

Universidad Laica "Eloy Alfaro de Manabí"

Facultad Ciencias De La Salud

Carrera de Enfermería

Previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería

PROYECTO DE INVESTIGACION

Tema:

Análisis de la Mortalidad por Cáncer Cérvicouterino

Autora:

Camila Jamileth Abad Zambrano

Tutora:

Lic. Carmen Guaranguay Mgs.

Manta-Manabí-Ecuador

2025(1)

	NOMBRE DEL DOCUMENTO: CERTIFICADO DE TUTOR(A).	CÓDIGO: PAT-04-F-010
	PROCEDIMIENTO: TITULACIÓN DE ESTUDIANTES DE GRADO BAJO LA UNIDAD DE INTEGRACIÓN CURRICULAR	REVISIÓN: 1 Página 1 de 1

CERTIFICACIÓN

En calidad de docente tutor(a) de la Facultad Ciencias de la Salud, Carrera de Enfermería sede Manta de la Universidad Laica "Eloy Alfaro" de Manabí, CERTIFICO:

Haber dirigido, revisado y aprobado preliminarmente el Trabajo de Integración Curricular, Proyecto de Investigación bajo la autoría de la estudiante Abad Zambrano Camila Jamileth, legalmente matriculado/a en la carrera de Enfermería periodo académico 2023-2024, cumpliendo el total de 384 horas, cuyo tema del proyecto es "Análisis de la Mortalidad por Cáncer Cervicouterino".

La presente investigación ha sido desarrollada en apego al cumplimiento de los requisitos académicos exigidos por el Reglamento de Régimen Académico y en concordancia con los lineamientos internos de la opción de titulación en mención, reuniendo y cumpliendo con los méritos académicos, científicos y formales, y la originalidad del mismo, requisitos suficientes para ser sometida a la evaluación del tribunal de titulación que designe la autoridad competente.

Particular que certifico para los fines consiguientes, salvo disposición de Ley en contrario.

Manta, 16 de julio del 2024.

Lo certifico,



Lic. Carmen Guaranguay Chaves, Mgs.

Docente Tutor (a)

Área: Salud y Bienestar Humano

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**CARRERA DE ENFERMERIA****CERTIFICACION DEL TRIBUNAL DE REVISION Y SUSTENTACION****Título:** Análisis de Mortalidad por Cáncer Cervico-uterino**TRABAJO FINAL DE TITULACIÓN**

Sometido a consideración del Tribunal de Seguimiento y Evaluación, legalizada por el

Honorable Consejo Directivo como requisito previo a la obtención de título de:

LICENCIADA EN ENFERMERIA**APROBADO POR:**

Lcda. Mirian Santos Álvarez PhD.

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

Lcda. Fátima Figueroa Cañarte, Mg

MIEMBRO 1

Lcda. M. Agustina Tapia Miegles, Mgs.

MIEMBRO 2**SECRETARIA DE LA FACULTAD**

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Yo **Abad Zambrano Camila Jamileth** con C.I.: **135158365-1** dejo constancia de que el presente trabajo de investigación cuyo tema es "**Análisis de la Mortalidad por Cáncer Cérvicouterino**", es de mi autoría.

Manta, 24 de abril del 2024

AGRADECIMIENTOS

Le agradezco mucho a mi tutora Carmen Guaranguay por su paciencia y por brindarme de sus conocimientos, gracias a sus tutorías y consejos no hubiera podido desarrollar este trabajo con éxito.

Agradezco a la institución por permitirme ser parte de su comunidad de estudiantes y brindarme la oportunidad de estudiar una carrera tan bonita como lo es la enfermería, como también a todos mis docentes que me han ido formando a lo largo de la carrera.

Y por último quiero agradecerme a mí misma por mi dedicación y esfuerzo, porque a pesar de que a veces he querido tirar la toalla, he recordado que mi futuro va primero que todo y eso me da las fuerzas necesarias para seguir luchando por lo que quiero.

Abad Zambrano Camila Jamileth

DEDICATORIA

En primer lugar, le quiero dedicar mi tesis a Dios por permitirme estar con vida y mantenerme con salud para poder llegar a este momento en el que estoy realizando mi tesis.

A mis padres Katty Yadira Zambrano Vinces y Jhony Armando Abad Macías, y a mis hermanos Katty Juliette Abad Zambrano y Jhony Armando Abad Zambrano que, con su apoyo y palabras de aliento, me han ayudado a creer en mí y me han impulsado a seguir con mis sueños.

Y por último le quiero dedicar mi tesis a mis compañeras que con su ayuda y consejos he podido realizar mi trabajo con éxito.

A todos los nombrados,

les agradezco mucho por todo.

ÍNDICE

DECLARACIÓN DE AUTORÍA	IV
AGRADECIMIENTOS	V
DEDICATORIA	VI
RESUMEN.....	11
INTRODUCCIÓN	13
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
JUSTIFICACIÓN	16
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	17
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	18
OBJETIVO GENERAL.....	18
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
CAPITULO I.....	19
1. MARCO TEÓRICO	19
1.1. <i>Generalidades.....</i>	<i>19</i>
1.2. <i>Cáncer de cuello uterino (cervical)</i>	<i>20</i>
1.3. <i>Historia natural del cáncer de cuello de útero.....</i>	<i>21</i>
1.5. <i>Etapas del cáncer de cuello uterino</i>	<i>23</i>
1.6. <i>Estadísticas claves sobre el cáncer de cuello uterino</i>	<i>27</i>
1.7. <i>Factores de riesgo del cáncer de cuello uterino.....</i>	<i>29</i>
1.7.1. <i>Infección por el virus del papiloma humano</i>	<i>29</i>

1.7.2. Sistema inmunitario debilitado	30
1.7.3. Iniciar la actividad sexual a una edad temprana o tener muchas parejas sexuales	31
1.7.4. La infección simultánea por otros microorganismos de transmisión sexual, como las clamidias.....	31
1.7.5. Multiparidad	32
1.7.6. Tabaquismo	32
1.7.7. Consumo prolongado de anticonceptivos orales	33
1.7.8. Inicio a temprana edad de las relaciones sexuales.....	33
1.7.9. Tener menos de 17 años en el primer embarazo a término	33
1.7.10. Exposición al dietilestilbestrol (DES) en el útero	34
1.7.11. Sobrepeso y mala alimentación	34
1.7.12. Antecedente familiar de cáncer de cuello uterino	34
1.8. Causas del cáncer de cuello uterino.....	35
1.9. Signos y síntomas del cáncer de cuello uterino	36
1.10. Prevención del cáncer de cuello uterino	37
1.10.1. Citología o Test de Papanicolau	37
1.10.2. Virus de Papiloma Humano	38
1.11. Prevención de la infección por el virus del papiloma humano	38
1.12. Diagnóstico del cáncer del cuello uterino	40
1.12.1. Toma de citología cérvicouterino.....	41
1.12.2. Organización para la toma de la citología cérvico uterina.....	42
1.12.3. Lectura y reporte de la citología.....	42

1.12.4. Reporte de la citología cervical y conducta.....	43
1.12.5. Diagnóstico definitivo.....	44
1.13. Tratamiento del cáncer de cuello uterino	44
1.14. Cirugía para el cáncer de cuello uterino.....	46
1.15. Radioterapia para cáncer de cuello uterino	48
1.16. Quimioterapia para cáncer de cuello uterino	49
1.17. Cuidados de enfermería en pacientes con Cáncer de cuello uterino	49
1.18. TEORÍA DE ENFERMERÍA QUE SUSTENTA EL OBJETO DE ESTUDIO	51
1.18.1. Descripción de la teoría.....	51
1.18.2. Relación con la teoría con el objeto de estudio	52
CAPITULO II	53
2. METODOLOGÍA	53
2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	53
2.2 POBLACIÓN.....	53
2.3 ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	53
2.4 CRITERIOS DE LA INVESTIGACIÓN	54
2.5. EXTRACCIÓN DE DATOS	54
2.6. INSTRUMENTOS	54
2.7. ORGANIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN	55
2.8. ANÁLISIS DE DATOS	57
CAPITULO III.....	58
3. RESULTADOS	58

TABLA DE EVIDENCIA.....	63
3.1 DISCUSIÓN	68
3.2 CONCLUSIÓN	70
CAPITULO IV	71
4. DISEÑO DE LA PROPUESTA	71
4.1. TÍTULO DE LA PROPUESTA	71
4.2 INTRODUCCIÓN	71
4.3 OBJETIVO GENERAL	74
4.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	74
4.5 FUNDAMENTACIÓN DE LA PROPUESTA	74
4.6 ALCANCE DE LA PROPUESTA.....	75
5. REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍAS.....	76
6. ANEXOS	85

ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD POR CÁNCER CÉRVICOUTERINO- REVISION BIBLIOGRÁFICA

Resumen

Intruccion: El cáncer es una de las primeras causas de muerte a escala mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que para el año 2030 se producirán 12 millones de defunciones por esta causa. **Objetivo:** el presente estudio analiza los factores y causas que conllevan a la mortalidad por cáncer cérvicouterino **Metodología:** el presente trabajo de investigación es un estudio de tipo descriptivo –analítico de revisión bibliográfica, porque detalla los factores y causas que conllevan a la mortalidad de cáncer cérvicouterino, a través de una exhaustiva revisión de artículos científicos, sacados de bases indexadas en la salud. **Resultados:** a través este estudio se pudo demostrar que la mayor base de datos consultadas fue PubMed Central en el año 2019 y 2023, con tipo de diseño cualitativo, se pudo comprobar que alrededor del 82% de la mortalidad por cáncer cérvicouterino es en países de latino américa, por ser países en vía de desarrollo. **Conclusiones:** las muertes por cáncer cérvicouterino fueron más vinculadas con la presencia del cáncer cérvicouterino es la infección por el virus del papiloma humano (VPH), seguido del inicio de relaciones sexuales a temprana edad, las relaciones sexuales con múltiples parejas y el tabaquismo, sin menoscabo de los otros factores y tomando en consideración que de un país a otro esta referencia puede variar.

Palabras claves: mortalidad cáncer cérvicouterino, factores de cáncer cérvicouterino, causas de cáncer cérvicouterino.

ANALYSIS OF MORTALITY FROM CERVICAL CANCER - LITERATURE

REVIEW

Abstract

Instruction: Cancer is one of the leading causes of death worldwide. The World Health Organization (WHO) estimates that by 2030 there will be 12 million deaths from this cause.

Objective: the present study analyzes the factors and causes that lead to mortality from cervical

cancer. **Methods:** the present research work is a descriptive study - analytical bibliographic review, because it details the factors and causes that lead to cancer mortality cervical, through an exhaustive review of scientific articles, taken from indexed databases in health. **Results:** through this study it was possible to demonstrate that the largest database consulted was PubMed Central in the year 2019 and 2023, with a qualitative design, it was possible to verify that around 82% of mortality from cervical cancer is in countries of Latin America, because they are developing countries. **Conclusions:** deaths from cervical cancer were most linked to the presence of cervical cancer and human papillomavirus (HPV) infection, followed by the initiation of sexual relations at an early age, sexual relations with multiple partners and smoking, without detriment of other factors and taking into consideration that this reference may vary from one country to another.

Keywords: cervical cancer mortality, cervical cancer factors, causes of cervical cancer.

Introducción

El cáncer de cuello uterino es cáncer que se origina en las células del cuello del útero. También se conoce como cáncer de cérvix o cáncer cérvicouterino. Se forma, por lo general, de manera lenta a lo largo del tiempo. Antes de que este cáncer se forme, las células del cuello del útero sufren ciertos cambios conocidos como displasia y se convierten en células anormales en el tejido del cuello uterino. (Instituto Nacional del Cáncer, 2022)

El cáncer es una de las primeras causas de muerte a escala mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que para el año 2030 se producirán 12 millones de defunciones por esta causa. En particular el cáncer cérvico-uterino es el tercer cáncer más común entre las mujeres en todo el mundo, precedido solo por el cáncer de mama y el de pulmón. En mujeres entre 20 y 30 años se encuentra en segundo lugar después del cáncer de mama (Lambert-Matos et al., 2021).

Según las estadísticas globales de cáncer de 2018, se reportan 569.847 casos nuevos y 311.365 fallecimientos a causa de este cáncer. La mayor incidencia se reporta en países del sur africano y la mayor mortalidad en países del este africano. En América Latina y el Caribe cada año, se diagnostican cerca de 77 000 nuevos casos y unas 30.000 mujeres mueren prematuramente por esta enfermedad. Su incidencia es 21 % mayor en los países subdesarrollados, donde existen 80 % de todos los cánceres de cérvix (León et al., 2023).

Diferentes estudios han comprobado que la infección por el Virus Papiloma Humano (VPH) es causa necesaria del cáncer cérvico-uterino. Se ha demostrado una asociación de más del 99% entre el VPH y el cáncer de cuello de útero. (Ministerio de Salud, 2002).

