

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Obstetricia y Puericultura

Segunda Especialidad en Prevención de Cáncer Cervico Uterino

Y de Mamas.



CANCER DE CUELLO UTERINO – LESIÓN DE ALTO GRADO NIC III

Trabajo Académico presentado por la Obstetra:

Aragón Ascue, Yesenia

**Para optar el Título de Segunda Especialidad en
Prevención de Cáncer Cervico Uterino y de
Mamas**

Asesora: Mgter. Arencio Heredia, Lourdes.

AREQUIPA – PERÚ

2017

DEDICATORIA



“A Dios por permitir ver la luz de cada día a mis padres que son mi fuerza y mi ejemplo.

A mis hijos Steveen Faryde y Thyago Zahyr que son el motor de mi vida y la fortaleza para seguir adelante“.

EPÍGRAFE:

La revolución en la investigación del cáncer puede resumirse en una sola frase:
el Cáncer es, en esencia, una enfermedad genética.

Bert Vogelstein

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN

SUMMARY

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I

1.- MARCO CONCEPTUAL ----- 01

CAPITULO II.

2.- MARCO METODOLÓGICO

2.1. CASO CLÍNICO -----19

CAPITULO III

3.1. DISCUSIÓN ----- 35

3.2. CONCLUSIONES ----- 37

3.3. RECOMENDACIONES -----38

REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFÍA -----39

RESUMEN

OBJETIVO: La revisión y análisis del caso clínico de paciente con diagnóstico de Lesión Intraepitelial de II grado, NIC II es Contribuir a mejorar la calidad de vida de las mujeres mediante la prevención y el manejo adecuado del cáncer de cuello uterino (CCU).

Caso clínico: Paciente de 67 años, referida del centro de salud de Paucarpata hacia el Hospital de Enfermedades Neoplásicas IREN SUR, con el diagnóstico de “LIE de Alto Grado: Displasia severa, Cervicitis Crónica. El 27/05/2016, se realiza una muestra en la cual no se encuentra Neoplasia Maligna, así mismo una colposcopia realizada el 01/06/2017 con resultado de LIE de Bajo Grado.

Paciente es atendida el 12-07-2017 por consultorio externo del Hospital de Neoplásicas IREN SUR, la Colposcopia evidencia cuello con punteado grueso, siendo el diagnostico provisional de NIC III d/C Cáncer de Cérvix. Por lo que es una candidata a una cirugía de CONO FRIO.

El 25/08/2017 la paciente es sometida a un **Cono Frio**. Se solicita exámenes complementarios (exámenes de sangre, orina, prueba de gases arteriales, electrocardiograma) y evaluaciones medicas por el equipo multidisciplinario como Neumología, Anestesiología, Cardiología, Ginecología,

El 27-10-2017 Con resultados de anatomía patología después de la intervención de Cono Frio, Paciente es sometida a una Histerectomía total Abdominal ampliada a vagina, salpingooforectomia bilateral, útero y anexos. Paciente es llevada a sala de recuperaciones, a los 3 días se da de alta con antibioticoterapia, Evolución favorable.

CONCLUSIONES:

- Paciente con escaso o nulo conocimiento de autocuidado personal.
- No se evidencia prácticas saludables.
- Diagnósticos por personal especialista herrado
- Establecer pautas para la prevención, detección temprana y manejo adecuado en casos de cáncer de cuello uterino a fin de reducir la morbilidad, mortalidad y discapacidad por este cáncer.

PALABRAS CLAVE: Cáncer de cuello Uterino, Lesión intraepitelial de Alto Grado.

SUMMARY

OBJECTIVE: The review and analysis of the clinical case of a patient with a diagnosis of Intraepithelial Lesion of II degree, CIN II is to contribute to improve the quality of life of women through the prevention and proper management of cervical cancer (CCU).

Clinical case: Patient of 67 years, referred from the health center of Paucarpata to the Hospital of Neoplastic Diseases IREN SUR, with the diagnosis of "High-Level LIE: Severe dysplasia, Chronic Cervicitis. On 05/27/2016, a sample was made in which Malignant Neoplasia is not found, as well as a colposcopy performed on 06/01/2017 with the result of a Low-Level LIE.

Patient is treated on 12-07-2017 by external office of the Hospital de Neoplásicas IREN SUR, Colposcopy evidences neck with thick stippling, being the provisional diagnosis of NIC III d / C Cancer of Cervix. So she is a candidate for a COLD CONE surgery.

On 08/25/2017 the patient is subjected to a Cold Cone. Complementary exams are requested (blood, urine, arterial blood gas tests, electrocardiogram) and medical evaluations by the multidisciplinary team such as Pulmonology, Anesthesiology, Cardiology, Gynecology,

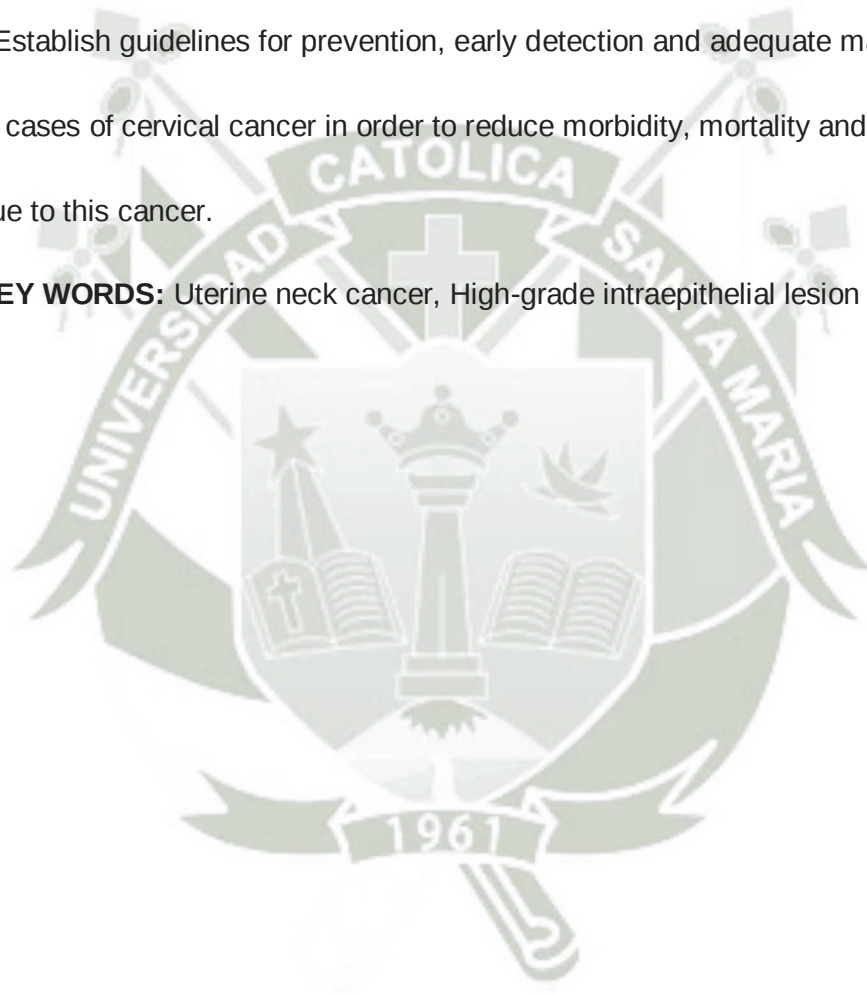
On 10-27-2017 With pathology anatomy results after the Cone Frio intervention, the patient undergoes a total Abdominal hysterectomy extended to the vagina, bilateral salpingo-oophorectomy, uterus and annexes. Patient is taken to the

recovery room, after 3 days she is discharged with antibiotic therapy, favorable evolution.

CONCLUSIONS:

- Patient with little or no knowledge of personal self-care.
- Healthy practices are not evident.
- Diagnostics by trained specialist personnel
- Establish guidelines for prevention, early detection and adequate management in cases of cervical cancer in order to reduce morbidity, mortality and disability due to this cancer.

KEY WORDS: Uterine neck cancer, High-grade intraepithelial lesion



INTRODUCCIÓN:

El cáncer cervical es una enfermedad prevenible cuando su diagnóstico es oportuno y cuando se realiza un tratamiento adecuado de las lesiones pre malignas. El Cáncer de cuello uterino constituye un problema de salud pública es la quinta neoplasia más frecuente en el mundo y ocupa el segundo lugar en incidencia en la mujer, después del cáncer de mama. La OMS (organización mundial de la salud) ha estimado que aparecen 500,000 casos nuevos por año, de los cuales el 90% ocurren en países en desarrollo siendo una de las causas de muerte más frecuente de nuestra población femenina. (8).

