



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

**INTERVENCIONES DE
ENFERMERÍA EN PACIENTES
CON CÁNCER
CÉRVICOUTERINO.**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA
EN ENFERMERÍA PRESENTA:

CASTAÑEDA RAMÍREZ GRISELDA BERENICE



DIRECTOR: MTRA. MA. DE LOS ÁNGELES GODÍNEZ RODRÍGUEZ

TLALNEPANTLA DE BAZ, MÉXICO.

ENERO DE 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTO

Cuando más difícil era mi camino siempre encontré una respuesta en ti. Cuando sentía que no era posible continuar recuerdo la promesa que te hice al ingreso a mi segunda casa, mi universidad, la UNAM Iztacala mi facultad. Gracias Señor por poner en mi camino a las personas correctas en el sitio correcto, en el momento correcto, han servido a ti como instrumentos para cumplir el plan que tienes para mí.

Quiero manifestar mi sincero agradecimiento a mi Director de Tesina: la Maestra María de los Ángeles Godínez Rodríguez, quien ha confiado plenamente en que soy capaz de hacer cosas en beneficio de mi profesión, por muy sencillas que parezcan.

A mis padres, hermanos y al Lic. Óscar Fernando Paz Estrada, quién no sólo me apoyo para realizar este trabajo, también fue motivación para mí y un ejemplo de amor y respeto.

¡A todos los que me brindaron su amor y confianza un millón de gracias!

Dedicatoria:

*Este trabajo es fruto del esfuerzo de muchas personas mi
Director de tesina: Maestra María de los Ángeles
Godínez Rodríguez, quién ha dejado un excelente
ejemplo de profesionalismo.*

*A mis padres y hermanos quién siempre me han dado el
apoyo que he necesitado.*

*De forma muy especial al Lic. Óscar Fernando
Paz Estrada, gracias por estar siempre conmigo y por
la oportunidad de encontrar el amor en ti.*

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	3
OBJETIVOS	3
METODOLOGÍA	4
CAPÍTULO I. EL CÁNCER	5
<u>CÁNCER SEGÚN LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) Y AUTORES.</u>	5
<u>CÁNCER CÉRVICO UTERINO SEGÚN LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS).</u>	7
<u>CUADRO CLÍNICO DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO</u>	8
<u>SÍNTOMAS</u>	13
<u>FACTORES DE RIESGO</u>	8
<u>EPIDEMIOLOGÍA DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO</u>	14
<u>DETECCIÓN.</u>	17
<u>TRATAMIENTO.</u>	21
<u>PERCEPCIONES CULTURALES Y CACU</u>	24
CAPÍTULO II. EL CACU. COMO UNA DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD, EN EL MUNDO Y MÉXICO.	28
<u>PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO CONTRA EL CACU 2012. SECRETARÍA DE SALUD. (SSA)</u>	32
<u>NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-014-SSA2-1994 PARA LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, CONTROL Y VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO.</u>	61
CAPÍTULO III. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON CÁNCER CÉRVICO UTERINO.	39
<u>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN</u>	41
<u>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN</u>	47
<u>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN TERCER NIVEL DE ATENCIÓN</u>	50
<u>TANATOLOGÍA</u>	56
CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	59
BIBLIOGRAFÍA	75

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial el Cáncer Cérvico Uterino (CaCu) es el segundo cáncer más común en mujeres (después del cáncer de mama) es la principal causa de muerte entre las mujeres adultas en países en vías de desarrollo y el primer lugar en México. La Organización Mundial de la Salud, informa que actualmente hay más de dos millones de mujeres en el mundo que padecen CaCu, es decir más de 1,350 casos nuevos por día y cerca de 650 mujeres mueren diariamente por este padecimiento, en México la cifra es alarmante ya que según datos estadísticos mueren 12 mujeres al día.

En nuestro país existen leyes en materia de salud, tales como la ley general de salud, la NOM 014, donde se establecen aspectos importantes para la prevención, diagnóstico y tratamiento del CaCu para cubrir satisfactoriamente las actividades de educación e información en poblaciones de riesgo y aunque la población femenina cuente con estos derechos, han sido insuficientes los esfuerzos del gobierno para minimizar este problema de salud pública.

Por ello el propósito de contribuir al fortalecimiento de los roles del profesional de Enfermería descritos en el plan de estudios de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala; se elige la tesina como forma de titulación.

Esta investigación consta de tres capítulos y se desarrolla de la siguiente manera.

El primer capítulo explica los conceptos del Cáncer como Patología general, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el término CaCu como lo conceptualiza la Organización Panamericana de la Salud (OPS). El cuadro clínico del CaCu, qué sistema del cuerpo está implicado, los síntomas y factores de riesgo que desencadenan la enfermedad. Entre los factores de riesgo que destacan para desarrollar la enfermedad se habla del Virus de Papiloma Humano, que es un factor importante, se aborda desde la generalidad y es descrito, desde qué es, su clasificación, algunos tipos de VPH que son de alto riesgo que pueden generar Cáncer.

El tratamiento de elección que las pacientes pueden aceptar bajo consentimiento informado y los aspectos que se deben de tener en cuenta, son la edad de la paciente, etapa reproductiva y elemento básico, si se ha tenido algún hijo o ninguno, pues de ello dependerá la decisión del tratamiento que deberá elegirse, ya que existen mujeres que desean conservar la fertilidad.

Parte importante y el contexto de la enfermedad puede deberse a la opinión de las pacientes y sus parejas, llamado en este trabajo de investigación: "Percepciones culturales y Cáncer Cérvico Uterino", dónde, se describe la magnitud del problema desde esa perspectiva, ya que obstaculiza la detección oportuna del CaCu.

El segundo capítulo se refiere a las acciones que el gobierno lleva a cabo como estrategias para prevenir o tratar el CaCu, pues en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos el artículo 4to establece el derecho a la protección de la salud, pero a pesar de la ley no todas las mujeres con Cáncer o en riesgo de padecerlo tienen acceso a los servicios de salud y podrá deberse a diversos factores, el hecho es que el gobierno creó estrategias en el Programa Nacional de Desarrollo del año 2001-2006 y 2007-2012 a través del programa de Acción Oportuna Contra el Cáncer y nos explica el impacto que tiene el padecimiento como tal, desde la familia hasta la sociedad Mexicana, es aquí donde los lineamientos que deben de seguirse y sobre todo las metas que se quieren alcanzar, en coordinación con diversos sectores tanto públicos como privados.

En este mismo capítulo se anexa la NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del CaCu. Dónde se establecen los lineamientos para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del CaCu.

Para finalizar y con el enfoque descrito en el objetivo de esta investigación que es resaltar el papel del profesional de Enfermería. Se describen los roles fundamentales de la enfermera en la actualidad. Realizando una compilación de las intervenciones de enfermería en cada uno de los roles, en todos los niveles de atención, primer, segundo y tercer nivel. La importancia del enfoque

de prevención está muy claro en el Programa de Acción Especifico Contra el CaCu, la promoción de la prueba de Papanicolaou, es un método fácil de realizar, eficaz, barato e indoloro que puede salvar la vida de las mujeres, pero aún existen cifras alarmantes en las últimas estadísticas de morbilidad y mortalidad por CaCu, por ello el profesional de Enfermería debe actuar oportunamente para ayudar a las pacientes a no padecer esta terrible enfermedad.

JUSTIFICACIÓN

La investigación forma parte del ejercicio profesional de la Enfermería, este trabajo describelas intervenciones de enfermería en pacientes con Cáncer Cérvico Uterino, enfocadas desde luego al primer nivel o bien a la prevención. Esta enfermedad es la segunda causa de muerte en mujeres con Cáncer en edad reproductiva, por ello es un problema de Salud Pública, según el plan de acción específico contra el CaCu 2012.

Desde luego el profesional de Enfermería tiene una enorme responsabilidad al verse involucrado en el proceso de prevención, detección, tratamiento y rehabilitación, haciendo activa su participación en los tres niveles de atención que son descritos en el tercer capítulo de esta investigación. De esta manera el profesional de Enfermería debe de conocer a profundidad el tema del CaCu, pues si se garantiza la atención desde el enfoque preventivo, se pueden salvar vidas, ya que es una enfermedad curable si se detecta a tiempo, de lo contrario estaremos condenados a sólo dar cuidados paliativos y tanatológicos, que son también parte importante de la Enfermería, sin embargo es de suma importancia hacer énfasis en el autocuidado en mujeres en riesgo de padecer CaCu.

OBJETIVOS

- Obtener el Título como Licenciada en Enfermería a través de la modalidad de Tesina; fortaleciendo las competencias cognitivas y procedimentales respecto al tema que se aborda.

- Identificar los factores determinantes que influyen en las mujeres. para no participar en los programas de Detección Oportuna del Cáncer.
- Investigar, analizar y describir las Intervenciones de Enfermería en los Pacientes con Cáncer Cérvico Uterino en los tres niveles de atención a la salud.
- Abordar y proponer el cuidado del Cáncer Cérvico Uterino de forma holística para una mejor atención de las pacientes.

METODOLOGÍA

Se trata de una investigación bibliográfica documental que fue integrada por tres etapas, la primera fue la búsqueda de información del tema de investigación "Cáncer Cérvico Uterino", en diferentes fuentes informativas como fueron: libros, artículos de publicación, revistas, periódicos, páginas web, documentos oficiales como la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la NOM- 014, y el programa de Acción Específico del CaCu, todos con datos disponibles y actualizados.

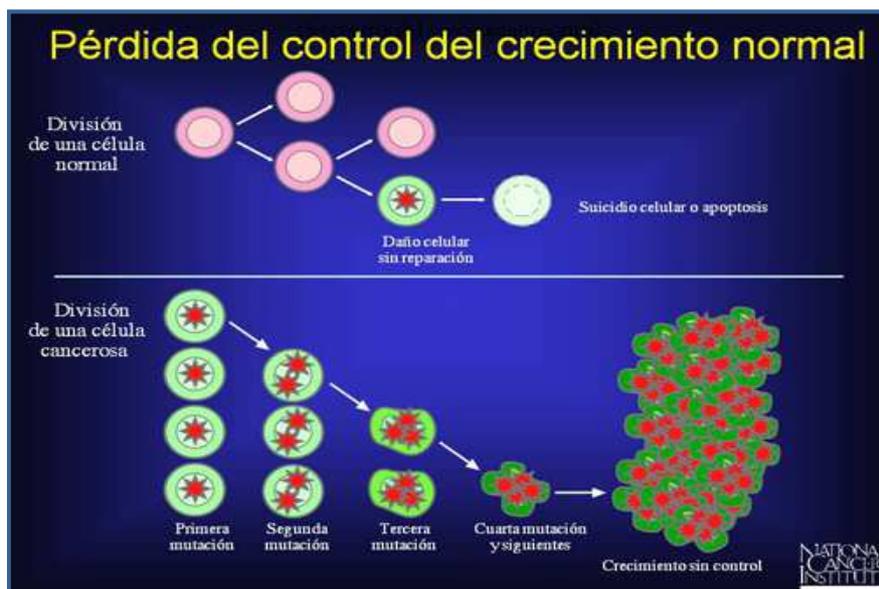
La segunda etapa fue la selección de información a través de la lectura y análisis para dirimir cuál era útil y cual desechar.

La tercera etapa fue la selección y recopilación de datos e información relevante, necesaria y actualizada, del CaCu, tomando en cuenta los aspectos más importantes, dando lugar a la integración de este trabajo de investigación de manera que llevara un orden sistemático y presentado en tres capítulos, el primer capítulo titulado "El Cáncer", segundo capítulo, "El CaCu como una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en México", y el tercer capítulo, el más importante, "Intervenciones de Enfermería en pacientes con CaCu".

CAPÍTULO I. EL CÁNCER

Una célula cancerosa es aquella que se ha modificado durante su desarrollo. Habitualmente estas alteraciones son reparadas por el organismo. Una célula cancerosa no ha podido ser reparada. Esta célula cancerosa entra en una fase de multiplicación en el órgano o tejido humano. Al multiplicarse de forma incontrolada, las células cancerosas terminan por formar una masa que se denomina tumor maligno, como se ilustra en la imagen 1.

Imagen 1: Pérdida del control de Crecimiento Normal.



Fuente: Instituto Nacional del Cáncer en España.

Las células de los tumores malignos tienden a migrar a otros órganos o partes del cuerpo, y a desarrollar nuevos tumores que se denominan metástasis “cáncer invasor”.

CÁNCER SEGÚN LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) Y AUTORES.

Para detallar la coexistencia entre células infectadas por un virus carcinógeno, existe el indicio de John Bittner, quién en 1936 descubrió que el cáncer de mama del ratón era debido a un retrovirus, el MMTV (virus del tumor mamario del ratón, por sus siglas en inglés).

Hoy en día se acepta que un gran número de virus causan diversos tipos de cánceres en un gran número de animales. La demostración de este mismo hecho en la especie humana es más difícil, pues la prueba concluyente consiste en la infección de un individuo sano con el virus, para comprobar el desarrollo del cáncer, y claro está, esta inducción directa de la enfermedad en el hombre no sería ética.

La OMS refiere que el cáncer es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células. Puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo.¹

López, al respecto dice: la enfermedad cancerosa se caracteriza por una evolución que se inicia en una célula o grupo de las mismas y acaba con la curación o muerte del paciente. Dichas células tienen como característica principal, el hecho de que no responden a los mecanismos de control externo y proliferan creciendo continuamente, perdiendo la diferenciación celular.²

De acuerdo a los conceptos revisados, se tiene la conclusión de que el cáncer es una enfermedad de la célula.

Por lo que es oportuno clasificar los tipos de cáncer en categorías más amplias. Las clases principales de cáncer son:

- ✓ Carcinoma: cáncer que empieza en la piel o en tejidos que revisten o cubren los órganos internos.
- ✓ Sarcoma: cáncer que empieza en hueso, en cartílago, grasa, músculo, vasos sanguíneos u otro tejido conjuntivo o de sostén.
- ✓ Leucemia: cáncer que empieza en el tejido en el que se forma la sangre, como la médula ósea, y causa que se produzcan grandes cantidades de células sanguíneas anormales y que entren en la sangre.
- ✓ Linfoma y mieloma: cánceres que empiezan en las células del sistema

1 Organización Mundial de la Salud, [en línea] s/f [consultado el día 10/10/2010] disponible en <http://www.who.int/topics/cancer/es/>
2 LÓPEZ Izuel, Chita. Et al. *Cuidados enfermeros*. Masson. Barcelona, España. 1990. Pág.169.

inmunitario.

- ✓ Cánceres del sistema nervioso central: cánceres que empiezan en los tejidos del cerebro y de la médula espinal³

El Cáncer Cérvico Uterino, responde a la clasificación del Carcinoma.

CACU SEGÚN LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS).

El CaCu obedece a un cambio en las células que cubren las paredes del cuello uterino (la parte inferior de la matriz que va del útero a la vagina, o el canal de parto). Estas células son inicialmente normales y gradualmente se convierten en precancerosas, manifestándose como lesiones en la pared del útero. Eventualmente pueden cambiar a células cancerígenas, sin embargo en más del 50% de las mujeres con lesiones pre-cancerosas, las células permanecen benignas (pre-cancerosas). Con frecuencia, en sus etapas iniciales el CaCu no muestra síntomas por lo que a menudo no se detecta hasta que se hace severo⁴.

Evoluciona a cáncer in situ (circunscrito a la superficie epitelial) y/o a cáncer invasor, en que el compromiso traspasa la membrana basal. En la imagen 2 y 3 se puede observar la diferencia del cérvix normal y del cérvix anormal.

Imagen 2 y 3: Cérvix normal Cérvix anormal



El Ministerio de Salud de Chile, lo define como una alteración celular que se origina en el epitelio del cuello del útero y que se manifiesta inicialmente a

3 S/a ¿Qué es el Cáncer? [en línea] s/f [consultado el día 26/10/2010] disponible en <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/que-es>

4S/a. *Cáncer Cérvico Uterino*. En Hoja informativa del Programa Mujer Salud y Desarrollo.

través de lesiones precursoras de lenta y progresiva evolución, que se pueden suceder en etapas de displasia leve, moderada y severa.⁵

FACTORES DE RIESGO

Existen documentos nacionales e internacionales en abundancia que analizan la interacción de varios factores de riesgo que se han caracterizado por estar asociados a la presentación del CaCu ya sea en su espectro de lesiones premalignas o como neoplasia francamente invasora.

