



LICENCIATURA EN ENFERMERIA.

TEMA:

VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

TRABAJO DE INVESTIGACION PREVIO A LA OBTENCION DE TITULO DE LA
LICENCIATURA EN ENFERMERIA.

PRESENTAN:

LUPITA MONTES DE OCA TRUJILLO.

MAURICIO ALEJANDRO GÓMEZ AGUILAR.

ASESOR: MARCOS JHODANY GALVEZ ARGUELLO.

ENERO-ABRIL 2021.

COMITAN DE DOMINGUEZ CHIAPAS, MEXICO.

“VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO”

Autorización de impresión

DEDICATORIA

A MI FAMILIA Y A DIOS.

A toda mi familia y personas que me rodean agradezco completamente la satisfacción de poder finalizar un sueño y una meta más, ya que han sido gran parte de la base de mi formación, cada uno de ustedes ha aportado grandes cosas a mi vida, momentos de alegría, respeto, apoyo así como de tristeza, me han ayudado a enfrentar una de las tareas más grandes así como la de encarar a la sociedad; les agradezco por todo, principalmente por ser los principales benefactores del desarrollo de este gran proyecto importante para mí.

Gracias Dios por permitirnos llegar a este punto, por ser parte de nuestra formación y crecimiento, por iluminarnos y bendecirnos día con día.

ÍNDICE

Introducción.....	1
Capítulo I	
1.1 Planteamiento del problema.....	3
1.2 Pregunta de investigación.....	5
1.3 Objetivos	6
1.3.1 General	
1.3.2 Específicos	
1.4 Justificación.....	7
Hipótesis.....	8
Metología.....	9
Capitulo II	
Evolución y origen	
Antecedentes	
históricos.....	11
Capitulo II	
Teoría y autores.	
Teoría del autocuidado.....	25
Capitulo IV	
Análisis e interpretación de resultados.....	61
Sugerencias.....	77
Conclusiones.....	80
Bibliografía.....	81

INTRODUCCIÓN

El cáncer cervicouterino, además por ser un problema para la salud pública debido al número de víctimas que produce año tras año, es un problema grave que afecta la salud de las mujeres en sus esferas afectivas, sociales y productivas deteriorando así su calidad de vida, esta tesis pretende ver la problemática sobre el cáncer cervicouterino y valorar los factores de riesgo asociada al cáncer cervicouterino y trabajar con una secuencia exploratoria para ver una problemática sobre esta patología en aras de identificar mujeres vulnerable de tener la enfermedad y poder actuar de manera temprana sobre su prevención y un tratamiento adecuado para las mujeres que padecen cáncer cervicouterino.

Esta tesis se indagara sobre la hipótesis, (EL CÁNCER CERVICUTERINO SI NO SE TRATA A TIEMPO INCREMENTARA LA TASA DE MORTALIDAD EN MUJERES), ya que con esta esta hipótesis severa la problemática del cáncer cervicouterino y evitar la tasa de mortalidad en las mujeres ya que si se recibe un tratamiento adecuado se disminuirá la muerte en mujeres de bajos recursos y la fomentación de talleres sobre esta patología y el debido diagnostico como es el cáncer cervicueterino, por considerar el cáncer cervicouterino un proceso continuo en el tiempo que se inicia con las lie de bajo grado, pasa por las de alto grado y posiblemente termine en cáncer invasor los factores de riesgo se analizaron para un conjunto de casos y controles, con el fin de aportar la orientación del programa de prevención del cáncer cervicouterino, se calculó la fracción y el riesgo atribuible poblacional para cada uno de las problemáticas del cáncer cervicouterino, inicialmente se estará abriendo un camino a la introducción de esta herramienta en la problemática del cáncer, finalmente el desarrollo de la tesis se hace por capítulos siguientes en el proceso de la investigación científica, entre los anexos se incluyen: las preguntas elaboradas.

CAPITULO I

1.1 PLANTEAMIENTO DE EL PROBLEMA

El cáncer cervicouterino es una causa común en las mujeres en las cuales la mayoría de ellas no se tratan, es una enfermedad de las células cancerosas (malignas) en los tejidos del cuello uterino, suele crecer lentamente un periodo de tiempo antes de que se encuentre las células cancerosas en el cuello uterino sus tejidos experimentan cambios y empieza a padecer células anormales es un proceso conocido como displacia.

hoy en día se vive una demanda que se va incrementando la tasa de mortalidad con el paso del tiempo no reduce las cifras esto debido a la falta de información, la falta de amor así mismo, económico y social, no es diagnosticado a tiempo porque es asintomático, cuando presenta los síntomas la enfermedad ya está avanzada por eso es importante realizar cada año la citología vaginal (Papanicolaou) pero la realidad es que la mayoría de las mujeres creen estar bien y eso hace probar que hay un índice de muerte en nuestra sociedad.

El cáncer de cuello uterino es el segundo cáncer más frecuente en las mujeres de todo el mundo con estimaciones de 493.000 nuevos casos y 274.000 fallecimientos en el año 2002. Cerca del 83% de los casos se producen en países en vías de desarrollo, donde el cáncer cervical representa el 15% de los cánceres femeninos. En España se produce una mortalidad de 700 casos/año.

El esfuerzo por eliminar el CCU empezó hace más de 50 años con la introducción de la prueba del Papanicolaou. El cribado basado en la citología ha reducido hasta un 75% la incidencia del CCU en los países que han podido implementar y sostener programas de cribado centralizados con control de calidad.

En junio de 2006, la Food and Drug Administration (FDA) de los Estados Unidos de América autorizó una vacuna tetravalente contra el VPH que protege tanto contra las lesiones precursoras del CCU como contra las lesiones genitales externas (condilomas y papilomas) causadas por los tipos VPH 6, 11, 16 y 18. Igualmente se presentó, en el mismo año una solicitud de autorización en Europa para una vacuna bivalente contra los VPHs 16 y 18. La autorización de las vacunas contra el VPH pueden considerarse un nuevo hito en la lucha contra el CCU. Ambas vacunas han recibido el apoyo de la OMS para su implementación en países desarrollados.

El gobierno desempeña un papel importante no sólo en la financiación directa de la vacunación sino también en la negociación de contratos con los fabricantes que permitan que se apliquen precios más económicos para las vacunas dispensadas en el sector público. El precio de las tres dosis de la vacuna cuadrivalente en EEUU es de 360 \$ (aproximadamente 288 eur) sin incluir costes de vacunación. Incluso después de instituir los programas de vacunación y lograr niveles de razonables de cobertura, no se podrá prescindir de los programas de cribado del cáncer de cuello uterino. Se desconoce si será necesario administrar dosis de recuerdo en el futuro; además, hay que seguir trabajando en los programas de salud sexual y reproductiva. Los estudios con vacunas de segunda generación están ya en una fase avanzada.

1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las características sociodemográficas y clínicas de los casos de cáncer cervicouterino del año 2017 al 2018 registrados en la población del barrio de santa Cecilia en la ciudad de comitan de Domínguez

OBJETIVOS

GENERAL

- Conocer las características sociodemográficas y clínicas de los casos de cáncer cervicouterino del año 2017 al 2018 registrados en la población del barrio de santa Cecilia en la ciudad de comitan de Domínguez

ESPECÍFICOS.

- Censar a las mujeres de distintos barrios para ver quienes no se realizan la prueba de citología vaginal (Papanicolaou) y darles información sobre ello
- Identificar los factores que limitan la confirmación del diagnóstico en pacientes con lesiones precursoras de Cáncer cervicouterino detectadas por las Brigadas
- Identificar los factores de los Servicios de Salud que limitan la confirmación del diagnóstico en pacientes con lesiones precursoras de Cáncer cérvicouterino
- Detectar los factores de la mujer que limitan la confirmación del diagnóstico en pacientes con lesiones precursoras de Cáncer cérvicouterino

JUSTIFICACIÓN

El grupo poblacional más afectado con respecto a este tipo de lesiones son las mujeres en edad reproductiva, por lo que es crucial que el tratamiento de estas lesiones con procedimientos más extensos sea cada vez más individualizado dado el incremento de complicaciones en el seguimiento posterior así como en futuros embarazos: Es por esto que surge la necesidad de conocer los factores predictivos de enfermedad residual en el cono central complementario y así individualizar la terapéutica.

HIPÓTESIS

H1 El vph es una enfermedad de alto riesgo para desarrollar el cáncer cervicouterino en la mayoría de las mujeres con vida sexual activa.

Ho El vph no es una enfermedad de alto riesgo para desarrollar el cáncer cervicouterino en la mayoría de las mujeres con vida sexual activa.

METODOLOGÍA

El estudio que se realizara es de tipo exploratorio cuyo objetivo es auxiliar y definir el problema, establecer la hipótesis y definir la metodología para formular un estudio de investigación definitivo. En este estudio se busca, indagar, reconocer; por lo tanto es un estudio exploratorio es la primera aproximación al fenómeno de parte personal.

El estudio exploratorio se realiza cuando no se tiene estudio previo sobre el problema a investigar, se recomienda cuando el investigador se enfrenta a un fenómeno poco conocido para él ,en él se buscan los hechos sin preocuparse por pedir las relaciones existentes , los estudios exploratorios permiten dar visión general del fenómeno, se realiza cuando el tema asido poco explorado y reconocido o cuando a un sobre él es más difícil formularla hipótesis precisa o de cierta generalidad, también suele surgir cuando aparece un nuevo fenómeno que por novedad, no admite todavía una descripción sistemática.

Son 50 mujeres del barrio santa Cecilia, en edades de 20 a 50 años, que tengan relaciones sexuales, que asistan en el centro de salud de Comitán de Domínguez Chiapas, los servicios básicos con los que cuentan son luz, agua potable, agua de pozo, fosa séptica, drenaje. Los electrodomésticos con los que cuenta son estufa, lavadora y refrigerador; en el electrodomésticos con modular y televisión. Se dedican la mayoría a labores del hogar, el salario o lo que perciben dependen de los ingresos su esposo, el nivel de estudios con los que cuenta son de primaria en su mayoría, tienen la aproximadamente entre 2-5 hijos los cuales en su mayoría estudian la primaria y la secundaria.

La técnica que se utilizara es el cuestionario y talleres: En la cual realización de las encuestas, se utilizara un cuestionario que permitirá obtener de manera sistemática y ordenada, información sobre las variables que intervienen en una investigación, esto sobre una población o muestra determinada, el cuestionario sigue y seguirá la técnica de investigación más utilizada como resultados de su fácil aplicación de la multitud de resultados que puede proporcionar.

El cuestionario consta de 10 preguntas cerradas referidas al problema de investigación (véase en el anexo), el instrumento se aplicara a 20 mujeres de cierta edad del barrio santa Cecilia respetando los criterios de mujeres que tengas relaciones sexuales y que asistan al centro de salud o no asista a ello.

Universo de estudio: barrio de santa Cecilia de comitan de Domínguez Chiapas.

Criterios de inclusión

- Mujeres de 20 a 50 años que vivan en el barrio de santa Cecilia.
- Mujeres de 20 a 50 años que vivan en el barrio de santa Cecilia y que se encuentren en su domicilio al momento del estudio.

Criterios de exclusión:

- Mujeres de 20 a 50 años que no se encuentren en su domicilio.
- Mujeres de 20 a 50 años que no quieran colaborar con el estudio.

CAPITULO II

Origen y evolución del tema

Antecedentes históricos:

El cáncer de cuello uterino o cervical, es un problema de salud mundial para todas las mujeres debido al alarmante número que ha sido víctima de esta enfermedad que además ha cobrado muchas vidas. Durante siglos, la causa del cáncer de cuello uterino era desconocida. No fue sino hasta el siglo XX que los científicos entendieron que la enfermedad era causada por la exposición al virus del papiloma humano (VPH).

Quien descubrió el cáncer cervicouterino:

El científico alemán Harald zur Hausen realizó un gran avance en la investigación del cáncer cervical, ya que descubrió el papel importante que posee el virus del papiloma humano (VPH) en su formación, razón por la cual obtuvo el Premio Nobel de Medicina en 2008. Asimismo contribuyeron los experimentos realizados en monos Rhesus por el ginecólogo español Enrique Aguirre Cabañas. Todo esto sentó las bases sobre las que después se harían las investigaciones sobre la vacuna contra el virus del papiloma humano en la que tuvieron un papel fundamental los doctores Ian Fraser y Jian Zhou (Organización Mundial de la Salud (2005)) Algo de las pruebas más tempranas del cáncer se encuentran entre tumores fosilizados del hueso en momias humanas en Egipto antiguo, y las referencias lo mismo se han encontrado en manuscritos antiguos. La destrucción Huesuda del cráneo como se ve en el cáncer de la carga y del cuello se ha encontrado, también.

Cuando se detectó:

Investigación para las ayudas del cáncer en la detección temprana. La primera prueba de cribado a ser ampliamente utilizada para el cáncer era el Examen de frotis. Fue desarrollada por George Papanicolaou como método de la investigación en la comprensión del ciclo menstrual. Él después observó que la prueba podría ayudar en encontrar el cáncer de cuello del útero temprano y presentó sus conclusiones en 1923. Era entonces que la Sociedad del Cáncer Americana (ACS) ascendió la prueba durante los años 60 tempranos e hizo ampliamente utilizada como herramienta de la investigación. Los métodos Modernos de la mamografía fueron desarrollados tarde en los años 60 y primero recomendados oficialmente para la investigación de cáncer de pecho por el ACS en 1976. (DRA. annaya mondal, febrero 2017).

Desarrollo de la prueba de Papanicolaou.

La búsqueda de gérmenes capaces de causar cáncer comenzó a finales del siglo XIX; y el día de San Valentín del año 1912, The New York Times dio cuenta del primer éxito en esa ardua cacería. En esa fecha, un titular, "Clue to Parasite as Cause of Cancer" describía un experimento llevado a cabo en pollos y realizado por el Dr. Peyton Rous, del Rockefeller Institute, en el que demostraba que prácticamente cualquier tipo de cáncer podía derivar de una infección. Pero, al mismo tiempo, fue prudente al achacar la responsabilidad del sarfdcoma observado en los pollos a un virus.

En un artículo fechado el 11 de enero de 1914, se citaba a sí mismo afirmando: "no existe ningún atributo diferencial que nos muestre la naturaleza del agente (causal); pero, consideradas en conjunto, sus características son las asociadas con un microorganismo" (no single attribute among those determined suffices to

show the nature of the agent; yet, taken together, its characters are those which we associate with micro-organisms).