El cáncer de cuello uterino tiene características tanto de los carcinomas de células escamosas como de los adenocarcinomas es menos común. Estos tumores se llaman carcinomas adenoescamosos o carcinomas mixtos. Aunque casi todos los cánceres de cuello uterino son carcinomas de células escamosas o adenocarcinomas, otros tipos de cáncer también se pueden desarrollar en el cuello uterino. Estos otros tipos, como melanoma, sarcoma y linfoma, ocurren con más frecuencia en otras partes del cuerpo. (American Cancer Society, 2020b).

Por ello la detección de lesiones precancerosas antes de que se conviertan en neoplasias invasivas es un método de eficacia probada para prevenir el cáncer de cuello uterino. Por este motivo, se utilizan la prueba del virus del papiloma humano (VPH) y la prueba de Papanicolaou. El cáncer de cuello uterino puede tratarse y prevenirse antes de que se manifieste si se identifica el precáncer. El uso del preservativo masculino y femenino, así como la vacunación contra el VPH, que ofrece protección contra cepas específicas del virus, son otros métodos de prevención (Solca, 2019).

Planteamiento del Problema

En el mundo actual el estrés, la alimentación y los procesos dinámicos que ocurren en la actividad diaria modifican los estilos de vida y originan el aumento de las enfermedades no transmisibles, entre ellas, el cáncer. El carcinoma cérvicouterino (CCU) se caracteriza por el crecimiento anormal y diseminado de células que, al desarrollarse en forma incontrolada, progresan entre los tejidos normales y los destruye (Matos et al., 2019).

El cáncer de cérvix, según la Agencia Internacional de Investigación en Cáncer, es el segundo tipo de cáncer con mayor incidencia a nivel mundial, que afecta a las mujeres, con edades comprendidas entre los 20 y 69 años (García et al., 2021).

El cáncer cérvicouterino tiene una incidencia de 21,2 nuevos casos por cada 100 000 mujeres a nivel mundial; para el caso de Latinoamérica las cifras son más alarmantes, llegando a 22,8 por cada 100 000 mujeres/año. El cáncer de cérvix representa la tercera causa de muerte por cáncer a nivel mundial, con una mortalidad de 300 000 mujeres/año aproximadamente, y una tasa de 10,3 decesos por cada 100 000; para el caso de Latinoamérica, constituye la segunda causa de muerte por cáncer, con una incidencia de 10,1 decesos por cada 100 000 mujeres por año (García et al., 2021).

Justificación

El cáncer de cuello uterino frecuentaba ser la primera causa de muerte por cáncer en las mujeres en Estados Unidos. No obstante, en los últimos 40 años, el número de casos dados por cáncer de cuello uterino y muertes relacionadas con esta afección han disminuido significativamente. Esta baja se debe en su gran parte a que muchas mujeres están tomando conciencia y acuden a realizarse pruebas de Papanicolaou periódicamente, lo que ayuda a identificar células precancerosas en el cuello uterino, antes de que este se pueda llegar a convertir en un cáncer.

Según el Grupo de Trabajo sobre Estadísticas de Cáncer de los EE. UU, en las 2011 12,109 mujeres en los Estados Unidos recibieron un diagnóstico de cáncer de cuello uterino y de estas 4,092 mujeres murieron por esta enfermedad.

En muchos países tercermundistas, el cáncer de cérvix se ha convertido en la primera causa de mortalidad por cáncer en las mujeres, ganándole así al cáncer de mama. En España se diagnostican unos 2.100 casos anuales, lo que figura el 3,3% de los tumores femeninos, por abajo de los tumores de mama, colorrectales, estómago, cuerpo de útero, ovario y hematológicos.

Es importante tratar de hacer conciencia entre las mujeres para que asistan a controles y a realizarse exámenes correspondientes, así como crear un programa de tamizaje monitoreado desde los entes institucionales destinados para tales fines para disminuir la incidencia de cáncer de cuello uterino entre la población femenina en edad fértil.

Pregunta de Investigación

¿Cuáles son los factores causales de Mortalidad por Cáncer Cérvicouterino y sus cuidados de enfermería?

Objetivos de la investigación

Objetivo General

- Analizar la Mortalidad por Cáncer Cérvicouterino revisión bibliográfica

Objetivos Específicos

- Buscar diferentes artículos científicos relacionados al tema de investigación
- Realizar lectura crítica de artículos científicos sobre Cáncer Cérvicouterino
- Identificar las causas de Mortalidad por Cáncer Cérvicouterino
- Contribuir con la investigación de mi tesis a nuevos conocimientos para estudiantes que vayan al internado, y que así conozcan en su totalidad sus causas de mortalidad y los cuidados que se deben realizar en cuanto a esta patología

CAPITULO I

1. Marco Teórico

1.1. Generalidades

El cuerpo humano está compuesto por millones de células vivas. Las células normales del cuerpo crecen y se dividen para crear nuevas células y también mueren de manera ordenada.

Durante los primeros años de vida de una persona, las células normales se dividen más rápidamente para permitir el crecimiento. Una vez que se llega a la edad adulta, la mayoría de las células sólo se dividen para remplazar a las células desgastadas o a las que están muriendo y para reparar lesiones (OMS, 2022).

El Cáncer es un término genérico utilizado para designar un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también se habla de tumores malignos o neoplasias malignas. Una característica definitoria del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, en un proceso que se denomina metástasis. La extensión de las metástasis es la principal causa de muerte por la enfermedad (Hanahan, 2022).

Según Bravo Polanco et al., (2020), el cáncer se produce cuando células normales se transforman en células tumorales a través de un proceso en varias etapas que suele consistir en la progresión de una lesión precancerosa a un tumor maligno. Esas alteraciones son el resultado de la interacción entre factores genéticos de la persona afectada y tres categorías de agentes externos, a saber:

- Carcinógenos físicos, como las radiaciones ultravioletas e ionizantes;

- Carcinógenos químicos, como el amianto, sustancias contenidas en el humo de tabaco, las aflatoxinas que contaminan los alimentos y el arsénico presente en el agua de bebida; y
- Carcinógenos biológicos, como determinados virus, bacterias y parásitos.

En este sentido, Núñez-Troconis, (2023) indica que los diferentes tipos de cáncer se pueden comportar de manera muy distinta. Cada tipo de cáncer crece a velocidad distinta y responde a distintos tratamientos. Por esta razón, las personas con cáncer necesitan un tratamiento que sea específico para el tipo particular de cáncer que les afecta.

1.2. Cáncer de cuello uterino (cervical)

El cáncer de cuello uterino es cáncer que se origina en las células del cuello del útero. También se conoce como cáncer de cérvix o cáncer cérvicouterino. El cuello uterino es la porción final, inferior y estrecha del útero (matriz) que conecta el útero con la vagina (canal del parto). El cáncer de cuello uterino se forma, por lo general, de manera lenta a lo largo del tiempo. Antes de que este cáncer se forme, las células del cuello del útero sufren ciertos cambios conocidos como displasia y se convierten en células anormales en el tejido del cuello uterino. Con el tiempo, si las células anormales no se destruyen o se extraen, es posible que se vuelvan cancerosas, se multipliquen y se diseminen a partes más profundas del cuello uterino y a las áreas que lo rodean (Instituto Nacional del Cáncer, 2022)

La mayoría de los cánceres de cuello uterino se originan en las células de la zona de transformación. Estas células no se tornan en cáncer de repente, sino que las células normales del cuello uterino primero se transforman gradualmente con cambios precancerosos, los cuales se convierten en cáncer. Los doctores usan varios términos para describir estos cambios

precancerosos, incluyendo neoplasia intraepitelial cervical (CIN, por sus siglas en inglés), lesión intraepitelial escamosa (SIL) y displasia. Estos cambios se pueden detectar mediante la prueba de Papanicolaou y se pueden tratar para prevenir el desarrollo de cáncer (Sánchez Bouza et al., 2022).

1.3. Historia natural del cáncer de cuello de útero

Diferentes estudios han comprobado que la infección por el Virus Papiloma Humano (VPH) es causa necesaria del cáncer cérvico-uterino. Se ha demostrado una asociación de más del 99% entre el VPH y el cáncer de cuello de útero (Ministerio de Salud, 2002).

La infección por VPH es muy común en mujeres sexualmente activas, afecta entre el 50 y el 80% de las mujeres al menos una vez en su vida. La principal vía de infección es la transmisión sexual y no se ha comprobado la eficacia del preservativo como método de prevención, ya que el virus puede ubicarse en los genitales internos y externos, incluidas las zonas que no están protegidas por el preservativo. Actualmente se han identificado más de 100 tipos de VPH, de los cuales 40 afectan el tracto anogenital femenino y masculino (Torres et al., 2022).

De estos 40, alrededor de 15 son considerados de alto riesgo oncogénico; entre ellos, los más comunes son los VPH 16 y el 18, responsables de aproximadamente el 70% de los casos de cáncer cérvico-uterino en todo el mundo, seguidos por los VPH 31 y 45 (Ministerio de Salud, 2002).

1.4. Clasificación del cáncer de cuello uterino

Los cánceres de cuello uterino y los precánceres se clasifican según el aspecto que presentan al observarlos con un microscopio en el laboratorio. Los dos tipos más comunes de cánceres de cuello uterino son el carcinoma de células escamosas y el adenocarcinoma (American Cancer Society, 2020b).

La mayoría de los cánceres de cuello uterino son carcinomas de células escamosas. Estos cánceres se desarrollan a partir de células en el exocérnix. Los carcinomas de células escamosas se originan con mayor frecuencia en la zona de transformación (donde el exocérnix se une al endocérnix) (Bravo-Ortíz et al., 2021).

La mayoría de los otros cánceres cervicales son adenocarcinomas que se originan de células glandulares. El adenocarcinoma cervical se origina en las células de las glándulas productoras de mucosidad del endocérnix. Los adenocarcinomas son cánceres que se originan de células glandulares. El adenocarcinoma cervical se origina en las células de las glándulas productoras de mucosidad del endocérnix. Los adenocarcinomas cervicales parecen haberse vuelto más comunes en los últimos 20 a 30 años (Gramática et al., 2023).

El cáncer de cuello uterino que tiene características tanto de los carcinomas de células escamosas como de los adenocarcinomas es menos común. Estos tumores se llaman carcinomas adenoescamosos o carcinomas mixtos. Aunque casi todos los cánceres de cuello uterino son carcinomas de células escamosas o adenocarcinomas, otros tipos de cáncer también se pueden desarrollar en el cuello uterino. Estos otros tipos, como melanoma, sarcoma y linfoma, ocurren con más frecuencia en otras partes del cuerpo (American Cancer Society, 2020b).

1.5. Etapas del cáncer de cuello uterino

Después de haber sido diagnosticado con cáncer de cuello uterino, los médicos tratarán de averiguar si el cáncer se ha propagado y si es así, a qué distancia. Este proceso se llama estadificación (o determinación de la etapa). La etapa (estadio) de un cáncer describe cuánto cáncer hay en el cuerpo, y ayuda a determinar qué tan grave es el cáncer, así como la mejor manera de tratarlo. La etapa (estadio) es uno de los factores más importantes para decidir cómo tratar el cáncer y determinar cuán eficaz pudiera ser un tratamiento (American Cancer Society, 2020a).

El sistema de estadificación FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) con frecuencia es usado para los cánceres de los órganos reproductores femeninos, incluyendo el cáncer de cuello uterino. Para el cáncer de cuello uterino, se usa la etapa clínica que se basa en los resultados del examen físico del médico, las biopsias, los estudios por imágenes y algunas otras pruebas que se realizan en ciertos casos, tales como la cistoscopia y la rectoscopia. La etapa clínica del cáncer no se basa en lo que se encuentra durante la cirugía. Si se hace una cirugía, se puede determinar la etapa patológica del cáncer a partir de lo que se encuentra en la cirugía; sin embargo, esto no cambia la etapa clínica en que su enfermedad se encuentra. Su plan de tratamiento se basa en la etapa clínica (Sagastegui Gálvez, 2022).

Según Mestanza Bastidas, (2023), las etapas clínicas del cáncer de cuello uterino van desde la etapa I (1) a la IV. Por regla general, mientras más bajo sea el número, menos se ha propagado el cáncer. Un número más alto, como la etapa IV, significa un cáncer más avanzado. Además, dentro de una etapa, una letra anterior significa una etapa menos avanzada. Los cánceres con etapas similares suelen tener un pronóstico similar, y a menudo son tratados de manera muy similar.

Etapas FIGO (I)

Descripción de la etapa: Las células cancerosas han crecido desde la superficie del cuello uterino hasta los tejidos más profundos de éste. El cáncer no se ha propagado a los ganglios linfáticos adyacentes. El cáncer no se ha propagado a lugares distantes.

IA

Descripción de la etapa: Existe una cantidad muy pequeña de cáncer que sólo se puede observar con un microscopio. No se ha propagado a ganglios linfáticos adyacentes. No se ha propagado a lugares distantes.

IA1

Descripción de la etapa: El área del cáncer solo se puede ver con un microscopio y mide menos de 3 mm (aproximadamente menos de 1/8 de pulgada) de profundidad. No se ha propagado a ganglios linfáticos adyacentes. No se ha propagado a lugares distantes.

