



Universidad de Ciencias Médicas

Dr. José Asseff Yara

Ciego de Ávila

**Sistema de acciones para disminuir los factores de riesgo
del Cáncer Cérvico Uterino en el Área de Salud de Tamarindo, CMF #11de
Marroquí**

Autora: Dra. Narjara Vilar Pérez.

2012



Universidad de Ciencias Médicas

Dr. José Asseff Yara

Ciego de Ávila

**Sistema de acciones para disminuir los factores de riesgo
del Cáncer Cérvico Uterino en el Área de Salud de Tamarindo, CMF #11de
Marroquí.**

**“Tesis en opción a Terminación de Residencia para Optar por el Título de
Médico Especialista de Medicina General Integral”.**

Autora: Dra. Narjara Vilar Pérez.

Residente de Segundo año.

Policlínico General Integral “Ernesto Guevara de la Serna”

Tutor: Dr. Reimer Cepero Pérez.

Médico Especialista de MGI.

Profesor Instructor.

Policlínico General Integral “Mario Hernández Pedraza”

2012

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal, sobre el comportamiento de factores de riesgo del Cáncer Cérvico Uterino en el área de Tamarindo como son la edad del comienzo de la vida sexual, conducta sexual, antecedentes de ITS, número de partos, inmunodepresión, uso de anticonceptivos orales, hábito de fumar, tendencia nutricional . Teniendo como universo a las mujeres en edad de riesgo de desarrollar el Cáncer Cérvico Uterino (25 años y más) utilizando diversos indicadores propuestos para ello en las Guías de Evaluación de la OMS para estos programas.

Palabras claves: Factores de riesgo y Cáncer Cérvico Uterino.

Cáncer Cérvico Uterino: Constituye un proceso de cambios patológicos en las células que cubren las paredes del cuello uterino -la parte inferior de la matriz que va del útero a la vagina, o el canal de parto-estas células son inicialmente normales y, gradualmente, se convierten en precancerosas, manifestándose como lesiones en la pared del útero.

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

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
OBJETIVO	4
MARCO TEÓRICO	5
MATERIALES Y MÉTODO	21
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	24
CONCLUSIONES.....	32
RECOMENDACIONES.....	33
BIBLIOGRAFÍA.....	34
ANEXOS.....	39

INTRODUCCIÓN

El cáncer ha acompañado a la humanidad a través de toda su existencia y esto no ha sido ajeno al conocimiento del hombre, lo cual queda demostrado en muchos manuscritos antiguos. Actualmente ocupa un lugar particular en la problemática científica, e inquieta por igual tanto a los pueblos como a sus representantes. Debido a que constituye una de las primeras causas de muerte a nivel mundial con más de cinco millones de fallecidos anualmente, manifestándose la tendencia en las mujeres a tener mayor predisposición a desarrollarlo ⁽¹⁾

El cáncer de cuello uterino (CCU) es la segunda causa de muerte en la mujer a nivel mundial y es la principal causa de muerte por enfermedades malignas en las mujeres de los países en desarrollo, según las últimas recopilaciones de los datos mundiales cada año se producen en el mundo, alrededor de 500 000 nuevos casos y cerca del 80 % corresponde a los países en desarrollo. Mueren anualmente 272 000 mujeres por esta causa ⁽²⁾

Es una enfermedad mundial; pero las mayores tasas de incidencia se han encontrado en África Oriental, Asia meridional y Sudoriental. Las tasas de CCU disminuyen en los últimos 30 años en los países desarrollados. Además existen desigualdades en el mundo desarrollado, donde las mujeres de zonas rurales o más pobres corren un mayor riesgo de enfermar de CCU. ⁽³⁾

Los países del sub.-Sahara de África y el sudeste de Asia presentan alrededor de 78 000 casos por incidencia del cáncer cervical y 31 000 muertes por el mismo, solamente en un solo año. ⁽³⁾

De las enfermedades que padece la mujer, los tumores malignos ocupan la principal causa de muerte, y de ellas, el cáncer de mama el 1er lugar y el cérvico uterino el segundo. Al analizar las tasas de mortalidad por Cáncer Cérvico Uterino en diferentes países se observa que la variación es notable con tasas que llegan 8 veces más altas en los países de alto riesgo (Sudeste asiático y África), si se le compara con naciones de Europa, Japón o Australia ⁽⁴⁾

Bax y colaboradores señalan las altas tasas que reportan en Curazao donde se encontraron la tasa en 14,3 x 100,000 mujeres. Kluge y colaboradores encontraron

tasas de incidencia y mortalidad elevadas por cáncer cervical en Alemania y otros países de Europa Occidental. ⁽⁵⁾

En Europa el CCU es la tercera causa de muerte por cáncer en la mujer. La razón más importante que explica esta alta incidencia es la falta de programas eficaces de detección temprana esencialmente en los países en desarrollo. ^(2;6;7)

En España la tasa anual ajustada de cáncer de cérvix, excluido el carcinoma in situ, es 7,2 por 100 000 mujeres y la tasa de mortalidad es de 2,7 por 100 000 mujeres. ⁽⁸⁾

En el 2008 hubo hasta 800.000 nuevos casos de Cáncer Cérvico Uterino, según precisiones de la Organización Mundial de la Salud el número de muertes por esta causa aumentará a 320.000 en el 2015 y a 435 000 en el 2030. Según datos aportados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) los patrones de mortalidad por cáncer cervicouterino en las Américas es de 5 a 6 defunciones por cada 100.000 mujeres, la morbilidad cada año es de 6800 casos nuevos. ^(3, 9)

Expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) han delineado un panorama preocupante: la incidencia mundial del cáncer podría aumentar un 50% en las próximas dos décadas. Si los pronósticos del Informe Mundial del cáncer se cumplen, en 2020 serán diagnosticados 15 millones de nuevos casos. ^(3, 10)

En Latinoamérica el CCU es la causa de muerte más frecuente en la población femenina con aproximadamente 30 000 defunciones por año. ^(2, 11)

La variación de la incidencia entre los países es grande, existen tasas muy altas en Haití (93.9 x 100.000), Nicaragua (61,1 x 100.000) y Bolivia con el 58,1 x 100.000). ^(3, 12)

En México constituye la primera causa de morbi mortalidad.⁷ Su tasa de incidencia en América Latina y el Caribe se encuentra entre las más altas del mundo. ^(8, 14)

En Venezuela, a pesar que por más de 30 años ha venido efectuando citología la incidencia y mortalidad por CCU siguen siendo altas, en el 2000 se reportó una tasa de incidencia de 38,3 por 100000 mujeres y la tasa de mortalidad de 15,2 por 100000 mujeres.^(3, 15)

Las tasas más bajas corresponden a Estados Unidos y Canadá, las más altas a Perú y Uruguay. El CCU constituye la cuarta causa de muerte en las mujeres de 15 a 65 años en América Latina y el Caribe. ⁽³⁾

Así mismo al comparar las tasas de Estados Unidos y Canadá con la de los países de América latina (Colombia, Venezuela, Costa Rica) se hace evidente que las tasas son más altas en los últimos años. ^(3; 4 y 5)

Se estima que el CCU causa alrededor de 500 000 muertes cada año. En Chile se calculan una incidencia de 30 x 100 000 mujeres y fallecen alrededor de 900, la tasa de mortalidad es de 9,6 x 100,000. En los Estados Unidos más de 10 000 casos nuevos son diagnosticados anualmente. ⁽⁶⁾

En nuestro país desde 1967 se implantó el Programa Nacional de diagnóstico precoz del Cáncer Cérvico Uterino, el cual plantea la realización de la citología al 100% de las mujeres entre 25 y 64 años con vida sexual activa, el objetivo fundamental del programa es contribuir a elevar el nivel de salud de la población mediante acciones de prevención, promoción, protección y recuperación en las mujeres, realizado por el sistema nacional de salud en coordinación con las demás instituciones del Estado.

