



DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DE LA SALUD.

ESCUELA DE ENFERMERÍA.

"ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL
CON CÁNCER CERVICOUTERINO. QUE ASISTEN AL CENTRO
DE SALUD DE SAN MIGUEL CANOA, EN EL PERIODO DE
AGOSTO 2006 A MAYO 2007"

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE LICENCIATURA EN
ENFERMERÍA.

PRESENTA:

RUBICELIA SÁNCHEZ MARTÍNEZ.

ASESOR METODOLÓGICO Y EXPERTO.

MAESTRA: JOSEFINA G. PÉREZ GUTIÉRREZ.
DR. JUAN CARLOS MANCILLA MENDIETA.

PUEBLA PUE. MARZO 2008



UPAEP – Secretaría General

Dirección General de Apoyos Académicos

Dirección del Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación.

Biblioteca Central - **Karol Wojtyła**

Tesis Digitales Restricciones de uso:

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

El uso de textos, imágenes, gráficas, 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 de donde la obtuvo mencionando el autor o autores involucrados en el documento.

Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DIRECTORIO:

UPAEP
21 sur 1103 col. Santiago. C.P.72160
Puebla. Pué.
Cevallos
01 (222) 2299400, Fax. 2325251
académico
Lada sin costo 018002242200

Dr. Alfredo Miranda López
Rector
Ing. Vicente Pacheco

Secretario general

Mtro. Heriberto Rodríguez
Regordosa
Vicerrector académico.

UPAEP
Departamento de Ciencias de la Salud
de
Edificio central
Pool sur
Puebla. Pué.
Tel.
01(222)2299466.

Departamento de Ciencias

la Salud.

Dr. Juan Carlos Pérez Garete
Director

UPAEP
Escuela de enfermería
Edificio central.
Pool sur.
Puebla. Pué.
Tel.
01 (222) 2299400 Ext. 656.

Escuela de Enfermería
Lie. Enf. M. Antonia Torres
Álvarez. .
Coordinadora.

PUEBLA PUE. MARZO 2008

ASUNTO.

TERMINACIÓN DE TESIS.

L.E. M ANTONIA TORRES ÁLVAREZ.

Coordinadora de la Esc. De Enfría. UPAEP.

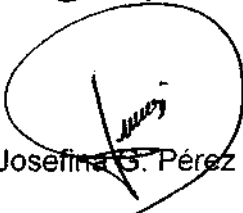
PRESENTE.

Por medio del presente, le informo a usted que el trabajo de investigación, **"Atención de enfermería en mujeres en edad fértil con cáncer cervicouterino, que asisten al centro de salud de San Miguel Canoa, en el periodo de Agosto 2006 a Mayo 2007"**, fue concluido satisfactoriamente, para obtener el grado de **Licenciatura en Enfermería**, proyecto realizado por la **C. Rubicelia Sánchez Martínez**.

Por la atención prestada gracias.

ATENTAMENTE.


Dr. Juan Carlos Mancilla Mendieta.


Mtra. Josefina G. Pérez Gutiérrez.

ASESOR METODOLÓGICO Y EXPERTO

DEDICATORIAS.

ADIÓS.

Gracias te doy por darme paciencia
Y habilidad, por la culminación de
Mi tesis, ya que cuando mas te
Necesite, siempre estuviste con-
Migo.

A MIS PADRES.

Gracias por apoyarme y por sus
Palabras que hicieron que llegara
A la realización de mi tesis.

A MIS ASESORES.

Gracias por su valioso tiempo,
Dedicación y esfuerzo ya que
Pudieron transmitirme los
Conocimientos necesarios para
La elaboración de mi tesis.

A MIS HERMANOS.

Gracias por su apoyo incondicional
Que con sus consejos hicieron que
Lograra a la culminación de mis
Estudios.

ÍNDICE

I. TITULO	
II. RESUMEN.	
III. INTRODUCCIÓN.	
IV. MARCO TEÓRICO.	
A) CÁNCER CERVICOUTERINO ANTECEDENTES HISTÓRICOS.	11
B). DEFINICIÓN DE CÁNCER CERVICOUTERINO	13
C). EPIDEMIOLOGÍA.	14
D). ETIOLOGÍA. DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO	16
E). CLASIFICACIÓN DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO.	18
D). FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL VPH PARA EL DESARROLLO DE CÁNCER.	22
F). VACUNA CONTRA EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO.	24
IV.1. FACTORES DE RIESGO DE CÁNCER CERVICOUTERINO.	26
IV.2. SÍNTOMAS DE CÁNCER CERVICOUTERINO.	28
IV.3. CLASIFICACIÓN DE CÁNCER CERVICOUTERINO.	30
IV.4. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO.	33
IV.5. PREVENCIÓN DEL CÁNCER CERVICOUTERINO.	37
IV.6. PRUEBA DE PAPANICOLAOU.	39
A). TÉCNICA PARA LA TOMA DE LA MUESTRA.	47
B) TÉCNICA PARA LA FIJACIÓN DE LA MUESTRA.	50
C). CONCLUSIÓN DE LA TOMA.	51
IV.7. TÉCNICA DE PAPANICOLAOU EN BASE LIQUIDA.	54
IV.8. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON CANCER CERVICOUTERINO	61

V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	63
VI. JUSTIFICACIÓN	64
VII. HIPÓTESIS.	65
VIII. OBJETIVOS.	
IX. METODOLOGÍA.	66
A). INTRODUCCIÓN.	
B). SELECCIÓN DE LA POBLACIÓN.	67
C). SELECCIÓN Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.	
D). MÉTODOS DE OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN.	
E). TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.	
F). MANEJO Y ANÁLISIS DE DATOS.	
X. ORGANIZACIÓN.	68
A) RECURSOS HUMANOS.	
B). RECURSOS MATERIALES.	
C). RECURSOS FINANCIEROS.	
D). PROGRAMA DE TRABAJO.	69
XI. ASPECTOS ÉTICOS.	70
XII. RESULTADOS.	71
XIII. DISCUSIÓN.	77
XIV. CONCLUSIONES	79
RECOMENDACIONES.	80
XV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	82
XVI. ANEXOS.	85
B). GLOSARIO DE TÉRMINOS.	86

2. RESUMEN.

El cáncer de cuello del útero ocupa el cuarto lugar entre las 10 primeras causas de Cáncer y tiene gran repercusión, fundamentalmente en el orden psicológico de las pacientes. Se realizó un estudio descriptivo de las mujeres con cáncer de cuello de útero que acuden a consulta en el Centro de Salud de San Miguel Canoa durante el periodo de Agosto 2006 a Mayo 2007. (1)

El objetivo de la siguiente investigación es Contribuir al mejoramiento de la salud de las pacientes con cáncer cervicouterino del Centro de Salud de San Miguel Canoa mediante la participación del recurso de enfermería en la, orientación y educación a través de la promoción e investigación. (2)

Las mujeres que participaron fueron 71 el grupo de edad es de 25 a 64 años de edad. Las variables que comprende esta investigación son edad, Estado civil, Escolaridad, Religión, número de parejas sexuales Conocimiento de cáncer cervicouterino, antecedentes familiares acciones de Prevención. (Citología vaginal)

Se espera que los resultados obtenidos de esta investigación sean de gran utilidad para los profesionales de la salud. (3)

3. INTRODUCCIÓN.

El cáncer cervicouterino es la principal causa de muerte por cáncer en la mujer mexicana.

Para la detección temprana del cáncer cérvico uterino, la citología cervical, es el método de tamisaje. (i)

El cáncer cervicouterino, es el resultado de un proceso dinámico que se inicia, probablemente a partir de una infección viral, aunada a factores de riesgo, pasando por una etapa preinvasora. (4) Este proceso es asintomático y de evolución muy lenta. Lo que permite diagnosticar y tratar oportunamente este padecimiento. (2)

El cáncer cervicouterino tiene una evolución bien identificada, con la presencia de lesiones precursoras denominadas displacias, las cuales se clasifican en leves, moderadas y severas según la gravedad de las alteraciones. Estudios previos han demostrado que el tiempo que transcurre, entre una displacia leve hasta el cáncer invasor es de 10 a 20 años, lo cual permite a través de la detección temprana interrumpir el curso de la enfermedad; de acuerdo a la información estadística, la edad promedio en que se detectan las displacias mas frecuentemente es; leve de 20 a 30 años, moderada de 30 a 35 años y severa de 35 a 45 años.(6)

La detección de casos positivos, al cáncer in situ es mas frecuente de 35 a 45 años, el micro invasor de los 45 a 50 años y el invasor de los 50 años en adelante.

Los síntomas y signos presentes en la enfermedad, en los casos de displasias y cánceres iniciales (in situ y micro invasor) suelen no dar sintomatología, la única forma de ser diagnosticados es mediante el estudio citológico.(4)

El siguiente trabajo de investigación incluye 2 variables cuantitativas y 5 variables cualitativas utilizando gráficas de pastel, para su presentación. La investigación se realizó en el Centro de Salud San Miguel Canoa de Agosto 2006 a Mayo 2007. Este estudio es descriptivo transversal, longitudinal, observacional, prolectivo.

4. MARCO TEORICO.

Cáncer cervicouterino.

Antecedentes históricos.

En nuestro país, el cáncer es un procedimiento conocido desde la época precortesiana; los indígenas le llamaban Coalocatl y su tratamiento era a base de cáusticos vegetales.

Con el avance de las ciencias médicas, aumentaron los conocimientos acerca del cáncer, lo que ayudo a que los cirujanos generales y los ginecólogos trataran esta enfermedad en forma más científica. Varios son los nombres de distinguidos médicos mexicanos que desde el principio de este siglo se dedicaron al estudio y tratamiento de las neoplasias.⁽⁶⁾

El pabellón de cancerología, inicialmente llamado para-radium, fue fundado en el año de 1922, en el Hospital General de la Secretaria de Salubridad y Asistencia y en 1925, reorganizado para proporcionar también, atención médico-quirúrgica a los enfermos con neoplasias. Ahí se inicio la formación de los primeros especialistas en varias de las ramas de la oncología.

En 1925, se fundo la Sección de Cáncer, estando a cargo de los médicos C. Zuckerman y Margarita Delgado. Esta oficina publico en el año de 1928 un libro llamado Los Canceres. Uno de los capítulos esbozaba un proyecto para la lucha contra el cáncer, que consistía fundamentalmente en difundir entre los médicos los conocimientos oncológicos de esa época.⁽⁵⁹⁾

1929, se llevo a cabo en la república mexicana el primer censo de enfermos con neoplasias malignas, la cual quedo publicada en el libro El Cáncer en México. En este libro también se señalaba la necesidad de contar con una campaña contra esta enfermedad.

En 1938 se presentó la jornada llamada Semana del Cáncer por la invitación de la unión internacional contra ese padecimiento. En ese mismo año se hicieron los trámites para crear la Liga Mexicana Contra el Cáncer.

En 1941, el jefe del Departamento de Salubridad, Doctor Víctor Fernández Mañero, fundó la Oficina de la Campaña Contra el Cáncer.

En los regímenes presidenciales de 1940 - 1946 y 1946 - 1952; por decreto, fue creado el Instituto Nacional de Cancerología. ¡>

El Instituto Mexicano del Seguro Social, en 1959, se iniciaron los proyectos para la creación del Programa de Diagnóstico Oportuno del Cáncer. Uno de los aspectos en que se fundamentaba la urgencia de tener la campaña de detección, era de que la mayoría de las pacientes con Cáncer Cervicouterino se presentaba con neoplasias avanzadas.

En 1962, se hizo una revisión de expedientes de cinco años consecutivos (1957-1961): se encontró un alto porcentaje de etapas avanzadas y solamente un pequeño grupo se diagnosticó en etapas curables. Se consideró que la detección de casos tempranos era debida a la **"Utilización del Método Citológico Papanicolaou"**.

En 1962, se aprobó el Programa de Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino y se inició el 12 de Noviembre del mismo año. Para su organización se aprovecharon las experiencias de los programas de este tipo en los Estados Unidos de Norteamérica; en los que se utilizó el método citológico de Papanicolaou.

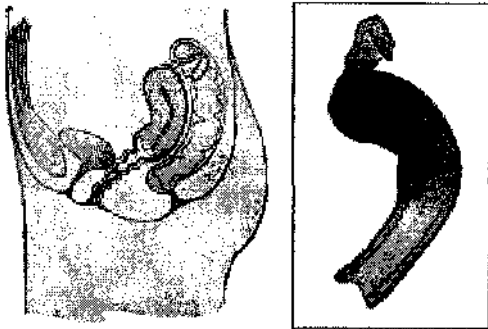
En 1964, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, inicia su programa de Detección Oportuna del Cáncer en el área metropolitana y, en 1967, norma las acciones de prevención conjuntamente con los del Cáncer Cervicouterino, y es a partir de 1973 cuando el programa se amplió a nivel nacional. (4)

Cáncer cervicouterino.

Definición.

El cáncer cervico uterino, es una enfermedad en la cual se encuentran células Cancerosas, en los tejidos del cuello uterino. El cuello uterino es la abertura del útero, órgano hueco en forma de pera donde se desarrolla el feto, y lo conecta con la vagina. (6) FIGO)

Fig. 1 cuello uterino.



Fuente: Secretos de la Cirugía ¿QUE ES EL CÁNCER? De Albernathy, Alden H. Harken, M.D, Ernest E. Moore, M.D, Mac GrawHNI Interamericana 1998. Pag 231-232.

El cáncer cervicouterino suele crecer lentamente por un periodo de tiempo. Antes de que se encuentren células cancerosas en el cuello uterino, sus tejidos experimentan cambios y empiezan a aparecer células anormales. En la prueba de papanicolaou generalmente se encuentran estas células. Posteriormente, las células cancerosas comienzan a crecer y se diseminan con mayor profundidad en el cuello uterino y en las áreas circundantes. Ya que generalmente no hay síntomas asociados con el cáncer cervicouterino, el medico debe hacer una serie de pruebas para buscar el cáncer.(3)

EPIDEMIOLOGÍA.

