

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.
SAN PATRICIO DE IRLANDA DEL NORTE.**

LEY N° 3.739



**Tesina para obtener el Título de Magister en
Materno Infantil y Obstetricia.**

TÍTULO:

Detección precoz de cáncer del cuello uterino en mujeres en edad fértil que acudieron al servicio de Papanicolaou (PAP) del Centro de Salud de Yatytay, durante el periodo de Enero a Junio del 2015.

AUTOR:

Ramón Toppi.

TUTOR METODOLÓGICO:

Mg. Fidel Fleitas.

**ÑEMBY - PARAGUAY
2.015**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
“SAN PATRICIO DE IRLANDA DEL NORTE”

LEY Nº 3.739



DEFENSA DE TESIS

HOJA DE EVALUACIÓN

Evaluadores

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Alumno:

1. Ramón Toppi.

Calificación

“El cáncer se puede llevar todas mis habilidades físicas. Pero no puede tocar mi mente, mi corazón y mi alma.”

-Jim Valvano.

DEDICATORIA.

A mis profesores.

AGRADECIMIENTOS.

- **A Dios:** Por guiarme y proveer sabiduría y fortaleza para alcanzar el más soñado objetivo.

- **A mis Padres:** Por el apoyo incondicional.

- **A mis Profesores:** Por la dedicación puesta y por transmitir sus conocimientos y enseñanzas que el día de mañana serán una guía para el desarrollo profesional.

Índice de contenidos.

• Portada.	I
• Hoja de Evaluación.	II
• Pensamiento.	III
• Dedicatoria	IV
• Agradecimientos.	V
1. Introducción.	1
1.1. Planteamiento del Problema.	3
1.2. Justificación de la Investigación.	4
2. Objetivos.	5
3. Marco Teórico.	6
3.1. Generalidades.	6
3.2. Cáncer de cuello uterino (cervical).	7
3.3. Historia natural del cáncer de cuello de útero.	8
3.4. Clasificación del cáncer de cuello uterino	9
3.5. Etapas del cáncer de cuello uterino	11
3.6. Estadísticas claves sobre el cáncer de cuello uterino	14
3.7. Factores de riesgo del cáncer de cuello uterino	15
3.8. Causas del cáncer de cuello uterino.	22
3.9. Signos y síntomas del cáncer de cuello uterino.	23
3.10. Prevención del cáncer de cuello uterino.	24
3.11. Medidas para prevenir los precánceres de cuello uterino.	25

3.12. Diagnóstico el cáncer del cuello uterino.	26
3.13. La toma del Papanicolaou (PAP).	26
3.14. Pruebas para mujeres con síntomas de cáncer de cuello uterino o resultados anormales de la prueba de Papanicolaou.	28
3.15. Colposcopia.	29
3.16. Biopsia colposcópica.	30
3.17. Curetaje o raspado endocervical.	30
3.18. Biopsia de cono.	31
3.19. Cistoscopia, proctoscopia y examen bajo anestesia.	32
3.20. Estudios por imágenes.	32
3.21. Tasas de supervivencia para el cáncer de cuello uterino según la etapa.	35
3.22. Tratamiento del cáncer de cuello uterino.	36
3.23. Cirugía para el cáncer de cuello uterino.	38
3.24. Radioterapia para cáncer de cuello uterino.	42
3.25. Quimioterapia para cáncer de cuello uterino.	44
3.26. Efectos secundarios.	45
4. Diseño Metodológico de la Investigación.	48
4.1. Tipo de Estudio.	48
4.2. Población de estudio.	48
4.3. Muestra de Estudio	48
4.4. Criterios de inclusión.	48
4.5. Criterios de exclusión.	48
4.6. Procedimiento para la recolección de datos.	48
4.7. Procesamiento de los datos obtenidos.	48

4.8. Análisis y Discusión.	49
4.9. Conclusiones.	49
5. Análisis y discusión de los resultados.	50
5.1. Principales resultados según características demográficas de la muestra.	51
5.2. Resultados del examen de Papanicolaou (PAP) y factores de riesgo de la muestra.	55
6. Conclusiones.	58
7. Recomendaciones.	60
8. Referencias Bibliográficas.	61
9. Anexos.	63

RESUMEN.

El cáncer de cuello uterino se origina en las células que revisten el cuello del útero. Existen dos tipos principales de cáncer de cuello uterino: el carcinoma de células escamosas y el adenocarcinoma. En el presente trabajo se analiza la incidencia de indicios de cáncer del cuello uterino en mujeres en edad fértil que acudieron al servicio de Papanicolaou (PAP) del Centro de Salud de Yatytay, durante el periodo de Enero a Junio del 2015, se estudiaron 275 mujeres en edad fértil que asistieron a consulta para detección precoz de cáncer del cuello uterino. El estudio es descriptivo, analítico, retrospectivo, con metodología cualitativa y cuantitativa. La procedencia de las mujeres no representa una diferencia significativa entre la muestra estudiada (45% Urbana y 55% Rural). El 42% de las mujeres se encontraban en unión libre con su pareja actual, mientras que el 30% estaba casa y el restante 28% de la muestra se encontraba soltera. La mayor parte de la muestra correspondió a mujeres con estudios primarios (40%), en segundo lugar se encontraron las mujeres con estudios secundarios (32,4%); mientras que las universitarias representaron el 21,8% y en menor proporción estuvieron las mujeres sin ningún tipo de estudio (5,8%). La mayor cantidad de mujeres que acudieron a la consulta para hacerse examen de PAP eran primíparas (30,2%), mientras que un 27,3% eran multíparas, las que habían tenido dos o tres partos se ubicaron entre los valores intermedios de la muestra (21,4% y 21,1% respectivamente). Se determinó que tanto las mujeres procedentes de áreas urbanas como las de áreas rurales acuden en igual proporción a la realización de sus controles preventivos de cáncer de cuello uterino. Las mujeres que se encontraban solteras en el momento del examen representaron el menor porcentaje dentro de la muestra estudiada, no depende el nivel educativo para que las mujeres acudan a realizarse el control precoz. La mayoría de las mujeres que asistieron al servicio de PAP eran primíparas o multíparas. Se observó una tendencia marcada a la disminución del número de casos con resultados no favorables al realizarse el PAP, lo que demuestra que los exámenes representan un método eficaz para la prevención de este tipo de patología.

ABSTRACT.

Cervical cancer begins in the cells lining the cervix. There are two main types of cervical cancer: squamous cell carcinoma and adenocarcinoma. In this study the incidence of signs of cervical cancer in women of childbearing age who presented to the Papanicolaou (PAP) Health Center Yatytay, during the period January to June 2015, 275 women were studied analyzes childbearing age who attended consultation for early detection of cervical cancer. The study is descriptive, analytical, and retrospective, with qualitative and quantitative methodology. The origin of women is not a significant difference between the study sample (45% urban and 55% rural). 42% of women were cohabiting with their current partner, while 30% were home and the remaining 28% of the show was unmarried. Most of the sample consisted of women with primary education (40%), second women with secondary education (32.4%) were found; while the university accounted for 21.8% and to a lesser extent women were without any type of study (5.8%). Most women who attended the consultation to take PAP test were primiparous (30.2%), while 27.3% were multiparous, which had two or three babies were among the intermediate values sample (21.4% and 21.1% respectively). It was determined that women from urban areas and those in rural areas come in equal proportion to the accomplishment of their preventive controls of cervical cancer. Women who were unmarried at the time of the review represented the smallest percentage in the sample, it does not depend on the education level for women to attend early checkup. Most of the women who attended the service were primiparous or multiparous PAP. A marked tendency to decrease the number of cases with unfavorable results to the PAP performed, proving that the tests represent an effective prevention method such pathology was observed.

1. INTRODUCCIÓN.

El cáncer de cuello uterino se origina en las células que revisten el cuello del útero. El cuello del útero es la parte inferior del útero (la matriz). Algunas veces se le llama cérvix uterino. El cuerpo del útero es el lugar donde se desarrolla el feto. El cuello uterino conecta el cuerpo del útero con la vagina (el canal por donde nace el bebé). La parte del cuello uterino más cercana al cuerpo del útero se llama endocérvix. La parte próxima a la vagina, es el exocérvix (o ectocérvix). Los dos tipos principales de células que cubren el cuello del útero son las células escamosas (en el exocérvix) y las células glandulares (en el endocérvix). El punto en el que estos tipos de células se encuentran se llama zona de transformación. La ubicación exacta de la zona de transformación cambia a medida que envejece y al dar a luz. La mayoría de los cánceres de cuello uterino se origina en las células de la zona de transformación.

Los cánceres de cuello uterino se clasifican de acuerdo con el aspecto que presentan bajo el microscopio. Existen dos tipos principales de cáncer de cuello uterino: el carcinoma de células escamosas y el adenocarcinoma. Aproximadamente un 80% a 90% de los cánceres de cuello uterino son carcinomas de células escamosas. Estos cánceres se originan de células en el exocérvix y las células cancerosas tienen características de las células escamosas cuando se observan con un microscopio.

El cáncer de cuello uterino es el segundo cáncer más frecuente en mujeres después del de mama en el mundo (con aproximadamente 500.000 nuevos casos al año en todo el mundo) y el quinto de todos los cánceres. La edad media de diagnóstico es de 48 años, aunque aproximadamente el 47% de las

Detección precoz de cáncer del cuello uterino en mujeres en edad fértil que acudieron al servicio de Papanicolaou (PAP) del Centro de Salud de Yatytay, durante el periodo de Enero a Junio del 2015.

mujeres con carcinoma invasivo de cérvix se diagnostica antes de los 35 años.

Solo el 10% de los diagnósticos se hacen en mujeres mayores de 65 años.

Existen grandes diferencias entre los países más y menos desarrollados: mientras en estos últimos es el segundo tumor en frecuencia, tras el cáncer de mama, en los países desarrollados su frecuencia ha disminuido drásticamente en las últimas décadas.

En muchos países del tercer mundo, el cáncer de cérvix es la primera causa de mortalidad por cáncer entre las mujeres, por delante incluso del cáncer de mama. En España se diagnostican unos 2.100 casos anuales, lo que representa el 3,3% de los tumores femeninos, por detrás de los tumores de mama, colorrectales, estómago, cuerpo de útero, ovario y hematológicos.

En el presente trabajo se estudiaron 275 mujeres en edad fértil que asistieron a consulta para detección precoz de cáncer del cuello uterino en el servicio de Papanicolaou (PAP) en el Centro de Salud de Yatytay, durante el periodo de Enero a Junio del 2015.

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Cuál es la incidencia del cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil que acudieron al servicio de Papanicolaou del Centro de Salud de Yatytay durante los meses de Enero a Junio del 2015?

¿Cuáles son las características demográficas de las mujeres en edad fértil que acudieron al servicio de Papanicolaou del Centro de Salud de Yatytay durante los meses de Enero a Junio del 2015?

¿Cuál fueron los resultados del examen de Papanicolaou en las pacientes que acudieron al servicio de Papanicolaou del Centro de Salud de Yatytay durante los meses de Enero a Junio del 2015?

1.2. JUSTIFICACIÓN.

El cáncer de cuello uterino solía ser la primera causa de muerte por cáncer en las mujeres en Estados Unidos. Sin embargo, en los últimos 40 años, el número de casos de cáncer de cuello uterino y las muertes relacionadas con este cáncer han disminuido significativamente. Esta disminución se debe en gran parte a que muchas mujeres están haciéndose pruebas de Papanicolaou periódicamente, lo que permite identificar células precancerosas en el cuello uterino antes de que se conviertan en cáncer.

Según el Grupo de Trabajo sobre Estadísticas de Cáncer de los EE.UU, en el 2011 12,109 mujeres en los Estados Unidos recibieron un diagnóstico de cáncer de cuello uterino y de estas 4,092 mujeres murieron por esta enfermedad.

En muchos países del tercer mundo, el cáncer de cérvix es la primera causa de mortalidad por cáncer entre las mujeres, por delante incluso del cáncer de mama. En España se diagnostican unos 2.100 casos anuales, lo que representa el 3,3% de los tumores femeninos, por detrás de los tumores de mama, colorrectales, estómago, cuerpo de útero, ovario y hematológicos.

Hacer conciencia entre las mujeres para que acudan a hacerse los exámenes correspondientes, así como establecer un programa de tamizaje monitoreado desde los entes institucionales destinados para tales fines asegura minimizar la incidencia de cáncer de cuello uterino entre la población femenina en edad fértil.

