

Intervenciones de enfermería para la prevención del cáncer cérvicouterino (CaCu)

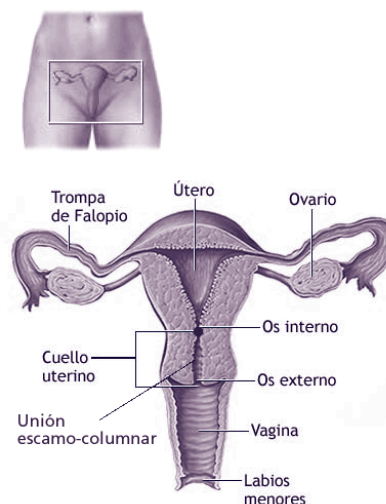
“El cáncer cérvicouterino
no debe destruir la vida de las mujeres”

Enfermería:
personal clave para la prevención

I. ¿Qué es el cáncer cérvicouterino?

El cáncer cérvicouterino (CaCu) es una mutación celular de la unión escamo-columnar en el epitelio del cuello uterino. Se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras, de lenta y progresiva evolución, producidas en etapas de displasia leve, moderada y severa; evolucionan a cáncer *in situ*, en grado variable, cuando ésta se circunscribe a la superficie epitelial, luego a microinvasor y posteriormente a invasor cuando el compromiso traspasa la membrana basal.¹ El cuello uterino o cérvix es la abertura del útero o matriz que a la vez se conecta con la vagina.

FIGURA 1



El CaCu, un problema de salud pública

Cada año se diagnostican 500, 000 nuevos casos por CaCu en el mundo. En América Latina se reportan 68, 000 casos al año, las tasas más altas corresponden a Chile y México y las más bajas a Cuba, Puerto Rico y Argentina. En México, anualmente se registran 4,000 muertes. En el 2005 se registraron 4,270 casos con una **tasa de 10.2 por 100,000 mujeres**². El grupo más afectado es el de 35 a 64 años de edad y representa la primera causa de mortalidad en mujeres.

CONTENIDO

1. ¿Qué es el cáncer cérvicouterino?
 2. Etapas de evolución
 3. Factores de riesgo
 4. ¿Cuál es la relación entre el CaCu y el VPH?
 5. Acciones del personal de enfermería para prevenir el CaCu
 6. Avances de investigación en el cuidado del VPH
- Referencias bibliográficas

FIGURA 2. MORTALIDAD POR CACU SEGÚN ENTIDAD FEDERATIVA MÉXICO 2005



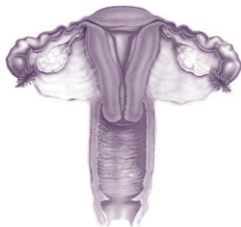
Fuente: Elaborado a partir de la base de datos de defunciones INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud.

2. Etapas de evolución del CaCu

Las siguientes etapas se usan en la clasificación del cáncer cérvicouterino:^{3,4}

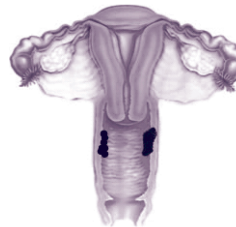
Etapa 0 ó carcinoma *in situ*. El carcinoma *in situ* es un cáncer en su etapa inicial. Las células anormales se encuentran sólo en la primera capa de células que recubren el cuello uterino y no invaden sus tejidos más profundos del cuello uterino

FIGURA 3.



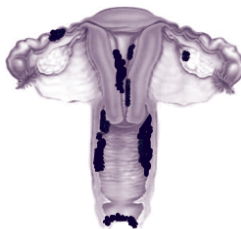
Etapa I. El cáncer está circunscrito estrictamente al cuello uterino.

FIGURA 4.



Etapa II. Es la afección vaginal que excluye al tercio inferior o infiltración de los parametrios (ligamentos de sostén de cuello uterino) sin llegar a la pared lateral de la pelvis.

FIGURA 5.



Etapa III. El cáncer se ha extendido a toda la región pélvica. Las células cancerosas también pueden haberse expandido a la parte inferior de la vagina. Las células también pueden haberse diseminado para bloquear los tubos que conectan los riñones a la vejiga (los uréteres).

