tiene una respuesta hasta del 91% con títulos de anticuerpos protectores. Una vacuna bivalente para tipos 16 y 18 ha mostrado eficacia similar con 98 y 100% de seguridad con una protección cruzada eficaz para el tipo 45 y 31.

El carcinoma invasor de cuello uterino es una enfermedad de transmisión sexual causada por el Virus del Papiloma Humano (VPH). Entre las nuevas opciones de prevención y tratamiento del carcinoma de cérvix se incluyen la citología en medio líquido, el test de ADN de VPH y las vacunas preventivas y terapéuticas. Las vacunas preventivas frente a VPH están basadas en la producción

de VLPs o partículas similares al virus. Existen dos tipos de vacunas: la vacuna bivalente VPH 16 y 18, y la tetravalente VPH 6, 11, 16 y 18.

El desarrollo de las vacunas terapéuticas se encuentra aún en experimentación. Actualmente y en las próximas décadas se estará ante uno de los descubrimientos más importantes de la medicina actual: la prevención y tratamiento de un cáncer mediante vacunación.

El cáncer cervicouterino es un tipo frecuente de cáncer en mujeres, y consiste en una enfermedad en la cual se encuentran células cancerosas (malignas) en los tejidos del cuello uterino.

El útero es un órgano hueco, en forma de pera invertida, donde se desarrolla el feto. El cuello o cérvix uterino es una abertura que conecta el útero con la vagina (canal de nacimiento).

El cáncer cervicouterino empieza creciendo lentamente. Antes de aparecer células cancerosas en el cuello uterino, los tejidos normales del cuello uterino pasan por un proceso conocido como displasia, durante el cual empiezan a aparecer células anormales, ya que en general no hay síntomas asociados con cáncer cervicouterino, suelen ser necesarias una serie de pruebas para diagnosticarlo.

Ambas vacunas administradas en 3 dosis intramusculares durante un periodo de 6 meses, han mostrado ser extremadamente seguras y bien toleradas. Las estrategias de vacunación deben enfatizar la administración previa al inicio de la vida sexual, cuando la protección que proveen es cercana al 100%.

De cualquier modo, una historia de relaciones sexuales previas o enfermedades relacionadas al VPH no están contraindicadas para la administración de la vacuna porque no se sabe qué tipo viral padecieron.

Para realizar las pruebas para el VPH, no se recomienda una vacunación previa. El comité sobre prácticas de inmunización aconseja que la vacunación para el VPH debe ser administrada de rutina a mujeres en edades de 11 a 12 años y está permitida la administración de la misma para mujeres de 9 a 45 años, ya que una mujer de 26 a 45 sexualmente activa está en riesgo de infectarse con virus oncogénicos y enfermedades vinculadas con éstos.

Prevención primaria: vacunación contra los PVH de las niñas entre los 9 y los 13 años; el objetivo es que las niñas reciban la vacuna antes de que sean sexualmente activas.

Prevención secundaria: acceso de las mujeres a partir de los 30 años a los medios tecnológicos disponibles, como la inspección visual del cuello del útero tras la aplicación de ácido acético o las pruebas de detección de PVH como método de cribado, y posteriormente al tratamiento de las lesiones precancerosas detectadas, que pueden acabar convirtiéndose en un cáncer cervicouterino.

Prevención terciaria: acceso de las mujeres de todas las edades al tratamiento y el manejo del cáncer, incluidas la cirugía, la quimioterapia y la radioterapia.

Cuando el tratamiento curativo ya no es una opción, el acceso a tratamiento paliativo es crucial.

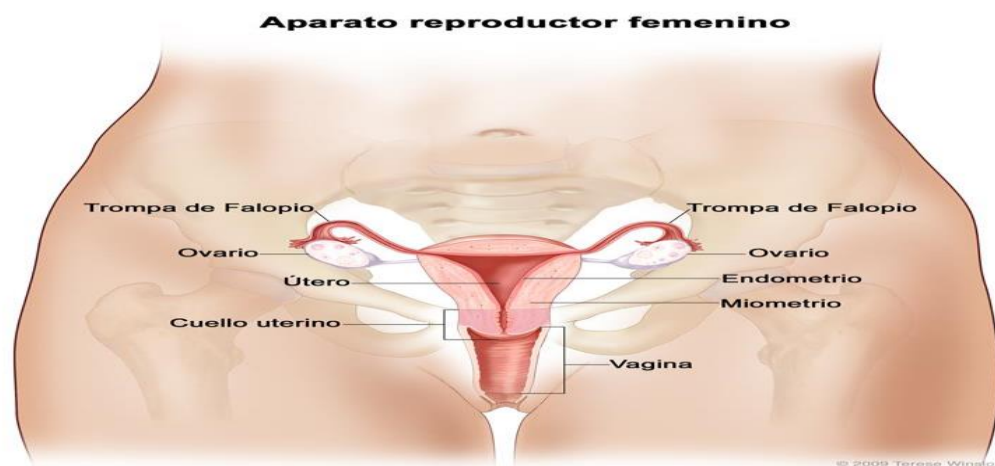
1.4.3. Función de las vacunas contra VPH

Como otras vacunaciones para proteger contra infecciones virales, las vacunas contra VPH estimulan al cuerpo para que produzca anticuerpos que, en encuentros futuros con VPH, se unirán al virus y le impedirán que infecte células. Las vacunas actuales contra VPH se basan en partículas que semejan virus (VLP) y que son formadas por componentes de la superficie de los VPH.

Las partículas que semejan virus no son infecciosas porque les falta el ADN del virus. Sin embargo, se parecen mucho al virus natural, y los anticuerpos contra esas partículas tienen también actividad contra el virus natural. Se ha descubierto que las partículas son muy inmunogénicas, lo que significa que ellas causan una gran producción de anticuerpos por el cuerpo. Esto hace que las vacunas sean altamente eficaces.

1.5. Anatomía aparato reproductor femenino

A continuación se muestra una imagen sobre la descripción del aparato reproductor femenino y las parte por el cual está compuesto.



Vagina

“Es un conducto musculo membranoso que une al útero con la vulva, es una cavidad virtual debido a que sus paredes están en intimo contacto dichas paredes son rugosas en mujeres núbiles y lisas en mujeres multíparas. Las paredes de la vagina son rosadas y de un epitelio plano escamoso estratificado y está poblado de flora vaginal principalmente constituida por un lacto bacilo Döderlein principalmente en la unión con el útero y la vagina”. (Zamudio, P. Alfonso, 2015)

Útero

“El útero considerado la parte principal del aparato reproductor de la mujer. Su función es la recepción, manutención y nutrición del embrión hasta el final del embarazo. El útero es un órgano hueco muscular tiene forma de pera invertida o piriforme de divide en tres partes anatómicas de arriba hacia abajo fondo uterino, cuerpo uterino, cuello uterino o cérvix. Las capas del útero son:

Exometrio es una capa de tejido laxo que lo cubre todo el cuerpo del útero por delante y por detrás.

Miometrio es la capa más gruesa del útero está formado por musculo liso en un 100%.

Endometrio es la capa más interna del útero también llamada mucosa uterina es un epitelio glandular columnar cilíndrico.” (Zamudio, P. Alfonso, 2015)

1.6. Definición del VPH

Los Virus del Papiloma Humano (VPH) son un grupo de más de 200 virus relacionados. Más de 40 tipos de VPH pueden transmitirse fácilmente por contacto sexual directo, de la piel y de las membranas mucosas de personas infectadas a la

piel y a las membranas mucosas de sus parejas. Pueden transmitirse por contacto sexual vaginal, anal y oral. Otros tipos de VPH son responsables de verrugas no genitales, las cuales no se transmiten sexualmente. Los tipos de VPH que se transmiten sexualmente corresponden a dos categorías:

Los VPH de bajo riesgo, los cuales no causan cáncer pero pueden causar verrugas en la piel (conocidas técnicamente como condylomata acuminata) en los genitales, en el ano, en la boca o en la garganta. Por ejemplo, los tipos 6 y 11 de VPH causan 90% de todas las verrugas genitales.

Los VPH de alto riesgo, los cuales pueden causar cáncer. Se han identificado cerca de una docena de tipos de VPH de alto riesgo. Dos de estos, los tipos 16 y 18 de VPH, son responsables de la mayoría de los cánceres causados por VPH.

Cerca de 30 tipos de VPH se transmiten por medio del contacto sexual. Cada tipo tiene un número por "nombre", según el orden en el que se descubrieron. Además están divididos en dos grupos.

1.6.1 Tipos de VPH de "bajo riesgo"

Hay unos 12 tipos del VPH llamados de "bajo riesgo" por qué no pueden causar cáncer cervical. No obstante, pueden causar verrugas genitales o cambios diminutos en el cuello uterino. A estos tipos de bajo riesgo del VPH se les conoce por los números 6, 11, 40, 42, 43, 44, 53, 54, 61, 72, 73 y 81. Los tipos 6 y 11 (a los que se asocia con cerca del 90 por ciento de las verrugas genitales) son los más comunes.

1.6.2 Tipos de VPH de "alto riesgo"

Hay más de una docena de tipos de VPH de "alto riesgo" que pueden causar que se formen células anormales en el cuello uterino. Estos cambios celulares anormales se pueden convertir paulatinamente en cáncer cervical si no se remueven.