IA2

Descripción de la etapa: El área del cáncer solo se puede ver con un microscopio y mide entre 3 y 5 mm (aproximadamente entre 1/8 y 1/5 de pulgada) de profundidad. No se ha propagado a ganglios linfáticos adyacentes. No se ha propagado a lugares distantes.

IB

Descripción de la etapa: Esto incluye el cáncer en etapa I que ha alcanzado más de 5 mm de profundidad (aproximadamente más de 1/5 de pulgada) pero todavía se limita al cuello uterino. No se ha propagado a ganglios linfáticos adyacentes. No se ha propagado a lugares distantes.

IB1

Descripción de la etapa: El cáncer ha alcanzado una profundidad mayor de 5 mm (alrededor de 1/5 de pulgada) y mide menos de 2 cm (alrededor de 4/5 de pulgada). No se ha propagado a ganglios linfáticos adyacentes. No se ha propagado a lugares distantes.

IB2

Descripción de la etapa: El cáncer mide al menos 2 cm, pero no es mayor que 4 cm. No se ha propagado a ganglios linfáticos adyacentes. No se ha propagado a lugares distantes.

IB3**Descripción de la etapa:**

El cáncer mide al menos 4 cm y se limita al cuello uterino. No se ha propagado a ganglios linfáticos adyacentes. No se ha propagado a lugares distantes.

Etapa FIGO (II)

Descripción de la etapa: El cáncer ha crecido fuera del cuello uterino y el útero, pero no se ha propagado a las paredes de la pelvis o a la parte inferior de la vagina. No se ha propagado a ganglios linfáticos adyacentes. No se ha propagado a lugares distantes.

IIA

Descripción de la etapa: El cáncer ha crecido fuera del cuello uterino y el útero, pero no se ha propagado a los tejidos próximos al cuello uterino (parametrio). No se ha propagado a ganglios linfáticos adyacentes. No se ha propagado a lugares distantes

IIA1

Descripción de la etapa: El cáncer no mide más de 4 cm (alrededor de 1 3/5 de pulgada). No se ha propagado a ganglios linfáticos adyacentes. No se ha propagado a lugares distantes.

IIA2

Descripción de la etapa: El cáncer mide 4 cm o más. No se ha propagado a ganglios linfáticos adyacentes. No se ha propagado a lugares distantes.

IIB

Descripción de la etapa: El cáncer ha crecido fuera del cuello uterino y el útero, y se ha propagado a los tejidos próximos al cuello uterino (parametrio). No se ha propagado a ganglios linfáticos adyacentes. No se ha propagado a lugares distantes.

Etapa FIGO (III)

Descripción de la etapa: El cáncer se ha propagado a la parte inferior de la vagina o a las paredes pélvicas. El cáncer puede estar bloqueando los uréteres (conductos que transportan la orina de los riñones a la vejiga). Podría o no haberse propagado a los ganglios linfáticos adyacentes. No se ha propagado a lugares distantes.

IIIA

Descripción de la etapa: El cáncer se ha propagado a la parte inferior de la vagina, pero no a las paredes pélvicas. No se ha propagado a ganglios linfáticos adyacentes. No se ha propagado a lugares distantes.

IIIB

Descripción de la etapa: El cáncer ha invadido las paredes de la pelvis y/o está bloqueando uno o ambos uréteres causando problemas con los riñones (condición llamada hidronefrosis). No se ha propagado a ganglios linfáticos adyacentes. No se ha propagado a lugares distantes.

IIIC

Descripción de la etapa: El cáncer puede ser de cualquier tamaño. Los estudios por imágenes o una biopsia muestran que el cáncer se ha extendido a los ganglios linfáticos pélvicos cercanos (IIIC1) o a los ganglios linfáticos paraaórticos (IIIC2). No se ha propagado a lugares distantes.

Etapa FIGO (IV)

Descripción de la etapa: El cáncer ha crecido en la vejiga o el recto o en órganos lejanos como los pulmones o los huesos.

IVA

Descripción de la etapa: El cáncer se ha propagado a la vejiga o al recto o está creciendo fuera de la pelvis

IVB

Descripción de la etapa: El cáncer se ha propagado a órganos distantes fuera del área pélvica, tales como ganglios linfáticos distantes, los pulmones, o los huesos.

1.6. Estadísticas claves sobre el cáncer de cuello uterino

El cáncer es una de las primeras causas de muerte a escala mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que para el año 2030 se producirán 12 millones de

defunciones por esta causa. En particular el cáncer cérvico-uterino es el tercer cáncer más común entre las mujeres en todo el mundo, precedido solo por el cáncer de mama y el de pulmón. En mujeres entre 20 y 30 años se encuentra en segundo lugar después del cáncer de mama (Lambert-Matos et al., 2021).

Según las estadísticas globales de cáncer de 2018, se reportan 569.847 casos nuevos y 311.365 fallecimientos a causa de este cáncer. La mayor incidencia se reporta en países del sur africano y la mayor mortalidad en países del este africano. En América Latina y el Caribe cada año, se diagnostican cerca de 77 000 nuevos casos y unas 30.000 mujeres mueren prematuramente por esta enfermedad. Su incidencia es 21 % mayor en los países subdesarrollados, donde existen 80 % de todos los cánceres de cérvix (León et al., 2023).

En el Ecuador se diagnostican un poco más de 1.600 nuevos casos de cáncer cervical cada año (datos estimados para el 2018) y representa la segunda causa de muerte por cáncer, en mujeres entre los 20 y 69 años de edad (García et al., 2021).

Según GLOBOCAN, el Ecuador ocupa la séptima posición, después de Chile, entre los países con mayor prevalencia de cáncer cérvicouterino de la región. En el año 2014, el Ecuador presentó su pico más alto de muertes por esta enfermedad, representando la primera causa de muerte por cáncer, superando al cáncer de mama en un 4 % y estómago en un 0,5 % (García et al., 2021).

En el Ecuador existen dos instituciones principales, en cuanto al manejo de pacientes con cáncer: el Estado Ecuatoriano a través del MSP (Ministerio de Salud Pública) y SOLCA, institución sin fines de lucro que se enfoca en la lucha contra el cáncer. Con respecto a la distribución de la prevalencia de genotipos circulantes de VPH en el Ecuador, existe discordancia

entre los trabajos publicados; así, Tornesello y col, determinan que existe una mayor prevalencia del genotipo 16 en un 64,5 % y 18 en un 29 %, seguido de los genotipos 31, 53, 56 y 58 en orden decreciente de prevalencia. Posteriormente, un estudio determina que el genotipo más prevalente fue el 6 (4,8 %), seguido por el 66 (4,8 %), y los 16, 31 y 44 (2,4 % cada uno) (Lambert-Matos et al., 2021).

1.7. Factores de riesgo del cáncer de cuello uterino

Los factores de riesgo están constituidos por las circunstancias o situaciones presentes en un individuo que aumentan las probabilidades de que una enfermedad aparezca. En tal sentido, el estudio de estos factores y las medidas que se puedan adoptar para su disminución, constituyen una parte importante en la lucha contra el cáncer. En el caso del CCU, este estudio, conjuntamente con las medidas preventivas y el tratamiento de las lesiones precancerosas conforman la triada del combate contra esta enfermedad (Medina & Amaya, 2020).

Al considerar los factores de riesgo que inciden en la aparición del CCU, es necesario tener en cuenta que, en la mayoría de los casos, la causa principal de esta enfermedad es atribuible a la infección por el virus de papiloma humano (VPH). Es por ello que es posible atreverse a decir que, estos factores de riesgo inciden directamente sobre el aumento de las posibilidades de la aparición del VPH, y, por ende, del CCU (Hurtado Tarrillo, 2024).

Los principales factores de riesgo del CCU vendrían siendo:

1.7.1. Infección por el virus del papiloma humano

La infección por el virus del papiloma humano (VPH) es un paso necesario para la presentación de prácticamente todas las lesiones precancerosas y cancerosas”. Constituye el principal factor de cáncer de cuello uterino y sobrepasa, por mucho, el resto de los factores de

riesgo conocidos. Se estima que el número de mujeres en los Estados Unidos infectadas por este virus sobrepasa la cantidad de 6 millones. La infección transitoria por el VPH es frecuente, particularmente en la juventud. Es la persistencia de una infección por este virus la que conduce a un mayor riesgo de desarrollar lesiones precancerosas y cancerosas. Existen múltiples subtipos de VPH los cuales infectan a las personas, sólo los subtipos 16 y 18 están más vinculados con la presentación de displasia de grado alto y cáncer (Instituto Nacional del Cáncer, 2019).

El virus del papiloma humano (VPH) ha sido detectado en un 80-90 % de las mujeres sexualmente activas, no obstante, solo un pequeño grupo, entre el 10-30 % de ellas desarrollan lesiones intraepiteliales de alto grado y carcinoma in situ. Dentro de la amplia gama de tipos de VPH, existe un grupo clasificados como de alto y bajo riesgo de desarrollar el cáncer. Entre los más comunes se encuentra el grupo de bajo riesgo, donde se incluyen los tipos 6 y 11 que normalmente ocasionan verrugas benignas y escasamente se asocian con lesiones no invasivas. Por otra parte, los tipos VPH-16 y VPH-18, se encuentran en el grupo de alto riesgo por su elevado potencial carcinogénico (León et al., 2023).

1.7.2. Sistema inmunitario debilitado

Tener un sistema inmunitario debilitado por inmunodepresión aumenta potencialmente el riesgo de infección por VPH y de CCU. “La inmunodepresión debilita la capacidad del cuerpo para combatir infecciones y otras enfermedades” (Rodríguez et al., 2020), puede ocasionarse por infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), asimismo, por medicamentos que se administran para la prevención del rechazo de un órgano posterior a un trasplante. En estos casos, este grupo de mujeres presentan riesgo de la aparición de cáncer de cuello uterino.

El sistema inmunitario es importante para destruir las células cancerosas, así como para retardar su crecimiento y extensión”. Las mujeres con esta condición pueden avanzar con mayor rapidez de lo normal desde un precáncer de cuello uterino a un cáncer invasivo (Lambert-Matos et al., 2021).

1.7.3. Iniciar la actividad sexual a una edad temprana o tener muchas parejas sexuales

El riesgo de infección por el VPH es mayor en las mujeres que empiezan su actividad sexual antes de los 18 años y en mujeres que han tenido 6 o más parejas sexuales. (Instituto Nacional del Cáncer, 2019)

Naranjo Hernández et al., (2017) explican que “el período de metaplasia escamosa que existe en el cuello uterino de la adolescente es el momento más crítico para el riesgo potencial de transformación celular y para el desarrollo de la neoplasia cervical”. En consecuencia, aquellas mujeres que inician la actividad sexual a edad temprana, esto es, cuando el proceso metaplásico es más activo, tendrán mayor probabilidad de introducir el virus dentro de sus células metaplásicas, así como activar la transformación de las mismas.

1.7.4. La infección simultánea por otros microorganismos de transmisión sexual, como las clamidias

La clamidia es un tipo común de bacteria la cual puede infectar el sistema reproductor. Su medio de transmisión es el contacto sexual. La infección con esta bacteria puede ocasionar inflamación de la pelvis, la cual podría conducir a la infertilidad. Estudios han indicado que la evidencia de una infección pasada o actual con clamidia representa un riesgo de CCU (Yudira, 2022).

1.7.5. Multiparidad

Las mujeres que tienen siete o más embarazos a término, aunados al hecho de que presenten infección por VPH, tienen un aumento en el riesgo de la aparición del cáncer de cuello uterino (Pupo & Hernández, 2024).

Otros institutos disminuyen este número a tres o más embarazos a término para considerar que la mujer presenta un riesgo aumentado de padecer esta enfermedad. Aunque no se precisa la razón de esta predisposición, algunos estudios han indicado que los causantes de que las mujeres sean más susceptibles a la infección por VPH y crecimiento tumoral sean los cambios hormonales. Por otro lado, esta susceptibilidad también es atribuible a la posibilidad de que las mujeres durante el embarazo presenten sistemas inmunitarios más débiles (Sánchez-Ledesma et al., 2021).

1.7.6. Tabaquismo

Entre las mujeres infectadas por el VPH, aquellas que fuman cigarrillos o respiran el humo por exposición pasiva al humo de tabaco tienen un aumento de riesgo de cáncer de cuello uterino (Instituto Nacional del Cáncer, 2019).

Cuando una persona fuma, tanto esta como los que le rodean se encuentran expuestos a muchas sustancias químicas cancerígenas. Las mujeres fumadoras tienen aproximadamente el doble de probabilidades de desarrollare CCU, que las no fumadoras. Los investigadores piensan que las sustancias del tabaco dañan el ADN de las células en el cuello del útero, lo cual puede favorecer la enfermedad. Asimismo, esta práctica debilita al sistema inmunitario, es decir, reduce su eficacia en el combate de las infecciones, incluyendo la del VPH (Bravo-Ortíz et al., 2021).

El tabaquismo constituye uno de los factores de riesgo de cáncer más importante, es el responsable del 22% aproximadamente de las muertes por cáncer a nivel mundial (OMS, 2023).

