



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI  
FACULTAD DE ENFERMERIA**

**PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA PREVENCIÓN DEL CANCER  
CERVICOUTERINO**

**TESIS  
TRABAJO RECEPCIONAL  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA**

**PRESENTA:  
LINDA SUHAIL RUIZ PATIÑO**

**ASESOR:  
M.E.A. SANDRA OLIMPIA GUTIÉRREZ ENRÍQUEZ**

**NOVIEMBRE DE 2003  
SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P.**



## **DEDICADO A:**

Mi hija Valeria quien es la razón de mi vida y por quien me esfuerzo para poder brindarle un mejor futuro.

# I. INTRODUCCION

## INDICE

I. INTRODUCCIÓN	1
II. JUSTIFICACIÓN	3
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
IV. OBJETIVOS	8
V. ESTRATEGIAS	9
VI. METAS	10
VII. ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN	11
VIII. LIMITES	12
IX. IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO	13
X. FUNDAMENTO TEÓRICO	14
Antecedentes	14
Historia Natural del Cáncer Cervicouterino	16
Promoción a la Salud y Cáncer Cervicouterino	37
XI. PLAN DETALLADO DE EJECUCIÓN	40
Organización	46
Estimación de Recursos	48
Sistema de Control y Evaluación	50
XII. CONCLUSIONES	51
XIII. BIBLIOGRAFIA	52
XIV. ANEXOS	54

No. Adq.	
Fecha	131
Notación	EN
	2003
Precio	
	CICBI

## I. INTRODUCCIÓN

El cáncer es una enfermedad caracterizada por el crecimiento anormal y diseminado de las células que al desarrollarse en forma incontrolada avanzan entre los tejidos normales y los destruyen alterando así el funcionamiento del organismo. Se inicia casi siempre como una enfermedad localizada. Alonso Ruiz (2000).

En todo el mundo el cáncer de cérvix es una causa importante de mortalidad y morbilidad. En la mayoría de los países en desarrollo es el cáncer más frecuente en la mujer. H.M. Shingleton (1998). El cáncer cervicouterino representa un importante problema de salud entre las mujeres adultas de los países en desarrollo de América del Sur y Centroamérica, el África subsahariana y Asia meridional y sudoriental, lugares donde ocupa el primer o segundo puesto entre todos los cánceres femeninos. Los países en desarrollo concentraron 370,000 de los 466,000 casos totales de cáncer cervicouterino que según estimaciones, tuvieron lugar en el mundo en el 2000. El cáncer cervicouterino cercena cada año la vida de 231,000 mujeres en todo el mundo; más del 80% de ellas vive en países en desarrollo. De acuerdo con una estimación conservadora de la prevalencia mundial (basada en el número de pacientes que sobreviven a los 5 años del diagnóstico), cada año se producen 1.4 millones de casos clínicos de cáncer cervicouterino. Es muy probable además, que de 3 a 7 millones de mujeres de todo el mundo sufran displasia de alto grado. Rengaswamy Sankaranayanan (2002).

Las tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino en México muestra una marcada tendencia creciente en las últimas décadas. Los tumores malignos en México ocupan el segundo lugar como causa de muerte en la población general y, dentro de estos, el cáncer cervical representa el tercer lugar como causa de defunción por neoplasias malignas y el primer lugar, si se toma en cuenta sólo el sexo femenino, con un total de 4526 defunciones durante 1996, únicamente antecedido por los tumores de pulmón y estómago en primero y segundo lugar respectivamente. Asimismo, dicha neoplasia constituye el 21.4% del total de las neoplasias malignas, 35% de las que afectan a la mujer y 85% de las ginecológicas. Castañeda-Iñiguez (1998).

En función de la anterior, para lograr disminuir el número de casos de cáncer cervicouterino, es necesario implementar programas de promoción a la salud con el objeto de brindar educación a las mujeres que estén en riesgo de padecer este tipo de neoplasias y así proveer conocimientos básicos sobre este tema y crear conciencia de la importancia que tiene el autocuidado. Hoy en día la promoción a la salud es una estrategia importantísima para el personal de salud, ya que es a

través de esta actividad, en la que se involucra al individuo y a su entorno social; como una fuerza capaz de generar cambios sustantivos desde las mismas bases político-sociales hasta el medio ambiente en el que se desarrolla. La "Carta de Ottawa", es un punto obligado de referencia sobre la visión amplia de la "Promoción de la Salud", en esta se propuso orientaciones estratégicas visionarias las cuales hoy se traducen en dos cauces fundamentales, las cuales son el empoderar a los individuos y a las poblaciones para cambiar hábitos y conductas no saludables y convertirse de esta manera en corresponsables del cuidado de su salud, como el bien máspreciado y la creación de espacios y entornos saludables como responsabilidad colectiva. Gonzalez Julio (1997).

Es a través de la Promoción a la Salud que el cáncer cervicouterino se puede prevenir, ya que esta neoplasia se puede detectar a tiempo por medio del Papanicolau, el cual es una técnica barata, sencilla, gratuita y accesible a toda la población y que solamente le hace falta darle difusión y dar a conocer los beneficios que brinda.

Es por lo anterior, necesario que el personal de salud y específicamente Enfermería desarrolle sistemas educativos para promover el autocuidado en la mujer, ya que uno de los problemas que se ha observado es que en ciertos sectores de la población no existe una concientización de la importancia de realizarse la prueba de detección periódicamente, además de la debilidad que existe en conocimientos que la población femenina tiene sobre este tema.

El presente programa se plantea como recurso para promover la educación para la salud de la mujer, en virtud de las necesidades observadas en la práctica como profesionales de enfermería; en él, se presentan los principales medios de prevención que el sistema de salud ofrece, los conocimientos generales que la mujer debe tener para prevenir esta patología, específicamente los factores de riesgo, los signos y síntomas y como eje rector, aspectos sobre la promoción del autocuidado.

## II. JUSTIFICACION

## II. JUSTIFICACION

En la actualidad se considera que el cáncer cervicouterino además de ser una neoplasia potencialmente curable es también prevenible. La posibilidad de detectar las lesiones precursoras y las etapas tempranas hace factible la reducción de la morbilidad y mortalidad por este padecimiento. A pesar de ello es uno de los principales tumores en la mujer y contribuye con un número elevado de defunciones a escala mundial. Alonso Ruiz (2000).

En los países industrializados, Canadá y los Estados Unidos, la mortalidad y la incidencia del cáncer del cuello del útero ha disminuido en forma importante a partir de los años sesenta. Este descenso se atribuye en parte tanto a los programas de tamizaje, como al mejor acceso a los servicios de salud que facilita un diagnóstico y tratamiento oportuno. La salud en las Américas (1998). Los resultados de tal política nacional de salud no pueden ser más convincentes: reducciones en la frecuencia del carcinoma del cuello uterino de 70% en Estados Unidos y de 60% en Canadá. Alonso Ruiz (2000).

En cambio, los riesgos de enfermedad y muerte por estas lesiones apenas se han modificado en los países en desarrollo de alto riesgo, principalmente por la falta de programas de cribado o por su ineficacia. Rengaswamy Sankaranayanan (2002).

Un ejemplo de lo anterior es México, ya que en 1996, los recursos destinados a prevenir este tipo de padecimientos alcanzaron para realizar 3'316,000 pruebas de Papanicolau, destinadas a una población de 16 millones y medio de mujeres de entre 25 y 65 años de edad. Actualmente, la prevalencia del uso del Papanicolau en México es de 53%, existen entonces ocho y medio millones de mujeres que nunca se han hecho la prueba, y dos y medio millones que se realizaron la prueba lo hacen al menos cada tres años. Gómez-Jauregui (2001).

Una serie de estudios realizados por el Instituto Nacional de Salud Pública, demuestran que el Programa de Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino ha tenido un impacto casi nulo en la disminución de la frecuencia de esta enfermedad. Los resultados obtenidos evidencian que el escaso efecto del programa se debe principalmente a los siguientes factores: La calidad de obtención de especímenes de Papanicolau es deficiente: 64% de una muestra estudiada no era útil para el diagnóstico.

Asimismo, existen fallas y escaso entrenamiento en el diagnóstico, de manera que hay un elevado índice de resultados falsos negativos; en unos centros de lectura hasta de 54%. Un gran porcentaje de mujeres son atendidas tardíamente por los servicios de detección de cáncer: en 55% de los casos de cáncer cervical obtienen la prueba PAP cuando tienen síntomas.

Esto disminuye la efectividad del programa de detección porque el beneficio del Papanicolau se encuentra en la fase asintomática de la enfermedad. La cobertura poblacional del programa de detección es muy baja: se estima que en áreas rurales sólo 30.2% de las mujeres tienen una historia previa de al menos de un Papanicolau en su vida.

Asimismo, en el área rural sólo 40% de las mujeres en edad reproductiva conoce la utilidad de la prueba, que constituye el principal predictor de la utilización de los programas de prevención. Alonso Ruiz (2000).

Todo lo anterior se refleja en las estadísticas de morbi-mortalidad de los casos de cáncer cervical que se presentan en México, ya que en 1985 y 1995, la tasa de mortalidad por cáncer cervical se incrementó de 7.7 a 9.67 por cada 100,000 mujeres por lo que es una de las tasas más altas del mundo. Gómez-Jauregui (2001). En las estadísticas de mortalidad general según INEGI el cáncer cervical ocupó el tercer lugar dentro de los tumores malignos con un número de defunciones de 4620 y 4512 durante el 2000 y 2001 respectivamente.

En el estado de San Luis Potosí la incidencia de este cáncer no ha disminuido de forma importante, ya que durante 1990 el total de casos fue de 138 y de 123 en el 2000. SSA (1990,2000). Durante el 2002 según estadísticas de la SSA simplemente en la jurisdicción No. 1 del estado (San Luis Potosí y Soledad de Graciano Sánchez) el número de defunciones fue de 96 casos. Respecto al municipio de Soledad, este pasó del séptimo lugar con 3 defunciones durante el 2000 al cuarto en el 2001 con 7 defunciones según la SSA.

La sociedad mayormente afectada por este tipo de neoplasia es el sustrato social determinado por la pobreza, la inequidad de género y el escaso acceso a la información, entre otros factores, mantiene a grandes sectores de la población femenina en condiciones de alta vulnerabilidad y riesgo de enfermar y morir por esta y otras causas. Programa de Acción Cáncer cervicouterino (2002).

El cáncer cervical, es por tanto no solo una enfermedad que puede llegar a terminar con la vida de la mujer, sino que es una enfermedad que lacera a la sociedad y afecta la economía del país, asimismo también puede llegar a interrumpir la tranquilidad familiar, debido a que esta neoplasia se está presentando en mujeres relativamente jóvenes y que en muchos de los casos son el único sustento de la casa, mujeres que todavía tienen la responsabilidad de sus hijos tanto en su educación como en sus cuidados, ya sean niños o adolescentes, a los que tienen que abandonar para asistir a los largos tratamientos, y a repetidos períodos de internamiento hospitalario para lograr recuperarse, o en el peor de los casos esperar al desenlace fatal de los casos avanzados; lo que puede provocar grandes desajustes en la dinámica familiar.

En función de lo anterior se tuvo la necesidad de elaborar e implementar un Programa de Educación para la Prevención del Cáncer Cervicouterino, el cual esta basado en la promoción a la salud, ya que esta actividad tiene como propósito fundamental crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y propiciar en el individuo las actitudes, valores y conductas adecuadas para motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectiva. [www.paho.org](http://www.paho.org) (2002).

Es en la actividad de la Promoción a la salud donde el personal de Enfermería juega un papel importante, ya que por el hecho de que el gremio este conformado en su mayoría por mujeres, se puede lograr que las o los asistentes a los servicios de salud adquieran confianza y se animen a preguntar sobre el tema y de esta forma disipen las dudas que tienen acerca del Papanicolau y el cáncer cervical.

Dicho programa se implementará en el municipio de Soledad de Graciano Sánchez, debido a que ha llegado a ocupar uno de los primeros lugares en defunciones por cáncer cervicouterino en muy poco tiempo, además de que las relaciones sexuales se inician a edad temprana por la propia cultura, lo que provoca que las mujeres tengan un alto riesgo de padecer esta enfermedad, ya que el conocimiento que tienen del cáncer cervicouterino así como de los métodos que existen para prevenirlo es mínima.

### III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el ámbito mundial el cáncer de cuello uterino es la segunda causa de morbilidad y mortalidad por cáncer en la mujer. En México, esta neoplasia es la que más estragos hace en la población femenina no solo porque su incidencia y mortalidad (alrededor de 15 500 casos nuevos y 4 500 muertes por año) son muy altos, sino porque la neoplasia se presenta en mujeres jóvenes. Alonso Ruiz (2000)

De acuerdo a estadísticas a nivel nacional del INEGI en el 2000 el número de defunciones en mujeres de 25 a 34 años fue de 219, de 35 a 44 años 745, de 45 a 64 años fue de 1952, y de 65 años y más fue de 1685 casos, en comparación con el 2001, el número de casos fue de la siguiente manera: 192, 746, 1892 y 1656, respectivamente, lo que deja ver que a pesar de los esfuerzos que se están realizando para disminuir el cáncer cervical en México estos siguen aumentando, debido probablemente a que los programas dirigidos a la disminución de esta patología no se aplican adecuadamente, o quizás a la escasa o nula información que se tiene sobre este tema, así como la percepción del cáncer, la prueba del Papanicolau y la concepción de la etiología del cáncer cervical y además el desconocimiento de la utilidad de esta, de igual forma se deben tomar en cuenta las barreras socioculturales como el no consentimiento de la pareja sexual masculina, rechazo a la exploración pélvica y el nivel educativo que tienen las personas. Alonso Ruiz (2000).