2. OBJETIVOS.

Objetivo General:

- ❖ Analizar la incidencia de indicios de cáncer del cuello uterino en mujeres en edad fértil que acudieron al servicio de Papanicolaou (PAP) del Centro de Salud de Yatyty, durante el periodo de Enero a Junio del 2015.

Objetivos Específicos:

- ✓ Conocer las características demográficas de las mujeres en edad fértil que acudieron al servicio de Papanicolaou del Centro de Salud de Yatyty durante los meses de Enero a Junio del 2015?
- ✓ Conocer los resultados del examen de Papanicolaou en las pacientes que acudieron al servicio de Papanicolaou del Centro de Salud de Yatyty durante los meses de Enero a Junio del 2015?
- ✓ Proponer una alternativa de solución para aumentar la cantidad de mujeres que acuden al servicio de detección precoz de cáncer de cuello uterino del Centro de Salud de Yatyty.

3. MARCO TEÓRICO.

3.1. Generalidades.

El cuerpo humano está compuesto por millones de células vivas. Las células normales del cuerpo crecen y se dividen para crear nuevas células y también mueren de manera ordenada. Durante los primeros años de vida de una persona, las células normales se dividen más rápidamente para permitir el crecimiento. Una vez que se llega a la edad adulta, la mayoría de las células sólo se dividen para reemplazar a las células desgastadas o a las que están muriendo y para reparar lesiones.

El cáncer se origina cuando las células en alguna parte del cuerpo comienzan a crecer de manera descontrolada. Existen muchos tipos de cáncer, pero todos comienzan debido al crecimiento sin control de unas células anormales.

El crecimiento de las células cancerosas es diferente al crecimiento de las células normales. En lugar de morir, las células cancerosas continúan creciendo y forman nuevas células anormales. En la mayoría de los casos, las células cancerosas forman un tumor.

Las células cancerosas pueden también invadir o propagarse a otros tejidos, algo que las células normales no pueden hacer. El hecho de que crezcan sin control e invadan otros tejidos es lo que hace que una célula sea cancerosa.

Las células se transforman en células cancerosas debido a una alteración en el ADN, el cual se encuentra en cada célula y dirige todas sus actividades. En una célula normal, cuando se altera el ADN, la célula repara la alteración o muere. Por el contrario, en las células cancerosas el ADN alterado no se repara, y la

célula no muere como debería. En lugar de esto, esta célula persiste en producir más células que el cuerpo no necesita. Todas estas células nuevas tendrán el mismo ADN alterado que tuvo la primera célula anormal.

Las personas pueden heredar un ADN alterado, pero con más frecuencia las alteraciones del ADN son causadas por errores que ocurren durante la reproducción de una célula normal o por algún otro factor del ambiente. Algunas veces, la causa del daño al ADN es algo obvio, como el fumar cigarrillos. No obstante, es frecuente que no se encuentre una causa clara.

Independientemente del lugar hacia el cual se propague el cáncer, siempre se le da el nombre según el lugar donde se originó. Por ejemplo, el cáncer de seno que se extiende al hígado sigue siendo cáncer de seno, y no cáncer de hígado. Asimismo, el cáncer de seno que se extendió a los huesos sigue siendo cáncer de seno, y no cáncer de huesos.

Los diferentes tipos de cáncer se pueden comportar de manera muy distinta. Cada tipo de cáncer crece a velocidad distinta y responde a distintos tratamientos. Por esta razón, las personas con cáncer necesitan un tratamiento que sea específico para el tipo particular de cáncer que les afecta.

3.2. Cáncer de cuello uterino (cervical).

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

llama endocérvix. La parte próxima a la vagina, es el exocérvix (o ectocérvix). Los dos tipos principales de células que cubren el cuello del útero son las células escamosas (en el exocérvix) y las células glandulares (en el endocérvix). Estos dos tipos de células se encuentran en un lugar llamado zona de transformación. La ubicación exacta de la zona de transformación cambia a medida que envejece y si da a luz.

La mayoría de los cánceres de cuello uterino se originan en las células de la zona de transformación. Estas células no se tornan en cáncer de repente, sino que las células normales del cuello uterino primero se transforman gradualmente con cambios precancerosos, los cuales se convierten en cáncer. Los doctores usan varios términos para describir estos cambios precancerosos, incluyendo neoplasia intraepitelial cervical (CIN, por sus siglas en inglés), lesión intraepitelial escamosa (SIL) y displasia.

Estos cambios se pueden detectar mediante la prueba de Papanicolaou y se pueden tratar para prevenir el desarrollo de cáncer.

3.3. Historia natural del cáncer de cuello de útero.

Diferentes estudios han comprobado que la infección por el Virus Papiloma Humano (VPH) es causa necesaria del cáncer cérvico-uterino. Se ha demostrado una asociación de más del 99% entre el VPH y el cáncer de cuello de útero.

La infección por VPH es muy común en mujeres sexualmente activas, afecta entre el 50 y el 80% de las mujeres al menos una vez en su vida. La principal vía de infección es la transmisión sexual y no se ha comprobado la eficacia del

preservativo como método de prevención, ya que el virus puede ubicarse en los genitales internos y externos, incluidas las zonas que no están protegidas por el preservativo.

Actualmente se han identificado más de 100 tipos de VPH, de los cuales 40 afectan el tracto anogenital femenino y masculino.

De estos 40, alrededor de 15 son considerados de alto riesgo oncogénico; entre ellos, los más comunes son los VPH 16 y 18, responsables de aproximadamente el 70% de los casos de cáncer cérvico-uterino en todo el mundo, seguidos por los VPH 31 y 453.

Los VPH que infectan el tracto anogenital han sido subdivididos en dos grupos en base a su potencial oncogénico:

Grupo	Tipo de VPH
16-18-31-33-35-39- 45-51-52-56-58-59	Grupo de alto riesgo
26-53-66-68-73-82	Probable grupo de alto riesgo
6-11-40-42-43-44- 54-61-70-72-81	Grupo de bajo riesgo

Fuente: Muñoz et al. 2006.

3.4. Clasificación del cáncer de cuello uterino.

Los cánceres de cuello uterino y los precánceres se clasifican de acuerdo con el aspecto que presentan bajo el microscopio. Los dos tipos más comunes de

cánceres de cuello uterino son el carcinoma de células escamosas y el adenocarcinoma.

La mayoría de los cánceres de cuello uterino son carcinomas de células escamosas. Estos cánceres se originan de células en el exocérvix y las células cancerosas tienen características de las células escamosas cuando se observan con un microscopio. Los carcinomas de células escamosas se originan con mayor frecuencia en la zona de transformación (donde el exocérvix se une al endocérvix).

La mayoría de los otros cánceres cervicales son adenocarcinomas. Los adenocarcinomas son cánceres que se originan de células glandulares. El adenocarcinoma cervical se origina en las células de las glándulas productoras de mucosidad del endocérvix. Los adenocarcinomas cervicales parecen haberse vuelto más comunes en los últimos 20 a 30 años.

Con menor frecuencia, el cáncer de cuello uterino tiene características tanto de los carcinomas de células escamosas como de los adenocarcinomas. Estos tumores se llaman carcinomas adenoescamosos o carcinomas mixtos.

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

El tratamiento de todos los precánceres de cuello uterino puede prevenir casi todos los cánceres verdaderos.

Aunque casi todos los cánceres de cuello uterino son carcinomas de células escamosas o adenocarcinomas, otros tipos de cáncer también se pueden desarrollar en el cuello uterino.

Estos otros tipos, tal como melanoma, sarcoma y linfoma, ocurren con más frecuencia en otras partes del cuerpo.

3.5. Etapas del cáncer de cuello uterino.

Un sistema de estadificación o clasificación por etapas es un método que utilizan los especialistas en cáncer para resumir la extensión de la propagación de un cáncer. Los dos sistemas utilizados para clasificar por etapas (estadios) la mayoría de los tipos de cáncer de cuello uterino, son el sistema FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) y el sistema TNM de la AJCC (American Joint Committee on Cancer) que son muy similares. Los ginecólogos y los oncólogos ginecológicos usan el sistema FIGO. El sistema AJCC clasifica el cáncer de cuello uterino tomando en cuenta tres factores: el tamaño o el alcance del cáncer (T), si el cáncer se ha propagado a los ganglios (nódulos) linfáticos (N), y si se ha propagado a partes distantes (M). El sistema FIGO usa la misma información.

Este sistema clasifica la enfermedad en etapas de 0 a IV. La clasificación por etapas o estadificación se basa en los hallazgos clínicos en vez de los hallazgos de la cirugía. Esto significa que la extensión de la enfermedad se evalúa por medio del examen físico realizado por el doctor y algunas otras

pruebas que se realizan en algunos casos, tales como la cistoscopia y la proctoscopia (no se basa en los hallazgos durante la cirugía ni en los estudios por imágenes).

Cuando se hace una cirugía, podría verse si el cáncer se ha propagado más de lo que los médicos pensaban al principio. Esta nueva información podría cambiar el plan de tratamiento, pero no cambia la etapa de la paciente.

- **Extensión del tumor (T).**

Tis: las células cancerosas sólo se encuentran en la superficie del cuello uterino (la capa de las células que reviste el cuello uterino) sin crecer hacia los tejidos más profundos. (Tis no está incluida en el sistema FIGO).

T1: las células cancerosas han crecido desde la capa de la superficie del cuello uterino hasta los tejidos más profundos de éste. Además, el cáncer puede estar creciendo hacia el cuerpo del útero, aunque no ha crecido fuera del útero.

T1a: existe una cantidad muy pequeña de cáncer que sólo se puede observar con un microscopio.

T1b: esta etapa incluye los cánceres de etapa I que se pueden ver sin un microscopio. Esta etapa incluye también los tumores cancerosos que se pueden ver solamente con un microscopio y que se han propagado a más de 5 mm (alrededor de 1/5 de pulgada) de profundidad dentro del tejido conectivo del cuello uterino o que tienen más de 7 mm de ancho.

T2: en esta etapa, el cáncer ha crecido más allá del cuello uterino y el útero, pero no se ha propagado a las paredes de la pelvis o a la parte inferior de la vagina. Puede que el cáncer haya crecido hacia la parte superior de la vagina.

T2a: el cáncer se ha propagado a los tejidos próximos al cuello uterino (parametrio).

T2b: el cáncer se ha propagado a los tejidos adyacentes al cuello uterino (el parametrio).

T3: el cáncer se ha propagado a la parte inferior de la vagina o a las paredes pélvicas. El cáncer puede estar bloqueando los uréteres (conductos que transportan la orina de los riñones a la vejiga).

T3a: el cáncer se ha propagado al tercio inferior de la vagina, pero no a las paredes pélvicas.

T3b: el cáncer ha crecido hacia las paredes de la pelvis y/o está bloqueando uno o ambos uréteres (a esto se le llama hidronefrosis).

T4: el cáncer se propagó a la vejiga o al recto o crece fuera de la pelvis.

- **Propagación a los ganglios linfáticos (N).**

NX: no se pueden evaluar los ganglios linfáticos cercanos.

N0: no se ha propagado a los ganglios linfáticos adyacentes.

N1: el cáncer se ha propagado a los ganglios linfáticos cercanos.

- **Propagación distante (M)**

M0: el cáncer no se ha propagado a otros ganglios linfáticos, órganos o tejidos distantes.

M1: el cáncer se propagó a órganos distantes (como por ejemplo el hígado o los pulmones), a los ganglios linfáticos del pecho o el cuello, y/o al peritoneo (el tejido que cubre el interior del abdomen).

3.6. Estadísticas claves sobre el cáncer de cuello uterino.

Para el año 2015, los cálculos de la Sociedad Americana Contra el Cáncer en los Estados Unidos indican que alrededor de 12,900 nuevos casos de cáncer invasivo del cuello uterino serán diagnosticados. De estos alrededor de 4,100 mujeres morirán de cáncer de cuello uterino.

Los precánceres de cuello uterino se diagnostican con mucha más frecuencia que el cáncer cervical invasivo.

El cáncer de cuello uterino fue una de las causas más comunes de muerte por cáncer en las mujeres en los Estados Unidos. No obstante, durante los últimos 30 años, la tasa de mortalidad del cáncer de cuello uterino ha disminuido más del 50%. La razón principal de este cambio fue el aumento en el uso de la prueba de Papanicolaou. Este procedimiento de detección puede encontrar cambios en el cuello uterino antes de que se origine un cáncer. Además, puede detectar el cáncer cervical temprano cuando está en la etapa más curable.