A los 13 tipos de VPH de alto grado que causan la mayor preocupación se les conoce por los números 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 y 68. Los tipos 16 y 18 son los más peligrosos, ya que causan el 70 por ciento de los cánceres cervicales. En un estudio del Instituto Nacional del Cáncer halló que cerca del 10 por ciento de las mujeres con el tipo 16 o 18 del VPH desarrolló la enfermedad cervical precancerosa avanzada (NIC 3) en un lapso de 3 años (comparado al 4 por ciento de mujeres con cualquier tipo de VPH), y un 20 por ciento lo desarrolló en 10 años (comparado con 7 por ciento).

A continuación se muestra un cuadro sobre la clasificación de riesgo de VPH y los tipos.

Cuadro No. 1

Clasificación de riesgo	Tipos de VPH
Alto riesgo	16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 y 82
Probables tipos de alto riesgo	26, 53 y 66
Bajo riesgo	6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81 y CP6108
Riesgo indeterminado	34, 57, 83
Deben ser considerados cancerígenos	16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73, y 82
Deben ser considerados probables carcinógenos.	26, 53, y 66

Datos según Muñoz, Bosh, De San José, Herrero, Castellsaqué, Shah, et al. (2003).

En el cuadro anterior se mostraron la clasificación y los tipos de VPH, cuales son los de menor riesgo y cuáles son los más probables de contraer CaCu.

La incidencia y prevalencia del Cáncer Cérvico Uterino (CaCu) y la mortalidad de mujeres por esta causa requieren acciones dirigidas a la prevención y control de la enfermedad, especialmente en las jóvenes, debido a que además del riesgo para su salud, pueden ver afectado su proyecto de vida y ejercicio profesional.

El objetivo de este trabajo es proponer un programa preventivo que permita concientizar y sensibilizar a las jóvenes acerca de su salud, en especial para el desarrollo y adopción de conductas preventivas respecto del CaCu. Contenidos teóricos y conceptuales, factores de riesgo y protección, incidencia y prevalencia, y para favorecer la toma de conciencia en la adopción de comportamientos preventivos, así como un cierre del taller en el que se recuperen los aprendizajes y se explore la posibilidad de ponerlos en práctica.

En la mayor parte de los países, el cáncer es la segunda causa de defunción y más de la mitad de los casos se presenta en la población de los países en vías de desarrollo. Cada año se diagnostican cerca de 7 millones de casos nuevos de cáncer y mueren aproximadamente 5 millones de personas, en 1991 murieron 41,985 personas por esta causa y en 1997 la cifra aumentó a 51,254 (Lazcano, 2001).

El cáncer en general y el cáncer cervicouterino CaCu en particular es considerado una enfermedad crónica (EC). Éstas son problemas de salud que requieren un tratamiento continuado durante un periodo de años o decenios.

Los enfermos crónicos necesitan una atención de salud derivada de una perspectiva longitudinal centrada en la prevención (Bodenheimer T, Wagner EH,

Grumbach K, (2002) Los encargados de la prestación de servicios de salud deben enfocar la prevención en dos vertientes: evitar la aparición de EC y, en caso de producirse, evitar las complicaciones predecibles por medio de su tratamiento y gestión óptimos. El auto tratamiento y la colaboración son características fundamentales de este tipo de atención (Von Korff m et al., 1997)

En las últimas décadas, el CaCu ha aumentado su incidencia hasta ocupar los primeros lugares como causa de muerte. En México la mortalidad en el año 2000 por tumores malignos fue de 27,245 personas. El CaCu está ubicado en el tercer lugar como causa de mortalidad.

El análisis de las tendencias actuales indica que, a menos que se tomen medidas rigurosas de control, se convertirá en la causa principal de defunción en el Siglo XXI, con un volumen de 300 millones de casos nuevos y 200 millones de defunciones en un plazo de 25 años.

Anteriormente el CaCu se manifestaba en mujeres adultas; sin embargo, las estadísticas indican que se está manifestando en mujeres cada vez más jóvenes, ocupando el segundo lugar de incidencia en las de 25 a 34 años.

El método de detección oportuna para el CaCu es el Papanicolaou, llamado también *citología vaginal*, el cual evalúa las condiciones de las células cervicales y detecta algún cambio precanceroso en las mismas (displacia cervical), así como infecciones o inflamaciones (Serman, 2002). La frecuencia de realización de esta prueba es una vez al año, aunque si durante tres años consecutivos los resultados son normales se puede realizar cada tres años. En México, en los servicios de salud pública, la realización del Papanicolaou es gratuita y cualquier mujer tiene acceso a ella.

La etiología del CaCu es multifactorial. Biología y conducta actúan conjuntamente, por ello, aunque se han dado avances muy importantes en la ciencia, la tecnología médica y la farmacología, éstos deberían ir acompañados de procesos educativos pues cada vez es mayor la evidencia del peso que tiene la conducta y los estados psicológicos sobre la salud de las personas.

El cáncer cervicouterino se define como una alteración celular que se origina en el epitelio del cuello del útero y que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras de lenta y progresiva evolución, estas se pueden suceder en etapas de displasia leve, moderada o severa, y pueden evolucionar a cáncer in situ (circunscrito a la superficie epitelial) y/o cáncer invasor cuando la lesión traspasa la membrana basal.

El VPH es bien sabido que es el principal factor de riesgo asociado con cáncer de cuello uterino. El virus produce una infección selectiva del epitelio de la piel y de la mucosa genital. La infección por VPH en el cuello uterino puede producir anomalías en las células escamosas que son detectadas más frecuentemente por la prueba de tamizaje de Papanicolaou, la mayoría de las infecciones genitales por VPH son transmitidas por contacto sexual directo sin que haya evidencia de lesiones.

El hombre cursa como portador asintomático. El ADN del VPH también está presente en las lesiones intraepiteliales; si estas contienen el ADN de oncogenes de alto riesgo son más propensas a progresar a las lesiones avanzadas.

En los serotipos de VPH 16 y 18, la proteína E2 reprime el promotor a través del cual se transcriben los genes E6 y E7. Se considera que en promedio deben transcurrir catorce años para que una neoinfección conduzca a la manifestación

neoplásica más primaria, sin que se haya podido demostrar sin lugar a dudas si lo crítico es el tamaño de la carga viral o la persistencia de la infección.

Existe una relación directamente proporcional entre el riesgo de lesión intraepitelial y el número de parejas sexuales. Esta exposición se ha relacionado básicamente con la probabilidad de exposición al VPH. Se ha demostrado por varios estudios realizados que las mujeres solteras, viudas o separadas tienen más riesgo de infectarse por VPH dado que tienen más compañeros sexuales, sea permanentes u ocasionales.

El inicio temprano de las relaciones implica la aparición de múltiples compañeros sexuales, con el consiguiente riesgo dado por estas. Se ha demostrado también que en la adolescencia los tejidos cervicouterinos son más susceptibles a la acción de los carcinógenos, y de hecho, si existe un agente infeccioso relacionado, el tiempo de exposición a este será mucho mayor. El riesgo de lesión intraepitelial cuando el primer coito se tiene a los 17 años o menos es 2,4 veces mayor que cuando este se tiene a los 21 años.

Se ha demostrado la asociación de cáncer de cuello uterino con enfermedades de transmisión sexual tipo sífilis o blenorragia, así como historia de infección a repetición del aparato genital, Adicionalmente, la coinfección con el virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) facilita el desarrollo de la neoplasia, con un aumento del riesgo de cáncer entre las infectadas por el VIH de hasta 3,2 veces el riesgo de las mujeres sin VIH.

Se ha establecido que mujeres con dos o más hijos tienen un riesgo 80% mayor respecto de las nulíparas de presentar lesión intraepitelial; luego de cuatro

hijos dicho riesgo se triplica, después de siete se cuadruplica y con doce aumenta en cinco veces.

A pesar de no existir ninguna explicación definitiva para este fenómeno, se cree que la inmunosupresión del embarazo o su influjo hormonal aumentan la susceptibilidad a la infección por VPH; sin embargo, al revisar la extensa literatura al respecto podemos concluir que estos estudios en su mayoría son bastante contradictorios. Un estudio realizado en España demostró cómo la presencia de uno o más partos antes de los 22 años cuadruplica el riesgo de neoplasia del cuello uterino.

Las mujeres con uno o más partos vaginales tienen un riesgo 70% mayor de lesión intraepitelial, comparadas con aquellas que sólo tuvieron partos por cesárea. La razón para esta asociación es el traumatismo repetido del cuello en el momento del parto. Sin embargo, no se encuentra suficiente evidencia al respecto por lo que es un punto bastante controvertido. Existe una relación directa entre el riesgo de lesiones preinvasoras y la duración e intensidad del hábito. En promedio se considera que las fumadoras tienen doble riesgo de lesión intraepitelial con respecto de las no fumadoras.

Experimentalmente se ha demostrado la presencia de nicotina, cotinina y otros mutágenos derivados del tabaco, en mujeres fumadoras con lesión intraepitelial. Además, es bien conocido el daño molecular del ADN del tejido cervicouterino en mujeres que fuman. Como si fuera poco, se postula que el tabaco induce un efecto inmunosupresor local.

Diferentes estudios han encontrado mutágenos en el moco cervical, algunos a concentraciones muy superiores a las sanguíneas, lo que sugiere un efecto carcinogénico directo, aunque no es posible separar el hecho de las conductas de riesgo para adquirir VPH que se asumen con más frecuencia entre las mujeres fumadoras; con todo, estudios de gran envergadura no soportan claramente la asociación directa entre tabaquismo y el cáncer del cuello uterino.

