**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA “TOMAS FRIAS”**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**“CARRERA DE ENFERMERÍA”**



**TITULO DE LA INVESTIGACION: CONTRIBUIR A LA DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO CON El PAPANICOLAU EN MUJERES DE 25 A 54 AÑOS DE EDAD EN EL DISTRITO 14 SE LA CIUDAD DE POTOSÍ GESTIÓN 2019**

**AREA:**  Salud

**CATEGORIA:** Estudiante

**AUTOR:** Univ. Andrea Quispe Ventura

**COAUTORES:** Lic. Elizabeth Canaviri

**GESTION:** 2019

**POTOSI – BOLIVIA**

**DEDICATORIA**.

A mi madre el pilar fundamental quien me ofrece todo su amor compresión quien sigue y acompaña mis pasos. A mi familia verdadera razón de mis esfuerzos quienes me apoyaron siempre en los buenos y malos momentos

**AGRADECIMIENTO**

A Dios, por habernos ayudado a escoger esta carrera que nos permita realizar una labor social de ayuda a la comunidad ya que sin el nada sería posible.

A la Facultad de Ciencias de la salud carrera de Enfermería donde hemos adquirido nuestra formación académica

A la Licenciada Elizabet Canaviri tutora del presente estudio, por la paciencia y afecto que nos demostró durante la realización del trabajo que, junto a sus amigables exigencias pedagógicas, Técnicas y Científicas, supo despertar en nosotras el espíritu de superación,

A todo el personal, administrativo y de servicio de la Carrera de Enfermería, con una especial mención a las licenciadas docentes tanto de la carrera de enfermería. Ellos supieron orientarme en cada paso dado y demostrarme que el esfuerzo tiene su recompensa en la superación del ser humano.

Y a cuantas personas han hecho posible la

realización del presente trabajo.

**INDICE GENERAL**

**1: INTRODUCCION…………………………………………………………............................... 1**

**2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA…………………………………………………………… 2**

**3. JUSTIFICACION………………………………………………………………………………………… 2**

**4. OBJETIVO GENERAL…………………………………………………………………………………. 3**

**5. OBJETIVO ESPECIFICO……………………………………………………………………………… 3**

**6. HIPOTESIS………………………………………………………………………………………………... 3**

**ESTRATEGIA METODOLOGICA…………………………………………………………………….. 4**

**2.1. ENFOQUE Y TIPO DE INVESTIGACION……………………………………………………… 4**

**2.1.1. ENFOQUE……………………………………………………………………………………………. 4**

**2.2.2. TIPO DE INVESTIGACION…………………………………………………………………….. 4**

**2.2. UNIVERSO……………………………………………………………………………………………… 5**

**2.2.1. IDENTIFICACION DE VARIABLES………………………………………………………….. 5**

**CAPITULO I…………………………………………………………………………………………………. 6**

* 1. **MARCO TEORICO……………………………………………………………………………… 6**
     1. **EPIDEMIOLOGIA…………………………………………………………………………… 6**
     2. **CANCER EN LAS AMERICAS……………………………………………………………. 8**
     3. **ETIOLOGIA……………………………………………………………………………………… 9**
     4. **DEFINICION DE CANCER CERVICO UTERINO…………………………………….. 10**
     5. **TIPOS DE CANCER CERVICO UTERINO……………………………………………… 12**
     6. **FACTORES DE RIESGO……………………………………………………………………….. 12**
     7. **SIGNOS Y SINTOMAS………………………………………………………………………….. 15**
     8. **EXAMEN DE DETECCION…………………………………………………………………… 15**
     9. **PROCEDIMIENTO DE LA TOMA………………………………………………………… 17**

**PREPARACION PARA LA TOMA……………………………………………………………………… 18**

**LO QUE SE SIENTE DURANTE LA TOMA…………………………………………………………. 19**

**FRECUENCIA QUE UNA MUJER DEBE REALIZARSE EL PAPANICOLAU…………….. 19**

**RAZONNES POR LA QUE SE REALIZA EL EXAMEN………………………………………….. 20**

**BARRERAS AL EXAMEN DE PAPANICOLAU…………………………………………………… 21**

**1.1.12. CAUSAS…………………………………………………………………………………………… 23**

**1.1.13. SINTOMAS………………………………………………………………………………………… 24**

**1.1.14. PREVENCION……………………………………………………………………………………… 24**

**1.1.15. RADIOTERAPIA…………………………………………………………………………………… 28**

**1.1.16. QUIMIOTERAPIA…………………………………………………………………………………. 28**

**CAPITULO II………………………………………………………………………………………………… 29**

**DIAGNOSTICO…………………………………………………………………………………………….. 29**

**2.1.1. RESULTADOS OBTENIDOS A TRAVES DE LA ENCUESTA………………………. 29**

**CAPITULO III……………………………………………………………………………………………….. 4O**

**PROPUESTA………………………………………………………………………………………………….. 40**

**RECOMENDACIONES……………………………………………………………………………………. 45**

**REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS…………………………………………………………………….. 46**

**ANEXOS…………………………………………………………………………………………………….. 50**

# Introducción

El Cáncer de Cuello de Útero (CCU) constituye un problema social porque afecta la salud individual y colectiva en el contexto mundial. Es el segundo cáncer más común entre mujeres y corresponde al 10% del total de nuevos casos de cáncer. Esa neoplasia refleja las desigualdades entre países pobres y ricos y las diferencias de acceso a los servicios de salud. En el contexto mundial, las tasas de incidencia y mortalidad por CCU son respectivamente de 15,2 y 7,8 por 100.000 mujeres. (1)

El Cáncer cérvido uterino interfiere en las condiciones de salud y en la calidad de vida de las mujeres, porque las afecta en su totalidad, incluyendo sexualidad, trabajo y producción económica y cultural, comprometiendo inclusive las relaciones familiares y sociales. (2)

La manera como el CCU afecta las mujeres puede ser observada en las diferencias de las tasas de incidencia, prevalencia y mortalidad, así como en las oportunidades de tratamiento y sobrevivida para las mujeres con ese diagnóstico en las diferentes regiones. La Organización Mundial de Salud (OMS) reconoce que es necesario mejorar los programas de detección y tratamiento del CCU, sin los cuales podrán ocurrir, en las próximas dos décadas, 2.072.136 muertes por esa causa, siendo cerca de 80 % de ellas en regiones en desarrollo,(3)de las cuales aproximadamente 70 mil muertes en América Latina e en las Islas del Caribe.(4) Considerando ese contexto, se desarrolló un estudio con el objetivo de analizar el cáncer de cuello de útero cono problema social.

En Bolivia el CaCu es la primera causa de muerte en mujeres en edad fértil en el país, el Virus del Papiloma Humano está presente en el 99% de los casos. Bolivia presenta una de las tasas más altas de casos y defunciones por CaCu a nivel mundial. El cáncer cérvico-uterino inicia silenciosamente y en la mayoría de los casos no presenta molestias, esto sumado a la baja demanda del Papanicolaou (PAP), contribuye a agravar la situación, ya que la mayoría de los casos se diagnostica tardíamente. (5)

El programa cáncer cérvico uterino en Potosí, el 0.1% del total de 823 mil habitantes en Potosí es afectado por el cáncer cérvico uterino, uno de los índices más altos en el departamento.  
Llallagua cuenta con una ley municipal para que las 10 mil mujeres en edad fértil se tomen la prueba de Papanicolau una vez al año como mínimo. La norma dispone que el gobierno municipal respalde con presupuesto la atención a la prevención y a quienes contrajeron el cáncer. (5)

En el distrito 14 de la ciudad de Potosí las mujeres en la gran mayoría son migrantes del área rural lo cual no se realizan el examen de Papanicolau por falta de conocimiento sobre el cáncer cérvico uterino. (6)

1. **Planteamiento del problema**

¿Como contribuir a la detección temprana del cáncer cérvico uterino con e Papanicolau en mujeres de 25 a 54 años de edad en el distrito 14 se la ciudad de Potosí gestión 2019?

1. **Justificación**

El cáncer cérvico uterino en las mujeres, representa un problema de salud pública por las consecuencias que con lleva a la mortalidad materna.

Es el segundo cáncer más común entre mujeres y corresponde al 10% del total de nuevos casos de cáncer. Esa neoplasia refleja las desigualdades entre países pobres y ricos y las diferencias de acceso a los servicios de salud. En el contexto mundial, las tasas de incidencia y mortalidad por CCU son respectivamente de 15,2 y 7,8 por 100.000 mujeres.

El cáncer cérvico uterino en las mujeres, se presenta a continuación en la ciudad de Potosí distrito 14.

1. **Objetivo general**

Proponer un programa educativo para contribuir a la detección temprana del cáncer cérvico uterino con el Papanicolau en mujeres de 25 a 54 años de edad en el distrito 14 de la ciudad de Potosí gestión 2019

1. **Objetivos específicos**

* Identificar los aspectos socio demográficos de las mujeres de 25 a 54 años de edad
* Determinar el nivel de conocimiento acerca de la toma de PAP y CaCu en mujeres de 25 a 54 años de edad
* Caracterizar los componentes de una estrategia educativa para sensibilizar a las mujeres de 25 a 54 años de edad

1. **Hipótesis**

Los factores que contribuyen a la detección temprana de cáncer cérvico uterino son de Tipo: personal, familiar, comunicacional y social.

# ESTRATEGIA METODOLOGICA

# 

* 1. **Enfoque y Tipo de investigación**
     1. **Enfoque**

El estudio es de un enfoque mixto cual cuantitativo

* **Enfoque cualitativo** El estudio del presente trabajo de Investigación nos permitió cuantificar la información y realizar el análisis estadístico de todos los datos recabados.
* **Enfoque cualitativo** Porque nos permitió analizar los datos en forma estadística obtenidos en el estudio a través de la encuesta.

### 7.1.2 Tipo de Investigación

**Prospectivo,** Porque se registraron en el momento que ocurrieron los fenómenos

**Transversal,** La secuencia del estudio fue de ese tipo ya que se realizó en un tiempo determinado, haciendo un corte en el mismo.

**Analítico. -**Porque en el presente trabajo de investigación de analizaran los datos obtenidos.

**METODOS TEORICOS**

**Deductivo – Inductivo** El método que guiará la investigación es el método inductivo – deductivo; es decir que permitió el análisis de la problemática de la toma de PAP

**Análisis**. -Que posibilita la descomposición de todos los datos que se obtuvieron mediante la encuesta.

**Síntesis. -**Se reunieron todos los datos analizados para poder presentar lo más importante del estudio.

**Métodos empíricos**

**Encuesta**

La utilización de este instrumento de investigación científica sirvió para la recopilación de datos de información de tipo escrito con el fin de recabar hechos, opiniones, juicios de valor y percepciones sociales que aplico las mujeres de 25 a 54 años de edad del distrito 14 de la ciudad de Potosí

**7.2. Universo**

El universo estuvo constituido por 200 mujeres del distrito 14 de la ciudad de Potosí y se trabajó con la totalidad de la población comprendidas entre los 25 a 54 años de edad.

