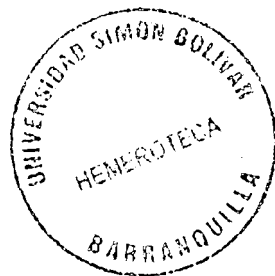


4031243

FF S
#0181





PROYECTO DE INVESTIGACION
CARACTERIZACION DE LOS ESTILOS DE VIDA EN MUJERES DE
30-50 AÑOS CON CANCER DE CUELLO UTERINO LIGA DE
LUCHAS CONTRA EL CANCER BARRANQUILLA II SEMESTRE DE
2004

POR:

MARLYN ALBOR
LILIANA AVILA
ANA MERCADO W
LILIANA RIVERA
MARINA SALCEDO

A LA DOCENTE:
YANIRIS MAURY

CORPORACION EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMON
BOLIVAR.
ENFERMERIA
VII SEMESTRE
BARRANQUILLA 2005.

CONTENIDO

- 1. TITULO**
- 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**
- 3. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS**
- 4. PROPÓSITO**
- 5. JUSTIFICACIÓN**
- 6. MARCO TEORICO**
- 7. TIPOS DE ESTUDIO**
- 8. PROCESAMIENTOS DE DATOS**
- 9. RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN**
- 10. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS**
- 11. LISTADO DE VARIABLES**
- 12. ENCUESTAS**
- 13. GRAFICOS**
- 14. BIBLIOGRAFÍA**



1. TITULO

CARACTERIZACION DE LOS ESTILOS DE VIDA EN MUJERES DE 30-50 AÑOS CON CANCER DE CUELLO UTERINO. LIGA DE LUCHA CONTRA EL CANCER BARRANQUILLA II SEMESTRE DE 2004.



2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La incidencia del cáncer de cuello uterino aumenta con la edad presentándose con mucha mas frecuencia alrededor de los 30 a 50 años, debido a los patrones de desarrollo de la enfermedad que van de acuerdo a sus diferentes estilos de vida, entre los que se encuentra el nivel socioeconómico, este es considerado como el cáncer de la pobreza ya que el 50% de los casos se presentan en clases socioeconómicas bajas; los embarazos múltiples tienen una incidencia del 10,6% la higiene personal es del 3%, la promiscuidad del 14,2%, con mucha frecuencia se observa como las mujeres con vida sexual activa son factores predisponentes para padecer de cáncer de cuello uterino con una frecuencia del 15,3%, también existe un alto índice en las mujeres con hábitos de fumar que tienen un porcentaje del 22.5%, los malos hábitos alimenticios del 12,1% igualmente las mujeres que no se realizan citología vaginal con un porcentaje del 60% , el virus del papiloma humano (HPV) tienen una incidencia del 18,2%.

En estudios realizados en la liga de lucha contra l cáncer en el año 2000–2003 se obtuvo una prevalecía de 8 casos y 2 casos de muerte por la misma razón, en el año 2004 se obtuvo el siguiente resultado de enero a julio se detectaron 9 casos y de agosto a diciembre 13 casos de cáncer de cuello uterino.

Nosotras como estudiantes del área de la salud nos llamo la atención la alta incidencia de esta patología y nos propusimos conocer mas afondo sobre cuales son esos estilos de vida de la población de mujeres mas afectadas y nos planteamos el siguiente interrogante.



¿ Cuales son las características de los estilos de vida en mujeres de 30 a 50 años con cáncer de cuello uterino. **LIGA DE LUCHA CONTRA EL CANCER**
Barranquilla II semestre de 2004?



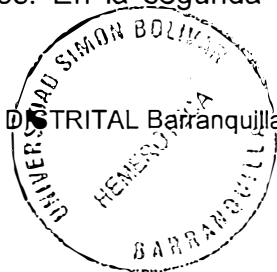
4. JUSTIFICACION

El cáncer de cuello uterino, es uno de los canceres que afecta con mas frecuencia a las mujeres de todo el mundo y en algunas regiones su frecuencia va en aumento.

El cáncer de cuello uterino es uno de los problemas de salud publica mas importante en Latinoamérica y el caribe según datos de la agencia internacional de investigaciones del cáncer para 1999, el mismo representa la causa de cáncer mas común para las mujeres de la región (52.000 casos cada año) y la cuarta causa principal de muerte entre la s mujeres de 40 a 50 años de edad (25.000 mueren al año). Mundialmente cada año se presentan 370.000 casos nuevos, de los cuales el 80% aparecen en países en vía de desarrollo como el nuestro, al parecer por sistemas e salud deficitarios, que ubican este problema como de interés para la salud publica. Haití tiene la incidencia más alta de casos de cáncer de cuello uterino (91 casos por cada 100.000 mujeres)¹. Nicaragua tiene la tasa de mortalidad mas alta a causa de la enfermedad (33 muertes por cada 100.000 mujeres)

En nuestro país el cáncer de cuello uterino es la primera causa de muerte por esta patología en mujeres. En el periodo comprendido entre los años de 1983 y 1991 la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino en Colombia fue de 6,5 por 100.000 habitantes, entre 1986 y 1996 fallecieron 20.000 mujeres por cáncer de cuello uterino 50% de estos casos murieron por diagnostico tardío y falta e acceso a los tratamientos especializados. En la segunda tasa de

¹ PROMOCION Y PREVENCIÓN SECRETARIA DE SALUD DISTRITAL Barranquilla.
Alcaldía Distrital



mortalidad (9,9 por 100.000 mujeres en 1994) más alta de toda Sudamérica por esta patología.

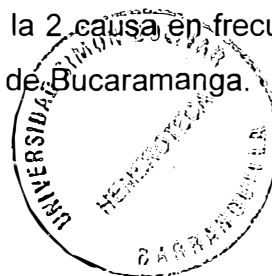
De acuerdo con los últimos datos de mortalidad en el país en 1995 el cáncer de cuello uterino ocasiona el 15% de las muertes en mujeres lo cual significo un descenso con respecto a 1985 de 1%, sin embargo paso a ocupar el primer lugar como causa de mortalidad por tumores malignos².

El cáncer de cuello uterino ocupa el 10 lugar en la mortalidad general en el área rural y la 8 en el área urbana. La tendencia de la mortalidad ha conservado un patrón estable en los últimos 30 años; durante el quinquenio 1987 1991 la incidencia del carcinoma invasivo de cuello uterino fue de 25,2 por 100.000 mujeres mujeres mientras que el carcinoma in situ fue de 21,6 por 100.000 mujeres. La incidencia de cáncer invasivo en las grandes ciudades ha disminuido y el cáncer invasivo ha aumentado proporcionalmente, en donde las tasas muestran esta patología. Este fenómeno puede ser explicado en parte por el establecimiento por un programa de detección masivo de alcance nacional.

En 1989 según fuentes de registro de defunciones del departamento administrativo nacional de estadísticas, la tasa e mortalidad por cáncer de cuello uterino, para Bucaramanga era de 27.9 por 100.000 mujeres.

El registro poblacional de cáncer en el área metropolitana de Bucaramanga encontró entre 2000 y 2001 un total de 3.326 casos nuevos de lesión neoplásica y preneoplásica de cuello uterino en una población de 468.282 ,mujeres del área metropolitana, con una incidencia promedio anual de 26.9 por 100.000 habitantes lo que representa una tasa promedio de 35.7 por 100.000 habitantes para los años 2000 y 2001; Es la 2. causa en frecuencia de cáncer de cuello uterino en el área metropolitana de Bucaramanga.

² SHANTAV, Krishanamurthi. Epidemiología Cervix.



Las lesiones neoplásicas del tracto genital femenino, principalmente el cáncer de cuello uterino constituyen un problema de salud pública en Colombia. Según la división de epidemiología del instituto nacional de salud la tasa de mortalidad para ese mismo año fue de 15.9 por cada 100.000 habitantes. Además el 10.2 % de las muertes por cáncer de cerviz en Colombia ocurre en las 3 principales ciudades del viejo caldas donde hubieron 298 muertos en 1990 por lo cual en el alta de morbilidad y mortalidad por cáncer del DANE para 1990 se clasifica el cáncer de cuello uterino como problema de salud pública para esa región.