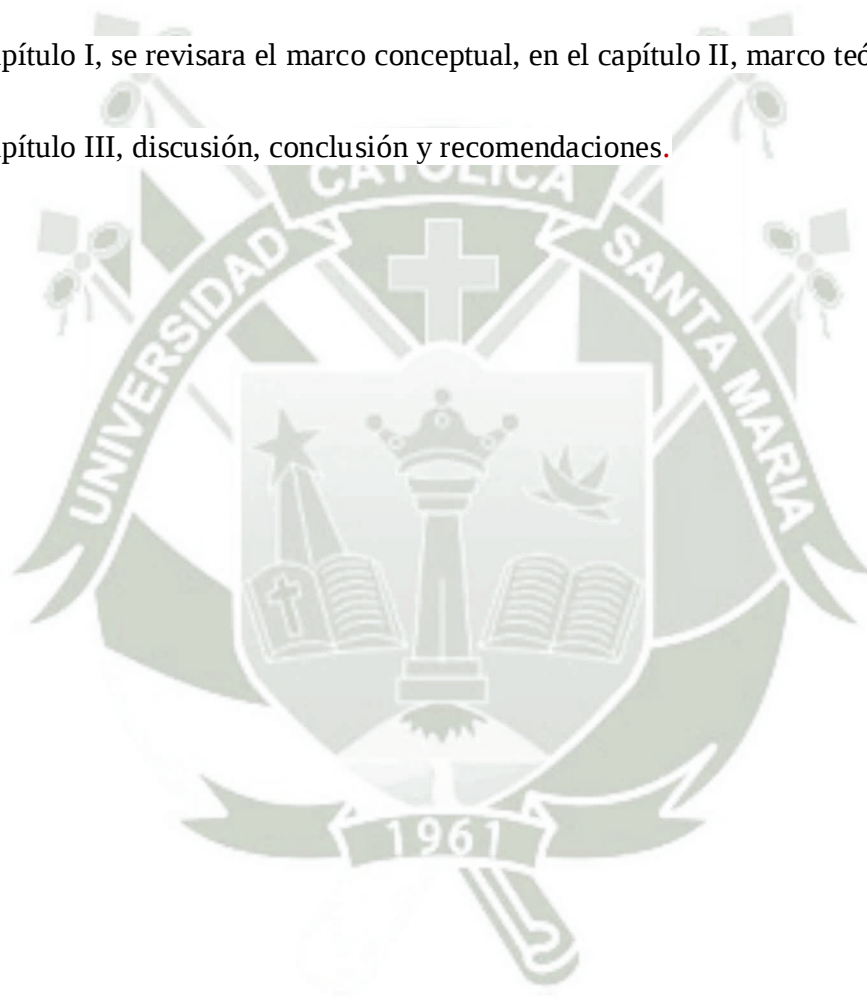
El cáncer de cuello uterino es la primera causa de muerte por cáncer en las mujeres en el Perú, donde la ciudad de Trujillo en Perú reporta el nivel más alto en el continente (43.9 por 100,000) y la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres en Lima después del cáncer de mama. La casuística del INEN revela que en los últimos años se recibe en promedio 1,600 casos de cáncer de cuello uterino infiltrante, siendo los estadios II y III los predominantes en frecuencia. (7)

El cáncer de cuello uterino puede ser producido por 14 tipos de virus, los más agresivos son los Virus de Papiloma Humano (VPH) 16 y 18, que causan el 70% de los casos de la enfermedad. Para combatirlos, existen vacunas muy seguras y eficaces que protege contra cuatro tipos de cepas, incluidas la 16 y 18. También

hay otras 12 cepas más del virus que son muy agresivas, aunque con un potencial más bajo. (8)

Siendo los objetivos del presente trabajo académico la revisión y análisis de un caso clínico de una paciente de 76 años con diagnóstico de NIC.

El presente trabajo académico está organizado de la siguiente manera: En el capítulo I, se revisara el marco conceptual, en el capítulo II, marco teórico y el capítulo III, discusión, conclusión y recomendaciones.



CAPITULO I

1.1.MARCO CONCEPTUAL.

1.1.1Historia:

Hipócrates en años 400 creyó que el cuerpo tenía 4 humores (fluidos corporales): sangre, flema, bilis amarilla, y bilis negra. Él sugirió que un desequilibrio de estos humores con un exceso de la bilis negra en diversos sitios del cuerpo podría causar el cáncer. Ésta era la teoría humoral. Después de la teoría humoral vino la teoría de la linfa. Stahl y Hoffman teorizaron que el cáncer fue compuesto de la fermentación y de la linfa de la degeneración, variando en densidad, acidez, y alcalinidad. (1)

En 1950, los médicos estaban convencidos de que el cáncer de cuello uterino era causado por la circuncisión y la suciedad acumulada en el prepucio en los hombres y en los labios menores en las mujeres (esperma). (2)

La primera teoría saltó a la fama en 1842 en Florencia, cuando haciendo un estudio sobre las muertes por cáncer, el profesor Doménico Rigoni-Stern detectó una curiosa diferencia entre las monjas y las mujeres casadas de la localidad. Mientras las primeras tenían mayores tasas de cáncer de mama, las mujeres desposadas sufrían con más frecuencia el de cuello uterino. No andaba lejos de la verdad el pionero italiano cuando se atrevió a aventurar la posibilidad de que

el cáncer de cérvix tuviese algo que ver con las relaciones sexuales que mantenían las casadas y no las novicias. De estas últimas, dijo, que eran víctimas a su vez de los apretados corsés que vestían debajo del hábito y a los que él culpaba de los tumores mamarios. En eso sí se equivocó. (8)

La primera prueba de cribado a ser ampliamente utilizada para el cáncer era el Examen de frotis. Fue desarrollada por George Papanicolaou como método de la investigación en la comprensión del ciclo menstrual. Él después observó que la prueba podría ayudar en encontrar el cáncer de cuello del útero temprano y Presentó sus conclusiones en 1923. (3)

1.1.2 EPIDEMIOLOGIA:

El cáncer de cuello uterino es problema de salud pública, y uno de los problemas más álgidos es el diagnóstico tardío de los casos de cáncer de cuello uterino como consecuencia de las debilidades del sistema de salud y los temores de la población. Estas variables llevan a un costo de tratamiento más elevado y a resultados sub óptimos con impacto negativo en la supervivencia de las pacientes (OPS 2011). (4)

Decimos singular porque la incidencia del cáncer de cuello uterino está altamente concentrada en la parte sur del hemisferio. La concentración más

elevada está en el centro de América del Sur, con aproximadamente 71.000 casos por año; en África subsahariana, con 78.000 por año; seguido de India y el sudeste asiático, con un total aproximado de 260.000 por año. La incidencia más baja para este tipo de cáncer es en América del Norte, Europa y Australia. Esto se debe a programas especiales disponibles en esos países que tienen como objetivo atraer a las mujeres a hacerse pruebas de detección de cáncer de cuello uterino, como la prueba de Papanicolaou, para identificar células precancerosas tratables. Esta iniciativa busca proteger a las mujeres para evitar que desarrollen el cáncer de cuello uterino. (4) En el mundo se dan 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 por ciento de las mujeres que están muriendo de cáncer de cuello uterino residen en países en vías de desarrollo. (4)

Las tasas de mortalidad por cáncer de cuello uterino por edad, por cada 100.000 mujeres muestran una vez más una disparidad entre los países menos desarrollados y los desarrollados, en los países menos desarrollados muere casi el quíntuplo de las mujeres que mueren en los países desarrollados. El mismo patrón se repite en las mujeres de 55 a 64 años. Se trata de un ejemplo típico de los sistemas de atención de la salud. En los países menos desarrollados se ofrecen servicios como la atención quirúrgica, la radioterapia y la quimioterapia para mujeres con cáncer más limitadamente que en los países desarrollados. (5)