Por otro lado, el cáncer de cuello uterino tiende a ocurrir en la mediana edad. La mayoría de los casos se detecta en mujeres menores de 50 años. Rara vez se desarrolla en mujeres menores de 20 años. Muchas mujeres de edad avanzada no se dan cuenta que el riesgo de cáncer de cuello uterino aún existe a medida que envejecen. Más del 15% de los casos de cáncer de cuello uterino se detecta en mujeres que tienen más de 65 años. Sin embargo, estos

cánceres rara vez ocurren en mujeres que se han estado haciendo pruebas regulares para detectar el cáncer de cuello uterino antes de cumplir los 65 años.

En los Estados Unidos, las mujeres hispanas tienen más probabilidad de padecer cáncer de cuello uterino, seguidas de las mujeres de raza negra, las asiáticas y las isleñas del Pacífico, y las mujeres de raza blanca. Las indias americanas y las mujeres oriundas de Alaska tienen el menor riesgo de cáncer de cuello uterino en el país.

3.7. Factores de riesgo del cáncer de cuello uterino.

Varios factores de riesgo aumentan su probabilidad de padecer cáncer de cuello uterino. Las mujeres sin estos factores de riesgo raramente padecen dicha enfermedad. Aunque estos factores de riesgo aumentan las probabilidades de padecer cáncer de cuello uterino, muchas mujeres que los tienen, no lo padecen.

Cuando una mujer tiene cáncer de cuello uterino o cambios precancerosos, puede que no sea posible decir con seguridad que un factor de riesgo en particular haya sido la causa.

Al considerar estos factores de riesgo, es útil enfocarse en los que se pueden cambiar o evitar (tales como fumar o una infección con el virus del papiloma humano), en vez de enfocarse en los que no se pueden cambiar (tales como su edad y antecedentes familiares). Sin embargo, sigue siendo vital conocer los factores de riesgo que no se pueden cambiar ya que resulta aún más

importante para las mujeres que tienen estos factores hacerse la prueba de Papanicolaou para detectar el cáncer de cuello uterino en las primeras etapas.

Los factores de riesgo del cáncer de cuello uterino incluyen:

- **Infección por el virus del papiloma humano**

El factor de riesgo más importante para el cáncer de cuello uterino es la infección con el virus del papiloma humano (VPH o HPV, por sus siglas en inglés). El VPH es un grupo de más de 150 virus relacionados, algunos de los cuales causan un tipo de crecimiento llamado papilomas, lo que se conoce más comúnmente como verrugas.

El VPH puede infectar a las células de la superficie de la piel, y aquellas que revisten los genitales, el ano, la boca y la garganta, pero no puede infectar la sangre o los órganos internos como el corazón o los pulmones.

El VPH se puede transmitir de una persona a otra durante el contacto con la piel. Una forma en la que el VPH se transmite es mediante el sexo, incluyendo el sexo vaginal, anal y hasta oral.

Los diferentes tipos de VPH causan verrugas en diferentes partes del cuerpo. Algunos tipos causan verrugas comunes en las manos y los pies; otros tipos tienden a causar verrugas en los labios o la lengua.

Ciertos tipos de VPH pueden causar verrugas en o alrededor de los órganos genitales femeninos y masculinos, así como en el área del ano. A estos tipos se les llama VPH de bajo riesgo porque rara vez están asociados con el cáncer.

A otros tipos de VPH se les llama tipos de alto riesgo porque están fuertemente vinculados con cánceres, incluyendo cáncer de cuello uterino, vulva y vagina en mujeres, cáncer de pene en los hombres, y cáncer de ano, boca y garganta tanto en hombres como en mujeres.

Los médicos creen que una mujer tiene que estar infectada con VPH para desarrollar cáncer de cuello uterino. Aunque esto puede resultar de una infección con cualquier tipo de alto riesgo, alrededor de dos tercios de todos los cánceres de cuello uterino son causados por VPH.

La infección por VPH es común, y en la mayoría de las personas el organismo puede eliminar la infección por sí mismo. Algunas veces, sin embargo, la infección no desaparece y se torna crónica. Una infección crónica, especialmente cuando es causada por ciertos tipos de VPH de alto riesgo, puede eventualmente causar ciertos cánceres, como el cáncer de cuello uterino.

Aunque actualmente no hay cura para la infección de VPH, existen maneras de tratar las verrugas y el crecimiento celular anormal que causa el VPH.

- **Tabaquismo.**

Cuando alguien fuma, tanto el fumador como las personas que le rodean están expuestos a muchas sustancias químicas cancerígenas que afectan otros órganos, además de los pulmones. Estas sustancias dañinas son absorbidas a través de los pulmones y conducidas al torrente sanguíneo por todo el cuerpo. Las fumadoras tienen aproximadamente el doble de probabilidades respecto a

las no fumadoras de padecer cáncer de cuello uterino. Se han detectado subproductos del tabaco en la mucosidad cervical de mujeres fumadoras.

Los investigadores creen que estas sustancias dañan el ADN de las células en el cuello uterino y pueden contribuir al origen del cáncer de cuello uterino. Además, fumar hace que el sistema inmunológico sea menos eficaz en combatir las infecciones con VPH.

- **Inmunosupresión.**

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH o HIV, en inglés), es el virus que causa el SIDA (AIDS), causa daño al sistema inmunológico y ocasiona que las mujeres estén en un mayor riesgo de infecciones con VPH. Esto podría explicar por qué las mujeres con SIDA (AIDS) tienen un mayor riesgo de cáncer de cuello uterino. El sistema inmunológico es importante para destruir las células cancerosas, así como para retardar su crecimiento y extensión.

En las mujeres infectadas con VIH, un precáncer de cuello uterino puede transformarse en un cáncer invasivo con mayor rapidez de la normal. Otro grupo de mujeres en riesgo de cáncer de cuello uterino son aquellas que reciben medicamentos para suprimir sus respuestas inmunes, como aquellas mujeres que reciben tratamiento para una enfermedad autoinmune, en la cual el sistema inmunológico ve a los propios tejidos del cuerpo como extraños, atacándolos como haría en el caso de un germen; o aquellas que han tenido un trasplante de órgano.

- **Infección con clamidias.**

Las clamidias son una clase relativamente común de bacterias que pueden producir infección en el sistema reproductor. Se transmiten mediante el contacto sexual. La infección con clamidia puede causar inflamación de la pelvis que puede conducir a la infertilidad. Algunos estudios han indicado que las mujeres cuyos resultados de análisis de sangre muestran evidencia de una infección pasada o actual con clamidia tienen mayor riesgo de cáncer de cuello uterino que las mujeres con un análisis de sangre normal.

A menudo, las mujeres que están infectadas con clamidia no presentan síntomas. De hecho, puede que no sepan que están infectadas a menos que se les practique un examen de clamidia durante un examen pélvico.

- **Alimentación inadecuada y sobrepeso.**

Las mujeres con una alimentación que no incluya suficientes frutas, ensaladas y verduras pueden tener un mayor riesgo de cáncer de cuello uterino. Además las mujeres que tienen sobrepeso tienen una mayor probabilidad de padecer adenocarcinoma del cuello uterino.

- **Uso prolongado de anticonceptivos orales.**

Existe evidencia de que el uso de píldoras anticonceptivas por períodos prolongados aumenta el riesgo de cáncer de cuello uterino. La investigación sugiere que el riesgo de cáncer de cuello uterino aumenta mientras más tiempo una mujer tome las píldoras, pero el riesgo se reduce nuevamente después de suspender las píldoras.

En un estudio realizado, el riesgo de cáncer de cuello uterino se duplicó en las mujeres que tomaron píldoras anticonceptivas por más de 5 años, pero el riesgo regresó a lo normal después de 10 años de haber dejado de tomarlas.

La Sociedad Americana Contra El Cáncer opina que una mujer y su médico deben considerar si los beneficios de usar píldoras anticonceptivas superan los riesgos potenciales. Una mujer con múltiples parejas sexuales, independientemente de que use otro tipo de contraceptivo, debe usar condones (preservativos) para reducir el riesgo de enfermedades de transmisión sexual.

- **Uso de dispositivos intrauterinos (DIUs).**

Las mujeres que en algún momento han usado un dispositivo intrauterino tienen un menor riesgo de cáncer de cuello uterino. El efecto en el riesgo se observó incluso en mujeres que tuvieron un dispositivo intrauterino por menos de un año, y el efecto protector permaneció después que los dispositivos fueron removidos.

El uso de un dispositivo intrauterino también podría reducir el riesgo de cáncer de endometrio (uterino). Sin embargo, los dispositivos intrauterinos presentan algunos riesgos.

Una mujer interesada en el uso de un dispositivo intrauterino debe primero hablar con su médico sobre los posibles riesgos y beneficios. Además, una mujer con múltiples parejas sexuales, independientemente de qué otro tipo de contraceptivo use, debe usar condones para reducir el riesgo de enfermedades de transmisión sexual.

- **Varios embarazos a término.**

Las mujeres que han tenido tres o más embarazos a término (completos) tienen un riesgo aumentado de padecer cáncer de cuello uterino. Aun no se conoce realmente la razón de esto. Una teoría consiste en que estas mujeres pudieron haber tenido relaciones sexuales (coito) sin protección para quedar embarazadas, por lo que pudieron haber estado más expuestas al VPH. Además, algunos estudios han indicado que los cambios hormonales durante el embarazo podrían causar que las mujeres sean más susceptibles a infección con VPH o crecimiento tumoral. También se cree que las mujeres embarazadas podrían tener sistemas inmunológicos más débiles, lo que permite la infección con VPH y crecimiento tumoral.

- **Embarazos a término antes de los de 17 años de edad.**

Las mujeres que tuvieron su primer embarazo a término a la edad de 17 años o menos son casi dos veces más propensas a llegar a tener cáncer de cuello uterino posteriormente en la vida que las que tuvieron su primer embarazo a los 25 años o después.

- **Antecedentes familiares de cáncer de cuello uterino.**

El cáncer de cuello uterino puede presentarse con mayor frecuencia en algunas familias. Si la madre o hermana de una persona tuvieron cáncer de cuello uterino, sus probabilidades de padecer esta enfermedad aumentan de dos a tres veces en comparación a si nadie en la familia lo hubiera padecido.

Algunos investigadores sospechan que algunos casos de esta tendencia familiar son causados por una condición hereditaria que hace que algunas

mujeres sean menos capaces de luchar contra la infección con VPH que otras. En otros casos, una mujer de la misma familia, al igual que una paciente que ha sido diagnosticada, podría estar más propensa a tener uno o más de los otros factores de riesgo no genéticos descritos anteriormente.

3.8. Causas del cáncer de cuello uterino.

En los últimos años la ciencia ha progresado mucho en el conocimiento de lo que ocurre en las células del cuello uterino cuando se origina el cáncer. Además, se han identificado varios factores de riesgo que aumentan las probabilidades de que una mujer pueda padecer cáncer de cuello uterino.

El desarrollo de las células humanas normales depende principalmente de la información contenida en los cromosomas de las células.

Algunos genes (contenedores de nuestro ADN) tienen las instrucciones para controlar cuándo crecen y se dividen nuestras células. Ciertos genes que promueven la división celular se denominan oncogenes. Otros que retardan la división celular o que hacen que las células mueran en el momento apropiado se llaman genes supresores de tumores. Los cánceres pueden ser causados por mutaciones (defectos en los genes) del ADN que activan a los oncogenes o desactivan a los genes supresores de tumores.

El VPH causa la producción de dos proteínas conocidas como E6 y E7, las cuales desactivan a algunos genes supresores de tumores. Esto podría permitir que las células que recubren el cuello uterino crezcan demasiado y desarrollen cambios en genes adicionales, lo que en algunos casos causará cáncer. Sin

embargo, el VPH no explica completamente qué causa el cáncer de cuello uterino.

La mayoría de las mujeres con VPH no padecen cáncer de cuello uterino, y otros factores de riesgo (como fumar e infección con VIH) influyen en qué mujeres expuestas a VPH son más propensas a padecer cáncer de cuello uterino.

Los hábitos y patrones sexuales de una mujer pueden aumentar su riesgo de padecer cáncer cervical. Las prácticas sexuales riesgosas abarcan: Tener relaciones sexuales a una edad temprana. Tener múltiples parejas sexuales. Tener una pareja o múltiples parejas que participen en actividades sexuales de alto riesgo.