En información suministrada por la dirección seccional de salud de caldas sobre la tasa de mortalidad por cada 100.000 habitantes para el departamento. En el año 2001 se reportó a la dorada con la tasa más alta 0.31 seguido de río sucio con 0.28 y Chiquinquirá con 0.21 y Manizales con 0.12.

En la LIGA DE LUCHA CONTRA EL CANCER encontramos que del 100% de las personas que asisten a este centro hospitalario, el 36% de ellas se realizan control de citología vaginal obtenido resultados positivos.

Saber esto es muy importante no solo para quienes trabajan en la salud, sino también para las personas de la comunidad. Porque si conocemos una enfermedad y como prevenirla podemos actuar para que menos personas enfermen y mueran por esta causa.

El ministerio de salud decidió crear el programa de prevención y control del cáncer de cuello uterino para todo el país y asignó su dirección al INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA.

3. OBJETIVOS

3.1. GENERAL

Caracterizar los estilos de vida en mujeres con cáncer de cuello uterino entre las edades de 30-50 años que asisten a la LIGA DE LUCHA CONTRA EL CANCER Barranquilla II semestre de 20004

3.2. ESPECIFICOS

- Identificar las características socio demográficas, y económicas de la población con cáncer de cuello uterino , entre las edades de 30 a 50 años que asisten a la liga de lucha contra el cáncer en la ciudad de Barranquilla II periodo del 2004.
- Describir la actividad sexual de las mujeres de 30 a 50 años con cáncer de cuello uterino que asisten a la liga de lucha contra el cáncer en la ciudad de Barranquilla II periodo del 2004.
- Identificar cuantas de estas mujeres son fumadoras entre las edades de 30 a 50 años con cáncer de cuello uterino que asisten a la liga de lucha contra el cáncer II periodo del 2004.
- Identificar si estas mujeres tienen accesibilidad a los servicios de salud entre las edades de 30 a 50 años con cáncer de cuello uterino que asisten a la liga de lucha contra el cáncer.
- Identificar el contagio con el virus del HPV ,entre las edades de 30 a 50 años con cáncer de cuello uterino que asisten a la liga de lucha contra el cáncer II periodo del 2004.



5. PROPOSITO

Con este trabajo nosotras como estudiantes del área de salud, no propusimos identificar los factores que están incidiendo en el desarrollo del cáncer de cerviz, y cual de ellos es el que prevalece dentro de las mujeres a estudiar.

Después de haber obtenido la información se puede establecer los estilos de vida, y educar sobre los cuidados y posibles complicaciones para prevenir el cáncer de cuello uterino.

6. MARCO TEORICO

El cáncer de cuello uterino es una patología neoplásica maligna frecuente y constituye una de las causas principales de enfermedad y muerte por cáncer en las mujeres.

El cáncer de cuello uterino es tan frecuente que, sin tener en cuenta el cáncer de piel no melanoma, ocupa el segundo lugar entre todas las neoplasias malignas que afectan a la población femenina en la mayor parte del mundo, principalmente en los países en vías de desarrollo, y representa la principal causa de muerte por cáncer en estas mujeres. Mundialmente cada año se presentan 370.000 casos nuevos, de los cuales el 80% aparecen en países en vías de desarrollo como el nuestro, al parecer por sistemas de salud deficitarios, que ubican este problema como de interés para la salud pública³.

En nuestro país el cáncer de cuello uterino es primera causa de muerte por esta patología en mujeres. En el período comprendido entre los años 1983 y 1991, la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino en Colombia fue de

³ Haddad N, da Silva MB. Mortalidade por neoplasmas em mulheres em idade reprodutiva - 15 a 49 anos - no estado de São Paulo, Brasil, de 1991 a 1995. Rev Assoc Med Bras 2001. p. 47.



6,5 por 100,000 habitantes;⁴ entre 1986 y 1996 fallecieron 20.000 mujeres por cáncer de cuello uterino, el 50% de estos casos murieron por diagnóstico tardío y falta de acceso a los tratamientos especializados. Es la segunda tasa de mortalidad (9,9 por 100.000 mujeres en 1994) más alta de todo Sudamérica por esta patología⁵. De acuerdo con los últimos datos de mortalidad en el país, en 1995 el cáncer de cuello uterino ocasionó el 15% de las muertes por cáncer en mujeres, lo cual significó un descenso con respecto a 1985 de un 1%; sin embargo, pasó a ocupar el primer lugar como causa de mortalidad por tumores malignos.

El cáncer de cuello uterino ocupa el décimo lugar en la mortalidad general en el área rural y la octava en el área urbana. La tendencia de la mortalidad ha conservado un patrón estable en los últimos 30 años; durante el quinquenio 1987-1991 la incidencia del carcinoma invasivo de cuello uterino fue de 25,2 por 100.000 mujeres, mientras que para el carcinoma in situ fue de 21,6 por 100.000. La incidencia de cáncer invasivo en las grandes ciudades ha disminuido y el cáncer preinvasivo ha aumentado proporcionalmente, en donde las tasas muestran la gran magnitud del problema que representa esta patología.

⁴ La carga de la enfermedad en Colombia. Bogotá: Ministerio de Salud; 1994. p. 1.

⁵ Sherris J, Herdman C, Elias C. Beyond our borders. Cervical cancer in the developing world. West J Med 2001;175:231-3.

En Colombia, el cáncer de cuello uterino es de alta incidencia y mortalidad. Este es más frecuente en mujeres de bajo nivel socioeconómico con vida sexual activa y alta multiparidad. Este cáncer está fuertemente asociado con la edad temprana a la primera relación sexual y múltiples compañeros sexuales tanto en las mujeres como en sus parejas⁶.

La detección temprana del cáncer de cuello uterino corresponde al conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos dirigidos a las mujeres entre 25 y 69 años o menores de 25 años con vida sexual activa, para la toma de citología cervico uterina.

Condición socioeconómica y cultural. Hay gran cantidad de datos que son controvertidos respecto a la asociación que se da entre cáncer de cuello uterino y condición económica, social o educativa. Se acepta que las mujeres de más bajo nivel social, cultural y educativo, así como las inmigrantes extranjeras tienen mayor incidencia de cáncer del cuello uterino, pero existen estudios que muestran a las universitarias como las que más lo sufren.

La pregunta es si esta condición implica mayor exposición al VPH o dificultades para acceder a los servicios de detección oportuna.^{49, 50} Benia y Tellecha, en Uruguay, informaron que más del 60% de las mujeres de 20 a

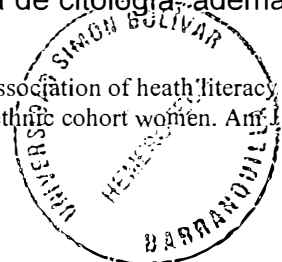
⁶ MÉDICOS GENERALES COLOMBIANOS. Norma técnica para la detección temprana del cáncer de cuello uterino y guía de atención de lesiones preneoplásicas de cuello uterino http://www.medicosgeneralescolombianos.com/Ca_Cuello_Uterino.htm

30 años no acuden a los servicios de tamizaje más por temor y trabas administrativas que a tener que vivir en condiciones que las expone más al virus.

En varios estudios se ha demostrado que en Estados Unidos las mujeres de ascendencia hispánica o africana tienen más riesgo de adquirir VPH y experimentar lesiones premalignas y malignas del cuello uterino; sin embargo, este aspecto de raza es más un marcador de riesgo que un evento causal por sí mismo, en la medida que las poblaciones con este antecedente son más pobres y tienen conductas de mayor riesgo que sus contrapartes caucásicas.¹⁵

Educación en salud. Lindau y cols. encontraron en 529 mujeres que asistían a una clínica ambulatoria para mujeres que aquellas con menor nivel académico (menos de 9º grado) acuden hasta 2,5 veces menos a citología, lo que está ligado con el grado de conocimientos generales en salud⁷. Esto tiene implicaciones críticas, pues en la medida que la mujer no sepa y entienda las razones para las cuales se requiere la toma periódica de citologías hay dificultades para que acuda regularmente a sus controles o cumpla con las instrucciones en caso de lesiones de bajo grado. De ahí que los estudios que han evaluado las barreras para la toma de citología, además

⁷ Lindau ST, Tomori C, Lyons T, Langseth L, Benett CL, Garcia P. The association of health literacy with cervical cancer prevention knowledge and health behaviors in multiethnic cohort women. Am J Obstet Gynecol 2002;186:938-43.



de las propiamente administrativas, se encuentre el desconocimiento de las pacientes y planteen que una de las estrategias clave es el desarrollo de programas de educación de usuarias.

