

Cómo disminuir factores de riesgo de cáncer cérvico uterino

Autor: Jorge Luis Medina Espinosa [[Url](#)]



Resumen

Se realizó un estudio descriptivo, no experimental, de campo y aplicado en 49 pacientes en el período comprendido entre enero de 2004 y marzo de 2009, con el objetivo de proponer un sistema de acciones preventivas para la disminución de los factores de riesgo del Cáncer Cérvico uterino, con una implicación sociocomunitaria.

El universo estuvo constituido por mujeres entre 25 y 59 años de edad (124) y la muestra por 49 pacientes. Se aplicó una Encuesta, Análisis de documentos y Procedimientos generales. Se elaboró un Sistema de Acciones para la disminución de los factores de riesgo del Cáncer Cérvico uterino.

Se concluyó que el cáncer cérvico uterino constituye un proceso de cambios patológicos en las células que cubren las paredes del cuello uterino, los factores de riesgo que están incidiendo en el Cáncer Cérvico-uterino en la población femenina son: el inicio precoz de las relaciones sexuales, múltiples compañeros sexuales, el hábito de fumar, los hábitos dietéticos inadecuados, la utilización de métodos anticonceptivos y el desconocimiento de los factores de riesgo del CCU, se elaboró un sistema de acciones para disminuir los factores de riesgo que están incidiendo en la aparición del CCU, el mismo se validó de Muy Adecuado por los especialistas. Se recomendó aplicarlo a todas las mujeres del área de salud.

Palabras clave: Cáncer Cérvico Uterino/ factores de riesgo.

Introducción

El cáncer, uno de los flagelos más temidos de la humanidad, sigue siendo un desafío para la ciencia médica y para los organismos de salud (1). El cáncer Cérvico-uterino tiene importancia médica, socioeconómica y humana (2); es el más curable, más fácilmente diagnosticable y hasta el más prevenible de todos los cánceres (3-4), constituye una de las necesidades a resolver en el banco de problemas del Municipio de Florencia siendo una de las primeras causas de muerte en el mismo.

Al respecto existen diferentes investigaciones y literatura científica especializada. No obstante, continúa persistiendo la necesidad de investigar al respecto puesto que en los últimos cinco años el índice de incidencia en el municipio ha ido aumentando de forma significativa.

De aquí que, el objeto de investigación sea El Cáncer Cérvico-uterino en mujeres del Área de Salud de Florencia y, el campo de investigación, esté relacionado con un sistema de acciones preventivas para la disminución de los factores de riesgo de Cáncer Cérvico-uterino en mujeres de 25 a 59 años de edad del Área de Salud de Florencia.

Planteamiento del problema

Se considera que el Cáncer Cérvico-uterino constituye una de las afecciones más frecuentes del aparato genital femenino y ocupa el segundo lugar en frecuencia de cáncer en la mujer.

La práctica médica y paramédica indica que su prevalencia está asociada a un inadecuado modo de actuación sexual por parte de las pacientes y, a pesar de que se ha avanzado en los últimos años en el conocimiento de los factores epidemiológicos, la mayoría de los investigadores coinciden en considerarlo como una enfermedad de transmisión sexual, pues, atribuyen una relación directa entre la mayor o menor incidencia de este tipo de cáncer y la conducta sexual de los diferentes grupos humanos.

Debido a la incidencia paulatina que se refleja en cada diagnóstico de salud anual en el Área de Salud de Florencia, destacándose como problema fundamental y recurrente en el banco de problemas de dicha área es que el tema en cuestión cobra una importancia fundamental dentro de los planes de acción del territorio.

La actualidad del problema radica en el aumento constante de la enfermedad y en la repetición de los factores causales que hacen que vuelva la incidencia en la misma, o sea, la entidad se mantiene en el área de salud y a pesar que existe una estrategia con un sistema de acciones profundas y abarcadoras, aún no se consigue mejorar la situación del Cáncer Cérvico Uterino en Florencia.

El trabajo, desde el punto de vista práctico aporta un sistema de acciones específico y minucioso que tiene como objetivo la disminución de los factores de riesgo, incluyendo el desconocimiento sobre estos mismos factores de riesgo, para la disminución progresiva de la enfermedad, es decir, aporta una herramienta para la prevención del Cáncer Cérvico Uterino en la localidad que sirve para la utilización de todos los profesionales del sector involucrados en el tema.

El estudio es de por sí original y novedoso puesto que las anteriores investigaciones relacionadas con el

tema no incluían sistemas de acciones donde se implicaban tanto trabajadores de salud (médicos, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales, etc.) y la comunidad en general.

La aparición, año por año, de la enfermedad en el territorio, la ausencia de mecanismos con carácter preventivo donde se impliquen una amplia serie de factores, deviene en una justificación viable para investigar e intentar modificar el problema como tal.

El problema científico consiste en: ¿Cómo disminuir los factores de riesgo del Cáncer Cérvico Uterino que inciden en la población femenina entre 25 y 59 años en el Área de Salud Florencia?

Asimismo el objetivo general es: Proponer un sistema de acciones preventivas para la disminución de los factores de riesgo del Cáncer Cérvico-uterino, con una implicación sociocomunitaria de enfermería en el Área de Salud de Florencia.

De lo anterior se infiere que, a pesar de la lucha contra el cáncer, este constituye un problema fundamental de la medicina y que atañe no solo a los clínicos, investigadores y médicos sino, también, a la población en general. De aquí que, es razonable acoger con interés cualquier camino que suponga una ayuda en la lucha contra los tumores malignos.

Nuestro País lleva a cabo un programa para el diagnóstico precoz del Cáncer Cérvico Uterino desde 1968 que consiste en la realización de la citología orgánica conocida, popularmente, como "prueba citológica" la cual se realiza cada tres años a toda la población femenina entre 25 y 59 años de edad.

El programa se aplica, adecuadamente, en el territorio de Florencia, pero los índices de la enfermedad no disminuyen. De su similitud o no con el país y con el mundo se refiere, entre otras cosas, la fundamentación teórica.

Fundamentación teórica

El cáncer no constituye una enfermedad de las últimas décadas; existen evidencias de que en el antiguo Egipto ya se conocía la existencia del cáncer en humanos y lo demuestran hallazgos en las autopsias de algunas momias (Brothwell, 1967). En las escrituras médicas chinas y árabes también se describieron síntomas de lo que puede suponerse eran enfermedades malignas.

El término Carcinoma fue introducido por Hipócrates, el cual lo comparaba con el cangrejo en su forma de diseminarse por el cuerpo y su persistencia. Galeno, casi 600 años después, distinguió tres tipos de tumores (Long, 1928). Bichat (1771- 1802) y describió la patología de muchas neoplasias en humanos, unas décadas después Muller y Virchow usando el microscopio describieron las células del tejido canceroso (Long, 1928).

Las condiciones especiales del cáncer Cérvico Uterino hacen que éste sea, posiblemente, la neoplasia sobre la que más se haya estudiado en relación con su historia natural, lo cual ha hecho que mucho se haya avanzado en este campo.

En 1969, Richard y Barron demostraron que existe un progreso citológico aparente hasta llegar al cáncer:

comienza con NIC I a NIC III* y carcinoma in situ, hasta finalmente el cáncer invasor.

Dichos autores publicaron los tiempos de transición citológicos, que empezaron con las lesiones de bajo grado, después las lesiones de alto grado, a los 3 ó 4 años siguientes, aparecerá el carcinoma in situ y más tarde el cáncer invasor; pero no todas las lesiones progresaron e, incluso, algunas regresaron.

En síntesis, éste es el modelo que casi todos manejamos, que con la introducción de la colposcopia se vio aparentemente confirmado, porque cuando los colposcopistas empezaron a examinar los frotis de mujeres de distintas edades y grados de anormalidad en los exámenes, se hizo evidente que había una distribución heterogénea de los diferentes grados de cáncer Cérvico-Uterino.

Esto sugiere que hay diferencia temporal en la distribución de las lesiones de alto y bajo grado, e indica que puede haber una progresión. Pero, es importante tener presente que todas las lesiones precancerosas no solamente son de bajo y alto grados, sino que tienen un cierto tamaño y su estructura es tridimensional.

Muchas lesiones no son puramente de bajo o de alto grado, sino que los cambios que se presentan son combinaciones de ambas. Es muy grande la probabilidad de que las lesiones precancerosas grandes, de alto grado, desarrollen cáncer invasor. Una tercera parte del total de las mujeres con lesiones grandes de alto grado que persisten en la biopsia y en la citología desarrollarán cáncer invasor en 20 años.

El antiguo concepto de que esta lesión comenzaba con una displasia leve (NIC I, lesión de bajo grado) que evolucionaría indefectiblemente hasta un cáncer invasor y finalmente con la muerte de la paciente, no tiene en la actualidad un basamento científico.

Por el contrario, se ha demostrado que un alto número de NIC, regresan espontáneamente a la normalidad, no progresan o invierten varios años en progresar. Veamos el diagrama de Bishop y colaboradores sobre la historia natural del cáncer cervical.

En todo el mundo, el cáncer Cérvico Uterino es el segundo cáncer más común en mujeres (después de cáncer de mama). (2) La Organización Mundial de la Salud calcula que actualmente hay más de 2 millones de mujeres en el mundo que tienen cáncer Cérvico Uterino.