El descubrimiento del Dr. Rous fue desdeñado durante los 75 años siguientes, hasta que se demostró que los cánceres humanos también podían ser causados por una infección vírica. Ya a finales de la década de 1960 se evidenció que las infecciones por herpes simplex 2 contribuían al desarrollo del cáncer cervical en humanos. No obstante, estos primeros indicios no se consideraron suficientes para establecer una relación causal inequívoca.

La aceptación definitiva entre infección vírica y cáncer no llegó hasta que se demostró una clara vinculación entre el cáncer cervical y la infección por el virus del papiloma humano.

El virus del papiloma humano apareció referenciado por primera vez en prensa no especializada en la edición de The New York Times del 12 de febrero de 1985. En el artículo se mencionaba que varios científicos, entre ellos el Dr. Harald zur Hausen, de la universidad de Heidelberg (entonces, República Federal de Alemania) habían establecido una indubitada relación entre virus del papiloma y cánceres genitales, sobre todo cánceres de cérvix y vulva. Por este trabajo, el Dr. Harald zur Hausen sería posteriormente galardonado con el Premio Nobel de Fisiología y Medicina en 2008 ex aequo con Françoise Barré-Sinoussi y Luc Montaigner, los dos últimos por su descubrimiento del virus de inmunodeficiencia humana . En el artículo (recordemos, de 1985) ya se hacía mención de la potencial utilidad que tendría una vacuna. Esta no llegaría hasta 20 años más tarde. (DOR. jome Manuel López tricas, septiembre 2011)

Quien utilizo la primera prueba de Papanicolaou.

George Nicholas Papanicolaou (1883-1962)

Papanicolaou nació el 13 de mayo de 1883 en Kymi, ciudad costera de la isla griega Euboea. Su padre, Nicolás Papanicolaou, era médico. Su madre se llamaba María Georgiou Kritsouta. Tenía tres hermanos: Athanase, Marie y Helen. Cuando contaba con cuatro años su familia se trasladó a Atenas. En 1898 comenzó los estudios de medicina en la Universidad de Atenas, que finalizó a la edad de 21 años. En octubre de 1904 se enroló en el ejército para hacer el servicio militar y fue admitido en la academia de reserva para oficiales siendo promovido a ayudante de cirujano.

Ni la carrera militar ni el ejercicio de la medicina le atraían demasiado. Marchó a Alemania para estudiar un posgrado de biología; estuvo en Jena con Ernst Haeckel (1834-1919), en Freiburg con August Weismann (1834-1914) y en Múnich con Richard Goldshmidt (1878-1958) en el Instituto de zoología que dirigía entonces Richard von Hertwig (1850-1937). En esta última ciudad obtuvo el doctorado con sus trabajos de investigación en zoología sobre la diferenciación sexual.

El 25 de septiembre de 1910 contrajo matrimonio con la hija de un oficial, María Mavroyeni, en contra de la opinión de su padre. Gracias a la influencia del coronel Mavroyeni consiguió un puesto en el centro de investigación de Mónaco. Participó como fisiólogo en una expedición oceanográfica en el Hierondelle 2, del príncipe Alberto I. Sus tareas se vieron interrumpidas por el fallecimiento de su madre y por la guerra de los Balcanes. En 1912 prestó servicio como médico de la Armada griega y fue promovido a teniente médico. Durante este tiempo pudo conocer a muchos griegos que habían emigrado a América.

Marchó a Estados Unidos. Llegó a Nueva York con su mujer el 19 de octubre de 1913 con unos pocos dólares en el bolsillo. Al principio tuvieron que ganarse la vida trabajando en los almacenes Gimbel. Para completar los ingresos Papanicolaou tocaba el violín por los restaurantes. Más tarde pudo ingresar en el periódico Atlantis como archivero. El zoólogo de la Universidad de Columbia, Thomas H. Morgan, que más tarde recibiría el premio nobel, conocía la tesis de Papanicolaou, lo que le supuso la contratación como asistente en el laboratorio de patología del New York Hospital. En 1914 fue transferido al departamento de anatomía de la Cornell University, donde pudo continuar sus estudios sobre la diferenciación sexual.

Su mujer era su asistente. Sin embargo, comenzó trabajando en los experimentos de Stockard sobre los efectos del vapor de alcohol en cobayas. Papanicolaou solicitó algunas cobayas para iniciar sus propios experimentos sobre el papel de los cromosomas X y Y. Tenía que sacrificar a muchas hembras ya que en ese momento era la única forma de determinar la ovulación. Pensó que podía recurrir al estudio de la descarga vaginal periódica y establecer una relación entre los patrones citológicos y los cambios en el ovario y útero. Junto con Stockard publicó sus hallazgos en el American Journal of Anatomy, en 1917, con el título "The existence of a typical o estros cycle in the guinea pigs – with a study of its histological an physiological changes".

Este trabajo le proporcionó popularidad y le fue ofrecido un cargo en Atenas, que rechazó. En 1920 trabajaba con el flujo vaginal humano que obtenía de la clínica ginecológica del Cornell Medical Collage y del Hospital de mujeres de la ciudad de Nueva York. En 1923 pudo aislar células cancerosas y entonces se centró en el tema buscando sistemáticamente este tipo de células. Aunque el hallazgo ya se había realizado con anterioridad, lo interesante de Papanicolaou es que supo

buscar una técnica para conservar las células con una fijación y tinción adecuadas. (José L. fresquet, 2005)

Referencia clásica.

Aunque el cáncer de la palabra no fuera utilizado, la más vieja descripción de la enfermedad es de Egipto y data de cerca de 3000 A.C. Se llama el Papiro de Edwin Smith y es una copia de la parte de un libro de texto Egipcio antiguo en cirugía del trauma. Describe 8 cajas de tumores o las úlceras del pecho que fueron tratadas por la cauterización con una herramienta llamada el simulacro de incendio. La descripción agrega que no hay tratamiento para la condición.

La enfermedad ha sido conocida desde la antigüedad. En el año 400 a.C, el médico griego Hipócrates escribió acerca de la enfermedad e incluso intentó tratar el cáncer con un procedimiento conocido como la traquelectomía, aunque se encontró con que nada erradicaba por completo el cáncer. Este procedimiento, fue utilizado más tarde por un breve período en la década de 1940, implica la extirpación del cuello uterino y la vinculación directa del canal vaginal hacia el útero. (Cuello uterino cáncer, 10 de marzo 2012)

Año en que se inició la primera citología vaginal.

La citología hormonal se inicia con Pouchet, médico y Profesor de Zoología del Museo de Historia Natural de Rouen, quien descubrió los cambios citológicos en material fresco de secreción vaginal de la mujer. Pero es realmente con Moraou que comienza el estudio de la citología vaginal hormonal. Este investigador present6 en 1899, a la sociedad de Citología de Paris, sus observaciones sobre los cambios cíclicos en la vagina de los roedores pequeños.

En 1916, George Papanicolaou y Stockard estudiaron los aspectos citomorfológicos del ciclo vaginal de los cobayos utilizando la técnica del frotis para predecir el momento de la ovulación de los cobayos y obtener óvulos en estado premitótico. Estos estudios se extendieron posteriormente a primates, que tienen un ciclo ovárico comparable al humano. En 1923 iniciaron un proyecto para el estudio del frotis vaginal de la mujer. Como resultado de estas investigaciones, Papanicolaou y colaboradores establecieron de manera definitiva la existencia de ciclos vaginales comparables al ciclo endometrial y que la exfoliación vaginal es un reflejo de los cambios histológicos del epitelio vaginal. Los resultados de estas investigaciones fueron publicados en 1933 en la monografía "The Sexual Cycle in the Human Female as Revealed by vaginal Smears". Con anterioridad, en 1920 había publicado un libro sobre el aspecto celular de la vagina durante el embarazo.

Posteriormente aparecieron numerosas publicaciones sobre citología hormonal, fruto de su trabajo y del de sus colaboradores. El uso de la técnica del extendido vaginal tuvo derivaciones trascendentales para la endocrinología ginecológica. Gracias a esa técnica, por ejemplo, fue posible el aislamiento de la hormona estrogénica por Allen y Doisy⁵ y la hormona del cuerpo lúteo. En el diagnóstico citológico del cáncer, una de las contribuciones básicas más importantes fue el reconocimiento del origen epitelial de los carcinomas de piel por Thiersch en 1865 y los de mama y útero por Waldeyer en 1867. Estos aportes permitieron el desarrollo de la citología diagnóstica clínica y la identificación de las lesiones precancerosas.

Uno de los primeros en utilizar la citología para el diagnóstico de las lesiones cancerosas fue Veale, quien en 1880 reconoció células malignas en un tumor

faríngeo⁶. Siguió luego numerosas publicaciones sobre diagnóstico citológico, sin que el método fuese aceptado en la clínica. En 1923, George Papanicolaou, quien desarrollaba un proyecto de investigación sobre el extendido vaginal en el Woman's Hospital de Nueva York, reconoció células anormales malignas de un cáncer cervical. Muy sorprendido por su observación, se dedicó al estudio de la citología en el cáncer ginecológico. (José L.fresquet, 2005)

Teorías erróneas de la causalidad.

Durante siglos, los médicos estaban confundidos en cuanto a la causa del cáncer cervical. La primera teoría saltó a la fama en 1842 en Florencia, cuando haciendo un estudio sobre las muertes por cáncer, el profesor Doménico Rigoni-Stern detectó una curiosa diferencia entre las monjas y las mujeres casadas de la localidad. Mientras las primeras tenían mayores tasas de cáncer de mama, las mujeres desposadas sufrían con más frecuencia el de cuello de uterino. No andaba lejos de la verdad el pionero italiano cuando se atrevió a aventurar la posibilidad de que el cáncer de cérvix tuviese algo que ver con las relaciones sexuales que mantenían las casadas y no las novicias.

De estas últimas, dijo, que eran víctimas a su vez de los apretados corsés que vestían debajo del hábito y a los que él culpaba de los tumores mamarios. En eso sí se equivocó. En 1950, los médicos estaban convencidos de que el cáncer de cuello uterino era causado por la circuncisión y la suciedad acumulada en el prepucio en los hombres y en los labios menores en las mujeres (esmegma). En 1970, la idea que prevalece en América y además el cáncer de cuello de uterino es relacionado con el herpes, idea que también resultó incorrecta.

Además de todas estas hipótesis surgieron otras como el bajo consumo de sal a través de los productos del cerdo que protegería a las mujeres judías, o incluso a un castigo divino contra la promiscuidad sexual. (Cuello uterino cáncer, 10 de marzo 2012)

Primeros avances:

Aunque la mayoría de los médicos estaban completamente en la oscuridad en cuanto a la comprensión del cáncer de cuello uterino, un médico tuvo un avance que provino de una fuente poco probable. En 1930, otro curioso hecho llamó la atención del doctor Richard Shope, de la Universidad de Rockefeller (EEUU). En una visita al campo con un amigo cazador, Shope oyó hablar por primera vez de las liebres con cuernos, una rareza que le puso sobre la pista de la relación de este cáncer con un virus.

Las astas que adornaban la cabeza de algunas liebres eran en realidad enormes verrugas causadas por un virus, tal y como pudo comprobar Shope después de molerlas, filtrarlas en una vajilla de porcelana y obtener minúsculas partículas con las que infectó a otros ejemplares sanos. Estas liebres sanas también desarrollaron la protuberancia en su cabeza tras el contagio y el experimento apuntaló la teoría vírica. Una idea que no volvió a retomar con éxito otro investigador hasta la década de los setenta.

Mientras tanto, y coincidiendo con la creación del Estado de Israel en la década de los cincuenta, los epidemiólogos se preguntaban por qué entre las mujeres judías había menos casos de cáncer de cuello de útero que entre las féminas de otras religiones. Y aunque al principio se pensó que la circuncisión de sus maridos lograba protegerlas, pronto se desechó la idea al comprobar que entre

las musulmanas, con maridos igualmente circuncidados, las tasas de cáncer eran mucho más elevadas. El factor religioso volvió a aparecer en esta historia de palos de ciego cuando se apuntó la posibilidad de que la abstinencia sexual durante la menstruación protegiese a las mujeres ortodoxas de este cáncer. Como ocurrió en el caso de las judías, poco a poco, el cerco de las sospechas sobre los posibles factores de riesgo fue cerrándose en torno a la pobreza y a la existencia de múltiples compañeros de cama. (Cuello uterino cáncer, 10 de marzo 2012)

Verrugas de vaca:

Harald Zur Hausen retomó la idea de los virus en 1970 a partir de los estudios con liebres, y en 1980 gracias a los avances en la tecnología del ADN, fue capaz de demostrar que el misterioso virus era el del PAPILOMA HUMANO, además de eso, logró aislar dos cepas de este virus, de las que hoy se sabe que están implicadas en el 70% de los tumores de cuello del útero. Con la causa del cáncer de cuello uterino finalmente entendió que se podía emprender la búsqueda de hallar mejores tratamientos y vacunas.

Sin embargo, pronto surgió un nuevo obstáculo en el camino hasta la vacuna: las verrugas genitales que sufrían las mujeres contenían muy poca cantidad del virus, insuficiente a todas luces para investigar. Para solventar este reto, un trío de investigadores de la Universidad de Rochester (EEUU) buscó ayuda en las vacas. Con la colaboración de veterinarios de la zona, William Bonnez y su equipo recogieron muestras de verrugas bovinas, que gracias a su tamaño similar a una naranja les permitió obtener suficiente cantidad del virus. Sin embargo, para que sus trabajos diesen frutos, los científicos se dieron cuenta que no era suficiente con las muestras bovinas del virus y aprendieron a cultivar la versión humana del papiloma en el laboratorio.

Para ello, y dirigidos por Robert Rose, de la misma universidad, infectaron muestras de prepucios desechados durante las operaciones de circuncisión con virus procedentes de verrugas genitales humanas. El injerto resultante fue trasplantado en ratones de laboratorio incapaces de rechazar el tejido extraño y, esta vez sí, los quistes resultantes contenían suficiente cantidad de papiloma virus de origen humano.

(Cuello uterino cáncer ,10 de marzo del 2012)

Una luz una esperanza

En el 2006, la vacuna Gardasil fue aprobada por los Estados Unidos, como factor de prevención del cáncer del cuello uterino. Esta vacuna es eficaz contra cuatro cepas del Virus del Papiloma Humano (VPH) diferentes. Dos de ellas, la 16 y la 18, son responsables del 70% de los tumores en el cuello uterino; mientras que los otros dos (de los tipos 6 y 11) causan el 90% de las verrugas genitales. La terapia requiere tres dosis de la vacuna en un plazo de seis meses, aunque existen aún dudas sobre cuánto tiempo dura su protección a largo plazo y si serán necesarias dosis de recuerdo a lo largo de los años.

