



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**

**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE ENFERMERÍA**

**TESIS PREVIA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE**

**LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

**TEMA:**

Incidencia de cáncer de cuello uterino en mujeres que asisten a SOLCA del cantón  
Ibarra, Período 2005- hasta 2010

**AUTORA:** María José Urresta Mendoza

**DIRECTORA DE TESIS:** MSc Ximena Tapia Paguay

Ibarra - 2016

**PÁGINA DE APROBACIÓN**  
**INFORME DE APROBACIÓN DE LOS PERFILES DE TESIS ,TESINA Y**  
**PROYECTOS**

El consejo académico de la carrera de Enfermería

Sobre la temática de la tesis , tesina o proyecto intitulado/a

Incidencia de cáncer de cuello uterino en SOLCA del cantón Ibarra , periodo 2005 hasta el 2010

Presentado por:

URRESTA MENDOZA MARIA JOSÉ

Luego del estudio y análisis de los contenidos del proyecto de titulación de manera unánime consideramos emitir el INFORME FAVORABLE para que la postulante continúe con el desarrollo correspondiente , previo a obtención del título de :

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

.....

**Msc. Maritza Alvarez**  
**Cordinadora de la Carrera**

Visto el informe que antecede , se APRUEBA el proyecto de tesis

.....



## UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

### BIBLIOTECA UNIVERSITARIA

Autorización de uso y publicación a favor de la Universidad Técnica del Norte

Identificación de la obra

La Universidad Técnica del Norte dentro del proyecto Repositorio Digital Institucional, determinó la necesidad de disponer de textos completos en formato digital con la finalidad de apoyar los procesos de investigación, docencia y extensión de la Universidad. Por medio del presente documento dejo sentada mi voluntad de participar en este proyecto, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

<b>DATOS DE CONTACTO</b>			
<b>CÉDULA DE IDENTIDAD</b>	1003307327		
<b>APELLIDOS Y NOMBRES</b>	URRESTA MENDOZA MARÍA JOSÉ		
<b>DIRECCIÓN</b>	Nazacota Puento Y Emperador cacha		
<b>EMAIL:</b>	<a href="mailto:mariajoseurresta21@hotmail.com">mariajoseurresta21@hotmail.com</a>		
<b>TELÉFONO</b>		<b>TELÉFONO MÓVIL:</b>	0967620170

<b>DATOS DE LA OBRA</b>	
<b>TÍTULO:</b>	Incidencia de cáncer de cuello uterino, en SOLCA del cantón Ibarra. Período 2005- hasta 2010
<b>AUTORAS:</b>	Urresta Mendoza María José
<b>FECHA:</b>	27 de Julio del 2016
<b>PROGRAMA</b>	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSTGRADO

<b>TÍTULO POR EL QUE OPTA:</b>	LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
<b>DIRECTOR:</b>	MSc. Ximena Tapia Paguay

Autorización de uso a favor de la Universidad

Yo, URRESTA MENDOZA MARÍA JOSÉ, con cédula de identidad Nro. 1003307327, en calidad de autora y titular de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hago entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizo a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con la Ley de Educación Superior Artículo 144.

CONSTANCIAS

Los autores manifiestan que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es original y que son los titulares de los derechos patrimoniales, por lo que asumen la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrán en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 27 días del mes de Julio del 2016

**LA AUTORA**

..........

Urresta Mendoza María José  
1003323001



## UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Cesión de derechos de autor del trabajo de grado a favor de la Universidad Técnica del Norte Yo, **URRESTA MENDOZA MARÍA JOSÉ**, con cédula de identidad Nro. 1003307327, manifiesto la voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de Propiedad Intelectual del Ecuador, artículos 4, 5 y 6, en calidad de autor (es) de la obra o trabajo de grado denominado: " **INCIDENCIA DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO, EN SOLCA DEL CANTÓN IBARRA. PERÍODO 2005- HASTA 2010** que ha sido desarrollado para optar por el título de: **LICENCIATURA EN ENFERMERÍA** en la Universidad Técnica del Norte, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En nuestra condición como autores nos reservamos los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia suscribimos este documento en el momento que hacemos la entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la Biblioteca de la Universidad Técnica del Norte. Ibarra, a los 27 días del mes de Julio del 2016

### LA AUTORA

  
.....

María José Urresta Mendoza

1003307327

## **DEDICATORIA**

Al culminar una etapa más de mi vida y cumplir tan anhelado sueño, dedico esta tesis principalmente a Dios, a mis padres quienes me han apoyado durante toda mi etapa estudiantil al saber guiarme por el buen camino, porque sin duda ellos son los creadores de mi futuro y con ello también los responsables de hacer de mí un ser útil a la patria y a la sociedad, y sin su apoyo constante no hubiésemos alcanzado mi meta, ya que me han hecho crecer como un gran ser humano con actitud para salvar vidas, a mis hijos quienes fueron mi motor y mi ayuda por darme fuerza para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándoles así a enfrentar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento. A mi esposo quien ha sido mi ayuda y la persona que a estado conmigo en cada etapa de mi carrera

Con Amor

**MARÍA JOSÉ URRESTA MENDOZA**

## **AGRADECIMIENTO**

Quiero expresar el más sincero agradecimiento por el apoyo a mi tutora MSc. Ximena Tapia, que sin su ayuda y conocimientos no hubiese sido posible realizar y culminar mi tesis. A Dios por habernos dado el don de la vida, sabiduría, fuerza y valor para hacer mi sueño realidad, por estar conmigo en cada momento de mi vida y haberme enseñado a superar todos los retos que se presentaron en el camino del aprendizaje y a ver con claridad que este es el primer paso de mi carrera profesional.

A mis queridos padres por habernos proporcionado la mejor educación, lecciones de vida enseñándonos que con esfuerzo, trabajo y constancia todo se consigue. Por cada día hacernos ver la vida de forma diferente y confiar en nuestras decisiones. A todos nuestros familiares y amigos por su apoyo incondicional y compartir con nosotras buenos y malos momentos.

A la Universidad Técnica del Norte por habernos aceptado ser parte de ella y abierto las puertas, brindándonos ciencia y conocimiento para servir a los demás a través de una noble profesión, así como también agradecer a los diferentes docentes que nos brindaron sus conocimientos y su apoyo para seguir adelante día a día.

**MUCHAS GRACIAS...!!**

# ÍNDICE

## Contenido

PÁGINA DE APROBACIÓN .....	i
DEDICATORIA .....	v
AGRADECIMIENTO .....	vi
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	x
RESUMEN.....	xi
SUMARY.....	xii
TEMA: .....	11
CAPÍTULO I.....	12
1 Problema de Investigación .....	12
1.1 Planteamiento del Problema.....	12
1.2 Formulación del Problema .....	13
1.3 Justificación .....	14
1.4 Objetivos.....	15
1.4.1 Objetivo General.....	15
1.4.2 Objetivos Específicos .....	15
1.5 Preguntas de investigación.....	16
CAPÍTULO II .....	17
2 Marco Teórico.....	17
2.1 Marco Referencial. ....	17
2.1.1 Cáncer cérvico uterino disminuye, pero continúa siendo un reto para el país.....	17

1.2.2	Incidencia de cáncer de cuello uterino en Ecuador.....	18
1.2.3	Tendencias del cáncer de cérvix. ....	19
1.2.4	Incidencia de cáncer de cuello uterino.....	20
1.2.5	Incidencia de Cáncer de cuello uterino en menores de 35 años: .....	21
2.2	Marco Contextual.....	23
2.2.2	Primer Consejo Directivo Nacional.....	24
2.2.3	Políticas de Salud .....	24
2.3	Marco Conceptual .....	27
2.3.1	Incidencia.....	27
2.3.2	Anatomía del Cuello uterino.....	28
2.3.3	Definiciones .....	29
2.3.3	Cáncer De Cuello Uterino .....	30
2.3.4	Signos y Síntomas de Cáncer de Cuello Uterino.....	30
2.3.5	Causas El Cáncer De Cuello Uterino.....	31
2.3.6	Diagnóstico del cáncer de cuello uterino .....	32
2.3.7	Etapas del Cáncer de Cuello Uterino .....	34
2.3.8	Agrupación de las etapas y etapas FIGO .....	38
2.3.9	Tratamiento .....	42
2.3.10	Factores de riesgo para el Cáncer de Cuello de Útero .....	45
2.4	Marco Legal .....	47
2.4.1	Constitución de la República del Ecuador. ....	47
2.4.2	Plan Del Buen Vivir.....	48
2.5	Marco Ético.....	51
CAPÍTULO III.....		66

3 Metodología de la investigación .....	66
3.1 Diseño de Investigación.....	66
3.2 Tipo de Investigación.....	66
3.3 Población y Muestra:.....	67
3.4 Criterios de inclusión .....	67
3.5 Criterios de Exclusión .....	67
3.6 Operacionalización De Variables .....	68
3.7 Métodos de recolección de datos .....	66
CAPÍTULO IV.....	67
4 Resultados de la investigación .....	67
CAPÍTULO V.....	76
5 Conclusiones y Recomendaciones .....	76
5.1 Conclusiones.....	76
5.2 Recomendaciones .....	77
BIBLIOGRAFÍA .....	78
ANEXOS .....	82

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico# 1 Pacientes atendidos periodo 2005 / 2010.....	67
Gráfico# 2 Diagnostico por año .....	68
Gráfico# 3 socio demografía de las pacientes.....	69
Gráfico# 4 Tipos de Cáncer de Cuello Uterino encontrados en las pacientes de SOLCA Ibarra.....	71
Gráfico# 5 Enfermedades de transmisión sexual.....	72
Gráfico# 6 Síntomas previos al diagnostico .....	73
Gráfico# 7 Tratamiento recibido.....	74
Gráfico# 8 Grado de cáncer de cuello uterino .....	75

## RESUMEN

### **Incidencia de cáncer de cuello uterino, en SOLCA del cantón Ibarra. Período 2005- hasta 2010**

Urresta Mendoza María José<sup>1</sup>

Universidad Técnica del Norte

Directora: MSc Ximena Tapia Paguay

mariajoseuuresta21@hotmail.com

El cáncer de cuello uterino es una patología que puede afectar a muchas mujeres, en el Ecuador es la segunda causa de muerte, patología observada en países en vías de desarrollo. El objetivo de esta investigación es determinar la incidencia de cáncer de cuello uterino en, SOLCA cantón Ibarra en el periodo de 2005 hasta 2010; este estudio es: no experimental, cualitativo y cuantitativo, de tipo descriptivo, longitudinal y retrospectivo, con un total de pacientes de 30 que fueron diagnosticadas con cáncer de cuello uterino en un periodo de 6 años. Los resultados demuestran que la incidencia de cáncer de cuello uterino en SOLCA Ibarra en el periodo 2005/2010 es de 2.9 casos por cada 100.000 habitantes, mayor edad mayor riesgo de contraer cáncer de cérvix, es un problema relacionado con la escolaridad entre menos estudios tienen mayor peligro corren de adquirir cáncer de cuello uterino, el tipo de cáncer de cuello uterino más común es el adenocarcinoma escamoso invasivo, el tratamiento más habitual es la histerectomía.

**Palabras clave:** cáncer, cérvix, mujeres, multíparas, riesgo

## SUMMARY

### **Incidencia de cáncer de cuello uterino, en SOLCA del cantón Ibarra. Período 2005- hasta 2010**

Urresta Mendoza María José1

Universidad Técnica del Norte

Directora: MSc Ximena Tapia Paguay

mariajoseuuresta21@hotmail.com

Cervical cancer is a disease that can affect many women in Ecuador is the second leading cause of death observed in developing countries pathology. The objective of this research is to determine the incidence of cervical cancer in SOLCA canton Ibarra in a period from 2005 to 2010; this study is not experimental, qualitative and quantitative, descriptive, longitudinal and retrospective, with a total of 30 patients who were diagnosed with cervical cancer over a period of 5 years. The results show that the older increased risk of cervical cancer, is a problem related to education among less educated have the highest risks of acquiring cervical cancer, including risk factors multiparous women found that their menarche begins at an early age and with multiple sexual partners, although this study could not demonstrate statistically that the latter is a risk factor should be taken into account that the population is a conservative culture that may or may not tell the truth in relation to their sexual partners .The most common type of cervical cancer is squamous invasive adenocarcinoma.

Keywords: cáncer, cervix, women, multiparous, risk

**TEMA:** Incidencia de Cáncer de cuello uterino en mujeres que asisten a SOLCA  
Ibarra en el periodo 2005 hasta el 2010

# CAPÍTULO I

## 1 Problema de Investigación

### 1.1 Planteamiento del Problema

Según la OMS en el 2008, se asoció el cáncer de cuello uterino con unas 275 000 muertes, y alrededor del 88% de estas se produjo en países de ingresos bajos y medios. El cáncer de cuello uterino es el tercer tipo de cáncer más frecuente entre las mujeres y el cáncer más frecuente en los países subdesarrollados. Con el aumento y el envejecimiento de la población, se prevé que el número de casos de cáncer de cuello uterino aumentará 1,5 veces para 2030. Prácticamente todos los casos de cáncer de cuello uterino de células pavimentosas (99%) están vinculados con una infección genital por el papiloma virus humano (HPV), que es la infección vírica más frecuente del aparato genital y una de las infecciones por transmisión sexual más frecuentes (OMS, 2012).

En el mundo aparecen 490,000 casos nuevos de cáncer de cuello uterino por año; más de 270,000 mujeres mueren a causa de la enfermedad. Aproximadamente el 85% de las mujeres que están muriendo de cáncer de cuello uterino residen en países en vías de desarrollo (Chirenje, 2012).