3.9. Signos y síntomas del cáncer de cuello uterino.

Las mujeres con cánceres de cuello uterino en etapa temprana y precánceres usualmente no presentan síntomas. Los síntomas a menudo no comienzan hasta que un cáncer se torna invasivo y crece hacia el tejido adyacente. Cuando esto ocurre, los síntomas más comunes son:

- Sangrado vaginal anormal, tal como sangrado después del coito vaginal, sangrado después de la menopausia, sangrado y manchado entre periodos y periodos menstruales que duran más tiempo o con sangrado más profuso de lo usual. También puede ocurrir sangrado después de una ducha vaginal o después del examen pélvico.

- Una secreción vaginal inusual, la secreción puede contener algo de sangre y se puede presentar entre sus periodos o después de la menopausia.
- Dolor durante las relaciones sexuales (coito).

Estas señales y síntomas también pueden ser causados por otras condiciones que no son cáncer de cuello uterino. Por ejemplo, una infección puede causar dolor o sangrado. Aun así, si se tiene alguno de estos signos u otros síntomas sospechosos, es importante ver al médico de inmediato. Ignorar los síntomas puede permitir que el cáncer progrese a una etapa más avanzada y que se reduzcan sus probabilidades de un tratamiento eficaz.

El cáncer cervical puede diseminarse a la vejiga, los intestinos, los pulmones y el hígado. Con frecuencia, no hay problemas hasta que el cáncer esté avanzado y se haya propagado. Los síntomas del cáncer cervical avanzado pueden ser:

- Dolor de espalda.
- Fracturas o dolor en los huesos.
- Fatiga.
- Fuga o filtración de orina o heces por la vagina.
- Dolor en las piernas.
- Inapetencia.
- Dolor pélvico.
- Hinchazón en una sola pierna.
- Pérdida de peso.

3.10. Prevención del cáncer de cuello uterino.

Una manera bien comprobada para prevenir el cáncer de cuello uterino consiste en hacerse pruebas de detección para encontrar precánceres antes de que se tornen en cánceres invasivos.

La prueba de Papanicolaou y la prueba del virus de papiloma humano (VPH) se usan para esto. Si se encuentra un precáncer, se puede tratar al detener el cáncer de cuello uterino antes de que realmente comience. La mayoría de los casos de cáncer invasivo de cuello uterino se detecta en mujeres que no se han hecho la prueba de Papanicolaou con regularidad.

La prueba de Papanicolaou es un procedimiento que se usa para obtener células del cuello uterino con el fin de observarlas con un microscopio y así detectar si hay cáncer y precáncer.

Estas células también se pueden usar para la prueba de VPH. Una prueba del Papanicolaou se puede realizar durante un examen pélvico, aunque no todos los exámenes pélvicos incluyen una prueba de Papanicolaou. Se puede hacer una prueba de VPH en la misma muestra de células obtenidas para la prueba de Papanicolaou.

Para prevenir el cáncer de cuello uterino, lo más importante es realizarse las pruebas según las guías de la Sociedad Americana Contra El Cáncer.

3.11. Medidas para prevenir los precánceres de cuello uterino.

Existen algunas medidas que puede tomar las mujeres para prevenir los precánceres, tales como:

- Evitar la exposición al VPH.
- Vacunarse contra el VPH.

- No fumar.

3.12. Diagnóstico el cáncer del cuello uterino.

Un resultado anormal de una prueba de Papanicolaou es a menudo el primer paso para encontrar el cáncer de cuello uterino. Este resultado conducirá a pruebas adicionales que pueden diagnosticar el cáncer de cuello uterino.

También se puede sospechar de cáncer de cuello uterino si se presentan síntomas, como sangrado vaginal anormal o dolor durante el coito. El médico de cabecera o ginecólogo a menudo puede realizar las pruebas necesarias para diagnosticar los cánceres y los precánceres. Es posible que también pueda tratar los precánceres.

Si existe un diagnóstico de cáncer invasivo, el doctor le debe referir a un oncólogo ginecólogo, un doctor que se especializa en los cánceres de sistema reproductor femenino.

3.13. La toma del Papanicolaou (PAP).

El Pap puede realizarse en cualquier establecimiento de salud que cuente con los insumos básicos para la obtención de la muestra, sea éste un centro de atención primaria de la salud o un hospital de mayor nivel de complejidad. Así, es posible descentralizar la toma de Paps, para favorecer un mejor acceso al tamizaje de toda la población objetivo.

El personal encargado de realizar la toma debe ser personal debidamente capacitado y entrenado en la técnica de la toma del Pap. Se pueden capacitar para realizar esta tarea:

- Médico/as ginecólogo/as y obstetras.

- Médicos generalistas o de familia.
- Otros profesionales médicos.
- Obstétricas o parteras.
- Enfermeros/as.
- Agentes sanitarios.

En el momento de la obtención de la muestra, es importante que el tomador de Pap asegure la intimidad en el consultorio y promueva un vínculo de confianza para minimizar el miedo y el pudor que le genera a la mujer la exposición durante la toma del Pap.

Una vez realizada la práctica, se debe asegurar el mecanismo de traslado a fin de que las muestras lleguen en tiempo y forma a los laboratorios encargados de la lectura de la citología.

Los laboratorios de citología son los encargados de la interpretación de las muestras citológicas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) sugiere que lo conveniente es que haya un profesional citotécnico que realice la primera observación microscópica de las láminas citológicas y el diagnóstico preliminar correspondiente. Luego el citopatólogo produce un diagnóstico definitivo.

Es recomendable que el citopatólogo realice una revisión rápida de todos los extendidos negativos, y una revisión minuciosa de todos los anormales y positivos. A su vez, la utilización del Sistema Bethesda para la clasificación citológica permite unificar la nomenclatura para poder establecer comparaciones a nivel nacional e internacional.

Basándose en la experiencia de los países con programas organizados, la OMS ha establecido una serie de condiciones ideales para asegurar el máximo nivel de calidad en la lectura de los PAPs. Cada laboratorio debe desarrollar mecanismos internos de control de calidad.

Por otro lado, deben existir controles de calidad externos, para monitorear el funcionamiento de los laboratorios y detectar errores que afectan a la calidad de la citología y al correcto seguimiento de las mujeres.

Es fundamental que todas las mujeres reciban los resultados de sus pruebas, sean éstos negativos o positivos. Recibir el resultado del PAP es un derecho de todas las mujeres. Los efectores de salud deben garantizar que ese derecho se haga efectivo en un plazo no mayor a 4 semanas desde que se tomó la muestra.

3.14. Pruebas para mujeres con síntomas de cáncer de cuello uterino o resultados anormales de la prueba de Papanicolaou.

Es importante revisar los antecedentes médicos familiares y personales. Esto incluye información relacionada con los factores de riesgo y los síntomas del cáncer de cuello uterino. Un examen físico completo ayudará a evaluar su estado general de salud.

El médico realizará un examen pélvico y puede que ordene una prueba de Papanicolaou si aún no se ha realizado. Además, se examinarán minuciosamente los ganglios linfáticos en busca de evidencia de metástasis (propagación del cáncer).

La prueba de Papanicolaou es una prueba de detección, no de diagnóstico. Por lo tanto, el resultado anormal de una prueba de Papanicolaou podría significar que es necesario realizar otras pruebas, incluyendo a veces pruebas para determinar si en realidad hay un cáncer o un precáncer. Las pruebas que se usan incluyen un colposcopio (con biopsia) y un raspado endocervical.

Si una biopsia muestra un precáncer, los médicos toman medidas para evitar que se origine un verdadero cáncer.

3.15. Colposcopia.

Si presenta ciertos síntomas que sugieren la presencia de un cáncer, o si la prueba de Papanicolaou muestra células anormales, será necesario realizarle una prueba llamada colposcopia.

La paciente se acuesta en una camilla similar a como lo hace cuando se hace el examen pélvico. Se coloca un espéculo en la vagina para ayudar al médico a observar el cuello uterino. El doctor usará el colposcopio para examinar el cuello uterino. Este instrumento que permanece fuera del cuerpo, tiene lentes de aumento como los binoculares. El colposcopio permite que el doctor vea de cerca y claramente la superficie del cuello uterino. Por lo general, el médico aplicará al cuello uterino una solución diluida de ácido acético para que sea más fácil ver cualquier área anormal.

La colposcopia en sí no causa más molestias que cualquier otro examen con espéculo. Además, no causa efectos secundarios y se puede realizar en forma segura incluso si está embarazada. Al igual que la prueba de Papanicolaou, es

mejor no hacerla durante su periodo menstrual. Se hace una biopsia si se observa un área anormal en el cuello uterino.

Para una biopsia, se extirpa un pequeño fragmento de tejido del área que luce anormal. La muestra se envía a un patólogo para que la examine bajo el microscopio. Una biopsia es la única manera de determinar si un área anormal es un precáncer, un cáncer o ninguno de los dos.

Aunque el procedimiento de colposcopia usualmente no es doloroso, la biopsia cervical puede causar molestias, calambres e incluso dolor en algunas mujeres.

3.16. Biopsia colposcópica.

Para este tipo de biopsia, se examina primero el cuello uterino con un colposcopio para detectar áreas anormales. Se utilizan unas pinzas de biopsia para extirpar una pequeña sección de aproximadamente 1/8 de pulgada, del área anormal en la superficie del cuello uterino. El procedimiento de biopsia puede causar dolor con calambres leve o dolor de breve duración y es posible que presente posteriormente un ligero sangrado. Algunas veces, se usa un anestésico local para anestesiar el cuello uterino antes de la biopsia.

3.17. Curetaje o raspado endocervical.

Algunas veces, la zona de transformación que representa el área en riesgo de infección con VPH y precáncer no se puede ver con el colposcopio y se tiene que hacer un procedimiento adicional para examinar esa área y determinar si hay cáncer. Esto significa hacer un raspado en el endocérvix al insertar un instrumento estrecho llamado cureta en el canal endocervical. La cureta se usa para raspar el interior del canal y extraer algo de tejido que luego se envía al

laboratorio para un examen. Después de este procedimiento, las pacientes pueden sentir retorcijones y también pueden presentar algo de sangrado.

3.18. Biopsia de cono.

En este procedimiento, también conocido como conización, el doctor extrae del cuello uterino un fragmento de tejido en forma de cono. La base del cono está constituida por el exocervix (la parte externa del cuello uterino), y la punta o ápice del cono está formada por el canal endocervical. El tejido que se extirpa en el cono incluye la zona de transformación.

Una biopsia de cono también se puede usar como tratamiento para extirpar por completo muchos precánceres, así como tumores cancerosos en etapas muy tempranas. Realizar una biopsia de cono no evitará que la mayoría de las mujeres queden embarazadas, pero si se les extirpa una gran cantidad de tejido, pueden tener un mayor riesgo de partos prematuros.

Los métodos que se utilizan comúnmente para las biopsias de cono son el procedimiento de escisión electroquirúrgica con asa (LEEP, por sus siglas en inglés), también conocido como escisión con asa grande de la zona de transformación (LLETZ), y la biopsia de cono con bisturí frío.

3.19. Cistoscopia, proctoscopia y examen bajo anestesia.

Estos procedimientos se hacen con más frecuencia en mujeres que tienen tumores grandes. Los mismos no son necesarios si el cáncer es detectado a tiempo.

En la cistoscopia se introduce en la vejiga a través de la uretra un tubo delgado con una lente y una luz. Esto permite al médico examinar su vejiga y uretra

para ver si el cáncer está creciendo en estas áreas. Se pueden extraer muestras de biopsia durante la cistoscopia para realizar pruebas patológicas (microscópicas). La cistoscopia se puede hacer usando anestesia local, pero algunas pacientes pudieran requerir anestesia general.

La proctoscopia es una inspección visual del recto a través de un tubo iluminado para determinar si el cáncer de cuello uterino se ha propagado al recto. También se puede realizar un examen de la pelvis mientras se está bajo los efectos de la anestesia para determinar si el cáncer se ha propagado más allá del cuello uterino.

3.20. Estudios por imágenes.

Si el doctor encuentra que usted tiene cáncer de cuello uterino, se podrían realizar ciertos estudios por imágenes.

Éstos incluyen imágenes por resonancia magnética y tomografía computarizada. Estos estudios pueden mostrar si el cáncer se ha propagado fuera del cuello uterino.

Para determinar si el cáncer se propagó a los pulmones, puede que se le haga una radiografía del tórax. Esto es muy poco probable a menos que el cáncer esté bastante avanzado. Si los resultados son normales, probablemente no tenga cáncer en los pulmones.