(3; 11)

En el área de salud, correspondiente al Policlínico de Tamarindo del municipio de Florencia de la provincia de Ciego de Ávila, según las investigaciones realizadas la morbi mortalidad por Cáncer Cérvico Uterino se comportó elevada, en el año 2010 se realizaron un total de 1473 exámenes de los cuales 111 fueron iniciales y 1362 re exámenes comprendiendo así el universo de las pacientes del municipio Florencia con una positividad de los exámenes de un 4.7%, donde en el área de tamarindo se presentaron 5 defunciones a causa del Cáncer Cérvico Uterino, aunque se esta trabajando mediante el programa de pesquisa nacional para la prevención y disminución del Cáncer Cérvico Uterino en nuestra población femenina comprendiendo las edades de 25 a 64 años .Considerándose así necesaria evaluar el comportamiento de los factores de riesgo del CCU en el área de salud de tamarindo . Sobre la base de lo antes declarado se pretende dar

solución al siguiente problema de investigación: El Cáncer Cérvico Uterino es una enfermedad recurrente en nuestros medios.

OBJETIVO GENERAL

Implementar un sistema de acciones educativas y preventivas dirigidas a la disminuir los factores de riesgo de Cáncer Cérvico Uterino del Área de Salud de Tamarindo, CMF #11de Marroquí.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar los principales factores de riesgo del Cáncer Cérvico Uterino que mas afectan en el Área de Salud de Tamarindo, CMF 11de Marroquí.
2. Elaborar un sistema de acciones preventivas encaminadas a disminuir los factores de riesgo del Cáncer Cérvico Uterino.

HIPÓTESIS

Si se aplica un sistema de acciones educativas y preventivas con la participación de las mujeres en edades comprendidas entre los 25 y los 64 años, como actoras principales de la intervención, entonces disminuirían los factores de riesgo del Cáncer Cérvico Uterino como enfermedad del área de salud de Tamarindo.

MARCO TEÓRICO

Los precursores de Cáncer Cérvico Uterino, se remonta a finales del siglo XIX, cuando se reconocieron zonas de cambio epitelial atípica no invasora en tejido adyacente a cáncer invasor (William 1888). El término carcinoma in situ (CIS) se introdujo en 1932 para denotar las lesiones por células carcinomatosas indiferenciadas que abarcan todo el espesor del epitelio sin interrumpir la membrana basal (Brodeskis, 1932).⁽¹⁶⁾

El cáncer de cuello uterino es una neoplasia maligna que se caracteriza por pérdida de la estratificación y de la polaridad del epitelio. En ellas se pueden apreciar algunas alteraciones como hiper cromatismo, mitosis anormales y pleomorfismo celular, con invasión o no de la membrana basal. ^(3; 14)

Papanicolaou y Traut fueron los primeros en proponer en el decenio de 1940, la evolución citológica de las células obtenidas del cuello uterino y la vagina como método para detectar el cáncer cervical y sus precursores. Desde entonces la citología cervical ha demostrado ser el método más eficaz para la detección del cáncer de cuello uterino. El frotis de Papanicolaou redujo la incidencia y mortalidad del cáncer de cuello uterino en comunidades con programas activos de detección. La mitad de las mujeres con carcinoma cervical invasivo reciente nunca se practicó una prueba de Papanicolaou y otro 10% no lo había hecho en los 5 años anteriores al diagnóstico.⁽¹⁷⁾

En 1941, George Papanicolaou descubrió la fórmula de teñir las células que son despididas desde el epitelio o superficie exterior del cérvix, lo que hace posible detectar las células con transformaciones anormales, esta no es un examen de diagnóstico, sino más bien un tamizaje que separa a las mujeres que pueden tener lesiones en el cuello del útero. ^(3.18)

Papanicolau fue el pionero de los estudios relacionados con las enfermedades del cuello uterino, sentando un precedente clínico investigativo que revolucionó el enfoque que hasta entonces existía para la detección y tratamiento de la entidad.

Ayre introdujo el muestreo directo del cuello uterino con una espátula que aun lleva su nombre de forma significativa el número de células obtenidas.

Actualmente este proceder sigue teniendo extraordinaria importancia y su utilización se ha convertido en uno de los aspectos esenciales del programa de detección precoz del Cáncer Cérvico Uterino. ⁽¹⁹⁾

En muchos países en desarrollo se tiene un acceso limitado a los servicios de salud y a la detección del Cáncer Cérvico Uterino, bien no se práctica o se práctica en unas pocas mujeres que lo necesitan. En dichas regiones el Cáncer Cérvico Uterino es el cáncer más frecuente en la población femenina y la primera causa de fallecimiento entre las mujeres. ⁽²⁰⁾

Sobre la base de los registros nacionales de diferentes países, se puede decir que el 2 % de las mujeres a nivel mundial tendrán el riesgo de morir por esta enfermedad. En los países desarrollados con la introducción de programas de detección precoz se ha observado una disminución significativa de la incidencia y mortalidad por CCU. En los países en vías de desarrollo por el contrario existe una tendencia a incrementarse, lo cual refleja una falla importante en el sistema de salud. Es por ello necesario fortalecer la capacidad de diagnóstico y tratamiento de lesiones de la patología cervical tempranamente. El mayor hincapié debe hacerse en las lesiones pre cancerosas, opinión que comparten y enfatizan los diferentes investigadores de la Organización Mundial de la Salud (OMS), dedicados a los aspectos epidemiológicos relacionados con el CCU. ⁽²¹⁾

Se estima que un número superior al millón de mujeres padecen actualmente de Cáncer Cérvico Uterino en el mundo, la mayoría de las cuales no están diagnosticadas o carecen de acceso a tratamientos que podrían curarlas o prolongarles la vida. ⁽²²⁾

El Cáncer Cérvico Uterino es la principal causa de muerte por cáncer en mujeres de los países en desarrollo. Para tener una idea de la magnitud de este mal la Organización Panamericana de la Salud entrego un informe que plantea que en el mundo el número de casos de cáncer de cuello uterino alcanza los 466 mil al año lo que representa el 15% de todas las variedades de cáncer diagnosticados en las mujeres y de las 230 mil que cada año mueren por esta causa un 80% son de países de América latina , del sudeste de Asia, y de África, debido en gran parte a la ineficiencia de los programas de control, esto significa que muchas mujeres no

se hacen la prueba de Papanicolaou, la más conocida para detectar el cáncer de cuello.⁽²³⁾

Aunque el conocimiento médico sobre este tumor es aún incompleto, la mayoría de las investigaciones actuales coinciden en que estas lesiones pueden tener un inicio gradual con precursores pre invasores en fase latente durante años, pero también en ocasiones su evolución puede adoptar un comportamiento agresivo.⁽²⁴⁾

En los Estados Unidos, el cáncer del cuello uterino es el sexto tumor maligno sólido más frecuente entre las mujeres, después de los carcinomas mamario, pulmonar, colorrectal, endometrial y ovario. La Sociedad Americana del Cáncer estimó 13 000 casos nuevos de carcinoma invasivo cervical en Estados Unidos para el año 2002, más de 50.000 casos de carcinoma in situ y 4100 muertes por esta enfermedad. La edad promedio del cáncer cervical es 52 años, y la distribución de los casos es bimodal, con un pico entre los 35 y 39 años y otro entre los 60 y 64.^(6.25)

En Cuba existe el Programa de Diagnóstico Precoz del Cáncer Cérvico Uterino (DPCCU) desde 1967 conocido popularmente como prueba citológica y este cáncer ha ocupado entre el tercero y cuarto lugar de incidencias y el 3ro y 5to en mortalidad en el último quinquenio. En cuanto a mortalidad es de los países con tasas intermedias similar a la de Panamá, Argentina y Uruguay solo superior a la de Puerto Rico, Canadá y Estados Unidos.^(3.26)

Cuba es uno de los países de América Latina y el Tercer Mundo con mayor tasa de incidencia de cáncer. (9) En el año 2003, el CCU fue el tercer cáncer más frecuente, superado por el de mama y piel, y la cuarta causa de muerte solo antecedida por aparato respiratorio, mama e intestino.^(10.26)

En Cuba, si bien la incidencia es menor (en la región de las Américas es el tercer país con la tasa más baja, después de Estados Unidos y Canadá), (12) existen las condiciones para que la mortalidad sea nula, pero actitudes inadecuadas de las mujeres, motivadas muchas veces por la insuficiente información o la poco atractiva convocatoria del médico o la enfermera de su área de salud para que acudan a realizarse la citología orgánica, atentan contra el objetivo fundamental

del Programa Nacional de Diagnóstico Precoz de Cáncer Cérvico Uterino, que es contribuir a elevar el nivel de salud de la población mediante acciones de prevención, promoción, protección y recuperación en las mujeres, realizado por el sistema nacional de salud en coordinación con las demás instituciones del Estado, la colaboración de los organismos de masas y la participación activa de la comunidad, para detectar oportunamente cualquier alteración y tratarla⁽¹¹⁾

En el área de salud, correspondiente al Policlínico de Tamarindo del municipio de Florencia de la provincia de Ciego de Ávila, según las investigaciones realizadas la morbilidad por Cáncer Cérvico Uterino se comporto elevada, , en el año 2010 se realizaron un total de 1473 exámenes, de los cuales 111 fueron iniciales y 1362 re exámenes comprendiendo así el universo de las pacientes femeninas del municipio Florencia, donde en el área de tamarindo se presentaron 5 defunciones a causa del Cáncer Cérvico Uterino, con una positividad de los exámenes de un 4.7% , aunque se esta trabajando mediante el programa de pesquisa nacional para la prevención y disminución del Cáncer Cérvico Uterino en nuestra población femenina comprendiendo las edades de 25 a 64 años. Considerándose así necesaria evaluar el comportamiento de los factores de riesgo del CCU en el área de salud de Tamarindo.