Según información del INEGI en el 2000 el 30.6% del total de las mujeres que murieron por cáncer cervicouterino eran analfabetas, el 21.8% cursaron menos de 3 años de primaria y de 13.8% únicamente de 3 a 5 años de primaria, lo que indica que el 66.3% del total de las defunciones por esta causa fueron mujeres analfabetas o con primaria incompleta. Programa de Acción Cáncer Cervicouterino (2002).

También existen múltiples factores de riesgo para el desarrollo del cáncer cervical como: infección por virus del papiloma humano, incremento de la edad, raza y origen étnico, tabaquismo, dieta, inicio temprano de vida sexual, el número de parejas sexuales, la multiparidad y edad temprana del primer embarazo. [www.isis.com](http://www.isis.com) (2002).

Para lograr combatir el cáncer cervicouterino es necesario tener en cuenta los factores que intervienen para que de esta forma disminuya su incidencia, tales como los sentimientos y apreciaciones subjetivas de las usuarias potenciales en relación a la prevención de esta enfermedad así como el área geográfica en la que predomina este tipo de cáncer, todo esto con el fin de disminuir la morbi-mortalidad de cáncer cervical.

Otras de las formas para disminuirlo es brindar información adecuada de acuerdo a las necesidades de la población, para lograr una cultura de prevención tal, que logre acercarla al programa de detección del cáncer cervicouterino. Dicha información debe tener como contenido los factores de riesgo, la periodicidad de la prueba, las instrucciones previas para realizarse el procedimiento, así como los tratamientos que existen para combatir el cáncer cervical.

Para llevar a cabo lo anterior, existen diversas formas o estrategias para dar a conocer la información, sin embargo, lo más importante es promover el autocuidado y no sugerir la fatalidad, el terror o el riesgo de la enfermedad, por esto es importante se diseñen intervenciones en el ámbito educativo de manera que incidan realmente en este problema. Alonso Ruiz (2000).

Por lo anterior se puede decir que la participación de enfermería es relevante, ya que dentro de las actividades que se deben de realizar está la docencia, acción que si se lleva a cabo de forma adecuada puede abrir nuevos horizontes, aunado a esto, el contacto que tiene la enfermera o enfermero con el paciente es más directo y continuo, lo que puede permitir que se brinde mayor información adecuada acerca del Papanicolau y la forma en que se puede lograr un autocuidado eficaz.

## IV. OBJETIVOS

## IV. OBJETIVOS

### General.-

Realizar un programa de Educación para la Prevención del Cáncer Cervicouterino (CaCu) dirigido a las mujeres de 18 a 65 años de edad del municipio de Soledad de Graciano Sánchez con la finalidad de proporcionar conocimientos básicos que deriven en su autocuidado.

### Específicos.-

- Promover el autocuidado en la mujer.
- Brindar conocimientos básicos sobre la prevención del cáncer cervicouterino.
- Elaborar un manual de salud reproductiva orientado a la prevención del CaCu.
- Promover el uso del Papanicolau como medio principal de prevención.
- Concientizar la importancia de la prevención del CaCu a las parejas de las mujeres.

# V. ESTRATEGIAS

## VI. METAS

1. Que el 100% de las mujeres captadas asistan continuamente a las sesiones educativas que se impartan.
2. Que el 80% de las mujeres susceptibles de padecer CaCu logren ser captadas para las sesiones educativas.
3. Que el 70% de las parejas de las mujeres captadas asista a las sesiones educativas.
4. Que el 90% de los asistentes a las sesiones educativas asimilen los conocimientos básicos acerca de la prevención del CaCu así como de la importancia del Papanicolau.
5. Que el 90% de las mujeres sean capaces de lograr un autocuidado efectivo.

## VII. ALTERNATIVAS DE SOLUCION

## VII. ALTERNATIVAS DE SOLUCION

Ante tal problema de salud pública a la que se enfrenta México y la población femenina en edad reproductiva a continuación se plantean las siguientes alternativas de solución:

1. Capacitación al personal de salud que se encarga de la obtención de la muestra así como a los encargados de estudiar y dar el diagnóstico del Papanicolau.
2. Reestructurar el Programa de Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino, donde se tome en cuenta las perspectivas que tiene la población acerca del Papanicolau.
3. Implementación de un Programa de Educación para la Prevención del Cáncer Cervicouterino.

De acuerdo al análisis que se realizó de cada una de ellas (Anexo No. 1) se elige la tercera opción ya que tiene mayor factibilidad para ser implementada, debido a que es a través de un Programa de Educación para la Salud que las mujeres en edad reproductiva pueden disipar interrogantes sobre la enfermedad del cáncer cervical y el Papanicolau, además de que se pueden generar cambios de conducta los cuales favorezcan un autocuidado eficaz y con esto la disminución de cáncer cervicouterino.

## VIII. LIMITES

## VIII. LIMITES

### Universo

El Programa va dirigido a mujeres susceptibles de padecer CaCu que se encuentran entre los 18 y 65 años de edad así como a sus parejas.

### Espacio

Dicho Programa se llevará a cabo en el municipio de Soledad de Graciano Sánchez en la clínica No. 5 del IMSS.

### Tiempo

Para que se lleve a cabo adecuadamente el Programa se dividirá en cuatro etapas, cada una de ellas se llevará a cabo en un tiempo predeterminado teniendo una duración total de 4 meses. Las sesiones educativas se impartirán durante 5 días, dos horas diarias.

No.	ETAPA	TIEMPO
1	Gestión	5 al 30 de Enero
2	Captación de la Población	2 al 27 de Febrero
3	Implementación del Programa	1 al 26 de Marzo
4	Evaluación	1 al 23 de Abril

## IX. IDENTIFICACION DEL PRODUCTO

## IX. IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO

El producto que se quiere obtener al elaborar el Programa para la Prevención del Cáncer Cervicouterino es un servicio, en donde se pretende que al término de las sesiones educativas los asistentes estén conscientes lo importante que es tener los conocimientos necesarios y adecuados para prevenir y detectar a tiempo el CaCu, y de esta forma lograr un autocuidado eficiente así como concientizar a las mujeres y sus parejas la importancia que tiene el realizarse el Papanicolau periódicamente, ya que el no hacerlo puede poner en riesgo su vida.

## X. FUNDAMENTO TEORICO

## X. FUNDAMENTO TEORICO

### 10.1. ANTECEDENTES

El conocimiento de la enfermedad neoplásica se remonta a los inicios de la misma historia de la medicina. En el antiguo Egipto se conocían los tumores. En el papiro de Ebers (1500 años a.C.) se citan ciertos tumores ulcerados y, antes, en el papiro de Edwin Smith de la dinastía media (1600 a.c. aproximadamente), se recogen las primeras discusiones conocidas sobre el tratamiento quirúrgico de ciertos tumores. Se han encontrado incluso lesiones óseas tumorales en el fémur y el húmero de momias de la quinta dinastía. Fue Hipócrates (460-370 a.C.) quien describió el cáncer, definiendo su pronóstico grave, y atribuyéndolo a la bilis negra producida por el bazo y el estómago. Muchos años después, Galeno coincide con Hipócrates en situar el origen del cáncer en un exceso de bilis negra, y se muestra partidario de dejar al paciente sin tratamiento. Es, sin embargo, durante el último tercio del siglo pasado cuando se puede decir que comienzan a sentarse las bases de una ciencia en torno al cáncer.

En 1880, Mac Dowell extrajo un tumor ovárico de 10 kg, consiguiendo una supervivencia de la paciente de 30 años. Fue la primera de las 13 operaciones de este tipo que realizó posteriormente, inaugurando con ello la cirugía oncológica.

En 1881, Bilroth realizó la primera mastectomía radical, estableciendo así el concepto de radicalidad en bloque al extirpar un tumor; es decir, llevar a cabo la extirpación del mismo con las estructuras anatómicas sobre las que asienta y sus ganglios regionales. Esta esplendorosa trayectoria continúa en el nuevo siglo con: Wertheim, que, en 1906, realiza la histerectomía radical. En el decenio siguiente, se desarrolló la cirugía endocrinológica, con técnicas como la suprarrenalectomía y la orquiectomía, para el cáncer de próstata y posteriormente, en 1945, las técnicas de Huggin para el cáncer de mama.

En los años sesenta, se desarrolla la hormonoterapia, por parte de Huggin y de Haddow. La descripción de receptores estrogénicos por parte de Jensen en el cáncer de mama constituyó un hecho importante; se abren así nuevas perspectivas de tratamiento hormonal de otros tumores hormonodependientes.

Más tarde se llegó al conocimiento de que un tumor comienza a ser visible cuando pesa aproximadamente un gramo y se han producido al menos, unas 30 y 35 duplicaciones (Shable). Merecen mención los estudios de Goldie y Colman, en 1983, sobre la resistencia farmacológica en relación con el volumen tumoral.

La Oncología Médica fue apropiada como subespecialidad de la Medicina Interna en 1972, en los Estados Unidos. En España, su desarrollo ha ido parejo al que se

ha producido en otros países, siendo Estados Unidos uno de los más precoces en aceptarla. M. González Baron (1998).

## 10.2. HISTORIA NATURAL DEL CANCER CERVICOUTERINO

### 10.2.1. Concepto

La formación normal de un tejido se denomina euplasia (eu, bien, y plasia, formación). En el caso concreto del epitelio escamoso del cuello uterino que se forma en el epitelio plano estratificado con madurez y diferenciación normal. Noción opuesta es la de anaplasia (producción de un tejido sin estructura), que indica la pérdida de la maduración y la diferenciación celular, con lo que se puede llegar a la formación de un tejido nuevo de carácter atípico, maligno o neoplasia maligna. Sin llegar a estos extremos, tan sólo con la pérdida de la armonía que normalmente debe reinar entre los procesos de maduración y diferenciación, entraremos en un terreno intermedio, etapas del gris, que se denomina displasia, terreno que será de mayor o menor envergadura según sea el grado de desequilibrio producido por los trastornos de maduración y diferenciación. Por lo tanto, en las displasias se encontrarán células de tipo profundo, inmaduras e indiferenciadas. A. Fernández-Cid (1993).

### 10.2.2. Nomenclatura

El concepto "displasia cervical" comprende una serie de cambios celulares morfológicos que incluyen: Atipia celular con núcleos hiper cromáticos, aumento del índice de relación núcleo: citoplasma e incremento del índice mitótico. Todos los grados de displasia son lesiones preinvasoras, que se limitan al epitelio escamosos, sin rebasar la membrana basal.

La denominación de displasia leve, moderada o grave, desde el punto de vista morfológico se basa en la presencia de estos cambios en el tercio inferior, tercio medio o en el espesor completo del epitelio pavimentoso. Tanto la displasia cervical grave como el carcinoma in situ implican el reemplazo total del espesor del epitelio con células indiferenciadas.

El término neoplasia intraepitelial cervical (NIC) fue introducido por Richard en 1970, con el fin de agrupar en grados las lesiones displásicas. Así, NIC grado I equivale a displasia leve; NIC II, a displasia moderada y NIC III a displasia grave y carcinoma in situ. Manual de Oncología (2000).

### 10.2.3. Período Prepatogenico

#### 10.2.3.1. Factores de riesgo

Los factores de riesgo que se conocen para que se produzca el cáncer cervicouterino se dividen en dos grupos:

##### Factores endógenos

Estos factores tienen la característica de ser difícilmente evitables con los

conocimientos actuales, por lo tanto, sobre ellos no puede ejercerse una prevención primaria, ya que están relacionados con los caracteres genéticos y hormonales del individuo. M. González Baron (1998).

##### Factores exógenos

Estos factores a diferencia de los endógenos se pueden prevenir, ya que se basan en la conducta de las personas, los cuales a continuaciones citan:

Infecciones virales y/o antecedentes de enfermedades de transmisión sexual. Se han descrito más de 70 tipos de virus del papiloma humano, algunos de los cuales se asocian con la presencia de lesiones intraepiteliales escamosas de grado alto y carcinoma invasor. Estos tipos de virus del papiloma humano considerados de alto riesgo son 16, 18, 31, 33, 35, 45 y 56 entre otros. Algunos tipos de virus del papiloma humano más frecuentemente vinculados con lesiones de bajo grado y condilomas genitales son: 6, 11, 42, 43 y 44, principalmente. De modo específico, los virus del papiloma humano tipo 16 y 18 se han identificado por medio de técnicas moleculares hasta en 90% de los cánceres invasores de cuello uterino y en 70 a 80% en las lesiones preinvasoras. Manual de Oncología (2000).

Promiscuidad. Las mujeres con diez o más parejas sexuales a lo largo de la vida tienen un riesgo tres veces mayor para desarrollar cáncer de cérvix, en comparación con las mujeres con uno o ningún compañero sexual.

Tabaquismo. La mayoría de los estudios de casos y controles que incluyen al tabaquismo como factor de riesgo demuestra una relación positiva independiente con el carcinoma epidermoide del cuello uterino y un riesgo de 2 a 4 veces mayor que el de las pacientes no fumadoras. La relación es más fuerte en pacientes que continúan fumando durante largo tiempo, lo que sugiere un efecto acumulativo. El moco cervical de las pacientes fumadoras contiene metabolitos de nicotina, pero mientras que algunos postulan un efecto carcinógeno directo de los metabolitos

del cigarro en el cérvix, otros argumentan que el antecedente del tabaquismo puede ser sólo un factor de riesgo acompañante de los relacionados con las costumbres sexuales y que necesita aún definirse con mayor precisión.