Rol que percibe la mujer de su feminidad. Uno de los aspectos que cada vez se identifican como críticos para el diagnóstico y tratamiento oportuno del cáncer del cuello uterino es el de la identidad personal que tienen las mujeres, así como de su sexualidad, en la medida que esto determina la capacidad para tomar decisiones autónomas. Lamadrid plantea que en la sociedad latinoamericana se acepta como normal que las mujeres tengan una sola pareja mientras que los hombres muchas, comportamiento que aunado a un rol de feminidad pasivo en donde el papel de la mujer es tener hijos, criarlos bien, cuidar la casa y servir al marido, implica un riesgo alto de infección y diagnóstico tardío.

La atención de lesiones preneoplásicas de cuello uterino, corresponde al conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos dirigidos a las mujeres con diagnóstico de lesión preneoplásica, tendientes a incrementar las posibilidades de curación, minimizar los riesgos de complicación y aumentar el tiempo de sobrevida y su calidad.

Por otro lado, solo una pequeña parte de las infecciones crónicas por VPH evolucionan de neoplasia intraepitelial cervical I (NIC I) a NIC II, NIC III y

cáncer cervicouterino. Se han encontrado algunos factores de riesgo asociados al VPH que son determinantes para que esta evolución hacia el cáncer se dé, los más importantes son: Conducta sexual, consumo de tabaco y Mujeres con alto número de embarazos.

La conducta Sexual se considera el principal factor de riesgo. El inicio precoz de relaciones sexuales (antes de los 20 años) y el número de compañeros sexuales aumentan el riesgo de cáncer cervicouterino. Se ha demostrado la presencia de VPH cervical o vulvar en un 17-21% de las mujeres con una pareja sexual y en 69-83% de las mujeres con 5 o más parejas sexuales⁸.

Cuando los partos son seguidos y no tienen un espacio considerado entre uno y otro esto afecta al aparato genital femenino por los efectos hormonales que trae consigo cada trabajo de parto; el cuello se dilata y sus paredes se desgarran ocasionando traumatismo y lesiones a través de sus paredes, proporcionando la invasión y acumulación de células cancerígenas; dando origen al cáncer.

Sin embargo, en el caso de numerosos partos se encontró que la magnitud de las mujeres con siete (7) o más partos vaginales se incrementa notablemente en relación con aquellos que han tenido menos de tres (3)

⁸ Rivera R. et al. Epidemiología del Virus Papiloma Humano. Rev. Chil.Obstet. Ginecol 2002; 67(6): 501-506.



partos. En diversas investigaciones se ha demostrado que el riesgo aumenta con la paridad por lo que se puede considerar la multiparidad como factor de riesgo importante⁹.

Desde la década del 60 la fecundidad empezó a tener una caída considerable, pues las mujeres, gracias al mejoramiento en los niveles de educación, pero especialmente gracias a los innovadores sistemas de planificación familiar, lograron controlar el crecimiento de su familia¹⁰.

Por ejemplo, en 1965 las mujeres tenían un promedio de 7 hijos. En 1975, diez años más tarde, 4.4 hijos. En 1985 el promedio fue 3.6 hijos por familia y para el año 2000 la tasa de fecundidad es de 2.6 hijos por mujer.

Según la ENDS 2000, la tasa de fecundidad urbana bajó de 2.7 a 2.3, y la rural de 4.5 a 3.8. Lo anterior significa que las mujeres que habitan en ciudades y cabeceras municipales tienen entre 2 y 3 hijos; y aquellas que residen en el campo y en zonas rurales entre 3 y 4, promedio.

La promiscuidad sexual del hombre también constituye un factor de riesgo dado que en sus múltiples contactos sexuales se contamina con virus de papiloma humano que trasmite después a su pareja.

⁹ OTTO, Shirley. Enfermería oncológica.

¹⁰ <http://semana2.terra.com.co/imagesSemana/documentos/desplazadosprofa2.doc>

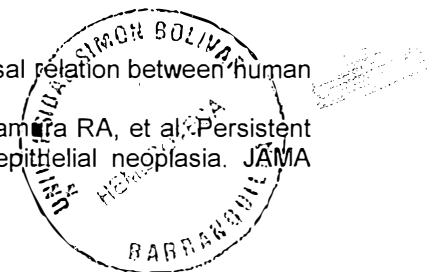
Cada vez hay más datos que sugieren que una mujer puede correr mayor riesgo debido a las características de su compañero sexual, aunque no satisfaga las condiciones de relaciones sexuales precoces y múltiples compañeros; de hecho, la historia sexual de su compañero podría ser tan importante como la propia¹¹.

En un estudio realizado se encontró que los maridos de las mujeres que integraban el grupo de casos con cáncer habían tenido mayor número de compañeras sexuales que los maridos de las mujeres pertenecientes al grupo control; de la misma forma se halló que habían tenido la primera relación sexual a edad más precoz y mostraban una historia mayor de enfermedades venéreas. Otras características que presentaban con mayor frecuencia eran más cantidad de visitas a prostitutas y el hábito de fumar¹².

Además de lo anterior, una mujer tiene alto riesgo de lesión intraepitelial si sus compañeros sexuales tienen antecedentes de cáncer de pene, y este estuvo casado con una mujer que presentó neoplasia cervical, visita frecuentemente a prostitutas y nunca utiliza condón.

¹¹ Bosch FX, Lorincz A, Muñoz N, Meijer CJL, Shah KV. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. J Clin Pathol 2002;55:244-65.

¹² Schlecht NF, Kulaga S, Robitaille J, Ferreira S, Santos M, Miyamura RA, et al. Persistent human papillomavirus infection as a predictor of cervical intraepithelial neoplasia. JAMA 2001;286:3106-14.



En población de prostitutas la frecuencia de infección por virus de alto riesgo VPH-16, 18, 31 y 58 es hasta 14 veces más frecuente que en la población general¹³.

De igual forma, las mujeres fumadoras tienen un riesgo mayor de padecer de cáncer del cuello uterino que las mujeres no fumadoras. Estudios de investigación han demostrado que en el moco cervical (sustancia que reviste la mucosa del cuello del útero) hay una concentración elevada de sustancias provenientes del fumado de tabaco.

En este orden de ideas, sabemos que el fumar es un factor asociado con el cáncer cervical, estas sustancias dañinas son absorbidas por los pulmones y conducidas al torrente sanguíneo o a través de todo el cuerpo; se han detectado subproductos del tabaco en la mucosidad cervical de mujeres fumadoras. Los investigadores opinan que estas sustancias dañan el ADN de las células del cuello del útero y pueden contribuir al origen de esta enfermedad.

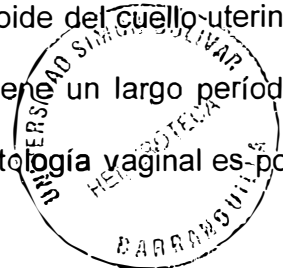
Además, los cambios hormonales que ocurren durante el embarazo favorecen el desarrollo de las infecciones por VPH.

¹³ Ibíd. p. 26.

La evidencia epidemiológica ha sugerido desde hace varios años que el cáncer del cuello uterino se comporta como una enfermedad de transmisión sexual (ETS). De acuerdo con este criterio, se reconocen actualmente varios factores de riesgo para esta neoplasia, entre ellos la edad temprana al primer coito (antes de 17-18 años el riesgo relativo aumenta a 2 ó 3); en cuanto al número de compañeros sexuales de cada uno de los miembros de la pareja, ese aumento es lineal por cada compañero adicional, para un factor entre 0.5 y 1, hasta un riesgo relativo de por lo menos.