Aunque controvertido, se cree que su uso prolongado se asocia con mayor riesgo de lesión intraepitelial. Sin embargo, es mucho mayor la probabilidad de un embarazo indeseado cuando éstos se dejan de tomar, que el riesgo de aparición potencial de la neoplasia cervical.

Se plantea que esta asociación con el cáncer tiene probablemente más una relación con el comportamiento sexual que por efecto directo; se ha visto que las mujeres que han utilizado anticonceptivos orales por menos de cinco años tienen el mismo riesgo que aquellas que nunca los han utilizado, pero puede subir hasta cuatro veces cuando el uso es mayor de diez años.

Hay gran cantidad de datos que son controvertidos respecto a la asociación que se da entre cáncer de cuello uterino y condición económica, social o educativa. Se acepta que las mujeres de más bajo nivel social, cultural y educativo, que tienen mayor incidencia de cáncer del cuello uterino.

El estado socioeconómico (clase baja, media o alta) y vivir en una área urbana favorece una mejor educación y, por ende, mejores conocimientos y mayor acceso a la prevención, por lo que son factores protectores de cáncer cervicouterino. Los factores socioeconómicos están en relación al: ingreso familiar, la educación de los padres y el lugar de residencia.

CAPÍTULO II Cáncer Cervicouterino

En el capítulo II se da a conocer la detección oportuna del Cáncer Cervico Uterino, como intervenciones de enfermería y decálogo de ética.

2.1 Detección del CaCu

Las pruebas de detección del CaCu se realizan en mujeres que no tienen síntomas y se sienten perfectamente sanas, con el fin de detectar lesiones precancerosas o cancerosas. Si en el cribado se detectan lesiones precancerosas, éstas pueden tratarse fácilmente para evitar que se desarrolle un cáncer. Esas pruebas también permiten detectar el cáncer en sus fases iniciales, en las que puede tratarse con un pronóstico de curación muy bueno.

Debido a que las lesiones precancerosas tardan muchos años en aparecer, se recomienda que todas las mujeres de edades comprendidas entre los 30 y los 49 años se sometan a pruebas de detección al menos una vez en la vida o incluso con más frecuencia. Las pruebas de detección únicamente permitirán reducir la mortalidad por CaCu si se someten a ellas un porcentaje elevado de mujeres.

Se pueden utilizar los siguientes procedimientos:

Examen físico y antecedentes

Examen del cuerpo para revisar el estado general de salud, como identificar cualquier signo de enfermedad, como nódulos o cualquier otra cosa que parezca inusual. También se toman datos sobre los hábitos de salud del paciente, así como los antecedentes de enfermedades y los tratamientos aplicados en cada caso.

Examen pélvico

Examen de la vagina, el cuello del útero, el útero, las trompas de Falopio, los ovarios, y el recto. Se introduce un espéculo en la vagina y el médico o enfermero revisa la vagina y el cuello uterino en busca de enfermedad. Por lo general se realiza.

Prueba Pap del Cuello Uterino.

El médico o enfermero introduce también uno o dos dedos de una mano, enguantados y lubricados dentro de la vagina y coloca la otra mano en la parte baja del abdomen para palpar el tamaño, la forma y la posición del útero y los ovarios.

Prueba de Pap

Procedimiento para recoger células de la superficie del cuello uterino y la vagina. Se utiliza un trozo de algodón, un cepillo o una paleta de madera para raspar suavemente las células del cuello uterino y la vagina. Las células se examinan bajo un microscopio para determinar si son anormales. Este procedimiento también se llama prueba Pap.

Prueba del virus del papiloma humano (VPH)

Prueba de laboratorio en la que se analiza el ADN o el ARN para determinar si hay ciertos tipos de infección por el VPH. Se extraen células del cuello uterino y del ADN o ARN y se revisan para ver si la causa de la infección es algún tipo de VPH que está relacionado con el cáncer de cuello uterino.

Esta prueba se puede llevar a cabo con el uso de las muestras de células que se extraen durante una prueba de Pap. Esta prueba también se hace si los

resultados de la prueba de Pap muestran ciertas células anormales en el cuello uterino.

Legrado endocervical.

Procedimiento para el que se recogen células o tejidos del canal del cuello uterino mediante una cureta (instrumento en forma de cuchara con un borde cortante). Se extraen muestras de tejido y se observan bajo un microscopio para determinar si hay signos de cáncer. Algunas veces, este procedimiento se lleva a cabo al mismo tiempo que la colposcopia.

Colposcopia

Procedimiento mediante el cual se usa un colposcopio (un instrumento con aumento y luz) para determinar si hay áreas anormales en la vagina o el cuello uterino. Se pueden extraer muestras de tejido con una cureta (una herramienta en forma de cuchara con un borde cortante) o un cepillo para observarlas bajo un microscopio y determinar si hay signos de enfermedad.

Biopsia

Si se encuentran células anormales en una prueba de Pap, el médico puede realizar una biopsia. Se corta una muestra de tejido del cuello uterino para que un patólogo la observe bajo un microscopio y determine si hay signos de cáncer. Una biopsia en la que solo se extrae una pequeña cantidad de tejido se realiza generalmente en el consultorio del médico. Puede ser necesario que la mujer vaya a un hospital para que se le practique una biopsia de cono cervical (extracción de una muestra más grande de tejido cervical, en forma de cono)

2.2 El Papanicolaou (PAP)

El Papanicolaou (PAP) también llamado frotis cervical o Pap Smear en inglés, es un estudio que deberían realizarse todas las mujeres sexualmente activas o que tengan más de 18 años de edad. Es fundamental para la prevención y detección del Cáncer de cuello uterino y también para la detección de lesiones que pueden evolucionar hacia el Cáncer. También es útil para el diagnóstico de procesos infecciosos en el cual pueden verse a veces los agentes causales de la infección.

Consiste en la obtención mediante una espátula de las secreciones que recubren el cuello uterino, que contienen células que se desprenden constantemente de su superficie. Debe realizarse mediante la colocación de un espéculo en la vagina (adminículo que se adapta a la forma de la vagina) nada incómodo para la mujer. Las secreciones que se obtienen mediante la espátula se esparcen sobre un pequeño vidrio (portaobjeto) y se colorean con tinturas especiales para ser analizados por un citólogo o médico patólogo.

La prueba del PAP debe realizarse a partir del comienzo de la actividad sexual o a los 18 años de edad. En los casos que a esta edad no se mantienen relaciones sexuales existen espéculos especiales "virginales", que no lesionan el himen vaginal. El PAP intenta detectar lesiones precancerosas uterinas.

No detecta Cáncer de otros órganos como ovarios u otro órgano abdominal. El Cáncer de útero se desarrolla de manera muy lenta y prolongada. Pueden transcurrir 10 a 20 años desde la aparición de alteraciones en el Papanicolaou y el desarrollo del Cáncer. Es por eso que es tan importante la prevención mediante este estudio, que de realizarse periódicamente a toda la población, impediría

muchísimas muertes fácilmente evitables. Según las estadísticas, algunas veces el PAP no detecta una lesión cancerosa.

Se escaparía a esta técnica un 60% de mujeres portadoras de Cáncer uterino, pero como hemos dicho anteriormente, el Cáncer evoluciona muy lentamente; si se repite anualmente el PAP en el segundo o tercer año, éste puede ser detectado con posibilidades de tratamiento y curación. En los centros de atención ginecológica más completos se realiza simultáneamente a la toma del Papanicolaou una colposcopia, que es la visualización del cuello uterino mediante un aparato similar a un microscopio.

Este aumenta las imágenes del cuello uterino para pesquisar lesiones ocultas a la visión directa y que se sabe están relacionadas con lesiones premalignas y malignas, o asociada con infecciones específicas del tracto genital. Este estudio debe ser realizado por personal médico muy capacitado profesionalmente. Clasificación de las lesiones cérvico uterinas La clasificación original fue la creada por George Papanicolaou que los dividía en 5 clases, desde la normalidad de la Clase I hasta el Cáncer invasor de la Clase V. Actualmente se tiende a utilizar la clasificación Bethesda.

2.3 Intervenciones de Enfermería

Se ha descrito que el 75% de todas las neoplasias que ocurren en el mundo pueden ser evitadas. La promoción de la salud, la prevención, el diagnóstico precoz y el tratamiento inmediato son las armas fundamentales para el control del cáncer. La promoción a través de la educación para la salud y el fomento de estilos de vida saludables, incide sobre los factores determinantes de la salud. (Mendoza Solís, Olga Luz, 2006)

El propósito está orientado a que con los hallazgos se proporcione información actualizada, sobre el nivel de conocimientos que tienen las usuarias acerca de la Prevención del Cáncer Cervicouterino, de manera que permita al personal de salud, en especial al profesional de Enfermería, que labora en el primer nivel de atención, formular estrategias orientadas a desarrollar actividades preventivo promocionales a fin de disminuir la morbimortalidad del Cáncer Cervicouterino (Mendoza Solís, Olga Luz, 2006)

2.3 Norma oficial mexicana NOM-014-SSA2-1994

Los métodos de tamizaje para la detección oportuna de cáncer del cuello uterino son:

Citología Cervical y Visualización Directa con Ácido Acético (sólo cuando no se cuente con infraestructura para realizar la citología cervical). Las pruebas biomoleculares como Captura de Híbridos y RPC, pueden ser utilizadas como complemento de la citología.

