



Mi Universidad

TESIS

NOMBRE DEL ALUMNO: ERLINDA ROBLERO MORALES

TEMA: CAPITULO 2

PARCIAL: 2

MATERIA: SEMINARIO DE TESIS

NOMBRE DEL PROFESOR: LIC ERVIN SILVESTRE CASTILLO

LICENCIATURA: EN ENFERMERIA

CUATRIMESTRE: OCTAVO CUATRIMESTRE

1.5.- JUSTIFICACIÓN

En México, el CaCU es la segunda causa de muerte por cáncer en la mujer. Anualmente se estima una ocurrencia de 13,960 casos, con una incidencia de 23.3 casos por 100,000 mujeres. En el año 2013 se registraron 3,771 defunciones lo que representó una tasa de 11.3 defunciones por 100,000 mujeres en el grupo específico de 25 años y más. Las entidades con mayor mortalidad por cáncer de cuello uterino son Morelos (18.6 por 100,000), Chiapas (17.2 por 100,000) y Veracruz (16.4 por 100,000).

A pesar de contar en nuestro país con una Norma Oficial Mexicana (NOM-014-SSA 2-1994) “para el control y tratamiento oportuno de cáncer cérvico uterino” y un Programa de Detección Oportuna de cáncer cérvico uterino implementado en 1974, México aparece como el país con la mortalidad más alta por esta causa dentro de los países que conforman la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE).

Múltiples variables se han asociado al escaso impacto de los programas en la reducción de la incidencia y mortalidad por cáncer cérvico uterino, especialmente observado en los países en vías de desarrollo. Entre estos factores destaca el estudio de la eficacia de las pruebas de tamizaje en correlación con los estudios moleculares e histopatológicos guiados por colposcopia para la confirmación diagnóstica.

El CaCu continúa posicionándose entre las principales causas de muerte a nivel mundial, en mujeres del grupo de edad específica de 20-59 años, presenta una tasa de mortalidad de 8.1 por cada 100 mil mujeres, y una incidencia de 19.2 por cada 100 mil mujeres. Principalmente se encuentra entre las cifras más altas de incidencia y mortalidad en los continentes de África con una incidencia de 16.9 por cada 100 mil, la mortalidad de 6.0 por cada 100 mil y en América Latina y el Caribe con una incidencia de

24.3 por cada 100 mil mujeres y una mortalidad de 12.6 por cada 100 mil mujeres, estos continentes en su mayoría cuentan con países subdesarrollados.

En México en la población de mujeres de la edad de 30-59 años se encuentra como la segunda causa de muerte de tumores malignos, con una distribución porcentual de fallecimientos del 4.6 % en el año 2015. En el año 2016 tres de cada 10 muertes fueron por esta causa. En el grupo de edad de 20 a 59 años, según cifras del 2018 tiene una mortalidad de 15.1 por cada 100 mil y una incidencia de 6.2 por cada 100 mil se ve un aumento considerable de la mortalidad desde el año 2012 ya que esta fue de 11.8 por cada 100 mil mujeres, con una edad de defunción promedio de 59.03 años.

Los estados con mayor tasa de mortalidad son Colima (22.9), Oaxaca (16.0), Veracruz (15.9) y Morelos (15.7) y Chiapas (15.6) por cada 100 mil. El estado de San Luis Potosí tiene una tasa de mortalidad de 10.8 por cada 100 mil, se encuentra entre los primeros 10 estados con cifras altas.

Los datos descritos anteriormente indican que esta enfermedad se caracteriza por ser una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en los grupos específicos. De igual forma es una de las pocas neoplasias considerada totalmente prevenible, debido a que es de lenta progresión pues, en la mayoría de los casos está relacionada a la infección con los virus de alto riesgo del virus del papiloma humano (VPH), la cual persiste durante los primeros 5 años, posteriormente se presentan las lesiones preneoplásicas durante los 10-15 años posteriores y sin alguna intervención se puede desarrollar cáncer invasor después a los 25 a 30 años después de la infección (20). El tiempo es relativamente largo para poder detectar la enfermedad y otorgarse un tratamiento oportuno.

Es considerada por tener un alto impacto económico al afectar a mujeres jóvenes en edad productiva y reproductiva, por lo que según la OMS estas características son pertenecientes a un problema de salud pública en el

mundo, por esta razón este organismo se encarga de implementar estrategias y acciones para guiar a los países con mayor incidencia de CaCu.

Los factores de riesgo encontrados en algunos estudios son relacionados principalmente con el estilo de vida de las mujeres, como lo son el inicio de vida sexual a temprana edad, estado civil en su mayoría casadas, con educación básica o incompleta, embarazos múltiples, con un rango de edad entre 40 y 57 años, respecto a un estudio la mayoría de su muestra acudió a consulta después de presentar signos y síntomas, por el rango de edad en un porcentaje alto, eran trabajadoras antes de su diagnóstico.

La Organización de la Salud (OMS) en su publicación “Control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales” en donde refiere un método para la prevención y control del cáncer cervicouterino, representa estrategias y presenta la colaboración de diversos programas, organizaciones y asociados, estando en actualización conforme los nuevos avances científicos.

Antecedente a esto en 1974 se implementó en México el programa de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino, entre sus acciones la primordial es la citología, que es una prueba de tamizaje, utilizada para la detección oportuna del CaCu, el éxito del programa radica en la calidad y disponibilidad de los recursos, se observó una disminución en la tasa de mortalidad por 100,000 estandarizada con la población mundial en 2000 fue de 13.3, y en 2008 fue de 8.6 (4). En el periodo 2000-2012, disminuyó en 37.6%, al pasar de 18.9 a 11.8 en la tasa y de 4,585 a 3,832 defunciones, durante este periodo se propuso como meta disminuir la tasa de mortalidad, lo cual no se pudo conseguir, manteniéndose un punto arriba, debido a que existe desigualdad en la infraestructura y distribución de los recursos para brindar la atención dependiendo de la región o lugar ocasionando un retraso en la detección oportuna. Teniendo como

consecuencia el aumento en los costos en salud, invirtiendo aún más en el tratamiento de los casos que se pudieron haber detectado con la citología.

Es por eso por lo que el sector salud continúa trabajando en la propuesta de estrategias y acciones para prevenir la enfermedad, que son implementadas se ven reflejadas en el Programa de acción específico, prevención y control del cáncer en la mujer, junto con la Norma Oficial Mexicana Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino. En donde se describen las acciones a seguir para el personal de salud referente a la prevención primaria, factores de riesgo, los grupos vulnerables y los pasos a seguir para el tratamiento.

Estos aportes permiten justificar la realización del estudio ya que confirman los beneficios que puede brindar el uso de las diferentes herramientas de la geografía en salud, como lo es el análisis espacial.

La importancia de realizar este estudio radica en que los resultados obtenidos, nos permitirá tomar acciones en beneficio de las mujeres que residen en el lugar, así mismo, al no contar con información científica de estudios actualizados y referidos al tema abordado, la investigación permite aportar información valiosa y relevante, no solo de la variable abordada, sino también de las unidades que análisis que formaron parte de la investigación. La investigación es relevante y trascendental para la comunidad en general, debido a que las prácticas preventivas de cáncer de cuello uterino, constituye un aspecto importantísimo en la lucha contra esta enfermedad que viene siendo una de las principales causas de muerte en las mujeres, tanto a nivel mundial como a nivel nacional.

Por lo que fue pertinente la realización del estudio para contribuir a la generación de nuevo conocimiento, construcción de nuevas herramientas utilizando los datos encontrados y existentes, para poder visualizar el problema de incidencia, prevalencia y mortalidad del CaCu en el Barrio San Juan Progreso.

1.6.- DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO

(INEGI, 2019) Explica:

El cáncer es la tercera causa de muerte en México, por esta enfermedad fallecen 14 de cada 100 personas y la esperanza de vida de quienes la padecen es de 63 años. Su mortalidad está creciendo de manera acelerada, pues entre 1990 y 2019 el número de muertes se duplicó: de 41 a 89 mil personas. Además, se ha estimado que el cáncer genera costos directos e indirectos de entre 23 y 30 mil millones de pesos anuales, lo cual representa una quinta parte del presupuesto total del Instituto de Salud para el Bienestar en 2020.