Cada año, se diagnostican 490,000 nuevos casos de cáncer Cérvico Uterino. Eso es más de 1,350 casos nuevos por día. Sin embargo, más de la mitad de todos los cánceres se producen en las $\frac{3}{4}$ partes de la población mundial que vive en países en desarrollo.

De igual forma se estima que para el año 2020 se producirán 20 millones de nuevos casos cada año y el 70 % de quienes lo padecerán vivirán en países que cuentan con menos del 5 % de los recursos para su control, es decir que para estos países se incrementará a un ritmo del 100%, es decir que de 17.5 millones de enfermos de cáncer en el año 2000, la cifra pasará a ser de 30 millones en el año 2015.(25)

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, cerca de 650 mujeres en todo el mundo morirán diariamente de cáncer Cérvico Uterino. (Por esta razón es importante que comente con su médico sobre un Papanicolau que pueda ayudar a detectar cambios celulares sospechosos en el cuello antes de que se conviertan en cáncer.

Cuba es uno de los países de América Latina y del tercer mundo con mayor tasa de incidencia de cáncer. En el 2002 el cáncer Cérvico-uterino (CCU) fue el tercero más frecuente, superado por el de mama y piel y la cuarta causa de muerte sólo antecedida por el de mama, pulmón y colon en 2009.(25)

El cáncer Cérvico Uterino puede presentarse a cualquier edad en la vida de una mujer, comenzando en la adolescencia (aunque es poco común). Alrededor de la mitad de las mujeres diagnosticadas con cáncer Cérvico Uterino tienen entre 35 y 55 años de edad. Probablemente muchas de estas mujeres estuvieron expuestas al VPH durante su adolescencia y la segunda década.

La falta de acceso a los servicios de análisis y tratamiento adecuados de uno de los tipos de cáncer más prevenible, detectable y tratable, se ha convertido en una causa importante de mortalidad entre las mujeres, particularmente en las mujeres pobres en las Américas.

Si bien la tasa de mortalidad por cáncer Cérvico-uterino en Norte América ha disminuido en los últimos 10 años, en los países en desarrollo de las Américas, permanece constante. Esa realidad refleja la necesidad de un nuevo planteamiento del cáncer Cérvico-uterino, que enfatice la prevención y los aspectos positivos de los análisis y la detección temprana.

El género es un factor importante en la decisión de la mujer de no hacerse pruebas para detectar el cáncer Cérvico-uterino. Es necesario hacer un análisis de situación con un enfoque de género para entender a cabalidad la incidencia del cáncer Cérvico-uterino en las Américas.

Globalmente se calcula que cada año se diagnostican 466.000 nuevos casos de cáncer Cérvico-uterino (13). Cada año 231.000 mujeres mueren de cáncer Cérvico-uterino. El 80% de ellas proceden de países en desarrollo (13).

Se calcula que la prueba del cáncer Cérvico-uterino de la mujer cada cinco años tiene un costo de alrededor de US \$100 en los EE.UU. El tratamiento de la mujer con Cáncer Cérvico Uterino tiene un costo de aproximadamente US \$2.600 en los EE.UU. (13). En 1990 se diagnosticaron 74.871 mujeres con cáncer Cérvico Uterino en las Américas.

Se calcula que el 79,7% (59.646) de ellas viven en Latinoamérica y el Caribe (13). En 1990 murieron 33 535 mujeres de cáncer Cérvico Uterino en las Américas. Se calcula que el 80,3% (26.933) de ellas vivían en América Latina y el Caribe (2).

Epidemiología

Hasta hoy se ha definido al cáncer Cérvico Uterino como una clase común de cáncer en la mujer, es una enfermedad en la cual se encuentra células cancerosas (malignas) en los tejidos del cuello uterino. El cuello uterino es la abertura del útero, el órgano hueco en forma de pera donde se desarrolla el feto, y lo conecta con la vagina (canal de nacimiento). (5)

Mucho se ha avanzado en los últimos años en el conocimiento de los factores epidemiológicos, ligados a la aparición del cáncer del cuello uterino y la mayoría de los investigadores están de acuerdo en considerarlo como una enfermedad de transmisión sexual, pues atribuyen, una relación directa entre la mayor o menor incidencia de este tipo de cáncer y la conducta sexual de los diferentes grupos humanos.

(1)

En la conducta sexual hay elementos que pueden considerarse principales como:

- Inicio precoz de las relaciones sexuales.
- Múltiples compañeros sexuales.
- Compañero sexual promiscuo.
- Alta incidencia de enfermedades de transmisión sexual.
- La multiparidad.
- Laceraciones y traumatismos durante el parto.
- El carcinoma del pene en el compañero sexual.

El comienzo del coito ante de los 20 años, y de manera marcada antes de los 18 años de edad hace que aumente la probabilidad de padecer cáncer Cérvico-uterino, igual ocurre cuanto más compañeros sexuales tenga una mujer así como un compañero sexual promiscuo, la probabilidad será aún mayor. (7)

Las enfermedades de transmisión sexual, principalmente la infección por papiloma viral humano (HPV), se encuentra entre los factores etiológicos principales en la aparición del cáncer del cuello del útero y sus lesiones precursoras. (11, 14)

Otros factores considerados actualmente son:

Números de embarazos llegados a término, debido al grado de inmunodepresión.

Hábito de fumar por la acumulación de la nicotina y su producto de degradación (la cotinina), en las células de vigilancia inmunológica de las glándulas productoras de moco, interfieren con el funcionamiento normal de esas células.

Métodos anticonceptivos- orales: su utilización prolongada por 6 – 9 años (o más) se acompaña de un incremento de hasta 3 meses del riesgo de Neoplasia Intraepitelial Cervical NIC – III.

Factores socio – demográficos: la verdadera base común parece ser el comportamiento sexual de los diferentes grupos humanos.

Inmunodepresión: desempeña una función fundamental en el desarrollo de cáncer en general, ya sea inducido por tratamiento médico, embarazo, trasplante de órganos o enfermedades como aquellos que padecen de SIDA.

Hábitos dietéticos: una dieta pobre en elementos vitamínicos, como vitamina C, A y E y los betacarotenos. (9; 7)

Edad entre 45 y 55 años. (3)

Bajo nivel socioeconómico.(3)

Factores genéticos como el déficit de alfa 1 antitripsina que tiene efecto protector sobre el epitelio del

cérvix.(3)

La cervicitis. (3)

Historia Natural de la Enfermedad

En 1969, Richard y Barrón demostraron que existe un progreso citológico aparente hasta llegar al cáncer: comienza con Neoplasia Intraepitelial Cérvico Uterino (NIC I) a Neoplasia Intraepitelial Cérvico-Uterino (NIC III) y carcinoma in situ, hasta finalmente el cáncer invasor.

Dichos autores publicaron los tiempos de transición citológicos, que empezaron con las lesiones de bajo grado, después de alto grado, a los 3 o 4 años siguientes, aparecerá el carcinoma in situ y más tarde el cáncer invasor; pero no todas las lesiones progresaron e, incluso, algunas regresaron.

En síntesis, éste es el modelo que casi todos manejamos, que con la introducción de la colposcopia se vio aparentemente confirmado, porque cuando los colposcopistas empezaron a examinar las frotis de mujeres de distintas edades y grados de anormalidad en los exámenes, se hizo evidente que había una distribución heterogénea de los diferentes grados de cáncer Cérvico Uterino. (8; 7; 8)

Esto sugiere que hay diferencia temporal en la distribución de las lesiones de alto y bajo grado, e indica que puede hacer una progresión. Pero, es importante tener presente que todas las lesiones precancerosas no solamente son de bajo y alto grado, sino que tienen un cierto tamaño y su estructura es tridimensional.

Muchas lesiones no son puramente de bajo y alto grado, sino que los cambios que se presentan son combinaciones de ambos. Es muy segura la probabilidad de que las lesiones precancerosas de alto grado, desarrollen cáncer invasor. (9; 10; 11)

Una tercera parte del total de las mujeres con lesiones grandes de alto grado, desarrollan cáncer invasor en 20 años.

Se ha demostrado que un alto número de Neoplasia Interepitelial Cérvico Uterino (NIC), regresan espontáneamente a la normalidad, no progresan o invierten varios años en progresar.

El diagrama de Bishop y colaboradores nos muestra el progreso citológico aparente hasta llegar al cáncer, comenzando por las infecciones de transmisión sexual en especial el Virus de Papiloma Humano (HPV), conocido como la causa principal de los oncovirus.

El 60% de las lesiones del Virus de Papiloma Humano (HPV) y Neoplasia Intraepitelial Cérvico-uterino (NIC I) bajo grado regresan en unos 2 a 3 años. Solo 15% desarrolla lesiones de mayor grado en 3 a 4 años y de este grupo entre 30 y 70% progresa en unos 10 años hacia cáncer invasor.

Para esto es necesario la aparición de cofactores en los que uno de los cambios importantes puede ser una reducción de las células del sistema inmunológico al nivel del cuello. (3; 8).