- *Factores químicos.* Los carcinógenos, agentes capaces de causar el cáncer por ellos mismos ya sea sin transformación metabólica, como pueden ser el níquel, o los que precisan de metabolización previa, como benzantracenos, metilcontraleno, debentraceno y benzopireno, que se encuentran en el petróleo y el humo del tabaco.⁶

- ❖ Consumo de Tabaco

- Las mujeres fumadoras tienen un riesgo mayor de padecer CaCu que las mujeres no fumadoras. Estudios de investigación han demostrado que en el moco cervical (sustancia que reviste la mucosa del cuello del útero) hay una concentración elevada de sustancias provenientes del fumado de tabaco. El tabaquismo ha sido asociado con la persistencia del VPH y el mayor riesgo de contraer cáncer de cuello uterino, se sabe que el humo del cigarro contiene más de 4 mil sustancias tóxicas, y 50 son potencialmente cancerígenas como son (monóxido de carbono, formaldehído, ozono, alquitrán, cianuro de hidrógeno, Naftaleno, pirenos, nitrosa, cadmio).⁷

⁵ SUÁREZ, Eugenio. *Guía Clínica Cáncer Cervicouterino*. Ministerio de Salud. En revista Garantías Explícitas en Salud. Gobierno de Chile. Pág. 7.

⁶ LÓPEZ Izuel, Chita. Et al. *Cuidados enfermeros*. Ed. Masson. Barcelona, España. 2003. Pág. 170.

⁷ BRACHO, Marco. Cáncer Cérvico Uterino y sus formas de prevención. [En línea] 05 de agosto del 2009. [Consultado el 20/10/2010] disponible en <http://www.serviciosmedicos.pemex.com/salud/boletin/21/index.html>

➤ *Estilo de vida.*⁸

❖ Factores socioeconómicos.

- Estatus socioeconómico bajo.
- Escolaridad menor a cuatro años.

❖ Conducta sexual

- El perfil de riesgo aceptado actualmente para padecer CaCu incluye: edad de entre los 25 y 64 años.
- Edad al primer coito antes de los 18 años.
- Ausencia de detección citológica.
- Cuadros frecuentes de infecciones de transmisión sexual que involucren principalmente al virus del papiloma humano (VPH) al herpes virus tipo II.
- Edad del primer embarazo menor de 15 años.
- Inflamación cervical crónica resistente a tratamiento médico convencional, antecedentes de manipulación cervical (legrado uterino instrumentado o cerclaje).
- Tener de cinco a seis parejas sexuales o más. Se ha demostrado la presencia de VPH cervical o vulvar en un 17-21% de las mujeres con una pareja sexual y en 69-83% de las mujeres con 5 o más parejas sexuales.
- La promiscuidad sexual del hombre y la mujer también constituye un factor de riesgo dado que en sus múltiples contactos sexuales se contamina con virus de papiloma humano que trasmite después a su pareja.

⁸ LÓPEZ Izuel, Chita. Et al. *Cuidados enfermeros*. Ed. Masson. Barcelona, España. 2003. Pág. 170-172.

- ❖ Mujeres con alto número de embarazos.(imagen 4)



Imagen 4: Multiparidad

- Paridad mayor a cinco partos. Los cambios hormonales que ocurren durante el embarazo favorecen el desarrollo de las infecciones por VPH.
- ❖ Malnutrición
 - Aunque los estudios científicos no son concluyentes se considera que una dieta baja en antioxidantes, ácido fólico y vitamina A y C favorece la persistencia de la infección por virus de papiloma humano y la evolución de las lesiones de NIC I a NIC II, III y CaCu.
- ❖ Sistema Inmunológico Deprimido
 - Factores genéticos o enfermedades como el SIDA, medicamentos, consumo de drogas, etc. Que provocan la depresión del sistema inmunológico de la persona predispone al desarrollo de cáncer anogenitales y del cuello uterino ante la presencia de la infección por virus de papiloma humano.
- ❖ Uso Prolongado de Anticonceptivos
 - El uso prolongado de anticonceptivos se ha vinculado con la persistencia de infecciones por virus del papiloma humano. Estudios científicos han estimado que las mujeres que utilizan anticonceptivos orales por más de 5 años duplican el riesgo

decontraer CaCu.

El análisis de estos factores de riesgo evidencian que, si bien existen factores biológicos inherentes al sexo y a la edad, el resto de ellos están vinculados al comportamiento sexual y reproductivo de la mujer, el cual a su vez está matizado por su entorno socioeconómico y cultural.⁹

La edad, el estado del sistema inmune de cada mujer, la coexistencia de otras patologías, la estirpe histológica de la neoplasia y la presencia de tipos de VPH altamente oncogénicos, son los factores más importantes que permiten la evolución de la neoplasia a etapas no curables. Sin embargo el tratamiento oportuno de las lesiones preinvasoras y la vigilancia estrecha de los resultados de este tratamiento son puntos clave que modifican la evolución del padecimiento. El éxito de estas intervenciones está directamente relacionado con aspectos de la accesibilidad a los servicios de salud que permitan la asertividad y oportunidad para curar el CaCu en la comunidad.

CUADRO CLÍNICO DEL CACU, ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DEL ÓRGANO AFECTADO.

Definición de Oncología

La Oncología es aquella parte de la medicina que tiene como objeto el estudio de los tumores.

Fisiopatología del CaCu

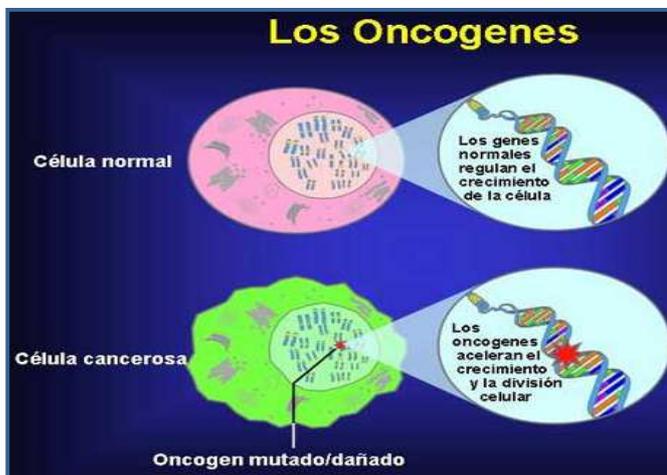
El origen del cáncer radica en alteraciones del ácido desoxirribonucleico (ADN) que producen una proliferación celular desprovista de todo control; pueden deberse a errores de repetición del ADN, exposición a cancerígenos o defectos en la reparación de este. Pese a esto no todos los cánceres son heredados.

El cáncer puede ser provocado por oncogenes, producto de la transformación de los genes que promueven el crecimiento normal celular conocido como protooncogenes. Aunque se desconoce el papel que desempeñan, se sabe que interfieren en la división celular o en la diferenciación de las células se puede

⁹ LÓPEZ Izuel, Chita. Et al. *Cuidados enfermeros*. Ed. Masson. Barcelona, España. 2003. Pág. 169.

observar en la imagen 5 donde los oncogenes aceleran el crecimiento de la división celular.

Imagen 5: Los oncogenes

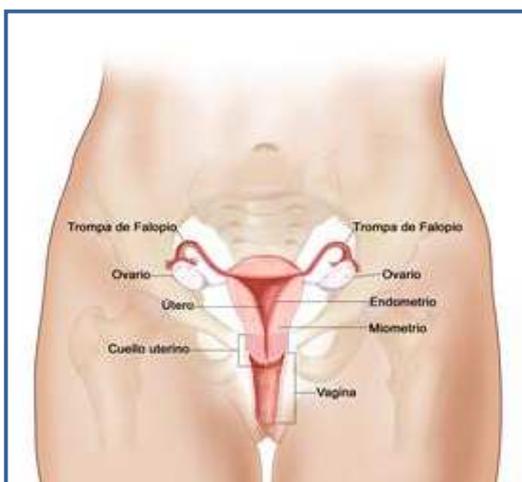


El primer oncogén descubierto fue el virus RSV del pollo, que a los pocos días de su inoculación puede provocar un tumor.

Otros virus que no son retrovirus también pueden ser cancerígenos como el del papiloma humano, sus tipos

VPH-16 Y VPH-18 en más del 80% de las neoplasias de cuello uterino.¹⁰

El CaCu es una enfermedad neoplásica maligna que se origina en el cérvix uterino y su progresión natural conlleva a la muerte.



El sistema reproductor femenino, está integrado por dos ovarios (glándulas sexuales primarias) dos trompas de Falopio, el útero, la vagina, y los genitales externos (estructuras tubulares) cada uno de sus componentes se aprecian en la imagen 6.

Imagen 6: Estructura del aparato reproductor femenino

Es ahí donde surge el tipo de cáncer del que se habla, así es el sistema implicado en la sexualidad y reproducción humana, también participa en diversos procesos hormonales sistémicos.

¹⁰ LÓPEZ Izuel, Chita. Et al. *Cuidados enfermeros*. Ed. Masson. Barcelona, España. 2003. Pág. 169.

El cérvix es una zona de especial interés e importancia para los ginecólogos obstetras; se dice que ningún órgano es tan accesible en términos de diagnóstico y tratamiento, para el ginecólogo oncólogo debido a que representa un foco común de desarrollo de tejido maligno. Esta accesibilidad del cérvix para el estudio celular y tisular, así como para su revisión directa exhaustiva, ha permitido una intensa investigación de la naturaleza de sus lesiones malignas y ha generado grandes avances en la citología cervical y la colposcopia, que permite identificar lesiones precursoras del CaCu de forma oportuna.

Aun cuando el conocimiento actual es incompleto, los estudios realizados han mostrado que la mayoría de estos tumores tiene inicio progresivo y sus precursores preinvasores pueden mantenerse en una fase reversible o in situ por varios años, al menos en algunas pacientes.¹¹

El término neoplasia intraepitelial cervical (NIC) es utilizado para agrupar las anomalías epiteliales del cérvix.¹²

SÍNTOMAS

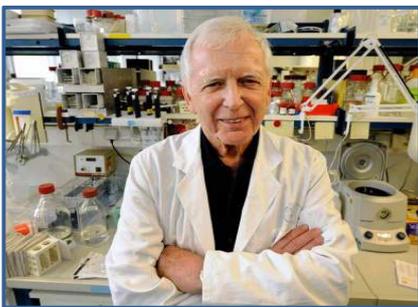
La gran mayoría de las mujeres con lesiones precancerosas, en etapas iniciales no presentan síntomas. Por lo general los síntomas aparecen cuando el cáncer ya ha avanzado, entre ellos son:

- Enfermedad temprana
 - ✓ Leucorrea recurrente
 - ✓ Sangrado postcoito (Hemorragias que pueden ser leves o hasta intensas o en ocasiones solo se presentan manchas en la prenda íntima o en gotas de sangre).
 - ✓ Leucoplasia

11 SERMAN, Felipe. *Cáncer Cérvico uterino. Epidemiología, historia natural, y rol del virus del papiloma humano. Perspectivas en prevención y tratamiento.* Hospital de Carabineros. 2002. Pág. 4.
12Ídem.

- Enfermedad avanzada
 - ✓ Leucorrea fétida
 - ✓ Lesión cervical, ulcerativa, proliferativa
 - ✓ Dolor (Dolor pélvico de forma crónica).
 - ✓ Edema
 - ✓ Hematuria
 - ✓ Rectorragia
 - ✓ Irregularidad en los ciclos menstruales, cuando anteriormente se presentaban de manera normal o regular. En estos casos la paciente puede presentar dos o más ocasiones que tenga sangrado en un solo mes o que los sangrados sean más abundantes en cantidad o con mayor número de días de lo habitual.
 - ✓ Baja de peso sin razón aparente
 - ✓ Inflamación de los ganglios en la región inguinal de ambos lados
 - ✓ Malestar general y debilidad inexplicable

EPIDEMIOLOGÍA DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO



El científico alemán Dr. Harald Zur Hausen (imagen 7) recibió en el año 2008, el premio Nobel de medicina por su descubrimiento del virus del papiloma humano (VPH) y su relación con el cáncer de cuello de útero. Según se piensa actualmente en la medicina convencional

Imagen 7: Dr. Harald Zur Hausen

Casi todos los cánceres cervicales son causados por el virus del papiloma humano (VPH).¹³

Descripción General

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

El virus del papiloma humano produce infecciones en la piel y también afecta las mucosas del tracto anogenital.¹⁴

En la piel las lesiones más frecuentes son verrugas cutáneas, también llamadas verrugas vulgares.

Las lesiones anogenitales incluyen las verrugas genitales (llamadas condilomas, cresta de gallo) que son formaciones carnosas con aspecto de coliflor que aparecen en las zonas húmedas de los genitales. Las verrugas genitales, por lo común son causados por los tipos VPH-11 y VPH-6. Estos tipos de VPH también pueden producir verrugas en el cuello del útero, en la vagina la uretra y el ano.

El VPH está relacionado con alteraciones del epitelio del cuello uterino denominadas neoplasia intraepitelial cervical (NIC), las cuales se han clasificado en tres grados 1, 2 y 3. La NIC 3 en particular se considera cáncer in situ.

Clasificación:

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

13 S/a. *Nueva medicina Germánica*. [En línea] 28/sept/2008 [Consultado el 10/10/10] disponible en <http://nuevamedicinahamer.blogcindario.com/2008/10/00039-harald-zur-hausen-el-virus-del-papiloma-humano-vph-y-el-cancer-de-cuello-de-utero.html>

14 TIRADO Gómez, Laura L. Et al. *Factores de riesgo de Cáncer Cérvico Uterino invasor en mujeres mexicanas*. Ed. Medigraphic. 2005. Pág. 343.

VPH de Bajo Riesgo

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

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

VPH de Alto Riesgo

Los Virus de papiloma humano de alto riesgo son los que se encuentran con mayor frecuencia asociados en los casos de cáncer de cuello uterino incluyen el VPH 16, 18, 31, 35, 39, 45, 51, 52, 56, y 58. De estos tipos el VPH 16 y el 18, sin duda son los más.¹⁵

Modo de transmisión:

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

Otra forma de contagio, aunque poco frecuente, es de la madre al recién nacido durante el parto en los casos que existen verrugas genitales en el canal vaginal. En estos casos puede producirse en el recién nacido un cuadro denominado papilomatosis laríngea. Este tipo de transmisión del virus es poco común y se previene practicando una cesárea en el momento del parto.

Las verrugas vulgares pueden autoinocularse. Las verrugas genitales pueden transmitirse por contacto directo de la piel con las verrugas, (abrasión).

¹⁵Ídem.

Período de incubación:

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

Frecuencia de la Infección por Virus del Papiloma Humano (VPH)

En mujeres jóvenes la frecuencia de infección con el virus de papiloma humano es muy alta: hasta un 50% de las mujeres adolescentes y adultas jóvenes adquieren la infección por el virus del papiloma humano en los primeros 4-5 años de tener una vida sexual activa. De estas mujeres hasta un 25% de las que se infectan por VPH desarrollan lesiones escamosas epiteliales de bajo grado. No obstante, en estas mujeres jóvenes el 90-95% de las infecciones curan solas, sin ningún tratamiento.

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

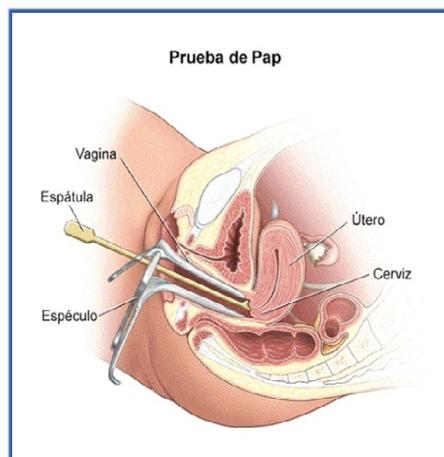
DETECCIÓN.

La detección del CaCu en las mujeres sintomáticas se logra mediante una historia clínica y un examen físico completos, este último sirve para observar el cuello uterino, obtener una Citología Cérvico Vaginal, hacer un examen colposcópico y palpar el cuello y los tejidos adyacentes la mayoría de los cánceres cervicales invasivos pueden verse durante la inspección. El CaCu presenta dos patrones primarios. La presentación más común es la de las lesiones exofíticas, que aparecen casi siempre en el exocérvix se asemejan a los pólipos, se propagan a lo largo de la superficie del cuello y sangran con facilidad. Las lesiones endofíticas invaden el canal endocervical. Con

frecuencia estos tumores pasan desapercibidos mientras se expanden dentro del canal y forman una lesión en forma de barril.

Cribado o Papanicolaou.

El principal método de detección es la Citología Cérvico-Vaginal (CCV) o también conocida como Papanicolaou (imagen 8). La muestra se obtiene recogiendo células de la unión escamocolumnar con un aplicador, una espátula de madera o un cepillo citológico. La tasa más baja de resultados falsos negativos y la tasa de predicción más alta se logran recogiendo células del exocérvix y el canal endocervical.



También se recomienda un examen pélvico para evaluar la forma y consistencia del cuello uterino y los tejidos adyacentes. Se enfatizará un poco más acerca de este tema en el capítulo III donde se explica de una manera más clara.