* + 1. **Identificación de variables**
* **Variable dependiente.**

Detección temprana de cáncer cérvico uterino**.**

* **Variable independiente**:

Entorno social, familiar, comunicacional y sociocultural.

# CAPITULO I

MARCO TEORICO REFERENCIAL

El presente capítulo contiene las diferentes definiciones, conceptos, clasificación que sustentan el estudio sobre como contribuir a la detección temprana del cáncer cérvico uterino. Recientes estudios demuestran que las mujeres que no se realizan el Papanicolau son un grupo vulnerable de padecer la enfermedad y esto llevar a la muerte materna.

**1.1.1 EPIDEMIOLOGIA**

Aunque el cáncer invasivo de cuello uterino es una enfermedad potencialmente prevenible sigue siendo un problema de salud pública debido a que afecta con una frecuencia desproporcionada a los países menos desarrollados (83,1% de casos y 85,5% de muertes).1,2 Globalmente, esta entidad se diagnostica a 490.000 mujeres y causa 273.000 muertes anuales(11 ) Los programas de tamizaje que introdujeron a la citología del cuello uterino como herramienta fundamental en las actividades de prevención, ya han demostrado su efectividad en los países desarrollados.3 La probabilidad de cambio con el tiempo de una lesión observada en una citología es dependiente de su grado de compromiso inicial. El pronóstico de las mujeres con cáncer de cuello uterino varía según las características del tumor, del agente y de la paciente. El objetivo de este artículo es realizar una revisión de la información actual sobre algunos aspectos del cáncer cervical invasivo desde una perspectiva epidemiológica. (12)

Según el grado de desarrollo: Se estima que más del 80% de los casos y muertes atribuibles al cáncer del cuello uterino ocurre en las regiones en desarrollo. (13)

Las tasas crudas de incidencia son de 16,6 casos nuevos por 100.000 mujeres-año en las regiones menos desarrolladas y de 13,6 por 100.000 en las más desarrolladas; mientras que las de mortalidad son de 9,5 y 6,4 muertes por 100.000, respectivamente. Luego de comparar sus tasas estandarizadas por edad, los países con menos desarrollo tienen 1,8 veces más incidencia y 2,8 veces más mortalidad que los más desarrollados. (14)

Frecuencia y distribución del cáncer de cuello uterino. Según el grado de desarrollo: Se estima que más del 80% de los casos y muertes atribuibles al cáncer del cuello uterino ocurre en las regiones en desarrollo.2,4,5 Las tasas crudas de incidencia son de 16,6 casos nuevos por 100.000 mujeres-año en las regiones menos desarrolladas y de 13,6 por 100.000 en las más desarrolladas; mientras que las de mortalidad son de 9,5 y 6,4 muertes por 100.000, respectivamente. Luego de comparar sus tasas estandarizadas por edad, los países con menos desarrollo tienen 1,8 veces más incidencia y 2,8 veces más mortalidad que los más desarrollados. Según el país: Las tasas crudas de incidencia varían entre 1,4 (Siria) y 64,7 (Haití) casos nuevos por 100.000 mientras que las de mortalidad lo hacen entre 0,7 (Siria) y 37,6 (Lesoto) muertes por 100.000.2 La tabla 1 muestra las tasas crudas de incidencia y mortalidad de algunos países seleccionados y sus razones de tasas estandarizadas. Para el cálculo de estas razones, los autores de esta revisión utilizan como cifras de comparación las tasas estandarizadas de Colombia informadas en la base Globocan2002. (15)

Historia natural de la enfermedad Los estudios del cambio de las displasias con el tiempo han mostrado que las probabilidades de regresión a citología normal y de progresión a carcinoma in situ e invasivo son dependientes del grado de lesión obtenido en el examen de base. Según Holowaty6 existe una mayor probabilidad de progresión y de regresión de las lesiones citológicas durante los primeros dos años de seguimiento, en su estudio se observó un mayor riesgo de progresión a “al menos” carcinoma in situ en las mujeres con displasia moderada (riesgo relativo (RR) 8,1 IC95% 6,1-10,6) y severa (RR 22,6 IC95% 16,0- 32,1) que en aquellas con displasia leve; después de dos años, los riesgos de progresión fueron (IC95% 2,1-3,0) y 4,1 (IC95% 3,0-5,7), respectivamente. En cuanto a progresión a carcinoma invasivo durante los primeros dos años, se encontraron RR de 4,5 (IC95% 1,9-10,3) en mujeres con displasia moderada y 20,6 (IC95% 7,7-55,5) en aquellas con severa; después del período inicial, los riesgos de carcinoma invasivo fueron 2,0 (IC95% 1,3-3,1) y 5,6 (IC95% 2,8-11,6), respectivamente. En total, durante los dos primeros años, el 2,1% (IC95% 1,7%-2,4%) de las mujeres con displasia leve y el 16,3% (IC95% 15,0%-17,7%) de las mujeres con displasia moderada progresaron “al menos” a displasia severa. En este estudio, los riesgos pueden estar subestimados debido a pérdidas durante el seguimiento o a problemas inherentes a la toma y lectura de citologías. (16**)**

**1.1.2 Cáncer en las Américas**

• El cáncer es la segunda causa de muerte en las Américas.  
• En 2018 se registraron en la región 3.792.000 casos nuevos -el 21% del total mundial- y 1.371.000 defunciones por cáncer.  
• Se prevé que para 2030, la carga de cáncer aumentará en un 32% hasta más de 5.000.000 de personas diagnosticadas cada año en la región dado el envejecimiento de la población, la exposición a factores de riesgo y la transición epidemiológica.  
• Las tasas de incidencia de cáncer más elevadas se observan en Estados Unidos, Canadá, Uruguay, Puerto Rico, Barbados, Argentina, Brasil, Cuba, Jamaica y Costa Rica  
• Las tasas de mortalidad por cáncer más elevadas se observan en Uruguay, Barbados, Jamaica, Cuba, Argentina, Haití, Trinidad & Tobago, Surinam, Chile, y la República Dominicana.  
• En las mujeres, cada año se producen más de 1,8 millones de casos nuevos y alrededor de 658.000 defunciones de la región.  
• Los cánceres más frecuentes en las mujeres de las Américas son: mama (462.000 casos), pulmón (157.000), colorrectal (151.000), tiroides (98.000) y cuello uterino (72.000).  
• En los hombres, cada año se producen de la región casi 2 millones de casos nuevos de cáncer y alrededor de 713.000 fallecimientos.  
• Los cánceres más frecuentes en los hombres de las Américas son: próstata (425.000 casos), pulmón (186.000), colorrectal (157.000), vejiga (91.000) y linfoma no-hodgkin (67.000).  
• Las pruebas científicas actuales indican que un 40% de los cánceres se pueden prevenir mediante la reducción de los factores de riesgo (uso de tabaco, dietas deficientes en frutas y verduras y altas en carne roja y procesada, consumo de alcohol, inactividad física, sobrepeso y obesidad, exposición a carcinogénicos en el lugar de trabajo) y la vacunación (contra la hepatitis B y papilomavirus). (17)

El CaCU es el segundo cáncer más frecuente de distribución mundial que se presenta en la población femenina, con una estimación de 530 232 casos nuevos, de los cuales aproximadamente el 86 % (453 531 casos) se presenta en los países en desarrollo. De acuerdo con estimaciones de la OMS en 2008,2 la tasa estandarizada a nivel mundial es de 15.2 x 100 mil mujeres, solo por debajo del cáncer de mama (38.9 x 100 mil mujeres). Las tasas con mayor incidencia por CaCU se presentan en las regiones de África, sureste de Asia y las Américas, con intervalo de 30.7, 24.4 y 15.3 x 100 mil mujeres, respectivamente, que comparativamente con otras áreas geográficas de baja frecuencia llegan a ser mayores de 1.7 a 3.4 veces En los países de América Latina el CaCU es el segundo cáncer más común en mujeres. Los países con tasas de incidencia mayores de 30 x 100 mil mujeres son Guyana (44.7), Nicaragua (39.9), Honduras (37.8), El Salvador (37.2 x 100 mil), Bolivia (36.4), Paraguay (35.0), Perú (34.5), Venezuela (31.4) y Guatemala (30.5). Solo Chile y Puerto Rico presentan tasas menores de 15 x 100 mil mujeres (14.4 y 7.5, respectivamente). Los países más desarrollados muestran tendencias (18,**)**

**1.1.3 ETIOLOGÍA**

La infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH) es la causa principal del cáncer de cuello uterino. El VPH se contagia a través de las relaciones sexuales con la persona portadora; si a este factor se agrega otros factores que en conjunto puede aumentar aún más el riesgo de llegar a desarrollar cáncer de cuello uterino.

La infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH)• De alto riesgo como el de bajo riesgo puede causar desarrollo anormal del crecimiento celular del epitelio que reviste el canal del cuello uterino secretor de mucus, pero el 80-90% de las infecciones por el VPH curan espontáneamente después de algún tiempo sin ningún tratamiento.

El 80-90% de las infecciones por el Virus del Papiloma Humano (VPH)• No desarrollan en lesiones de bajo grado de las células escamosas maduras del epitelio de cuello uterino (NIC I), por ejemplo: verrugas genitales causadas por el VPH-tipo11 de bajo riesgo (condiloma acuminado, cresta de gallo) que se evalúan mediante colposcopia.

El 80-90% de las infecciones por el Virus del Papiloma Humano (VPH)• No evolucionan lentamente en lesiones de NIC grado II, en lesiones NIC grado III o en cáncer de cuello uterino al cabo de los años (10 a 15 años inclusive 20 años).

Tipos de Virus del Papiloma Humano (VPH) de alto riesgo• Existe más de cien tipos de virus de papiloma humano (VPH); siendo los principales tipos causantes de cáncer de cuello uterino el tipo 16 y 18. • Existe al menos 15 tipos de alto riesgo (de evolución muy lenta de NIC I a cáncer de cuello uterino) entre los que tenemos 16 ,18, 31, 33,35, 39 45 ,51, 52 ,56, 58 ,59, 68, 73, 82.

