



**UNIVERSIDAD MICHOCANA DE
SAN NICOLÁS DE HIDALGO**

FACULTAD DE ENFERMERÍA

TESIS

***FACTORES DE RIESGO PARA EL CÁNCER CERVICOUTERINO QUE
PREDOMINAN EN LAS MUJERES DE 35 A 55 AÑOS DE EDAD
QUE HABITAN EN LA COLONIA LAS CHINCHES DEL MUNICIPIO
DE ZINAPECUARO MICHOCAN.***

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**PRESENTA
P.L.E. VIRIDIANA NAVARRO GUTIERREZ**

**ASESOR
L.E.P RAMIRO MARCIAL MÉNDEZ**

MORELIA MICH. AGOSTO 2007.



DIRECTIVOS

M.E.M JOSEFINA VALENZUELA GANDERILLA
DIRECTORA DE LA FACULTAD ENFERMERÍA

L.E.D. MA. DE JESUS RUÍZ RECENDIZ
SECRETARIA ACADEMICA

L.E.D. ANA CELIA ANGUIANO MORAN
SECRETARIA ADMINISTRATIVA.

INTEGRANTES DEL JURADO

L.E.P. RAMIRO MARCIAL MÉNDEZ
PRESIDENTE

DR. LILIA HERNANDEZ NAVA
PRIMER VOCAL

M.C. JOSE LUIS CIRA HUAPE
SEGUNDO VOCAL

Q.F.B. JAZMÍN VALENCIA GUZMÁN
SUPLENTE

DEDICATORIAS

A DIOS:

Por darme la dicha de ser como soy, y brindarme a unos padres como los míos ya que gracias a eso tengo la fortuna de ser una profesional.

A MIS PADRES:

Por el apoyo incondicional que me brindaron desde el principio de mi formación, tanto moral como económica. Y por que siempre me quisieron ver como profesional, y a su vez una mujer de provecho.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	9
2. JUSTIFICACIÓN	10
3. OBJETIVOS	11
3.1. GENERAL	11
3.2. ESPECÍFICOS	11
4. MARCO TEÓRICO	12
4.1.- ANTECEDENTES HISTÓRICOS	13
4.2. ANATOMIA Y FISILOGIA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO	15
4.2.1.- ÓRGANOS GENITALES EXTERNOS.	15
4.2.1.1 MONTE DE VENUS.	15
4.2.1.2. LABIOS MAYORES.	15
4.2.1.3. LABIOS MENORES.	16
4.2.1.4. CLITORIS.	16
4.2.1.5. VESTIBULO.	17
4.2.1.6.- MEATO URINARIO.	17
4.2.1.7. GLANDULAS DE SKENE.	17
4.2.1.8. GLANDULAS DE BARTHOLINI.	17
4.2.1.9.- HIMEN.	17
4.2.1.10. HORQUILLA VULVAR.	18
4.2.1.11.- PERINE.	18
4.2.2. ÓRGANOS GENITALES INTERNOS	18
4.2.2.1. VAGINA.	18
4.2.2.2.- CERVIX.	19
4.2.2.3. CUERPO Y FONDO DEL ÚTERO.	20
4.2.2.4. TROMPAS DE FALOPIO.	21
4.2.2.5. OVARIOS	21
5. CÁNCER CÉRVICO UTERINO	22
5.1. ANATOMIA PATOLOGICA.	22
5.1.1. GENERALIDADES DEL CÁNCER CERVICO UTERINO.	22
5.1.2. CERVIX NORMAL	23
5.1.3. ATROFIA DEL CERVIX	24
5.1.4. CERVIX CON IVPH	24
5.1.5. IVPH MOSAICO FINO	25
5.1.6. EVERSIÓN GLANDULAR	25
5.1.7. IVPH MÁS EVERSION GLANDULAR	26
5.1.8. EMBARAZO MÁS IVPH	26
5.1.9. DOCIDUOSIS EN EL EMBARAZO.	27
5.1.10. CÁNCER INVASOR	27
5.2. INCIDENCIA.	28

5.3. ETIOLOGÍA	28
5.4. DISEMINACIÓN	29
5.5. EPIDEMIOLOGÍA	29
5.5.1. MORTALIDAD POR CÁNCER CERVICO UTERINO	31
5.5.2. MORTALIDAD POR CÁNCER CERVICO UTERINO	32
5.5.3. TASA DE MORTALIDAD SEGUN JURISDICCION SANITARIA	33
5.5.4.- MORTALIDAD POR CÁNCER CERVICO UTERINO AÑO 2001	33
5.5.5. MORTALIDAD POR CÁNCER CERVICO AÑO 2001.	34
DEFUNCIONES SEGÚN SITIO DE OCURRENCIA DENTRO DE MICHOACAN	34
5.6.- HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD	35
5.7. CUIDADOS DE ENFERMERÍA	37
5.7.- FACTORES DE RIESGO	38
5.8.- CLASIFICACION DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO.	40
6.8.1. Etapa 0 carcinoma in situ.	41
5.8.2. Etapa 1	41
6.8.2.1. Etapa IA:	42
5.8.2.2.- Etapa IB:	42
5.8.3.- Etapa II	43
5.8.3.1.- Etapa IIA:	43
5.8.3.2.-.Etapa IIB	44
5.8.3.3- Etapa III	44
5.8.3.4 Etapa IV	45
5.8.3.5. Etapa IVA:	45
5.8.3.6. Etapa IVB:	46
5.8.3.7. Recurrente	46
5.9. LA CITOLOÍA CERVICO VAGINAL SE INFORMA DE LA SIGUIENTE MANERA	47
5.10. CUADRO CLÍNICO	47
5.10.1. SINTOMATOLOGÍA:	47
5.11 ESTUDIOS DIAGNOSTICOS PARA LA OBTENCIÓN DE LA MUESTRA	48
5.12. PREVENCIÓN Y DETECCIÓN.	49
5.12.1. PRUEBA DE PAPANICOLAU	49
5.12.2. COLPOSCOPIA Y BIOPSIA CERVICAL.	49
5.12.3. BIOPSIA	50
5.12.4. CONIZACIÓN.	50
5.13. TECNICA PARA LA TOMA DE MUESTRA (PAPANICOLAOU)	50
5.14. TRATAMIENTO DEL CÁNCER CERVICOUTERINO	56
5.14.1. CONIZACIÓN	56
5.14.2. HISTERECTOMÍA	57

5.14.3. RADIOTERAPIA _____	58
5.14.4. QUIMIOTERAPIA _____	58
5.14.5. LÁSER. _____	59
5.14.6. CRIOCIRUGÍA. _____	59
5.14.7. BRAQUITERAPIA. _____	60
5.15. TRATAMIENTO POR ETAPAS _____	60
5.15.1. CANCER CERVICOUTERINO - ETAPA 0 _____	61
5.15.2. CANCER CERVICOUTERINO - ETAPA I _____	61
5.15.2.1. Para el cáncer en etapa IA: _____	61
5.15.2.2. Para el cáncer en etapa IB: _____	62
5.15.3. CANCER CERVICOUTERINO - ETAPA II _____	62
5.15.3.1 Para el cáncer en etapa IIA: _____	62
5.15.3.2.- Para el cáncer en etapa IIB: _____	62
5.15.4. CANCER CERVICOUTERINO - ETAPA III _____	62
5.15.4. CANCER CERVICOUTERINO - ETAPA IV _____	62
5.15.4.1.- Para el cáncer en etapa IVA: _____	63
5.15.4.2.- Para el cáncer en etapa IVB: _____	63
5.16. CUIDADOS DE ENFERMERIA ANTE EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER CERVICO UTERINO _____	63
5.16.1. CONIZACIÓN, HISTERECTOMÍA, CRIOCIRUGÍA Y BRAQUITERAPIA. _____	63
5.16.1.- ALGUNOS DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA EN RELACION A LA CIRUGIA _____	65
5.17.- CUIDADOS DE ENFERMERIA ANTE EL TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA PARA CÁNCER CERVICOUTERINO. _____	67
5.17.1 DIAGNOSTICOS E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ANTE LA QUIMIOTERAPIA. _____	68
5.18. CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE EL TRATAMIENTO DE RADIOTERAPIA PARA CÁNCER CERVICOUTERINO. _____	70
5.19. COMPLICACIONES. _____	70
5.19.1.- CON LA ENFERMEDAD. _____	70
5.19.2.- CON EL TRATMIENTO. _____	71
6. ACCIONES DE ENFERMERIA CORRESPONIENTE AL PROGRAMA DE DETECCIÓN Y PREVENCIÓN DE CÁNCER CERVICOUTERINO EN EL CENTRO DE SALUD “DR. FIDEL RIVERA CASTRO” _____	72
7. METODOLOGIA _____	73
7.1.- FUNDAMENTO DE LA INVESTIGACIÓN. _____	74
7.2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA. _____	75
7.3- HIPOTESIS. _____	75
7.3.1.- HIPOTESIS NULA. _____	75
7.4.- VARIABLES _____	75
7.4.1.- INDEPENDIENTES _____	75

8.4.2.- VARIABLES DEPENDIENTES _____	76
8.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN _____	76
8.5.1. INCLUSIÓN. _____	76
8.5.2. EXCLUSIÓN. _____	76
8.6. INSTRUMENTACIÓN ESTADÍSTICA. _____	76
8.6.1. UNIVERSO POBLACIÓN Y MUESTRA. _____	76
8.7.- TIPO DE INVESTIGACIÓN. _____	77
8.8.- DISEÑO. _____	77
8.9.-TECNICA E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN. _____	78
9.- PROCESAMIENTO DE DATOS _____	79
10.- CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS _____	110
11.- ANEXOS _____	114
12. GLOSARIO DE TERMINOS. _____	120
12. BIBLIOGRAFÍA _____	123

1. INTRODUCCIÓN

El Cáncer Cérvico Uterino, es la primera causa de muerte entre mujeres mayores de 25 años por neoplasias. Es uno de los padecimientos que cuenta con procedimientos para la detección temprana, así como tratamientos resolutivos de fácil aplicación en sus primeras etapas. Dicha enfermedad es ocasionada por las células del organismo que pierden sus mecanismos normales de control y presentan un incremento desordenado, suele crecer lentamente por periodos de tiempo; antes de que se encuentren células cancerosas en el cuello uterino, sus tejidos experimentan cambios y comienzan a aparecer células anormales (displacías), posteriormente dichas células comienzan a evolucionar y se diseminan con mayor énfasis en el cuello uterino.

En los países que se tienen campañas de detección adecuadas con el estudio citológico cervical (papanicolaou), se ha observado una importante disminución de la incidencia y mortalidad por Cáncer Cérvico Uterino, atribuible a la detección de las lesiones precursoras y preinvasoras, displacías o neoplasias.

Es necesario, focalizar la detección prioritariamente a las mujeres que nunca se han realizado el estudio y aquellas que tienen más de 3 años que no se lo han practicado o que presentan otros factores de riesgo tales como bajo ingreso económico, inicio de vida sexual activa por debajo de los 18 años de edad, promiscuidad, elevada paridad, antecedentes de tabaquismo, uso prolongado de hormonales, edad superior a 35 años, antecedentes familiares de Cáncer Cérvico Uterino, déficit en la ingesta de nutrientes en especial de Ácido Fólico y Vitamina A, infecciones genitales recurrentes.

De acuerdo con las experiencias internacionales y la historia natural de la enfermedad, se demuestra que en las mujeres que se realizan el estudio con dicha periodicidad, las tasas de mortalidad por Cáncer Cérvico Uterino en los siguientes 5 años serán bajas por lo que resulta innecesaria la detección semestral o anual.

2. JUSTIFICACIÓN

El siguiente trabajo de investigación es realizado, con la finalidad de identificar los factores de riesgo que propician el Cáncer Cérvico Uterino en la mujer zinapécuarenses de 35 a 55 años de edad, que vive en la colonia las chinches de Zinapécuaro Mich. Puesto que se ha observado que existe repudio por parte de las colonas hacia la detección del Cáncer Cervico Uterino así mismo se presentan factores como multiparidad, inicio de relaciones sexuales a temprana edad etc.

Tomando en consideración que el Cáncer Cérvico Uterino es la primera causa de muerte entre mujeres mayores de 25 años por neoplasias. A pesar de esto en la actualidad todavía no se ha logrado que la mujer mexicana tome conciencia de dicho problema y aun existe gran resistencia a realizarse la prueba para la detección y por consiguiente las tasas de mortalidad son elevadas ante esta patología.

Para el profesional de Enfermería es de suma importancia conocer los factores de riesgo del cáncer cervicouterino y así poder orientar a la mujer respecto a estos, puesto que somos los encargados de brindar la orientación y consejería necesaria , así como la información de dicha patología y su forma de prevención, al conocer los resultados de esta investigación podremos darnos cuenta de los puntos que debemos reforzar en nuestra consejería y así tratar de lograr una disminución en la tasa de mortalidad de nuestro municipio.

3. OBJETIVOS

3.1. GENERAL

- Identificar los factores de riesgo para el Cáncer Cérvico Uterino en la mujer de 35 a 55 años de edad que viven en la Colonia “Las Chinchas” de Zinapécuaro Mich.

3.2. ESPECÍFICOS

- Que las mujeres de 35 a 55 años que radican en la colonia las chinchas de Zinapécuaro Michoacán conozcan los factores de riesgo para Cáncer Cérvico Uterino y así poder prevenir dicha patología.
- Que las colonas de las chinchas acudan a la unidad de salud de Zinapécuaro a realizarse la prueba de detección del Cáncer Cervico Uterino.
- Conocer el impacto que tiene la conserjería que se brinda en la unidad de salud Zinapécuaro respecto al Cáncer Cervico Uterino ante las mujeres de 35 a 55 años que radican en la colonia las chinchas de Zinapécuaro Mich.

4. MARCO TEÓRICO

4.1.- ANTECEDENTES HISTÓRICOS

México es un país en transición epidemiológica, el Cáncer Cérvico Uterino es un problema de salud ya que representa el 36% de los cánceres en mujeres y de estos el 99.7% esta presente el DNA del VPH. ¹

En 1925 George Papanicolaou comienza un estudio sistemático de frotis vaginal en mujeres voluntarias trabajadoras en el hospital de N.Y al azar del destino hace que realice el estudio en una portadora del Cáncer Cérvico Uterino, el descubriría entonces la primera observación de células cancerosas en el frotis del Cerviz.²



En 1947 en Canadá, Ernest Ayre, inventa una espátula de madera para la toma de muestra del cuello uterino.

En el año de 1942, en México la Secretaría de Salubridad y Asistencia, hoy Secretaría de Salud, implementó la "Campaña de Lucha contra el Cáncer", más tarde, en enero de 1944, comenzó la Detección de Cáncer de Cervix en el Hospital de la Mujer, además el Instituto de Cancerología inició la formación de Recursos Humanos, para la obtención y lectura de la Citología Cervical. A pesar de estos

¹ Programa de acción: Cáncer Cervicouterino

² Papanicolaou G.N the sexual cycle in the human A Femoleas reveled by vaginals mear pag. 52

esfuerzos, la incidencia y la mortalidad por Cáncer Cérvico Uterino, mostraron un incremento paulatino, que alcanzó con los últimos años una meseta y se ha mantenido sin mostrar un descenso significativo.

Otro aspecto importante a considerar es la evolución de la terminología del reporte citológico del cáncer uterino, que ha presentado variación en estas últimas décadas; así James Reagan, en 1958, introduce el término de displasias, clasificándolas en leve, moderada y severa y Richard, en 1967, propone el término de NIC (neoplasia escamosa intraepitelial), igualando el NIC I para la displasia leve, NIC II para la displasia moderada y NIC III para la displasia severa y el carcinoma in situ.

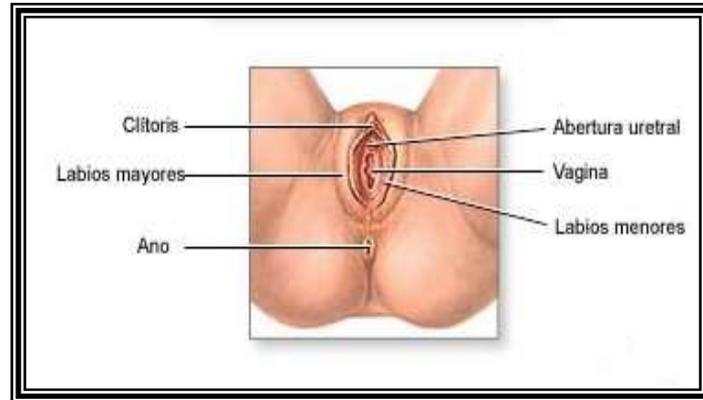
En los últimos 40 años, las tasas de incidencia y mortalidad para el Cáncer Cérvico Uterino, han disminuido en la mayor parte de los países industrializados. Este descenso se debe principalmente a la introducción de la Citología Cervical como método de tamizaje. A pesar de esta tendencia a la disminución, el Cáncer Cervical continua siendo una de las primeras causas de muerte entre las mujeres de países desarrollados y un importante problema de salud para las mujeres del mundo, particularmente en países en vías de desarrollo.

El Cáncer Cérvico Uterino tiene una evolución bien definida, esto con la presencia de lesiones precursoras (displacías) clasificadas en leves, moderadas y severas, esto según la gravedad de las alteraciones. En los últimos años se han llevado acabo estudios los cuales han demostrado que el tiempo transcurrido entre una displacía leve (NIC1) hasta Cáncer Invasor es de alrededor de 10 a 20 años lo cual permite a través de la detección interrumpir el curso de la enfermedad.³

³ NORMA OFICIAL MEXICANA 014 Para la Prevención, Detección, diagnostico y Vigilancia epidemiológica del Cáncer Cerviño Uterino.

4.2. ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO

4.2.1.- ÓRGANOS GENITALES EXTERNOS.



4.2.1.1 MONTE DE VENUS.

El monte de Venus es un sector de tejido graso blando ubicado sobre la pelvis, no es un órgano, sino tan solo una región o punto de referencia que se cubre de vello a partir de la pubertad y continua así durante toda la vida reproductiva, el vello pubiano es abundante, pero después de la menopausia se vuelve escaso, en la mujer normal su configuración orgánica es típica: forma un triángulo de base superior, en contraste con el triángulo de base inferior, típico al hombre. Sirve para proteger a los genitales internos y amortiguar el contacto entre el hombre y la mujer, durante el coito.

4.2.1.2. LABIOS MAYORES.

En la mujer adulta representan las formaciones más prominentes de los genitales externos, son pliegues cutáneos cubiertos de vellos en su exterior que se extienden a cada lado desde el Monte de Venus hasta unos 2.5 cms antes del ano. Su superficie es húmeda y se reduce en espesor al llegar al periné. En la mujer nulípara ambos se encuentran adosados, pero tienden a separarse con los partos sucesivos y en la mujer de edad se adelgazan y sus vellos son escasos. La piel en

cara externa es gruesa y con frecuencia pigmentada, y esta cubierta de vellos similares a los del monte de Venus.⁴

4.2.1.3. LABIOS MENORES.

Los labios menores son dos pliegues de piel, pequeños y delgados, formados por tejido eréctil esponjoso, que los hace muy elásticos, están situados entre los labios mayores y el introito vaginal, normalmente los labios menores se encuentran adosados entre si en las nuplpara disimulando el orificio vaginal. Derivan de dos pliegues cutáneos que se encuentran por debajo del clítoris en desarrollo, posteriormente se unen por la horquilla, los labios están separados del himen que es una estructura individual que señala la entrada vaginal o introito, y en su extremo interior cada labio se divide dando un pliegue interno que se fusiona con el opuesto correspondiente, para formar el frenillo del clítoris, y otro extremo, para dar lugar al prepucio del clítoris. La cara externa y el borde anterior de los labios menores están habitualmente pigmentados. Su cara es rosada y húmeda, semejando la mucosa vaginal.

4.2.1.4. CLITORIS.

El clítoris es el homologo del pené; mide de 2 a 3 centímetros situado en la parte superior anterior de la vulva, arriba del meato urinario. Esta constituido por dos cuerpos eréctiles, pequeños y fijos al periostio de la sínfisis y por una estructura diminuta, parcialmente cubierta por los labios menores que es el glande.

⁴ Ginecología Ilustrada: Héctor Mondragón Castro Editorial: Trillas 1995

4.2.1.5. VESTIBULO.

Espacio comprendido entre los labios menores: contiene el orificio vaginal y las glándulas vestibulares. Se encuentra recubierto por un epitelio escamoso estratificado.

4.2.1.6.- MEATO URINARIO.

Tiene el mismo nombre tanto para el hombre como para la mujer, es el pequeño agujero donde termina la uretra y por el que sale la orina. Se localiza entre el clítoris y el orificio vaginal. Esta recubierto por epitelio transicional.

4.2.1.7. GLANDULAS DE SKENE.

Son dos y se encuentran situadas una a cada lado de la parte posterolateral del meato urinario; producen moco que lubrica el vestíbulo.

4.2.1.8. GLANDULAS DE BARTHOLINI.

Son dos glándulas situadas en los labios menores y la pared vaginal, desembocan en el introito. Secretan una sustancia de mucosidad que lubrica a la vulva y la parte exterior de la vagina, cuando se infectan se obstruye la luz del conducto y generalmente, se producen abscesos.

4.2.1.9.- HIMEN.

Membrana anular que cubre parcialmente la entrada a la vagina; esta formada por dos capas de tejido fibroso. En la mayoría de las ocasiones se rompe cuando hay intercurso sexual por primera vez, y sus restos se designan con el nombre de caruncular mirtiformes. Tiene importancia en medicina legal.

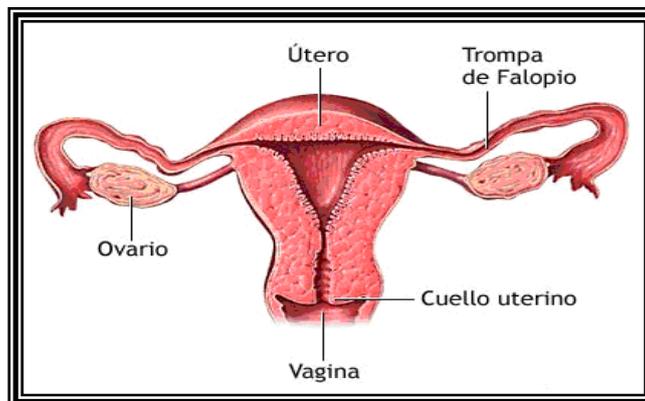
4.2.1.10. HORQUILLA VULVAR.

Lugar donde se unen los labios mayores con los menores, y en la parte posterior de la vulva.

4.2.1.11.- PERINE.

Región comprendida entre la horquilla vulvar y el ano; esta básicamente constituido por los músculos transversos del perine y el bulbo cavernoso. Resulta afectada con frecuencia por el traumatismo que suele ocasionar el parto.⁵

4.2.2. ÓRGANOS GENITALES INTERNOS



4.2.2.1. VAGINA.

Se trata de un conducto cilíndrico que se extiende desde la vulva hasta el cuello del útero. Sus paredes están formadas por músculos y cubiertas por mucosa, lo que la hace muy elástica y apta para la lubricación.

⁵ GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA. Dr. Jesús Kumate Rodríguez Segunda Edición P.P. 85-87

El sector externo (el primer tercio) es muy sensible y su estimulación puede transmitir sensaciones agradables. En las partes más internas la sensibilidad es casi nula. La vagina cumple importantes funciones en el sistema reproductivo: sirve de conducto para el ingreso del espermatozoides y de canal para la salida del bebé, en el momento del parto. Además, permite la liberación de la sangre menstrual.

En estado de reposo, mide hasta 10 centímetros de largo y durante el parto llega a aumentar más de 10 veces de tamaño. Durante el climaterio las dimensiones vaginales disminuyen y todos los fondos de saco, en particular los alterares se vuelven menos profundos.

La vagina ocupa un espacio intermedio entre la vejiga y el recto, se encuentra sostenida principalmente por los ligamentos cervicales transversos (ligamentos cardinales y ligamentos de Markenrodt) y por los músculos elevadores del ano.

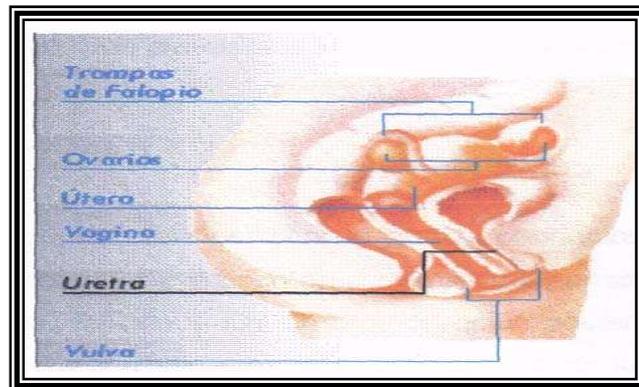
4.2.2.2.- CERVIX.

El cervix del útero fuera de la gestación es de forma cónica y moderadamente firme de 2 a 4 cm. de largo y un diámetro externo aproximado de 2.5 cm. un conducto central fusiforme, intercomunica a la cavidad del cuerpo uterino con la vagina. Casi a la mitad el cervix es supravaginal y esta anteriormente en íntima relación con la vejiga.

La mayoría de las deformaciones cervicales provienen de laceraciones obstétricas. El orificio externo del cuello que es inicialmente redondo con un diámetro inferior de 1 cm. puede tornarse muy amplio a consecuencia de dichos desgarramientos, a un en ausencia de deformaciones⁶

⁶ PROGRAMA DE ACTUALIZACION CONTINUA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA. Edición intersistemas S.A de C.V.