En Ecuador 4 millones de mujeres están en riesgo de desarrollar cáncer cervical. La tasa cruda de incidencia del cáncer cervical es de 20 casos por cada 100.000 habitantes, con variaciones regionales importantes, así en Quito la incidencia del cáncer de cuello uterino por cada 100.000 habitantes es de 19 y en Loja alcanza cifras aún más alarmantes (32/100.000). En Ecuador el cáncer cérvico uterino es la segunda causa de mortalidad por cáncer en mujeres, solo superada por el cáncer de

estómago. Según los registros de Cáncer del Ecuador las provincias con mayor incidencia de cáncer de cuello uterino son: Loja (32,2), El Oro (27,3), Guayaquil (29,9), Quito (19,1), Manabí (19) y Cuenca (17,2) (Sociedad Ecuatoriana de Patologías del Tracto Genital Inferior y colposcopía, 2013).

## **1.2 Formulación del Problema**

¿Cuál es la incidencia de cáncer de cuello uterino en las mujeres que asisten a SOLCA Ibarra en el periodo 2005 hasta el 2010?

### **1.3 Justificación**

El cáncer cervicouterino es un problema de Salud Pública en América Latina y Ecuador no es la excepción; al considerarse la segunda causa de mortalidad por cáncer en Ecuador y la tercera causa a nivel mundial en mujeres, la problemática con respecto a esto se ve muy grave y creciente.

Razón por la cual este estudio tiene una importancia y relevancia alta, los beneficiarios serán las mujeres las cuáles tienen una predisposición a la enfermedad por las características anatómicas y fisiológicas propias. La falta de conocimiento hace que ésta sea más propensa a adquirir la enfermedad, la academia, la cual a través del conocimiento brindado con criterio científico educará a la comunidad y otorgará claves importantes que repercutirá en la promoción y prevención, por tanto disminución del número de mujeres afectadas y por ende el aumento de la esperanza de vida.

Como futura profesional de la salud con los resultados obtenidos de este estudio, encaminare mi contingente a desarrollar programas y proyectos que coadyuven en el mejoramiento de la calidad de vida.

## **1.4 Objetivos**

### **1.4.1 Objetivo General**

- Determinar la incidencia de cáncer de cuello uterino en las mujeres que asisten a SOLCA Ibarra en el periodo 2005 hasta el 2010

### **1.4.2 Objetivos Específicos**

- Caracterizar socio demo - gráficamente a la población en estudio.
- Identificar el tipo y grado de cáncer de cuello uterino en cada una de las mujeres del estudio.
- Identificar el tratamiento más habitual en las pacientes del grupo estudiado.
- Aplicar charlas de capacitación sobre prevención y factores de riesgo de cáncer de cuello uterino a las pacientes que acuden a SOLCA Ibarra.

### **1.5 Preguntas de investigación**

1. ¿Cuáles son las características socio demográficas de la población en estudio?
2. ¿Cuál es el tipo y grado de cáncer de cuello uterino en cada una de las mujeres del estudio?
3. ¿Cuál es el tratamiento más habitual que recibieron las pacientes del grupo estudiado?
4. ¿Para qué aplicar charlas de capacitación sobre prevención y factores de riesgo de cáncer de cuello uterino a las pacientes que acuden a SOLCA Ibarra?

## CAPÍTULO II

### 2 Marco Teórico

#### 2.1 Marco Referencial.

Para este estudio se ha tomado como referencia a varias investigaciones realizadas a nivel mundial con respecto al tema:

**2.1.1 Cáncer cérvico uterino disminuye, pero continúa siendo un reto para el país.** Realizado en Costa Rica en el año 2014 por José Mairena Morera .En la Caja Costarricense de Seguro Social el cáncer de cérvix ha tenido un descenso del 33% del 2000 al 2012, lo cual evidencia el esfuerzo de la (CCSS) en la atención y de las propias mujeres en el auto-cuidado, todavía es enfermedad de alto impacto: hay un caso nuevo cada 10 horas y un deceso cada dos días.

Visto el impacto respecto a los otros cánceres, es el tercero en enfermedad, (13 de cada 100 mujeres con cáncer tienen de cérvix mientras que 19 tienen de mama y 21 de piel) y el tercero en mortalidad (7 de cada 100 mueren por cérvix, 7 por colon, 13 por estómago y 15 por mama). Si se vieran los casos en una línea de tiempo equidistante, se puede decir que cada diez horas, hay un caso nuevo de cáncer cervical en Costa Rica. Hubo 816 casos en el 2012, esto es una tasa de 43 de cada cien mil mujeres, según el Ministerio de Salud. En comparación con los datos del año 2000, incidencia ha disminuido 50,5 por cien mil mujeres en el año 2000 a 42.9 por cien mil mujeres en 2012.

El cáncer de cérvix es más común en mujeres entre los 45 y 70 años. Eso no quiere decir que no se presente en mujeres más jóvenes, ya que todo depende de los factores de riesgo como el inicio temprano de relaciones sexuales sin protección, las relaciones sexuales con diferentes parejas y los antecedentes familiares entre otros.

En el caso de la mortalidad, visto también en una línea de tiempo equidistante, se puede decir que cada dos días, fallece una mujer por cáncer cervical en Costa Rica. Hubo 137 muertes en el 2012, con un reporte de 5,4 por cada cien mil mujeres, según el ministerio de salud 2013. De acuerdo con la información publicada por OPS, es la quinta tasa de mortalidad más baja de las Américas.

Visto por edades, el 26% de las muertes ocurrió en mujeres menores de 50 años, 48% entre los 50 y 75 años y el otro 26% en mujeres mayores de 75 años. Según los datos más recientes publicados en el informe Globocan, del 2012, Costa Rica se encuentra en el segundo grupo de incidencia de un total de cinco grupos y también en el segundo grupo de mortalidad de un total de cinco grupos (Morera, 2014).

**1.2.2 Incidencia de cáncer de cuello uterino en Ecuador.** Una investigación realizada por la Agency for Research on Cancer (IARC) en el año 2008 con los siguientes autores Dr. Bernardo Vega, Dra. Catalina Sacoto. La incidencia de nuevos casos de cáncer de cuello uterino de 27.1x100.000 habitantes en tanto que la mortalidad ascendió a 13.3x100.000 habitantes. Según el INEC, en el año 2009, el cáncer fue la segunda causa más frecuente de muerte en las mujeres ecuatorianas, luego de las enfermedades del sistema cardiocirculatorio.

En el año 2009 el cáncer cobró la vida de 4,763 mujeres en el país. Según la ubicación del cáncer en las mujeres, el lugar más frecuente fue en el estómago (730

casos) seguido del de mama (444), cáncer de útero no especificado (408), cuello uterino (331).

Desde 1990 la mortalidad por cáncer de cuello uterino en el Ecuador no ha sufrido variaciones significativas, sin embargo desde el año 2006 presenta un ligero incremento. La morbilidad por cáncer de cuello uterino presenta un ascenso sostenido desde el año 2005, pues en el año 2008 se presentaron 1.224 nuevos casos de cáncer de cuello. (Vega & Sacoto, 2008)

**1.2.3 Tendencias del cáncer de cérvix.** Investigación realizada en Colombia en el año 2008 por GLOBOCAM. El cáncer de cuello uterino es el tercer cáncer más frecuente en el país y sigue siendo la primera causa de mortalidad por cáncer en mujeres. Sin embargo, cabe resaltar que el país ha reportado un descenso progresivo en las tasas de incidencia y mortalidad por cáncer de cérvix durante los últimos 40 años pasando de 14 muertes por cáncer de cuello uterino por cada 100.000 en 1987 a 7,08 muertes por cada 100 000 mujeres al año 2013, cumpliendo así, antes de tiempo la meta establecida y para 2015 y propendiendo por el logro de la meta de 5,5 por 100.000 mujeres para el año 2021 y logrado, supervivencia a 5 años de un 45% , compatible con datos internacionales .

Las razones para la declinación de las tasas de incidencia y mortalidad por cáncer de cérvix son múltiples incluyen la mejoría en las condiciones socio económicas, el efecto de los programas de tamización y tratamiento del cáncer de cérvix y el cambio en el conocimiento y el auto cuidado de la población. Colombia.

Hoy en día, en el país todas las mujeres entre 25 y 69 años de edad deben realizarse la citología vaginal, la cual está cubierta por el plan de beneficios para toda la población. El 99% de las mujeres entre 18 y 69 años conoce que es la citología de cuello uterino y el 90% de ellas se la ha realizado, el 91% de las mujeres que se realizaron la citología reclamó su resultado en la última medición. No hay diferencias significativas en las regiones, las más bajas coberturas de citologías las presentan las regiones de difícil acceso geográfico y no son menores del 70% .

A nivel nacional, el porcentaje de pacientes con cáncer de cuello uterino detectado in situ, del total de pacientes detectadas con este cáncer fue de 63,31% en 2012 siendo mejor en el régimen contributivo que en el subsidiado. El cáncer de cuello uterino continúa siendo un problema de salud pública en el país y en la región, que impone un reto para los sistemas de salud de modo que éste logre generar intervenciones oportunas, eficaces y articuladas para disminuir aún más la incidencia y mortalidad relacionada (Globocan, 2008).

#### **1.2.4 Incidencia de cáncer de cuello uterino: estudio realizado en España en el año 2013 realizado por la aecc**

- La incidencia en España se puede considerar muy baja (tasa ajustada mundial en 2002: 7,6 nuevos casos/100.000 habitantes/año), con un descenso muy importante desde los años 60, aunque actualmente está estabilizada.

- Es un tumor propio de las edades medias de la vida. La mayoría de los casos se diagnostican entre los 35 y los 50 años, con un máximo entre los 40 y los 45. Hay un número significativo de casos desde los 30 años.
- Entre el 85-95% de los casos son carcinomas escamosos (o epidermoides). El resto son adenocarcinomas y carcinomas adenoescamosos.
- Entre el 80 y el 85% de los casos se registran en países en vías de desarrollo. Las campañas de diagnóstico precoz han jugado un papel esencial en la disminución de la incidencia de este tumor en los países desarrollados. Antes de las campañas de screening, la incidencia era similar en todos los países.
- Según recientes investigaciones, la transmisión sexual del HPV (papiloma virus humano), se considera esencial para desarrollar la enfermedad.
- Fumar aumenta el riesgo de padecer cáncer de cérvix en mujeres portadoras del HPV. El hábito creciente de fumar, sobre todo entre las jóvenes, hace temer un aumento en la incidencia de esta enfermedad.
- Parece que el uso prolongado de anticonceptivos también aumenta el riesgo en mujeres portadoras del HPV. (aecc, 2013)

### **1.2.5 Incidencia de Cáncer de cuello uterino en menores de 35 años:**

Realizado por la Asociación Argentina de ginecología oncología año 2012 autores: Mural, Juan, Borelli, María Alejandra, Rodríguez de la Peña, Mercedes, Marrone, Mariana, Stigliano, Javier concluyeron que: Si bien la edad promedio de las pacientes con cáncer de cuello uterino fue de 49,16 años contamos con un porcentaje de mujeres menores de 35 años de 14,7% (56). El 53,48% de las menores de 35 años no usó ningún método anticonceptivo y dentro de las mujeres que usan, el porcentaje más alto corresponde a los anticonceptivos orales (25,58%). Sólo el 10,71%; refiere usar preservativo, único método que impide el contagio de infecciones de transmisión sexual. Esto trae como consecuencia, también, que contemos con un gran porcentaje de multíparas: 29,16% en las menores de 35 años y 44,44% en las mayores.

De las 56 mujeres menores de 35 años, el 73,22% se diagnosticó en estadios no quirúrgicos: el 53,65% se encontraba en estadio III y el 48,78% en estadio II sabemos que aquellas lesiones que persistan en el tiempo podrán ser detectadas posteriormente, debido a la historia natural de la enfermedad que, en su mayoría, evidencia una lenta progresión de las células anormales hacia el cáncer (aproximadamente 10 años) No se encuentra la fuente de referencia con lo cual podríamos llegar a pensar que 10 años atrás estas mujeres ya presentaron el inicio del tumor o alguna lesión precursora.

El 26,78% de las menores de 35 años se presentó en estadio quirúrgico. En estas pacientes se realizaron cirugías de histerectomía radical en una paciente nulípara. Este tipo de cirugías conservadoras son realizadas por dos razones: el cáncer de cuello cada vez aparece en pacientes más jóvenes y las mujeres de la sociedad actual tienden a retrasar la fecha de inicio de su maternidad. De hecho, en el grupo de pacientes menores a 35 años encontramos tres veces más nulíparas (6,25%) que en el resto de las enfermas.

Consideramos que la detección precoz del cáncer de cuello es el único elemento que permite el diagnóstico en estas pacientes, y más importante aún, en las menores de 35 años. No sólo para detectar las etapas pre-neoplásicas de la enfermedad sino para que, al menos, se diagnostiquen en estadios quirúrgicos (Boreli, Rodríguez De La Peña, Morrone, & Stigliano, 2012).

## **2.2 Marco Contextual**

### **2.2.1 Sociedad de Lucha contra el Cáncer (SOLCA)**

SOLCA es una institución privada de servicio social sin fines de lucro que consciente de la importancia de la educación para la salud trabaja en diferentes aspectos orientados a:

- Información y educación sanitaria
- Prevención y diagnóstico precoz
- Formación profesional
- Investigación
- Ayuda al enfermo y su familia
- Rehabilitación y reincorporación social

En la década de los años cuarenta, el Sr. Dr. Juan Tanca Marengo, distinguido médico y humanista Guayaquileño, preocupado por la Salud Pública y en consideración a la gran incidencia de las enfermedades cancerosas, concibió la necesidad de difundir conocimientos oncológicos a los estudiantes de medicina y médicos en general, a fin de establecer campañas de prevención y curación de esta

enfermedad, a través de la creación de una Institución dedicada a la Lucha Antineoplásica en el Ecuador.