Tipos de Virus del Papiloma Humano (VPH) de bajo riesgo • Las verrugas genitales son causadas por el VPH-tipo 6 y por el VPH-tipo 11 ambos de bajo riesgo. Estos tipos de VPH también pueden producir verrugas en el cuello del útero, la uretra y el ano. Las verrugas anales de abuso sexual de un niño Múltiples verrugas genitales bulbares Verrugas pedunculadas

El 10-20% de las infecciones por el Virus del Papiloma Humano (VPH)• Son infecciones crónicas que genera alteración del funcionamiento genético de las células escamosas maduras del epitelio del cuello uterino (NIC I). • Esta alteración evoluciona lentamente en NIC II, en NIC III o en cáncer de cuello uterino al cabo de los años (10 a 15 años inclusive 20 años). (19)

**1.1.4 DEFINICIÓN DE CÁNCER DE CERVICO UTERINO**

El cáncer se origina cuando las células en el cuerpo comienzan a crecer en forma descontrolada. Casi cualquier célula del cuerpo puede convertirse en cáncer y propagarse a otras partes del cuerpo.

El cáncer de cuello uterino o cáncer cervical se origina en las células que revisten el cuello uterino, la parte inferior del útero (matriz). El feto crece en el cuerpo del útero (la parte superior). El cuello uterino conecta el cuerpo del útero con la vagina (el canal por donde nace el bebé).

El cuello uterino tiene dos partes diferentes y está cubierto con dos tipos diferentes de células.

* La parte del cuello uterino más cercana al cuerpo del útero se llama **endocérvix**y está cubierta por células **glandulares**.
* La parte próxima a la vagina, es el **exocérvix** (o **ectocérvix**) y está cubierta por células **escamosas**.

Estos dos tipos de células se encuentran en un lugar llamado **zona de transformación**.

 La ubicación exacta de la zona de transformación cambia a medida que usted envejece y si da a luz. La mayoría de los cánceres de cuello uterino se origina en las células de la zona de transformación. Estas células no se tornan en cáncer de repente, sino que las células normales del cuello uterino primero se transforman gradualmente con cambios precancerosos que se convierten en cáncer. Los doctores usan varios términos para describir estos cambios precancerosos, incluyendo neoplasia intraepitelial cervical (CIN, por sus siglas en inglés), lesión intraepitelial escamosa (SIL) y displasia. Estos cambios se pueden detectar mediante la prueba de Papanicolaou y se pueden tratar para prevenir el desarrollo de cáncer

Aunque los cánceres cervicales se originan de células con cambios precancerosos (precancerosa), sólo algunas de las mujeres con precancerosa de cuello uterino padecerán cáncer. Por lo general toma varios años para que un precáncer de cuello uterino cambie a cáncer de cuello uterino, aunque esto también puede ocurrir en menos de un año. En la mayoría de las mujeres, las células precancerosas desaparecerán sin tratamiento alguno. Aun así, en algunas mujeres los precánceres se convierten en cánceres verdaderos (invasivos). El tratamiento de todos los precánceres de cuello uterino puede prevenir casi todos los cánceres.

**1.1.5 Tipos de cáncer de cuello uterino**

Los cánceres de cuello uterino y los precánceres se clasifican según el aspecto que presentan al observarlos con un microscopio. Los dos tipos más comunes de cánceres de cuello uterino son el carcinoma de células escamosas y el adenocarcinoma.

* La mayoría (9 de 10 casos) de los cánceres de cuello uterino son **carcinomas de células escamosas**. Estos cánceres se originan de células en el exocérvix y las células cancerosas tienen características de las células escamosas cuando se observan con un microscopio. Los carcinomas de células escamosas se originan con mayor frecuencia en la zona de transformación (donde el exocérvix se une al endocérvix).
* La mayoría de los otros cánceres cervicales son **adenocarcinomas**. Los adenocarcinomas son cánceres que se originan de células glandulares. El adenocarcinoma cervical se origina en las células de las glándulas productoras de mucosidad del endocérvix. En los últimos 20 a 30 años, se ha notado que los adenocarcinomas cervicales parecen ser cada vez más comunes.
* Con menor frecuencia, el cáncer de cuello uterino tiene características tanto de los carcinomas de células escamosas como de los adenocarcinomas. Estos tumores se llaman **carcinomas adenoescamosos o carcinomas mixtos.**

Aunque casi todos los cánceres de cuello uterino son carcinomas de células escamosas o adenocarcinomas, otros tipos de cáncer también se pueden desarrollar en el cuello uterino. Estos otros tipos, tal como [melanoma](https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-piel-tipo-melanoma.html), [sarcoma](https://www.cancer.org/es/cancer/sarcoma-de-tejidos-blandos.html) y [linfoma](https://www.cancer.org/es/cancer/linfoma.html), ocurren con más frecuencia en otras partes del cuerpo.(20)

**1.1.6 FACTORES DE RIESGO**

La gran cantidad de estudios epidemiológicos, moleculares y experimentales realizados en la búsqueda de asociaciones causales ha demostrado que el VPH es el principal agente etiológico del CaCU. (21) Los primeros estudios mostraron una relación muy estrecha entre factores sexuales y reproductivos con la presencia de CaCU invasor y lesiones precursoras. Consistente con la etiología infecciosa, un importante efecto ha sido observado en mujeres que refirieron tener múltiples parejas sexuales y mostraron que tenían un exceso de riesgo dos y hasta 10 veces mayor cuando se identificaba un mayor número de parejas (más de 10 parejas). El inicio de la vida sexual antes de los 18 años se asoció con un exceso de riesgo que es entre 1.5 y 5 veces mayor y no mostró una relación lineal; de manera correlacionada, el primer embarazo en menores de esa edad presenta un impacto similar en el riesgo. Asimismo, los embarazos múltiples (más de tres) elevan significativamente el riesgo, aun después de ajustar por otros parámetros sexuales. (22,23) Las coinfecciones del VPH con otros agentes infecciosos de transmisión sexual, como Chlamydiatrachomatis, el virus herpes simple tipo 2 (HVS-2) y el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) posiblemente condicionen un efecto sinérgico que aumente las posibilidades de alteraciones celulares que conducen al desarrollo de una neoplasia. La infección por Chlamydia trachomatis y marginalmente el HVS-2 favorecen la entrada y persistencia de múltiples tipos de VPH, lo cual conduce a integración viral, inhibición de apoptosis, sobreexpresión de oncogenes E6/E7 y transformación celular. (24) Sin embargo, a la fecha los mecanismos de integración viral no están totalmente definidos. Recientemente se ha sugerido que el proceso inflamatorio juega un papel importante en el desarrollo de la carcinogénesis y sobre todo la integración viral en el VPH; se sugiere que las especies reactivas de oxígeno generadas durante el proceso inflamatorio pueden provocar rupturas en la cadena de DNA, lo cual permitiría la integración viral.(25,26) En mujeres infectadas con HIV la frecuencia de infección por VPH es de alrededor del 50 % y llega hasta el 75 % en edades de 25 a 34 años, casi cuatro veces mayor a la reportada en población sin riesgo. En este grupo de mujeres se observa una mayor frecuencia de infección relacionada con un menor conteo de células CD4 y mayor severidad de lesiones cervicales. (27) Entre las mujeres usuarias de anticonceptivos orales, el riesgo de CaCU aumenta con el incremento en la duración del uso (riesgo relativo —RR— para cinco años o más comparado con no usuarias, 1.9, IC 95 % 1.7-2.1).

El riesgo disminuye al mismo nivel de las no usuarias después de 10 años de suspender el uso. (28) En un estudio se observó que las mujeres usuarias de hormonas sexuales esteroideas tienen un efecto interactivo dependiente de un polimorfismo de la haptoglobina, una proteína que actúa en la modulación de la respuesta inmune local en epitelios. Se observó que en las portadoras del alelo 1 de la haptoglobina y usuarias de hormonales esteroideos el RR aumentó seis veces en relación con las no portadoras y las no usuarias. (29)

El tabaquismo, que es otro agente no infeccioso sino químico, es uno de los factores que se ha estudiado de manera importante en la asociación con el CaCU. Altas concentraciones de los constituyentes del tabaco en el moco cervical y las concentraciones séricas han mostrado una evidencia biológica en el desarrollo del CaCU. Se ha observado que la fracción del DNA en fase-S (como una medida de proliferación) estuvo correlacionada con la cantidad de cigarrillos fumados y el nivel sérico de progesterona. (30)

Virus de papiloma humano La infección genital por VPH es considerada como una de las infecciones más frecuentes de transmisión sexual (ETS) en la población mundial, presente sobre todo en mujeres jóvenes, aunque también están ampliamente difundidas entre adultos que han sido sexualmente activos. (31)

La infección del epitelio escamoso del tracto genital por diferentes tipos de VPH se manifiesta en forma clínica, subclínica o latente. La infección clínica por VPH se define como cualquier lesión visible en el epitelio o que causa síntomas. La infección subclínica no causa síntomas y puede diagnosticarse solo con ayuda del colposcopio o microscopio, mientras que la infección latente no se asocia con anormalidades del epitelio escamoso y puede ser detectada solo por virología. La historia natural de la infección por VPH demuestra que la resolución espontánea se presenta en el 90 % de mujeres inmunocompetentes en aproximadamente el curso de dos años. (32)

La tasa de infección en población femenina se estima en 40 % para mujeres de 20 a 29 años de edad y en población general independiente de la edad se reportan cifras de 13 a 15 %

16,17,27 cifras que exceden por mucho el número de casos de cáncer invasor estimado en menos del 0.01 %. Por otro lado, más del 98 % de los casos de cáncer invasor del cérvix uterino están asociados a algún tipo de VPH. Esta es la principal razón por la que se ha establecido que la infección por VPH es una causa necesaria pero no suficiente para desarrollar un cáncer invasor. (33)

Así se han determinado otros factores de riesgo que se asocian tanto a la adquisición de una infección por VPH como a su persistencia, condiciones que favorecen el subsecuente desarrollo de un cáncer invasor. Entre ellos se encuentran los tipos y subtipos virales, entre los que se identifican como los de mayor probabilidad para la persistencia de la infección los VPH 31, 16, 58 y 52. La carga viral, definida como el número de genomas de VPH presentes en las células, ha mostrado una correlación con la severidad de la enfermedad. Niveles mayores de VPH de alto riesgo fueron detectados en NIC3 y lesiones invasoras, comparados con los presentes en lesiones de bajo grado. (34)

**1.1.7 SIGNOS Y SINTOMAS**

Casi todas las mujeres no tienen síntomas en los primeros estadios de este tipo de cáncer. La oncóloga Isabel Bover indica que los síntomas no aparecen hasta que el cáncer se ha extendido a otros tejidos y órganos.