Los factores de riesgo de cáncer cervical están relacionados con características tanto del virus como del huésped, e incluyen:

- Edad al comienzo de la vida sexual;
- conducta sexual;
- antecedentes de enfermedades de transmisión sexual;
- número de partos;
- Inmunosupresión;
- uso de anticonceptivos orales;
- hábito de fumar;
- tendencia nutricional.

Amaro Hernández F et al en Camagüey, refieren una asociación estadística significativa entre el CCU y los factores de riesgo, citan en orden de frecuencia la multiparidad, la promiscuidad, la infección por VPH y el inicio precoz de las relaciones sexuales. ⁽²⁷⁾

Rosell Juarte E, et al plantean en su estudio que el bajo nivel de escolaridad, el tener varias parejas sexuales, la multiparidad, las relaciones sexuales precoces y el tabaquismo fueron factores de riesgo con significación estadística, sin embargo, no le confieren valor estadístico al uso de anticonceptivos orales. ⁽²⁸⁾ Varela Álvarez A, et al, refieren que el 69% de las pacientes tuvo relaciones sexuales antes de los 18 años, el 64 % tenía historia de infecciones de transmisión sexual y con igual por ciento relacionó la multiparidad. El tabaquismo, la promiscuidad sexual, la no sistematicidad en los exámenes del programa nacional de prevención, la ingestión de anticonceptivos orales y el compañero sexual de riesgo, obtuvieron cifras entre 51 y 58 %. ⁽²⁹⁾ Tirado Gómez LL, et al además de encontrar los factores predisponentes antes mencionados, mencionan el nivel socioeconómico como un factor asociado a esta neoplasia. ⁽⁷⁾

Edad y comienzo de la vida sexual .

La edad al primer coito antes de los 20 años y de manera marcada antes de los 18, es uno de los cofactores importantes en la aparición del carcinoma del cuello según reportan numerosos autores nacionales y extranjeros. Debido a los cambios socio-culturales a los que están sometida las adolescentes, existe una tendencia al comienzo de las relaciones sexuales a partir de los 14 años de edad. ⁽²³⁾ En los últimos años se observa un incremento de las lesiones del cuello uterino en mujeres de edad climatérica, las que representaron en este estudio el 17,5 %. En la mujer a esa edad se ponen de manifiesto cambios biológicos e inmunológicos que pudieran favorecer en gran medida a las infecciones del tracto urogenital , debido a la disminución de la defensa estrogénica del aparato genital. ⁽¹⁵⁾

Conducta sexual

La promiscuidad, sin ser sinónimo de cáncer de cérvix, constituye un importante factor de riesgo. Numerosos mecanismos han sido sugeridos para explicar la relación entre el riesgo de padecer la enfermedad y los diversos elementos asociados con las relaciones sexuales. Muchas mujeres que sólo han tenido una pareja sexual también desarrollan la enfermedad, por lo que resulta sugerente considerar el papel del semen infectado con el VPH en la génesis del cáncer uterino. La probabilidad de que las mujeres sean portadoras del virus del papiloma humano (VPH) y el riesgo de padecer de cáncer de cérvix se ha relacionado con la presencia de ADN viral en el pene o la uretra de su pareja sexual. Según un estudio publicado por Benedet y Cabero Roura las mujeres tienen un riesgo tres veces superior de padecer infección con el VPH, si su compañero sexual ha tenido relaciones con otras mujeres que han desarrollado la enfermedad. ⁽²³⁾ Se deduce que la mujer con mayor cantidad de compañeros sexuales, tiene más probabilidades de desarrollar la infección como ocurre con todas las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluida la del virus del herpes simple (VHS) tipo 2 que algunos sugieren, pudiera actuar como cofactor del VPH produciendo una acción sinérgica que provoque los cambios celulares cervicales. ⁽²³⁾

Antecedentes de ITS (infección persistente con un VPH de alto riesgo (como VPH 16 o 18))

En los últimos años se han logrado importantes progresos en el estudio de las causas de la aparición del cáncer de cuello uterino. Actualmente es aceptado como principal causa la infección por VPH de alto riesgo y sus precursores, sin embargo, estudios epidemiológicos han mostrado que sólo una pequeña fracción de mujeres infestadas con VPH eventualmente progresan a lesiones intraepiteliales de alto riesgo y carcinoma *in situ*, por lo que se ha asumido que otros factores actúan en conjunto con el VPH, influenciando el riesgo de transición de la infección VPH cervical a malignidades. Se plantea que el conocimiento de la

virología y las manifestaciones clínicas de este virus constituyen el eslabón fundamental en el entendimiento del proceso neoplásico. ⁽³⁰⁾

Tirado Gómez y colaboradores evaluaron la asociación entre el cáncer cervical y el virus del papiloma humano de alto riesgo, los cuales demostraron que se incrementa en 78 veces la probabilidad de presentar un cáncer invasor; cuando el VPH es tipo 16 y 18, el incremento es mayor. ⁽¹⁵⁾

Actualmente se conocen más de 120 tipos de VPH, cada uno muestra un tropismo particular por sitios anatómicos específicos, las infecciones de la piel, de las mucosas del tracto oral, respiratorio y anogenital son los más comunes. Se subclasifican según el material oncogénico en HPV de “bajo riesgo” y “alto riesgo”, otros autores añaden los de riesgo intermedio. La International Agency for Research Cancer (IARC) de la OMS los clasifica en, “carcinogénicos” (tipo 16 y 18), “probablemente carcinogénicos” (tipos 31 y 33) y “posiblemente carcinogénicos” (otros excepto 6 y 11). Se ha demostrado que el ADN del VPH está presente en la mayoría de las lesiones intraepiteliales del tracto genital inferior y en más del 99 % de los cánceres cervicales. ⁽²⁴⁾

Está bien demostrado que el virus del papiloma humano es el agente etiológico necesario, pero no suficiente del cáncer cervical y de muchos tumores de la vulva y de la vagina. Además, se han puesto al alcance del médico nuevas técnicas fiables de identificación viral en el diagnóstico. ⁽³¹⁾

La mayoría de las infecciones nuevas por VPH ceden espontáneamente; si la infección persiste, puede desarrollarse un tumor pre-maligno, y si este no recibe tratamiento puede transformarse en cáncer. Se plantea que las lesiones precursoras causadas por el virus del papiloma humano VPH normalmente tardan entre 10 y 20 años en convertirse en cáncer invasor, la mayor parte de los cánceres cervicouterino pueden prevenirse mediante la detección precoz y el tratamiento anticipado de las lesiones precancerosas. ⁽³⁾

La infección por el VPH es una infección de transmisión sexual que se encuentra muy extendida en mujeres y hombres, sin embargo, las condiciones anatómicas del varón y otros factores hacen que esta se pueda desarrollar en forma subclínica o latente y en pocas ocasiones evolucione a cáncer del pene u otra localización genital. No sucede así en la mujer, que con mayor frecuencia desarrolla infecciones genitales por VPH que pueden favorecer la evolución hacia lesiones premalignas o malignas. ⁽²³⁾

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) incluyen una serie de enfermedades de naturaleza infecciosa de gran interés epidemiológico y señalan que la neisseria gonorrhoeae se dispone en parejas intracelulares, y que habitualmente afecta los epitelios cilíndricos, pues los epitelios estratificados de la vulva y vagina son resistentes a su invasión. Puede permanecer en el endocérvix, lo que significa que el 75 % de las cervicitis pueden ser asintomáticas y estas representan un factor de riesgo importante en el cáncer de cerviz. ⁽¹⁵⁾

La Cervicitis fue la lesión cervical que más se asoció al desarrollo del cáncer cervical. Puede encontrarse de forma aguda, aunque lo más frecuente es su evolución hacia la cronicidad, a la cual se le da mucha importancia en la génesis de los cambios epiteliales, que pueden evolucionar hacia la displasia y posteriormente al cáncer cervical. ⁽¹⁵⁾

Una mujer tiene alto riesgo de lesión intraepitelial si su compañero (s) sexuales presentan antecedentes de cáncer de pene y si este estuvo casado con una mujer que presento Neoplasia cervical y no utiliza condón en su actividad sexual.