El cáncer cervicouterino a nivel mundial ocupa el quinto lugar en frecuencia, después del cáncer de estómago, pulmón, mama y colorrectal. Es una de las neoplasias malignas más comunes en la mujer. Es más frecuente en Ibero América y África, y menos frecuente en mujeres judías europeas y en las habitantes de las Islas Fiji. Algunos han atribuido a la baja frecuencia de cáncer cervicouterino en mujeres judías a la circuncisión de los hombres judíos; pero esta baja incidencia no ha sido demostrada en las esposas de hombres judíos circuncidados; por ello Ackerman y Del Regato fundamentan que quizá las mujeres judías tengan resistencia genética a este tumor.⁽²⁰⁾

En cuanto a su incidencia, en relación con otras neoplasias, en países desarrollados se clasifican en el décimo lugar y se estiman 96. 100 casos nuevos al año.; esto a diferencia de lo que sucede en los países en desarrollo, donde ocupa el primer lugar y el número estimado de casos nuevos es de 369. 500.

Existen diferencias geográficas importantes: las tasas de incidencia mas altas corresponden a Sudamérica, Sudeste Asiático y África, mientras que las mas bajas se hallan en Oriente medio, Irlanda y España.

Tanto la incidencia como la mortalidad por cáncer cervicouterino han disminuido progresivamente en la mayor parte de los países desarrollados a lo largo de los últimos 20 años, sin embargo, en el Reino Unido, Australia, Nueva Zelanda y ciertas zonas de EE.UU. se han descrito aumentos de la tasa de mortalidad en pacientes jóvenes, a pesar de las campañas de detección oportuna de cáncer ⁽⁵⁾

Al comparar la tasa de incidencia por cáncer cervicouterino de los países latinoamericanos con las de otros, se encuentran diferencias sustantivas; tal es el caso de Colombia donde se han estimado una tasa de incidencia de 48.2/ 100 000 mujeres, mientras que en Israel se registra una tasa de incidencia de 6/100 000. Mujeres.

Es importante destacar que las mujeres de origen latino que residen en otros países conservan frecuencias elevadas; así, las mujeres latinas que residen en Estados

Unidos de Norteamérica sufren cáncer cervicouterino en tercer lugar en orden de frecuencia dentro de las neoplasias detectadas en este país.

En México es uno de los principales problemas de salud. Pese a la existencia del Programa de Detección Oportuna de Cáncer, desde hace 20 años; el impacto sobre la mortalidad no ha cumplido con las expectativas: en nuestro país, la tasa de mortalidad nacional por cáncer cervicouterino estimada para 1988 fue de 9.5 / 100 000 mujeres; mayor a la estimada para el Distrito Federal (7.5) por lo que, de acuerdo con la población femenina estimada para el año de 1990, cada año se registran aproximadamente 400 muertes por cáncer cervicouterino en la ciudad de México.(20)

En 1990 se registro una tasa de morbilidad de 6.9 y de mortalidad de 24.9 muertes por cada 100 mil mujeres mayores de 25 años. En 1996 la tasa de morbilidad fue de 37.8 y la de mortalidad de 21.4 la mortalidad se incrementa con la edad de una manera similar a lo que ocurre en la mayoría de las neoplasias maligna: en 1996 la tasa de mortalidad en mujeres menores de 25 años fue de 1.6 defunciones por cada 100 mil mujeres.

La tasa se incrementa a 9.6 en el grupo de 30-34 años de edad y, a 30.1 en el grupo de mujeres de 45 a 49 años. Posteriormente asciende proporcionalmente con la edad hasta alcanzar un valor de 137.4 en las mujeres de 80 años y más. (i)

ETIOLOGÍA DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

El virus del papiloma humano es un grupo grande de virus de los cuales se han identificado más de 100 tipos, de éstos cerca de 40 son transmitidos sexualmente e infectan el aparato genital masculino y femenino. De estos el grupo de tipos considerados de alto riesgo (de producir cáncer) está constituido por al menos 15 tipos. (7)

El virus del papiloma humano produce infecciones de piel y también afecta las mucosas del tracto anogenital, el oral (boca, garganta) y respiratorio.

En la piel las lesiones más frecuentes son las verrugas cutáneas, también llamadas verrugas vulvares y las verrugas plantares, que son lesiones en las plantas de los pies, a menudo dolorosas. (8)

Las lesiones ano genitales incluyen las verrugas genitales (condiloma acuminado, cresta de gallo) que son formaciones carnosas con aspecto de coliflor que aparecen en las zonas húmedas de los genitales. (13) Las verrugas genitales, por lo común, son causadas por los tipos VPH-11 y VPH-16. Estos tipos de VPH también pueden producir verrugas en el cuello del útero, en la vagina, la uretra y el ano.

En la boca y garganta el virus del papiloma humano produce el papiloma oral y el papiloma laríngeo. También producen el papiloma de la conjuntiva del ojo y el papiloma nasal. (9)

Este virus está relacionado con alteraciones del epitelio del cuello uterino denominadas neoplasia intraepitelial cervical (NIC), las cuales se han clasificado en tres grados 1, 2 y 3. La NIC 3 en particular se considera una lesión precancerosa precursora del cáncer cervicouterino. (2)

Los virus del papiloma humano también están relacionados con varios tipos de cáncer, entre los cuales se incluyen: cáncer del cuello del útero (cervicouterino) y

cáncer de varios órganos, tales como: amígdala, faringe, esófago, mama, próstata, ovario, uretra y de piel.

El cáncer del cuello uterino es el segundo cáncer de la mujer en frecuencia en todo el mundo después del cáncer de mama y es el principal cáncer de la mujer en la mayoría de los países en vías de desarrollo, donde ocurre el 80% de los casos de cáncer de cuello uterino. Se estima que causa alrededor de 500.000 muertes al año en todo el mundo. (14)

CLASIFICACIÓN DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

Los virus de papiloma humano se dividen en dos grandes grupos dependiendo del riesgo que tienen de provocar lesiones cancerígenas: alto y bajo riesgo.

Se denomina factor de riesgo a aquel factor asociado con el riesgo de desarrollo de una enfermedad pero no suficiente para causarla. Es necesario la presencia de otros factores asociados para causar la enfermedad (en el caso del VPH otros factores son: conducta sexual, mala nutrición, tabaquismo, etc.)⁽¹⁵⁾

VPH DE BAJO RIESGO

Virus de papiloma humano de bajo riesgo se les llama a aquellos cuyo riesgo de provocar cáncer es bajo y son el VPH 6, 11, 40, 42, 53, 54 y 57. Los VPH que provocan verrugas genitales, también llamado condiloma acuminado y cresta de gallo, están en este grupo.

Los tipos de VPH de bajo riesgo pueden causar cambios leves en el cuello del útero de una mujer. Estos cambios no conducen al cáncer. No son perjudiciales y desaparecen con el tiempo.⁽¹⁶⁾

VPH 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.

Por lo general, la infección de VPH de alto riesgo no causa problemas de salud a nadie. Pero, en ocasiones, la infección por este tipo de virus puede provocar cambios celulares. Con el tiempo, estos cambios celulares pueden conducir al cáncer, si no son tratados. Sólo la infección persistente de VPH de alto riesgo (aquella que no desaparece durante años) aumenta el riesgo de cáncer en las personas.⁽⁸⁾

MODO DE TRANSMISIÓN

Las infecciones en el cuello uterino y en la vagina por lo general se transmiten por contacto sexual; no obstante, hay evidencia de otras formas de contagio como son: instrumentos médicos inadecuadamente esterilizados y juguetes sexuales. (14)

Otra forma de contagio, aunque poco frecuente, es de la madre al niño durante el parto en los casos que existen verrugas genitales en el canal vaginal.

En estos casos puede producirse en el niño un cuadro denominado papilomatosis laríngea. Este tipo de transmisión del virus es poco común y se previene practicando una cesárea en el momento del parto.

Las verrugas vulvares pueden auto inocularse. Las verrugas genitales pueden transmitirse por contacto directo de la piel con las verrugas. (15)

Período de incubación:

Es muy variable. Por lo general de dos a tres meses, aunque puede ser de años. La mayoría de las infecciones transcurren sin lesiones aparentes y desaparecen sin dejar evidencias de la infección. Un porcentaje pequeño de las infecciones persisten al cabo del tiempo (5-10%) provocando lesiones que podrían evolucionar a lesiones precancerosas (neoplasia intraepitelial cervical grado 3, NIC 3) o cáncer al cabo de los años (10 a 12 años). (15)

Frecuencia de la Infección por Virus del Papiloma Humano

Estudios realizados en los Estados Unidos han demostrado que la infección por el Virus del Papiloma Humano es muy frecuente entre la población. Se calcula que un 1% de la población sexualmente activa tiene verrugas genitales; 4% de la población podrían tener lesiones por VPH si se evalúan mediante la colposcopia.

cerca de un 10% de la población serían VPH positivos aunque tendrían una colposcopia negativa y, por último, un 60% de la población podrían tener anticuerpos

detectables en su cuerpo que indicarían que en algún momento se han expuesto a algún tipo de virus del papiloma humano.(g) En mujeres jóvenes la frecuencia de infección con el virus de papiloma humano es muy alta: hasta un 50% de las mujeres adolescentes y adultas jóvenes adquieren la infección por el virus del papiloma humano en los primeros 4-5 años de tener una vida sexual activa. De estas mujeres hasta un 25% de las que se infectan por VPH desarrollan lesiones escamosas epiteliales de bajo grado.

No obstante, en estas mujeres jóvenes el 90-95% de las infecciones se curan solas, sin ningún tratamiento.

En mujeres jóvenes sexualmente activas la frecuencia de la infección por el VPH es tan alta que una persona puede infectarse, curarse de la infección y volverse a infectar por un nuevo tipo de VPH, que a su vez cura espontáneamente después de algún tiempo.

En un estudio que en la actualidad se está realizando en Guanacaste, Costa Rica, para evaluar una vacuna contra el virus del papiloma humano, se encontró que un 26.4% de las 7234 mujeres participantes en el estudio tenían infecciones por VPH; un 18% de las mujeres estudiadas se encontraban infectadas por solo un tipo de virus de papiloma humano y un 8.2% se encontraban infectadas por al menos dos tipos de VPH. (7)

Un 24.4% de las mujeres menores de 25 años de este estudio se encontraban infectadas con virus VPH oncogénicos (alto riesgo de producir cáncer). La frecuencia de infección con virus oncogénicos en las mujeres de 35 a 44 años fue de un 9,7%; en las mujeres de 45-54 años fue de 9.8% y en las mujeres de 65 años y más la frecuencia de infección fue de 12.6%.

En este estudio el VPH 16 fue el virus de alto riesgo que se encontró con mayor frecuencia (3.6% de la población estudiada). Por su parte, los tipos 16, 58, 18 fueron los tipos de VPH que se encontraron con más frecuencia en las mujeres diagnosticadas con NIC 3 y cáncer. (u)

En el mundo la mayor frecuencia de virus de papiloma humano de alto riesgo se encuentran en África y América Latina (los virus más frecuentes son VPH 16, 18, 31, 35, 39, 45, 51, 52, 56 y 58) De éstos el más frecuente en América Latina es el VPH-16. En Centroamérica y Suramérica también son frecuentes los virus de alto riesgo VPH-33, VPH-39 y VPH-59. (15)

Algunos hechos relevantes en la infección por el virus del papiloma humano son los siguientes.

1. La gran mayoría de las infecciones por el virus del papiloma humano remitirán espontáneamente sin dejar secuelas graves.
2. El tiempo habitual de resolución espontánea de las infecciones transitorias por VPH es de 6 a 18 meses.
3. Es necesario que se dé una infección por VPH de alto riesgo persistente para el desarrollo, mantenimiento y progresión a neoplasia cervical intraepitelial grado 3 (NIC-3).
4. El cáncer de cuello uterino constituye una complicación poco habitual de una infección cervical común producida por un VPH de alto riesgo.(14)

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL VPH PARA EL DESARROLLO DE CÁNCER CERVICOUTERINO

Como vimos anteriormente solo una pequeña parte de las infecciones crónicas por VPH evolucionan de neoplasia intraepitelial cervical I (NIC I) a NIC II, NIC III y cáncer cervicouterino. Se han encontrado algunos factores de riesgo asociados al VPH que son determinantes para que esta evolución hacia el cáncer se dé, los más importantes son:

1. Conducta sexual
2. Consumo de tabaco.
3. Mujeres con alto número de embarazos
4. Sistema inmunológico deprimido.
5. Uso prolongado de anticonceptivos
6. Nutrición. (109)

1. Conducta Sexual

Se considera el principal factor de riesgo. El inicio precoz de relaciones sexuales (antes de los 20 años) y el número de compañeros sexuales aumentan el riesgo de cáncer cervicouterino. Se ha demostrado la presencia de VPH cervical o vulvar en un 17-21% de las mujeres con una pareja sexual y en 69-83% de las mujeres con 5 o más parejas sexuales.

La promiscuidad sexual del hombre también constituye un factor de riesgo dado que en sus múltiples contactos sexuales se contamina con virus de papiloma humano que transmite después a su pareja.

En población de las sexo servidoras la frecuencia de infección por virus de alto riesgo VPH-16, 18, 31 y 58 es hasta 14 veces más frecuente que en la población general.

(30)

2. Consumo de Tabaco

Las mujeres fumadoras tienen un riesgo mayor de padecer de cáncer del cuello uterino que las mujeres no fumadoras. Estudios de investigación han demostrado que en el moco cervical (sustancia que reviste la mucosa del cuello del útero) hay una concentración elevada de sustancias provenientes del fumado de tabaco. (3)

3. Alto Número de Embarazos

Los cambios hormonales que ocurren durante el embarazo favorecen el desarrollo de las infecciones por VPH. (5)

4. Sistema Inmunológico Deprimido

Factores genéticos o enfermedades como el SIDA, medicamentos y consumo de drogas, provocan la depresión del sistema inmunológico de la persona predispone al desarrollo de cáncer anogenitales y del cuello uterino ante la presencia de la infección por virus de papiloma humano. (2i)

5. Uso Prolongado de Anticonceptivos

El uso prolongado de anticonceptivos se ha vinculado con la persistencia de infecciones por virus del papiloma humano. Estudios científicos han estimado que las mujeres que utilizan anticonceptivos orales por más de 5 años duplican el riesgo de contraer cáncer cervicouterino. (i₀)

6. Factores Nutricionales

Aunque los estudios científicos no son concluyentes se considera que una dieta baja en antioxidantes, ácido fólico y vitamina C favorece la persistencia de la infección por virus de papiloma humano y la evolución de las lesiones de NIC I a NIC II, NIC III y cáncer cervicouterino. (i₂)

VACUNA CONTRA EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

En este momento varias vacunas contra el virus del papiloma humano se encuentran en investigación. No obstante, solo una ha sido aprobada para su uso en seres humanos por la Food en Drug Administración de los Estados Unidos (FDA). La vacuna combate la enfermedad y crea resistencia. No es un virus vivo ni muerto. La vacuna previene las infecciones de los VPH tipo 6, 11, 16 y 18. (2)

Seguridad de la vacuna.