Si utilizamos la edad promedio de las mujeres con diversas lesiones neoplásicas, para trazar el tiempo de evolución desde la displasia leve a carcinoma invasor y finalmente a la muerte, según Ferenezzy, citado en

la oncenava edición del Tratado de Ginecología de Novak. (14)

El conocimiento de la historia natural de esta enfermedad es fundamental para su correcto manejo médico, no sólo desde el punto de vista biológico sino también desde el punto de vista de la atención psicoemocional de estas mujeres, que si no son correctamente orientador, sufrirán, durante años, el temor de morir por una terrible enfermedad, lo que no está justificado. (10)

Clasificación Histológica

El cuello útero presenta 2 tipos de epitelios: el pavimentoso estratificado que reviste el exocérnix que se proyecta en la vagina y el cilíndrico simple, formado de lenticular que son comúnmente conocidas como glándulas endocervicales.(17)

El endocérnix y el exocérnix se encuentran uno con el otro en el punto de unión escamocolumbar. Por lo general, en las mujeres jóvenes esta conjunción se encuentra localizada más o menos al nivel del orificio externo del cuello, pero en las mujeres mensesáucos penetra más arriba dentro del canal cervical.

El adenocarcinoma del cuello se origina en el epitelio cilíndrico simple del canal cervical y es el menos frecuente, pero debido a su forma de crecimiento tiene peor pronóstico que el carcinoma epidermoide. (3; 11)

En la clasificación histológica, un tumor se diagnóstica con su porción más diferenciada y se clasifica en grados según su porción menos diferenciada. Esta se denomina clasificación de Brothers y está basada fundamentalmente en la anoplasia celular.

- Grado I: 25% de anoplasia celular.
- Grado II: 25 – 50% de anoplasia celular.
- Grado III: 50 – 75% de anoplasia celular.
- Grado IV: más de 75% de células anoplásicas.

Características Morfológicas de la Células Neoplásicas

1. Hiperromasía. Afinidad exagerada de la cromatina nuclear a los colorantes que la hacen resaltar extraordinariamente.
2. Cariorexis. Ruptura de la cromatina nuclear en prominentes acúmulos o en pequeños grumos y en barras.
3. Condensación en los bordes del núcleo de la cromatina hipercoloreada, que hacen más evidentes las irregularidades nucleares. Este signo es sumamente decisivo para que una célula reúna cualidades morfológicas de clase V de malignidad.
4. Discariosis marcadas, que dan al núcleo aberraciones en su aspecto y tamaño (Anisocitosis).
5. Mitosis. Una de las características cancerosas son las numerosas mitosis, muchas de las cuales son anormales (mitosis atípicas).
6. Variación de la relación núcleo-citoplasma. Disminuyendo el citoplasma con-aumento de tamaño del núcleo. Característica muy notable en el carcinoma in-situ.
7. Cambios morfológicos del citoplasma. Formas citoplasmáticas que a su vez dan los grados de

diferenciación celular en el carcinoma invasor y cuya ausencia total hace el diagnóstico, de carcinoma indiferenciado. Y por si todo esto, que se ha esbozado someramente fuera poco, la población celular que acompaña al carcinoma es tan característica, que aunque al recorrer varios campos microscópicos, aún no las hubiéramos encontrado, hay muchos detalles en la muestra que nos están demostrando lesiones concomitantes de los epitelios, en sus diferentes estratos y que nos incitan a buscarlas. Es más, para muchos citólogos esta población celular es tan importante como la célula neoplásica misma y está constituida por células discarióticas de los diferentes estratos celulares. (11; 13)

Algunas con citoplasmas vacuoladas y núcleos excéntricos y que sugieren invasión endocervical y otras de la variedad queratinizada con cariopícnosis y cariorexis y que corresponden, a lesiones cancerosas de sitios superficiales de los epitelios estratificados.

Con esta descripción completamos el cuadro panorámico citológico de conjunto del Carcinoma Epidermoide. Como puede deducirse siempre que la célula cancerosa reúna en sus caracteres morfológicos los elementos en cantidad o calidad requeridos por el citólogo, su identificación y correcta clasificación es innegable. (2; 5).

Criterios clínicos de extensión

La extensión de este tipo de cáncer puede efectuarse en tres formas principales:

- Propagación por continuidad.
- Propagación a los ganglios linfáticos.
- Metástasis a distancia.

Propagación por continuidad: puede ser:

- Hacia delante: vejiga y útero.
- Hacia atrás: recto.
- Hacia los lados: parametrio.
- Hacia arriba: cuerpo del útero.
- Hacia abajo: vagina.

Propagación a los ganglios linfáticos:

Los vasos linfáticos pueden sufrir invasión, incluso por tumores en estadios tempranos. El tumor tiene a localizarse en la luz del canal linfático y desde ahí propagarse por extensión directa.

Aunque las posibilidades son diversas de un caso a otro, los ganglios más frecuentemente afectados son los paracervicales, hipogástricos, iliacos externos y obturadores.

Estos son los llamados ganglios linfáticos primarios. Los conocidos como ganglios secundarios (sacos, iliacos comunes, aórticos e inguinales) se afectan con menos frecuencia. (2; 4; 8)

Metástasis a distancia:

La invasión vascular sanguínea y linfática permite al tumor diseminarse a partes distantes del organismo. Aproximadamente 30% del total de los pacientes que fallecen por cáncer Cérvico-uterino, presentan metástasis en hígado, pulmones, bazo y en menor proporción en otras vísceras. El crecimiento y la propagación del tumor dan lugar a diferentes etapas clínicas.

Clasificación Clínica del Cáncer Cérvico-uterino.

La clasificación clínica es fundamental para establecer la estrategia del tratamiento que se utilizará y para predecir la supervivencia posterior del paciente.

Se han propuesto varias clasificaciones, pero la más utilizada, internacionalmente, es la adoptada por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO). (1,10; 9)

Etapa 0. carcinoma in situ, carcinoma intraepitelial preinvasor.

Etapa I. El carcinoma está limitado, estrictamente, del cérvix.

I a 1. Existe invasión mínima del estroma con menos de 3mm en profundidad y menos de 7mm en extensión horizontal.

I a 2. Existe invasión entre 3 y 5mm en profundidad y menos de 7mm en extensión horizontal.

I b. Lesiones de mayores dimensiones que el estadio I a 2, ya sea que se observen clínicamente o no.

I b 1. La lesión es clínicamente visible con menos de 4cm en su mayor dirección.

I b 2. La lesión es clínicamente visible con más de 4cm en su mayor dimensión.

Etapa II. El carcinoma se extiende más allá del cérvix, pero no se ha extendido hasta la pared pelviana.

Afecta vagina, pero no hasta el tercio inferior.

II a. Invade los tercios superiores de la vagina y no hay compromiso parametrial.

II b. Hay compromiso parametrial.

Etapa III. El carcinoma se extiende hasta la pared pelviana. En el examen rectal no existe ningún espacio libre de cáncer entre el tumor. El tumor afecta el tercio inferior de la vagina.

Se deben incluir todos los casos con hidronefrosis o un riñón con mal funcionamiento, a menos que se sepa que obedecen a otra causa.

III a. Sin extensión a la pared pelviana, pero con compromiso del tercio inferior de la vagina.

III b. Extensión a la pared pelviana, hidronefrosis, o riñón con mal funcionamiento.

Etapa IV. El carcinoma se ha extendido más allá de la pelvis verdadera o ha afectado, clínicamente, la mucosa de la vejiga o el recto:

IV a. Diseminación del crecimiento a órganos adyacentes.

IV b. Diseminación a órganos distantes. (9,11)

Otra clasificación es el sistema Bethesda.

El cual fue creada en 1988 y su primera versión apareció en 1991. Se hizo con el propósito de unificar criterios en la evaluación de la prueba de Papanicolaou, sobre todo en aquellas citologías donde existían alteraciones celulares cuya definición y seguimiento no tenían una terminología uniforme. El sistema de Bethesda ha sido, a través de los años la guía para orientarse en la conducta a seguir frente a las distintas alteraciones descritas por el Citólogo. (15, 16)

La Sociedad de Colposcopia y Patología Cervical, el Departamento de Patología, el Colegio de Médicos y Cirujanos de la Universidad de Colombia, organizaron un taller que se celebró en septiembre del 2001 con el propósito de actualizar el sistema de Bethesda de 1991. (9; 16)

Lesiones de bajo grado.

HPV – NIC + HPV – NIC I sin HPV.

Lesiones de alto grado.

NIC II ? NIC III ? cáncer in situ.

Recomendaciones del sistema de Bethesda (2001).

Si existe una lesión visible en el cérvix siempre debe ser biopsiada.

Una lesión visible puede reportarse como negativa cuando el cáncer es invasor por la necrosis.

Si la citología es normal al igual que el examen del cuello, la frecuencia de la citología será indicada según las características de factores de riesgo.

Conclusiones del Taller de Bethesda (2001)

Mujeres con células escamosas atípicas, si son subcategorizadas como de significación indeterminada o no, se pueden excluir lesiones de alto grado, deben ser manejadas usando un programa con dos citologías repetidas y colposcopia inmediata.

Si son mujeres con lesiones de alto grado se realizará un aprueba de DNA y HPV.

En última instancia la mujer con cualquier tipo de anormalidad citológica, la opción es una colposcopia. (13,15)

Sintomatología

Este cáncer en sus etapas precoces no ofrece síntomas que permitan su diagnóstico es por ello que se hace necesario aplicar la citología cervicovaginal al 100% de la población femenina, con una periodicidad establecida cada 3 años, entre mujeres de 25 – 59 años, abogando siempre por lograr un examen citológico en pacientes menores de 25 años, con una conducta sexual de riesgo.