Inicio de vida sexual.- Las mujeres que tienen contacto sexual antes de los 16 años de edad tienen el doble de riesgo de desarrollar cáncer de cérvix que las mujeres que tienen contacto sexual después de los 20 años.

Insuficiencia de vitaminas. Las dietas ricas en vitamina C parecen ejercer un papel protector sobre la incidencia de cáncer de esófago, estómago y cuello del útero. La vitamina C podría bloquear la formación de nitrosaminas a partir de nitrato y nitritos, en el tubo digestivo y evitar la oxidación de algunas sustancias químicas.

Edad.- En general, la edad promedio para que se presente este tipo de cáncer es entre los 25 y 64 años de edad, aunque en la actualidad a pesar de ser muy pocos los casos que se ha observado este tipo de displasia en mujeres jóvenes menores de 25 años.

Tiempo transcurrido después del último estudio citológico. El no realizarse la citología cervical periódicamente aumenta el riesgo de padecer la enfermedad o que avance. Manual de Oncología (2000), H. M. Shingleton (1998), M. González Baron (1998), Norma Oficial Mexicana (1994).

#### 10.2.3.1. Prevención Primaria

Para disminuir este padecimiento es relevante dar a conocer a la población la importancia que tienen realizarse el Papanicolau periódicamente así como los factores de riesgo que existen para que se desarrolle el Cáncer cervicouterino, todo esto a través de la Promoción y Educación para la salud, con el objeto de que la población esté bien informada y con esto reducir los casos de cáncer cervical.

#### 10.2.4. Período Patogenico

##### Fisiopatogenia (etapa subclínica)

La accesibilidad del cuello uterino para la exploración física y estudios citológicos y celulares ha permitido un profundo conocimiento acerca de la historia natural de la enfermedad, de tal manera que se conoce desde los cambios incipientes de una célula normal, hasta su completa transformación a célula cancerosa, pasando por las diferentes etapas de transformación del epitelio normal a metaplásico a displasia leve, moderada y grave, a cáncer microinvasor y finalmente invasor. La

lesión inicia en la zona de transformación del epitelio escamosos no queratinizado y las células columnares endocervicales, esta transformación sucede a lo largo de varios años. En promedio la transformación de un epitelio normal a cáncer in situ a invasor, en promedio 7 años.

Algunos casos de displasia leve, incluso moderada pueden presentar regresión o permanecer quiescentes. Por ello, para el clínico, estas alteraciones son simplemente estadios diferentes en el grado de progresión de una lesión precursora a un cáncer invasor. El riesgo para cada enferma depende del potencial maligno de su enfermedad y a la presencia de factores de riesgo asociados, por consiguiente debe tratarse, o bien vigilarse cuidadosamente. En quienes existe una clara invasión estromal, si la paciente no se trata, morirá por razón natural.

### Patrones de diseminación

El cáncer cervical escamoso inicia como lesión intraepitelial escamocolumnar en la zona de transformación. La progresión de la enfermedad inicia en una célula hasta convertirse en un cáncer invasor. Se ha descrito como un evento continuo y se estima que la progresión ocurre en 1 a 20 años.

Esta neoplasia es localmente agresiva, lo cual significa que el tumor se mantiene confinado a la pelvis durante un largo período de su historia natural, con un patrón de diseminación ordenado y por lo regular predecible. Este tumor muestra un largo proceso de transformación premaligna, infiltra el estroma y en relación directa con el grado de penetración, infiltra los tejidos locales y desarrolla metástasis ganglionares también de manera secuencial y, finalmente, destruye los órganos pélvicos y genera metástasis a distancia.

La extensión directa es la principal vía de diseminación, se extiende fuera del cuello uterino a través de los ligamentos de fijación, como los parametrios, los ligamentos uterosacros y redondos, también puede proliferar hacia el conducto endocervical y endometrio o distalmente hacia la vagina. En etapas más avanzadas infiltra la vejiga o recto.

La diseminación ganglionar tiene relación directa con el grado de penetración estromal. Esta se presenta de manera ordenada, primero los ganglios paracervicales y de modo secuencial a los paraureterales, obturatrices, hipogástricos, pélvicos externos, iliacos comunes, inguinales, paraaórticos, mediastínicos y supraclaviculares. Las metástasis ganglionares saltonas son poco comunes.

La diseminación hematológica por lo general es un evento terminal. Los órganos más afectados en orden de frecuencia son: pulmón, huesos, hígado y cerebro.

## Sistema de estadificación para el carcinoma cervicouterino

### Carcinoma preinvasor

Estadio 0 Carcinoma in situ, carcinoma intraepitelial (caso de estadio 0).

### Carcinoma invasor

Estadio I	Carcinoma estrictamente confinado al cuello uterino (descarte extensión al cuerpo).
Estadio Ia	Carcinoma preclínico del cuello uterino, se diagnostica sólo por Microscopio.
Estadio Ia1	La invasión medida no es mayor de 3 mm en profundidad y no más de 7 mm de extensión.
Estadio Ia2	Extensión de la invasión estromal de 3 a 5 mm de profundidad y extensión horizontal menor de 7 mm; lesiones mayores deben considerarse estadio Ib.
Estadio Ib	Lesión de mayor dimensión que el estadio Ia2, ya sea que se observen clínicamente o no.
Estadio Ib1	Lesiones clínicas no mayores de 4 cm.
Estadio Ib2	Lesiones clínicas mayores de 4 cm.
Estadio II	El carcinoma se extiende más allá del cuello uterino pero no a la pared pélvica.
Estadio IIa	No hay afección obvia parametrial.
Estadio IIb	Afección parametrial obvia.
Estadio III	El carcinoma se extiende a la pared pélvica. En examen rectal, no hay espacio libre entre el tumor y la pared pélvica, o el tumor afecta el tercio inferior de la vagina, o los casos con hidronefrosis o exclusión renal.
Estadio IIIa	No se extiende a la pared pélvica.
Estadio IIIb	Extensión a la pared pélvica o hidronefrosis o insuficiencia del riñón o todas.
Estadio IV	El carcinoma se extiende más allá de la pelvis verdadera o clínicamente involucra la mucosa de la vejiga o recto. El edema buloso no permite asignar un estadio IV.
Estadio IVa	Se extiende por el crecimiento a órganos adyacentes.
Estadio IVb	Se extiende a órganos distantes. Manual de Oncología (2000).

## 10.2.5. Etapa clínica

### Signos y síntomas

La sintomatología del carcinoma cervical es polimorfa y depende directamente del estadio clínico de la neoplasia. Cien por ciento de las mujeres con lesiones precursoras o cáncer in situ es asintomático, así como 70% de los estadios Ia y 35% de los Ib .

En los estados avanzados es cuando la sintomatología clínica orientará directamente hacia un proceso neoplásico maligno. La biología del tumor con la invasión del estroma; los fenómenos de necrobiosis junto a la rotura de capilares serán los responsables de la sintomatología posterior. La invasión linfática y la extensión metastásica a otros órganos corresponderán con las manifestaciones sistémicas de la enfermedad neoplásica avanzado.

El primer síntoma del cáncer invasor del ectocervix es hemorragia transvaginal, especialmente postcoital, intermenstrual y posmenopáusica. La necrosis tumoral puede producir flujo seroso, fluido y algunas veces teñido con sangre y por lo general maloliente así como irritante por su composición en dentritos hísticos, pus y sangre. Estos síntomas aparecen temprano en los tumores exofílicos y ectocervicales, respecto de cuando la enfermedad se halla confinada al conducto cervical, como sucede en los adenocarcinomas.

Los casos más avanzados cursan con dolor pélvico, edema de la pierna y dolor lumbar causado por diseminación a vísceras y obstrucción linfática y vascular. Además la infiltración a vejiga y recto puede manifestarse por fístula rectovaginal y vesicovaginal. Los síntomas generales incluyen pérdida de peso, anemia, anorexia, mal estado general y síndrome urémico.

A la exploración física, en las lesiones tempranas la inspección general es normal, en los casos avanzados, la mujer esta adelgazada, puede presentar ganglios supraclaviculares o inguinales e incluso despedir mal olor, producto de la necrosis tumoral. A la exploración del cuello uterino hay aparición de masa en el cérvix, áreas grises o descoloridas en el mismo, el cuello uterino puede palpase endurecido en los casos iniciales; en los avanzados se palpa una lesión voluminosa, de superficie irregular y fácilmente sangrante, sobre todo en premenopáusicas; en posmenopáusicas es más difícil la interpretación de los hallazgos clínicos, debido a que con frecuencia la lesión se localiza en el conducto endocervical. Manual de Oncología (2000), M. González Baron (1998).

## 10.2.5.1. Prevención Secundaria

### Detección

La prueba que se utiliza para la detección temprana del cáncer cervicouterino es el estudio citológico cervicovaginal o frotis de Papanicolau, la cual constituye uno de los avances más importantes en Medicina Preventiva, ya que ha demostrado su indiscutible utilidad desde su implementación.

Esta prueba se conoció en 1941 cuando George Papanicolau descubrió una fórmula para teñir las células que son despedidas desde el epitelio o superficie exterior del cérvix, lo que hizo posible detectar las células con transformaciones anormales a través de un microscopio. Este procedimiento se basa en que durante el proceso de desarrollo del cáncer, las células comienzan a reproducirse de manera desordenada, por lo tanto el núcleo de la célula sufre alteraciones morfológicas que pueden identificarse a través de un microscopio. La citología o examen del Papanicolau permite ver estas células con alteraciones morfológicas que se encuentran en el flujo del exocérvix y endocérvix.

Debido a la accesibilidad del cuello uterino y el bajo costo del Papanicolau como método de detección, la citología cervical ha sido modelo de eficacia en los métodos de prevención. La citología tiene una sensibilidad de 78% y especificidad de 96 a 99%, con un valor predictivo de 79%.

A pesar de no ser un estudio perfecto, los defectos de la sensibilidad disminuyen cuando las mujeres se someten al procedimiento periódicamente desde el inicio de la vida sexual.

Sin embargo, el Papanicolau o citología cervical no es un examen de diagnóstico, sino más bien es un tamizaje que se separa a las mujeres que pueden tener lesiones en el cuello del útero de las que no las presentan.

En México, la prueba del Papanicolau comenzó a utilizarse en 1949 en el Hospital de la Mujer. Sin embargo, su uso masivo se inició en 1974 con el Programa Nacional de Detección Oportuna de Cáncer.

El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia recomienda que el estudio citológico cervical se debe realizar cada tres años en combinación con un examen pélvico anual y que incluso este lapso puede ampliarse más si la enferma tiene bajo riesgo. En México, se recomienda cada año, a partir del inicio de la vida sexual activa y hasta los 65 años en ausencia de factores de riesgo y con antecedentes de frotis previos normales. Manual de Oncología (2000).

Sin embargo, la citología cervical se puede realizar cada tres años en aquellas mujeres con dos citologías previas anuales consecutivas, con resultado negativo a infección por virus del Papiloma Humano, displasia o cáncer; las mujeres con los problemas anteriores, serán objeto de un seguimiento en una clínica de displasias y, cuando sean dadas de alta, reiniciarán la periodicidad anual. Las mujeres con resultados positivos a procesos inflamatorios inespecíficos deberán continuar con exámenes anuales hasta que haya dos resultados consecutivos negativos. En las instituciones del sector público la citología deberá practicarse gratuitamente sin exclusión de ninguna mujer solicitante por razones económicas o de edad, pudiéndose brindar el servicio a quien lo solicite con mayor periodicidad. Norma Oficial Mexicana (1994).

Las indicaciones para poder realizarse la prueba de Papanicolau son las siguientes:

- No tener relaciones sexuales tres días antes de la toma.
- Presentarse a la toma 10 días después de la menstruación.
- No realizarse baños vaginales antes de la toma.
- No aplicarse medicamentos vía vaginal.

Las contraindicaciones:

No realizar la prueba en los casos siguientes:

Presencia de sangrado transvaginal.

Si se tuvo contacto sexual un día antes de la toma.

Si se ha estado administrando medicamento vía vaginal. Manual de Oncología (2000).

Procedimiento para la toma de la muestra:

Recepción e Interrogatorio

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

## Preparar a la usuaria

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

## Material para la toma:

- Preparar el material y equipo a utilizar, verificar que este completo y esterilizado o desinfectado (guantes, cubrebocas, lámpara de chicote, espejo vaginal, laminilla, hisopo, citobrush o espátula de Ayre, lápiz diamante, alcohol, citospray y portalaminillas).
- Anotar en la parte distal de la laminilla las iniciales del nombre de la usuaria y la fecha.

## Procedimiento:

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

## Técnica de la toma:

- Para obtener la muestra del endocérnix introducir la espátula de Ayre modificada por el extremo terminado en la punta al canal endocervical, en caso de que la toma se realice con citobrush, este se introduce hasta que se dejen de ver las cerdas del cepillo, de igual forma se hará con el hisopo, entonces se desliza y se gira hacia la izquierda 360° haciendo una ligera presión.

- Reintroduzca la espátula por el extremo bifurcado para obtener la muestra del exocérnix, colocarla en el orificio exocervical y girar 360° a la derecha haciendo una ligera presión para obtener muestra de todo el epitelio del exocérnix, se realiza de la misma forma con la espátula.
- Si la paciente esta histerectomizada haga una toma del fondo del saco vaginal.

Extendido de la muestra:

- Depositar la muestra del endocérnix en el tercio medio de la laminilla con un movimiento circular u ovalado con un diámetro de 1.5 a 2 cm. del centro a la periferia, evitando el exceso de material, si la muestra se tomo con citbrush o hisopo solamente se van a rotar sobre la laminilla.
- La muestra del exocérnix se deposita en el tercio distal de la laminilla utilizando el procedimiento anterior.