Como en otras enfermedades, de acuerdo con datos de la Organización Panamericana de la Salud (2019), la prevención y la detección tempranas son clave: los programas de vacunación y tamizaje son intervenciones efectivas para prevenir los tipos de cáncer susceptibles de prevención primaria y secundaria; alrededor de 3 de cada 10 de los casos de cáncer pueden curarse si se detectan temprano y se tratan de manera adecuada; y cerca de 4 de cada 10 casos de cáncer podrían prevenirse si se evitan factores de riesgo cruciales como el tabaco, el consumo abusivo de alcohol, la dieta poco saludable y la inactividad física.

Considerando los elevados grados de incidencia y mortalidad del cáncer, así como sus consecuencias perniciosas para el bienestar económico y social de las personas, es imprescindible que como sociedad nos preguntemos ¿cómo lograr que el sistema público de salud provea atención efectiva, oportuna y de calidad a las personas con los cánceres de mayor incidencia en México?

(García, 2012) Afirma:

El cáncer cervicouterino sigue representando un problema de salud pública en México, por su magnitud y trascendencia en las esferas individual, familiar, social y económica. Esta enfermedad es motivo de dolor físico y sufrimiento para las mujeres enfermas y sus familiares, y los costos del diagnóstico, tratamiento y control se ubican entre los más altos en la medicina, motivo por lo que se le consideran de tipo catastrófico para el individuo y las instituciones.

La falta de un diagnóstico oportuno se ha atribuido como principal causa de mortalidad, condicionada por factores como las barreras de accesibilidad a la atención médica, los aspectos sociales y culturales que impiden la detección y la solicitud de demanda a los servicios ante los primeros síntomas de la enfermedad. Por lo tanto, se reconoce que los servicios de salud deben fortalecer las acciones dirigidas a la educación para la salud, promover la prevención primaria por inmunización y la promoción secundaria a través de la detección oportuna, así como contar con los recursos de atención médica necesarios para atender la demanda en los casos nuevos identificados que contribuyan a disminuir la mortalidad por esta causa.

La prioridad de las políticas en salud es que toda la población, cualquiera sea su condición socioeconómica y el grupo étnico al que pertenezca, tenga las mismas oportunidades y calidad en la accesibilidad y servicios de atención preventiva y curativa. La evidencia muestra que poblaciones marginadas, en términos sociales, geográficos y económicos, tienen una mayor probabilidad de morir por cánceres prevenibles, lo cual se puede atribuir, entre otros factores, a que no reciben un diagnóstico oportuno y, por tanto, el tratamiento es tardío.

Se trata de una neoplasia de relevancia por la magnitud que presenta respecto a la morbilidad y mortalidad, sobre todo si se toma en cuenta su alto potencial de ser prevenible a fin de evitar la mortalidad por esta causa. En México, es la segunda causa de muerte por cáncer en la mujer, con una incidencia de 23.3 casos por 100,000 mujeres. En el año 2012, se registraron 3832 defunciones en mujeres con una tasa cruda de 6.4 defunciones por 100,000 mujeres. En el grupo específico de mujeres de 25 años y más, la tasa cruda es de 11.8 defunciones por 100.000 mujeres y un promedio de edad a la defunción de 59.03 años. Las entidades con mayor mortalidad por cáncer del cuello uterino son Colima, Oaxaca, Veracruz, Morelos y Chiapas.

La macro localización de la prevención del Cáncer Cervicouterino en la presente investigación se realizará en el Municipio de Bella Vista, Chiapas, reuniendo distintos tipos de datos e información de suma importancia. En cuanto a la micro localización se realizará específicamente en el Barrio San Juan Progreso de este mismo Municipio recolectando información de mujeres entre 30 a 40 años de edad.

Por lo anterior se decidió realizar el presente trabajo con la finalidad de implementar estrategias y medidas de prevención, y al mismo tiempo para informar y concientizar a la población antes mencionada.

Bella Vista es uno de los 124 municipios en que se encuentra dividido el estado mexicano de Chiapas. Se localiza en la Sierra Madre de Chiapas, por lo cual su territorio es accidentado, sus coordenadas geográficas son 15° 35' N y 92° 15' W. Sus límites son, al norte con los municipios de Chicomuselo y Frontera Comalapa, al sur con Siltepec y la Grandeza, al este con Amatenango de la Frontera y al oeste con Siltepec. La cabecera es Bella Vista.

El municipio fue erigido en pueblo y cabecera municipal con el nombre de San Pedro Remate, por decreto del 21 de febrero de 1887, promulgado por Adrián Culebro, gobernador sustituto de Chiapas. La formación del pueblo se hizo con los habitantes de la ranchería San Pedro Remate, del departamento de Comitán. En 1920, el gobernador Tiburcio Fernández Ruíz, jefe de la contrarrevolución en Chiapas, por conducto de la XXVIII Legislatura local descendió tanto al Municipio como al pueblo de San Pedro Remate al nivel de delegación del municipio de La Grandeza, y dos años después a simple agencia municipal. Sin embargo, con la venia de las autoridades de La Grandeza, el Municipio de San Pedro Remate continuó con su antigua categoría, nombrando regularmente a sus autoridades.

El 6 de junio de 1925, en un acto de justicia, se le restituye su categoría de Municipio libre, por disposición de Carlos A. Vidal, gobernante en turno. De ese modo, a San Pedro Remate se le agregan las delegaciones de San Pedro, Los Cimientos y Las Chicharras. Son personajes ilustres nacidos en este municipio Ricardo Alfonso Paniagua (1896-1927), político, y Héctor Eduardo Paniagua (1896-1962), poeta.⁶

La extensión territorial del municipio es de 114.3 km², la cual equivale al 5.37% de la superficie de la región Sierra y al 0.15% de la superficie estatal. Su altitud es de 1,700 msnm. En todo el municipio se encuentra zonas accidentadas por encontrarse en la Sierra Madre del Sur.

La localidad de San Juan Progreso está situada en el Municipio de Bella Vista (en el Estado de Chiapas). Hay 516 habitantes. En la lista de los pueblos más poblados de todo el municipio, es el número 11 del ránking. San Juan Progreso está a 664 metros de altitud.

CAPITULO II: MARCO DE REFERENCIA

2.1. MARCO HISTORICO

(Robinson, 2010) Argumenta:

Parece indiscutible que lo que conocemos hoy bajo el término genérico de cáncer ha existido siempre en el ser humano moderno, al menos con seguridad dentro del periodo de las civilizaciones en los últimos 5000 años, como lo atestiguan los hallazgos egipcios en el papiro de Smith y de Ebers. Anterior a estas fechas aproximadas, no existe evidencia absoluta que los Homo sapiens de los últimos 200 000 años lo hayan padecido, aunque es de suponer que seguramente hace 40 000 años, en la época Cromagnon europea, existía tal condición, si se tiene en cuenta al menos la etiología genética.

Es probable que a partir de la aparición de la agricultura y la domesticación de animales, entre 12 000 y 8 500 años atrás, cuando el H. sapiens tomó contacto cercano con las plantas y los animales, y mayor número de microorganismos, hayan aparecido ciertas formas de cáncer, considerando que la alimentación humana cambió radicalmente con nuevos granos, bayas y frutos; y con la ingesta de productos lácteos de la cabra, la vaca, el carnero, y tal vez de otros animales dentro de las 5 especies primariamente domesticadas.

Hay un reciente hallazgo en el norte de Sudán, en un fósil de 3200 años de antigüedad, que muestra signos de metástasis, en especial en la escápula, considerado la documentación más antigua con respecto al cáncer. En total existen alrededor de 200 fósiles hallados que tienen

alguna evidencia de haber padecido enfermedad maligna, algunos correspondientes al periodo pre-hispánico de México y Perú.

El papiro egipcio más antiguo es el de Smith (1600 A.C.), actualmente recopilado en la Academia de Medicina de New York, es un documento que ilustra las afecciones de la época, describiendo 8 casos de úlceras o tumores removidos con el uso de un “cauterio” y posibles osteosarcomas. En el papiro de Ebers (1500 A.C.), lamentablemente perdido durante la segunda guerra mundial, hay una mayor descripción de lesiones tumorales con referencia a órganos afectados, como la piel, el estómago, el útero, el ano, y posiblemente la tiroides, así como relatos de extirpaciones quirúrgicas.

También Hipócrates (Grecia siglo V), en su teoría de los cuatro humores: flema, sangre, bilis amarilla y bilis negra, descrita en el Corpus Hipocraticum, relaciona los excesos y desequilibrios de los humores a estados como la melancolía y su posible relación con enfermedades, recomendando para el tratamiento de tumores el aceite de rosas y la extirpación quirúrgica. Hipócrates creó el término cáncer para designar los crecimientos malignos, palabra que significa cangrejo y sugiere el avance del proceso en todas direcciones.