El personal de salud de primer contacto (médicos, enfermeras y técnicos capacitados) ofrecerá a toda mujer entre 25 a 64 años de edad, en especial a aquellas con factores de riesgo, la prueba de detección del cáncer cervicouterino y se le realizará a quien la solicite independientemente de su edad.

Las mujeres con muestra citológica inadecuada para el diagnóstico, deberán ser localizadas en un lapso no mayor a 4 semanas, para repetir la prueba.

En mujeres con dos citologías anuales consecutivas con resultado negativo a lesión intraepitelial o cáncer, se realizará la detección cada 3 años.

A las mujeres con resultado citológico de lesión intraepitelial o cáncer, se les informará que el resultado no es concluyente y que requieren el diagnóstico

confirmatorio. Estas pacientes serán enviadas a una clínica de colposcopia. Cuando sean dadas de alta, continuarán con el control citológico establecido.

El resultado citológico se reportará de acuerdo con el Sistema de Clasificación Bethesda, como se indica a continuación:

I. Calidad de la muestra:

A.- Adecuada

- 1.- Presencia de células de la zona de transformación
- 2.- Ausencia de células de la zona de transformación
- 3.- 50-75% de hemorragia, inflamación, necrosis y/o artificios

B.- Inadecuada

- 1.- Por artificios, inflamación, hemorragia y/o necrosis en más del 75% del extendido
- 2.- Información clínica insuficiente
- 3.- Laminillas rotas o mal identificadas, otros

II. Interpretación/ Resultado

A.- Negativo para lesión intraepitelial y/o maligno

1.- Organismos:

a.- Trichomonas Vaginalis

b.- Micro-organismos micóticos, morfológicamente compatibles con Cándida.

- c.- Cambio en la flora sugestiva de vaginosis bacteriana
- d- Micro-organismos morfológicamente compatibles con Actinomyces sp.
- e.- Cambios celulares compatibles con infección por Virus del Herpes Simple

2.- Cambios celulares reactivos asociados a:

- a.- Inflamación (incluye reparación atípica)
- b.- Radioterapia
- c.- Dispositivo intrauterino
- d.- Células glandulares post- histerectomía
- e.- Atrofia

B.- Anormalidades en epitelio plano/escamoso

- 1.- Anormalidades en el epitelio plano (ASC)
 - 1.1 Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US)
 - 1.2 Células escamosas atípicas, no se puede descartar lesión intraepitelial escamosa de alto grado (ASC-H)
- 2.- Lesión intraepitelial de bajo grado (VPH, displasia leve, NIC I)
- 3.- Lesión intraepitelial de alto grado (displasia moderada, displasia severa, carcinoma in situ, NIC2, NIC3)
- 4.- Carcinoma epidermoide

C.- Anormalidades en epitelio glandular

- 1.- Células glandulares endocervicales atípicas (AGC)
- 2.- Células glandulares endometriales atípicas
- 3.- Células glandulares atípicas
- 4.- Adenocarcinoma in situ
- 5.- Adenocarcinoma

D.- Otros

1.- Presencia de células endometriales (no atípicas) en mujeres de 40 años o mayores.

Toda mujer debe ser informada de su resultado citológico en menos de cuatro semanas a partir de la fecha de la toma de la muestra.

Diagnóstico, tratamiento y control de las lesiones intraepiteliales. El diagnóstico presuncional de lesión intraepitelial se puede establecer por citología o colposcopia de cuello uterino y el de cáncer invasor por examen clínico, además de los anteriores.

El diagnóstico definitivo se establece únicamente por examen histopatológico.

El examen colposcópico describirá las lesiones y el diagnóstico se notificará como sigue:

- 1.- Sin alteraciones
- 2.- Alteraciones inflamatorias inespecíficas
- 3.- Lesión intraepitelial de bajo grado
- 4.- Lesión intraepitelial de alto grado

5.-Lesiones sugestivas de invasión

6.-Cáncer invasor

7.-Otros hallazgos (condilomas, queratosis, erosión, inflamación, atrofia, decíduosis, pólipo)

El resultado del estudio histopatológico debe ser informado de la siguiente manera:

- A. Insuficiente o inadecuado para el diagnóstico.
- B. Tejido de cérvix sin alteraciones histológicas significativa
- C. Cervicitis aguda o crónica
- D. Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (VPH, NIC 1 o displasia leve)
- E. Lesión intraepitelial escamosa de alto grado (NIC 2 o displasia moderada, NIC 3 o displasia grave y cáncer in situ)
- F. Carcinoma epidermoide microinvasor
- G. Carcinoma epidermoide invasor
- H. Adenocarcinoma endocervical in situ
- I. Adenocarcinoma endocervical invasor
- J. Adenocarcinoma endometrial invasor
- K. Sarcoma
- L. Tumor maligno no especificado
- M. Otros (especificar)

El médico citopatólogo, citólogo y/o patólogo, debe avalar mediante su nombre y firma el 100% de las cédulas de resultados de casos positivos de cáncer y lesiones intraepiteliales de bajo y alto grado.

El personal médico establecerá el tratamiento correspondiente en la unidad médica de atención, a aquellas pacientes cuyo resultado citológico reporte la

presencia de procesos infecciosos. Posteriormente, después de dos citologías anuales consecutivas negativas a LEIBG, LEIAG o cáncer, el control citológico se realizará cada tres años.

Las pacientes referidas a una clínica de colposcopia o bien, a un Centro o Servicio Oncológico, además de su hoja de referencia, deberán contar con notas médicas en el expediente de la unidad del primer nivel o en el de la clínica de colposcopia, según corresponda, que permitan conocer sus condiciones y su evolución, incluyendo tratamientos. En caso de contrarreferencia, ésta deberá acompañarse de su respectiva nota médica.

Las pacientes a quienes se les realizó citología cervical, cuyo resultado es LEIBG (infección por VPH, displasia leve o NIC 1); LEIAG (displasia moderada y grave o NIC 2 y 3) o cáncer deben enviarse a una clínica de colposcopia, para realizar estudio colposcópico.

El resultado de la citología es LEIBG, la colposcopia es satisfactoria y sin evidencia de LEIBG, se realizará control citológico en un año (Apéndice Normativo).

La citología es de LEIBG, la colposcopia es satisfactoria y existe evidencia de lesión, se debe tomar una biopsia dirigida. Si la biopsia dirigida es negativa, se realizará nueva colposcopia para verificar el diagnóstico y en caso necesario, tomar nueva biopsia dirigida y revalorar.

Biopsia dirigida es reportada como LEIBG se podrá dar tratamiento conservador: criocirugía, electrocirugía o laserterapia (sólo si cumple con las condiciones referidas en el Apéndice 1) o se podrá mantener a la paciente en vigilancia en la clínica de colposcopia, con colposcopia y estudio citológico cada seis meses, durante 24 meses.

Si la biopsia dirigida es reportada como LEIAG (Lesión Intraepitelial Escamosa de Alto Grado) se realizará tratamiento conservador (electrocirugía o laserterapia). En las mujeres posmenopáusicas, dependiendo de las condiciones anatómicas del cérvix, se realizará tratamiento conservador en la clínica de

colposcopia o tratamiento quirúrgico (histerectomía extrafascial) en el servicio que corresponda.

La biopsia dirigida reporta cáncer microinvasor o invasor, la paciente se transferirá a un Servicio o Centro Oncológico para su tratamiento correspondiente.

Citología reporta LEIBG y la colposcopia es no satisfactoria, se tomará cepillado endocervical (Apéndice Normativo A).

En caso de colposcopia no satisfactoria, negativa a LEIBG y con cepillado endocervical negativo, se continuará su control en la clínica de colposcopia en seis meses, con colposcopia y citología.

El cepillado endocervical reporta LEIBG se tratará a la paciente como LEIAG, con métodos conservadores escisionales.

Cepillado endocervical es reportado como LEIAG, se tratará en la clínica de colposcopia. Si el cepillado reporta cáncer microinvasor o invasor, se referirá a un Servicio o Centro Oncológico (Apéndice Normativo A)

Las pacientes con resultado citológico de LEIAG se transferirán a una clínica de colposcopia para su examen colposcópico (Apéndice Normativo B)

La citología reporta LEIAG, la colposcopia es satisfactoria y sin evidencia de lesión, se realizará revaloración del caso, tomando una nueva citología a los tres meses. Si todos los resultados son negativos la paciente continuará su control en la clínica de colposcopia con citología y colposcopia semestrales durante dos años; de persistir las mismas condiciones, se valorará el envío a su unidad médica de primer nivel para que continúe su control con citología anual (Apéndice Normativo B).

Si la citología reporta LEIAG y la colposcopia es satisfactoria con evidencia de lesión, se realizará biopsia dirigida.

La biopsia es negativa y ante lesión evidente, se solicitará revisión del diagnóstico histopatológico y se realizará nueva colposcopia y cepillado endocervical para verificar el diagnóstico colposcópico y en caso necesario, tomar nueva biopsia dirigida.

En caso de que la biopsia y el cepillado endocervical resultaran nuevamente negativos, se continuará su control con citología y colposcopia anual.

La biopsia dirigida es reportada como LEIBG, se dará tratamiento conservador o se podrá mantener a la paciente en vigilancia en la clínica de colposcopia cada seis meses por 24 meses, con colposcopia y estudio citológico y revalorar el caso.