El cáncer es una de las causas principales de muerte alrededor del mundo. En 2012, hubo 14 millones de casos nuevos y 8,2 muertes relacionadas con el cáncer. El número de casos nuevos de cáncer aumentará a 22 millones en las siguientes dos décadas. Cada día en el Perú entre 12 y 14 mujeres son diagnosticadas con cáncer de cuello uterino y 6 o 7 mueren por la falta de una detección oportuna. Según la Liga contra el Cáncer, este tipo de neoplasia afecta al 34.6 de cada 100,000 peruanas y anualmente se reportan unos 5,500 casos nuevos de la enfermedad. El Centro de Información de VPH y Cáncer del Instituto Catalá d'Oncologia que recopiló datos epidemiológicos sobre VPH y cáncer en el 2016, realizó un reporte sobre el cáncer de cuello uterino en el Perú en base a la información disponible en Globo can. 10, 11 Se estima que en el 2012 hubo 4,636 casos. (6)

En el Perú, el cáncer de cuello uterino es el cáncer más frecuente en Loreto (29.4% de todos los cánceres en esa región), Ucayali (28.6%), Madre de Dios (28.5%) y Moquegua (28.4%). Las regiones con tasas ajustadas de mortalidad por cáncer de cuello uterino por 100,000 habitantes más altas son Loreto (18.0), Huánuco (12.8), Ucayali (10.3), con valores que duplican y hasta cuadruplican el de Lima (4.2).(3)

La cifra es muy elevada, se podría decir que *en cáncer de cuello uterino estamos casi a la cabeza de Latinoamérica*, señaló Gil mar Grissom, oncólogo

de la Liga contra el Cáncer, quien explicó que la alta incidencia de la enfermedad tiene mucho que ver con la idiosincrasia de los peruanos. (7)

Entre las mujeres peruanas no hay la costumbre de hacerse el Papanicolaou por miedo, vergüenza, falta de información u otros motivos*. Otro grupo no cree en el Papanicolaou y como no presenta síntomas, no ve necesidad de acudir al médico. Y entre las que sí se hacen la prueba, muchas lo hacen esporádicamente, cada dos o tres años, cuando se acuerdan o cuando les duele, pero no todos los años como debería", remarcó Grissom. (7) El cáncer de cuello uterino o cervical, es un problema de salud mundial para todas las mujeres debido al alarmante número que ha sido víctima de esta enfermedad que además ha cobrado muchas vidas. Durante siglos, la causa del cáncer de cuello uterino era desconocida. No fue sino hasta el siglo XX que los científicos entendieron que la enfermedad era causada por la exposición al virus del papiloma humano (VPH). Las vacunas contra algunas formas del virus están ampliamente disponibles, pero en la mayor parte de la historia, las causas del cáncer de cuello uterino fueron totalmente malinterpretadas. (8).

En Chile se estima una incidencia de 30 por 100.000 mujeres; anualmente se diagnostican 1.500 casos y fallecen alrededor de 900, siendo la tasa de mortalidad de 9,6 por 100.000 (8)

Se ha encontrado una fuerte asociación entre infección ano genital por HPV y desarrollo de neoplasia cervical intraepitelial y cáncer cervico uterino invasor. En 2.600 frotis cervicales se encontró DNA del tipo virus altamente oncogénico 16 en el 47% de las NIE de alto grado y en el 47% de los cánceres cervico uterinos invasores. (12)

Reconocimiento de que la infección por HPV es la causa central de neoplasia cervico uterina ha creado nuevos frentes en la prevención primaria y secundaria de la enfermedad. Mediante la prevención y control de la infección genital por HPV se podría lograr la prevención primaria del cáncer cervico uterino. La prevención de la infección genital por HPV se podría conseguir con estrategias de promoción de la salud dirigidas a un cambio en el comportamiento sexual teniendo como blanco todas las ETS de significado en salud pública (41). La neoplasia intraepitelial cervical escamosa no es cancerosa y con frecuencia, desaparece por sí sola sin necesidad de tratamiento. Algunas veces se vuelve cancerosa y se disemina al tejido normal cercano. La NIC 1 también se puede llamar displasia leve o de grado bajo. También se llama NIC 1. (08)

1.1.3 PSICOLÓGICO:

Las pacientes, con frecuencia se aíslan porque saben que emanan olor debido a esta secreción crónica y enfrentan el miedo a la muerte diariamente. Y con frecuencia, debido a este aislamiento no quieren que sus familiares sepan que

tienen estas secreciones que las avergüenzan, pasan a vivir a una parte distante de la casa o incluso abandonan el entorno familiar para ir a vivir a la intemperie.

(10)

Un diagnóstico de cáncer puede tener un impacto enorme en la mayoría de los pacientes, las familias y los cuidadores. Los sentimientos de depresión, ansiedad y miedo son muy comunes y son respuestas normales a esta experiencia que cambia su vida. Hay muchas cosas que pueden causar estos sentimientos los cambios en la imagen corporal pueden afectar la autoestima y la confianza. Asimismo, se pueden alterar los roles familiares y de trabajo. La gente puede sentir aflicción a causa de estas pérdidas y cambios. Los síntomas físicos, tal como dolor, náusea o cansancio extremo, probablemente causen también angustia emocional. Las personas también podrían sentir miedo a la muerte, al sufrimiento, al dolor o a todas las cosas desconocidas que podrían acontecer.

(11) Los familiares y las personas al cuidado de un paciente a menudo también tienen estos sentimientos, ya que podrían temer perder a su ser querido. Además, es posible que sientan enojo porque un ser querido tiene cáncer, frustración por “no poder hacer lo suficiente” o tensión porque tienen que trabajar más en el hogar (11). Las personas con cáncer, así como sus familiares y amigos, pueden sentir angustia sobre estos asuntos en cualquier momento después de un diagnóstico de cáncer, incluso muchos años después de haber terminado el

tratamiento contra el cáncer. A medida que la situación alrededor del cáncer cambia, todos tienen que lidiar con nuevos factores estresantes junto con los que había ya antes, y sus sentimientos a menudo cambian. (11).

1.1.4 Vacuna: Uno de los desarrollos recientes más emocionantes en el campo del cáncer de cuello uterino es el descubrimiento del virus del papiloma humano (VPH) en las últimas tres décadas. Sabemos que existen al menos 100 tipos de virus del papiloma humano; cuarenta de ellos pueden infectar el tracto genital. Resulta particularmente interesante que la mayoría de los casos de cáncer cervical —el 70 por ciento— proviene del VPH tipo 16 y 18. Estos datos cuentan con un respaldo contundente. Ahora contamos con vacunas registradas para prevenir el cáncer de cuello uterino causado por estos dos tipos de VPH. (9)

Según la American Academia of Pediatría señalo que la “Vacuna contra Papiloma virus” Gardasil Cervarix son altamente efectivas para impedir la infección por los tipos específicos de Virus Papiloma Humano, los estudios han indicado que tanto Gardasil como Cervarix impiden casi 100% de los cambios precancerosos de las células cervicales causados por los tipos de VPH, se recomienda que se apliquen antes de que la persona sea sexualmente activa. (12)

Tratamiento: En los casos más precoces de esta neoplasia, el tratamiento consiste en amputar parcialmente el cuello uterino, con lo cual el cáncer tiene

una probabilidad de curación del 90% y la mujer puede seguir teniendo hijos.

Pero si ya se llegó a la etapa de cáncer, el tratamiento consiste en retirar el útero, con el 50% de probabilidad de que la mujer muera. Se estima que cuando se aplican métodos de diagnóstico precoz se podrían prevenir al menos 40% de casos de cáncer de cuello uterino. Por esta razón, es imperioso encaminar esfuerzos hacia nuevas estrategias de intervención que permitan la identificación de casos en estadios tempranos de la enfermedad, como lesiones pre malignas (WHO 2013). (14)

El Ministerio de Salud en cumplimiento de sus funciones como ente Rector en el Sector Salud, en el marco de la Ley 29889, y lo dispuesto en el Decreto Supremo N° 009-2012-SA, que declara de interés nacional la Atención Integral del Cáncer y Mejoramiento del Acceso a los Servicios Oncológicos en el Perú; establece la implementación de la Guía Técnica: “Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Manejo del Cáncer de Cuello Uterino”, aprobada el 29 de diciembre del 2016 con Resolución Ministerial N° 1013-2016/ MINSA, siendo necesaria su difusión e implementación a nivel nacional (MINSA 2016). ...