En etapas más avanzadas los síntomas principales son: metrorragia, leucorrea y dolor. Al comienzo la metrorragia será en forma de manchos que la paciente realizara con el coito, con esfuerzos físicos, incluso con una defecación dificultosa.

Lamentablemente en muchos casos la perdida sanguínea no se produce hasta que la enfermedad está avanzada. El sangramiento puede ir incrementándose en etapas avanzadas y, en ocasiones puede ser profuso en los estadios finales y ser la hemorragia incoercible la causa directa de la muerte de la paciente. (2; 4)

Al inicio puede aparecer un flujo anormal, por lo general oscuro, aun antes de que aparezca la hemorragia, especialmente en el caso del adenocarcinoma.

Sin embargo en un periodo más o menos prolongado, el flujo aparece teñido de sangre y da al contenido vaginal un aspecto de agua de lavado de carne, Pero esta característica es tardía y en los carcinomas pequeños sólo aparece una leucorrea discreta.

En los canceres avanzados, el foco tumoral casi siempre se encuentra colonizado por gérmenes sépticos, que unido a la necrosis del tumor, comunican al exudado un olor fétido insoportable. (8,18)

El dolor aparece muy tarde. Cuando un paciente consulta por dolor y el factor que está causando ese dolor sea un cáncer del útero, este se encuentra ya, por lo menos en etapa III.

En etapas avanzadas aparecen otros síntomas que están en dependencia del órgano que ha sido alcanzado por el proceso así, cuando ha sido tomada la vejiga habrá polaquiuria, disuria, tenesmo vesical y hemorragia; si se afectan los uréteres, ya sea por compresión o por infiltración tumoral, existirá una obstrucción del flujo renal con hidronefrosis y pielonefritis.

También puede haber uremia, que en ocasiones, será causa de la muerte. Si ha sido afectado el recto, puede aparecer dificultad al efectuar la defecación, hemorragia y obstrucción intestinal. (11,18)

Igualmente, pueden aparecer síntomas y signos localizados en otros órganos lejanos que han sido metastizados por este tumor, por ejemplo: columna vertebral donde se pueden producir trastornos graves de compresión medular o síntomas generales como son: anemia, anorexia, perdida de peso y astenia. (9)

Se realiza examen general y regional minucioso, con espéculo, y tacto vaginoabdominal para aportar más elementos al diagnóstico positivo. (3)

Diagnóstico

Para el diagnóstico de esta enfermedad lo realmente eficaz es establecerlo en una etapa precoz. Poco o nada podrá ayudar la clínica en las etapas tardías de este cáncer. Sin embargo, afortunadamente, hay varios métodos que son de ayuda efectiva en el diagnóstico temprano de esta enfermedad.

La utilización sistemática de esos métodos proporciona una situación ventajosa para establecer el diagnóstico. La metodología es al siguiente: (8)

1. Estudio de la citología cervicovaginal.
2. Colposcopia.
3. Prueba de Schiller.
4. Biopsia.
5. Examen clínico.

Citología Cervicovaginal

En la actualidad casi nadie discute la importancia de la citología cervicovaginal como medio de pesquisa, del cáncer Cérvico-uterino en grandes masas de población.

La sencillez en su realización y su alta eficacia diagnóstica han estimulado la implementación de diagnóstico precoz de este cáncer en numerosos países del mundo. En Cuba existe un programa de este tipo, de alcance nacional, que lleva a cabo desde 1968 por el Ministerio de Salud Pública. (4)

El objetivo general de este programa es disminuir la mortalidad y conocer la morbilidad por cáncer del cuello útero, mediante su detección en la etapa más temprana posible, lo que permitirá una terapéutica precoz y eficaz.

El universo del programa es la población femenina, a partir de los 25 años de edad y que haya tenido vida sexual activa. El programa alcanza una cobertura de 100% de esta población. La periodicidad del estudio de la citología cervicovaginal, se establece cada 3 años en las mujeres entre 25 – 59 años de edad. (8)

Si una mujer tiene 3 estudios citológicos consecutivos con resultado negativo entre los 50 – 59 años de edad, ya no será necesario continuar haciendo estudios citológicos después de los 60 años.

Las mujeres de bajo riesgo y que no deben ser incluidas en el Programa de Diagnóstico Precoz del Cáncer Cérvico-uterino son: las que nunca han tenido relaciones sexuales y aquellos a quienes se les ha realizado una histerectomía total por algún proceso benigno. (5)

A la mujer embarazada se le tomará la muestra citológica solo si nunca se le ha hecho o si han pasado 3 años o más desde la última vez que hizo la prueba citológica. Es muy importante la participación que el Médico General tiene en el desarrollo de este Programa.

La toma correcta de la muestra citológica constituye un eslabón fundamental en la cadena de sucesos que ayudan en el diagnóstico de este cáncer. Después de la realización de una correcta técnica en la toma de muestra citológica y su seguido análisis en el laboratorio de citodiagnóstico, según la técnica descrita por Papanicolaou, la lectura de la misma citología se hace utilizando la nomenclatura propuesta por la OMS. (5)

1. No útil para diagnóstico (motivo).
2. Negativo de células malignas.
3. Infección por virus del papiloma humano (HPV).
4. Displasia leve (NIC - I).
5. Displasia moderada (NIC - II).
6. Displasia severa (NIC - III).
7. Carcinoma in situ (NIC - III).
8. Carcinoma invasor:
 1. Carcinoma de células escamosas.
 2. Adenocarcinoma.
 3. Otros tipos de células.

Células neoplasia de otro origen (especificar).

Observaciones (indicar si hay infecciones por gérmenes específicos).

Si el resultado es negativo, pero a demás, existe una infección por algún germen específico, se pondrá el tratamiento adecuado a dicha infección.

Cuando el resultado sea no útil para diagnóstico, la paciente debe ser localizada para repetir la prueba citológica.

Frente a una citología con resultado anormal (NIC- I a NIC- III ó carcinoma invasor), la paciente debe ser remitida de inmediato a la consulta correspondiente de Patología de Cuello. Esta consulta de carácter territorial, represente el eje central en las actividades que se realizan para la confirmación diagnóstica y la conducta a seguir en cuanto a la terapéutica y seguimiento de la paciente antes y después del tratamiento. (7)

Colposcopia:

La colposcopia, ideada por Hinselmann en 1925, consiste en una exploración más minuciosa del cuello del útero, realizada por medio de un sistema óptico que proporciona una visión estereoscópica y aumentada; hasta el momento este es un equipo que se utiliza al nivel de las consultas especializadas de Patología de Cuello. (11)

Prueba de Schiller:

Constituye un método muy simple, al alcance del médico general, y consiste en la impregnación del cuello con solución legal. Se basa en el principio de reacción del con el glucógeno que contienen las células normales del epitelio cervicovaginal, el que en condiciones normales tomará una coloración caoba oscura homogénea. No se trata de una prueba de malignidad que por sí sola sea suficiente, pero suministra una orientación interesante, para el establecimiento de un diagnóstico posterior. (7)

Biopsia:

Este método se práctica sobre todo siempre que se tratan de confirmar los resultados de los distintos

métodos de diagnósticos precoz; es el método que dará el diagnóstico de certeza. Solo se llevará a caso a consulta de Patología de Cuello (biopsia por ponchamiento o con asa diatérmica) o en el Salón de Cirugía (conización o amputación del cuello). (11; 15)

Examen clínico.

Se realiza examen general y regional minucioso, con espéculo, y tacto vaginoabdominal para aportar más elementos al diagnóstico positivo. (3)

Tratamiento:

Conociendo la epidemiología del cáncer del cuello uterino, no es difícil comprender que la factibilidad de aplicación de medidas profilácticas en esta entidad tendría poca probabilidad. Sin embargo, los principales serían:

- Lograr que el inicio de las relaciones sexuales se pospusiera hasta por lo menos después de los 18 años de edad.
- Evitar la promiscuidad sexual y las enfermedades de transmisión sexual (principalmente los debidos a oncovirus, HPV) mediante el uso del condón.
- Higiene de los órganos sexuales.
- Disminución en el hábito de fumar y la paridad.
- Evitar la disminución, mejorando la ingestión de vitamina C, E, A.
- Sutura sistemática de los desgarros del cérvix producidos por cualquier manipulación.
- Realización de la citología cervicovaginal de acuerdo a la metodología de este programa.

En la última década, el tratamiento de las lesiones preinvasivas (NIC) gravitado hacia el uso de métodos conservadores ambulatorios.

Esto se ha debido a varios factores: el desarrollo de la colposcopia; un mayor conocimiento de la historia natural de la Neoplasia Interepitelial Cérvico Uterino (NIC), y la disponibilidad de tecnologías terapéuticas ambulatorias eficaces y de bajo costo, como la criocirugía, y el procedimiento de excisión electroquirúrgicas con electrodos cerrados (LEEP).

El tratamiento debe limitarse a las mujeres con displasia moderada y grave (NIC- II y NIC- III), y al carcinoma in situ, puesto que la mayoría con los pacientes con displasia leve no avanzan o se normalizan espontáneamente sin tratamiento, pero debe estar garantizado su seguimiento.

- La crioterapia y el LEEP son los métodos ambulatorios más prometedores en países en desarrollo, debido a su eficacia, casi ausencia de efectos secundarios, sencillez y bajo costo.(17)
- En las Neoplasias Interepitelial Cérvico Uterino (NIC –I, II, III y CIS), con cepillado del canal negativo, se pueden emplear el láser, la criocirugía, el ase diatérmica y la cauterización.