La tomografía computarizada es un procedimiento de rayos X que produce imágenes transversales detalladas del cuerpo. En lugar de tomar una fotografía, como con una radiografía convencional, un tomógrafo toma varias imágenes a medida que gira alrededor de usted. Luego una computadora

combina estas fotografías en una imagen de una sección de su cuerpo. La máquina toma muchas imágenes de la parte del cuerpo bajo estudio. Esta prueba puede ayudar a determinar si el cáncer se ha propagado a los ganglios linfáticos en el abdomen y la pelvis.

También se puede usar para saber si el cáncer se ha propagado al hígado, los pulmones, o a cualquier otro lugar en el cuerpo.

Antes de realizar el estudio, se puede solicitar que beba aproximadamente entre 1 y 2 tasas de un líquido llamado contraste oral. También es posible que se apliquen una línea intravenosa mediante la cual se le inyecte una clase diferente de contraste. Esto ayuda a delinear mejor las estructuras del cuerpo. El contraste intravenoso puede causar sensación de rubor con enrojecimiento en la piel. Algunas personas son alérgicas al contraste y pueden presentar ronchas. En raras ocasiones, se pueden presentar reacciones más graves, como dificultad para respirar y baja presión arterial. Se le pueden administrar medicamentos para prevenir y tratar las reacciones alérgicas. Se debe informar al médico si se ha tenido alguna vez una reacción al material de contraste utilizado en las radiografías o sobre cualquier otra alergia que tenga. Las tomografías computarizadas toman más tiempo que las radiografías comunes.

Las imágenes por resonancia magnética utilizan ondas de radio e imanes muy potentes en lugar de rayos X para obtener las imágenes. La energía de las ondas de radio es absorbida y luego liberada en un patrón formado por el tipo de tejido y por determinadas enfermedades. Una computadora traduce el patrón de las ondas de radio generado por los tejidos en una imagen muy detallada de las partes del cuerpo. Las imágenes por resonancia magnética no

sólo producen imágenes transversales del cuerpo al igual que la tomografía computarizada, sino que también producen secciones a lo largo de su cuerpo.

Los exámenes de resonancia magnética son muy útiles para examinar los tumores pélvicos. También son útiles para encontrar el cáncer que se ha propagado al cerebro o a la médula espinal. Al igual que en la tomografía computarizada, se puede inyectar en una vena un material de contraste, aunque con menos frecuencia.

Las imágenes por resonancia magnética toman más tiempo que las tomografías computarizadas, a menudo hasta una hora. Además, usualmente el paciente debe colocarse en el interior de un tubo, lo cual restringe el movimiento y esto puede molestar a las personas que padecen de claustrofobia. Para algunos pacientes son una opción las máquinas especiales “abiertas” y que no restringen tanto el movimiento; la desventaja de estas máquinas consiste en que tal vez las imágenes no sean de tan buena calidad. La máquina también produce un ruido martillante que podría ser molesto para algunas personas. En algunos centros se proporcionan audífonos para escuchar música y bloquear estos ruidos. Un sedante suave puede ayudar a algunas personas.

3.21. Tasas de supervivencia para el cáncer de cuello uterino según la etapa.

Los médicos suelen utilizar las tasas de supervivencia para discutir el pronóstico de una persona en forma estándar. Es posible que algunos pacientes con cáncer quieran saber las estadísticas de supervivencia de

personas en situaciones similares, mientras que para otros las cifras pueden no ser útiles o puede que incluso no deseen tener esta información.

La tasa de supervivencia a 5 años se refiere al porcentaje de pacientes que vive al menos 5 años después que se les diagnostica cáncer. Desde luego, muchas personas viven mucho más de 5 años y muchas se curan. Además, estas son tasas de supervivencia observadas e incluyen muertes de cualquier causa. Las personas con cáncer pueden morir debido a otras causas distintas al cáncer, y estas tasas no toman esto en consideración.

A fin de obtener tasas de supervivencia a 5 años, los médicos tienen que analizar a personas que fueron tratadas al menos 5 años atrás. Los avances en el tratamiento desde entonces pueden producir un pronóstico más favorable para personas que hoy día son diagnosticadas con cáncer de cuello uterino.

Las tasas de supervivencia se basan con frecuencia en los resultados previos de un gran número de personas que tuvieron la enfermedad; sin embargo, no pueden predecir lo que sucederá en el caso particular de una persona. Hay muchos otros factores que puede que afecten el pronóstico de una persona, como su estado general de salud y qué tan bien responda al tratamiento contra el cáncer. Las tasas a continuación se basan en la etapa del cáncer al momento del diagnóstico.

Etapa	Tasa de supervivencia observada a 5 años
0	93%
IA	93%
IB	80%

Detección precoz de cáncer del cuello uterino en mujeres en edad fértil que acudieron al servicio de Papanicolaou (PAP) del Centro de Salud de Yatytyay, durante el periodo de Enero a Junio del 2015.

IIA	63%
IIB	58%
IIIA	35%
IIIB	32%
IVA	16%
IVB	15%

3.22. Tratamiento del cáncer de cuello uterino.

Las opciones para tratar a cada paciente con cáncer de cuello uterino dependen de la etapa de la enfermedad. La etapa de un cáncer de cuello uterino describe su tamaño, la profundidad de invasión (cuán profundamente ha crecido hacia el cuello uterino) y hasta dónde se ha propagado.

Después de que se ha establecido la etapa de su cáncer de cuello uterino, en equipo médico recomendará las opciones de tratamiento. Aunque la elección del tratamiento depende en gran medida de la etapa de la enfermedad en el momento del diagnóstico, otros factores que pueden influir en son la edad, estado general de salud, circunstancias individuales y preferencias. El cáncer de cuello uterino puede afectar la vida sexual y la capacidad para tener hijos. Dependiendo del tipo y la etapa del cáncer, puede que se necesite más de un tipo de tratamiento.

Los médicos en el equipo de atención al cáncer pueden incluir:

- Un ginecólogo: médico que trata enfermedades del sistema reproductor femenino.

Detección precoz de cáncer del cuello uterino en mujeres en edad fértil que acudieron al servicio de Papanicolaou (PAP) del Centro de Salud de Yatytyay, durante el periodo de Enero a Junio del 2015.

- Un oncoginecólogo: médico especializado en los cánceres del sistema reproductor femenino.
- Un oncólogo especialista en radioterapia: un médico que usa radiación para tratar el cáncer.
- Un médico oncólogo: un médico que usa quimioterapia y otras medicinas para tratar el cáncer.

Puede que muchos otros especialistas también participen en la atención, incluyendo enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, especialistas en rehabilitación y otros profesionales de la salud.

Los tipos de tratamientos del cáncer de cuello uterino más comunes incluyen:

- Cirugía.
- Radioterapia.
- Quimioterapia (quimio).
- Terapia dirigida.

Para las etapas más tempranas del cáncer de cuello uterino, se puede emplear cirugía o radiación combinada con quimioterapia. Para las etapas más avanzadas, usualmente se emplea radiación combinada con quimioterapia como tratamiento principal. A menudo, la quimioterapia se usa (por sí sola) para tratar el cáncer de cuello uterino avanzado.

Casi siempre es buena idea buscar una segunda opinión, especialmente con médicos experimentados en el tratamiento de cáncer de cuello uterino. Una segunda opinión puede proporcionar más información y ayudará a sentir más confianza al seleccionar un plan de tratamiento. Algunas compañías de seguro

médico requieren una segunda opinión antes de aprobar el pago de ciertos tratamientos.

Es importante hablar con el médico sobre todas las opciones de tratamiento, incluyendo objetivos y posibles efectos secundarios, para ayudar a tomar las decisiones que mejor se ajusten a las necesidades de la paciente.

Los especialistas en cáncer que tienen como meta la recuperación. Si no es posible obtener una cura, la meta puede ser extirpar o destruir tanto cáncer como sea posible para ayudar a vivir más tiempo y a sentirse mejor a la paciente. A veces el tratamiento está dirigido a aliviar los síntomas. Esto se conoce como tratamiento paliativo.

3.23. Cirugía para el cáncer de cuello uterino.

– Criocirugía.

Se coloca una sonda de metal enfriada con nitrógeno líquido directamente en el cuello uterino. Esto destruye las células anormales mediante congelación. Esto se puede hacer en un consultorio médico o en una clínica. Después de la criocirugía, se puede presentar mucha secreción acuosa de color café durante algunas semanas.

La criocirugía se usa para tratar el carcinoma *in situ* del cuello uterino (etapa 0), pero no el cáncer invasivo.

– Cirugía láser.

Se usa un rayo láser enfocado a través de la vagina para vaporizar o quemar las células anormales o extirpar una porción pequeña de tejido para estudiarlo.

Este procedimiento se puede realizar en el consultorio del médico o en la clínica usando una anestésico local.

La cirugía por láser se emplea para tratar el carcinoma *in situ* del cuello uterino (etapa 0). No se usa en el tratamiento del cáncer invasivo.

– **Conización.**

Se extrae del cuello uterino un pedazo de tejido en forma de cono. Este procedimiento se hace utilizando un bisturí quirúrgico o bisturí láser (biopsia de cono con bisturí frío) o utilizando un alambre delgado calentado mediante electricidad (procedimiento electroquirúrgico, LEEP o LEETZ).

Después del procedimiento, el tejido extirpado (el cono) se examina con un microscopio. Si los márgenes (bordes más externos) del cono contienen células cancerosas (o precáncer), lo que se conoce como márgenes positivos, es posible que algo de cáncer (o precáncer) haya quedado de modo que se necesita tratamiento adicional. Una biopsia de cono se puede usar para diagnosticar el cáncer antes del tratamiento adicional con cirugía o radiación. También se puede usar como el único tratamiento en las mujeres con cáncer en etapa temprana (etapa IA1) que quieren preservar su capacidad para tener hijos (fertilidad).

– **Histerectomía.**

Esta cirugía se hace para extirpar el útero (tanto el cuerpo del útero como el cuello uterino), pero no las estructuras próximas al útero (parametrio y ligamentos uterosacros). Ni la vagina ni los ganglios linfáticos de la pelvis se

extirpan. Los ovarios y las trompas de Falopio usualmente se dejan en su lugar a menos que haya otra razón para extirparlos.

Cuando se extirpa el útero a través de una incisión quirúrgica en la parte delantera del abdomen, se llama histerectomía abdominal. Cuando se extirpa el útero a través de la vagina, se llama histerectomía vaginal. Al procedimiento que se emplea para extirpar el útero mediante laparoscopia, se le llama histerectomía laparoscópica. La laparoscopia permite observar el interior del abdomen y la pelvis a través de un tubo delgado que tiene una cámara en el extremo (el laparoscopio) que se inserta en una o más incisiones quirúrgicas muy pequeñas. Instrumentos pequeños se pueden controlar a través del tubo, permitiendo que el cirujano realice cortes y extraiga tejido a través de los tubos sin hacer una incisión grande en el abdomen. La laparoscopia también puede facilitar a los médicos el extirpar el útero, los ovarios y las trompas de Falopio a través de una incisión vaginal. Este método se llama histerectomía vaginal asistida por laparoscopia. En algunos casos, la laparoscopia se realiza con herramientas especiales para ayudar al cirujano a que vea mejor y con instrumentos que son controlados por el cirujano. A este procedimiento se le llama cirugía asistida por robot.

Una histerectomía se realiza para tratar el cáncer de cuello uterino en la etapa I A1. La operación también se realiza para algunos tumores cancerosos en la etapa 0 (carcinoma *in situ*), si hay células cancerosas en los bordes de la biopsia de cono (a esto se le llama márgenes positivos). La histerectomía también se utiliza para tratar algunas condiciones no cancerosas. La más común de éstas es el leiomioma, un tipo de tumor benigno conocido comúnmente como fibroma.

Normalmente, la histerectomía no cambia la capacidad en una mujer de sentir placer sexual. Una mujer no necesita un útero o cuello uterino para alcanzar un orgasmo. Después de la histerectomía, el área alrededor del clítoris y la membrana que recubre la vagina permanecen tan sensitivas como antes.

– **Histerectomía radical.**

Para esta operación, el cirujano extirpa el útero junto con los tejidos contiguos al útero (el parametrio y los ligamentos uterosacros), así como la parte superior (alrededor de una pulgada) de la vagina adyacente al cuello uterino. Los ovarios y las trompas de Falopio no se extirpan a no ser que haya otra razón médica para hacerlo. Esta cirugía usualmente se hace a través de una incisión abdominal. A menudo, también se extirpan algunos ganglios linfáticos pélvicos.