Técnicas para la fijación de la muestra:

- Aplicar citospray a una distancia de 15 a 20 cm. en una sola aplicación y por un lapso de 20 seg., o
- Bañar con alcohol de 96° toda la laminilla con una torunda o gotero en cantidad suficiente y dejar secar en forma espontánea.

Conclusión del procedimiento

- Retirar con cuidado el espejo e indicar a la usuaria que el procedimiento ha concluido.
- Anotar los hallazgos clínicos en le formato de solicitud el resultado citológico y verificar su llenado completo.
- Indicar a la paciente la fecha de entrega del resultado y registrar en la Cartilla Nacional de la Mujer (Prevención y Control del Cáncer Cervicouterino). SSA

#### 10.2.5.2. Diagnóstico

El primer estudio encaminado a la confirmación del diagnóstico es el estudio citológico cervicovaginal; sin embargo, este procedimiento es insuficiente para establecer el diagnóstico.

La confirmación histológica es indispensable antes de proceder a una evaluación más detallada e iniciar un tratamiento. La presencia de una anormalidad en el estudio citológico en ausencia de lesión macroscópica sospechosa indica efectuar

prueba colposcópica y biopsias dirigidas.

Los hallazgos que sugieren el diagnóstico son contorno de la superficie irregular y vasos sanguíneos anormales. Las biopsias deben ser suficientemente profundas para establecer el diagnóstico de invasión y se realiza curetaje endocervical para descartar una lesión endocervical oculta. Una alternativa podría ser la biopsia de cono. Mientras que la citología exfoliativa quizá descubra una anormalidad cervical, cualquier lesión sospechosa sin relación con el diagnóstico citológico debe someterse a biopsia.

Entre los distintos estudios que se realizan para diagnosticar cáncer cervicouterino son los siguientes:

### Colposcopia

La evaluación colposcópica está indicada después de un estudio citológico cervical anormal, incluso si la atipia es menor. El primer paso de la evaluación colposcópica es localizar la lesión. La mayoría de las lesiones están a la vista, especialmente en las mujeres jóvenes. La proporción de lesiones endocervicales aumenta con la edad.

Los siguientes hallazgos son posibles:

1. La lesión es focal y completamente visible.
2. El extremo superior de la lesión no es completamente visible.
3. La lesión se extiende en su extremo inferior hacia la vagina.
4. La lesión no es visible.
5. La evaluación colposcópica es imposible, por razones técnicas o por infecciones e inflamación graves concurrentes.
6. Lesiones concurrentes en vagina, vulva y ano.

Con el aspecto colposcópico de una lesión se evalúa color, patrón de los capilares y contorno de la superficie.

Las características permiten clasificar el aspecto en grados de uno a tres, con valores crecientes de predictibilidad de carcinoma in situ o microinvasión.

La colposcopia hace posible la evaluación histológica de las lesiones sospechosas a través de una biopsia o biopsias dirigidas. Estas se dirigen principalmente a los sitios donde existen vasos atípicos sugestivos de carcinoma invasor o con puntuación irregular y gruesa o patrones de mosaico.

## Conización

La conización está indicada cuando la colposcopia no es concluyente y las indicaciones específicas son:

1. Sospecha de microinvasión o invasión cuestionable en una biopsia dirigida por colposcopia, con el fin de descartar mayor invasión.
2. Lesión de grado alto que se extiende hacia el conducto cervical fuera de la visión del colposcopio.
3. Una lesión de grado alto es focal pero muy extensa (no es absoluta).
4. Sospecha de adenocarcinoma
5. Hallazgos anormales o no concluyentes descubiertos en el curetaje endocervical.
6. Estudios citológicos repetidos anormales que sugieren una lesión significativa en ausencia de lesión colposcópica, especialmente si toda la zona de transformación no es visible.
7. El resultado de la citología sugiere una mayor probabilidad de lesión invasora que la indicada por la biopsia dirigida por colposcopia.

## Citología en líquido

En este procedimiento se extrae una muestra y se le somete a un proceso que elimina la mucosidad y otras células, de manera que la muestra se ve como una capa muy delgada de células aisladas, lo que permite una mejor visualización del material.

## Inspección visual con ácido acético

Este permite visualizar a la inspección ocular directa las lesiones cervicales anormales, al tornarse blancas las células anormales.

## Biopsia

Consiste en la extirpación de un trozo del tejido que se observa alterado, al que se le hará examen de laboratorio. La biopsia es la que define el diagnóstico del cáncer uterocervical. Manual de Oncología (2000).

### 10.2.5.3. Valoración de la extensión de la enfermedad

Para este procedimiento se sirven de una historia clínica y exámenes de laboratorio básicos que incluyen: biometría hemática, química sanguínea, prueba de función hepática, tiempos de coagulación, examen general de orina y urocultivo.

La radiografía de tórax se efectúa rutinariamente. El curetaje endocervical esta indicado cuando la citología muestra adenocarcinoma y no existe lesión visible. La conización, histeroscopia, serie ósea, pielografía intravenosa, cistoscopia y proctoscopia se utilizan de forma selectiva.

La pielografía intravenosa, proctoscopia y cistoscopia pueden omitirse cuando el tumor está claramente confinado al cuello uterino. La serie ósea y el gammagrama óseo se efectúan sólo en caso de dolor óseo. La conización está indicada ante resultados citológicos sospechosos sin lesión macroscópica.

La tomografía axial computarizada no se considera un estudio necesario para asignar una etapa clínica. No obstante, puede ser de utilidad para determinar la extensión real de la enfermedad, lo cual podría repercutir en la terapéutica. Manual de Oncología (2000).

### 10.2.5.4. Tratamiento

El tratamiento que se le brinda a la paciente con cáncer cervicouterino va a depender de la extensión de la enfermedad, en esto se refleja el éxito de la erradicación del cáncer cervical y recuperación de la paciente.

Los tratamientos que actualmente se utilizan para el cáncer cervicouterino se dividen en dos grupos, terapéutica destructiva local (TDL) y métodos quirúrgicos.

#### Terapéutica destructiva local

Cualquier tipo de TDL debe ser aplicado bajo criterios estrictos y deben ser aplicados si se reúnen una serie de condiciones, que de no cumplirse son excluyentes del método:

1. Límites lesionales visibles al colposcopio en toda su extensión.
2. Colposcopista experto quien no sólo diagnostica, sino también lleva a cabo el tratamiento.
3. Biopsias colposcopicamente dirigidas, que descartan el carcinoma invasor.
4. Seguridad de que podrá controlarse posteriormente a la paciente con

citología y colposcopia.

5. Las recidivas no deben tratarse de nuevo sin previa histología.

Los TDL pueden ser divididos en:

1. Químicos
2. Físicos

Los primeros han sido únicamente empleados en las lesiones condilomatosas, y entre los más utilizados se encuentra el podofilino en solución al 25% en tintura de benjuí o aceite mineral, y las pomadas de fluoracilo.

Entre los medios físicos están:

1. Criocoagulación
2. Diatermocoagulación
3. Termocoagulación
4. Láser

Criocoagulación.

Fue utilizada durante muchos años por los dermatólogos, y su empleo ginecológico se inició hasta los años sesenta. Se basa en el efecto Joule-Thomson, para descender la temperatura de un criodo de  $-110$  a  $-120^{\circ}\text{C}$ .

La cristalización de los líquidos intracelulares hace estallar las células, trombose los capilares y anestesia las fibras terminales. Todo ello permite una destrucción hística bastante indolora y una necrosis sin caída escasamente hemorrágica.

La refrigeración puede aplicarse continuamente en ciclos: 3 min. de refrigeración, 5 min. de descongelación y otros 3 min. de refrigeración.

La crioterapia se realiza ambulatoriamente, con escasa molestia para la paciente, y la curación suele establecerse entre la 4 y 8 semana.

Diatermocoagulación.

Puede realizarse mediante corriente bipolar activa o monoactiva. En la primera, la corriente pasa entre dos electrodos cercanos.

La bipolar monoactiva consta de un electrodo indiferente y otro activo, esféricos, de 2 a 4 mm. Para evitar la carbonización superficial, debe darse la corriente cuando el electrodo esté ya en contacto con la mucosa que haya que tratar, y desconectarla antes de retirar el electrodo.

Debe realizarse bajo anestesia y requiere de internamiento tipo "hospital de día", da lugar a una escara, cuya caída suele ir acompañada de cierta hemorragia hacia el décimo día.

### Termocoagulación

Consiste en la aplicación del coagulador del SEMM, en el que el calor generado se aplica a un electrodo de teflón.

No requiere anestesia general. En estudios realizados en años anteriores por Hadad y cols. (1988), con distintos tiempos de aplicación y distintas temperaturas, recomendando 30 seg. a 120°C, con lo que se consigue una destrucción media de 3-5 mm de profundidad; sin embargo, en su material la profundidad de las criptas glandulares del 20% de sus pacientes superaba los 4 mm y en 8% pasaban a 5 mm, con lo cual teóricamente existe un riesgo alto de falla empleando este método.

### Láser

Su acción consiste en reconvertir energía de una forma a otra. El láser de dióxido de carbono, que es el más utilizado en ginecología, produce energía de una longitud de onda correspondiente a la parte infrarroja del espectro. Mediante un sistema de lentes y espejos, la energía puede focalizarse en un punto de 0.5 a 2 mm de diámetro produciendo vaporización a la velocidad de la luz.

El láser está acoplado al colposcopio, y en todo momento el área que se destruye se halla bajo la visión del operador.

El efecto térmico queda estrictamente circunscrito al lugar de la vaporización. La destrucción depende de la potencia local liberada y del tiempo de exposición. El corion se altera poco y la cicatrización es excelente sin esclerosis.

Es el medio que permite tratar con mayor precisión las lesiones cercanas al orificio cervical externo sin tener una interiorización endocervical de la zona de unión escamocilíndrica.

La aplicación es rápida, casi indolora y no requiere anestesia. La zona patológica que hay que tratar se enmarca con una serie de puntos de coagulación que la sobrepasan 3 mm. A continuación se produce a la vaporización, que se realiza de arriba debajo de forma sistemática.

Aunque desenfocando el punto de vaporización se disminuye la potencia y se amplía el campo de vaporización, a veces es imposible evitar el sangrado de pequeños capilares.

Las causas más frecuentes del fallo con el láser son:

1. Insuficiente profundidad en la destrucción .
2. Insuficiente margen de seguridad. A. Fernández-Cid (1993)

### Medidas quirúrgicas

1. Histerectomía. Esta técnica es aplicada muy rara vez en el tratamiento de las displasias y carcinoma in situ, a no ser que existan algunos factores que la aconsejen:
2. Otras indicaciones ginecológicas para la histerectomía (fibromiomas, prolapso, etc.)
3. Lesión multicéntrica, con afectación de los fondos de sacos vaginales.
4. Lesión residual después de efectuada una conización. A. Fernández-Cid (1993)

Tipos de histerectomía:

En un reporte de Raider, Rutledge y Smith, se describieron cinco tipos de histerectomía y sus indicaciones respectivas en el tratamiento de cáncer cervical.

Estos son:

1. Histerectomía clase 1 o histerectomía extrafascial. Es una modificación de la operación de Te Linde y consiste en la extracción de todo el tejido cervical sin disecar el cuello uterino mismo. La exposición de la vasculatura se logra mediante incisión del ligamento cardinal con la disección en sentido lateral del uréter. La indicación es para la lesión intraepitelial escamosa de grado alto (neoplasia intraepitelial cervical grado III) y el carcinoma microinvasor menor o igual a 3 mm de profundidad de invasión.

2. Histerectomía clase 2. Es la moderadamente extendida. Los ligamentos uterosacros y cardinales se dividen en la parte media entre el útero y sus inserciones pélvicas. El tercio superior de la vagina también se reseca. Esta modalidad quirúrgica está indicada en: carcinoma microinvasor del cuello uterino con invasión mayor de 3 mm pero menor de 5 mm, sin permeación vascular o linfática, y con los márgenes de cono son inciertos.
3. Histerectomía clase 3. También llamada de Meigs, se caracteriza por la sección de los ligamentos uterosacros y cardinales a nivel de su inserción pélvica. También se reseca el tercio superior de la vagina. La linfadenectomía pélvica desde la bifurcación de la íliaca primitiva incluida la fosa obturatriz, es una parte rutinaria de la operación. Está indicada en lesiones selectas de etapa Ib1 y casos muy especiales en la etapa Ila del cuello uterino.
4. Histerectomía clase 4. Es una histerectomía de clase III más la extracción del todo el tejido periureteral. Además se hace una extirpación extensa del tejido paravaginal y se sacrifica la arteria vesical superior. Esta indicada en casos seleccionados de recurrencia central donde la disección de la vejiga es posible.
5. Histerectomía clase 5. Es una histerectomía de clase IV más la resección del uréter distal involucrado o porción afectada de la vejiga. La indicación es recurrencia central que afecta porciones del uréter distal o la vejiga.

Las histerectomías de clase I, II y III son las que más se llevan a cabo. Cuando se practica linfadenectomía pélvica, todos los ganglios de los vasos ilíacos comunes internos y externos, así como la fosa obturatriz deben resecarse. Los ganglios linfáticos del obturador están en el grupo de ganglios linfáticos primarios y con mucha frecuencia se hallan afectados por el cáncer cervical. Manual de Oncología (2000).