En mayo de 2007, en Australia la vacuna Cervarix, recibió la aprobación para mujeres entre los 10 y 45 años. La vacuna está diseñada para prevenir únicamente la infección de las cepas 16 y 18 del Virus del Papiloma Humano, causantes de cerca del 70% de los casos de cáncer cervical relacionados con el Virus del Papiloma Humano. En la actualidad ambas vacunas están aprobadas en más de 110 países entre los que está incluido en Colombia. (Cuello uterino cáncer, 10 de marzo del 2012)

Entre décimo quinto y los siglos XVIII

Durante el principio de los científicos del siglo XV desarrolló la mayor comprensión de los funcionamientos del cuerpo humano y de sus procesos de la enfermedad.

Las Autopsias, hechas por Harvey (1628), llevaron a una comprensión de la circulación de la sangre a través del corazón y del cuerpo. Juan Morgagni de adua regularizó en 1761 autopsias para encontrar la causa de enfermedades. Esto descansó el asiento para el estudio del cáncer también. Era el Cazador Escocés de Juan del cirujano (1728–1793) que sugirió que algunos cánceres se pudieran curar por la cirugía. Era casi un siglo más adelante que el revelado de la anestesia incitó la cirugía regular para los cánceres “movibles” que no se habían extendido a otros órganos.(DRA. annaya mondal febrero 6,2017)

El siglo XIX

Rudolf Virchow, a menudo llamado el fundador de la patología celular, fundado la base para el estudio patológico de cánceres bajo el microscopio. Virchow correlacionó la patología microscópica a la enfermedad. Él también desarrolló el estudio de los tejidos que fueron sacados después de cirugía. El patólogo podría también informar al cirujano si la operación había quitado totalmente el cáncer. (DRA. annaya mondal febrero 6,2017)

Historia de las causas del cáncer

Ha habido teorías numerosas de causas del cáncer en edades. Por ejemplo, los egipcios antiguos culparon a Dioses por cánceres.

Hipócrates creyó que el cuerpo tenía 4 humores (fluidos corporales): sangre, flema, bilis amarilla, y bilis negra. Él sugirió que un desequilibrio de estos humores con un exceso de la bilis negra en diversos sitios del cuerpo podría causar el cáncer. Ésta era la teoría humoral.

Después de la teoría humoral vino la teoría de la linfa. Stahl y Hoffman teorizaron que el cáncer fue compuesto de la fermentación y de la linfa de la degeneración, variando en densidad, acidez, y alcalinidad. El Cazador de Juan, el cirujano Escocés a partir de los 1700s, estados de acuerdo que los tumores crecen de la linfa reléase/versión constante de sangre.

Zacutus Lusitani (1575–1642) y Nicholas Tulp (1593–1674), doctores en Holanda, concluyeron que el cáncer era contagioso. En el 17mo y los siglos XVIII, algunos creyeron que el cáncer era contagioso.

Era él 1838 que la Moleta Alemana de Juan del patólogo mostró a que el cáncer está compuesto de células bastante que la linfa. La Moleta propuso que las células cancerosas se convirtieran de los elementos de florecimiento (blastema) entre los tejidos normales.

Rudolph Virchow (1821–1902), sugerido que todas las células, incluyendo las células cancerosas, estén derivadas de otras células. Él propuso la teoría crónica de la irritación. Él creyó que cáncer para extenderse como un líquido. En los 1860s, el cirujano Alemán, Karl Thiersch, mostró que los cánceres se extienden por metástasis con la extensión de células malas y no a través de un líquido. El trauma de Útil 1920 era probablemente la causa de cánceres. (DRA. annaya mondal febrero 6,2017)

Primer tratamiento del cáncer cervicouterino:

Entre septiembre de 1999 a diciembre de 2002, 164 pacientes con el diagnóstico de cáncer cérvico uterino fueron derivados desde hospitales públicos de la IV y

V región al Servicio de Oncología del Hospital Carlos Van Burén. De los 164 pacientes se excluyeron 1 por ser recidiva, 2 por falta de datos en ficha clínica, 4 por ser cáncer de endometrio, 5 fallecidos antes de iniciar tratamiento, 14 por comorbilidad asociada (falla función renal, enfermedad concomitante) y 90 por ser otra etapa de la FIGO. Las fichas clínicas de las 48 pacientes con cáncer cérvico uterino estadio IIIB de la FIGO (22) fueron revisados retrospectivamente.

Los pacientes fueron inicialmente evaluados con examen físico y pelviano, hemograma, perfil bioquímico, función renal, radiografía de tórax y pielografía endovenosa. Cistoscopia y enema barritado se utilizaron dependiendo de la sintomatología del paciente. TAC de abdomen y pelvis se obtuvo en la mayoría de los pacientes. Se realizó etapificación en forma conjunta por médicos del Servicio de Oncología y del Servicio de Ginecología en reunión multidisciplinaria. Los casos fueron seguidos periódicamente por miembros del servicio de oncología del hospital Carlos Van Burén y médicos del hospital de origen por al menos 3 años o hasta el fallecimiento de la paciente.(jose solis,2007)

CAPITULO III

TEORÍA Y AUTORES

Teoría.

La teoría del autocuidado

El autocuidado es un concepto introducido por Dorothea E Orem en 1969, el autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.

Estableció la teoría del déficit de autocuidado como un modelo general compuesto por tres teorías relacionadas entre sí. La teoría del autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería, como un marco de referencia para la práctica, la educación y la gestión de la enfermería.

La teoría establece los requisitos de autocuidado, que además de ser un componente principal del modelo forma parte de la valoración del paciente, el término requisito es utilizado en la teoría y es definido como la actividad que el individuo debe realizar para cuidar de sí mismo, Dorotea E Orem propone a este respecto tres tipo de requisitos:

1. Requisito de autocuidado universal.
2. Requisito de autocuidado del desarrollo

3. Requisito de autocuidado de desviación de la salud.

Los requisitos de autocuidado de desviación de la salud, son la razón u objetivo de las acciones de autocuidado que realiza el paciente con incapacidad o enfermedad crónica.

Factores condicionantes básicos: son los factores internos o externos a los individuos que afectan a sus capacidades para ocuparse de su autocuidado. También afectan al tipo y cantidad de autocuidado requerido, se denominan factores condicionantes básicos Dorothea E. Orem en 1993 identifica diez variables agrupadas dentro de este concepto: edad, sexo ,estado redesarrollo estado de salud, orientación sociocultural, factores del sistema de cuidados de salud, factores del sistema familiar, patrón de vida ,factores ambientales, disponibilidad y adecuación de los recursos; pueden ser seleccionadas para los propósitos específicos de cada estudio en particular ya que de acuerdo a sus supuestos, deben estar relacionadas con el fenómeno de interés que se pretende investigar.

Salcedo-Álvarez y colaboradores plantean que el eje fundamental de la enfermería es identificar el déficit entre la capacidad potencial de autocuidado y las demandas de autocuidado de los pacientes. La meta es eliminar este, de tal forma que se cubran los requerimientos/necesidades universales del desarrollo y se limiten las desviaciones en la salud.

Según lo antes expuesto se puede asumir el autocuidado como la responsabilidad que tiene cada individuo para el fomento, conservación y cuidado de su propia salud.

Autores como Benavent, Ferrer plantean que la teoría de Dorothea E Orem "Déficit de autocuidado " es una de la más estudiada y validada en la práctica de enfermería por la amplia visión de la asistencia de salud en los diferentes contextos que se desempeña este profesional, ya que logra estructurar los sistemas de enfermería en relación con las necesidades de autocuidado.

Dorothea E Orem definió los siguientes conceptos meta paradigmáticos:

Persona: concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente.

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

Enfermería: servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por tanto es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

Aunque no lo define entorno como tal, lo reconoce como el conjunto de factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercerlo.

Miriam Paula Marcos Espino en su artículo expone la importancia de conocer por los enfermeros(as) estos conceptos pues, permiten definir los cuidados de enfermería con el fin de ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta.

Así mismo, coincidimos con las definiciones elaboradas por Dorothea E Orem pues la persona debe ser vista holísticamente desde el punto de vista biológico, psicológico y social.

La teoría del déficit de autocuidado.

La teoría general del déficit de autocuidado es una relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la acción de autocuidado de las propiedades humanas en las que las aptitudes desarrolladas para el autocuidado que constituyen la acción, no son operativas o adecuadas para conocer e identificar algunos o todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico existente o previsto.

Los seres humanos tienen gran capacidad de adaptarse a los cambios que se producen en sí mismo o en su entorno. Pero pueden darse una situación en que la demanda total que se le hace a un individuo exceda su capacidad para responder a ella. En esta situación, la persona puede requerir ayuda que puede proceder de muchas fuentes, incluyendo las intervenciones de familiares, amigos y profesionales de enfermería.

Dorothea E Orem usa la palabra agente de autocuidado para referirse a la persona que realmente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica. Cuando los individuos realizan su propio cuidado se les considera agentes de autocuidado.

La agencia de autocuidado es la capacidad de los individuos para participar en su propio cuidado. Los individuos que saben satisfacer sus propias necesidades de salud tienen una agencia de autocuidado desarrollada capaz de satisfacer sus necesidad de autocuidado. En otros, la agencia de autocuidado está aún desarrollándose, como en los niños. Otros individuos pueden tener una agencia de autocuidado desarrollada que no funciona. Por ejemplo cuando el temor y la ansiedad impiden la búsqueda de ayuda aunque la persona sepa que la necesita.

El cuidar de uno mismo: es el proceso de autocuidado se inicia con la toma de conciencia del propio estado de salud. Esta toma de conciencia requiere en si misma el pensamiento racional para aprovechar la experiencia personal, normas culturales y de conductas aprendidas, a fin de tomar una decisión sobre el estado de salud, en el cual debe de existir el deseo y el compromiso de continuar con el plan.

Limitaciones del cuidado: son las barreras o limitaciones para el autocuidado que son posible, cuando la persona carece de conocimientos suficientes sobre sí misma y quizás no tenga deseos de adquirirlos. Puede presentar dificultades para emitir juicios sobre su salud y saber cuándo es el momento de buscar ayuda y consejo de otros.

El aprendizaje del autocuidado: el aprendizaje del autocuidado y de su mantenimiento continuo son funciones humanas. Los requisitos centrales para el autocuidado con el aprendizaje y el uso del conocimiento para la realización de secuencias de acciones de autocuidado orientadas internas y externamente. Si una acción de autocuidado es interna o externa en su orientación puede determinarse mediante la observación, obteniendo datos subjetivos del agente de autocuidado o de ambas manera

Que es el cáncer cervicouterino

El cáncer cervicouterino es una alteración celular que se origina en el epitelio del cuello del útero y que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras de lento y progresivo evolución, estas se puede suceder en etapas de displacias leve, moderada o severo, y puede evolucionar a cáncer INSITU (arcuncrito a la superficie epitelial), y/o cáncer invasor cuando la lesión traspasa la membrana basal. (IMSS, 2017, WWW.IMSS.GOB.MX,2017). Dentro de esta problemática del cáncer cervicouterino, existen varios autores que aportan varios conceptos referentes a esta investigación.

El cáncer cervicouterino, también conocido como cáncer de cuello de la matriz, es un tumor maligno que inicia en el cuello de la matriz y es más frecuente en mujeres mayores de 30 años.(IMSS,16/O7/2015,WWW.IMSS.GOB.MX,20015).

En los estudios realizados por el IMSS muestran que el cáncer cervicouterino afecta principalmente en las mujeres mayores de 25 a 30 años en la cual es una alteración de las células cancerosas (malignas) es originado en el cuello del útero, cuando inicia el proceso de esta enfermedad originalmente es asintomático, sin embargo cuando ya es más severa muestra datos visibles en la exploración física y alteraciones en los periodos menstruales

Fisiopatología

Oncogénesis:

El cáncer epidermoide cervicouterino casi siempre se origina en la unión escamocolumnar a partir de una lesión displasia previa, que en la mayor parte de

los casos sigue a la infección con HPV (Bosch, 2002). Aunque la mayoría de las jóvenes elimina pronto este virus, aquellas con infección persistente pueden desarrollar enfermedad cervicouterina displasia preinvasora. En general, la progresión de displasia a cáncer invasor requiere varios años, pero existen variaciones amplias. Las alteraciones moleculares implicadas en la carcinogénesis cervicouterina son complejas y no se comprenden por completo. Ha sido difícil descubrir estos fenómenos moleculares comunes adicionales y los estudios demuestran una gran heterogeneidad.

Por consiguiente, se sospecha que la oncogénesis se debe a efectos interactivos entre agresiones ambientales, inmunidad del hospedador y variaciones genómicas en las células somáticas (Helt, 2002; Jones, 1997, 2006; Wentzensen, 2004). El virus del papiloma humano tiene una función importante en el desarrollo del cáncer cervicouterino. Hay más evidencia sugestiva de que las oncoproteínas de HPV pueden ser un componente crucial de la proliferación cancerosa continua (Mantovani, 1999; Munger, 2001). A diferencia de los serotipos de bajo riesgo, los serotipos oncógenos de HPV pueden integrarse en el genoma humano, Como resultado, con la infección, las proteínas de replicación temprana del HPV oncógeno, E1 y E2, permiten al virus replicarse dentro de las células del cuello uterino. Tales proteínas se expresan en concentraciones altas en etapas tempranas de la infección.

Pueden inducir cambios citológicos que se detectan como lesiones intraepiteliales escamosas de baja malignidad (low-grade squamous intraepithelial, LSIL) en las pruebas de Papanicolaou. Después puede haber amplificación de la replicación vírica y transformación subsiguiente de las células normales a células tumorales (Mantovani, 1999). En particular, los productos génicos oncoproteínas E6 y E7 están implicados en esta transformación, La proteína E7 se une con la proteína supresora tumoral de retinoblastoma (Rb),

mientras que E6 se une con la proteína supresora tumoral p53. En ambos casos, la unión conduce a la degradación de estas proteínas supresoras. El efecto de E6 en la degradación de p53 está bien estudiado y se vincula con la proliferación e inmortalización de las células cervicales (Jones, 1997, 2006; Mantovani, 1999; Munger, 2001). En el cuadro 30-2 se mencionan otros mecanismos de alteraciones genéticas y cambios moleculares que ocurren en las células precancerosas y cancerosas del cuello uterino. (Bárbara Hoffman, (2014,) pag.771-772).