4.2.2.3. CUERPO Y FONDO DEL ÚTERO.



El útero es un órgano musculoso con una cavidad central estrecha situada profundamente en la pelvis verdadera entre la vejiga y el recto. Está conformado como una pera invertida. El útero ingravido de la mujer adulta mide aproximadamente 7-8 cm. de longitud y 4 cm. en su diámetro más grande. Las trompas de Falopio se unen al útero, una de cada lado aproximadamente en la unión del tercio medio con el superior de la longitud uterina. La porción situada por encima de las terminaciones de las trompas se denomina fondo del útero, con el del segmento supravaginal de la cervix. En la mujer nulípara el cuerpo y la cervix uterinos se dirigen hacia adelante, formando casi un ángulo recto en el eje longitudinal de la vagina, pero en 25-35% de las mujeres se encuentra el útero retrovertido o retrofleccionado.

Exceptuando la porción anterior inferior que está cubierta por la vejiga, el cuerpo del útero está cubierto por el peritoneo. Sostienen al útero: los ligamentos redondos musculosos que se originan lateralmente en el fondo uterino y terminan en los labios mayores; los ligamentos anchos, pliegues peritoneales amplios que barren lateralmente de ambos lados del cuerpo uterino a las paredes laterales de la pelvis; los ligamentos útero sacros, estructuras fibrosas originadas en el istmo, que se insertan en el periostio del sacro; los ligamentos cervicales transversos (ligamentos cardinales, ligamentos de Mackenrodt), los músculos elevadores del ano y la aponeurosis superyacentes.

4.2.2.4. TROMPAS DE FALOPIO.

Par de conductos delgados que miden de 10 a 12 cm. de longitud y presentan movimientos peristálticos. Se originan en los cuerpos uterinos, de donde siguen una dirección posterolateral y se abren en la cavidad peritoneal por abajo y en la posición media de los ovarios. El diámetro del conducto varía entre 1 y 2 mm en los extremos y en su porción media puede alcanzar más del doble. El extremo distal está unido al ovario por una franja larga.

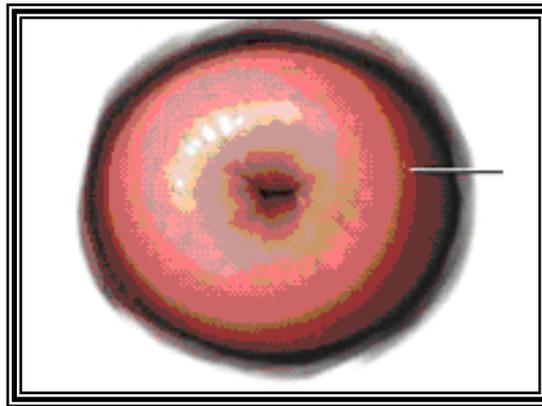
4.2.2.5. OVARIOS

Par de órganos ovoides aplanados firmes y blanquecinos cada uno de los cuales mide 4 cm. de largo, 3 cm. de ancho y 2.5 cm. de altura, están localizados en la porción lateral de la pelvis, se encuentran en íntima relación con la parte distal de la trompa de Falopio, mediante la Fimbria; su peso es de 5 a 7.5 g. Se sostiene en su sitio gracias a un engrosamiento del ligamento ancho (mesovario) y el ligamento uteroovarico. Los ovarios tienen una parte central que corresponde a la tercera parte (medula) y otra externa (corteza), la primera está constituida por tejido conjuntivo laxo y gran cantidad de vasos sanguíneos, vasos linfáticos y nervios; sin embargo, la corteza es asiento del tejido germinativo, por tanto, de la función gametogénica y fuente productora de hormonas femeninas en su tejido intersticial. Su irrigación proviene de la arteria ovárica, rama de la arteria uterina.⁷

⁷ PROGRAMA DE ACTUALIZACIÓN CONTINUA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA. Edición intersistemas S.A de C.V.

5. CÁNCER CÉRVICO UTERINO

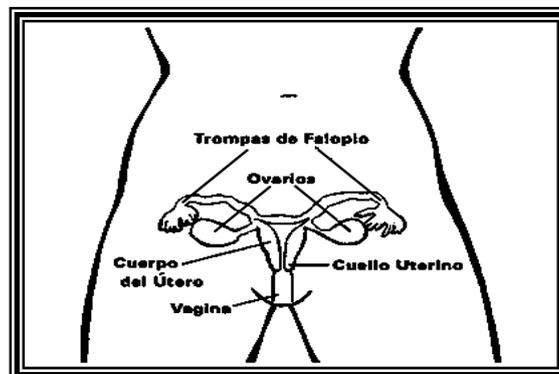
Es un tumor maligno que se origina en el epitelio del cuello uterino de la matriz y que dejado a su libre evolución infiltra e invade a los órganos que le son vecinos y que se disemina principalmente por vía linfática.



5.1. ANATOMÍA PATOLÓGICA.

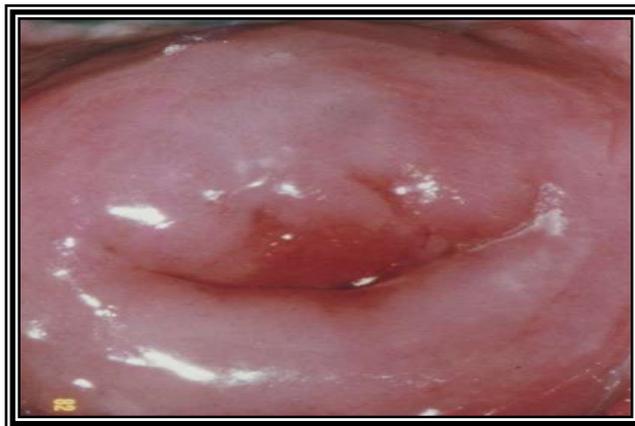
5.1.1. GENERALIDADES DEL CÁNCER CERVICO UTERINO.

El Cáncer Cérvico Uterino, es una enfermedad en la cual se encuentran células cancerosas (malignas) en los tejidos del cuello uterino.



El Cáncer Cérvico Uterino suele crecer lentamente por un periodo de tiempo. Antes de que se encuentren células cancerosas en el cuello uterino, sus tejidos experimentan cambios y empiezan a aparecer células anormales (proceso conocido como displasia).⁸ Las células del cáncer se desarrollan a partir de las células normales por un proceso llamado transformación. El primer de esta transformación se denomina iniciación, en el cual el cambio de material genético de las células se prepara para transformarse en cancerosas, dichos cambios pueden ser ocasionados por un agente cancerígeno (químico, un virus, radiación, luz solar, etc.); no todas las células son igualmente susceptibles a dichos agentes, pero una alteración genética o un afecto con algún otro agente conocido como promotor puede aumentar la posibilidad de las células para convertirse en cancerosas.⁹

5.1.2. CERVIX NORMAL



El cuello uterino es la abertura del útero, el órgano hueco en forma de pera donde se desarrolla el feto, y lo conecta con la vagina (canal de nacimiento).

⁸ Héctor Mondragón Castro Ginecología Basca Ilustrada Trillas p.p 210

⁹ Cancerstop_informacionsobrecancer:htm

5.1.3. ATROFIA DEL CERVIX



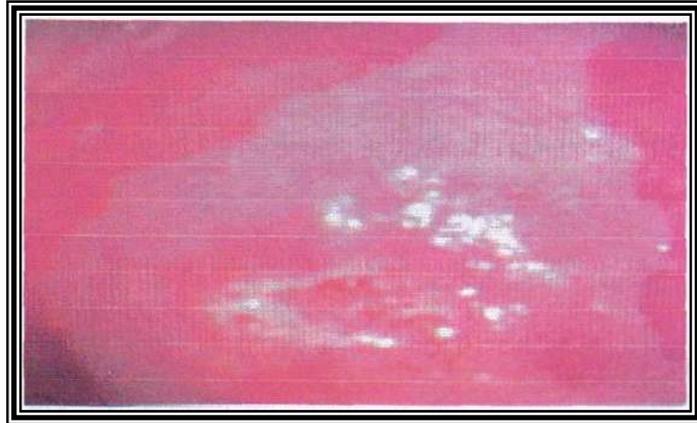
Con el paso de los años, la multiparidad, así como infecciones recurrentes pueden ocasionar daño al Cervix como lo observamos en la imagen anterior.

5.1.4. CERVIX CON IVPH



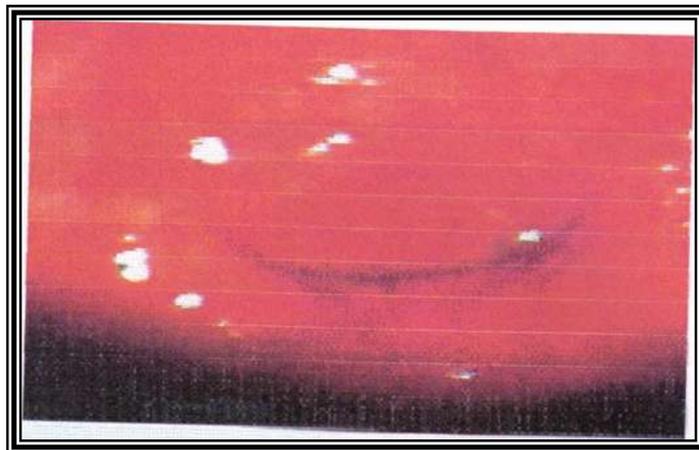
Al tener contacto la cavidad cervical con el virus del papiloma humano este sufre una serie de modificaciones preocupantes, tales como: sangrados anormales, ulceraciones alrededor de la abertura cervical, flujo maloliente, dolor a la relación sexual.

5.1.5. IVPH MOSAICO FINO



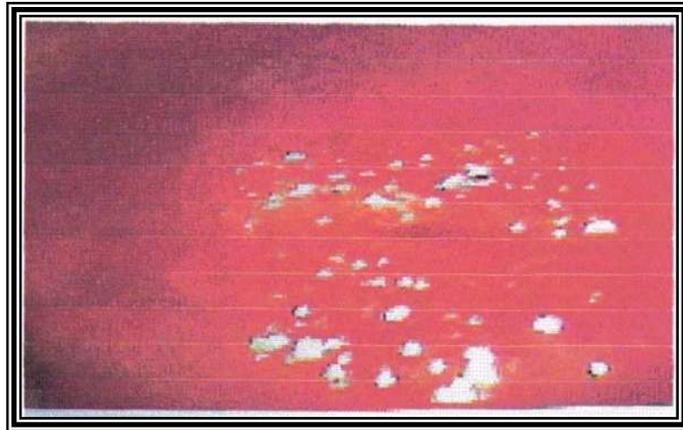
Es la continuidad de la infección por virus del papiloma humano, en esta fase la infección se ha diseminado a toda la cavidad vaginal en esta fase el flujo se torna transparente y su aroma es mas agrio el PH de este flujo es muy agresivo por lo que causa ardor e irritación en parte de los órganos genitales externos.

5.1.6. EVERSIÓN GLANDULAR



Es un tipo de Cervix común en adolescentes con vida sexual activa la ubicación de este en antero lateral y en la hendidura cervical se pueden observar ulceraciones que favorecen la aparición de infecciones.

5.1.7. IVPH MÁS EVERSION GLANDULAR



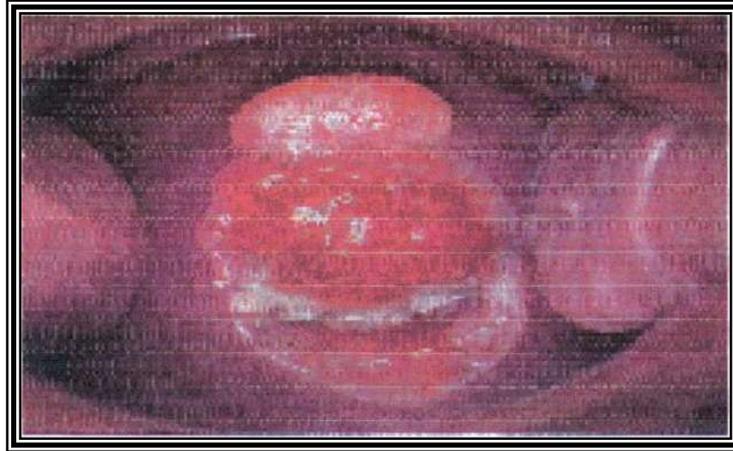
La infección del virus el papiloma humano ocasiona alteraciones en el Cervix como en este caso, en donde el Cervix es invadido por pequeñas ulceraciones en ocasiones llegan a obstruir el orificio cervical.

5.1.8. EMBARAZO MÁS IVPH



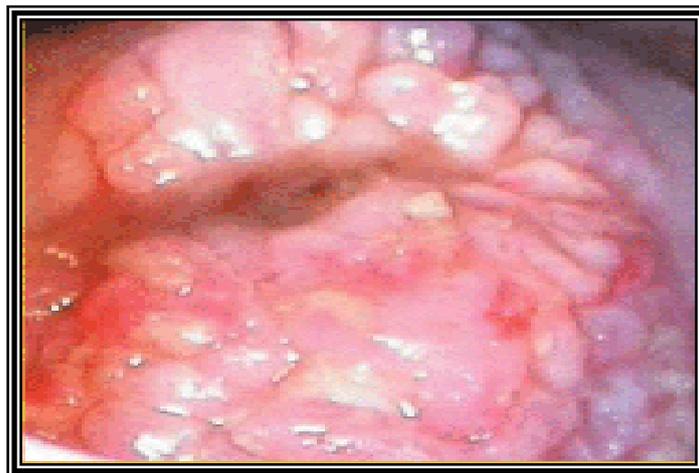
Durante el embarazo es común que aparezcan infecciones vaginales por distintos factores, pero si a esto la agregamos una infección por virus del papiloma humano el Cervix sufrirá de infinitas alteraciones tales como excoriaciones atribuibles a la acidez de flujo, inflamación en ocasiones muy dolorosa.

5.1.9. DOCIDUOSIS EN EL EMBARAZO.



El Cervix es un órgano muy delicado de la mujer y en el embarazo sufre una serie de alteraciones, esto aunado a una displasia leve, o al contacto con la infección del virus del papiloma humano ocasionaría una ulceración a nivel de la abertura cervical ocasionando un embarazo de alto riesgo.

5.1.10. CÁNCER INVASOR



Es la última etapa del Cáncer Cervico Uterino en esta, el cáncer ha recubierto todo el Cervix y posiblemente haya ocurrido una metástasis en todo el organismo

5.2. INCIDENCIA.

- Mujeres de bajo nivel cultural, social y económico.
- El Cáncer Cérvico Uterino constituye la primera causa de muerte en la mujer a partir de los 25 años y el tercer lugar como causa de mortalidad general.
- Mujer con edad entre 25 y 64 años, con vida sexual activa que no se han realizado estudios de citología cervical y presenta cuadros repetitivos de infección de transmisión sexual.
- El Cáncer Cérvico Uterino aparece en etapas preinvasoras, por lo general entre los 30 y 40 años, siendo su incidencia máxima para las neoplasias invasoras en los 40 y los 50 años.
- Las mujeres de raza negra tienen doble probabilidad de padecer cáncer del cuello uterino, respecto a las mujeres de raza blanca.
- La incidencia del cáncer invasor ha disminuido 50% pero la del cáncer in situ ha aumentado.

5.3. ETIOLOGÍA

La causa subyacente primaria del cáncer cervicouterino es el virus del papiloma humano (VPH), una infección de transmisión sexual común. No obstante, es importante reconocer que menos de 5% de las mujeres infectadas por el VPH contraen el cáncer cervicouterino si no tienen acceso al tratamiento. Ciertos subtipos genéticos del VPH están asociados más estrechamente con el cáncer cervicouterino y la infección persistente por el VPH tiende a progresar con mayor frecuencia a la displasia de grado alto y al cáncer.



5.4. DISEMINACIÓN

La propagación del carcinoma se hace por diferentes vías: Directa, por contigüidad hacia las estructuras vecinas; por vía linfática, hacia los ganglios regionales, y dístales. Las estaciones linfáticas invadidas mas tempranamente son las del parametrio, los obturadores, los iliacos externos y los iliacos internos, más tarde atacan los iliacos primitivos y los aórticos por vía sanguínea (que es el más frecuente) extendiéndose a los órganos pélvicos dístales y a los extrapelvicos. La metástasis extrapelvica solo se observa en 10% de los casos.¹⁰

5.5. EPIDEMIOLOGÍA

En México en el año 1975 el cáncer del cuello uterino tenía una tasa de 17.1 por 100 mil mujeres de 25 años y más. La frecuencia de las defunciones por cáncer se incrementan con la edad, el Cáncer Cervico Uterino ocupa el primer lugar de muerte a partir de los 25 años.¹¹

En México mueren alrededor de 4,600 mujeres al año por Cáncer Cervico Uterino, es decir aproximadamente 380 al mes lo que equivale a 12 mujeres por día y a su vez, 1 mujer cada 2 horas.

Así mismo en México la tasa de mortalidad por Cáncer Cérvico Uterino, muestra una tendencia descendente de 25.0 por 100,000 mujeres de 25 años y mas en 1990, a 19.3 en el año 2000; sin embargo, el número de defunciones por esta causa muestra una ligera tendencia a la alza; en el año 2000 hubo 4,601 defunciones lo que representa 8.7% más que en 1990.

¹⁰ Dr. G. Eduardo Núñez Macial GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA. IMSS Tercera edición 1998 Impreso en México p.p 892.

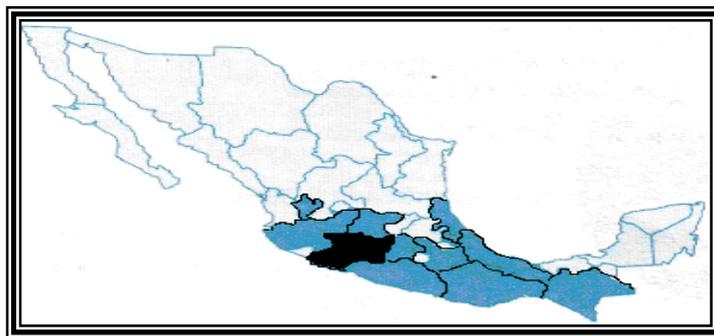
¹¹ “MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS” prevención de los canceres Cervicouterino y Mamario. secretaria de salud p.p 3,5

Durante el año 2000, el 61% de las defunciones por Cáncer Cérvico Uterino ocurrieron en 10 entidades federativas de nuestro país: Estado de México, Veracruz, Distrito Federal, Jalisco, Puebla, Oaxaca, Michoacán, Guanajuato, Chiapas y Guerrero.

Mortalidad por Cáncer Cervico Uterino

2000

Estados con mayor número de casos Concentran el 61% del total de muertes por Cáncer Cervico Uterino ocurridas durante el año 2000



Fuente: I NEGI, SSA/DGI 1996, 2001

En el año 2000 se detectaron 125 950 muestras con alteraciones de estas, el 615 correspondieron a displacias leves, 18.4% a moderadas, 8.64% a displacias severas, 6.5% a cáncer in situ, 5.47% a cáncer invasor

El sustrato social determinado por la pobreza, la inequidad de género y el escaso acceso a la información, entre otros factores, mantienen a grandes sectores de la población femenina en condiciones de alta vulnerabilidad y riesgo de enfermar y morir por esta y otras causas. Según datos derivados del análisis de los certificados de defunción del Instituto Nacional de Estadística, Geográfica e Informática (INEGI), 30.6% del total de las mujeres que murieron por Cáncer Cérvico Uterino en el año 2000 eran mujeres analfabetas; 21.9% cursaron menos de tres años de primaria y 13.8%, únicamente de tres a cinco años de primaria, lo que indica que 66.3% del total de defunciones por esta causa fueron de mujeres analfabetas o con primaria incompleta.¹²

¹² Programa de Acción Cáncer Cervico uterino Secretaria de Salud p.p 19,20,21

5.5.1. MORTALIDAD POR CÁNCER CERVICO UTERINO**TASA DE MORTALIDAD POR ENTIDAD FEDERATIVA**

	2000	2001	2002
Cobertura	Total	Total	Total
Nacional	18.96	16.74	16.20
Aguascalientes	13.14	13.40	14.19
Baja California	17.80	20.00	11.84
Baja California Sur	19.80	17.55	21.90
Campeche	24.80	23.15	15.48
Coahuila	14.45	16.00	15.70
Colima	21.11	26.12	16.46
Chiapas	24.97	20.03	22.25
Chihuahua	18.88	15.56	15.92
Distrito Federal	14.60	13.75	13.32
Durango	19.78	11.61	11.89
Guanajuato	15.52	16.40	13.97
Guerrero	20.35	18.54	20.37
Hidalgo	14.10	13.94	12.72
Jalisco	20.84	14.46	14.70
México	15.55	12.83	12.67
Michoacán	20.40	19.75	17.72
Morelos	27.68	24.95	19.60
Nayarit	30.06	23.14	23.41
Nuevo León	12.53	9.44	10.53
Oaxaca	23.48	26.44	26.16
Puebla	22.69	17.71	16.37
Querétaro	14.72	13.03	12.27
Quintana Roo	19.57	14.33	13.09
San Luis Potosí	21.67	19.20	21.03
Sinaloa	18.93	14.29	14.67
Sonora	15.43	14.45	14.67
Tabasco	23.30	17.62	17.46
Tamaulipas	19.08	17.57	14.37
Tlaxcala	19.51	14.37	18.64
Veracruz	24.38	24.54	25.33
Yucatán	30.50	24.59	21.64
Zacatecas	12.18	11.73	13.23

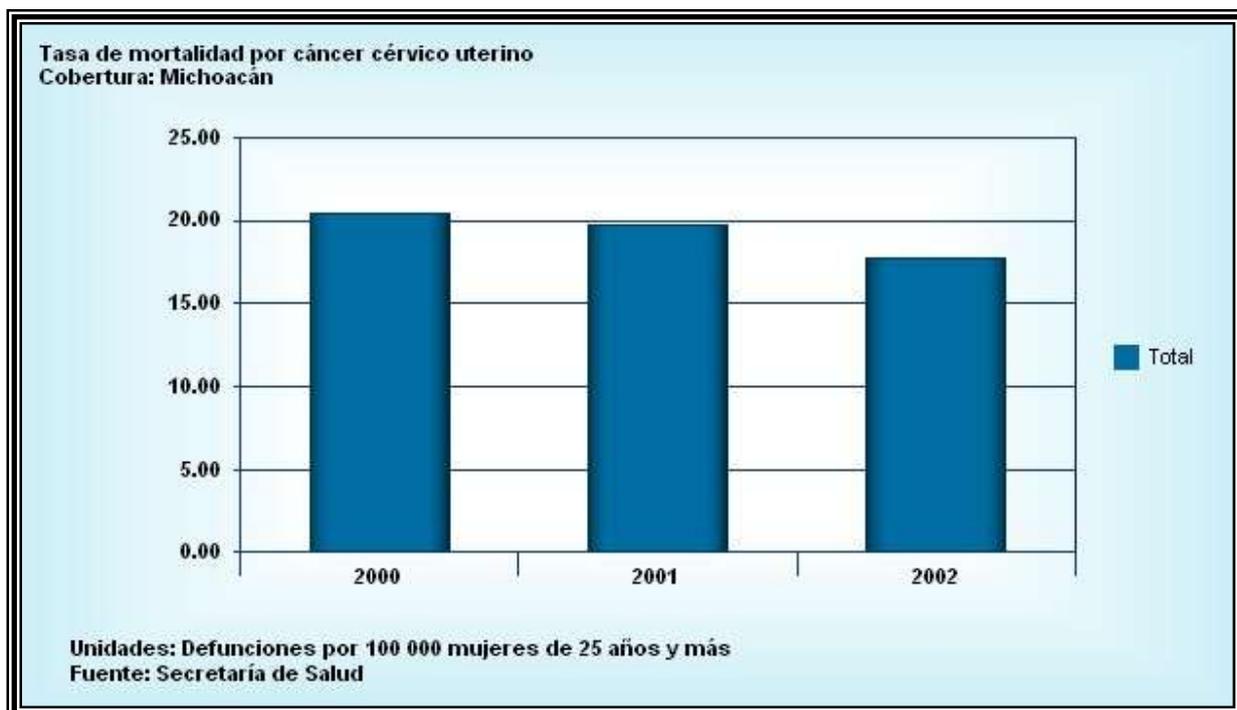
Unidad: Defunciones por 100 000 mujeres de 25 años y más
Fuente: Secretaría de Salud

5.5.2. MORTALIDAD POR CÁNCER CERVICO UTERINO

EN EL ESTADO DE MICHOACÁN

Cobertura: Michoacán	
Periodo	Total
2000	20.40
2001	19.75
2002	17.72

Unidad: Defunciones por 100 000 mujeres de 25 años y más
Fuente: Secretaría de Salud
 Salud: México 2001. Información para la rendición de cuentas
 Salud: México 2002. Información para la rendición de cuentas
 Salud: México 2003. Información para la rendición de cuentas



5.5.3. TASA DE MORTALIDAD SEGUN JURISDICCION SANITARIA**EN ALGUNOS MUNICIPIOS DE MICHOACÁN**

JURISDICCION SANITARIA	TASA
PATZCUARO	30.32
LÁZARO CÁRDENAS	26,94
APATZINGÁN	25.37
LA PIEDAD	22.59
ZITACUARO	22.02
ESTATAL	20.42
ZAMORA	18.99
URUAPAN	17.62
MORELIA	13.66

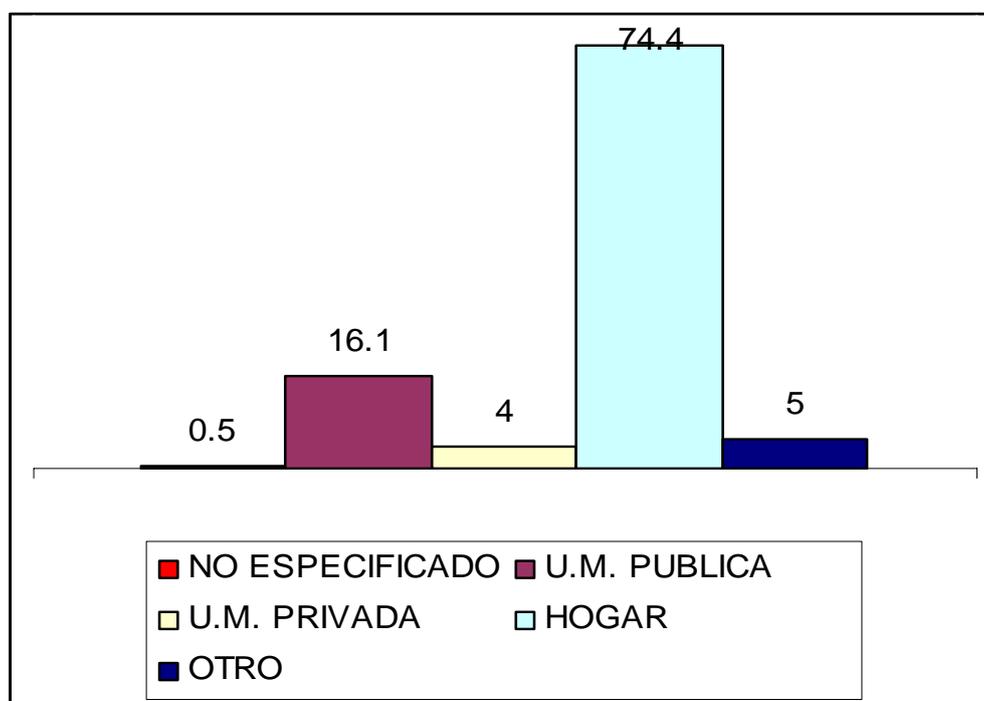
5.5.4.- MORTALIDAD POR CÁNCER CERVICO UTERINO AÑO 2001**DEFUNCIONES SEGÚN DERECHOHABIENCIA**

DERECHOHABIENCIA	DEFUNCIONES	%
SSA	116	58.3
IMSS	49	24.6
ISSSTE	14	7
PEMEX	0	0
OTROS	1	0.5
FUERZAS ARMADAS	0	0
SE IGNORA	19	9.5
ESTATAL	199	100

5.5.5. MORTALIDAD POR CÁNCER CERVICO AÑO 2001.

DEFUNCIONES SEGÚN SITIO DE OCURRENCIA DENTRO DE MICHOACAN

SITIO DE OCURRENCIA	DEFUNCIONES	%
NO ESPECIFICADO	1	0.5
U.M. PUBLICA	32	16.1
U.M. PRIVADA	8	4
HOGAR	148	74.4
OTRO	10	5
ESTATAL	199	100



5.6.- HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

El Cáncer Cérvico Uterino, es el resultado de un proceso dinámico que se inicia, probablemente a partir de una Infección Viral, aunada a factores de riesgo, pasando por una etapa preinvasora. Este proceso es asintomático y de evolución muy lenta, lo que permite diagnosticar y tratar oportunamente este padecimiento.