Exanteración. Si el cáncer se ha diseminado afuera del cuello uterino o los órganos femeninos, puede ser necesario extraer el colon inferior, recto o vejiga (dependiendo del lugar al que se haya diseminado el cáncer) junto con el cuello uterino, útero y vagina. La paciente puede necesitar cirugía plástica para formar vagina artificial (vaginoplastia) después de esta operación. [www.tuotromedico.com](http://www.tuotromedico.com)

Otros tratamientos.

El tratamiento primario del carcinoma escamoso del cérvix uterino se basa en la

cirugía y en la radioterapia, mientras que la quimioterapia se le debe asignar un rol secundario.

Las indicaciones se divide en dos grandes grupos: Tratamiento paliativo de la enfermedad avanzada o recurrente, o la modalidad Neoadyuvante de tratamiento primario.

### Quimioterapia paliativa

El tratamiento estándar se basa en la administración de cisplatino, en monoterapia o en combinación. Este fármaco a demostrado un índice de actividad entre 15 y el 20% de respuestas en diferentes estudios en fase II.

Otros fármacos que han demostrado eficacia en el carcinoma de cérvix han sido el carboplatino, la bleomisina, el metotrexato, el 5-fluorouracilo y la fosfamida, entre otros.

La teórica quimiorresistencia que exhiben los carcinomas escamosos del cérvix se fundamenta en varios factores: En primer lugar se ha demostrado una resistencia intrínseca de las células tumorales en el 43% de los cánceres invasivos, a través de la ampliación del gen de la resistencia a múltiples fármacos.

En segunda instancia, muchas de las pacientes incluidas en los ensayos de eficacia eran portadoras de recidivas pélvicas y, por lo tanto, estaban situadas en áreas previamente irradiadas, donde la fibrosis y la distorsión del aporte vascular dificultan una correcta distribución de los fármacos en el tumor. Este extremo queda sustentado en el hecho de que las tasas de respuesta observada en la localizaciones extrapélvicas es el doble de las observadas en zonas incluidas en campos de irradiación previa.

Los esquemas de poliquimioterapia basados en combinaciones de fármacos activos, principalmente sistoplatino han demostrado mayor actividad que la monoterapia, con tasa de respuestas objetivas en muchos casos superiores al 50%.

### Quimioterapia Neoadyuvante.

Las bases teóricas de los programas neoadyuvantes se cimientan en puntos bien fundamentados: Un tumor tiene más probabilidad de quimiosensibilidad si mantiene intacta su vascularización; la quimioterapia de primera intención puede incrementar la posibilidad de erradicar metástasis subclínicas y finalmente una

reducción tumoral tras la quimioterapia puede mejorar la eficacia de un tratamiento local.

## Radioterapia.

El cáncer de cérvix necesita para ser tratado correctamente, altas dosis de radiación. Al mismo tiempo, para evitar complicaciones, la dosis recibida por los órganos pélvicos debe ser lo más baja posible y siempre sin sobrepasar sus límites de tolerancia biológica.

La radioterapia externa se emplea para tratar la pelvis, incluyendo el cérvix uterino, los parametrios y los ganglios linfáticos pélvicos. Debido al gran volumen tratado, la dosis de radiación administrada no puede superar los 5.000 cGy, por lo que sirve fundamentalmente para tratar la posible extensión de la enfermedad subclínica, es decir, los implantes microscópicos de células neoplásicas. El tumor macroscópico necesita dosis mayores de radiación para ser esterilizado, y por lo tanto curado, tratamiento que se efectúa mediante braquiterapia. Gracias a la braquiterapia podemos administrar más de 7.000 cGy al tumor, mientras que los órganos pélvicos sanos apenas se irradian.

Existen dos tipos de braquiterapia: La intracavitaria y la intersticial. En la intracavitaria, las fuentes radiactivas se colocan aprovechando las cavidades naturales del organismo, es decir, la vagina y el útero. En la intersticial, las fuentes radiactivas se introducen en el intersticio de los tejidos, por lo general, a través de agujas o tubos de material plástico.

Debido a sus especiales características, la braquiterapia intracavitaria únicamente es útil para tratar el volumen central de la pelvis, es decir, el cérvix y la vagina, pero no sirve para el tratamiento de los parametrios ni de los ganglios pélvicos.

La braquiterapia intersticial se emplea para el tratamiento de la enfermedad residual macroscópica a la altura de la pared pélvica o parametrios, o en el caso de recidivas. Las partes que han sido tratadas mediante una histerectomía radical sin tratamiento de radioterapia preoperatoria, deben ser tratadas mediante radioterapia postoperatoria siempre que tengan ganglios linfáticos positivos, márgenes de resección microscópicos positivos, invasión profunda del estroma o permeación linfática. El tratamiento consiste en la administración de 5.000 cGy a toda la pelvis mediante radioterapia externa, cuando existen ganglios pélvicos positivos o invasión profunda del estroma. Las pacientes con afectación de ganglios periaórticos o iliacas comunes, deben ser tratadas también con 5.000 cGy sobre la región paraaórtica.

Las pacientes con márgenes de resección microscópicos positivos son tratadas mediante radioterapia externa e intracavitaria. Se administran 2.000 cGy a toda la pelvis, se protege la línea media con bloques de plomo y se continúa hasta avanzar los 6.000 cGy en el resto de la pelvis. Finalizando el tratamiento de radioterapia externa se realiza una o dos aplicaciones intracavitarias administrando una dosis de 6.000 cGy en la superficie de las aplicaciones.

Si bien en todas las pacientes a la que se les administra radioterapia, es importante contar con un cuidadoso diseño de los campos de irradiación y del cálculo de la distribución de la dosis, en quien se administra la radioterapia postoperatoria se deben extremar al máximo las recomendaciones, ya que la combinación de la cirugía con la radioterapia aumenta la incidencia de complicaciones, al verse alterada la vascularización de los tejidos pélvicos y al existir adherencias que disminuyen la movilidad del intestino.

La irradiación de una paciente previamente irradiada debe ser tomada con extremada precaución considerando la dosis administrada entonces, el tiempo transcurrido, el lugar de la recidiva, la extensión de la enfermedad y el estado general de la paciente. J. Grases Galofre (1996).

#### 10.2.5.5. Prevención terciaria

##### Rehabilitación

El cáncer es una enfermedad crónica que afecta las dimensiones físicas, psicológicas, sociales y económicas de la vida de los individuos. El diagnóstico de cáncer se acompaña de perturbaciones emocionales y cambios en el estilo de vida o costumbres diarias. Sin embargo, con los progresos en el diagnóstico y tratamiento han mejorado las tasas de supervivencia. Muchos enfermos, incluso los que son operados en forma primaria y reciben quimioterapia o radioterapia adyuvantes, se reintegran a sus labores y actividades cotidianas. Ahora bien, pueden toparse con diversos problemas, como asimilar y superar los cambios de su capacidad funcional y las actitudes de patrones, colaboradores y familiares que aún ven el cáncer como una enfermedad terminal y debilitante.

Las enfermeras intervienen significativamente en la rehabilitación de cancerosos, la cual necesita empezar en una etapa temprana de la enfermedad y del tratamiento, si se quieren aumentar al máximo los resultados. Es necesario valorar los cambios de la imagen corporal que han sido consecuencia de tratamientos deformantes, para así facilitar el ajuste del individuo a las modificaciones en su aspecto o capacidad funcional. Se envía al sujeto y a su familia a grupos de apoyo auspiciado por las instituciones oncológicas o de otra índole.

Algunas personas se reintegran a sus labores y continúan recibiendo quimioterapia o radioterapia por largo tiempo; a veces se presentan problemas transitorios como letargia, fatiga, anorexia, náusea o vómito. La enfermera identificará dichos problemas y auxiliará al enfermo en la planeación de estrategias para resolverlos y superarlos. En cuanto a aquellos con perturbaciones gastrointestinales como consecuencia de la quimioterapia, a veces es útil modificar su horario de trabajo o que reciban el tratamiento por la noche. La enfermera también colabora con los dietistas para que los enfermos hagan planes de alimentación tolerable y satisfagan sus necesidades nutricionales, además de participar en la valoración de los pacientes con el tiempo, a fin de detectar cualquier secuela del tratamiento a largo plazo.

La discriminación contra el canceroso en proceso de restablecimiento a veces se muestra en varias formas. Es común que los patrones desconozcan que los diferentes tipos de cáncer tienen distintos pronósticos y difieren en el impacto en la capacidad funcional. Como resultado, dudan en contratar o seguir empleando al canceroso, en especial si los regímenes continuos de tratamiento requieren ajustes en los planes laborales y su contenido. Las actitudes de los compañeros de trabajo ocasionan problemas si guardan relación con trastornos de la comunicación, como los que tienen algunas personas que tienen cáncer de cabeza y cuello. Por último, patrones, colaboradores y familiares no dejan de considerar a la persona como un enfermo, a pesar de su restablecimiento constante o la terminación del tratamiento.

Las enfermeras intervendrán en la orientación de patrones y público en general, para asegurarse que se respeten los derechos de los cancerosos. Siempre que sea posible, ayudarán a los pacientes y familiares en la reanudación de las ocupaciones que tenía el enfermo. Las enfermeras instan a los cancerosos a que recuperen al máximo nivel de independencia. Además, es posible enviarlos a servicios de rehabilitación vacacional de algunas organizaciones oficiales y privadas. El diagnóstico de cáncer no tiene por qué ser una sentencia de muerte; muchos cancerosos reanudan actividades útiles en su vida. Brunner y Suddart (1998).

### 1.3 Promoción a la Salud y Cáncer Cervicouterino

La salud reproductiva se define como un estado de bienestar físico, mental y social completo y no meramente la ausencia de enfermedad o dolencia, en todos los temas relacionados con el sistema reproductivo y con sus funciones y procesos. [www.cedpa.com](http://www.cedpa.com) (2003)

Para lograr lo anterior, es necesario que la población, tanto hombres como mujeres estén informados sobre como pueden obtener esta salud y en especial las mujeres que actualmente están siendo afectadas por el cáncer cervicouterino, el cual se puede atacar y prevenir de forma eficiente a través de la Promoción a la Salud.

La Promoción es hoy en día uno de los temas apasionantes en el campo de la salud, ya que es una propuesta transformadora, como una estrategia fundamentalmente de la Salud Pública moderna que involucra al individuo y a su entorno social, como una fuerza capaz de generar cambios sustantivos desde las mismas bases político-sociales hasta el medio ambiente en el que el individuo se desarrolla. González Julio (1997).

Por lo tanto, la Promoción a la Salud no es una intervención dirigida a las personas, sino algo que se hace con la gente, por la gente y para la gente, ya sea en forma individual o grupal. La finalidad de esta actividad es fortalecer las aptitudes y capacidades de los individuos para tomar medidas y capacidades de los grupos o las comunidades de actuar colectivamente para controlar los factores determinantes de la salud y lograr cambios positivos. [www.paho.org](http://www.paho.org) (2002)

Es por lo anterior que la Promoción a la Salud es importantísima en el combate contra el cáncer cervicouterino, ya que a través de ella, se pueden lograr cambios de conducta que disminuyan los factores de riesgo así como adquirir conductas que perpetúen su salud como lo es la toma del Papanicolau periódicamente.

Todo lo anterior se puede lograr a través del trabajo en equipo del personal de salud y en especial el de enfermería, por medio de la educación verídica y eficiente que se le brinde a la paciente a través de sesiones de educación para la salud.

#### Educación para la salud

La educación para la salud es un procedimiento que incluye la transmisión de todo lo que se conoce sobre la salud de los patrones deseables de la conducta individual y colectiva, mediante el proceso educativo.

Puede decirse que la educación es el denominador común de todas las actividades de Salud Pública y Medicina Preventiva. Alvarez Alva (1998).

Es por esto que la función de la educación en la promoción de la salud reproductiva es importantísima ya que la educación es una variable clave en la explicación y transformación de los fenómenos relacionados con la salud reproductiva

La educación puede afectar la cultura mediante el cuestionamiento de aquellos comportamientos y normas de conductas que constituyen un obstáculo al bienestar del individuo, de la familia y de la comunidad. La Educación en Salud Reproductiva que influencia la cultura, cuestiona los valores, las normas socioculturales, las actitudes y las conductas asociadas con el comportamiento sexual, familiar y social de los individuos.

La educación es una actividad ligada a la calidad de vida del individuo; lo ayuda a aprender, a escoger, a reflexionar y a ejercer su autodeterminación. En otras palabras; el proceso de educación hace posible que el individuo se comporte de manera inteligente, seleccionando sus opciones para la acción, usando su juicio en situaciones que demandan reflexión y evaluación, como las relacionadas con salud reproductiva.

El concepto creativo de educación en salud reproductiva exige la constante reflexión y el cuestionamiento permanente, tanto del educador como del educando.

El aprendizaje significativo se sucede a través del diálogo existencial, reflexión y acción, que tiene valor en tanto que afecta constructivamente la vida personal de los participantes; así, la educación en salud reproductiva implica el autoconocimiento y autocomprensión de las necesidades, valores, actitudes y comportamientos de las personas involucradas en el proceso, lo que les permitirá avanzar hacia una transformación creadora de proyecciones sociales. Salud Reproductiva en las Américas (1992).

Para llevar a cabo este aprendizaje y que los Programas de Educación sean eficaces y la gente logre interiorizar lo que se les dice sobre algún tema, existe un proceso educativo el cual esta formado por tres pasos:

Información: Con alguna frecuencia el personal de salud se siente satisfecho con haber proporcionado información sobre determinado tema, considerando con ello ha hecho educación para la salud.

**Motivación:** Esta se lleva a cabo cuando se consigue interesar a las personas sobre las ventajas que un determinado procedimiento tiene.