Entre las ETS, la principal de ellas es la infección por el virus del papiloma humano (HPV). En efecto, el Estudio Internacional sobre Cáncer de Cuello del Útero detectó ADN de VPH en 92.7% de 1.000 biopsias procedentes de 22 países.

Los virus más frecuentes fueron los tipos 16 (49.2%), 18 (11.7%), 45 (8%) y 31 (5%) (6, 7). También han sido implicados como factores de riesgo en cáncer del cuello uterino otros factores, tales como el bajo nivel socioeconómico, la historia reproductiva, el tabaquismo, los anticonceptivos orales, la inmunosupresión, y las características del compañero sexual. Estos factores de riesgo han sido relacionados por igual con las lesiones invasivas y preinvasivas del cuello uterino. El carcinoma epidermoide del cuello uterino es una enfermedad ideal para tamizaje, puesto que tiene un largo período preclínico, lo cual permite la detección temprana. La citología vaginal es por

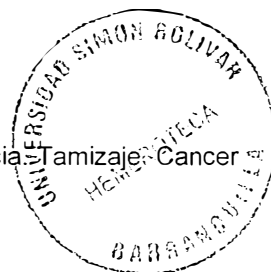


ello eficaz para reducir la morbilidad y la mortalidad por cáncer del cuello uterino, mediante el tamizaje.

El tamizaje en el cáncer del cuello uterino se realiza universalmente con base en cuatro procedimientos auxiliares de diagnóstico: 1-. Citología vaginal o prueba de papanicolaou. Descrita por Papanicolaou y Traut en 1941, se ha convertido en el método sencillo y económico más adecuado para el tamizaje del cáncer del cuello uterino¹⁴. Debe establecerse desde el comienzo que la citología vaginal NO es un procedimiento diagnóstico por sí sola, ya que los cambios citológicos anormales encontrados a través de ella deben siempre ser confirmados mediante el estudio histológico del tejido obtenido por la biopsia o la conización, cuando esta última esté indicada.

Numerosos estudios de cohortes, casos y controles y correlativos han demostrado en forma unánime una disminución de la mortalidad por cáncer del cuello uterino mediante el tamizaje por citología. En países y regiones como Escocia, British Columbia, Islandia, Manitoba en el Canadá, Condado de Maribo en Dinamarca, Condado de Ostfold en Noruega, Suecia y en los Estados Unidos, se ha observado un efecto similar tras la introducción de programas de tamizaje por citología (9).

¹⁴ SEGURO SOCIAL. Guías de practica clínica. Basadas en la evidencia. Tamizaje Cancer Ginecologico. <http://www.ascofame.org.co/guiasmbe/tamiza~3.pdf>



Según Miller, el factor de riesgo más importante para determinar el grupo prioritario para la detección es la edad. Agrega que el conocimiento de los factores de riesgo no proporciona una estrategia práctica para la prevención de la enfermedad, y recomienda que la detección se dirija hacia las mujeres con riesgo definido, en particular de edad y de nivel socioeconómico bajo. La importancia del bajo nivel socioeconómico en relación con tasas elevadas de cáncer del cuello uterino, ha sido destacada por otros autores en América Latina.

Para el tratamiento infección por virus del papiloma humano (vph) y neoplasia intracervical (nic) de bajo grado hay que tener en cuenta que muchas de estas lesiones van a regresar espontáneamente por lo que la tendencia actual es la de dejarlas en observación, con controles citológicos y colposcópicos cada 6 meses o cada año, hasta que la lesión desaparezca. En caso contrario se procederá a su tratamiento según alguna de las posibilidades que se exponen más adelante. En las pacientes mayores de 30 años se puede realizar el tratamiento tan pronto se diagnostique, ya que muchas de estas lesiones ya son persistentes.

Para el tratamiento se puede utilizar cualquiera de los métodos destructivos locales como la electrocauterización, la criocirugía, la vaporización láser o con radiofrecuencia, o cualquier método que a juicio clínico garantice la destrucción completa de la lesión.

Cuando la lesión sea endocervical y no se visualice el límite superior de la misma, se debe realizar cubo endocervical y legrado del endocérnix residual, o en otros casos incluso conización clásica y legrado del endocérnix residual, ya que la lesión puede acompañarse de otra de mayor grado. En las pacientes muy jóvenes sin hijos se pueden dejar en observación estricta de citología y colposcopia cada 6 meses.

Debe aconsejarse a la pareja el uso del preservativo durante 4-6 meses en forma continua, con lo que muchas de las lesiones regresan y los tratamientos dan mejores resultados al romper el círculo de reinfecciones repetidas. Hay que tener en cuenta que entre más joven la mujer, más conservador se debe ser en el manejo, evitando sobretratamientos que puedan influir en la capacidad de reproducción futura.

Por otro lado, los virus de papiloma humano se dividen en dos grandes grupos dependiendo del riesgo que tienen de provocar lesiones cancerígenas: alto y bajo riesgo.

Por un lado, el VPH de Bajo Riesgo. Virus de papiloma humano de bajo riesgo se les llama a aquellos cuyo riesgo de provocar cáncer es bajo y son el VPH 6, 11, 40, 42, 53, 54 y 57. Los VPH que provocan verrugas genitales,



también llamado condiloma acuminado y cresta de gallo, están en este grupo.

Además, el VPH de Alto Riesgo. Los virus de papiloma humano de alto riesgo son los que se encuentran con mayor frecuencia asociados en los casos de cáncer de cuello uterino e incluyen el VPH 16, 18, 31, 35, 39, 45, 51, 52, 56 y 58. De estos tipos el VPH 16 y el 18 son, sin duda, los más importantes dado que se encuentran con más frecuencia vinculados al cáncer cervicouterino.

ESTADOS DEL CANCER

1. Carcinoma estrictamente confinado al cerviz

1ª. Carcinoma invasivo identificado solo con microscopio todas las lesiones visibles, aun las que tienen invasión superficial son IB.

La invasión esta limitada al estroma con máximo de profundidad de 5mm y extensión no mayor de 7mm.

IAI. Invasión al estroma no mayor de 3mm en profundidad ni de 7mm de extensión.

IA2. invasión no mayor de 3mm y no mayor de 5mm y no mas ancha de 7mm.

IB. Lesiones clínicas conformadas al cerviz o lesiones preclínicas mayores del estadio IA.

IBI. Lesiones clínicas no mayores de 4cm en tamaño.

IB2. lesiones clínicas mayores de 4cm en tamaño.

II. carcinoma que se extiende por fuera del cerviz, sin llegar a la pelvis y en vagina sin compromiso del tercio inferior.

IIA. Sin compromiso parametria evidente.

IIB. Compromiso parametrial evidente.

III. compromiso de parámetros hasta pelvis de vagina hasta el tercio inferior. Todos los casos de hidronefrosis, se deben incluir a menos que se conozca una causa diferente.

IIIB. Parámetros hasta la pelvis o riñón no funcionando

IV. Compromiso de vejiga o recto o por fuera de la pelvis.

IVA. Compromiso de órganos adyacentes.

Metástasis a distancia.



TRATAMIENTO

IAI. Histerectomía ampliada o conización (por deseo de embarazo)

Con compromiso linfovascular: histerectomía abdominal ampliada y linfodectomía pélvica.

IA2. histerectomía radical, linfodectomía pélvica linfodectomía para aortica hasta arteria mesentérica inferior.

IB2. quimioterapia.

IIA histerectomía radical linfodectomía pélvica, linfodectomía para aortica hasta arteria mesentérica inferior.

IIB. Quimioterapia

IIIA. Quimioradioterapia.

IV. quimioradioterapia exenteración pélvica primaria.

IVB. QUIMIOTERAPIA PALIATIVA, quimioterapia.

7. DISEÑO METODOLÓGICO

7.1. TIPOS DE ESTUDIO

DESCRIPTIVO: su preocupación primordial radica en describir las características de los estilos de vida en mujeres de 30-50 años .liga de lucha contra el cáncer Barranquilla II semestre de 2004. De esta forma se pueden obtener los datos que caracterizan la realidad de la población estudiada.