El origen de la palabra Cáncer (Karkinos) se le adjudica a Hipócrates (460-370 a. C). Carcinus (Karkívoc, habitualmente denominado por su nombre en latín, Cáncer, o simplemente como el Cangrejo) es un cangrejo gigante de la mitología griega que habitaba en la laguna de Lerna. Es un personaje secundario en el mito de los doce trabajos de Heracles, a quien, por orden de Hera, ataca mientras lucha contra la Hidra de Lerna; como recompensa por esta acción, Hera lo convierte en la constelación de Cáncer. Él creía que el cuerpo tenía 4 humores o fluidos corporales en equilibrio, a saber: la sangre, la flema, la bilis amarilla y la bilis negra, y

sugirió que el desequilibrio de estos humores en diversos sitios del cuerpo podría ocasionar enfermedad, entre ellas el cáncer.

Galeno, médico griego del siglo II, recomendó el cauterio y la cirugía para los crecimientos tumorales, a los que denominó “oncos”, que quiere decir “hinchazón”. Celso, en Roma, indicaba emplastos de miel, higos y col para esta condición, mientras el médico árabe Rhazes, siguiendo a Galeno, insistía en el empleo del cauterio y la cirugía. Todos conocieron la capacidad de recidiva que poseían ciertos crecimientos después de la ablación quirúrgica, complicación que era temida y con frecuencia considerada fatal.

(Bulnes, 2013) Afirma:

El cáncer cervicouterino (CaCu) es un problema de salud pública, constituye la enfermedad neoplásica más frecuente y mortal en la población femenina, siendo la primera causa de muerte por neoplasias malignas en el grupo de 25 a 64 años.

Los antecedentes de las descripciones de cáncer cervicouterino se remontan hasta los años 460 a.C. con Hipócrates, quien hace una amplia descripción del cáncer, en su “corpus Hipocraticum”, sobre todo del cáncer de seno, útero y piel, y a él se atribuye la paternidad del término cáncer para designar esta enfermedad. Aurelio Cornelio Celso, 40 años a.C., en el libro primero de su obra “Ocho Libros de la Medicina”, narra la presencia de un cáncer en los genitales de una noble dama.

Galeno, en el año 135 d.C., dedica una monografía completa al estudio del cáncer. Hans Hinselmann, en 1925, en Alemania, inventa el colposcopio y Schiller, en 1933, introdujo la prueba de lugol en el examen del cérvix uterino. El gran mérito de George Papanicolaou y su escuela fue haber

sistematizado una técnica de diagnóstico con métodos de toma de muestra, fijación en fresco, tinción y nomenclatura de los diferentes tipos de alteración citológica relacionada con el CaCu, publicando en 1954 su Atlas de Citología Exfoliativa.

A Hipócrates se le atribuye el nombre de "cáncer" como "karkinoma" (carcinoma). En el mundo moderno, la ciencia y la cirugía avanzaron a medida que los médicos volvían a la observación directa del cuerpo humano. Sin embargo, la teoría de que el cáncer fue causado por un exceso de bilis negra continuó prevaleciendo hasta el siglo XVI. La enfermedad se consideró incurable, aunque se formuló una amplia variedad de brebajes que contenían arsénico para tratar sus manifestaciones. En el siglo XVII, la vieja teoría de la enfermedad basada en humores corporales fue descartada cuando los vasos del sistema linfático fueron considerados como su principal causa. En el siglo XVIII Bernard Peyrilhe realizó algunos experimentos para confirmar o refutar la hipótesis no anatómica relacionada con el cáncer.

Celsus (28-50 a.C), traduce el término de "Karkinos" a cáncer. Galeno (130-200 d.C) utiliza el término "oncos" para señalar su capacidad de "hincharse", término del que por cierto se deriva la denominación "Oncología".

Galeno es considerado el investigador médico más completo del mundo romano; sus conceptos dominaron por mucho tiempo en medicina hasta que Wiseman (1600) cirujano del Rey Carlos I, cuestionó muchos de los conceptos de Galeno pero, su mayor contribución a la oncología, fue establecer el concepto de curación a partir del tamaño del tumor. LeDian confirmó esta observación en material de necropsia.

2.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

El tema del cáncer Cervicouterino y sobre todo de la importancia de la prevención es tan común en la población femenina, y desafortunadamente es motivo de discrepancias, ya que para muchos no existe gran relevancia en el padecimiento de este problema convirtiéndose a la larga en motivo de complicaciones. Por ello el presente trabajo se enfoca principalmente en dar a conocer la importancia de las medidas preventivas de dicha patología. Será guiada por muchas otras investigaciones previas a ésta y de las cuales se presentan algunas a continuación:

NOMBRE DE LA TESIS: “PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER CERVICOUTERINO EN EL DISTRITO DE CORACORA”

AUTOR: DIANA CAROLINA MISAGEL MENDOZA

AÑO: 2021.

OBJETIVO: Describir las prácticas de prevención de cáncer cervicouterino, según mujeres del distrito de Coracora en los meses de Julio a octubre de 2020.

RESULTADOS: En las prácticas de prevención primarias se tiene que, gran parte tienen una vida sexual activa, la mayoría refiere haber tenido ITS y el uso del preservativo es solo en ocasiones. En cuanto a las prácticas de prevención secundarias, un gran número refieren no haberse realizado la prueba de papanicolaou, un 20% indica no recordar cuando se han realizado la prueba.

DISCUSION: La discusión es el proceso de triangulación, que se realiza comparando los resultados obtenidos en el estudio, con el de los principales antecedentes, a fin de determinar si estos se asemejan o se anteponen, finalmente se busca un respaldo teórico, consultando las fuentes teóricas citadas. Es la quinta neoplasia, es decir enfermedad producida por la formación anormal de tumores malignos o benigna, más frecuente del mundo, siendo la segunda casusa en las mujeres, después del cáncer de seno. En una estimación realizada, se ha reportado que anualmente aparecen aproximadamente 500 000 casos, y que un 90% de los casos ocurren en los países en desarrollo.

CONCLUSIONES: Las prácticas de prevención de Cáncer Cervicouterino no son las adecuadas en la mayoría de mujeres, así como el no realizarle la prueba de papanicolaou de manera oportuna.

NOMBRE DE LA TESIS: “INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA INCREMENTAR LOS CONOCIMIENTOS DE CÁNCER CERVICOUTERINO Y DE MAMA EN ESTUDIANTES DEL AREA DE LA SALUD, UV XALAPA, VERACRUZ, MÉXICO”

AUTOR: TANIA VANESA SANDOVAL MUÑIZ

AÑO: 2017.

OBJETIVO: Aplicar y evaluar la intervención educativa “CaCuCaMama” en estudiantes universitarios del Área de Ciencias de la Salud, campus Xalapa de la Universidad Veracruzana, para incrementar el nivel de conocimientos en ésta población. Considerando que es de vital importancia que los futuros profesionistas de la salud cuenten con la información necesaria referente a estas patologías, que representan un serio problema de salud pública.

DISCUSION: En un estudio realizado por Paéz y cols., en 2010, en la Facultad de Salud de la Universidad de Santander de Colombia, el cual tenía como objetivo conocer los conocimientos y frecuencia de factores de riesgo para cáncer de mama, reportó que el promedio de edad de los encuestados fue de 21 años en un rango de 16 a 33 años; datos que concuerdan con lo observado en el presente estudio, en donde el promedio de edad fue de 22 y 21 años en el grupo de estudio y grupo control respectivamente. Respecto al estado civil, en este mismo estudio de Paéz se encontró que 83% de la muestra eran solteros y el porcentaje restante convivía ya con una pareja. Dato importante de observar, ya que en este estudio más de 95% igualmente eran solteros, lo que demuestra que tanto en nuestro país como en Colombia la edad del estudiante universitario del área de la salud es similar y prevalece la soltería.

CONCLUSIONES: Los estudiantes del área de la salud de este proyecto de intervención tienen la edad promedio y esperada para un estudiante universitario, el predominio de género en los estudiantes es de tipo femenino y a pesar de que la Universidad Veracruzana cubre al total de sus estudiantes de pregrado, con servicio médico por parte del IMSS, un alto porcentaje de alumnos no cuenta con ningún tipo de servicio médico, situación que pone de manifiesto el desconocimiento de los alumnos de acuerdo a su derecho a la salud como universitario, a pesar de que son alumnos que tienen mayor contacto con los diferentes servicios de salud.