Las manifestaciones que puede tener la mujer son:

* Manchas de sangre o sangrado leve entre las menstruaciones o después de la misma.
* Dolor al mantener relaciones sexuales.
* Tener un sangrado menstrual más largo y abundante de lo normal.
* Sangrar después del coito o durante el examen pélvico en la consulta del ginecólogo.
* Aumento de la secreción vaginal.
* Sangrar después de la [menopausia](https://cuidateplus.marca.com/sexualidad/diccionario/menopausia.html).

La especialista señala que cuando aparecen estos síntomas, y aunque se parezcan a otros de patologías no tan graves, conviene que acuda al médico para comunicárselo con la mayor brevedad posible.

**1.1.8 Exámenes De Detección De Pre Cánceres De Cuello Uterino.**

**Definición.**

Es un examen bajo el microscopio de células tomadas por raspado de la punta del cuello uterino. El cuello uterino es la parte más baja del útero (matriz) que se abre en la parte superior de la vagina (35)

**Historia.**

Papanicolaou fue un patólogo que descubrió que las células tomadas superficialmente del cuello uterino y mediante un proceso de coloración ponían al descubierto células malignas en el cáncer de cuello uterino.

En 1933 se inició un período de investigaciones en la fisiología y la endocrinología sexual femenina. Durante esos estudios mientras clasificaba las células vaginales, Papanicolaou encontró células neoplásicas en los extendidos de mujeres con cáncer de útero. Papanicolaou se asoció con Trant otro patólogo, y juntos ahondaron en el problema del diagnóstico precoz de cáncer. Los ginecólogos conocedores del drama del cáncer avanzado, comenzaron pronto a interesarse en “las posibilidades de ese nuevo método”.

La aplicación del método citológico comenzó a difundirse, y las mejoras introducidas en las técnicas de obtención del material mediante aspiración endometrial y raspado del endocérvix (cuello del útero), permitieron un mayor acierto en el método y su aceptación ya sin reservas.

Exámenes de rutina en la población femenina aparentemente sana, demostraron sus alcances en la pesquisa del cáncer cervical uterino. (36)

**Generalidades de la citología cérvico vaginal o Papanicolaou**

Es una prueba sencilla indolora, gratuita en los Centros, puestos de salud., consultas externas de los hospitales de la red nacional de salud así como en centros de Convergencia de las Organizaciones no gubernamentales que trabajan en salud en el país, la cual se realizara cada 3 años en aquellas mujeres con dos citologías previas anuales consecutivas, con resultados negativos a infección por virus del papiloma humano, displasias o cáncer; las mujeres con los problemas anteriores, serán objeto de un seguimiento en el Instituto Nacional de Cancerología en clínicas privadas o en los hospitales Nacionales de acuerdo a cada situación personal de las mujeres, y cuando sean dadas de alta reiniciaran la periodicidad de sus chequeos para seguimiento. Las mujeres con resultados positivos a procesos inflamatorios inespecíficos deberán continuar con exámenes anuales hasta que haya resultados consecutivos negativos.

Para la toma satisfactoria de la citología cérvico vaginal es necesaria la observación directa del cuello uterino mediante el espéculo vaginal, tomando una muestra suficiente del exocérvix y endocérvix previo consentimiento informado a la mujer, y que no esté menstruando. El resultado del estudio citológico es descriptivo y debe ser informado de la siguiente manera: negativo a cáncer, negativo con proceso inflamatorio, displasia leve (NIC 1), displasia moderada (NIC 2), displasia grave (NIC3), cáncer del cuello uterino in situ, cáncer micro invasor e invasor, adenocarcinoma, maligno no especificado (37)

**Quién realiza la prueba de Papanicolaou**

El Papanicolaou puede ser realizado por el médico o la enfermera y/o personal competente o capacitado en los servicios de salud en el área preventiva, o de acuerdo a las normas institucionales, en el área hospitalaria es realizado por el médico con especialidad en ginecología y obstetricia apoyado por el personal de enfermería y también se realiza de acuerdo a normas de los hospitales.

**1.1.9. Procedimiento para la toma**

a.) Recepción e interrogatorio: informar a la paciente sobre el procedimiento que se le va a realizar e interrogar para llenar el formato de detección oportuna de cáncer.

b.) Preparar a la usuaria: invitarla a colocarse en la mesa de examen y auxiliarla para adoptar la posición ginecológica, cuidar la comodidad y la individualidad de la paciente.

c.) Material para la toma de muestra: fuente de luz adecuada, espéculo vaginal, guantes portaobjetos, lápiz, algodón, pinzas, solución salina, instrumento para la toma y fijador. Anotar en la parte distal de la laminilla las iniciales y/o nombre de la usuaria fecha o de acuerdo a normas.

d.) Procedimiento para la toma: colocarse guantes, realizar valoración ginecológica de los genitales externos. Colocar el espéculo vaginal sin lubricante con sumo cuidado para no lastimar a la paciente, separar los labios menores e introducir el espéculo, con una inclinación de 45 grados en relación con el piso de la vagina, abrir lentamente las valvas del espéculo y deslizando corrigiendo la posición para que quede paralelo al piso de la vagina, localizar el cuello y fijar las valvas del especulo.

e.) Técnica para tomar la muestra: debe tomarse primero la muestra del ectocérvix introduciendo la espátula de Ayre modificada por el extremo del bifurcado, colocarla en el orificio y girar 360 grados a la derecha haciendo una ligera presión. Se introduce la espátula por el extremo terminado en punta al canal endocervical, deslizando y girando a la izquierda 360 grados con una ligera presión.

f.) El cepillo endocervical solo debe usarse en los casos donde la zona de transformación no es visible, como el caso de las pacientes posmenopáusicas o en mujeres previamente tratadas por conización. No se use en mujeres embarazadas. Para obtener la muestra se introduce el cepillo en el canal endocervical y se da un giro de 90 grados. Se aconseja y está aprobado, el uso de dos instrumentos uno para ectocérvix (espátula) y otro para endocérvix (cepillo endocervical) realizar las dos tomas en forma separada.

g.) El material obtenido debe aplicarse en los dos tercios restantes, ocupando la mitad para el ectocérvix y la otra mitad para endocérvix, siendo esta en forma uniforme, a lo largo del eje mayor de la laminilla, en capa delgada, evitando los grumos.

h.) Técnica de fijación del material: fijarse en forma inmediata con aerosol, el cual debe esparcirse desde una distancia alrededor de 25 a 30 centímetros.

i.) Conclusión del procedimiento: retirar con cuidado el espéculo e indicar a la paciente que el procedimiento ha concluido. Anotar los hallazgos clínicos en el formato e indicar a la paciente fecha de entrega de resultado.

**Preparación para el examen**

Tomar en cuenta

* Está tomando algún medicamento o píldoras anticonceptivas
* Ha tenido una citología vaginal anormal
* Podría estar embarazada
* Dentro de las 24 horas anteriores al examen, evite
* Las duchas vaginales
* Tener relaciones sexuales
* Bañarse en la tina
* Usar tampones

Evite programar la citología mientras tenga el período (esté menstruando), ya que la sangre y las células del útero pueden afectar la precisión del examen. Orine justo antes del procedimiento. (38)

**Lo que se siente durante el examen**

Se puede sentir un poco de molestia, similar a los cólicos menstruales, y una sensación de presión durante el procedimiento. Además, puede sangrar un poco después del examen.

**Con qué frecuencia deberá una mujer hacerse la prueba de papanicolaou**

Las mujeres deben hablar con el médico sobre cuándo y con qué frecuencia se deberán hacer la prueba de Papanicolaou. Muchos doctores siguen las recomendaciones hechas por el American CollegeofObstetricians and Gynecologists, ACOG. En noviembre de 2009, el ACOG publicó directrices actualizadas que recomiendan que las mujeres se hagan su primera prueba de Papanicolaou a los 21 años de edad. Aunque las directrices previas recomendaban que las mujeres se hicieran dicha prueba por primera vez tres años después de haber empezado a tener relaciones sexuales.

Este nuevo enfoque es más conservador y ahora es recomendado por muchos grupos profesionales dado que las adolescentes presentan un riesgo muy bajo de cáncer de cérvix y una alta probabilidad de que las anomalías de las células cervicales desaparecerán por sí solas. Además, tratar anomalías que hubiesen desaparecido sin intervención podría causar angustia innecesaria. Asimismo, ciertos tratamientos presentan el riesgo de debilitar el cérvix y quizás aumenten ligeramente el índice de parto prematuro.

De acuerdo a las nuevas directrices del ACOG, las mujeres de 21 a 30 años de edad se deben hacer la prueba convencional de Papanicolaou o una citología líquida cada dos años. Las mujeres de 30 años o más que han recibido tres resultados negativos consecutivos (es decir, normales) de citología cervical se pueden hacer cualquiera de las pruebas una vez cada tres años. Asimismo, las mujeres mayores de 30 años pueden ser examinadas con una combinación de la prueba del papanicolaou y de la prueba de VPH; si reciben resultados negativos de ambas pruebas no necesitarán repetir las pruebas en tres años por lo menos.

Las directrices del ACOG notan también que las mujeres con ciertos factores de riesgo tal vez necesiten exámenes selectivos de detección más frecuentes. Dichos factores de riesgo comprenden infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), tener inmunosupresión, haber estado expuesta al dietilestilbestrol antes de nacer y haber recibido tratamiento para ciertas anomalías cervicales o para el cáncer.

Las mujeres de 65 a 70 años que han recibido resultados normales en al menos 3 pruebas de Papanicolaou y que no han recibido resultados anormales en pruebas de Papanicolaou en los últimos 10 años pueden optar por dejar de hacerse pruebas de Papanicolaou después de consultar con su médico. Las mujeres que han tenido una histerectomía (cirugía para extirpar el útero y el cérvix) no necesitan hacerse la prueba de Papanicolaou, a menos que la cirugía se haya llevado a cabo para tratar una afección precancerosa o cancerosa.

**Razones por las que se realiza el examen**

Con la citología vaginal, se pueden detectar afecciones cancerosas o precancerosas del cuello uterino. La mayoría de los cánceres invasivos del cuello uterino se pueden detectar a tiempo si las mujeres se hacen citologías vaginales (pruebas de papanicolaou) y exámenes de la pelvis.