Esta guía incluye estrategias innovadoras, como un modelo de tamizaje y tratamiento de casos que orienta a los profesionales de la salud para el manejo

adecuado del cáncer de cuello uterino a nivel nacional. En el Perú, cada 5 horas muere una mujer por cáncer cervical. El cáncer de cuello uterino es el cáncer más notificado en las mujeres (24.1% de los cánceres en las mujeres) y en la población general (14.9% de todos los cánceres); y, es la tercera causa de mortalidad por cáncer en mujeres. (15)

1.1.5 DEFINICIONES:

FACTORES DE RIESGO: El varón transmite el virus, factor de riesgo para desarrollar cáncer de cuello uterino en el Perú es la conducta sexual del varón, que es quien transmite a la mujer el virus que causa la enfermedad, aunque raramente la desarrolla. Asimismo, recordó que el cáncer de cuello uterino en su fase inicial no presenta síntomas. Cuando este tipo de cáncer ya está avanzado, la mujer sangra, tiene dolor y un flujo maloliente. En la mayoría de casos esta fase ya es muy tardía para aplicar tratamientos y solo se puede aplicar paliativos a fin de mejorar la calidad de vida del paciente. (14)

La edad avanzada es un factor de riesgo importante para la mayoría de cánceres.

La posibilidad de presentar cáncer aumenta a medida que envejece. (13)

ÚTERO: también denominado matriz, es el órgano de la gestación y el mayor de los órganos del aparato reproductor femenino. Es un órgano muscular, hueco en forma de pera, infra peritoneal, situado en la pelvis menor de la mujer cuando adopta la posición en ante versión, se apoya sobre la vejiga urinaria por delante, estando el recto por detrás. Aloja a la blástula, que se implanta en el endometrio, dando comienzo a la gestación, que en la especie humana dura unos 280 días.

(16)

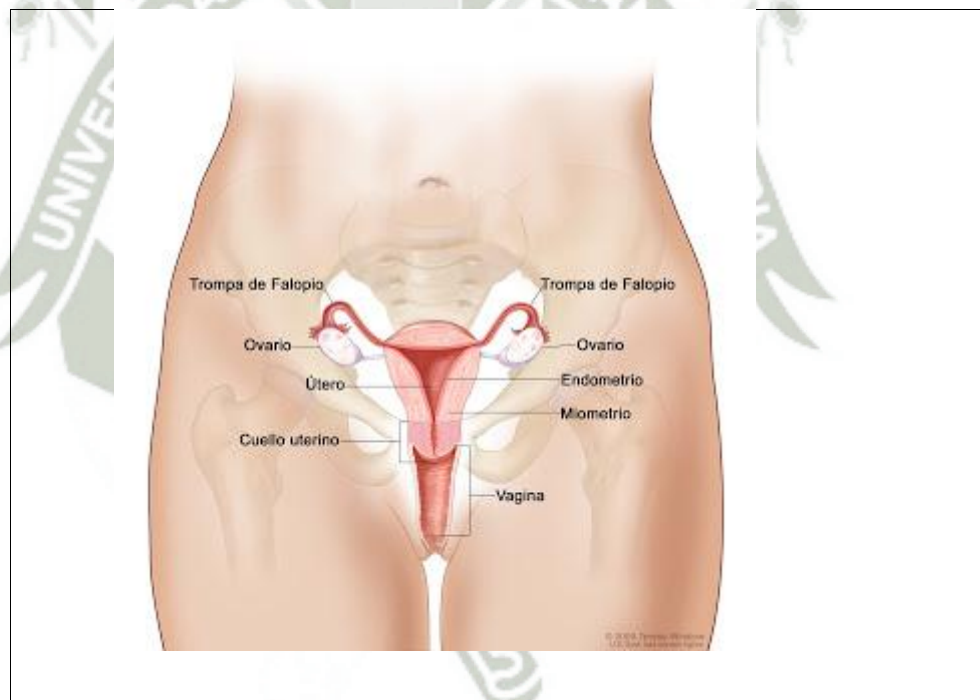


Figura. 1 (Medline Plus enciclopedia médica ilustración)

ZONA DE TRANSFORMACIÓN: Se denomina zona de transformación (ZT) a la parte de la superficie del cérvix ocupada originariamente por el epitelio cilíndrico que se ha transformado en epitelio escamoso. Corresponde al área del cuello uterino limitada

distalmente por la UEC original y próximamente por el límite más lejano del epitelio metaplásico, definido por la nueva UEC. La Zona de Transformación queda entre la unión escamo columnar "original" y "nueva" y es la traducción colposcopia de la metaplasia escamosa. Como la hiperplasia de las células de reserva progresa a varias capas de espesor, el epitelio columnar es empujado afuera y se reemplaza. (17)

ESQUEMA DE LA ZONA DE TRANSFORMACIÓN:

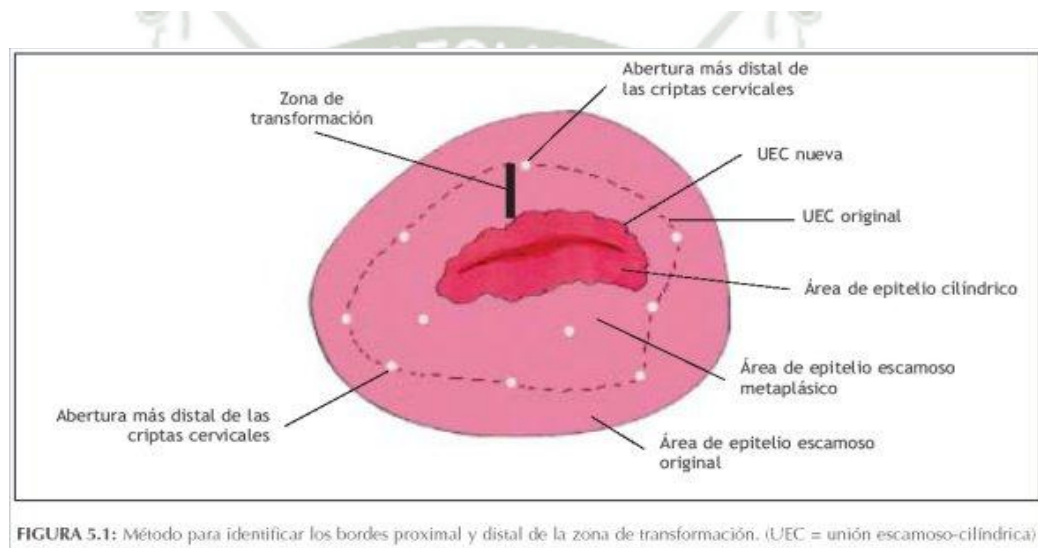


Figura: 2 (Histología del cervix - Slideshare)

CUELLO UTERINO: El cuello uterino o cérvix uterino es la porción fibromuscular inferior del útero que se proyecta dentro de la vagina, esta apertura o hueco deja que salga la sangre del útero durante la menstruación (período) por lo general mide de 3 a 4 cm de longitud y unos 2,5 cm de diámetro, el cérvix se puede dilatar unos 10 cm durante el parto para

dejar que pase el bebé, y su tamaño puede variar según la edad, número de partos y el momento del ciclo menstrual de la mujer.(18)