Si en Neoplasia Interepitelial Cérvico-uterino (NIC – III y CIS) hay cepillado del canal anormal, entonces se realiza conización y legrado.

En el CIS que el cono informa Ia1, se realiza amputación de cuello a histerectomía abdominal. Si informa

I a 2, se realiza histerectomía abdominal ampliada con manguito vaginal y linfadenectomía – operación de Werthcin- Meigs. En caso de que informa I b, se realiza histerectomía radical con linfadenectomía lavado peritoneal.

En caso I b que no reúne las condiciones para la cirugía, y en las etapas II, III, IV, se remiten al Instituto de Oncología para su tratamiento y radioterapia el cual ofrece mayor posibilidad. (9)

Pronóstico:

El pronóstico depende de la etapa en que se encuentra el cáncer y del estado de salud en general de la paciente. Las perspectivas son altamente favorables cuando se establece el diagnóstico en etapas precoces y se aplica el tratamiento adecuado. En la etapa 0 (cero) puede esperarse una curación completa 100%, casi iguales resultados puede esperarse en la etapa I a. (14)

El pronóstico es menos esperanzador cuando el diagnóstico se hace en etapas más avanzadas pero con los métodos modernos de tratamiento pueden esperarse aproximadamente los resultados siguientes:

1. Etapa I b: 85% de curación.
2. Etapa II: 50 – 60% de curación.
3. Etapa III: 30% de curación.
4. Etapa IV: 0% de curación.

A pesar de que existen pruebas irrefutables de que el cáncer Cérvico-uterino es una de las formas más prevenibles y tratables de cáncer, a condición de detectarlo a tiempo y tratarlo con eficacia, por desgracia, la mayoría de las mujeres todavía no posee un alto grado de conocimiento sobre la manera de prevenirlo y aunque todas las mujeres en nuestro país tienen el derecho a los servicios de prevención de cáncer Cérvico Uterino no está demostrado que saben como funcionan los mismos.

Aun se necesita un esfuerzo concertado y coordinado para acrecentar la sensibilidad acerca del cribado en la comunidad a fin de prevenir y detectar el cáncer Cérvico Uterino en nuestra área de salud.

Diseño teórico

La contradicción fundamental a esclarecer en esta investigación se define de la siguiente forma:

Objeto de estudio: El Cáncer Cérvico-uterino en el Área de Salud Florencia.

Asimismo el problema científico es: ¿Cómo disminuir los factores de riesgo del Cáncer Cérvico Uterino que inciden en la población femenina entre 25 y 59 años en el Área de Salud Florencia ?

Objetivos generales: Proponer un sistema de acciones preventivas para la disminución de los factores de riesgo del Cáncer Cérvico uterino, con una implicación sociocomunitaria de enfermería en el Área de Salud de Florencia.

Objetivos específicos:

1. Sistematizar las tendencias científicas relacionadas con el Cáncer Cérvico uterino así como con intervenciones relacionadas con su prevención a nivel mundial, cubano y florenciano.
2. Diagnosticar los factores de riesgo que están incidiendo en el Cáncer Cérvico-uterino en la población femenina entre 25 y 59 años de edad atendiendo a lo epidemiológico, clasificación citológica, cuadro clínico y tratamiento.
3. Elaborar un sistema de acciones preventivo para disminuir los factores de riesgo que están incidiendo en el Cáncer Cérvico-uterino atendiendo a Inicio precoz de las relaciones sexuales, múltiples compañeros sexuales, hábito de fumar, hábitos dietéticos, utilización de métodos anticonceptivos y desconocimientos de los factores de riesgos del CCU.
4. Validar, mediante el criterio de especialistas, la eficacia del sistema de acciones elaborado considerando las variables siguientes: objetivos, contenidos, metodología a utilizar, forma de recolección de datos, procesamiento de la información.

Campo: Plan de acciones preventivas para la disminución de los factores de riesgo de Cáncer Cérvico-uterino en mujeres de 25 a 59 años.

Método

Se determinó un conjunto de métodos, técnicas y procedimientos con carácter sistémico y una consistencia interna intencional que se asumieron a partir de la objetividad del campo de investigación, expresado este, esencialmente, en las relaciones de interdependencia entre dimensiones, variables e indicadores controladas en la investigación.

Población: 124 pacientes del sexo femenino del Área de Salud de Florencia en el período comprendido entre enero de 2004 y marzo de 2009.

Muestra: 49 pacientes (39 %), por cumplir con el requisito esencial y necesario para la identificación del CCU en sus diferentes manifestaciones.

Métodos, técnicas y procedimientos:

1. Para dar cumplimiento al objetivo específico número uno se realizó una revisión detallada de los presupuestos conceptuales que se han referido al tema del cáncer cérvico - uterino, tanto a nivel mundial, del país como florenciano.
2. Para dar cumplimiento al objetivo específico número 2 se utilizaron:

Encuesta: Con la que se obtuvo información sobre factores vinculados al estado individual de la mujer, existencia de cofactores que son causas de carcinoma cervical, etapa en que es detectada la patología desde el punto de vista citológico, aparición de la sintomatología, tratamientos profilácticos, tratamiento por métodos conservadores ambulatorios, tratamiento por métodos invasivos y otro tipo de terapia.

La encuesta inicial como método de acción se aplicó de forma individual a cada paciente entre 25 y 59 años de edad del área de salud Florencia validada por un psicólogo y aprobada en un estudio piloto la que se confeccionó según criterios de expertos y revisión bibliográfica relacionada con el tema a investigar.

La encuesta constó de 12 temáticas, la cual constituyó el sustento informativo de parte del trabajo.

Análisis de documentos: con el objetivo de sintetizar conceptualizaciones, datos cuantitativos y cualitativos. -Procedimientos generales: dirigidos, fundamentalmente, a cuando fue necesaria la interconsulta, consulta o pequeñas intervenciones en la unidad de observación así como el análisis de historias clínicas con el propósito de sintetizar conceptualizaciones, datos cuantitativos y cualitativos que favorecieron un análisis más integral de la problemática en estudio por cuanto permitió ganar en claridad en los aspectos investigados.

3. Para dar cumplimiento al objetivo específico número 3 se elaboró un sistema de acciones dirigido a disminuir los factores de riesgo que devinieron del diagnóstico realizado y que están incidiendo en el Cáncer Cérvico-uterino tales como: Inicio precoz de las relaciones sexuales, múltiples compañeros sexuales, hábito de fumar, hábitos dietéticos, utilización de métodos anticonceptivos y desconocimientos de los factores de riesgos del CCU.

4. Para dar cumplimiento al objetivo específico número 4 se utilizó el Método de Evaluación de Especialistas con el propósito de validar el sistema de acciones propuesto.

La definición operacional de los términos o palabras claves utilizados en la investigación fueron:

Cáncer Cérvico-uterino: Constituye un proceso de cambios patológicos 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.

Factor de riesgo: Estado epidemiológico desencadenante de diferentes patologías que se caracteriza por su lento o acelerado proceso etiopatogénico y que puede ser modificado o no de acuerdo con su fisiopatología, impresionar diagnósticamente de diversas formas y ser susceptible o no a diferentes tratamientos facultativos.

-Tratamiento estadístico de los datos.

La técnica de procesamiento de la información fue computacional y se realizó la revisión y validación de la misma. Como medida de resumen de la información se usaron las frecuencias absolutas y relativas (números y %). Los resultados se presentaron en las tablas de distribución de frecuencia.

Fundamentación teórica y metodológica y diseño del sistema de acciones

Analizando el aumento del cáncer Cérvico uterino en el área de salud de Florencia es necesario tomar realizar acciones específicas para la disminución de la enfermedad. A partir de esta necesidad es que se elabora un sistema de acciones preventivas para la disminución de los factores de riesgo del Cáncer Cérvico uterino, con una implicación sociocomunitaria de enfermería.

Constituye un plan de acción comunitario, se aplica en el contexto de la comunidad del paciente, es un sistema que rebasa y supera el perfil clínico tradicional de atención, alcanza el nivel psicoeducativo, familiar y de factores de la comunidad.

El sistema plantea actividades y objetivos generales, pero éste no pauta el contenido de las actividades. En este sentido el plan de acciones propuesto gana en integridad y resulta más orientador para el trabajo de todos los factores.

El sistema de acciones se dirige a proporcionar el sistema de conductas de los sujetos a partir de la identificación de las causas fundamentales y a ellas va dirigido.

Se pretende accionar a los pacientes en su relación con la comunidad para disminuir la influencia de desde la perspectiva de trabajo.

Se aplicará a partir de mayo del 2010, con carácter permanente.

Objetivos:

Capacitar al personal de la atención primaria de salud en temas relacionados con el CCU.

Orientar a las mujeres del Área de Salud Florencia, en los diferentes factores de riesgos del CCU encontrados en el estudio.

Lograr que las mujeres del área de salud de Florencia concienticen la importancia que tiene el conocimiento de los factores de riesgo para la aparición de la enfermedad.

Objetivo No. 1 Capacitar al personal de la atención primaria de salud en temas relacionados con el CCU.