Los exámenes de detección deben empezar dentro de los 3 años siguientes después de tener la primera relación sexual vaginal o hacia la edad de 21 años. Después del primer examen:

* La mujer debe hacerse una citología vaginal cada 2 años para buscar cáncer de cuello uterino.
* Si usted tiene más de 30 años o su citología vaginal ha sido negativa durante 3 veces consecutivas, el médico puede decirle que sólo necesita una citología vaginal cada 3 años.
* Si usted o su compañero sexual tienen otras parejas nuevas, entonces debe hacerse una citología vaginal cada 2 años.
* Después de la edad de 65 a 70 años, la mayoría de las mujeres pueden dejar de hacerse citologías vaginales siempre y cuando hayan obtenido tres resultados negativos en los exámenes dentro de los últimos 10 años.
* Si usted tiene un nuevo compañero sexual después de los 65 años, debe empezar a hacerse la citología vaginal nuevamente.

Las mujeres a quienes se les ha practicado una histerectomía total (extirpación del útero y el cuello uterino) y que no hayan tenido ningún antecedente previo de displasia cervical (células anormales), cáncer de cuello uterino o cualquier otro tipo de cáncer de la pelvis, posiblemente no necesiten hacerse citologías vaginales. (39).

**Barreras al examen de papanicolaou**

Las barreras culturales hacen que nuestras mujeres vayan con menos frecuencia a hacerse el chequeo. En los países desarrollados el 40% de las mujeres se hacen el chequeo y llevan el control, y nuestras mujeres no; están en un 5%”.

Dichas barreras culturales son: primero, la manipulación de los órganos reproductivos de la mujer, lo cual es muy delicado, por pena o por cuestiones naturales es renuente a una sistemática evaluación de sus órganos, así como el hecho de que las infecciones de transmisión sexual son factores de riesgo.

Entre los factores de riesgo principales para ser propensos a cáncer Cérvico uterino, son la edad de 25 a 64 años, haber tenido el primer coito antes de los 18 años, nunca haberse hecho el estudio, las infecciones de transmisión sexual frecuentes, haber tenido muchos hijos, un primer embarazo antes de los 15, tener múltiples parejas, o haber tenido infecciones del virus del papiloma humano (40)

**Riesgos**

No hay ningún riesgo implícito, pero puede haber excepciones después de realizar el examen como las siguientes.

* Sangrado vaginal.
* Flujo. (41)

**1.1.1.1 CANCER CERVICO UTERINO**

**Definición**

El cérvix o cuello uterinoes la parte inferior del**útero** que forma el canal que lleva a la **vagina**. La mucosa que recubre el cérvix está en continuidad con la vagina y se denomina ectocérvix, mientras que la que recubre el conducto o canal cervical que lleva hasta la cavidad del cuello uterino, se denomina endocérvix.

En este tipo de cáncer, la mayor parte de los tumores surgen en la zona donde se une el ectocérvix con el endocérvix dando lugar a carcinomas de células escamosas.

El cáncer se produce cuando **las células normales del cuello del útero empiezan a transformarse y crecen de manera descontrolada**

Iincidencia

Este tipo de cáncer es más frecuente en mujeres entre los 40 y los 55 años de edad. En la actualidad, es el sexto cáncer más frecuente en España, por detrás del de mama, pulmón, colorrectal, endometrio y ovario. De hecho, tal y como explica la oncóloga Isabel Bover, de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), este tipo supone el 3,7 por ciento de todos los cánceres femeninos, aunque su incidencia varía según la provincia.

“Las de menor incidencia son Navarra y Zaragoza con 4 o 5 casos por cada 100.000 habitantes”, afirma Bover. “La provincia con mayor incidencia es Baleares (concretamente Mallorca) con 13,6 casos por cada 100.000 habitantes”.

Las razones que explican que haya esta variación entre provincias se debe a las diferencias socioculturales de la población, como los hábitos sexuales, las dificultades para desarrollar programas de cribado o el mayor o menos número de parejas de la mujer.

A nivel mundial, las áreas con mayor mortalidad recaen en Latinoamérica, África y el Sudeste Asiático.

**1.1.1.2 Causas**

Existen algunos factores de riesgo que están relacionados con la incidencia del cáncer de cuello de útero. El más importante que participa en el desarrollo de lesiones premalignas es la infección por papilomavirus o virus del papiloma humano (VPH). Tal y como señalan desde SEOM, el VPH está presente en el 99 por ciento de los casos de cáncer de cérvix.

El VPH se transmite de persona a persona mediante las relaciones sexuales y el riesgo de infección aumenta si la actividad sexual comienza a edades tempranas, la mujer tiene muchos compañeros sexuales, o mantiene relaciones con un hombre que ha tenido muchas parejas, y mantiene una relación sexual con un hombre que tiene verrugas en El pene.

**“**La mayoría de las infecciones por VPH se resuelven espontáneamente”, afirma Bover. “Se desconocen los motivos por los que sólo algunas infecciones progresan a alteraciones malignas”.

El riesgo aumenta entre el final de la adolescencia y la mitad de los 30 años. Con 40 años la posibilidad de desarrollarlo sigue existiendo por lo que desde la sociedad recomiendan continuar con las citologías y chequeos para la detección precoz.

Otros factores que podrían causar este tipo de cáncer son:

* El consumo de tabaco: Las mujeres que fuman tienen dos veces más posibilidades de desarrollar el cáncer que las no fumadoras.
* La promiscuidad sexual: Las mujeres con muchas parejas sexuales o que mantengan relaciones sexuales con un hombre que ha tenido muchas parejas sexuales tienen más riesgo.
* Edad precoz de inicio de relaciones sexuales.
* Mujeres que tienen el sistema inmunológico debilitado por el uso de medicamentos utilizados en otras patologías, así como el tratamiento para el [VIH](https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/infecciosas/sida.html) u otros tipos de [cáncer](https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/cancer.html).
* Mujeres conherpes genital.
* Utilizar anticonceptivos orales aumenta las probabilidades de desarrollar cáncer de cuello de útero

**1.1.1.3 Síntomas**

Casi todas las mujeres no tienen síntomas en los primeros estadios de este tipo de cáncer. La oncóloga Isabel Bover indica que los síntomas no aparecen hasta que el cáncer se ha extendido a otros tejidos y órganos.

Las manifestaciones que puede tener la mujer son:

* Manchas de sangre o sangrado leve entre las menstruaciones o después de la misma.
* Dolor al mantener relaciones sexuales.
* Tener un sangrado menstrual más largo y abundante de lo normal.
* Sangrar después del coito o durante el examen pélvico en la consulta del ginecólogo.
* Aumento de la secreción vaginal.
* Sangrar después de la [menopausia](https://cuidateplus.marca.com/sexualidad/diccionario/menopausia.html).

La especialista señala que cuando aparecen estos síntomas, y aunque se parezcan a otros de patologías no tan graves, conviene que acuda al médico para comunicárselo con la mayor brevedad posible.

**1.1.1.4 Prevención**

Prevenir este tipo de cáncer es posible a través de la detección precoz de alteraciones celulares en la citología y administrando la **vacuna contra el VPH**.

En la actualidad hay dos formas comercializadas de la vacuna:

* **Gardasil** previene la aparición de displasias cervicales de alto grado, carcinomas cervicales, lesiones displásicas vulvares y vaginales de alto grado y verrugas genitales causadas por los tipos de VPH 6, 11, 16 y 18. Estos dos últimos tipos de VPH causan el 70 por ciento de las muertes por este tumor.

Esta vacuna se dirige a niñas y mujeres de entre 9 y 26 años siendo cien por cien eficaz en aquellas que no hayan mantenido relaciones sexuales y que, por tanto, no hayan estado expuestas al virus.

La Agencia Europea de Medicamentos (EMEA) estableció que su uso estaba contraindicado en el caso de pacientes con síndrome coronario agudo, como [angina](https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/enfermedades-vasculares-y-del-corazon/angina-pecho.html) o [infarto de miocardio](https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/enfermedades-vasculares-y-del-corazon/infarto-miocardio.html.html). Tampoco está recomendada en personas con enfermedad cardiaca isquémica y/o enfermedad arterial periférica, y su combinación con insulina debe darse sólo en casos excepcionales.

“Esta vacuna se administra mediante tres inyecciones intramusculares en un periodo de seis meses. La necesidad de revacunación dependerá de los resultados de los estudios que se están realizando en la actualidad”, señala Bover. “Existen datos que indican que la inmunidad contra el VPH dura un mínimo de 3 a 5 años”.

* **Cervarix** está igualmente indicada para la prevención de las lesiones premalignas del cuello de útero y del cáncer de cérvix, relacionados causalmente con los tipos 16 y 18 de VPH y ofrece además protección cruzada frente a los tipos 31, 33 y 45. Induce niveles de anticuerpos en un orden de magnitud mayor que los encontrados tras una infección natural en mujeres de hasta 55 años, aunque el nivel de anticuerpos en sangre es mayor en los intervalos de edad de entre 10 y 14 años.

Entre sus particularidades, presenta un innovador sistema adyuvante AS04, que confiere gran potencia y duración a la inmunización. Consta, al igual que Gardasil, de tres dosis, adquiridas en la farmacia.

**Tipos**

Dependiendo del origen del tumor existen dos tipos de cáncer de cérvix:

* **Carcinoma epidermoide**: Localizado en el ectocérvix y el fondo de la vagina. Este tipo se da en el 85 por ciento de los casos.
* **Adenocarcinoma**: Se origina en las células situadas en el canal cervical, en el interior del cuello del útero. Aparece en el 15 por ciento de las situaciones.

**Diagnóstico**

Las pruebas de Papanicolaou (Pap) pueden detectar de forma exacta y poco costosa hasta un 90 por ciento de los cánceres de cérvix, incluso antes de que aparezcan los síntomas. En consecuencia, el número de muertes por esta enfermedad se ha reducido en más del 50 por ciento.

Es recomendable que las mujeres se hagan su primera Pap cuando comienzan a ser sexualmente activas o a partir de los 18 años y que lo repitan sucesivamente una vez al año. Si los resultados son normales durante 3 años consecutivos, entonces la prueba puede espaciarse y realizarla cada 2 o 3 años, siempre que no se cambie el hábito de vida. Si todas las mujeres se sometieran a la Pap de forma periódica podrían eliminarse las muertes causadas por esta clase de cáncer. Sin embargo, casi el 40 por ciento de las mujeres de los países desarrollados no se hace la prueba regularmente.

Si se encuentra una masa, una úlcera u otra formación sospechosa sobre el cuello uterino durante una exploración pélvica, o si los resultados de las Pap indican una anomalía o cáncer, se debe realizar una biopsia (extracción de una muestra de tejido para examinarla al microscopio).