1.7.7. Consumo prolongado de anticonceptivos orales

El uso de anticonceptivos orales entre 5 y 9 años, aunado a la presencia de la infección por VPH, aumenta el riesgo de cáncer cérvicouterino 3 veces. Este riesgo es 4 veces mayor posterior a los 10 años o más de uso (Instituto Nacional del Cáncer, 2019).

La investigación propone que el riesgo de CCU aumenta con el mayor tiempo en que una mujer tome las píldoras, sin embargo, este se reduce después de suspender las tomas. La Sociedad Americana Contra el Cáncer recomienda que las mujeres con asesoría médica deben valorar si los beneficios del uso de anticonceptivos orales superan los riesgos potenciales (Núñez-Troconis, 2023).

1.7.8. Inicio a temprana edad de las relaciones sexuales

El inicio del primer coito en edades tempranas, es decir, antes de los 20 años de edad incluso antes de los 18 años, es abordado en todo el mundo desde el punto de vista epidemiológico, esto se corresponde con la existencia de un consenso general vinculado a que estas relaciones en tempranas edades predisponen a la mujer a la presencia de lesiones cervicales (García et al., 2021).

1.7.9. Tener menos de 17 años en el primer embarazo a término

La Sociedad Americana del Cáncer considera que las mujeres que presentaron su primer embarazo a término a la edad de 17 años o menos edad, son aproximadamente dos veces más

propensas a la presencia de CCU posteriormente en su vida, esto con relación a aquellas que tuvieron su primer embarazo a los 25 años de edad o mayor a eso (Matos et al., 2019).

1.7.10. Exposición al dietilestilbestrol (DES) en el útero

El Dietilestilbestrol (DES) es un medicamento que se administraba a mujeres embarazadas, entre 1.940 y 1.971, en los Estados Unidos con la finalidad de prevenir el aborto espontáneo, así como el trabajo de parto prematuro. “La exposición a este medicamento mientras se está en la matriz de la madre aumenta el riesgo de displasia de cuello uterino, y de adenocarcinoma de células claras de la vagina y el cuello uterino (Instituto Nacional del Cáncer, 2019).

1.7.11. Sobrepeso y mala alimentación

Las mujeres que tienen sobrepeso tienen una mayor probabilidad de desarrollar un sin número de enfermedades y el CCU no es la excepción. “Las mujeres con una alimentación que no incluya suficientes frutas, ensaladas y verduras pueden tener un mayor riesgo de cáncer de cuello uterino (Encalada et al., 2021).

1.7.12. Antecedente familiar de cáncer de cuello uterino

El CCU puede presentarse con mayor frecuencia en determinadas familias. El hecho de que alguien de la familia haya presentado en algún momento cáncer de cuello uterino, aumenta las probabilidades de cualquier familiar de padecer la misma enfermedad, esto en comparación a si nadie en la familia hubiera padecido la enfermedad. Se investiga si esta tendencia familiar es causada por una condición hereditaria(Sánchez-Ledesma et al., 2021).

1.8. Causas del cáncer de cuello uterino

El cáncer de cuello uterino, a veces denominado cáncer de cérvix, comienza en el cuello uterino (la sección inferior del útero). La mayoría de las neoplasias de cuello uterino están provocadas por la infección por el virus del papiloma humano (VPH) (Ramírez, 2023).

Las células de la superficie del cuello uterino son el origen de los cánceres de cuello uterino. La superficie del cuello uterino está formada por dos tipos diferentes de células: columnares (células glandulares) y escamosas. Las células escamosas son el origen de la mayoría de las neoplasias cervicales (Sánchez Bouza et al., 2022).

La neoplasia intraepitelial cervical, o alteraciones precancerosas de las células del cuello uterino, y el cáncer de cuello uterino están causados casi exclusivamente por el virus del papiloma humano (VPH), que se transmite por contacto sexual. Además, el VPH puede provocar verrugas genitales, vulva o vagina. En los países en los que se dispone de terapia para la neoplasia intraepitelial cervical (NIC), vacunas contra el VPH y cribado del cáncer de cuello de útero, la incidencia de esta enfermedad ha ido disminuyendo gradualmente en las últimas décadas (Lecointre et al., 2023).

El virus del papiloma humano, o VPH, se transmite por cualquier tipo de actividad sexual, incluido el contacto oral, genital y anal. Alrededor del 80% de las personas sexualmente activas habrán estado expuestas en algún momento de su vida a una infección por el virus del papiloma humano (VPH). Aunque la mayoría de las infecciones por VPH son transitorias, algunas personas pueden contraer el virus más de una vez, y algunas infecciones pueden persistir durante años (Ramírez, 2023).

1.9. Signos y síntomas del cáncer de cuello uterino

Los síntomas del cáncer de cuello uterino en fase inicial no suelen estar presentes. Sin embargo, algunos síntomas e indicadores pueden aparecer a medida que la enfermedad empeora. Según Bosquet, (2020), los signos más típicos del cáncer de cuello uterino son los siguientes:

- **Sangrado vaginal anormal:** Uno de los signos más típicos del cáncer de cuello uterino es el sangrado vaginal anormal. Esto puede incluir sangrado vaginal excesivo o prolongado, sangrado durante o después de la menopausia, o sangrado después de la actividad sexual.
- **Dolor durante las relaciones sexuales:** La dispareunia, o dolor durante la actividad sexual, puede ser un signo de cáncer de cuello uterino avanzado. La causa puede ser un tumor en el cuello uterino o la vagina.
- **Secreción vaginal inusual:** Un flujo vaginal atípico, incluido un flujo rojo o acuoso, podría indicar un estadio avanzado del cáncer de cuello uterino.
- **Dolor pélvico:** El cáncer de cuello uterino avanzado puede presentarse como dolor pélvico esporádico o continuo.
- **Pérdida de peso inexplicable:** Cuando se combina con otros síntomas como el cansancio y el dolor pélvico, la pérdida de peso inexplicable puede indicar un cáncer de cuello uterino avanzado.

Hay que recordar que estos síntomas no siempre son indicativos de cáncer de cuello de útero y que también pueden ser provocados por otras enfermedades. Pero si sufres alguno de estos síntomas, lo mejor es un chequeo médico para realizar una evaluación exhaustiva y se encuentre el problema subyacente (Bosquet, 2020).

1.10. Prevención del cáncer de cuello uterino

La detección de lesiones precancerosas antes de que se conviertan en neoplasias invasivas es un método de eficacia probada para prevenir el cáncer de cuello uterino. Por este motivo, se utilizan la prueba del virus del papiloma humano (VPH) y la prueba de Papanicolaou. El cáncer de cuello uterino puede tratarse y prevenirse antes de que se manifieste si se identifica el precáncer. El uso del preservativo masculino y femenino, así como la vacunación contra el VPH, que ofrece protección contra cepas específicas del virus, son otros métodos de prevención (Solca, 2019).

1.10.1. Citología o Test de Papanicolau

En la citología, un examen rápido, fácil e indoloro, se llega al cuello uterino utilizando un dispositivo llamado espéculo para dividir las paredes vaginales y recoger una muestra de células. Después, las células se examinan al microscopio en el laboratorio para buscar posibles anomalías. Se aconseja que las mujeres que hayan tenido o tengan actividad sexual se realicen esta prueba cada año después de tres años de su primera experiencia sexual, siempre que tengan 65 años o más. No hay ninguna justificación para saltarse la citología basándose en la menopausia o en los antecedentes de vacunación (Solca, 2019).

Antes de someterse a una citología deben cumplirse los siguientes requisitos: no menstruar, no tomar medicamentos vaginales durante tres días, no hacerse duchas vaginales dos o tres días antes y no mantener relaciones sexuales en las 48 horas previas a la citología. La detección del cáncer de cuello uterino suele comenzar con un resultado anormal de la prueba de Papanicolaou. En lugar de ser una prueba diagnóstica, la prueba de Papanicolaou es una herramienta de cribado. Un resultado anormal de la prueba de Papanicolaou puede indicar la necesidad de pruebas adicionales, como la biopsia de cono, la biopsia cervical, el legrado

endocervical (curetaje endocervical), la biopsia cervical y las biopsias cervicales, ya que no puede determinar definitivamente si una persona tiene cáncer (Valderrama Sanabria et al., 2022).

1.10.2. Virus de Papiloma Humano

Como parte del seguimiento tras un resultado anormal de la prueba de Papanicolaou, puede realizarse la prueba del VPH. Cuando alguien entra en estrecho contacto con una zona infectada del cuerpo, como la región vaginal, oral o anal, el VPH se transfiere de una persona a otra por contacto piel con piel. Una persona puede contagiar el VPH involuntariamente y tener el virus durante años sin mostrar ningún síntoma. Los preservativos pueden ayudar a prevenir la infección por VPH, pero no pueden evitarla por completo (Núñez-Troconis, 2022).

Administradas antes de que una persona se exponga al VPH, o antes de que mantenga relaciones sexuales, ciertas vacunas ayudan a prevenir la infección por VPH. La vacuna nonavalente ofrece una gran protección frente a las cepas más prevalentes del VPH cuando se administra contra él (Luna-Abanto et al., 2020).

1.11. Prevención de la infección por el virus del papiloma humano

Aunque se han observado casos raros en vírgenes, la infección por el virus del papiloma humano (VPH) suele transmitirse por contacto sexual. El uso de preservativos no puede detener la transmisión. Roberts et al. realizaron un estudio en un modelo de ratón y descubrieron que, mientras que la carragenina, un polisacárido incluido en varios lubricantes vaginales, inhibía la infección, el nonoxinol-9, un espermicida vaginal de uso común, aumentaba drásticamente la susceptibilidad a la infección por VPH (Bartolomé-Moreno & Melús-Palazón, 2023).

Las niñas de 11 a 12 años deben recibir tres dosis de la vacuna contra el VPH como parte de un régimen de vacunación estándar, según el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización

(ACIP). A partir de los nueve años puede comenzar la serie de vacunación. Se aconseja que las mujeres de entre 13 y 26 años que no se hayan vacunado anteriormente o que no hayan terminado la serie completa se vacunen contra el VPH. A los niños y adolescentes jóvenes (de 9 a 14 años) se les puede administrar una serie de dos dosis de la vacuna no valente (Yudira, 2022).

Las mujeres que han recibido vacunas deben seguir sometiéndose a pruebas de detección del cáncer de cuello uterino, siguiendo los mismos protocolos que las que no las han recibido. El cáncer de cuello de útero no se previene completamente con estas vacunas; alrededor del 30% de los casos están causados por cepas de VPH oncogénicas distintas de las 16 y 18, y la protección cruzada puede ser sólo parcialmente eficaz. (Torres et al., 2022).

Por último, aún se desconoce durante cuánto tiempo protegerán estas vacunas contra la enfermedad. Según la información actualmente disponible, la protección contra la infección por los tipos de VPH cubiertos por estas vacunas debería durar al menos entre 6 y 8 años. Sin embargo, será necesaria una mayor vigilancia para determinar si es necesaria una revacunación (Merchan et al., 2022).

La seguridad de las vacunas contra el VPH es un tema muy debatido. Las dos vacunas aprobadas por la FDA son increíblemente seguras, según los datos de enormes grupos de pacientes que fueron objeto de seguimiento a lo largo de los ensayos clínicos de fase 3. Sin embargo, los medios de comunicación han descrito casos de mujeres jóvenes que contrajeron enfermedades potencialmente mortales como consecuencia de la vacunación. Sin embargo, los medios de comunicación han descrito casos de mujeres jóvenes que contrajeron enfermedades potencialmente mortales como consecuencia de la vacunación (Bartolomé-Moreno & Melús-Palazón, 2023).

32 casos de muerte y lesiones neurológicas (como el síndrome de Guillain-Barré) se encontraban entre los principales efectos adversos que se notificaron en el 6,2% de todos los informes del sistema de notificación de efectos adversos de las vacunas (VAERS). La mayoría de estos efectos secundarios no fueron más frecuentes que las tasas de fondo en comparación con vacunaciones anteriores, mientras que el síncope y los eventos tromboembólicos venosos se notificaron con tasas desproporcionadamente altas (Alcaraz Pérez, 2023).

1.12. Diagnóstico del cáncer del cuello uterino

Un mal resultado en la prueba de Papanicolaou suele ser el primer paso en el proceso de detección del cáncer de cuello uterino. Este resultado orientará la realización de pruebas adicionales para identificar el cáncer de cuello uterino. El cáncer de cuello uterino también puede sospecharse si se presentan síntomas como sangrado vaginal irregular o dolor durante la actividad sexual (Matassini Eyzaguirre et al., 2020).

Las neoplasias malignas y las enfermedades precancerosas suelen ser diagnosticadas por ginecólogos o médicos generalistas mediante las pruebas necesarias. También puede tratar las afecciones precancerosas. Si se detecta un cáncer invasivo, el médico debe remitirle a un ginecólogo oncólogo, especialista en cánceres del aparato reproductor femenino (Ortiz Gómez & Rodríguez Morillo, 2023).