Diseminación tumoral:

Después de la oncogénesis, el patrón de crecimiento local puede ser exofítico si el cáncer nace del ectocérvix, o endofítico si se origina en el conducto endocervical. Es más probable que las lesiones en la parte más baja del conducto y sobre el ectocérvix sean visibles durante la exploración física. Otra opción es que el crecimiento sea infiltrativo y en estos casos son frecuentes las lesiones ulcerativas si dicho crecimiento se acompaña de necrosis.

Diseminación linfática:

Grupos de ganglios linfáticos: El cuello uterino tiene una red abundante de linfáticos que siguen el trayecto de la arteria uterina. Estos conductos drenan sobre todo hacia los ganglios linfáticos para cervicales y parametriales. Por consiguiente, tales ganglios linfáticos son importantes en la clínica y se extirpan como parte de la resección parametrial durante la histerectomía radical. Los linfáticos que drenan el cuello uterino se denominan ganglios linfáticos para cervicales y se localizan en el punto donde el uréter cruza sobre la arteria uterina.

El segmento uterino inferior y el fondo drenan hacia los ganglios parametriales. Desde los ganglios parametriales y paracervicales, la linfa fluye luego hacia el grupo ganglionar obturador y a los ganglios linfáticos de la iliaca interna, externa y primitiva, y finalmente en los ganglios linfáticos para aórticos. En cambio, los vasos linfáticos de la parte posterior del cuello uterino pasan por los pilares rectales y los ligamentos uterosacros hacia los ganglios rectales. Dichos ganglios se identifican durante la histerectomía radical y se extirpan con los ligamentos uterosacros. El patrón de diseminación tumoral casi siempre sigue el drenaje linfático cervicouterino. Por tanto, a menudo hay compromiso de los linfáticos vinculados con los ligamentos cardinales y las estructuras parametriales anteriores y posteriores. Conforme las lesiones primarias crecen y el compromiso linfático avanza, la invasión local aumenta y al final se vuelve extensa.

De esta fisiopatología se derivan más enfermedades que contiene el cáncer cervicouterino en cómo se va desarrollando esta enfermedad en las mujeres.

Compromiso del espacio vascular y linfático:

Conforme el tumor invade planos más profundos del estroma, entra a los capilares sanguíneos y vasos linfáticos. Este tipo de crecimiento invasor se denomina compromiso del espacio vascular y linfático (LVSI, lymphovascular space involvement) y no se incluye en la estadificación clínica del cáncer cervicouterino. Sin embargo, su presencia se considera un indicador de mal pronóstico, sobre todo en los cánceres cervicouterinos en etapa temprana. Por tanto, la presencia de LVSI a menudo amerita el ajuste del procedimiento quirúrgico apropiado y radioterapia adyuvante.

Extensión tumoral local y distal.

A menudo se produce obstrucción uretral por la extensión de los parámetros hasta la pared lateral de la pelvis, resultando en hidronefrosis. Además, es posible que haya invasión vesical por extensión tumoral directa a través de los ligamentos vesicouterinos (soportes de la vejiga). Es menos frecuente la invasión del recto porque existe una separación anatómica con el cuello uterino por el fondo de saco posterior. La metástasis distante se produce por diseminación hematológica y los órganos afectados con mayor frecuencia son los pulmones, los ovarios, el hígado y el hueso. (Bárbara Hoffman, (2014,) pag.772-773).

Tipos histológicos

Cáncer epidermoide

Los dos subtipos más frecuentes de cáncer cervicouterino son el adenocarcinoma y el epidermoide. Este último es más predominante, comprende 75% de todos los cánceres cervicouterinos y se origina en el ectocérvix. En los últimos 30 años ha habido un descenso en la incidencia de cánceres epidermoides y aumento en la de adenocarcinomas cervicouterinos. Tales cambios se atribuyen a un mejor método de detección para lesiones escamosas tempranas del cuello uterino y al aumento en la prevalencia de HPV (Vizcaíno, 2000).

Los carcinomas escamosos se subdividen en carcinomas queratinizantes y no queratinizantes. Los primeros poseen perlas de queratina y nidos de epitelio escamoso neoplásico. Los carcinomas no queratinizantes tienen nidos redondos de células escamosas neoplásicas con queratinización individual, pero carecen de las perlas de queratina. El carcinoma escamoso papilar es una variedad rara que se asemeja al carcinoma vesical de células de transición.

Adenocarcinomas:

El grupo de los adenocarcinomas cervicouterinos se conforma con los subtipos listados. En cambio con el carcinoma epidermoide cervicouterino, los adenocarcinomas comprenden 20 a 25% de los cánceres de cuello uterino y se originan en las células glandulares endocervicales productoras de moco. Por su origen dentro del endocérvix, los adenocarcinomas a menudo permanecen ocultos y es posible que estén avanzados antes de que haya evidencia clínica de su presencia. Durante la exploración física a menudo confieren al cuello uterino forma de barril palpable.

Los adenocarcinomas exhiben diversos patrones histológicos formados por distintos tipos de células. De éstos, los más frecuentes son los adenocarcinomas mucinosos, los que se subdividen en endocervical, intestinal, con desviación mínima o vellosa-glandular,

Cuadro 30-3

Escamoso	adenocarcinoma	Carcinoma cervicouterino mixto	Tumores cervicouterinos neuroendocrinos	otros
Queratinizante	Mucinoso	Adenoescamoso	Neuroendocrino de células grandes	sarcomas
No queratinizante papilar	Endocervical Intestinal	Células vidriosas	Neuroendocrino de células pequeñas	linfoma

	Desviación mínima			
	Velloso-glandular Endometrioides			melanomas
	Serosos Células claras Mesonefrico			

La variedad mucinosa endocervical se asemeja al tejido endocervical normal, mientras que el tipo intestinal se asemeja a las células intestinales y algunas veces comprende células calciformes. El adenocarcinoma con desviación mínima, también conocido como adenoma maligno, se caracteriza por la presencia de glándulas lisas desde el punto de vista citológico con forma y tamaño anormales. Estos tumores contienen un mayor número de glándulas colocadas a mayor profundidad que las glándulas endocervicales normales. Los adenocarcinomas vellosos-glandulares están formados por papilas superficiales.

La porción superficial a menudo se asemeja a un adenoma velloso, mientras que la porción más profunda está formada por glándulas ramificadas y ausencia de desmoplasia. Los adenocarcinomas endometrioides son los segundos más frecuentes y exhiben glándulas que se asemejan al endometrio. El carcinoma seroso es idéntico al carcinoma seroso de ovarios o útero y es bastante raro. Los

adenocarcinomas de células claras corresponden a menos de 5% de los adenocarcinomas cervicouterinos y reciben su nombre por su citoplasma claro (Jaworski, 2009). En raras ocasiones surgen adenocarcinomas en los vestigios mesonéfricos del cuello uterino y se les denomina adenocarcinomas mesonéfricos. A menudo aparecen a los lados y son agresivos.

Carcinomas cervicales mixtos:

Estas neoplasias cervicouterinas malignas son raras. Los adenocarcinomas adenoescamosos no difieren mucho de los del cuello uterino. El componente escamoso está poco diferenciado y poco queratinizado. El carcinoma de células vidriosas describe una forma de carcinoma adenoescamoso poco diferenciado en el que las células tienen citoplasma con apariencia de vidrio molido y un núcleo prominente con nucléolos redondeados.

Tumores neuroendocrinos del cuello uterino:

Estas neoplasias malignas raras incluyen tumores de células grandes y células pequeñas del cuello uterino. Los tumores neuroendocrinos son muy agresivos e incluso los cánceres en etapa temprana tienen un índice relativamente bajo de supervivencia libre de enfermedad a pesar del tratamiento con histerectomía radical y quimioterapia adyuvante (Albores-Saavedra, 1997; Viswanathan, 2004). Los tumores neuroendocrinos de células grandes forman hojas trabe culadas o sólidas y las células miden entre tres y cinco veces más que los eritrocitos.

Por el contrario, el carcinoma neuroendocrino de células pequeñas contiene una población uniforme de células chicas con un alto índice núcleo: citoplasma y se parece al carcinoma de células pequeñas del pulmón. Con frecuencia se utilizan

los marcadores neuroendocrinos como cromogranina, sinaptofisina y CD56 para confirmar el diagnóstico. En pocas ocasiones, los tumores endocrinos y para endócrinos se relacionan con estas neoplasias neuroendocrinas.

Otros tumores malignos:

Raras veces, el cuello uterino es el sitio donde se desarrollan sarcomas, linfomas malignos y melanomas. La mayor parte de estos tumores se presenta como una masa cervicouterina hemorrágica. Al principio, la diferenciación de los sarcomas cervicouterinos de un sarcoma uterino primario requiere un estudio patológico cuidadoso y localización de la masa principal del tumor.

Los leiomiomas cervicouterinos y los sarcomas estromales cervicouterinos tienen un pronóstico muy malo, parecido al de los sarcomas uterinos. Como estos tumores son raros, las declaraciones sobre el tratamiento de los sarcomas cervicouterinos son limitadas. La mayor parte de los casos se trata con múltiples modalidades. Los melanomas a menudo se presentan como ganglios ulcerados de color azul o negro. Estos tumores tienen un pronóstico pobre. (Bárbara Hoffman, (2014,) pag.773-775).

En los estudios realizados por el libro de ginecología de William muestran que el cáncer cervicouterino, existen tipos histológicos de diferentes carcinomas que con tiene esta patología y como se desarrollan en sí, otros autores muestran más tipos de carcinomas que se muestran a continuación con sus diferentes puntos de vista.

Tipos histológicos

La organización mundial de la salud, reconoce dos tipos de histológicos principales de cáncer invasivo: carcinoma de células, que constituye cerca 75% de todos los casos y el adenocarcinoma que constituye cerca del 15-25% de todos los casos. Otros tipos de carcinoma como el carcinoma adenoescamoso, carcinoma adenoides quísticos y carcinoma metastático constituyen el restante 3-5% de casos.

Carcinoma de células escamosas del cérvix:

Estos a su vez clasificados a su vez en queratinizados o no queratinizados. Los carcinomas queratinizados pueden ser bien diferenciados o moderadamente diferenciados y están compuestos de grandes células tumorales. Los carcinomas no queratinizados (carcinomas pobremente diferenciados) puede ser de tipo de células grandes o de células pequeñas. Los cánceres verrucosos verdaderos del cérvix son raros.

Adenocarcinoma cervical:

Son menos frecuentes y a pesar de cada tipo es diferente histológicamente no es infrecuente que dos o más formas histológicas de adenocarcinomas encuentra en el mismo tumor. Típicamente surge del endocervix, pueden ser más difíciles de detectar por inspección visual de cérvix. El tipo de adenocarcinoma más frecuente encontrado en el cuello uterino es el adenocarcinoma mucinoso de tipo endocervical. Estos tumores pueden infiltrar de manera profunda hacia el estroma de cérvix. Además existen otras variantes histológicas que incluyen el carcinoma endometriode, villoglandular, mesonefricoserosos, tipo intestinal y en el anillo de sello.

Carcinoma adeno escamoso:

Consiste en un componente glandular maligno y un componente escamoso maligno, ocupando aproximadamente la tercera parte de los carcinomas cervicales con diferenciación glandular, es probablemente diferenciado, algunas veces se asocia a eosinofilia, de crecimiento rápido, con una diseminación regional temprana y un incremento riesgo de recurrencia después de la terapia quirúrgica o radioterapia.

Tumores neuroendocrinos del cérvix; se divide en tumores carcinoides típicos y atípicos , en carcinomas neuroendocrinos de células grandes o de células pequeñas no diferenciado .son similares a los que a parecen en pulmón en el tubo digestivo, los carcinomas de células pequeñas no diferenciados con histológicamente similares al carcinoma de células anaplasia del pulmón, estos tumores son agresivos , son metástasis a distancia , incluyendo huesos, piel y otros sitios, las metástasis cerebrales pueden ocurrir en la enfermedad avanzada, pero usualmente son precedidas por metástasis pulmonares.(DRA. Nelly chavaro vicuña,(2009),pag.65).

Signos y síntomas

Las mujeres con pre cánceres y cánceres de cuello uterino en etapa temprana usualmente no presentan síntomas. Los síntomas a menudo no comienzan hasta que un cáncer se torna invasivo y crece hacia el tejido adyacente. Cuando esto ocurre, los síntomas más comunes son:

- Sangrado vaginal anormal, tal como sangrado después del sexo vaginal, sangrado después de la menopausia, sangrado y manchado entre

periodos y periodos menstruales que duran más tiempo o con sangrado más profuso de lo usual. También puede ocurrir sangrado después de una ducha vaginal o después del examen pélvico.

- Una secreción vaginal inusual (la secreción puede contener algo de sangre y se puede presentar entre sus periodos o después de la menopausia).
- Dolor durante las relaciones sexuales.

Estas señales y síntomas también pueden ser causados por otras condiciones que no son cáncer de cuello uterino. Por ejemplo, una infección puede causar dolor o sangrado. Aun así, si usted tiene alguno de estos síntomas, es importante que vea a un médico de inmediato. Ignorar los síntomas puede permitir que el cáncer crezca a una etapa más avanzada y que se reduzcan sus probabilidades de un tratamiento eficaz.

Lo mejor es que no espere a que aparezcan los síntomas. Hágase las pruebas de detección del cáncer de cuello uterino con regularidad.

Diagnostico

Además del examen físico, se pueden utilizar las siguientes pruebas para diagnosticar el cáncer de cuello uterino:

- Examen pélvico. En este examen, el médico palpa el útero, la vagina, los ovarios, el cuello uterino, la vejiga y el recto para determinar si hay cambios inusuales. Por lo general, la prueba de Papanicolaou se realiza simultáneamente.

- Prueba de Papanicolaou. Durante una prueba de Papanicolaou, el médico raspa ligeramente la parte externa del cuello uterino y la vagina, y toma muestras de las células para su análisis.

Los métodos mejorados de pruebas de Papanicolaou han facilitado a los médicos la detección de células cancerosas. Las pruebas de Papanicolaou tradicionales pueden ser difíciles de leer, porque las células pueden haberse secado, estar cubiertas con moco o sangre, o estar aglutinadas en el portaobjetos.