Al menos dos terceras partes de los participantes han tenido relaciones sexuales en una ocasión y cuentan con más de una pareja sexual, el método anticonceptivo que predominó fue el condón seguido de aquellos que no utilizaban ningún método, con lo que se puede concluir que a pesar de que son futuro personal de salud en formación, no son conscientes del riesgo que implica tener múltiples parejas sexuales

añadiendo la ausencia de un método anticonceptivo, específicamente de barrera, los cuales son los únicos que hasta nuestros días han demostrado prevenir, si se usan adecuadamente, el contagio de enfermedades de transmisión sexual, información que debe ser manejada por los futuros promotores de la salud.

NOMBRE DE LA TESIS: “COMPORTAMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGOS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICOS DEL CÁNCER CERVICOUTERINO.”

AUTOR: ILIANA DELIA GÓMEZ CASAUS.

AÑO: 2019.

OBJETIVO: Caracterizar el comportamiento clínico-epidemiológico del cáncer cervicouterino en mujeres de 25 a 64 años en el Policlínico Máximo Gómez, en el periodo comprendido de enero - diciembre 2018.

DISCUSION: Cuando analizamos el comportamiento de los resultados de la citología orgánica en el Policlínico Máximo Gómez en el período estudiado encontramos que de un total de 1653 citologías realizadas el 2.17 % de las pacientes tuvieron resultados alterados, representado por 36 pacientes.

No coincidimos con algunos investigadores ya que obtuvieron un predominio mayor de infección vaginal por trichomonas.^{21,32} Por otra parte Gómez y otros autores realizaron estudios similares en México, demostrando la relación existente entre las infecciones de transmisión sexuales y las patologías de cuello; reportaron una mayor incidencia en

las infecciones por trichomonas, por lo que tampoco coincidimos con estos autores.

CONCLUSIONES: En el periodo estudiado, las lesiones de cuello uterino más incidentes en las citologías de las pacientes fueron las NIC I. Las lesiones pre malignas del cuello uterino se encontraron mayormente en mujeres de 30 y 39 años de edad, multíparas, en el uso de anticonceptivos hormonales y en casos de cervicitis de etiología no precisada y moniliasis vaginal; así como, en el inicio precoz de las relaciones sexuales y la práctica del hábito de fumar.

No se encontró diferencia significativa entre la incidencia de casos de citologías positivas en el periodo del estudio con las detectadas en igual periodo del 2017.

2.3. MARCO TEÓRICO

2.3.1. ANATOMIA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO

El aparato reproductor Femenino es el conjunto de tejidos, glándulas y órganos que participan en la procreación (tener hijos). En la mujer, abarca los ovarios, las trompas de Falopio, el útero, el cuello uterino y la vagina.

La comprensión básica de la anatomía y fisiología, se considera fundamental para el entendimiento de la sexualidad humana, ya que a partir del manejo adecuado de esta información, las personas pueden entender la importancia de este sistema y por ende las patologías asociadas. Los órganos genitales femeninos incluyen la vagina, el útero, las trompas uterinas y los ovarios.

2.3.1.1. VAGINA

Es un tubo musculomembranoso que se extiende desde el cuello del útero hasta el vestíbulo de la vagina (hendidura entre los labios menores en la cual también se abre la uretra). El extremo superior rodea al cuello del útero y el extremo inferior pasa anteroinferiormente a través del suelo de la pelvis para abrirse en el vestíbulo. La vagina sirve como conducto excretor para el líquido menstrual, forma la porción inferior del canal pélvico (o del parto) y recibe el pene y el eyaculado durante el coito.

La vagina perfora la membrana perineal. Normalmente se encuentra colapsada excepto en el extremo inferior donde el cuello uterino las mantiene abiertas, en esta parte se describen las porciones anterior, posterior y lateral. La porción posterior del fondo de saco es la más profunda y está íntimamente relacionada con el fondo de saco rectouterino. Esta porción es muy distensible, y permite acomodar el pene

erecto. Cuatro músculos comprimen la vagina y actúan como esfínteres: Pubovaginal, esfínter externo de la uretra, esfínter uretrovaginal y bulboesponjoso. Las relaciones de la vagina son anteriormente, la base de la vejiga y la uretra, lateralmente el músculo elevador del ano, la fascia pélvica visceral y los uréteres y posteriormente el canal anal, el recto y el fondo de saco rectouterino.

2.3.1.1.1. Vasculatura de la vagina

Para hablar de la vasculatura vaginal dividimos esta en dos porciones:

- Porción superior: a través de las arterias uterinas.
- Porción media e inferior: a través de las arterias vaginales que derivan de la arteria rectal media y de la arteria pudenda interna.

Las venas forman los plexos venosos vaginales a lo largo de las caras laterales de la vagina y dentro de la mucosa vaginal, estas comunican con los plexos venosos vesical, uterino y rectal y drenan en las venas ilíacas internas.

2.3.1.1.2. Inervación

Los nervios para la mayor parte de la vagina derivan del plexo uterovaginal situado con la arteria uterina entre las capas del ligamento ancho del útero. El plexo uterovaginal es una extensión del plexo hipogástrico inferior. Sólo del 20% al 25% inferior de la vagina es somático en términos de inervación. La inervación de esta porción inferior proviene de la rama perineal profunda del nervio pudendo. Sólo esta parte de la vagina con inervación somática simpática es sensible al tacto y la temperatura.

2.3.1.2. ÚTERO

El útero es un órgano muscular hueco piriforme y de pared gruesa, situado en la pelvis menor, normalmente en anteversión con el extremo hacia delante en relación con el eje de la vagina y flexionado anteriormente en relación con el cuello uterino. La posición del útero cambia con el grado de plenitud de la vejiga y el recto. El útero se divide en dos porciones principales:

- **El cuerpo:** forma los dos tercios superiores y tiene dos porciones, el fondo la porción redondeada del cuerpo situada por encima de los orificios de las trompas uterinas y el istmo la región del cuerpo relativamente contraída inmediatamente por encima del cuello uterino.
- **El cuello:** la porción inferior estrecha que protruye en la parte superior de la vagina.

El cuerpo del útero está situado entre las capas del ligamento ancho y es libremente móvil. Tiene dos caras, la vesical y la intestinal. Los cuernos uterinos son las regiones superolaterales donde entran las trompas uterinas. El cuello del útero está dividido en las porciones vaginal y supravaginal, esta última está separada de la vejiga por tejido conectivo laxo y del recto posteriormente por el fondo de saco rectouterino. El ligamento del ovario se fija al útero posteriormente a la unión uterotubárica. El ligamento redondo del útero se fija anteroinferiormente a esta unión. La pared del cuerpo uterino consiste en tres capas:

- **Perimetrio:** túnica serosa externa, consiste en peritoneo sostenido por una capa delgada de tejido conectivo.

- **Miometrio:** túnica muscular media, es una capa gruesa que se distiende mucho durante el embarazo, las ramas principales de los vasos sanguíneos y los nervios del útero se localizan aquí.
- **Endometrio:** túnica mucosa interna, se adhiere firmemente al miometrio.

Los principales soportes del útero son la fascia pélvica y la vejiga urinaria. El cuello uterino es la porción menos móvil del útero porque se mantiene en posición por ligamentos que son condensaciones de la fascia endopélvica:

- **Ligamentos cervicales transversos:** desde el cuello uterino y las porciones laterales del fondo de saco hasta las paredes laterales de la pelvis.
- **Ligamentos rectoureterinos:** pasan por encima y ligeramente detrás de las caras laterales del cuello del útero hacia el centro del sacro, son palpables en el examen rectal.
- **El ligamento ancho del útero:** es una doble capa de peritoneo que se extiende desde las caras laterales del útero hasta las paredes laterales y el suelo de la pelvis, ayuda a mantener el útero relativamente centrado en la pelvis, pero contiene sobre todo los ovarios, las trompas uterinas y la vasculatura que las irriga. Las dos capas del ligamento se continúan entre sí en un borde libre que rodea a la trompa uterina. Lateralmente, el peritoneo del ligamento ancho se prolonga superiormente sobre los vasos ováricos como el ligamento suspensorio del ovario. La porción del ligamento ancho por la cual se suspende el ovario es

el mesovario, la porción del ligamento ancho que forma el mesenterio de la trompa uterina es el mesosálpinx y la principal porción del ligamento ancho o mesometrio está por debajo del mesosálpinx y el mesovario.