Las pruebas realizadas en la vacuna demuestran únicamente problemas menores. Algunas personas presentan un poco de fiebre tras ser vacunadas. Otras tiene un poco de irritación en el área donde se colocó la vacuna.

Efectividad de la vacuna.

La vacuna tiene alrededor de 95 a 100% de efectividad contra el VPH tipo 6, 11, 16 y 18.(7)

¿Quién debe vacunarse contra el VPH?

El FDA aprobó la vacuna en niñas y mujeres con edades entre los 9 y 26 años, y en hombres 9 a 17 años de edad. Es preferible vacunarse antes de comenzar cualquier actividad sexual. (g)

Dosis. Es de 0.5 mililitros.

Vía de administración es. Intramuscular

¿Cuántas inyecciones se necesitan?

Son 3 inyecciones. Una vez aplicada la primera, necesitará vacunarse por segunda vez 2 meses después. La tercera vacuna debe ser inyectada 6 meses Después de la primera.

Como la vacuna es relativamente nueva no se sabe con exactitud, es necesario realizar más estudios para disponer de esta información. Por ejemplo, la FDA no sabe si la persona necesitará un refuerzo después de 2 años de aplicada. La vacuna no trata ni cura el VPH ya adquirido. La inyección ayuda a que una persona que ya tiene algún tipo de virus no se infecte por los otros tipos protegidos por la vacuna. Por ejemplo, si usted tiene el tipo 6, la vacuna lo protegerá de adquirir el tipo 16.(15)

Contraindicaciones: no administrarse durante el embarazo.

Recomendaciones. En pacientes mayores con infección previa o actual nunca es tarde para obtener los beneficios de la vacuna.

FACTORES DE RIESGO DE CÁNCER CERVICOUTERINO.

El factor de riesgo más común del cáncer cervicouterino es la exposición a ciertas variedades del Papillomavirus Humano (VPH).

El VPH es una infección de transmisión sexual que en muchos casos es asintomático. Dada esta característica del VPH, puede transcurrir mucho tiempo antes de que se detecte.

- No hacer se la prueba de detección de cáncer cervicouterino periódicamente.
- Comenzar con una vida sexual activa a temprana edad.
- Tener, o haber tenido múltiples parejas sexuales.
- Contraer el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), ya que debilita el sistema inmunológico de la mujer haciéndola mas vulnerable a la infección por el virus del papiloma humano.
- Tener una historia familiar de cáncer cervicouterino.
- Grupo de edad, mujeres de 25 a 64 años de edad.
- Tabaquismo.
- Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual
- Estado socio económico.
- Uso prolongado de anticonceptivos.(26)

Se ha asociado al tabaquismo con la presencia de células escamosas en el cáncer cervicouterino, cáncer de pulmón y el de laringe. En 1978 se propuso la posibilidad de que los cancerígenos procedentes del consumo del tabaco, y transportados por el sistema circulatorio, tal vez sean secretados por el epitelio cervical. (5)

El papel etiológico del uso de anticonceptivos orales no ha sido totalmente definido, aunque se ha comprobado que su ingestión, asociada con otros factores, aumenta el riesgo con la neoplasia. También se ha encontrado que en las mujeres con displasia continua con la ingesta de estos fármacos, esta tiene una transformación más rápida hacia carcinoma in situ.

Al comparar el uso de hormonales orales con el método de barrera, se observó que este último brinda cierto grado de protección contra el cáncer cervicouterino. (27)

Durante las dos últimas décadas, las infecciones de transmisión sexual han sido relacionadas con el aumento en el riesgo de presentar la enfermedad.

Son factores inductores o covariables: la presencia de infecciones del cervix, principalmente por el virus del papiloma humano.

Como factores protectores se reconocen: la circuncisión asociada con un elevado nivel socioeconómico, la práctica de higiene sexual y la participación de programas de Detección Oportuna de Cáncer.

Entre las mujeres judías la incidencia es baja, lo que se ha relacionado con inmunidad hereditaria, o porque los individuos del sexo masculino son circuncidados en la lactancia. (20)

CUADRO CLÍNICO.

SÍNTOMAS DEL CÁNCER CERVICOUTERINO.

Las lesiones en el cuello de la matriz son muy "silenciosas" durante largo tiempo que incluso pueden ser de varios años, la mujer no presenta ningún síntoma. El cáncer cervicouterino es una enfermedad de larga evolución, en promedio entre 7 a 15 años. La sintomatología del cáncer cervicouterino es variada y depende del estadio de la neoplasia. ⁽⁴⁾

Frecuentemente la primera manifestación anormal en el carcinoma del cervix infiltrante son hemorragias vaginales manifestadas como menstruaciones abundantes, hemorragias intermenstruales o hemorragias poscoitales.

En pacientes con carcinoma invasor se observan pérdidas vaginales serosanguinolentas o amarillentas, particularmente en las lesiones necróticas más avanzadas.²¹ Estas pérdidas pueden ser de mal olor y estar acompañadas de una hemorragia crónica, las pacientes se quejan de fatiga u otros síntomas relacionados con anemia.

Se presenta también dolor localizado en pelvis, hipogastrio y en el área lumbosacra, esto es debido a la enfermedad inflamatoria pélvica. ⁽²³⁾

Los síntomas rectales y urinarios aparecen en los estadios más avanzados, como consecuencias de invasión de la vejiga y/ o recto por la neoplasia. En estas situaciones puede haber hematuria, insuficiencia renal obstructiva, hemorragia rectal y oclusión intestinal.

Pérdida de peso.

Estos síntomas nos permiten la detección temprana y con ella la posibilidad de una curación total, si se descubre y trata a tiempo. Sin embargo, al inicio es silenciosa otorgando a la mujer una falsa confianza de que no tiene nada y por lo tanto no acude a su revisión periódica para la detección oportuna a través del papanicolaou,

prueba que nos permite descubrir las lesiones precancerosas llamadas displasias. La primera prueba es el papanicolaou, que se lleva acabo usando un pedazo de algodón, un cepillo o una espátula de madera pequeña para raspar suavemente el exterior del cuello uterino con el fin de recoger células.(25)

Podemos afirmar que en el cáncer, las células no tienen controlado su crecimiento, que destruyen e invaden los tejidos cercanos y, por la poca adherencia, se pueden desprender e invadir tejidos distantes (esto es llamado metástasis).

En el cáncer del cuello del útero existe un epitelio de transición, con el epitelio de la matriz y es aquí donde las células empiezan a manifestar alteraciones, primero silenciosas, cambiando su forma y tamaño y después francamente cancerosas produciendo tumores, invadiendo los tejidos cancerosos y produciendo metástasis en otras partes del organismo. (3i)

El cancel cervicouterino se origina en la mucosa del cervix, y en esta etapa llamada preinvasora o de carcinoma in situ puede durar varios años, una vez que se ha roto la membranas basal de la mucosa, bastaran solo de 2 a 5 años para que el cáncer termine con la vida de la que lo porta.

El pronostico y la selección del tratamiento depende de la etapa en que se encuentra el cáncer y el estado de salud en general del paciente.(22)

CLASIFICACIÓN DEL CÁNCER CERVICOUTERINO.

Una vez detectado el cáncer cervicouterino, se harán pruebas para determinar si las células cancerosas se han diseminado a otras partes del cuerpo. Este proceso se conoce como clasificación por etapas. Las siguientes etapas se usan en la clasificación del cáncer cervicouterino: (20)

ETAPA 0 CARCINOMA IN SITU O PREINVASOR.

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 (endometrio) y no invaden los tejidos más profundos del cuello uterino. (23)

ETAPA I

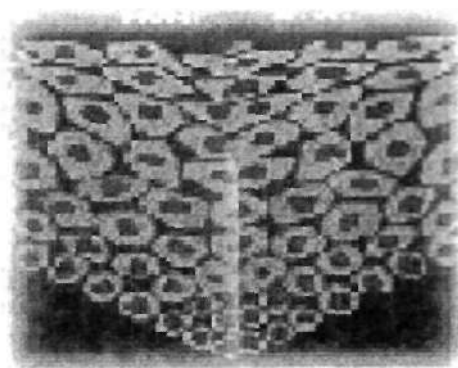
El cáncer afecta el cuello uterino, pero no se ha diseminado a los alrededores.

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.

(29). Fig. (2)

Fig. (2) Mucosa de la displasia leve



Fuente. Muñoz Nubia, Bosch Javier. Relación Causal entre el virus de papiloma humano y el cáncer cervicouterino y consecuencias para la prevención. Bol. Oficina Sanit Panamá 121 1999.

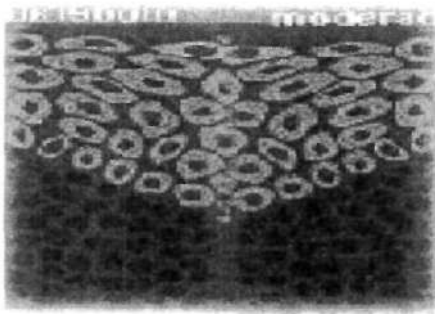
ETAPA II

El cáncer se ha diseminado a regiones cercanas, pero aún se encuentra en la región pélvica. (21)

Etapa HA: 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. Fig. (3)

Fig. (3). Mucosa de la displasia moderada.

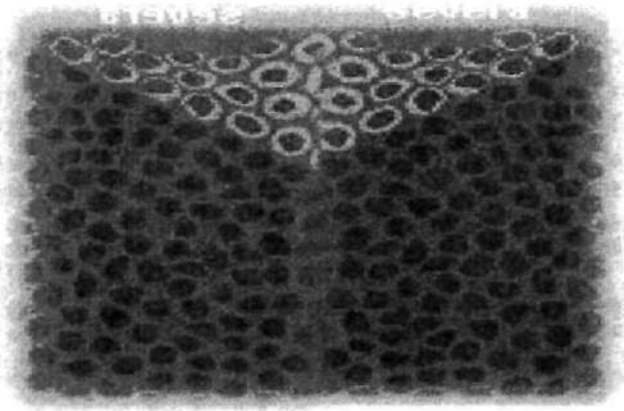


Fuente. Instituto Nacional de Cáncer de los Estados Unidos. cancerNet.en <http://cancerNet.nci.nih.gov>.

Etapa III.

El cáncer se ha diseminado a toda la región pélvica. Las células cancerosas pueden haberse diseminado a la parte inferior de la vagina. Las células también pueden haberse diseminado para bloquear los tubos que conectan los riñones a la vejiga (los uréteres). (22)

Mucosa de la displasia severa



Fuente. 29. Carcinoma oncológico. O. Granain, Walter H. Gajewski, Robert D. Lagare. 5ª Edición. Editorial Marban 2001.

ETAPA IV.

El cáncer se ha diseminado a otras partes del cuerpo. (Metástasis)

Etapa IVA: el cáncer se ha diseminado a la vejiga o al recto (órganos cercanos al cuello). (29)

Etapa IVB: El cáncer se ha diseminado a órganos dístales como los pulmones.(31)

DIAGNOSTICO.

Historia clínica.

Duración de las menstruaciones normales, cantidad de toallas o tampones vaginales utilizados; presencia de coágulos, dolor, mal olor, medicamentos anteriores y actuales como estrógenos. (5)

En caso de cualquier flujo vaginal deberá precisarse su color, consistencia, cantidad y sintomatología como olor, fiebre o dolor abdominal.

La consistencia de la secreción puede variar de acuosa a espesa, el color puede ser desde cristalino, amarillo, amarillo verdoso, o blanco. (10)

TRATAMIENTO.

Existen tratamientos para todas las pacientes: se emplean tres clases de tratamiento:

- **CIRUGÍA**
- **RADIOTERAPIA.**
- **QUIMIOTERAPIA.**

El medico puede emplear uno o varios tipos de cirugía para en carcinoma in situ con el fin de destruir el tejido canceroso.

- LA CIRUGÍA. Consiste en la extracción del cáncer mediante una operación.
(24)
- HISTERECTOMÍA. Es una operación en la cual se extrae el útero y el cuello uterino edemas del cáncer. Si el útero se extrae a través de la vagina, la operación será una histerectomía vaginal. Si se extrae mediante un corte en el abdomen, la operación será una histerectomía abdominal total.
- RADIOTERAPIA. Consiste en el uso de rayos X de alta energía para eliminar células cancerosas o reducir tumores. La radiación puede provenir de una maquina fuera del cuerpo, o se puede derivar de materiales que producen

radiación (radioisótopos) a través de los tubos plásticos delgados que se aplican en el área donde se encuentran las células cancerosas⁽²⁾)

- QUIMIOTERAPIA. Consiste en el uso de medicamentos para eliminar células cancerosas, puede tomarse en forma de píldoras o se puede depositar en el cuerpo por medio de una aguja introducida en la vena. La quimioterapia se considera un tratamiento sistémico ya que el medicamento es introducido al torrente sanguíneo, viaja a través del cuerpo y puede eliminar células cancerosas fuera del cuello uterino.⁽²⁰⁾
- CONIZACION: puede emplearse para hacer una biopsia, pero también puede utilizarse para el tratamiento del cáncer cervicouterino.⁽³⁰⁾
- Cuando, los ovarios y las Trompas de Falopio también se extraen; a este procedimiento se le conoce como: *salpingooforectomia bilateral*.⁽³¹⁾
- La cirugía con rayo láser: consiste en el uso de un haz de luz intensa para eliminar células cancerosas.⁽⁴⁾

TRATAMIENTO POR ETAPAS.

Los tratamientos para el cáncer cervicouterino depende de la etapa en que se encuentre la enfermedad, del tamaño del tumor, de la edad del paciente, su estado de salud en general. ⁽²⁵⁾

CÁNCER CERVICOUTERINO - ETAPA 0

El cáncer cervicouterino en etapa 0 a veces también se conoce como carcinoma in situ. El tratamiento puede ser el siguiente

- > Conización.
- > Cirugía con rayo láser.
- > Cirugía. (27)

CÁNCER CERVICOUTERINO - ETAPA I

El tratamiento puede ser en uno de los siguientes, dependiendo de la profundidad a la cual las células del tumor hayan invadido el tejido normal:

Para el cáncer en etapa IA:

- > Cirugía para extirpar el cáncer, el útero y el cuello uterino (histerectomía abdominal total). Los ovarios también pueden extraerse (salpingooforectomía) bilateral
- > Conización.(23)

Para el cáncer en etapa IB:

- > Radioterapia.
- > Histerectomía radical y disección de los ganglios linfáticos, seguida de radioterapia más quimioterapia.(24)

CÁNCER CERVICOUTERINO - ETAPA II

El tratamiento puede ser uno de los siguientes:

Para el cáncer en etapa NA:

- > Radioterapia.