7.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO

UNIVERSO: Población existente entre la que se podría hacer la investigación proyectada mensualmente. En la liga de lucha contra el cáncer asisten 210 personas a realizarse control.

POBLACIÓN TOTAL: 210 personas que asisten a la liga de lucha contra el cáncer.

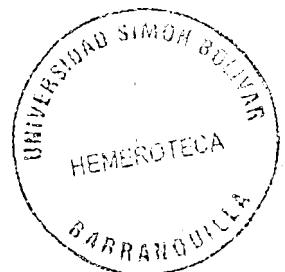
POBLACIÓN ACCESIBLE: 55 personas con cáncer.

POBLACIÓN ELEGIBLE: 28 personas con cáncer de cuello uterino

7.3 RECOLECCION DE DATOS

La recolección de datos se basó en la observación, en la encuesta y la entrevista.

7.4 Presentación: Tablas Y Gráficos



Los instrumentos anteriormente enunciados nos permiten resultados precisos acerca del avance de la enfermedad de la población femenina en nuestro medio,

Estas mujeres oscilan en edades entre los 30 y 50 años, puesto que en estas edades hemos observado la presencia mas frecuente de esta enfermedad.

TABLAS: El número de variables que se entrecruzan y determinan su grado de complejidad puede ser de tipo vertical o global.

GRAFICOS: Son formas de presentar gráficamente los datos de una tabla. También se puede decir que es la forma de resaltar las características mas sobresalientes de las variables que se manejan a través de tablas o cuadros estadísticos.

7.5. PROCESAMIENTO DE DATOS

El procesamiento de datos serán mecánicos a través del programa de Exel.

Con el fin de conocer cuales son los factores de riesgo determinantes de los estilos de vida de la población afectada

8. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

8.1 Recursos humanos: Estudiantes de enfermería de VI semestre de la Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar.

- ❖ Marlin Albor
- ❖ Liliana Ávila
- ❖ Ana C. Mercado
- ❖ Liliana Rivera
- ❖ Marina Salcedo

ASESORES

Yaniris Maury

Mónica Gomes

Karol Ojeda

8.2 RECURSOS ECONÓMICOS

Transportes	: \$30.000
Papelería	: 20.000
Transcripciones	: 40.000
Horas de trabajo	: 200.000
TOTAL	: \$290.000

10. PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN

TABLA No. 1.
POBLACIÓN ESTUDIADA SEGÚN LA EDAD EN LA LIGA DE LUCHA
CONTRA EL CANCER SEGUNDO PERIODO DE 2.004

EDAD	FRECUENCIA ABSOLUTA	PORCENTAJE
30 – 34	2	7
35-39	7	25
40-44	5	18
45-49	10	35
50 O MAS	4	15
TOTAL	28	100%

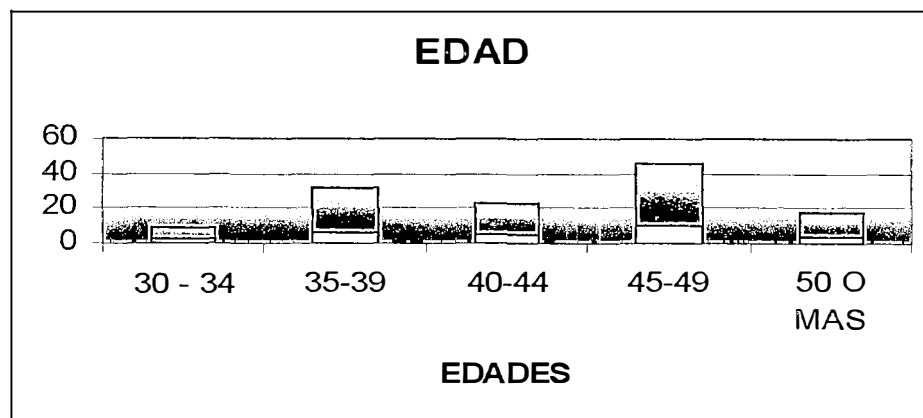
Fuente: Encuesta

Fuente: Tabla 1

Según la edad, la mayor frecuencia de edad en mujeres con cáncer de cuello uterino se presenta en las mujeres entre 45 y 49 años con un 35%; le siguen las mujeres entre 35 y 39 años con un 25%; las mujeres entre 40 y 44 años con un 18%, las mujeres de 50 o más con un 15%; y las mujeres entre 30 y 34 años con un 7%. Estos resultados muestran una semejanza con lo señalado acerca de la edad en la que se presenta el cáncer de cuello uterino, En la mayoría de los casos el cáncer de cuello uterino se presenta en mujeres a partir de los 40 años.



GRAFICA No. 1
POBLACIÓN ESTUDIADA SEGÚN LA EDAD EN LA LIGA DE LUCHA
CONTRA EL CANCER SEGUNDO PERIODO DE 2.004



Fuente: Encuesta

TABLA No. 2
POBLACIÓN ESTUDIADA SEGÚN EL NIVEL EDUCATIVO EN LA LIGA
DE LUCHA CONTRA EL CANCER SEGUNDO PERIODO DE 2.004

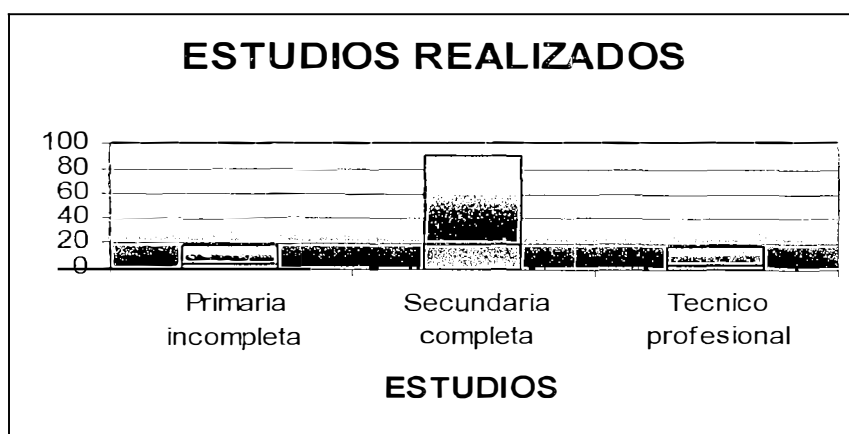
NIVEL EDUCATIVO	FRECUENCIA ABSOLUTA	PORCENTAJE
Primaria incompleta	4	14
Secundaria completa	20	72
Técnico profesional	4	14
TOTAL	28	100%

Fuente: Encuesta

FUENTE: TABLA 2

La mayoría de las mujeres con cáncer de cuello uterino consultadas tienen estudios realizados de secundaria completa representada en un 72%; un 14% tiene estudios técnicos profesionales y otro 14% solo tiene primaria completa. Es evidente, que la mayoría de las mujeres tienen un nivel educativo que las dota del conocimiento, sin embargo, padecen de la enfermedad, lo cual puede estar asociado al descuido u otros aspectos.

GRAFICA No. 2
POBLACIÓN ESTUDIADA SEGÚN EL NIVEL EDUCATIVO EN LA LIGA
DE LUCHA CONTRA EL CANCER SEGUNDO PERIODO DE 2.004



Fuente: Encuesta



TABLA 3
POBLACIÓN ESTUDIADA SEGÚN EL NIVEL SOCIOECONÓMICO EN LA
LIGA DE LUCHA CONTRA EL CANCER SEGUNDO PERIODO DE 2.004

NIVEL SOCIOECONOMICO	FRECUENCIA ABSOLUTA	PORCENTAJE
ESTRATO 1	15	53
ESTRATO 2	5	25
ESTRATO 3	6	18
ESTRATO 4	2	7
TOTAL	28	100%

Fuente: Encuesta

FUENTE: Tabla No. 3

La mayoría de las mujeres con cáncer de cuello uterino tienen un nivel socioeconómico ubicado en el estrato 1 con un porcentaje del 53%; un 25% viven en el estrato 2 con un 25%, luego el estrato 3 con un 18% y por último el estrato 4 con un 7%. Debido a estos resultados la moda fue de 7.0. De acuerdo con los señalamientos hechos en el marco teórico se acepta que las mujeres de más bajo nivel social y cultural, tienen mayor incidencia de cáncer del cuello uterino, porque sus bajos recursos no les permiten hacerse a los tratamientos, ni mucho menos a las costosas pruebas de papanicolaou.