La prueba de citología de base líquida, a menudo denominada ThinPrep o SurePath, transfiere una capa delgada de células sobre un portaobjetos después de retirar la sangre o moco de la muestra. La muestra se preserva, de modo que al mismo tiempo se pueden realizar otras pruebas, como la prueba de HPV.

En los exámenes de detección por computadora, con frecuencia denominados AutoPap o FocalPoint, se usa una computadora para explorar la muestra a fin de detectar la presencia de células anormales. Tipificación del HPV. Una prueba de HPV es similar a una prueba de Papanicolaou; es decir, se realiza con una muestra de células del cuello uterino de la paciente. El médico puede realizar una prueba de HPV al mismo tiempo que la prueba de Papanicolaou o después de que los resultados de la prueba de Papanicolaou muestren cambios anormales en el cuello uterino.

Determinadas cepas de HPV, como HPV-16 y HPV-18, se encuentran con más frecuencia en mujeres con cáncer de cuello uterino y pueden ayudar a confirmar un diagnóstico. Si el médico indica que la prueba de HPV arrojó un resultado “positivo”, esto significa que la prueba encontró la presencia de

HPV. Muchas mujeres tienen HPV, pero no tienen cáncer de cuello uterino, por lo que la prueba del HPV sola no es una prueba precisa para detectar el cáncer de cuello uterino. Si la prueba de Papanicolaou mostró células anormales y la prueba de HPV es positiva, el médico podrá sugerir 1 o más de las siguientes pruebas de diagnóstico:

Colposcopia. El médico puede realizar una colposcopia para visualizar las áreas anormales en el cuello del útero. La colposcopia también se puede utilizar para guiar una biopsia del cuello uterino. Se utiliza un instrumento especial denominado colposcopio. El colposcopio magnifica las células del cuello uterino y de la vagina, como lo haría un microscopio. Le permite al médico obtener una vista en aumento e iluminada de los tejidos vaginales y del cuello del útero. El colposcopio no se inserta en el cuerpo de la mujer y el examen no es doloroso. Se puede realizar en el consultorio del médico y no tiene efectos secundarios. Puede realizarse en mujeres embarazadas.

Biopsia. Una biopsia (en inglés) es la extirpación de una cantidad pequeña de tejido para examinarla a través de un microscopio. Otras pruebas pueden indicar la presencia de cáncer, pero solo una biopsia permite formular un diagnóstico definitivo. Luego, un patólogo analiza la(s) muestra(s). Un patólogo es un médico que se especializa en interpretar análisis de laboratorio y evaluar células, tejidos y órganos para diagnosticar enfermedades. Si la lesión es pequeña, el médico posiblemente la extirpe en su totalidad durante la biopsia. Existen diversos tipos de biopsias:

- Un método frecuente consiste en utilizar un instrumento para extraer pequeños trozos de tejido del cuello uterino.
- A veces, el médico desea verificar un área dentro de la abertura del cuello del útero que no puede verse durante la colposcopia. Para

esto, el médico utiliza un procedimiento llamado raspado endocervical (endocervical curettage, ECC). El médico utiliza un instrumento pequeño con forma de cuchara, llamado cureta, para raspar una pequeña cantidad de tejido del interior de la abertura del cuello uterino.

- Un procedimiento de extirpación electroquirúrgica con asa (loop electrosurgical excision procedure, LEEP) utiliza corriente eléctrica que se transmite a través de un gancho de alambre fino. El gancho extrae el tejido para su estudio en el laboratorio. El LEEP también puede utilizarse para extirpar el precáncer o el cáncer de estadio temprano.
- La conización (biopsia en cono) extrae un trozo de tejido con forma de cono del cuello del útero. La conización puede realizarse como tratamiento para extirpar el precáncer o el cáncer de estadio temprano.

Los 3 primeros tipos de biopsia usualmente se realizan en el consultorio del médico con un anestésico local para adormecer el área. Pueden causar algo de sangrado o de secreción. Algunas mujeres experimentan molestia similar a los cólicos menstruales. La conización se realiza con anestesia general o local y puede llevarse a cabo en el consultorio del médico o el hospital.

Si la biopsia demuestra que existe la presencia de cáncer de cuello uterino, el médico derivará a la mujer a un oncólogo ginecológico, que se especializa en el tratamiento de este tipo de cáncer. El especialista puede sugerir exámenes adicionales para ver si el cáncer se ha diseminado más allá del cuello uterino.

Examen pélvico bajo anestesia. En casos en los que es necesario planificar un tratamiento, el especialista puede volver a examinar el área pélvica mientras la paciente se encuentra bajo anestesia para ver si el cáncer se ha diseminado a los órganos que están cerca del cuello uterino, incluidos el útero, la vagina, la vejiga o el recto.

Radiografía. Una radiografía es un modo de crear una imagen de las estructuras internas del cuerpo usando una pequeña cantidad de radiación. La urografía intravenosa o pielografía es un tipo de radiografía que se utiliza para visualizar los riñones y la vejiga.

Exploración por tomografía computarizada (CT o CAT). Una exploración por CT (en inglés) crea una imagen tridimensional del interior del cuerpo utilizando rayos X que se toman desde diferentes ángulos. Una computadora combina estas imágenes en una vista detallada de cortes transversales que muestra cualquier anomalía o tumor. Una exploración por CT se puede utilizar para medir el tamaño del tumor. En ocasiones, se administra un tinte especial, denominado medio de contraste, antes de la exploración, a fin de obtener mejores detalles en la imagen. Este tinte se puede inyectar en las venas o puede ser administrado en forma de pastilla para tragar.

Imágenes por resonancia magnética (MRI). Una MRI (en inglés) usa campos magnéticos, en lugar de rayos X, para producir imágenes detalladas del cuerpo. Las MRI se pueden usar para medir el tamaño del tumor. Antes de la exploración, se administra un tinte especial denominado medio de contraste a fin de crear una imagen más clara. Este tinte se puede inyectar en las venas o puede ser administrado en forma de pastilla para tragar.

Exploración por tomografía por emisión de positrones (positron emission tomography, PET), o PET-CT. Una PET generalmente se combina con una exploración por CT (ver más arriba), la cual se denomina exploración por PET-CT (en inglés). Sin embargo, es posible que escuche al médico hablar de este procedimiento simplemente como una PET. Una exploración por PET es una forma de crear imágenes de los órganos y los tejidos internos del cuerpo. Una pequeña cantidad de una sustancia azucarada radiactiva se inyecta en el cuerpo. Esta sustancia azucarada es absorbida por las células que utilizan la mayor cantidad de energía. Debido a que el cáncer tiende a utilizar energía de manera activa, este absorbe una cantidad mayor de la sustancia radiactiva. Luego, una exploración detecta esta sustancia para generar imágenes del interior del cuerpo.

Cistoscopia. Una cistoscopia es un procedimiento que le permite al médico ver el interior de la vejiga y la uretra (canal que transporta la orina desde la vejiga) con un tubo delgado y flexible con luz llamado cistoscopio. La persona puede estar sedada mientras el tubo se inserta en la uretra. La cistoscopia se utiliza para determinar si el cáncer se ha diseminado a la vejiga.

Proctoscopia (también denominada sigmoidoscopia). Una proctoscopia es un procedimiento que le permite al médico observar el colon y el recto con un tubo delgado y flexible con luz denominado sigmoidoscopio. La persona puede estar sedada mientras el tubo se inserta en el recto. La proctoscopia se utiliza para ver si el cáncer se ha diseminado al recto.

Laparoscopia. Una laparoscopia es un procedimiento que le permite al médico observar el área abdominal con un tubo delgado y flexible con luz denominado laparoscopio. La persona generalmente está sedada debido a que el tubo se inserta a través de una incisión en el cuerpo.

Después de que se realicen las pruebas de diagnóstico, su médico revisará todos los resultados con usted. Si el diagnóstico es cáncer, estos resultados también ayudan a que el médico describa el cáncer. Esto se denomina determinación del estadio.

Tratamiento

Enfermedad primaria en etapa temprana Etapa IA

El término cáncer cervicouterino microinvasor identifica a este subgrupo de tumores pequeños. Por definición, estos tumores no son fáciles de identificar a primera vista. Los criterios para los tumores IA limitan la profundidad de invasión a no más de 5 mm y extensión lateral no mayor de 7 mm, El cáncer cervicouterino microinvasor conlleva un riesgo menor de compromiso ganglionar y un pronóstico excelente después del tratamiento. Un estudio retrospectivo comparó los tumores con diseminación horizontal de 7 mm o menos con aquellos que se extendían más de 7 mm. Se observaron índices más altos de metástasis ganglionar y recurrencia cuando el tumor se extendía más de 7 mm (Takeshima, 1999). Los tumores en etapa IA se subdividen en IA1 y IA2. Esta subdivisión refleja la mayor profundidad y anchura de invasión, y los riesgos crecientes de compromiso ganglionar.

Etapa IA1.

Estos tumores invaden no más de 3 mm, se extienden a no más de 7 mm y se relacionan con el menor riesgo de compromiso ganglionar. Los cánceres cervicouterinos epidermoides con invasión estromal menor de 1 mm tienen un riesgo de 1% de metástasis ganglionar; aquellos con invasión estromal de 1 a 3 mm conllevan un riesgo de 1.5%. De las 4 098 mujeres estudiadas en esta etapa tumoral, menos de 1% murió por la enfermedad (Ostor, 1995). Esta evidencia apoya el tratamiento conservador del cáncer epidermoide en etapa IA1 si no hay invasión del espacio vascular y linfático (LVSI). En tales lesiones es eficaz el tratamiento con conización cervical sola (Keighley, 1968; Kolstad, 1989; Morris, 1993; Ostor, 1994). Sin embargo, es preferible una histerectomía total intrafascial (histerectomía tipo I) por vía abdominal, vaginal o laparoscópica en mujeres que ya no desean más hijos.

La presencia de LVSI en cánceres microinvasores en etapa IA1 aumenta el riesgo de metástasis ganglionar y recurrencia neoplásica a cerca de 5%. Por consiguiente, en la institución de los autores estos casos suelen tratarse con histerectomía radical modificada (histerectomía tipo II) y linfadenectomía pélvica. En las pacientes que desean conservar la fertilidad, se puede realizar una traquelectomía radical con disección de los ganglios linfáticos pélvicos (Olawaiye, 2009).

Por lo general, los adenocarcinomas se diagnostican en una etapa más avanzada que los tumores epidermoides cervicouterinos. Por tanto, los adenocarcinomas microinvasores presentan un dilema terapéutico único por los escasos datos sobre esta etapa tumoral. Sin embargo, con base en la valoración de los datos del Surveillance Epidemiology and End Result (SEER)

presentados por el National Cancer Institute, la incidencia de compromiso ganglionar es similar a la de los cánceres epidermoides (Smith, 2002). De los adenocarcinomas cervicouterinos microinvasores, hay 36 casos tratados con conservación uterina y conización publicados en la bibliografía (Bisseling, 2007; Ceballos, 2006; McHale, 2001; Schorge, 2000; Yahata, 2010). En tales situaciones no se identificaron recurrencias después de una vigilancia corta.

Etapa IA2.

Las lesiones cervicouterinas con 3 a 5 mm de invasión estromal tienen un riesgo de 7% de metástasis ganglionares y un riesgo mayor a 4% de recurrencia. En este grupo de mujeres aún no se demuestra la seguridad del tratamiento conservador. Por tanto, para este grado de invasión es típica la histerectomía radical (histerectomía tipo III) con linfadenectomía pélvica. Unos cuantos autores reportan el tratamiento de lesiones cervicouterinas epidermoides en etapa IA2 con traquelectomía y linfadenectomía para conservar la fertilidad. Si bien esta técnica es prometedora, tiene una curva de aprendizaje y se necesitan más estudios para comprobar su eficacia.

Varios estudios también recomiendan colocar un cerclaje no absorbible al momento de la traquelectomía radical para mejorar la suficiencia cervicouterina durante el embarazo. Estos procedimientos tienen altos índices de curación y hay informes de embarazos exitosos. Si las mujeres se eligen con cuidado según su edad <45 años, tumor de tamaño pequeño (<2 cm) y compromiso ganglionar negativo, los índices de curación son similares a los de la histerectomía radical (Burnett, 2003; Covens, 1999a, b; Gien, 2010; Olawaiye, 2009).

Algunos expertos ofrecen la traquelectomía radical a las pacientes con tumores hasta de 4 cm (estadio IB1), pero cerca de 33% de las mujeres con este tipo de tumor necesita una histerectomía radical o quimio radioterapia adyuvante por la presencia de características de riesgo intermedio o elevado (Abu-Rustum, 2008; Gien, 2010). En estos casos se recomienda realizar una resonancia magnética preoperatoria para evaluar los parámetros y/o una tomografía computarizada para buscar cáncer extracervical. Cuando el tumor se extiende en sentido proximal más allá del orificio cervical interno, la traquelectomía está contraindicada. La braquiterapia intracavitaria sola es una alternativa para pacientes con carcinoma microinvasor (etapas IA1 y IA2); tiene resultados excelentes (Grigsby, 1991; Hamberger, 1978). Entre las mujeres elegibles para braquiterapia vaginal se incluye a las ancianas, o pacientes no candidatas a cirugía debido a padecimientos médicos acompañantes.

Histerectomía

Las mujeres con un cáncer cervicouterino en estadios IA2 a IIA de la FIGO, se pueden someter a una histerectomía radical con disección de los ganglios linfáticos pélvicos y con o sin disección de los ganglios linfáticos paraaórticos. La operación es apropiada para aquellas físicamente aptas para tolerar un procedimiento quirúrgico enérgico, las que desean evitar los efectos de la radioterapia a largo plazo y las que tienen contraindicaciones para radiación pélvica. Las pacientes elegibles por lo común son jóvenes que desean conservar los ovarios y una vagina funcional, no sometida a radiación. Desde el punto de vista histórico existen cinco tipos de histerectomía, como lo describen Piver et al. (1974). Sin embargo, las técnicas utilizadas actualmente en la clínica varían según el grado de soporte circundante que se reseca y se clasifican en tipos I, II o III.

Histerectomía simple (tipo I).

La histerectomía tipo I, también conocida como histerectomía extrafascial o histerectomía simple, elimina el útero y cuello uterino, pero no requiere escisión del parametrio o paracolpio. Es apropiada para alteraciones ginecológicas benignas, enfermedad cervicouterina preinvasora y cáncer cervicouterino en etapa IA1.