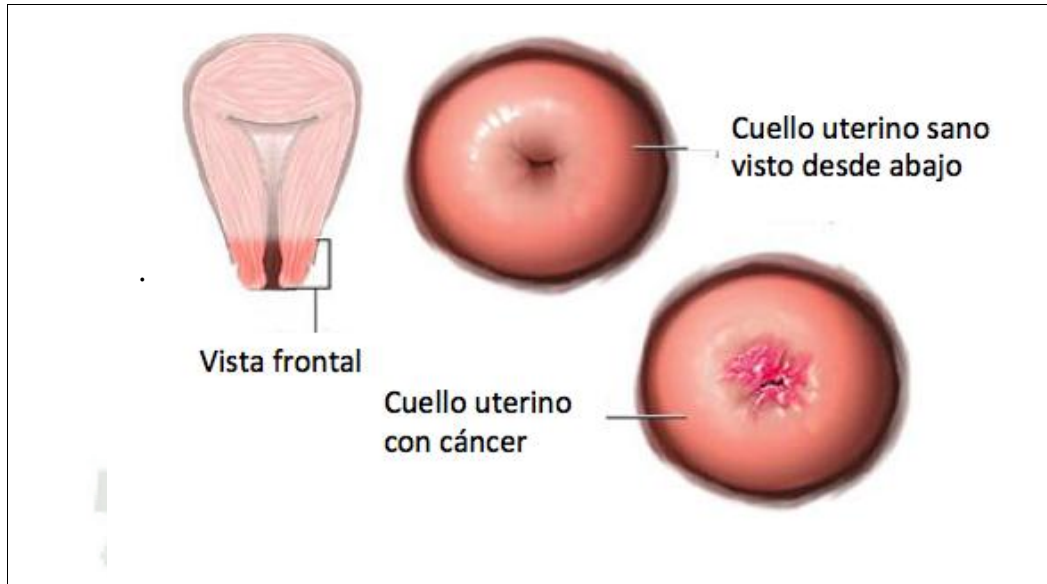
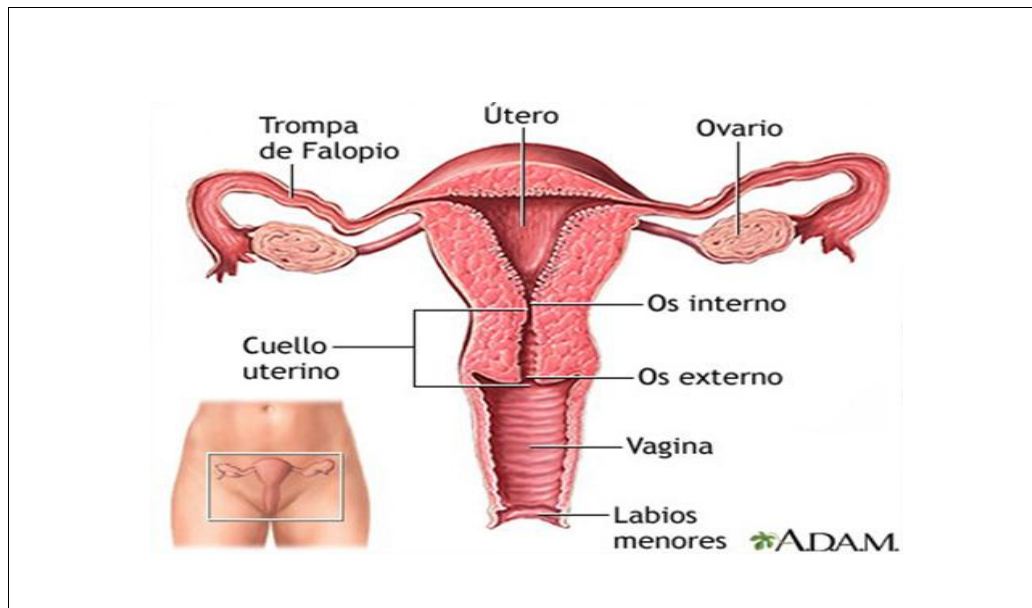


Figura: 3 (MedlinePlus enciclopedia médica)

EXOCÉRVIX O ECTOCÉRVIX: Es la parte que se ve más fácilmente del cuello uterino a través de la vagina en una colposcopia. Está rodeado por los fondos de saco vaginales y recubierto por un epitelio escamoso estratificado rosado de múltiples capas celulares. Las capas celulares intermedia y superficial del epitelio escamoso contienen glucógeno. (19)

ENDOCÉRVIX: No es visible en gran parte, porque se encuentra en el centro del cérvix formando el canal endocervical que une el orificio cervical externo (OCE) con la cavidad uterina. Está recubierto por un epitelio cilíndrico rojizo de una única capa



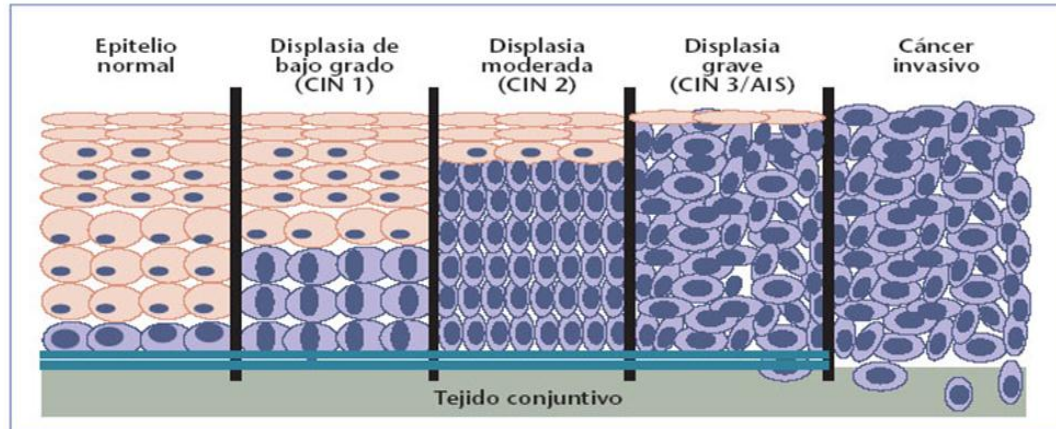
celular. (19)

Figura: 4 (Medline Plus enciclopedia médica ilustración)

CAPAS DEL CUELLO UTERINO: El cuello uterino está compuesto por la capa basal, para basal, intermedia y superficial. (19)

CÁNCER: El cáncer comienza en las células, que constituyen los ladrillos del cuerpo.

Normalmente, el cuerpo forma células nuevas a medida que se necesitan para reemplazar a las células envejecidas que mueren. Algunas veces, este proceso no resulta ser el esperado. Crecen células nuevas que no son necesarias y las células envejecidas no mueren cuando deberían. Estas células adicionales pueden formar una masa llamada tumor, los tumores pueden ser benignos o malignos. Los tumores benignos no son cáncer, mientras que los malignos sí lo son. Las células de los tumores malignos pueden invadir los tejidos cercanos. También pueden desprenderse y diseminarse a otras partes del cuerpo. (20)



Figura; 5 (Medline Plus enciclopedia médica ilustración)

METAPLASIA: Transformación citológica de un epitelio maduro en otro que puede tener un parentesco próximo o remoto. Los fenómenos de metaplasia son completamente normales en los tejidos embrionarios que tienden naturalmente a

diversificar, madurar y especializar sus células, también tienen lugar a partir de células madre. (21)

PAPILOMA VIRUS HUMANO: Los virus de la familia Papillomaviridae, entre los que se incluyen entre otros los virus del papiloma humano, son un grupo diverso de virus ADN que infectan la piel y membranas mucosas de humanos y de variedad de animales (21)

MÚLTIPLES COMPAÑEROS SEXUALES: Es la práctica de relaciones sexuales con varias parejas o grupos sexuales. En el Diccionario de la lengua española, editado por la Real Academia Española,¹ se define como: Relación sexual poco estable con distintas personas. En el Diccionario del español de México, como el "intercambio sexual con muchas personas". (23)

ITS - INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL: También conocidas como enfermedades de transmisión sexual (ETS) y antes como enfermedades venéreas— son un conjunto de afecciones clínicas infectocontagiosas que se transmiten de persona a persona por medio del contacto sexual que se produce, casi exclusivamente, durante las relaciones sexuales.(20)

ANTICONCEPTIVOS ORALES: Es cualquier método o dispositivo para prevenir el embarazo. (21)

FUMAR: El acto de **fumar** es una práctica donde se inhala humo que son absorbidas por el cuerpo a través de los pulmones. (23)

COITARQUIA: Es la edad en que se establece la primera relación heterosexual con penetración. (21)

ANDRIA O POLIANDRIA: (del griego *polýs*: muchos y *andrós*: hombre) es una condición menos extendida geográficamente (al menos en tiempos históricos), análoga a la poliginia, en la cual una mujer puede estar al mismo tiempo en matrimonio con varios varones (21)

PROMISCUIDAD: es la práctica de relaciones sexuales con varias parejas o grupos sexuales. En el Diccionario de la lengua española, editado por la Real Academia Española,¹ se define como: Relación sexual poco estable con distintas personas. (24)

NIVEL SOCIO ECONÓMICO BAJO: El **nivel** o **estatus socioeconómico** es una medida total económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, basada en sus ingresos, educación, y empleo. (21)

NEOPLASIA: Crecimiento nuevo, Tumor benigno o maligno que se desarrolla sobre un tejido o un órgano. (22)

ETIOLOGÍA: Estudio de las causas de las enfermedades. (21)