GRAFICA No. 3
POBLACIÓN ESTUDIADA SEGÚN EL NIVEL SOCIOECONÓMICO EN LA
LIGA DE LUCHA CONTRA EL CANCER SEGUNDO PERIODO DE 2.004

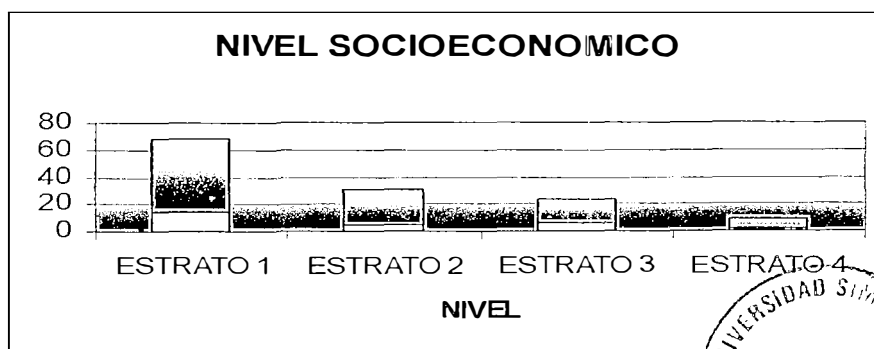


TABLA No. 4
POBLACIÓN ESTUDIADA SEGÚN EL INICIO DE LA VIDA SEXUAL EN LA
LIGA DE LUCHA CONTRA EL CANCER SEGUNDO PERIODO DE 2.004

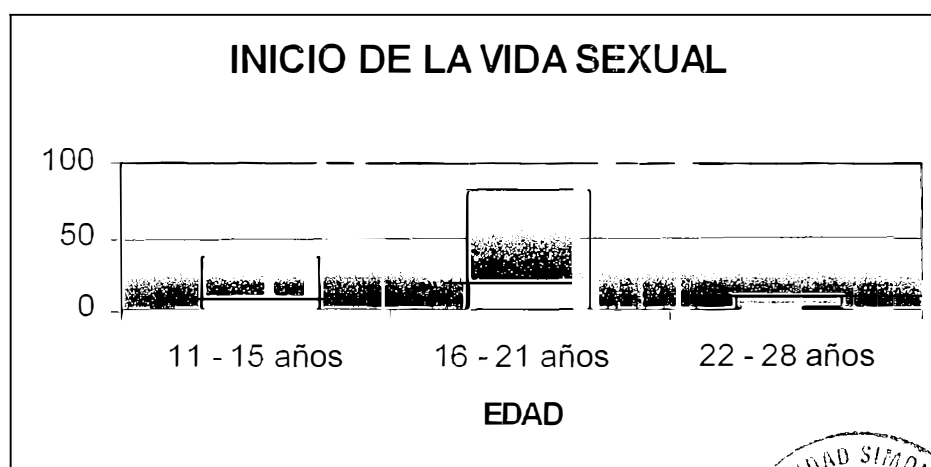
EDAD	FRECUENCIA ABSOLUTA	PORCENTAJE
11 - 15 años	8	29
16 - 21 años	18	64
22 - 28 años	2	7
TOTAL	28	100%

Fuente: Encuesta

FUENTE: TABLA No. 4

La mayoría de las mujeres consultadas iniciaron su vida sexual entre los 16 y 21 años, con un porcentaje del 64%; entre los 11 y 15 años el 29% y entre 22 y 28 años el 7%. De acuerdo a estos resultados la moda fue de 9.3. Según el marco teórico el inicio precoz de relaciones sexuales antes de los 20 años genera mayor probabilidad de padecer cáncer de cuello uterino, eso explica los resultados.

GRAFICA No. 4
POBLACIÓN ESTUDIADA SEGÚN EL INICIO DE LA VIDA SEXUAL EN LA
LIGA DE LUCHA CONTRA EL CANCER SEGUNDO PERIODO DE 2.004



Fuente: Encuesta

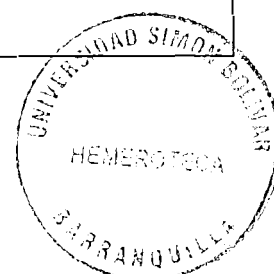


TABLA No. 5

**POBLACIÓN ESTUDIADA SEGÚN LOS COMPAÑEROS SEXUALES EN
LA LIGA DE LUCHA CONTRA EL CANCER SEGUNDO PERIODO DE
2.004**

COMPAÑEROS SEXUALES	FRECUENCIA ABSOLUTA	PORCENTAJE
1 a 2	20	71
3 a 4	8	29
5 o más	0	0
TOTAL	28	100%

Fuente: Encuesta

FUENTE: TABLA No. 5

Según la encuesta realizada la mayoría de las mujeres a tenido 1 o 2 hombres en un 71%; le siguen 3 a 4 con un 29%. De acuerdo a estos resultados la moda fue de 9. 3. Se ha demostrado que la mayoría de las mujeres que sufren de la enfermedad han tenido más de cuatro compañeros sexuales. Sin embargo, los resultados del estudio muestran que las mujeres que han tenido 1 o 2 compañeros por igual están propensas.

GRAFICA No. 5

**POBLACIÓN ESTUDIADA SEGÚN LOS COMPAÑEROS SEXUALES EN
LA LIGA DE LUCHA CONTRA EL CANCER SEGUNDO PERIODO DE
2.004**

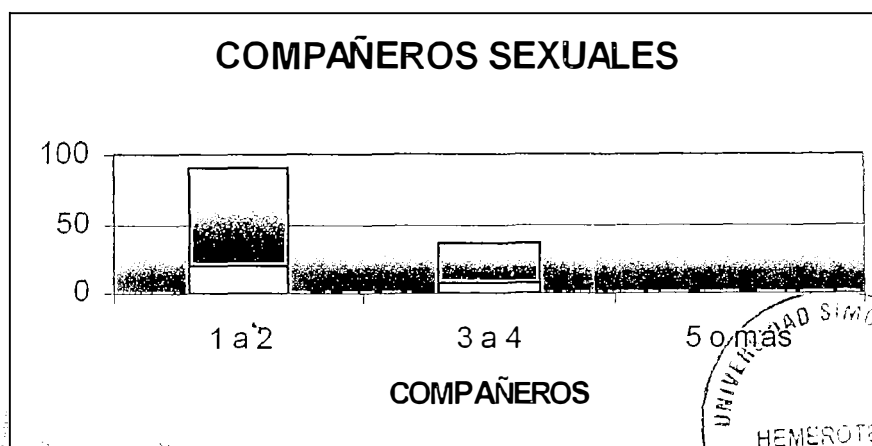


TABLA No. 6
POBLACIÓN ESTUDIADA SEGÚN NUMERO DE HIJOS EN LA LIGA DE
LUCHA CONTRA EL CANCER SEGUNDO PERIODO DE 2.004

HIJOS	FRECUENCIA ABSOLUTA	PORCENTAJE
2 A 3	6	22
4 A 5	18	64
6 o más	4	14
TOTAL	28	100%

Fuente: Encuesta

FUENTE: TABLA No. 6

La mayoría de las mujeres con cáncer de cuello uterino han tenido de 4 a 5 hijos representado en un 64%, le sigue de 2 a 3 hijos representado en un 22% y un 14% ha tenido 6 o más hijos. La moda fue de 9.3. Otras investigaciones muestran que en el caso de numerosos partos se encontró que la magnitud de las mujeres con siete (7) o más partos vaginales se incrementa notablemente en relación con aquellos que han tenido menos de tres (3) partos. Sin embargo, con el estudio se muestra que a pesar de haber tenido de 4 a 5 partos las mujeres consultadas sufren de la enfermedad.