FIGURA 6.



Etapa IV. Extensión por fuera de los límites del tracto reproductor.

Tipos de cáncer

En el cáncer de cuello se reconocen dos tipos histológicos:

- el cáncer **epidermoide**, que se presenta en el epitelio escamoso (95%) y
- el **adenocarcinoma** en el epitelio glandular (5%).

En un menor porcentaje se presenta el carcinoma neuroendocrino de células pequeñas.

3. Factores de riesgo

CUADRO 1.^{5, 6, 7, 8}

ANTICONCEPTIVOS HORMONALES	ACCESO LIMITADO A LOS SERVICIOS DE SALUD	HÁBITO DE FUMAR	INFECCIONES VIRALES: VIH, Herpes tipo 2 e infecciones genitales en general	CONDUCTA SEXUAL
<ul style="list-style-type: none"> Hay evidencia de que su uso aumenta las posibilidades del riesgo de cáncer cérvicouterino. <p>Estudios realizados en México⁵ y Cuba⁶, revelaron en el primero una RM* de 1.9, y IC** de 95%. En el segundo, el factor de riesgo fue 2.8 veces mayor en quienes los usan.</p>	<ul style="list-style-type: none"> En las mujeres con escasos recursos se limita el acceso a los servicios de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> Algunas investigaciones señalan que las sustancias químicas del tabaco dañan el ADN de las células del cuello uterino. 	<ul style="list-style-type: none"> En las mujeres infectadas con el VIH, un cambio precanceroso del cuello uterino puede transformarse con mayor rapidez que la normal en un cáncer invasivo. Las infecciones genitales no tratadas son un factor de riesgo. 	<ul style="list-style-type: none"> Múltiples parejas sexuales. Multiparidad. Relaciones sexuales sin protección. Hipersexualidad cultural. Edad. Al inicio de vida sexual activa a temprana edad (antes de 18 años).

* RM Razón de momios.

** IC Intervalo de confianza

4. ¿Cuál es la relación entre el CaCu y el VPH?

En el 80% (70%-90%) de los casos de CaCu se detecta en el ADN viral de las lesiones intraepiteliales de alto grado (lesiones malignas).⁹ Algunos tipos de VPH se conocen como virus de bajo riesgo porque raramente se convierten en cáncer y ocasionan verrugas o condiloma.

En el ADN de algunos virus de VPH (principalmente el VPH-16) se encontró cáncer, en las biopsias realizadas en todo el mundo. Actualmente, la infección por VPH-16 está clasificada como un factor de alto riesgo para el cáncer cérvico uterino.¹⁰

5. Acciones del personal de enfermería para prevenir el CaCu

CUADRO 2. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LA PACIENTE DE CaCu^{9, 11}

PREVENCIÓN

- Diálogos educativos en las escuelas secundaria y preparatoria, sobre educación sexual y prevención de enfermedades ETS.
- Diálogos educativos sobre higiene personal y vivienda.
- Higiene e importancia del uso del condón en las relaciones sexuales.
- Enseñar a las mujeres en edad productiva a realizar el autoexamen de mamas e identificar signos de alarma (flujos vaginales y sus características).
- Fomentar el autocuidado a la salud personal y de su familia, haciendo énfasis en la orientación a niñas y adolescentes.
- Informar de los problemas de salud derivados de adicciones, como el cigarro y el alcohol.
- Orientar sobre una alimentación balanceada e higiene de los alimentos de acuerdo con las condiciones de vida de las usuarias.
- Informar claramente sobre la importancia de la prueba del Papanicolaou y la consulta periódica al médico.
- Proporcionar información de la vacuna en caso de que exista y que la paciente reúna los requisitos para su aplicación.

CUIDADOS EN LA CONSULTA A LA PACIENTE

- Tomar sus signos vitales.
- Prepararla psicológicamente para el examen de Pap.
- Prepararla para la toma correcta de la muestra citológica.
- Registrar correctamente sus datos en la muestra.
- Informarle la fecha en la que debe regresar a consulta para conocer los resultados del Pap.
- Recordarle la importancia de recoger oportunamente los resultados del Pap.
- Insistir en sus cuidados preventivos en el hogar sobre higiene, alimentación, actividad sexual, evitar hábitos de adicciones.