El 7 de diciembre de 1951, se reúne con un grupo de colegas y amigos para fundar una de las obras de Salud Pública, de más trascendencia nacional, la sociedad de lucha contra el cáncer del Ecuador, SOLCA.

### **2.2.2 Primer Consejo Directivo Nacional**

El 15 de octubre del año 1953, mediante decreto legislativo, publicado en el Registro Oficial No.362 del 12 de noviembre del mismo año, se encarga a La Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (S.O.L.C.A.) la Campaña Antineoplásica en todo el país, mediante planes de enseñanza e investigación a fin de alcanzar la prevención, curación y paliación de las enfermedades neoplásicas.

### **2. 2.3 Políticas de Salud**

El 20 de abril de 1954 SOLCA. Inaugura el primer Dispensario para atención de enfermos de cáncer en el Ecuador, con el nombre de "Instituto Mercedes Santistevan de Sánchez Bruno", en honor de la benefactora que destinó un legado económico al H. Junta de Beneficencia de Guayaquil. El edificio fue cedido posteriormente en comodato a SOLCA.

En su iniciación, estaba dotado de los Servicios de Consulta Externa, Radiodiagnóstico, Anatomía Patológica, Radioterapia, Laboratorio Clínico

elemental, (el Instituto Nacional de Higiene prestaba servicios complementarios de laboratorio) Endoscopía, Servicio Social, Secretaría, Administración, y un pequeño espacio para hospitalización del día. En el piso alto, se acondicionó una sala de conferencias, que se utilizó activamente con la venida de importantes especialistas nacionales y extranjeros.

En el año 1957 se inauguró la hospitalización con una sala general de 20 camas; a la que posteriormente se agregó la de mujeres con 10 camas, el Departamento de Radioterapia y el Departamento de Cirugía; habiéndose trabajado con gran eficiencia y determinación en ese pequeño hospital cumpliendo con nuestros enfermos hasta el año de 1990.

La gran demanda de pacientes, la estrechez, y lo poco funcional del lugar, planteó la necesidad de construir un edificio que permitiera cumplir con los requerimientos de los enfermos. La Junta de Beneficencia adquirió un terreno de 5.000 mts<sup>2</sup>, ubicado en la Av. Pedro J. Menéndez Gilbert. Después de algunas dificultades en su construcción, se edificó un moderno Hospital y oficinas administrativas.

El Consejo Directivo Nacional de SOLCA. Acordó designar al nuevo hospital, Instituto Oncológico Nacional "Dr. Juan Tanca Marengo", a fin de honrar la memoria de su ilustre Fundador. El 3 de noviembre de 1991 se realizó el traslado al nuevo edificio. El personal técnico, a cargo de los modernos equipos de diagnóstico y tratamiento, había realizado cursos de especialización en Institutos de América y Europa; las enfermeras profesionales, auxiliares, tecnólogos, estaban altamente calificados para cumplir sus tareas y, a mediados del año 1992, se habían completado, en principio, los servicios del nuevo "Instituto Oncológico Nacional "Dr. Juan Tanca Marengo".

Esta sólida construcción de concreto, sus equipos con sofisticados componentes electrónicos y radioactivos, el espíritu de servicio desinteresado de su Directorio, la

responsabilidad y honradez de sus Ejecutivos y empleados; la intelectualidad, entrega, responsabilidad y amor al prójimo de sus médicos y enfermeras, la abnegación, delicadeza y sencillez de su Comité de Damas y Voluntarias Hospitalarias, constituyen el monumento vivo a la grandeza de su Fundador y al esfuerzo del voluntariado porteño.

La Sociedad de Lucha Contra el Cáncer del Ecuador, Matriz Guayaquil y su Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanca Marengo constituye uno de los principales centros de prevención, diagnóstico, tratamiento y paliación de cáncer en la República del Ecuador, a éste, acuden pacientes de todo el territorio continental e insular.

Al ver el incremento de los pacientes construyen sucursales de SOLCA en todo el Ecuador y entre ellos en Imbabura – Ibarra está ubicado en la Av. Rafael Sánchez 10-67 y Tobías Mena atienden a un mínimo de 35 pacientes diarios los cuales asisten a los diferentes servicios consulta externa, laboratorio, farmacia, curaciones y biopsias, mamografías, papa test cuenta además con 6 médicos, personal administrativo 12 guardianía 3 personal de enfermería 8.

A SOLCA acuden pacientes referidas de varias instituciones públicas y privadas de toda la provincia de Imbabura a pesar que existen mujeres de otras provincias.

En Imbabura existe una población según los años de estudio de 398.244 habitantes

Población general	Población de mujeres	Población en riesgo
398.244	204.580	102.725

(Instituto Nacional de Estadísticas y Censo, 2010)

La tasa de incidencia es:

# De casos nuevos / población en riesgo

$30/102.725 = 0.0002920$

2.9 casos por cada 100.000 habitantes.

## **2. 3 Marco Conceptual**

### **2.3.1 Incidencia**

La incidencia mide la frecuencia de un evento nuevo relacionado con la salud: enfermedad, muerte, curación, etc. Se calcula dividiendo el número de sucesos que ocurren en una población a lo largo de un periodo de tiempo específico, entre la población expuesta a padecer ese evento.

La tasa de incidencia o densidad pretende responder esta pregunta: ¿cuántos casos de una enfermedad han aparecido en un determinado período de tiempo? Expresa la fuerza que una enfermedad tiene para cambiar el estatus de sano a enfermo por unidad de tiempo en una población susceptible. Se trata de una medida instantánea, Es una característica de la propia enfermedad.

$$TI = I/PT$$

$I = N^{\circ}$  de casos nuevos

$PT = N^{\circ}$  de personas en riesgo de desarrollar la enfermedad o evento por el tiempo que cada una de ellas permanece en riesgo (personas riesgo) (Hospital Universitario Ramón Cajal, 2010).

### **2.3.2 Anatomía del Cuello uterino**

El cuello uterino, la parte fibro muscular inferior del útero, mide de 3 a 4 cm de longitud y 2,5 cm de diámetro, aunque su tamaño varía según la edad, el número de partos y el momento del ciclo menstrual de la mujer. El exocérvix es la parte más fácilmente de visualizar del cuello uterino; el endocérvix, en gran parte no se puede visualizar, es contiguo al orificio cervical externo.

El ectocérvix está recubierto por un epitelio escamoso estratificado rosado, de múltiples capas celulares, mientras que un epitelio cilíndrico rojizo de una única capa celular recubre el endocérvix. Las capas celulares intermedia y superficial del epitelio escamoso contienen glucógeno. La ubicación de la unión escamoso-cilíndrica con relación al orificio cervical externo varía según la edad, el momento del ciclo menstrual y otros factores como el embarazo y el uso de anticonceptivos orales. Por ectropión entendemos la eversión del epitelio cilíndrico sobre el exocérvix, cuando el cuello uterino crece rápidamente y se agranda por influencia estrogénica, a partir de la menarquia y en el embarazo.

La metaplasia escamosa del cuello uterino consiste en el reemplazo fisiológico del epitelio cilíndrico e vertido al exocérvix por un epitelio escamoso neo formado de células de reserva subyacentes a las cilíndricas. La parte del cuello uterino en la que se produce metaplasia escamosa se denomina zona de transformación. (Cancer I. A.)

### 2.3.3 Definiciones

a) Cáncer:

Según la OMS El cáncer es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células. Puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo. El tumor suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo. Muchos tipos de cáncer se podrían prevenir evitando la exposición a factores de riesgo comunes como el humo de tabaco. Además, un porcentaje importante de cánceres pueden curarse mediante cirugía, radioterapia o quimioterapia, especialmente si se detectan en una fase temprana. (Salud, Organización Mundial de la Salud)

Cáncer según el Instituto Nacional del Cáncer EE.UU. es un término que se usa para enfermedades en las que células anormales se dividen sin control y pueden invadir otros tejidos. Las células cancerosas pueden diseminarse a otras partes del cuerpo por el sistema sanguíneo y por el sistema linfático. (Cáncer, 7 Marzo del 2014).

El cáncer es un proceso que puede aparecer en cualquier lugar del cuerpo sin motivo aparente alrededor de las células cancerígenas se puede diseminar y provocar metástasis en puntos distantes.

b) Cuello Uterino:

Cuello uterino es la parte baja de la matriz (útero). Está localizado en la parte superior de la vagina y mide aproximadamente una pulgada (2.54 cm) de largo. El canal cervical atraviesa el cuello uterino. Esto permite que la sangre de un período menstrual y un bebé (feto) pasen de la matriz hacia la vagina.

#### **2.3.4 Cáncer De Cuello Uterino**

Esta definición se usa con permiso del Instituto Nacional del Cáncer (NCI) de los Estados Unidos Cáncer que se forma en los tejidos del cuello uterino, el órgano que conecta el útero con la vagina. Suele ser un cáncer de crecimiento lento que puede no producir síntomas pero que puede identificarse con los exámenes de Papanicolaou\* periódicos. Este es un procedimiento en el cual se raspan algunas células del cuello uterino y se observan al microscopio. El cáncer de cuello uterino casi siempre es resultado de una infección por el papiloma virus humano (PVH) (Oncology, 2012).

#### **2.3.5 Signos y Síntomas de Cáncer de Cuello Uterino**

La mayoría de las mujeres no tienen signos o síntomas de pre cáncer o cáncer de cuello uterino en los primeros estadios. Los síntomas habitualmente no aparecen hasta que el cáncer se ha diseminado a otros tejidos y órganos. Asimismo, los síntomas pueden ser causados por otra afección que no es cáncer. Cualquiera de los siguientes podría ser signo o síntoma de displacia o cáncer de cuello uterino:

- Manchas de sangre o sangrado leve entre o después de la menstruación

- Sangrado menstrual que es más prolongado y abundante que lo habitual
- Sangrado después del coito, el lavado genital o el examen pélvico
- Dolor durante las relaciones sexuales
- Sangrado después de la menopausia
- Mayor secreción vaginal (Cáncer Net, 2014)

### **2.3.6 Causas El Cáncer De Cuello Uterino**

Los hábitos y patrones sexuales de una mujer pueden aumentar su riesgo de padecer cáncer cervical. Las prácticas sexuales riesgosas incluyen:

- 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.
- Otros factores de riesgo del cáncer cervical incluyen:

- No recibir la vacuna contra el PVH.
- Estar en condiciones económicas desfavorables.
- Tener una madre que haya tomado durante su embarazo el medicamento DES (dietilestilbestrol) a comienzos de los años 60 para prevenir el aborto espontáneo.
- Sistema inmunitario debilitado. (Medline Plus, 2014)

### **2.3.7 Diagnóstico del cáncer de cuello uterino**

Debe sospecharse la presencia de cáncer de cuello uterino en las circunstancias que se indican a continuación:

- Anomalías en el examen ginecológico.
- Anomalías graves en los frotis del cuello uterino.
- Hemorragias o sangrado que no se relacionan a la menstruación.
- Hemorragia después del coito. El diagnóstico de cáncer de cuello uterino se basa en las exploraciones que se indican a continuación:

#### a) Examen clínico

El examen clínico consiste en la inspección y palpación por el médico e incluye el examen ginecológico mediante exploración vaginal rectal bimanual para conocer la ubicación y el volumen del tumor, y si se ha extendido a otros órganos de la pelvis (examen pélvico). El médico visualiza directamente el cuello uterino tras introducir un espéculo en la vagina. En las mujeres sanas sin enfermedad aparente, el médico obtiene un frotis de la superficie del cuello cervico uterino para examinarlo al microscopio (exploración citológica). Si la exploración es difícil o no está clara la extensión del tumor, esta exploración puede hacerse con anestesia.

#### c) La prueba de Papanicolaou

Pueden existir lesiones cervico uterinas precancerosas durante muchos años sin provocar ningún síntoma. Su crecimiento lento ofrece muchas oportunidades para la detección temprana y su fácil curación. El cuello uterino puede palparse y verse en una revisión ginecológica, de forma que el médico puede obtener con facilidad un frotis de su superficie para un examen citológico de las células que se desprenden de la superficie del cuello. Este examen se conoce como Papanicolaou (también citología vaginal o estudio citológico vaginal). Las células del frotis se examinan en el laboratorio, lo cual permite un diagnóstico temprano de una lesión precancerosa, es decir, una anomalía de las células de la superficie del cuello uterino denominada displasia que, con los años, puede producir cáncer. Mediante el frotis también se detecta con facilidad el cáncer incipiente, antes de que se vuelva peligroso (Uncology, 2012).

### **2.3.8 Etapas del Cáncer de Cuello Uterino**

La clasificación por etapas (estadios) o estadificación es el proceso para determinar hasta dónde se ha propagado el cáncer. Se utiliza la información de los exámenes y pruebas de diagnóstico para determinar el tamaño del tumor, hasta qué punto éste ha invadido los tejidos en o alrededor del cuello uterino y la propagación a los ganglios linfáticos u otros órganos distantes (metástasis). Este es un proceso importante porque la etapa del cáncer es el factor más relevante para seleccionar el plan de tratamiento adecuado.

La etapa de un cáncer no cambia con el paso del tiempo, incluso si el cáncer progresa. A un cáncer que regresa o se propaga se le sigue conociendo por la etapa que se le asignó cuando se encontró y diagnosticó inicialmente, sólo se agrega información sobre la extensión actual del cáncer. Una persona mantiene la misma etapa de diagnóstico, pero se agrega más información al diagnóstico para explicar la condición actual de la enfermedad.