Acciones:

- Impartir charlas educativas sobre la enfermedad, prevención y tratamiento.
- Proyección de videos con temas de la enfermedad en general: caracterización, surgimiento, etiología, tratamiento, etc.
- Proyección de videos sobre el tema del CCU.
- Valoración de la conducta a seguir por parte del personal de salud frente a las pacientes que presenten la enfermedad.
- Desarrollar líneas de trabajo investigativos para ayudar al conocimiento y solución de los problemas de los adolescentes.
- Impartir cursos de capacitación a médicos y enfermeras de familia, trabajadores sociales de la comunidad y otros profesionales implicados en el enfrentamiento de la enfermedad.

Participantes: Personal de salud.

Responsables: Equipo de Atención Integral al CCU.

Recursos:

- Materiales: videos, folletos.
- Humanos: Médicos, Jefa del Programa del Cáncer, enfermeros.

Fecha de realización: Permanente con una frecuencia bimensual.

Fecha de chequeo y evaluación: Trimestral.

Lugar: Debe ser un lugar con las condiciones tanto ambientales como estructurales satisfactorias, donde no existan ruidos excesivos ni interferencias.

Objetivo 2: Orientar a las mujeres del Área de Salud Florencia, en los diferentes factores de riesgos del CCU encontrados en el estudio.

Acciones:

- Desarrollar debates, proporcionando el diálogo entre las pacientes donde intercambien experiencias vividas con la enfermedad, conllevando a una reflexión sobre la forma en que están asumiendo la conducta ante el problema.
- Impartir conferencias referentes al tema del CCU.
- Discusión de casos reales e imaginarios, para ganar en experiencia en el manejo de los mismos.
- Realización de técnicas participativas sobre los temas mencionados.
- Incrementar los mensajes educativos a través de los medios de difusión masiva, principalmente radio y TV.
- Elaboración de un sistema de mensajes educativos impresos para ubicar en el mural de las instituciones de salud e instituciones públicas, relacionados con el tema del CCU, afrontamiento a la vida, y la sexualidad.
- Orientación individual sobre los factores de riesgo identificados en las mujeres del área de salud.
- Desarrollar charlas educativas sobre el tema de los estilos de afrontamiento a la vida y a la enfermedad.

Participantes: Personal docente del sector educacional, de la salud y de la comunidad.

Responsables: Equipo de Atención Integral al CCU.

Recursos:

- Materiales: videos, folletos.
- Humanos: Médicos, Jefa del Programa del Cáncer, enfermeros.

Fecha de realización: Permanente con una frecuencia bimensual.

Fecha de chequeo y evaluación: Trimestral.

Lugar: Debe ser un lugar con las condiciones tanto ambientales como estructurales buenas, donde no existan ruidos excesivos ni interferencias.

Objetivo 3: Concientizar a las mujeres del área de salud de Florencia sobre la importancia que tiene el conocimiento de los factores de riesgo para la aparición de la enfermedad.

Acciones:

- Incentivar a las mujeres a visitar con más frecuencia el centro de Salud Mental para recibir orientaciones sobre sexualidad responsable.
- Persuadir a las adolescentes sobre la importancia del conocimiento del inicio de las relaciones sexuales.
- Coordinación con la biblioteca para la creación del círculo de lectores en la comunidad para tratar temas relacionados con el tema del CCU.
- Realización de sesiones de lecturas comentadas, debates y biblioterapia con las pacientes sobre los factores de riesgo de la enfermedad. Esto se lleva a cabo en los consultorios del médico de la familia y en el Centro Comunitario de Salud Mental, los mismos tendrán carácter participativo e irán dirigidos a las pacientes diagnosticadas con el CCU.

Participantes: Todas las mujeres del área de salud de Florencia.

Responsables: Equipo de Atención Integral al CCU.

Recursos:

- Materiales: videos, folletos.
- Humanos: Médicos, Jefa del Programa del Cáncer, enfermeros.

Fecha de realización: Permanente con una frecuencia bimensual.

Fecha de chequeo y evaluación: Trimestral.

Lugar: Debe ser un lugar con las condiciones tanto ambientales como estructurales buenas, donde no existan ruidos excesivos ni interferencias.

Validación del sistema de acciones

La mayoría de las investigaciones realizadas antes de ser llevadas a la práctica son sometidas a valoraciones, tratando de adelantar las posibilidades reales de éxito que tendrá la propuesta en cuestión.

Para tales fines han sido diseñadas, y probada su efectividad estadísticamente, métodos para calificar los proyectos propuestos.

El Método de Evaluación de Especialistas, usado en la corroboración de esta investigación, utiliza el estado de opinión como instrumento fundamental para realizar la corroboración del modelo teórico.

En este método, un grupo de expertos valoró las ideas fundamentales propuestas, y posteriormente, el criterio que emitan será objeto de un procesamiento estadístico preestablecido, que permitirá unificar el criterio de los especialistas

Se concertaron un total de 11 especialistas para valorar la propuesta del sistema de acciones. Estos están conformados por 4 Licenciados en Enfermería, 1 Especialista en MGI con Diplomado en Cáncer, 1

licenciado en Psicología, 4 Especialistas en MGI y 1 Especialista en I grado de Ginecología y Obstetricia.

Se le presentó a cada uno de ellos el Sistema de Acciones, fueron estudiadas y al final se les aplicó la Entrevista Aplicada a Especialistas adecuada a la investigación donde cada cual hizo las valoraciones pertinentes y se calificó posteriormente por cada pregunta.

Pregunta 1.

Referido a si la Fundamentación del sistema de acciones propuesto determina el contexto y la ubicación de la problemática a resolver.

Resultado: 9 especialistas (81.8%) lo consideraron muy adecuado.

2 especialistas (18.1 %) lo consideraron bastante adecuado.

Pregunta 2.

Referido a si el sistema de acciones que se propone se dirige a la solución del problema.

Resultado: 10 especialistas (90.9 %) lo consideraron muy adecuado.

1 especialista (9.09 %) lo consideró bastante adecuado.

Pregunta 3.

Referido a si el diagnóstico indica el estado real y evidencia el problema en torno al cual gira y se desarrolla el sistema.

Resultado: 8 especialistas (72.2%) lo consideraron muy adecuado.

3 especialistas (27.7 %) lo consideraron bastante adecuado.

Pregunta 4.

Referido a si la definición de los objetivos permite la transformación del objeto de su estado real hasta el estado deseado y la propuesta de la confección del sistema de acciones responde a las necesidades objetivas sobre el problema.

Resultado. 9 especialistas (81.8 %) lo consideraron muy adecuado.

1 especialista (9.09 %) lo consideró bastante adecuado.

1 especialistas (9.09 %) lo consideró adecuado.

Pregunta 5.

5. Referido a si el control de la efectividad del sistema propuesto posibilita la valoración de la aproximación al cambio del objeto de su estado real a su estado deseado.

Resultado: 9 especialistas (81.8 %) lo consideraron muy adecuado.

2 especialistas (18.1 %) lo consideró bastante adecuado.

De forma general el 87.3 % de los especialistas consideró de Muy Adecuado el sistema de acciones. El 12.4 % de los especialistas consideró de Bastante Adecuado el sistema de acciones.

Discusión

-Cambios en el modo de actuación de:

a) Especialistas en salud

b) Mujeres expuestas al CCU

c) Personal de atención primaria en salud comunitaria.

Análisis y discusión de los resultados

A continuación se exponen los resultados más relevantes de la investigación relacionada con la morbilidad en pacientes con Cáncer Cérvico Uterino en el Área de Salud de Florencia, dada la importancia que tiene a nivel mundial, cubano y local el estudio e intervención científica para la disminución de esta enfermedad.

Se incluyeron en el trabajo 49 pacientes, es decir, todas con diagnóstico de CCU entre enero de 2004 y marzo de 2009, de las cuales no fue excluida ninguna.

Se diseñó un estudio prospectivo a partir de listados en el contexto de la decisión estadística adoptada que fue probabilística. Los datos fueron tomados de los expedientes clínicos y del modelo estandarizado para todas las pacientes. Fueron tenidas en cuenta las dimensiones, variables e indicadores necesarios y esenciales para este tipo de estudio.

A continuación se describen los resultados más importantes obtenidos a partir de la propuesta del plan de acción para disminuir los factores de riesgo que inciden en la aparición del CCU en el Área de Salud de Florencia, en mujeres con edades comprendidas entre 25 y 59 años de edad, habiéndose determinado este grupo etáreo atendiendo a que es el que recibe la atención citológica establecida de acuerdo con el Programa de Detección Precoz del Cáncer Cérvico Uterino.

Tabla no. 1 Factores de riesgos del cáncer cérvico uterino atendiendo a la conducta sexual en mujeres entre 25-59 años de edad del área de salud Florencia.

En la Tabla No. 1 se observa que el factor de riesgo que predominó en las pacientes con CCU fue el inicio

precoz de las relaciones sexuales (44), representando un alto porcentaje (89.7%,) seguido de los múltiples compañeros sexuales (25) que representan un 51%.

Estos datos coinciden con la literatura consultada por lo que, de hecho, esta situación de salud vinculada a la educación sexual de las personas aún presenta dificultades en su eficacia.

Es evidente que, en el contexto del servicio de enfermería comunitaria, este agudo e impostergable tema, deba ser ocupación permanente de la especialista.

Asimismo, la presencia de multiplicidad de compañeros sexuales ocupa un lugar importante como factor de riesgo por cuanto la promiscuidad tiende a ser antihigiénica, espontánea y ejecutada en ambientes poco sanos.