**Educación propiamente dicha:** Cuando la persona acude al servicio médico para aprovechar la atención de la que se le ha informado. Es de hecho el cambio de conducta.

**Ventajas:** El deseo de cambio que la persona experimente es favorable para la motivación. El afán de prestigio o el deseo de adaptarse a determinados factores culturales, ayudan también a la motivación y al cambio. Las dinámicas de grupo permiten mejores resultados en la motivación y en la educación.

**Obstáculos:** Por el contrario, el poco interés de la gente por conservar su salud, el temor a la enfermedad y los prejuicios culturales son un serio obstáculo para la motivación y para la educación. Su fuerza es tan grande que pueden impedir toda penetración educativa en relación con la salud.

### Requisitos para la educación

La educación deberá estar de acuerdo con la edad, con las condiciones culturales y sociales, con el tipo de padecimiento que se trata de prevenir o de curar, y con la actividad de la persona que la recibe. Se hará en la consulta externa, en la sala del hospital, en el hogar, y naturalmente en el consultorio particular, aprovechando todas las ocasiones que se presenten, pero siempre con oportunidad. Álvarez Alva (1998).

Tomando en cuenta los puntos anteriores se pretende que los Programas de Educación se den de manera oportuna y práctica a la población y de esta manera se obtengan mejores resultados a corto plazo.

## XI. PLAN DETALLADO DE EJECUCION

CUADRO No. 1  
PLAN DETALLADO DE ACTIVIDADES

ETAPA	PROPÓSITO	ACTIVIDAD	TAREA
Gestión	Dar a conocer el Programa con el propósito de que le brinde un financiamiento de recursos para su implementación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hacer validar el Manual Práctico para la prevención del cáncer cervicouterino.</li> <li>• Dar a conocer el Programa a través de la entrega de copias del Manual y de oficios en los cuales se mencione el propósito y los beneficios que traerá su implementación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preparar copias del Manual Práctico para la Prevención del cáncer cervicouterino.</li> <li>• Elaborar oficios.</li> </ul>
Captación de la población	Captar el mayor número de mujeres susceptibles de padecer CaCu entre los 18 y 65 años así como a sus parejas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar promoción del programa a través de volantes, carteles y pequeñas pláticas.</li> <li>• Captar a la población y organizar los grupos de 40 personas por grupo.</li> <li>• Preparar el material de apoyo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preparar las listas en las que se anotarán los personas captadas.</li> <li>• Elaborar los carteles, volantes y dar las pláticas para la promoción del programa.</li> <li>• Elaborar rotafolios.</li> <li>• Preparar el material de papelería y equipo necesario.</li> </ul>

Implementación del Programa	Promover y concientizar a los participantes de la importancia que tiene el adquirir conocimientos para la prevención del CaCu así como la realización del Papanicolau.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar una evaluación diagnóstica a los asistentes.</li> <li>• Concientizar y sensibilizar a los asistentes de la realización del Papanicolau.</li> <li>• Exposición de los temas de acuerdo a la guía.</li> <li>• Entrega del Manual Práctico para la prevención del Cáncer Cervicouterino a los participantes del programa así como su constancia de asistencia a los cursos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preparar las copias de la evaluación diagnóstica.</li> <li>• Preparar el material que se va a utilizar en cada sesión.</li> <li>• Tener preparadas las copias del Manual, así como de las constancias.</li> <li>• Revisar los resultados de la evaluación diagnóstica.</li> <li>• Tomar asistencia.</li> <li>• Elaborar las constancias de asistencia al curso.</li> </ul>
Evaluación	Evaluar el impacto y efectividad del programa sobre la población a la que se impartieron las sesiones educativas así como los conocimientos obtenidos durante estos y con esto identificar los puntos que haga falta reforzar.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar la evaluación sumativa así como el test de evaluación del programa.</li> <li>• Revisar los resultados obtenidos de ambas pruebas.</li> <li>• Comparar los primeros resultados obtenidos de la evaluación diagnóstica con los últimos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preparar las copias de la evaluación sumativa así como del test de evaluación.</li> <li>• Elaborar el material para la presentación del informe.</li> <li>• Reunir los resultados de las pruebas.</li> <li>• Preparar el informe.</li> <li>• Informar los resultados obtenidos del programa al</li> </ul>

		<p>resultados.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Invitar a los asistentes a la presentación del informe.</li></ul>	<p>director del programa, asistente técnico así como a las personas de las instituciones que dieron el financiamiento para el programa.</p>
--	--	--	---

CUADRO No. 2  
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES  
ENERO-ABRIL 2004

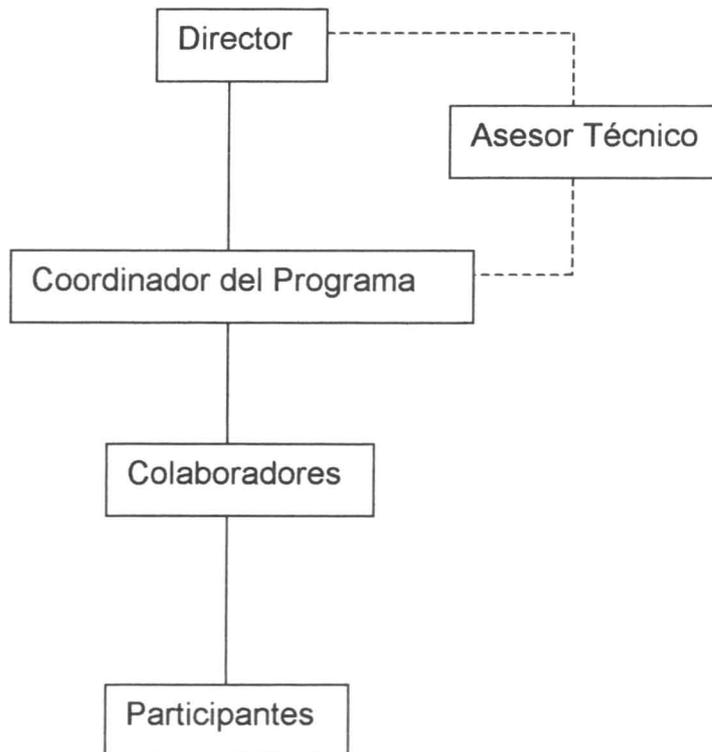
ACTIVIDAD	RESPONSABLE	ENERO				FEBRERO				MARZO					ABRIL			
		5	12	19	26	2	9	16	23	1	8	15	22	29	5	12	19	26
1.Gestión para el financiamiento del programa.	Asesor Técnico	[Barra con símbolo de prohibido]																
2.Organización del equipo de trabajo.	Director					[Barra]												
3.Promoción del programa.	Colaboradores							[Barra]										
4.Elaboración del material de propaganda.	Coordinador Colaboradores							[Barra]										
5.Captación de la población.	Colaboradores							[Barra con símbolo de prohibido]										
6.Organización de los grupos.	Colaboradores																	
7.Preparar papelería y equipo necesario.	Director Coordinador																	
8.Preparar material de apoyo para las sesiones educativas.	Asesor Técnico																	
9.Inicio del curso.	Director																	
10.Exposición de temas.	Asesor Técnico																	
11.Aplicación y revisión de evaluaciones.	Coordinador																	
12.Entrega del Manual y de constancias.	Director Coordinador																	
13.Fin del curso.	Director																	
14.Preparación del informe.	Director Coordinador																	
15.Presentación del informe.	Director																	

Inicio: [ ] Termina: [ ] Area Critica: [X] Tiempo de holgura: [O]

## 11.1. ORGANIZACIÓN

El presente programa se regirá por una organización formal lineal como se observa en el organigrama (Fig. No. 1). Esta organización constará con cinco niveles jerárquicos, en donde habrá líneas de autoridad directa del director del programa con el coordinador del programa y estos a su vez tendrán asesoría con el asesor técnico, el coordinador guiará a los colaboradores y estos a los asistentes del programa, es importante decir que los puestos antes mencionados tendrán funciones específicas las cuales dependerán de la jerarquía que estos tengan. Respecto a la comunicación esta será vertical y horizontal.

Fig. No 1  
Organigrama del Programa de Educación para la Prevención del Cáncer Cervicouterino



Clave:

Asesoría: - - - - -

Coordinación: \_\_\_\_\_

### 11.1.1. Participantes del programa y sus funciones:

Director: Director de la clínica.

Asesor Técnico: Autor del Programa.

Coordinador: Subdirector de la clínica.

Colaboradores: Personal de salud que labora en la clínica.

Participantes: Personas captadas.

Funciones:

Director:

- Proveer el material y equipo que se va a utilizar.
- Control del material que se utilice.
- Evaluar el impacto del programa.
- Presentar el informe.
- Dar las constancias a los participantes.
- Evaluar el impacto del programa.

Asesor Técnico:

- Dar a validar el Manual de Educación para la Prevención del Cáncer Cervicouterino.
- Gestionar el financiamiento del programa.
- Exponer los temas de las sesiones educativas.
- Asesorar al director y coordinador para que el programa se lleve de forma adecuada.
- Actualizar el programa de acuerdo a los resultados obtenidos.
- Elaborar el material de apoyo para las sesiones educativas.

Coordinador:

- Tomar la asistencia a los participantes.
- Verificar que la promoción del programa así como las sesiones educativas se lleve a cabo.
- Preparar la papelería que se vaya a ocupar durante el curso.
- Aplicar las evaluaciones y test.
- Elaborar las constancias de asistencia al curso.
- Delegar responsabilidades a los colaboradores.

Colaboradores:

- Captar a las personas que asistirán a las sesiones educativas.
- Promover el Programa de Educación para la prevención del CaCu.
- Elaborar el material de propaganda.
- Organizar los grupos.

## 11.2. ESTIMACIÓN DE RECURSOS

a) Humanos:

Director: 1

Asesor Técnico: 1

Coordinador: 2

Colaboradores: 5

b) Financiamiento:

Se realizará la gestión para el financiamiento del programa en diferentes instancias de salud como el IMSS o algunas organizaciones gubernamentales o civiles que pueden estar interesadas en la implementación del programa.

c) Materiales y Financieros:

CONCEPTO	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	TOTAL
• Honorarios de asesor técnico	5.000	5.000	5.000
• Cartulinas	50	1.50	75.00
• Plástico	12 metros	7.00	84.00
• Plumones	2 paquetes	104.00	208.00
• Lapiceros	10	2.00	20.00
• Lápices	50	3.00	150.00
• Gomas	10	2.50	25.00
• Sacapuntas	10	1.00	10.00
• Hojas de máquina	500	.10	50.00
• Papel contact	2 metros	8.00	16.00
• Seguros	200	1.00 c/10	20.00
• Impresión de constancias	200	20.00	400.00
• Copias	500	.40	200.00
• Carpetas	200	1.00	200.00
• Diurex	2	12.50	25.00
• Cinta tape	2	16.00	32.00
• Acetatos	20	1.50	30.00
• Grapas	2 cajas	14.00	28.00
• Grapadora	1	27.00	27.00
• Tiraje de Manual 7 con hojas	170	3.00	480.00
• Anillos metálicos	2	10.00	20.00
• Cassette de video	2	30.00	60.00
• Pedazo de madera	2	5.00	10.00
			<b>Total: \$7,170.00</b>

### 11.3. SISTEMA DE CONTROL Y EVALUACIÓN

Para medir los conocimientos obtenidos durante las sesiones educativas se realizaron 2 evaluaciones, una diagnóstica y otra sumativa, las cuales se aplicarán al inicio y final del curso respectivamente con el fin de observar si se cumplieron las metas planteadas, de igual forma se evaluará la efectividad del programa y se llevará un control de este por medio de un tablero de control (Cuadro No. 3) y evaluación (Cuadro No. 4) a través de los cuales se muestran puntos importantes para la evaluación del programa, como son las variables a controlar, las actividades, recursos humanos, materiales y financieros así como el desempeño de los participantes del programa.

CUADRO No. 3  
TABLERO DE CONTROL

AREA A CONTROLAR	VARIABLE A CONTROLAR	INSTRUMENTO	RESPONSABLE
Actividades	Tiempo y cumplimiento	Cronograma	Coordinador
Recursos humanos	Asistencia y desempeño	Organigrama	Coordinador
Recursos materiales	Disponibilidad	Inventario	Director
Recursos financieros	Costo, utilización	Presupuesto	Director
Programa	Efectividad y eficiencia	Metas y evaluaciones	Director Coordinador

CUADRO No. 4  
EVALUACIÓN

VARIABLE	NORMA	INSTRUMENTO
Eficacia	Cumplir con el 90% de los objetivos y metas planteados Cumplir con el 100% de las actividades planeadas	Evaluaciones Lista de cotejo Plan detallado de actividades
Eficiencia	Suministrar el 100% de los recursos materiales	Lista de cotejo Tabla de estimación de recursos
Efectividad	Que el 100% de los participantes quede satisfecho con la información que se brindo.	Evaluaciones Lista de cotejo

## XII. CONCLUSIONES

## XII. CONCLUSIONES

El cáncer cervicouterino ha causado grandes estragos en la población femenina en México y una de las acciones para disminuir y prevenir este padecimiento es la realización del Papanicolau el cual no ha causado el impacto esperado por los aspectos antes mencionados y sobre todo por que no se tiene un conocimiento acertado sobre la enfermedad y especialmente sobre la técnica.

Es por lo anterior que el presente programa pretende cubrir la falta de conocimientos acerca de este tema y así lograr que un número mayor de mujeres al igual que su pareja adquieran conciencia sobre la importancia de realizarse periódicamente la prueba del Papanicolau para que en un futuro se logre disminuir la incidencia de esta enfermedad.