En caso de biopsia positiva a LEIAG, se debe realizar tratamiento conservador (electrocirugía o laserterapia) de acuerdo a la disponibilidad de cada institución y, a juicio del colposcopista.

La biopsia dirigida es reportada como cáncer microinvasor o invasor, referir a un Servicio o Centro Oncológico.

En la citología es LEIAG y la colposcopia no es satisfactoria, tomar cepillado endocervical.

El cepillado endocervical es negativo, con el resultado revalorar el caso lo más pronto posible.

Si el cepillado endocervical señala LEIBG, se tratará a la paciente como LEIAG, con métodos conservadores escisionales y revalorar con resultado histopatológico.

El cepillado endocervical señala LEIAG, se realizará conización (cilindro o cono diagnóstico) y revalorar.

De acuerdo a la revaloración, se decidirá si la paciente permanece en control en la clínica de colposcopia o si es necesario referirla.

La colposcopia es no satisfactoria y el cepillado reporta cáncer invasor, se referirá a un Servicio o Centro Oncológico.

Las pacientes con citología de cáncer cérvico uterino invasor pasarán a la clínica de colposcopia para su estudio. (Apéndice Normativo C)

Colposcopia muestra tumor macroscópico, se realizará biopsia dirigida y una cuidadosa evaluación de la extensión de la neoplasia.

Biopsia confirma el diagnóstico de cáncer invasor, la paciente será referida a un Servicio o Centro Oncológico.

La citología es de cáncer invasor, la colposcopia es satisfactoria y se encuentra otro tipo de lesión, se tomará biopsia dirigida.

Los resultados de la biopsia es cáncer invasor o cáncer microinvasor, la paciente será referida a un Servicio o Centro Oncológico.

Los resultados de la biopsia es LEIBG, se realizará manejo como si fuera LEIAG, con tratamiento conservador.

El resultado de la biopsia es LEIAG, deberá tratarse en la Clínica de Colposcopia.

La colposcopia no es satisfactoria, tomar cepillado o legrado endocervical. Si resulta positivo (LEIBG, LEIAG, o cáncer invasor), se referirá a la paciente a una unidad que cuente con quirófano para la realización de un cono con bisturí.

El cepillado endocervical y la biopsia son negativos, se revalorará el caso lo más pronto posible.

De acuerdo a la revaloración, se decidirá si la paciente permanece en control en la clínica de colposcopia o si es necesario referirla.

Las pacientes embarazadas que presenten citología con LEIBG, LEIAG y cáncer invasor, pasarán a la clínica de colposcopia para su estudio (Apéndice Normativo D).

Si no existe lesión, la paciente se revalorará a las 12 semanas del nacimiento del producto.

Pacientes con citología de cáncer invasor serán enviadas a un Servicio o Centro Oncológico.

Cuando se tenga la confirmación histopatológica de LEIBG y LEIAG, las pacientes embarazadas permanecerán en vigilancia con citología y colposcopia cada doce semanas y se programará su revaloración a las doce semanas de ocurrido el nacimiento del producto.

El tratamiento que se aplicará a las pacientes embarazadas con cáncer invasor será de acuerdo ha:

- Etapa clínica
- Valoración perinatólogica
- Tipo histopatológico
- Opinión de la paciente

Los resultados histopatológicos de cáncer micro invasor o invasor, la paciente será referida a un Servicio o Centro Oncológico, en el que será evaluada por el Comité de Ética de la institución (pública o privada) y tratada de acuerdo a los rubros mencionados en el numeral 9.8.3.

2.3.2 Diagnóstico, tratamiento y control del cáncer invasor

Clasificación clínica de acuerdo con el Sistema de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia.

El cáncer microinvasor IA1 se trata electivamente con histerectomía extrafascial, con margen de vagina de 2 cm. (Clase I).

Paciente para quien existe contraindicación quirúrgica, será considerada para tratamiento con braquiterapia.

Pacientes con paridad no satisfecha con diagnóstico de cáncer invasor y con posibilidad de vigilancia estrecha, serán valoradas para establecer un tratamiento que preserve su fertilidad.

El cáncer microinvasor IA2 se trata electivamente con histerectomía extrafascial Clase I o Clase II.

En presencia de factores histopatológicos de mal pronóstico se realizará linfadenectomía pélvica.

Paciente para quien existe contraindicación quirúrgica, será considerada para tratamiento con radioterapia.

El estadio IB1 y el IIA menor de 4 cm, se trata con histerectomía clase III o ciclo pélvico con radioterapia.

Pacientes tratadas con cirugía o con factores pronósticos adversos, recibirán tratamiento adyuvante de radioterapia con o sin quimioterapia simultánea mediante esquemas con Platino.

El estadio IB2 y los estadios II voluminosos se tratan con radioterapia o con la combinación de radioterapia y quimioterapia simultáneas mediante esquemas

con Platino. La decisión para utilizar esta combinación se tomará de acuerdo a las características de cada caso y teniendo en cuenta los protocolos de tratamiento de cada institución.

Los estadios II no considerados en el inciso previo y los III y IVA, se tratan con radioterapia. La decisión para utilizar la combinación simultánea, se tomará de acuerdo a las características de cada caso. En presencia de fístulas se realizará cirugía derivativa, previa a la radioterapia

El estadio IVB se trata individualmente de acuerdo a las manifestaciones predominantes de cada paciente.

El cáncer cérvicouterino recurrente posterior a cirugía se trata con radioterapia.

El cáncer cérvicouterino persistente o recurrente a radioterapia con tumor limitado a la pelvis, será considerado para cirugía de rescate (excenteración pélvica).

Neoplasias no controladas con los procedimientos terapéuticos convencionales, serán consideradas individualmente para manejo paliativo.

2.3.3 Control de calidad

Para garantizar la calidad de la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino, se deben considerar todas las etapas de los procesos.

Cada cito tecnólogo debe interpretar como mínimo 8400 citologías anuales en el Sector Salud, con el objeto de garantizar la correcta interpretación de los resultados. En el sector privado el cito tecnólogo podrá alcanzar dicho número de citologías al sumar las que también interprete en sus otros empleos; en caso de no

alcanzar el número requerido entonces se someterá a un examen de evaluación establecido por el Consejo correspondiente.

Para evaluar la calidad de un laboratorio de citología se deben considerar todas las etapas del proceso, los resultados de la evaluación deberán estar debidamente registrados en la bitácora correspondiente

Para realizar un control de calidad adecuado, se establecen dos mecanismos:

-Control Interno

-Control Externo

Los procedimientos para el control de calidad interno y externo serán homogéneos en todas las instituciones del Sector Público.

El control de calidad interno debe ser aleatorio, sistemático y homogéneo; en este control se debe incluir la toma de muestras, la correlación histológica y el monitoreo del personal técnico.

Cada laboratorio deberá aplicar en forma regular el control de calidad interno, mediante el cual el patólogo o citólogo revisará todos los días el 100% de las muestras positivas, atípicas y dudosas de manera conjunta con el cito tecnólogo que las leyó y una revisión aleatoria del 10% de laminillas negativas, alternativamente esta revisión de laminillas negativas puede ser realizada por un cito tecnólogo

En todos los resultados citológicos con LEIAG y cáncer se hará correlación cito-histológica

Cada laboratorio llevará un registro de productividad individual del desempeño por cada cito tecnólogo, basado en una producción mínima de 40 laminillas por día, si carece de apoyo de técnico en tinción y de 56 laminillas si tiene apoyo del técnico en tinción.

El resultado del estudio citológico debe ser entregado por el laboratorio en un plazo no mayor a 10 días después de haber sido recibido.

Respecto de las instituciones públicas, el Comité Externo de Evaluación (en el que se incluye a un grupo de expertos de diferentes entidades académicas o grupos colegiados), se encargará de la vigilancia y control de calidad externo del laboratorio.

En cada institución se realizarán visitas periódicas de supervisión a través de sus respectivos equipos de supervisores técnicos, con la periodicidad y características que cada institución determine.

El control de calidad externo para el diagnóstico citológico que se realiza en los laboratorios, incluirá la revisión de series de laminillas representativas de la patología Cérvico vaginal y de los problemas técnicos.

Cada cito tecnólogo, citólogo, patólogo y cito patólogo que se identifique con ineficiencia en su desempeño, deberá ser capacitado o actualizado, según corresponda, por la institución del sector salud en la que labore.

El personal que toma las muestras para el estudio citológico y que se identifique con ineficiencia en dicho procedimiento, deberá ser capacitado nuevamente.

Para brindar una atención médica de calidad, cada colposcopista deberá atender diariamente un mínimo de 15 y un máximo de 25 pacientes de las cuales, preferentemente un 30% deben ser de primera vez.

Los procedimientos colposcópicos deben ser efectuados por un médico especialista en gineco-obstetricia o en oncología quirúrgica y que cuente con diploma y cédula de la especialidad expedida por la autoridad educativa competente y que además haya llevado un curso de capacitación en colposcopía acorde a lo establecido en el “Programa Único de Capacitación y Actualización para médicos generales, especialistas, cito patólogos y cito tecnólogos” en el rubro correspondiente a colposcopía.

Cuando los procedimientos colposcópicos sean realizados por un médico especialista en entrenamiento en colposcopía (gineco-obstetra o cirujano oncólogo) los hará bajo la responsabilidad y supervisión de un médico especialista en la materia.