GRAFICA No. 6
POBLACIÓN ESTUDIADA SEGÚN LOS HIJOS EN LA LIGA DE LUCHA
CONTRA EL CANCER SEGUNDO PERIODO DE 2.004



TABLA No. 7
POBLACIÓN ESTUDIADA SEGÚN LOS HABITOS DE FUMAR EN LA
LIGA DE LUCHA CONTRA EL CANCER SEGUNDO PERIODO DE 2.004

	FRECUENCIA ABSOLUTA	PORCENTAJE
SI	8	29
NO	20	71
TOTAL	28	100%

Fuente: Encuesta

FUENTE: TABLA No. 7.

La mayoría de las mujeres no fuman representado en un 71% y un 29% de las mujeres si fuma. De acuerdo a estos resultados la tasa fue de 0.39. Esto explica el porqué de la existencia del cáncer, pues, las mujeres fumadoras tienen un riesgo mayor de padecer de cáncer del cuello uterino que las mujeres no fumadoras. El hecho de fumar no se evidenció como un factor importante y a pesar de que las mujeres consultadas no son fumadoras, sin embargo, se encuentran enfermas.

GRAFICA No. 7
POBLACIÓN ESTUDIADA SEGÚN LOS HABITOS DE FUMAR EN LA
LIGA DE LUCHA CONTRA EL CANCER SEGUNDO PERIODO DE 2.004

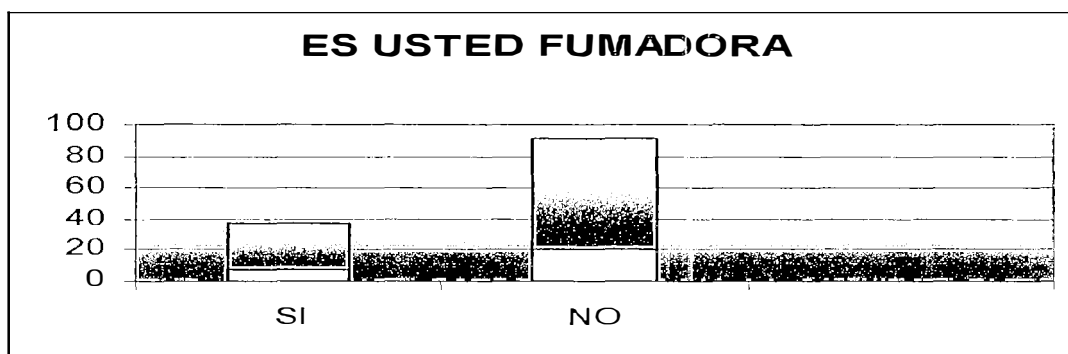


TABLA No. 8
POBLACIÓN ESTUDIADA SEGÚN LA REALIZACION DE CITOLOGÍA
VAGINAL EN LA LIGA DE LUCHA CONTRA EL CANCER SEGUNDO
PERIODO DE 2.004

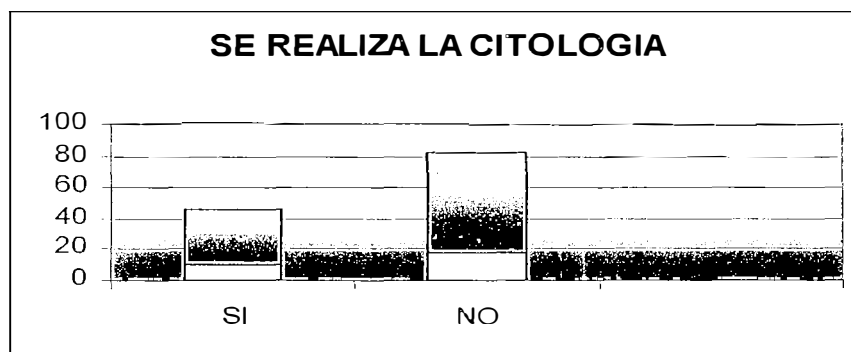
	FRECUENCIA ABSOLUTA	PORCENTAJE
SI	10	36
NO	18	64
TOTAL	28	100%

Fuente: Encuesta

FUENTE: TABLA No. 8

El 64% de las mujeres no se realiza citología vaginal y el 36% se realiza citología vaginal. La tasa fue de 0.43. Según los estudios la mujer debe someterse a un examen ginecológico completo, en el que se incluya una citología, cuando ha comenzado a mantener relaciones sexuales.

GRAFICA No. 8
POBLACIÓN ESTUDIADA SEGÚN LA REALIZACION DE CITOLOGÍA
VAGINAL EN LA LIGA DE LUCHA CONTRA EL CANCER SEGUNDO
PERIODO DE 2.004



Fuente: Encuesta



TABLA No. 9
POBLACIÓN ESTUDIADA SEGÚN LA REALIZACION DE CITOLOGÍA
VAGINAL EN LA LIGA DE LUCHA CONTRA EL CANCER SEGUNDO
PERIODO DE 2.004

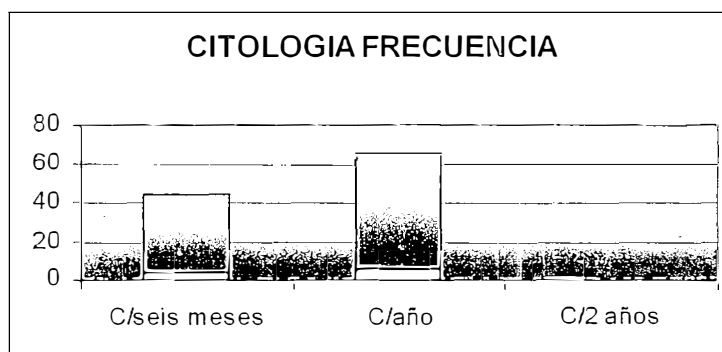
TIEMPO	FRECUENCIA ABSOLUTA	PORCENTAJE
C/seis meses	4	40
C/año	6	60
C/2 años	-	
TOTAL	28	100%

Fuente: Encuesta

FUENTE: TABLA No. 9

La media fue de 9.3. El 60% de las mujeres que se realizan citología lo hacen cada un año y un 40% lo realizan cada seis meses. La mayor parte de las muertes debidas al cáncer de cuello uterino podrían haberse evitado si las pacientes se hubieran practicado exámenes de citología vaginal a intervalos regulares de seis meses si se encuentra alguna anomalía y de un año si se encuentra normal.

GRAFICA No. 9
POBLACIÓN ESTUDIADA SEGÚN LA REALIZACION DE CITOLOGÍA
VAGINAL EN LA LIGA DE LUCHA CONTRA EL CANCER SEGUNDO
PERIODO DE 2.004



Fuente: Encuesta

TABLA No. 10

**POBLACIÓN ESTUDIADA SEGÚN LA REALIZACION DE PRUEBA DE
PAPANICOLAU EN LA LIGA DE LUCHA CONTRA EL CANCER
SEGUNDO PERIODO DE 2.004**

	FRECUENCIA ABSOLUTA	PORCENTAJE
SI	5	18
NO	23	82
TOTAL	28	100%

Fuente: Encuesta

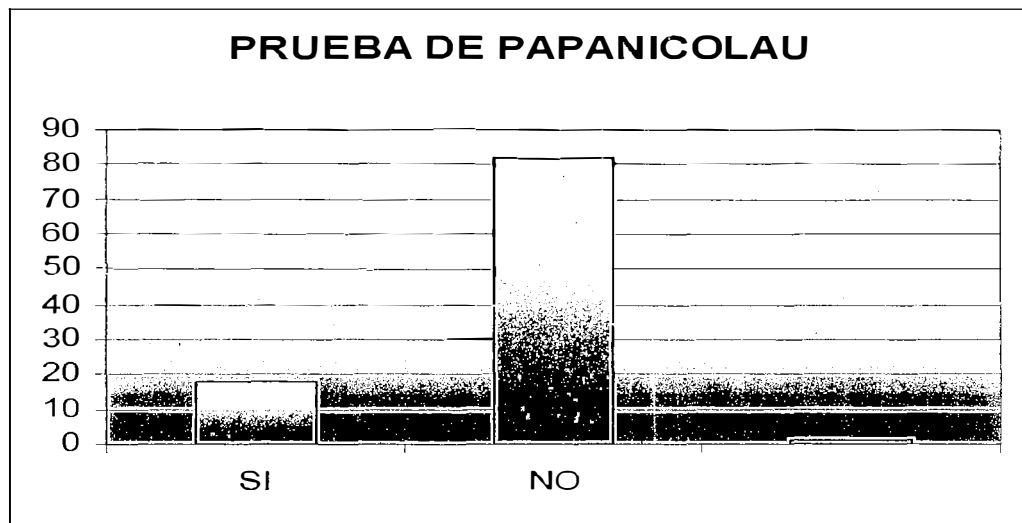
FUENTE: TABLA No. 10

La tasa fue de 0.34. El 82% de las mujeres con cáncer de cuello uterino no se realizan pruebas de papanicolau y el 18% si se realiza prueba de papanicoluao. Mediante esta prueba se toman muestras de células procedentes 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 son examinadas bajo un microscopio para determinar si estas son anormales.