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.

a) 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 (invadir) 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.
- T1a1: el área de cáncer es de menos de 3 milímetros (alrededor de 1/8 de pulgada) de profundidad y de menos de 7 mm (alrededor de 1/4 de pulgada) de ancho.
- T1a2: el área de invasión del cáncer es entre 3 mm y 5 mm (alrededor de 1/5 de pulgada) de profundidad y de menos de 7 mm (alrededor de 1/4 de pulgada) de ancho.
- 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.

- T1b1: el cáncer se puede ver, pero no tiene más de 4 cm (alrededor de 1 3/5 de pulgada).
- T1b2: el cáncer se puede ver y tiene más de 4 centímetros.
- 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).
- T2a1: el cáncer se puede ver, pero no tiene más de 4 cm (alrededor de 1 3/5 de pulgada).
- T2a2: el cáncer se puede ver y tiene más de 4 centímetros.

- 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.

b) 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.

c) 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). (Asociación Española contra el Cáncer, 2011)

### **2.3.9 Agrupación de las etapas de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO)**

Para asignar una etapa a la enfermedad, se combina la información sobre el tumor, los ganglios linfáticos y cualquier propagación del cáncer. Este proceso se conoce como agrupación por etapas. Las etapas se describen usando el número 0 y con números romanos del I al IV. Algunas etapas se dividen en sub etapas indicadas por letras y números. Las etapas FIGO son las mismas que las etapas AJCC, excepto que la clasificación por etapas FIGO no incluye los ganglios linfáticos hasta la etapa III. Además, la etapa 0 no existe en el sistema FIGO.

- Etapa 0 (Tis, N0, M0): las células cancerosas sólo se encuentran en las células de la superficie del cuello uterino (la capa de las células que reviste el cuello uterino) sin crecer hacia (invadir) los tejidos más profundos del cuello uterino. Esta etapa también se llama carcinoma in situ (CIS), y es parte de neoplasia intra epitelial cervical en grado 3 (CIN3). La etapa 0 no está incluida en el sistema de FIGO.

- Etapa I (T1, N0, M0): en esta etapa el cáncer creció hacia (invadió) el cuello uterino, pero no fuera del útero. El cáncer no se ha propagado a los ganglios linfáticos cercanos (N0) ni a sitios distantes (M0).
- Etapa IA (T1a, N0, M0): esta es la forma más temprana de la etapa I. Hay una cantidad muy pequeña de cáncer que es visible solamente bajo el microscopio. El cáncer no se ha propagado a los ganglios linfáticos cercanos (N0) ni a sitios distantes (M0).
- Etapa IA1 (T1a1, N0, M0): el cáncer es de menos de 3 milímetros (alrededor de 1/8 de pulgada) de profundidad y de menos de 7 mm (alrededor de 1/4 de pulgada) de ancho. El cáncer no se ha propagado a los ganglios linfáticos cercanos (N0) ni a sitios distantes (M0).
- Etapa IA2 (T1a2, N0, M0): el cáncer es entre 3 mm y 5 mm (alrededor de 1/5 de pulgada) de profundidad y de menos de 7 mm (alrededor de 1/4 de pulgada) de ancho. El cáncer no se ha propagado a los ganglios linfáticos cercanos (N0) ni a sitios distantes (M0).
- IB (T1b, N0, M0): incluye los cánceres en etapa I que se pueden ver sin un microscopio, así como los cánceres que sólo se pueden ver con microscopio, si se han propagado a más de 5 mm (alrededor de 1/5 de pulgada) de profundidad dentro del tejido conectivo del cuello uterino o tienen más de 7 mm de ancho. Estos cánceres no se han propagado a los ganglios linfáticos cercanos (N0) ni a sitios distantes (M0).

- IB1 (T1b1, N0, M0): el cáncer se puede ver, pero no tiene más de 4 cm (alrededor de 1 3/5 de pulgada). El cáncer no se propagó a los ganglios linfáticos cercanos (N0) ni a sitios distantes (M0).
  
- IB2 (T1b2, N0, M0): el cáncer se puede ver y mide más de 4cm. No se ha propagado a los ganglios linfáticos cercanos (N0) ni a sitios distantes (M0).
  
- Etapa II (T2, N0, M0): 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.
  
- Etapa IIA (T2a, N0, M0): el cáncer se ha propagado a los tejidos próximos al cuello uterino (parametrio). Puede que el cáncer haya crecido hacia la parte superior de la vagina. El cáncer no se propagó a los ganglios linfáticos cercanos (N0) ni a sitios distantes (M0).
  
- IIA1 (T2a1, N0, M0): el cáncer se puede ver, pero no tiene más de 4 cm (alrededor de 1 3/5 de pulgada). El cáncer no se propagó a los ganglios linfáticos cercanos (N0) ni a sitios distantes (M0).
  
- IIA2 (T2a2, N0, M0): el cáncer se puede ver y tiene más de 4 centímetros.

- IIB (T2b, N0, M0): el cáncer se ha propagado a los tejidos adyacentes al cuello uterino (el parametrio).
- Etapa III (T3, N0, M0): 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). El cáncer no se propagó a los ganglios linfáticos cercanos (N0) ni a sitios distantes (M0).
- IIIA (T3a, N0, M0): el cáncer se ha propagado al tercio inferior de la vagina, pero no a las paredes pélvicas. El cáncer no se propagó a los ganglios linfáticos cercanos (N0) ni a sitios distantes (M0).
- IIIB (T3b, N0, M0; O T1-3, N1, M0): cáncer ha crecido hacia las paredes de la pelvis y/o ha bloqueado uno o ambos uréteres (una afección llamada hidronefrosis) cáncer se propagó a los ganglios linfáticos en la pelvis (N1), pero no a sitios distantes (M0). El tumor puede ser de cualquier tamaño y pudo haberse propagado a la parte inferior de la vagina o a las paredes pélvicas (T1a T3).
- Etapa IV: ésta es la etapa más avanzada del cáncer de cuello uterino. El cáncer se ha propagado a órganos adyacentes o a otras partes del cuerpo.

- IVA (T4, N0, M0): el cáncer se propagó a la vejiga o al recto, que son órganos cercanos al cuello uterino (T4). El cáncer no se propagó a los ganglios linfáticos cercanos (N0) ni a sitios distantes (M0).
- IVB (cualquier T, cualquier N, M1): el cáncer se propagó a órganos distantes más allá del área pélvica, tales como los pulmones o el hígado. (Asociación Española contra el Cáncer , 2011)

### **2.3.9 Tratamiento**

El tratamiento del cáncer de cérvix incluye básicamente Cirugía y Radioterapia y, en algunas situaciones, también la Quimioterapia. El tipo de tratamiento dependerá del tamaño y localización del tumor, estado general de la paciente y la intención de tener hijos. Si la mujer estuviera embarazada se deberá plantear la posibilidad de retrasar el tratamiento hasta el nacimiento. La decisión sobre el tratamiento más adecuado a cada situación suele tomarse por consenso entre diferentes especialistas (Ginecólogo, Radioterapeuta, Oncólogo médico).

La Cirugía y la Radioterapia son tratamientos locales que solo afectan el área del tumor. La Quimioterapia es un tratamiento sistémico, es decir que afecta a todo el cuerpo.

#### a) Cirugía

Puede extirpar sólo el tejido maligno, todo el cuello cervical, o bien el útero en su totalidad (histerectomía), preservando o no los anejos (ovarios y trompas) y

extirpando los ganglios linfáticos regionales. El tipo de cirugía a realizar dependerá de la extensión del tumor. Se podrá realizar:

- b) Conización (biopsia en cono) si el cáncer es microinvasivo.
- c) Histerectomía

Que puede ser simple (extirpación del útero y cuello uterino) o radical (útero y cuello uterino, parte superior de la vagina, el tejido que rodea al cuello del útero y los ganglios linfáticos pélvicos). Si se extirpan las trompas de Falopio y los ovarios (opcional, según la edad de la paciente) se realizará de modo simultáneo a la histerectomía.

- d) Cervicectomía radical o traquelectomía

(Cirugía para extirpar el cuello uterino y que deja intacto al útero), con disección de los ganglios linfáticos pélvicos. Puede utilizarse en mujeres jóvenes que desean preservar la fertilidad (tener hijos en el futuro) y siempre que sea posible, según el tamaño del tumor. Este procedimiento ha logrado aceptación como alternativa a la histerectomía en estas situaciones.

Exenteración pélvica: se extirpa el útero, vagina, colon inferior, el recto y/o la vejiga, si el cáncer se ha diseminado a estos órganos tras la radioterapia. Las complicaciones de la cirugía varían según el procedimiento utilizado. Debido a que estos procedimientos quirúrgicos pueden afectar a la salud sexual de la mujer, es conveniente que sean discutidos previamente en detalle con las pacientes y su médico.

e) Radioterapia

La radioterapia es el uso de rayos X u otras partículas con alta potencia para eliminar las células malignas. La radioterapia puede administrarse sola, como tratamiento único, antes de la cirugía o en combinación de quimioterapia. La radioterapia puede ser externa o utilizando implantes (radioterapia interna o braquiterapia).

Los efectos secundarios de la radioterapia dependen de la dosis y el área del cuerpo sometida a tratamiento. Los más frecuentes incluyen cansancio, reacciones leves en la piel (seca o enrojecida) pérdida del apetito, náuseas, vómitos, molestias urinarias y diarrea. La mayoría de los dichos efectos desaparecen tras finalizar el tratamiento. Durante el mismo es aconsejable evitar las relaciones sexuales. Las mujeres pueden reanudar su actividad sexual al cabo de unas semanas de finalizado el tratamiento.

f) Quimioterapia

La quimioterapia es el uso de medicamentos para eliminar las células malignas. Suele administrarse (en ocasiones es posible la vía oral) por vía endovenosa y se traslada por el torrente sanguíneo hacia las células de todo el cuerpo, intentando destruir las células que pudiesen quedar después de la cirugía o radioterapia.

Los efectos secundarios dependen del medicamento utilizado y la dosis administrada. Los más frecuentes incluyen náuseas y vómitos, pérdida del apetito, diarrea, fatiga, leucocitos o hemoglobina bajos, sangrado o hematomas después de cortes o lesiones menores, adormecimiento o cosquilleo en manos o pies, dolor de cabeza, pérdida del cabello y oscurecimiento de la piel y las uñas. No todos aparecen en forma simultánea y la mayoría desaparece cuando finaliza el tratamiento, aunque algunos pueden ser más persistentes.

Otros posibles efectos secundarios incluyen la imposibilidad de quedar embarazada y la menopausia prematura. Con menor frecuencia, algunos fármacos pueden causar sordera parcial o daño renal.

La elección de uno, dos o los tres tipos de tratamiento, (cirugía, radioterapia, y/o quimioterapia) se basará en una serie de factores como son el tamaño del tumor, estadio, histología, afectación de los ganglios linfáticos, factores de riesgo para complicaciones a la radioterapia, cirugía o preferencias de la mujer según edad y deseo de descendencia.

Desde 1999, con la introducción en el tratamiento de la quimioterapia junto con la radioterapia, se ha conseguido mejorar la supervivencia de estas pacientes. La investigación de nuevos fármacos, modalidades o combinaciones de tratamientos, continúa para seguir la mejora en los resultados y también con objeto de disminuir los efectos secundarios, inmediatos y a largo plazo. ( Bover Barceló, 2015)

### **2.3.10 Factores de riesgo para el Cáncer de Cuello de Útero**

Aparte de la infección de HPV hay varios cofactores que aumentan el riesgo de cáncer de cuello del útero. Éstos incluyen:

- sexual - mujeres heterosexuales activas.

- Mujeres que tienen socios sexuales múltiples o tienen un socio sexual masculino promiscuo.
- Fumadores - las mujeres que fuman son dos veces tan probables conseguir el cáncer de cuello del útero comparado a los no fumadores. Esto podría ser debido a los efectos del tabaco y de sus sustancias químicas sobre las células cervicales.
- Ésos con un sistema inmune débil - esto incluye pacientes y a las mujeres Seropositivos después de un trasplante de órgano que están tomando los inmunosupresores para parar al cuerpo que rechaza órganos donados.
- El uso Oral de las píldoras anticonceptivas por más de 5 años puede aumentar el riesgo de cáncer de cuello del útero.
- Las Mujeres que tienen dos niños tienen dos veces el riesgo de contraer el cáncer de cuello del útero compararon a las mujeres que no tienen ningún niño. Esto es una asociación no entendible. Algunos especulan que los cambios hormonales que ocurren durante embarazo podrían hacer la cerviz más vulnerable a los efectos de HPV. Los embarazos Múltiples también aumentan el riesgo de cáncer de cuello del útero.
- Co-Infecciones con la Infección VIH, infección del Chlamydia.

- La Exposición al dietilestilbestrol hormonal de la droga (DES) aumenta el riesgo de cáncer vaginal y de cuello del útero.
  
- Ésos con antecedentes familiares del cáncer de cuello del útero son más a riesgo de conseguir este cáncer. Hay un riesgo genético posible asociado a HLA-B7. (Mandal, 2012).

## **2.4 Marco Legal**

Para este estudio se toma en cuenta la Constitución de la Reduplica del Ecuador, plan del buen vivir.