Esta cirugía no cambia la capacidad de una mujer de sentir placer sexual. Aunque se acorta la vagina, el área alrededor del clítoris y la membrana que recubre la vagina es tan sensitiva como antes. Una mujer no necesita un útero o cuello uterino para alcanzar un orgasmo. Cuando el cáncer ha causado dolor o sangrado con la relación sexual, la histerectomía puede en realidad mejorar la vida sexual de una mujer al eliminar estos síntomas.

– **Cervicectomía.**

La mayoría de las mujeres con cáncer de cuello uterino en etapa I A2 y etapa I B son tratadas con histerectomía. Otro procedimiento, conocido como cervicectomía radical, permite a las mujeres ser tratadas sin perder la capacidad de tener hijos. En este procedimiento se extirpa el cuello uterino y la parte superior de la vagina, pero no el cuerpo del útero. El cirujano coloca una

sutura "en bolsa de tabaco" para que funcione como abertura artificial del cuello uterino dentro de la cavidad uterina.

También se extirpan los ganglios linfáticos cercanos mediante una laparoscopia, lo que puede requerir otra incisión. Esta operación se hace a través de la vagina o del abdomen. Después de la cervicectomía, algunas mujeres pueden completar el embarazo y dar a luz bebés saludables mediante cesárea. En un estudio, la tasa de embarazo después de 5 años fue de más de 50%, pero las mujeres que se sometieron a esta cirugía presentaron un mayor riesgo de aborto que las mujeres normales que estaban saludables. El riesgo de que el cáncer reaparezca después de este procedimiento es bajo.

3.24. Radioterapia para cáncer de cuello uterino.

La radioterapia utiliza rayos X o partículas de alta energía para destruir las células cancerosas. Las más comunes son:

- **Radioterapia externa.**

Una manera de administrar la radiación consiste en dirigir rayos X desde fuera del cuerpo hacia el cáncer. A esto se le llama radioterapia externa. El tratamiento es muy similar a cuando se hace una radiografía regular, pero la dosis de radiación es más intensa. Cada tratamiento dura sólo unos minutos, aunque el tiempo de preparación usualmente toma más tiempo. El procedimiento en sí no es doloroso, aunque puede causar algunos efectos secundarios.

Cuando se usa la radiación como tratamiento principal para el cáncer de cuello uterino, la radioterapia externa usualmente se combina con quimioterapia

(quimiorradiación concurrente). A menudo, se usa una dosis baja de un medicamento llamado cisplatino, aunque también se pueden usar otros medicamentos de quimioterapia. Los tratamientos de radiación se administran 5 días a la semana por 6 a 7 semanas.

El tratamiento con radiación externa se puede usar por sí solo para tratar las áreas de propagación del cáncer o como tratamiento principal del cáncer de cuello uterino en pacientes que no pueden tolerar la quimiorradiación. Los efectos secundarios comunes de la radioterapia externa incluyen:

- Cansancio (fatiga).
- Problemas estomacales.
- Diarrea o deposiciones blandas o aguadas (si la radiación es dirigida al abdomen o a la pelvis).
- Náuseas y vómitos.
- Cambios en la piel.

La radiación a la pelvis también puede irritar la vejiga (cistitis por radiación), produciendo molestias y deseos frecuentes de orinar. Puede afectar la vulva y la vagina, ocasionando que estén sensibles y adoloridas, y a veces causa secreción.

La radiación a la pelvis también puede afectar a los ovarios, causando cambios en los periodos menstruales e incluso menopausia temprana.

3.25. Quimioterapia para cáncer de cuello uterino.

La quimioterapia sistémica (quimio) usa medicamentos contra el cáncer que se inyectan en una vena o se administran por la boca. Estos medicamentos entran

al torrente sanguíneo y pueden llegar a todas las áreas del cuerpo, lo que hace que este tratamiento sea muy útil para eliminar las células cancerosas en la mayoría de las partes del cuerpo. A menudo, la quimioterapia se administra en ciclos, de manera que cada período de tratamiento va seguido de un período de recuperación.

Para algunas etapas del cáncer de cuello uterino, el tratamiento preferido es la radiación y la quimioterapia administradas en conjunto (quimiorradiación concurrente). La quimioterapia ayuda a que la radiación sea más eficaz.

Algunas veces la quimioterapia se administra (sin radiación) antes y/o después de la quimiorradiación. Para tratar el cáncer de cuello uterino que ha regresado después del tratamiento o que se ha propagado: la quimioterapia también se puede emplear para tratar cánceres que se han propagado a otros órganos y tejidos. También puede ser útil cuando el cáncer regresa después del tratamiento con quimiorradiación.

Los medicamentos que se utilizan con más frecuencia para tratar el cáncer de cuello uterino avanzado incluyen:

- Cisplatino.
- Carboplatino.
- Paclitaxel (Taxol®).
- Topotecán.
- Gemcitabina (Gemzar®)

A menudo se utilizan combinaciones de estos medicamentos.

3.26. Efectos secundarios.

Los medicamentos utilizados en la quimioterapia destruyen las células cancerosas pero también dañan algunas células normales, lo que puede resultar en ciertos efectos secundarios. Los efectos secundarios dependen del tipo y dosis de los medicamentos administrados, así como del período de tiempo durante el cual se administran. Algunos efectos secundarios comunes de la quimioterapia pueden incluir:

- Náuseas y vómitos.
- Pérdida del apetito.
- Caída del cabello.
- Úlceras en la boca.
- Cansancio (fatiga).

Como la quimioterapia puede dañar las células que producen sangre en la médula ósea, los recuentos de células sanguíneas pueden bajar. Esto puede producir:

- Aumento en la probabilidad de infecciones (debido a la escasez de glóbulos blancos).
- Pérdida de sangre o hematomas después de cortaduras o lesiones menores (debido a la escasez de plaquetas).
- Dificultad para respirar (por la disminución de los niveles de glóbulos rojos).

Cuando se administra quimioterapia con radiación, a menudo los efectos secundarios son más graves. Asimismo, la náusea y el cansancio a menudo

son peores. La diarrea también puede ser un problema si se administra quimioterapia al mismo tiempo que la radiación.

También se pueden empeorar los problemas con los bajos recuentos sanguíneos. El equipo de especialistas en cáncer estará pendiente de los efectos secundarios y le puede administrar medicamentos para prevenirlos o ayudar a que el paciente se sienta mejor.

Para las mujeres más jóvenes a quienes no se les ha extirpado el útero como parte del tratamiento, los cambios en los periodos menstruales son un efecto secundario común de la quimioterapia. Mientras recibe la quimioterapia, se podría quedar embarazada aun cuando se hayan detenido sus periodos menstruales. Quedar embarazada mientras recibe la quimioterapia podría causar defectos de nacimiento e interferir con el tratamiento. Por esta razón, es importante que las mujeres que no han pasado por la menopausia antes del tratamiento y que estén activas sexualmente hablen con sus médicos sobre el uso de anticonceptivos. Las pacientes que hayan terminado el tratamiento (como quimio) pueden tener hijos, pero no es seguro quedar embarazada mientras se recibe el tratamiento.

4. DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN.

4.1. Tipo de Estudio: Descriptivo, analítico, retrospectivo, con metodología cualitativa y cuantitativa.

4.2. Población de Estudio: La población de estudio estuvo conformada por las mujeres que acudieron al servicio de Papanicolaou (PAP) del Centro de Salud de Yatytyay.

4.3. Muestra de Estudio: La muestra de estudio la constituyeron 275 mujeres en edad fértil que acudieron al servicio de Papanicolaou (PAP) del Centro de Salud de Yatytyay, durante el periodo de Enero a Junio del 2015.

4.4. Criterios de inclusión: Todas las mujeres en edad fértil que acudieron al servicio de Papanicolaou (PAP) del Centro de Salud de Yatytyay, durante el periodo de Enero a Junio del 2015..

4.5. Criterios de Exclusión: Se excluyeron del estudio aquellas mujeres que acudieron al servicio de Papanicolaou (PAP) del Centro de Salud de Yatytyay, durante el periodo de Enero a Junio del 2015 pero que por alguna razón no se pudieron realizar el examen.

4.6. Procedimiento para la recolección de datos: Se realizó una revisión de todos los resultados y datos de las mujeres en edad fértil que acudieron al servicio de Papanicolaou (PAP) del Centro de Salud de Yatytyay, durante el periodo de Enero a Junio del 2015.

4.7. Procesamiento de los datos obtenidos: Los datos obtenidos se incluyeron en una base de datos diseñada para tales fines y se procesaron para su correcta interpretación. Posteriormente se sometieron al programa

Detección precoz de cáncer del cuello uterino en mujeres en edad fértil que acudieron al servicio de Papanicolaou (PAP) del Centro de Salud de Yatytay, durante el periodo de Enero a Junio del 2015.

informático Excel 2010 para su tabulación y procesamiento estadístico y se representaron en tablas y gráficos.

4.8. Análisis y discusión: Los resultados obtenidos se analizaron de acuerdo a los objetivos general y específicos, y se realizó una discusión de los mismos en correspondencia con lo planteado en el en marco teórico del trabajo.

4.9. Conclusiones: Se concluyó el trabajo respondiendo al objetivo general y objetivos específicos que se plantearon al inicio de la investigación.

5. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

Para la presente investigación fueron incluidas 275 mujeres en edad fértil que acudieron al servicio de Papanicolaou (PAP) del Centro de Salud de Yatytay, durante el periodo de Enero a Junio del 2015 para la detección precoz de la enfermedad a través del PAP.

En la Tabla 1 se muestran las cantidades de consultas totales en el servicio Papanicolaou (PAP) del Centro de Salud de Yatytay, durante el periodo de Enero a Junio del 2015.

Tabla 1. Cantidad total de consultas por meses y porcentajes que representan del total de mujeres que acudieron al servicio Papanicolaou (PAP) del Centro de Salud de Yatytay, durante el periodo de Enero a Junio del 2015.

MESES	CANTIDAD TOTAL DE CONSULTAS	PORCIENTO
ENERO	30	10,9
FEBRERO	36	13,1
MARZO	48	17,5
ABRIL	51	18,5
MAYO	56	20,4
JUNIO	54	19,6
TOTAL	275	100

5.1. Principales resultados según características demográficas de la muestra.

En la Tabla 2 se muestran las cantidades de consultas y sus porcentos por meses según la procedencia de las mujeres que acudieron al servicio Papanicolaou (PAP) del Centro de Salud de Yatytay, durante el periodo de Enero a Junio del 2015.

Tabla 2. Cantidad de consultas y sus porcentos por meses según la procedencia de las mujeres que acudieron al servicio Papanicolaou (PAP) del Centro de Salud de Yatytay, durante el periodo de Enero a Junio del 2015.

PROCEDENCIA	CANTIDAD											
	Enero	%	Febrero	%	Marzo	%	Abril	%	Mayo	%	Junio	%
Rural	12	40,0	16	44,4	26	54,2	30	58,8	29	63,0	37	68,5
Urbana	18	60,0	20	55,6	22	45,8	21	41,2	27	37,0	17	31,5
TOTAL	30	100	36	100	48	100	51	100	56	100	54	100

El Gráfico 1 muestra la distribución de la muestra según la procedencia de las mujeres en edad fértil que acudieron al servicio de Papanicolaou (PAP) del Centro de Salud de Yatytay, durante el periodo de Enero a Junio del 2015.

Los datos muestran que la procedencia de las mujeres no representa una diferencia significativa entre la muestra estudiada (45% Urbana y 55% Rural), siendo que no sería un factor a tener en cuenta en cuanto a que determinadas mujeres asistan o no al examen de detección precoz de cáncer de cuello uterino. Esto podría explicarse por la descentralización que existe a nivel del Departamento de Itapúa en cuanto a los lugares asistenciales en donde se realizan los exámenes del PAP.