CUIDADOS A LA PACIENTE CON CACU

- Atención y preparación psicológica sobre su enfermedad y estadios de ésta.
- Informar claramente sobre su tratamiento y la importancia de ser constante en sus consultas.
- Orientar en el tratamiento externo en caso de haber sido indicado por el médico.
- Dar seguimiento al tratamiento de la paciente.
- En caso de radioterapia, prepararla para que siga las indicaciones e informarle de las reacciones adversas y su disminución.

CUIDADOS PALIATIVOS

- La enfermera debe estar bien informada y conocer la historia natural del CaCu para el cuidado y anticipación a las necesidades de las pacientes.
- Enseñar a la familia como realizar los cuidados con calidad y calidez sobre: alimentación, en la debilidad y fatiga de la paciente, cambios de posición, ayudarle a caminar y en sus necesidades fisiológicas.
- Elaborar horarios para la ministración de medicamentos y uso de analgésicos indicados.
- Informar sobre signos de alarma y su cuidado.
- Trasladarla a la paciente al hospital en caso de presentar náuseas y vómitos, diarreas incontinibles o sangrado vaginal.

5.1 Orientación específica y permanente a grupos de riesgo

El personal de enfermería debe realizar visitas domiciliarias periódicamente en su comunidad para detectar a las mujeres en vida reproductiva. Es importante explicar la prueba del Papanicolaou, fomentarla como medida preventiva y otorgar la información necesaria para su aplicación.

5.2 Identificación del CaCu

En su fase inicial, el CaCu no causa dolor ni presenta síntomas; esto hace que muchas mujeres no se enteren de que tienen este tipo de cáncer.⁷ Los síntomas más frecuentes son:

- a) Leucorrea (flujo blanquecino y viscoso con mal olor),
- b) Hemorragia vaginal,
- c) Hemorragia post coito,
- d) Anemia ferropénica (disminución de niveles de hierro en la sangre y en glóbulos rojos),
- e) Metrorragias (hemorragias uterinas profusas),
- f) Dolor pélvico, y
- g) Síntomas de obstrucción urinaria.

De ahí la importancia de recomendar que las mujeres con vida sexual activa se hagan el Papanicolaou en forma periódica.

5.3 La prueba del Papanicolaou

La citología o examen de Papanicolaou es una muestra que se toma del canal cervical y se basa en los caracteres microscópicos de las células. La prueba no es un examen de diagnóstico, es un tamizaje que detecta a las mujeres que pueden tener lesiones en el cuello¹². El examen es rápido y no causa dolor. La usuaria, preferentemente debe acudir al Centro de Salud sin estar menstruando, sin haberse lavado antes de la prueba y sin haber tenido relaciones sexuales un día antes.¹³

5.4 Cuidados de Enfermería antes del examen del Papanicolaou

Cuando una persona muestra sus órganos genitales al personal de salud para cualquier estudio o procedimiento médico, se enfrenta a situaciones de angustia e incomodidad. El personal de enfermería, en muchas ocasiones es el primer contacto con la usuaria y por lo tanto debe aprender a respetar su intimidad, tratarla con tacto, ganarse su confianza para no hacerla sentir incómoda. Se recomienda que la enfermera tome en cuenta lo siguiente antes del examen del Pap.

CUADRO 3.¹⁴

- Hablar a la usuaria en tono suave y detenido.
- Si la usuaria se pone nerviosa es importante enseñar a relajarse, explicarle los pasos de la revisión ginecológica, disminuir sus ansiedades y temores, explicándole la utilidad del Papanicolaou.
- Pedir permiso a la usuaria para realizar la exploración e indicarle para qué sirve el espejo vaginal y avanzar paso por paso.
- Enseñarle a mirar su constitución interna con el espejo o en la pantalla en caso de colposcopia.
- Tomar en cuenta sus sentimientos y sensaciones de comodidad. Realizar la prueba con privacidad.
- Si no existe personal que asesore a las mujeres, ellas pueden solicitar que el servicio sea de calidad con un trato humanizado.