La muestra de tejido se obtiene durante una colposcopia, intervención terapéutica en la que se usa un tubo de visualización con una lente de aumento (colposcopio) para examinar el cuello interno del útero minuciosamente y escoger el lugar idóneo de la biopsia.

Se realizan dos clases de biopsia: la biopsia en sacabocados, en la que se extrae una diminuta porción del cuello uterino que se selecciona visualmente con el colposcopio, y el legrado endocervical, en el que se raspa el tejido del canal del cuello inaccesible visualmente. Ambos procedimientos son un poco dolorosos y producen una pequeña hemorragia, aunque juntos suelen proporcionar suficiente tejido para que el patólogo establezca un diagnóstico.

Si éste no resulta claro, se realiza una conización, en la que se extrae una mayor porción de tejido. Por lo general, esta biopsia se realiza mediante escisión electro quirúrgica en la propia consulta del médico.

Una vez que se ha establecido el diagnóstico, se deben determinar el tamaño y la localización exacta del cáncer (es decir, se realiza un estadiaje). El proceso se inicia con una exploración física de la pelvis y varias pruebas (cistoscopia, radiografía de tórax, paleografía intravenosa, sigmoidoscopia) para determinar si el cáncer cervical se ha extendido a otras estructuras circundantes o a partes más distantes del cuerpo. Asimismo, pueden realizarse otras pruebas, como una tomografía computarizada, un enema con papilla de bario y radiografías de huesos e hígado, dependiendo de las características de cada caso.

**Tratamientos**

Según la oncóloga Isabel Bover, la elección del tratamiento dependerá del tamaño del tumor, de la localización, del estado del paciente y de si quiere tener hijos.

Las opciones actuales son la cirugía y la radioterapia y, en algunas ocasiones, la quimioterapia. “La decisión sobre el tratamiento suele decidirse por consenso entre especialistas (ginecólogo, radioterapeuta y oncólogo médico)”, señala Bover. “La cirugía y la radioterapia son tratamientos locales que sólo afectan al área del tumor, mientras que la quimioterapia afecta a todo el cuerpo”.

**Cirugía**

Dependiendo del estadio de la enfermedad y de la extensión del tumor el especialista puede extirpar sólo el tejido maligno, el cuello cervical completo, el útero (preservando o no los ovarios y las trompas) y los ganglios linfáticos regionales.

Los tipos de cirugía que se pueden realizar según especifican desde SEOM son:

* **Conización**: Este método es una biopsia en cono que se realiza si el cáncer es micro invasivo.
* **Cervicectomía radical o traquelectomía**: Esta cirugía se utiliza para extirpar el cuello uterino y dejar intacto el útero, pero diseccionando de los ganglios linfáticos pélvicos. Puede utilizarse en mujeres jóvenes que desean preservar la [fertilidad](https://cuidateplus.marca.com/reproduccion/fertilidad/diccionario/fertilidad.html) y siempre que sea posible, según el tamaño del tumor. Este procedimiento ha logrado aceptación como alternativa a la histerectomía en estas situaciones.
* **Histerectomía**: Puede ser simple (sólo se extrae el útero y el cuello uterino) o radical (incluye la extirpación del útero y cuello uterino, parte superior de la vagina, el tejido el tejido que rodea al cuello del útero y los ganglios linfáticos pélvicos). En los casos en los que se extirpen las trompas de Falopio y los ovarios (opcional, según la edad de la paciente) se realizará de modo simultáneo a la histerectomía.
* **Exenteración pélvica**: Se extirpa el útero, vagina, colon inferior, el recto y/o la vejiga, si el cáncer se ha diseminado a estos órganos tras la radioterapia.

**1.1.1.5 Radioterapia**

La radioterapia puede utilizarse sola, como tratamiento único antes de la cirugía o en combinación de quimioterapia.

Este tipo de tratamiento puede tener efectos secundarios en la mujer y dependen de la dosis y de la parte del cuerpo donde se administre. Los más comunes son cansancio, piel seca o enrojecida, pérdida de apetito, náuseas, vómitos, molestias urinarias y [diarrea](https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/digestivas/diarrea.html). Estos efectos suelen desaparecer una vez que el tratamiento ha finalizado.

“Durante el tratamiento es aconsejable evitar las relaciones sexuales que se pueden reanudar transcurridas unas semanas desde que ha finalizado el tratamiento”, especifica Bover.

**1.1.1.7 Quimioterapia**

Suele administrarse para eliminar las células malignas por vía intravenosa para que se traslade al torrente sanguíneo con la finalidad de destruir las células que pudieran quedar tras la cirugía o radioterapia.

Los efectos secundarios más comunes son náuseas, vómitos, diarrea, fatiga, pérdida de apetito, leucocitos o hemoglobina bajos, sangrado o hematomas, adormecimiento o cosquilleo en manos y pies, dolor de cabeza, pérdida del cabello y oscurecimiento de la piel y las uñas. Estos síntomas no aparecen de forma simultánea y suelen desaparecer al finalizar la terapia.

Otros posibles efectos son que la paciente puede tener imposibilidad para quedarse embarazada y menopausia prematura

CAPITULO II

# DIAGNÓSTICO

En este capítulo se analizan, los resultados sobre la detección temprana de cáncer cérvico uterino con el Papanicolau en mujeres del distrito 14 de la ciudad de Potosí.

**2.1.1 Resultado obtenido a través de las encuestas**

De esta manera se explica la encuesta y se analiza los resultados para conocer cómo sensibilizar sobre la detección temprana de cáncer cérvico uterino con el Papanicolau.

La estrategia de análisis comprendió análisis exploratorio de los datos descriptivos de la muestra, Para el análisis se utilizó el paquete estadístico SPSS 2.0.

# Tabla 1. Estadísticos demográficos de las mujeres del distrito 14 de la ciudad de Potosí

# 

**Fuente elaboración propia en base de la encuesta**

**Interpretación. -** El 61% mujeres comprendidas entre las edades de 36 a 54 años de edad, y el 39 % mujeres entre las edades de 25 a 35 años del distrito 14 de la ciudad de Potosí.

**Análisis. -** Según las encuestas realizadas las mujeres de 36 a 54 años son de mayor porcentaje del distrito 14 de la ciudad de Potosí.

# Gráfico 2 Religión al que pertenecen las mujeres del distrito 14 de la ciudad de Potosí

# 

**Fuente elaboración propia en base de la encuesta**

**Interpretación. -** El 73.23%son de religión católica, 18.18% religión cristiana

otros 8.59%.

**Análisis. -** En el gráfico evidencia que son de religión católica resaltando en mayor porcentaje en mayor porcentaje seguido de religión cristiana.

# Gráfico 3. Conocimiento sobre Papanicolau en las mujeres de 25 a 54 años de edad del distrito 14 de la ciudad de Potosí

**Fuente elaboración propia en base de la encuesta**

**Interpretación. -** El conocimiento sobre el tema de sexualidad una enfermedad 38.50%, una prueba ginecológica 38.50%, una prueba radiológica 7%, no sabe 16%.

# Análisis. - El porcentaje entre una enfermedad 38.50% prueba ginecológica lo cual nos llama la atención por la mala información acerca de esta enfermedad ya que podemos prevenirla y evitar la muerte materna.

# Gráfico N 4. Importancia sobre el examen de Papanicolau en mujeres de 25 a 54 años de edad del distrito 14 de la ciudad de Potosí

# 

**Fuente elaboración propia en base de la encuesta**

# Interpretación. - El 52.50% de las mujeres creen que no si es importante el examen de Papanicolau y en un porcentaje de 47.50% si la creen importante.

# 

# Análisis. - El gráfico nos indica que en un mayor porcentaje no lejos responden que no es importante el examen de Papanicolau a pesar de que es gratuita este examen.

# Lo cual nos afirma que las mujeres del distrito 14 de la ciudad de Potosí están en riesgo de padecer de la enfermedad silenciosa llamada Cáncer cérvico uterino.

# Esto por falta de sensibilización y o comunicación por parte de la sociedad.

# Gráfico N 5. Razón por la cual no se realizan el examen de Papanicolau las mujeres del distrito 14 de la ciudad de Potosí.

**Fuente elaboración propia en base de la encuesta**

# 

# Interpretación. - En el gráfico podemos observar que el 69.50% no se realiza el examen de Papanicolau por falta de tiempo, 16% falta por de conocimiento y el 14. 50 % por temor al personal de Salud.

# Análisis. - Analizando por qué las mujeres no se realizan el examen del Papanicolau en un mayor porcentaje es porque no tienen tiempo suficiente para acudir a un centro de salud más cercano a su distrito lo cual por falta de conocimiento sobre la importancia de dicho examen puede llevar a un problema mayor que es el cáncer cérvico uterino.

# Quizá por falta de promoción por parte del área de Salud de este distrito.

# Gráfico 6. Conocen Que es cáncer Cérvico uterino las mujeres de 25 a 54 años de edad del distrito 14 de la ciudad de Potosí

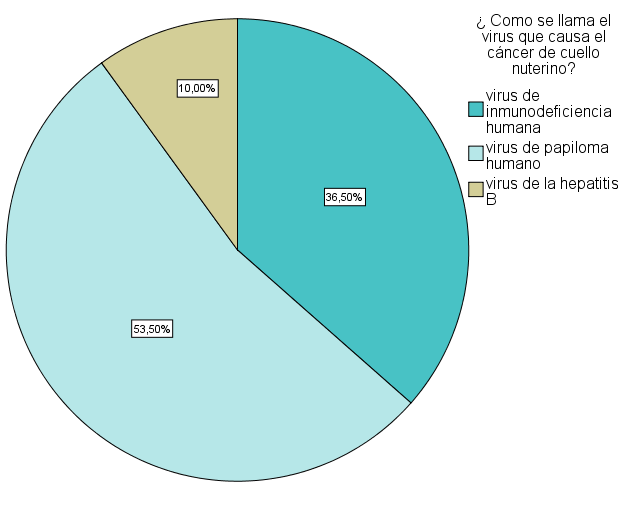
# 

**Fuente elaboración propia en base de la encuesta**

# Interpretación. - El 65 % si conocen que es el cáncer cérvico uterino, el 35% desconoce sobre este tema.

**Análisis. -**  Se puede establecer en el gráfico el mayor porcentaje que si conocen el cáncer cérvico uterino, pero no lo realizan dicho examen las mujeres del distrito 14 por falta de sensibilización y poca información sobre la enfermedad ya que esta se presenta de manera silenciosa.