GRAFICA No. 10

**POBLACIÓN ESTUDIADA SEGÚN LA REALIZACION DE PRUEBA DE
PAPANICOLAU EN LA LIGA DE LUCHA CONTRA EL CANCER
SEGUNDO PERIODO DE
2.004**



Fuente: Encuesta

12. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La realización sistemática de un Papanicolau es muy efectiva en la detección de células anormales. Este estudio debería realizarse una vez al año en mujeres sexualmente activas sexual o a partir de los 20 años en mujeres no sexualmente activas. Si los resultados del Papanicolau revelan alguna anomalía, se procede a realizar una biopsia del tejido extraído durante la colposcopia, técnica que también permite ver la estructura del cuello del útero con una lente de aumento. El examen físico del cuello uterino no suele presentar anomalías en las primeras etapas de la enfermedad y sólo cuando ésta ha avanzado puede verse irregular, agrandado, firme o quebradizo.

Las opciones dependerán de la extensión y tipo del cáncer, de la edad de la paciente, su estado de salud general y sus posibilidades de embarazos futuros. La cirugía puede abarcar desde un procedimiento localizado en casos de carcinomas superficiales hasta una histerectomía radical (extirpación del útero y ganglios linfáticos de la pelvis) para los casos de cáncer invasivo que se ha extendido más allá del cuello. La criocirugía también puede ayudar en cánceres preinvasivos. Antes y después de la cirugía, se puede indicar radioterapia o una asociación de ésta con quimioterapia.



Macrovariable	Variable	Definición	Según su Naturaleza	Según su nivel de Medición	Categoría
Socio demográfico	Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento, que se caracteriza por una madurez, física y mental.	Cuantitativa	Razón	30 – 34 35 – 39 40 – 44 45 – 50
	Nivel educativo	Grado de conocimiento que tiene una persona sobre CA de cuello uterino.	Cuantitativa	Ordinal	Primaria completa. Primaria incompleta. Secundaria completa. Secundaria incompleta. Técnico profesional. Ninguno.
	Nivel Socioeconómico	Evaluación económica dependiendo del estrato en la que se encuentra la persona en estudio.	Cuantitativa	Ordinal	Estrato 1 2 3
Actividad Sexual	Inicio de vida sexual	Primera relación sexual de una mujer.	Cuantitativa	Nominal	11 – 15 16 – 21 22 – 28 o más
	Promiscuidad	Unión sexual entre varias personas.	Cuantitativa	Nominal	1 – 2 4 – 5 6 o más
	Multiparidad	Mujer que ha parido un hijo más de una vez.	Cuantitativa	Ordinal	2 – 3 4 – 5 6 o más
Estado de Salud	Cigarrillo	Hábito de fumar de una persona.	Cuantitativa	Nominal	Si No
	Citología	Medios Dx de detección temprana de células cancerosas.	Cuantitativa	Nominal	Si No
	Periodicidad de la realización de la citología.	Tiempo en el que una mujer se realiza un examen citológico.	Cuantitativa	Nominal	6 meses 1 año 2 años 3 años o más
	Virus HPV		Cuantitativa	Nominal	Si no



**CORPORACION EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMON BOLIVAR, LIGA DE
LUCHA CONTRA EL CANCER BARRANQUILLA – ATLANTICO**

Nº _____

Fecha: _____

**Encuesta dirigida a mujeres de 30 a 50 años con cáncer de cuello uterino, liga de
lucha contra el cáncer.**

- **Objetivo:** caracterizar los estilos de vida en mujeres de 30 a 50 años con
cáncer de cuello uterino que asisten a la liga de lucha contra el cáncer de la
ciudad de Barraquilla II periodo del 2005.

- **IDENTIFICACION:**

Nombre completo: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

- **Sociodemográfico**

Edad: 30 -34

35-39

40-44

45-49

50 o más

1. Estudios realizados:

Primaria: completa – incompleta

Secundaria: completa – incompleta

Técnico profesional: _____

Universitarios: _____

Ninguno: _____

2. Nivel socio económico al que pertenece?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____

- Actividad sexual

3. Inicio de vida sexual ?

11- 15

16 -21

22-28

4. Cuantos compañeros sexuales a tenido?

1- 2

3 -4

5- o más

5. Cuantos hijos a tenido ?

2- 3

4 -5

6- o más



- Estado de salud

6. Es usted fumadora?

Si _____ o No _____

7. Se realiza usted citología vaginal?

Si _____ o No _____

8. Con que frecuencia

Cada 6 meses _____

Cada año _____

Cada 2 años _____

Cada 3 años _____

8. Se ha realizado usted prueba de papanicolau?

Si _____ o No _____

Firma del encuestador:

BIBLIOGRAFIA

GONZALES M. MARIA A. TEXTO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA.
CAPITULO 129, PAG 652,653.

PRINCIPIOS DE CIRUGÍA SCHWARTZ SHIRES SPENCER VOL II 6
Edición. Editorial Panamericana.

ENCICLOPEDIA LAROUSE DE ENFERMERIA VOLII Editorial Larousse de
planta.

ENCICLOPEDIA MEDICO FAMILIAR EDICIONES TOMO II

ENFERMERIA PRACTICA DE LIPPICOTT VOL I EDICIÓN QUINTA
EDITORIAL. INTERAMERICANA MG GRAW HILL.

SOCIO INVESTIGACION – AUTOR –ADALBERTO REALES UTRIA
EDITORIAL ANTILLAS.

INVESTIGACIÓN EN SALUD FACTORES SOCIALES EDITORIAL MC
GRAW HILL.

DICCIONARIO LAROUSE ILUSTRADO.

OTTO E SHIRLEY. ENFERMERIA ONCOLÓGICO TOMO I, EDITORIAL
OCÉANO PAG 199.

HARRISON MANUAL DE MEDICINA – 15 EDICION MC GRAW HILL
INTERAMERICANA 306.

PROMOCION Y PREVENCIÓN SECRETARIA DE SALUD DISTRITAL
BARRANQUILLA ALCALDÍA DISTRITAL.

BRUINER. ENCICLOPEDIA DE LA ENFERMERIA

DICCIONARIO DE MEDICINA OCÉANO MOSBI

ENFERMERIA MEDICO QUIRÚRGICA DE BRUNER.

REVISTA COLOMBIANA DE CANCEROLOGIA.

ENFERMERIA MATERNO INFANTIL.



FERRI CONSULTOR CLINICO, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO EN
MEDICINA INTERNA, HARCOURT/ OCÉANO.

WWW.REVISTA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA COLOMBIANA.COM.

www.tuotromedico.com

www.ncinighnationalcancerinstitute.com

www.online.go.ar.

www.cancer.org/drocoot/ESP/content/ESP.

www.umm.edu/esp.

www.maristas.com

www.geosalud.com

www.abcmedicus.com

www.sogiu.com/htm/pescando -en internet-18.doc

www.msd.es/publicaciones.com



- 1- CUERPO UTERINO - CANCER
- 2- CUERPO UTERINO - INFERNIDADES
- 3- CUERPO UTERINO - PATOLOGIA
- 4- CITOLOGIA
- 5- ONCOLOGIA
- 6- NEOPLASIA
- 7- GINECOLOGIA
- 8- ENFERMERIA - TESIS Y DISERTACIONES AVANZADAS