Recomendaciones:

Para el cribado del CaCu las mujeres asintomáticas incluyen una CCV y un examen pélvico anual en todas las mujeres que tienen o han tenido actividad sexual, o son mayores de 18 años, después de tres o más CCV anuales y consecutivas con resultados normales, tanto ésta como el examen pélvico pueden realizarse con menos frecuencia, a discreción del médico. La incidencia del CaCu invasivo, aumenta con la edad en general, y en particular en las mujeres mayores, de bajo estrato socioeconómico y que nunca se han realizado una CCV. Por consiguiente no debe de negarse a las mujeres la oportunidad de esta prueba y de los exámenes pélvicos teniendo en cuenta la edad como único criterio.¹⁶

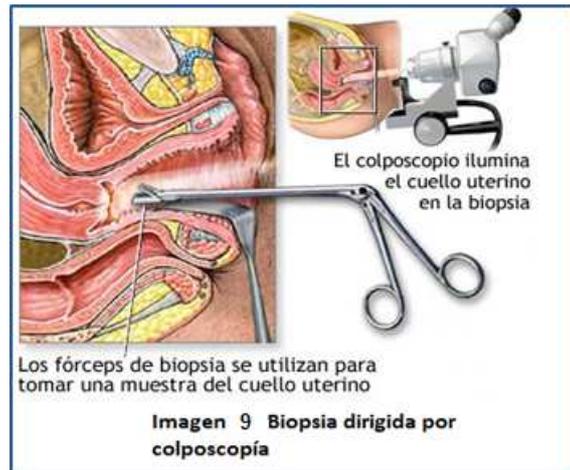
Puede realizarse una colposcopia en las mujeres que presentan síntomas considerables o lesiones muy sospechosas en el cuello uterino.

16OTTO, Shirley E. *Enfermería oncológica*. Ed. Océano. E. U. Pág. 350.

El examen bimanualrectovaginal permite al médico evaluar el tamaño, el contorno, la consistencia y la movilidad del cuello y cuerpo uterino, los ovarios y los tejidos de la vagina y el recto. También es posible evaluar la extensión macroscópica del tumor hacia las estructuras adyacentes como el recto y la vagina.¹⁷

Biopsia dirigida del cérvix

Consiste en la extracción de fragmentos de tejidos de las zonas del cérvix que exhiben características de la alteración neoplásica del examen colposcópico. El procedimiento se realiza durante el examen colposcópico y debe hacerse posteriormente a la aplicación de ácido acético y lugol: se utiliza un



instrumento conocido como pinza de “sacabocado”(imagen 9) con el cual se extrae el fragmento de epitelio, que se coloca en un recipiente con formaldehído. Esta muestra, debidamente identificada y acompañada de una solicitud de estudio histopatológico que contiene los datos clínicos y citológicos, útiles para orientar al histopatólogo, debe enviarse a un laboratorio para su fijación, tinción y examen microscópico.

Colposcopia

Con la llegada de la colposcopia se ha aceptado generalmente un esquema y un plan de tratamiento conservadores para la paciente con prueba de Papanicolaou anormal. Este esquema es seguro sólo si se siguen los pasos. La colposcopia fue introducida por Hans Hinselmann en 1925 (Hamburgo Alemania) como método práctico de exploración más minuciosa y exhaustiva del cuello del uterino. Él y otros investigadores de su época creían que el cáncer cervical comenzaba como pequeños nódulos del epitelio superficial y que, mejorando la iluminación y ampliando la imagen, estas lesiones podrían

¹⁷ídem

ser detectables. El examen meticuloso de miles de casos le permitió definir claramente los múltiples cambios fisiológicos y benignos del cuello uterino así como correlacionar los cambios atípicos con el cáncer preinvasor y precoz.



La colposcopia se basa en el estudio de la zona de transformación (imagen 10). Dicha zona es el área del cuello cervical y la vagina que estaba inicialmente recubierta de epitelio columnar y que, a través de un proceso conocido como metaplasia, ha sido sustituido por el epitelio escamoso. El amplio intervalo y la variedad de las características colposco-

Imagen 10: Colposcopiáticas de este tejido otorgan a la colposcopia la categoría de ciencia. La herencia de patrones vasculares variables, así como el destino de las glándulas y fisuras columnares residuales, determinan la amplia variedad de patrones de esta zona. Era generalmente admitido que el cuello uterino estaba cubierto normalmente por epitelio escamoso, y que la presencia de epitelio columnar endocervical en el ectocervix constituye un hallazgo anormal.

Legrado endocervical

Consiste en un raspado del canal endocervical utilizando un cepillo o una legra finísima de metal que puede introducirse en el orificio externo del cérvix y cuya punta ciliada logra el curetaje suave del epitelio que cubre este delgado canal. (imagen 11). El procedimiento se realiza mediante estudio colposcópico y las lentes de aumento del aparato guían el procedimiento, garantizando la existencia

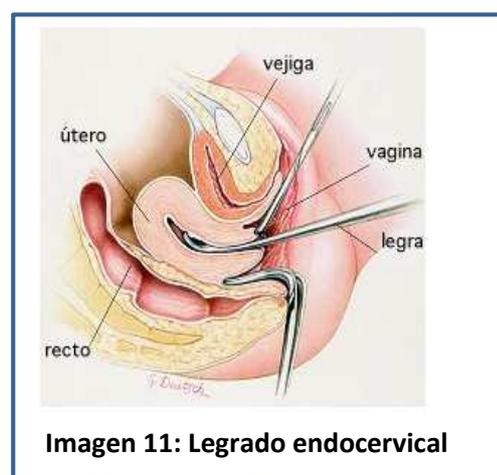


Imagen 11: Legrado endocervical

de células endocervicales para su análisis histopatológico; esta muestra se coloca en una laminilla de cristal (portaobjetos), se fija con aerosol o líquido y,

al igual que la biopsia de cérvix, se envía debidamente identificada y acompañada de la solicitud de estudio correspondiente con el histopatólogo.

TRATAMIENTO.

Depende de la extensión de la enfermedad. Estas pacientes pueden recibir un tratamiento conservador con criocirugía, electrocauterización o láser, técnicas que destruyen las células superficiales anómalas por medio del frío, calor o la energía lumínica. El último de estos métodos ofrece mayor control del patrón y la profundidad de la destrucción tisular.

Tratamiento ambulatorio:

Electrocauterización.

En la paciente con NIC puede llevarse a cabo de forma ambulatoria diversas formas de tratamiento. Si estas formas de tratamiento son tan eficaces como la intervención quirúrgica realizada en quirófano, la rentabilidad se convierte en un factor de vital importancia. Durante muchos años se ha empleado la electrocauterización para eliminar el epitelio cervical. Durante años ha sido una práctica extendida la destrucción del tejido “anormal” localizado en el cuello uterino después del parto. En realidad, se trataba del epitelio columnar o de la zona de transformación del cuello. En algunos estudios no controlados se ha sugerido que la electrocauterización hace disminuir la aparición de lesiones de NIC en pacientes sometidas a dicho tratamiento. Se ha demostrado que la electrocauterización es eficaz en el tratamiento.

El método es, se ingresa a la paciente al hospital, y una vez anestesiada, se lleva a cabo la electrocauterización en quirófano, quemando los tejidos hasta una profundidad suficiente para destruir la enfermedad que pudiera localizarse en las glándulas, por supuesto resulta dolorosa si el tejido se quema en profundidad. El costo de la hospitalización incluso en un servicio ambulatorio, resultaría considerablemente superior que un tratamiento ambulatorio.

Criocirugía.

Durante la última década se ha obtenido considerable experiencia en cuanto al uso de la criocirugía en el tratamiento de la NIC. No aparecen efectos colaterales de la electrocauterización, fundamentalmente el dolor durante el tratamiento, por lo que resulta una modalidad terapéutica ambulatoria ideal en lo que se refiere a la comodidad para la paciente. Muchos factores son responsables de los resultados, entre ellos la experiencia del médico, el número de pacientes intervenidas y los criterios establecidos para determinar la curación de un caso, así como las técnicas de congelación, el equipo y el tipo de refrigerante empleado. Puede emplearse dióxido de carbono u óxido nitroso como refrigerantes. Suele aparecer una secreción acuosa durante 10 a 14 días. Se indica a la paciente de que se abstenga de mantener relaciones sexuales y que emplee una compresa si es necesario durante el tiempo que dura la secreción acuosa. Luego se vuelve a realizar un frotis de Papanicolaou a los 4 meses, si es positivo puede que la anomalía se deba al proceso de cicatrización, por lo que el frotis se repite a las 4 a 6 semanas. Si los hallazgos citológicos siguen resultando anormales 6 meses después de la criocirugía, debe considerarse que ésta ha fracasado y hay que volver a evaluar e intervenir a la paciente.

Cirugía con láser.

El rayo láser de dióxido de carbono es invisible y suele guiarse mediante un segundo láser que emite luz visible. La energía del láser es absorbida por el agua con un grado de eficacia variable, destruyéndose el tejido fundamentalmente por vaporización. El láser se monta sobre un colposcopio, dirigiéndose sus rayos mediante control colposcópico. La mayoría de los instrumentos tienen un intervalo de potencia considerable y operan según un modo pulsátil o uno continuo. El tamaño del foco puede ser fijo, la cantidad de energía administrada a los tejidos depende del tamaño del foco y de la potencia. Los tejidos absorben el láser así como la precisión del rayo que permite controlar la profundidad de la destrucción tisular, la base de la zona queda destruida, queda limpia con poco tejido necrótico y rápida cicatrización.

Existen dos desventajas en el empleo del láser, la primera es que el tratamiento es más doloroso que la electrocauterización y la criocirugía y la segunda que lleva mayor tiempo.

Conización del cuello uterino.

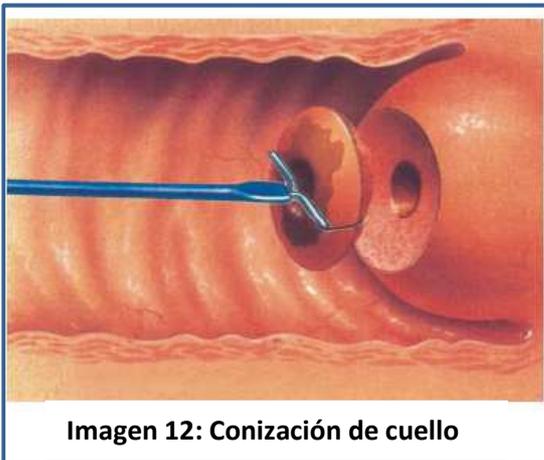


Imagen 12: Conización de cuello

Se lleva a cabo una incisión de la mucosa del ectocérvix que incluya con absoluta seguridad todas las áreas anómalas (imagen 12 y 13). No es necesario que la incisión sea circular, si no que se acomode a la escisión de todo el epitelio atípico. La profundidad puede determinarse mediante la longitud de dicho canal y la

profundidad de afectación. No es preciso que la conización cervical siga un procedimiento técnico para todas las pacientes, pero debe suponer siempre una escisión adecuada de todas las zonas implicadas. Se ha obtenido especial experiencia con esta modalidad terapéutica especialmente en el tratamiento de la NIC grave. Bastantes datos de la literatura sugieren que la gran mayoría tendrán una citología normal tras la conización y no precisan más tratamiento.



Imagen 13: Conización del cuello

Histerectomía.

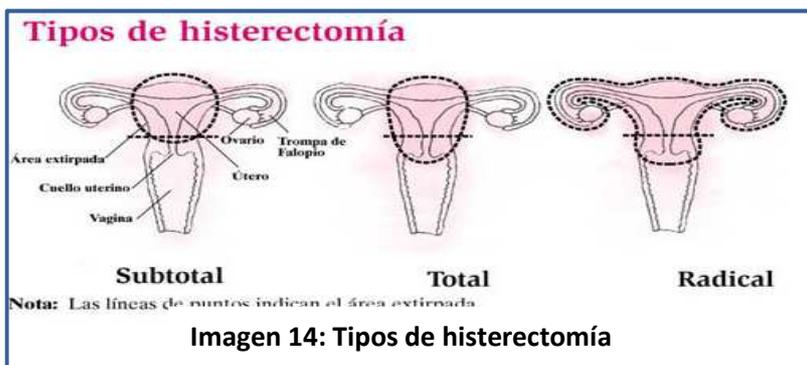


Imagen 14: Tipos de histerectomía

Tradicionalmente ha sido el tratamiento de elección para las pacientes con carcinoma *in situ* es una modalidad adecuada para

las pacientes que ya no quieren tener hijos, que están interesadas en la esterilización de manera permanente, debe ser una decisión en conjunto con la paciente, el médico y la familia. Aunque las posibilidades de recurrencia posterior de la enfermedad invasora son pequeñas, dichas posibilidades existen, por lo que debe de hacerse un seguimiento indefinido de estas pacientes.

PERCEPCIONES CULTURALES Y CACU

Además de la complejidad natural del CaCu como patología, deben considerarse algunos aspectos de percepción cultural que pueden obstaculizar la labor preventiva, curativa y/o de control de esta neoplasia. No se debe olvidar que la afección de los genitales externos e internos involucra esta enfermedad, presupone una aceptación por parte de la paciente para realizar exploraciones físicas simples y armadas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos que implican la exposición manipulación y/o extirpación total o parcial de los genitales y finalmente, una repercusión lógica sobre las funciones reproductivas de la mujer. Por otra parte la naturaleza de transmisión sexual del VPH y otros agentes que infectan el tracto genital inferior de la mujer involucran en forma automática a la pareja y constituyen un enfoque integral que incluye irremediablemente aspectos de género y que requieren de un ambiente de confianza y veracidad para tratarse.¹⁸

La limitación y la evasión de los aspectos de sexualidad que pueden permear en la cultura, de los países en vías de desarrollo constituye un obstáculo importante para complementar satisfactoriamente las actividades de educación e información en salud para las comunidades en riesgo. En ocasiones éste sólo hecho limita el acceso a la atención oportuna y complica los procesos dentro del núcleo familiar. Salvar estos obstáculos ha comprobado ser por demás difícil y algunas veces imposible; el impacto que genera la renuencia de las mujeres ante los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, puede resultar en la muerte prematura de muchas mujeres que, aún cuando se encuentran en riesgo de padecer CaCu, son susceptibles de someterse a

¹⁸TAPIA, Roberto. *Manual de salud pública*. Ed. Intersistemas. México D. F. Pág. 687.

tratamiento oportuno de lesiones premalignas y de la curación permanente. Por otra parte aquellas mujeres que ya son víctimas de las formas invasoras de esta neoplasia no pueden obtener los beneficios de los tratamientos paliativos que alivian el dolor físico que provoca esta enfermedad.

La “prueba del cáncer” es una experiencia que las mujeres viven solas, pero que en su mayoría desean vivirla así. Mostrar la parte más íntima de su cuerpo a otros, aun considerando que sea su pareja o familiar cercano, no es una experiencia que se viva sin sentimientos de vergüenza fuera de los contextos permitidos a plena luz del día. Estos sentimientos se relacionan con los procesos de socialización que van configurando la formación de las identidades de género. El cuerpo censurado y controlado en la mayoría de los espacios de la vida cotidiana, es una vivencia que repercute en las dificultades para acudir a la prueba del Papanicolaou y posiblemente en las campañas del programa de detección oportuna del Cáncer (DOC).

El hecho de que gran parte de estos casos de CaCu se desarrollen en mujeres de escasos recursos o que tienen un acceso limitado a los servicios de salud, muchas de ellas no se hacen la prueba de Papanicolaou, que es la más conocida para detectar el CaCu. Las razones son variadas, entre las que destacan el hecho de que no han sido suficientemente informadas acerca de los beneficios para su salud, lo cual es un indicador que la información del programa DOC no ha permeado lo suficiente en las mujeres y sus parejas.

Otra variable puede ser, que no tienen acceso a los centros de salud que lo proporcionan gratuitamente o que han tenido experiencias negativas en la atención médica con los profesionales de salud que los atendió. Las palabras y el tono que utiliza el personal de salud para referirse al procedimiento o a sus observaciones, forman parte de las experiencias vividas de las mujeres que ellas consideran para regresar o no al mismo lugar y aún para considerar con mayor o menor dificultad el volver a realizar la DOC.¹⁹

La confianza es un ingrediente esencial en las interacciones entre el personal de salud y pacientes. Una confianza basada no en la autoridad y en seguir

19TAPIA, Roberto. *Manual de salud pública*. Ed. Intersistemas. México D. F. Pág. 706.

órdenes del médico, sino en esperanza y confianza de que el médico, la enfermera y el personal de salud, ayudará al paciente a tomar sus propias decisiones.

También hay que considerar la educación y la formación familiar que han recibido, la cual, no les permite sopesar la importancia de esta prueba. Así, la mayoría de las mujeres, da absoluta prioridad a la salud de su familia por sobre la propia; Las mujeres que se dedican a labores del hogar, situación que tiene relación con la baja escolaridad y por ende un desinterés para el cuidado de su salud. Debido a que generalmente se encuentran muy ocupadas en el cuidado de la casa, del esposo de los hijos descuidando la salud personal, tiene miedo de la opinión o reacción de su pareja, quien puede prohibirle que vaya al ginecólogo.