El peritoneo cubre al útero por delante y por encima, excepto por la porción vaginal del cuello uterino. El peritoneo se repliega anteriormente del útero sobre la vejiga y posteriormente sobre la porción posterior del fondo de saco vaginal sobre el recto. El cuerpo uterino inferior (istmo) y el cuello se sitúan en contacto directo con la vejiga sin peritoneo interpuesto. Posteriormente, el cuerpo y la porción supravaginal del cuello uterino están separados del colon sigmoideo por una capa de peritoneo y la cavidad peritoneal u del recto por el fondo de saco rectouterino.

El útero está formado por dos porciones anatómicas, el cuerpo y el cuello o cérvix. Esta última, de aspecto cónico en su conjunto y 3 cm de longitud, es la parte inferior y más angosta del útero. La luz del cuello, llamada conducto endocervical, presenta dos estrechamientos, uno en cada extremo, denominados orificio interno, que se comunica con la cavidad del cuerpo y orificio externo, que se comunica con la vagina. Se le llama istmo, a una estrecha región donde el cuerpo se une con el cuello.

Este se subdivide en dos porciones, supravaginal, que es la parte superior más próximo al cuerpo del útero, y la porción vaginal, que se introduce en la parte superior de la vagina. En toda su extensión, está revestido por una mucosa que sufre grandes variaciones de una porción a otra. En la porción supravaginal (endocérvix) la mucosa es similar a la del cuerpo, estando constituida por un epitelio simple cilíndrico con células ciliadas y células secretoras de mucus. De este epitelio se originan glándulas grandes y ramificadas que se extienden por toda la lámina propia o estroma.

En la porción vaginal o exocérnix, el epitelio simple cilíndrico de la mucosa se transforma en un epitelio estratificado plano húmedo que se continúa con el de la vagina. Este epitelio posee un estrato basal de células con núcleos alargados, perpendiculares a la membrana basal y escaso citoplasma; un estrato para basal, de células poligonales y mayor cantidad de citoplasma; un estrato intermedio, con células de núcleos ovalados y abundante citoplasma y un estrato superficial, de células dispuestas horizontalmente y núcleos pequeños e hipercromáticos.

Esta variación de las características celulares al ascender hacia la superficie, corresponde a una maduración celular. Por fuera, el resto de la pared está formada por una capa de escasas fibras musculares lisas y abundante tejido conectivo denso. En la zona de transición, sitio donde el epitelio simple cilíndrico mucosecretante del conducto endocervical se transforma en el epitelio estratificado de la porción vaginal del cuello, pueden aparecer alteraciones, en especial después de los partos, que consisten en parches de epitelio simple cilíndrico en la porción vaginal del cuello.

Estas áreas anómalas llamadas erosiones, son susceptibles de desencadenar una reacción inflamatoria. La inflamación crónica no tratada que se asocia con las erosiones, puede ser un factor predisponente al cáncer de cuello uterino. Las células epiteliales del cérvix se exfolian constantemente hacia la vagina, de modo que los extendidos de células coloreados con la técnica de Papanicolaou son de gran utilidad en la detección del cáncer cervical.

2.3.1.2.1. Vasculatura

La irrigación deriva principalmente de las arterias uterinas (rama de la división anterior de la iliaca interna). Las venas uterinas discurren en el ligamento ancho, drenando en el plexo venoso uterino a cada lado del útero y la vagina, y estas venas a su vez drenan en las venas ilíacas internas.

2.3.1.2.2. Inervación

Proviene principalmente del plexo uterovaginal que se extiende hasta las vísceras pelvianas desde el plexo hipogástrico inferior. Fibras simpáticas, parasimpáticos y aferentes viscerales pasan a través de este plexo.

- **Inervación simpática:** se origina en la médula espinal torácica inferior y atraviesa los nervios espláncnicos lumbares.
- **Inervación parasimpática:** se origina en los segmentos medulares S2 a S4 y atraviesa los nervios espláncnicos pélvicos hasta el plexo hipogástrico inferior/uterovaginal.

2.3.1.3. TROMPAS DE FALOPIO

Se extienden desde los cuernos uterinos y se abren en la cavidad peritoneal cerca de los ovarios. Están situadas en el mesosálpinx. Típicamente se extienden en sentido posterolateral hasta las paredes laterales de la pelvis donde ascienden y se arquean sobre los ovarios, aunque la posición de trompas y ovarios es variable durante la vida y los lados derecho e izquierdo son asimétricos a menudo. Cada trompa uterina se divide en cuatro porciones:

- **Infundíbulo:** es el extremo distal con forma de embudo que se abre en la cavidad peritoneal a través del orificio abdominal

(ostium). Sus prolongaciones digitiformes, las franjas, se extienden sobre la cara medial del ovario.

- **Ampolla:** la porción más ancha y más grande, comienza en el extremo medial del infundíbulo.
- **Istmo:** la porción de pared gruesa, entra en el cuerno uterino.
- **La porción uterina:** es el segmento intramural corto que atraviesa la pared del útero y se abre a través del orificio uterino en la cavidad uterina.

2.3.1.3.1. Vascularización

Las ramas tubáricas se originan como ramas terminales que se anastomosan de las arterias uterinas y ováricas. Las venas drenan en las venas ováricas y el plexo venoso uterino.

2.3.1.4. OVARIOS

Con forma de almendra, se localizan más comúnmente cerca de las paredes laterales de la pelvis suspendidos por el mesovario (parte del ligamento ancho). El extremo distal del ovario conecta con la pared lateral de la pelvis mediante el ligamento suspensorio del ovario. Este ligamento transporta los vasos, linfáticos y nervios ováricos hacia y desde el ovario, y constituye la porción lateral del mesovario. El ovario también se fija al útero mediante el ligamento propio del ovario, que se extiende dentro del mesovario. El ligamento conecta el extremo proximal uterino del ovario al ángulo lateral del útero, por debajo de la entrada de la trompa uterina.

2.3.1.4.1. Vasculatura

Las arterias ováricas provienen de la aorta abdominal, en el reborde pelviano, las arterias ováricas cruzan sobre los vasos ilíacos externos y entran a los ligamentos suspensorios. La arteria ovárica envía ramas a través del mesovario al ovario y a través del mesosálpinx para irrigar la trompa uterina. Las ramas ováricas y tubáricas se anastomosan con las ováricas y tubáricas de la arteria uterina.

Las venas que drenan del ovario forman el plexo pampiniforme de venas cerca del ovario y la trompa uterina. La vena ovárica derecha asciende para entrar en la vena cava inferior y la vena ovárica izquierda drena en la vena renal izquierda.

2.3.1.4.1. Inervación

Los nervios descienden a lo largo de los vasos ováricos desde el plexo ovárico, que comunica con el plexo uterino. Las fibras parasimpáticas en el plexo derivan de los nervios espláncnicos pélvicos. Las fibras aferentes desde el ovario entran en la médula espinal a través de los nervios T10 y T11.

2.3.2. CÁNCER CERVICOUTERINO (CaCu)

(IMSS, 2015) Define:

Es el crecimiento anormal y acelerado de las células que se encuentran en el cuello de la matriz (cervix). Además agrego, que al inicio de la patología las lesiones son tan pequeñas que no se pueden ver a simple vista y que desafortunadamente durara así por muchos años siendo asintomática,

hasta que el cáncer se encuentre ya más avanzado se apreciara a simple vista al momento de la exploración ginecológica e incluso causara molestias.

Aunado a esto, otros institutos importantes de nuestro país también consideran que el CaCu es un tipo frecuente de cáncer en el cual las células cancerosas se encuentran en los tejidos del cervix y pueden hacer metástasis.

(GPC, 2016) Afirma:

Es una una alteración que se origina en el epitelio del cérvix que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras de lenta y progresiva evolución, las cuales progresan a cáncer in situ o un cáncer invasor en donde las células con transformación maligna traspasan la membrana basal.”

(NOM-014, 2000) Argumenta:

El Cáncer es un tumor maligno en general, es la pérdida de control del crecimiento y división de las células que puede invadir y destruir estructuras adyacentes y propagarse a sitios alejados para causar la muerte. También pueden usarse os siguientes términos:

- Carcinoma in situ: Es una lesión en la que todo el epitelio o la mayor parte de él muestra el aspecto celular de carcinoma. No hay invasión del estroma subyacente.
- Carcinoma micro invasor del cuello uterino: 1 a 1 invasión mínima al estroma no mayor a 1 mm., 1 a 2 invasión al estroma menor de 5 mm. y con una extensión horizontal no mayor de 7 mm.