El Cáncer Cérvico Uterino tiene una evolución bien identificada, con la presencia de lesiones precursoras denominadas "Displasias", las cuales se clasifican en leves, moderadas y severas, según la gravedad de las alteraciones.¹³

Diversos estudios han demostrado que las displacias leves (NIC1) son transitorias, desaparecen en un 50-60% de los casos, persisten en el 32% y evolucionan a displacias grave/carcinoma in situ (NIC3) en el 11 al 12% y a cáncer invasor solo un 1%. Las displacias moderadas (NIC2) son también reversibles en un 43%, 35% permanecen, 22% evolucionan a displacia grave (NIC3) Y 5% a cáncer cervico uterino. En el caso de diagnostico de displacia grave/carcinoma in situ (NIC3), el 30% desaparece espontáneamente, el 56% permanece como tal y el 12% evoluciona a cáncer; la persistencia depende de otros factores como el estado inmunológico de la paciente, etc.¹⁴

Con respecto a los signos y síntomas presentes en la enfermedad, en los casos de displacias y cánceres iniciales (in situ y micoinvasor) suelen no dar sintomatología, la única forma de ser diagnosticados es mediante el estudio citológico; los síntomas frecuentes pero no específicos son la presencia de leucorrea, flujo sanguinolento, dolor y dispareunia.¹⁵ Cuando el cáncer se encuentra en etapa

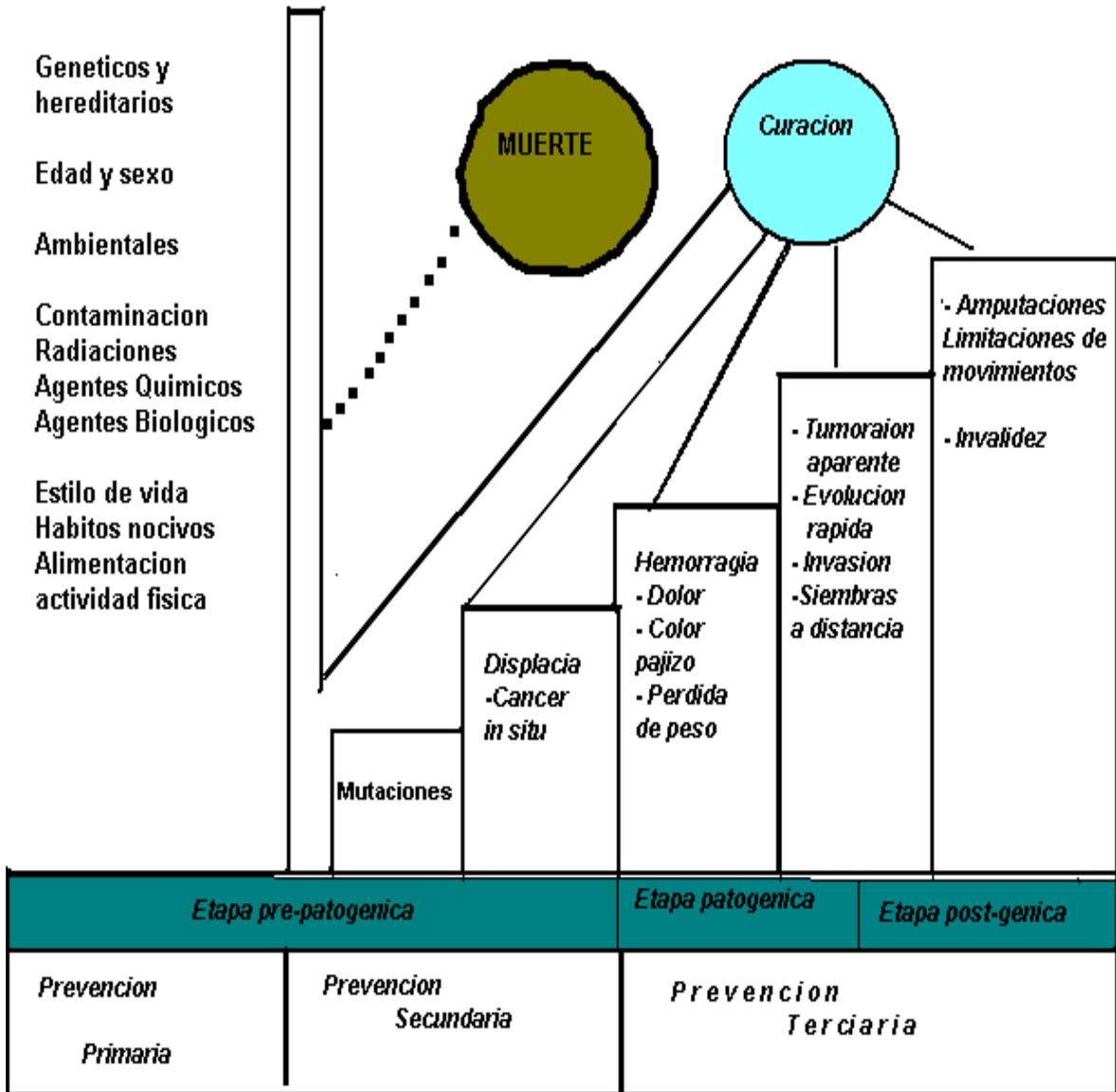
¹³ MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS. Prevención de los canceres Cervico uterino y mamario p.8

¹⁴ Guía sobre: Clínicas de Desplacias y algo más. Secretaria de salud 2002 primera Edición salud reproductiva p. 17.

¹⁵ Dr.G. Eduardo N.M Ginecología y Obstetricia IMSS Méndez Editores 1998 Tercera Edición Impreso en México.

invasora la manifestación mas común es el sangrado, el dolor y a la exploración la presencia de tumoraciones deformando el cuello del útero.¹⁶

HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD



¹⁶ Manual de Normas y Procedimientos. Prevención de los Cánceres Cervico Uterino y mamario p.p.8

5.7. CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Las mujeres con diagnóstico de cáncer ginecológico o riesgo de padecerlo representan diferentes desafíos para el profesional de enfermería. La prevención, y la detección precoz son intervenciones de enfermería que tienen el potencial de mejorar y la calidad de la supervivencia de estas pacientes.

Asesorar a las mujeres sobre estilos de vida saludable que disminuyan el riesgo de cáncer, enseñarles el valor y la importancia de la vigilancia y el cuidado ginecológico habituales (así como las destrezas necesarias para el autoexamen, las pruebas citológicas y el examen pélvico bimanual), y educarlas para que reconozcan los signos y síntomas precoces del Cáncer Cervico Uterino, son aspectos esenciales de la labor que desempeña el personal de enfermería en la prevención y detección precoz. A lo largo del proceso diagnóstico la enfermera se convierte en defensora y fuente de recursos para la paciente y sus familiares. También tiene la responsabilidad de enseñar los fundamentos de las pruebas diagnosticas y el cuidado antes y después de las mismas, los procedimientos implícitos y las sensaciones que experimentara durante el proceso. Debe escuchar las inquietudes de la paciente y sus familiares que puedan tener sobre los requisitos y los resultados de la evaluación.

Durante la fase de tratamiento, la enfermera ayuda a la paciente a afrontar las demandas físicas y psicológicas impuestos por la enfermedad y por el tratamiento mismo. En colaboración con la paciente, sus familiares, el medico, el trabajador social, el fisioterapeuta, los terapeutas respiratorio y los ocupacionales, la enfermera desarrolla y coordina la planificación de los cuidados tendientes a brindar un entorno seguro, disminuir la incidencia de complicaciones debidas a la enfermedad y el tratamiento, monitorizar signos y síntomas de complicaciones, promover la independencia en el autocuidado, incluir a los familiares de la paciente en el plan de cuidados y promover estrategias de afrontamiento situacional que impulsen la autovaloración y un auto concepto positivo.

5.7.- FACTORES DE RIESGO

Estudios epidemiológicos previos han demostrado la asociación de determinados factores de riesgo con la aparición de la enfermedad, la modificación de estos, produce una reducción significativa en la morbi-mortalidad, especialmente aquellos relacionados con el estilo de vida.

El común denominador de los factores de riesgo para el cáncer de cuello uterino es el subdesarrollo y la pobreza, las cuales predominan en amplios sectores de nuestro país, la educación limitada y patrones culturales exponen a la mujer a esos factores de riesgo que explican la alta mortalidad.¹⁷

Los principales factores predisponentes incluyen actividad sexual temprana, varios compañeros sexuales, e historia de enfermedades de transmisión sexual en especial el Virus del Papiloma Humano y Virus de Herpes Simple. El cáncer cervical afecta la vagina y el recto, además de enviar metástasis a pulmones, mediastino, huesos e hígado.¹⁸

Como factores predisponentes del carcinoma cervico uterino destacan los siguientes:

- Bajo ingreso económico y bajo nivel cultural en las pacientes: Ya que presentan limitaciones para acceder a los servicios de salud, nutrición deficiente, así como una escasa concientización acerca de los temas de salud y de una conducta preventiva.
- Higiene deficiente (La frecuencia es mayor en mujeres cuyo compañero sexual no esta circuncidado)
- Traumatismos mecánicos y químicos ocasionados durante el coito.
- Relaciones sexuales con varias parejas.
- Multiparidad (laceraciones cervicales ocasionadas por el parto).
- Infecciones cervico vaginales (Clamidia trachomatis, virus herpes II o papiloma del virus humano)

¹⁷ Manual de Normas y Procedimientos prevención del cáncer cervico uterino y mamario p.p 11

¹⁸ NETINA MANUAL DE ENFERMERIA PRACTICA DE LIPPINCOH.Editorial Mc Graw-Hill Interamericana p.p 106.

- Hormonoterapia malogada o inadecuada.
- Deficiencia del Ácido Fólico y Vitamina A.
- Tabaquismo (este se asocia a las lesiones precursoras, ya que la nicotina es un fuerte carcinógeno encontrado en las secreciones vaginales de las fumadoras).
- Uso prolongado de anticonceptivos hormonales.¹⁹

Para que se desarrolle un cáncer del cerviz, existe una serie de factores predisponentes, que son causales verdaderos, entre los cuales los principales son:

- **EDAD:** este tumor aparece en su etapa pre invasora por lo general entre los 30 y 40 años, siendo su incidencia máxima para las neoplasias entre los 40 y los 50 años.
- **RAZA:** Como la raza judía raramente presenta cáncer cervical, se piensa que el factor racial interviene mayormente. Sin embargo, se cree que la poca incidencia entre las mujeres de esta región y otras similares que practican la circuncisión rutinaria de varones es por este factor (se han hecho estudios acerca del valor carcinógeno del esmegma) y la costumbre de practicar abstinencia sexual durante la primera semana que sigue a la menstruación.
- **COITO ANTES DE LA MAYORIA DE EDAD:** Se ha demostrado estadísticamente, que las personas que mas tempranamente inician relaciones sexuales tienen mayor tendencia a adquirir la patología. Igualmente se ha visto que el proceso es mas frecuente entre las mujeres solteras y es verdaderamente excepcional en las vírgenes, por ejemplo las religiosas.
- **PARIDAD.** En forma similar se ha encontrado que dicha patología es mas frecuente en las mujeres que han tenido varios hijos, en comparación con las nulíparas; El cual se asocia al trauma obstétrico (parto vaginal). Las lesiones cervicales actúan como agentes causales, carcinogenesis, y favorecen la

¹⁹ Héctor Mondragón Castro Ginecología básica ilustrada p.p 234

presencia de infecciones como el papiloma virus; por otra parte el embarazo se relaciona con un estado de inmunosupresión lo que permite aumentar la susceptibilidad de los agentes infecciosos.

- **CLASE SOCIAL:** Estadísticamente se ha demostrado mayor incidencia de este tumor en las mujeres provenientes de las esferas sociales bajas, debido principalmente a promiscuidad, deficiente aseo, presencia de procesos cervicales infecciosos crónicos, matrimonio temprano, y multiparidad que acompañan habitualmente a esos seres.

- **IRRITACION CERVICAL:** Diversos estudios indican que las lesiones crónicas del cervix tanto traumáticas como infecciosas, que frecuentemente han padecido las paciente con vida sexual activa temprana y las nulíparas, sin duda predisponen a que el cáncer se desarrolle en el cerviz. por ejemplo esta el de la tricomoniasis crónica que ocasiona displasia de epitelio exocervical.²⁰

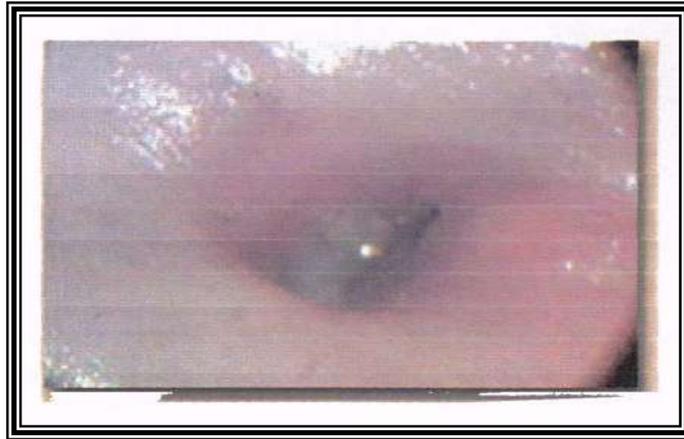
5.8.- CLASIFICACION DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO.

La clasificación del cáncer cervico uterino obedece a un cambio en las células que cubren las paredes del cuello uterino desde la primera imagen de un cuello sano hasta la última de un carcinoma invasor como se muestra en las siguientes imágenes:

²⁰ Dr. G. Eduardo Núñez Maciel Ginecología y Obstetricia PP 890-891

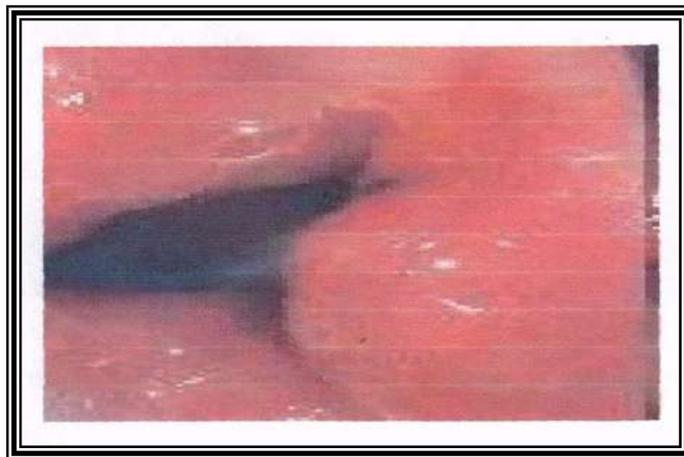
6.8.1. Etapa 0 carcinoma in situ.

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



5.8.2. Etapa 1

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



6.8.2.1. Etapa IA:

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

**5.8.2.2.- Etapa IB:**

Una cantidad mayor de cáncer se encuentra en el tejido del cuello uterino.



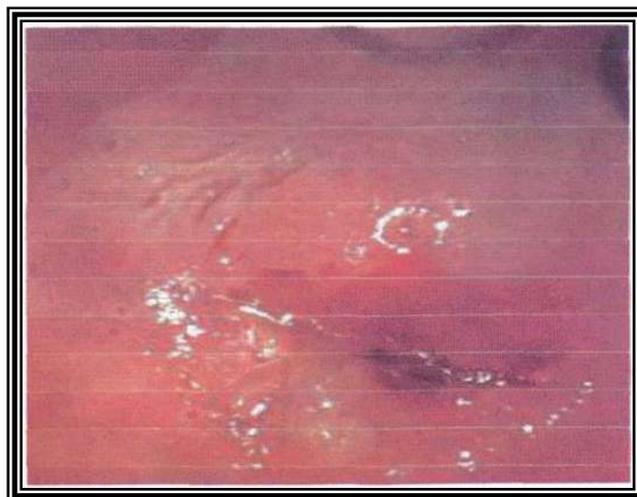
5.8.3.- Etapa II

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



5.8.3.1.- Etapa IIA:

El cáncer se ha diseminado fuera del cuello uterino a los dos tercios superiores de la vagina



5.8.3.2.-Etapa IIB

El cáncer se ha diseminado al tejido alrededor del cuello uterino.

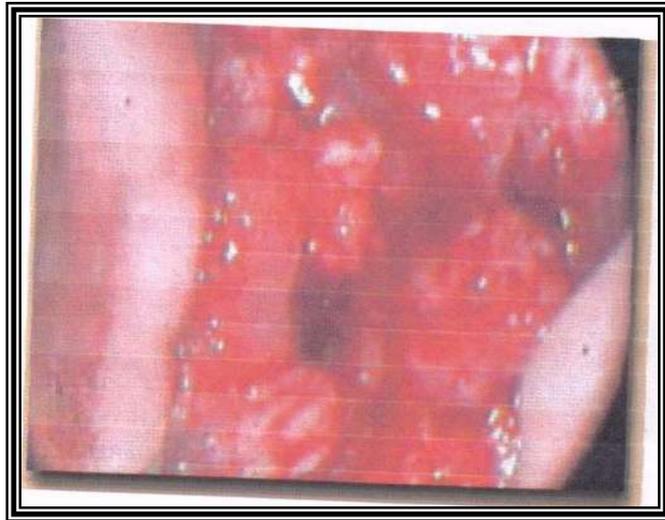
**5.8.3.3- Etapa III**

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



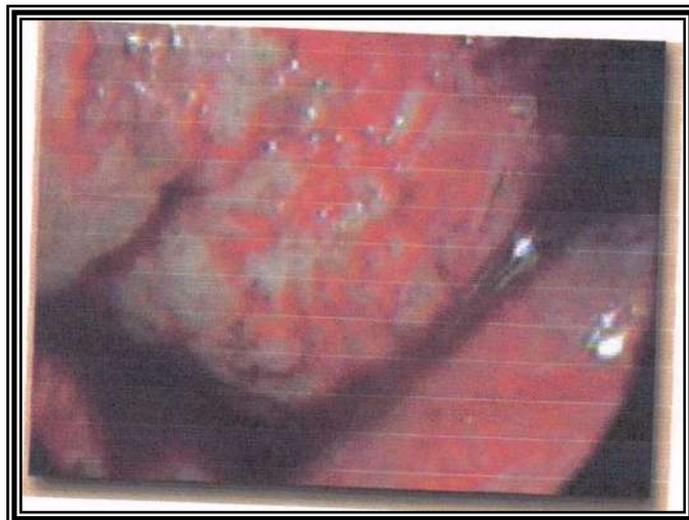
5.8.3.4 Etapa IV

El cáncer se ha diseminado a otras partes del cuerpo.



5.8.3.5. Etapa IVA:

El cáncer se ha diseminado a la vejiga o al recto (órganos cercanos al cuello uterino)

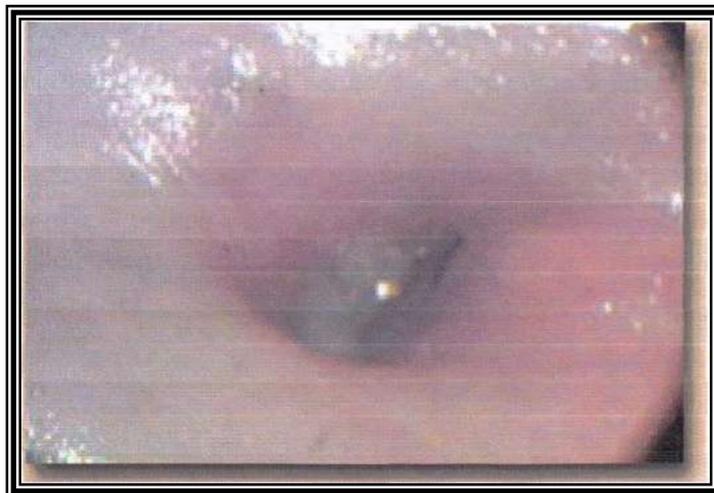


5.8.3.6. Etapa IVB:

El cáncer se ha diseminado a órganos distales como los pulmones ²¹

**5.8.3.7. Recurrente**

La enfermedad recurrente significa que el cáncer ha vuelto (reapareció) después de haber sido tratado. Puede volver al cuello uterino o a otro lugar.



²¹ <http://cancerdelcuellouterino.com>

5.9. LA CITOLOGÍA CERVICO VAGINAL SE INFORMA DE LA SIGUIENTE MANERA

- Negativo a cáncer. (células normales)
- Negativo a cáncer con proceso inflamatorio (células con alteraciones inflamatorias)
- Displasia moderada o grave (células atípicas)
- Positivo a cáncer (células atípicas)²²

5.10. CUADRO CLÍNICO

5.10.1. SINTOMATOLOGÍA:

En el Cáncer Cérvico Uterino, la paciente se encuentra con frecuencia asintomática durante las etapas iniciales del padecimiento por lo cual el diagnóstico constituye una sorpresa al relevar una citología exfoliativa habitual ²³

La sintomatología del Cáncer Cérvico Uterino es mínima y no específica. Cuando se hace aparente, por inspección microscópica o por la presencia de síntomas persistentes como el sangrado, la leucorrea fétida, y el dolor, desgraciadamente el tumor es ya notable y casi siempre corresponde a etapas muy avanzadas.

En estadios invasores iniciales puede presentarse sangrado como manifestación al coito y al esfuerzo, ocasionándose también por contacto al practicar relaciones sexuales, examen ginecológico, irrigaciones vaginales, etc. Hay que hacer notar que este tipo de sangrado también se presenta en los procesos benignos en los que hay pérdida de epitelio, como las simples erupciones cervicales. Las verdaderas hemorragias o sangrados intensos, solo aparecen en estadios avanzados.

²² Normas Técnicas Para Cáncer Cervicouterino.