Para el control de calidad en las clínicas de colposcopía se integrará un grupo nacional e interinstitucional de expertos, conforme a las disposiciones aplicables, que cuenten con la capacitación y certificación adecuadas, para aplicar el control de calidad con criterios uniformes.

Cada clínica de colposcopía deberá llevar un registro en el que consigne la correlación citológica, colposcópica e histopatológica de las pacientes manejadas

con tratamiento conservador, pretendiendo que sea del 100% cuando se trate de casos de LEIAG o cáncer in situ.

Es necesario el registro del seguimiento de todos los casos recibidos, colposcopías y biopsias realizadas y tratamientos instituidos.

La interpretación de los especímenes: conos, biopsias y piezas quirúrgicas recibidas en el laboratorio de Patología y la entrega de resultados a la paciente, deberá ser en un lapso no mayor a 15 días contados a partir de su recepción en Patología.

Se debe registrar el número de lesiones residuales y de cáncer invasor que se presenten después de tratamiento conservador.

Para evaluar la calidad de un Servicio o Centro Oncológico se deben considerar todas las etapas del proceso para la atención y seguimiento de las pacientes. Los resultados de la evaluación deberán estar debidamente registrados en la bitácora correspondiente.

2.4 Decálogo de ética

La ética como disciplina de la filosofía es la aplicación de la razón a la conducta, exige reflexionar y juzgar individualmente sobre el deber de cada momento y cada circunstancia concreta. Es la reflexión de lo que se debe hacer porque está bien, por tanto es la valoración para tomar una decisión libre y actuar en sentido del bien universal.

La ética como ciencia aplicada se sustenta en los principios universales del bien, válidos en cualquier circunstancia de tiempo y lugar.

El objeto material de la ética es el acto humano, es decir el acto realizado consciente y libremente. Su objeto formal es la rectitud moral; de esta manera la ética persigue con el acto el fin bueno. Para que un acto sea considerado como bueno o moral debe realizarse conforme a la naturaleza humana, por lo tanto la ética estudia la moralidad de los actos humanos.

El ejercicio de la enfermería requiere de la conciencia de que los valores que se sustentan a diario son auténticamente fundamentales: la salud, la libertad, la dignidad, en suma la vida humana toda, requiere que todos los profesionales de la enfermería fundamenten con razones de carácter ético las decisiones que tomen.

Puntos que conforman el decálogo de ética:

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.

5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.

6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.

7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.

8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.

9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.

10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.

CAPÍTULO III: PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA.

La principal pregunta de investigación es:

¿Cuáles son las causas y consecuencias de contraer el cáncer cervicouterino en mujeres que han desarrollado el VPH que acuden al Hospital de Nuestra Señora de la Salud en Morelia, Mich en un periodo de enero a marzo 2016?

Con esta investigación se pretenden prevenir a las mujeres que tienen VPH, porque es un factor de riesgo mayor de contraer el Cáncer Cervicouterino.

Pretende dar a conocer cuáles son los métodos de prevención que ayudan a disminuir los casos de VPH y por lo tanto se evitaría una mayor incidencia de cáncer cervicouterino.

La presente investigación se realizara en las mujeres que acuden al Hospital de Nuestra Señora de la Salud.

Con la presente investigación se disminuirá la incidencia por medio de información adecuada a las mujeres sobre los métodos anticonceptivos que ayudan a reducir el riesgo de contraer el VPH.

El cáncer cervicouterino es un problema en la sociedad es la primera causa de muerte en mujeres en México y es países subdesarrollados, el objetivo de la investigación es orientar, prevenir y disminuir los riesgos de cáncer cervicouterino y

cuáles son los métodos que puedan ayudar a evitar el contagio de Virus de Papiloma Humano.

3.2 Justificación

Por medio de la presente investigación se orientara y prevenira a las mujeres que tienen VPH, disminuir los riesgos que aumenta la incidencia de CaCu así como descubrir los problemas que contrae consigo.

En México la segunda causa de muertes en mujeres es el CaCu es un problema de salud pública; es la enfermedad neoplásica más frecuente y mortal en la población femenina.

Con esta investigación se brindara información pertinente para prevenir a las mujeres que han desarrollado el VPH tengan una atención oportuna y adecuada para así poder evitar que se desarrolle el CaCu.

La prevención primaria con vacunas contra el VPH, así como de nuevas estrategias de detección como el Papanicolaou que proporcionan opciones al personal de enfermería Se pretende con esta investigación dar a conocer cuáles son los métodos de prevención sobre el cáncer cervicouterino.

Esta investigación pretende proporcionar la información más reciente al personal de enfermería, así como servir de sustento para los esfuerzos actuales y futuros de planificación para prevenir y controlar el cáncer cervicouterino.

Hoy en día los estudios epidemiológicos han demostrado que el principal factor de riesgo asociado con la presentación del CaCu es precisamente la infección por el VPH

Se informara a las mujeres que contrajeron el VPH los métodos de prevención, en muchas de las ocasiones las mujeres que adquieren esta enfermedad desconocen cuál es el riesgo que corren.

En muchas de las ocasiones no le dan gran importancia a la prevención del cáncer cervicouterino ya que piensan que al encontrarse en tratamientos ya no pueden desarrollar el cáncer y es una idea errónea si ya adquirieron el Virus de Papiloma humano es más probable que se desarrolle el cáncer cervicouterino.

Por este motivo se pretende realizar la presente investigación para así poder informar a las mujeres sobre el problema que hoy en día presenta el cáncer cervicouterino y así poder evitar la mortalidad que este genera.

Esta investigación es muy importante porque muchas de las mujeres que presentan el Virus de Papiloma Humano (VPH) pueden recibir orientación adecuada por parte del personal de enfermería, con el fin de detectar oportunamente el cáncer cervicouterino (CaCu) .

El objetivo de la investigación es prevenir adecuadamente y detectar cuáles son las causas y consecuencias a las mujeres que han iniciado su vida sexual con el fin de realizar una detección oportuna de VPH y de esa manera evitar el CaCu. Con esta investigación es de suma importancia para la sociedad en general, porque de esta manera informa y previene a las mujeres sobre los riesgos que genera no tener una vida sexual segura.

3.3 Objetivo general

Prevenir las causas y consecuencias el cáncer cervicouterino en mujeres y cuáles son los métodos que pueden ayudar a evitar el contagio del virus del papiloma humano.

3.3.1 Objetivo específico

Informar a las mujeres sobre el cáncer cervicouterino.

Prevenir las mujeres que han desarrollado el VPH.

Describir cuáles son los métodos de prevención.

Informar con frecuencia al personal de enfermería.

Disminuir los riesgos que aumenta la incidencia de cáncer cervicouterino.

3.4 Hipótesis

Una de las principales causas de contraer el cáncer cervicouterino está asociada principalmente con el virus de papiloma humano el cual es un factor de riesgo.

A consecuencia de desarrollar el Virus del Papiloma Humano es el número de parejas sexuales y una vida sexual activa a una edad temprana.

El Papanicolaou es una medida preventiva que ayuda a las mujeres a dar un diagnóstico oportuno para evitar que se desarrolle el cáncer cervicouterino.

Variables independientes

Información sobre los métodos de prevención sobre el cáncer cervicouterino.

Realizar el Papanicolaou en mujeres que inician su vida sexual.

Variables dependientes

Menor incidencia de cáncer cervicouterino.

Disminuir el índice de desarrollar el Ca Cu.

3.5 Estrategia metodológica

En este capítulo se presentara una descripción sobre la estrategia metodológica que se desea realizar con el fin de prevenir el cáncer cervicouterino en mujeres que acuden al Hospital de Nuestra Señora de la Salud.

Concepto cualitativo

El concepto cuantitativo tiene relación directa con cantidad, por lo tanto sus variables son siempre medibles. El concepto cualitativo tiene relación directa con calidad, por lo tanto sus variables son siempre interpretativas.

La investigación cuantitativa se sustenta en un sistema empírico de investigación que utiliza datos cuantitativos, o sea, datos de naturaleza numérica como por ejemplo porcentajes y estadísticas.

La estrategia metodológica es importante porque ayuda a entender de una manera más sencilla y organizada lo que se pretende realizar. Durante esta explicación se observara si las pacientes femeninas que se les realizara la encuesta comprendieron lo explicado.

3.5.1 Método hipotético deductivo

El método hipotético deductivo es el procedimiento o camino que sigue el investigador para hacer de su actividad una práctica científica.

Cuáles son las causas y consecuencias de contraer el cáncer cervicouterino en mujeres que han desarrollado el VPH que acuden al Hospital de Nuestra Señora de la Salud en Morelia, Mich en un periodo de enero a marzo 2016?

El VPH es un grupo de más de 150 virus relacionados, algunos causan un tipo de crecimiento llamado papilomas lo que se conoce más comúnmente como verrugas.

El VPH se puede adquirir de una persona a otra mediante el contacto de piel, una forma de transmisión es por contacto sexual incluyendo sexo oral, anal y vaginal.

En esta investigación se realiza un estudio cualitativo donde se lleva a cabo el análisis, de los diferentes factores sociales y culturales en la detección oportuna de cáncer cervicouterino, este estudio se realizara con una lista de cotejo con las mujeres diagnosticadas con cáncer cervicouterino.