Fuente: http://www.emujeres.gob.mx/wb2/eMex/eMex_Cancer_cervico_uterino

5.5 Procedimiento para la toma del Papanicolaou

El material que necesita el profesional de enfermería para realizar el Pap es el siguiente:

- Espejo vaginal de diferentes tamaños
- Spray – Fijador y / o alcohol de 96°
- Guantes de látex
- Laminilla de vidrio
- Espátula de Ayre (madera)

Se realiza de la siguiente manera:

- 1) Se coloca a la usuaria en posición ginecológica.
- 2) Se introduce en la vagina el espejo y la espátula para tomar una muestra de moco (células) del cuello de la matriz (cérvix).
- 3) La muestra se coloca en la laminilla y se fija con el spray y/o se remoja en alcohol de 96°.
- 4) Se envía la muestra al laboratorio en donde un especialista la revisa y observa si alguna célula tiene cáncer.
- 5) Se le pide a la paciente que regrese por el resultado en 15 días.

6. Avances de investigación en el cuidado del VPH

Aprobados por la Food and Drug Administration (FDA), USA.

- Los estudios (ensayos clínicos) han probado la efectividad de la vacuna contra el VPH en hombres y mujeres jóvenes, a quienes se les aplicó antes del inicio de vida sexual activa.¹⁵
- La técnica para el diagnóstico temprano de captura de híbridos fue aprobada recientemente por la Organización Mundial de la Salud para la tamización primaria de cáncer de cuello uterino. La disposición de esta prueba en México es de difícil acceso porque su costo es elevado.

CUADRO 5.^{16, 17}

Vacuna contra el VPH (Gardasil®)¹⁶

- Combate la enfermedad y crea resistencia.
- Está elaborada con partículas semi-virales.
- Previene las infecciones de los VPH tipo 6, 11, 16 y 18.
- Se puede aplicar en niños, niñas y adolescentes de 9 a 17 años, y mujeres con edades entre 18 y 26 años que no hayan tenido relaciones sexuales.
- Se administra por vía intramuscular, en la región deltoidea del brazo o en la zona anterolateral y superior del muslo, en forma de tres dosis individuales de 0.5 ml., con el siguiente esquema:

Primera dosis:	En la fecha elegida.
Segunda dosis:	Dos meses después de la primera dosis.
Tercera dosis:	Seis meses después de la primera dosis. Es preferible vacunarse antes de comenzar cualquier actividad sexual.

Técnica captura de híbridos 2 para VPH

(HC2, Digene Corporation, Gaithersburg, MA)

- Permite la identificación de la infección por tipos de alto riesgo del VPH.¹³
- Se está probando su utilidad para detectar lesiones precursoras de cáncer en las instituciones de seguridad social, ya que detecta la presencia del virus cancerígeno, mismo que puede desaparecer por sí sólo, sin tratamiento alguno en un periodo de 12 a 24 meses, lo que sucede aproximadamente en un 80% de los casos.
- No detecta lesiones, sólo detecta la presencia del virus. La prueba ideal de tamizaje sigue siendo la citología cervical.