²³ Héctor Mondragón Castro Ginecología Básica Ilustrada Trillas p.p 240

Otro síntoma es la leucorrea, que igualmente es similar a la de los procesos inflamatorios benignos del cervix y vagina, no tiene características especiales excepto cuando el cáncer es más avanzado, en el, dicha leucorrea cambio su coloración a café o rosáceo, como el agua que se emplea para lavar carne, su olor se hace fétido y lleva detritos necróticos de resto de tejido acumulado. El dolor solo aparece en estadios terminales y casi siempre por invasión a órganos vecinos.

Entre los signos de enfermedad avanzada se encuentran pérdida de peso, anemia y fiebre.²⁴ En etapas finales, cuando hay metástasis a distancia aparece sintomatología correspondiente a órganos afectados, por ejemplo; en metástasis pulmonares, habrá síntomas y signos respiratorios y las imágenes radiológicas demostraran la presencia del tumor.²⁵

5.11 ESTUDIOS DIAGNOSTICOS PARA LA OBTENCIÓN DE LA MUESTRA

- Papanicolau
- Exploración física.
- Biopsias cervicales múltiples.
- Colposcopía si esta indicada para obtener biopsias
- Legrado endocervical
- Conización, si esta indicado para obtener muestras titulares.
- Citoscopia.
- Sigmoidoscopia.
- Pielografía intravenosa.
- Radiografía de tórax ²⁶

²⁴ Netina Manual de Enfermeria Practica de Lippincott Editorial Mc Graw Interamericana p.p 106

²⁵ Dr. G Eduardo Núñez Maciel Ginecología y Obstetricia p.p 891

²⁶ Bare Myes Enfermeria Medico Quirúrgica.

5.12. PREVENCIÓN Y DETECCIÓN.

5.12.1. PRUEBA DE PAPANICOLAU

Se conoce con este nombre en honor de quien la descubrió (Dr. George Papanicolaou) esta prueba ha sido uno de los procedimientos mas exitosos para la detección de cáncer en los órganos sexuales internos de la mujer. Se practica para la detección de cáncer cervicouterino. Se aspiran o se raspan las secreciones vaginales del orificio cervical. Se transfieren a un porta objetos y se fijan de inmediato. La paciente es informada que no se lave antes de este examen, debido a que el material celular puede perderse. El frotis de Papanicolaou se hace durante la fase no menstrual del ciclo debido a que la presencia de sangre impide una interpretación precisa. El frotis de Papanicolaou que revela inflamación ligera o células escamosas atípicas en general se repite al cabo de 3 a 6 meses, si con frecuencia el resultado es anormal se citara para control una vez al año.

5.12.2. COLPOSCOPIA Y BIOPSIA CERVICAL.

Todos los frotis de Papanicolaou sospechosos deben ser evaluados mediante colposcopia. El colposcopio es un instrumento óptico, un microscopio portátil con aumentos de 10 a 25 veces que permite al examinador visualizar el cervix y obtener una muestra del tejido anormal para analizarlo.²⁷

El examen colposcópico se lleva a cabo; colocando a la mujer en posición ginecológica, introduciendo un espejo de preferencia opaco, para reducir los efectos de la luz, introduciendo a través de él la fibra óptica; se hacen tres tipos de exploración: observación directa, observación después de la embrocación del ácido acético al 3% para eliminar el moco cervical, y observación después de haber hecho la prueba de schiller. La colpomicroscopia sigue los mismos lineamientos pero logrando una amplificación mucho mayor. Estos son procedimientos paliativos del especialista.

²⁷ BRUNER Y SUDDARTH ENFERMERIA MEDICO QUIRURGICA Editorial Interamericana Mc. Graw Interamericana Octava Edición Vol II. P.P 1248

5.12.3. BIOPSIA

Un diagnóstico citológico ó colposcópico de malignidad siempre debe ser confirmado por una biopsia. El estudio histológico es el único que nos va a dar certeza diagnóstica. La biopsia simple debe ser practicada solo cuando hay una lesión visible, por inocua que esta pueda parecer. Todas las biopsias únicas deben ser llevadas a cabo con pinzas sacabocados especiales para biopsia cervical y fijarse en formol.²⁸

5.12.4. CONIZACIÓN.

Es la resección quirúrgica de un trozo de tejido en forma de cuña, procedente del cervix ó del canal cervical para su estudio citológico²⁹

5.13. TECNICA PARA LA TOMA DE MUESTRA (PAPANICOLAOU)

La norma publicada en el diario oficial de la federación, para su aplicación en el Sector Salud, el requisito indispensables para la toma de la muestra que la mujer no se haya practicado lavados vaginales, aplicado óvulos, jaleas y no esté menstruando. Previo a la toma de la muestra no deben realizarse ninguna técnica de exploración ginecológica en la que se empleen lubricantes.

El portaobjetos se identificara envolviendo en un papel con el nombre completo número de expediente y fecha.

La paciente se colocara en posición ginecológica y de preferencia con la vejiga vacía. Se introduce el espejo vaginal asegurándose de que este perfectamente seco

²⁸ Dr. G Eduardo Núñez Maciel GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA Méndez editores 1998 tercera edición p.p 894, 895.

²⁹ MANUAL DE ENFERMERIA Océano centrum p.p 363.

y sin lubricantes, se fija visualizando el canal cervico vaginal. Los datos indispensables encontrados se anotan en la forma PCCO-20 solicitud de estudios citológicos

El envío de las muestras será diario, si el laboratorio se encuentra en la misma unidad, de no ser así, se recolectaran por jurisdicción o zona evitando no tardar mas de 7 días entre la toma de la muestra y la entrega al laboratorio, ya que el tiempo transcurrido para la recepción del resultado por parte del área que obtuvo la muestra no se pueda exceder mas de 15 días.³⁰

PROCEDIMIENTOS.

A) RECEPCIÓN E INTERROGATORIO:

- Ser atento y amable con la usuaria.
- Informar claramente el procedimiento que le va a realizar.
- Interrogar a la usuaria para llenar el formato de solicitud y reporte de resultados de la citología.
- Anotar claramente todos los datos en el formato.



³⁰ Manual de Normas y Procedimientos “Prevención de los Cánceres Cervico uterino y Mamario” p.p 13.

FUNDAMENTACIÓN:

Hacer que la usuaria se sienta segura ante nosotros, así como identificar algún factor predisponente para la patología.

B) MATERIAL PARA LA TOMA:

- Preparar el material y equipo a utilizar, verificar que esté completo, esterilizado o desinfectado.
- Anotar en la parte distal de la laminilla las iniciales del nombre de la usuaria y la fecha.



C) PREPARACIÓN DE LA USUARIA

- Indicar amablemente a la usuaria que se prepare para el procedimiento.
- Invitar a la usuaria a colocarse en la mesa de exploración y auxiliarla para adoptar la posición ginecológica.
- Cuidar la comodidad y pudor de la usuaria.
- Realizar el procedimiento en una mesa de exploración. En caso de no contar con ella, se puede realizar en una mesa o la cama de la usuaria.
- Usar un campo o sábana limpia para cubrirla de preferencia hasta las rodillas.

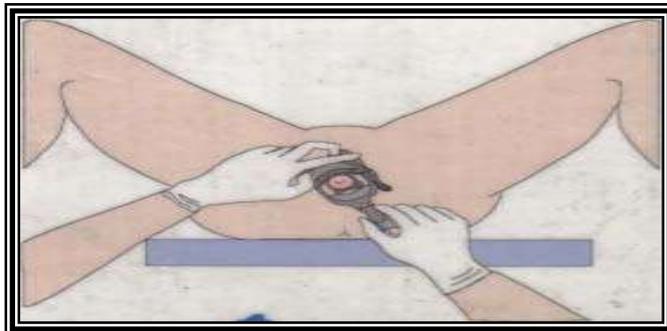


FUNDAMENTACIÓN:

Debemos de recordar que ante este tipo de procedimientos la mujer muestra pudor por lo que debemos de ganarnos su confianza y a su vez proteger lo más posible su integridad.

D) PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA:

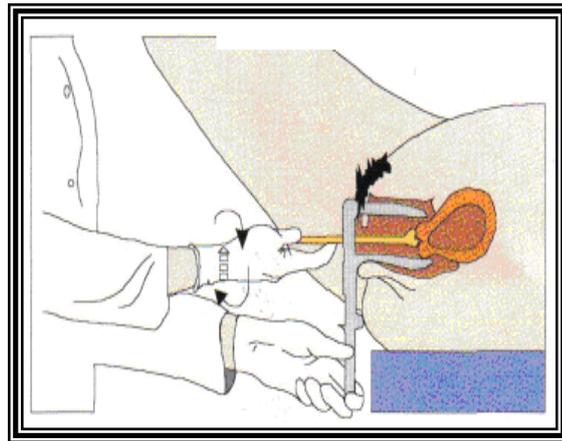
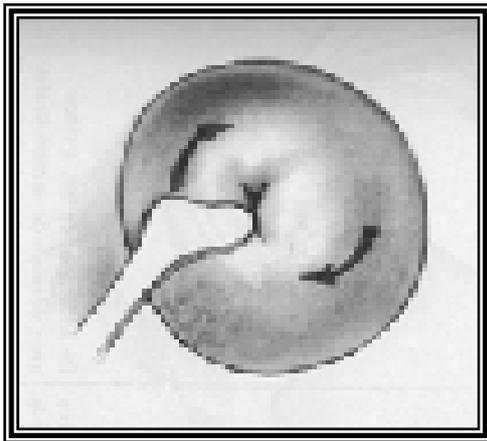
- Colocarse los guantes en ambas manos y mantenerlos durante el procedimiento.
- Realizar la valoración ginecológica de los genitales externos.
- Colocar el espejo sin lubricante, separar los labios menores e introducir el espejo con una inclinación de 45° en relación al piso de la vagina, abrir lentamente las valvas y deslizado corrigiendo la posición para que quede paralelo al piso de la vagina, localizar el cuello y fijar las valvas del espejo.
- Revisar detenidamente el cuello buscando la presencia de secreción o lesiones y anotar posteriormente en el formato de solicitud y reporte.

**FUNDAMENTACIÓN.**

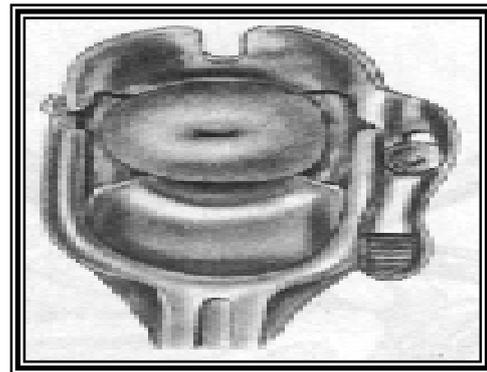
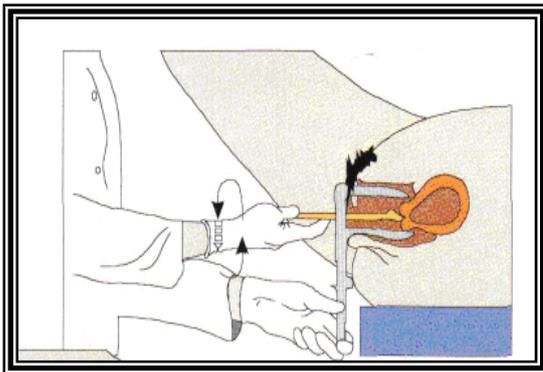
Al colocarnos los guantes nos protegemos de alguna infección y contribuimos a que la paciente cuente con una asepsia adecuada, al realizar la exploración física de los órganos sexuales nos daremos cuenta si la usuaria presenta algún factor predisponente para la patología; tales como ulceraciones, leucorrea, sangrado anormal, etc.

E) TÉCNICA PARA LA TOMA.

- Para obtener la muestra del endocervix, introducir la espátula de Ayre modificada por el extremo bifurcado para obtener la muestra del exocervix, colocarla en el orificio exocervical y girar 360° a la derecha haciendo una ligera presión para obtener muestra de todo el epitelio del exocervix.



- Para la toma del endocervix introducir la espátula de Ayre por el extremo terminado en punta al canal endocervical, deslizando y girando a la izquierda 360° haciendo una ligera presión.

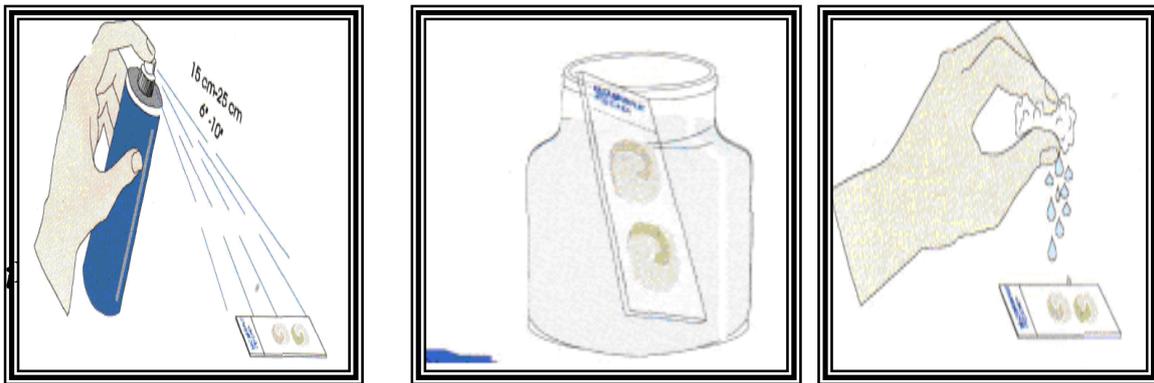


FUNDAMENTACIÓN:

Se realiza primero la toma del exocervix puesto que en ocasiones el canal del endocervix sangra lo que ocasiona una posible falsa lectura de lo citología.

F) FIJACIÓN DE LA MUESTRA.

- Aplicar citospray a una distancia de 15 a 20 cm. en una sola aplicación y por un lapso de 2 segundos o bien, bañar con alcohol del 96° toda la laminilla con una torunda o goteo suficiente y dejar secar en forma espontánea,
- En un frasco de boca ancha con alcohol del 96° suficiente para cubrir la laminilla, se coloca por 15 minutos; se extrae y se deja secar en forma espontánea.



FUNDAMENTACIÓN:

Con una buena técnica de fijación las muestras no corren ningún peligro de sufrir alguna alteración ya que el citospray esta diseñado para proteger dichas laminilla, a diferencia del alcohol que como todos sabemos es un extraordinario fijador.

G) EXTENDIDO DE LA MUESTRA.

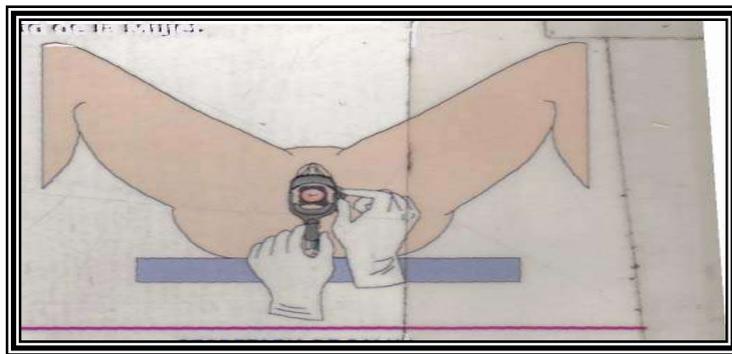
- En la parte superior del portaobjetos haremos un barrido de izquierda a derecha colocando así la toma del exocervix
- Posteriormente en la parte inferior se realizará el mismo procedimiento con la muestra del endocervix.

FUNDAMENTACIÓN:

Al realizar un buen extendido de la muestra estamos asegurando una buena lectura por parte del laboratorista y así un diagnóstico preciso.

H) CONCLUSIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

- Retirar con cuidado el espejo e indicar a la usuaria que el procedimiento ha concluido.
- Anotar los hallazgos clínicos en el formato de Solicitud de Resultado Citológico y verificar su llenado completo.
- Indicar a la paciente la fecha de entrega del resultado y registrar en la Cartilla Nacional de salud de la mujer.



FUNDAMENTACION.

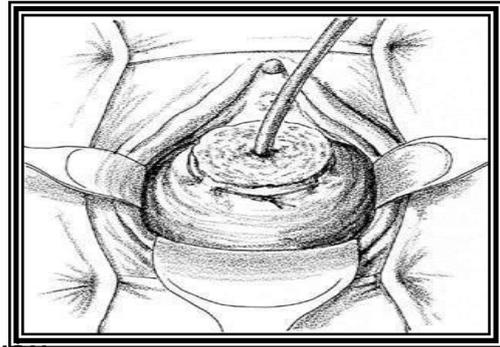
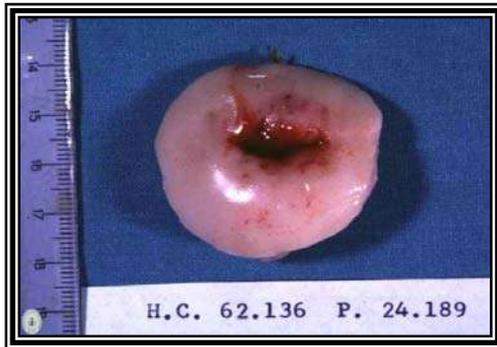
Al anotar los hallazgos encontrados ayudamos a fundamentar un diagnóstico preciso.

5.14. TRATAMIENTO DEL CÁNCER CERVICOUTERINO

El médico puede extraer el cáncer empleando una de las siguientes operaciones:

5.14.1. CONIZACIÓN

Consiste en la extracción de un pedazo de tejido en forma de cono en el lugar donde se encuentra la anomalía. La conización puede emplearse para extraer un pedazo de tejido para realizar una biopsia, pero también puede utilizarse para el tratamiento del cáncer incipiente del cuello uterino.

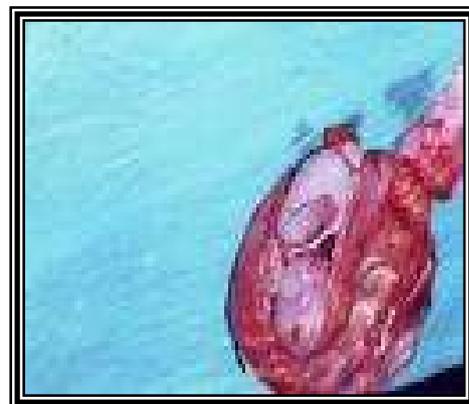


CONIZACION

5.14.2. 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)



HISTERECTOMIA

5.14.3. 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.



5.14.4. 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, el cual viaja a través del cuerpo y puede eliminar células cancerosas fuera del cuello uterino.



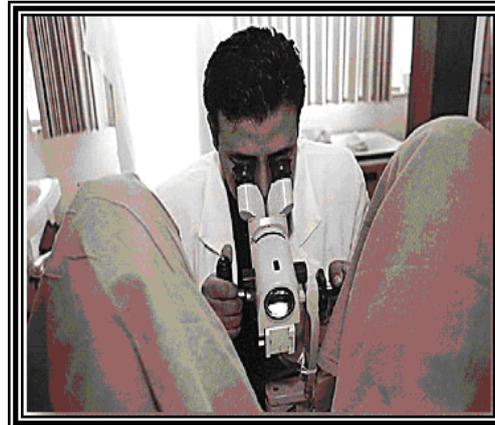
5.14.5. LÁSER.

Uso de la energía fotonica para la destrucción o escisión de las lesiones y las zonas de transformación del cuello uterino. Es un proceso que consiste en el uso de un haz de luz intensa para eliminar células cancerosas.



5.14.6. CRIOCIRUGÍA.

Consiste en la eliminación del cáncer por congelación del cuello uterino



5.14.7. BRAQUITERAPIA.

Tratamiento por medio de radiación dentro del cuerpo con alambres o varillas, se utiliza anestesia general durante la inserción de la fuente para la braquiterapia, se utiliza para destruir la masa principal de las células tumorales.



5.15. TRATAMIENTO POR ETAPAS

Los tratamientos para el Cáncer Cérvico Uterino dependen de la etapa en que se encuentra la enfermedad, del tamaño del tumor, y de la edad de la paciente, su estado de salud general y su deseo de tener hijos. El tratamiento del cáncer del cuello uterino puede ser postergado durante el embarazo dependiendo de la etapa en que se encuentre el cáncer y el progreso del embarazo.

Se puede recibir tratamientos estándares, cuya eficacia ya ha sido probada en pacientes que participaron en pruebas anteriores o se puede optar por participar en un ensayo clínico. No todas las pacientes se curan con la terapia estándar y algunos tratamientos estándar podrían tener más efectos secundarios de los deseados. Por estas razones, los ensayos clínicos están diseñados para encontrar mejores maneras de tratar a las pacientes con cáncer y se basan en la información más actualizada.

5.15.1. CANCER CERVICOUTERINO - ETAPA 0

El Cáncer Cervico Uterino en etapa 0 a veces también se conoce como carcinoma in situ. El tratamiento puede ser uno de los siguientes:

1. Conización.
2. Cirugía con rayo láser.
3. Procedimiento de excisión electroquirúrgica (LEEP)
4. Criocirugía.
5. Cirugía para eliminar el área cancerosa, el cuello uterino y el útero (histerectomía total abdominal o histerectomía vaginal) para aquellas mujeres que no pueden o no desean tener niños.

5.15.2. CANCER CERVICOUTERINO - ETAPA I

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

5.15.2.1. Para el cáncer en etapa IA:

1. Cirugía para extirpar el cáncer, el útero y el cuello uterino (histerectomía abdominal total). Los ovarios también pueden extraerse (salpingooforectomía bilateral), pero generalmente no se extraen en mujeres jóvenes.
2. Conización.
3. Para tumores con invasión más profunda (3-5 milímetros): cirugía para extraer el cáncer, el útero y el cuello uterino y parte de la vagina (histerectomía radical) junto con los ganglios linfáticos en la región pélvica (disección de ganglios linfáticos).
4. Radioterapia interna.

5.15.2.2. Para el cáncer en etapa IB:

1. Radioterapia interna y externa.
2. Histerectomía radical y disección de los ganglios linfáticos.
3. Histerectomía radical y disección de los ganglios linfáticos, seguida de
4. Radioterapia más quimioterapia.
5. Radioterapia más quimioterapia.

5.15.3. CANCER CERVICOUTERINO - ETAPA II

El tratamiento puede ser uno de los siguientes:

5.15.3.1 Para el cáncer en etapa IIA:

1. Radioterapia interna y externa.
2. Histerectomía radical y disección de los ganglios linfáticos.
3. Histerectomía radical y disección de los ganglios linfáticos, seguida de radioterapia más quimioterapia.
4. Radioterapia más quimioterapia.

5.15.3.2.- Para el cáncer en etapa IIB:

1. Radioterapia interna y externa más quimioterapia.

5.15.4. CANCER CERVICOUTERINO - ETAPA III

El tratamiento puede ser uno de los siguientes:

1. Radioterapia interna y externa más quimioterapia.

5.15.4. CANCER CERVICOUTERINO - ETAPA IV

El tratamiento puede ser uno de los siguientes:

5.15.4.1.- Para el cáncer en etapa IVA:

1. Radioterapia interna y externa más quimioterapia.

5.15.4.2.- Para el cáncer en etapa IVB:

1. Radioterapia para aliviar síntomas causados por el cáncer.
2. Quimioterapia.³¹

5.16. CUIDADOS DE ENFERMERIA ANTE EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER CERVICO UTERINO**5.16.1. CONIZACIÓN, HISTERECTOMÍA, CRIOCIRUGÍA Y BRAQUITERAPIA.**

Los cuidados de enfermería son muy parecidos para cualquier paciente sometido a cirugía; no obstante debemos estar conscientes de los problemas específicos que se presentan en los enfermos de cáncer. El plan de cuidados integral de estas pacientes debe incluir los aspectos psicosociales y existenciales así como las complicaciones específicas del cáncer.

A) CUIDADO PREOPERATORIO:

La atención preoperatoria de la paciente con cáncer se centra en la evaluación y la intervención. Para lograr estos objetivos con eficacia debemos conocer las respuestas a las siguientes preguntas:

- ◆ ¿Cuál es el propósito de la cirugía? ¿Es para el diagnóstico, la estadificación, la curación o la paliación? Cada propósito tiene un significado diferente para la paciente; conocerlo permitirá que la enfermera comprenda mejor el comportamiento de la paciente.

³¹ Hammamond Spellacy Tratado de Obstetricia y Ginecología de Danforth impreso en México 1994 Sexta Edición.

- ◆ ¿Qué tipo de cirugía se practicará? La enfermera debe saber que tipo de preparación o cuidado preoperatorio se requiere (por ejemplo; preparación intestinal, administración de suplementos nutricionales), de que tipo y tamaño serán las incisiones y que tipo de dispositivos se colocaran a la paciente (por ejemplo: catéteres, drenajes o tubos torácicos)
- ◆ ¿Qué se le ha dicho a la paciente y a su familia en relación con la cirugía, el diagnóstico y las posibilidades futuras de tratamiento? A menudo, las pacientes solo escuchan la palabra cáncer y cirugía, lo demás es un misterio, por esto la información debe repetirse con frecuencia. Una vez que se responden a estas preguntas, el cuidado preoperatorio de enfermería para la paciente con cáncer se dirige a reducir la ansiedad, promover su bienestar físico y educarlo.

B) CUIDADOS POSTOPERATORIOS.

El cuidado de enfermería de la paciente con cáncer depende del tumor, la cirugía realizada, el tratamiento previo y las deficiencias fisiológicas preexistentes. Al igual que el cuidado preoperatorio se centra en las necesidades físicas y psicológicas del enfermo.