Según la norma técnica para la detección precoz del cáncer de cuello uterino y las directrices para el tratamiento de las lesiones preneoplásicas del cuello uterino, las mujeres de 25 a 69 años o menores de 25 años sexualmente activas son la población diana del conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos (Matassini Eyzaguirre et al., 2020).

Estas actividades incluyen las que proporcionan información para un tratamiento rápido y adecuado, mayores tiempos de supervivencia y el diagnóstico de lesiones preneoplásicas y neoplásicas del cuello uterino. Entre las actividades se encuentran la citología cervical, su lectura e informe, las medidas que deben tomarse en función del informe, el diagnóstico final y la guía de gestión de las lesiones cervicales preinvasivas, que abarca la infección por el VPH y la neoplasia intracervical de bajo grado, la neoplasia intracervical de alto grado y los controles (León et al., 2023).

1.12.1. Toma de citología cérvicouterino

El esquema 1-1-3 se utiliza de acuerdo con las normas técnicas para identificar la sospecha de cáncer de cuello uterino e iniciar el tratamiento definitivo. Dicho de otro modo, si el resultado es negativo, debe repetirse la prueba anualmente; si el resultado es normal, la mujer será evaluada dentro de tres años, y se repetirá de forma continuada si el resultado sigue siendo negativo; pasados tres años, se reiniciará el esquema 1-1-3. Esta operación debe ser realizada por un médico o una enfermera diplomada para extraer una muestra suficiente de células del endocérnix o de la unión escamoso-cilíndrica con el fin de identificar posibles crecimientos preneoplásicos o neoplásicos (Valderrama Sanabria et al., 2022).

La norma técnica recomienda los siguientes pasos para tomar un frotis citológico: tomar la anamnesis, rellenar el registro citológico, preparar los portaobjetos y tomar la muestra según las indicaciones de la guía, identificar el portaobjetos y alertar a la usuaria de la importancia de reclamar rápidamente el resultado (Vera Rodríguez, 2022).

El procedimiento estándar exige la realización de una citología vaginal cuando el sangrado durante el ciclo menstrual es escaso o nulo; cuando hay mucho flujo, siempre que se

limpie el cuello uterino con un bastoncillo de algodón; tras relaciones sexuales recientes o duchas vaginales previas; y cuando hay sangrado genital continuo, a menos que sea excesivo (Carrera et al., 2021). Las medidas mencionadas son necesarias para garantizar que no se pierda la detección precoz, sobre todo en situaciones en las que las mujeres tienen dificultades para acceder a los servicios. Además, cuando se advierte una lesión cervical o signos evidentes de hemorragia intermenstrual, se debe consultar inmediatamente a ginecología.

1.12.2. Organización para la toma de la citología cérvico uterina

Según la norma técnica, deben crearse unidades de cribado. Estas unidades se encargarían de asegurar que un médico o enfermera toma la citología y que se entregan los resultados. También se encargarían del seguimiento, asegurándose de que se sigue el esquema 1-1-3, y dirigiendo a las usuarias que requieran un diagnóstico definitivo -como una colposcopia, patología cervical o un segundo nivel asistencial- a un nivel asistencial superior. La intención es reducir la incidencia y la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino (Enríquez et al., 2022).

1.12.3. Lectura y reporte de la citología

La norma técnica estipula que las lecturas de citología cervical deben realizarse en instalaciones de citología y patología acreditadas en materia de calidad, y que los citotecnólogos que lean los resultados deben hacerlo bajo la dirección o supervisión de un patólogo o citopatólogo certificado. Estarán a cargo del citotecnólogo en caso de caso negativo y del citopatólogo en caso de placa divergente, aberrante o positiva. Teniendo en cuenta el Sistema Bethesda para las clasificaciones histopatológicas, que ayuda en la toma de decisiones al médico tratante. El Sistema Bethesda se divide en cuatro secciones: la calidad del espécimen a examinar es la primera sección; el informe de resultados es la segunda sección; el diagnóstico descriptivo

es la tercera sección; y la evaluación hormonal, que se considera útil para inducir una conducta terapéutica, es la cuarta sección (Enríquez et al., 2022).

Según la calidad, la primera parte del Sistema Bethesda puede clasificarse como adecuada cuando sólo puede leerse el 25% del frotis total, como inadecuada cuando sólo puede leerse el 50% de la muestra, y como satisfactoria pero limitada cuando la muestra contiene suficiente material endocervical y exocervical para su lectura. Una fijación deficiente, una tinción deficiente, una muestra muy gruesa o sólo material hemorrágico o inflamatorio pueden contribuir a dificultar la lectura (Carrera et al., 2021).

El diagnóstico descriptivo, tercer componente del Sistema Bethesda, incluye alteraciones reactivas, infecciones y otras afecciones. Entre las enfermedades, especifique si tiene herpes, tricomonas, clamidia, alteraciones reparativas por radioterapia, dispositivos intrauterinos o vaginosis bacteriana; además, detalle cualquier inflamación provocada por la atrofia. El informe de la cuarta sección debe indicar si el patrón hormonal es compatible o no con la edad y los antecedentes, así como si la evaluación hormonal no es práctica (Enríquez et al., 2022).

1.12.4. Reporte de la citología cervical y conducta

La creación de la Unidad de Cribado fue recomendada por la norma técnica para la detección precoz del cáncer de cuello uterino y las directrices para el tratamiento de las lesiones preneoplásicas del cuello uterino. La Unidad de Cribado asumirá la conducta en función de los resultados; si el resultado es negativo, realizará un seguimiento para asegurar que la paciente sigue el esquema 1-1-3; si el resultado muestra cambios benignos, analizará las causas, prescribirá el tratamiento y llevará a cabo el esquema de cribado; si la usuaria es informada como anormal, la trasladará a una unidad de patología cervical y colposcopia. La Unidad de Cribado

debe informar siempre a la paciente del resultado y de la necesidad de una derivación o seguimiento (Milla Meneses, 2022).

1.12.5. Diagnóstico definitivo

En cuanto al diagnóstico final, la norma técnica estipula que la citología cervical no es diagnóstica, por lo que cualquier paciente con resultados citológicos anormales necesita someterse a una evaluación histológica (colposcopia o biopsia dirigida) para determinar el diagnóstico de lesiones preneoplásicas o neoplásicas (De Oliveira et al., 2020).

El procedimiento debe realizarse en unidades de patología cervical y colposcopia, y la biopsia y la colposcopia deben ser realizadas por un ginecólogo certificado y capacitado como colposcopista. Esto se debe a que, además de llevar a cabo el procedimiento, el ginecólogo debe ser capaz de dirigir el tratamiento o derivar a las pacientes a un nivel de complejidad superior cuando no sea factible realizar el procedimiento en el lugar de atención. Para garantizar que los resultados de la colposcopia y la información personal de los pacientes estén documentados, la Unidad de Patología Cervical y Colposcopia debe poner siempre a disposición de los mismos la historia clínica del paciente (Valderrama Sanabria et al., 2022).

1.13. Tratamiento del cáncer de cuello uterino

Dependiendo del estadio de la enfermedad, cada paciente con cáncer de cuello uterino tiene diferentes opciones de tratamiento. El estadio de un cáncer de cuello uterino indica su extensión, tamaño y profundidad de invasión, es decir, cuánto se ha extendido dentro del cuello uterino (Lecointre et al., 2023).

El personal médico hará recomendaciones sobre el tratamiento una vez que se haya determinado el estadio del cáncer de cuello uterino. Aunque el estadio de la enfermedad en el

momento del diagnóstico desempeña un papel importante en la decisión sobre el tratamiento, también pueden influir otros factores como la edad, el estado general de salud, las circunstancias particulares y las preferencias. La capacidad de concebir y tener una vida sexual puede verse afectada por el cáncer de cuello uterino. Pueden ser necesarias múltiples modalidades de tratamiento, en función de la naturaleza y el estadio de la neoplasia (Bucheli et al., 2022).

Los médicos en el equipo de atención al cáncer pueden incluir:

- El médico que trata enfermedades del aparato reproductor femenino se llama ginecólogo.
- El médico especializado en cánceres del aparato reproductor femenino se denomina oncoginecólogo.
- Un oncólogo radioterapeuta es un profesional médico que trata el cáncer con radiación.
- Un oncólogo médico es un profesional de la medicina que trata el cáncer mediante quimioterapia y otros medicamentos.

Numerosos expertos adicionales, como enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales, especialistas en rehabilitación y otro personal médico, también pueden participar en la prestación de cuidados.

Los tipos de tratamientos del cáncer de cuello uterino más comunes incluyen:

- Cirugía
- Radioterapia
- Quimioterapia
- Terapia dirigida

La quimioterapia o la radioterapia junto con la cirugía pueden utilizarse para el cáncer de cuello uterino en sus estadios iniciales. La quimioterapia y la radioterapia suelen utilizarse como

tratamiento primario en los estadios más avanzados. Para el tratamiento del cáncer de cuello uterino avanzado se suele utilizar quimioterapia (sola) (Lecointre et al., 2023).

Casi siempre es conveniente obtener una segunda opinión, sobre todo de médicos especializados en el tratamiento del cáncer de cuello uterino. Obtener una segunda opinión puede proporcionarle más detalles y aumentar su confianza a la hora de elegir un tratamiento. (Bucheli et al., 2022).

Para ayudar a elegir el tratamiento que mejor se adapte a las necesidades del paciente, es fundamental repasar con el médico todas las alternativas disponibles, incluidos los objetivos y los posibles efectos adversos. Expertos en cáncer cuyo objetivo último es la curación. Para que el paciente se sienta mejor y tenga una vida más larga, se puede pensar en erradicar o eliminar la mayor cantidad posible de cáncer si no se puede conseguir la curación. El alivio de los síntomas es a veces el objetivo del tratamiento. Se habla de cuidados paliativos (Bravo Polanco et al., 2020).

1.14. Cirugía para el cáncer de cuello uterino

- **Criocirugía:** Se introduce una sonda metálica refrigerada con nitrógeno líquido directamente en el cuello uterino. Esto hace que las células aberrantes se congelen y mueran. Puede realizarse en una clínica o consulta médica. Después de la criocirugía, puede tener muchas secreciones acuosas de color marrón durante unas semanas (Ortega, 2022).
- **Cirugía láser:** Para extraer un pequeño trozo de tejido para su análisis o para quemar o evaporar células aberrantes, se hace pasar un rayo láser concentrado a través de la vagina. Con anestesia local, este tratamiento puede realizarse en una clínica o consulta médica (Solca, 2019).

- **Conización:** Se extrae del cuello uterino una porción de tejido en forma de cono. Para este tratamiento se utiliza un bisturí quirúrgico, un bisturí láser (biopsia en cono con bisturí frío) o un método electroquirúrgico (LEEP o LEETZ) con un alambre fino calentado con electricidad. Tras la intervención, se examina el tejido extirpado o cono con un microscopio (Ortega, 2022). Los márgenes positivos son los bordes más externos del cono que contienen células cancerosas o precáncer; estos márgenes indican que puede haber persistido algo de cáncer o precáncer, lo que requiere un tratamiento adicional. Las biopsias de cono pueden realizarse para diagnosticar una neoplasia maligna antes de la radioterapia o la cirugía para una terapia adicional. En mujeres con cáncer en estadio inicial (estadio IA1) que desean mantener su fertilidad, también puede utilizarse como único tratamiento (Gómez et al., 2023).
- **Histerectomía:** El útero -tanto el cuerpo uterino como el cuello uterino- se extirpa durante esta intervención, pero el parametrio y los ligamentos uterosacros que lo rodean se dejan en su lugar. Los ganglios linfáticos de la pelvis y la vagina se dejan en su sitio. A menos que exista otra causa para extirparlos, los ovarios y las trompas de Falopio suelen mantenerse in situ. La histerectomía abdominal es la extirpación quirúrgica del útero a través de un corte realizado en la parte anterior del abdomen. La histerectomía vaginal se refiere a la extirpación del útero a través de la vagina. La histerectomía laparoscópica es el nombre de la operación que se realiza para extirpar el útero (Sagastegui Gálvez, 2022). Durante una laparoscopia, se utilizan una o varias incisiones quirúrgicas diminutas para introducir un tubo fino, llamado laparoscopio, que tiene una cámara en el extremo para observar el interior del abdomen y la pelvis. El cirujano puede hacer cortes y extirpar tejido a través de los tubos sin necesidad de hacer una gran incisión abdominal, ya que a

través del tubo se puede manipular un pequeño equipo. Además, la laparoscopia puede facilitar la extirpación del útero, los ovarios y las trompas de Falopio a través de una incisión vaginal. Esta técnica se denomina histerectomía vaginal laparoscópica asistida. En ocasiones, la laparoscopia puede realizarse utilizando dispositivos que controla el cirujano y artilugios especializados para mejorar la visión del cirujano. A este proceso lo denominamos cirugía asistida por robot (Ortega, 2022).