- > Histerectomía radical y disección de los ganglios linfáticos, seguida de radioterapia más quimioterapia.

Para el cáncer en etapa IIB.

- > Radioterapia mas quimioterapia.(23)

CÁNCER CERVICOUTERINO - ETAPA MI

El tratamiento puede ser uno de los siguientes:

- > Radioterapia, más quimioterapia.

CÁNCER CERVICOUTERINO - ETAPA IV

El tratamiento puede ser uno de los siguientes:

Para el cáncer en etapa IVA:

- > Radioterapia, más quimioterapia.

Para el cáncer en etapa IV B:

- > Radioterapia.
- > Quimioterapia, para aliviar síntomas causados por el cáncer. (22)

CÁNCER CERVICOUTERINO - RECURRENTE

Si el cáncer ha reaparecido en la pelvis, el tratamiento puede ser uno de los siguientes:

- > Radioterapia combinada con quimioterapia.
- > Quimioterapia para aliviar los síntomas ocasionados por el cáncer.

El cáncer cervicouterino es uno de los tipos de cáncer más fáciles de detectar y prevenir debido a que su desarrollo es gradual. (26)

PREVENCIÓN DEL CÁNCER CERVICOUTERINO.

La prevención del cáncer cervicouterino se realizara por medio de la promoción de la salud y la detección oportuna. Orientadas a evitar o disminuir los factores de riesgo y a descubrir tempranamente alteraciones sitológicas. (4)

Promoción de la salud.

Se enfoca a la población en general y especialmente a sus mujeres y a sus parejas. Incluye acciones de educación para la salud, participación social y capacitación a promotores institucionales y comunitarios. (26)

Actividades de educación para la salud.

- > Informar a la población en general sobre la importancia de la enfermedad, los factores de riesgo y las posibilidades diagnosticas.
- > Alentar la demanda de atención medica oportuna, periódica y de alta calidad con fines de detección y en su caso de tratamiento, garantizando la información suficiente de la usuaria acerca de lo que significa la intervención para la detección y/o tratamiento. (5)
- > Orientar a las mujeres sobre su responsabilidad en el auto cuidado de su salud y a ios varones sobre su participación en los factores de riesgo de la enfermedad.(31)
- > ***Actividades de participación social.***
- > promover la participación de grupos organizados y de líderes de la comunidad para que actúen como informadores y promotores ante su núcleo de influencia.(3)
- > Invitar a las agrupaciones germinales y centros laborales a organizar campañas intensivas de detección oportuna de cáncer cervicouterino, entre su población femenina.
- > Impulsar a que asociaciones de profesiones del campo de la salud, de la comunidad y organismos no gubernamentales, participen en la vigilancia de la

calidad, oportunidad y veracidad de la información que se proporcione a la población.

- > La principal prevención es realizarse la prueba de papanicolaou.

Esta prueba es para mujeres que son o han sido sexualmente activas, o para mujeres mayores de 18 años. (4)

PRUEBA DE PAPANICOLAOU.

La prueba de papanicolaou es una manera de examinar las células recolectoras del cuello uterino y la vagina. Esta prueba puede mostrar la presencia de infección, inflamación, células anormales o cáncer. (26)

En un examen pélvico, el medico palpa el útero, la vagina, los ovarios, las trompas de Falopio, la vejiga y el recto, con el propósito de encontrar cualquier anomalía en su forma y tamaño. (20)

La prueba del papanicolaou y el examen pélvico forman parte importante del cuidado de la salud de una mujer, ya que con ellos se pueden detectar anomalías que pueden producir a un cáncer invasor. Estas anomalías pueden ser tratadas antes de que el cáncer se desarrolle.

Las mujeres que deberán realizarse la prueba de papanicolaou, son aquellas que:

S Tienen entre 25 y 64 años

S Múltiples parejas sexuales.

S Multiparidad.

S Infección cervical por virus del papiloma humano.

s Inicio temprano de relaciones sexuales antes de los 18 años.(3)

REQUISITOS PARA LA TOMA DE PAPANICOLAOU.

- > Cuando no este menstruando.
- > 10 o 20 días después del primer día del periodo menstrual.
- > No usar desodorante vaginal al menos 48 horas antes.

- > No se haga lavados vaginales dos días antes.
- > Evite el contacto sexual al menos 24 horas antes de la prueba.(H)

MATERIAL Y EQUIPO.

Hoja de solicitud y reporte de resultados de citología cervical.

Se deben registrar todos los datos consignados en la hoja de solicitud y reporte de resultados de citología cervical, cuidando que la información sea clara y precisa, ya que parte de la información orienta al citotecnólogo en la búsqueda intencionada de elementos que ayudaran a conformar el diagnóstico orológico.(26)

Portaobjeto.

Es una laminilla con área esmerilada, un tercio de la superficie de una de sus caras, en donde se anotan los datos de identificación de la usuaria y la fecha; en el resto de la superficie, se deposita el material biológico en cantidad suficiente para su observación en fresco o posterior a la tinción; la laminilla debe manejarse siempre por los bordes. (14)

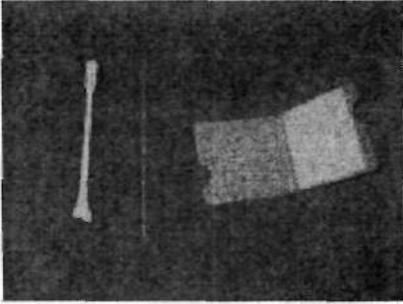
Lápiz marcador.

Es el utensilio con el cual se rotula la laminilla. El más utilizado es el de punta diamante o tungsteno. (5)

Espátula de aire.

Es un instrumento alargado con dos diferentes extremos, una en forma de cónica terminada en punta para la toma de la muestra del canal endocervical y la otra de forma bifurcada, para la toma de muestra del exocervix. Fig. (4)

Fig. (4). Espátula, Cepillo Endocervical



Fuente. *Manual de procedimientos para la toma de la muestra citologica.*

Isopo.

Es un palillo de madera, con uno de sus extremos cubierto de algodón no absorbente, que por sus características físicas se utiliza para tomar muestras en mujeres climatéricas, menopausicas y adolescentes, que mantienen integras las células sin *producir* modificaciones. (3)

Espejo vaginal.

Es un instrumento de dos valvas, una superior móvil y otra inferior fija; cada una con su brazo correspondiente y un tornillo que permite la abertura e inmovilización de las valvas, y sirve para visualizar la cavidad vaginal y el cuello uterino. (11)Fig. (5)

Fig. (5). Espejo vaginal.



Fuente. *Oncológica clínica, cáncer de cervix.* A. Duque, P. Reche, E. Murillo. 2º Edición Mac Graw Hill. Interamericana 2000. Pág. 330-333.

Guantes.

Pueden ser de látex no desechable o de otros materiales desechables, para evitar contaminar el equipo y el contacto directo con la paciente.

Fijadores.

Los más usados en citología cervical son:

- S Citospray.
- s Alcohol etílico 96%.
- S Alcoholes: metanol 100%, propanolol 80%, y/o isopropanolol80%.
- s Otros aerosoles sin laca.(26)

Un fijador apropiado para el citodiagnóstico debe reunir las siguientes características: Cubrir y penetrar la célula rápidamente, mantener la morfología íntegra, reemplazar la hidratación celular, permite la permeabilidad de la tinción a través de la membrana plasmática, permite la adhesión celular al portaobjeto, es bactericida y conserva permanentemente las células.po)

- S El citospray es un fijador soluble en agua compuesto por un alcohol como base y una sustancia cerosa que otorga una delgada protección celular. Cuando la muestra es recibida en el labolaratorio, se completa la fijación en el proceso de tinción.
- S El alcohol etílico al 96% es de acción rápida, no toxico, confiable que produce mínimos cambios y endurecimiento celular.
- S Otros alcoholes como el etílico al 80 o 100% es un fijador excelente para los extendidos humendos o secos, sin embargo a concentraciones menores al 80%, no alcanzan a detener el efecto de auto lisis produciéndose alteraciones celulares.

- s Para fijar la muestra se puede hacer introduciéndolo directamente en un recipiente con alcohol del 96%, por unos minutos o bañándolo la laminilla con alcohol utilizando una torunda.

- S Cuando la muestra presenté sangre que cubra parcial o totalmente las células se debe aplicar alcohol etílico al 96% para eliminar la sangre, fijar la célula y facilitar su lectura.

- s Es importante que la célula se fije antes de que se seque, debido a que se alteran las características celulares.(4)

Mesa de exploración.

Lo mas conveniente es disponer de una mesa de exploración ginecológica con pierneras o talonera, si no se cuenta con ella se podrá utilizar una mesa o cama, que permita una posición adecuada.(18)

Fuente de luz.

Lámpara de chicote o linterna sorda que proporcione iluminación suficiente y permita una clara visualización de los genitales femeninos y del cuello uterino, para identificar posibles patologías y llevar a cavo en forma adécuela la toma de la muestra de la citología cervical. (19)

Procedimientos para la toma déla muestra.

Para garantizar una adecuada atención a la usuaria se deben tener en cuenta:

- s Orientación y consejería.
- s Crear un ambiente favorable de comunicación entre el personal de salud y la usuaria.
- s Identificar en la usuaria los factores de riesgo para el cáncer del cuello del útero.
- / Informar de las medidas preventivas del cáncer cervicouterino.

- s Invitación a la prueba de Papanicolaou.
- s Consentimiento informado de la usuaria.
- s Disponibilidad de insumos y equipo necesario.
- S Capacidad técnica del prestador del servicio.
- s Calidez en la prestación del servicio.⁽¹¹⁾

Atención y entrevista de la usuaria.

Es conveniente atender a la usuaria en presencia de otra persona, siempre con cortesía y pleno respeto.

Se le debe informar que el procedimiento es sencillo, dura solo unos minutos y que no tiene riesgos; así mismo, realizar el interrogativo, registrar la información en la hoja de solicitud y reporte de resultados de citología cervical, con precisión y claridad, siguiendo el instructivo para su llenado; y mencionarle la importancia de acudir a la entrega de resultados y el cumplimiento de las indicaciones que se le den.

(26)

Preparación del material y equipo.

Antes de atender a la usuaria, verificar el material y equipo que se utilizara, constatando que este completo y esterilizado, o desinfectado en caso de no, disponer de un autoclave.^)

Rotulo de la laminilla.

Rotular antes de tomar la muestra, apoyándose en una superficie plana y fija, tomar el lápiz con fuerza y deslizado para marcar firme y claramente en el tercio superior de la laminilla las iniciales del nombre y apellidos de la usuaria y la fecha.

Antes de extender la muestra, verificar que la laminilla este libre de polvo, grasa u otro material a un cuando en ese momento se aya extraído de su caja; sí es el caso, limpiarlo. (22)

Colocación de la usuaria.

Una vez preparada la usuaria invitarla a subir a la mesa de exploración y auxiliarla para adoptar la posición ginecológica.

En el caso de no disponer de ese mueble, puede usarse una mesa o una cama. Recostar a la usuaria cerca de la rodilla, haciendo que flexione ambas piernas con las rodillas y los talones juntos, acercándolas a los glúteos y en seguida separar las rodillas para exponer la región genital.⁽¹⁷⁾

Usar un campo o sabana limpia para cubrirla de preferencia las rodillas y enfocar la fuente de luz en el área genital.

Colocación de guantes.

Colocarse los guantes en ambas manos y mantenerlos hasta retirar el espejo y evitar el exceso de talco, cuidando que no caiga sobre la laminilla. ⁽⁴⁾

Valoración ginecológica.

Se inicia por inspección de los genitales externos buscando lesiones microscópicas como; prolapso uterino, tumores, huellas de rascado y flujo, posteriormente anotar los datos observados en la hoja de solicitud el resultado de la citología cervical. ⁽ⁿ⁾

Colocación del espejo vaginal.

Se debe de evitar el empleo de lubricantes, aceites y jalea previa a la colocación del espejo, ya que ocasiona que las células se cubran por una capa, lo que impide la interpretación citológica.

Toma el espejo estéril o desinfectado, colocarlo en la palma de la mano con las valvas cerradas, entre los dedos índice y medio. El cuerpo del espejo se sujeta con los dedos anular y meñique.

Con los dedos índice y pulgar separa los labios menores y visualizar el estivulo vaginal.

Con las valvas cerradas, introducir suavemente el espejo formando un ángulo de 45 grados o en forma vertical 90 grados con relación al piso de la vagina. En ese momento se pide a la usuaria que puje, avanzando a la vez el espejo hasta el tercio medio de la vagina, girarlo presionando la palanca que abre la valva superior con el dedo pulgar de la mano que sostiene el espejo; para abrir las valvas introducirlo un poco mas hasta localizar el cervix sin lastimarlo, ya localizado, se fijan las valvas para que no se deslicen.

Al observar el cuello uterino debe hacerse la búsqueda intencionada de lesiones como laceraciones o desgarros ocurridos en el parto y algunas irregularidades provocadas por procesos patológicos; cuando presenta inflamación en el cuello uterino se torna rojo violáceo, y sangra ocasionalmente con el roce del espejo vaginal en infecciones crónicas con edema; en la formación de quistes glandulares se observa una deformación del cuello uterino y alargamiento en el prolapso acentuado.(18)

Es importante mencionar que antes de la toma de la muestra, no se debe realizar exploración por palpación de la vagina y el cuello uterino. (3)

TÉCNICA PARA LA TOMA DE LA MUESTRA.

Toma con la espátula de ayre.

La muestra del cuello uterino con la espátula de ayre se realiza tomando una muestra suficiente de endocervix y otra de exocervix. (26)

Toma endocervical.

- S Tomar la espátula de ayre por la parte media (cuerpo) con lo dedos índice, medio y pulgar.
- s Introducir la espátula por la parte en forma cónica el orificio del canal cervical, hacer una ligera presión deslizándola y girando a la izquierda 360°. Retírala para extender el producto en forma inmediata en la laminilla.
- S Esta técnica en particular puede sufrir modificaciones de acuerdo a las variaciones que adopta el cuello uterino, que esta a sido examinado y de la localización déla zona de transformación.(4)

Toma exocervical.