Es apreciable, entonces, que en el Área de Salud Florencia los factores de riesgo incidentes y prevalentes en el CCU son los relacionados con el inicio precoz de las relaciones sexuales y la multiplicidad de compañeros sexuales.

Tabla no.2 Otros factores de riesgos que inciden en la aparición del cáncer cérvico uterino en mujeres entre 25-59 años de edad del área de salud de Florencia.

En la Tabla No. 2 se observa que, entre otros factores de riesgo que se consideran en las pacientes con CCU, predomina, en primer lugar el desconocimiento de estos factores con 39, representando el 79%, seguido de los malos hábitos dietéticos con 36, lo cual representa el 73.4%; en tercer lugar el hábito de fumar con 29 para un (59.2%).

Especial mención tiene el hecho de que el no uso sistemático del condón complejiza la situación de la adquisición de la enfermedad.

Este último dato es de vital importancia epidemiológica por cuanto no solo se ha invertido mucho tiempo y recursos en la formación profesional y en materiales de promoción y divulgación, sino que la ineficacia de los productos de comunicación social en este sentido y del trabajo de prevención del grupo básico de salud queda en evidencia y, de alguna forma los encargados de realizar en la práctica las políticas en este sentido, no estamos siendo eficientes, efectivos y eficaces en nuestras labores.

En la literatura científica consultada no se constató que el desconocimiento de los factores de riesgo constituyen una de las causas incidentes en la aparición del CCU lo cual ha sido revelado por esta investigación

Los nombrados otros factores de riesgo, en realidad, tienen un valor de incidencia y prevalencia similar a los factores de riesgo atendiendo a la conducta sexual por lo que es una necesidad sanitaria el lograr la integración de ambos tipos de factores para poder obtener un análisis más integral de la problemática de acuerdo con la importancia compleja de estas dos variables.

Tabla no. 3 Clasificación citológica de mujeres con cáncer cérvico-uterino entre 25-59 años de edad del área de salud Florencia.

En la Tabla No. 3 se observa que 30 de las pacientes con diagnóstico de CCU se les detectó un el NIC I lo que representa 62.2% del total de la muestra seguido del NIC II con 11 pacientes para un 22.4%.

Estos datos obtenidos por esta investigación, coinciden con la literatura de consulta por lo que de hecho la Neoplasia Intracervical grado I (NIC I), es la de mayor incidencia en el mundo y también en el Área de Salud de Florencia.

Si bien existe una tendencia creciente a detectar el carcinoma in situ, y esto es un logro del Programa de Detección Precoz, aún no se obtiene todos los resultados esperados ya que aún se detectan cánceres invasores con incremento anual, aunque menor que el incremento observado para el carcinoma in situ.

Los esfuerzos realizados para llevar a cabo el Programa de Detección Precoz del Cáncer Cérvico Uterino deben aumentar, por lo que hay que prestar especial atención en el diagnóstico de esta enfermedad a través de la citología orgánica como principal examen de detección precoz del CCU. (25)

Tabla no 4. Cuadro clínico en mujeres con cáncer cérvico uterino entre 25-59 años de edad del área de salud Florencia.

En la Tabla No 4. Se observa que, 41 pacientes de las diagnosticadas con CCU no refirieron síntomas lo que representa un 83.6%. Estos datos obtenidos por esta investigación coinciden con la literatura de consulta donde al igual que los resultados obtenidos en esta tabla se hace referencia que el Cáncer Cervical rara vez causa síntomas, de modo que la realización sistemática de la prueba de Papanicolaou es esencial donde para el diagnóstico de esta enfermedad como principal examen de detección precoz del CCU.(17)

Tabla 5 tratamiento en mujeres con cáncer cérvico-uterino entre 25-59 años de edad del área de salud Florencia.

En la Tabla 5 se observa que el método más utilizado en las pacientes con NIC fue la Conización con 23, seguido de la Cauterización con 18 pacientes. Según la bibliografía utilizada coincide que el tratamiento ideal de la NIC, debe ser un método de fácil ejecución, nula mortalidad, muy baja morbilidad, preservación de la capacidad reproductiva, no mutilante, de bajo costo y excelentes resultados a largo plazo.

La conización con bisturí, la amputación de cuello y la histerectomía tuvieron su protagonismo en su época, pero se considera actualmente que de todos los métodos que existen para el tratamiento ambulatorio de la NIC, la crioterapia y el LEEP son los más prometedores para países en desarrollo, debido a su eficacia, a la casi ausencia de efectos secundarios y a su sencillez y bajo costo.

Conclusiones

- El Cáncer Cérvico Uterino constituye un proceso de cambios patológicos en las células que cubren las paredes del cuello uterino -son inicialmente normales y, gradualmente, se convierten en precancerosas, manifestándose como lesiones en la pared del útero. La entidad ha sido tratada científicamente en cuanto a intervenciones a nivel mundial, nacional y del territorio de acuerdo

con la bibliografía consultada.

- Los factores de riesgo que están incidiendo en el Cáncer Cérvico-Uterino en la población femenina entre 25 y 59 años de edad en el Área de Salud de Florencia son: el inicio precoz de las relaciones sexuales, múltiples compañeros sexuales, el hábito de fumar, los hábitos dietéticos inadecuados, la no utilización de métodos anticonceptivos y el desconocimiento de los factores de riesgo del CCU.
- El sistema de acciones elaborado para disminuir los factores de riesgo que están incidiendo en la aparición del CCU en el Área de Salud de Florencia se caracterizan por su fácil acceso al mismo por parte de los especialistas en salud así como de toda la población. De aquí, el enfoque sociocomunitario de la propuesta. Los decisores y actores fundamentales implicados están en la comunidad.
- De acuerdo con el criterio de los especialistas la propuesta queda validada, teóricamente, para ser introducida en el trabajo clínico de salud para la prevención y tratamiento del CCU en el Área de Salud de Florencia. La aprobación tiene un satisfactorio índice de aprobación general con un 87.3 % al ser considerada la propuesta de Muy Adecuada en su sistema de acciones. Asimismo, el 12.4 % de los especialistas consideró de Bastante Adecuado el sistema de acciones.

Bibliografía

1. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa nacional de diagnóstico precoz del cáncer Cervicouterino. Ciudad de La Habana : MINSAP; 1984.
2. Costis Gutiérrez EJ. Algunos factores epidemiológicos en el cáncer Cervicouterino. Rev. Med IMSS 1995; 33(2): 177-182.
3. Rodríguez Salva A, Lima Anta J, Cabezas Cruz E, Camacho Rodríguez R. Programa nacional de diagnóstico Cérvico Uterino. Ciudad de La Habana : Editorial Ciencias Médicas; 1994.p.1-32.
4. Aquino González D. Las relaciones sexuales y sus correspondencias con el cáncer cervicouterino. Rev Cubana Obstet Ginecol. 1999; 8 (2): 112-119.
5. Organización Panamericana de la Salud. Manual de normas y procedimientos para el control del cáncer del cuello uterino. Washington: OPS; 1990.
6. Alonso Méndez B, Vega Castillo M. Detención precoz del Cáncer Cérvico Uterino. Rev Cubana Med Gen Integr. 2004; 10(3): 265-272.
7. Rabb SS, Hart AR, D' Antonio JA. Clinical perception or disease probability associated with Bethesda System diagnosis. Am J Clin Phatol. 2001; 115(5): 681.
8. Roberts JM, Thurloe JK, Bowditch RC. Subdividing atypical glandular cells o undetermined significance according modified Bethesda system: analysis of outcomes. Cancer 2000; 90 (2):87.
9. Salomon D, Davey D, Kurman R. The 2001 Bethesda System: terminology for reporting results of cervical cytology. JAMA. 2002; 287(16): 2120.
10. Cabanillas-Saes A, Schalper JA, Nicovani SM. Characterization of mast cells according to their content of the tryptase and chymase in normal and neoplastic human uterincervix: Int J Gynecol Cancer. 2002; 12 (1): 92.
11. Castellanos MR, Hayes RL, Mainam MA. Syntetic peptides induce a citotoxic response against human papilloma virus type 18. Gynecol Oncol. 2000; 21(2): 173.
12. Fujimoto T, Shim YH, Min K. Papillary squamous cells carcinoma of the uterine cervix: a report of two cases with human papillomavirus 16 DNA. Acta Obstet Ginecol Scand. 2002; 81(2): 176.
13. Torriente Hernández B, Valdés Álvarez O. Repercusión económica de la introducción de la

- electrocirugía en un hospital materno. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2003; 29(2):141.
14. Vaupel P, Kelleher DK, Hockel M. Oxygen status of malignant tumors: pathogenesis of hypoxia and significances for tumor therapy. Sem Oncol. 2001; 28 (2 Suppl 8): 29.
 15. Organización Panamericana de la Salud. El cáncer Cérvico Uterino en América Latina y España. Bol of Saint Panam 2000; 110 (5): 438-439.
 16. Novak ER, Sugar Jones G. Tratado de Ginecología 9na edición. Ed. La Habana : Editorial Científico Técnica; 2005: P. 256 – 78.
 17. Cáncer cervical.
 18. <http://www.docstoc.com/.../> Díaz Mitjás Orlando. Cáncer del Cérvix.
 19. González Lastre Tania, Garcés García Alían. Comportamiento Citocolpohistológico del cáncer Cérvico Uterino. Trabajo Investigativo. Granma, 2006.
 20. <http://www.tuotromedico.com/temas/Cáncer del Cérvix o cuello uterino uterino.htm>.
 21. <http://www.docstoc.com/.../> Díaz Mitjás Orlando. Profilaxis y prevención del cáncer de endometrio.
 22. García Rosales Adrián, Torres Quiala Junier, Aguilar Reyes Dasiel Darien. Intervención comunitaria sobre Cáncer Cérvico Uterino. Policlínico 28 de septiembre. Trabajo de Forum Nacional .Santiago de Cuba, 2006.
 23. González Martínez Waldo Jorge. Comportamiento del programa de pesquisaje de Cáncer Cervicouterino en el Municipio Zamora. Estado Miranda. Venezuela, 2006.
 24. Metodología de la Investigación Científica. Guía de Estudio y Bibliografía Básica. Escuela Nacional de Salud Pública. Ciudad de La Habana. 2001-2003.
 25. Orientaciones Metodológicas para Trabajos de Terminación de Especialidades. Dpto. de Medicina General Integral. Facultad de Ciencias Médicas “José Assef Yara”. Ciego de Ávila. 2009.
 26. www.conganat.org/7congreso/PDF/496.pdf Tendencia e incidencia actual del cáncer cérvico Uterino.