El VPH puede causar verrugas genitales en varones y mujeres se le asocia repetidamente a cáncer de cuello uterino ,vulva ,ano ,pene, según explican investigadores Barceloneses del instituto Catalán de oncología y colaboradores en la revista The New England Journal Of. Medicine .El equipo dirigido por el Dr. Xavier Castellsague evaluó la prevalencia de la infección por VHP en más de 1900 parejas , de 5 países distintos .El VPH peniano se detecto en 166(20%) de un total de 847 varones no circuncidados y en 16 (6%) de 292 circuncidados. Tras

ajustar varios factores como la edad que tenían en la primera relación sexual y el número de parejas sexuales , entre otros encontraron que estos circuncidados se asocian a una reducción de riesgo por el VPH del 63%. ⁽⁵⁾

Número de Partos.

El cuello uterino está sometido a múltiples traumatismos durante el embarazo como es la instrumentación en el proceso del aborto, en el parto y en el puerperio; constituye un factor predisponente del cáncer cervical los desgarros cervicales que pueden producirse y tienen una relación directa con el número de parto (que a mayor número de partos mayor es la posibilidad de desgarros). ⁽¹⁵⁾

Los desgarros cervicales deben ser suturados oportunamente para restituir su anatomía y contribuir al mantenimiento de los mecanismos de autodepuración del aparato genital, así como prevenir procesos inflamatorios y malignos del cérvix. ⁽¹⁵⁾

Inmunodepresión

Es muy importante la respuesta inmunológica del organismo, pues interviene como un potente mecanismo de resistencia al desarrollo de tumores, desde la fase de iniciación hasta el crecimiento y progresión de los mismos.

Las infecciones virales son frecuentes en pacientes con supresión o defecto en el sistema inmune que se manifiesta con linfopenia, una alteración de la relación linfocitos B / linfocitos T, migración espontánea y quimiotaxis de neutrófilos disminuida. Estas alteraciones inducen trastornos en la secuencia de eventos necesarios para que la respuesta inmune celular y humoral sea efectiva.

Un ejemplo incuestionable ha sido demostrado en pacientes infectadas con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) las que muestran un incremento en la incidencia de lesiones escamosas intraepiteliales, debido al deterioro de las

células y de los mecanismos de la respuesta inmune contra la progresión de la enfermedad.

Igualmente, las mujeres sometidas a trasplantes de órganos tratadas con inmunosupresores tienen un elevado riesgo de padecer infección por el VPH y cáncer cervical cuando se comparan con la población general.

En la progresión lesional intervienen diferentes cofactores como: la presencia de otras infecciones, el déficit inmunitario, los factores angiogénicos en caso de invasión del estroma y de las metástasis. Estos factores ejercen un papel carcinogénico o a veces carcinocinético y cada uno desarrolla un papel patogénico de manera individual, aunque en algunas mujeres ocurre un agrupamiento de factores quizás con el sustento de un fondo genético. ^(2;23)

Uso de anticonceptivos orales

El uso de anticonceptivos orales durante 6 a 9 años se acompaña de un incremento de hasta tres veces de riesgo de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) de grado III. Las mujeres que los han utilizado durante 2 o 5 años tienen una incidencia del doble de padecer CCU en comparación con las de las no usuarias. Estudios recientes demuestran que el riesgo a aumentado hasta 6 veces en las usuarias de anticonceptivos orales, que además tienen una infección por VPH. ⁽¹⁴⁾

Hábito de Fumar

En relación con el hábito de fumar, Winkelstein hace casi 30 años propuso la hipótesis que el humo del cigarrillo, al estar íntimamente asociado a la aparición del cáncer espino celular del pulmón y la laringe, podría también relacionarse con el cáncer cervical de la misma variedad histológica. En la actualidad, muchas evidencias indican que ese autor estaba en lo cierto porque, el hábito de fumar se asocia a la aparición de NIC o cáncer cervical y también, con el fracaso del tratamiento conservador que se realice.

Helberg y colaboradores plantearon que los componentes del humo procedentes de la combustión del tabaco tienen una acción carcinogénica atribuida a la nicotina y la cotinina disueltas en la sangre, ya que han sido detectadas en el cérvix, la saliva, la orina y el moco cervical , por una inmunodepresión local estimulada por una disminución de las células de Langerhans. León Cruz señala que el tabaquismo se ha asociado con la presencia de carcinoma de células escamosas y puede iniciar o actuar como co-carcinogénico en la célula ya afectada por agentes transformadores de transmisión sexual.

Actualmente se acepta que en las mujeres fumadoras el riesgo de padecer la enfermedad aumenta tres veces al compararlo con las que no fuman y existe una fuerte relación entre la cantidad de cigarrillos diarios.^(23; 26)

Hoy día se considera el tabaquismo un factor de riesgo de carcinoma de cuello uterino, ya que existe un incremento del riesgo tanto de enfermedades pre invasoras como invasoras entre las fumadoras actuales; las que tienen historia de tabaquismo prolongado, las fumadoras de gran intensidad y las que fuman cigarrillos sin filtros. Diversos estudios han encontrado mutágenos en el moco cervical, algunos a concentraciones muy superiores a las sanguíneas, lo que sugiere un efecto carcinogénico directo, causando modificaciones del ADN aductos en el epitelio cervical, que se incrementa en las fumadoras, encontrando un riesgo relativo de morir por cáncer cervical dos veces superior en las fumadoras comparadas con las que no fumaban.⁽¹⁵⁾

Martínez y Torrientes consideran que el hábito de fumar por más de 15 años de evolución influye doblemente por estar demostrado que es consumidor de estrógeno, los cuales disminuyen en la edad climatérica y también porque afecta la vigilancia inmunológica a nivel del mucus cervical, se encontró en el estudio un 70 % de fumadoras con Cáncer Cérvico Uterino y 84,3 % con NIC.⁽¹⁵⁾

Tendencia nutricional

Las condiciones socioeconómicas desfavorables se han relacionado con la aparición y con una supervivencia corta de mujeres con Cáncer Cérvico Uterino; las dietas pobres en frutas y vegetales. Algunos estudios postulan además las malas condiciones higiénicas o prácticas higiénicas inadecuadas. ⁽²⁷⁾

La reducción de los antioxidantes provenientes de la dieta es otro elemento a tener en consideración como veremos a continuación:

El estado nutricional puede influir en factores dietéticos pudieran relacionarse con la carcinogénesis. La ingestión de alimentos ricos en vitamina A y particularmente, en retinol, fue asociada con la reducción del riesgo de padecer traumas de desgarro del epitelio que pueden producirse durante el parto y por sus propiedades antioxidantes parece que reduce el riesgo de infección según Sedjo y colaboradores. Los folatos, la vitamina B6, la vitamina B12 y la metionina pueden ejercer algún efecto en la prevención del cáncer de cuello uterino. ⁽²³⁾

Se ha desarrollado en condiciones nada parecidas a las nuestras en cuanto a situación geográfica, socioeconómica y ambiental y la neoplasia de cérvix continúa teniendo una alta morbilidad y letalidad. Incluso dentro de nuestro país pudieran observarse diferencias en la forma de expresarse dichos factores en las diferentes regiones y ambientes. Por otra parte, la expresión de los factores de riesgo puede variar en el tiempo y de acuerdo al desempeño de los medios diagnósticos. ⁽¹⁵⁾

Cuadro Clínico

El Cáncer Cérvico Uterino en etapas precoces no ofrece síntomas que permitan su diagnóstico. En etapas más avanzadas los síntomas principales son:

- hemorragia anormal (metrorragia)
- aumento de flujo vaginal (leucorrea)
- dolor

Al principio la metrorragia será en forma de manchas que la paciente relacionará con el coito, con esfuerzos físicos, incluso con una defecación dificultosa. En muchos casos la pérdida sanguínea no se produce hasta que la enfermedad esta avanzada y ser la hemorragia incoercible la causa directa de la muerte de la paciente.