- V Introducir la espátula de ayre y colocarla en el orificio cervical. Girar a la derecha 360° haciendo una ligera presión para obtener muestra de todo el epitelio exocervical.
- V Prestar atención especial y recorrer el perímetro del orificio cervical cuando presenta forma irregular.(20)

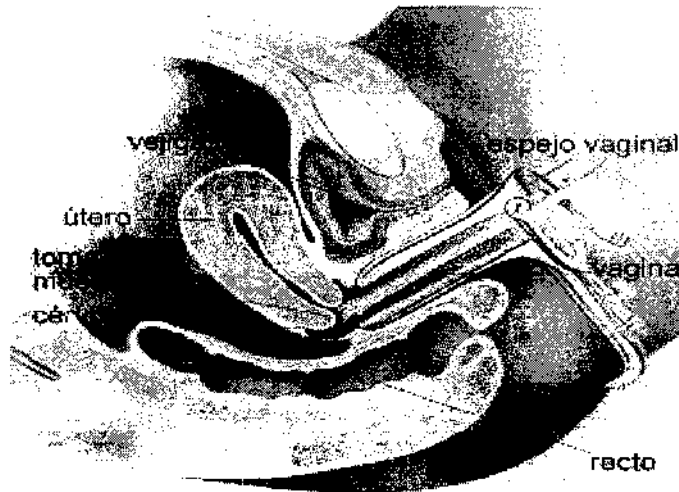
Toma con cepillo endocervical o isopo.

La toma con cepillo endocervical o con hisopo de algodón no absorbente esta indicada para tomar muestras en mujeres menopáusicas o posmenopáusicas y adolescentes, se debe tener cuidado en abarcar la zona de transformación. Se introduce el cepillo o hisopo con suavidad en el orificio cervical realizando un giro a la derecha y se retira para el extendido.

Usando el cepillo endocervical o hisopo se deben tomar en cuenta la técnica descrita y considerar que si la muestra es tomada de la zona de transformación, la muestra será satisfactoria; si la zona de transformación esta reducida o extensamente vertida, la calidad de la muestra será dudosa; cuando la zona de transformación se encuentra retraída hacia el canal endocervical, la calidad de la muestra será insatisfactoria.(5)

Si la paciente esta isterectomizada, se procederá a tomar una muestra del fondo del saco vaginal o cúpula, con el lado bifurcado de la espátula. <i>Fig (6).

Fig. (6). Papanicolaou.



Fuente.Oncología Clínica, Patología Especial. N. González Barón, A. Ordóñez, J. Feliu. E. Espinosa. Mac Graw Hill Interamericana 2ª Edición. APG 329-339.

Técnica de extendido.

El extender la muestra obtenida de forma correcta, es fundamental para alcanzar la máxima eficacia de la citología cervical.

Al retirar la espátula de Ayre con el producto del endocervix depositar la muestra en el tercio medio de la laminilla, próximo a las iniciales del nombre de la paciente, nombre edad y fecha, con un movimiento de forma circular, del centro a la periferia, o bien extender la muestra de manera longitudinal de forma continua uniforme, en

monocapa, evitando el exceso, la manipulación del producto y abarcar un diámetro de 1.5 a 2 cm en el extendido.⁽³⁾

Enseguida se deposita el producto de la toma del exocervix, extendiéndola en el tercio distal de la laminilla, de la misma forma que la anterior.

El extendido con el cepillo endocervical o con el hisopo, habitualmente se realiza en forma lineal, apoyando estos instrumentos sobre la laminilla en la porción cercana al rotulado y con un movimiento de rodamiento deslizarlo sobre la superficie de forma amplia y uniforme hasta aproximarse al extremo de la laminilla.⁽⁶⁾

TÉCNICA DE FIJACIÓN.

La fijación debe ser inmediata, para evitar las alteraciones que experimentan las células por el efecto del metabolismo en que entran estas al sacarlas de su medio ambiente, debido a las enzimas que se activan automáticamente. <4)

Si usa citospray, aplicarlo directamente a una distancia de 15 a 25 cm de la laminilla. Regular la presión del atomizador con un lapso de 2 segundos y en una sola dirección.

Tener la precaución de verificar previamente el buen funcionamiento del atomizador, ya que en ocasiones expulsa su contenido en forma de grumos o exceso.

Si utiliza el alcohol de 96°, bañar la laminilla con torunda o gotero en cantidad suficiente para cubrirla. Dejar secar en forma espontánea unos minutos.

Otra forma es utilizando un frasco conteniendo dos terceras partes de alcohol etílico al 96%, donde se colocan en su interior las laminillas por 15 minutos, al extraerlas, dejarlas secar al medio ambiente, en este caso, cuando el alcohol ha sido utilizado en repetidas ocasiones, deberá ser filtrado, ya que puede haber contaminación de las siguientes laminillas con residuos flotantes y ocasionar diagnósticos erróneos. (n)

CONCLUSIÓN DE LA TOMA DE LA MUESTRA.

- s Retira el espejo, aflojar el tornillo que fijo las valvas, pidiendo a la usuaria que puje, y retirarlo lentamente revisando las paredes vaginales y observando si hay lesiones, informar y mostrar el espejo a la usuaria para evitar que se atribuya su presencia al procedimiento.
- S Ayudar a la usuaria a bajar de la mesa.
- S Depositar el espejo en agua con jabón para posteriormente lavarlo, desinfectarlo o esterilizarlo.
- s Anotar los hallazgos clínicos en el formato de solicitud y verificar su llenado completo.(17)
- s Otorgar tratamiento y consejería a la usuaria en el caso de presentar signos y síntomas características de alguna patología benigna al momento de la toma y/ o referencia a la clínica de displacías en presencia de alguna lesión características de malignidad.
- s Indicar a la paciente la fecha de entrega de resultados y registrar en el expediente y la cartilla nacional de salud de la mujer, instrumento que facilita el seguimiento de su estado de salud y promueve el auto cuidado. (27)

Muestra satisfactoria.

La muestra satisfactoria son aquellas que cubren los siguientes requisitos:

- S Hoja de solicitud y resultados de la citología cervical debidamente registradas.
- S Laminilla correcta etiquetada o rotulada: información clínica relevante.
- s Numero de células escamosas bien conservadas que puedan verse fácilmente y que cubran más del 10% de la superficie de la laminilla.
- s Presencia de células del endocervix o de la zona de transformación (cervix).(U)

Muestra satisfactoria pero limitada.

- s Hoja de solicitud y reporte de resultados parcialmente requisitada.

- S Falta de datos clínicos.
- </ Muestra parcialmente obscurecida por sangre, áreas gruesas, pobre fijación, artefacto de desecación, contaminantes que imposibilitan ver el 50 o 70% de las células epiteliales.
- s Ausencia de células endocervicales.(is)

Muestra no satisfactoria o inadecuada.

- s Falta de información de la paciente, laminilla que esta fragmentada y no puede ser reparada.(19)
- s Escasas o insuficientes células epiteliales escamosas, cubriendo menos del 10% de la superficie de la laminilla.
- S Sangre, muestra gruesa en la laminilla, pobre fijación, secado al aire sin fijar, contaminantes, que imposibilitan la interpretación.
- S Muestra que cubre datos de identificación.
- S Si se detectan células anormales, las muestras nunca deberán clasificarse como inadecuadas, debiendo ser consideradas satisfactoriamente pero inadecuadas.(11)

Transportación de la muestra.

Colocar la laminilla con la muestra en una cartera, bolsa de papel, plástico o envolverla con papel estraza y engraparla a la hoja de solicitud y reporte de resultados en la parte superior izquierda de la misma, no usar tela adhesiva ni diurex para pegarla.(26)

La muestra deberá enviarse con una periodicidad no mayor de 15 días utilizando alguna de las siguientes estrategias:

- S Traslado de las muestras y recolección de resultados por personal de la unidad.
- s Recolección de los materiales y muestras así como la entrega de resultados a las unidades de salud.

s Entrega de resultados a las usuarias en un plazo no mayor de 30 días.(i7)

Entrega de resultados.

Los resultados de los estudios deberán informarse a todas las mujeres que se hayan sometido a la detección; la comunicación será por escrito con una interpretación de los resultados, si es analfabeta la información se la proporcionara en forma verbal por un prestador de servicio y por escrito.

Cuando el resultado sea anormal, las enfermeras o promotores de las unidades de salud deberán localizar a las mujeres con citología positiva o anormales, para citarlas a la unidad de salud e informarlas de los resultados, la fecha de su cita en la clínica de displacidas e informar y orientar a la paciente cuales son los pasos a seguir para su tratamiento oportuno.(3)

TÉCNICA DE PAPANICOLAOU EN BASE LIQUIDA.

¿Que es el papanicolaou?

En una prueba que consiste en hacer un raspado en la superficie del cuello del útero por medio de un cepillo, obteniéndose una muestra de las células que serán analizadas en el laboratorio para detectar células anormales.

¿Qué detecta el papanicolaou?

El Papanicolaou es una prueba para detectar cambios celulares precancerosos que podrían convertirse en cáncer cervical, durante los últimos 50 años ha ayudado a reducir las muertes por cáncer cervical, si se detecta en una fase temprana el tratamiento ofrece mayores posibilidades de tener éxito.

El cáncer cervical es uno de los mas comunes canceres reportados anualmente a nivel mundial. Aunque el cáncer cervical es curable si es detectado a tiempo, se estima que una de cada tres mujeres diagnosticadas mueren por este tipo de cáncer.

¿Desde cuando existe esta prueba?

Desde la introducción del papanicolaou (PAP) en 1940 se ha reducido la mortalidad en los Estados Unidos por cáncer cervical aproximadamente en 70%. Hoy en día aproximadamente se realizan anualmente la prueba del papanicolaou 50 millones de mujeres. No obstante los rangos de mortalidad de USA por esta enfermedad evitable permanecen constantes por años.

Los factores que contribuyen a que esto ocurra incluyen las limitaciones del papanicolaou que se ha venido realizando desde sus inicios, debido a la calidad de la muestra que se obtiene y a la sensibilidad de la prueba para detectar células anormales en etapas tempranas, ya que al recolectarla solo una pequeña porción es transferida para su estudio el resto (80%) es desechado en el utensilio de recolección.

¿Cuál es la nueva tecnología?

Un Papanicolaou más eficaz y seguro.

El papanicolaou en base líquida Thin prep. Es un método más efectivo ya que implica un proceso diferente, porque virtualmente se obtiene el 100% de la muestra debido a que las células del cuello de útero son depositadas en un frasco con una solución especial, el cual es enviado al laboratorio donde una máquina separa las células cervicales del resto de material de la muestra, obteniendo una imagen más clara haciendo un diagnóstico mucho más efectivo que el método convencional.

Este método ha sido reconocido como uno de los adelantos más significativos en la detección de cáncer del cuello uterino desde su implantación del examen de papanicolaou hace más de 50 años.

En estudios clínicos, se comprobó que el examen Thin prep aumentó la detección temprana de células precancerosas en un 65 % por encima de la muestra de papanicolaou. Esto se logra con una muestra más clara lo cual nos da como resultado un diagnóstico más preciso y oportuno.

¿Qué es un frotis de Pap o Frotis Cervical?

El frotis comprueba de Pap es una prueba de selección que se ha mostrado ser eficaz en la detección temprana de cambios asociados al cáncer cervical o de células con el potencial de diferenciarse eventualmente en células cancerígenas. Se inventó hace 50 años y se ha utilizado sin cambios desde entonces.

¿Por qué debo someterme a una prueba de Pap?

Someterse a la prueba de Pap a intervalos regulares ayuda a prevenir el cáncer del cuello uterino. Usted puede presentar estos cambios celulares sin haber experimentado síntomas o dolor. De no recibir tratamiento, incluso los pequeños cambios celulares en su cuello uterino tiene el potencial de convertirse en cáncer.

Sometiéndose regularmente a la prueba del Pap, usted está contribuyendo activamente a su propio bienestar.

¿Cómo se hace la prueba del Pap?

La persona que realiza el pap, que puede ser un medico o una enfermera, toma la muestra celular de su cuello uterino mediante un suave raspado, y extiende sobre un porta objetos de cristal (frotis) que envía a un laboratorio para su estudio microscopio.

¿Se puede mejorar el frotis de Pap?

Si, al depositar la muestra cervical sobre el porta objetos de cristal, las células se amontonan y solapan en capas desiguales, lo cual dificulta la evaluación de cada una de ellas. Además, los estudios han demostrado la posibilidad de que la mayor parte del material celular no llegue a transferirse al porta objetos y que se descarte junto al dispositivo con el que se tomo la muestra.

En que se diferencia el Thin prep. Pap Test es más eficaz.

Las células se siguen recogiendo de la misma forma, sin producir molestias adicionales. Ahora, en vez de extender las células sobre un porta objetos de cristal, el medico introducirá las células en un envase que contiene una solución preservativa. Este procedimiento asegura que las células se liberen más fácilmente en el líquido y que se capturen prácticamente todas.

¿Existen pruebas de que el Thin Pre Pap Test es más eficaz?

El Thin Pre Pap Test se desarrollo con el fin de superar muchos de los obstáculos inherentes que se asocian con los frotis de Pap. Estudios realizados en todo el mundo han de mostrado que el Thin Pre Pap Test es mas preciso que el frotis cervical convencional.

¿Que sucede si los resultados de mi prueba resultan anormales?

Que los resultados de la prueba no sean normales, no significa que usted tenga cáncer, frecuentemente están causados por la existencia de inflamación o infección en su cuello uterino o vagina. Si los resultados obtenidos son anormales, su medico o enfermera le explicaran los resultados y cual sera el siguiente paso.