Las variables son:

“Información sobre los métodos de prevención”

“Realizar el Papanicolaou en mujeres que inician su vida sexual”

“Menor incidencia de Cáncer Cervicouterino”

“Disminuir el índice de desarrollar el Cáncer Cervicouterino”

Con el objetivo de conocer las causas utilizando las técnicas de consulta diseñando una lista de cotejo dirigida a las pacientes del Hospital de Nuestra Señora de la Salud en un periodo de enero a marzo.

Es la serie de métodos y técnicas de rigor científico que se aplican sistemáticamente durante un proceso de investigación para alcanzar un resultado teóricamente válido. Es una disciplina de conocimiento encargada de elaborar, definir y sistematizar el conjunto de técnicas, métodos y procedimientos que se deben seguir durante el desarrollo de un proceso de investigación para la producción de conocimiento.

3.5.5 Evaluación

Es la forma en la que se realizara la lista de cotejo para las mujeres que acuden al hospital de nuestra señora de la salud para que de esa manera se pueda determinar diferentes los temas ya especificados, y de esa manera nos permita valorar y especificar el tema establecida.

La recopilación de información que se realizó de la investigación fue mediante una lista de cotejo que se realizó a mujeres que acuden a consulta externa del Hospital de Nuestra Señora de la Salud donde se recopiló información sobre el tema descrito anteriormente.

El análisis al que se llevó a cabo fue que la mayoría de las mujeres a las que se realizó la lista de cotejo saben que es el cáncer cervicouterino, como es que se origina y muchas de las mujeres a las que se realizó la lista de cotejo cree que los promotores de salud no brindamos información adecuada sobre la prevención de cáncer cervicouterino.

CAPÍTULO IV: DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS.

A continuación en este capítulo se demostraran y analizaran los resultados de las listas de cotejo aplicadas a pacientes femeninas que acuden al hospital de nuestra señora de la salud.

Se utiliza el método hipotético deductivo es el procedimiento o camino que sigue el investigador para hacer de su actividad una práctica científica.

En la siguiente investigación se realiza un estudio cualitativo donde se lleva a cabo el análisis, el papel de los diferentes factores sociales y culturales en la detección oportuna de cáncer cervicouterino, este estudio se basara con una lista de cotejo con las mujeres diagnosticadas con cáncer cervicouterino.

Las variables de la investigación son las siguientes

1.-Información sobre los métodos de prevención sobre el cáncer cervicouterino

2.-Menor incidencia de cáncer cervicouterino.

3.-Realizar el Papanicolaou en mujeres que inician su vida sexual

4.-Disminuir el índice de desarrollar el Ca Cu.

De las listas de cotejo se entrevistaron a 21 pacientes del hospital de nuestra señora de la salud que representan el 100%.

4.2 Instrumento aplicado lista de cotejo

1.-Variables independientes

1.-Menor incidencia de cáncer cervicouterino.

PRGUNTAS	SI	NO	TOTAL
1.1 ¿Usted sabe que es el cáncer cervicouterino?	71%	29%	100 %

71% respondieron afirmativo y un 29% respondieron negativamente sobre saber lo que es el cáncer cervicouterino. Es una enfermedad caracterizada por el crecimiento rápido y desordenado de las células que forman los tejidos, las cuales pueden diseminarse y causar la muerte al impedir el funcionamiento normal de los órganos vitales afectados. El Ca Cu es un problema social mundial, que afecta a las mujeres de los países en desarrollo como de los países desarrollados. Mediante los diagnósticos de enfermería planteados, se logra cumplir el Plan de Cuidados de Enfermería en pacientes con Cáncer de Cérvix.

1.2 ¿Sabe cómo se origina el cáncer cervicouterino?	52%	48 %	100%
---	-----	------	------

52% respondieron afirmativo y un 48% respondieron negativamente que no todas las pacientes saben cómo se origina el cáncer cervicouterino. Casi todos los cánceres cervicales son causados por el virus del papiloma humano (VPH), un virus común que se disemina a través de las relaciones sexuales. Existen muchos tipos diferentes de VPH y algunas cepas de este virus llevan al cáncer cervical

1.3 ¿Alguien de su familia padeció o padece cáncer cervicouterino	19 %	81 %	100%
---	------	------	------

81% de las pacientes respondieron negativo y un 19% respondieron afirmativamente que alguien de su familia padeció y padece cáncer cervicouterino.

Las pacientes a las cuales se les aplicó la encuesta firmaron que en su familia existe un índice menor de cáncer cervicouterino.

1.4 ¿Sabe cómo se diagnostica el cáncer cervicouterino?	38%	62 %	100%
---	-----	------	------

62% de las pacientes respondieron negativamente y un 38% respondieron afirmativo sobre saber cómo se diagnostica el cáncer cervicouterino. Es un hallazgo en la citología cervico vaginal Papanicolaou, revisado por un patólogo muestran 2 tipos de células las cuales son coilocitos y disquetocitos.

2 Variables dependientes

2.-Información sobre los métodos de prevención sobre el cáncer cervicouterino

PREGUNTA	SI	NO	TOTAL
2.1 ¿Cree usted que los promotores de salud dan la suficiente información acerca del cáncer cervicouterino?	14%	86%	100%

86% respondieron negativamente y un 14% respondieron afirmativamente. Por desgracia, la mayoría de las mujeres que viven en los países en desarrollo todavía carecen de acceso a programas de prevención de cáncer cervicouterino. El resultado es que, a menudo, dicho cáncer se detecta cuando ya es demasiado tarde para curarlo. Se requiere un esfuerzo urgente si lo que se pretende es normalizar esta situación.

2.2 ¿Cree usted que las mujeres recibieran más información acerca del cáncer cervicouterino sería menor el índice del virus?	86%	14%	100%
--	-----	-----	------

86% respondieron afirmativamente y un 14% respondieron negativamente. Todas las mujeres tienen el derecho a servicios de prevención de cáncer cervicouterino accesibles, económicos y eficaces. Dichos servicios deben prestarse en el marco de un programa amplio para mejorar la salud sexual y reproductiva. Además, se necesita un esfuerzo concertado y coordinado para acrecentar la sensibilidad acerca del cribado en la comunidad a fin de prevenir y detectar el cáncer cervicouterino.

2.3 ¿Sabe las causas que le trae el cáncer cervicouterino?	33%	67%	100%
--	-----	-----	------

67% respondieron negativamente y un 33% respondieron afirmativamente de tener el conocimiento de cuáles son las causas que le trae tener cáncer cervicouterino. La causa más grave que tiene el cáncer cervicouterino es la muerte ya que la mayoría de las pacientes que padecen esta enfermedad mueren desafortunadamente, porque no es diagnosticado a tiempo.

2.4 ¿Usted sabe cuáles son los síntomas del cáncer cervicouterino?	29%	71%	100%
--	-----	-----	------

71% respondieron negativamente sobre tener el conocimiento de cuáles son los síntomas del cáncer cervicouterino y un 29% respondieron afirmativamente. A menudo, los cánceres o pre cánceres de cuello uterino en etapa inicial no muestran

señales o síntomas. Por esta razón, es importante que las mujeres se hagan regularmente la prueba de Papanicolaou (lo que se puede combinar con una prueba de VPH). Los síntomas generalmente no comienzan hasta que el cáncer ha avanzado y se ha propagado a áreas cercanas.

3.-Realizar el Papanicolaou en mujeres que inician su vida sexual

PREGUNTAS	SI	NO	TOTAL
3.1 ¿Alguna vez usted se ha realizado la prueba del Papanicolaou?	57%	43%	100%

57% respondieron afirmativamente y el 43% respondieron negativamente. Aún en la actualidad las mujeres no tienen el suficiente conocimiento sobre la importancia que tiene realizarse la prueba del Papanicolaou ya que muchas de estas mujeres no acuden a revisión.

2.3 ¿Usted sabe para qué sirve el examen de Papanicolaou?	71%	29%	100%
---	-----	-----	------

71% respondieron afirmativamente y el 29% contestaron negativamente saber para qué sirve el examen de Papanicolaou. Es una prueba de detección para cáncer de cuello uterino. Las células tomadas por raspado de la abertura del cuello uterino se examinan bajo un microscopio. El cuello uterino es la parte más baja del útero (matriz) que desemboca en la parte superior de la vagina.

Por lo anterior aplicado la lista de cotejo podemos decir que se llevó a cabo la hipótesis y con esta investigación se pretende dar una información adecuada a

las mujeres que acuden a la consulta externa mencionarle cuáles son los factores de riesgo y que conozcan más sobre el tema.

Que acudan a revisión oportuna para que de esa manera se detecte oportunamente esta investigación, es de mucha importancia la cual brinda información adecuada y clara para las pacientes.

Las complicaciones que enfrente en la investigación fue cuando las pacientes no querían contestar la lista de cotejo y otras pacientes no conocían sobre el tema al momento de la aplicaciones las pacientes se observaban nerviosa y algunas confundidas porque no entendían sobre el tema, algunas de las pacientes no contestaban adecuadamente conforme a las instrucciones de la aplicación.

Otra limitación que enfrente fue al momento de la recopilación de la información en el marco teórico, en muchas de las ocasiones no encontraba información confiable o muchas de las veces la información era de manera repetitiva y cuando surgía una duda muchas de las veces no sabían resolverlas.

Por otra parte las variables permitieron recabar información más adecuadamente, ya que tenía claro que era lo que quería lograr y por otra parte fue más fácilmente poder recabar información.

Con esta investigación realizada permitió responder sobre la pregunta de investigación en la que se describen cuáles son las causas y consecuencias que trae consigo el cáncer cervicouterino.