- ◆ Necesidades físicas: Desde que el paciente llega a la sala de recuperación o la unidad de cuidados intensivos, ciertos objetivos principales sirven de guía durante el resto del curso postoperatorio: prevenir las complicaciones posquirúrgicas y favorecer la función cardiovascular, la perfusión tisular, la función respiratoria, la nutrición, la eliminación, el equilibrio de líquidos y electrolitos, la función renal, el reposo, la comodidad, la curación de la herida, el movimiento precoz y la deambulación.
- ◆ Necesidades psicológicas: A medida que las pacientes despiertan de la anestesia, sus principales preguntas son: ¿Tengo cáncer? ¿Sacaron todo el tumor? ¿Hay metástasis? Las preguntas no deben responderse sino hasta

que la paciente se haya recuperado por completo de la anestesia. Es importante que las enfermeras valores el tipo y grado de apoyo que pueden brindar a los familiares y allegados. El nivel de ansiedad postoperatorio de la paciente a menudo disminuye cuando la enfermera fomenta el apoyo y la participación familiar. Las enfermeras deben estar conscientes de los aspectos psicológicos que afectan a las pacientes con cáncer sometidas a cirugía, para brindar el cuidado más apropiado y motivarlas a que se adapten de manera positiva a las demandas de la enfermedad y la terapia.

5.16.1.- ALGUNOS DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA EN RELACION A LA CIRUGIA

1.- AFRONTAMIENTO FAMILIAR INEFICAZ RELACIONADO CON EL DIAGNOSTICO DE CÁNCER

Intervenciones

- Brindar oportunidades para la expresión de sentimientos
- Suministrar información que ayude a las pacientes y sus familiares a superar las reacciones emocionales producidas por el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico.

2.- AFRONTAMIENTO INDIVIDUAL INEFICAZ RELACIONADO CON EL DIAGNOSTICO DE CÁNCER Y LOS POSIBLES CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA.

Intervenciones

- Brindar oportunidades para la expresión de sentimientos sobre el diagnóstico y el pronóstico.
- Ayudar a adaptarse a los cambios en las actividades y las relaciones.

3.- *DÉFICIT DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS RELACIONADO CON EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO, LAS PERDIDAS EXCESIVAS POR VÍAS ANORMALES (SONDAS A PERMANENCIA), LAS NAUSEAS Y EL VOMITO POSTOPERATORIOS Y CON LA INCAPACIDAD DE RECIBIR O ABSORBER LÍQUIDOS.*

Intervenciones

- Monitoreo de signos vitales
- Valorar el tiempo de llenado capilar
- Medir los líquidos administrados y eliminados
- Medir la densidad urinaria de la orina
- Valorar la mucosidad oral.
- Administre líquidos por vía intravenosa u oral según la prescripción medica.
- Administre los antieméticos prescritos por el medico.

4.- *RIESGO DE INFECCIÓN RELACIONADO CON EL DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA (INCISIÓN QUIRÚRGICA)*

Intervenciones

- Monitoreo de la herida y observación si hay edema, enrojecimiento y dolor excesivo.

5.- *RIESGO DE INFECCIÓN RELACIONADO CON LA RETENCIÓN URINARIA SECUNDARIA AL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO.*

Intervenciones

- Revisar la cantidad, el color, la densidad y el olor de la orina.
- Administración de antibióticos prescritos por el medico
- Valore el dolor abdominal.
- Asegúrese de que la paciente ingiera líquidos.

6.- DOLOR RELACIONADO CON EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO Y LAS COMPLICACIONES EN LOS LUGARES DE INSERCIÓN DEL EQUIPO TERAPÉUTICO.

Intervenciones

- Cuando valore el nivel del dolor del paciente tenga en cuenta: Localización y características, aparición, frecuencia, intensidad, calidad, medidas eficaces para controlar el dolor, formas de expresar el dolor, movimientos, tono muscular y ansiedad.
- Identifique estrategias para eliminar o controlar el dolor.
- Explore estrategias que el paciente considere esenciales para reducir el dolor.
- Administre los medicamentos según las indicaciones médicas.
- Intervenga cuando aparezca el dolor.
- Cambie de posición al paciente para que este mas cómodo.

5.17.- CUIDADOS DE ENFERMERIA ANTE EL TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA PARA CÁNCER CERVICOUTERINO.

Los cuidados de enfermería comienzan con la comprensión profunda de cinco elementos principales: el estado del paciente, el objetivo de la terapia, la dosis, el horario y la vía de administración del medicamento o medicamentos a utilizar.

La evaluación psicosocial continua y la enseñanza del paciente requieren intervenciones inteligentes de enfermería.

5.17.1 DIAGNOSTICOS E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ANTE LA QUIMIOTERAPIA.

1.- DÉFICIT DE CONOCIMIENTO SOBRE LOS EFECTOS SECUNDARIOS QUIMIOTERAPÉUTICOS.

Intervenciones

- Valore el nivel de educación, la capacidad, el deseo de aprender y los obstáculos para el aprendizaje de la paciente.
- Valore el nivel de conocimiento sobre el cáncer, la experiencia previa con el diagnóstico y el tratamiento del cáncer.
- Evalúe la comprensión sobre el diagnóstico específico, la evolución de la enfermedad, y el posible tratamiento planificado.
- Valore la experiencia previa con la quimioterapia.

2.- ALTERACIÓN DE LA NUTRICIÓN POR DÉFICIT RELACIONADA CON NAUSEAS Y VOMITO.

Intervenciones

- Valore los episodios de náuseas y vómito: incluya la cantidad, el color y la consistencia y la frecuencia de la emesis.
- Determine que factores facilitan o previenen las náuseas y el vómito.
- Valore el peso basal antes de la enfermedad, al comienzo de la enfermedad, los cambios durante el tratamiento y en el último mes; anote las pérdidas y las ganancias.
- Valore los antecedentes de la nutrición. hábitos alimentarios, gustos y preferencias, cantidad y tipos de alimentos consumidos en el desayuno, el almuerzo y comida y los refrigerios.
- Consulte a un nutricionista y planifique con el paciente recomendaciones de alimentos que estimulen el apetito y faciliten el consumo de calorías.

3.- ALTERACIONES EN LA IMAGEN CORPORAL DEBIDAS A LA ALOPECIA.

Intervenciones

- Informe al paciente que este cambio es temporal y que crecerá de nuevo después de terminar el tratamiento.
- Indíquele en donde puede adquirir pelucas, turbantes y sombreros.
- Informe ala paciente sobre las medidas de cuidado para proteger el cuero cabelludo.
- Motive al paciente para que comparta sus sentimientos sobre los cambios en su imagen corporal.

4.- DOLOR PRODUCIDO POR LAS METÁSTASIS ÓSEAS.

5.- ALTERACIÓN DE LA MUCOSA ORAL.

Intervenciones

- Determine el comienzo, la localización, duración, gravedad, intensidad, y la irradiación de los síntomas.
- Valore los síntomas según las sugerencias del paciente y su familia.
- Administre los medicamentos y las intervenciones del tratamiento prescrito por el medico.
- Monitoreé el equilibrio de electrolitos y el recuento de granulocitos.
- Valore la piel a intervalos programados, en especial las áreas ocultas.

6.- RIESGO DE INFECCIÓN POR LA INMUNOSUPRESIÓN, EL DETERIORO DE LA PIEL O LA CONTAMINACIÓN DE LOS SUMINISTROS.

Intervenciones

- Monitoree el hemograma y el recuento de granulocitos
- Enseñe al paciente una técnica de lavado de manos y supervíselo.
- Restringa las visitas con infecciones posibles o que hayan sido vacunados recientemente con microorganismos vivos.
- Monitoree el consumo de alimentos.
- Asegure la limpieza de la habitación y los suministros utilizados en el cuidado habitual.
- Examine todos los materiales estériles antes de utilizarlos.

5.18. CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE EL TRATAMIENTO DE RADIOTERAPIA PARA CÁNCER CERVICOUTERINO.

Los efectos secundarios asociados con la radioterapia son localizados y dependen del área tratada, el volumen de tejido irradiado, el fraccionamiento, la dosis total, el tipo de radiación, y las diferencias individuales.

5.19. COMPLICACIONES.

Relacionadas con la enfermedad y el tratamiento.

5.19.1.- CON LA ENFERMEDAD.

- Disfunción sexual.
- Infertilidad.
- Esterilidad.
- Alteración en las funciones intestinales y vesicales.

- Aborto espontáneo.
- Cambios en el concepto de si misma.

5.19.2.- CON EL TRATAMIENTO.

- Infertilidad, esterilidad.
- Formación de fístulas.
- Infección, hemorragias.
- Dehiscencia de la herida.
- Fibrosis / estenosis vaginal.
- Obstrucción uretral.
- Mielo Supresión
- Alopecia.
- Alteración de las funciones intestinales y vesicales.
- Aborto y disfunción sexual.

6. ACCIONES DE ENFERMERIA CORRESPONIENTE AL PROGRAMA DE DETECCIÓN Y PREVENCIÓN DE CÁNCER CERVICOUTERINO EN EL CENTRO DE SALUD “DR. FIDEL RIVERA CASTRO”

Este programa brinda información y consejería lo cual esta a cargo del personal de enfermería, se realizan platicas con las usuarias que cuentan con el programa oportuidades, o están inscritas a otros programas que brinda el centro de salud tales como control prenatal y lactancia, enfermedades crónico degenerativas y control nutricional. Para esto contamos con material didáctico (rotafolios) los cuales son expedidos por la Secretaria de Salud.

En el mes de agosto de cada año se realizan las jornadas de detección oportuna para el Cáncer Cervico Uterino, utilizando para esto una unidad móvil proveniente de Morelia Mich. para esto se intensifica la propaganda para las mujeres respecto al tema utilizando cartelones, espectaculares, anuncio en periódicos y peritoneos.

Se realiza un cronograma de actividades en donde todos los días miércoles de cada semana se visita una colonia perteneciente al municipio de Zinapécuaro en donde se brinda información sobre el paquete básico de salud.

En la unidad de salud se cuenta con espectaculares en donde se informa lo relacionado a la prevención del cáncer cervico uterino.

Apoyados por los estudiantes del CEBETIS se reparten volantes en donde se invita a los habitantes del municipio a que acudan al centro de salud para realizarse la prueba de detección.

7.- METODOLOGIA

7.1.- FUNDAMENTO DE LA INVESTIGACIÓN.

El cáncer en los últimos años constituye una de las primeras causas de mortalidad en la población femenina, entre los 25 y 64 años de edad lo que repercute directamente en la familia, a pesar de las campañas de promoción que realizan las instituciones del sector salud, sobre la importancia de que acudan a su unidad de salud mas cercana para la detección temprana del padecimiento.

Sin embargo se pueden observar que las mujeres no acuden a realizarse el examen del papanicolaou y cuando acuden a consulta a la unidad de salud es porque ya presentan algunos signos y síntomas que demuestran la presencia de este padecimiento.

Se puede observar que las mujeres no acuden consulta por que consideran de poco importancia el cuidado de la salud, aunado a esto existen otros factores como: el bajo nivel cultural, social y económico.

Probablemente se deba también a la falta de información, de manera clara, oportuna, veraz y comprensible proporcionada a la población sobre este padecimiento y puede contribuir de manera importante para que no acuda a realizarse exámenes periódicamente.

En la colonia las "Chinches" del municipio de Zinapécuaro Mich. en el periodo de agosto del 2006 a la fecha se han presentado 4 casos de cáncer invasor en mujeres de entre 35 a 55 años de edad.

7.2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Cuales son los factores que influyen para que se presente Cáncer Cervico Uterino las mujeres de 35 a 55 años de edad que viven en la colonia Las Chinchas del municipio de Zinapécuaro Michoacán?

7.3- HIPOTESIS.

Las mujeres de 35 a 55 años de edad que habitan en la colonia las chinchas de Zinapécuaro Michoacán presentan importantes factores de riesgo para adquirir Cáncer Cervico Uterino tales como falta de información sobre dicha patología, tabaquismo, escolaridad deficiente, uso prolongado de anticonceptivos, no realización del examen, multiparidad, tener más de una pareja sexual, presentan antecedentes heredó familiares e higiene deficiente.

7.3.1.- HIPOTESIS NULA.

Las mujeres de 35 a 55 años de edad que habitan en la colonia las chinchas de Zinapécuaro Michoacán no presentan factores de riesgo como falta de información sobre dicha patología, tabaquismo, escolaridad deficiente, uso prolongado de anticonceptivos, pudor hacia la realización de la toma, multiparidad, cuentan con mas de una pareja sexual, presentan antecedentes heredó familiares e higiene deficiente.

7.4.- VARIABLES

7.4.1.- INDEPENDIENTES

- Edad, escolaridad.
- Ocupación, número de hijos.
- Presencia de enfermedades de transmisión sexual.

- Hábitos sexuales, tabaquismo.
- Antecedentes de Cáncer Cervicouterino.

8.4.2.- VARIABLES DEPENDIENTES

- Cáncer cervicouterino.

8.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

8.5.1. INCLUSIÓN.

Todas las mujeres entre 35 y 55 años así mismo que radiquen en la colonia las Chinchas de Zinapécuaro Mich y acepten participar en la investigación.

8.5.2. EXCLUSIÓN.

- Aquellas mujeres que radiquen en dicha colonia pero que no estén en el rango de edad antes mencionado.
- Toda mujer que se niegue a contestar el cuestionario o bien este sea llenado inadecuadamente.
- Aquellas mujeres que estén en el rango de edad pero que no tengan vida sexual activa.

8.6. INSTRUMENTACIÓN ESTADÍSTICA.

8.6.1. UNIVERSO POBLACIÓN Y MUESTRA.

Universo.- Para la investigación se tomo en cuenta 54 mujeres de 35 a 55 años que radiquen en la colonia las chinchas de Zinapécuaro Mich.

Muestra.- estuvo conformada por 50 personas de 35 a 55 años de edad con vida sexual activa lo que representa el 92.59% de nuestra población.

8.7.- TIPO DE INVESTIGACIÓN.

Se realizó una investigación documental y de campo, analítica y descriptiva, ya que esto permitirá conocer los factores que influyen para que se presente Cáncer Cervico Uterino en mujeres de 35 a 55 años de edad que radican en la colonia las chinches del municipio de Zinapécuaro Mich.

Fue prospectivo ya que se registro información de hechos según fueron ocurriendo, y se considera transversal ya que se estudiaron las variables por única vez.

8.8.- DISEÑO.

El diseño de la investigación se realizó de acuerdo a los siguientes pasos:

- Estructuración de Marco Teórico, mediante consulta de bibliografía, revistas médicas nacionales e Internet.
- Elaborando un instrumento de recolección de datos en base a los indicadores de las variables.
- Aplicación del cuestionario a las pacientes que se encontraron en su casa al momento de la investigación.
- Capturar y clasificación de los datos en cuadros y graficas.
- elaboración de conclusiones y recomendaciones que podrían ayudar en la problemática estudiada.

8.9.-TECNICA E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN.

Para la recolección de los datos en el grupo de estudio, se aplico un cuestionario el cual consta de 28 items, con características mixtas, de preguntas abiertas y cerradas.

VISITA DOMICILIARIA: Se llevo acabo un recorrido casa por casa para detectar a las mujeres entre 35 a 55 años de edad con vida sexual activa para que así estas participaran en la encuesta.

CUESTIONARIOS: Se aplicaron con el fin de recolectar datos que permitan identificar los factores de riesgo del padecimiento.

9. PROCESAMIENTO DE DATOS

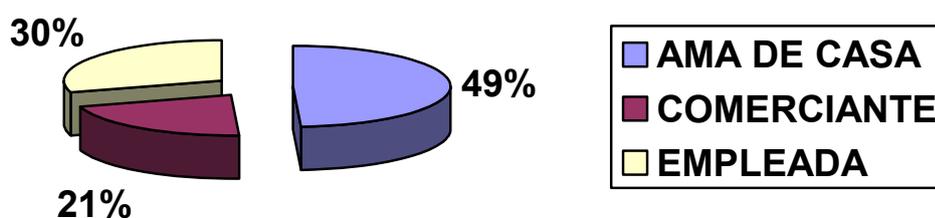
TABLA # 1

OCUPACION DE LAS MUJERES DE 35 A 55 AÑOS DE EDAD QUE HABITAN EN LA COLONIA LAS CHINCHES DEL MUNICIPIO DE ZINAPECUARO MICH. DE ENERO A MAYO DEL 2007

OCUPACION	FRECUENCIA	%
AMA DE CASA	33	66
COMERCIANTE	7	14
EMPLEADA	10	20
TOTAL	50	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados a las mujeres de 35 a 55 años de edad que radican en la colonia las Chinchas de Zinapécuaro Mich. Mayo 2007.

GRAFICO 1



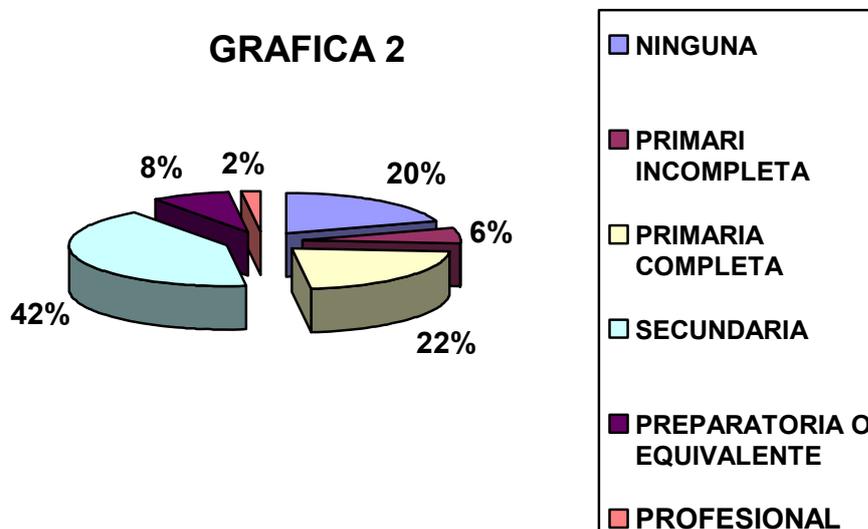
INTERPRETACIÓN: En cuanto a la ocupación se encontró que el 49% se dedica al hogar, 30% son empleadas y un 21% son comerciantes. Lo cual indica que la mayoría son amas de casa y por consiguiente no cuentan con un ingreso económico.

CUADRO # 2

ESCOLARIDAD DE LAS MUJERES DE 35 A 55 AÑOS DE EDAD QUE HABITAN EN LA COLONIA LAS CHINCHES DEL MUNICIPIO DE ZINAPECUARO MICH. DE ENERO A MAYO DEL 2007

GRADO DE ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	%
NINGUNA	10	20
PRIMARIA INCOMPLETA	3	6
PRIMARIA COMPLETA	11	22
SECUNDARIA	21	42
PREPARATORIA O EQUIVALENTE	4	8
PROFESIONAL	1	2
TOTAL	50	100

FUENTE: datos obtenidos de los cuestionarios aplicados a las mujeres de 35 a 55 años de edad que radican en la colonia las Chinchas de Zinapécuaro Mich.



INTERPRETACION: En cuanto al nivel de escolaridad, se encontró que un 42% cuenta con secundaria, 22% primaria completa, 20% con ningún estudio, 8% con primaria incompleta, 6% preparatoria o equivalente, 2% son profesionales. Lo que indica que la mayoría cuenta con un nivel de educación medio.

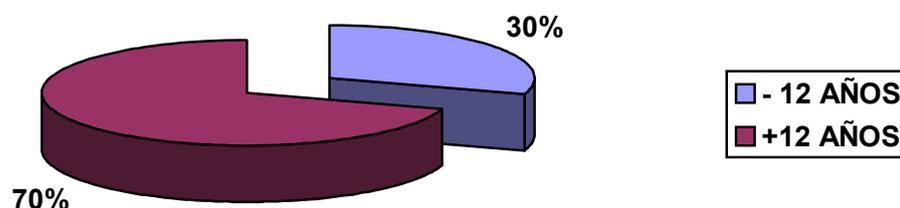
CUADRO # 3

EDAD DE LA PRIMERA MENSTRUACION DE LAS MUJERES DE 35 A 55 AÑOS DE EDAD QUE HABITAN EN LA COLONIA LAS CHINCHES DEL MUNICIPIO DE ZINAPECUARO MICH. DE ENERO A MAYO DEL 2007

PRIMERA MENSTRUACION	FRECUENCIA	%
- 12 AÑOS	15	30
+ 12 AÑOS	35	70
TOTAL	50	100

FUENTE: datos obtenidos de los cuestionarios aplicados a las mujeres de 35 a 55 años de edad que radican en la colonia las Chinchas de Zinapécuaro Mich.

GRAFICO 3



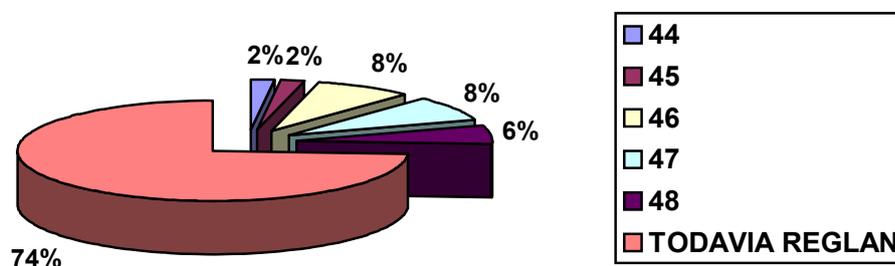
INTERPRETACION: En cuanto a la primera menstruación se observa que en un 70% se presentó después de los 12 años de edad y en un 30% antes de dicha edad. Lo que nos indica que la mayoría presentó la primera menstruación en el tiempo natural de la evolución de la mujer.

CUADRO # 4

EDAD DE LA ULTIMA MENSTRUACION DE LAS MUJERES DE 35 A 55 AÑOS DE EDAD QUE HABITAN EN LA COLONIA LAS CHINCHES DEL MUNICIPIO DE ZINAPECUARO MICH. DE ENERO A MAYO DEL 2007

EDAD DE LA ULTIMA MENSTRUACION	FRECUENCIA	%
44 AÑOS	1	2
45 AÑOS	1	2
46 AÑOS	4	8
47 AÑOS	4	8
48 AÑOS	3	6
AUN REGLAN	37	74
TOTAL	50	100

FUENTE: datos obtenidos de los cuestionarios aplicados a las mujeres de 35 a 55 años de edad que radican en la colonia las chinches de Zinapécuaro Mich.

GRAFICO 4

INTERPRETACION: En cuanto a la edad de la última menstruación, un 74% aun presentan sangrado menstrual, un 8% de nuestra población presento su última regla entre los 46 y 47 años, un 6% a los 48 años y un 2% entre los 44 y 45 años. Lo que indica que aun pueden utilizar algún método anticonceptivo que eleve el factor de riesgo.

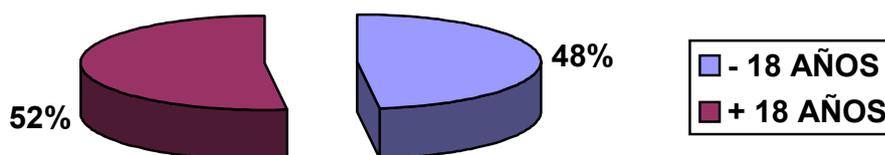
CUADRO # 5

EDAD DE LA PRIMERA RELACION SEXUAL DE LAS MUJERES DE 35 A 55 AÑOS DE EDAD QUE HABITAN EN LA COLONIA LAS CHINCHES DEL MUNICIPIO DE ZINAPECUARO MICH. DE ENERO A MAYO DEL 2007

EDAD DE LA PRIMERA RELACION SEXUAL	FRECUENCIA	%
- 18 AÑOS	24	48
+18 AÑOS	26	52
TOTAL	50	100

FUENTE: datos obtenidos de los cuestionarios aplicados a las mujeres de 35 a 55 años de edad que radican en la colonia las chinchas de Zinapécuaro Mich

GRAFICO 5



INTERPRETACIÓN: En cuestión de la primera relación sexual. Un 52% después de la mayoría de edad y un 48% la practico antes de dicha edad. Lo que nos indica que es un factor de riesgo latente en las mujeres encuestadas.

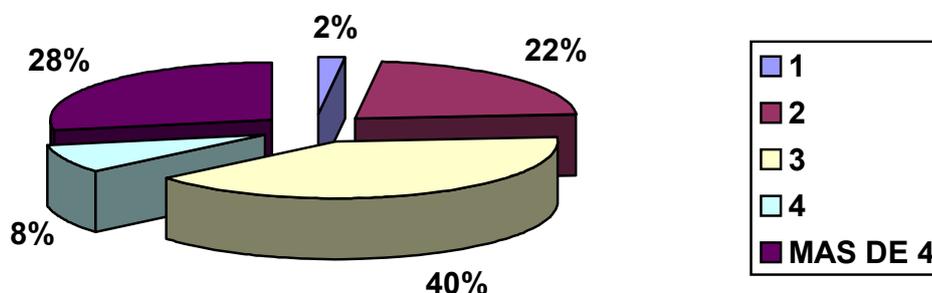
CUADRO # 6

NUMERO DE HIJOS DE LAS MUJERES DE 35 A 55 AÑOS DE EDAD QUE HABITAN EN LA COLONIA LAS CHINCHES DEL MUNICIPIO DE ZINAPECUARO MICH. DE ENERO A MAYO DEL 2007

NUMERO DE HIJOS	FRECUENCIA	%
1	1	2
2	11	22
3	20	40
4	4	8
MAS DE 4	14	28
TOTAL	50	100

FUENTE: datos obtenidos de los cuestionarios aplicados a las mujeres de 35 a 55 años de edad que radican en la colonia las chinches de Zinapécuaro Mich

GRAFICA 6



INTERPRETACIÓN: En relación con la multiparidad encontramos que un 40% de las encuestadas tiene 3 hijos, un 28% más de 4, 22% únicamente 2 hijos y un 2% solamente 1 hijo. Por lo cual la multiparidad en nuestras mujeres no es muy preocupante.