- **Cervicectomía:** La histerectomía es el tratamiento más habitual para las mujeres con cáncer de cuello uterino en los estadios I A2 y I B. Una técnica diferente denominada cervicectomía radical hace posible que las mujeres reciban tratamiento sin perder su potencial para procrear. Durante este tratamiento no se extirpa el cuerpo del útero, sino sólo el cuello uterino y la parte superior de la vagina. El cirujano abre artificialmente el cuello del útero en la cavidad uterina mediante una sutura en "bolsa de tabaco" (Chacón et al., 2023).

1.15. Radioterapia para cáncer de cuello uterino

La radioterapia utiliza rayos X o partículas de alta energía para destruir las células cancerosas. Según Pérez et al., (2023) las más comunes son:

- **Radioterapia externa:** Un método de administración de radioterapia consiste en dirigir rayos X externos al tumor maligno. Es lo que denominamos radioterapia externa. La dosis de radiación es mayor durante todo el tratamiento, pero es esencialmente la misma que la de una radiografía ordinaria. Aunque el tiempo de preparación suele ser más largo, cada tratamiento sólo dura unos minutos. Aunque pueden producirse algunos efectos secundarios, el tratamiento no es doloroso en sí mismo.

Cuando un paciente no puede recibir radioterapia con quimioterapia, la radioterapia externa puede utilizarse como tratamiento principal del cáncer de cuello uterino o en conjunto para tratar las zonas en las que el cáncer ha progresado. La radioterapia externa suele causar fatiga, problemas gastrointestinales, heces blandas o diarrea, náuseas, vómitos y cambios en la piel.

1.16. Quimioterapia para cáncer de cuello uterino

Los medicamentos contra el cáncer se administran por vía oral o inyectados en vena como parte de la quimioterapia sistémica (quimio). Este tratamiento puede destruir la mayoría de las células cancerosas del organismo, ya que los medicamentos entran en el torrente sanguíneo y viajan por todo el cuerpo. La quimioterapia suele administrarse en ciclos, con un tiempo de recuperación después de cada sesión de tratamiento (Terán-Figueroa et al., 2020).

La quimioterapia y la radioterapia simultáneas, también conocidas como "quimiorradiación", son el tratamiento recomendado para determinados estadios del cáncer de cuello uterino. La radioterapia es más eficaz cuando se combina con quimioterapia. La quimioterapia puede administrarse sin radiación antes o después de la quimiorradiación. La quimioterapia también puede utilizarse para tratar los cánceres de cuello uterino que se han extendido a otros órganos y tejidos o que han reaparecido después del tratamiento. También puede ser útil si el cáncer reaparece después de la quimioterapia y la radioterapia (Pérez et al., 2023).

1.17. Cuidados de enfermería en pacientes con Cáncer de cuello uterino

La (OMS), refiere que las mujeres que padecen este tipo de Cáncer además del control y alivio de sus síntomas, requieren del apoyo por parte del profesional de salud que les haga sentir cómodos y seguros, con un cuidado humanizado; el sentido de pertenecer a un lugar, brindarles

esperanza hacerlos sentir productivos y que puedan sentir el cariño y aprecio de los demás (Encalada et al., 2021).

La atención que los profesionales de salud deben brindar a usuarias con cáncer de cuello uterino debe ser excepcional, por las cualidades de estos pacientes y las circunstancias de vida que enfrentan, al igual que sus familiares. El profesional de enfermería debe brindar una atención de forma holística, tomando en cuenta los sentimientos y emociones del paciente, generando satisfacción no solo en el paciente y su familia, sino también como profesional al ver cómo va evolucionando la salud del paciente y, en caso de que el tratamiento no haya generado una respuesta positiva en el usuario, brindar todos los cuidados respectivos para ofrecerle una muerte digna (Yáñez Flores et al., 2021).

También, resulta relevante que los enfermeros/as que se hayan especializados en el área de oncología, se enfoquen en las características psicológicas del paciente, ya que comparten la mayor parte del tiempo con él y son los responsables de brindar los instrumentos al paciente para ayudarlos a manejar los problemas que cause su enfermedad, proporcionando el sentimiento de autoridad al paciente sobre su enfermedad, mejorando la situación personal del paciente y sus familiares (Mallelin & Rogelio Barbaro, 2024).

El personal de enfermería está capacitado para actuar en la prevención de la enfermedad y su tratamiento, mediante el alivio del malestar y la atención de las necesidades espirituales, con el propósito de animarlos a aceptar su enfermedad y motivarlos a mantenerse en lucha por la mejora de su salud, en la mayor parte de los casos el control del dolor se pueda lograr mediante técnicas y tratamientos de medicina convencional como también mediante la medicina alternativa o complementaria (Encalada et al., 2021).

La ayuda psicosocial y espiritual son estrategias que deben ser consideradas en los cuidados paliativos y, por ende, requiere de personal altamente capacitado, con facilidad para comunicarse y sobre todo empatía, además en la comunidad este tipo de cuidados deben incorporar todos los componentes que mantengan al paciente en un estado óptimo de salud nutricional, de aseo personal y tan dinámico como ella lo necesite. Los familiares del paciente también deben de formar parte de sus cuidados de tal forma que el profesional de salud en este caso el enfermero/a proporcionara al líder de la familia cada uno de los métodos y alternativas de alivio que la paciente requiera (Mateo et al., 2023).

1.18. Teoría de enfermería que sustenta el objeto de estudio

El objetivo de la teoría de Callista Roy es ayudar al paciente a adaptarse al estilo de vida que ha elegido para sí mismo. En otras palabras, dado que los seres humanos son sistemas adaptativos que interactúan constantemente con su entorno a diario, pueden adaptarse a cualquier circunstancia, y la enfermería puede ayudar a promover la salud y el bienestar de cada persona (Lino, 2022).

1.18.1. Descripción de la teoría

Roy describe a las personas como seres holísticos, con partes que funcionan como unidad con algún propósito, no en una relación causa-efecto. Los sistemas humanos incluyen a las personas como individuos, grupos, familias, comunidades, organizaciones, y a la sociedad como un todo" (Andrade & Belalcázar, 2021).

Los seres humanos se adaptan a través de procesos de aprendizaje adquiridos hace mucho tiempo atrás; por esta razón, la enfermera debe considerar a la persona como un ser único, digno, autónomo y libre, que forma parte de un contexto del cual no se puede separar. Este concepto

está directamente relacionado con el de adaptación, de tal forma que la percepción que tiene de las situaciones a las cuales se enfrenta son individuales y diferentes para cada uno (Lino, 2022).

Las fuentes teóricas que se utilizaron para realizar este modelo de adaptación se basaron en la teoría de sistemas de Von Bertalanffy y en la teoría del psicólogo fisiólogo Harry Helson de la cual nacen sus principios filosóficos basados en el Humanismo y en la unidad cósmica, de lo anterior nacen dos pilares teóricos fundamentales, los cuales fueron: Adaptación y Sistemas humanos, haciendo referencia como adaptación al Proceso y al resultado por los que, las personas que tienen la capacidad de pensar y sentir como individuos o como miembros de un grupo, son conscientes y escogen la integración del ser humano con su ambiente y los sistemas humanos fueron definidos como: Conjunto de las partes conectado a la función como un todo y que sigue un determinado propósito, actuando en virtud de la interdependencia de las partes (Lluch Bonet, 2021).

1.18.2. Relación con la teoría con el objeto de estudio

Esta idea de investigación se relaciona con la teorista de callista Roy por los principios fisiológicos y científicos que sustenta este modelo, donde se abordan conceptos como sistema adaptativo humano, de ambiente, mecanismos de enfrentamiento de la enfermedad, nivel de adaptación, salud y meta de enfermería, los cuales orientan el cuidado, teniendo en cuenta la autodeterminación de la persona y los mecanismos que emplea para lograr su adaptación. El modelo de Roy se basa en la adaptación y sistema humano donde la adaptación se refiere al proceso y el resultado que tiene la persona para pensar y sentir la integración del ser humano con el ambiente, el sistema humano es definido como un conjunto determinado que persigue un propósito (Lino, 2022)

CAPITULO II

2. Metodología

2.1 Tipo de Investigación

El presente trabajo de investigación es un estudio de tipo descriptivo y analítico, llevado a cabo por medio de una búsqueda exhaustiva de artículos científicos indexados en la plataforma de base de datos, que busca analizar sobre la Mortalidad por Cáncer Cérvicouterino.

2.2 Población

La población de estudio la conforma una totalidad de 100 artículos científicos comprendidos entre el año 2018 al 2023, los cuales cuentan con distintas metodologías, pero que van dirigidas o relacionados a las variables de Mortalidad por Cáncer Cérvicouterino.

2.3 Estrategia de búsqueda

Se realiza una revisión bibliográfica, abarcando artículos científicos de bases de datos avaladas en salud, se utilizaron Google Scholar y Biblioteca Virtual en Salud (BVS) como principales herramientas de búsqueda, por su amplia cobertura literaria, y su fácil interfaz al acceder a los recursos específicos en español e inglés.

En los buscadores mencionados anteriormente se utilizaron operadores booleanos “OR” y “AND”, y términos MeSH en la búsqueda de PubMed, utilizando palabras claves como “mortalidad”, “factores de riesgo”, causas de mortalidad”, “cuidados de enfermería” en cada uno de los idiomas mencionados.

2.4 Criterios de la investigación

Criterios de inclusión

Para la selección de la población de artículos que conforman este estudio, se tuvo en cuenta algunos criterios de inclusión, como artículos publicados entre 2018 y 2023 para certificar la relevancia y actualidad de la información, también artículos que priorizan estudios de investigación, revisiones sistemáticas, casos clínicos, que contribuyan a evidencia sólida sobre la Mortalidad por Cáncer Cérvicouterino, por otro lado también se incluyeron artículos que se centran en información confirmado de Cáncer Cérvicouterino, asegurando que esta información sea directamente aplicable a la población de interés, y por ultimo artículos escritos en español o inglés, para garantizar una comprensión completa de los resultados.

Criterios de exclusión

Para los criterios de exclusión, optamos por descartar artículos publicados antes del 2018 para evitar incluir información desactualizada, estudios que no comprendan con información relacionada con el Cáncer Cérvicouterino, así también como artículos con metodologías débiles o poco rigurosas que puedan comprometer la validez de los resultados, y por ultimo aquellos artículos científicos que se centren en poblaciones distintas a las mujeres con Cáncer Cérvicouterino o población masculina.

2.5. Extracción de datos

2.6. Instrumentos

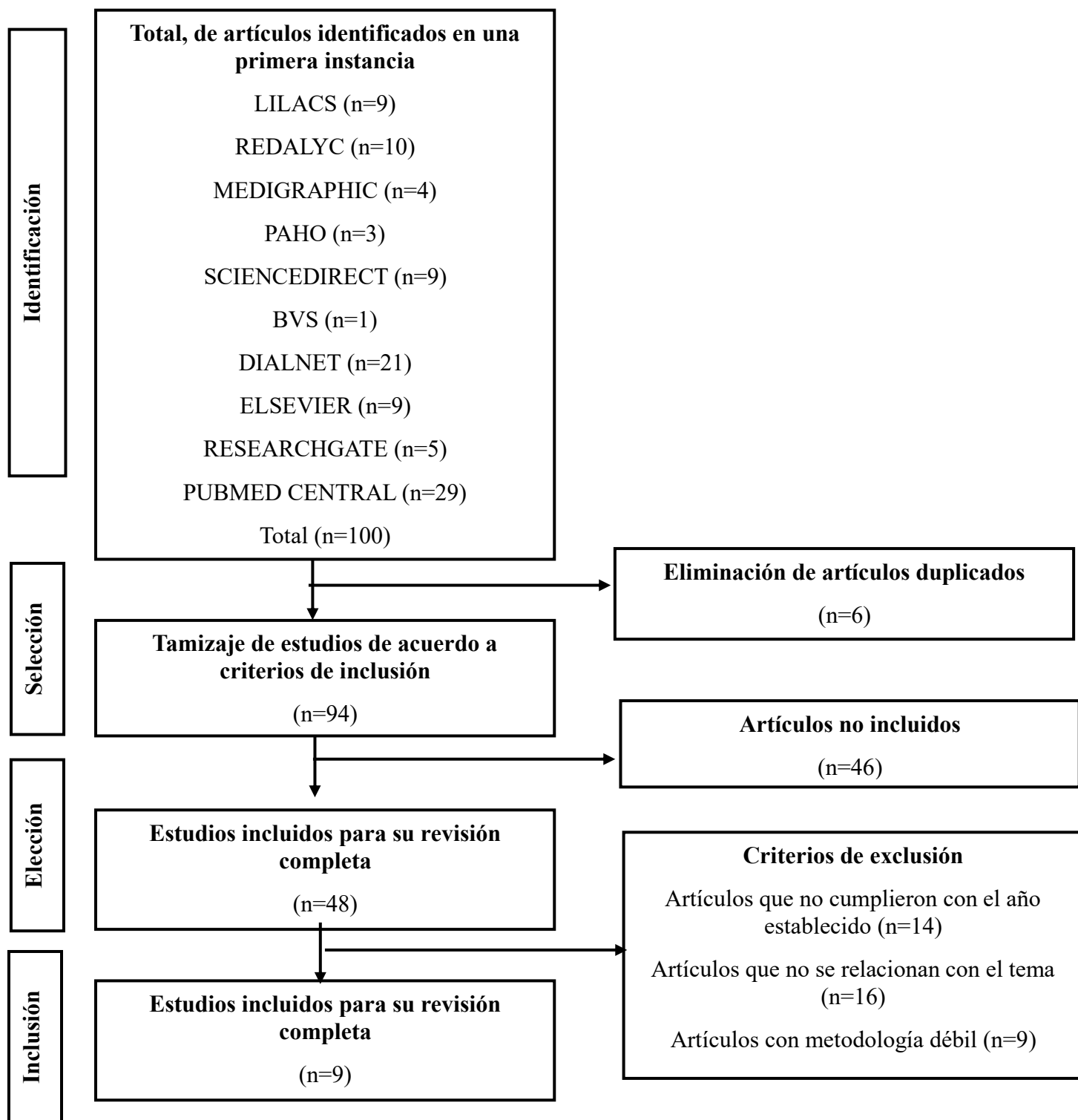
Se utiliza un formato de la lista de chequeo para validar los artículos científicos, con la finalidad de poder seleccionar cuales están acorde al tema de investigación, estos se basan de

ítems: Si, No, Dudoso, con su correspondiente afirmación. Se implementa el uso del programa SPSS para la organización de la información y extracción de los gráficos.