La muerte o ausencia de una mujer puede provocar graves desajustes en la integración y dinámica social y familiar, ya de por sí deteriorada, a causa de sus condiciones materiales de vida, ya que la pobreza, desigualdad de géneros (machismo) y falta de oportunidades son cuestiones que a través de los años siguen estando presentes en los hogares de los mexicanos. En términos sociales, el impacto representa una gran pérdida de años de vida productiva que contribuye al deterioro económico del país, a la ruptura del tejido social y evidentemente de la construcción familiar, ya que de acuerdo a estudios de opinión, la madre simboliza la punta de la pirámide del constructo de la sociedad. Es frecuente además, que ciertos sectores de la sociedad como son los hombres y las propias mujeres y de los propios prestadores de servicios de salud, asumen la actitud de culpar a las mujeres de los males que aquejan a la sociedad, y es que además de ser víctimas de la marginación y desigualdad, deben cargar sobre sus hombros con la estigmatización social e institucional.

Por ello, podemos concluir en que el aspecto cultural no permite un diagnóstico oportuno, pues el machismo es el principal factor que no coadyuva a descifrar cualquier alteración, pues la exploración es un elemento que los hombres perciben con recelo al tocar a la mujer, ya que el pensamiento retrograda les hace especular que existe cierto gozo al ser tocada, entendiéndolo como caricias y no como una auscultación. Otro aspecto que influye en este

problema creciente es la desinformación de la atención a la salud, porque pese a los esfuerzos realizados por el gobierno por difundir y prestar servicios de atención de salud, la población esta renuente a recibirlos, pues sus pretextos principales son los arraigados a través de los años como son la falta de tiempo al no acudir a cualquier institución de salud, la pérdida de tiempo y principalmente por la falta de atención humanitaria o maltrato por parte del equipo de salud que opera en dicho sistema.

CAPÍTULO II. EL CÁNCER CÉRVICO UTERINIO COMO UNA DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD, EN EL MUNDO Y MÉXICO.

A nivel mundial el CaCu es el segundo cáncer más común en mujeres (después del Cáncer de mama) es la principal causa de muerte entre las mujeres adultas en países en desarrollo y el primer lugar en México. La Organización Mundial de la Salud, informa que actualmente hay más de dos millones de mujeres en el mundo que tienen CaCu. Cada año, se diagnostican 490,000 casos nuevos de CaCu. Eso es más de 1,350 casos nuevos por día y cerca de 650 mujeres mueren diariamente por este padecimiento.²⁰

La OMS y la organización Panamericana de la Salud en diversas publicaciones, han reportado que en México actualmente ya existen más de 25 millones de personas infectadas y estas no la saben.

En México existe la regulación de leyes en materia de salud y seguridad social, que fundamenta el artículo 4 de la Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos que a la letra expresa: Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y entidades federativas en materia de salubridad general.

El interés del gobierno mexicano es tal, que dentro del Plan Nacional de Desarrollo y en la estrategia Contigo, conformada por cinco ejes rectores de la misión-visión del Estado en su tercer eje llamado Igualdad de Oportunidades hace énfasis al punto 3.2 tratando materia de salud y hace prioridad Nacional el derecho a la misma.²¹

Para el Estado una de las principales causas de muerte son los problemas reproductivos dando a conocer cifras que estiman que el 15% de toda la población corresponde a las muertes por enfermedades asociadas con la

20 S/a. *Cáncer*. [En línea] s/f [Consultado el 15/01/11] Disponible en <http://www.who.int/topics/cancer/es/>

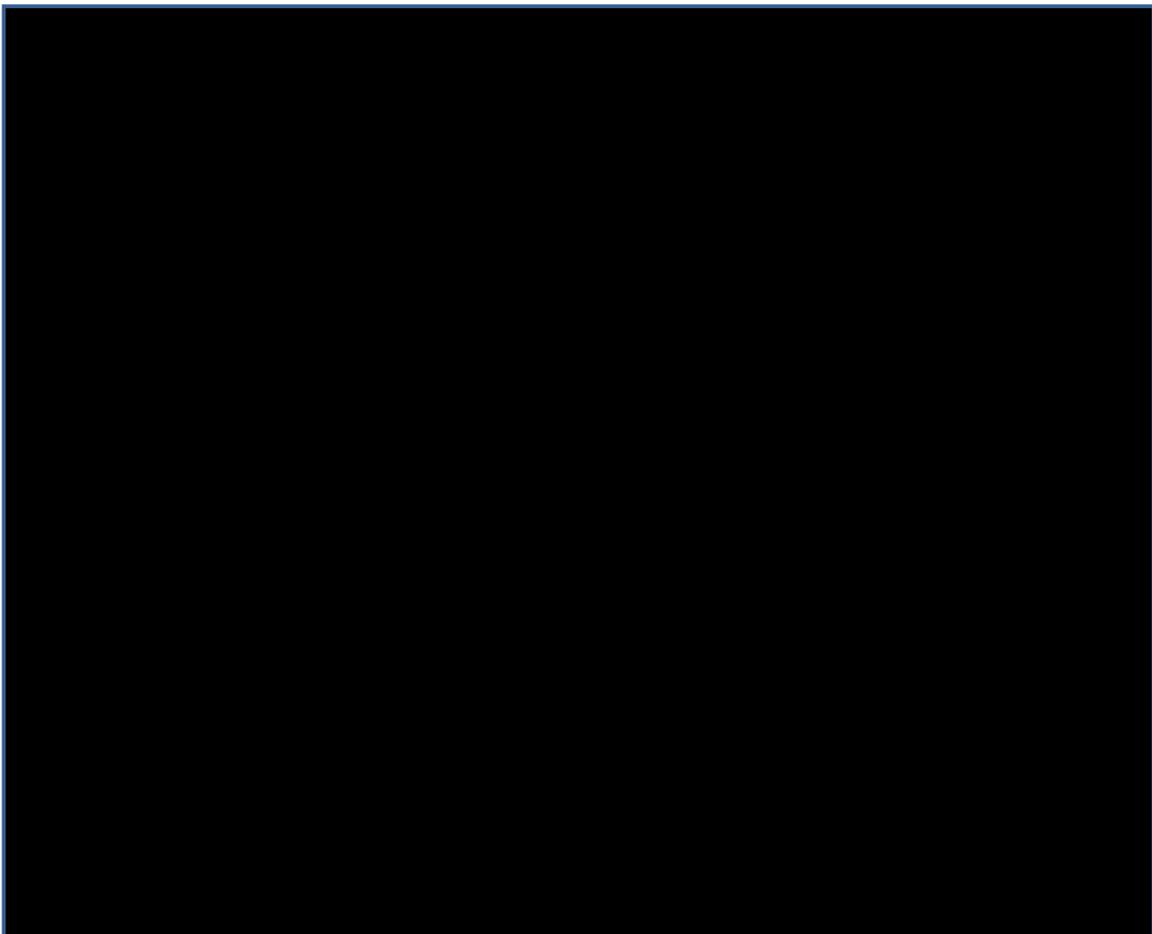
21 Plan Nacional de Desarrollo 2006-2011. 2010. Ed. Cámara de Diputados. Pág. 18.

pobreza, afectando a personas que viven en situación precaria ya que la salud de la sociedad mexicana refleja las desigualdades sociales y económicas del país.

Los padecimientos transmisibles más frecuentes en México son, en orden de importancia, infecciones respiratorias, diarrea, tuberculosis y enfermedades de transmisión sexual. Asociando, de manera muy importante, al CaCu en las mujeres.

En el año 2005 se detectaron 4,247 defunciones por este cáncer, la tasa de mortalidad fue del 15.46 por 100,000 mujeres de 25 años y más edad. El 84% ocurrieron en mujeres con escolaridad primaria o menos predominantemente en edad productiva.

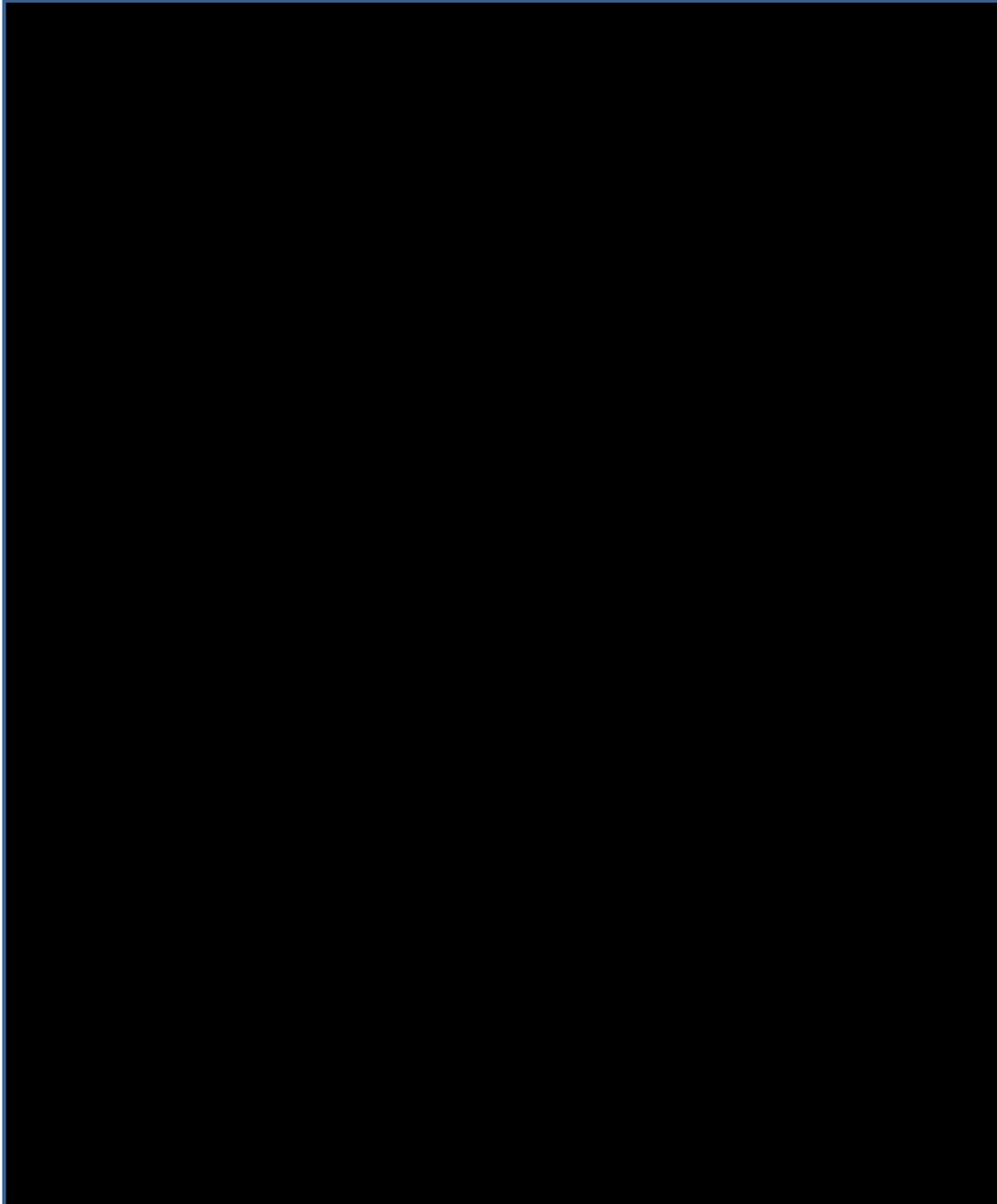
El CaCu es una de las principales causas de mortalidad general en la población mexicana en al año 2008, ocupando la causa número veinte, como aparece en la tabla 1.



El CaCu dentro de las doce principales causas de mortalidad en mujeres en México en el año 2008, como se indica en la tabla 2



El CaCu dentro de las principales causas de mortalidad en edad productiva en México en el año 2008, ocupando la décimo tercera causa, tabla 3 ya que en los primeros lugares predominan las enfermedades crónicas degenerativas y



en las últimas causas los tumores, hablando en general del cáncer. Estos datos son recopilados del programa estadístico de la Secretaría de Salud en México.

PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO CONTRA EL CACU 2012. SECRETARÍA DE SALUD. (SSA)

En el Programa Sectorial de Salud se estableció la meta para el año 2012 de disminuir 27 por ciento la tasa de mortalidad por CaCu en mujeres de 25 años o más lo que significa que, utilizando como punto de partida la tasa registrada en 2006, para el año 2012 no debieran ocurrir más de 11.0 defunciones por cien mil mujeres en este grupo de edad. Al respecto, en 2008 la mortalidad por CaCu fue de 14 defunciones por cien mil mujeres de la población objetivo, cifra menor en 6.8 por ciento respecto de la tasa de 2006, y en comparación con la meta 2012 el valor está por arriba en un 27.3 por ciento.

En el país la mortalidad por CaCu registra un descenso sostenido desde hace ya varios años. La mortalidad por esta causa pasó de 24.8 muertes por cien mil mujeres de 25 años y más en 1990 a 14 defunciones en 2008, lo que representa una reducción del 43.6 por ciento.

Una de las características de la mortalidad por CaCu es que está afectando más a las mujeres de los estados menos desarrollados del país.

La distribución de la mortalidad por CaCu de acuerdo con la pertenencia de la población a un esquema de seguridad social.

PEMEX, por su parte, fue la institución que registró la menor tasa de mortalidad por esta causa con 10 defunciones en su población objetivo. La condición de aseguramiento influye en el riesgo de morir por esta causa: el riesgo de las mujeres sin seguridad social es 2.3 veces más alto que el de la población de mujeres de PEMEX y 1.7 veces más alto que el riesgo de las mujeres afiliadas al seguro popular de salud.²²

Situación demográfica

La población femenina de 25 años y más en México se encuentra en un momento demográfico de expansión.

22S/a. Programa de Acción: Cáncer Cérvico Uterino. Ed. Secretaría de Salud. México D. F. Pág. 33-35

Según proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO), en el año 2000 el volumen de este grupo poblacional ascendió a cerca de 23.9 millones y alcanzará los 38.8 millones para el año 2020, lo que representará casi un tercio de la población total en ese año. Tan sólo durante el período 2000-2006 este grupo creció en 4.48 millones de mujeres. El Programa de Acción para la Prevención y Control del CaCu enfoca sus acciones de detección oportuna, particularmente en el grupo de mujeres de 25 a 64 años de edad, que representa casi el 90% del total de mujeres de 25 años o más de edad. La población potencialmente usuaria de servicios de detección de CaCu orienta la definición de coberturas de acuerdo a criterios epidemiológicos.

La muerte por CaCu en nuestro país hoy en día es inaceptable, pues los conocimientos científicos y tecnológicos actuales permiten no sólo la detección temprana de lesiones precancerosas, sino además, el tratamiento oportuno y curativo; sin embargo, hay que reconocer que disminuir la mortalidad, reducir el costo efectividad del programa y mejorar la oportunidad de la atención, no están determinados únicamente por el avance tecnológico y científico, sino que inciden además factores sociales, culturales, económicos, institucionales y conductuales que se abordaron en el capítulo anterior y que pueden favorecer u obstaculizar esta tarea.

La respuesta social ante este problema debe considerar, entre otros aspectos: la infraestructura en salud existente; el número, tipo y capacidad técnica de los recursos humanos; la capacidad financiera; el grado de coordinación de los sectores público, social y privado y la capacidad de movilización social en la población para participar en el diseño, operación y evaluación de las políticas y programas específicos para la prevención y control del CaCu.

Focalizar las acciones de acuerdo a los requerimientos de cada grupo de población debe ser una estrategia nacional y estatal, que permita el uso adecuado de los limitados recursos. Por ello el profesional de Enfermería juega un papel importante en esta tarea.

Actualmente, la operación del Programa de Acción para la Prevención y Control del CaCu, cuenta con un sustento normativo y técnico caracterizado por los siguientes aspectos:

Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Cérvico Uterino (Nom-014-Ssa2-1994), Actualizada El 6 De Marzo De 1998.

Sistema de información uniforme y compatible en el sector salud.

Sistema de control de calidad para los procesos de detección y tratamiento.

Manuales y guías de operación para laboratorios y clínicas de displasias.

Programa para sensibilización y desarrollo individual e interpersonal de los recursos humanos.

La coordinación intra e inter sectorial tiene la finalidad de desarrollar diversos proyectos. Las instituciones u organizaciones que participan en este proceso son:

- Sector salud: SSA, IMSS, ISSSTE, SEDENA, MARINA, PEMEX, IMSS–SOLIDARIDAD y otros.
- Instituciones académicas.
- Asociación Mexicana de Lucha contra el Cáncer, A.C.
- AVON Cosmetics de México.
- Clubes de Rotarios de México.
- Agencia de Cooperación Internacional del Gobierno de Japón.