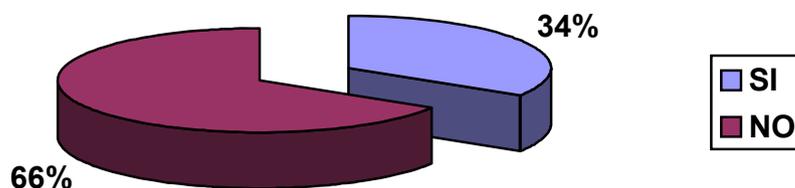
CUADRO # 7

MUJERES DE 35 A 55 AÑOS DE EDAD A LAS CUALES HAN TENIDO MAS DE UNA PAREJA SEXUAL Y RESIDEN EN LA COLONIA LAS CHINCHES DEL MUNICIPIO DE ZINAPECUARO MICH. DE ENERO A MAYO DEL 2007

MAS DE UNA PAREJA SEXUAL	FRECUENCIA	%
SI	17	34
NO	33	66
TOTAL	50	100

FUENTE: Datos obtenidos de los cuestionarios aplicados a las mujeres de 35 a 55 años de edad que radican en la colonia las chinchas de Zinapécuaro Mich

GRAFICO 7



INTERPRETACIÓN: En cuanto a mujeres con más de 1 pareja sexual tenemos como resultado, un 66% no ha tenido más de 1, mientras que un 34% si ha tenido más de 1 pareja sexual. Lo que nos indica que el factor de riesgo esta presente aunque no con gran intensidad.

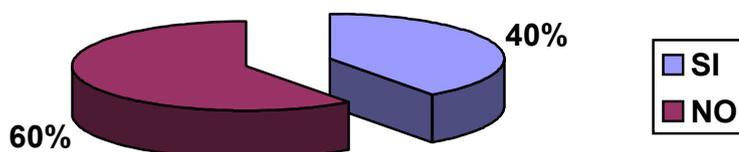
CUADRO # 8

MUJERES DE 35 A 55 AÑOS DE EDAD A LAS CUALES SE HAN ENTERADO SI SU PAREJA SEXUAL A TENIDO MAS PAREJAS Y RESIDEN EN LA COLONIA LAS CHINCHES DEL MUNICIPIO DE ZINAPECUARO MICH. DE ENERO A MAYO DEL 2007

PAREJA SEXUAL CON MAS PAREJAS	FRECUENCIA	%
SI	20	40
NO	30	60
TOTAL	100	100

FUENTE: datos obtenidos de los cuestionarios aplicados a las mujeres de 35 a 55 años de edad que radican en la colonia las chinches de Zinapécuaro Mich

GRAFICO 8



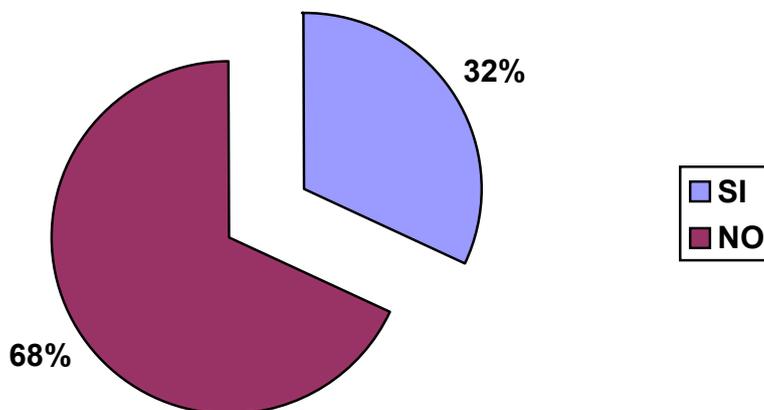
INTERPRETACIÓN: En relación con la sexualidad de sus parejas se han enterado si estas han sostenido relaciones sexuales con mas de 1 pareja: un 60% contesta que no, mientras un 40% que si. Lo que permite observar que no es un factor de riesgo potencial entre nuestras encuestadas. A pesar de que la mayoría opina que su pareja solo tiene una pareja un porcentaje importante opina que si tiene más de una pareja.

CUADRO # 9

SE REALIZAN ASEO DESPUES DE UNA RELACION SEXUAL LAS MUJERES DE 35 A 55 AÑOS DE EDAD Y RESIDEN EN LA COLONIA LAS CHINCHES DEL MUNICIPIO DE ZINAPECUARO MICH. DE ENERO A MAYO DEL 2007

ASEO DESPUES DE LA RELACION.	FRECUENCIA	%
SI	16	32
NO	34	368
TOTAL	50	100

FUENTE: datos obtenidos de los cuestionarios aplicados a las mujeres de 35 a 55 años de edad que radican en la colonia las Chinchas de Zinapécuaro Mich

GRAFICO 9

INTERPRETACIÓN: En cuanto a si se realizan aseo después de una relación sexual un 68% dice que NO, mientras un 32% que SI. Lo cual permite observar que si puede ser un factor latente para la adquisición de alguna infección.

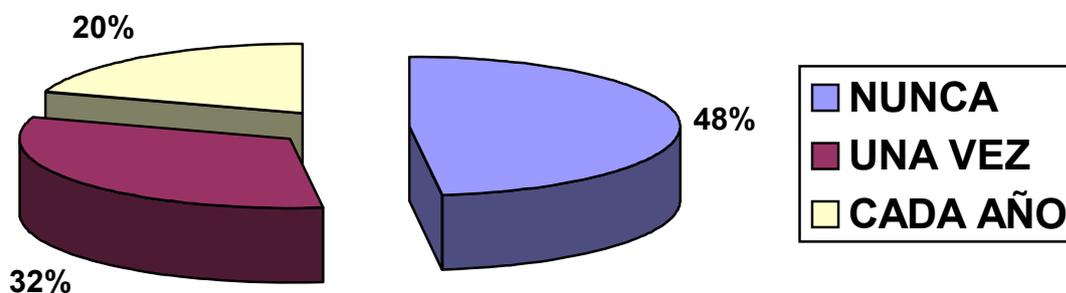
CUADRO # 10

LAS MUJERES DE 35 A 55 AÑOS DE EDAD QUE HABITAN EN LA COLONIA LAS CHINCHES DEL MUNICIPIO DE ZINAPECUARO MICH. SE HAN REALIZADO EL PAPANICOLAOU. DE ENERO A MAYO DEL 2007.

PAPANICOLAOU	FRECUENCIA	%
NUNCA	24	48
UNA VEZ	16	32
CADA AÑO	10	20
TOTAL	50	100

FUENTE: datos obtenidos de los cuestionarios aplicados a las mujeres de 35 a 55 años de edad que radican en la colonia las Chinchas de Zinapécuaro Mich

GRAFICO 10



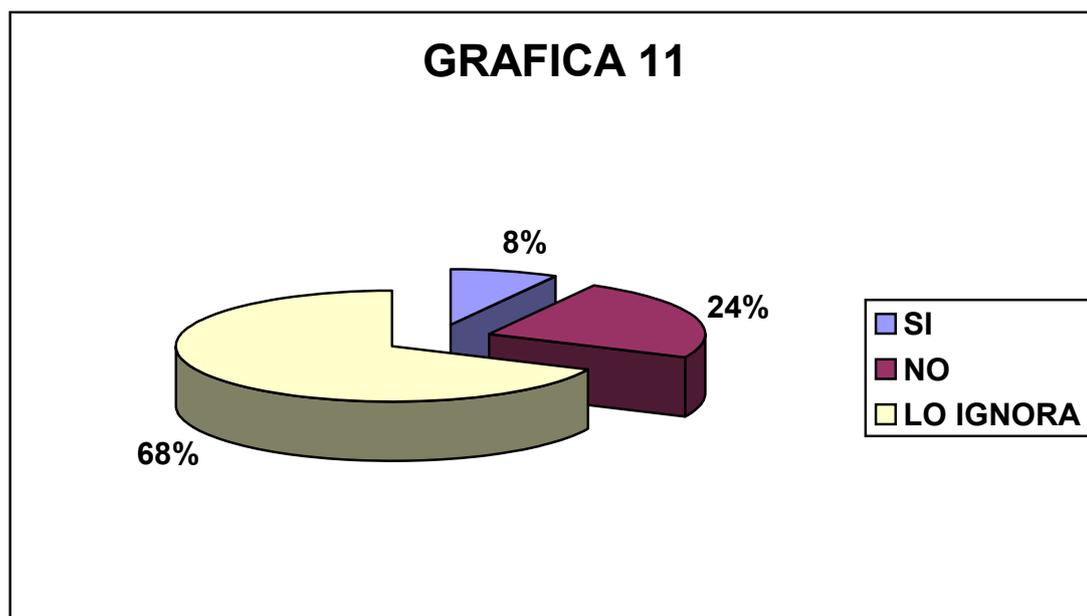
INTERPRETACIÓN: En relación con la periodicidad con que acuden a realizarse el estudio citológico, se encontró que el 48% nunca se a realizado dicho estudio, un 32% solamente una vez y un 20% se lo realiza cada año. Lo que demuestra que un grupo importante se encuentra bajo un factor de riesgo latente.

CUADRO # 11

ALGUN FAMILIAR LAS MUJERES DE 35 A 55 AÑOS DE EDAD QUE HABITAN EN LA COLONIA LAS CHINCHES DEL MUNICIPIO DE ZINAPECUARO MICH. HA PADECIDO CANCER. DE ENERO A MAYO DEL 2007.

PADECIDO CANCER	FRECUENCIA	%
SI	4	8
NO	12	24
LO IGNORA	34	68
TOTAL	50	100

FUENTE: datos obtenidos de los cuestionarios aplicados a las mujeres de 35 a 55 años de edad que radican en la colonia las Chinchas de Zinapécuaro Mich



INTERPRETACIÓN: En cuanto a antecedentes de Cáncer Cervico Uterino en su familia, un 68% lo ignora, 24% No presenta este antecedente únicamente el 8% lo presenta. Lo cual indica que la mayoría de las mujeres desconocen este factor por lo tanto es un factor de riesgo potencial entre nuestras usuarias.

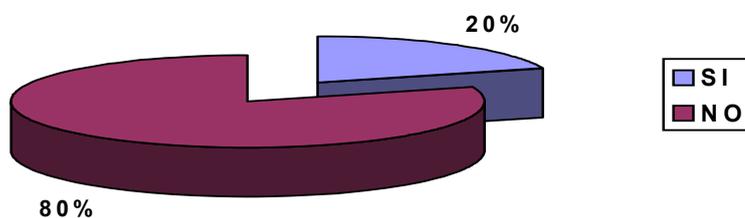
CUADRO # 12

LAS MUJERES DE 35 A 55 AÑOS DE EDAD QUE HABITAN EN LA COLONIA LAS CHINCHES DEL MUNICIPIO DE ZINAPECUARO MICH. CUENTAN CON LA ADDICION DEL TABACO. DE ENERO A MAYO DEL 2007.

FUMA	FRECUENCIA	%
SI	11	22
NO	39	88
TOTAL	50	100

FUENTE: datos obtenidos de los cuestionarios aplicados a las mujeres de 35 a 55 años de edad que radican en la colonia las Chinchas de Zinapécuaro Mich

GRAFICO 12



INTERPRETACIÓN: En relación con la adicción por el tabaco, un 80% no cuenta con ella, mientras que un 20% si la padece. Lo que demuestra que la adicción al tabaco no predomina entre nuestras encuestadas

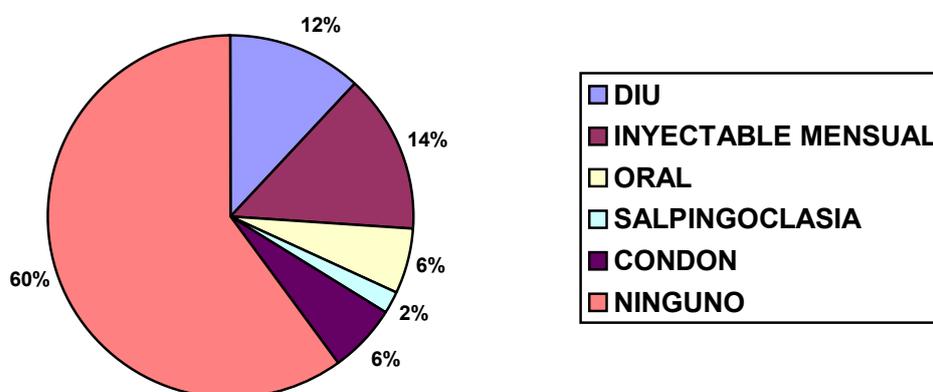
TABLA # 13

LAS MUJERES DE 35 A 55 AÑOS DE EDAD QUE HABITAN EN LA COLONIA LAS CHINCHES DEL MUNICIPIO DE ZINAPECUARO MICH. UTILIZAN ALGUN METODO ANTICONCEPTIVO. DE ENERO A MAYO DEL 2007.

METODO ANTICONCEPTIVO	FRECUENCIA	%
DIU	6	12
INYECTABLE MENSUAL	7	14
ORAL	3	6
SALPINGOCLASIA	1	2
CONDON	3	6
NINGUNOO	30	60
TOTAL	50	100

FUENTE: datos obtenidos de los cuestionarios aplicados a las mujeres de 35 a 55 años de edad que radican en la colonia las Chinchas de Zinapécuaro Mich

GRAFICO 13



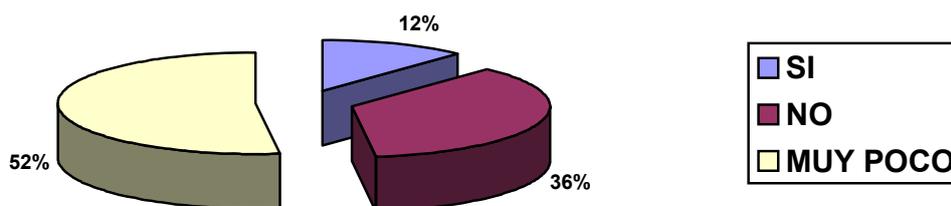
INTERPRETACIÓN: En cuanto a la utilización de algún método anticonceptivo el 60% NO lo utiliza, un 14% utiliza el hormonal mensual, un 12% el DIU, 6% ninguno o preservativo, y solamente un 2% cuenta con la O.T.B. Lo que nos indica que la multiparidad puede desencadenarse y así influir en la aparición de Cáncer Cervico Uterino.

CUADRO # 14

LAS MUJERES DE 35 A 55 AÑOS DE EDAD QUE HABITAN EN LA COLONIA LAS CHINCHES DEL MUNICIPIO DE ZINAPECUARO MICH. CUANDO ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DR. FIDEL RIVERA CASTRO SON INFORMADAS SOBRE EL CÁNCER CERVICOUTERINO. DE ENERO A MAYO DEL 2007.

SON INFORMADAS	FRECUENCIA	%
SI	6	12
NO	18	36
MUY POCO	26	52
TOTAL	50	100

FUENTE: datos obtenidos de los cuestionarios aplicados a las mujeres de 35 a 55 años de edad que radican en la colonia las Chinchas de Zinapécuaro mich

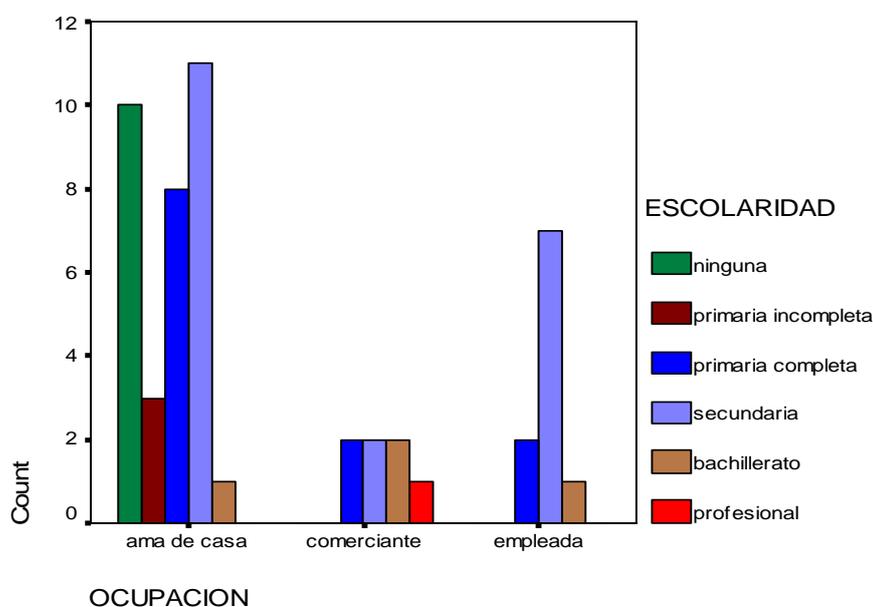
GRAGICO 14

INTERPRETACIÓN: En relación a si reciben información sobre el cáncer cervicouterino en el centro de salud Fidel Rivera Castro, un 52% Recibe información escasa, un 36% no recibe ningún tipo de información y únicamente el 12% recibe información. Lo cuan nos indica un grave problema ya que la gente no esta informada de la patología y su forma de prevención

9.2.- EN CUANTO A NUESTRAS VARIABLES ENCONTRAMOS QUE:

OCUPACION - ESCOLARIDAD Crosstabulation

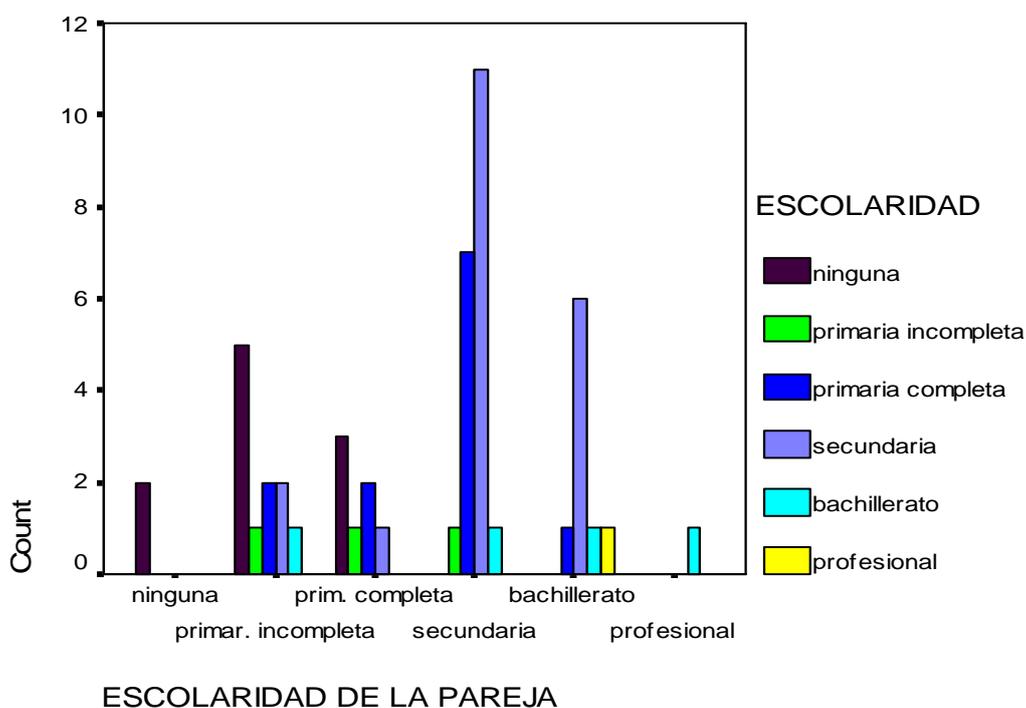
	ESCOLARIDAD						Total
	Ninguna	Primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria	Bachillerato	Profesional	
OCUPACION							
Ama de casa	10	3	8	11	1		33
Comerciante			2	2	2	1	7
Empleada			2	7	1		10
TOTAL	10	3	12	20	4	1	50



INTERPRETACIÓN: La ocupación de nuestras encuestadas se relaciona con su grado de escolaridad. Lo cual indica que a más bajo nivel educativo menor será el ingreso respecto a la ocupación.

ESCOLARIDAD DE LA PAREJA - ESCOLARIDAD Crosstabulation

ESCOLARIDAD DE LA PAREJA	ESCOLARIDAD						TOTAL
	Ningun	Primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria	Bachillerato	Profesional	
Ninguna	2						2
Pimaria Inc.	5	1	2	2	1		11
Primaria Comp.	3	1	2	1			7
Secundaria		1	7	11	1		20
Bachillerato			1	6	1	1	9
Profesional					1		1
TOTAL	10	3	12	20	4	1	50

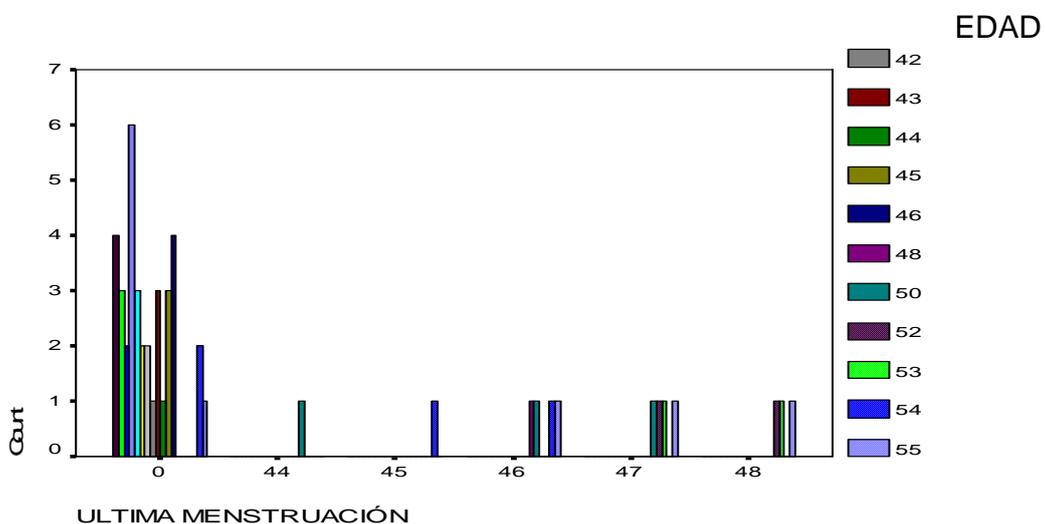


INTERPRETACIÓN: La escolaridad de la pareja esta ligada con la escolaridad de la mujer ya que muchas veces donde se produce la primera relación sexual es en el ámbito escolar y por consiguiente la maternidad se produce a muy bajo nivel escolar.

ULTIMA MENSTRUACION – EDAD

		EDAD								
		35	36	37	38	39	40	41	42	43
ULTIMA MENSTRUACION	0	4	3	2	6	3	2	2	1	3
	44									
	45									
	46									
	47									
	48									
TOTAL		4	3	2	6	3	2	2	1	3

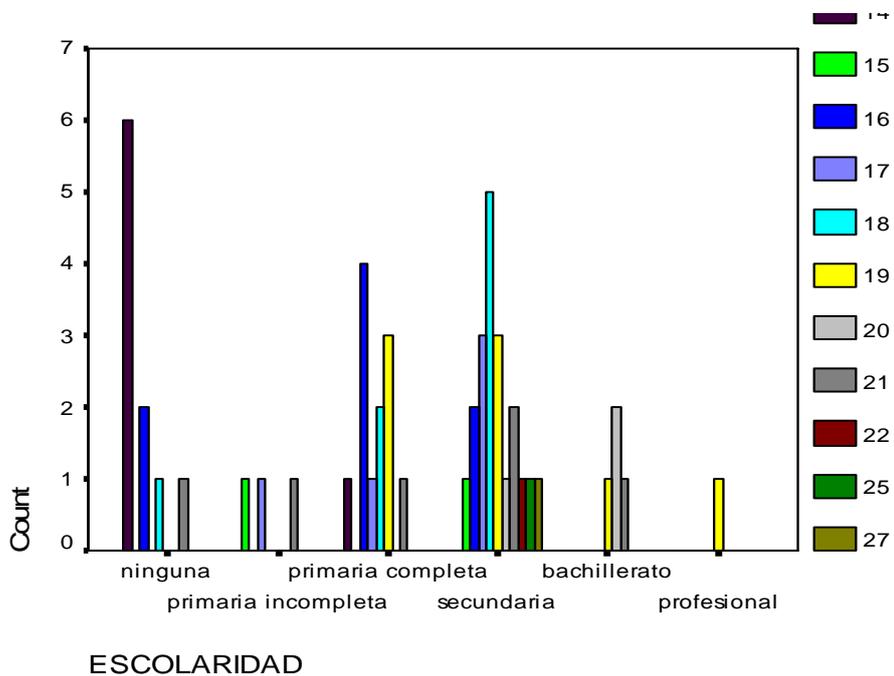
		EDAD									
		44	45	46	48	50	52	53	54	55	TOTAL
ULTIMA MENSTRUACION	0	1	3	4					2	1	37
	44					1					1
	45								1		1
	46				1	1			1	1	4
	47					1	1	1		1	4
	48						1	1		1	3
TOTAL		1	3	4	1	3	2	2	4	4	50



INTERPRETACIÓN: La última menstruación se relaciona con la edad por cuestiones hormonales puesto que el organismo deja de producir hormonas a determinado rublo de edad.