### **2.4.1 Constitución de la República del Ecuador.**

#### **Salud**

*“Art. 32.- “La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la Educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a*

*programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética. (Asamblea Constituyente, 2008)*

## **2.4.2 Plan Del Buen Vivir**

### **Objetivo 3**

*“mejorar la calidad de vida de la población”*

La Constitución, en el artículo 66

*Mejorar la calidad de vida de la población es un proceso multidimensional y complejo. Entre los derechos para mejorar la calidad de vida se incluyen el acceso al agua y a la alimentación (art. 12), a vivir en un ambiente sano (art. 14), a un hábitat seguro y saludable, a una vivienda digna con independencia de la situación social y económica (art. 30), al ejercicio del derecho a la ciudad (art. 31) y a la salud (art. 32) (Asamblea Constituyente, 2008).*

### **Políticas Y Lineamientos**

*3.1. “Promover el mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios de atención que componen el*

*Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social  
Políticas y lineamientos estratégicos.*

*3.2. "Ampliar los servicios de prevención y promoción de la salud para mejorar las condiciones y los hábitos de vida de las personas."*

*3.3. "Garantizar la prestación universal y gratuita de los servicios de atención integral de salud."*

*3.4. "Fortalecer y consolidar la salud intercultural, incorporando la medicina ancestral y alternativa al Sistema Nacional de Salud."*

*3.5. "Garantizar el acceso efectivo a servicios integrales de salud sexual y reproductiva, como un componente del derecho a la libertad sexual de las personas."*

*3.6. "Promover entre la población y en la sociedad hábitos de alimentación nutritiva y saludable que permitan gozar de un nivel de desarrollo físico, acorde con*

*3.7. "Fomentar el tiempo dedicado al ocio activo y el uso del tiempo libre en actividades físicas, deportivas*

*y otras que contribuyan a mejorar las condiciones físicas, intelectuales y sociales de la población.”*

*3.8. “Propiciar condiciones adecuadas para el acceso a un hábitat seguro e incluyente.”*

*3.9. “Garantizar el acceso a una vivienda adecuada, segura y digna.”*

*3.10. “Garantizar el acceso universal, permanente, sostenible y con calidad a agua segura y a servicios básicos de saneamiento, con pertinencia territorial, ambiental, social y cultural.”*

*3.11. “Garantizar la preservación y protección integral del patrimonio cultural y natural y de la ciudadanía ante las amenazas y riesgos de origen natural o antrópico”*

*3.12. “Garantizar el acceso a servicios de transporte y movilidad incluyentes, seguros y sustentables a nivel local e internacional*

## **2.5 Marco Ético**

### **2.5.1 Derechos del Paciente**

*2.- Derecho a una Atención Digna.- Todo paciente tiene derecho a ser atendido oportunamente en el centro de salud de acuerdo a la dignidad que merece todo ser humano y tratado con respeto, esmero y cortesía.*

*3.- Derecho A No Ser Discriminado.- Todo paciente tiene derecho a no ser discriminado por razones de sexo, raza, edad, religión o condición social y económica.*

*4.- Derecho A La Confidencialidad.- Todo paciente tiene derecho a que la consulta, examen, diagnóstico, discusión, tratamiento y cualquier tipo de información relacionada con el procedimiento médico a aplicársele, tenga el carácter de confidencial.*

*5.- Derecho A La Información.- Se reconoce el derecho de todo paciente a que, antes y en las diversas etapas de atención al paciente, reciba del centro de salud a través de sus miembros responsables, la información concerniente al diagnóstico de su estado de salud, al pronóstico, al tratamiento, a los riesgos a los que médicamente está expuesto, a la duración probable de incapacitación y a las alternativas para el cuidado y*

*tratamientos existentes, en términos que el paciente pueda razonablemente entender y estar habilitado para tomar una decisión sobre el procedimiento a seguirse. Exceptúan las situaciones de emergencia. El paciente tiene derecho a que el centro de salud le informe quien es el médico responsable de su tratamiento.*

*6.- Derecho A Decidir.- Todo paciente tiene derecho a elegir si acepta o declina el tratamiento médico. En ambas circunstancias el centro de salud deberá informarle sobre las consecuencias de su decisión.*

*7.- Situación De Emergencia.- Es toda contingencia de gravedad que afecte a la salud del ser humano con inminente peligro para la conservación de la vida o de la integridad física de la persona, como consecuencia de circunstancias imprevistas e inevitables, tales como: choque o colisión, volcamiento u otra forma de accidente de tránsito terrestre, aéreo o acuático, accidentes o infortunios en general, como los ocurridos en el medio de trabajo, centros educativos, casa, habitación, escenarios deportivos, o que sean el efecto de delitos contra las personas como los que producen heridas causadas con armas corto punzantes, de fuego, contundentes, o cualquiera otra forma de agresión material.*

*8.- Todo paciente en estado de emergencia debe ser recibido inmediatamente en cualquier centro de salud, público o privado, sin necesidad de pago previo.*

9.- *Se prohíbe a los servicios de salud públicos y privados exigir al paciente en estado de emergencia y a las personas relacionadas con él, que presenten cheques, tarjetas de crédito, pagarés a la orden, letras de cambio u otro tipo de documento de pago, como condición previa a ser recibido, atendido y estabilizado en su salud. Tan pronto como el paciente haya superado la emergencia y se encuentre estabilizado en sus condiciones físicas, el centro de salud tendrá derecho para exigir al paciente o a terceras personas relacionadas con él, pago de los servicios de salud que recibió. Nota: Artículo reformado por Ley No. 67, publicada en Registro Oficial Suplemento 423 de 22 de diciembre del 2006.*

11.- *Los valores no recuperados por el centro de salud por la atención a (sic) un paciente en estado de emergencia, podrán deducirse del impuesto a la renta de (sic) conformidad con las disposiciones de la Ley de Régimen Tributario Interno.*

#### 2.5.2 Derechos de la Mujer

- *Derecho a la Participación política*  
*Política 1 El Estado Ecuatoriano garantiza la participación equitativa y paritaria de mujeres y hombres en todas las instancias del poder público, tanto*

*por la vía electoral como por designación en: Función Legislativa, Función Ejecutiva y Función Judicial, organismos de control y gobiernos locales; sistema político; sistema electoral y de partidos políticos.*

*Política 2 El Estado Ecuatoriano garantiza que se incluyan políticas de género en el sistema electoral y de partidos políticos del Ecuador .*

*Política 3 El Estado Ecuatoriano incorpora el enfoque de género en los procesos de participación social y política del país.*

- *Derecho a ejercer la ciudadanía*

*Política 1 El Estado Ecuatoriano garantiza el ejercicio de la ciudadanía de todas las mujeres, niñas y adolescentes y asume dicho ejercicio como indicador de democracia*

*Política 2 Los gobiernos locales incorporan el enfoque de género en su planificación institucional, presupuestaria y de desarrollo garantizando recursos para acciones integrales pro equidad.*

*Política 3 El Estado asume el fortalecimiento de la autoría social de las mujeres y su participación en la formulación y exigibilidad de las políticas públicas sociales, económicas y de género como una política de Estado.*

- *Gobernabilidad Democrática*

*Política 1 El Estado ecuatoriano define su agenda de desarrollo humano, gobernabilidad y bienestar, con equidad de género.*

*Política 2 El Estado ecuatoriano apoya y sustenta procesos sociales y económicos para el desarrollo del Plan de Igualdad de Oportunidades en todos los sectores del Estado en el nivel central y local comprometiendo la institucionalidad pública y concertando con la sociedad civil.*

*Política 3 El Estado central fortalece el rol rector de políticas públicas de género y para la promoción, protección y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, niñas y adolescentes que realiza el CONAMU, con presupuesto suficiente, oportuno y con los mecanismos de inversión necesarios para el desarrollo de sus acciones. Promoción y protección de derechos culturales, interculturales, a la educación, calidad de vida y autonomía*

- *Derechos Culturales*

*Política 1 Las políticas sociales del país se desarrollan trans-sectorialmente e integran una perspectiva de género e intercultural.*

*Política 2 El Estado ecuatoriano asume los derechos culturales como base esencial de la democracia*

- *Derecho a la Educación*

*Política 1 El sistema educativo ecuatoriano garantiza el acceso equitativo y la permanencia de mujeres, niñas y adolescentes a una educación de calidad en todas las regiones y sectores del país.*

*Política 2 El sistema educativo incorpora el enfoque de género como eje de los procesos de aprendizaje formal y no formal en todos sus niveles y garantiza condiciones de seguridad y bienestar estudiantil.*

*Política 3 El Estado ecuatoriano cuenta con políticas y programas para la erradicación del analfabetismo desde una visión de género.*

*Política 4 Formación mujeres jóvenes y adultas capacitación laboral -ocupacional (campos ocupacional, técnico y tecnológico).*

- *Derecho a una vida de calidad*

*Política 1 El Estado ecuatoriano incorpora en su planificación presupuestaria los recursos suficientes para la promoción, formulación y ejecución de políticas, planes, programas y proyectos orientados a mejorar la calidad de vida y la autonomía de las mujeres.*

*Política 2 El Estado ecuatoriano promueve cambios culturales a favor de la equidad de género y la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres. Promoción y protección del derecho a una vida libre de violencia, a la paz, a la salud, a los derechos sexuales y reproductivos y acceso a la justicia* *Derecho a una vida libre de violencia Política 1 La institucionalidad de género del Estado contará con recursos suficientes y permanentes para el desarrollo de sus acciones a favor de la erradicación de la violencia de género.*

*Política 2 Articular la prevención, erradicación y sanción de la violencia intrafamiliar y de género al conjunto de sectores estatales para potenciar recursos técnicos, institucionales, políticos y financieros.*

*Política 3 El Estado Ecuatoriano garantizará un marco legal que prevenga y sancione toda forma de violencia en contra de las mujeres sin que medie su diversidad por edad, etnia, clase, opción sexual y procedencia.*

*Política 4 El Estado Ecuatoriano en nivel descentralizado con la participación de la sociedad civil construirá redes de promoción, protección y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres.*

*Política 5 El Estado Ecuatoriano garantizará la erradicación de mensajes que fomenten la violencia en contra de las mujeres, las niñas(os) y las(os) adolescentes desde cualquier medio o mecanismo de comunicación y en cualquier formato.*

- *Derecho a la Paz*

*Política 1 El Estado ecuatoriano priorizará las políticas, planes y programas orientadas a la aplicación de acciones positivas en la frontera del país*

*Política 2 El Estado Ecuatoriano reconoce que el desplazamiento producto del conflicto de frontera norte, es un problema social y que las mujeres, niñas, niños y adolescentes están en condiciones de mayor vulnerabilidad*

*Política 3 El Estado ecuatoriano fomentará la cultura de paz y no violencia, así como la eliminación de todos los estereotipos de género que perpetúan*

*comportamientos de discriminación, servilismo, esclavitud u opresión.*

- *Derecho a la Justicia*

*Política 1 El sistema de justicia ecuatoriano cuenta con los mecanismos y procedimientos necesarios para la defensa y restitución de los derechos específicos de las mujeres, niñas/os y adolescentes.*

*Política 2 El sistema de justicia ecuatoriano cuenta con profesionales especializados y sensibilizados en el área de derechos humanos y de derechos específicos de las mujeres. Política 3 La administración de justicia y los mecanismos de exigibilidad incorporan elementos de justiciabilidad de derechos humanos de las mujeres.*

*Política 4 El Estado Ecuatoriano avanza en la construcción de modelos interculturales para la prevención y erradicación de la violencia de género, garantiza el acceso a la justicia de las mujeres indígenas y afro descendientes y elimina la impunidad de los delitos contra las mujeres.*

- *Derecho a la Salud*

*Política 1 La Ley de Maternidad Gratuita como prioridad en materia de salud pública y asignación presupuestaria.*

*Política 2 El sistema de salud del país incorpora las necesidades específicas y los factores bio-psico-sociales de las mujeres, niñas y adolescentes en la formulación de todos sus planes y programas de atención y prevención.*

*Política 3 El sistema de formación de profesionales de la salud (pública y privada) incorpora un enfoque integral en su proceso de enseñanza–aprendizaje, considerando las diferencias de la constitución anatómica, biológica, psicológica, y de situación social, económica, étnica, cultural y etaria de las mujeres.*

- *Derechos Sexuales y Reproductivos*

*Política 1 El Estado cuenta con un marco jurídico coherente que posibilita la plena aplicación de los mandatos constitucionales y la normativa internacional en el campo de los derechos sexuales y reproductivos.*

*Política 2 El tratamiento de los derechos sexuales y reproductivos en el Ecuador es asumido desde el enfoque de derechos.*

*Política 3 El Estado ecuatoriano asume como prioridad nacional la prevención y erradicación del abuso, acoso y explotación sexual de niñas y adolescentes ya sea comercial o en condiciones de servilismo.*

*Política 4 Desarrollar un marco jurídico y de políticas públicas que garanticen la vigencia de los derechos humanos de los grupos sociales más vulnerables en su posibilidad de ejercer plenamente los derechos sexuales y reproductivos. Promoción y protección de los derechos económicos, ambientales, trabajo y acceso a recursos financieros y no financieros*

- *Derechos Económicos*

*Política 1 Los planes de gobierno en el Estado ecuatoriano se formulan, diseñan y ejecutan desde una vinculación sistémica entre las políticas sociales y las políticas económicas.*

*Política 2 El Estado ecuatoriano prioriza la política social como base para el desarrollo del país y la construcción efectiva de la democracia como el primero de los derechos humanos.*

*Política 3 Se consolida y promueve la Política Nacional a favor de las Mujeres Rurales desde diversas intervenciones trans-sectoriales y como un programa de inversión pública de prioridad nacional.*

*Política 4 Se cualifican las políticas de protección social desde una perspectiva de derechos y enfoque de equidad de género.*