Una ventaja definitiva del papanicolaou es:

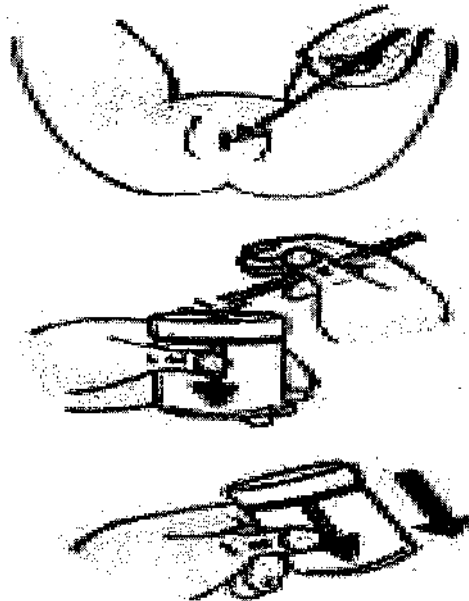
- La tinción es igual, pero la calidad de su lectura es muy superior en toda la variedad de lesiones cervicales y de poblaciones.
- Incrementa en un 59.7% la detección de lesiones intraepiteliales de alto y bajo grado, comparativamente hablando con el papanicolaou tradicional.
- La calidad de las laminillas por su preparación es significativamente mejor para su lectura y su diagnóstico apropiado, disminuyendo tanto falsas positivas como falsas negativas.
- Absoluta capacidad de detección del VPH en la misma muestra por técnicas de biología molecular, que por ser tecnología de punta, determina también la actividad viral.
- Técnica aprobada para usarse con escobilla, cepillo endocervical o espátula de plástico.

PROTOCOLO PARA EL USO DEL DISPOSITIVO TIPO ESCOBILLA.

- > Obtenga una muestra del cuello del útero utilizando un dispositivo tipo escobilla.
- > Introduzca las cerdas centrales de la escobilla en el interior del canal endocervical con una profundidad suficiente como para permitir que las cerdas más cortas entren en pleno contacto con el cervix. Presione suavemente y rote cinco veces la escobilla en sentido horario.
- > Enjuague la escobilla lo más rápidamente posible en el vial de solución PreservCyt presionándola 10 veces en el fondo del vial para que las cerdas se separen. Luego, gire la escobilla enérgicamente para liberar el resto del material. Deseche el dispositivo de recolección.
- > Ajuste la tapa hasta que la marca en la tapa pase la marca en el vial.
- > Registre en nombre completo de la paciente y el número de identificación en el vial.

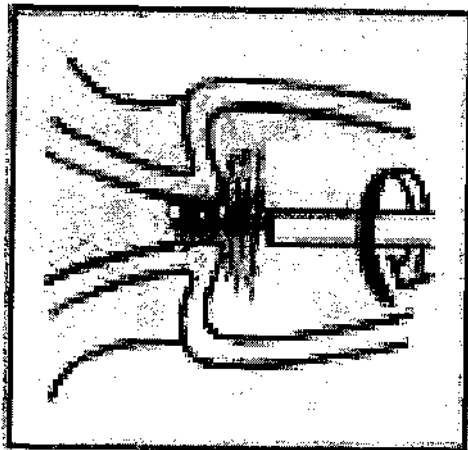
- > Coloque el vial y la solicitud en un sobre para muestra para llevar al laboratorio. Fig. (7)

Fig. (7). USO DEL DISPOSITIVO TIPO ESCOBILLA



Fuente. Laboratorio Medico Linfolab. SA DE CV. 2006

Fig. (8) USO DE LA ESCOBILLA / ESPÁTULA ENDOCERVICAL



Fuente. Laboratorio Medico Linfolab. SA DE CV. 2006

Obtenga una muestra del ectocervix usando una espátula de plástico y / o madera.

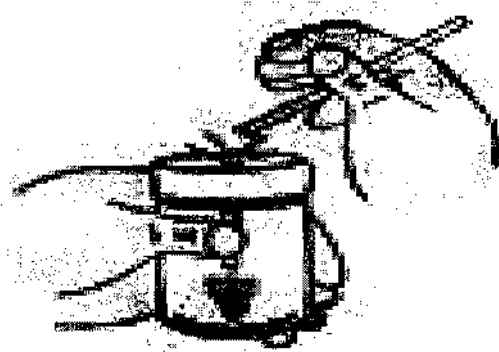
- > Enjuague la espátula lo más rápidamente posible en el vial de solución PresevCyt, haciéndola girar energéticamente 10 veces. Deseche la espátula.

- > Obtenga una muestra apropiada del endocervix utilizando un dispositivo de escobilla endocervical.

- > Introduzca la escobilla en el cuello uterino hasta que solo las fibras de la base queden expuestas. Rote lentamente un cuarto o un medio giro en un sentido, no rote en exceso.

- > Enjuague la escobilla lo rápidamente posible en la solución PreservCyt haciendo girar el dispositivo en la solución 10 veces mientras presiona contra las paredes del vial PreservCyt. Gire la escobilla energéticamente para liberar el resto del material. Fig (9).

Fig. (9) lavado de la escobilla.



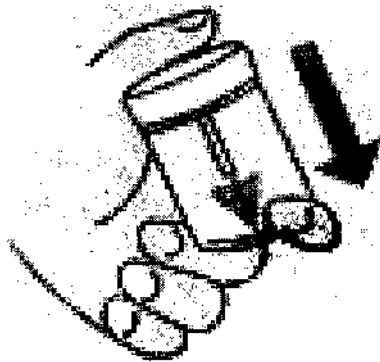
- > Ajuste la tapa hasta que la marca en la tapa pase la marca en el vial.

Fig. (10). Ajustar la tapa.



Fuente. Laboratorio Medico Linfolab. SA DE CV. 2006

- Registre el nombre completo de la paciente y el número de identificación en el vial, la información de la paciente y la historia clínica en el formulario de solicitud de citología.
- Coloque el vial y la solicitud en un sobre para muestras para llevar al laboratorio. A temperatura ambiente, la muestra es viable por 15 días. Si el tiempo entre la colecta y la llegada al laboratorio va a ser mayor, entonces se recomienda mantenerlo en refrigeración entre 2 a 8 °C.(16)



Fuente. Laboratorio Medico Linfolab. SA DE CV. 2006

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON CÁNCER CERVICOUTERINO.

CUIDADOS EN LA CONSULTA DE LA PACIENTE.

A Toma de signos vitales.

- * Prepararla psicológicamente para la prueba de papanicolaou.
- ¡* Prepararla para la toma correcta de la muestra citologica.
- *fc Informarle la fecha en la que debe regresar a consulta para conocer sus resultados de papanicolaou.
- * Recordarle la importancia de recoger oportunamente los resultados del papanicolaou.
- * Insistir en los cuidados preventivos en el hogar sobre higiene, alimentación, actividad sexual, evitar hábitos de adicciones. (4)

CUIDADOS A LA PACIENTE CON CÁNCER CERVICOUTERINO.

4t Atención y preparación psicológica sobre su enfermedad y estadios de esta.

- * Informar claramente sobre su tratamiento y la importancia de ser constantes sus consultas.
- #### £ Orientar en el tratamiento externo en caso de haber sido indicado por el medico.
- * Dar seguimiento al tratamiento de la paciente.
 - * En caso de radioterapia, prepararla para que siga las indicaciones, e informarle de las reacciones adversas y su disminución.

CUIDADOS PALIATIVOS.

- * La enfermera debe estar bien informada y conocer la historia natural de cáncer cervicouterino para el cuidado y anticipación a las necesidades de las pacientes.
- #### <4 Enseñar a la familia como realizar los cuidados de calidad y calidez sobre alimentación, en la debilidad y fatiga de la paciente, ayudarle a caminar y en sus necesidades fisiológicas.

- * Elaborar horarios para la administración de medicamentos y uso de analgésicos indicados por el medico.
- 4* Trasladar a la paciente al hospital en caso de presentar nauseas y vómitos, diarreas incontenibles o sangrado vaginal.
- «i El personal de enfermería debe realizar visitas domiciliarias periódicamente en su comunidad para detectar mujeres en vida reproductiva. Es importante explicar la toma de papanicolaou, fomentarla como medida preventiva y otorgar la información necesaria para su aplicación. ⁽³⁾

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En México, dentro de los padecimientos oncológicos, el cáncer cervicouterino ocupa el tercer lugar de mortalidad. La participación de enfermería en la atención de la comunidad es de suma importancia para la prevención del cáncer cervicouterino.⁽¹⁾ Esta enfermedad tiene un tratamiento aceptable en etapa presintomática, ya que si se detecta con oportunidad, se afecta su curso y pronóstico, para reducir la mortalidad de esta neoplasia; se ha demostrado la efectividad del diagnóstico temprano con la prueba de detección que es el "papanicolaou" esta fue desarrollada e introducida ampliamente en 1940, hasta ahora es aplicada como la principal prueba de tamizaje.¹¹⁾ Debido a que en el centro de salud de San Miguel canoa del estado de Puebla, acuden a realizarse la prueba del papanicolaou 60 pacientes al mes lo que equivale al 8.5% de consulta externa, a fin de enfrentarse de tan grave problema surge la siguiente pregunta.

¿Cuál es la atención de enfermería en la prevención de cáncer cervicouterino en mujeres con edad fértil, que asisten al centro de salud de San Miguel canoa, en el periodo de Agosto 2006 a Mayo 2007?

6. JUSTIFICACIÓN.

El cáncer cervicouterino es una enfermedad que ocupa el quinto lugar en mortalidad a nivel mundial, dentro de los padecimientos oncológicos. Es vulnerable de ser diagnosticada en etapa pre invasora a través de la prueba del papanicolaou. (i)

Dada su elevada frecuencia, en México se convierte en un problema de salud, y, los tumores malignos en la mujer, se encuentran en el primer lugar de incidencia.

Este tumor afecta particularmente al grupo de mujeres entre los 25 años y 64 años de edad, se han establecidos como factores de riesgo; la actividad sexual temprana, múltiples parejas sexuales, multiparidad, inmunodeficiencia y tabaquismo. El uso de anticonceptivos orales se relaciona con el incremento en la incidencia de esta enfermedad.

Será importante lograr una participación activa de la comunidad. En la solución de este problema de salud, lo cual se lograra mediante la enseñanza para identificar sus riesgos y complicaciones. (4)

7. HIPÓTESIS.

Existe atención de enfermería en pacientes con cáncer cervico uterino en el Centro de Salud de San Miguel Canoa, en el periodo de Agosto 2006 a Mayo 2007.

8. OBJETIVOS.

A). OBJETIVO GENERAL.

Contribuir al mejoramiento de la salud de las pacientes con cáncer cervicouterino del Centro de salud de San Miguel Canoa mediante la participación de recursos humanos de enfermería, orientación y educación a través de la promoción e investigación.

B). OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Establecer una atención de enfermería en pacientes con cáncer cervico uterino.
2. Evaluar el trato de la atención de enfermería.
3. Valorar la relación de los antecedentes gineco-obstétricos de las pacientes que asistieron a la toma de su papanicolau, con la presencia de CACU.
4. Identificar el perfil personal de las pacientes que asistieron a la toma de papanicolau.

9. METODOLOGÍA.

A). INTRODUCCIÓN.

El presente trabajo de investigación se realizó en el centro de salud de San Miguel Canoa de Agosto 2006 a Marzo 2007.

Con una población de pacientes que padecen cáncer cervicouterino integrados a un grupo de ayuda mutua, incluye 7 variables, de las cuales existen 5 variables cualitativas y 2 variables cuantitativas. El tipo de estudio es transversal, descriptivo, observacional y prolectivo.

a) DISEÑO DE ESTUDIO.

Por el objetivo es; descriptivo.

Por la temporalidad es; transversal

Por la intervención es; observacional.

Por la obtención de datos es; prolectivo

Por la direccionalidad es; efecto causa.

Por la interpretación es; descriptivo.

B) UNIVERSO de trabajo.

B1 UNIVERSO; mujeres que presentan cáncer cervicouterino detectados en la comunidad de san miguel canoa. <

B) TAMAÑO DE MUESTRA. Convencional y dirigido $N = X$ $N = 7$.

B3 criterios: inclusión; mujeres con cáncer cervicouterino detectados en la Comunidad de San Miguel Canoa.

Exclusión; mujeres que no presentan cáncer cervicouterino una vez tomado el control de Papanicolaou.

Eliminación; mujeres de san miguel canoa que actualmente padecen cáncer cervicouterino, que emigraron a otras Entidades.

B). SELECCIÓN DE LA POBLACIÓN.

Mujeres que acuden a consulta externa en el Centro de Salud de San Miguel Canoa; que se practican la prueba de papanicolaou y resulten positivos.

C). SELECCIÓN Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLE.

NOMBRE	TIPO	ESCALA	MEDICION.
EDAD	CUANTITATIVA	DISCRETA	NUMEROS
EDO. CIVIL	CUALITATIVA	NOMINAL	CASADA, SOLTERA
ESCOLARIDAD	CUANTITATIVA	ORDINAL	GRADOS
RELIGIÓN	CUALITATIVA	NOMINAL	CATOLICA U OTRAS
CONOCIMIENTO DE CACU	CUALITATIVA	ORDINAL	SI, NO
ANTECEDENTES FAMILIARES.	CUALITATIVA	ORDINAL	SI, NO
PREVENCION	CUALITATIVA	ORDINAL	SI, NO

Fuente. Cedula de recolección de datos.

D). MÉTODO DE OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

Esta basada en la toma de papanicolaou; a través del censo, revisión y entrevista

E). TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.

Entrevista a mujeres con CACU que acuden al Centro de Salud de san Miguel Car a la toma de papanicolaou.

F) MANEJO Y ANÁLISIS DE DATOS.

Para el manejo y análisis de datos se utilizo el método de paloteo.

10. ORGANIZACIÓN.

A). RECURSOS HUMANOS;

- Mtra. G Josefina Pérez. Gutiérrez
- Dr. Juan Carlos Mancilla Mendieta
- Rubicelia Sánchez Martínez.

B). RECURSOS MATERIALES.

- Hojas blancas.
- Computadora.
- Material de escritorio.
- Revistas.
- Libros.

C). RECURSOS FINANCIEROS.

- Aportados por la tesista.

D) PROGRAMA DE TRABAJO

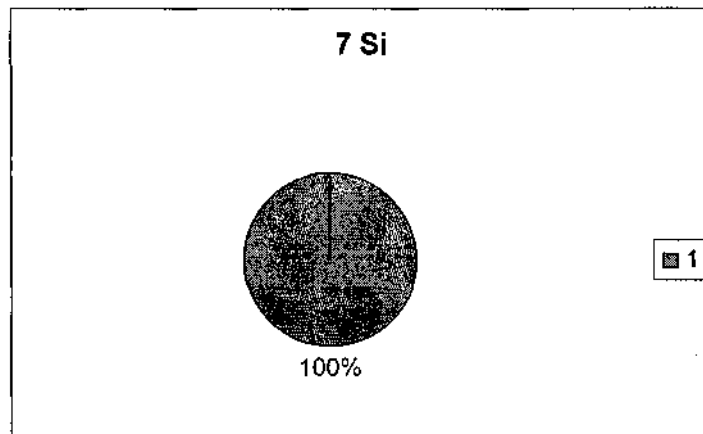
ACTIVIDADES	Agosto	Sep	Oct.	Nov	Dic	Enero	Feb	Marzo	Abril	Mayo
PROTOCOLO	x	x								
RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN			x	x	x					
SELECCIÓN DE INFORMACIÓN.						x	x			
PROCESAR INFORMACIÓN							x	x		
REDACCIÓN DEL DOCUMENTO									x	x
TESIS										x

11. APECTOS ÉTICOS.

El presente trabajo de investigación no presenta ningún daño al paciente, familia y comunidad solo será llenado de cuestionario que no afectara su integridad social física y emocional.