Referencias bibliográficas

- 1 Ministerio de Salud. Comisión Nacional de Cáncer Cervicouterino. *Diagnóstico y Tratamiento Cáncer Cérvico Uterino*, Chile 2004. p.3.
- 2 INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. *En Base de datos de defunciones 2005*, México 2002.
- 3 Instituto Nacional del Cáncer. En <http://cancer.net.nci.nih.gov> [Fecha de acceso 10/02/07].
- 4 Disaia, Philip J. Creasman William T. *Oncología ginecológica clínica*. Elsevier Science, Madrid, España, 2002.
- 5 Castañeda-Iñiguez Maura Sara, Toledo-Cisneros Rebeca, Aguilera-Delgadillo Mario. *Factores de riesgo para cáncer cérvico-uterino en mujeres de Zacatecas*. Salud Pública de México, vol. 40, no.4, julio-agosto de 1998. México.
- 6 Rodríguez Salvá Armando. et. al. *Factores de riesgo del cáncer de cerviz en el municipio Cerro*. Rev. Cubana Hig. Epidemiol. 1999;37(1):40-6.
- 7 Isla Valeria. "Cáncer Cervicouterino. El Cáncer que no debe matar". En *Agenda Salud*. No. 25, 2002. pp. 1-8.
- 8 Secretaría de Salud, *Normal Oficial Mexicana, NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control del cáncer del cuello del útero y de la mama en atención primaria*. México, 1998, p.6
- 9 Castellsguá X, Alberto G, Martí D, et al. Virus del Papiloma Humano y Cáncer "Prevención primaria: Vacunas frente al virus del papiloma Humano (VPH)" Cap. 6 *Para la prevención del Cáncer del cuello uterino*. En de San José S, García AM Editores. *Monografía de la Sociedad Española de Epidemiología*. Madrid: Gráficas Enar, S.A. (En prensa) 2006.
- 10 Villegas Torricos Irma, Yupanqui Huayta Mery. Cuidados paliativos para mujeres con cáncer de cuello uterino: Un manual para personal de salud que trabaja en la comunidad. Edición Engender Healt. Prosalud. Hospital Maria Dasa.
- 12 Robles, Sylvia. "Rompiendo mitos cáncer del cuello del útero". En *Perspectivas de salud*. Vol. 5, N°2, 2000.
- 13 Cárdenas Salvador. *El Virus del Papiloma Humano (VPH)*. En www.esperanzaparalafamilia.com [Fecha de acceso 10/02/07].
- 14 http://www.emujeres.gob.mx/wb2/eMex/eMex_Cancer_cervico_uterino
- 15 *Perspectives of Contemporary papillomavirus research*. Science Direct. Vaccine. en <http://www.sciencedirect.com>
- 16 Merck Sharp. Monografía. Gardasil [Vacuna recombinante tetravalente contra el virus del papiloma humano (Tipos 6, 11, 16, 18), MSD], México, 2006. pp. 15-16.
- 17 Irico G, Escobar H, Marinelli, B. *Prevención del cáncer de cérvix: puesta al día /Cervical cancer prevention: a current status of the knowledge* Rev. Fac. Cienc. Méd. Córdoba; 62 (supl.): 37-47, 2005. tab.

DIRECTORIO

Dr. José Angel Córdova Villalobos
SECRETARIO DE SALUD
Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez
SUBSECRETARIA DE INNOVACIÓN Y CALIDAD
Dr. Mauricio Hernández Ávila
SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD
Dr. Eduardo Pesqueira Villegas
DIRECTOR GENERAL DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO DE SALUD
Dr. Mario Henry Rodríguez
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
Dr. Miguel Ángel González Block
DIRECTOR EJECUTIVO DEL CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN SISTEMAS DE SALUD

AUTORA

Mtra. Ma. de Lourdes Alemán Escobar • INSP

Revisores

Dra. Guadalupe González Díaz • IPN*
M.en C. Doris V. Ortega Altamirano • INSP**
Lic. Silvia de la Fuente Rocha • SSA***
MSP. Clara I. Hernández Márquez • INSP****
EESP. Romana Rangel Sánchez • ISEC*****
Dr. Alejandro Ruiz Jaime • ISEM*****

COMITÉ EDITORIAL

Dra. Gladys Fabá Beaumont • INSP
Lic. Lizbeth Evoli Goya • INSP

Diseño • Arroyo + Cerda, S.C.
Producción • Grupo Impresor Profesional, S.A. de C.V.

Boletín informativo editado por el
Instituto Nacional de Salud Pública
y la **Secretaría de Salud**
Ave. Universidad #655, Cuernavaca,
C.P. 62508, Morelos, México

El NLS es un programa de colaboración entre el INSP y la SSA.

<http://www.insp.mx/nls/bpme>

*/ CIIT. Centro de Investigación e Innovación Tecnológica, Instituto Politécnico Nacional
**/ CISS. Centro de Investigaciones en Sistemas de Salud
***/ DGCEs. Dirección General de Calidad y Educación en Salud
****/ CISP. Centro de Investigación en Salud Poblacional
*****/ Dirección de Protección Social en Salud. Instituto de Salud del Estado de Campeche
*****/ Cirujano oncólogo. Instituto de Salud del Estado de México (ISEM).