- *Derechos Ambientales*

*Política 1 El Estado ecuatoriano maneja una política ambiental vinculante entre la reactivación económica del país, el manejo adecuado de los recursos ambientales y la vigencia de los derechos humanos y específicos de las mujeres.*

*Política 2 Los sectores ambiental, productivo, extractivo, industrial y energético incorporan plenamente el enfoque de género-ambiente y de derechos humanos de las mujeres en el diseño, formulación y ejecución de políticas, planes y programas.*

- *Derecho al Trabajo*

*Política 1 El Estado ecuatoriano erradica la discriminación ocupacional de las mujeres y las diferencias salariales y de ingresos entre mujeres y hombres.*

*Política 2 El Estado valora el trabajo reproductivo para el mejoramiento de las condiciones de las mujeres en su acceso al trabajo.*

### 2.5.3 Código deontológico de la Enfermera

*De Los Deberes De Las Enfermeras Como Profesionistas*

*Artículo décimo. - Aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos .Debidamente actualizados en el desempeño de su profesión.*

*Artículo décimo primero.- Asumir la responsabilidad de los asuntos inherentes a su Profesión, solamente cuando tenga la competencia, y acreditación correspondiente para Atenderlos e indicar los alcances y limitaciones de su trabajo.*

*Artículo décimo segundo.- Evitar que persona alguna utilice su nombre o cédula Profesional para atender asuntos inherentes a su profesión.*

*Artículo décimo tercero.- Contribuir al fortalecimiento de las condiciones de seguridad e Higiene en el trabajo.*

*Artículo décimo cuarto.- Prestar sus servicios al margen de cualquier tendencia xenófoba, Racista, elitista, sexista, política o bien por la naturaleza de la enfermedad.*

*Artículo décimo quinto.- Ofrecer servicios de calidad avalados mediante la certificación Periódica de sus conocimientos y competencias.*

*Artículo décimo sexto.- Ser imparcial, objetiva y ajustarse a las circunstancias en las que Se dieron los hechos, cuando tenga que emitir opinión o juicio profesional en cualquier Situación o ante la autoridad competente.*

*2.6 De los deberes de las enfermeras para con su profesión*

*Artículo vigésimo tercero.- Mantener el prestigio de su profesión, mediante el buen Desempeño del ejercicio profesional.*

*Artículo vigésimo cuarto.- Contribuir al desarrollo de su profesión a través de diferentes Estrategias, incluyendo la investigación de su disciplina.*

*Artículo vigésimo quinto.- Demostrar lealtad a los intereses legítimos de la profesión Mediante su participación colegiada.*

## *2.7 Deberes de las enfermeras para con la sociedad*

*Artículo vigésimo sexto.- Prestar servicio social profesional por convicción solidaria y Conciencia social.*

*Artículo vigésimo séptimo.- Poner a disposición de la comunidad sus servicios Profesionales ante cualquier circunstancia de emergencia.*

*Artículo vigésimo octavo.- Buscar el equilibrio entre el desarrollo humano y la Conservación de los recursos naturales y el medio ambiente, atendiendo a los derechos de las generaciones futuras. (CIE)*

## **CAPÍTULO III**

### **3 Metodología de la investigación**

#### **3.1 Diseño de Investigación**

Este estudio es de diseño Cualitativo no experimental:

Cualitativo.- porque vamos encaminados a la descripción de ciertas características propias de cada una de las variables.

No experimental.- ya que se recolecta datos de un momento único y no se manipulan las variables.

#### **3.2 Tipo de Investigación**

El presente estudio es de tipo descriptivo ya que describe los hechos como son observados. Longitudinal ya que recolecta datos a través del tiempo en puntos o períodos específicos, para hacer inferencias respecto al cambio, sus determinantes y consecuencias y retrospectiva ya que se basa en investigaciones de datos obtenidos con anterioridad, en tiempo pasado.

### **3.3 Población y Muestra:**

Se toma en cuenta la totalidad de las pacientes diagnosticadas de cáncer cervico uterino que han sido atendidas desde el 2005 al 2010 en SOLCA Ibarra siendo el número total de 30.

### **3.4 Criterios de inclusión**

Mujeres atendidas en SOLCA Ibarra con diagnóstico de cáncer uterino en el periodo 2005 al 2010.

### **3.5 Criterios de Exclusión**

Para esta investigación no existen criterios de exclusión por que se toma como Universo a todas las pacientes con diagnóstico de cáncer de cérvix

### 3.6 Operacionalización De Variables

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Características sociales	Es el análisis, estudio y obtención de datos y conclusiones sobre un grupo social determinado, obteniendo un perfil que señale la dinámica y características actuales de la población en el sector grupal elegido.	Rango de edad	Edad	De 25 a 35 De 36 a 45 De 46 a 55 De 56 o mas
		Educación	Escolaridad	Analfabeta Primaria Secundaria Superior
Características demográficas		Lugar de residencia	Domicilio	Ibarra Otavalo Carchi San Antonio Ambuquí

		Auto identificación	Etnia	Mestiza Indígena Afro ecuatoriana
			Estado civil	soltera Casado Unión libre divorciada viuda

Factores de riesgo	Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión	Predisposición a riesgo	Número de hijos	0 a 2 hijos 3 o más	
				Parejas sexuales	1 a 3 4 a 5
				Menarquia	10 a 13 14 a 16
				Enfermedades de transmisión sexual	Si no
Tipología	Clasificaciones del cáncer según su estructura celular.	Características del cáncer de cuello uterino	Tipos de cáncer	Carcinoma escamoso invasivo  Adenocarcinoma cáncer de cérvix adenocarcinoma papilar	

### **3.7 Métodos de recolección de datos**

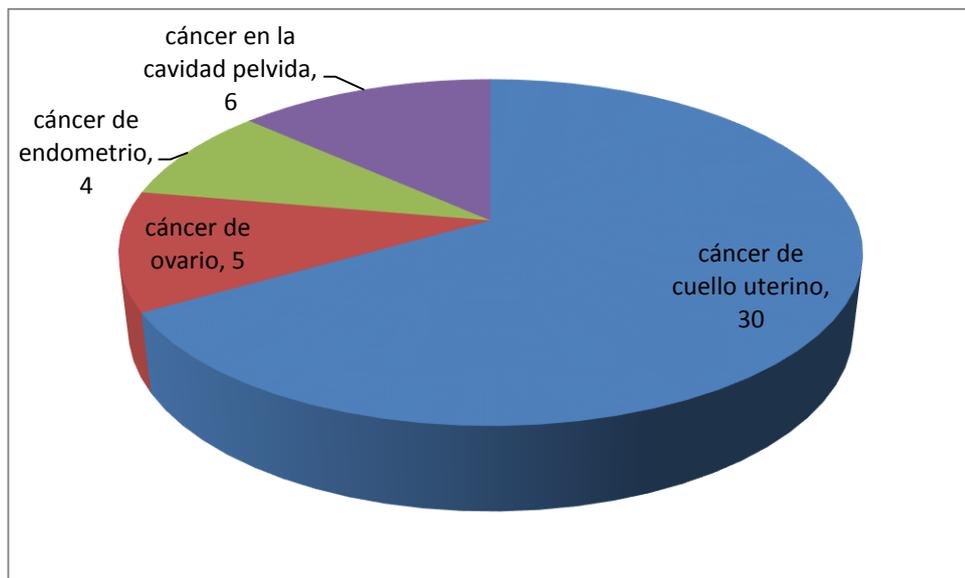
El método utilizado es el inductivo, se realizó una revisión documental de las historias clínicas, obteniendo datos socio-demográficos tipos de cáncer de cérvix encontrados y su grado, tratamiento recibido entre otros se tabularon en el programa Microsoft Excel y posteriormente se analizaron las variables cualitativas la frecuencia absoluta y relativa y a las cuantitativas los porcentajes.

- Registros.
- Computador.
- Material de educación.

## CAPÍTULO IV

### 4 Resultados de la investigación

**Gráfico# 1 Pacientes atendidos periodo 2005 / 2010**

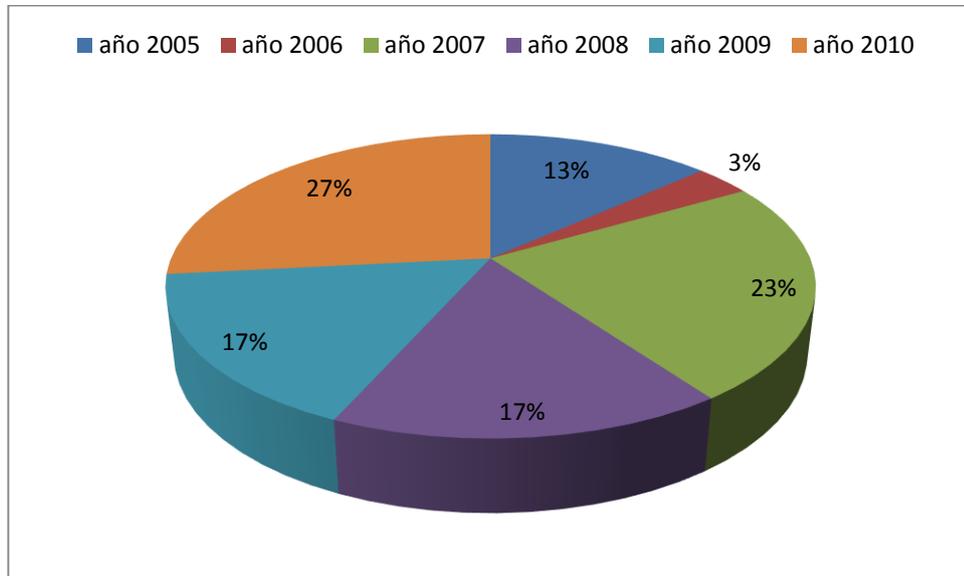


Fuente: Datos obtenidos

Autora: Urresta Mendoza María José

Las pacientes atendidas en el periodo 2005/ 2010 diagnosticadas con patologías ginecológicas fueron 45 de estas 30 resultaron positivas en cáncer de cérvix. En un estudio realizado en Cuba en el año 2004 Es evidente que el cáncer cervico uterino persiste como un problema relevante de salud pública en América Latina y el Caribe. Cada año, se diagnostican cerca de 77.000 nuevos casos y unas 30.000 mujeres mueren prematuramente por esta enfermedad. (Merle, 2004). Como se plantea en el estudio de referencia el cáncer de cérvix es una de las causa de muerte prematura en el mundo. A pesar que en el Ecuador existen programas para diagnosticar precozmente el cáncer de cérvix es una de los motivos de muerte prematura en mujeres.

**Gráfico# 2 Diagnostico por año**

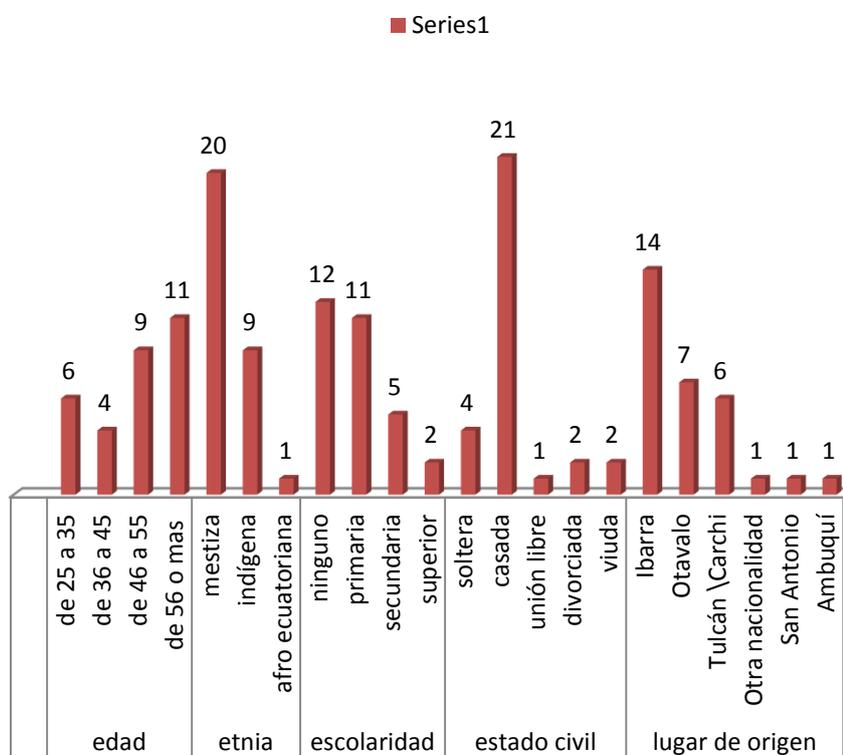


Fuente: Datos obtenidos

Autora: Urresta Mendoza María José

La población de Imbabura es de 398.244 habitantes de las cuales 204.580 son mujeres ;de estas se tomó la población en riesgo que son las mujeres en edad fértil , esta población es de 102.725 mujeres para poder calcular la incidencia tomamos el número de casos nuevos que son 30; dividido por la población en riesgo 102.725 mujeres El resultado es :incidencia que es: d2 casos por cada 100.000 habitantes en riesgo ,este dato en comparación con otros resultados en el Registro de Tumores de SOLCA en Loja (32,2), El Oro (27,3), Guayaquil (29,9), Quito (19,1), Manabí (19.5) y Cuenca (17,2).. (SOLCA, 2005) Evidentemente la incidencia de cáncer de cuello uterino en SOLCA Ibarra es baja.