**Gráfico 7. Cuál es el Nombre del virus que Causa el cáncer cérvico uterino en las mujeres que ya iniciaron su vida sexual entre los 25 a 54 años de edad del distrito 14 de la ciudad de Potosí**

****

**Fuente elaboración propia en base de la encuesta**

# Interpretación. - El 53.50% de personas que, si conocen el nombre del virus del papiloma Humano, el 36.50% virus de inmunodeficiencia humana, el 10% Virus de la Hepatitis B, comprendida por mujeres.

**Análisis. -** Este aspecto es muy importante para tomar en cuenta el número de mujeres que conocen el nombre del virus. Además, así poder prevenir enfermedades posteriores y poder sensibilizarse sobre la importancia de dicha enfermedad.

# Gráfico 8. Normas que deben cumplir las mujeres antes de realizarse el examen del Papanicolau

**Fuente elaboración propia en base de la encuesta**

# Interpretación. - Como se pudo recabar los resultados previa aplicación de los instrumentos. El gráfico nos indica que si conocen los requisitos para realizarse un examen de Papanicolau en 65.50% y en un 34.50%, desconoce sobre este aspecto.

**Análisis. -** El cáncer cérvico uterino es una enfermedad que se contrae por medio de infección con el virus del papiloma humano, lo cual las mujeres si conocen los requisitos para poder realizarse sin embargo no lo realizan por descuido de su propia salud.

# Gráfico 9. Frecuencia que deben realizarse el examen del Papanicolau las mujeres

# Fuente elaboración propia en base de la encuesta

# Interpretación. - El grafico 9 nos indica que 56.50% deben realizarse cada mes, el 21.50% de 2 a tres años, y el 20% cada año.

# Análisis. - La falta de conocimiento sobre la importancia, la frecuencia del examen del Papanicolau conlleva a una irresponsabilidad sobre realizarse este examen así poder prevenir la enfermedad silenciosa materna y dejar a los niños menores en orfandad.

# Gráfico 10 Tiempo en el que se realizaron el examen del Papanicolau las mujeres del distrito 14 de la ciudad de Potosí

# 

**Fuente elaboración propia en base de la encuesta**

# Interpretación. - EL 52% de mujeres no se realizaron el examen del Papanicolau, el 42.50 un año atrás, y hace meses el 5.50%.

**Análisis. -** El gráfico nos indica que aún existe mujeres que no se realizaron el examen del Papanicolau esto por falta de sensibilidad a así misma y otro factor sin embargo la detección temprana de Cáncer cérvico uterino se puede realizar con compromiso por parte de la sociedad y así poder prevenir hechos lamentables que afecte a las mujeres ya que ellas están en riesgo de padecerla.

# CAPITULO III

# PROPUESTA

# 

Resulta innecesario recalcar la importancia del problema de Como contribuir a la detección temprana del cáncer cérvico uterino con el Papanicolau en mujeres de 25 a 54 años de edad en el distrito 14 se la ciudad de Potosí gestión 2019

se supone que estamos todos convencidos de la importancia de este problema y nuestra gran preocupación debe consistir en encontrar la manera más adecuada para ayudar a resolver este serio asunto. Todos estamos seguramente de acuerdo en que cualquier medida efectiva encaminada a mejorar esta situación debe estar precedida de un estudio concienzudo del problema, a fin de sensibilizar la gravedad, investigando al mismo tiempo las causas que pueden provocar. Dentro del extenso campo de la comunicación humana, la relación interpersonal y el contacto cara a cara son las expresiones más importantes cuando se trata de relacionarnos eficazmente. La aplicación de esta sensibilización se dará en el distrito 14 de de la ciudad de Potosí ya que es un área vulnerable.

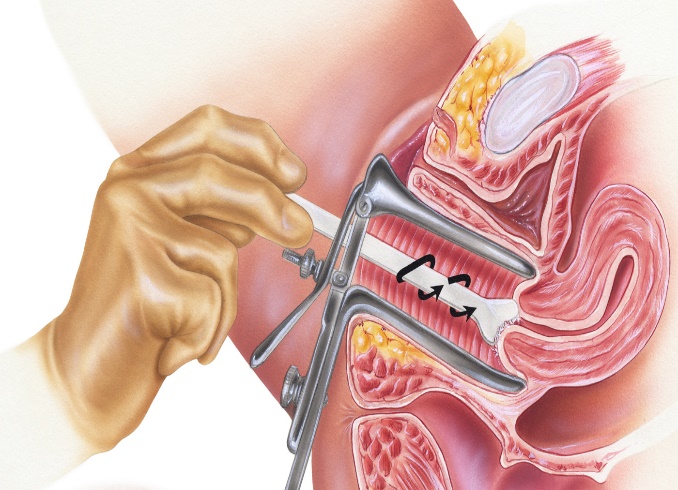
La sensibilización sobre la detección temprana de cáncer cérvico uterino es importante conocer que el Papanicolau es una prueba de gran importancia así poder prevenir la mortalidad materna.

**Objetivo**

Sensibilizar a las mujeres sobre la importancia del examen de Papanicolau y poder detectar el cáncer cérvico uterino mediante la implementación de intervenciones estratégicas de promoción de la salud, prevención, detección temprana, y diagnóstico, del cáncer de cuello uterino.

**¿Qué es un Papanicolau?**

El Papanicolau o citología del cuello de útero es una prueba o examen que se hace a las mujeres, cuyo fin es detectar en forma temprana alteraciones del cuello del útero, que posteriormente pueden llegar a convertirse en cáncer.

 **¿Cómo se hace?**

Para obtener la muestra se utiliza un aparato médico llamado espéculo, que se coloca dentro de la vagina, para así poder tomar una muestra de células o " agüita espesa", que luego se extiende en una lámina de vidrio y que se manda al laboratorio para ser analizada.

**¿Cuáles son los requisitos para el Papanicolaou?**

* No estar en el período menstrual (regla).
* No haber tenido relaciones sexuales las 48 horas anteriores
* No haberse realizado duchas vaginales en el lapso de 48 horas antes.
* No haberse aplicado ningún tratamiento médico vaginal (óvulos o cremas), Durante las últimas 48 horas

**¿Es doloroso?**

La prueba **no** es dolorosa. Mantener una actitud positiva será de mucha utilidad para que el examen transcurra sin ningún inconveniente.

Se recomienda estar relajada y sobre todo, eliminar los nervios.

**¿Quiénes deben realizarse este examen?**

Todas las mujeres con 20 años o más, sin excepción, y las menores de 20 años que hayan mantenido relaciones sexuales.

En el caso de las mujeres que son vírgenes, la muestra para el examen se tomará con un instrumento especial para ellas. **El Papanicolau no quita la virginidad.**

**¿Quiénes tienen más peligro de adquirir cáncer uterino?**

Todas las mujeres corren riesgo, sin embargo se presentan más en:

* Mujeres que iniciaron su vida sexual a temprana edad (menores de 20 años)
* Mujeres con múltiples compañeros
* Mujeres mayores de 45 años de edad

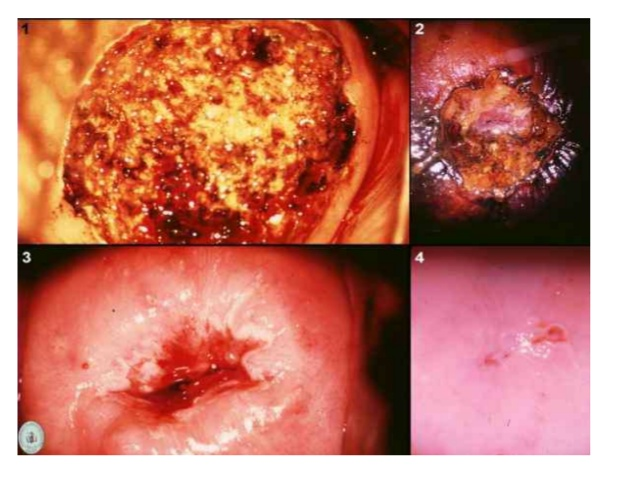
**¿Cada cuánto debe realizarse?**

Debe realizarse **cada año**si los resultados son normales. Si se presenta alguna anomalía, el médico indicará cuándo debe volver a hacérselo.

**¿Qué pasa si el Papanicolau es anormal?**

Un resultado anormal, quiere decir que sí existe una lesión, la cual si no es tratada a tiempo puede transformarse en una no curable.

Si se encuentra una lesión, la paciente será transferida a un especialista en oncología



**Cáncer de cuello de la matriz o cáncer cervicouterino**

Es el crecimiento anormal de las células que se encuentran en el cuello de la matriz. Al inicio las lesiones son tan pequeñas que no se pueden ver a simple vista y duran así varios años.

Cuando el cáncer está en una etapa avanzada se puede ver a simple vista en la exploración ginecológica o causar otras molestias, entre ellas, el sangrado anormal después de la relación sexual, entre los periodos menstruales o después de la menopausia, aumento del flujo de sangrado vía genital con mal olor, dolor de cadera y pérdida de peso.

Cuando apenas inicia, el tratamiento puede ser con cirugía quitando la matriz o con radioterapia y quimioterapia en los casos más avanzados.

Cualquiera de los siguientes podría ser un signo o síntoma de cáncer de cuello uterino:

* Manchas de sangre o sangrado leve entre o después de la menstruación
* Sangrado menstrual que es más prolongado y abundante que lo habitual
* Sangrado después del coito, el lavado genital o el examen pélvico
* Mayor secreción vaginal
* Dolor durante las relaciones sexuales
* Sangrado después de la menopausia
* Dolor de espalda y/o pélvico persistente y sin razón aparente

Debe informar a su médico si presenta cualquiera de estos síntomas. Cuando aparezcan estos síntomas, es importante hablar sobre ellos con el médico aun cuando se asemejen a los síntomas de otras enfermedades menos graves. El diagnóstico y el tratamiento tempranos, especialmente en los primeros estadios del cáncer o en la etapa precancerosa, mejoran las posibilidades de prevenir o curar el cáncer.

**El tratamiento depende de la etapa**

Los tratamientos incluyen cirugía, radioterapia y quimioterapia.

**Procedimiento médico**

Radioterapia de rayos externos, Braquiterapia, Procedimiento de extirpación electroquirúrgico de lazo, Radioterapia y Conización

**Medicamentos**

Quimioterapia

**Cirugía**

Histerectomía, Cervicectomía, Criocirugía, Linfadenectomía y Disección del ganglio linfático retroperitoneal

**Especialistas**

Médico ginecólogo y obstetra, Oncólogo, Especialista en oncología radioterapéutica y Médico de atención primaria

Consulta a un médico para recibir asistencia.