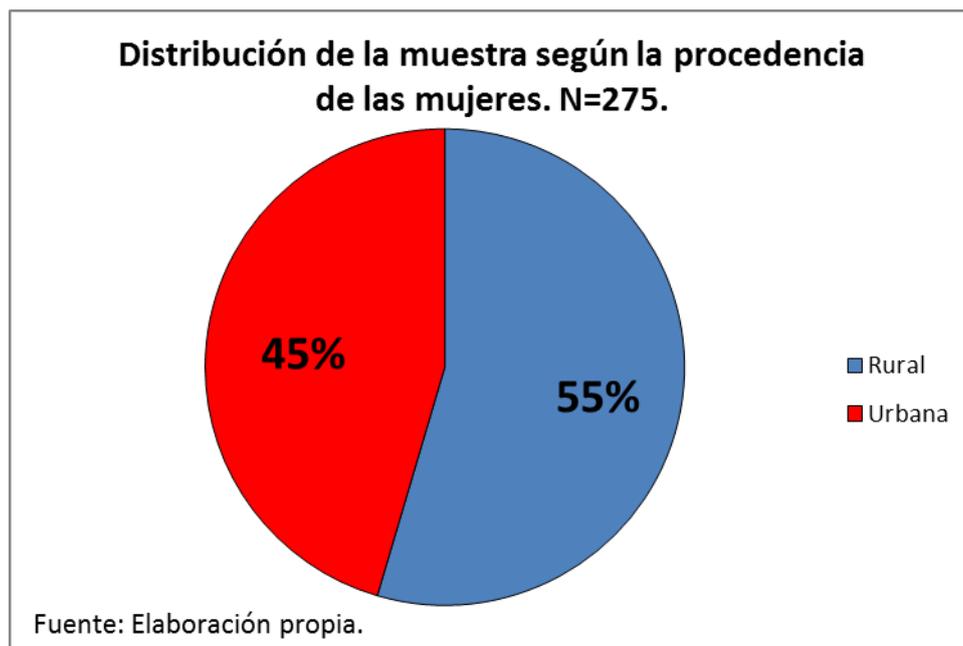


Gráfico 1: Distribución de la muestra según la procedencia de las mujeres en edad fértil que acudieron al servicio de Papanicolaou (PAP) del Centro de Salud de Yatyty, durante el periodo de Enero a Junio del 2015.

En el Gráfico 2 se observa la distribución de la muestra según el estado civil de las mujeres en edad fértil que acudieron al servicio de Papanicolaou (PAP) del Centro de Salud de Yatyty, durante el periodo de Enero a Junio del 2015.

Según los resultados obtenidos, el 42% de las mujeres se encontraban en unión libre con su pareja actual, mientras que el 30% estaba casa y el restante 28% de la muestra se encontraba soltera. Considerando que las prácticas sexuales inadecuadas pueden determinar un factor de riesgo para la aparición del cáncer de cuello uterino, es notorio que el mayor por ciento correspondió con mujeres solteras.

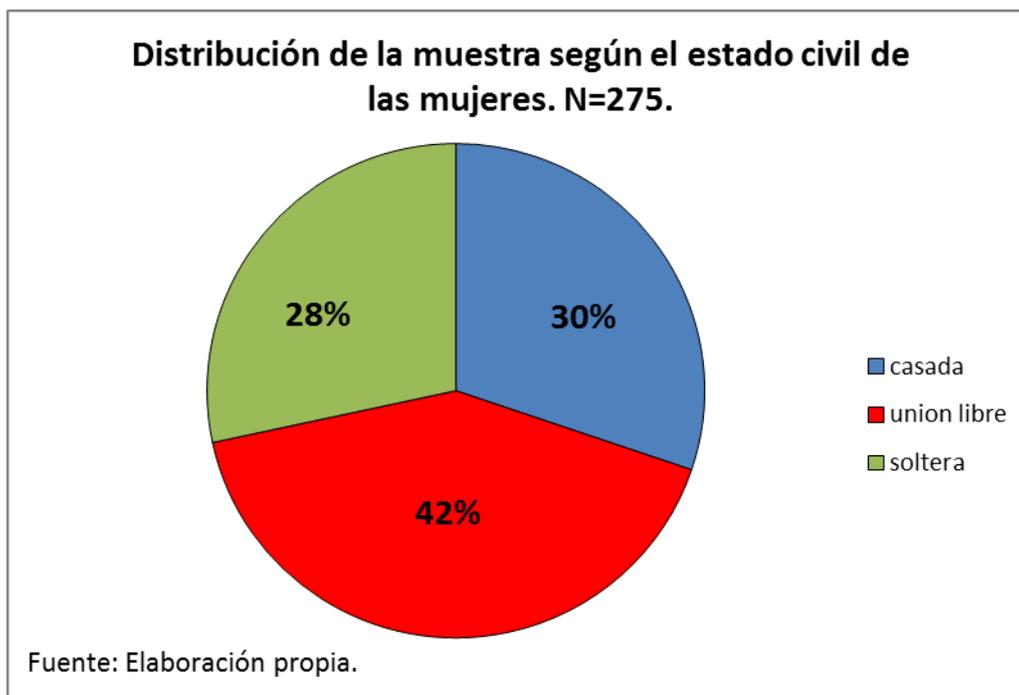


Gráfico 2: Distribución de la muestra según el estado civil de las mujeres en edad fértil que acudieron al servicio de Papanicolaou (PAP) del Centro de Salud de Yatytay, durante el periodo de Enero a Junio del 2015.

En el gráfico 3 se representa la distribución de la muestra según el nivel educativo de las mujeres en edad fértil que acudieron al servicio de Papanicolaou (PAP) del Centro de Salud de Yatytay, durante el periodo de Enero a Junio del 2015.

La mayor parte de la muestra correspondió a mujeres con estudios primarios (40%), en segundo lugar se encontraron las mujeres con estudios secundarios (32,4%); mientras que las universitarias representaron el 21,8% y en menor proporción estuvieron las mujeres sin ningún tipo de estudio (5,8%).

Detección precoz de cáncer del cuello uterino en mujeres en edad fértil que acudieron al servicio de Papanicolaou (PAP) del Centro de Salud de Yatytay, durante el periodo de Enero a Junio del 2015.

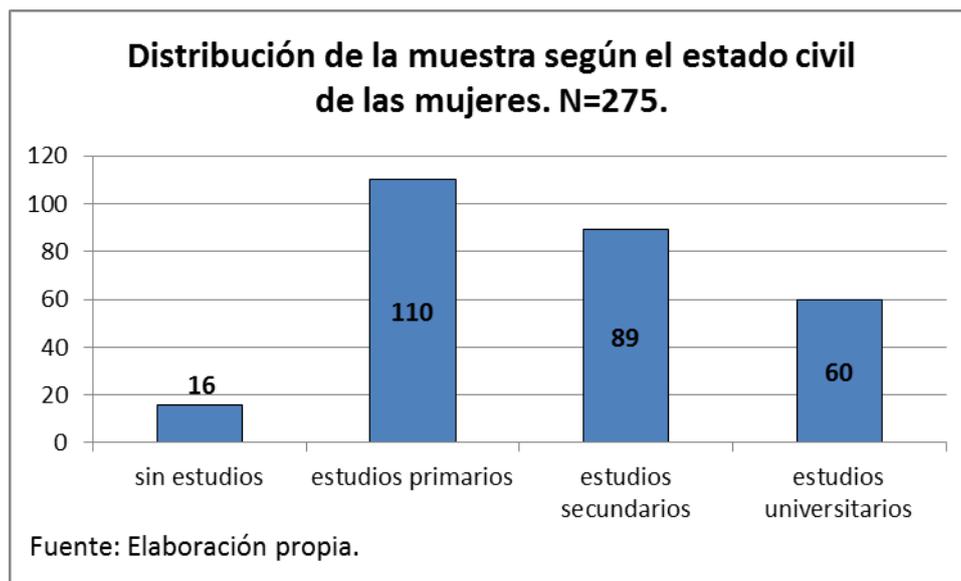


Gráfico 3: Distribución de la muestra según el nivel educativo de las mujeres en edad fértil que acudieron al servicio de Papanicolaou (PAP) del Centro de Salud de Yatytay, durante el periodo de Enero a Junio del 2015.

5.2. Resultados del examen de Papanicolaou (PAP) y factores de riesgo de la muestra.

Desde el punto de vista clínico se analizó el número de veces que las mujeres habían tenido hijos, con el objetivo de graficar este aspecto como un factor de riesgo a tener en cuenta en la posible aparición de cáncer de cuello uterino.

En el Gráfico 4 se representa el número de veces que las mujeres habían tenido hijos, siendo que esta condición puede representar un factor de riesgo según se constato en la revision bibliografica.

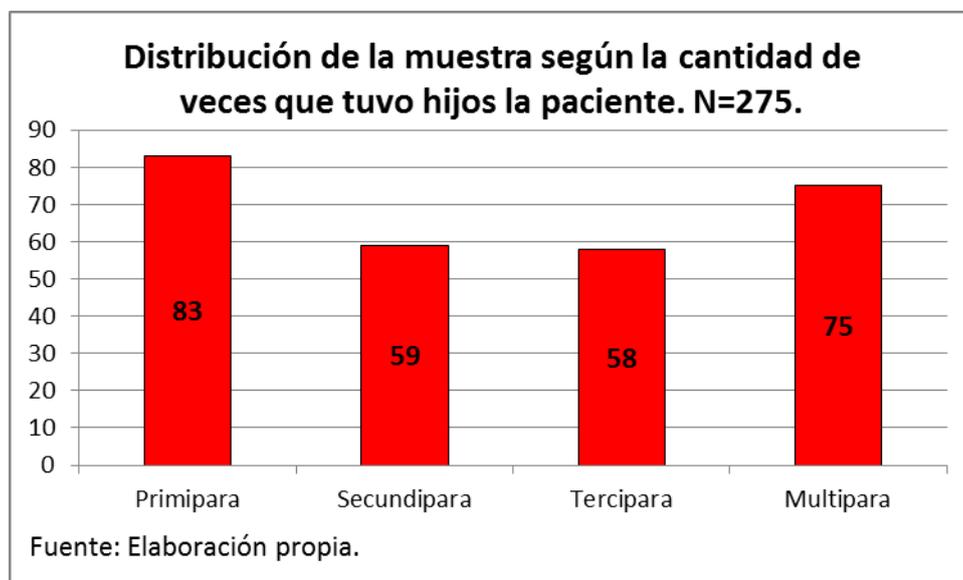


Gráfico 4: Distribución de la muestra según la cantidad de veces que tuvo hijos la paciente.

Según se puede observar en el Gráfico 4, la mayor cantidad de mujeres que acudieron a la consulta para hacerse examen de PAP eran primíparas (30,2%), mientras que un 27,3% eran múltíparas, las que habían tenido dos o tres partos se ubicaron entre los valores intermedios de la muestra (21,4% y 21,1% respectivamente).

Se analizaron los resultados de los exámenes de detección precoz para la muestra en estudio, los datos se resumen en la tabla 3.

Tabla 3. Resultados de los exámenes de Papanicolaou en mujeres que acudieron al servicio de PAP del Centro de Salud de Yatyty, durante el periodo de Enero a Junio del 2015.

RESULTADOS	FRECUENCIA	POR CIENTO
Insatisfactorio	26	9,5
Sin componente endometrial	147	53,5
Proceso inflamatorio	88	32
ASCUS	4	1,4
CIN I	3	1,1
CIN II	6	2,2
CIN III	1	0,3
TOTAL	275	100

Los datos referentes de la tabla 3 se grafican a continuación para una mejor interpretación.

En el gráfico 5 se puede apreciar claramente una tendencia a la disminución del número de casos a medida que los resultados son más avanzados en cuanto a la patología estudiada, lo que representa un buen indicio en cuanto a la detección precoz del cáncer de cuello uterino.

Detección precoz de cáncer del cuello uterino en mujeres en edad fértil que acudieron al servicio de Papanicolaou (PAP) del Centro de Salud de Yatytay, durante el periodo de Enero a Junio del 2015.