**Gráfico# 3 socio demografía de las pacientes**



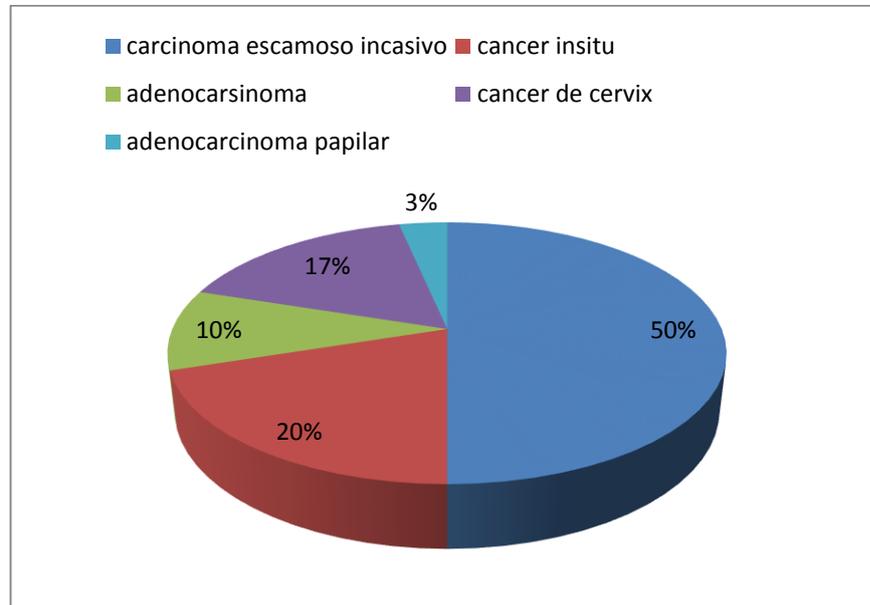
Fuente: Datos obtenidos

Autora: Urresta Mendoza María José

El 37% del grupo estudiado son mayores de 56 años, la edad media de la población es de 51 años. Un estudio realizado en Cuba en el 2010 plantea que la distribución por edades de las tasas de incidencia del cáncer muestra un notable incremento a partir de la 6ta década, con un vertiginoso crecimiento del riesgo en los últimos quinquenios de la vida, hasta los 80 años en que decrece, motivado esto último por una baja calidad en el diagnóstico y un sub-registro en este grupo de pacientes. (Davila, Garcia, Garcia, & Castillo, 2010) Al valorar el comportamiento de la edad se ve que la mayoría de las pacientes son adultas con una media de 51 años, las edades coinciden con el estudio de referencia entre más edad tiene la mujer más riesgo tiene de contraer cáncer de cuello uterino notando así que las medidas de prevención que en este momento están vigentes van a beneficiar mayormente a las adultas jóvenes a las adolescentes y futuras generaciones ya que anteriormente no existía la conciencia de que la mujer debe realizarse un Papanicolaou al año desde que inicia su vida sexual.

En el gráfico que antecede el 40 % de las pacientes no tienen ningún estudio seguido del 36 % de las pacientes que tienen estudios primarios y en poca cantidad las pacientes tienen estudios de nivel superior. En el estudio realizado en Tungurahua en el año 2007 se reportó que el 78 % de pacientes con cáncer invasor ocurre en analfabetas y con menor escolaridad. (Echeverría Muñoz & Aguilar Salazary, 2007). Al comparar estos dos estudios se corrobora que las pacientes que no tienen escolaridad son más susceptibles a contraer cáncer de cérvix debido a falta de información, sobre la probabilidad de contraer cáncer de cérvix los medios para diagnosticarlos a tiempo y las medidas para prevenirlas.

**Gráfico# 4 Tipos de Cáncer de Cuello Uterino encontrados en las pacientes de SOLCA Ibarra**

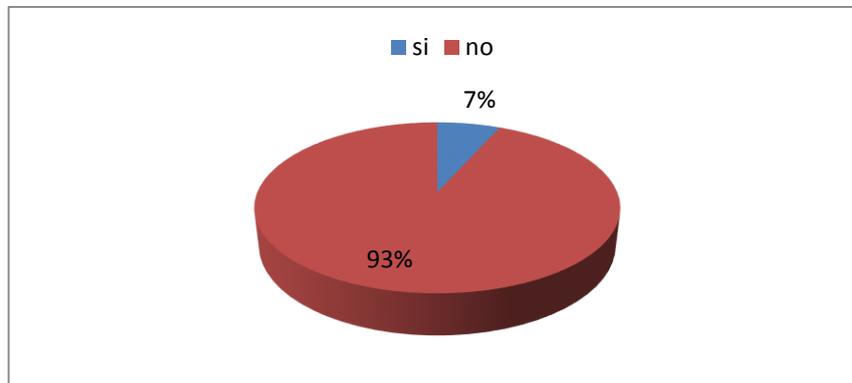


Fuente: Datos obtenidos

Autora: Urresta Mendoza María José

En este estudio el 50 % de las pacientes han presentado carcinoma escamoso invasivo. En un estudio realizado en Cuba en el año 2010 según la clasificación de FIGO— más de la mitad de los casos con diagnóstico de cáncer del cuello uterino (57,1 %) presentaban un tumor en etapa 0 (carcinoma *in situ*), mientras que la 6ta parte (16,9 %) estaba en etapa I y similar proporción (18,8 %) presentaba un tumor que infiltraba parcialmente los parámetros y/o vagina (etapa II). ( Dávila , Valdes, & Alvares, 2010) Es importante la detección precoz del carcinoma escamoso invasor, ya que este cáncer tiene una gran tendencia a la metástasis y es producido principalmente por el virus del papiloma humano. El diagnostico a tiempo puede hacer una gran diferencia en cuanto a la evolución del mismo ya que por su carácter invasivo puede presentar infiltración a otros órganos en muy poco tiempo.

**Gráfico# 5 Enfermedades de transmisión sexual**

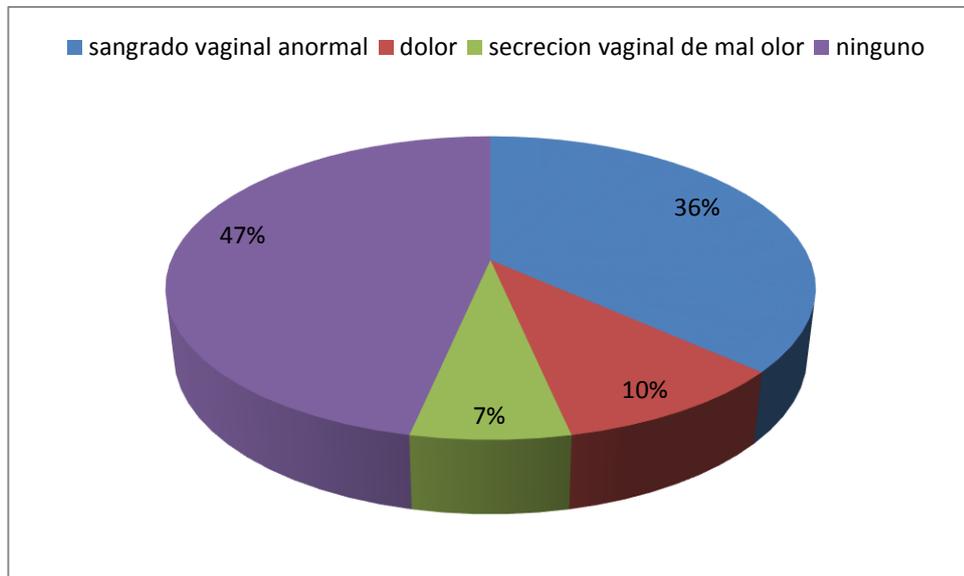


Fuente: Datos obtenidos

Autora: Urresta Mendoza María José

El 93 % de las pacientes reportan no haber tenido enfermedades de transmisión sexual a lo largo de su vida, sin embargo, como se plantea en la literatura una de las principales causas de mismo es la presencia de infecciones vaginales concurrentes, y con tratamientos incompletos. Además actualmente el cáncer de cuello uterino en cierto punto se ha tomado como una enfermedad de transmisión sexual ya que mayormente está causado por el virus de papiloma humano entre otras enfermedades. Como se evidencia los resultados del presente estudio no coinciden con lo reportado en la literatura, pues en un estudio realizado en Cuba en el año 2005 plantea que los virus oncogénicos desempeñan un papel etiológico de extrema importancia en varios de los tumores malignos que afectan al hombre. En el mismo estudio ha sido identificado al Virus del Papiloma Humano como el factor etiológico fundamental en el desarrollo del cáncer de cuello uterino. En el 90-100 % de los casos diagnosticados con cáncer cervico uterino se ha identificado el ADN transcrito y los productos proteicos de este virus, con una prevalencia del 5-20 %.<sup>9</sup> Han sido aislados, secuenciados y clonados al menos 100 tipos, y de ellos, 50 están asociados con el tracto genital femenino. Este virus ha sido clasificado según el grado de transformación maligna ( León Cruz & Bosque, 2005)

**Gráfico# 6 Síntomas previos al diagnostico**

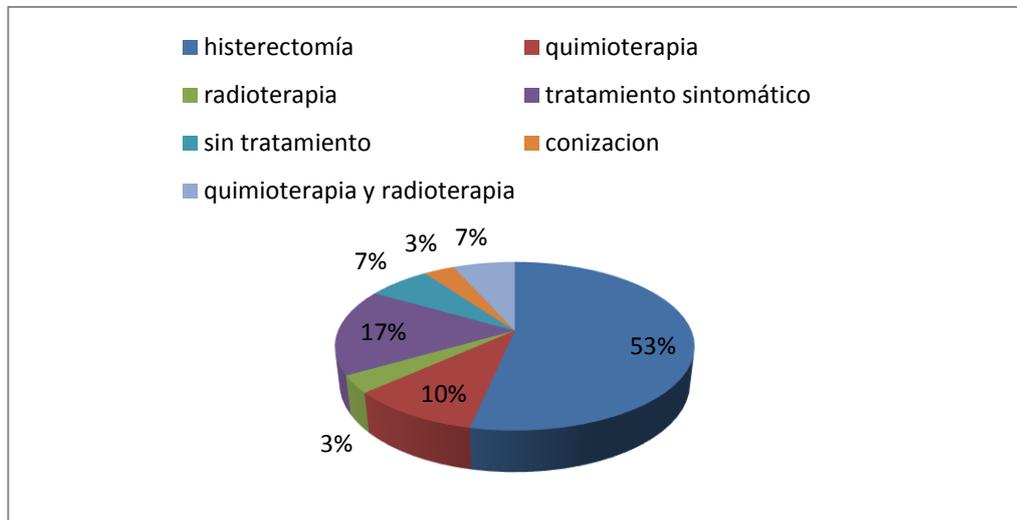


Fuente: Datos obtenidos

Autora: Urresta Mendoza María José

En relación a los síntomas y signos previos al diagnóstico, se obtuvo que el 47 % de las pacientes no presentaron signos ni síntomas que les permita anticipar la presencia de alguna patología uterina, no obstante el 53 % de las pacientes restantes presentaron como síntoma más común el sangrado anormal. Dichos resultados coinciden con la bibliografía consultada, ya que un estudio realizado en Colombia en el año 2007, plantea que El 66,7% de las pacientes fue a consulta por sangrado anormal por la vagina como el síntoma principal. El 19,6% registraron como el motivo principal de consulta la citología anormal y el 3,7% manifestó dolor pélvico como primer síntoma. En el 8,6% de los casos no se reportó cuál fue el motivo inicial de consulta. (Soto, Pachon, & Smith, 2007). Esos resultados permiten analizar cuán importante es un control médico y la realización oportuna del Papanicolaou sin necesidad de tener signos o síntomas aparentes, como también es importante acudir al médico inmediatamente ante la presencia de cualquier sintomatología.

**Gráfico# 7 Tratamiento recibido**

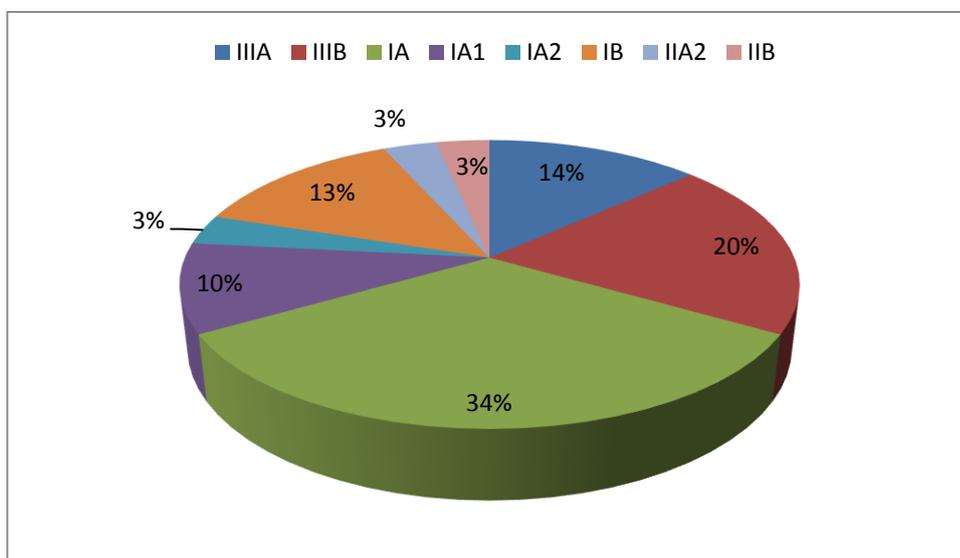


Fuente: Datos obtenidos

Autora: Urresta Mendoza María José

En relación al tratamiento recibido en el gráfico 6, se observa que el 53 % de las pacientes fueron tratadas con una histerectomía y una paciente recibió como tratamiento la conización. En un estudio realizado en Argentina en el año 2012, se obtuvo que el 26,78% de las menores de 35 años se presentaron en estadio quirúrgico. En estas pacientes se realizaron cirugías de Piver III y una traquelectomía radical en una paciente nulípara. (Boreli, Rodríguez De La Peña, Morrone, & Stigliano, 2012) .De acuerdo con el estudio anteriormente citado La mayoría de las pacientes fueron diagnosticadas cuando el cáncer estaba en un estadio avanzado, siendo candidatas para realizarse una histerectomía, pues mediante esta técnica se resguardan los órganos anexos de una metástasis, una de las pacientes del estudio fue tratada con una conización , lo cual coincide con los resultados del presente estudio, ya que este tratamiento se realiza cuando es diagnosticada en una etapa temprana del cáncer evidenciando así la necesidad de crear la cultura de realizar el papa test como mínimo una vez por año desde que se inicia la vida sexual.