Objetivo general del programa

Disminuir la mortalidad por CaCu en la población femenina de México.

Objetivos Específicos

Incrementar la detección oportuna de CaCu en las mujeres de 25 a 64 años de edad; Identificar e incorporar al programa a mujeres que nunca se han realizado la citología cervical.

Asegurar el manejo, tratamiento y seguimiento de los casos en las clínicas de displasias y centros oncológicos.

Asegurar un esquema de tratamiento para las mujeres con procesos inflamatorios en el primer nivel de atención.

En el proceso de acciones resolutivas, el éxito del programa dependerá de contar con un número suficiente de clínicas de displasias y laboratorios de patología adecuadamente equipadas y con los recursos humanos capacitados que permitan asegurar el estudio colposcópico, histopatológico confirmatorio y el tratamiento de las lesiones no invasoras del cuello uterino.

No debe omitirse señalar la importancia del tratamiento, seguimiento y control de las mujeres con procesos inflamatorios e infecciosos, ya que éstos son factores de riesgo que es necesario atenuar o eliminar para evitar o retardar la aparición de daños más graves.

Para el tratamiento de los procesos inflamatorios infecciosos se requiere disponer de la capacidad técnica para interpretar los resultados, contar con los insumos necesarios en el primer nivel de atención, que permitan instituir la terapéutica adecuada.

Para el buen funcionamiento del programa se requiere contar con un adecuado sistema de referencia y contrareferencia de las unidades de salud a las clínicas de displasias y centros oncológicos, que asegure el tratamiento y vigilancia de toda mujer con diagnóstico de infección por virus del papiloma humano, displasia y CaCu.

Para realizar el seguimiento de los casos, el coordinador o responsable del programa debe informar a las unidades de salud en forma prioritaria los

resultados de las citologías positivas a cáncer o con alguna anormalidad, y coordinar con las clínicas de displasias las citas para la atención inmediata.

Las enfermeras o promotores de las unidades de salud deberán localizar a las mujeres con citología positiva a cáncer o displasias, para citarlas a la unidad de salud e informarles de los resultados y la fecha de su cita en la clínica de displasias.

Para asegurar el tratamiento de los casos de VPH, displasias y cáncer in situ es necesario contar con la instalación y óptimo funcionamiento de las clínicas de displasias en hospitales regionales o generales que tengan un área de influencia mayor de 300 mil habitantes. Estas clínicas deberán contar con los recursos humanos suficientes y permanentes así como los equipos necesarios, incluso de cómputo, para una atención y seguimiento con calidad técnica y humana. Las clínicas de displasias atenderán a las pacientes referidas del primer y segundo nivel de atención con diagnóstico citológico, de infección del virus del papiloma humano, displasia o cáncer in situ. En las clínicas, previa colposcopia, se realizará el estudio histopatológico para el diagnóstico confirmatorio. Una vez confirmado el diagnóstico en los laboratorios de patología se recomendará el tratamiento apropiado según la edad y paridad de la paciente, la extensión de la lesión y la presencia de otra enfermedad.

El tratamiento se realizará con alguno de los siguientes procedimientos conservadores: electrocirugía, criocirugía, terapia con láser o conización quirúrgica terapéutica.

Si el diagnóstico es CaCumicroinvasor, el tratamiento recomendado será la histerectomía en la mayor parte de los casos, en ciertas pacientes puede plantearse la biopsia profunda en cono con probabilidad terapéutica y estricto control colposcópico.

El CaCu invasor exige estudios y manejo especializado, por lo que la paciente deberá referirse a los centros oncológicos o a los servicios de oncología en las unidades hospitalarias. El tratamiento es por radioterapia o histerectomía radical con linfadenectomía pélvica.

El coordinador institucional del Programa de Acción para la Prevención y Control del CaCu es la persona idónea para la coordinación y verificación de todas estas acciones.

Indicadores del programa

Indicadores para la evaluación del programa:

Tasa de mortalidad por CaCu.

Tasa de mortalidad por CaCu por grupos de edad.

Porcentaje de cobertura de detección de CaCu por citología cervical por grupos de edad.

Porcentaje de detecciones por citología cervical de primera vez y subsecuentes por grupos de edad.

Porcentaje de estudios citológicos interpretados.

Porcentaje de detecciones por citología cervical según diagnóstico.

Productividad de lectura de laminillas por citotecnólogo.

Porcentaje de citologías positivas y negativas re-examinadas por el patólogo.

Porcentaje de muestras inadecuadas para el diagnóstico citológico.

Porcentaje de resultados entregados a la usuaria con oportunidad (antes de 30 días).

Porcentaje de pacientes atendidas en las clínicas de displasias con diagnóstico citológico previo.

Productividad de estudios colposcópicos del médico colposcopista

Porcentaje de pacientes según diagnóstico colposcópico.

Porcentaje de pacientes tratadas en las clínicas de displasias según procedimiento terapéutico.

Porcentaje de pacientes con diagnóstico citológico y colposcópico confirmado por histopatología.

Porcentaje de pacientes con diagnóstico histopatológico de cáncer invasor atendidas en los centros oncológicos.

Porcentaje de citotecnólogos, citólogos y patólogos con acreditación en calidad de la lectura de citologías. Porcentaje de colposcopistas con acreditación en la operación y funcionamiento de las clínicas de displasias.

Porcentaje de mujeres de 25 a 64 años que recibieron información sobre los riesgos y daños del CaCu.

Porcentaje de médicos y enfermeras en contacto con pacientes en el primer nivel de atención que fueron capacitados en los aspectos técnicos, humanísticos y gerenciales del Programa de Acción y Prevención y Control del CaCu.

Porcentaje de promotoras institucionales y comunitarias capacitadas en los aspectos de prevención del Cáncer Cérvico Uterino.

Número y distribución por estado de investigaciones operativas en materia de CaCu.²³

CAPÍTULO III. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON CÁNCER CÉRVICO UTERINO.

Los roles de la enfermera en la actualidad

El arte de Enfermería “es el cuerpo de conocimientos científicos aplicados con el propósito de ofrecer a los individuos un servicio esencial que consiste en fomentar la capacidad de influir positivamente en su salud”²⁴

El objetivo de Enfermería es ayudar al hombre a adaptarse a los cambios que se operen en lo relativo a sus necesidades fisiológicas, al concepto de sí mismo, a la función de su rol y a sus relaciones de interdependencia en la salud y la enfermedad.

En el plan de estudios de la Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, destacan las competencias aplicadas en los roles del profesional de Enfermería, como parte del perfil académico profesional y hace énfasis que el egresado será capaz de vincular conocimientos teóricos, metodológicos y disciplinares relacionados con las áreas biomédica, humanística, y social al desempeñar 4 roles fundamentales del ejercicio profesional de los cuales describiré a continuación.²⁵

Dentro de los roles de la enfermera pueden destacarse:

- Asistenciales;
- Administrativas,
- Docentes o educativas;,,
- De investigación.

El rol de proveedor de cuidados resalta, como punto central de la práctica, al cuidado, núcleo básico de Enfermería. Este rol demanda un conocimiento teórico profundo de las categorías epistémicas, que proveen al profesional de

²⁴ S/a El rol autónomo de la enfermera, [en línea] s/f [consultado el día 26/08/2011] disponible en http://www.seden.org/files/art568_1.pdf

²⁵ Plan de estudios de la licenciatura [en línea] s/f [consultado el día 26/08/2011] disponible en http://enfermeria.iztacala.unam.mx/enf_perfiles.php

un entendimiento integral del ser humano, y de la vinculación persona-entorno-enfermera (o), orientándolo a la sistematización del cuidado para realizar acciones independientes e interdependientes con el equipo multidisciplinario.

El rol de administrador impulsa la utilización de nuevos esquemas administrativos para lograr que los servicios de salud y la práctica profesional de enfermería sean de alta eficiencia, en escenarios institucionales, no institucionales, y en la práctica independiente. Además, este rol implica la posibilidad de definir políticas sobre la participación de enfermería en los programas, para el logro de los objetivos nacionales de salud, y en la solución de problemas específicos en los diferentes niveles de atención del sistema de salud.²⁶

El rol de educador tiene una función que se integra a la atención de enfermería. En él se determinan necesidades de aprendizaje de la persona, se planifica y establecen metas y estrategias del proceso educativo y se desarrollan las actividades de formación así como la evaluación del proceso. Reconoce a la educación como un proceso complejo, que requiere de conocimientos de diferentes aspectos del sujeto de enseñanza. Lo anterior permite desarrollar acciones específicas, tendientes a mejorar la calidad de vida de la persona. Otro plano de este rol, corresponde a la formación de los recursos humanos de enfermería, que se efectúa en las diferentes IES, públicas y privadas. Se encuentra el ámbito de la educación continua de los profesionales en activo, ubicados en los espacios asistenciales.

El rol de investigador enfatiza que la investigación en enfermería contribuye a la disciplina con una indagación sistemática de la persona, el entorno, la salud, y el cuidado. Mediante la investigación, se busca la producción de nuevos conocimientos y la integración de saberes relacionados con la práctica social, tener un nivel de crítica de estudios de investigación, en el desempeño de este rol se promueve el liderazgo en la atención de la salud y el desarrollo disciplinar como resultado de la generación de conocimientos acerca de la realidad.

26 S/a. *Perfil de ingreso y egreso de enfermería*. en [línea] s/f [consultado el 18/04/2011] disponible en http://enfermeria.iztacala.unam.mx/enf_perfiles.php

Intervenciones de enfermería en los tres niveles de atención, con apego a la Norma Oficial Mexicana-014 para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Cérvico Uterino.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

La prevención es la estrategia fundamental para erradicar el CaCu. A partir de los conocimientos disponibles sobre todo los factores de riesgo para esta afección, la enfermera puede desarrollar programas de prevención dirigidos al público en general. Los programas para adolescentes pueden incluir estrategias como programas de prevención del CaCu deben dirigirse a la población de adolescentes.

Informar a la población en general sobre la importancia de la enfermedad, los factores de riesgo y las posibilidades diagnósticas y terapéuticas.

Alentar la demanda de atención médica oportuna, periódica y de alta calidad con fines de detección y en su caso de tratamiento, garantizando la información suficiente de la paciente acerca de lo que significa la intervención para la detección y/o tratamiento, así como el consentimiento informado de las mujeres, aunque no sea por escrito.

Orientar a las mujeres sobre su responsabilidad en el autocuidado de su salud y a los varones sobre su participación en los factores de riesgo de la enfermedad.

Actividades de Participación Social.

Promover la participación de grupos organizados y de líderes de la comunidad para que actúen como informadores y promotores ante su núcleo de influencia.

Concertar y coordinarse con el sector educativo, especialmente de nivel medio y superior, para que el tema se trate en el ámbito de la educación formal.

Invitar a las agrupaciones gremiales y centros laborales a organizar campañas intensivas de detección oportuna de CaCu, entre su población femenina.

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

Las instituciones del Sector Público y organizaciones civiles, establecerán mecanismos de reconocimiento al personal profesional del área de salud, que participe como promotores en este programa.

Función asistencial

- Cuidar la salud del individuo en forma personalizada, integral y continua, considerando sus necesidades y respetando sus valores, costumbres y creencias, tomando en cuenta que la persona es un ser holístico.
- Cumplir los principios éticos de acuerdo con el código de ética de enfermería.²⁷
- Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería, como método científico de la profesión. Identificar cada una de las etapas del PAE; Valoración, Diagnostico, Planeación, Ejecución, Evaluación.
- Registrar en la historia clínica, hoja de enfermería, toda la información disponible de los problemas identificados en las pacientes, de acuerdo con la NOM -168 del expediente clínico.
- Valorar los signos vitales.

La prueba del Papanicolaou

El estudio de citología cervical es el método de elección para la detección oportuna del CaCu.

La citología cervical se realizará cada tres años en aquellas mujeres con dos citologías previas anuales consecutivas, con resultado negativo a infección por

27S/a Código de ética, [en línea] s/f [consultado el día 26/08/2011] Disponible http://www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/materialesdeapoyo/obstetricia1/DOCUMENTO_SCONSULTA/10.pdf

Virus del Papiloma Humano, displasias o cáncer; las mujeres con los problemas anteriores serán objeto de un seguimiento en una clínica de displasias y, cuando sean dadas de alta, reiniciarán la periodicidad anual. Las mujeres con resultados positivos a procesos inflamatorios inespecíficos deberán continuar con exámenes anuales hasta que haya dos resultados consecutivos negativos. En las instituciones del Sector Público la citología deberá practicarse gratuitamente, sin exclusión de ninguna mujer solicitante por razones económicas o de edad, pudiéndose brindar el servicio a quien lo solicite con mayor periodicidad.

La citología o examen de Papanicolaou es una muestra que se toma del canal cervical y se basa en los caracteres microscópicos de las células.

El examen es rápido y no causa dolor. La paciente, preferentemente debe acudir al Centro de Salud sin estar menstruando, sin haberse realizado duchas vaginales, antes de la prueba y sin haber tenido relaciones sexuales como mínimo 24 horas antes y sin estar bajo tratamiento vía vaginal.

Cuidados de Enfermería antes del examen del Papanicolaou

Cuando una persona muestra sus órganos genitales al personal de salud para cualquier estudio o procedimiento médico, se enfrenta a situaciones de angustia e incomodidad. El personal de enfermería, en muchas ocasiones es el primer contacto con la paciente y por lo tanto debe aprender a respetar su intimidad, tratarla con tacto, ganarse su confianza explicando que procedimiento se va a realizar y lograr que la paciente no se sienta incómoda, convenciéndola de firmar el consentimiento informado.

Procedimiento para la toma del Papanicolaou

El material que necesita el profesional de enfermería para realizar el Papanicolaou es el siguiente:

- Espejo vaginal de diferentes tamaños
- Spray – Fijador y / o alcohol de 96°

- Guantes de látex
- Laminilla de vidrio
- Espátula de Ayre (madera)

Procedimiento

- 1) Se coloca a la usuaria en posición ginecológica.
- 2) Se introduce en la vagina el espejo y la espátula para tomar una muestra de moco (células) del cuello de la matriz (cérvix).
- 3) La muestra se coloca en la laminilla y se fija con el spray y/o se remoja en alcohol de 96°.
- 4) Se envía la muestra al laboratorio en donde un especialista la revisa y observa si alguna célula es anormal.
- 5) Se le pide a la paciente que regrese por el resultado en 15 días. ²⁸
 - Informarle la fecha en la que debe regresar a consulta para conocer los resultados del Papanicolaou.
 - Recordarle la importancia de recoger oportunamente los resultados del Papanicolaou.
 - Realizar exámenes pélvicos periódicamente luego que la adolescente comience su actividad sexual.
 - Revisar los signos y síntomas del CaCu: hemorragia anormal, secreción vaginal, dolor.
 - Aplicar la vacuna de Virus del Papiloma Humano. En caso de que aplique y se reúnan los requisitos.
 - Evaluar las respuestas de las pacientes y realizar los registros adecuados.

28S/a. *Intervenciones de Enfermería para la prevención del CaCu*. Ed. Secretaría de Salud. 2007. Pág. 1-5

Funciones administrativas

- Participar en la planeación de acciones interdisciplinarias dentro del equipo de salud.
- Velar por el cumplimiento de los principios de enfermería.
- Velar por el cumplimiento del código de ética para las y los enfermeros de México y por los derechos de los pacientes.
- Participar en las reuniones del servicio que sean programadas.
- Participar en las técnicas administrativas y científicas de enfermería.

Funciones docentes.

- Participar en los programas de educación continua para el personal de enfermería y otros profesionales de la salud.
- Diseñar, planificar y participar en programas de educación permanente para el personal de enfermería, profesionales de la salud, comunidad y poblaciones de alto riesgo.
- Participar en el proceso de enseñanza-aprendizaje en la formación del personal de enfermería.
- Formar, una visión general de los cambios fisiológicos normales del cuello uterino durante la pubertad y la adolescencia, sobre educación sexual y prevención de ITS.
- Consejerías en las escuelas secundarias y preparatorias.
- Consejerías sobre higiene personal y vivienda.
- Podemos ofrecer materiales escritos sobre el CaCu, apropiados para la edad y nivel cultural de la paciente y su pareja. Se pueden difundir los recursos comunitarios donde puede obtenerse información de los servicios para las mujeres con diagnóstico de CaCu o en riesgo de padecerlo.