2.7. Organización de la información

Tras la búsqueda inicial se identificaron un total de 100 artículos científicos, por lo que se procedió a seleccionarlos de acuerdo con parámetros como: país, año de publicación, base de datos de la cual se obtuvo y han sido parte de la temática creada. Mediante la lectura crítica se descartaron un total de 46 artículos, tomando en consideración desde el título, resultados, resumen y factores que no ser relevantes para el objetivo de la investigación. Todos los artículos incluidos y excluidos se presentan en el diagrama de flujo PRISMA.

Diagrama de flujo



2.8. Análisis de datos

Como se detalla en el diagrama de flujo, para lo que fue este proyecto de investigación se realizó un riguroso proceso en donde se seleccionaron y analizaron artículos relevantes, este desarrollo de la información hasta donde se encuentra, paso por varias etapas que dieron los siguientes resultados.

En la etapa de identificación, se describieron los artículos indexados que se obtuvieron de las diferentes bases de datos avaladas en salud, que dieron como resultado: LILACS (n=9), Redalyc (n=10), MEDIGRAPHIC (n=4), PAHO (n=3), SCIENCEDIRECT (n=9), BVS (n=1), Dialnet (n=21), ELSEVIER (n=9), RESEARCHGATE (n=5), PubMed Central (n=29).

En la fase de tamizaje, se procedió a eliminar los artículos duplicados, los cuales fueron 6 artículos, lo que dejó un total de 94 artículos, de las que en la etapa no se incluyeron 46, porque el diseño no estaba claro. Esto deja un total de 48 artículos para una revisión más detallada, donde fue tomado en cuenta el resumen del estudio y se aplicaron los criterios de exclusión, dando como resultado la eliminación de artículos que no cumplieron con el año establecido (n=14), estudios no relacionados con el tema (n=16), artículos con metodología débil (n=9).

Después de haber aplicado todos los criterios, nos quedaron 9 artículos para hacer una completa lectura del texto.

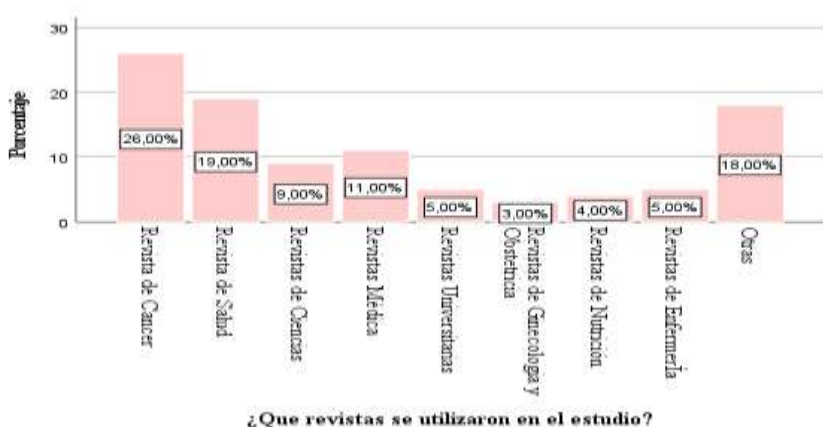
CAPITULO III

3. Resultados

Análisis e interpretación de resultados

GrafiTabla N° 1; Revistas en ciencias de la salud

¿Qué revistas se utilizaron en el estudio?	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Revista de Cáncer	26	26,0	26,0	26,0
Revista de Salud	19	19,0	19,0	45,0
Revistas de Ciencias	9	9,0	9,0	54,0
Revistas Médica	11	11,0	11,0	65,0
Revistas Universitarias	5	5,0	5,0	70,0
Revistas de Ginecología y Obstetricia	3	3,0	3,0	73,0
Revistas de Nutrición	4	4,0	4,0	77,0
Revistas de Enfermería	5	5,0	5,0	82,0
Otras	18	18,0	18,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	



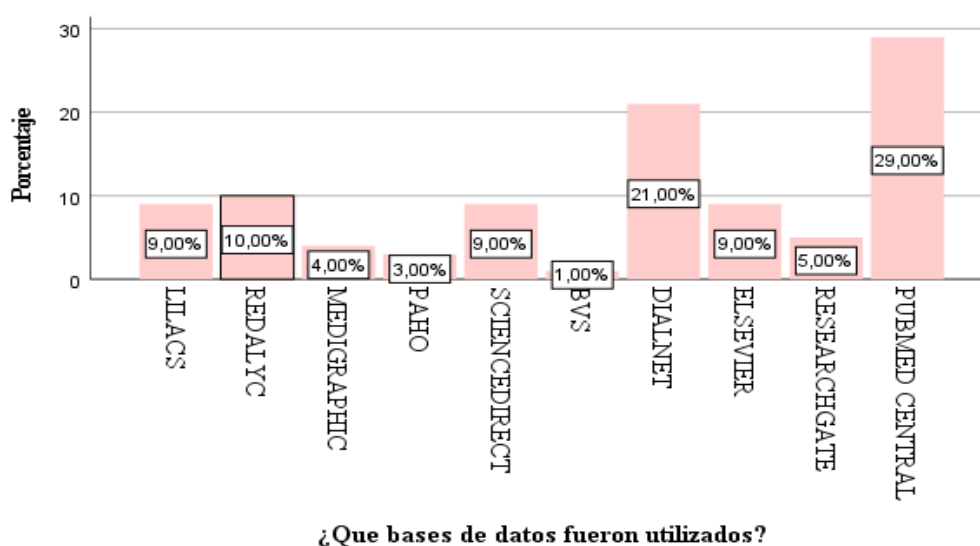
Fuente: Revistas en ciencias de la salud

Elaborado por: Camila Abad

Análisis: En el presente grafico se observa que las revistas más utilizadas relación con las revistas analizadas en búsqueda de artículos, se pudo identificar que el 29% de los artículos son de PubMed Central, que es una base de datos, de acceso libre y especializada en ciencias de la salud, con más de 19 millones de referencias bibliográficas.

Graftabla N° 2; Base de datos en ciencias de la salud

¿Qué bases de datos fueron utilizados?	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
LILACS	9	9,0	9,0	9,0
REDALYC	10	10,0	10,0	19,0
MEDIGRAPHIC	4	4,0	4,0	23,0
PAHO	3	3,0	3,0	26,0
SCIENCEDIRECT	9	9,0	9,0	35,0
BVS	1	1,0	1,0	36,0
DIALNET	21	21,0	21,0	57,0
ELSEVIER	9	9,0	9,0	66,0
RESEARCHGATE	5	5,0	5,0	71,0
PUBMED CENTRAL	29	29,0	29,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	



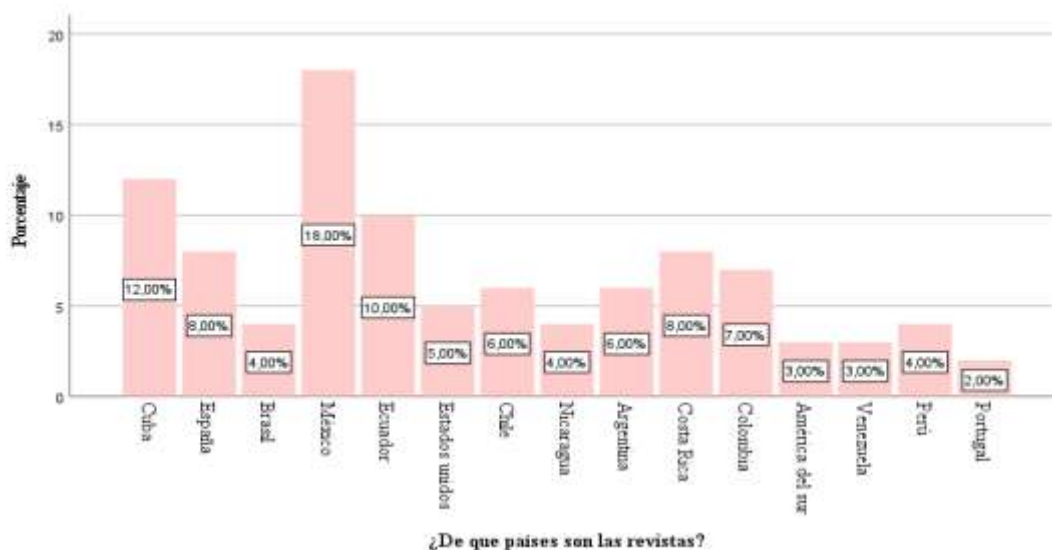
Fuente: Base de datos científicas en salud

Elaborado por: Camila Abad

Análisis: En relación con la base de datos analizados en búsqueda de artículos, se pudo identificar que el 29% de los artículos son de PubMed Central, que es una base de datos, de acceso libre y especializada en ciencias de la salud, con más de 19 millones de referencias bibliográficas.

Grafitabla N° 3; Países

¿De qué países son las revistas?	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Cuba	12	12,0	12,0	12,0
España	8	8,0	8,0	20,0
Brasil	4	4,0	4,0	24,0
México	18	18,0	18,0	42,0
Ecuador	10	10,0	10,0	52,0
Estados unidos	5	5,0	5,0	57,0
Chile	6	6,0	6,0	63,0
Nicaragua	4	4,0	4,0	67,0
Argentina	6	6,0	6,0	73,0
Costa Rica	8	8,0	8,0	81,0
Colombia	7	7,0	7,0	88,0
América del sur	3	3,0	3,0	91,0
Venezuela	3	3,0	3,0	94,0
Perú	4	4,0	4,0	98,0
Portugal	2	2,0	2,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	



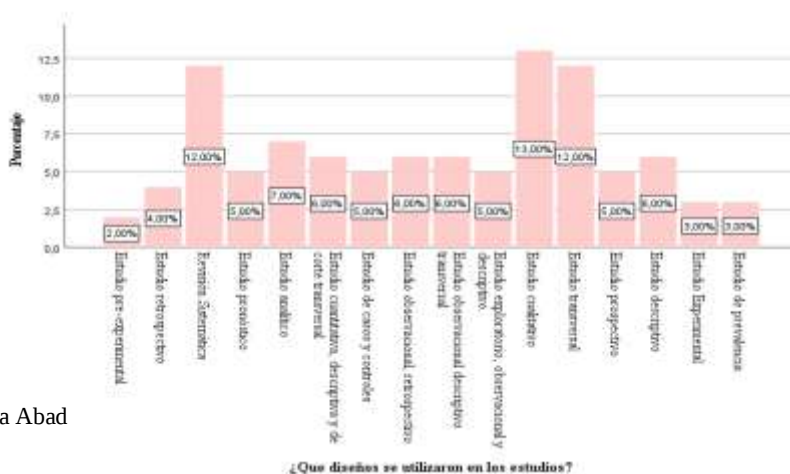
Fuente: Países

Elaborado por: Camila Abad

Análisis: En el presente grafico se observan los países con mayor número de búsqueda, donde se pudo identificar que el 18% pertenece al país de México.