Al inicio puede aparecer un flujo anormal, por lo general oscuro, aun antes de que aparezca la hemorragia, especialmente en el caso del adenocarcinoma. Sin embargo, en un periodo más o menos prolongado, el flujo aparece teñido de sangre, y da al contenido vaginal un aspecto de agua de lavado de carne. El dolor aparece muy tarde. Generalmente el dolor se localiza en la región del pubis y aparece durante el contacto sexual. Se presentarán además, síntomas generales como son: anemia, anorexia, pérdida de peso y astenia. ⁽¹⁴⁾

Diagnóstico

El diagnóstico del cáncer cervical se realiza a través de la citología orgánica: tiene elevado índices de confiabilidad. ⁽³⁰⁾

Un ginecólogo examinará el cuello del útero (el cérvix) y la vagina con un instrumento especial llamado colposcopio y hará una biopsia para examinar en detalle las células anormales. ⁽²⁹⁾

Se puede hacer otro examen llamado legrado endocervical o raspado endocervical. ⁽²⁹⁾

Si se confirma la presencia de cáncer cervical, pueden recomendarse otros exámenes para determinar hasta qué punto la enfermedad se ha extendido. Éstos pueden incluir:

- Exámenes por ultrasonido de las áreas pélvica y abdominal. ⁽²⁸⁾

Estadificación

La clasificación de las etapas clínicas de la evolución del carcinoma de cuello, partiendo de la etapa cero, que correspondería al carcinoma in situ (CIN-III o HSIL):

- Estadio I: confinado al cuello del útero.
- Estadio II: se extiende más allá del cuello pero no se extiende a la pared de la pelvis; afecta a la vagina en su parte superior sin afectar el tercio inferior.
- Estadio III: el carcinoma se extiende a la pared pelviana; en la exploración al tacto rectal no existe espacio entre el tumor y la pared pelviana; el tumor se extiende además al tercio inferior de la vagina.
- Estadio IV: puede infiltrar la pared de la vejiga urinaria o el recto; esta forma incluye diseminación con metástasis.

El pronóstico y la supervivencia para los carcinomas invasivos dependen sobre todo del estadio al que se detecta el cáncer en primer lugar, y en menor medida del tipo celular predominante en el tumor. ⁽²⁸⁾

Tratamiento.

El grado de diseminación (propagación) del cáncer se clasifica por etapas. El tratamiento depende de la etapa.

- Etapa 0: el cáncer se encuentra en la capa superficial. Esto incluye displasia y carcinoma in situ, un cáncer limitado al epitelio cervical.
- Etapa I: el cáncer se encuentra sólo en el cuello del útero (en el cérvix).
- Etapa II: el cáncer se extiende fuera del cuello del útero, pero no llega a la pared de la pelvis o a la porción inferior de la vagina.

- Etapa III: el cáncer se extiende hacia la pared pélvica, la porción inferior de la vagina o en los uréteres (los tubos que conectan los riñones con la vejiga).
- Etapa IV: el cáncer se extiende fuera de la pelvis o incluye a la vejiga, el recto o a ambos.

Para recomendar los tratamientos para la Etapa 0 ó la Etapa 1 del cáncer, su médico también considerará si usted desea tener hijos. Cuando se diagnostica la Etapa 0 ó la Etapa 1 del cáncer cervical (o del cérvix) durante un embarazo, es posible posponer el tratamiento hasta después del parto. Una mujer con Etapa 0 de cáncer que aún desea tener hijos generalmente recibe tratamiento con uno de los siguientes:

- Cirugía con láser, en la cual la capa del tejido superior se calienta y se vaporiza.
- Criocirugía, en la cual el tejido epitelial se congela.
- Conización, extracción quirúrgica de un cono del tejido cervical.
- Procedimiento de extirpación electro quirúrgico con asa (LEEP) (conización por asa diatérmica) en el que las ondas de radio de alta frecuencia de bajo voltaje se desplazan a través de una delgada asa (bucle) de alambre, que se utiliza como un dispositivo cortante para extraer las células anormales del cuello cervical.⁽²⁹⁾

Después de hacer estos procedimientos, se debe realizar una prueba de Papanicolau aproximadamente cada cuatro meses durante un año y cada seis meses en el segundo año para evaluar la posible aparición de células anormales.

⁽²⁹⁾

Prevención

Métodos de prevención contra el cáncer cervical:

- Vacuna contra el virus del papiloma humano.
- Realización de la prueba de Papanicolaou en forma regular.
- Evitar relaciones con múltiples compañeros sexuales.
- No fumar.
- No beber.
- Si existe una historia de verrugas genitales, hacerse un Papanicolaou cada 6 meses.
- Si tiene más de un compañero sexual, insista en que usen preservativos para prevenir el contagio de una enfermedad de transmisión sexual.

La detección temprana del cáncer del cérvix incrementa notablemente sus posibilidades de supervivencia. Si la enfermedad se detecta y se trata tempranamente, 99 de 100 mujeres sobreviven. Si no se diagnostica hasta llegar a la etapa más avanzado de la enfermedad, sólo 7 de 100 mujeres sobrevivirán. ⁽²⁹⁾

Pronóstico

La supervivencia depende del estado en el que se descubre el cáncer y del tratamiento. El porcentaje de pacientes que sobreviven 5 o más años en cada etapa es de:

Etapa 0: 99% a 100%

Etapa I: 85% a 95%

Etapa II: 65% a 70%

Etapa III e inicios de la Etapa IV: 40% a 50%

Etapa IV Avanzado: menos del 10% a 15% ⁽²⁹⁾

MATERIALES Y MÉTODO.

Clasificación de la investigación: Investigación-desarrollo.

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal con la población del ,CMF #11 de Marroquí del Área de Salud de Tamarindo perteneciente al Municipio de Florencia de septiembre de 2011 hasta mayo del 2012, con el objetivo de implementar un sistema de acciones educativas y preventivas dirigidas a disminuir los factores de riesgo del Cáncer Cérvico Uterino.

El universo de estudio estuvo constituido por las 136 mujeres comprendidas entre 25 a 64 años, de las mismas se seleccionó una muestra de 40 pacientes divididas en dos grupo de 20 mujeres cada uno y seleccionados a través de un muestreo simple aleatorio.

Se tendrán en cuenta los siguientes criterios para el trabajo con la muestra:

Criterio de inclusión:

Dar su disposición para trabajar en el estudio a través de la firma del consentimiento informado.

Criterio de exclusión: Las pacientes con Cáncer Cérvico Uterino.

Criterio de salida: Pacientes que abandonen el estudio.

La estrategia metodológica del Trabajo se basa en principios, categorías y leyes del Materialismo Dialéctico y del método científico, aplicados al estudio de una parte de la realidad social.

Los métodos aplicados durante la investigación fueron:

Métodos del nivel teórico:

-Análisis – síntesis: Permitió penetrar en lo fundamental de lo observado, separar lo esencial de lo secundario, determinar lo importante a partir de la bibliografía revisada y extraer lo necesario para la solución del problema.

-Análisis histórico –lógico: Se selecciona con el objetivo de poder estudiar la trayectoria real de los fenómenos y acontecimientos en el decursar de su historia, por lo que se emplea para indagar sobre el cáncer cervico uterino

-Inducción – deducción: Porque en la investigación se establecen generalizaciones que confirman empíricamente la hipótesis.

-Hipotético –deductivo: Por deducir la hipótesis como respuesta al problema de la investigación trazada.

Métodos empíricos:

- La observación: Mediante la misma se conoce la realidad del proceso, para así diagnosticar y poder aplicar un programa de intervención educativa que logre resolver el objetivo general de la investigación antes mencionado.

- Métodos estadísticos:

Estructuración y organización del proceso investigativo

El sistema de acciones se ha estructurado en las siguientes fases:

Fase de pesquisa: Se pesquisaron los factores de riesgo en pacientes entre 25 a 64 años mediante encuestas y entrevistas en los meses de Enero-Junio 2011.