# 

**RECOMENDACIONES**

Tomando en cuenta los resultados y las conclusiones a que se arribó en el presente estudio se exponen las siguientes recomendaciones:

* es importante crear espacios de comunicación entre personal capacitado que aborden temas dirigidos sobre la importancia del Papanicolau.
* Orientar el tema de cáncer cérvico uterino a las mujeres del Distrito 14 de la ciudad de Potosí.
* Es importante sensibilizar a las mujeres sobre la importancia del Papanicolau y poder detectar a tiempo la enfermedad del cáncer cérvico uterino y evitar la muerte materna, mencionando que este examen es gratuito y accesible en su centro de Salud más cercano a este distrito.

# REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1.- Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. Globocan 2008, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase n. 10. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 2010

2.-.Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. Globocan 2008, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase n. 10. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 2010

3.-Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. Globocan 2008, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase n. 10. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 2010

4. [acesso 10 de novembro de 2009].Artigo de revista em Internet. Zeferino LC. O desafio de reduzir a mortalidade por câncer do colo do útero. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2008

5.[programa-mundial-conjunto-de-las-naciones-unidas-sobre-la-prevencion-y-el-control-del-cancer-cervicouterino.](https://www.paho.org/bol/index.php?option=com_content&view=article&id=2056:programa-mundial-conjunto-de-las-naciones-unidas-sobre-la-prevencion-y-el-control-del-cancer-cervicouterino-apoyara-a-bolivia&Itemid=481)

6.-[radiopio12.com.bo/index.php/en-la-mira/3188-14-mujeres-afectadas-por-c%C3%A1ncer-c%C3%A9rvicouterino-en-llallagua.anuncian-nuevacampa papanicolau](http://www.radiopio12.com.bo/index.php/en-la-mira/3188-14-mujeres-afectadas-por-c%C3%A1ncer-c%C3%A9rvicouterino-en-llallagua-y-unc%C3%ADa-este-2018-anuncian-nueva-campa%C3%B1a-de-papanicolau).

7. Jensen AB, Lancaster WD: Papillomavirus and human cancer. Boca Raton: CRC Press, 1990.

8. IARC Working Group on the evaluation of the carcinogenic risks to humans. Human Papillomavirus. Vol 64 of IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to humans. Lyon: International Agency for Research on Cancer, World Health Organization, 1995.

9. Lorincz AT, Reid R, Jenson AB y cols: Human Papillomavirus Infection of the cervix: relative risks association of 15 common anogenital tipes. ObstetGynecol 1992; 79: 328-37.         [ [Links](javascript:void(0);) ]

10. Lethinen M, Dillner J, Kmekt P y cols: Serologically diagnosed infection with human papillomavirus type 16 and risk for subsequent development of cervical carcinoma: a nested case-control study. BMJ 1996; 312: 537-9.

11.- Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM. GLOBOCAN 2002: Cancerincidence, mortality and prevalenceworldwide, version 2.0. IARC Cancer Base N.º 5. Lyon, France: IARC Press; 2004.

12.- Sankaranarayanan R, Budukh AM, Rajkumar R. Effective screening programmesfor cervical cancer in low- and middle-incomedevelopingcountries. Bull WorldHealthOrgan2001;79:954-62.

13.- Restrepo HE, González J, Roberts E, Litvak J. Epidemiología y control del cáncer de cuello uterino en América Latina y el Caribe. Bol Ofi cina SanitPanam1987;102:578-93.

14.- Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM. GLOBOCAN 2002: Cancerincidence, mortality and prevalenceworldwide, version 2.0. IARC Cancer Base N.º 5. Lyon, France: IARC Press; 2004.--

15.- Holowaty P, Miller AB, Rohan T, To T. Natural historyofdysplasiaoftheuterinecervix. J NatlCancerInst1999.

16.- WorldHealthOrganization. Cervicalcancer control in developingcountries: memorandumfrom a WHO meeting. Bull WorldHealthOrgan1996.

17.- Plan de acción sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino 2018.

18.- International Agency forResearchonCancer. WorldHealthOrganization. [Internet]. GLOBOCAN 2008. Estimatedcancerincidence, mortality, prevalence and disability-adjustedlifeyearsworldwide in 2008

19.- Giuliano AR, Harris R, Sedjo RL, 2002: Incidence, prevalence and clearanceoftype–specific human papillomavirusinfections; The Young Women’sHealthStudy. J. InfectDis. 186.

20.- . Instituto Nacional de Cáncer de los Institutos de cáncer de EEUU Publicación Lo que necesita saber del cáncer de cérvix 2012

21.- De Martel C, Ferlay J, Franceschi S, Vignat J, Bray F, Forman D, et.al. Global burdenofcancersattributabletoinfections in 2008: a review and syntheticanalysis.

22.- Bosch FX, de Sanjosé S. Theepidemiologyof human papillomavirusinfection and cervical cancer. DisMarkers 2007; 23(4):213-27. Texto libre: http://www. ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3850867/

23.-Thulaseedharn JV, Malila N, Hakama M, Esmy PO, Cheriyan M, Swaminathan R, et.al. Socio demographic and reproductiveriskfactorsfor cervical cancer - a largeprospectivecohortstudyfrom rural India. AsianPac J CancerPrev 2012.

24.- Paba P, Bonifacio D, Di Bonito L, Ombres D, Favalli C, Syrjänen K, Ciotti M. Co-expressionof HSV2 and Chlamydia trachomatis in HPV-positive cervical cáncer and cervical intraepithelia neoplasia lesionsisassociatedwithaberrations in key intracelular pathways.

25.- Williams VM, Flippova M, Soto U, Duerksen-Hughes PJ. HPV-DNA integration and carcinogenesis: putative roles forinflammation and oxidative stress. Future Virol. 2011 Jan 1;6(1):45-57.

26. Bhatla N, Puri K, Joseph E, Kriplani A, Iyer VK, Sreenivas V. Associationof Chlamydia trachomatisinfectionwith human papillomavirus (HPV) & cervical intraepithelial neoplasia –

27.- Singh DK, Anastos K, Hoover DR, Burk RD, Shi Q, Ngendahayo L, Mutimura E, Castle P. Human papillomavirusinfection and cervical cytology in HIV-infected and HIV-uninfectedRwandanwomen. J Infect

28.- International CollaborationofEpidiesof Cervical Cancer. Cervical cancer and hormonal contraceptives: collaborativereanalysisof individual data for 16573 womenwith cervical cancer and 35 509 womenwithout cervical cancerfrom 24 epidemiologicalstudies. emiologicalStud

29.- Bicho MC, Pereira da Silva A, Matos A, Medeiros SR, Diamantino BM. Sex steroid hormones influencetheriskfor cervical cáncer: modulationbyhaptoglobingeneticpolymorphism. Cancer Genet Cytogenet 2009;191(2):85-89.

30.- Helberg D, Stendahl U. Thebiological role of smoking, oral contraceptive use and endogenous sexual steroid hormones in invasivesquamousepithelial cervical cancer. Anticancer

31.- Forman D, de Martel C, Lacey CJ, Soerjomataram I, Lortet-Tieulent J, Bruni L, et.al. Global burdenof human papillomavirus and relateddiseases. Vaccine.

32.- . Moscicki AB, Schiffman M, Kjaer S, Villa LL. Chapter 5: Updatingthe natural historyof HPV and anogenital cancer

33.- Walboomers JM, Jacobs MV, Manos MM, Bosch FX, Kummer JA, Shah KV, et.al. Human papillomavirusis a necessary cause ofinvasive cervical cancerworldwide. J Pathol 1999

34.- Arguero, García, Álvarez, Montaño y Duran. Documento Inforativo. Actitudes relacionadas con el Papanicolaou. 2015.

35.-Pinho AA, França-Júnior I. Prevenção do câncer de colo o útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolaou. RevBrasSaúde Mater Infant. 2003.

36.- . Mclntyre-Seltman, Kathleen. Papanicolaou Anormal. Norteamerica : s.n., 1995. 2. Social., Ministerio de Salud Pública y Asistencia. Normas de Atención del Segundo nivel. Guatemala, Centro América. : s.n., 2010.

37.- Pinho AA, França-Júnior I. Prevenção do câncer de colo o útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolaou. RevBrasSaúde Mater Infant. 2003.

38.- ¿Por que no me hago el papanicolaou? Miranda, Valenzuela y. Chile 2006.

39.- . Pinho AA, França-Júnior I. Prevenção do câncer de colo o útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolaou. RevBrasSaúde Mater Infant. 2003.

40.- Arguero, García, Álvarez, Montaño y Duran. Documento Inforativo. Actitudes relacionadas con el Papanicolaou. 2015.

41.-Arzuaga M, De Lourdes M, De Azevedo V. El cáncer de cuello de útero: un problema social mundial. Rev. Cubana Enfermería 2012.

42.- .Arguero, García, Álvarez, Montaño y Duran. Documento Inforativo. Actitude

# 

# ANEXOS

**ENCUESTA**

Esta encuesta es personal y anónima solo quiero conocer sobre la detección temprana del cáncer cérvico uterino con el Papanicolau

**DATOS SOCIO CULTURALES**

**EDAD …………………**

**IDIOMA** Castellano Quechua Otros

**RELIGIÓN** Católica Cristiano Otros

**GRADO DE INTRUCCIÓN**

Primaria secundaria técnico medio Otros.

**DATOS DE CONOCIMIENTO**

**1.- Para Usted que es el Papanicolau?**

1. Una enfermedad
2. Una prueba ginecológica
3. Una prueba radiológica
4. No sabe

**2.- ¿Usted sabe la importante del examen del PAP?**

**Si No**

**3.- ¿Para qué sirve el Papanicolaou?**

a) Detectar el cáncer general

b) Detectar el cáncer de cuello uterino

c) Detectar el VIH-SIDA

**4.- ¿Usted se realizó el examen del PAP?**

**Si No**

**5.- ¿Cual la razón por lo no se realizó este examen del PAP?**

a) Por falta de tiempo

b) Falta de conocimiento

c) Por miedo al personal de salud

**6.- ¿Conoce que es cáncer cérvico uterino?**

**Si No**

**7.- ¿Cómo se llama el virus que causa el cáncer de cuello uterino?**

a) Virus de inmunodeficiencia humana

b) Virus del papiloma humano

c) Virus de la hepatitis B

**8.- Usted sabe cuáles son los requisitos del examen del Papanicolau**

**SI No**

**9. ¿con que frecuencia se deben realizarse el Papanicolaou las mujeres sin factor de riesgo?**

a) Cada mes

b) Cada año

c) Cada 2 o 3 años

**10.- ¿Hace cuánto tiempo se realizó el examen de Papanicolau?**

a) Hace meses

b) Un año atrás

c) nunca

**¡¡GRACIAS!!**