- Consejería sobre la importancia de utilizar el condón.
- Consejería sobre la importancia de la prueba de Papanicolaou y la consulta periódica al médico.
- Consejería sobre la eficacia del tratamiento conservador en la erradicación de la enfermedad preinvasiva pueden disminuir el temor al cáncer y estimular el cumplimiento de las recomendaciones de tipo preventivo.
- Evitar la actividad sexual con penetración del pene en la vagina.
- Para reducir el riesgo de CaCu, recomendar que todas las mujeres limiten el número de parejas sexuales.
- Informar de los problemas de salud derivados de las adicciones como el cigarro y el alcohol. Enseñar métodos para dejar de fumar. Programas especiales, parches o goma de mascar con nicotina e hipnosis.
- Orientar sobre una alimentación balanceada e higiene de los alimentos de acuerdo con las condiciones de vida de las pacientes. Las modificaciones en la alimentación que puedan disminuir el riesgo de padecer CaCu incluyen el consumo de alimentos ricos en vitaminas A, C y Ácido Fólico.
- Proporcionar información de la vacuna en caso de que exista y que la paciente reúna los requisitos para su aplicación.
- Impartir docencia incidental en el puesto de trabajo.
- Planificar, ejecutar y controlar el proceso de enseñanza-aprendizaje en la formación del personal de enfermería.
- Educar a las mujeres sobre los beneficios y periodicidad de las citologías y los exámenes pélvicos.

Funciones de investigación

- Participar en investigación en enfermería y otras áreas con el objetivo de contribuir al desarrollo profesional y mejoramiento de la salud de la población proponiendo alternativas para disminuir los factores de riesgo.
- Coordinar, controlar y participar en la ejecución de ensayos clínicos en centros de investigación.
- Integrar los consejos científicos en los diferentes niveles del Sistema Nacional de Salud.
- Realizar y/o participar en investigaciones en enfermería y otras áreas con el objeto de contribuir al desarrollo profesional y mejoramiento de la salud de la población, el autocuidado, el apego terapéutico.
- Divulgar y aplicar los resultados de las investigaciones a fin de contribuir a mejorar la atención de salud, la atención de enfermería y el desarrollo profesional.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

Funciones asistenciales

- Cumplir los principios de asepsia, antisepsia y normas de bioseguridad, según los contextos de desempeño.
- Cumplir los principios éticos de acuerdo al código de ética de enfermería.
- Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería, como método científico de la profesión. Identificar cada una de las etapas del (PAE); Valoración, Diagnostico, Planeación, Ejecución, Evaluación.
- Garantizar las condiciones óptimas para la recepción y traslado de la paciente.
- Registrar en la historia clínica, hoja de enfermería, toda la información disponible de los problemas identificados en las pacientes, de acuerdo

con la NOM -168 del expediente clínico.

- Evaluar las respuestas de las pacientes y realizar los registros adecuados.
- Realizar la recepción de la paciente revisando en la historia clínica antecedentes personales y familiares, y complementarios en correspondencia con motivo de ingreso.
- Preparar a las pacientes para las pruebas clínicas de laboratorio (hemograma, glicemia, hemocultivo, orina, heces fecales, cultivo de secreciones, exudados, hemogasometría, rayos X, TAC, Ultrasonido.
- Cumplir tratamiento médico, según las indicaciones registradas en las notas medicas.
- Ejecutar la preparación y administración de fármacos por diferentes vías, orales, intravenosos, intramusculares, vaginales, cutáneos, etc.
- Identificar reacciones producidas por los fármacos y otras sustancias, como alimentos, medios de contraste, yodo, etc.
- Identificar alteraciones en las cifras de los parámetros normales de las constantes vitales, comunicarlo y actuar de acuerdo a cada situación.
- Atención y preparación psicológica sobre su enfermedad y estadios de ésta.
- Informar claramente sobre su tratamiento y la importancia de ser constante en sus consultas posteriores.
- Orientar en el tratamiento externo en caso de haber sido indicado por el médico.
- Dar seguimiento al tratamiento de la paciente.
- Desarrollar destrezas y habilidades en acciones de enfermería en situaciones de urgencias para lograr minimizar daños y pérdidas de

vidas humanas.

Funciones administrativas.

- Participar en la planeación de acciones interdisciplinarias dentro del equipo de salud.
- Velar por la organización de la estación de trabajo del personal de enfermería.
- Velar por el cumplimiento de los principios de enfermería.
- Velar por el cumplimiento del código de ética para las y los enfermeros de México, y por los derechos de los pacientes.
- Participar en las reuniones del servicio que sean programadas.
- Participar en las técnicas administrativas y científicas de enfermería.
- Participar en pase de visita conjunto médico y enfermería.
- Participar en el pase de visita de enfermería.
- Participar en la entrega y recibo de turnos del servicio.

Funciones docentes.

- Participar en los programas de educación continua para el personal de enfermería y otros profesionales de la salud.
- Diseñar, planificar y participar en programas de educación permanente para el personal de enfermería, profesionales de la salud, comunidad y poblaciones de alto riesgo.
- Participar en programas de educación continua para el personal de enfermería y otros profesionales de la salud.
- Participar en el proceso de enseñanza-aprendizaje en la formación del personal de enfermería.

- Impartir docencia incidental en el puesto de trabajo.
- Planificar, ejecutar y controlar el proceso de enseñanza-aprendizaje en la formación del personal de enfermería.

Funciones de investigación

- Participar en investigación en enfermería y otras áreas con el objetivo de contribuir al desarrollo profesional y mejoramiento de la salud de la población proponiendo alternativas para disminuir los factores de riesgo.
- Coordinar, controlar y participar en la ejecución de ensayos clínicos en centros de investigación.
- Integrar los consejos científicos en los diferentes niveles del Sistema Nacional de Salud.
- Realizar y/o participar en investigaciones en enfermería y otras áreas con el objeto de contribuir al desarrollo profesional y mejoramiento de la salud de la población, el autocuidado, el apego terapéutico.
- Divulgar y aplicar los resultados de las investigaciones a fin de contribuir a mejorar la atención de salud, la atención de enfermería y el desarrollo profesional.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

Funciones asistenciales

- Cumplir los principios éticos de acuerdo con el código de ética de enfermería.
- Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería, como método científico de la profesión. Identificar cada una de las etapas del PAE; Valoración, Diagnostico, Planeación, Ejecución, Evaluación.
- Registrar en la historia clínica, hoja de enfermería, toda la información disponible de los problemas identificados en las pacientes, de acuerdo con la NOM -168 del expediente clínico.

- Evaluar las respuestas de las pacientes y realizar los registros adecuados.
- Garantizar las condiciones óptimas para la recepción y traslado de la paciente.
- Realizar la recepción de la paciente revisando en la historia clínica antecedentes personales y familiares, y complementarios en correspondencia con motivo de ingreso.
- Preparar a las pacientes para las pruebas clínicas de laboratorio (hemograma, glicemia, hemocultivo, orina, heces, cultivo de secreciones, exudados, hemogasometría, rayos X, TAC, Ultrasonido).
- Cumplir tratamiento médico, según las indicaciones registradas en las notas medicas.
- Ejecutar la preparación y administración de fármacos por diferentes vías, orales, intravenosos, intramusculares, vaginales, cutáneos, etc.
- Identificar reacciones producidas por los fármacos y otras sustancias, como alimentos, medios de contraste, yodo, etc.
- Identificar alteraciones en las cifras de los parámetros normales de las constantes vitales, comunicarlo y actuar de acuerdo a cada situación.
- Atención y preparación psicológica sobre su enfermedad y estadios de ésta.
- Informar claramente sobre su tratamiento y la importancia de ser constante en sus consultas posteriores.
- Orientar en el tratamiento externo en caso de haber sido indicado por el médico.
- Dar seguimiento al tratamiento de la paciente.

Radioterapia

El término “radioterapia” designa la aplicación de radiación ionizante por medio de máquinas productoras de rayos “X” o materiales radiactivos. La radioterapia se utiliza principalmente para el tratamiento de cáncer. El objetivo de este tratamiento es una destrucción ordenada de células malignas que se dividen, con rapidez, aunque dejando bien el resto del cuerpo, capaz de recuperarse y de eliminar las células cancerosas muertas. Esta destrucción se logra por rayos X o materiales radiactivos.

La enfermera cuya práctica se basa en comprender las leyes físicas que rigen la radiación podrá protegerse de posible daño producido por radiación. Su capacidad para aplicar los principios en que se basa el cuidado de enfermería es necesaria para el uso seguro y eficaz de la radioterapia. Es acertado usar los términos exactos que ha usado el médico para explicar los efectos del tratamiento.

Un conocimiento adecuado de la radiación es necesario no sólo para la seguridad y protección del personal, sino también para contrarrestar la superstición. Se necesita una actitud más realista en cuanto a los usos clínicos de la radiación. La radioterapia es una de las tres formas de tratamiento para el cáncer. La cirugía trata de extirpar mecánicamente el cáncer, la quimioterapia trata de eliminar las células cancerosas por medio de agentes químicos. La radioterapia se propone destruir las células cancerosas con agentes físicos (radiación ionizante).

Las células que se dividen más rápidamente son más sensibles a la radiación que las que se dividen con lentitud esta generalización fue hecha por BergonieTribondeau (1906) quienes afirmaron que “las células son sensibles a la radiación en proporción a su actividad proliferativa”.

Los síntomas de la radiación pueden ser debilidad, náuseas, vómitos, diaforesis y a veces escalofríos. Los síntomas se tratan profilácticamente y sintomáticamente.

Para evitar las náuseas o los vómitos, la enfermera y la dietista deben planear las comidas del paciente de modo que se evite administrarle medicamento por lo menos una hora antes y una hora después del tratamiento.²⁹

El interés por el apoyo emocional y un programa que abarque reposo necesario y diversión placentera a menudo evitan el problema de la náusea.

Los pacientes que reciben radioterapia pueden sufrir varios grados de depresión de la médula ósea. Debe explicarse al paciente la necesidad de cuentas periódicas de sangre y pequeñas y ocasionales transfusiones de sangre, de glóbulos rojos o de plaquetas para mantener a la paciente hasta que termine la terapéutica.

Es importante mantener en buen estado la función renal para evitar cristaluria por ácido úrico y posible paralización de los riñones. La buena hidratación y el mantenimiento de orina diluida son acciones de enfermería para prevenir esta rara complicación. El paciente debe ingerir diariamente 3,000 ml de líquido.

La protección contra la radiación se refiere al uso de cualquier tipo de material para atenuar la radiación, el material que se usa generalmente es el plomo, pero otros materiales tienen capacidad de protección. Como ejemplo tenemos las paredes de concreto, que se encuentran generalmente en los departamentos de terapia por radiación y radiológico para diagnóstico. Guantes revestidos de plomo, delantales y sábanas revestidas del mismo metal son ejemplos de protección.

Cuidados Paliativos

La enfermera debe estar bien informada y conocer la historia natural del Cáncer Cérvico Uterino, para el cuidado y anticipación a las necesidades de las pacientes.

Educar a la familia como realizar los cuidados con calidad y calidez sobre: alimentación, en la debilidad y fatiga de la paciente, cambios de posición, ayudarle a caminar y en sus necesidades fisiológicas.

29 SMITH W. Dorothy. *Medicina y Cirugía para Enfermeras*. Ed. Interamericana. Barcelona, España. 2000. Pág. 166-173

Informar sobre signos de alarma y su cuidado.

Trasladar a la paciente al hospital en caso de presentar náuseas y vómitos, diarreas incontenibles o sangrado vaginal.

Funciones administrativas.

- Participar en la planeación de acciones interdisciplinarias dentro del equipo de salud.
- Velar por la organización de la estación de trabajo del personal de enfermería.
- Velar por el cumplimiento de los principios de enfermería.
- Velar por el cumplimiento del código de ética para las y los enfermeros de México, (imagen 15) por los derechos de los pacientes.



- Participar en las reuniones del servicio que sean programadas.
- Participar en las técnicas administrativas y científicas de enfermería.
- Participar en pase de visita conjunto médico y enfermería.
- Participar en el pase de visita de enfermería.
- Participar en la entrega y recibo de turnos del servicio.

Función docente.

- Participar en los programas de educación continua para el personal de enfermería y otros profesionales de la salud.
- Diseñar, planificar y participar en programas de Consejería Educativa educación permanente para el personal de enfermería, profesionales de la salud, comunidad y poblaciones de alto riesgo.
- Participar en programas de educación continua para el personal de enfermería y otros profesionales de la salud.
- Impartir docencia incidental en el puesto de trabajo.
- Planificar, ejecutar y controlar el proceso de enseñanza-aprendizaje en la formación del personal de enfermería.

Funciones de investigación

- Participar en investigación en enfermería y otras áreas con el objetivo de contribuir al desarrollo profesional y mejoramiento de la salud de la población proponiendo alternativas para disminuir los factores de riesgo de Cáncer Cérvico Uterino.
- Coordinar, controlar y participar en la ejecución de ensayos clínicos en centros de investigación.
- Integrar los consejos científicos en los diferentes niveles del Sistema Nacional de Salud.
- Realizar y/o participar en investigaciones en enfermería y otras áreas con el objeto de contribuir al desarrollo profesional y mejoramiento de la salud de la población, el autocuidado, el apego terapéutico.
- Divulgar y aplicar los resultados de las investigaciones a fin de contribuir a mejorar la atención de salud, la atención de enfermería y el desarrollo profesional.

En suma, muchos aspectos fomentan la buena intervención del proceso de enfermería, como la revisión constante de las mujeres con CaCu o en riesgo de padecerlo, por ello la prevención es la mejor forma de evitarlo.

APLICACIÓN DE LA TANATOLOGÍA EN PACIENTES CON CÁNCER CÉRVICO UTERINO

¿Qué es la Tanatología?

La Tanatología es la disciplina que se encarga del estudio integral e interdisciplinario de la muerte.

La Tanatología, es un estudio integral e interdisciplinario, que reúne en su quehacer elementos sociales, que influyen en cada individuo y busca resolver las situaciones conflictivas que existen en torno a la muerte, el deterioro físico, la agonía, la eutanasia pasiva, entre otros.

Proviene el Latín Thanatos – Muerte Logos – Tratato

Etimológicamente es el Estudio o tratado de la muerte.³⁰

Hay que aceptarnos, conocernos y amarnos para poder aceptar, conocer y amar a nuestros pacientes, sin importar: raza, color, religión, estado civil, condición social, predilección sexual, etc.

Necesitamos estar bien para poder ayudar al ser que está en nuestras manos y que confía plenamente en nosotros.

El ser cuidadosas (os) en las necesidades físicas, espirituales, psicológicas y sociales de los enfermos, deben ser el núcleo central de la profesión ante el dolor, enfermedad, agonía y muerte.

El no abandonar a un enfermo es un compromiso ético que consiste en acompañarlo en el trayecto de su enfermedad sin importar cuál sea su desenlace.

30 S/a ¿Qué es la Tanatología? [En línea] 28/sep/2005 [Consultado el 10/19/11] disponible en <http://www.tanatologia.org.mx/tanatologia/index.html>

Ahora con los grandes avances tecnológicos y la carga de trabajo, no existe espacio para el diálogo, no se siembran lazos enfermera-paciente; debemos de entender que cada caso, al igual que cada ser es diferente y que la vida como la muerte pertenecen a todos y es inevitable.

Nosotros como seres humanos y profesionales dedicados al cuidado de los enfermos debemos incluir a la muerte en nuestra ciencia, pensar en ella y asumirla.

Hay que aceptar la muerte con humildad y humanidad, para pasar del curar al aliviar.

La profesión de enfermería no sólo debe de basarse a su labor teórica, sino que debe de integrar su profunda experiencia a través del contacto con sus pacientes. Nosotros como Profesionales de Enfermería ante la agonía y la muerte debemos de establecer una relación terapéutica y profesional con un gran sentido de humanidad que nos exige el hecho en primera instancia de ser personas y en segundo lugar el ser Profesional de Enfermería.

Un cuidado deficiente deteriora y empeora la calidad de vida en los días que le quedan a nuestros pacientes haciéndolos intolerables en lugar de ser intensos, plenos, llenos de alegría y amor.

Bener en 1987 clasificó en 7 campos o áreas de actividad los cuidados de enfermería ante un paciente moribundo:

1. Función de ayuda al enfermo
2. Función docente
3. Función diagnóstica y de supervisión
4. Acción eficaz de situaciones que cambian radicalmente
5. Administración y supervisión de las intervenciones y tratamientos terapéuticos
6. Supervisión y garantía en cuanto a la calidad de asistencia

7. Coordinación en la organización del equipo interdisciplinario.

En conclusión el Profesional de Enfermería es un ser humano y debe aceptarse, conocerse y amarse, deberá estar en constante equilibrio en el aspecto intelectual, espiritual, social y físico manteniendo un estado de salud bueno; la enfermera debe tener nociones de la Tanatología para que actúe de manera que el lugar de curar alivie, permitiendo que los enfermos mueran al lado de sus seres queridos en la medida de lo posible para que el ambiente que lo rodee sea de calidez y familiar.

Se debe tener presente siempre, curar algunas veces, aliviar con frecuencia y consolar siempre, tomando en cuenta que cada caso como cada ser es diferente y que la vida como la muerte es un hecho inevitable, un hecho natural, indeterminable, y es un hecho totalmente garantizado.