PRIMERA RELACION SEXUAL – ESCOLARIDAD

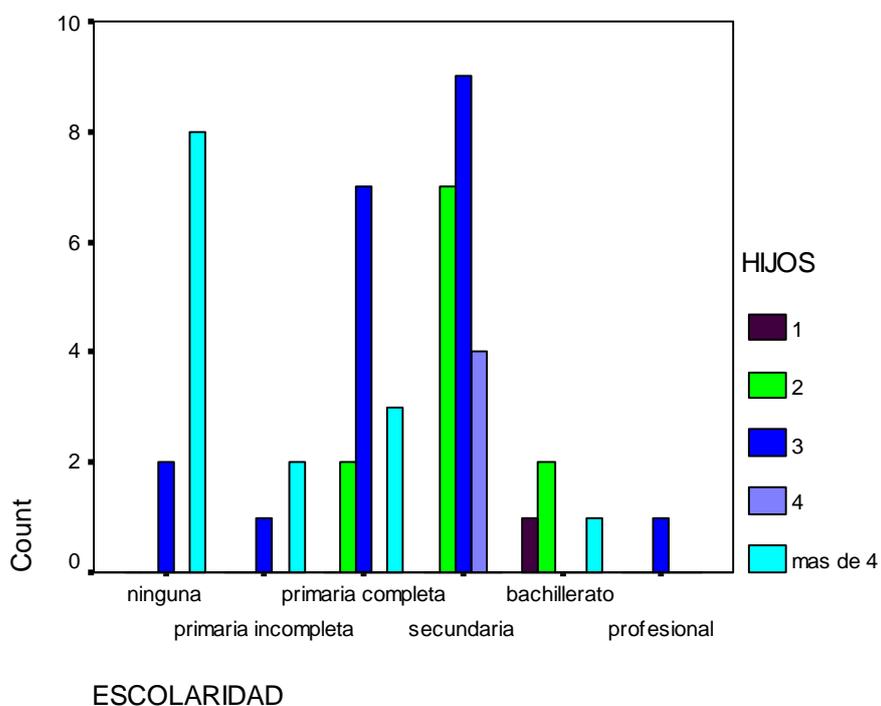
		ESCOLARIDAD						
		Ning.	Primaria Incompleta	Primaria Completa	Secundaria	Bachillerato	Profesional	TOTAL
Primera Relación Sexual								
14	6			1				7
15			1		1			2
16	2			4	2			8
17			1	12	3			5
18	1			3	5			8
19					3	1	1	8
20					1	2		3
21	1	1		1	2	1		6
22					1			1
25					1			1
25					1			1
TOTAL	10	3	12	20	4	1	50	



INTERPRETACION: La primera relación sexual se atribuye a la escolaridad, esto ocasionado por la falta de educación y con esta información y conocimiento sobre el tema de la sexualidad

PARIDAD – ESCOLARIDAD

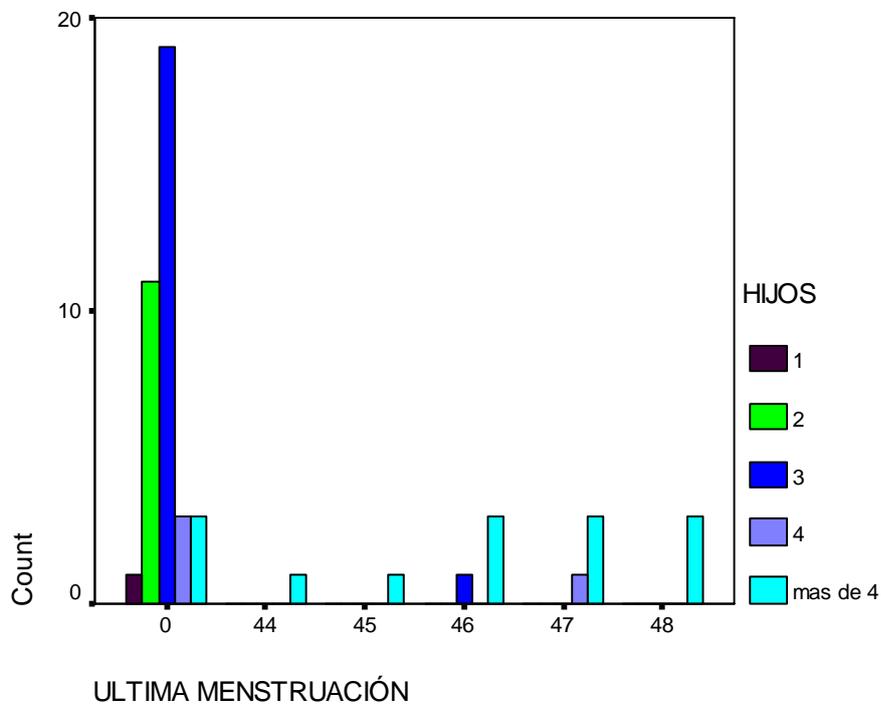
PARIDAD	ESCOLARIDAD						TOTAL
	Ning.	Prim. incompleta	Prim. Completa	Secundaria	Bachillerato	Profesional	
1					1		1
2			2	7	2		11
3	2	1	7	9		1	20
4				4			4
MAS DE 4	8	2	3		1		14
TOTAL	10	3	12	20	4	1	50



INTERPRETACIÓN: El numero de hijos esta ligado con la escolaridad, esto atribuible a que a menor escolaridad, menor información sobre la planificación familiar.

PARIDAD – ÚLTIMA MENSTRUACION

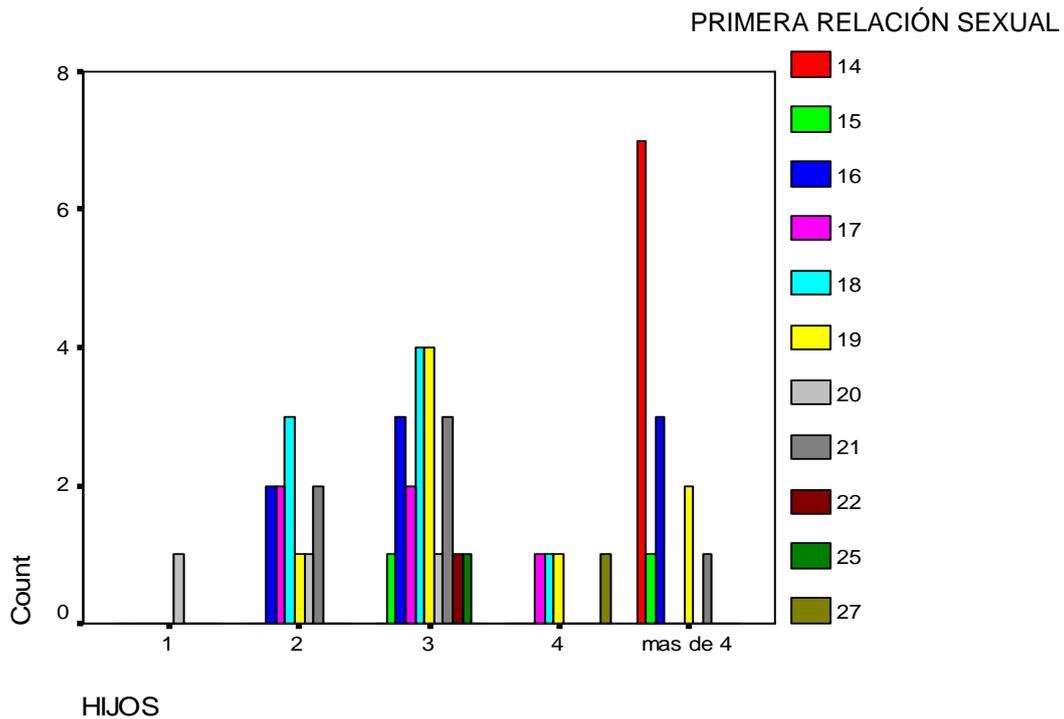
PARIDAD	ULTIMA MENSTRUACION						TOTAL
	0	44	45	46	47	48	
1	1						1
2	11						11
3	19			1			20
4	3				1		4
MAS DE 4	3	1	1	3	3	3	14
TOTAL	37	1	1	4	4	3	50



INTERPRETACIÓN: El número de hijos también se puede relacionar con la última menstruación ya que si una mujer regla más tiempo de lo normal aumenta el riesgo de embarazo.

PRIMERA RELACION SEXUAL – PARIDAD

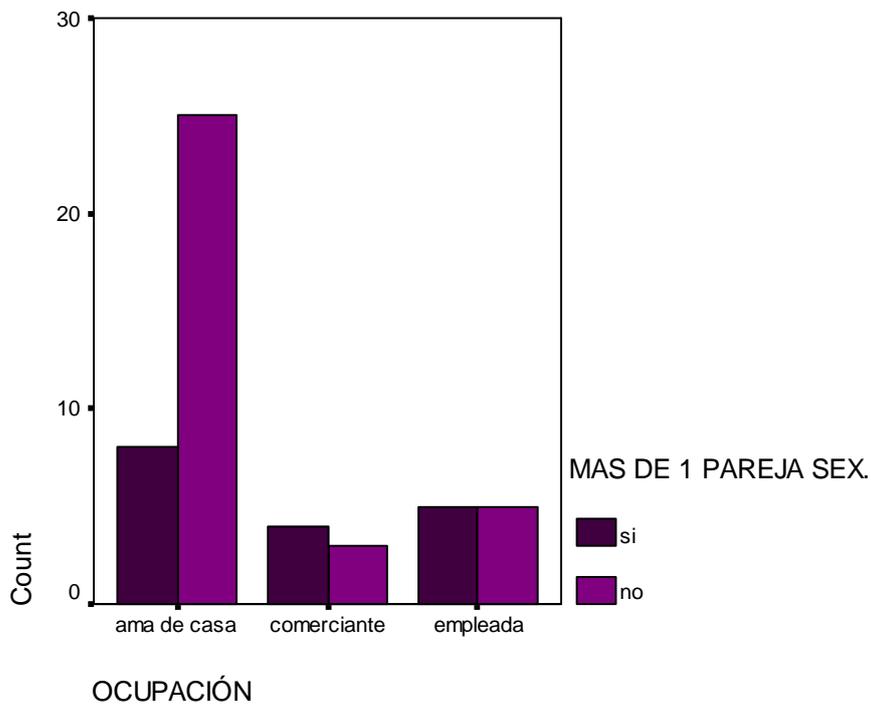
PREIMERA RELACIÓN SEXUAL	PARIDAD					TOTAL
	1	2	3	4	MAS DE 4	
14					7	7
15			1		1	2
16		2	3		3	8
17		2	2	1		5
18		3	4	1		8
19		1	4	1	2	8
20	1	1	1			3
21		2	3		1	6
22			1			1
25			1			1
27				1		1
TOTAL	1	11	20	4	14	50



INTERPRETACIÓN: Así mismo el tener relaciones sexuales a temprana edad es otro factor de riesgo para una multiparidad esto ocasionado por el tiempo de reproductivo de la mujer, la falta de conocimiento sobre la planificación familiar. etc.

MAS DE 1 PAREJA SEXUAL – OCUPACION

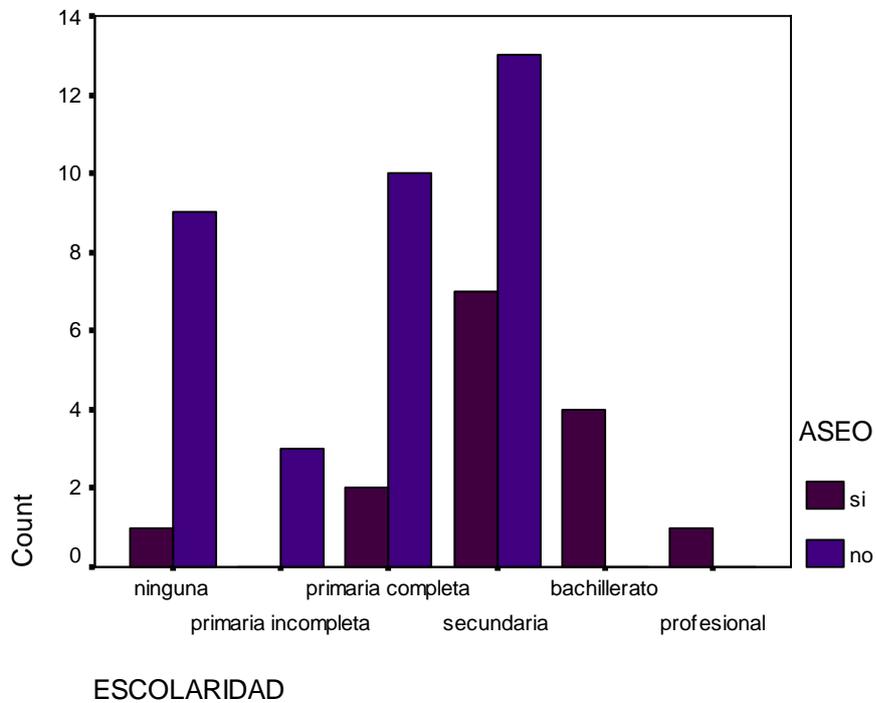
MAS DE 1 PAREJA SEXUAL	OCUPACION			
	Ama de casa	Comerciante	Empleada	TOTAL
SI	8	4	5	17
NO	25	3	5	33
TOTAL	33	7	10	50



INTERPRETACIÓN: En cuestión de si se tiene mas de 1 pareja sexual se relaciona con la ocupación, lo cual se puede atribuir con la socialización con mas compañeros de trabajo.

ASEO – ESCOLARIDAD

ASEO	ESCOLARIDAD						TOTAL
	Ning.	Primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria	Bachillerato	Profesional	
SI	1		2	7	4	1	15
NO	9	3	10	13			35
TOTAL	10	3	12	20	4	1	50

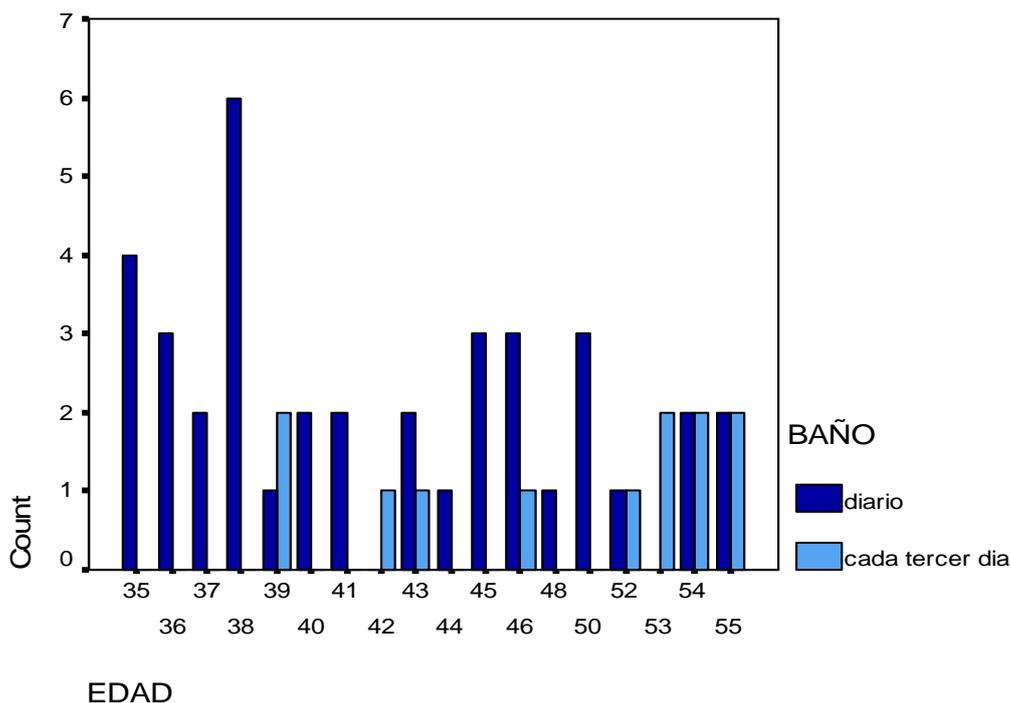


INTERPRETACIÓN: El aseo de una persona se atribuye a la escolaridad de la mismo, esto por el motivo de que a menor preparación, mayor ignorancia por el aseo personal.

BAÑO – EDAD

	EDAD										
BAÑO	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46
DIARIO	4	3	2	6	1	2	2	2	1	3	3
CADA TERCER DIA					2			1			1
TOTAL	4	3	2	6	3	2	2	3	1	3	4

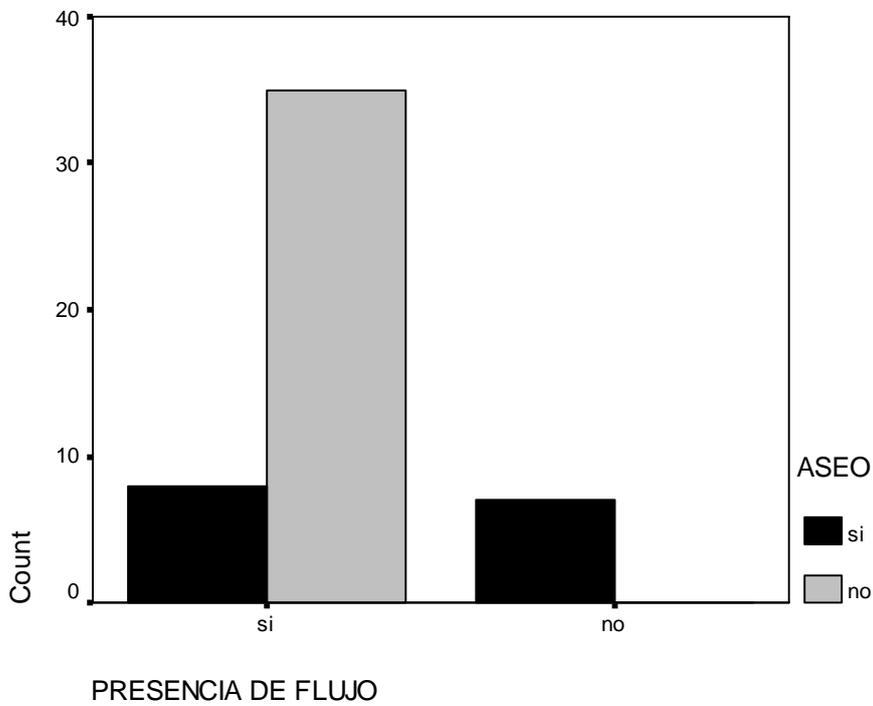
	EDAD						
BAÑO	48	50	52	53	54	55	TOTAL
DIARIO	1	3	1		2	2	38
CADA TERCER DIA			1	2	2	2	12
TOTAL	1	3	2	2	4	4	50



INTERPRETACIÓN: El baño se puede relacionar con la edad ya que a mayor edad se puede dificultar la realización del aseo personal, esto por el motivo de la falta de movilidad y elasticidad del cuerpo

PRESENCIA DE FLUJO - ASEO

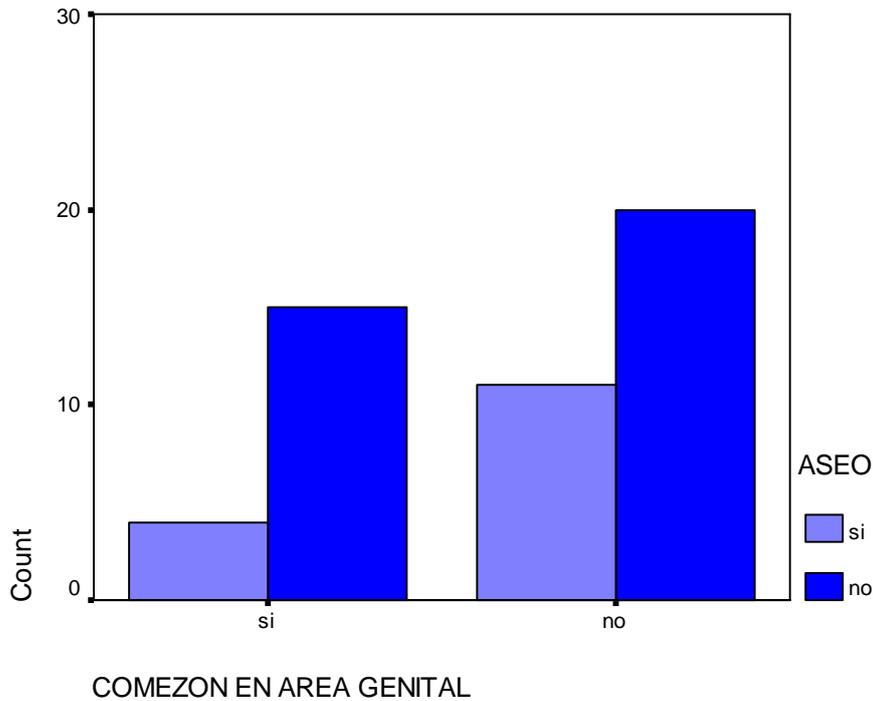
PRESENCIA DE FLUJO	ASEO		TOTAL
	SI	NO	
SI	8	35	43
NO	7	0	7
TOTAL	15	35	50



INTERPRETACIÓN: El síntoma de flujo, se relacionan con el aseo de una persona debido a la presencia de infecciones vaginales por la falta de realización de este.

PRESENCIA DE COMEZON EN ÓRGANOS GENITALES – ASEO

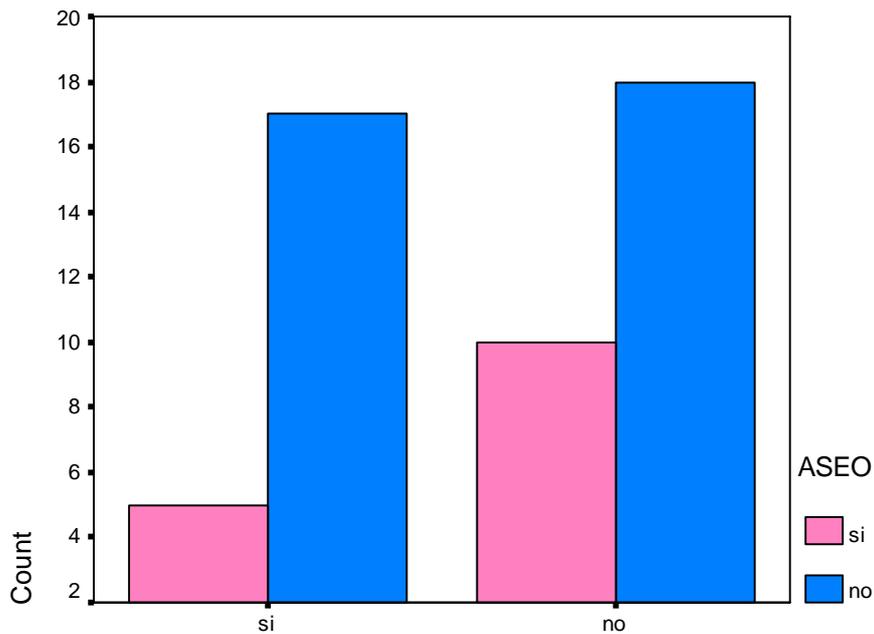
PRESENCIA DE COMEZON EN ÓRGANOS GENITALES	ASEO		TOTAL
	SI	NO	
SI	4	15	19
NO	11	20	31
TOTAL	15	35	50



INTERPRETACIÓN: El síntoma de comezón en órganos genitales se relacionan con el aseo de una persona debido a la presencia de infecciones vaginales por la falta de realización de este.

PRESENCIA DE ARDOR EN PARTES GENITALES – ASEO

PRESENCIA DE ARDOR EN PARTES GENITALES	ASEO		TOTAL
	SI	NO	
SI	5	17	22
NO	10	18	28
TOTAL	15	35	50

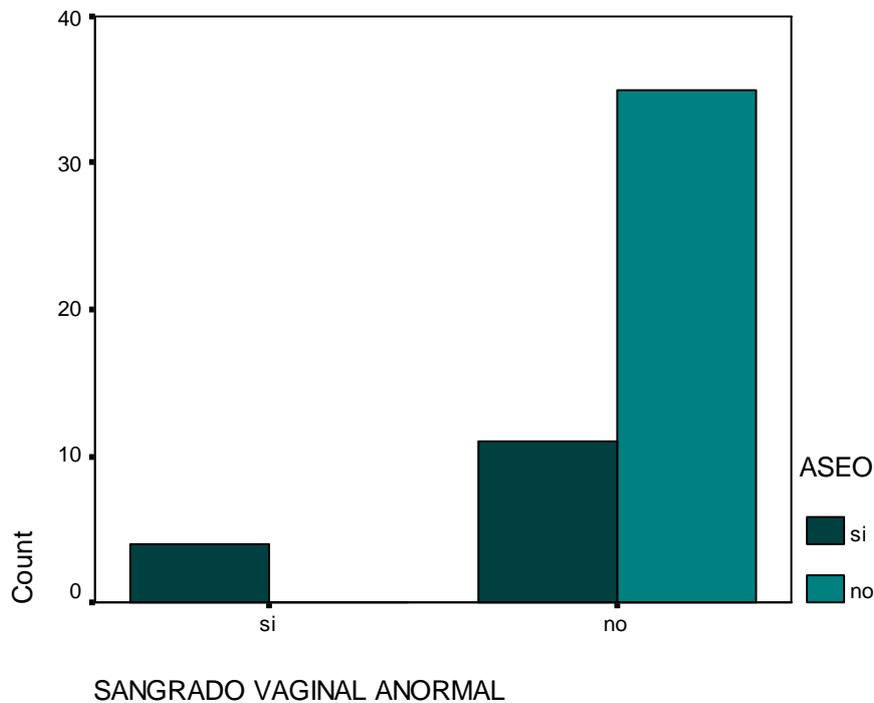


ARDOR EN AREA GENITAL

INTERPRETACIÓN: La presencia de ardor en órganos genitales se relacionan con el aseo de una persona debido a la presencia de infecciones vaginales por la falta de realización de este.