El CaCu se define como el desarrollo y la multiplicación de células malignas que penetran la membrana basal e infiltración del estroma del cuello uterino. Se asocia a la infección por el virus de VPH, los tipos 16, 18, 31 y 33 son los que más se asocian al desarrollo de cáncer.

(Cardona, 2017) Explica:

El CaCu se produce de forma secundaria a la transformación viral de las células de la superficie (epiteliales) por los tipos de alto riesgo del virus del VPH, y es el único cáncer ginecológico que se puede prevenir mediante un examen de detección regular. La infección persistente con VPH de alto riesgo se ha identificado como el factor esencial en la patogenia de la mayoría de los cánceres de cuello uterino. La capacidad del virus para transformar el epitelio humano se ha asociado con la expresión de dos productos genéticos virales, E6 y E7, que interactúan con p53 (una proteína supresora de tumores) y la proteína del retinoblastoma (pRB), respectivamente, y afectan los mecanismos de control del ciclo de la célula.

La infección persistente es la condición necesaria para el desarrollo de lesiones premalignas y su progresión. El tipo viral es, sin duda, uno de los principales factores predictores de riesgo de progresión a NIC 3. Por tanto, la mayoría de las mujeres con infecciones que se expresan en forma de alteraciones citológicas menores (LSIL o ASCUS) tienden a regresar o desaparecer en los próximos meses o años. El mejor marcador subrogado de riesgo para el desarrollo de cáncer cervical es NIC 3. Las lesiones de NIC 2, aunque se consideran lesiones de alto grado y mayoritariamente se tratan (margen clínico de seguridad), constituyen un grupo heterogéneo formado tanto por lesiones regresivas causadas por VPH de bajo riesgo como por lesiones progresivas.

El tiempo entre infección por VPH oncogénicos y el desarrollo clonal de NIC 3 es difícil de calcular, ya que depende del tipo e intensidad del seguimiento y de los límites aceptados para el diagnóstico (biopsia dirigida por colposcopia).

2.3.3. CLASIFICACIÓN

(Vega, 2016) Menciona:

En el I Congreso Internacional de Citología, celebrado en 1961, se propuso utilizar el término “displasia” para designar a todas las lesiones premalignas cervicales. Posteriormente en 1967, Richart introdujo un nuevo término: “neoplasia cervical intraepitelial” (NIC), para referirse al espectro de epitelios escamosos anormales, que muestran alteraciones en la estructuración y maduración, pero que están bien diferenciados (acorde con la displasia) o que, por el contrario, muestran ausencia total de diferenciación, situados en la superficie o relleno de glándulas, pero sin invasión (acorde con el carcinoma in situ).

2.3.3.1. SEGÚN LA INTENSIDAD DE LAS LESIONES

- **NIC, grado 1:** (Equivalente a displasia leve). Las anomalías afectan aproximadamente solo el tercio inferior del grosor del epitelio.

- **NIC, grado 2:** (Equivalente a displasia moderada). Las anomalías afectan entre un tercio y dos tercios del espesor del epitelio.

- **NIC, grado 3:** (Equivalente a displasia grave y carcinoma in situ). Las alteraciones se extienden prácticamente a todo el espesor del epitelio.

En la práctica clínica, la introducción del concepto de NIC supuso considerar estas alteraciones del epitelio como etapas de un mismo proceso con potencial premaligno y, a la vez, la necesidad, desde el punto de vista clínico, de tratar a todas las mujeres con independencia del grado. El mejor conocimiento de la historia natural permitió, más tarde, confirmar que no siempre todas estas alteraciones celulares son potencialmente progresivas y, por tanto, no tienen que acabar en un cáncer invasor.

La confirmación de que el virus del papiloma humano (VPH) constituye el factor etiológico imprescindible en el desarrollo del cáncer de cérvix ha representado una gran revolución en el conocimiento de la historia natural, diagnóstico y tratamiento de dichas lesiones.

El Instituto Nacional del Cáncer (EE. UU.), en 1985, propuso una nueva clasificación citológica (Sistema Bethesda), que introdujo el concepto de lesión intraepitelial escamosa (SIL), que subdividió en dos grados:

- **Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (LSIL):** incluye epitelios que muestran cambios en su estructura y celularidad, análogos a la displasia leve y a la NIC 1. En general, estos cambios están asociados a infecciones transitorias por VPH, por lo que el aclaramiento viral se acompaña de la regresión lesional.
- **Lesión intraepitelial escamosa de alto grado (HSIL):** incluye epitelios con cambios idénticos a los descritos en la displasia moderada o grave, o a la CIN 2 y 3. En estos casos, las infecciones

por VPH suelen ser persistentes y, por tanto, existe un mayor riesgo de transformación maligna.

2.3.3.1. SEGÚN SU GRADO DE EXTENSIÓN

(OMS, 2012) Describe:

Se describe brevemente la clasificación clínica, propuesta por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Union for International Cancer Control (IUCC).

1. **Estadio I:** Carcinoma de cérvix está limitado solo en cuello uterino.
 - **IA:** Carcinoma invasivo diagnosticado solo con microscopio. La invasión está en el estroma con un máximo de 5mm de profundidad y 7mm de extensión horizontal.
 - **IA1:** Invasión estromal ≤ 3 mm en profundidad y ≤ 7 mm de diámetro en horizontal
 - **IA2:** Invasión estromal entre 3 mm y ≤ 5 mm en profundidad y ≤ 7 mm en extensión horizontal. La afectación del espacio vascular, venoso o linfático no altera el estadio
 - **IB:** Lesión clínicamente visible confinada al cérvix o lesión preclínica mayor que el estadio IA.
 - **IB1:** Lesión clínicamente de tamaño máximo de 4cm.
 - **IB2:** Lesión clínicamente de tamaño superior a 4 cm.

2. **Estadio II:** El tumor invade más allá del cérvix, pero no invade la pared pélvica, y afecta la vagina en solo en sus dos tercios superiores.
 - **IIA:** Afecta el tercio inferior de la vagina.

- **IAB:** Invasión parametrial, pero la pared pelviana no está afectada.
3. **Estadio III:** El tumor se extiende a la pared pélvica, afecta el tercio inferior de la vagina, causa hidronefrosis o disfunción renal.
- **IIIA:** El tumor invade el tercio inferior de la vagina, pero no la pared pélvica
 - **IIIB:** El tumor se extiende a la pared pelviana, hidronefrosis o disfunción renal.
4. **Estadio IV:** El tumor invade la mucosa de la vejiga o el recto y/o se extiende más allá de la pelvis verdadera.
- **IVA:** Extensión del tumor a los órganos pelvianos cercanos.
 - **IVB:** Extensión a los órganos distantes.

2.3.4. FACTORES DE RIESGO

(Arce, 2011) Menciona:

Los estudios epidemiológicos han demostrado que existen diversos factores de riesgo que interaccionan con el VPH en la etiología de las lesiones premalignas y del cáncer del cuello uterino:

2.3.4.1. Tabaquismo

El consumo de tabaco está asociado con el CaCu, se ha detectado nicotina y carcinógenos específicos en el moco cervical de las fumadoras, lo que comprueba que el humo del tabaco aumenta el riesgo de desarrollar esta enfermedad. La presencia de estos carcinógenos hace un efecto miogénico que, afecta la capacidad del huésped para desarrollar

una respuesta inmunitaria (reducción de las células de Langerhans) local contra las infecciones, en este caso la infección por VPH, que tiene como consecuencia la persistencia viral.

2.3.4.2. Anticonceptivos hormonales orales

El uso de anticonceptivos orales durante más de 5 años incrementa el riesgo de lesiones premalignas y cáncer cervical invasor. A medida que aumenta el uso aumenta el riesgo y disminuye tras suspenderlo. El riesgo aumenta a medida que aumenta su uso y disminuye gradualmente tras suspenderlos. El mecanismo no es bien conocido, pero parece que las hormonas potencian la expresión de determinados genes del VPH. El riesgo de cáncer cervical en mujeres que han utilizado anticonceptivos por períodos extensos aumenta de forma consistente, del orden de 2 a 3 veces comparado con las mujeres no usuarias.

2.3.4.3. Infecciones del cuello uterino

Diversas cervicitis, especialmente las producidas por Chlamydia trachomatis, gonococo, virus del herpes simple o tricomonas vaginales, pueden incrementar el riesgo de padecer una infección por VPH y, probablemente, aumentar así el riesgo de una neoplasia cervical.