12. RESULTADOS.

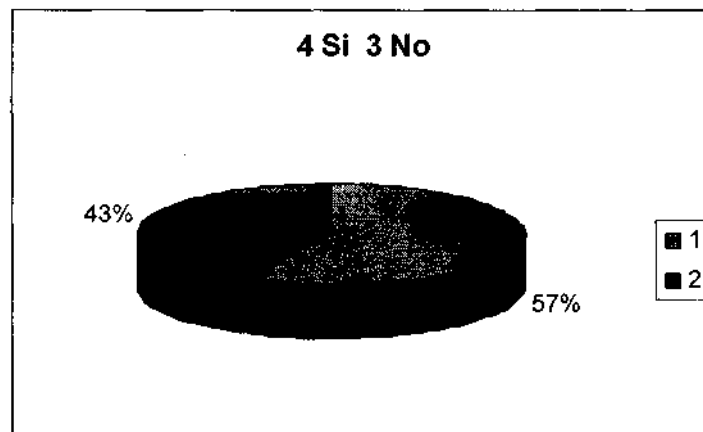
GRÁFICA 1. EDAD.



Fuente: Centro de Salud san Miguel Canoa.

Los resultados obtenidos en la gráfica 1 son; el 100% tiene entre 25 y 64 años de edad por lo cual es un factor de riesgo para padecer cáncer cervicouterino.

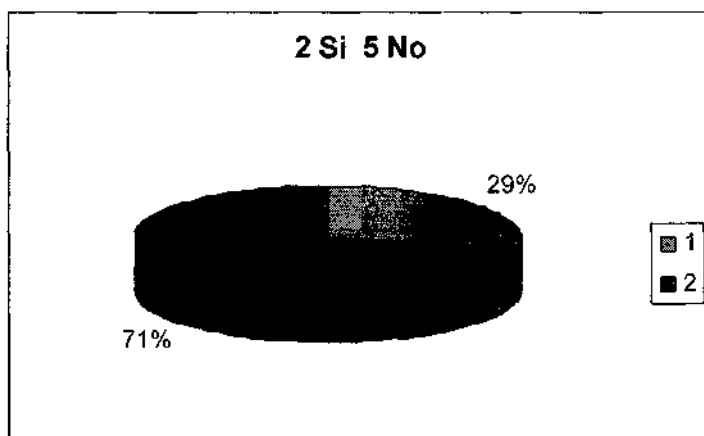
GRÁFICA 2. INFECCIONES FRECUENTES



Fuente: Centro de Salud san Miguel Canoa.

Gráfica 2. El 57 % presento infecciones, causadas por VPH y Clamidia, y el 43% no presento infecciones. La presencia de infecciones, es factor predisponente a Cáncer Cérvico uterino

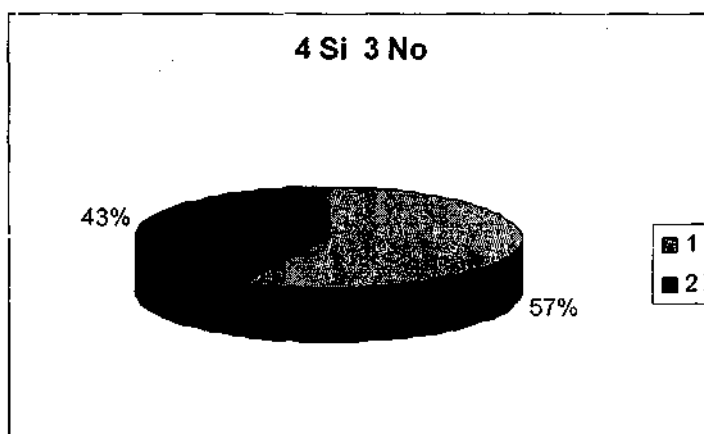
GRÁFICA 3. PAREJAS SEXUALES



Fuente: Centro de Salud san Miguel Canoa.

Gráfica 3. El 71% no ha tenido mas de una pareja sexual y el 29% si

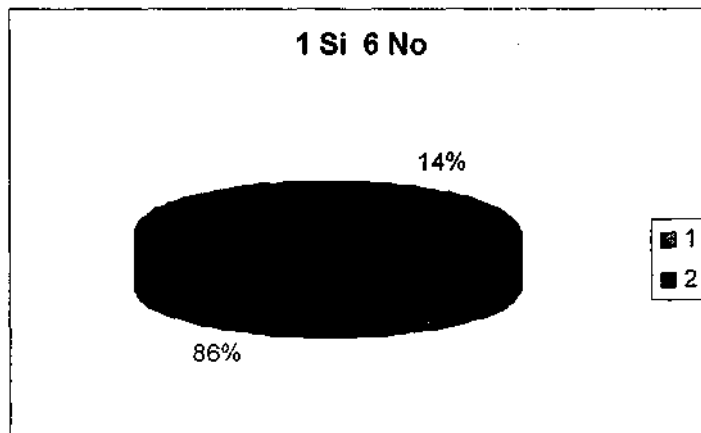
GRÁFICA 4. SEXUALIDAD.



Fuente: Centro de Salud san Miguel Canoa.

Gráfica 4. Del 100% de la población estudiada el 57% si empezó a tener relaciones sexuales antes de los 18 años y el 43% no.

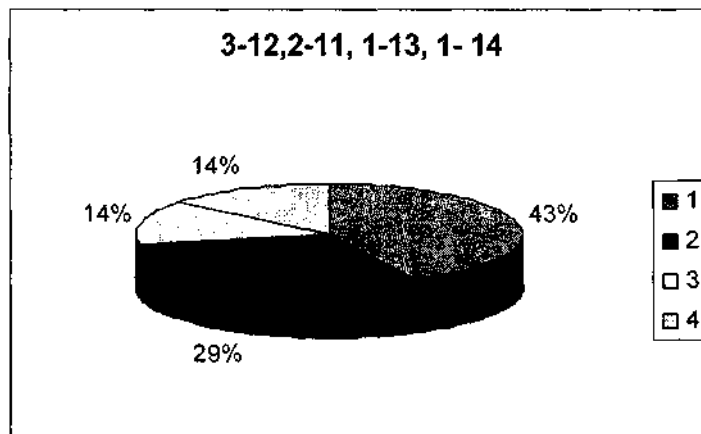
GRÁFICA 5. TABAQUISMO.



Fuente: Centro de Salud san Miguel Canoa.

Gráfica 5. El 80% no fuma y el 14% si.

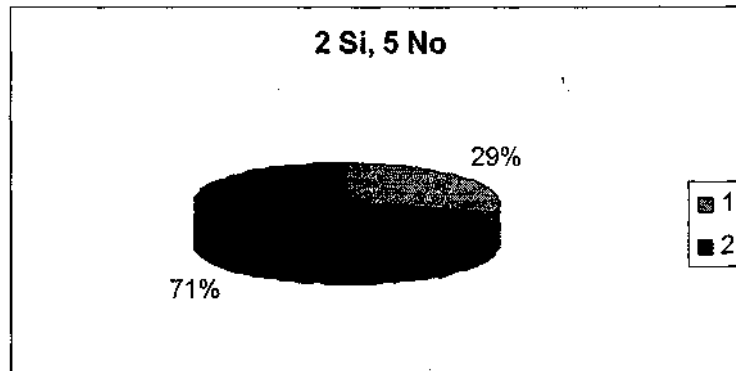
GRÁFICA 6. CICLO MENSTRUAL.



Fuente: Centro de Salud san Miguel Canoa.

Gráfica 6. El 43% inicio la menstruación a los 12 años, el 29% inicio a los 11 años, el 14% inicio a los 13 años y el 14% inicio a los 14 años.

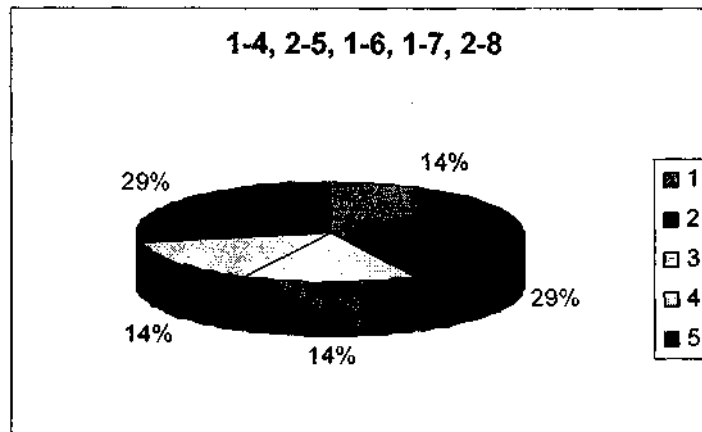
GRÁFICA. 7 ANTECEDENTES FAMILIARES.



Fuente: Centro de Salud san Miguel Canoa.

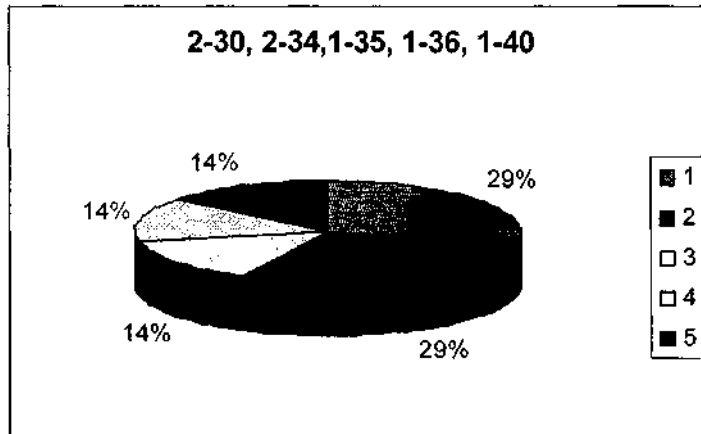
El 29% si tiene familiares que presentan cáncer y el 71% no tiene familiares que presenten cáncer.

GRÁFICA 8. NUMERO DE HIJOS.



Gráfica 8. El 14% tiene 4 hijos el 29% tiene 5 hijos, el 14% tiene 6 hijos, el 14% tiene 7 hijos y el 29% tiene 8 hijos.

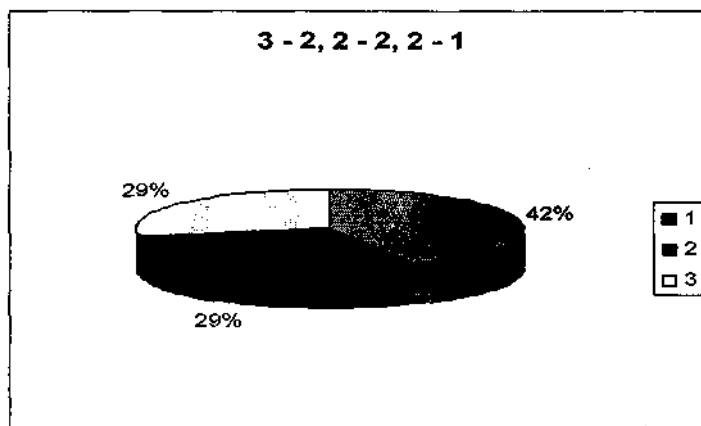
GRÁFICA 9. EDAD EN LA QUE NACIÓ SU ÚLTIMO HIJO



Fuente: Centro de Salud san Miguel Canoa.

Gráfica 9. El 29% su último hijo fue a los 30 años, el 29% a los 34 años, el 14% a los 35 años, el 14% a los 36 años y el 14% a los 40 años.

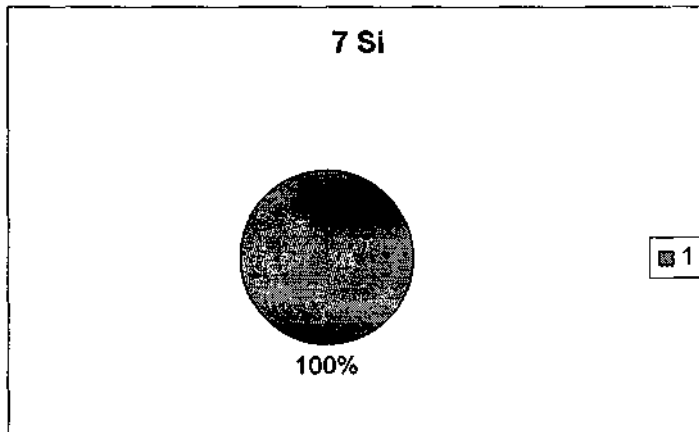
GRÁFICA 10. FRECUENCIA DE TOMA DE PAPANICOLAOU.



Fuente: Centro de Salud san Miguel Canoa.

Gráfica 10. El 42% se ha realizado el papanicolaou 2 veces, el 29% se lo ha realizado 1 vez.

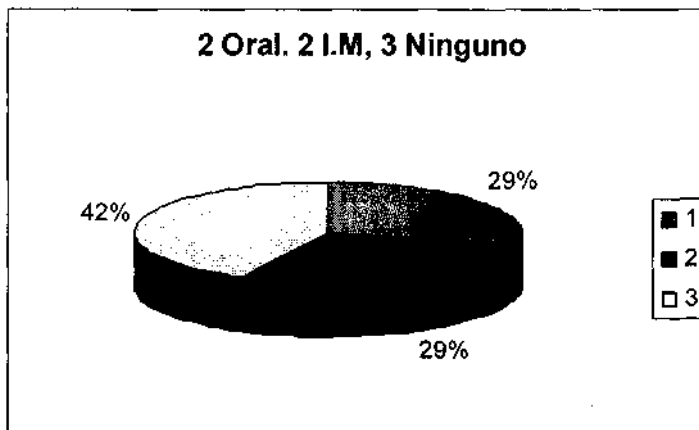
GRÁFICA 11. CONOCIMIENTOS DE CÁNCER CERVICOUTERINO.