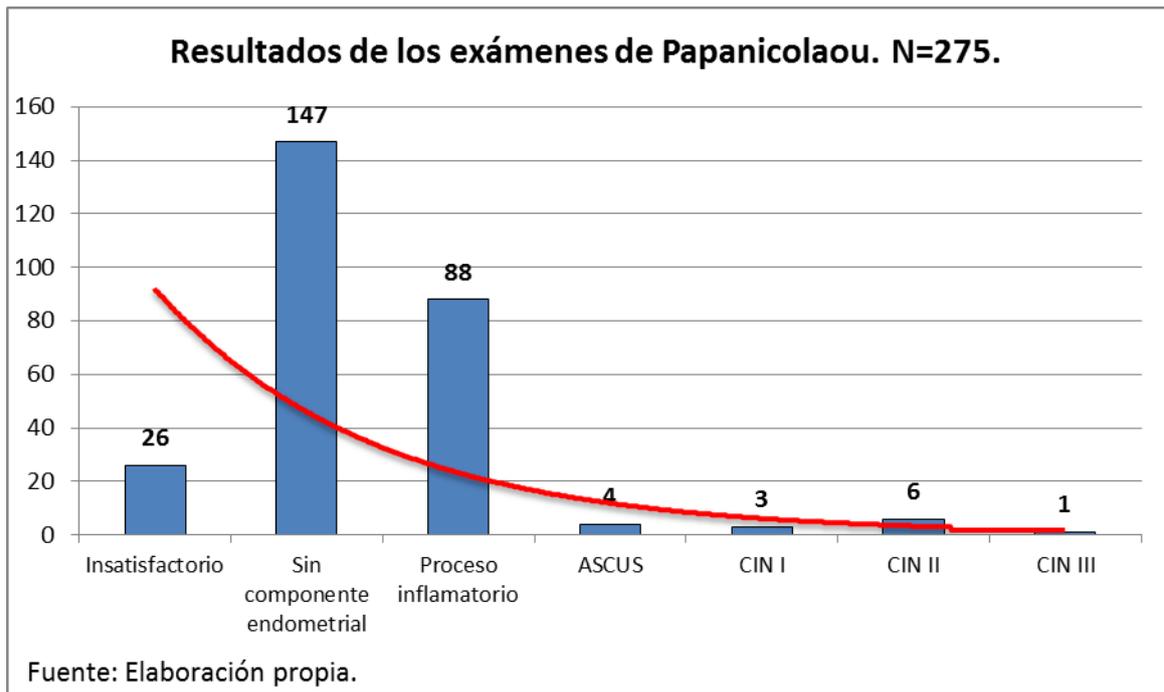


Gráfico 5: Resultados de los exámenes de PAP en mujeres que acudieron al servicio de Papanicolaou del Centro de Salud de Yatytay, durante el periodo de Enero a Junio del 2015.

6. CONCLUSIONES.

Teniendo en cuenta los resultados analizados y discutidos en el presente trabajo de investigación y los objetivos propuestos se concluye que los mismos fueron logrados según las siguientes conclusiones:

- ✓ Según los resultados obtenidos se determinó que tanto las mujeres procedentes de áreas urbanas como las de áreas rurales acuden en igual proporción a la realización de sus controles preventivos de cáncer de cuello uterino.
- ✓ Las mujeres que se encontraban solteras en el momento del examen representaron el menor porcentaje dentro de la muestra estudiada, resultado favorecedor teniendo en cuenta que las prácticas sexuales inadecuadas representan un factor de riesgo para la aparición del cáncer de cuello uterino.
- ✓ Con el trabajo se demuestra que no depende el nivel educativo para que las mujeres acudan a realizarse el control precoz, ya que la mayoría de la muestra estudiada estuvo conformada por mujeres con estudios primarios.
- ✓ La mayoría de las mujeres que asistieron al servicio de PAP del Centro de Salud de Yatytay eran primíparas o multíparas, siendo que esto no es un determinante en el control y que si representa un factor de riesgo para las pacientes.

Detección precoz de cáncer del cuello uterino en mujeres en edad fértil que acudieron al servicio de Papanicolaou (PAP) del Centro de Salud de Yatytay, durante el periodo de Enero a Junio del 2015.

- ✓ Se observó una tendencia marcada a la disminución del número de casos con resultados no favorables al realizarse el PAP, lo que demuestra que los exámenes representan un método eficaz para la prevención de este tipo de patología.

7. RECOMENDACIONES.

- ✓ Se recomienda al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social a destinar más recursos humanos y materiales para la realización de tamizajes masivos en función de lograr una mayor cobertura de realización del Papanicolaou dentro de la población de mujeres fértiles con el objetivo de garantizar una prevención eficaz y elevar el estado de salud de la población en general.

- ✓ Se recomienda al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social a realizar trabajos interinstitucionales con los medios de difusión masiva para la elaboración en conjunto de campañas educativas y de promoción de salud.

- ✓ Se recomienda a la dirección del Centro de Salud de Yatyty realizar un seguimiento de los casos con exámenes de PAP positivos para garantizar los tratamientos y medidas necesarias que conlleven al mejoramiento de la situación de cada mujer diagnosticada con algún indicio de cáncer o precancer de cuello uterino.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Castellsagué X, Bosch FX, Muñoz N, Meijer CJ, et al. La circuncisión masculina, infección por el virus del papiloma humano en pene y cáncer cervical en sus parejas femeninas. *N Engl J Med.* 2002 Apr 1; 346(15):1105–1112.
- Eifel PJ, Berek JS, Markman, M. Cancer of the cervix, vagina, and vulva. In: DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA, eds. *Cancer: Principles and Practice of Oncology* 9th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins; 2011: 1311-1344.
- Hernandez BY, Wilkens LR, Zhu X, et al. Transmisión del virus del papiloma humano en parejas heterosexuales. *Emerg Infect Dis.* 2008;14(6):888-894.
- Instituto Nacional del Cáncer y el Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvicouterino. Algoritmo elaborado y consensuados con las siguientes Sociedades Científicas: Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FASGO); Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires (SOGIBA); Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil (SAGIJ); Sociedad Argentina de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia (SAPTGLyC); Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Jujuy; Sociedad Argentina de Citología (SAC); Sociedad Argentina de Patología (SAP).
- National Institutes of Health. Medline Plus. Female Condoms. 3/11/2014. Accessed at <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/004002.htm> on July 16, 2014.

Detección precoz de cáncer del cuello uterino en mujeres en edad fértil que acudieron al servicio de Papanicolaou (PAP) del Centro de Salud de Yatytay, durante el periodo de Enero a Junio del 2015.

- NCCN Practice Guidelines in Oncology. Cervical Cancer Version 7.2014.
Accessed at www.nccn.org on July 14, 2014.
- OMS. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de métodos anticonceptivos. Tercera edición. Año 2005.
- OPS – OMS. Manual de Procedimientos del Laboratorio de Citología. 2002.
- Schover LR. Sexualidad y fertilidad despues del cancer. New York: Wiley; 1997.

9. ANEXOS.

9.1. Solicitud para la toma de datos.

Hohenau, 02 de Junio del 2015

Director

Centro de Salud de Yatytay

Presente.

Me dirijo a Ud. a fin de solicitarle, con motivos de la culminación de mis estudios para recibirme como Magister en Materno Infantil y Obstetricia, autorización para realizar el muestreo y la toma de datos referentes a mi trabajo de investigación y desarrollo de la Tesis de postgrado.

El título del trabajo en el siguiente:

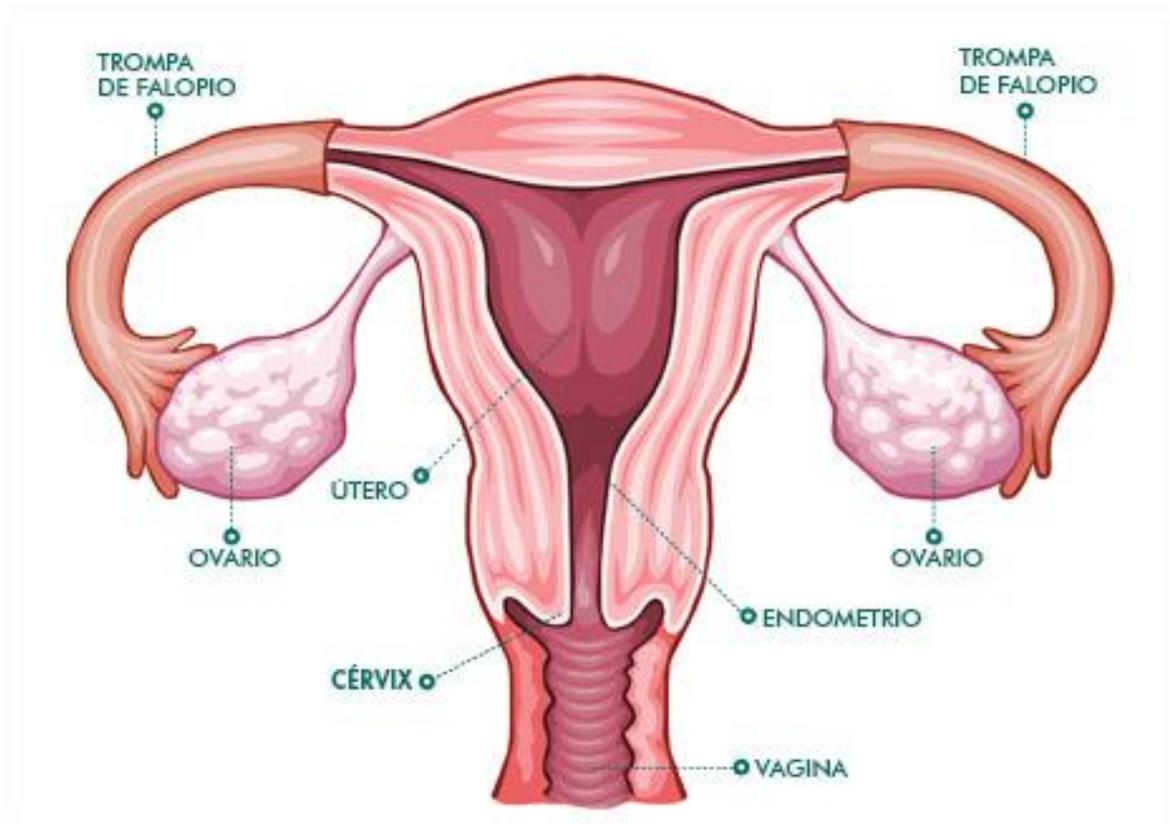
“Detección precoz de cáncer del cuello uterino en mujeres en edad fértil que acudieron al servicio de Papanicolaou (PAP) del Centro de Salud de Yatytay, durante el periodo de Enero a Junio del 2015.”

Esperando una favorable acogida a la presente nota, aprovecho la ocasión para saludarle muy atentamente.

.....
Ramón Toppi.

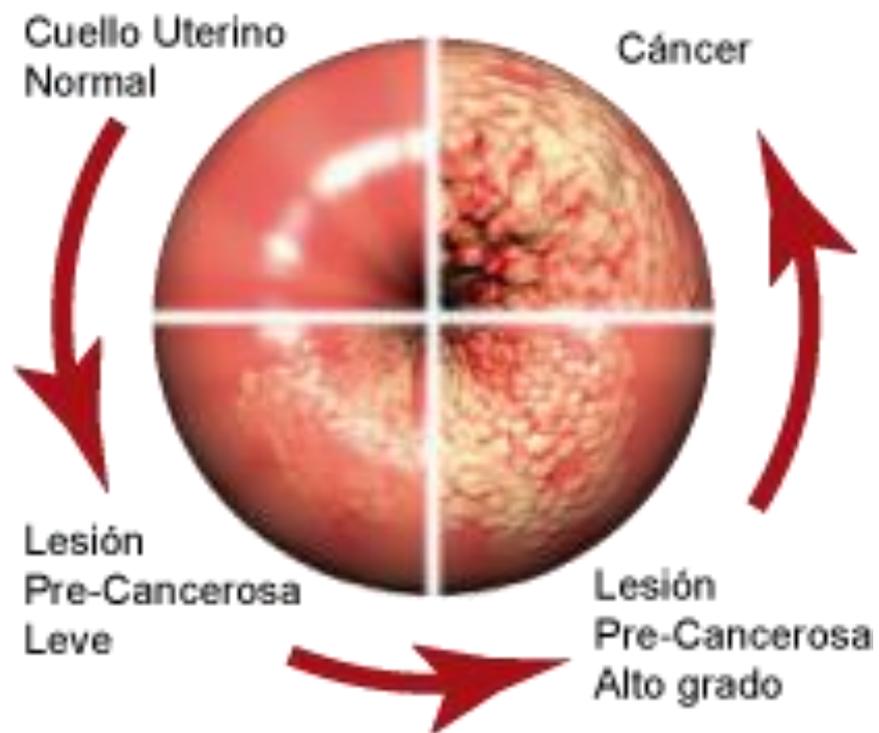
Detección precoz de cáncer del cuello uterino en mujeres en edad fértil que acudieron al servicio de Papanicolaou (PAP) del Centro de Salud de Yatytay, durante el periodo de Enero a Junio del 2015.

9.2. Sistema reproductor femenino.



Detección precoz de cáncer del cuello uterino en mujeres en edad fértil que acudieron al servicio de Papanicolaou (PAP) del Centro de Salud de Yatytay, durante el periodo de Enero a Junio del 2015.

9.3. Evolución del cáncer de cuello uterino.



9.4. Factores de riesgo del cáncer de cuello uterino.

- 1** **Inicio temprano** de relaciones sexuales
- 2** **Promiscuidad**
Múltiples compañeros sexuales
- 3** Promiscuidad de la **pareja**
- 4** Infección por **Papiloma Virus Humano**
- 5** Y otras **enfermedades transmitidas sexualmente** (debido al uso inadecuado de condón)