2.3.4.4. Inmunosupresión

Se ven implicados la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), así como la inmunosupresión farmacológica a consecuencia de trasplantes y enfermedades autoinmunes, incrementan el riesgo de desarrollar CaCu. Estar en esta condición aumenta la susceptibilidad a la infección y un mayor riesgo de persistencia viral, lo que se traduce en mayor riesgo de lesiones premalignas y cáncer.

2.3.4.5. Multiparidad

A consecuencia de los embarazos múltiples en la mujer, se favorece la constante transformación durante un largo tiempo del ectocérvix, lo que facilita su exposición al VPH. También se ha sugerido que determinados factores hormonales asociados a la gestación pueden incrementar la replicación del VPH. En mujeres VPH positivas con antecedente de cinco embarazos o más, el riesgo de presentar NIC 3 o cáncer invasivo se multiplica por tres en relación con mujeres con menos de cinco embarazos.

2.3.4.6. Múltiples parejas sexuales

Considerado de alto riesgo, como consecuencia aumenta la exposición al virus del VPH y otras infecciones de transmisión sexual.

2.3.4.7. Exposición a partículas generadas por la combustión asociadas a cáncer.

En estudios anteriores se ha encontrado la relación entre el cáncer cervicouterino y el uso de leña como un factor que aumenta el riesgo de CaCu aunado a la infección con VPH. En un estudio de casos y controles, el riesgo aumento 5.7 veces en los casos, encontrándose una relación significativa en el tiempo de exposición y la edad, siendo las mujeres de más de 45 años las que presentaron mayor riesgo.

El producto que se libera al ocurrir la combustión de la leña es el monóxido de carbono, óxidos de sulfuro y nitrógeno, mezclas de hidrocarburos aromáticos policíclicos y otras partículas, asociadas con el cáncer.

La constante exposición al humo de leña es un cofactor de riesgo para neoplasia cervical principalmente en mujeres con VPH. Por varios años puede tener efecto biológico en la progresión de las lesiones neoplásicas del epitelio cervical, provocando la acumulación de daño genético con mutaciones genéticas, como se ha planteado para otros carcinógenos ambientales, teniendo como consecuencia la aparición de lesiones en las mujeres VPH positivas.

2.3.4.8. Difícil acceso a los servicios de salud de las mujeres que viven en zonas de alta marginación

Las características sociodemográficas de las mujeres que viven en zonas de alta marginación son más vulnerables a la transmisión de la infección por el VPH y el potencial desarrollo de CaCu, por sus condiciones sanitarias que impactan en sus estilos de vida y costumbres, con respecto a la demás población. La población indígena femenina ubicada en 500 municipios de alta y muy alta marginación, no cuentan con los servicios de saneamiento ambiental, que afecta su calidad de vida.

El Consejo Nacional de Población (CONAPO), clasifica a los municipios según su grado de marginación en cinco niveles: 1 (muy alto), 2 (alto), 3 (media), 4 (bajo) y 5 (muy bajo).

2.3.5. SIGNOS Y SINTOMAS

(Arillo, 2016) Describe:

Generalmente aparecen cuando las lesiones se vuelven cancerosas e invaden el estroma cervical, uno de los primeros síntomas puede ser el

manchado poscoital. Posteriormente cuando avanza más la enfermedad la masa tumoral puede ulcerarse causando dolor, metrorragia y leucorrea.

El síntoma más asociado a esta enfermedad es el sangrado transvaginal (fuera del periodo menstrual) posterior a la relación sexual, que se presenta indoloro, silencioso, de color rojo rutilante, acompañado de coágulos cuando hay hemorragia. Y que a medida que avanza la enfermedad oncológica, los sangrados se hacen más frecuentes, de mayor duración hasta que prácticamente no cesan y se pueden tener olor fétido. Los signos y síntomas, cuando la enfermedad se encuentra más avanzada, incluye rectorragia (sangrado por el recto), hematuria (orina con sangre) y disuria (dolor al orinar) que hacen pensar en la existencia de fistula o metástasis de las células cancerígenas a vejiga o recto; secundario a obstrucción del uréter por extensión de la neoplasia a parametrios también puede encontrarse dolor en el ángulo costovertebral; hasta encontrar dolor o edema de miembros inferiores por compromiso del nervio ciático y bloqueo del retorno linfático y venoso.

2.3.6. DIAGNÓSTICO

(Baron, 2008) Explica:

Entre los diferentes de estudios que se realizan para diagnosticar estas patologías se encuentran:

2.3.6.1. Examen clínico

Su diagnóstico precoz es de verdadera importancia para este tipo de cáncer, debido a que en algunas etapas, desgraciadamente no ofrece manifestaciones clínicas. No obstante, debe conocerse su cuadro clínico.

Descritos sus síntomas, ahora se referirán los posibles hallazgos durante el examen físico, los que estarán en relación con la etapa clínica en que se encuentre el cáncer. En la mayoría de los casos, cuando hay manifestaciones en el examen físico, se encontrará por lo menos en la etapa clínica Ib. Es posible que al tacto se aprecie un pequeño nódulo indurado, a veces con pequeña ulceración, pero esto también puede corresponder a irregularidades o erosiones del cuello, motivadas por otra causa.

2.3.6.2. Citología Cervical

La citología cervical es el método de elección para la detección oportuna del CaCu. En México se utiliza el sistema Bethesda (modificado en 2001) el cual actualmente se emplea en los programas de detección a nivel nacional.

Es la toma de muestra de las células del endocérvix y exocérvix. Es uno de los métodos para detectar en etapas tempranas el cáncer cérvico uterino. También conocida como Papanicolaou.

Existen otros métodos de diagnóstico de lesiones precursoras y cáncer cervicouterino, pero en México no pueden utilizarse de manera rutinaria en todo el sector salud debido a su alto costo.

El cáncer cervical puede ser detectado mediante la citología cervical y reevaluar a las que presenten alguna anomalía mediante una colposcopia y eventualmente una biopsia dirigida. En los últimos años, se han incorporado al cribado y al diagnóstico de estas lesiones las pruebas de detección del VPH y la tipificación del virus. Se debe realizar la prueba anualmente a mujeres con actividad sexual.

➤ **Técnica para la toma de la muestra citológica**

(Serrano, 2012) Explica:

Se interrogará a la paciente sobre los temas siguientes: si ha utilizado ducha vaginal dentro de las 72 horas precedentes. Esto constituye un invalidante para tomar la muestra; así como el haber utilizado medicamentos por la vía vaginal durante la semana anterior. Si ha mantenido relaciones sexuales 24 horas antes, tampoco debe recogerse la muestra. Si ha sido sometida a una exploración bimanual o a manipulaciones sobre el cuello uterino (legrados, colocación o retirada de dispositivos intrauterinos, etcétera) durante las 48 horas anteriores, la muestra carece de valor. Para la recolección de la muestra:

- Debe tenerse preparado previamente el material necesario para la toma y fijación inmediata del material; las láminas deben estar previamente identificadas. Todo el material que se va a usar debe estar limpio, seco y estéril.
- Se debe colocar a la paciente en posición ginecológica y exponer correctamente el cuello, mediante un espéculo.
- Retirar el exceso de secreción o de moco, si fuera necesario, sin tocar la superficie del cuello. Cuando se coloque el espéculo, no se debe utilizar lubricante.
- Deben tomarse 2 muestras, una del exocérvix y otra del endocérvix. Para la toma en el conducto cervical, se utilizará la espátula de Ayre, introduciendo bien el extremo más prominente en el orificio cervical y haciéndola girar con cierta presión en el sentido de las manecillas del reloj.

2.3.6.3. Colposcopia

La colposcopia, ideada por Hinselmann en 1925, consiste en una exploración más minuciosa del cuello del útero, realizada por medio de un sistema óptico que proporciona una visión estereoscópica y aumentada. Hasta el momento este es un equipo que se utiliza al nivel de las consultas especializadas de patología de cuello, por lo que a los fines de este texto es suficiente con el conocimiento de su existencia.

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

2.3.6.4. Prueba de Schiller

Constituye un método muy simple, al alcance del médico general, y consiste en impregnar el cuello con solución de Lugol. Se basa en el principio de reacción del yodo con el glucógeno que contienen las células normales del epitelio cervicovaginal, el que en condiciones normales tomará una coloración caoba oscuro homogénea. No se trata de una prueba de malignidad que por sí sola sea suficiente, pero suministra una orientación interesante para el establecimiento de un diagnóstico posterior.

2.3.6.5. Biopsia

Este método se practica, sobre todo, siempre que se traten de confirmar los resultados de los distintos métodos de diagnóstico precoz (prueba citológica, prueba de Schiller o colposcopia); es el método que dará el diagnóstico de certeza. Es la extracción y examen microscópico con fines

de diagnóstico, de tejidos u otras materias procedentes de un organismo vivo.