PAPANICOLAU: procedimiento para recoger células de la superficie del cuello uterino y la vagina. Se utiliza un trozo de algodón, un cepillo o una paleta de madera para raspar suavemente las células del cuello uterino y la vagina. Las células se examinan bajo un microscopio para determinar si son anormales. Este procedimiento también se llama prueba PAP. (21)

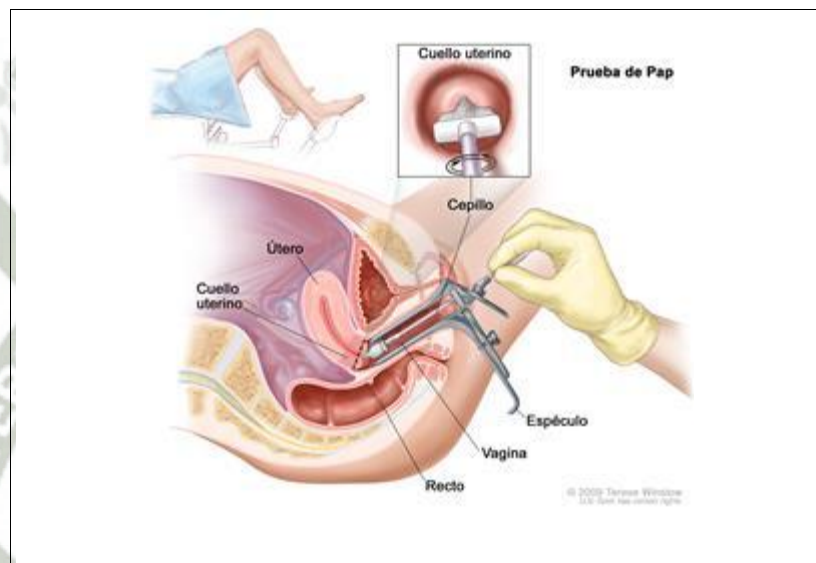


Figura: 6 (Medline Plus enciclopedia médica ilustración)

ESTADIO: Periodo que forma parte de un proceso. (21)

CARCINOMA: Tumor cancerígeno con tendencia a afectar los tejidos circundantes y que puede llegar a provocar metástasis distantes. (22)

TAMIZAJE: Evaluación de estadios tempranos de la enfermedad antes de que aparezcan los síntomas. (21)

CITOLOGÍA: Estudia la morfología, función y evolución de la célula. (21)

CAPITULO II

2.1 MARCO METODOLÓGICO:

2.1.2 PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO:

DATOS FILIATORIOS

APELLIDOS Y NOMBRE: sin dato

EDAD: 67 AÑOS

SEXO; Femenino

OCUPACIÓN: Ama de Casa

RELIGIÓN: Católica

ESTADO CIVIL: Conviviente.

NACIONALIDAD: Peruana

LUGAR DE NACIMIENTO: Puno

FECHA DE NACIMIENTO: 25/08/1990

RESIDENCIA ACTUAL: Paucarpata, Arequipa

GRADO DE INSTRUCCIÓN: Primaria

FECHA DE INTERNACIÓN: 26/10/2017

HORA DE INGRESO: 17:00 horas

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES

Ninguno

ANTECEDENTES PERSONALES:

1.- Hábitos tóxicos: alcohol niega. No café, niega soya, hoja de coca niega

2- Fisiológicos: Alimentación variada a predominio de carbohidratos, con apetito normal.

Dipsia: 11/2 litros aproximadamente.

Diuresis: Ausente

Somnia: 7 a 8 horas aprox.

Hábitos defecatorios: normal.

Menarquia: 12 años

RC: Regular FUM: 45 años,

Hijos: 07 Abortos: 01

IRS: 15 AÑOS

Parejas sexuales 01 MAC. Niega

3- Patológicas:

HTA: niega

Asma: niega,

Diabetes: niega,

Tuberculosis: si en 3 oportunidades (último episodio hace 15 años) Alergias:

niega Transfusiones de sangre: no

4. Antecedentes Quirúrgicos:

Colecistectomizada (2008)

Examen de enfermedad actual:

Tiempo de enfermedad: 02 años

Síntomas Principales: prurito vaginal, dolor pélvico

EXAMEN FISICO.

IMPRESIÓN GENERAL: REG, REN, REH

SIGNOS VITALES: 76XMIN, PA: 110/70MMHG, FR: 20XM, T: 36.5°C, SAT.

02:92%O₂

INSPECCIÓN GENERAL:

- Hábito constitucional leptosómica Marcha, eubásica Ecog: 02
- Piel, faneras y tejido celular subcutáneo:
- Aspecto.
- piel trigueña, tibia no ictérica, faneras:
- TCSC disminuido distribución homogénea.
- Conjuntivas palpebrales rosadas.
- Estado de higiene. Buen estado.
- Llene capilar < 2 segundos
- Mucosas: orales húmedas.

CABEZA;

- Normo céfalo.

- no tumoraciones.
- ojos: conjuntivas palpebrales rosadas, escleras sin tinte ictérico.
- Boca simétrica, mucosas orales húmedas, nariz normorrinea.

CUELLO:

- Inspección central simétrica.
- palpación, no se palpa tiroides, no dolor a la palpación.
- No adenopatías

TÓRAX:

- Asimétrico, amplexación disminuido.
- Tiraje, no
- Uso de músculos accesorios. NO
- Murmullo vesicular disminuido en hemitórax izquierdo, murmullo vesicular pasa bien hemotórax derecho.

APARATO CARDIOVASCULAR:

- Latidos algo regulares
- soplo-. No se auscultan, pulso: presente y simétricos.

ABDOMEN Y PELVIS:

- Distendido blando depreciable móvil a la respiración, poco doloroso la palpación profunda en el hipogastrio.
- Signo de oleada negativo.

- Ruidos hidroaéreos presentes con frecuencia e intensidad conservada.
- No signos peritoneales.

APARATO GENITOURINARIO:

- PPL /derechas negativa.
- Izquierda negativa.
- PRU: derecha negativa.
- Izquierda negativa.

OSTEOMIOARTICULARES:

- Columna vertebral con ligera escoliosis dorsal
- Extremidades simétricas sin edema en miembros inferiores tomo y profismo normal.
- Motilidad normal.

LINFÁTICOS:

- No se palpan adenopatías cervicales ni inguinal, ni axilar.

GENITALES:

- Genitales externos femeninos acorde a edad y sexo.
- Vagina estrecha.
- Cuello empotrado, nodular aumentado de consistencia.
- A la colposcopia EAB GRUESO EN R7-10

TACTO RECTAL. Negativo

SISTEMA NERVIOSO:

- Despierta, activa orientada en tiempo y espacio y persona.
- Glosow 15/15.
- Reflejos; foto motor presente.
- Acomodación presente.
- Motricidad, moviliza todas sus extremidades.
- Presenta debilidad muscular.
- Sensibilidad conservada
- Rigidez de nuca: negativo

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS:

1- EXÁMENES EN SANGRE:

- Hemoglobina: 13.1 g/ ul
- Leucocitos: 5.50x10⁹/ ul
- Plaquetas: 3.44x10⁹ ul

2.- PRUEBAS HEMOQUIMICAS;

- Creatinina: 0.7, G/D
- Glucosa: 80 ng/dl
- Antígenos de superficie Hepáticos: no reactivo

- Anticuerpos para VIH: no reactivo
- Prueba no treponemica: no reactivo
- tiempo de protrombina: 12.5seg
- INR: 0.99
- Tiempo parcial de tromboplastina: 32.2seg
- Grupo sanguíneo: O
- Factor RH: POSITIVO

PRUEBAS DE GASES ARTERIALES

Gases en sangre:

- PH: 7.39	VR 7.35 – 7.45
- PCO2 45.7	VR 35 – 45 mmhg
- PO2 45	VR: 88 – 100 mmhg
- SO2 79.9%	VR: 94 – 100%

Electrolitos en sangre:

- NA+ 144	VR: 135 – 146 meq/L
- K+ 3.56	VR: 3.5 – 5.0 meq/L
- CA+ 1.19	VR: 0.50 – 1.29 mmol/L
- CL 104	VR: 85 – 113 meq/L
- LACTATO 0.6	VR: 0.3 – 20.0 MMOL/l

Estado acido base:

- HCO₃ 26.8 VR: 22 – 26 MMOL/L
- ANION GAP 13.0 VR: 22 – 26 MMOL/L
- EX. AC – BASE 1.8

EXÁMENES URINARIOS:

- **LEUCOCITOS:** 1 – 2 X campo
- **HEMATÍES:** No se Observan
- **PIOCITOS:** negativo
- **CRISTALES:** negativo
- **CILINDROS:** negativos
- **BACTERIAS:** escasas
- **Células epiteliales escamosas:** 1 - 2x campo
- **Células epiteliales transicionales:** negativo
- **Células epiteliales tubulares renales:** negativo
- **Filamentos mucoides,** negativo
- **Levaduras:** negativo

EVACUACIÓN POR EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO:

Luego de ser evaluada por los servicios de:

- Neumología.
- Cardiología.
- Anestesiología.