Histerectomía radical modificada (tipo II).

La histerectomía radical modificada elimina el cuello uterino, la parte proximal de la vagina, y tejido parametrial y paracervical. Esta histerectomía es adecuada para los tumores en estadio IA1 y con márgenes positivos después de la conización en quienes no existe suficiente cuello uterino para repetirla. Esta histerectomía también es adecuada para las pacientes con cáncer en estadio IA1 con LVSI, algunos hospitales se realizan histerectomías tipo II en las mujeres con tumores en estadio IA2 y tumores más pequeños en estadio IB obteniendo buenos resultados (Landoni, 2001).

Histerectomía radical (tipo III).

En este tipo de histerectomía la resección del parametrio es más amplia. Se abren los espacios paravesical y pararrectal. Las arterias uterinas se ligan en su origen a partir de las arterias iliacas internas y se reseca el tejido que se encuentra medial al origen de las arterias uterinas, La escisión del parametrio se extiende hasta la pared lateral de la pelvis. Los uréteres se disecan completamente de su lecho, y la vejiga y el recto se movilizan para permitir esta amputación más extensa de tejido. El tabique rectovaginal se abre para realizar la disección del recto separándolo de la vagina, y los ligamentos uterosacros se dividen cerca del recto. Piver (1974) describió una resección de todo el ligamento

uterosacro, pero esta medida no se lleva a cabo en la actualidad por la gran frecuencia de retención urinaria.

Además, se resecan cuando menos 2 cm del tercio proximal de la vagina. Este procedimiento se lleva a cabo para el cáncer en estadios IA2, IB1 y ocasionalmente IB2, IIA1 y en las pacientes con alguna contraindicación relativa a la radioterapia como diabetes, enfermedad pélvica inflamatoria, hipertensión, conjuntivopatías, enfermedad intestinal inflamatoria o tumores de los anexos. El abordaje para las histerectomías tipos I, II y III puede ser abdominal, laparoscópico, asistido con robot o vaginal, dependiendo de las características de cada paciente y las preferencias y experiencia del cirujano. A principios de 1990, se describieron las técnicas para la histerectomía radical laparoscópica (Canis, 1990; Nezhat, 1992). Las ventajas de una técnica mínimamente invasiva son menos hemorragia y una recuperación más corta. Las complicaciones trans y posoperatorias son similares no obstante la técnica utilizada (Ramirez, 2008). El seguimiento a largo plazo de las pacientes sometidas a una histerectomía radical laparoscópica demuestra una supervivencia global excelente (Lee, 2010).

Enfermedad primaria en etapa avanzada Etapas IIB a IVA

Los cánceres cervicouterinos en etapa avanzada rebasan los límites del cuello uterino y a menudo afectan a los órganos adyacentes y ganglios linfáticos retroperitoneales. Por tanto, el tratamiento para estos tumores debe individualizarse para optimizar el pronóstico de la paciente. Casi todos los tumores en etapa avanzada tienen mal pronóstico y los índices de supervivencia a cinco años son inferiores a 50%; estos tumores representan una proporción importante de cánceres cervicouterinos invasores tratados, según la región geográfica que se estudie. Sin tratamiento, estos tumores progresan con rapidez.

Radioterapia.

Esta modalidad es la piedra angular para el tratamiento del cáncer cervicouterino en etapa avanzada. Por lo general, se aplican tanto radiación de haz externo como braquiterapia. De éstas, la radiación externa casi siempre precede a la intracavitaria, que es una forma de braquiterapia. La radiación de haz externo a menudo se aplica en 25 fracciones durante cinco semanas (40 a 50 Gy). Si en la evaluación se encuentran metástasis ganglionares paraaórticas durante la estadificación, puede agregarse radiación de campo extendido para tratar estos ganglios linfáticos afectados. Durante la braquiterapia, para limitar las dosis vesicales y rectales, el intestino y la vejiga se mantienen lejos de la fuente intracavitaria mediante empacamiento durante la inserción del tándem, por vía vaginal. Por lo general el tratamiento se recomienda hasta el punto A, que es un punto situado a 2 cm laterales y 2 cm superiores al orificio cervical externo y el punto B, un punto situado a 3 cm laterales al punto A. Después de la radioterapia a menudo se observan efectos secundarios y en el capítulo 28 se describen éstos y su tratamiento potencial.

Quimiorradiación.

La evidencia más actualizada indica que la quimioterapia que se administra al mismo tiempo que la radioterapia mejora considerablemente la supervivencia tanto global como libre de enfermedad de las mujeres con carcinoma cervicouterino. La quimioterapia además se asocia con una mejor supervivencia que la radioterapia pélvica y la radiación de la región paraaórtica de campo extendido en solitario (Morris, 1999). Después de la publicación de cinco estudios clínicos en los que se demostró una mejor supervivencia, el National Cancer Institute publicó un alerta clínica en el año 1999 recomendando considerar la posibilidad de administrar quimioterapia a base de cisplatino a las mujeres

sometidas a radioterapia por cáncer cervicouterino (Keys, 1999; Morris, 1999; Peters, 2000; Rose, 1999; Whitney, 1999).

De los fármacos utilizados para quimioterapia, los regímenes a base de cisplatino son los que se han asociado con mejores índices de supervivencia (Rose, 1999; Whitney, 1999). Los regímenes que carecen de cisplatino también poseen actividad pero no se han comparado directamente con los que sí lo contienen (Vale, 2008). En el hospital de los autores se administra cisplatino semanalmente durante cinco semanas. Al mismo tiempo se administra radioterapia externa y braquiterapia (Bárbara Hoffman, (2014,) pag.780-787).

Otros autores muestran otros diferentes tratamientos sobre el cáncer cervicouterino y como disminuir la probabilidad de mortalidad.

Histerectomía

La histerectomía es una operación en la cual se extrae el útero y el cuello uterino además del cáncer. Si el útero se extrae a través de la vagina, la operación se llama histerectomía vaginal. Si se extrae mediante un corte (incisión) en el abdomen, la operación se llama histerectomía abdominal total. A veces los ovarios y las trompas de Falopio también se extraen; este procedimiento se llama salpingooforectomía bilateral, La histerectomía radical es una operación en la cual se extrae el cuello uterino, el útero y parte de la vagina. También se extrae los ganglios linfáticos de la región. Este procedimiento se denomina disección de los ganglios linfáticos (Los ganglios linfáticos son estructuras pequeñas en forma de frijol que se encuentran por todo el cuerpo y cuya función es producir y almacenar células que combaten las infecciones.) Si el cáncer se ha diseminado afuera del cuello uterino o los órganos femeninos, el médico puede extraer el colon inferior, el recto o la vejiga (dependiendo del lugar al que se haya diseminado el cáncer) junto con el cuello uterino, el útero y la vagina. Este

procedimiento se llama exenteración y raramente se necesita. A veces es necesaria la cirugía plástica para formar una vagina artificial después de esta operación.

Radioterapia

La radioterapia consiste en el uso de rayos X de alta energía para eliminar células cancerosas y reducir tumores. La radiación puede provenir de una máquina fuera del cuerpo (radioterapia externa) o se puede derivar de materiales que producen radiación (radioisótopos) a través de tubos plásticos delgados que se aplican al área donde se encuentran las células cancerosas (radiación interna). La radioterapia puede emplearse sola o además de cirugía.

Quimioterapia

La 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.(geosalud, 23 de abril del 2017)

Etapas 0 (carcinoma in situ)

Aunque el sistema de clasificación por etapas AJCC clasifica el carcinoma in situ como la forma más temprana de cáncer, los médicos a menudo lo consideran como un precáncer. Esto se debe a que las células cancerosas en el carcinoma in situ sólo están en la capa de la superficie del cuello uterino (no han crecido hacia las capas más profundas de las células).

Las opciones de tratamiento para el carcinoma de células escamosas in situ incluyen criocirugía, cirugía con láser, procedimiento de escisión electroquirúrgica con asa (LEEP/LEETZ) y conización con bisturí frío. Por lo general, se recomienda una histerectomía para el adenocarcinoma in situ. Para las mujeres que desean tener hijos, el tratamiento con una biopsia de cono puede ser una opción. La muestra de cono no deberá tener células cancerosas en los bordes, y la paciente tiene que estar bajo observación minuciosa. Una vez la mujer haya tenido sus hijos, se recomienda una histerectomía.

Una histerectomía simple también es una opción para el tratamiento del carcinoma de células escamosas in situ, y se puede hacer si el cáncer regresa después de otros tratamientos. Todos los casos de carcinoma in situ pueden curarse con un tratamiento apropiado. No obstante, los cambios precancerosos pueden recurrir (reaparecer) en el cuello uterino o en la vagina, por lo que es muy importante que su médico le brinde una atención cuidadosa. Esto incluye cuidado de seguimiento con pruebas de Papanicolaou regularmente y en algunos casos con colposcopia.

Etapa IA1

El tratamiento para esta etapa depende de si usted quiere mantener su capacidad de tener hijos (fertilidad) y si el cáncer ha crecido hacia los vasos sanguíneos o los vasos linfáticos (invasión linfovascular). Las mujeres que quieren mantener la fertilidad son a menudo tratadas primero con biopsia de cono para extraer el cáncer. Si los bordes del cono no contienen células cancerosas (llamados márgenes negativos), pueden estar bajo observación minuciosa sin tratamiento adicional siempre y cuando el cáncer no regrese. Si los márgenes de la biopsia de cono tienen células cancerosas (llamados márgenes positivos), entonces es posible que algo de cáncer haya quedado. Esto puede ser tratado

con una biopsia de cono repetida o una cervicectomía radical (extirpación del cuello uterino y la parte superior de la vagina). La cervicectomía radical se prefiere si el cáncer muestra invasión linfovascular. Las mujeres que no quieran mantener la fertilidad pueden ser tratadas con una histerectomía. Si el cáncer ha invadido a los vasos sanguíneos o los vasos linfáticos (invasión linfovascular), es posible que necesite someterse a una histerectomía radical junto con la extirpación de los ganglios linfáticos pélvicos.

Etapa IA2

El tratamiento para esta etapa depende en parte de si usted quiere mantener su capacidad de tener hijos (fertilidad). Para las mujeres que quieran mantener su fertilidad, el tratamiento principal es la cervicectomía radical con extirpación de los ganglios linfáticos pélvicos (disección de los ganglios linfáticos de la pelvis). Otra opción consiste en biopsia de cono y disección de los ganglios linfáticos de la pelvis, seguida de observación. Las mujeres que no quieran mantener la fertilidad pueden tener dos opciones principales:

- Histerectomía radical junto con extirpación de ganglios linfáticos en la pelvis (disección de los ganglios linfáticos de la pelvis).
- Radiación externa a la pelvis y braquiterapia.

Si durante la cirugía se encuentra cáncer en cualquier ganglio linfático pélvico, puede que también se extraigan algunos de los ganglios linfáticos que se extienden a lo largo de la aorta (la arteria grande en el abdomen). Cualquier tejido extirpado durante la operación se examina en el laboratorio para ver si el cáncer se ha propagado más allá de lo que se esperaba. Por lo general se recomienda radioterapia si el cáncer se ha propagado a los tejidos adyacentes al útero (parametrio) o a cualquier ganglio linfático. A menudo se administra quimioterapia con radioterapia. Si el informe patológico indica que el tejido extraído tiene márgenes positivos, esto significa que hay células cancerosas en los bordes del

tejido, y es posible que haya quedado algo de cáncer. Esto también se trata con radiación pélvica (administrada con el medicamento de quimioterapia cisplatino). El médico también puede recomendar braquiterapia.

Etapa IB1 y IIA1

El tratamiento convencional es histerectomía radical junto con extirpación de ganglios linfáticos en la pelvis (disección de los ganglios linfáticos de la pelvis). Algunos ganglios linfáticos de la parte más superior del abdomen (ganglios linfáticos paraaórticos) también se pueden extirpar para ver si el cáncer se ha propagado allí. Puede que se recomiende la cervicectomía radical en lugar de una histerectomía radical si la paciente aún quiere tener hijos. Otra opción consiste en tratar con radiación usando tanto braquiterapia como radiación externa. La quimioterapia (quimio) se puede administrar con radiación (quimiorradiación concurrente).

Etapa IB2 y IIA2

El tratamiento convencional es quimio administrada con la radioterapia. La quimio puede ser cisplatino o cisplatino y fluorouracilo. La radioterapia incluye tanto radiación externa como braquiterapia.

Otra opción es una histerectomía radical con extirpación de los ganglios linfáticos pélvicos (disección de los ganglios linfáticos de la pelvis). Si se encuentran células cancerosas en los ganglios linfáticos extraídos, o en los bordes del tejido extirpado (márgenes positivos), el tratamiento es cirugía seguida de radioterapia, la cual se administra a menudo con quimio (quimiorradiación concurrente). Algunos médicos recomiendan radiación administrada con quimioterapia (primera opción) seguida de una histerectomía.

Etapas IIB, III y IVA

La radioterapia administrada con quimio (quimiorradiación concurrente) es el tratamiento recomendado. La quimio puede ser cisplatino o cisplatino y fluorouracilo (5-FU). La radiación incluye tanto radiación externa como braquiterapia, Si el cáncer se ha propagado a los ganglios linfáticos (especialmente los que están en la parte superior del abdomen), puede ser un signo de que el cáncer se ha propagado a otras áreas del cuerpo. Algunos expertos recomiendan examinar los ganglios linfáticos para determinar si contienen cáncer antes de administrar radiación. Una manera de hacer esto es mediante cirugía.

Otra manera consiste en hacer un estudio por imágenes (como MRI o PET/CT) para examinar los ganglios linfáticos, Los ganglios linfáticos que son más grandes de lo habitual y/o que aparecen en la PET tienen una probabilidad mayor de tener cáncer. Puede que se les realicen biopsias a esos ganglios linfáticos para determinar si contienen cáncer. Si los ganglios linfáticos en la parte superior del abdomen (ganglios linfáticos paraaórticos) son cancerosos, puede que los médicos quieran hacer otros estudios para ver si el cáncer se ha propagado a otras partes del cuerpo.