También se puede concluir mencionando que es necesario que el personal de enfermería debe de tener un conocimiento veraz acerca del cáncer cervical así como del Papanicolau para poder responder dudas que las personas puedan tener acerca de este tema y que también se debe de capacitar para poder realizar adecuadamente la toma de la citología cervical y de esta forma reducir los casos de cáncer cervicouterino.

## XIII. BIBLIOGRAFIA

### XIII. BIBLIOGRAFÍA

ALONSO Patricia. LAZCANO Eduardo. Cáncer Cervicouterino: Diagnóstico, Prevención y Control. 1ª Edición. México. Ed. Panamericana. 2000.

SHINGLETON H. FOWLER W. Oncología Ginecologica. México. Ed. McGraw-Hill Interamericana. 1998.

SANKARANARAYANAN Rengaswamy. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Recopilación de Artículo No.6. OPS. 2002.

CASTAÑEDA Maura. Salud Pública de Mexico. Vol. 40. No. 4. Julio-Agosto. 1998.

GONZALEZ Julio. Manos a la Salud: Mercadotecnia, Comunicación, Publicidad. OMS/OPS. 1997.

OPS. La Salud en las Américas. Vol. 1. Ed. OPS. 1998.

GOMEZ Jessica. Salud Pública de México. Vol. 43. No. 4. Julio-Agosto. 2001.

SSA. Programa de Acción: Cáncer Cervicouterino. 2002.

GONZALEZ M. Oncología Clínica: Fundamentos y Patología General. 2ª Edición. México. Ed. McGraw-Hill Interamericana. 1998.

FERNANDEZ-CID A. Citopatología Ginecológica y Mamaria. 2ª Edición. México. Ed. Masson-Salvat Medicina. 1993.

SSA. Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSAZ. 1994.

Instituto Nacional de Cancerología. Manual de Oncología: Procedimientos Médico-Quirúrgicos. 1ª Edición. México. Ed. McGraw-Hill Interamericana. 2000.

DEXEUS Santiago. GRASSES Pedro. Sinopsis de Oncología Ginecologica. México. Ed. Masson. 1996.

BRUNNER. SUDDART. Enfermería Médico Quirúrgica. Vol. II. 8ª Edición. México. Ed. McGraw-Hill Interamericana. 1998.

ALVAREZ Rafael. Salud Pública y Medicina Preventiva. México. Ed. Manual Moderno. 1998.

Salud Reproductiva en las Américas. México. OPS/OMS. 1992.

[www.paho.org](http://www.paho.org) (2002)

[www.isis.com](http://www.isis.com) (2002)

[www.cedpa.com](http://www.cedpa.com) (2003)

[www.tuotromedico.com](http://www.tuotromedico.com) (2003)

# XIV. ANEXOS

## INDICE

1. ANÁLISIS DE ALTERNATIVAS DE SOLUCION.....	1
2. MANUAL PRACTICO DE PROMOCION A LA SALUD.....	3
3. TEST DE EVALUACIÓN DEL PROGRAMA .....	4
4. CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS.....	5
5. PROGRAMA DETALLADO.....	7

ANEXO No. 1

ANÁLISIS DE ALTERNATIVAS DE SOLUCION

ALTERNATIVA	BENEFICIOS POTENCIALES	ELEMENTOS FAVORABLES	OBSTÁCULOS
<p>1. Capacitación al personal de salud que se encarga de la obtención de la muestra así como a los encargados de estudiar y dar el diagnóstico del Papanicolau.</p>	<p>1. Actualización constante del personal.</p> <p>2. Ahorro en el presupuesto del Programa de Detección Oportuna de CaCu.</p> <p>3. Los casos falsos negativos se reducirían.</p>	<p>1. Facilidad para impartir el tema de cáncer cervicouterino y su prevención.</p> <p>2. Aprovechamiento en el material que se utiliza en la toma y estudio de la muestra.</p> <p>3. Los casos de cáncer cervicouterino se atenderán tempranamente.</p>	<p>1. El tiempo destinado a la capacitación es insuficiente.</p> <p>2. No se cuenta con el apoyo económico.</p>
<p>2. Reestructurar el Programa de Detección Oportuna de CaCu donde se tome en cuenta las perspectivas que tiene la población acerca del Papanicolau.</p>	<p>1. Mayor número de mujeres tendrán acceso a la toma del Papanicolau.</p> <p>2. Impacto en la población.</p> <p>3. Oportunidad de realizarse la prueba del Papanicolau periódicamente.</p>	<p>1. Mujeres que viven en zonas marginadas tendrán la oportunidad de realizarse la prueba citológica.</p> <p>2. Toma de conciencia de la importancia del Papanicolau.</p> <p>3. Servicio otorgado gratuitamente.</p>	<p>1. En algunos poblados no existen centros de salud.</p> <p>2. Se requiere de un diagnóstico previo.</p> <p>3. El costo de esta actividad es muy elevada.</p> <p>4. No se cuenta con los recursos humanos, financieros y materiales</p>

<p>3. Implementar un Programa de Educación para la Salud.</p>	<p>1.Orientación verídica y práctica a la población.</p> <p>2.Mayor cobertura de mujeres en edad reproductiva.</p> <p>3.Retirar ideas erróneas que se tienen acerca del Papanicolau.</p> <p>4.Lograr que las parejas se conscientizen de los riesgos que se tienen de padecer CaCu así como de la importancia que tiene el Papanicolau.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Personal capacitado y con experiencia.</li> <li>2. Se cuenta con la información adecuada.</li> <li>3. Se tiene un mayor interés por la salud de las mujeres.</li> </ol>	<p>para llevarlo a cabo.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se tienen muy arraigadas ideas, creencias o cultura por lo que son difíciles de erradicar.</li> <li>2. No se cuenta con las instalaciones para poder llevar a cabo el Programa.</li> <li>3. No se cuenta con financiamiento para su implementación.</li> </ol>
---	---	---	---

ANEXO No. 2

MANUAL PRACTICO PARA LA PREVENCIÓN DEL CANCER  
CERVICOUTERINO

## INDICE

1. Presentación.....	1
2. Aparato reproductor femenino.....	2
3. El cáncer cervicouterino y su detección.....	3
Qué es el cáncer cervicouterino.....	3
Cuáles son las causas que lo producen.....	3
Cómo se desarrolla.....	4
Cuáles son los signos y síntomas.....	5
Qué es la Prueba del Papanicolau.....	5
Cada cuándo se debe realizar el Papanicolau.....	6
4. Sugerencias.....	7

## Presentación

El cáncer es el crecimiento acelerado de las células que conforman nuestro organismo. Al ocurrir este crecimiento el cuerpo sufre cambios y con esto se presentan signos y síntomas específicos de acuerdo al sitio en el que se localice el tumor.

En México el cáncer cervicouterino ocupa un lugar importante dentro de los tumores malignos (tercer lugar) debido quizás a la escasa o nula información sobre el tema.

Hoy en día, la promoción a la salud es una propuesta transformadora que involucra al individuo y a su entorno social, es una fuerza capaz de generar cambios sustantivos desde las mismas bases políticas sociales hasta el medio ambiente en el que el individuo se desarrolla.

En función de lo anterior, para lograr disminuir el número de casos de cáncer cervicouterino, es necesario implementar programas de promoción a la salud con el objeto de brindar educación a las mujeres y a sus parejas que estén en riesgo de padecer este cáncer y así proveer conocimientos básicos sobre este tema y crear conciencia sobre la importancia que tiene el autocuidado.

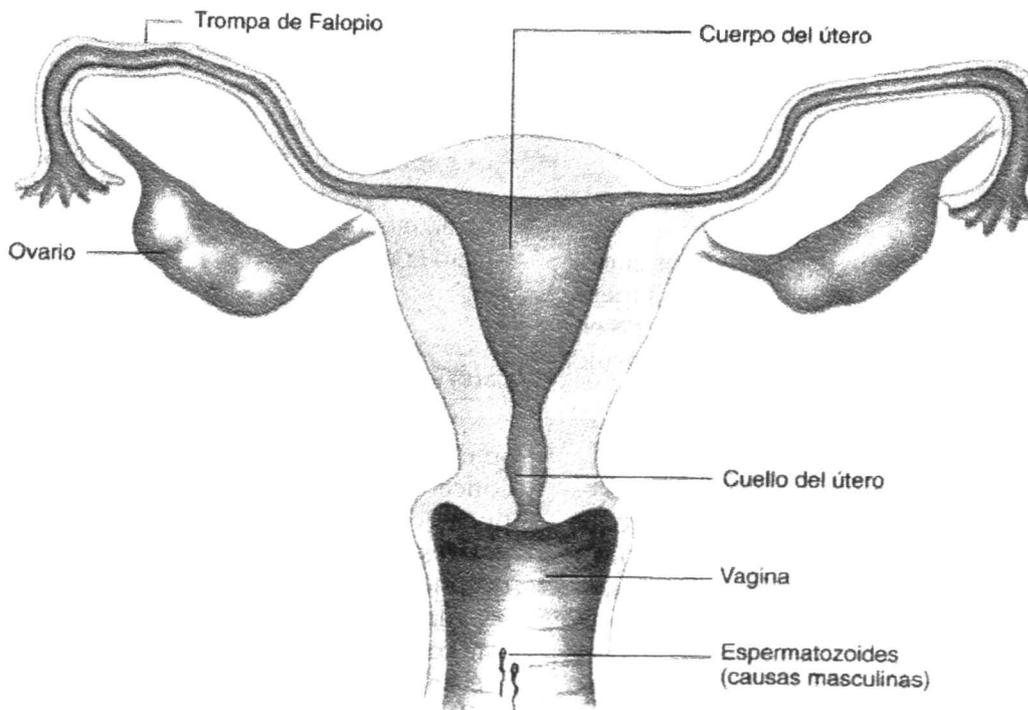
Es por eso que este Manual pretende brindar información adecuada acerca del cáncer cervical y la forma de prevenirlo a las mujeres con vida sexual activa entre los 18 y 65 años de edad al igual que a sus parejas.

## APARATO REPRODUCTOR FEMENINO

Los órganos de reproducción de la mujer incluyen a los ovarios, las trompas uterinas (de Falopio), el útero (matriz), la vagina y los órganos reproductores externo y las glándulas mamarias o senos.

El útero es parte de la vía que tienen que cruzar los espermatozoides para alcanzar las trompas uterinas. También es el lugar donde se lleva a cabo la menstruación o regla, es donde se lleva a cabo el desarrollo y crecimiento del bebe durante el embarazo y el trabajo de parto. Cabe mencionar que el útero o matriz tiene forma de pera invertida.

El útero o matriz se divide en tres partes: El fondo, el cuerpo y la parte inferior que es muy delgada y se abre hacia la vagina y recibe el nombre de cuello o cerviz. Algunas células que forman parte del cérvix producen líquido o secreción al cual se le llama moco cervical y las mujeres en edad reproductiva o que pueden tener bebes secretan de 20 a 60 mililitros de moco al día.



## EL CANCER CERVICOUTERINO Y SU DETECCION

¿Qué es el cáncer cervicouterino?

El cáncer cervicouterino es una enfermedad mortal si no se detecta a tiempo. Es el crecimiento acelerado y anormal de las células que forma parte del cerviz o cuello de la matriz, este cáncer se divide en grados de acuerdo a la etapa en la que se encuentre.

¿Cuáles son las causas que producen el cáncer cervicouterino?

Las causas o factores de riesgo que predisponen a las mujeres a padecer cáncer cervicouterino son los siguientes y se dividen en dos grupos:

El primer grupo es en el que se encuentran los factores que son difíciles de evitar, son aquellos sobre los cuales no se puede ejercer una prevención, tales como la herencia.

En el segundo grupo se encuentran los factores de riesgo que se pueden prevenir ya que se basan en la conducta de las personas, estos factores son los siguientes:

**Infecciones vaginales y/o antecedentes de enfermedades de transmisión sexual:** El riesgo de que una mujer que nunca ha tenido relaciones sexuales presente infecciones vaginales es baja, sin embargo este riesgo aumenta al iniciarse en la vida sexual y por lo mismo llegar a desarrollar cáncer cervical, ya que algunas infecciones son causadas por virus, específicamente el virus del papiloma humano es el responsable hasta de un 90% de los canceres invasores.

**Promiscuidad:** Esto quiere decir que si tú o tu pareja han tenido más de 10 parejas sexuales a lo largo de su vida tu como mujer tienes mayor posibilidad de desarrollar cáncer cervical en comparación con las mujeres que no han tenido o han tenido un solo compañero sexual.

**Tabaquismo:** En estudios que se han realizado se ha demostrado que las mujeres fumadoras tienen mayor riesgo de padecer cáncer cervicouterino que las mujeres no fumadoras, ya que en el moco o flujo se han encontrado sustancias del cigarro, como la nicotina que puede iniciar el cáncer cervical, por eso, si tu eres de esas mujeres que fuman todos los días ten cuidado por que tú puedes llegar a padecer cáncer cervical.

**Inicio de vida sexual:** Si tu has tenido o tuviste relaciones sexuales antes de los 16 años con mayor razón debes realizarte el Papanicolau regularmente, ya que las mujeres que tuvieron relaciones antes de esta edad tienen doble riesgo de

presentar cáncer de cérvix las mujeres que tienen relaciones sexuales después de los 20 años.

**Alimentación:** Una buena alimentación es importante que la tenga cualquier persona, pero tiene que ser más importante para ti como mujer cuando sabes que si te alimentas adecuadamente puedes disminuir o evitar tener cáncer cervicouterino, ya que se ha observado que las dietas que son ricas en vitamina C, como la naranja, limón, jitomate, guayaba, pueden protegerte contra el cáncer de cuello del útero.