CONCLUSIONES

El cáncer cervicouterino es uno de la principal causa de muerte en mujeres, aunque existe mucha información que ayude a la prevención existe mucha incidencia de cáncer cervicouterino.

En la investigación se observó que muchas de las mujeres que acuden a la consulta externa del Hospital de Nuestra Señora de la Salud no saben lo que es el cáncer cervicouterino y las consecuencias de este.

A pesar de que existe mucha información las mujeres no saben cómo se origina el cáncer cervicouterino el cual es un problema porque no saben las medidas de prevención, existen muchos riesgos en las mujeres como iniciar la vida sexual a temprana edad, tener múltiples parejas sexuales y no realizarse las pruebas de prevención.

En la investigación se observó que los promotores de la salud no dan una información adecuada para la prevención y muchas de las mujeres no investigan y por esa razón existe mayor incidencia de cáncer cervicouterino.

Al momento en que se realizó la lista de cotejo se observó que las mujeres que a las fueron aplicadas muchas de ellas no sabían que era el cáncer ni cómo se originaba, y las mujeres que iniciaron su vida sexual a temprana edad no acuden a revisión si no que hasta el momento en el cual se observaban alguna anomalía y cuando acuden a la consulta con el ginecólogo ya tienen muy avanzado el virus del papiloma humano y es mayor consecuencia de contraer cáncer cervicouterino.

Las mujeres en muchas de las ocasiones no acuden a revisión por vergüenza y ese es un gran problema por que acuden ya cuando tienen algún síntoma o complicación, en la investigación se pudo observar que muchas de las veces no tienen síntomas las mujeres y como no acuden de manera recurrente a revisión.

GLOSARIO

ADN: ácido desoxirribonucleico, proteína compleja que se encuentra en el núcleo de las células y constituye el principal constituyente del material genético de los seres vivos.

BIOPSIA. Extracción y examen microscópico, de tejidos u otras materias procedentes del organismo vivo, con fines diagnósticos.

CaCu cáncer cervicouterino.

CÁNCER IN SITU: De acuerdo con la definición de la OMS, es una lesión en la que todo el epitelio o la mayor parte de él muestra el aspecto celular de carcinoma. No hay invasión del estroma subyacente.

CÁNCER INVASOR: Cualquiera de las etapas de carcinoma invasivo, desde aquellos diagnosticados sólo por microscopio, hasta las lesiones de gran magnitud con invasión al estroma, extensión a todo el órgano, órganos adyacentes y propagación a órganos distantes.

CÁNCER. Tumor maligno en general, es la pérdida del control del crecimiento y división de las células dando como resultado la formación de un tumor.

CÁPSIDE: Conjunto de proteínas que envuelven el material genético (ADN y ARN) de un virus.

CITOLOGÍA CERVICAL: Estudio que se realiza mediante la observación y análisis de una muestra de células del endocérvix y exocérvix a través de un microscopio, para determinar cambios o alteraciones en la anatomía y fisiología de las células. También conocida como Prueba de Papanicolaou

COLPOSCOPIA. Procedimiento exploratorio instrumentado, en el que se emplea un aparato con sistema óptico, a través del cual se puede observar la vagina y el cérvix uterino, visualizándose en este último las condiciones de su epitelio, en el cual se pueden realizar tinciones de orientación diagnóstica

FUTURE siglas en inglés de “Mujeres Unidas para Reducir Unilateralmente las Enfermedades Ecto y Endocervicales.

INCIDENCIA: Número de casos nuevos de una enfermedad o daño, ocurridos en una población, lugar y tiempo determinados.

INMUNOGÉNICAS: Sustancia que introducida en un animal puede estimular la respuesta inmune.

INTRAEPITELIAL: Se encuentran células levemente anormales en la superficie del cuello uterino.

LEGRADO ENDOCERVICAL: Procedimiento diagnóstico instrumentado mediante el cual se obtiene una muestra representativa del epitelio endocervical, para determinar grado o extensión de la lesión exocervical o endocervical.

LEIAG: Lesión Escamosa Intraepitelial de Alto Grado.

LEIBG: Lesión Escamosa Intraepitelial de Bajo Grado.

MUTAGENOS: Que puede provocar mutaciones en los seres vivos.

NEOPLASIA: Proliferación autónoma de células anormales.

NEOPLASIAS: es el término que se utiliza en medicina para designar una masa anormal de tejido provocada porque las células que lo constituyen se multiplican a un ritmo superior al normal.

NIC. Neoplasia Intraepitelial cervical.

PATÓLOGO: Médico que identifica las enfermedades mediante el estudio de las células o los tejidos con un microscopio.

RPC: (Reacción de la Polimerasa en Cadena): Prueba biomolecular en la que el DNA blanco se amplifica selectivamente por medios enzimáticos, a través de ciclos repetidos de desnaturalización, hibridación del fragmento precursor y extensión de éste.

TASA DE MORTALIDAD: la que tiene como numerador el total de defunciones producidas en una población en un periodo de tiempo determinado y el denominador representa la población donde ocurrieron las muertes. Se expresa como una tasa, puede ser general o específica.

VLPs partículas similares al virus.

VPH virus del papiloma humano.

FUENTES DE CONSULTA

Documentos

Alonso Lazcano Hernández. (2005) **Cáncer cervicouterino diagnóstico, prevención y control**. México: medica paramericana, S.A de C.V.

Olga luz Mendoza Solís. (2006) **prevención de cáncer cervicouterino**. peru-lima.

Zamudio, P. Alfonso. (2015) **Apuntes ginecología**

Pág. Web

<http://es.thehpvtest.com/about-hpv/high-and-low-risk-hpv-types/>

(<http://www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1272302572.pdf>).

www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello.../tratamiento-cuello-uterino-pdq

(www.salud.es/cancer).

www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2007/sep_01_ponencia.htm

<http://definicion.de/virus/#ixzz3nzzhvepa>

www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2007/sep_01_ponencia.html

OMS. Control integral del cáncer cervicouterino: guías prácticas esenciales.

Año 2007.

sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/hernandez_ar/Cap2.pdf. Guías Nacionales de Atención integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Módulo I: Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. (Mayo 2004)

www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Revisiones/Analisis/5453.

www.msal.gob.ar/.../0000000433cnt-Guia_Programatica_Abreviada_BA.

www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/014ssa24.htm

Cáncer Cervicouterino: Epidemiología, Historia Natural y Rol del Virus Papiloma Humano. Perspectivas en Prevención y Tratamiento. En Revista Chilena Obstetricia y ginecología; Volumen 67. Nº 4. Chile. 2002.

www.nlm.nih.gov › Página Principal › Enciclopedia médica.

www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello.../prevencion-cuello-uterino-pdq

www.cancer.net/es/tipos-de-cáncer/cáncer-de-cuello.../prevención

www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002580-pdf.pdf

ANEXOS



Anexo 1: “Pacientes femeninas del Hospital de Nuestra Señora de la Salud”.



Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la salud

Incorporada a Universidad Autónoma de México (UNAM)

Morelia, Michoacán.

Licenciatura en Enfermería y Obstetricia

Octavo semestre

“Seminario de tesis”

Hospital de nuestra señora de la salud

Pacientes femeninas

(Lista de cotejo)

OBJETIVO.

Conocer e identificar cuáles son los riesgos que presentan al tener varias parejas sexuales y no utilizar un método anticonceptivo de manera correcta para que disminuya el riesgo de una infección de transmisión sexual, sobre los riesgos

que presentan. Sobre la mayor incidencia de contraer VPH y por lo tanto desarrollar Ca CU.

Instrucciones: Conteste correctamente lo que se le pide colocando una X en la respuesta correcta.

Datos de Identificación

Nombre: _____

Edad: _____

Lugar: _____

Fecha: _____

Lista de cotejo	NO	SI
1.- ¿Usted sabe que es el cáncer cervicouterino?		
2.- ¿Sabe cómo se origina el cáncer cervicouterino?		
3.- ¿Cree usted que los promotores de salud dan la suficiente información acerca del cáncer cervicouterino?		
4.- ¿Cree usted que las mujeres recibieran más información acerca del cáncer cervicouterino sería menor el índice del virus?		
5.- ¿Alguna vez usted se ha realizado la prueba del Papanicolaou?		
6.- ¿Usted sabe para qué sirve el examen de Papanicolaou?		
7.- ¿Sabe las causas que le trae el cáncer cervicouterino?		
8.- ¿Alguien de su familia padeció o padece cáncer cervicouterino?		
9.- ¿Sabe cómo se diagnóstica el cáncer cervicouterino?		
10.- ¿Usted sabe cuáles son los síntomas del cáncer cervicouterino?		

CRONOGRAMA DE ACCIÓN DE ENFERMERÍA

ACCIÓN	ACTIVIDAD	FUENTES DE INFORMACIÓN	FECHA Y HORA	RESPONSABLE	OBSERVACIONES
Información sobre los métodos de prevención sobre el cáncer cervicouterino.	Lista de cotejo de A pacientes femeninas de 20 a 30 años de edad.	Mujeres que acuden a la consulta externa de ginecología en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud.	18 ,19 de febrero del 2016	Cancino Ortiz Alejandra	
Realizar el Papanicolaou en mujeres que inician su vida sexual					
Menor incidencia de cáncer cervicouterino.					
Disminuir el índice de desarrollar el Ca Cu.					