Fuente: Centro de Salud san Miguel Canoa.

Gráfica 11. El 100% ha recibido información de cáncer Cérico uterino, por parte del personal de enfermería, en la clínica y en la comunidad

GRÁFICA 12. VÍA DE ADMINISTRACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.



Fuente: Centro de Salud san Miguel Canoa.

Gráfica 12. El 29% su vía de administración es oral, el 29% es intramuscular y el 42% no toma anticonceptivos.

13). DISCUSIÓN.

Se realizó un estudio descriptivo, observacional, transversal, longitudinal y protectivo. En la atención de enfermería en mujeres de edad fértil con cáncer cervicouterino que asisten al centro de salud de San Miguel Canoa, en el periodo de Agosto 2006 a Mayo 2007, este trabajo de investigación se realizó con el objetivo de mejorar la atención de enfermería.

En la investigación realizada se encontró que:

El 100% de mujeres se encuentran en el grupo de edad de 24 a 65 años, esto es un principal factor de riesgo para desarrollar cáncer cervicouterino. (Gráfica 1).

De las mujeres estudiadas en el centro de salud de San Miguel Canoa el 57% presentó infecciones vaginales frecuentes causadas por VPH y clamidia, y el 43% no presentó infecciones vaginales. (Gráfica 2)

El 71% de las mujeres estudiadas no ha tenido más de una pareja sexual y el 29% sí ha tenido más de una pareja sexual. (Gráfica 3).

Del 100% de la población estudiada el 57% inició su vida sexual activa antes de los 18 años de edad y el 43% no. (Gráfica 4)

El 80% de las mujeres estudiadas no fuman (Gráfica 5).

El 43% de la población estudiada inició la menstruación a los 12 años de edad, el 29% a los 13 años y el 14% de las mujeres hasta los 14 años. (Gráfica 6).

El 29% de la población estudiada tiene familiares que presentan o han presentado cáncer y el 71% no. (Gráfica 7).

El 14% de las mujeres estudiadas tienen 4 hijos, el 29% tiene 5 hijos, el 14% tiene 6 hijos, el 14% tiene 7 hijos y el 29% tiene 8 hijos, por lo cual es un factor importante para padecer cáncer cervicouterino. (Gráfica 8).

El 29% de la población estudiada su último hijo fue a los 30 años de edad, el 29% a los 34 años, el 14% a los 35 años, el 14% a los 36 años y el 14% tuvo su último hijo a los 40 años de edad. Considerado también como factor de riesgo (Gráfica 9).

De las mujeres estudiadas el 42% se ha realizado el papanicolaou dos veces, el 29% se lo ha realizado una vez por lo cual es un factor muy importante para el desarrollo de cáncer cervicouterino. (Gráfica 10).

El 100% de la población estudiada ha recibido información sobre cáncer cervicouterino, por parte del personal de enfermería, en la clínica y en la comunidad de San Miguel Canoa. (Gráfica 11).

El 29% de las mujeres han tomado anticonceptivos orales el 29% han sido administrados por vía intramuscular y el 42% no utiliza ningún método de planificación familiar. (Gráfica 12).

14). CONCLUSIONES.

El cáncer cervicouterino ha sido objeto de estudio por parte de diferentes instituciones debido a su importancia clínica, la cual esta determinada por la localización de las lesiones, la multiparidad y la edad. En México y el resto del mundo, el cáncer cervicouterino es la causa, mas frecuente de muerte en las mujeres.

En las siete pacientes identificadas en el trabajo de investigación con CaCu, que asistieron a la toma de papanicolau, se identifica que: El inicio de la vida sexual activa fue antes de los 18 años aunado a la multiparidad, son factores de riesgo, sin embargo, este grupo de pacientes, tienen en su mayoría una sola pareja sexual, no fuman, y no usan métodos anticonceptivos orales, mismos que en otros casos son factor de riesgo.

RECOMENDACIONES GENERALES PARA PREVENCIÓN DEL CÁNCER CERVICOUTERINO

Medidas de protección en la práctica de relaciones sexuales:

- > Abstinencia.
- > Mantener relaciones sexuales con una sola pareja.
- > Usar preservativo.
- > Toma de Papanicolaou, y que la población en general y en primer lugar los adolescentes conozcan los riesgos de enfermedades de transmisión sexual principalmente sobre el VPH como precursor importante para el cáncer cervicouterino.
- > Tener una buena alimentación.
- > Tener una buena higiene.
- > Un control riguroso, periódico, mediante el examen de Papanicolaou (al menos una vez al año o más frecuente si así lo indica su médico).
- > Las mujeres mayores de 30 años también es recomendable que se sometan a una prueba de la citología.
- > No fumar. El fumar aumenta el riesgo de que las lesiones provocadas por este virus evolucionen hacia cáncer, ya que se ha detectado en las secreciones vaginales de la mujeres que fuman, un alto contenido de nicotina que favorece la formación de cáncer el cuello del útero debido a que altera el sistema inmunológico y se incrementa el riesgo para la infección por VPH. (4)
- > Limitar el uso de anticonceptivos orales como método de planificación. Investigaciones médicas han demostrado que el uso de anticonceptivos orales, en forma continúa, por más de 5 años puede incrementar el riesgo de carcinoma cervical hasta 4 veces en mujeres infectadas por VPH. 5>
- > **Estimular el sistema inmunológico.**
- > Para ello es conveniente tener una alimentación muy sana y variada.
- > Aumentar el consumo de sustancias antioxidantes. Para ello debe comer mucha fruta y verdura: el tomate, de preferencia cocido es rico en un

antioxidante llamado licopeno; otros alimentos ricos en antioxidantes son las frutas y vegetales rojos y amarillos (ricos en beta carotenos).

- > Consumir mucha vitamina C natural presente en el jugo de naranja fresco, limón, tomate, kiwi, fresa.
- > Consumir alimentos ricos en fibra vegetal.
- > Evitar comer o comer raciones pequeñas de carne embutidas o enlatadas (jamones y similares) y reducir el consumo de carnes rojas.
- > Consumir alimentos ricos en ácido fólico. Algunas de las principales fuentes alimentarias de ácido fólico son los vegetales de hojas verdes (que se deben consumir crudas o poco cocidas), el hígado, los granos integrales, los cítricos, las nueces, las legumbres y la levadura de cerveza. También puede consumir el ácido fólico en tabletas. La dosis es de 400 microgramos diarios, para ello puede consumir media tableta de 1mg al día. (lo usual es conseguir tabletas de 1 mg.). (5)
- > Evitar el estrés dado que éste baja las defensas del organismo. Se pueden utilizar técnicas para ayudar a manejar el estrés tal como el yoga y la meditación.
- > Hacer ejercicio físico al menos 3 veces por semana (caminar, nadar, etc.). El ejercicio físico estimula el sistema inmunitario de su organismo. Si usted sufre de alguna enfermedad crónica, obesidad o tiene dudas sobre su salud antes de comenzar a hacer ejercicios consulte con su médico.
- > No consuma drogas ni alcohol dado que reducen las defensas de su organismo.
- > Duerma al menos ocho horas diarias. Si le quita el sueño a su organismo sus defensas bajan. (6)

15). REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Organización Panamericana de la Salud. El Control de las Enfermedades Transmisibles. Decimoséptima Edición. Washington, 2001.
2. Muñoz Nubia, Bosch Javier. Relación Causal entre el virus de papiloma humano y el cáncer cervicouterino y consecuencias para la prevención. Bol. Oficina Sanit Panamá 121 1999.
3. Manual de procedimientos para la toma de la muestra citologica cervical
4. Norma Oficial Mexicana Nom. 014 SSA. Prevención, detección, diagnostico, tratamiento, control y vigilancia Epidemiológica de Cáncer Cervicouterino.
5. Oncológica clínica, cáncer de cervix. A. Duque, P. Reche, E. Murillo. 2º Edición Mac Graw Hill. Interamericana 2000. Pág. 330-333.
6. Secretos de la Cirugía ¿QUE ES EL CÁNCER? De Albernathy, Alden H. Harken, M.D, Ernest E. Moore, M.D, Mac Graw Hill Interamericana 1998. Pag 231-232.
7. Moscicki, B. VPH y la Mujer Adolescente. En : HPV Today. 2004.
8. Herrero et al. Journal of Infectious Diseases. Epidemiologic Profile of Type-Specific Human Papillomavirus Infection and Cervical Neoplasia in Guanacaste, Costa Rica. Journal of Infectious Diseases 2005
9. Rivera R. et al. Epidemiología del Virus Papiloma Humano. Rev. Chil.Obstet. Ginecol 2002; 67(6): 501-506
10. Torrejón, R. Factores de Riesgo de Cáncer Uterino. Estrategias de Prevención. Salud Total de la Mujer 2002: 4(1):23-31
11. Cox, T. Guía Provisional sobre el Uso del Test de VPH en Combinación con la Citología en el Cribado Cervical Primario. En HPV Today, No 6 Abril 2005

12. US Food And Drug Administration

<http://www.fda.gov/womens/getthefacts/hpv.html>

13. Stoler. Mark. La prueba de detección del VPH. Si no ha sido validada clínicamente es peligrosa. HPV Today. N° 09. Agosto 2006.

14. Consenso Eurogin 2006 sobre la Prueba de Detección de ADN del VPH en el Cribado de Cáncer de Cuello Uterino: de la Evidencia a las Recomendaciones. HPV Today. N° 09. Agosto 2006

15. Muñoz, N. Et al. Epidemiologic Classification of Human Papillomavirus Types Associated with Cervical Cancer. The New England Journal of Medicine, 348:6, February 6, 2003

16 Thomas Cox. HPV Prevalence, Virology and Epidemiology.

http://www.baylorcme.org/hpv/presentations/cox/presentation_text.html

17. Oncología básica, Fisíopatología, Evaluación, Tratamiento de Cáncer Cervical. Griffiths, Margaret J. Ediciones científicas. La prensa Medica Mexicana . Pág. 438-447.

18. Oncología Clínica, Patología Especial. N. González Barón, A. Ordóñez, J. Feliu. E. Espinosa. Mac Graw Hill Interamericana 2° Edición. APG 329-339.

19. Laboratorio Medico Linfolab. SA DE CV. 2006

20. [www.http://geosalud.comA/PH/epivph.htm](http://www.geosalud.comA/PH/epivph.htm).

21. Ginecología, Lesiones preinvasoras del cuello uterino. Dra. Luz Maria Hinojosa García, Dr. José Luis López Obispo. Pág2003. 361-367.

22. Instituto Nacional de Cáncer de los Estados Unidos. cancerNet.en

<http://cancernet.nci.nih.gov>.

23. Oncología Ginecológica. H.M. Shingleton, W.C. Fowler JR. W.D Lawrence, Interamericana. 1999Pag 385-388.
24. Oncología. Tratamiento de lesiones preinvasoras del cuello uterino. Joseph. A. Jordán. M.D, Dwayne. M.D, Dr. Guillermo Flores 2004. Pag 42-48.
25. Patología quirúrgica. Seymou. I. Schwartz M.DG. Tom Shires M.D. Frank. C. Spencer. Edición la empresa medica mexicana. 2002 Pag 384-401.
26. Manual de ginecología. Benson Rolph. C. 6ª edición México. Editorial el manual moderno1999. Pág. 512-532.
27. Oncología clínica. Patología especial. Cáncer de cervix. M. Gonzáles Barón. A. Ordóñez J. P. Zamora2001. Pág. 329-331.
28. Oncología clínica. Cáncer de vagina. V. Guillen, E. García. ED. Mac-Graw Hill Interamericana 2ª Edición1998. Pág. 341-346.
29. Carcinoma oncológico. O. Granain, Walter H. Gajewski, Robert D. Lagare. 5ª Edición. Editorial Marban2001.
30. Quimioterapia del cáncer. Roland. T. Skeel, Richard. D. Rupert, Healthcenter. 5ª edición. Editorial Marban 1999. Pag. 295-297.
31. Ginecología, Terapéuticas de las enfermedades comunes. Dr John Fry, Dr Armando Soto, Dr Guillermo Anguiano. Ed. Manual moderno 2005. Pág. 262-265.
32. NOM. 313 proyectos de la investigación biomédica.

16). ANEXOS.

A). CUESTIONARIO.

Edad.

Estado civil.

Religión.

Escolaridad.

Conocimiento del cáncer cervicouterino.

1. ¿Tiene entre 25 y 64 años de edad?
2. ¿Presenta infecciones vaginales frecuentes?
3. ¿Ha tenido más de una pareja sexual?
4. ¿Cuántas?
5. ¿Empezó ha tener relaciones sexuales antes de los 18 años?
6. ¿Fuma o ha fumado?

Antecedentes familiares.

1. ¿A que edad inicio la menstruación?
2. ¿Alguno de sus familiares presenta o presento cáncer?
3. ¿Cuántos hijos tiene?
4. ¿A que edad fue su ultimo hijo?

Prevención del cáncer cervicouterino.

1. ¿Cuántas veces se ha realizado la prueba de papanicolaou?
2. ¿Ha recibido información de cáncer cervicouterino?
3. ¿Cuál es su vía de administración, Oral, IM, Locales?

B). GLOSARIO DE TÉRMINOS.

Condiloma Formación en forma de verruga, que ocupa la superficie de las mucosas genitales o rectales. Suele asociarse a la infección por un virus llamado VPH (Virus del Papiloma Humano).

Colposcopía Examen visual del cuello uterino mediante un instrumento óptico (colposcopio).

Neoplasia Término que denomina a un conjunto de enfermedades caracterizadas por el crecimiento anormal y descontrolado de un tejido.

Biopsia

Una biopsia implica la extirpación de tejido para evaluación médica.

Células Escamosas

Las células escamosas son células delgadas y planas que forman el revestimiento del cuello.

Intraepitelial

Intraepitelial se refiere a la capa de células que forma la superficie del cuello.

Hematuria Eliminación de sangre junto con la orina.

Metástasis diseminación de la enfermedad a otras partes del cuerpo.

Dismenorrea Períodos menstruales dolorosos.

Endometriosis Enfermedad ginecológica caracterizada por la presencia de mucosa endometrial, fuera de la cavidad uterina normal, con el consiguiente sangrado ciclo durante las distintas fases menstruales. Se manifiesta por Dismenorrea, y puede ser causa de infertilidad.

VPH. Virus del Papiloma Humano.

NIC. Neoplasia Intraepitelial Cervical.

PAP. Papanicolaou.

FDA. Food en Drug Administración