Anexo 1: Encuesta

Objetivo: Para obtener información atendiendo a las variables factores vinculados al estado individual de la mujer, existencia de cofactores que son causas de carcinoma cervical, etapa en que es detectada la patología desde el punto de vista citológico, aparición de la sintomatología, tratamientos profilácticos, tratamiento por métodos conservadores ambulatorios, tratamiento por métodos invasivos y otro tipo de terapia A: Mujeres de 25 a 59 años de edad del Área de Salud de Florencia

Nos encontramos realizando una investigación relacionada con el manejo del Cáncer Cérvico Uterino en las pacientes del Área de Salud de Florencia, necesitamos su importante colaboración. No es necesario escribir su nombre.

Gracias.

(Por favor, marque con una cruz (x) sus selecciones)

1- Aspectos generales.

1.1 Edad_____

1.2. Nivel Educativo.

___ Primario

___ Secundario

___ Preuniversitario

___ Universitario

1.3 Área de residencia.

Rural ___ Urbana ___

1.4 Edad de las primeras relaciones sexuales _____ No ha tenido _____

1.5 Cantidad de embarazos _____

1.6 Cantidad de hijos _____

1.7 Cantidad de abortos _____

1.8 Número de compañeros sexuales ___

___ De ellos que hayan tenido alguna enfermedad de transmisión sexual _____

1.9 Compañero sexual con historia anterior de pareja con cáncer Cérvico-uterino.

Sí _____ No _____

1.10 Compañero sexual con ITS _____

1.11 Es fumadora _____

1.12 Ha sufrido usted alguna Inmunodepresión: Sí _____ No _____

Por tratamiento médico _____ Por VIH _____

___ Casa. ___ Amigos ___ Escuelas ___ Radio y Televisión.

___ Médico y enfermera de la familia. ___ Libros y revistas. ___ Otras.

3- A qué edad considera usted que el Cáncer Cérvico-uterino (conocido como cáncer del interior) es más frecuente en las mujeres.

___ Menor de 20 años.

___ De 21 a 30 años.

___ De 31 a 40 años.

___ De 41 a 49 años.

___ Más de 50 años

4- Mediante qué examen fue diagnosticada su enfermedad.

Citología Vaginal ___ Otra ___ Cuál _____

6.1- La prueba citológica se realiza por primera vez a los:

20 años ___ 25 años ___ 30 años ___ 45 años ___ 50 años ___

9- Las opciones de tratamiento del Cáncer Cérvico uterino son:

___ Dieta ___ Radiaciones ___ Conización ___ Antibióticos

___ Cirugía ___ Ejercicio físicos ___ Quemar ___ Medicina Verde

___ Citostáticos

1.13 ___ Consume usted una dieta rica en frutas y vegetales

1.14 ___ Consume usted alcohol.

1.15 ___ Toma usted contraceptivos hormonales orales.

-Desde cuando _____

1.16 Conoce usted que es el Cáncer Cérvico Uterino

Sí ___ No _____

1.17 Conoce en que etapa se encontraba cuando fue diagnosticado.

NIC I ___ NIC II ___ NIC III ___ Carcinoma in situ ___

1.18 ___ Conoce usted cuáles son los factores predisponentes del cáncer Cérvico uterino. Sí ___ No ___

1.19 Como lo supo:

A través del médico ___ A través de la enfermera ___ A través de la promotora de salud ___ A través de la representante de salud de la FMC ___

A través de la casa de la familia ____ Por personas de la calle que han tenido la enfermedad ____

1.20 De los siguientes tratamientos cual fue el que se le aplicó:

____ Criocirugía ____ Láser ____ Asa LEEP ____ Conización terapéutica

____ Histerectomía (sea cual fuera su tipo) ____ Linfadenectomía (sea cual fuera su tipo)

____ Quimioterapia ____ Terapia génica ____ Radioterapia

____ Braquiterapia ____ Inmunoterapia

2- Ha obtenido información sobre la enfermedad en:

Otros: Sí ____ No ____

¿Cuáles? _____

10- En relación con la sexualidad:

10.2- ¿Mantiene usted relaciones sexuales con una pareja estable?

Sí ____ No ____

10.1- ¿Usted cree que el cáncer Cérvico-uterino guarda relación con alguna enfermedad de transmisión sexual?

Sí ____ No ____ No sé ____

11- Considera usted que una mujer tiene mayor posibilidad de padecer cáncer Cérvico Uterino si existe el antecedente de esta enfermedad en la familia.

Sí ____ No ____ No sé ____

Anexo 2: Análisis documental

Objetivo: Sintetizar conceptualizaciones, datos cuantitativos y cualitativos relacionados con la temática en estudio.

A: Documentos

Contenidos:

Cáncer Cérvico-uterino

Neoplasia Intersticial de Cuello uterino

Sepsis vaginal

Útero

Infección de Transmisión Sexual

Hábitos tóxicos

Mujeres con afecciones biológicas conocidas

Antecedentes de Cáncer In Situ

Citología vaginal

VIH/SIDA

Hábito dietético

Anexo 3: Procederes paramédicos y de enfermería

Objetivo: Aplicar procedimientos, dirigidos, fundamentalmente, a cuando es necesaria la interconsulta, consulta o pequeñas intervenciones en la unidad de observación.

A: Pacientes

Visita incidental del médico y/o la enfermera a los lugares que frecuenta la paciente con principales factores de riesgo de CCU.

Diálogo informal con familiares y amistades para indagar sobre los principales factores de riesgo que condicionan el CCU el Municipio de Florencia.

Consulta especial y/o interconsulta con las pacientes, para apreciar el estado de salud de estas y obtener información sobre las características epidemiológicas, estabilidad económica, tipo de familia, historia natural, ambiente comunitario, ambiente hogareño, lo afectivo-cognitivo respecto a la enfermedad en estudio

Charla educativa con las pacientes que presenten CCU.

Interconsultas con los especialistas en Obstetricia, Genetistas y Oncólogos del Municipio de Florencia y los especialistas del Hospital General de Morón con el objetivo de saber el estado actual de la paciente.

Anexo 4: Entrevista aplicada a especialistas

Compañero (a):

Con el objetivo de validar la estrategia que se adjunta necesitamos evalúe, utilizando la escala que se le propone, los aspectos que relacionamos a continuación.

La fundamentación del sistema de acciones propuesto determina el contexto y la ubicación de la problemática a resolver.

El diagnóstico indica el estado real de la motivación profesional y evidencia el problema en torno al cual gira y se desarrolla el sistema.

El sistema de acciones que se propone se dirige a la solución del problema deseado.

- La definición de los objetivos permite la transformación del objeto de su estado real hasta el estado deseado.
- La propuesta de la confección del sistema de acciones responde a las necesidades objetivas sobre el problema.
- La vinculación al trabajo de orientación profesional a los pacientes, la familia y la comunidad favorece el desarrollo de la motivación hacia la profesión.
- El control de la efectividad de la estrategia propuesto posibilita la valoración de la aproximación al cambio del objeto de su estado real a su estado deseado.

Anexo 5

Ética: Se aplicó la declaración del consentimiento informado de los pacientes y también de aquellos especialistas que aportaron información sobre determinados sujetos tratados clínicamente, por ellos.

Autores: Lic. Mairene Álvarez Rubido; Licenciada en Enfermería. Especialista en Enfermería Comunitaria. Dr. Yoire Isvel Llamas Arcia; Especialista de I grado de Obstetricia y Ginecología. Profesor Asistente. MSc. Jorge Luis Medina Espinosa; Licenciado en Enfermería. Máster en Enfermería. Profesor instructor.

Título original: Acciones para disminuir factores de riesgo del cáncer cérvico uterino en el área de salud Florencia

Consulte las notas a pie de página y las figuras de este artículo en el documento original. [Descargar aquí](#) en formato comprimido de MsWord (Zip).

Artículo originalmente disponible en: <http://vinculando.org/salud/disminuir-factores-de-riesgo-de-cancer-cervico-uterino.html>

Cuida nuestro planeta, por favor no imprimas este artículo a menos que sea realmente necesario.