Etapa IVB

En esta etapa, el cáncer se ha propagado de la pelvis a otras partes del cuerpo. La etapa IVB del cáncer cervical usualmente no se considera curable. Entre las opciones de tratamiento se encuentran la radioterapia para aliviar los síntomas del cáncer que se ha propagado a las áreas cercanas al cuello uterino o a lugares distantes (como a los pulmones o a los huesos). A menudo se recomienda la quimioterapia. La mayoría de los regímenes convencionales usa un componente de platino (tal como cisplatino o carboplatino) junto con otro

medicamento, tal como paclitaxel (Taxol), gemcitabina (Gemzar) o topotecán. El medicamento dirigido bevacizumab (Avastin) se puede agregar a la quimio. Se están llevando a cabo estudios clínicos para probar otras combinaciones de medicamentos quimioterapéuticos, así como algunos otros tratamientos experimentales.(american cáncer society,29 de enero, 2016)

CAPITULO IV

Análisis de resultados

Resultados de encuestas

El cáncer cervicouterino es una enfermedad que provoca aproximadamente 2000 muertes en mujeres por año, ya que la mayoría de muertes ocurre en el países en desarrollo donde los programas de tamizaje no está bien institucionalizados o son muy poco eficaces de comparar las tasas ajustadas de mortalidad, las mujeres más afectadas por esta patología son de escasos recursos que tienen menos acceso al diagnóstico precoz y con las encuestas realizadas son; resultados de encuestas.

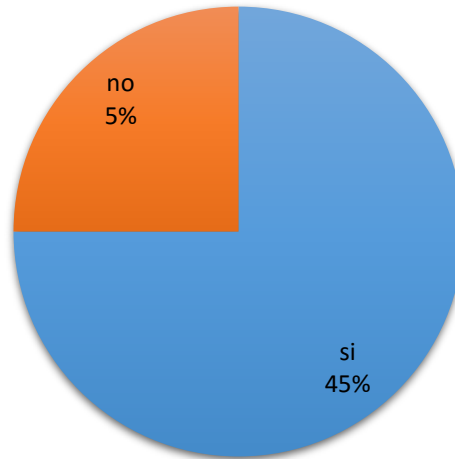
1._ ¿sabe usted para qué sirve el examen del Papanicolaou?

A) SI B) NO

Sabe usted para qué sirve el examen del Papanicolaou	Personas que contestaron las encuestas
Si	45
No	5

personas que se realizan el papanicolau

■ si ■ no



De 20 mujeres encuestadas, el 45% de ellas saben para qué sirve el examen diagnóstico del Papanicolaou, es un indicio que todas las mujeres ya conocen sobre la educación para la salud y así reducir la tasa de muertes con esta patologías, con las mujeres que contestaron las encuestas el 5% no sabían lo que se les preguntaron sobre el Papanicolaou y en algunas se realizan a la prueba pero no saben para que sirve, e otras de ellas no contestaron por la falta de información, hasta no hacen caso y muchas de ellas les da pena hablar sobre esta prueba y responden mal, pero con el paso del tiempo ya se va reduciendo la tasa de mortalidad ya que con las encuestas realizadas.

2._ ¿Se realiza la prueba de Papanicolaou?

A) SI B) NO

Se realiza prueba de Papanicolaou	Mujeres encuestadas
SI	38
NO	12



De las mujeres encuestadas, el 32% si se realizan la prueba del Papanicolaou, como es sabido se realizan este diagnóstico y así detectar un diagnóstico precoz para esta enfermedad muchas de ellas se lo realizan para así tengan una buena salud y no incrementar la tasa de mortalidad y si alguna padeciera la enfermedad ser tratada a tiempo con su centro de salud que acude, y el 12%de ellas no se realizan la prueba ya que no tienen conocimientos sobre este examen y muchas de ellas no acuden a su centro de salud, muchas muchas de ellas no les interesa,

pero con la información que se fue dando conforme a las encuestas realizadas muchas dijeron que se van a realizar la prueba del Papanicolaou.

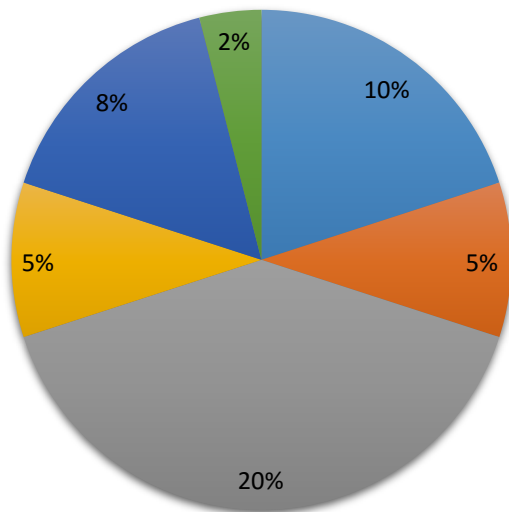
3._ ¿con que frecuencia se realiza el examen del Papanicolaou?

A al año B)2 veces al año C) cada años D) nunca E) cuando me acuerdo
F) otras ocasiones g) Una vez

Con que frecuencia se realiza el examen de Papanicolaou	Mujeres encuestadas
Una vez al año	10
2 veces al año	5
Cada año	20
Nunca	5
Cuando me acuerdo	8
Otras ocasiones	2

frecuencia que se realizan el examen del papanicolaou

■ 1 vez al año ■ 2 veces al año ■ cada año ■ nunca ■ cuando me acuerdo ■ otras ocasiones



De 50 mujeres encuestadas, el 10% respondieron que se realizan el examen una vez al año, el 5% de ellas dijeron que 2 veces al año, un 20% de las mujeres encuestadas dijeron que se realizan el examen cada año eso quiere decir que hay más mujeres que se realizan la prueba y diagnosticar a tiempo en cáncer cervicouterino y con las encuestas realizadas se dice que está disminuyendo las mujeres con esta patología mientras otros porcentajes se dice que: el 5% de ellas dijeron que nunca se realizan la prueba ya que les da pena que el que los revise sea un doctor y otra que sus esposos mal interpreten las cosas, y la falta de información sobre esta enfermedad, el 8% respondieron que cuando se acuerdan ya que a veces no tienen tiempo y el otro 2% dijeron que otras ocasiones por lo que se les explica en los demás porcentajes.

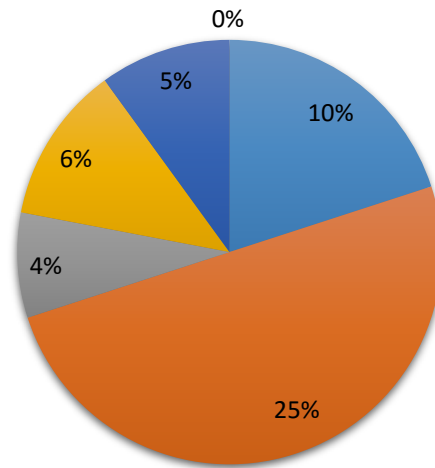
4. ¿por qué no se realiza el examen diagnóstico del Papanicolaou?

A) no me interesa B) no tengo tiempo C) no sabía que lo tenía que realizar D) por miedo a los resultados E) no contestaron F) otras respuestas

Por qué no se realiza el examen de diagnóstico del Papanicolaou	Número de mujeres que contestaron las encuestas
No me interesa	10
No tengo tiempo	25
No sabía que lo tenía que realizar	4
Por miedo a los resultados	6
No contestaron	5
Otras respuestas	0

por que no se realizan el examen de diagnostico del papanicolaou

- no me inetresa
- no tengo tiempo
- no sabia que lo tenia que realizar
- por miedo a los resultados
- no contestaron
- otras respuestas



Los resultados de por qué las mujeres del barrio de santa Cecilia no se realizan el examen diagnóstico del Papanicolaou es de: 10% de ellas es por qué no les interesa ya que por la falta de información sobre este examen y la patología, el 25% es por qué no tienen tiempo de realizárselo ya que cuentan con hijos pequeños y los labores del hogar que no les permite realizárselo, el 4% no sabían que se lo tenían que realizar e igual por la falta de información que no obtienen por no acudir a un centro de salud, el 6% de las mujeres tienen miedo a los resultados, el 5% por ciento no contestaron por pena, ya que las mujeres del barrio de santa Cecilia no se realizan la prueba del Papanicolaou incrementa la probabilidad de padecer esta enfermedad ya que este examen detecta células anormales.

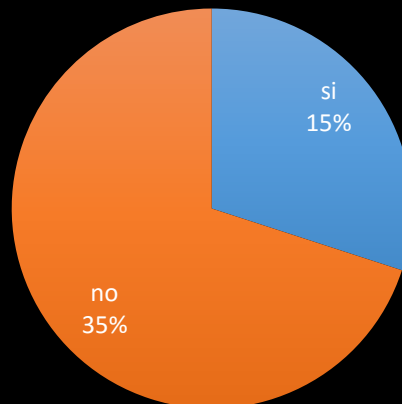
5._ ¿Alguien de su familia padece o padeció cáncer cervicouterino?

A) SI

B) NO

parentesco	Mujeres encuestadas
SI	15
NO	35

**alguien de su familia padece o padecio
cancer cervicuterino**



De las mujeres encuestadas, algunas de sus familiares si padecen o padecieron cáncer cervicouterino el cual de las encuestas realizadas es un bajo porcentaje de quienes lo padecieron yaqué se está reduciendo la tasa de mortalidad por que las mujeres que dijeron que si padecieron sus familiares esta enfermedad fue diagnosticado a tiempo y tuvo tratamiento adecuado y otras mujeres dijeron que fallecieron sus familiares por esta patología ya que no acudían a un centro de salud y la falta de información, y el 35% de las mujeres encuestadas ellas dijeron que ninguno de sus familiares padecen o padecieron esta enfermedad, esto quiere decir que es bueno porque se está reduciendo la tasa de mortalidad Comitán de Domínguez Chiapas.

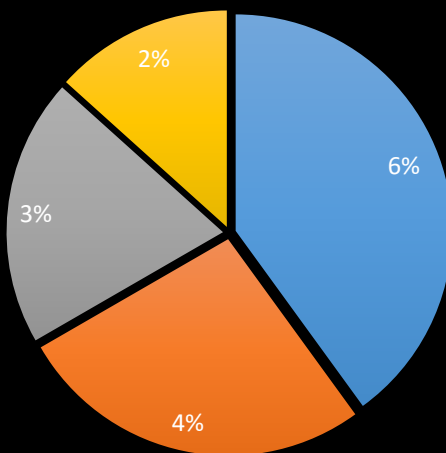
6._ ¿quién?

A) Madre B) hermana C) abuela D) tía E) otra

Quien	Mujeres encuestadas
madre	6
hermana	4
abuela	3
tía	2
otras	0

quien de sus familiares padecieron cancer cervicuterino

■ madre ■ hermana ■ abuela ■ tia ■ otras

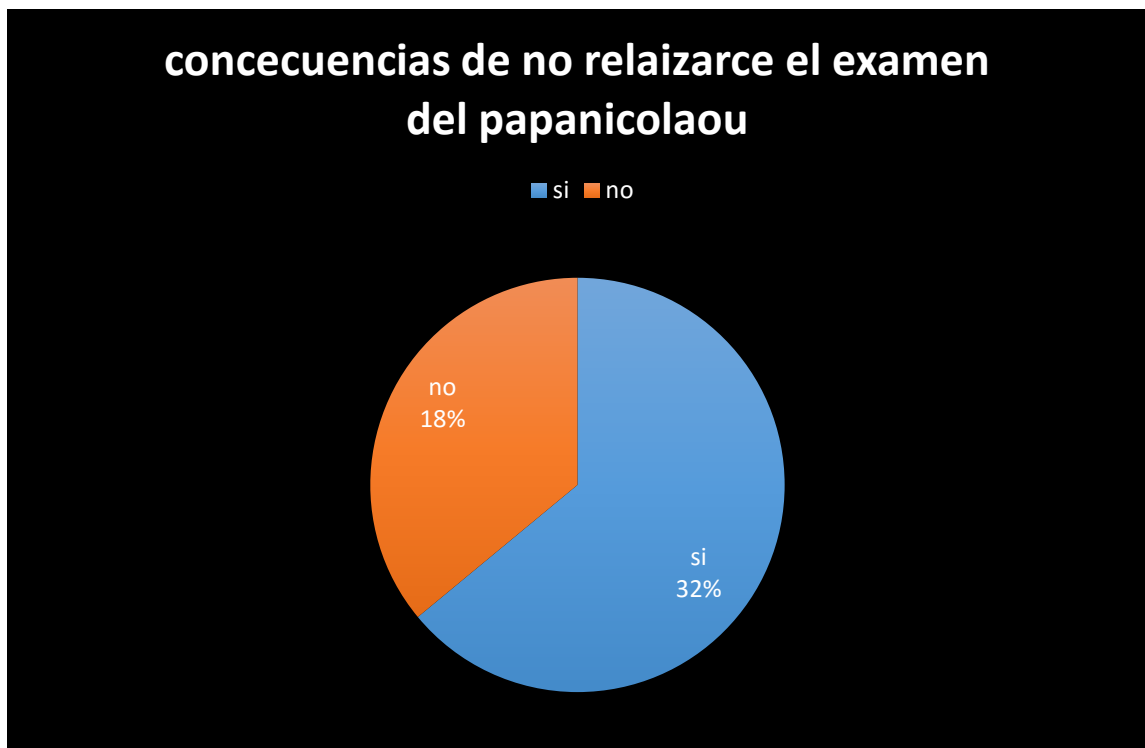


De las mujeres encuestadas en la pregunta anterior se refiere que el 35% de ellas ninguno de sus familiares padecieron esta enfermedad mientras el otro 15% se dijo que si algunos de sus familiares padecieron esta patología: el 6% de las mujeres encuestadas dijeron que su madre había padecido cáncer cervicouterino ya que era porque nunca se habían realizado la prueba de Papanicolaou, el 4% dijeron que sus hermanas habían padecido esta enfermedad, el 3% dijeron que sus abuelas por lo mismo que nunca obtuvieron información sobre esta enfermedad y que antes las abuelas les daba pena ir al doctor, y el 2% dijeron que sus tías porque nunca pensaron que les daría esta enfermedad, con estas cifras de las personas encuestadas se ve que se va reduciendo la tasa de mortalidad en este barrio.

7._ ¿conoce usted las consecuencias de no realizarse el examen de Papanicolaou?

A) SI B) NO

Consecuencias	Personas encuestadas
si	32
no	18



De las mujeres que se realizaron las encuestas el 32% de la mujeres dijeron que si saben las consecuencias de no realizarse el examen del Papanicolaou el cual

es muy favorable para toda las sociedad por qué así ya no habrá tantas personas que padezcan esta patología y reducir la tasa de mortalidad en Comitán ya que la mayoría de las mujeres van a centros de salud y les informan sobre esto y el por qué se deben de realizarse el examen, y el 18% de ellas no sabían las consecuencias de no realizarse el examen el cual es bajo el porcentaje de mujeres que dijeron no saber sobre esto y será menos probable enfermarse de cáncer cervicuterino.