Todo paciente tiene derecho a su autonomía y a morir con dignidad, tener presente que en la forma de vivir estará la forma de morir.³¹

³¹Maqueo Velasco P. El papel de la enfermera en la Tanatología [En línea] sin fecha [Consultado el 1/sep/11] disponible en <http://www.tanatologia.org.mx/tanatologia/index.html>

CONCLUSIONES

El CaCu sigue representando un problema de Salud Pública en México, ya que es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en mujeres en edad reproductiva, el costo de atención de una paciente con este padecimiento es muy elevado comparado con el costo de la prueba de Papanicolaou, pues mientras el primero suma miles de pesos el segundo es gratuito en el sector público a las mujeres que lo soliciten, cuanto mayor avance haya en prevención para la detección oportuna de factores de riesgo y/o alteraciones en las células, menor será el costo económico, físico y emocional. Y en el caso del gasto nacional aún sigue siendo elevado el costo per cápita de cada paciente afectada, esto refleja que los esfuerzos del gobierno por dar una atención adecuada y de calidad además de cobertura en todo el país sigue siendo insuficiente para disminuir los casos de CaCu, pues como revisamos anteriormente existen factores que influyen en las mujeres a no hacerse responsables de su cuerpo, a no realizarse la prueba de Papanicolaou y por ello no detectar a tiempo el padecimiento.

Dentro de las instituciones de salud podemos decir que aún existe un largo camino por recorrer ya que en la parte asistencial existen demandas por mala atención hacia los pacientes en general, es triste escuchar aseveraciones tales como: “se tardaron mucho en dar atención”, “no existía el medicamento que se indico”, “la consulta o cirugía que necesito me la dieron para una fecha muy lejana”, “las enfermeras tienen un carácter horrible”, con estas situaciones debemos de tomar un camino diferente, pues desde el momento en que se decide estudiar una carrera donde está implicado el contacto directo con las personas se asume la responsabilidad de atenderlas bien y tratarlas como tal. La parte administrativa también contribuye a la optimización de recursos humanos y materiales, donde la enfermera apoya a la institución que representa.

La investigación es una herramienta que proporciona reconocimiento en materia de salud para la profesión.

El proceso de atención de enfermería en pacientes con CaCu y en vulnerabilidad de padecerlo es el método científico que se debe llevar a cabo

en sus cuatro etapas, si se conoce bien el padecimiento, también se conocerá como se debe actuar ante tal situación, desde la valoración al inicio de una consulta donde podemos identificar signos y síntomas de alarma, hasta las intervenciones en un tercer nivel de atención, sobretodo hacer un buen análisis sobre la atención que brindamos a las pacientes en etapa terminal, pues nuestro deber es ayudar a tener una muerte digna.

SUGERENCIAS

Actualizar a todo el personal de Enfermería que labora en instituciones de salud sobre el programa de detección oportuna del CaCu de acuerdo a la norma oficial NOM-014-SSA2-1994 para la prevención, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del CaCu. Informar sobre la importancia del programa de detección oportuna del CaCu a toda la población de responsabilidad en comunidades de alto riesgo abarcando desde la adolescencia, para que así las mujeres al iniciar su vida sexual tengan ya una cultura de salud fincada en el autocuidado y educar a los varones hacia una cultura de apoyo a su pareja. Promocionar y difundir el programa, los requisitos y horarios para la realización del procedimiento y en qué consiste éste. Diseñar proyectos de trabajo educativos con adolescentes en escuelas secundarias y preparatorias. Elaborar planes de trabajo educativos y detecciones en empresas y comunidad en general. Promover la participación del personal de enfermería en medios de comunicación para concientizar a la población sobre la importancia de la detección oportuna del CaCu.

Retomar esta investigación como fuente de información actualizada y completa para hacer un análisis sectorizando cada población, o bien a las mujeres derechohabientes de las UMF, a comunidades de alto riesgo y dar un enfoque preventivo educativo y no curativo.

ANEXOS

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-014-SSA2-1994 PARA LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, CONTROL Y VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER CERVICU TERINO.

El concepto integral de salud reproductiva debe entenderse como el estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductor, sus funciones y sus procesos.

Esta visión holística considera que toda la población debe tener acceso a información amplia y a una gama de servicios de salud reproductiva accesibles y aceptables, la misión de la salud reproductiva comprende pilares esenciales como la planificación familiar, salud perinatal, salud de la mujer, incluyendo el riesgo preconcepcional, detección oportuna y manejo de las neoplasias del tracto reproductor femenino, la atención del climaterio y de la posmenopausia.

Un componente de particular relevancia es la incorporación de la perspectiva de género en todas las actividades de normatividad, educación-comunicación, prestación de servicios, investigación y evaluación en materia de salud reproductiva, tendientes a asegurar relaciones equitativas entre los géneros con igualdad de oportunidades.

Que para lograr el propósito anterior es necesario elevar la cobertura de la detección y fortalecer la productividad de los servicios, así como mejorar la calidad de la atención que se proporciona en la materia.

El objetivo de la Norma es uniformar los principios, políticas, estrategias y criterios de operación para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del CaCu.

La prevención, que incluye la detección, se llevará a cabo por medio de la citología cervical será gratuita en las unidades médicas del Sector Público.

Las pacientes con reporte citológico de infección por virus del papiloma humano, displasia moderada, severa o cáncer, deberán referirse a una clínica de displasias o centro oncológico, para la confirmación diagnóstica por estudio

histopatológico y para el tratamiento y control, según corresponda; exentando de pago en el Sector Público a las mujeres de bajos recursos económicos, asegurando su atención médica. Se deberá dar apoyo psicológico de acuerdo con los procedimientos de atención integral para las pacientes con cáncer. Respecto a los periodos de referencia, se determinarán de acuerdo con la patología y grado de severidad, quedando establecido dentro del programa operativo.

El diagnóstico presuncional de CaCu se puede establecer por examen clínico, citología de cuello uterino y/o colposcopia. El diagnóstico definitivo se establece únicamente con el examen histopatológico.

El cáncer del cuello del útero se debe codificar de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima revisión (OMS-OPS) como sigue:

Displasias:

N87 Displasias del cuello uterino

Excluye: carcinoma in situ del cuello del útero (DO6)

N87.0 Displasia cervical leve

Neoplasia intraepitelial cervical (NIC), grado I.

N87.1 Displasia cervical moderada.

Neoplasia intraepitelial cervical (NIC), grado II.

N87.2 Displasia cervical severa, no clasificada en otra parte.

Displasia cervical severa SAI.

Excluye: neoplasia intraepitelial cervical (NIC), grado III, con o sin mención de displasia severa (DO6).

N87.9

Displasia del cuello del útero, no especificada.

Carcinoma in situ del cuello uterino.

DO6 Carcinoma in situ del cuello del útero.

Incluye: neoplasia intraepitelial cervical (NIC), grado III, con o sin mención de displasia severa.

Excluye: displasia severa del cuello SAI (N87.2) melanoma in situ del cuello (DO3.5).

DO6.0 Carcinoma in situ del endocérvix.

DO6.1 Carcinoma in situ del exocérvix.

DO6.7 Carcinoma in situ de otras partes especificadas del cuello del útero.

DO6.9 Carcinoma in situ del cuello del útero, parte no especificada.

Tumor maligno del cuello del útero.

C53 Tumor maligno del cuello del útero.

C53.0 Tumor maligno del endocérvix.

C53.1 Tumor maligno de exocérvix.

C53.8 Lesión de sitios contiguos del cuello del útero.

C53.9 Tumor maligno del cuello del útero, sin otra especificación.

Las instituciones del Sector Público cuentan con sistemas de información, supervisión y evaluación que permiten verificar la difusión y conocimiento de la norma; en el sector privado la verificación será realizada por la Secretaría de Salud.

Diagnóstico, tratamiento y control

El perfil de riesgo del CaCu es la mujer con edad de 25 a 64 años, con vida sexual activa o antecedente de haber tenido vida sexual, que no se ha

realizado estudios previos de citología cervical y presenta cuadros repetitivos de infecciones transmitidas sexualmente.

Para establecer el diagnóstico del cáncer del cuello del útero se requiere la presencia de células de aspecto maligno en el estudio citológico, imágenes de apariencia maligna en la colposcopia y la confirmación por el estudio histopatológico.

El resultado del estudio citológico es descriptivo y debe ser informado de la siguiente manera:

- a.- Negativo a cáncer.
- b.- Negativo con proceso inflamatorio.
- c.- Displasia leve (NIC 1).
- d.- Displasia moderada (NIC 2).
- e.- Displasia grave (NIC 3).
- f.- Cáncer del cuello del útero in situ (NIC 3).
- g.- Cáncer microinvasor e invasor.
- h.- Adenocarcinoma.
- i.- Maligno no especificado.

Hallazgos adicionales:

- a.- Imagen del virus del papiloma humano.
- b.- Imagen del virus del herpes.
- c.- Tricomonas.
- d.- Bacterias.
- e.- Hongos.

f.- Otras alteraciones (especifique).

El resultado colposcópico debe describir las lesiones y notificarse como sigue:

a.- Sin alteraciones.

b.- Alteraciones inflamatorias inespecíficas.

c.- VPH.

d.- NIC.

e.- Neoplasia invasora.

f.- Otros (polipos, quistes, fibromas, adenosis, etc.).

El resultado histopatológico debe ser informado de la siguiente manera:

a.- Tejido de cérvix normal.

b.- Cervicitis aguda o crónica.

c.- Infección viral (herpes, papiloma humano).

d.- Displasia leve (NIC 1).

e.- Displasia moderada (NIC 2).

f.- Displasia severa (NIC 3).

g.- Cáncer in situ (NIC 3).

h.- Cáncer microinvasor.

i.- Cáncer invasor.

j.- Adenocarcinoma (endocervical o endometrial).

k- Sarcoma y otros tumores.

l.- Maligno no especificado.

m.- Insuficiente para diagnóstico.

Las pacientes con citología cervical de infección por virus del papiloma humano deben enviarse a una clínica de displasias en donde se llevará a cabo el estudio colposcópico.

El médico citólogo y/o patólogo debe avalar, mediante su rúbrica, el 100% de las células de resultados de casos positivos a cáncer y de displasias.

Si la colposcopia es satisfactoria y sin evidencia de lesión o infección por VPH, se mantendrá el control con citología y examen colposcópico anual.

Si la colposcopia es satisfactoria y existe evidencia de infección por VPH se debe tomar una biopsia dirigida.

Si la biopsia dirigida es negativa o concluyente de infección por VPH, se mantendrá en control con citología y colposcopia anual.

Si la biopsia dirigida es reportada como NIC de cualquier grado se realizará tratamiento conservador (crioterapia, láserterapia o electrocirugía) de acuerdo con la disponibilidad, la paciente continuará en control con citología y colposcopia cada seis meses.

Si la biopsia dirigida reporta cáncer microinvasor o invasor la paciente se transferirá a un centro oncológico para su tratamiento correspondiente.

Las pacientes con resultado citológico de alteraciones inflamatorias o displasia leve (NIC 1) deben recibir tratamiento en la unidad médica de atención y el control semestral con estudio citológico.

En caso de colposcopia satisfactoria negativa a lesión y con cepillado endocervical negativo, se continuará su control con citología y colposcopia anual.

Las pacientes con resultado citológico de displasia (NIC: 2, 3), se transferirán a una clínica de displasias para su estudio por medio de colposcopia y cepillado endocervical.

En caso de colposcopia satisfactoria negativa a lesión y con cepillado endocervical positivo se realizará conización (cilindro o cono diagnóstico).

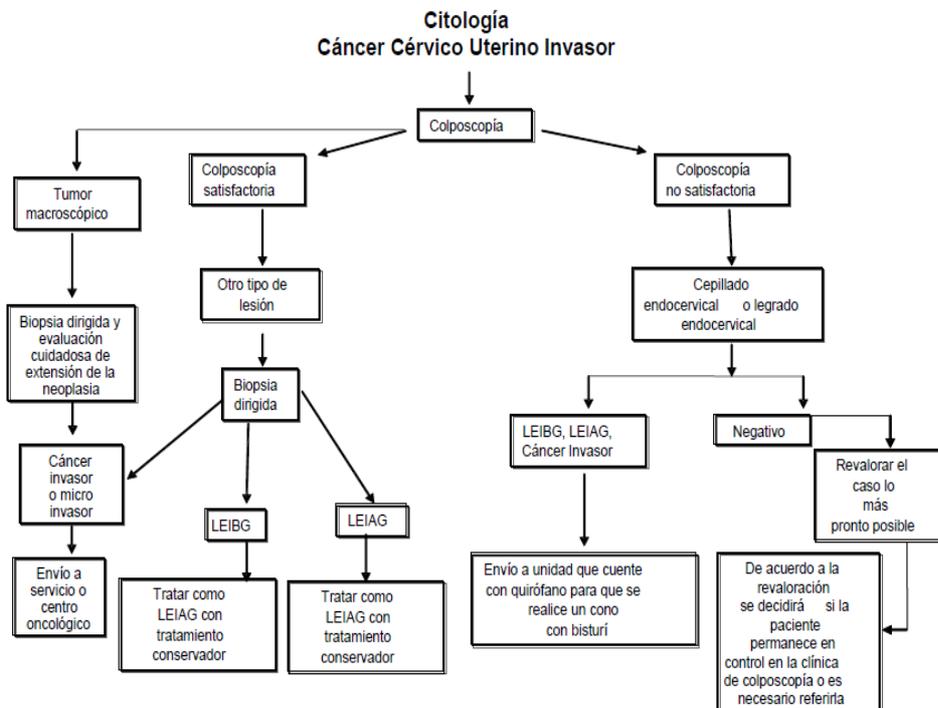
En caso de colposcopia satisfactoria con evidencia de lesión (NIC 1, 2, 3), se realizará biopsia dirigida.

En caso de biopsia negativa se continuará su control por medio de dos citologías y colposcopia semestrales, si sigue negativa darse de alta.

En caso de biopsia positiva (NIC 1, 2, 3), se debe realizar tratamiento conservador (electrocirugía, láserterapia o crioterapia), de acuerdo con la disponibilidad de cada institución.

Las pacientes con citología de VPH, displasias y NIC de cualquier grado, pasarán a la clínica de displasias para su diagnóstico y tratamiento, que se abordará de la siguiente forma: Se realizará colposcopia y legrado endocervical o conización diagnóstica. (Apéndice C).

APENDICE NORMATIVO C



Si el legrado endocervical o cono diagnóstico fuera negativo, se continuará su control por medio de citología y colposcopia cada tres y seis meses.

Si el legrado endocervical o cono diagnóstico fuera positivo a NIC 1, 2, 3 con bordes negativos, se continuará control con citología y colposcopia cada seis meses.

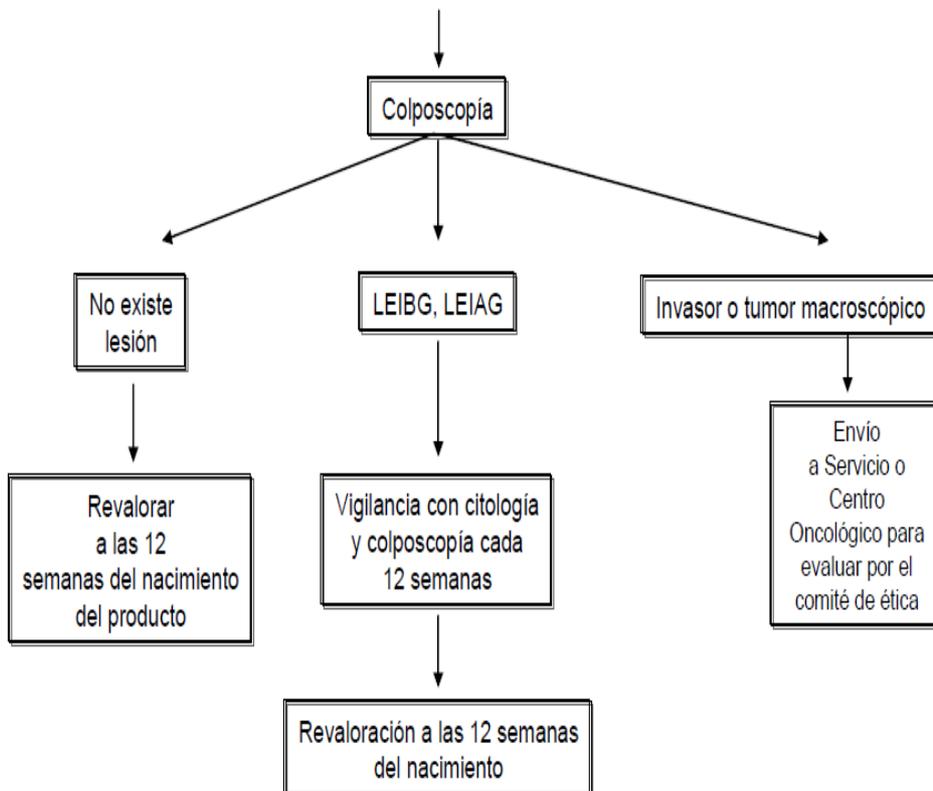
Si el legrado endocervical o cono diagnóstico fuera positivo a NIC 1, 2, 3 y bordes positivos o diagnóstico de cáncer microinvasor, pasará a tratamiento con histerectomía extrafascial.