Fase de diseño, elaboración y propuesta del sistema de acciones: Se elaboró un sistema de acciones basado en los factores de riesgo de Cáncer Cérvico Uterino identificado en la pesquisa realizada en la comunidad.

Métodos de obtención de información:

Se efectuaron visitas semanales para la actualización del cuestionario de la encuesta sobre factores de riesgo que se hayan presentado o no y continuaron hasta el final de la investigación. También se aplicaron entrevistas, observaciones y análisis documentales.

Procesamiento de la información:

Para ello se emplearon los métodos de la estadística descriptiva. Los datos se organizaron, clasificaron y resumidos adecuadamente, para un mejor análisis de la información obtenida y se transcribieron a un modelo de datos con las variables y categorías definidas. El procesamiento de la información se realizó en una computadora Pentium con ambiente de Windows XP, se utilizó el Microsoft Excel del paquete de Office 2003 para los cálculos matemáticos. Los resultados se reflejan de forma tabular para facilitar su análisis e interpretación, compararlos con otros autores así como arribar a conclusiones y recomendaciones. Se utilizó el porcentaje y los números absolutos como medidas de resumen, también se calculó la prueba de Mc Nemar basada en la distribución Chi cuadrado (χ^2) a algunas tablas de contingencia 2x2.

Como métodos de procesamiento de la información se utilizaron las frecuencias absolutas media aritmética y cálculo porcentual.

Se diseñó un sistema de acciones que consistió en un conjunto de procedimientos preventivos e instrumentales para identificar tempranamente los factores de riesgo del Cáncer Cérvico Uterino, así como las formas de evitar la aparición y la disminución del Cáncer en cuestión.

Se respetaron todas las normas éticas científicas fundamentales para de esta manera poder acceder a las Historias Clínicas de las pacientes.

Metódica

Operacionalización de variables.

Principales variables de medición de respuesta				
Variables	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Comienzo de la vida sexual	Cuantitativa continua	Menos de 15 años. De 15 a 20 años. 21 años y más.	Según referencia de su primera relación sexual.	Número y Porcentaje según grupo de pertenencia
Conducta sexual	Cualitativa nominal dicotómica	- Comportamiento estable. - Comportamiento sexual inestable	Según validación de la encuesta	Número y Porcentaje según grupo de pertenencia
Antecedentes de (ITS)	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Según referencia subjetiva en la encuesta	Número y Porcentaje según grupo de pertenencia
Inmunosupresión	Cualitativa nominal	Si No	Según referencia subjetiva en	Número y Porcentaje según grupo de

	dicotómica		la encuesta	pertenencia
Uso de Anticonceptivos Orales	Cualitativa nominal dicotómica	Menos de 2 años Más de 2 años	Según referencia subjetiva en la encuesta	Número y Porcentaje según grupo de pertenencia
Hábito de fumar	Cualitativa nominal dicotómica	-Sí -NO	Según referencia subjetiva en la encuesta	Número y Porcentaje según grupo de pertenencia
Tendencia nutricional	Cualitativa ordinal	Buena Mala	Según validación de la encuesta	Número y Porcentaje según grupo de pertenencia

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

En la realización de esta investigación y mediante la revisión de historias clínicas, encuestas y entrevistas se seleccionó que la muestra comprendiera el grupo de edades que se relacionan a continuación 25-29,30-34,35-39,40-44,45-49,50-54,55-59,60-64 años.

Tabla 1. Edad del comienzo de la vida sexual activa.

Comienzo de la vida sexual	No.	%
Menos de 15 años	9	22,5
De 15 a 20 años	26	65
De 21 años y mas	5	12,5

Fuente: Revisión de historias clínicas, encuestas y entrevistas.

En la tabla 1 se aprecia que el 65 % de los pacientes comenzaron su vida sexual activa de 15 a 20 años. Coincidiendo con la bibliografía consultada ^(15; 23) donde se plantea que la edad al primer coito antes de los 20 años y de manera marcada antes de los 18, es uno de los cofactores importantes en la aparición del carcinoma del cuello según reportan numerosos autores nacionales y extranjeros. En la experiencia de la autora del trabajo que ha realizado hasta la fecha, ha comprobado de que cada día el comienzo de las relaciones sexuales en las adolescentes se hace mas evidente, lo cual constituye un riesgo ya que las mismas no están suficientemente informadas y preparadas para enfrentar la posibilidad de adquirir enfermedades que comprometen e interesen el cuello uterino. Debido a los cambios socio-culturales a los que están sometida las

adolescentes, existe una tendencia al comienzo de las relaciones sexuales a partir de los 14 años de edad.

Tabla 2. Comportamiento de la conducta sexual.

Conducta sexual	No.	%
Comportamiento estable	37	92,5
Comportamiento inestable	3	7,5

Fuente: Revisión de historias clínicas, encuestas y entrevistas.

En la tabla 2 se aprecia que el 92,5% de los pacientes presentaron un comportamiento sexual estable. Según bibliografía consultada ⁽²³⁾ donde se plantea que la promiscuidad, sin ser sinónimo de cáncer de cérvix, constituye un importante factor de riesgo. Numerosos mecanismos han sido sugeridos para explicar la relación entre el riesgo de padecer la enfermedad y los diversos elementos asociados con las relaciones sexuales. Muchas mujeres que sólo han tenido una pareja sexual también desarrollan la enfermedad, por lo que resulta sugerente considerar el papel del semen infectado con el VPH en la génesis del cáncer. Se deduce que la mujer con mayor cantidad de compañeros sexuales, tiene más probabilidades de desarrollar la infección como ocurre con todas las infecciones de transmisión sexual (ITS) ⁽²³⁾.

Tabla 3. Antecedentes de ITS

Antecedentes de ITS	No.	%
Si presentaron	23	57,5
No presentaron	17	42,5

Fuente: Revisión de historias clínicas, encuestas y entrevistas.

En la tabla 3 se puede apreciar que la mayoría de los pacientes si presentaron ITS para un 57,5%. En la bibliografía consultada ^(2; 6) refiere una serie de enfermedades de naturaleza infecciosa de gran interés epidemiológico, la transmisión de agentes infecciosos como (Trichomonas, Gardenella, Herpes Virus tipo II (HSV-2). La más importante de estas infecciones persiste por una o más cepas oncogénicas es el Virus del Papiloma Humano VPH, puede desarrollarse un tumor pre-maligno, y si este no recibe tratamiento puede transformarse en cáncer. Se plantea que las lesiones precursoras causadas por el virus del papiloma humano VPH normalmente tardan entre 10 y 20 años en convertirse en cáncer invasor, la mayor parte de los cánceres cérvico uterino pueden prevenirse mediante la detección precoz y el tratamiento anticipado de las lesiones precancerosas. ^(15;30)

Tabla 4. Número de Partos.

Número de Partos	No.	%
Hasta 2 partos	11	27,5
De 3 a 4 partos	29	72,5

Fuente: encuestas y entrevistas.

En la tabla 4 se aprecia que los pacientes en su mayoría han presentado de 3 a 4 partos lo que representan un 72,5%, lo que corresponde con la literatura consultada ⁽¹⁵⁾ se plantea que el cuello uterino está sometido a múltiples traumatismos durante el embarazo como es la instrumentación en el proceso del aborto, en el parto y en el puerperio; constituye un factor predisponente del cáncer cervical los desgarros cervicales que pueden producirse y tienen una relación directa con el número de parto (que a mayor número de partos mayor es la posibilidad de desgarros) y estos se relacionan con la aparición del CCU.

Tabla 5. Presencia de alguna enfermedad que produzca inmunodepresión.

Presencia de alguna enfermedad que produzca inmunodepresión	No	%
Si	5	12,5
No	35	87,5

Fuente: encuestas y entrevistas.

En la tabla 5 se aprecia que el 87,5% de los pacientes, en su mayoría, no han presentado alguna enfermedad que produzca inmunodepresión, aunque en la evaluación inicial se identificaron 5 casos con inmunodepresión para un 12,5%. Es muy importante la respuesta inmunológica del organismo, pues interviene como un potente mecanismo de resistencia al desarrollo de tumores, desde la fase de iniciación hasta el crecimiento y progresión de los mismos ^(2 ;23) según bibliografía consultada. La autora señala que la muestra seleccionada se trata de una población sana por lo que no se encontró una incidencia en dicho estudio.