- Ginecología.

CONSENTIMIENTO:

- Consentimiento informado anestesiología.
- Consentimiento Informado para el cono frio
- Consentimiento informado para la histerectomía total ampliada a vagina.
- Riesgo quirúrgico.

OTROS EXÁMENES:

1.- EXAMEN ANATOMOPATOLOGICO: 27-05-2016

- Indicación: Dr. José Galindo Pérez

- Descripción y Diagnostico Anatomopatologico:

Descripción Macroscópica.

- Se recibe fragmento de tejido de 0,9 x 0.7 x 0.6 cm de color pardusco de bordes irregulares y consistencia remitante.

DIAGNOSTICO MICROSCÓPICO:

- LIE de Alto Grado: displasia severa
- Cervicitis Crónica en la muestra remitida no se encuentra neoplasia maligna.

COLPOSCOPIA:

INFORME COLPOSCÓPICO: (01/06/2016)

- Muestra Adecuada
- ZT: Tipo 2
- Hallazgos colposcópicos menores: vagina pálida

OTROS.

- Test de Schiller: Positiva

CONCLUSIÓN:

- Vaginitis Atrófica.
- LIE de bajo Grado

2.- EXÁMENES ANATOMOPATOLÓGICO DEL HOSPITAL HONORIO

DELGADO: 23-06-2017

INFORME:

- 1.- Labio Anterior: se recibe fragmentos de tejidos que mide en conjunto 0.5x0.3x4cm
- 2.- Labio posterior. Se recibe fragmento de tejido que mide 0.6x0.3cm
- 3.- Canal Endocervical: se recibe fragmento de tejido que mide 0.5x0.3cm

DIAGNOSTICO:

1.- LABIO ANTERIOR – BIOPSIA:

- Carcinoma insitu.
- Endocervitis Crónica.

2.- LABIO POSTERIOR – BIOPSIA.

- Endocervitis crónica.
- Escasos fragmentos de exocervix con displasia moderada.

3.- CANAL ENDOCERVICAL – BIOPSIA.

- Fragmento aislado de exocervix con carcinoma In Situ.
- Endocervitis crónica.

CONO FRIO: 25/08/2017

OPERACIÓN: CONO FRIO

CIRUJANO: DR Carlos Chávez

PRIMER ASISTENTE: R4 Giráldez

ANESTESIA: Sedación.

ANESTESIÓLOGO: Dra. Veliz

INSTRUMENTISTA: Lic. Álvarez

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO: NIC III CA DE CERVIX

HALLAZGOS:

Al examen vaginal se evidencia cérvix retraído, pequeño y empotrado hacia el lado derecho, que hace dificultoso su exposición, luego de la aplicación de la

solución de lugol, área iodo negativo circundante al canal cervical. Histerometria

7cm útero en ante verso flexión.

PROCEDIMIENTO:

Paciente en posición de litotomía, asepsia, antisepsia, se colocan valvas vaginales, histerometria, se coloca dilatadores de Hegar, se procede a cono frío con hoja de bisturí N°15 y se colocan puntos de Sturmdorf, con vicryl N°1, se deja tapón vaginal furacinado.

Paciente tolera acto operatorio y pasa a recuperación.

Se envía a estudio anatomía patológica:

- Hemicuello izquierdo (01pieza mediana)
- Hemicuello derecho (01 pieza mediana)

PATOLOGÍA 2: 04-09-2017

INVESTIGACIÓN SOLICITADA: Estudio Anátomo Patológico:

INDICACIÓN: DR. Carlos Chávez.

MUESTRA: Cuello Uterino.

RESULTADO:

MACROSCÓPICO.

1.- Hemicuello Uterino Derecho: se recibe 01 fragmento de tejido de forma irregular que mide 2.7 por 2.5 por 0.8 cm, se incluye toda la muestra.

2.- Hemicuello Uterino Izquierdo: se recibe 0.1 fragmento de tejido de forma irregular que mide 2.8 por 2.2 por 0.8 cm, se incluye toda la muestra.

DIAGNOSTICO DE DESCRIPCIÓN MICROSCÓPICA:

1.- HEMICUELLO UTERINO DERECHO, RESECCIÓN:

- Carcinoma Epidermoide In Situ con extensión glandular.
- Bordes de sección exocervical libres de neoplasia.
- Bordes de sección endocervical en contacto con la neoplasia.

2.- HEMICUELLO UTERINO IZQUIERDO: RESECCIÓN:

- Cervicitis crónica.

Con los resultados obtenidos se toma la decisión de realizar una intervención mayor.

REPORTE DE SALA DE OPERACIONES:

Operación realizada: histerectomía total abdominal ampliada a vagina + salpingooforectomia bilateral

CIRUJANO: DR. Sergio Puma.

PRIMER ASISTENTE: R4 Giráldez.

ANESTESIA: General Inhalatoria.

ANESTESIÓLOGO: DRA. Veliz.

INSTRUMENTISTA: Lic. Bazán.

CIRCULANTE: Lic. Galindo.

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO: Carcinoma Insitu de Cérvix.

DIAGNOSTICO POS OPERATORIO: Carcinoma Insitu de Cérvix

HALLAZGOS: Abierta cavidad abdominal se encuentra Útero de 7 x 10 x 4cm, de superficie regular, consistencia fibroelastica, móvil, no adherencias.

Trompas Uterinas bilaterales de características normales, Ovario izquierdo, de 1x2x2 cm de superficie regular, color blanco nacarado..

No adenopatías retroperitoneales. Epiplón mayor de aspecto normal, no liquido libre en cavidad resto de órganos intra abdominales de aspecto normal.

PROCEDIMIENTO:

Antisepsia y asepsia de zona operatoria, colocación de sonda Foley N° 14 con Cistoflow, colocación de campos y sabanas estériles

Se realiza apertura de pared abdominal por incisión mediana infra umbilical, de evidencia hallazgos descritos colocación de separadores metálicos Balfour: colocación de compresas en cavidad abdominal por separación y rechazo de las asas intestinales hacia hemiabdomen superior.

Se clampa, liga y corta ligamento infundibulopélvico derecho, se clampa corta ligamento redondo derecho, realiza apertura de hoja posterior de ligamento ancho se realiza pinzamiento sección y ligadura de arterias uterinas derecha y ligamento cardinal derecho. Se realiza el mismo procedimiento en el lado

contralateral se extrae pieza operatoria, se realiza cierre de cúpula vaginal con vicryl 1 en dos planos Cierre de pared por planos, aponeurosis con vicril 1, TCSC con CCI 3/0 piel con vicril 3/0 puntos intradérmicos.

SE ENVÍA PIEZA PARA ESTUDIOS DE ANATOMÍA PATOLÓGICA.

ÚTERO + ANEXOS (1 PIEZA GRANDE)

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD:

- Paciente mujer de 67 años, natural de Puno y procedente de Arequipa, con un tiempo de enfermedad de 02 años aproximadamente, caracterizado por presentar dolor abdominal y pélvico, además de prurito genital que no calma con medicación es evaluada en el hospital Goyeneche con posterior AP (27/05/2016): es diagnosticada con:



- LIE DE ALTO GRADO.

- CERVICITIS CRÓNICA.

- posterior mente perdida de vista por un año es evaluada en HRHDE y referida IREN (25/08/2017).
- Se realiza por parte del IREN (25/08/2017) cono frio, con posterior AP(04/09/17)
- Motivo por el cual se decide plan quirúrgico: HISTERECTOMÍA TOTAL AMPLIADA DE VAGINA..