Las pacientes con citología de CaCumicroinvasor o invasor, seguirán el siguiente esquema. (Apéndice D)

APENDICE NORMATIVO D

Embarazada y Citología

LEIBG, LEIAG



Las pacientes con un tumor no macroscópico, pasarán a la clínica de displasias.

Si la colposcopia es satisfactoria con evidencia de lesión, se tomará biopsia dirigida.

La biopsia dirigida con diagnóstico de displasia (NIC 1, 2, 3), debe ser tratada con conización y su control será con citología y colposcopia anual.

La biopsia dirigida con el diagnóstico de microinvasión, se realizará por medio de biopsia amplia (cono-diagnóstico).

Si el reporte de biopsia por cono fuera confirmatorio de cáncer microinvasor sin permeabilidad linfovascular, sin confluencia, se tratará con histerectomía extrafascial simple.

Si el reporte de esta biopsia amplia fuera confirmatorio de cáncer microinvasor con permeación linfática, se debe transferir a la paciente a un centro oncológico para su tratamiento.

Si la biopsia dirigida fuera reportada como cáncer invasor, se debe transferir a la paciente a un centro oncológico para su tratamiento.

Las pacientes con citología de cáncer CaCu invasor y tumor macroscópico, se transferirán a un centro oncológico para su tratamiento.

Las pacientes embarazadas que presenten cualquier imagen alterada en su estudio citológico pasarán a la clínica de displasias para su diagnóstico.

Con citología de displasia (NIC 1, 2, 3) o invasor sin tumor visible, pasarán a colposcopia para su diagnóstico.

Con confirmación histológica de NIC 1, 2, 3 pasarán a vigilancia y su tratamiento se hará en el puerperio.

Si el resultado histológico obtenido de una biopsia amplia por cono, es de cáncer microinvasor, la paciente pasará a tratamiento en un centro oncológico.

Paciente con citología de invasor y embarazo con tumor visible, pasará a su tratamiento en un centro oncológico.

A las pacientes con diagnóstico de cáncer se les deberá proporcionar apoyo psicológico.

Vigilancia epidemiológica

El Sistema para la Vigilancia Epidemiológica del CaCu se deriva del Sistema Nacional para la Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), que cumple con las disposiciones del Consejo para la Vigilancia Epidemiológica (CONAVE) y coincide con lo establecido en el proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994.

Es un sistema activo que establece la búsqueda intencionada de los casos en las unidades de salud, en las áreas de elevado riesgo epidemiológico y a través de los certificados de defunción.

Requieren ser objeto de estudio epidemiológico los casos probables y confirmados de displasia leve, moderada y severa, el cáncer in situ, el cáncer microinvasor, el invasor, el adenocarcinoma y el maligno no especificado.

El estudio epidemiológico del CaCu implica el llenado de los siguientes formatos en todas las instituciones de salud: Solicitud y Reporte de Resultados de Citología Cervical y el Reporte Mensual de Detecciones del CaCu.

El virus de papiloma humano es un importante factor de riesgo en el CaCu y su vigilancia epidemiológica se hará por medio del registro de la presencia del microorganismo en los estudios citológicos e histológicos.

Son motivo de registro nominal estatal los casos nuevos confirmados de:

- displasia leve
- displasia moderada
- displasia severa
- cáncer in situ

- cáncer microinvasor e invasor

El registro nominal es un elemento de la vigilancia epidemiológica cuyo objeto es recabar la información referente a los factores de riesgo, los tratamientos que se brindan a los casos de displasia y cáncer, el seguimiento que se hace en las pacientes y sus resultados, para contribuir al conocimiento del comportamiento epidemiológico del padecimiento y a la evaluación de las acciones que se desarrollan para su control.

El registro nominal se elabora a partir de la información generada por las clínicas de displasias y de especialidad y se transmite al nivel estatal a través del formato de Registro Nominal de Displasias y CaCu, o por medios electrónicos, de conformidad con los mecanismos establecidos para cada institución en el CONAVE.

El seguimiento de los casos se lleva a cabo a nivel estatal y se transmite al nivel nacional por medio del formato Informe Trimestral de las Pacientes con Displasias y CaCu, o por medios electrónicos, de acuerdo a los mecanismos establecidos en el CONAVE.

En la vigilancia epidemiológica de la mortalidad por CaCu, se debe realizar un análisis del 30% de los certificados de defunción a nivel estatal y local que identifiquen al CaCu como causa básica o asociada, en las áreas de elevado riesgo epidemiológico.

Educación continua y actualización al personal de salud

Para la educación al personal de salud se tomarán en cuenta el perfil de riesgo de la población, así como las necesidades institucionales, las características del personal y responsabilidad del mismo, el perfil cultural de la población y su entorno social.

Para el ejercicio de las actividades en citología y colposcopia, se requiere de certificación, diploma o constancia, legalmente expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes.

Las Instituciones del Sector Público deberán desarrollar el plan único de capacitación y actualización para citotecnólogos, médicos patólogos, citólogos y colposcopistas, conforme a lineamientos elaborados para el programa de prevención y control del CaCu por el Grupo Interinstitucional, para el programa de prevención y control del CaCu.

Para la formación de citotecnólogos y médicos adiestrados en colposcopia en las instituciones del Sector Salud, se deberá aplicar el Programa único elaborado por el Comité. Asimismo, se promoverá la aplicación de este Programa ante las autoridades educativas y las instituciones de educación superior.

La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas y las instituciones de salud promoverán, en coordinación con las autoridades educativas, la formación, capacitación y actualización de los recursos humanos que se requiera, de acuerdo con las necesidades del país.

La elaboración de las cartas descriptivas, la adecuación del material a sus propias condiciones y el material de apoyo necesario será responsabilidad de las entidades federativas y las instituciones de salud; en coordinación con la Dirección General de Enseñanza en Salud SSA.

En el nivel estatal y jurisdiccional y de las instituciones de salud se deben efectuar las acciones de capacitación derivadas de los programas nacionales, así como la adecuación para su ámbito de acción.

En el nivel estatal las instituciones deben solicitar al nivel nacional la asesoría necesaria para el desarrollo de las actividades; asimismo, coordinar o supervisar a las acciones para que éstas se realicen dentro de las disposiciones derivadas de esta normatividad.

Control de calidad

Para evaluar la calidad del diagnóstico citológico se deben considerar todas las etapas del proceso de detección del CaCu.

El laboratorio de citología deberá contar con el personal, equipo, reactivos, materiales e insumos necesarios que garanticen su funcionamiento óptimo.

Los laboratorios que cuenten con tres citotecnólogos deben interpretar y procesar más de 25,000 estudios anuales.

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

- ✓ El control interno
- ✓ El control externo

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

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

Cada laboratorio deberá aplicar en forma regular el control de calidad interno, mediante el cual el patólogo o citólogo revisará todos los días el 100% de muestras positivas, atípicas y dudosas junto con el citotecnólogo que las leyó. Además, un citotecnólogo con más experiencia deberá hacer una revisión aleatoria de laminillas negativas.

El control de calidad interno además incluirá la revisión de la calidad de la toma de muestra, la correlación histológica y el monitoreo del personal técnico.

En todos los resultados citológicos con displasia moderada, grave y positivos a cáncer se hará correlación cito-histológica.

Cada laboratorio llevará un registro de productividad individual del desempeño por cada citotecnólogo, basado en una producción mínima de 40 laminillas estudiadas por día.

El resultado del estudio citológico debe ser entregado por el laboratorio en un plazo de 15 días después de haber sido recibido.

Para el control de calidad externo, respecto de las instituciones públicas, el Comité se encargará de la coordinación de la vigilancia, mediante un grupo de expertos.

Cada institución deberá realizar visitas periódicas de supervisión por un grupo de expertos que verificará el desarrollo y calidad del control interno, evaluará anualmente las acciones del laboratorio y asesorará al personal e informará a toda la estructura de salud.

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

Cada citotecnólogo que se identifique con ineficiencia en su tarea, deberá ser capacitado, requiriendo aprobación para su reincorporación al laboratorio.

El control de calidad de las clínicas de displasias debe ser homogéneo en todas las Instituciones del Sector Público.

Para establecer un adecuado control de calidad, cada clínica de displasias debe atender un promedio mínimo de 25 pacientes por día, considerando pacientes de primera vez, subsecuentes y tratamientos.

Una clínica de displasias, debe ser dirigida por un médico especialista gineco-obstetra o cirujano oncólogo, con curso de capacitación en colposcopia no menor a seis meses, en un centro de displasias cérvico uterinas o en otras instituciones de enseñanza superior o de salud reconocidas oficialmente.

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

Cada clínica de displasias deberá contar con la correlación citológica, colposcópica e histopatológica del 100% de los casos recibidos con diagnóstico de displasia y cáncer.

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

Debe registrar el número de lesiones residuales después de tratamiento conservador y número de casos de cáncer invasor después de tratamiento conservador.

Evaluación

Se evaluarán las acciones del programa con base en indicadores de cobertura, proceso y resultado.

Cobertura: de detección, detección de primera vez, proporción de mujeres con estudios citológicos anormales (displasias, cáncer y VPH), proporción de estudios confirmados por histopatología, proporción de tratamientos según técnicas y seguimiento de los casos (displasias/cáncer).

Proceso: Calidad de las muestras, rendimiento del laboratorio de citología, rendimiento de las clínicas de displasias, oportunidad en la entrega de los resultados, oportunidad en el envío de la información.

Impacto: Disminución o incremento de la incidencia, incremento del diagnóstico del cáncer en etapas tempranas, disminución de la mortalidad por CaCu, disminución de la mortalidad por CaCu en mujeres de 45 a 64 años.

Las acciones del programa se evaluarán por cada institución y en el seno del grupo interinstitucional correspondiente con periodicidad anual y la evaluación se aplicará en los diversos niveles operativos institucionales.

Para la realización de esta actividad se tomará la información registrada en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica del CaCu.

Se realizará investigación para evaluar la sensibilidad, especificidad de la citología, el lapso de entrega de resultados y para los estudios que se consideren necesarios en situaciones particulares.

La evaluación del Programa de CaCu será responsabilidad de la Secretaría de Salud a través de la Dirección General de Salud Reproductiva, en coordinación con las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud.

BIBLIOGRAFÍA

LIBROS

- ✓ LÓPEZ Izuel, Chita. Et al. Cuidados enfermeros. Masson. Barcelona, España. 1990.
- ✓ S/a. Intervenciones de Enfermería para la prevención del CaCu. Ed. Secretaría de Salud. 2007.
- ✓ SERMAN, Felipe. Cáncer Cérvico uterino. Epidemiología, historia natural, y rol del virus del papiloma humano. Perspectivas en prevención y tratamiento. Hospital de Carabineros. 2002.
- ✓ SMITH W. Dorothy. Medicina y Cirugía para Enfermeras. Ed. Interamericana. Barcelona, España. 2000.
- ✓ SUÁREZ, Eugenio. Guía Clínica Cáncer Cervicouterino. Ministerio de Salud. En revista Garantías Explícitas en Salud. Gobierno de Chile.
- ✓ TAPIA, Roberto. Manual de salud pública. Ed. Intersistemas. México D. F.
- ✓ TIRADO Gómez, Laura L. Et al. Factores de riesgo de Cáncer Cérvico Uterino invasor en mujeres mexicanas. Ed. Medigraphic. 2005.
- ✓ OTTO, Shirley. Enfermería oncológica. Ed. Océano. E. U.

REVISTAS Y ARTÍCULOS

- ✓ Plan Nacional de Desarrollo 2006-2011. 2010. Ed. Cámara de Diputados.
- ✓ S/a. Cáncer Cérvico Uterino. En Hoja informativa del Programa Mujer Salud y Desarrollo.
- ✓ S/a. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-014-SSA2-1994 PARA LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, CON. Ed. Diario Oficial de la Federación. México D. F. 2005.
- ✓ S/a. Programa de Acción: Cáncer Cérvico Uterino. Ed. Secretaría de Salud. México D. F.

WEB

- ✓ ARGUEO, Bertha. Et al. Información y actitudes relacionadas con el Papanicolaou en estudiantes de licenciatura, mujeres docentes y personal administrativo. [En línea] s/f disponible en <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no49-1/RFM49104.pdf>
- ✓ BENIA, Wilson. Et al. Estudio de los Factores de riesgo para cáncer de mama y de cuello uterino en mujeres usuarias de tres policlínicas barriales de Montevideo. 1997 [En línea] s/f disponible en <http://www.urucan.org.uy/uilayer/pccu/revmed103.pdf>
- ✓ BRACHO, Marco. Cáncer Cérvico uterino y sus formas de prevención. [En línea] s/f disponible en <http://www.serviciosmedicos.pemex.com/salud/boletin/21/index.html>

- ✓ Comisión Interinstitucional de Enfermería. Código de ética, [en línea] s/f disponible
<http://www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/materialesdeapoyo/obstetricia1/DOCUMENTOSCONSULTA/10.pdf>

- ✓ FARFÁN, Laura. Et al. Factores socioculturales en mujeres que no acuden a detección oportuna de cáncer cervicouterino [En línea] s/f disponible en http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/C31BCB1B-B171-4D58-92F1-3A4B76D0A9FD/0/3_123130.pdf

- ✓ GARCÍA, Ruoti. Et al. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el test de Papanicolaou (PAP) en mujeres embarazadas consultantes de hospitales públicos del Departamento de Alto Paraná, Paraguay [En línea] s/f disponible en <http://www.iics.una.py/n/pdf/revista/76.pdf>>

- ✓ Instituto Mexicano de Tanatología, A. C. ¿Qué es la Tanatología? [En línea] 28/sep/2005 disponible en <http://www.tanatologia.org.mx/tanatologia/index.html>

- ✓ Instituto Nacional del Cáncer ¿Qué es el Cáncer? [En línea] s/f disponible en <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/que-es>

- ✓ Organización Mundial de la Salud. Cáncer [En línea] s/f disponible en <http://www.who.int/topics/cancer/es/>

- ✓ RASCÓN, Cristina. Et al. Evaluación de la satisfacción de las usuarias y de los prestadores del servicio de un programa de prevención de cáncer en dos instituciones de salud de Hermosillo, Sonora (México) [En línea] s/f disponible en http://www.respyn.uanl.mx/viii/3/articulos/satisfaccion_programa_cancer.htm

- ✓ RODRÍGUEZ, Jorge. Cáncer cérvico-uterino es un asesino silencioso [En línea] El siglo de Torreón 9/12/ 2009 disponible en <http://www.elsiglodetorreon.com.mx/>

- ✓ S/a. Nueva medicina Germánica. [En línea] 28/sept/2008 disponible en <http://nuevamedicinahamer.blogcindario.com/2008/10/00039-harald-zurhausen-el-virus-del-papiloma-humano-vph-y-el-cancer-de-cuello-de-utero.html>

- ✓ SILES, Carlos. Papanicolaou. [En línea] s/f disponible en <http://www.eldeber.com.bo/extra/2007-1111/nota.php?id=071111221356>

- ✓ Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. Rol autónomo del profesional de enfermería en CAPD. [En línea] s/f disponible en http://www.seden.org/files/art568_1.pdf

- ✓ Universidad Nacional Autónoma de México. Perfil de Ingreso y Egreso [En línea] s/f disponible en http://enfermeria.iztacala.unam.mx/enf_perfiles.php

- ✓ Universidad Nacional Autónoma de México. Plan de estudios de la licenciatura [En línea] s/f disponible en http://enfermeria.iztacala.unam.mx/enf_perfiles.php

- ✓ URREGO, Martha. Et al. Una mirada al programa de prevención del cáncer de cuello uterino en Caldas Colombia 2005-2006. [En línea] s/f disponible en http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista13_13.pdf

- ✓ URRUTIA, María. Et al. ¿Por qué NO me hago el Papanicolaou?: Barreras psicológicas de mujeres de sectores populares de Santiago de Chile. [En línea] s/f disponible en <http://www.urucan.org.uy/uilayer/pccu/revchil75.pdf>

- ✓ VALDÉS, Rosario. Factores que influyen en el comportamiento preventivo del cáncer cérvico uterino. Avances en Psicología

Latinoamericana 2004 [En línea] s/f disponible en
<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/HomRevRed.jsp?iCveEntRev=799>

- ✓ VELASCO, P. Maqueo. El papel de la enfermera en la Tanatología [En línea] s/f disponible en
<http://www.tanatologia.org.mx/tanatologia/index.html>