Tabla 6. Uso de anticonceptivos orales

Uso de anticonceptivos orales	No	%
Si consumió por más de 2 años	26	65
No consumió por más de 2 años	14	35

Fuente: encuestas.

En la tabla 6 se aprecia que el 65% de los pacientes usó los anticonceptivos orales. Según la bibliografía consultada el uso de anticonceptivos orales durante 6 a 9 años se acompaña de un incremento de hasta tres veces de riesgo de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) de grado III. Las mujeres que los han utilizado durante 2 o 5 años tienen una incidencia del doble de padecer CCU en comparación con las de las no usuarias. ⁽¹⁴⁾

Tabla 7. Hábito de Fumar

Hábito de Fumar	No.	%
Si	31	77,5
No	9	22,5

Fuente: encuestas y entrevistas.

En la tabla 7 se aprecia que el 77,5% de los pacientes son fumadoras. La bibliografía utilizada ^(13;23;26) plantea que el tabaquismo es un factor de riesgo de carcinoma de cuello uterino, ya que existe un incremento del riesgo tanto de enfermedades pre invasoras como invasoras entre las fumadoras actuales; las que tienen historia de tabaquismo prolongado, las fumadoras de gran intensidad y las que fuman cigarrillos sin filtros. El hábito de fumar se asocia a la aparición de NIC o cáncer cervical, los componentes del humo tienen una acción carcinogénica atribuida a la nicotina y la cotinina disueltas en la sangre

Tabla 8. Tendencia nutricional.

Tendencia nutricional	No	%
Buena (Dieta balanceada con abundante frutas y vegetales.)	17	42,5
Mala (Dieta carente de variedad y escasa en frutas y vegetales).	23	57,5

Fuente: encuestas y entrevistas.

En la tabla 8 se aprecia que el 57,5% de los pacientes tiene una mala dieta carente de variedad y escasa en frutas y vegetales. Según la bibliografía consultada ^(23;27) se observó que las condiciones socioeconómicas desfavorables se han relacionado con la aparición y con una supervivencia corta de mujeres con Cáncer Cérvico Uterino; debido a dietas pobres en frutas y vegetales. La reducción de los antioxidantes, alimentos ricos en vitamina A, retinol, folatos, vitamina B6, la vitamina B12 ,la metionina donde en nuestro país pudieran observarse diferencias en la forma de expresarse dicho factor en las diferentes regiones y ambientes.

Tabla 9. Diseño y elaboración del sistema de acciones para disminuir los factores de riesgo del cáncer cervico uterino.

No.	ACCIONES	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
1	Realizar charlas educativas sobre la importancia de prevenir el CCU sobre los siguientes temas: -Un temprano comienzo de la vida sexual. -Comportamiento sexual de riesgo.	Doctora y enfermera	Enero-Abril
2	Debate sobre prevención y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual.	Doctora	Mensual
3	Conferencia sobre hábitos, estilos de vida y nutrición saludable.	Doctora	21/5/2012
4	Pesquisa de pacientes que se inician dentro del programa de	Doctora y enfermera	28/5/2012

	detección del CCU.		
--	--------------------	--	--

Conclusiones:

Con la presente investigación se logró pesquisar y determinar los principales factores de riesgo precursores del Cáncer Cérvico Uterino. Podemos decir que la edad del comienzo de la vida sexual activa , la conducta sexual, las enfermedades de transmisión sexual, el número de partos, la inmunodepresión, el uso de anticonceptivos orales ,el habito de fumar ,y un hábito alimenticio inadecuado fueron las principales variables señaladas por las implicadas en el estudio realizado .Para lo cual se elaboró un sistema de acciones encaminadas para disminuir los mismo en las edades comprendidas de (25 a 64 años de edad) . Así mejorar estilo, calidad de vida previniendo una de las primeras causas de muerte en la mujer a nivel mundial.

Recomendaciones

Con la presente investigación realizada y sus resultados alcanzados podemos recomendar la extensión y aplicación del sistema de acciones en otras áreas de salud de similar cantidad de habitantes iguales características biosicosociales de la población.

Bibliografía

1-Erice Candelario AI, Román Fernández L, Ulloa Cruz V, Peláez Mendoza J, Juncal V. Afecciones Ginecológicas. En: Álvarez Sintés R, editor. Medicina General Integral: Principales afecciones en los contextos familiar social. Ciudad de la Habana: Ciencias Médicas; 2008.

2-Martínez Martínez A, Díaz Ortega I, Carr Pérez A, Varona Sánchez JA, Borrego López JA, Isabel de la Torre A. Análisis de los principales factores de riesgo relacionados con el Cáncer Cérvico Uterino en mujeres menores de 30años. Rev. Cubana Obst Ginecol [serie en Internet]. 2010 [citado 10 Abr 2010]; 36(1): [aprox. 8p.]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000100008&lng=es&nrm=iso&tlng=es

3- González Martínez WJ. Comportamiento del programa de pesquisaje de cáncer cervicouterino. [página en Internet]. 2008 [citado 15 May 2010]: [aprox. 10 p.]. Disponible en:

<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/1178/2/Comportamiento-del-programa-de-pesquisaje-de-cancer-cervicouterino>

4-. Castañeda Iñiguez MS. El cáncer cervical como problema de salud pública en mujeres mexicanas y su relación con el virus de papiloma humano. [Tesis doctoral].Barcelona:2008 [citado: 9 agos 2009]: [aprox. 3 p.]. Disponible en: http://www.tesisenxarxa.net/TESIS_UAB/AVAILABLE/TDX-1125105-175123/msci1de1.pdf

5-Instituto Nacional del Cáncer. Los virus del papiloma humano y cáncer: preguntas y respuestas [en Internet]. 2009? [Citado 7 ene 2010]: [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Risk/HPV-spanish>

6- Kresge KJ. Cervical cancer vaccines: introduction of vaccines that prevent cervical cancer and genital warts may fore-shadow implementation and acceptability issues for a future AIDS vaccine. IAVI Rep 2007; 9(5):2.

7- Tirado-Gómez LL, Mohar-Betancourt A, López-Cervantes M, García-Carrancá A, Franco-Marina F, Borges G. Factores de riesgo de Cáncer Cérvico Uterino invasor en mujeres mexicanas. Salud pública Méx 2009; 47(5):342-350.

8- Valentín Martínez C, Torrientes Hernández B. Neoplasia cervical en la mujer climatérica. Rev Cubana Obstet Ginecol 2008; 32(1): 18. [aprox 10 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552009000200006&script=sci_arttext

9- Mendoza del Pino M, Caballería Pérez F, García Oms C, Galán Álvarez Y. El cáncer en la provincia de Camagüey. Su comparación con el país. Rev Archivo Médico de Camagüey 2007; 5 (Supl 2): 13.

10- Dirección Nacional de Estadísticas. Anuario Estadístico de Salud. La Habana: ONE; 2008.

11-Núñez Herrero L, Yanes Calderón M. Citología orgánica: temor o desconocimiento. Rev Cubana Med Gen Integr [serie en Internet]. 2007 [citado 4 Ene 2010]; 23(2): [aprox.10p.]. Disponible en:

http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol23_2_07/mgi08207.htm.

12-Cabrera M. Prueba citológica: minutos que salvan. Periódico Trabajadores [página en Internet]. 2007[citado 4 Ene 2010]. [aprox. 2 pantallas]. [Disponible en:

www.trabajadores.cuba.web.cu/2005/junio08/salud/prueba.htm-21k

13- Domínguez Alonso E, Seuc Jo AE, Galán Álvarez Y, Tuero Iglesias A. Carga del cáncer ginecológico en Cuba. Rev Cubana Salud Púb[serie en Internet]. 2008[citado 4 Ene 2010]; 35(3):[aprox. 5 p.]. Disponible en:

http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol35_3_09/spu03309.htm

14- Rigol O. Obstetricia y ginecología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.

15- Vázquez Márquez A, González Aguilera JC, de la Cruz Chávez F, Almirall Chávez AM, Valdés Martínez R. Factores de riesgo del cáncer de cérvix uterino. Rev Cubana Obstet Ginecol [serie en Internet]. 2008[citado 4 Ene 2010]; 34(2): [aprox. 5 p.]. Disponible en:

http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol34_2_08/gin07208.htm

16- Cirión Martínez G. Anatomía Patológica. Temas para enfermería. Ciudad de la Habana: Ciencias Médicas; 2006.