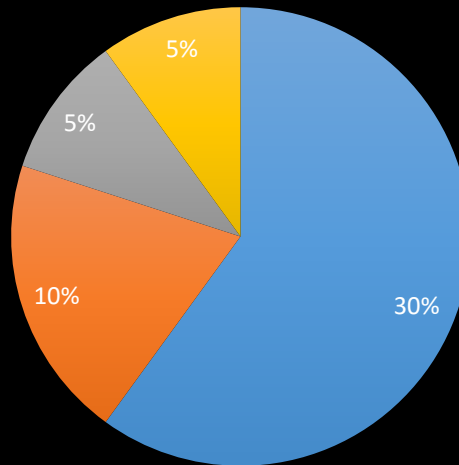
8._ ¿qué importancia le da la prueba del Papanicolaou?

A) Mucha B) poca C) no me interesa D) me da igual

Qué importancia le da la prueba del Papanicolaou	Número de personas que se encuestaron
mucha	30
poca	10
No me interesa	5
Me da igual	5

importancia sobre la prueba de papanicolaou

■ mucha ■ poca ■ no me interesa ■ me da igual

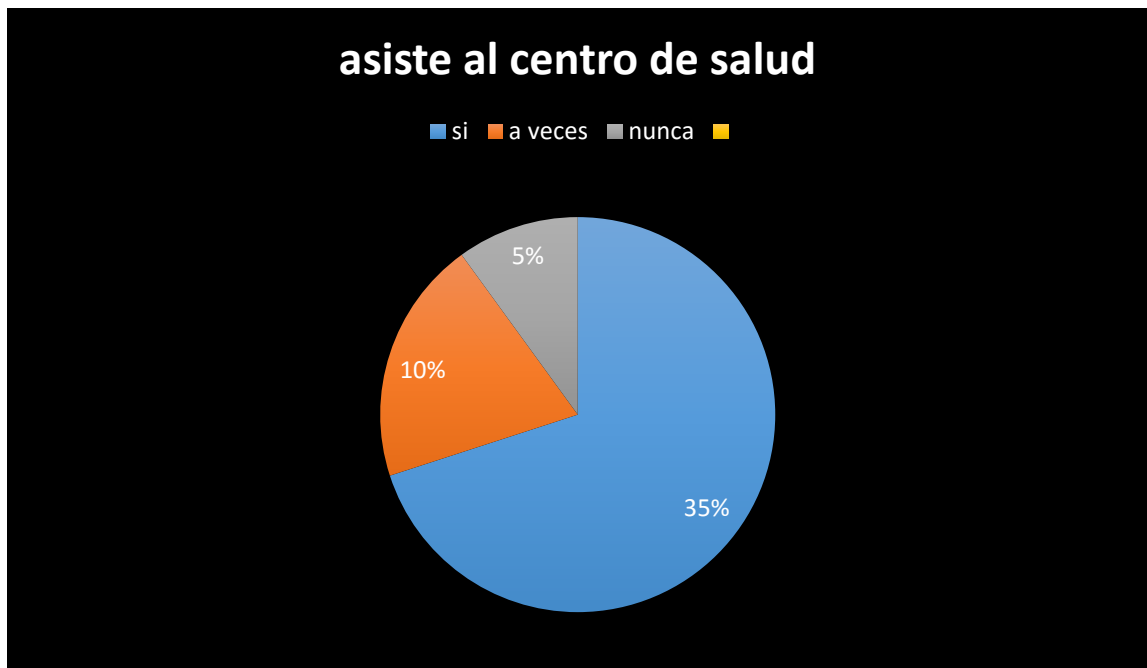


Sobre la importancia que le dan la prueba del Papanicolaou el 30% del as mujeres encuestadas refieren que es mucha y de vital importancia para salvarle las vida ya que si el resultado es positivo las pueden atender a tiempo y evitar que les extraigan la matriz o la muerte, el 10%de ellas dijeron que les da un poco importancia ya que dicen que ninguno de sus familiares no tienen esta enfermedad y que nunca han padecido esta patología ,el 5% dijeron que no les interesa y el 5%les da igual ya que les no tienen información , ya que el Papanicolaou, como parte de una exploración ginecológica ayuda a detectar células anormales en el revestimiento del cuello antes de que puedan convertirse en células pre cancerosas o cáncer cervicuterino.

9._ ¿asiste al centro de salud?

A) Si B) a veces C) nunca

Asiste al centro de salud	Número de personas encuestadas
Si	35
A veces	10
Nunca	5



En las mujeres encuestada el 35% de ellas si asisten al centro de salud ya que tienen la obligación de informarles sobre la enfermedad del cáncer

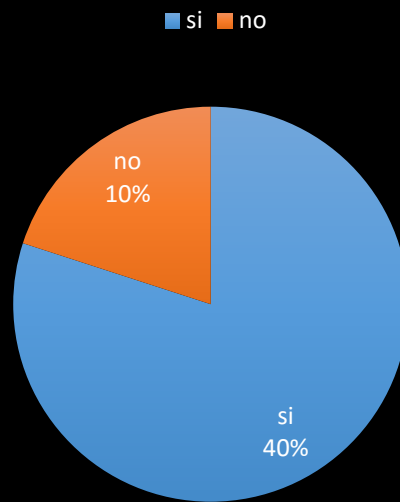
cervicuterino, de las medidas de prevención, la cual es el examen del Papanicolaou, las mujeres tienen la obligación de realizárselo para prevenir dicho padecimiento y así disminuir el índice de mortalidad en las mujeres, ya que la enfermedad si se detecta a tiempo es curable, el 10% de ellas dijeron que a veces van al centro de salud por que no tienen tiempo y el 5% dijo que nunca han sido la centro de salud porque no les interesa y por qué no hay riesgo de padecer esta enfermedad y por qué nunca han tenido esta información.

10._ ¿en el centro de salud le informan sobre el cáncer cervicouterino?

A) Si B) no

En el centro de salud le informan sobre el cáncer cervicuterino	Número de personas encuestadas
si	40
no	10

informacon sobre el cancer cervicuterino



De la mujeres encuestadas el 40%dijeron que si les dan información ya se por estudiantes de enfermería o por personas que dan su servicio social en centros de salud y ahí reciben esta información ya que se imparten abecés en sus hogares y en otras en talleres en el centro de salud por parte del personal de enfermería ya que con esta información se disminuirá la tasa de mortalidad y ser curable a tiempo, y el 10%de ellas dijeron que no les da información una porque no tienen tiempo de recibirlo y otra por que no asisten a los talleres, pero la falta de información en las mujeres es bajo el porcentaje que no reciben estos talleres pero la mayor parte de ellas si la reciben.

SUGERENCIAS Y PROPUESTAS

Prevención

La prevención del cáncer es un conjunto de acciones destinadas a reducir la posibilidad de enfermarse de cáncer. Al prevenir el cáncer, el número de casos nuevos disminuye en un grupo o población. Se espera que esto reduzca el número de muertes que causa el cáncer.

Según la OMS ay otros tipos de prevención del cáncer cervicouterino, y como todas las mujeres pueden ya no tener más esta patología y reducir las estadísticas de muerte por esta causa, esta organización tiene un objetivo de cómo prevenir esta enfermedad,

Administrar a las niñas, entre los 9 y los 13 años, dos dosis de la vacuna contra los papiloma virus humanos (PVH) para prevenir la infección por estos virus causantes del cáncer cervicouterino en la mayoría de los casos. Se ha demostrado que la pauta de dos dosis de la vacuna resulta igual de eficaz que la actual de tres. Este cambio facilitará la administración de la vacuna. También reducirá el costo de esta, que es especialmente elevado para los países de ingresos bajos y medianos, en los que los presupuestos nacionales de salud son limitados, pero la necesidad de una vacuna contra los PVH, muy grande. Hoy en día las niñas de más de 55 países están protegidas gracias a la administración sistemática de la vacuna contra los PVH. Resulta alentador que cada vez más países de ingresos bajos y medianos estén introduciendo la vacuna contra los PVH en el calendario de vacunación sistemática,

Utilizar las pruebas de detección de PVH como método de cribado para prevenir el cáncer cervicouterino.

Con las pruebas de detección de PVH, la frecuencia del cribado disminuirá. Si el resultado de la prueba de detección de PVH es negativo, la mujer no tendrá que someterse de nuevo a la prueba al menos durante cinco años, aunque sí deberá repetirla antes de que transcurran diez años. Teniendo en cuenta el costo de otros tipos de pruebas, este método supondrá un importante ahorro para los sistemas de salud.

Difundir información de forma más amplia.

La guía recomienda que, en lugar de centrar la atención en promover la realización de pruebas de cribado a las mujeres mayores de 29 años, se establezca una comunicación con un público más amplio: adolescentes, padres, educadores, líderes y profesionales de la salud a todos los niveles, de modo que las mujeres reciban información en todas las etapas de su vida.

- Prevención primaria: vacunación contra los PVH de las niñas entre los 9 y los 13 años; el objetivo es que las niñas reciban la vacuna antes de que sean sexualmente activas.
- Prevención secundaria: acceso de las mujeres a partir de los 30 años a los medios tecnológicos disponibles, como la inspección visual del cuello del útero tras la aplicación de ácido acético o las pruebas de detección de PVH como método de cribado, y posteriormente al tratamiento de las lesiones precancerosas detectadas, que pueden acabar convirtiéndose en un cáncer cervicouterino.
- Prevención terciaria: acceso de las mujeres de todas las edades al tratamiento y el manejo del cáncer, incluidas la cirugía, la quimioterapia y la radioterapia,

- Cuando el tratamiento curativo ya no es una opción, el acceso a tratamiento paliativo es crucial. (OMS,3 de diciembre del 2014).

CONCLUSIÓN

La investigación realizada dentro del barrio de santa Cecilia municipio de Comitán de Domínguez Chiapas, propone a la educación para la salud como medida de la prevención del cáncer cervicouterino, por esta enfermedad una de las grandes causas de muerte en las mujeres de todo el mundo, la falta de cultura y el autocuidado personal son las causantes de dichas muertes, hoy en día se puede evitar si se detectan a tiempo ya que la enfermedad es 100% curable en las primeras etapas.

La cultura de la educación para la salud fomenta programas de formación tales como la enseñanza a través de médicos y la dependencia del sector salud, enseñando como prevenir las enfermedades y mantener un estilo de vida saludable, por esta razón es importante que todas las mujeres acudan a los centros de salud, y se realicen la prueba del Papanicolaou , prueba que puede ayudar a detectar cambios celulares sospechosos en el cuello antes de que se conviertan en cáncer cervicouterino, con una educación para la salud disminuirá las alarmantes estadísticas del cáncer cervicouterino, la problemática del cáncer crevicuterino con la fomentación de ella se disminuirá la tasa de mortalidad en las mujeres de este barrio.

Con esta tesis y la información que se recabo ya será más fácil detectar esta patología del cáncer cervicuterino y así darles más fomentación sobre esta patología y brindarles una buena calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

Referencias

1. American cáncer society 29 de enero del 2016
<https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/tratamiento/por-etapa.html>
2. american cáncer society,30 octubre del 2014
<https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/causas-riesgos-prevencion/prevencion.html>
3. 10 de marzo de 2012, Cuello uterino cáncer. Blog spot.mx/2012/12/03 historia de cáncer del cuello- uterino.html
4. Epónimos médicos bibliográficos médicas, José L.fresquet instituto de la historia de la ciencia y documentación csic-universidad de valencia 2005([http:// www.historia de la medicina .org/papanicolau.htm](http://www.historia de la medicina .org/papanicolau.htm))
5. <http://www.geosalud.com/cancerpacientes/cacervicouterino3.htm>
6. (IMSS, 2017, WWW.IMSS.GOB.MX,2017)
7. (IMSS,16/O7/2015,WWW.IMSS.GOB.MX,20015)

8. Info-farmacia.com, DOC. Jome Manuel López tricas Zaragoza, septiembre 2011(<http://www.info-farmacia.com/historia/virus-del-papiloma,1985>)
9. instituto nacional del canecer, 9 de mayo del 2016
10. <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino/paciente/prevencion-cuello-uterino-pdq>
11. José Solís revista chilena de obstetricia y ginecología (http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttex&pid=50717-75262007000100003)
12. News medical life saences, DRA. Annaya mondal en medicina, febrero 2017 ([http://www.news-medical.net/health/Cancer-History-\(Spanish\).aspx](http://www.news-medical.net/health/Cancer-History-(Spanish).aspx))
13. Pannet parenthoocare.no motter what. (<https://.plannedpareo.com/cancer-ntthoo.org/esp/temas-de-salud/enfermedades-de-transmision-sexual/virus-papiloma-humano#.jgcxmssh.dpuf>)
14. Wikihow, 23 de abril del 2017. <http://es.wikihow.com/prevenir-el-c%C3%A1ncer-cervicouterino>

15. <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/senales-sintomas.html>

16. <https://www.cancer.net/es/tipos-de-cancer/cancer-de-cuello-uterino/diagnostico>

ANEXO

1._ ¿sabe usted para qué sirve el examen del Papanicolaou?

- a) si b)no

2._ ¿se realiza el examen del Papanicolaou?

- a)si b)no

3._ con que frecuencia se realiza el examen del Papanicolaou

A) una vez al año b)2 veces al año c)cada dos años d)nunca e)cuando me acuerdo f) otras ocasiones

4._ por que no se realiza el examen diagnóstico del Papanicolaou

- a) no me interesa b)no tengo tiempo c)no sabía que me lo tenía que realizar
d) por miedo al resultado e) no contestaron

5._ alguien de su familia padece o padeció cáncer cervicouterino

- a)si b)no

6._ ¿Quién?

- a) Madre b)hermana c) abuela d) tía e)otra

7._ conoce usted las consecuencias de no realizarse el examen del Papanicolaou

- a) si b)no

8._ ¿Qué importancia le da a la prueba del Papanicolaou?

- a) mucha b)poca c)no me interesa d)me da igual

9._asiste el centro de salud

- a) Si b) no c) a veces d) nunca

10._ en el centro de salud le informan sobre el cáncer cervicouterino

- a) Si b) no