**Edad:** En general, la edad promedio para que se presente el cáncer cervicouterino es entre los 25 y 64 años, aunque en la actualidad a pesar de ser pocos los casos que se han observado este tipo de cáncer esta atacando a mujeres menores de 25 años.

**Tiempo transcurrido después del último estudio citológico o Papanicolau:** Si tu eres de las mujeres que no le toman importancia al Papanicolau y por lo mismo nunca te lo has realizado nada más cuando te acuerdas ¡jojo! Por que en ese tiempo que dejaste pasar se pudo haber desarrollado cáncer cervicouterino y puede ser tarde para brindarte tratamiento adecuado y/o erradicar el cáncer, por eso, debes realizarte periódicamente el Papanicolau.

¿Cómo se desarrolla el cáncer cervicouterino?

El cáncer cervical inicia como una pequeña cortada en el cuello de la matriz y si esta cortada no es atendida temprana y correctamente puede ir creciendo y alcanzar otros órganos y llegar a destruirlos, cuando el cáncer ya esta más avanzado se va hacia la sangre. Los órganos que más se ven afectados son: pulmones, huesos, hígado y cerebro.

Por lo general esta pequeña cortada crece continuamente y progresa entre 1 y 20 años, lo que quiere decir que esta enfermedad es lenta y sobre todo dolorosa para quien la padece y sus familiares.

Por tanto el cáncer cervical no es una enfermedad que solo puede llegar a terminar con tu vida o de la mujer que la padece sino también es una enfermedad que daña y lastima a la sociedad y a las familias de estas mujeres, ya que actualmente este cáncer esta atacando a mujeres jóvenes, mujeres que como tú son responsables de sus hijos tanto en su educación como en sus cuidados, a los cuales tiene que dejar para ir a sus tratamiento o en el peor de los casos esperar la muerte cuando el cáncer ya esta muy avanzado.

## ¿Cuáles son los signos y síntomas del cáncer cervicouterino?

Los signos y síntomas del cáncer cervical dependen de la etapa o grado en el que se encuentre el cáncer. Es por esto que las mujeres que apenas presentan la enfermedad no se dan cuenta de su presencia sino hasta que ya esta muy avanzado, ya que por lo regular al inicio de la enfermedad no se presenta ningún signo ni síntoma.

Los signos y síntomas que se presentan cuando el cáncer ya esta muy avanzado son los siguientes:

- Hemorragia a través de la vagina, sobre todo después de tener relaciones, entre una menstruación y otra y después de la menopausia.
- Cuando se tiene flujo teñido de sangre, con mal olor, irritante y con pus.
- Dolor a nivel de la cintura.
- Hinchazón de las piernas.
- Dolor de espalda a nivel de la cintura.
- Pérdida de peso.
- Anemia.
- Cuando no se tiene apetito.
- Mal estado general.
- Adelgazamiento.
- Cuando aparecen bolitas o ganglios en el cuello, axilas o ingles (entrepierna).
- Cuando la persona desprende mal olor.

Para prevenir o evitar todo lo anterior es importante que usted se realice la prueba del Papanicolau regularmente.

## ¿Qué es Papanicolau?

El Papanicolau es una prueba que se utiliza para detectar en forma temprana el cáncer cervicouterino, es una prueba que separa a las mujeres que tienen lesiones o pequeñas cortadas en el cuello del útero de las que no las presentan, además de que también detecta infecciones vaginales.

En México, se recomienda que la prueba del Papanicolau se realice cada año a partir del inicio de la vida sexual activa hasta los 65 años en ausencia de factores de riesgo y con estudios normales.

Pero, ¿cuándo me debo realizar el Papanicolau?

Después de haber tenido la primera relación sexual.

Después de que hayan pasado 10 días después de la menstruación.

Tres días después de haber tenido relaciones sexuales.

Cuando no se hayan realizado baños vaginales antes de la toma.

Cuando no se estén aplicando óvulos vaginales.

Y ¿Cuándo no me debo realizar el Papanicolau?

Cuando se esta menstruando o hay sangrado vaginal .

Cuando se hayan tenido relaciones unos o tres días antes de la toma.

Cuando se están aplicando óvulos vaginales o algún medicamento vía vaginal.

Pero, ¿cada cuándo me debo realizar el Papanicolau?

Para prevenir y/o detectar el cáncer cervicouterino es necesario que te realices el Papanicolau cada año, sin embargo si tus resultados han sido negativos, es decir, que si no has presentado ningún tipo de infección y sobre todo infecciones por el virus del Papiloma Humano o si no has presentado inflamaciones o algún problema relacionado con este cáncer te puedes realizar la prueba cada tres años.

Es importante decir que la prueba del Papanicolau te la pueden realizar en cualquier institución del Sector Público de forma gratuita como el IMSS, ISSSTE, Secretaría de Salud o Materno Infantil a pesar de que no cuentes con estos servicios.

Pero ¿qué beneficios tengo al realizarme el Papanicolau?

Algunos de los beneficios que obtienes al realizarte la prueba del Papanicolau son: Prevenir y/o detectar el cáncer cervicouterino e infecciones vaginales para darles un tratamiento adecuado y oportuno, además de que te brinda seguridad y tranquilidad en lo personal y familiar, así como en lo económico social y emocional además de que en tus hijos estas fomentando la importancia que tiene el autocuidado.

## SUGERENCIAS

Se sugiere que el Manual se lea cuidadosamente en compañía de su pareja y/o de su familia y que se tenga en un lugar accesible además de que lo comparta con personas que no tengan la información que ha usted se le ha dado.

**ANEXO No. 3**  
**TEST DE EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA**  
**PREVENCIÓN DEL CANCER CERVICOUTERINO**

**PROPÓSITO:** Conocer su opinión acerca de la ejecución del programa.

**INSTRUCCIONES:** A continuación se presentan algunas preguntas con tres opciones para que usted responda marcando una X en la respuesta que usted crea conveniente de acuerdo a su perspectiva.

	BUENA	REGULAR	MALA
1. La promoción del curso fue:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. La exposición de los temas fue:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Los temas expuestos para la prevención del CaCu fueron:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Las técnicas utilizadas para exponer los temas fueron:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. El manejo de los temas por parte del expositor fue:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Las respuestas a sus dudas fue:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. La información que se le dio para prevenir el CaCu y lograr un autocuidado eficaz fue:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. El horario y los días en los que en los que se impartieron las sesiones educativas fue:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO No. 4  
CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN  
PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER CERVICOUTERINO

INSTRUCCIONES: A continuación se presentan algunas preguntas de opción múltiple para que usted subraye la respuesta que usted crea correcta.

1. Qué es el cáncer cervicouterino.

- a) Aumento anormal de células de la matriz.      b) Crecimiento de la matriz.      c) Aparecen bolitas en los senos.

2. Cuáles son las causas que provocan el cáncer cervicouterino.

- a) Aplicación de óvulos      b) Uso de anticonceptivos      c) Fumar  
Mala alimentación

3.Cuál es la técnica que se utiliza para prevenir y/o detectar el cáncer cervicouterino.

- a) Examen de orina      b) Papanicolau      c) Radiografía

4. Por qué es importante realizarse el Papanicolau.

- a) Para evitar el embarazo      b) Para prevenir el cáncer cervicouterino      c) Para no padecer presión alta.

5. Además de detectar el cáncer cervical, que otras enfermedades se descubren en el Papanicolau.

- a) Infecciones vaginales      b) Diabetes      c) Embarazo

6. A partir de que momento se debe realizar el Papanicolau.

- a) 60 años      b) En la primera menstruación o regla      c) Después de la primera relación sexual

7. Cuáles son las indicaciones para poder realizarse el Papanicolau.

- |  |  |  |
|--|--|--|
| a) Presión alta<br>Crecimiento del abdomen | b) Diarreas<br>Cuando se esta mens-<br>truando | c) 10 días des-<br>pues de<br>reglar<br>No aplicarse<br>óvulos |
|--|--|--|

8. Cada cuándo se debe realizar el Papanicolau.

- |                 |             |                |
|-----------------|-------------|----------------|
| a) Cada 6 meses | b) Cada año | c) Cada 5 años |
|-----------------|-------------|----------------|

9. Qué se hace en la Prueba del Papanicolau.

- |                               |                   |   |
|-------------------------------|-------------------|---|
| a) Muestra de moco<br>vaginal | b) Se saca sangre | c) En quitar una<br>parte de la<br>matriz |
|-------------------------------|-------------------|---|

10. Cuáles son los signos y síntomas del cáncer cervicouterino

- |  |   |  |
|--|---|--|
| a) Dolor en senos<br>Deformación de los huesos | b) Desmayos frecuentes<br>Comezón en<br>genitales | c) Sangrado<br>anormal<br>Flujo ma-<br>oliente |
|--|---|--|

ANEXO. No. 5

PROGRAMA DETALLADO DE EDUCACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DEL  
CANCER CERVICOUTERINO

DURACIÓN:  
10 HORAS

FECHAS:  
1 AL 26 DE MARZO

HORARIO:  
9:00 A 11:00  
16:00 A 18:00

## I. Introducción y Justificación

La educación para la prevención de la salud es una actividad importante en el campo de la enfermería ya que es a través de esta actividad que se pueden disminuir o erradicar distintas enfermedades.

Tal es el caso del Cáncer Cervicouterino, debido a que esta es una enfermedad prevenible y curable si se detecta a tiempo a través del Papanicolau o citología cervical. Esto se puede lograr si la población femenina en edad reproductiva de 18 a 65 años al igual que sus parejas tienen un conocimiento verídico sobre el Papanicolau y el objetivo que este tiene.

Es por lo anterior que el presente programa tiene como principal objetivo difundir y concienciar a la población de la importancia de conocer las acciones preventivas para disminuir el riesgo de que se presente esta enfermedad y lograr así un autocuidado efectivo, por lo cual se puede decir que este programa se ubica dentro de la prevención primaria.

## II. Objetivos

Aplicar un Programa de Educación para la Prevención del CaCu con la finalidad de brindar conocimientos a la población femenina entre los 18 y 65 años acerca de la prevención del CaCu y del Papanicolau.

## III. Objetivos específicos

- Promover el autocuidado en la mujer.
- Informar a la población sobre la patología del CaCu.
- Dar a conocer los factores de riesgo predisponentes de CaCu.
- Brindar información sobre la prueba del Papanicolau.
- Lograr que la población reconozca los signos y síntomas de CaCu.

## Organización

## IV. Participantes:

- Mujeres en edad reproductiva entre los 18 y 65 años de edad al igual que sus parejas del Municipio de Soledad de Graciano Sánchez.
- Responsable de la clínica, Autor del Programa, Personal de salud que

labora en la clínica.

- Fecha de inicio: 1 de Marzo
  - Fecha de termino: 26 de Marzo
  - Lugar: UMF No. 5
- 

## V. Contenidos:

- Estadísticas de casos de Cáncer Cervicouterino a nivel mundial, Nacional y Estatal.
- Aparato Reproductor Femenino: Estructura y Fisiología.
- Concepto de Cáncer cervicouterino.
- Factores de riesgo.
- Fisiopatogenia.
- Patrones de diseminación.
- Signos y Síntomas.
- Concepto de la Prueba de Papanicolau.
- Indicaciones y Contraindicaciones
- Procedimiento y Técnica para la toma de la muestra del Papanicolau.

## VI. Metodología

Para impartir el curso se formarán 4 grupos de 40 mujeres más las parejas que las acompañen, 2 grupos asistirán durante el turno matutino y los otros 2 grupos durante el turno vespertino, esto para que las personas tengan la facilidad de acudir al curso en el horario que más se les facilite. Para la exposición de las sesiones educativas se utilizarán distintas técnicas en las cuales el expositor se apoyara, además de que en cada sesión habrá un tiempo para aclarar dudas y responder preguntas que se presenten; al termino de cada sesión se dará a conocer el tema del día siguiente y se hará participar a los asistentes de las sesiones educativas con el fin de llamar su atención y tengan interés en los temas.

## VII. ACTIVIDADES DETALLADAS

DIA	HORA	TEMAS Y/O ACTIVIDADES	TÉCNICAS Y/O MATERIAL
1 de Marzo	9:00 a 11:00 16:00 a 18:00	Bienvenida al Programa Presentación del personal que participa en el Programa Sensibilización de los participantes sobre el tema Mención de estadísticas sobre los casos de CaCu a nivel mundial, nacional y estatal Aplicación de evaluación diagnóstica	Presentación de videos Exposición oral Rotafolios
2 de Marzo	9:00 a 11:00 16:00 a 18:00	Anatomía y Fisiología del Aparato Reproductor Femenino Concepto de Cáncer Cervicouterino	Exposición oral Rotafolio
3 de Marzo	9:00 a 11:00 16:00 a 18:00	Factores de riesgo Fisiopatogenia Patrones de diseminación Signos y Síntomas	Exposición oral Rotafolio
4 de Marzo	9:00 a 11:00 16:00 a 18:00	Concepto de la Prueba del Papanicolau Importancia del Papanicolau Indicaciones y Contraindicaciones Periodicidad del Papanicolau	Exposición oral Proyector
5 de Marzo	9:00 a 11:00 16:00 a 18:00	Procedimiento para la toma de la muestra Técnica del Papanicolau Aplicación de evaluación sumativa Entrega del Manual Practico para la prevención del CaCu Entrega de diplomas Agradecimiento por la asistencia a las sesiones educativas	Exposición oral Demostración