SANGRADO ANORMAL – ASEO

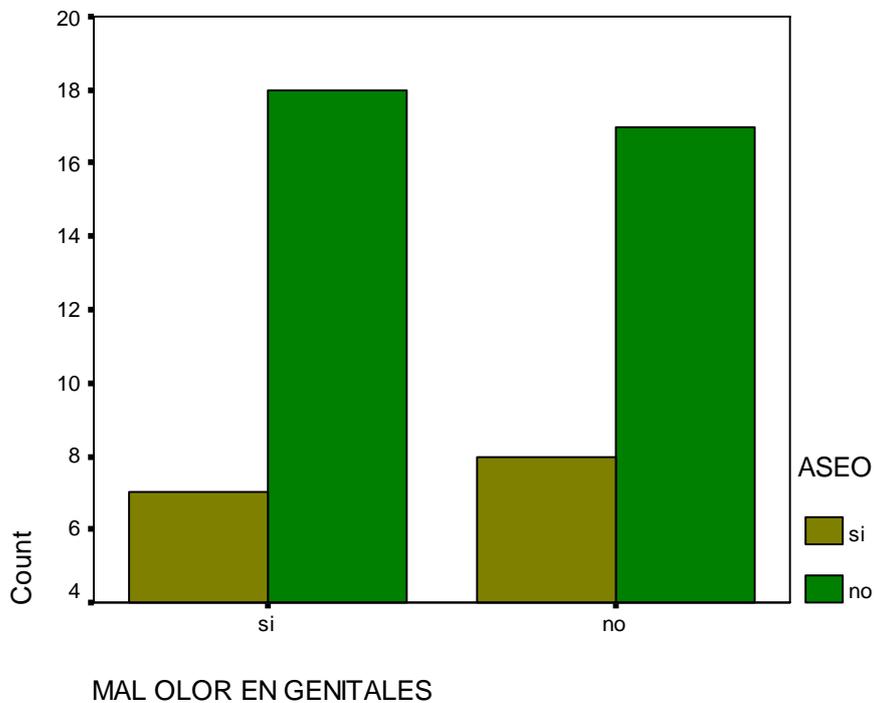
SANGRADO ANORMAL	ASEO		TOTAL
	SI	NO	
SI	4		4
NO	11	35	46
TOTAL	15	35	50



INTERPRETACIÓN: El síntoma de sangrado anormal en cavidad vaginal, se relacionan con el aseo de una persona debido a la presencia de infecciones vaginales por la falta de realización de este.

MAL OLOR EN PARTES GENITALES – ASEO

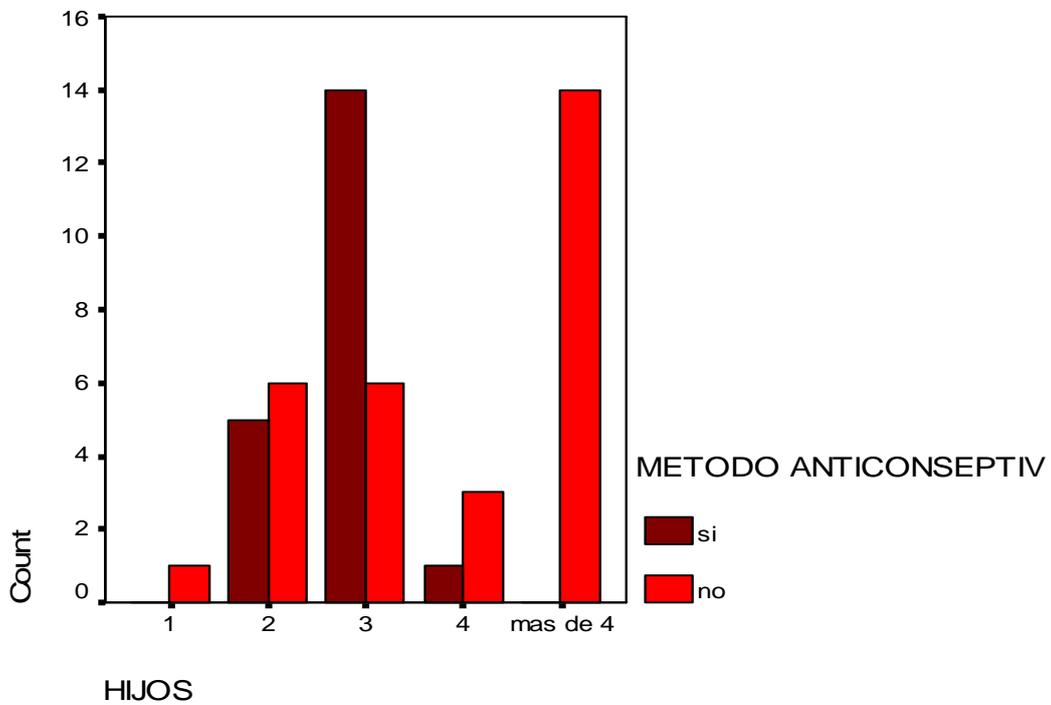
MAL OLOR EN PARTES GENITALES	ASEO		TOTAL
	SI	NO	
SI	7	18	25
NO	8	17	25
TOTAL	15	35	50



INTERPRETACIÓN: El síntoma de mal olor en órganos sexuales, se relacionan con el aseo de una persona debido a la presencia de infecciones vaginales por la falta de realización de este

UTILIZACION DE METODO ANTICONCEPTIVO – PARIDAD

METODO ANTICONCEPTIVO	PARIDAD					TOTAL
	1	2	3	4	+ 4	
SI		5	14	1		20
NO	1	6	6	3	14	30
TOTAL	1	11	20	4	14	50



INTERPRETACIÓN: El método anticonceptivo también esta ligado al número de hijos puesto que si no se utiliza un método de planificación familiar se corre el riesgo de embarazo.

10.- CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

CONCLUSIONES

El haber realizado el presente trabajo de investigación sobre los factores de riesgo para Cáncer Cervico Uterino que predominan en las mujeres de 35 a 55 años de edad que habitan en la colonia las chinchas del municipio de Zinapécuaro Michoacán, he llegado a la conclusión de que el Cáncer Cervico Uterino es una enfermedad que causa mas muertes en nuestra población femenina, afectando de manera importante a mujeres de bajo nivel cultural, social y económico, aunque se reconoce que esta enfermedad es de evolución lenta, una vida por esta enfermedad se puede salvar con la prevención.

- En cuanto a la ocupación la mayoría son amas de casa y por consiguiente no cuentan con un ingreso económico lo cual al presentar bajo nivel económico no les es posible agotar este en el cuidado de su salud.
- En cuanto al nivel de escolaridad la mayoría cuenta con un nivel de educación medio lo cual nos indica que no es un factor de riesgo.
- En cuanto a la primera menstruación la mayoría presentó la primera menstruación en el tiempo natural de la evolución de la mujer. Lo cual indica que no es un factor de riesgo.
- En relación a la edad de la última menstruación la mayor parte de las mujeres encuestadas aun menstrúan lo cual indica que aun pueden utilizar algún método anticonceptivo el cual puede elevar este factor de riesgo.
- En cuanto a la multiparidad de las encuestadas no es elevada sin embargo algún factor como traumatismo, desgarre, laceración, etc. durante los eventos obstétricos elevarían este factor de riesgo.

- En relación sobre el aseo después del coito, la mayor parte no lo realiza por tal motivo es un factor preocupante puesto que las infecciones vaginales recurrentes son un factor potencial para la patología en estudio.
- En cuanto con la periodicidad con la que se realizan la prueba de detección del Cáncer Cervico Uterino la mayoría de estas no se la realiza. Los motivos mas sobresalientes durante la entrevista fueron, el pudor, la falta de conocimiento sobre esta, el rechazó por parte de la pareja, el miedo a descubrir alguna anormalidad, la falta demanda de tiempo por parte de su hogar, por tal motivo este es un importante factor de riesgo para nuestras encuestadas.
- En relación con los antecedentes heredó familiares la mayoría de las encuestadas lo desconoce y así para esta investigación es otro factor importante para el padecimiento de Cáncer Cervico uterino.
- En cuanto a la utilización de algún método anticonceptivo la encuesta nos da como resultado que no existe este factor entre las encuestadas. Sin embargo en la experiencia laboral sobre la planificación familiar, la mayoría de estas, lleva un método anticonceptivo a base de hormonas, por tal motivo es considerado un factor de riesgo entre la muestra para esta investigación.
- En relación con la información que se brinda en el centro de salud Dr. Fidel rivera Castro la mayoría de las mujeres no cuenta con esta por lo cual es otro factor de riesgo para esta investigación.

SUGERENCIAS:

- En cuestión al nivel económico en cual evita que tengan los recursos para desplazarse hasta la unidad de salud, podríamos manifestar a las autoridades correspondientes el llevar la unidad móvil a dicha colonia.
- En relación a su ultima menstruación y observando que estas aun menstrúan podríamos brindar información sobre métodos anticonceptivos que no contengan hormonas, esto lo podríamos llevar acabo con platicas comunitarias, y apoyados por rotafolios, carteles, etc.
- En cuestión sobre el aseo después del coito podríamos brindar talleres sobre la forma de realizar este y en caso de cualquier anomalía la mujer sea capaz de detectarlo y así acudir a su medico sin pudor y con confianza.
- En relación con la falta de realización de la prueba de detección por los factores mencionados en las encuestas seria conveniente educar a las mujeres sobre la importancia de esta y su finalidad esto lo podríamos llevar acabo mediante anuncios en volantes, invitaciones en los medios de comunicación, etc.
- Informar a la población sobre la enfermedad, para que así conozcan los factores de riesgo, la prevención, diagnostico y tratamiento.
- Ofrecer pláticas sobre educación sexual e higiene.
- Incrementar acciones para la detección oportuna de Cáncer Cervico Uterino en aquellas mujeres con vida sexual activa, con énfasis en aquellas que nunca se han realizado un estudio citológico.
- En cuanto a la utilización de algún método anticonceptivo podríamos ofertar en el modulo de planificación familiar los métodos que no contienen hormonas

como son el DIU y Condón dentro de la experiencia laboral en este modulo pude observar que no se cuenta con volantes informativos sobre estos métodos por lo cual seria buena obscion la realización de estos para que la usuaria conozca su funcionamiento y eficacia.

- Un factor muy importante para nuestra investigación es la falta de información sobre el Cáncer Cervico Uterino y su forma de prevención, el personal de enfermería no lo lleva acabó por lo cual sugiero llevar acabo una capacitación para dicho personal y así conociendo la importancia del tema, podamos brindarlo a ala comunidad.

11.- ANEXOS

**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO
FACULTAD DE LICENCIATURA EN ENFERMERIA**

CUESTIONARIO

El presente cuestionario se ha elaborado como instrumentó para obtener información y a partir de está se podrá analizar de las tablas y graficas necearía para el conocimiento y presentación de los resultados.

OBJETIVO: Obtener información sobre las dificultades mas frecuentes que ocasionan que las mujeres de 35 a 55 años de edad en la colonia las chinches de Zinapecuaro Mich. Se realicen la prueba de detección del Cáncer Cervico Uterino (Papanicolaou).

INSTRUCCIONES: Conteste de manera honesta y correcta las preguntas que a continuación se le plantean y tenga la seguridad de que la misma tiene un carácter confidencial por ello se omite el nombre, por favor no deje preguntas sin respuesta.

1.- ¿Qué edad tiene? _____

2.- Estado civil

Soltera Casada Unión libre Viuda.

3.- ¿Cuál es su ocupación?

Ama de casa Comerciante Empleada.

4.- ¿Que grado de escolaridad tiene?

Ninguna Primaria incompleta. Primaria Completa. Secundaria.
 Preparatoria o equivalente. Profesional.

5.- ¿Cuál es su ingreso económico mensual? _____

6.- ¿Qué grado de escolaridad tiene su pareja?

Ninguna Primaria incompleta. Primaria Completa. Secundaria.
 Preparatoria o equivalente. Profesional.

7.- ¿Cuál es la ocupación de su pareja?

Desempleado Comerciante Empleado particular Albañil Otro

8.- ¿A que edad fue su primea menstruación? _____

9.- ¿ A que edad fue su ultima menstruación? _____

10.- ¿A que edad fue su primera relación sexual? _____

11.- ¿Cuántos hijos ha tenido?

1 2 3 4 Mas de cuatro

12.- ¿A tenido abortos?

SI NO

13.- ¿Se le han practicado cesáreas?

SI NO

14.- ¿ Se le han practicado legrados?

- SI NO
- 15.- ¿ Ha tenido mas de una pareja sexual?
 SI NO
- 16.- ¿Se ha enterado si su pareja ha tenido mas de una pareja sexual?
 SI NO
- 17.- ¿Se realiza aseo después de la relación sexual?
 SI NO
- 18.- ¿Su casa cuenta con los siguientes servicios?
 Agua Luz Drenaje
- 19.- ¿Cada cuando acostumbra el baño?
 Diario Cada tercer día otro
- 20.- ¿Cuantas veces ha acudido a realizarse el papanicolaou?
 Nunca una vez Cada año
- 21.- ¿ En su familia han padecido de cáncer?
 SI NO LO IGNORA
- 22.-¿ Alguna vez ha presentado alguno de los siguientes síntomas?
 Flujo Comezón Ardor sangrado anormal Mal olor
- 23.- ¿Usted fuma?
 SI NO
- 24.- ¿ Usted toma alcohol?
 SI NO
- 25.- ¿Utiliza algún método anticonceptivo?
 SI NO CUAL_____
- 26.- ¿Cuando acude al Centro de Salud de Zinapecuaro se le informa respecto a la detección del Cáncer Cervico Uterino?
 SI NO MUY POCO
- 27.- ¿Anteriormente ya le habían realizado una encuesta como esta?
 SI NO

¡GRACIAS POR SU APOYO!

P.L.E VIRIDANA NAVARRO GUTIERREZ



PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO
 SISTEMA DE INFORMACIÓN
 SOLICITUD Y REPORTE DE RESULTADOS DE CITOLOGÍA CERVICAL
 ANTES DE LLENAR, FAVOR DE LEER EL INSTRUCTIVO (Elaborar en original y copia)



Área de llenado y captura

<p>I. IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD</p> <p>1.- Estado: _____</p> <p>2.- Jurisdicción: _____</p> <p>3.- Municipio: _____</p> <p>4.- Nombre de la Unidad Médica: _____</p> <p>5.- Institución: _____</p> <hr/> <p>II. IDENTIFICACIÓN DE LA SOLICITANTE</p> <p>6.- Entidad de nacimiento: _____</p> <p>8.- Edad: <input type="text"/> Años</p> <p>9.- Nombre: <input type="text"/> Apellido paterno <input type="text"/> materno <input type="text"/> nombre (s)</p> <p>10.- Domicilio: <input type="text"/> calle y número <input type="text"/> Colonia <input type="text"/> Localidad <input type="text"/> Municipio o delegación</p> <p><input type="text"/> Jurisdicción <input type="text"/> Entidad federativa <input type="text"/> Teléfono</p> <p>11.- Otro domicilio o referencia: <input type="text"/> Calle y número <input type="text"/> Colonia <input type="text"/> Localidad</p> <hr/> <p>III. ANTECEDENTES</p> <p>12.- Citología</p> <p>(1) Primera vez, se ignora o más de tres años (2) Subsecuente</p> <p>13.- Situación ginecoobstétrica</p> <p>(1) Puerperio o postaborto (4) DIU (7) Embarazo actual</p> <p>(2) Postmenopausia (5) Histerectomía (8) Ninguno</p> <p>(3) Uso de hormonales (6) Tratamientos ginecoobstétricos</p> <p>14.- Fecha de la última regla</p> <p><input type="text"/> Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año</p> <p>15.- A la exploración se observa</p> <p>(1) Cuello aparentemente sano (4) Cervicitis (7) No se observa cuello</p> <p>(2) Cuello anormal (5) Leucorrea</p> <p>(3) Erosión del cuello (6) Sangrado anormal</p> <p>16.- Utensilio con el que se tomó la muestra</p> <p>(1) Espátula de Ayre modificada (2) Citobrush (3) Hisopo (4) Otros</p> <p>17.- Responsable de la toma citológica _____</p> <p>18.- Fecha de toma de la muestra</p> <p><input type="text"/> Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año</p> <p>19.- Factores de riesgo</p> <p>(1) Inicio de relaciones sexuales antes de los 18 años (3) Antecedentes de infecciones de transmisión sexual</p> <p>(2) Múltiples parejas sexuales (4) Tabaquismo</p> <p>20.- Cuenta con Cartilla nacional de Salud de la Mujer 1. SI 2. NO</p> <hr/> <p>IV. RESULTADO DE CITOLOGÍA CERVICAL</p> <p>21.- Fecha de interpretación</p> <p><input type="text"/> Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año</p> <p>22.- Número citológico _____ 23.- Laboratorio: _____</p> <p>24.- Características de la muestra</p> <p>(1) Adecuada (2) Limitada (3) Inadecuada</p> <p>25.- Diagnóstico citológico</p> <p>(1) Negativo a cáncer (Normal) (4) Displasia Moderada (NIC 2) (7) Cáncer invasor</p> <p>(2) Negativo con proceso inflamatorio (5) Displasia Grave (NIC 3) (8) Adenocarcinoma</p> <p>(3) Displasia Leve (NIC 1) (6) Cáncer in situ (NIC 3) (9) Maligno no especificado</p> <p>26.- Hallazgos adicionales</p> <p>(1) Imagen del VPH (4) Tricomonas (7) Poliformonucleares</p> <p>(2) Imagen del virus del herpes (5) Bacterias (8) Otros</p> <p>(3) Chlamydia (6) Hongos</p> <p>27.- Repetir estudio 1. SI 2. NO</p> <p>28.- Motivo</p> <p>(1) Ausencia de células de metaplasia (4) Laminilla rota (7) Muestra mal fijada</p> <p>(2) Ausencia de moco (5) Frotis grueso (8) Otros</p> <p>(3) Ausencia de células endocervicales (6) Muestra con sangre</p> <p>29.- RFC del Citotecnólogo _____</p> <p>30.- La muestra fue revisada por el Patólogo 1. SI 2. NO</p> <p>30.1- Diagnóstico del Patólogo _____</p> <p>31.- Con VPH 1. SI 2. NO</p> <p>Observaciones _____</p> <p>32.- Firma y RFC del patólogo _____</p> <p>33. Fecha de notificación de resultado a la paciente <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>Área de llenado y captura</p> <p>1. <input type="text"/></p> <p>2. <input type="text"/></p> <p>3. <input type="text"/></p> <p>6. <input type="text"/></p> <p>7. Fecha Nacimiento</p> <p><input type="text"/> Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año</p> <p>12. <input type="text"/></p> <p>13. <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>15. <input type="text"/></p> <p>16. <input type="text"/></p> <p>RFC</p> <p><input type="text"/></p> <p>18. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>19. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>20. <input type="text"/></p> <p>21. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>23. <input type="text"/></p> <p>24. <input type="text"/></p> <p>25. <input type="text"/></p> <p>26. <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>27. <input type="text"/></p> <p>28. <input type="text"/></p> <p>RFC</p> <p><input type="text"/></p> <p>30. <input type="text"/> 30.1 <input type="text"/></p> <p>20. <input type="text"/></p> <p>RFC</p> <p><input type="text"/></p>
---	---

12. GLOSARIO DE TERMINOS.

ANEMIA: Trastornó que se caracteriza por la disminución de hemoglobina hasta concentraciones inferiores a los limites normales.

BIOPSIA: Operación que consiste en escindir en un individuo un colgajo de tejido normal o patológico, para así investigar su naturaleza histológica.

CARCINOMA IN SITU. Deacuerdo con la Organización Mundial de Salud (OMS) es una lesión en la que todo el epitelio o la mayor parte de el muestra el aspecto celular de carcinoma.

CENTRO ONCOLOGICO: Área independiente o adscrita a una Unidad Hospitalaria reservada principalmente para el diagnostico y tratamiento a pacientes que padecen afecciones especificas de lesiones precursoras y cáncer.

CELULA: Unidad fundamental de los tejidos vivos. Excepto la célula bacteriana, todas las demás poseen un núcleo, citoplasma y diversos organelas todos ellos rodeados por una membrana citoplasmática.

CERVIX: Parte del útero que profusa en la cavidad vaginal.

CIRCUNCIÓN: Técnica quirúrgica en la que desciende el prepucio del pene, o mas raramente en el clítoris.

CITOLOGIA VAGINAL. Es la toma de la muestra de las celulas del endocervix y el exocervix es uno de los métodos para detectar en etapas tempranas el cáncer cervico uterino.

COLPOSCOPIA. Examen de la vagina en caso de agenesia o corrección quirúrgica del prolapso vaginal.

COPULA. Unión de dos individuos de sexo diferente que sirve para la fecundación mediante órganos copuladores.

DISPAREUNIA. Dolor en mujeres durante el coito.

DISPLACIA: Anatomía de desarrollo con pérdida de estructura del epitelio, con alteraciones en la morfología de sus componentes celulares.

ENDOCERVIX: Membrana que cubre el canal del cuello uterino.

EPIDEMIOLOGÍA. Referente al estudio del comportamiento de una enfermedad en una población, lugar, tiempo y espacio.

EPITELIO: Cubierta o revestimientos de los órganos internos y externos del cuerpo, incluso los vasos.

HISTERECTOMIA. Intervención quirúrgica para extirpar totalmente el útero por vía vaginal o abdominal.

INCIDENCIA. Frecuencia de la presentación de los casos nuevos de una enfermedad o daño en una población, lugar y tiempo determinado.

LEUCORREA. Flujo vaginal blanquecino.

LINFÁTICO. Se aplica a cualquiera de los vasos pertenecientes a la red linfática.

MORBILIDAD. Medida de frecuencia de la presentación de una enfermedad o daño en una población, lugar y tiempo determinado.

MORTALIDAD. Medida de frecuencia de las defunciones que ocurren en una población, lugar y tiempo determinado.

MENSTRUACIÓN. Eliminación periódica a través de la vagina de secreción sanguinolenta que contiene restos titulares provenientes del desprendimiento del endometrio del útero grávido su duración aproximada es de 4 a 5 días y se repite normalmente cada cuatro semanas durante la vida reproductiva de la mujer no gestante.

METÁSTASIS. Aparición de uno o más focos morbosos secundarios a otro primitivo con desaparición o no de este en regiones o portes no contagiosas del punto de evolución del foco primitivo.

12. BIBLIOGRAFÍA

1. Programa de acción: Cáncer Cervicouterino
2. Papanicolaou G.N the sexualcyclein the human AFemoleas reveledbyvaginalsmear pag. 52
3. NORMA OFICIAL MEXICANA 014 Para la Prevención, Detección, diagnostico y Vigilancia epidemiológica del Cáncer Cerviño Uterino.
4. Ginecología Ilustrada: Héctor Mondragón Castro Editorial: Trillas 1995
5. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA. Dr. Jesús Kumate Rodríguez Segunda Edición P.P. 85-87
6. PROGRAMA DE ACTUALIZACION CONTINUA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA. Edición intersistemas S.A de C.V.
7. Héctor Mondragón Castro Ginecología Basca Ilustrada Trillas p.p 210
8. Cancerstop_informacionsobrecancer:htm
9. Dr. G. Eduardo Núñez Macial GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA. IMSS Tercera edición 1998 Impreso en México p.p 892.
10. "MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS" prevención de los canceres Cervicouterino y Mamario. secretaria de salud p.p 3,5
11. Programa de Acción Cáncer Cervico uterino Secretaria de Salud p.p 19,20,21
12. Guía sobre: Clínicas de Desplacías y algo más. Secretaria de salud 2002 primera edición salud reproductiva p.p 17.
13. Registro "Epidemiológico" Histológico Neoplasias Malignas 1998
14. NETINA MANUAL DE ENFERMERIA PRACTICA DE LIPPINCOH. Editorial Mc Graw-Hill Interamericana p.p 106.
15. [http.cancerdelcuellouterino.com](http://cancerdelcuellouterino.com)
16. Bare Myes Enfermería Medico Quirúrgica.
17. BRUNER Y SUDDARTH ENFERMERIA MEDICO QUIRURGICA Editorial Interamericana Mc. Graw Interamericana Octava Edición Vol II. P.P 1248
18. Hammamond Spellacy Tratado de Obstetricia y Ginecología de Danforth impreso en México 1994 Sexta Edición.