TRATAMIENTO

Una vez realizada la intervención se da la siguiente terapéutica:

- 1.- Nada por vía oral.
- 2- controles de funciones vitales c/ 6 horas
3. - DXT. % 1L 10cc +NA (2) + K (1)0 I II
- 4- Ceptriaxona 2gr ev C/8 horas
- 5- Metamizol 1 gr EV c/8 horas
- 6- tramadol 50 mg SC c/ 12 h
- 7.- Dimenhidrinato 50 EV c/ 8 h
- 8.- Remitidita 50, EV c/ 98 h
- 9.- NB2 en 5 cm + 5 gotas Fenoterol c/ 8 h
- 10.- Palmoterapi NB2
- 11.- Bromuro de ipodropio 4 mg c/ 6 horas en aéreo cámara.

PRONOSTICO:

- Debe ser expectante.
- Adoptar Estilos de Vida Saludable

CAPITULO III

3.1 DISCUSIÓN:

En un estudio realizado por los doctores. Odalys Durruthy Wilson el Dr. Pedro Cardoso Rodríguez realizaron en el Hospital Docente Ginecobstétrico y otro estudio de la Dra. Ana Betancourt de Mora. Camagüey estudio realizado en Cuba. Donde se coincide que el cáncer deja ver de manera más patente los notables efectos de un diagnóstico y terapia curativa precoz sobre la incidencia de mortalidad que el cáncer de cuello uterino y que el pico de incidencia del cáncer de cérvix ocurre entre la cuarta y quinta décadas de vida y su frecuencia se incrementa con la promiscuidad, tanto del hombre (varón de riesgo) como de la mujer, así como el inicio precoz de las relaciones sexuales, subdesarrollo socioeconómico. El Caso Clínico que se está analizando coincide con datos como inicio precoz de relaciones sexuales, se presenta en la quinta década de la vida, estado socioeconómico.

Brayllar corrobora que las lesiones precancerosas son cambios morfológicos continuos cuyas fronteras están bastante mal delimitadas. Dichas lesiones pueden retroceder espontáneamente o evolucionan hacia un cáncer y se puede relacionar con el virus del papiloma humano.

Según Nazzari O. y Francisco Javier señalan la incidencia y mortalidad del cáncer Cervicouterino se relacionan con la pobreza, el acceso limitado a los servicios, La vida en zonas rurales los bajos niveles de educación.

CONCLUSIONES:

- Paciente con escaso o nulo conocimiento de autocuidado personal.
- No se evidencia prácticas saludables.
- Diagnósticos por personal especialista herrado
- Según el Caso Clínico analizado nos permite concluir que estableciendo pautas para la prevención, detección temprana y manejo adecuado en casos de cáncer de cuello uterino se puede reducir la morbilidad, mortalidad y discapacidad por este cáncer.
- Según el caso clínico analizado nos confirma una vez más que las lesiones pre malignas tempranas tardan de 10 a 20 años en convertirse en un cáncer invasor, de manera que esta enfermedad es rara antes de los 30 años de edad.
- Por lo tanto las detección precoz, mediante el tamizaje de todas las mujeres del grupo etareo previsto, seguida del tratamiento de las lesiones pre malignas detectadas a tiempo, permiten prevenir la mayoría de los cánceres de cuello uterino.
- Se logró determinar según el caso clínico que el PAP y el IVAA pueden ser usados como métodos de tamizaje y diagnóstico.
- Hoy en día se debe implementar el “VER Y TRATAR” ya que se tomara decisiones inmediatas y con mejores resultados.

- Este enfoque reduciría la pérdida de pacientes para el seguimiento y puede reducir el retraso de inicio del tratamiento de las mujeres.
- En las mujeres con resultados negativos en la prueba de IVAA o en el PAP, el nuevo tamizaje deberá realizarse en tres años.
- En las mujeres con resultados negativos en la prueba de tamizaje de VPH, se debe proceder a un nuevo tamizaje tras un intervalo mínimo de cinco años.



RECOMENDACIONES:

PRIMERA: Se recomienda a la autoridad Universitaria de la Facultad de Obstetricia de la Universidad Católica de Santa María fomentar la realización de investigaciones en relación al Cáncer de cuello Uterino y Mama

SEGUNDA: Se recomienda a las Obstetras ser el ente difusor frente a esta enfermedad que es el Cáncer y así fomentar los chequeos anuales, consejerías en estilos de vida saludable, autocuidado de la salud y lograr referencia oportuna para los exámenes de screening.

TERCERO: Trabajar con la población cautiva para difundir los principales mensajes de prevención (No fume, usar condones durante las relaciones sexuales, limitar el número de parejas sexuales. Etc.) y promoción en la salud así como sensibilizar a la población para que adopte una cultura de salud en la detección de los factores de riesgo y se realice la detección temprana.

CUARTO: Promocionar la vacuna contra el VPH en forma oportuna sabiendo que es un factor protector contra los tipos de VPH que causan el cáncer de cuello uterino, vagina y vulva con mayor frecuencia. Se recomienda para preadolescentes (niños y niñas) de 11 a 12 años.

BIBLIOGRAFIA:

1. Organización Panamericana de la Salud. El Control de las Enfermedades Transmisibles. Decimoséptima Edición. Washington, 2001
2. Muñoz Nubia, Bosch Javier. Relación Causal entre el virus de papiloma Humano y el cáncer cervicouterino y consecuencias para la prevención. Bol. Oficina Sanit Panam 121(6), 1996
3. Muñoz, N. Et al. Epidemiologic Classification of Human Papillomavirus Types Associated with Cervical Cancer. The New England Journal of Medicine, 348:6, February 6, 2003
4. Thomas Cox. HPV Prevalence, Virology and Epidemiology.
http://www.baylorcme.org/hpv/presentations/cox/presentation_text.html
5. Moscicki, B. VPH y la Mujer Adolescente. En: HPV Today. No 5 Setiembre 2004.
6. Herrero et al. Journal of Infectious Diseases. Epidemiologic Profile of Type-Specific Human Papillomavirus Infection and Cervical Neoplasia in Guanacaste, Costa Rica. Journal of Infectious Diseases 2005:191 (1 June)
7. Rivera R. et al. Epidemiología del Virus Papiloma Humano. Rev. Chil.Obstet. Ginecol 2002; 67(6): 501-506
8. Torrejón, R. Factores de Riesgo de Cáncer Uterino. Estrategias de Prevención. Salud Total de la Mujer 2002: 4(1):23-3137

9. Cox, T. Guía Provisional sobre el Uso del Test de VPH en Combinación con La Citología en el Cribado Cervical Primario. En HPV Today, No 6 Abril 2005
10. US Food and Drug Administration <http://www.fda.gov/womens/getthefacts/hpv.html>
11. Soler, Mark. La prueba de detección del VPH. Si no ha sido validada Clínicamente es peligrosa. HPV Today. N° 09. Agosto 2006.
12. Consenso Eurogin 2006 sobre la Prueba de Detección de ADN del VPH en El Cribado de Cáncer de Cuello Uterino: de la Evidencia a las Recomendaciones. HPV Today. N° 09. Agosto 2006
13. Egrerry Guillermo, Sexualidad adolescente. Consejo Nacional de Población. México D. E. 1994
14. Peláez, J. y Col: <<Adolescencia y Sexualidad: Controversias sobre una Vida que comienza. >>Ed. Científico Técnica. La Habana, 1996.
15. Ferlay, **J. et al.** Globocan 2000. Cancer base 2001.
16. Sancararanarayaan, R; Budukh, AB; Rajkumar, **R.** Effective screening Programmer for cervical cancer in low-and middle-income developing countries. Bull W. H. O. 2001.
17. Registro de Cáncer de Lima Metropolitana 1990-1993. Centro de Investigaciones “Maes Heller”.38
18. Albuja, P. Cobertura Citológica de la población femenina a riesgo de cáncer

Cérvico uterino en la región La Libertad. Acta Cancerológica 1995; 2:113-23.

REFERENCIA INFORMATIZADA:

- El impacto global del cáncer de cuello uterino - RHO Cervical Cancer
www.rho.org/aps/media/01_Mike_Global_Impact.pdf
- Estadísticas del cáncer - National Cancer Instituto
<https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/estadisticas>
- Definición de neoplasia intraepitelial cervical escamosa
<https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario?cdrid=564157>
- América cáncer society <https://www.cancer.org/es/tratamiento/...y-efectos.../ansiedad-mie-depresion.html>
- Historia del Cáncer - News Medical
<https://www.news-medical.net/health/Cancer-History> (Spanish).