**Gráfico# 8 Grado de cáncer de cuello uterino**



Fuente: Datos obtenidos

Autora: Urresta Mendoza María José

El 34% de las pacientes se encontraron un estadio IA. En un estudio realizado en Tungurahua en el año 2007 los diagnósticos fueron tardíos, sin embargo, el 34 % de las pacientes fueron diagnosticadas en estado IA, esta es la forma más temprana de la etapa I. Hay una cantidad muy pequeña de cáncer que es visible solamente bajo el microscopio. Según el estudio del 2007 Los diagnósticos que fueron tardíos (solo 20% son estadio I), el 77,6% tuvo al menos un estudio histopatológico. (Echeverría Muñoz & Aguilar Salazary, 2007). Al observar los resultados de este estudio se verificó que un buen porcentaje fue diagnosticado en una etapa temprana, lo cual puede deberse a las actividades que realizan el ministerio de salud pública con el Papanicolaou y su promoción para el diagnóstico precoz del cáncer de cuello uterino. No obstante, como se puede evidenciar el resto de las pacientes del estudio se diagnosticaron en etapas más avanzadas, constituyendo aun un porcentaje elevado de los casos que requieren por su complejidad tratamientos quirúrgicos, lo cual incrementa los gastos de salud.

## CAPÍTULO V

### 5 Conclusiones y Recomendaciones

#### 5.1 Conclusiones

- La incidencia de cáncer de cuello uterino en pacientes atendidas en SOLCA Ibarra en el año 2005 hasta el 2010 es de 2.9 por cada 100.000 habitantes.
- La edad media de las pacientes atendidas en SOLCA Ibarra es de 51 años, estado civil casadas con más frecuencia con educación primaria.
- El tipo de cáncer de cuello uterino más frecuente fue el carcinoma escamoso invasivo, seguido del carcinoma insitu. La mayoría de las pacientes presentaron un estadio IA al momento del diagnóstico.
- La histerectomía fue el tratamiento que con mayor frecuencia se les practico a las pacientes del estudio.
- Las charlas realizadas sobre el cáncer de cuello uterino en SOLCA permitieron concientizar a las pacientes atendidas sobre la forma de prevención y los signos y síntomas más frecuentes además de la importancia de realizarse el Papanicolaou.

## **5.2 Recomendaciones**

- Al Ministerio de Salud Pública persistir con las campañas de educación del Papanicolaou para que así en un futuro se pueda diagnosticar a más mujeres en etapas tempranas del cáncer.
- A las instituciones públicas y privadas que soliciten a sus empleadas realizarse un Papanicolaou al año.
- A las instituciones educativas incluyan en su malla curricular asignaturas de educación sexual y reproductiva.

## BIBLIOGRAFÍA

- Bover Barceló, m. i. (4 de agosto de 2015). Obtenido de <http://www.seom.org/es/informacion-sobre-el-cancer/info-tipos-cancer/ginecologico/cervix#content>
- Dávila , L., Valdes, A., & Alvares, F. (2010). cancer de cuello uterino. *Scielo*, [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2010000400014](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000400014).
- León Cruz, L., & Bosque, D. d. (2005). Infección por el virus del papiloma humano y factores relacionados con la actividad sexual en la génesis del cáncer de cuello uterino. *scielo*, [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2005000100010&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2005000100010&script=sci_arttext).
- Rodríguez Salvá, D. (1999). facores de riesgo de cancer de cervix. *csielo*.
- aecc. (24 de junio de 2013). *aecc contra el cancer*. Obtenido de <https://www.aecc.es/SOBREELCANCER/CANCERPORLOCALIZACION/CANCERDECERVIX/Paginas/incidencia.aspx>
- Arzuaga, M. A., De Souza Vera, M. D., & De Azevedo Lima, L. (2012). El cáncer de cuello de útero: un problema social mundial. *Scielo*, [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192012000100007&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192012000100007&script=sci_arttext).
- Asamblea Constituyente. (2008). *Constitucion de la Republica del Ecuador*. Montecristi - Manabi.
- Asociacion Española contra el Cáncer . (10 de Junio de 2011). *Asociacion Española contra el Cáncer* . Obtenido de <https://www.aecc.es/SOBREELCANCER/CANCERPORLOCALIZACION/CANCERDEUTERO/Paginas/Fases.aspx>
- Boreli, J., Rodríguez De La Peña, M. A., Morrone, M., & Stigliano, X. (2012). Incidencia de Cáncer de cuello uterino en menores de 35 años. *aasociacio argentina de ginecologia y oncologia*, <http://www.aaginonc.org.ar/sections.php?op=viewarticle&artid=42>.

- Cancer Net*. (ABRIL de 2014). Obtenido de <http://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-de-cuello-uterino/signos-y-s%C3%ADntomas>
- Cancer, I. A. (s.f.). <http://screening.iarc.fr/colpochap.php?lang=3&chap=1>.
- Cancer, I. N. (7 MARZ DEL 2014). CANCER. <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/que-es>.
- Carrión, A. (05 de 2012). *Virus del Papiloma Humano (VPH)*. Recuperado el 28 de 01 de 2014, de <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/2259/1/106576.pdf>
- censos, I. n. (2010). *faciculo provincial Imbabura*. Imbabura.
- Chirenje, M. (2012). *El impacto global*. Obtenido de [http://www.rho.org/aps/media/01\\_Mike\\_Global\\_Impact.pdf](http://www.rho.org/aps/media/01_Mike_Global_Impact.pdf)
- CIE. (s.f.). Código Deontológico del CIE para la profesional de Enfermería. *Consejo Internacional de Enfermería*.
- Colposcopia, S. E. (Enero de 2013). *Sociedad Ecuatoria de Patologías del Tracto Genital Inferior y Colposcopia*. Obtenido de Cáncer de Cuello Uterino en Ecuador: [www.colposcopiaguayas.com/.../Consenso%20Ecuadorian%20V1.ppt](http://www.colposcopiaguayas.com/.../Consenso%20Ecuadorian%20V1.ppt)
- Davila, H. L., Garcia, Garcia, A., & Castillo, F. (2010). Cáncer de cuello uterino. *Scielo*.
- Echeverría Muñoz, E., & Aguilar Salazary, A. (2007). características clinico epidemiológicas del cáncer de cuello uterino. *oncologia*, [http://solcacompras.solca.med.ec/REVISTA/veredicion\\_detalle.php?id=74&edicion=9](http://solcacompras.solca.med.ec/REVISTA/veredicion_detalle.php?id=74&edicion=9).
- El norte. (20 de 11 de 2011). Cáncer al cuello uterino, el 2do. más común. *Actualidad*, pág. 13.
- Globocan. (2008). Tendencias del cáncer de cérvix: Colombia en el marco de América Latina. *GLOBOCAN*.
- Hospital Universitario Ramon Cajas. (2010). *Salud Madrid*. Obtenido de [http://www.hrc.es/bioest/Medidas\\_frecuencia\\_3.html](http://www.hrc.es/bioest/Medidas_frecuencia_3.html)

Mandal, A. (12 de DICIEMBRE de 2012). *news medical*. obtenido de [http://www.news-medical.net/health/Cervical-Cancer-Causes-\(Spanish\).aspx](http://www.news-medical.net/health/Cervical-Cancer-Causes-(Spanish).aspx)

*Medline Plus*. (16 de noviembre de 2014). Obtenido de <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000893.htm>

Mendoza, L. A., Pedroza, M. Y., Micolta, P. H., Ramirez, A., & Caceres, C. R. (2012). Prevalencia de lesiones de bajo y alto grado de cuello uterino en una ciudad colombiana. *Scielo*, [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262012000200009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262012000200009&script=sci_arttext).

Merle, L. (2004). cáncer cervicouterino. *organizacion panamericana de la salud*, <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/762/92%2075%2032531%206.pdf?sequence=1>.

Morera, J. M. (26 de marzo de 2014). *Caja Costarisense de seguro social*. Obtenido de <http://www.ccss.sa.cr/noticias/index.php/29-cancer/1389-cancer-cervicouterino-disminuye-pero-continua-siendo-un-reto-para-el-pais>

oms. (s.f.). <http://www.who.int/topics/cancer/es/>.

OMS. (1 de abril de 2012). *La Biblioteca de la Salud Reproductiva de la OMS*. Obtenido de [http://apps.who.int/rhl/gynaecology/cancer/cd001035\\_broutetn\\_com/es/index.html](http://apps.who.int/rhl/gynaecology/cancer/cd001035_broutetn_com/es/index.html)

Oncology, E. S. (2012). *fundacion contra el cáncer*. Obtenido de <https://www.esmo.org/content/download/6673/115548/file/ES-Cancer-de-Cuello-Uterino-Guia-para-Pacientes.pdf>

Salazar , M. A., de Sousa, M. d., & Azevedo , V. L. (2012). Cáncer de cervix. *Scielo*.

Salud, O. M. (s.f.). cancer. *oms*, <http://www.who.int/topics/cancer/es/>.

Salud, Organizacion Mundial de la Salud. (s.f.). Definición de Cáncer. *OMS*, <http://www.who.int/topics/cancer/es/>.

- Sociedad Ecuatoria de Patologías del Tracto Genital Inferior y colposcopía. (Enero de 2013). *colposcopiaguayas.com*. Obtenido de Cáncer de Cuello Uterino en Ecuador: [www.colposcopiaguayas.com/.../Consenso%20Ecuadorian%20V1.ppt](http://www.colposcopiaguayas.com/.../Consenso%20Ecuadorian%20V1.ppt)
- SOLCA. (2005). Registro de Tumores SOLCA Matriz. *Registro de Tumores SOLCA Matriz*
- Soto, G., Pachon, J. d., & Smith, R. (27 de Enero de 2007). Cáncer de cuello uterino: experiencia durante un período de seis años en un hospital universitario colombiano. *Scielo*, [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74342007000100004](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342007000100004).
- Uncology, E. S. (2012). <http://www.esmo.org/content/download/6673/115548/file/ESMO-ACF-Cancer-de-Cuello-Uterino-Guia-para-Pacientes.pdf>.
- Valdivia Franco, H. (2009). cáncer de cuello uterino. *INEN*, [http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/Curso/Primer%20Dia/08092010\\_Prev\\_cáncer\\_cuello\\_uterino.pdf](http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/Curso/Primer%20Dia/08092010_Prev_cáncer_cuello_uterino.pdf).
- Vasquez, A., Gonzales, J. C., & De la cruz, f. (2008). factores de riesgo del Cáncer de cervix. *Scielo Cuba*.
- Vega, B., & Sacoto, C. (2008). incidencia de cancer de cuello uterino en el Ecuador. *revista de la facultad de ciencias medicas de la ciudad de Cuenca*.

## ANEXOS

Anexo N° 1 contenido del cartel utilizado en la socialización de la patología a las pacientes de SOLCA

**CANCER DE CUELLO UTERINO**

El cérvix o cuello uterino es la parte más baja del útero, es el lugar en donde sale el bebé durante el parto. El cáncer de cuello uterino es causado en su mayoría por un virus llamado virus del papiloma humano. Este virus se contagia por contacto sexual. El cuerpo de la mayoría de las mujeres es capaz de combatir la infección de VPH. Pero algunas veces, el virus conduce a un cáncer.

**Factores de riesgo:**

- Comenzar a tener relaciones sexuales a una edad más temprana (antes de los 18).
- Haber tenido muchas parejas sexuales.
- Tener una infección de transmisión sexual (STI) o haber tenido una pareja sexual que tiene una STI.
- Hábito de fumar.

**Signos de alarma**

- Dolor pélvico
- Secreción de mal olor
- Sangrado anormal

**Prevención**

La manera más eficaz de prevenir el cáncer de cuello uterino es a través de las pruebas de Papanicolaou periódicas, que permiten diagnosticar las lesiones precancerosas. La prevención de las precancerosas implica controlar los posibles factores de riesgo (consulte más abajo) a través de las siguientes medidas:

- Retrasar el inicio de la actividad sexual hasta el fin de la adolescencia o después.
- Limitar el número de compañeros sexuales.
- Evitar las relaciones sexuales con personas que han tenido muchos compañeros sexuales.
- Evitar las relaciones sexuales con personas que obviamente presentan verrugas genitales u otros síntomas de enfermedades venéreas.
- Tener relaciones sexuales usando preservativos reducirá el riesgo de infección por HPV. Los preservativos también protegen contra el VIH y los herpes genitales.

**CUELLO UTERINO NORMAL** vs **CANCER DE CERVIX**

Labels: Útero, Vagina, Cérvix, Cancer.



Anexo N° 2 volantes de información



Anexo N° 3 instalaciones de SOLCA