17- Amaro Hernández F, Polo Cardoso K, Mendoza del Pino M, Pareta L, Cardoso Núñez O. Comportamiento de algunos factores de riesgo asociados a la aparición del Cáncer Cérvico Uterino en un área de salud. Rev Archivo Médico de Camagüey 2009; 7 (supl. 2): 7.

18- Rosell Juarte E, Muñoz Dobargane A, Cepero Muñoz F, Cardoso Hernández J, Estenoz Fernández A. Factores de riesgo del cáncer de cuello uterino. Rev Archivo Médico de Camagüey 2007; 11(Supl I): 2.

19-Varela Álvarez A, Valladares Lorenzo R, Ferrá Torres TM, Durruthy Wilson O, Córdova Dalacio D, Mendoza del Pino M. Cáncer Cérvico Uterino. Comportamiento durante el quinquenio 2002-2006 en la provincia Camagüey. MediCiego 2008; 14(2):3.

20-León Cruz G, de Jesús Bosques Diego O. Infección por el virus del papiloma humano y factores relacionados con la actividad sexual en la génesis del cáncer de cuello uterino. Rev Cubana Obstet Ginecol [serie en Internet].2008 [citado 6 Jun 2010]; 31(1):[aprox. 10 p.].Disponible en:

http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol31_1_05/gin10105.htm

21- Sociedad Española de Ginecología. La infección por papilomavirus España: SEGO;2010.

22- Sun CA, Liu JF, Wu DM, Nieh S, Yu CP, Chu TY. Viral load of high-risk human papillomavirus in cervical squamous intraepithelial lesions. Int J Gynaecol Obstet 2009; 76: 41-7.

23- Sarduy Nápoles M. Características clínicas y sociodemográficas en un grupo de mujeres con lesiones escamosas intraepiteliales cervicales de alto grado. Rev Cubana Obstet Ginecol [serie en Internet].2008 [citado 25 may 2010]; 34(2): [aprox. 6 p.]. Disponible en:
http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol34_2_08/gin08208.htm

24- Ferrá Torres TM, Estrada Abreu DR, Bermejo Bencomo W. Cáncer Cérvico Uterino y verrugas ano-genitales. Su relación. Arch Méd Camaguey [serie en Internet]. 2008[citado 14 Ene 2010]; 12(1): [aprox. 7 p.]. Disponible en:
<http://www.amc.sld.cu/amc/2008/v12n1-2008/2292.htm>

25- Castellsagué X, Bosch FX, Muñoz N. Enviromental co-factor in PVH Carcinogénesis. Virus research 2002; 89(2):191-99.

26- León Cruz G, Bosques Diego OJ, Silveira Pablos M. Mecanismos moleculares de los cofactores asociados con el cáncer de cuello uterino. Revista Cubana Obstetrician y Ginecología 2007; 30(3):14.

27- Murthy NS, Matthiw A. Risk factors for precancerous lesion of the cervix. Europen Journal of Cancer Prevention 2009; 9: 5-14.

28- Wikipedia.org. Cáncer cervical [página en Internet]. [actualizado 28 Jun 2010;citado 28 Jun 2010]. [aprox. 8 pantallas]. Disponible en:
http://es.wikipedia.org/wiki/C%C3%A1ncer_cervical

29- Harvard Health Publications. Cáncer del cérvix (del cuello de la matriz) [página en Internet]. [actualizado 04 Sep 2008;citado 13 Feb 2009]. [aprox. 7 p.]. Disponible en:

<http://www.vidaysalud.com/su-salud-de-a-a-z/enfermedades-y-condiciones/a-c/cancer-del-cervix-del-cuello-de-la-matriz/>

30- Valentín Martínez C, Torrientes Hernández B. Neoplasia cervical en la mujer climatérica. Revista Cubana Obstetricia y Ginecología [serie en Internet].2008 [citado 15 Jun 2010]; 32(1) [aprox. 8 p.]. Disponible en:

http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol32_1_06/gin01106.htm

31- Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer Cérvico Uterino. La Habana: Ciencias Médicas; 2008.

ANEXO No.1

Encuesta

Objetivo: para obtener información atendiendo a las variables: Edad, comienzo de la vida sexual; conducta sexual; las enfermedades de transmisión sexual; número de partos; inmunodepresión; uso de anticonceptivos orales; hábito de fumar ; tendencia nutricional.

CONSIGNA:

Estimada paciente, nos encontramos realizando una investigación dirigida a un estudio sobre los factores de riesgo del Cáncer Cérvico Uterino en al Área de salud de Tamarindo. Esperamos, como siempre, su colaboración.

GRACIAS.

TACHE CON UNA CRUZ (x) CUÁL O CUÁLES DE LOS SIGUIENTES ASPECTOS ESTÁN RELACIONADOS CON USTED.

1.1- Edad

- 25 a 29 años
- 30 a 34 años
- 35 a 39 años
- 40 a 44 años
- 45 a 49 años
- 50 a 54años
- 55 a 59 años
- 60años y más

1.2- Comienzo de la vida sexual

Menos de 15años_____

De 15 a 20 años_____

21 años y más_____

1.3-Conducta sexual

-Comportamiento estable(cuando tiene una sola pareja sexual). _____

-Comportamiento sexual promiscuo(cuando presenta cambio frecuente de pareja ò se tiene más de una pareja sexual)._____

1.4- Antecedentes de infecciones de transmisión sexual

VPH_____

-Tricomonas_____

-Gardenella_____

-Herpes Virus tipo II_____

-Neisseria Gonorrheae_____

1.5-Número de partos

-hasta 2 partos_____

-de 3 a 4 partos_____

1.6- Antecedentes de Inmunodepresión

- ITS (VIH)_____

-Drogas_____

-Transplantes de órganos_____

-Enfermedades inmunodepresoras (Diabetes Mellitus)_____

1.7- Uso de anticonceptivos orales

-Más de 2 años_____

Menos de 2 años_____

1.8- Hábito de fumar

-Si _____

-No _____

1.9 Tendencia nutricional

-Dieta balanceada con abundante frutas y vegetales. _____

-Dieta carente de variedad y escasa en frutas y vegetales. _____

ANEXO No.2

- Entrevista

Objetivo: para determinar aspectos relacionados con las variables

1-¿Sería muy amable si me dijera su edad!

2-Es necesarios para la realización de la investigación que usted me dijera la edad de comienzo de su vida sexual.

3- ¿Considera usted que ha mantenido un comportamiento en si vida sexual estable?

4- En transcurso de su vida ha presentado alguna enfermedad de transmisión sexual y de ser así pudiera decirme cuál.

5- Enumere cuantos partos ha tenido usted.

6-¿Le han confirmado algún diagnostico a su pareja?

7-¿Sufre usted de alguna enfermedad para la cual tome como medicamentos algún tipo de droga?

8- ¿Se le ha realizado algún trasplante de órgano?

9- ¿Tiene usted como antecedente una Diabetes Mellitus?

10-¿A tomado usted tabletas anticonceptivas?, podría decirme en que periodo de tiempo.

11- Conoce que los hábitos tóxicos son dañinos ¿Pudiera decirme usted si consume alguna de estas sustancias?

12- ¿Presenta alguna dificultad para su sustentación económica y desempeño social?

13- ¿Usted en su alimentación consume una dieta balanceada rica en frutas y vegetales?

ANEXO No.3

- Observación

Objetivo: como percepción, especialmente, dirigida al modo de actuación del objeto de investigación tanto durante la aplicación de entrevistas, encuestas como en los procedimientos relacionados con la interacción con pacientes y/o especialistas y aquella parte de la comunidad que pudiera ser, también, objeto de información.

Aspectos:

1- Enfermedades de transmisión sexual:

-VPH

-Tricomonas

-Gardenella

-Herpes Virus tipo II

-Neisseria Gonorrhoeae

2. Hábito de fumar

-Si

-No

ANEXO No.4

Análisis documental

Objetivo: Con el propósito de sintetizar conceptualizaciones, datos cuantitativos y cualitativos.

Contenidos: Edad del comienzo de la vida sexual, conducta sexual, Enfermedades de transmisión sexual, Número de Partos, Inmunodepresión, Uso de anticonceptivos orales, Habito Tóxico, Tendencia Nutricional.