2.3.7. TRATAMIENTO

(Arenas, 2017) Argumenta:

El tratamiento para el cáncer cervicouterino dependiendo de la estadificación en que se encuentra es manejado por el Instituto de Cancerología de la siguiente manera:

- **Etapa Ia1.** Se trata como un carcinoma in situ: histerectomía extrafascial o cono terapéutico.
- **Etapa Ia2.** Los pacientes con tumores de 3 a 5mm de profundidad se tratan con histerectomía radical o radioterapia radical.
- **Etapa Ib1.** Se hace histerectomía radical o radioterapia radical.
- **Etapa Ib2.** Los tumores Ib2 de acuerdo con algunos autores, se tratan mejor con radioterapia radical.
- **Etapa Ila.** La terapéutica que se utiliza con más frecuencia es la radioterapia radical. Sin embargo, algunos casos con invasión incipiente de la vagina sin afección parametrial se tratan con histerectomía radical y linfadenectomía pélvica.
- **Etapa IIb-III3.** Estos casos se tratan mejor con radioterapia radical, que comprende la tele terapia de pelvis, usualmente a razón de 5 000 a 6 000 cGy y 1 o 2 tiempos de braquiterapia, que produce una

sobre dosis con el objeto de alcanzar 10 000 a 12 000 cGy. Se inicia con teleterapia si existe un tumor cervical voluminoso que altera la anatomía regional cuando hay infección agregada o sangrado activo.

- **Etapas IVa.** Se aplica radioterapia paliativa a la pelvis. Casos muy seleccionados con invasión vesical o rectal pero sin afección parametrial, en ausencia de ganglios pélvicos metastásica y enfermedad extra pélvica, son candidatos a exenteración pélvica total o parcial supra elevadora.
- **Etapas IVb.** Estos casos se tratan de forma paliativa con radioterapia o quimioterapia o ambas si existe un buen estado funcional”.

2.3.8. PREVENCIÓN

(NOM-014, 2000) Establece:

La prevención se hace por medio de la detección oportuna y la promoción a la salud, la cual está orientada a la disminución de los factores de riesgo y detectar alteraciones en la prueba de tamizaje tempranamente. La promoción a la salud involucra acciones de educación a la salud en grupos principalmente en mujeres y sus parejas, como alentar a la población a realizarse la detección, orientar en el autocuidado a las mujeres, y a los varones sobre su participación en los factores de riesgo de la enfermedad. Incitar a la participación ciudadana, en la vigilancia de la calidad, organizar campañas intensivas de detección oportuna del CaCu entre su población femenina.

2.3.8.1. Actividades de Educación para la Salud.

- Informar a la población en general sobre la importancia de la enfermedad, los factores de riesgo y las posibilidades diagnósticas y terapéuticas.
- Alentar la demanda de atención médica oportuna, periódica y de alta calidad con fines de detección y en su caso de tratamiento, garantizando la información suficiente de la usuaria acerca de lo que significa la intervención para la detección y/o tratamiento, así como el consentimiento informado de las mujeres, aunque no sea por escrito, en los casos que señalan los artículos 80 y 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.
- Orientar a las mujeres sobre su responsabilidad en el autocuidado de su salud y a los varones sobre su participación en los factores de riesgo de la enfermedad.

2.3.8.2 Actividades de Participación Social.

- Promover la participación de grupos organizados y de líderes de la comunidad para que actúen como informadores y promotores ante su núcleo de influencia.
- Concertar y coordinarse con el sector educativo, especialmente de nivel medio y superior, para que el tema se trate en el ámbito de la educación formal.
- Invitar a las agrupaciones gremiales y centros laborales a organizar campañas intensivas de detección oportuna de cáncer cérvico uterino, entre su población femenina.

- Impulsar a que asociaciones de profesionales del campo de la salud, de la comunicación y organismos no gubernamentales, participen en la vigilancia de la calidad, oportunidad y veracidad de la información que se proporcione a la población, conforme a lo establecido en las disposiciones aplicables.

2.4. MARCO CONCEPTUAL

- **TELETERAPIA:** Es la forma de radioterapia que utiliza la radiación procedente de un equipo generador situado a cierta distancia de la zona a irradiar.
- **BRAQUITERAPIA:** Es un tipo de radioterapia utilizada para tratar el cáncer. Se coloca una fuente de material radioactivo adentro del paciente para matar células cancerosas y achicar tumores.
- **CGY:** Centigray (Unidad de dosis de radiación absorbida equivalente a un rad).
- **HISTERECTOMÍA:** Operación quirúrgica que consiste en extirpar el útero total o parcialmente.
- **LINFADENECTOMIA:** Procedimiento quirúrgico para extirpar ganglios linfáticos; luego se observa una muestra del tejido al microscopio para determinar si hay signos de cáncer.
- **NÓDULO:** Crecimiento o masa que puede ser maligna (cancerosa) o benigna (no cancerosa).
- **FISTULA:** Conducto anormal que se abre en una cavidad orgánica y que comunica con el exterior o con otra cavidad.
- **FÉTIDO:** Se dice de lo que despide un olor fuerte y desagradable. Sinónimos: apestoso, maloliente.
- **DISURIA:** Dolor al Orinar.
- **RECTORRAGIA:** Pérdida de sangre roja por vía anal, la mayor parte de las veces asociado al acto de la defecación.
- **HEMATURIA:** Presencia de sangre en la orina.
- **RUTILANTE:** Que rutila o brilla.
- **METRRORRAGIA:** Cualquier tipo de sangrado de origen uterino no atribuible a la menstruación sin importar su intensidad.
- **LEUCORREA:** flujo vaginal y es el principal síntoma de las infecciones genitales bajas.

- **MIOGÉNICO:** Que da origen a tejido muscular, o bien que se origina en la musculatura.
- **VPH:** Virus del Papiloma Humano.
- **CITOLOGÍA:** Estudio de las células mediante un microscopio.
- **DISPLASIA:** Término que describe la presencia de células anormales en un tejido o un órgano. La displasia no es cáncer, pero a veces se vuelve cáncer.
- **COLPOSCOPIA:** Es un estudio que se usa para detectar células cancerosas o células anormales que se pueden volver cancerosas en el cuello uterino, la vagina o la vulva.
- **BIOPSIA:** Examen microscópico de un trozo de tejido o una parte de líquido orgánico que se extrae de un ser vivo.
- **CACU:** Cáncer Cervicouterino.
- **PLEXO:** Red formada por nervios o vasos sanguíneos o linfáticos que se cruzan entre sí.
- **AFERENTE:** Que transmite sangre o linfa, una secreción o impulso nervioso desde una parte del organismo a otras que respecto a ellas son consideradas internas.
- **VÍSCERAS:** Órganos internos blandos del cuerpo, como los pulmones, el corazón, los órganos del aparato digestivo, y de los sistemas excretor y reproductivo.
- **DENSO:** Que tiene mucha materia o masa con relación a su volumen.
- **EPITELIO:** Se refiere a las capas de células que recubren los órganos huecos y las glándulas.
- **ESTROMA:** Tejido conjuntivo que constituye la matriz o sustancia fundamental de un órgano y sostiene los elementos celulares que lo conforman.
- **PERITONEO:** Es el tejido que recubre la pared abdominal y cubre la mayor parte de los órganos en el abdomen. Un líquido, fluido peritoneal, lubrica la superficie de este tejido .

- **VESTÍBULO:** Cavity que precede a otra más amplia.
- **NOMENCLATURA:** Sistema de nomenclatura basado en yuxtaposición de términos elementales cuya aglomeración describe y nombra con exactitud una entidad bien precisa. Lexema: prefijos, sufijos y raíces.
- **NEOPLASIA:** Formación anormal en alguna parte del cuerpo de un tejido nuevo de carácter tumoral, benigno o maligno
- **CAUTERIO:** Medio o agente, usado como procedimiento curativo, que se emplea para quemar o destruir un tejido orgánico, por su acción cáustica o corrosiva o por efecto del fuego.
- **OSTEOSARCOMA:** es el tipo más común de cáncer que se origina en los huesos.
- **METÁSTASIS:** Se refiere al cáncer que se ha propagado del lugar donde se originó hacia otras partes del cuerpo.
- **ERIGIDO:** Fundar, instituir o levantar.
- **PERNICIOSA:** Que causa mucho daño o es muy perjudicial.