Graftabla N° 4; Diseños

¿Qué diseños se utilizaron en los estudios?	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Estudio pre-experimental	2	2,0	2,0	2,0
Estudio retrospectivo	4	4,0	4,0	6,0
Revisión Sistemática	12	12,0	12,0	18,0
Estudio pronóstico	5	5,0	5,0	23,0
Estudio analítico	7	7,0	7,0	30,0
Estudio cuantitativa, descriptiva y de corte transversal	6	6,0	6,0	36,0
Estudio de casos y controles	5	5,0	5,0	41,0
Estudio observacional, retrospectivo	6	6,0	6,0	47,0
Estudio observacional descriptivo transversal	6	6,0	6,0	53,0
Estudio exploratorio, observacional y descriptivo.	5	5,0	5,0	58,0
Estudio cualitativo	13	13,0	13,0	71,0
Estudio transversal	12	12,0	12,0	83,0
Estudio prospectivo	5	5,0	5,0	88,0
Estudio descriptivo	6	6,0	6,0	94,0
Estudio Experimental	3	3,0	3,0	97,0
Estudio de prevalencia	3	3,0	3,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

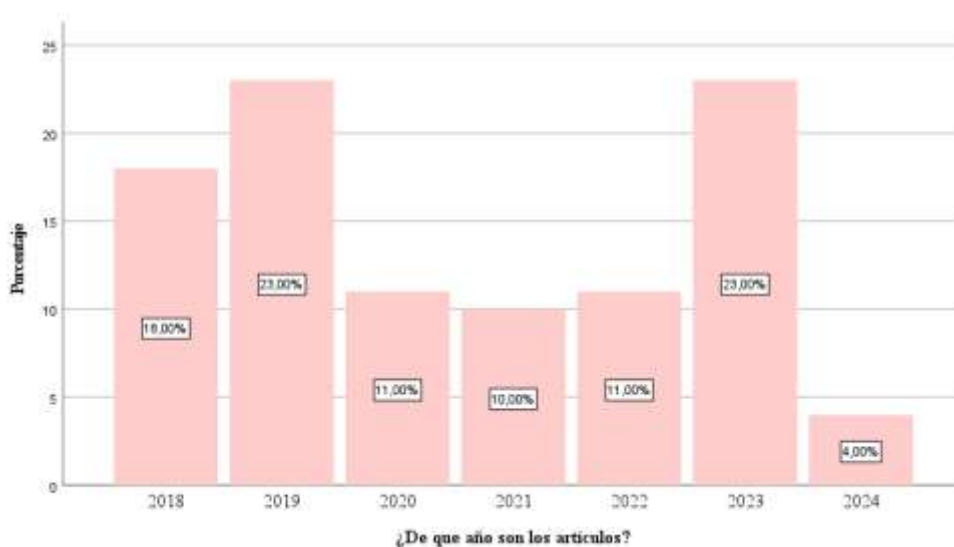


Fuente: Diseño
 Elaborado por: Camila Abad

Análisis: En el presente grafico se observan los diseños que se encontraron en los diferentes artículos, donde se pudo identificar que el 13% fueron estudios cualitativos.

Graftabla N° 5; Años

¿De qué año son los artículos?	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
2018	18	18,0	18,0	18,0
2019	23	23,0	23,0	41,0
2020	11	11,0	11,0	52,0
2021	10	10,0	10,0	62,0
2022	11	11,0	11,0	73,0
2023	23	23,0	23,0	96,0
2024	4	4,0	4,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	



Fuente: Años

Elaborado por: Camila Abad

Análisis: En el presente grafico se observan los años en los que fueron publicados los artículos, donde se pudo identificar que en el 23% fueron estudios publicados en el 2019 y 2023.

Tabla de evidencia

AUTOR Y AÑO	BASE DE DATOS	TEMA	OBJETIVO	FACTOR DE RIESGO	DISEÑO DE ESTUDIO	RESULTADO	DISCUSIÓN	CONCLUSIÓN
Jorge García Regalado, Víctor Quinde Rosales, Rina Bucaram Leverone, Sunny Sánchez Giler-2021	Redalyc	Situación Epidemiológica del Cáncer Cérvicouterino en el Ecuador. 2020	Describir la situación epidemiológica del Ecuador con respecto al cáncer cérvicouterino	Factores demográficos y socioeconómicos.	Transversal, exploratorio y descriptivo	La morbilidad y mortalidad han incrementado en 36 % y 46 % respectivamente en el período estudiado, convirtiéndose en la segunda causa de muerte por cáncer en las mujeres ecuatorianas. El Ecuador presentó una tasa de supervivencia del 52,4 % en mujeres que son diagnosticadas con cáncer cérvicouterino.	En el Ecuador la situación del cáncer cérvicouterino representa una amenaza al sistema de salud público y a la salud de la población femenina con riesgo de adquirir esta enfermedad.	Se demostró que la baja cobertura, complejidad en tamizaje, limitado acceso a servicios de salud y ausencia de mecanismos de prevención para el cáncer cérvicouterino impactan en la morbilidad y mortalidad de esta enfermedad.

AUTOR Y AÑO	BASE DE DATOS	TEMA	OBJETIVO	FACTOR DE RIESGO	DISEÑO DE ESTUDIO	RESULTADO	DISCUSIÓN	CONCLUSIÓN
Andrés Matos Bisset, Niurka Aurora Ali Pérez, Maité Padrón Castillo, Ariel Arturo Matos Bayeau, Bertha Cuevas Ramos-2019	Medigraphic	Eficacia de la intervención educativa sobre el conocimiento del cáncer cérvicouterino	Evaluar la efectividad del programa de intervención educativa para modificar conocimientos sobre cáncer cérvicouterino en adolescentes y mujeres jóvenes.	La Sociedad Americana del cáncer ha identificado diversos factores de riesgo para el desarrollo del CCU: la infección por el virus del papiloma humano (VPH), el inicio de relaciones sexuales a temprana edad, la multiparidad y el uso de anticonceptivos orales por períodos prolongados.	Estudio pre-experimental	Se observó que en las jóvenes predominó el grupo etario de 15 a 20 años, con un inicio de las relaciones sexuales antes de los 15 años. Previo a la intervención tenían un inadecuado nivel de conocimiento sobre el programa de detección precoz del cáncer cérvicouterino.	Los datos obtenidos en esta investigación develan que antes de la intervención el impacto de las acciones de prevención realizadas por las instituciones de salud pública sobre el programa de detección precoz del CCU era muy escaso en este grupo poblacional de jóvenes y adolescentes tan vulnerables.	La intervención educativa fue un instrumento importante para lograr el incremento significativo en el nivel de conocimiento de las adolescentes y jóvenes sobre el cáncer cérvicouterino; se logró la prevención y el mejoramiento de su calidad de vida.

AUTOR Y AÑO	BASE DE DATOS	TEMA	OBJETIVO	FACTOR DE RIESGO	DISEÑO DE ESTUDIO	RESULTADO	DISCUSIÓN	CONCLUSIÓN
Jorge García Regalado, Víctor Quinde Rosales, Rina Bucaram Leverone, Sunny Sánchez Giler-2021	Redalyc	Situación Epidemiológica del Cáncer Cérvicouterino en el Ecuador. 2020	Describir la situación epidemiológica del Ecuador con respecto al cáncer cérvicouterino	Factores demográficos y socioeconómicos.	Transversal, exploratorio y descriptivo	La morbilidad y mortalidad han incrementado en 36 % y 46 % respectivamente en el período estudiado, convirtiéndose en la segunda causa de muerte por cáncer en las mujeres ecuatorianas.	En el Ecuador la situación del cáncer cérvicouterino representa una amenaza al sistema de salud público y a la salud de la población femenina con riesgo de adquirir esta enfermedad.	Se demostró que la baja cobertura, complejidad en tamizaje, limitado acceso a servicios de salud y ausencia de mecanismos de prevención para el cáncer cérvicouterino impactan en la morbilidad y mortalidad de esta enfermedad, demostrando una situación desfavorable para pacientes que son diagnosticados con cáncer cérvicouterino

AUTOR Y AÑO	BASE DE DATOS	TEMA	OBJETIVO	FACTOR DE RIESGO	DISEÑO DE ESTUDIO	RESULTADO	DISCUSIÓN	CONCLUSIÓN
Andrés Matos Bisset, Niurka Aurora Ali Pérez, Maité Padrón Castillo, Ariel Arturo Matos Bayeau, Bertha Cuevas Ramos-2019	Medigraphic	Eficacia de la intervención educativa sobre el conocimiento del cáncer cérvicouterino	Evaluar la efectividad del programa de intervención educativa para modificar conocimientos sobre cáncer cérvicouterino en adolescentes y mujeres jóvenes.	La Sociedad Americana del cáncer ha identificado diversos factores de riesgo para el desarrollo del CCU: la infección por el virus del papiloma humano (VPH), el inicio de relaciones sexuales a temprana edad, la multiparidad y el uso de anticonceptivos orales por períodos prolongados.	Estudio pre-experimental	Se observó que en las jóvenes predominó el grupo etario de 15 a 20 años, con un inicio de las relaciones sexuales antes de los 15 años. Previo a la intervención tenían un inadecuado nivel de conocimiento sobre el programa de detección precoz del cáncer cérvicouterino.	Los datos obtenidos en esta investigación develan que antes de la intervención el impacto de las acciones de prevención realizadas por las instituciones de salud pública sobre el programa de detección precoz del CCU era muy escaso en este grupo poblacional de jóvenes y adolescentes tan vulnerables.	La intervención educativa fue un instrumento importante para lograr el incremento significativo en el nivel de conocimiento de las adolescentes y jóvenes sobre el cáncer cérvicouterino; se logró la prevención y el mejoramiento de su calidad de vida.

AUTOR Y AÑO	BASE DE DATOS	TEMA	OBJETIVO	FACTOR DE RIESGO	DISEÑO DE ESTUDIO	RESULTADO	DISCUSIÓN	CONCLUSIÓN
Grecia Elizabeth Encalada Campos, Carmen Azucena Yancha Moreta, Gilma Esperanza Guerrero Lapo, Pedro Aquino Herrera Moya-2021	BVS	Detección y Control del Cáncer de Cuello Uterino en mujeres de 35 a 44 años en Ecuador	Determinar el nivel de control y detección de cáncer cérvico-uterino que tienen las mujeres de 35 a 44 años.	La pobreza, el desconocimiento, infecciones de transmisión sexual como el virus del papiloma humano, entre otros.	Cuantitativa, descriptiva y de corte transversal	El porcentaje general varía de acuerdo a las categorías de las encuestas empleadas, a partir de las cuales se refleja que el 52,8% tiene conocimiento acerca de los métodos de control y detección del cáncer cérvico-uterino, el 44,3% no ha recibido información acerca del tema y, el 2,9% tiene un conocimiento incompleto.	El cáncer de cuello uterino es una de las patologías neoplásicas más común en pacientes femeninas a nivel mundial, con mayor incidencia entre aquellas mujeres que oscilan entre los 35 y 44 años, se aproxima que cada dos años se registran 570.000 nuevos casos de esta afección	El cáncer cérvico-uterino afecta con mayor frecuencia a las mujeres sexualmente activas dentro del rango de edad de 35 y 44 años, siendo la falta de información de la población femenina y la ausencia de controles sanitarios algunos de los factores que predisponen a una alta incidencia y prevalencia de la morbi – mortalidad a causa de esta patología.

AUTOR Y AÑO	BASE DE DATOS	TEMA	OBJETIVO	FACTOR DE RIESGO	DISEÑO DE ESTUDIO	RESULTADO	DISCUSIÓN	CONCLUSIÓN
Mariana Gema Audisio, María Alejandra Lucero Manzano, Vanesa Castro, Cecilia Vanesa Luna-2018	Dialnet	La prevención del cáncer cérvicouterino analizada desde la investigación evaluativa.	Buscar disminuir la tasa de incidencia y mortalidad por esta enfermedad en mujeres cuyo acceso a la salud se ve condicionado por múltiples factores.	El cáncer cérvicouterino se caracteriza por afectar a mujeres de escasos recursos económicos, sin cobertura de salud asegurada, que debido a la confluencia de diversos factores, no acceden a los servicios de tamizaje o no lo hacen a tiempo.	Exploratorio, observacional y descriptivo.	En base a los datos analizados, se pretende dar cuenta del grado de alcance de los objetivos que persigue el programa en base a los indicadores de resultados, tal como la disminución de la tasa de incidencia de cáncer cérvicouterino, en el caso del estudio aquí citado.	La investigación evaluativa es mucho más que la evaluación de programas y, desde una perspectiva ampliada, se puede afirmar que incide en los procesos de las organizaciones	Las estadísticas ponen de manifiesto que el cáncer de cuello uterino es el segundo más frecuente en la población de San Juan, concentrando la mayor afección en los grupos más vulnerables. La enfermedad afecta significativamente a mujeres jóvenes, muchas de ellas con carga familiar y responsabilidades laborales que se ven obstaculizadas por los deterioros que la enfermedad genera en sus vidas.

AUTOR Y AÑO	BASE DE DATOS	TEMA	OBJETIVO	FACTOR DE RIESGO	DISEÑO DE ESTUDIO	RESULTADO	DISCUSIÓN	CONCLUSIÓN
Catterina Ferreccio-2018	Medigraphic	Nuevas estrategias de prevención y control de cáncer de cuello uterino en Chile	Discutir el cáncer cérvicouterino (CC), el virus del papiloma humano (VPH), el programa de control del CC y proponer alternativas para Chile	Los principales factores de riesgo para la seropositividad fueron la edad temprana de la primera relación sexual y haber tenido dos o más compañeros sexuales en la vida.	Estudio cuantitativo, de tipo descriptivo, transversal	En Chile mueren 600 mujeres (principalmente de bajos recursos) al año por CC. La cobertura del Papanicolaou es < 70%, sensibilidad muy inferior al test de VPH, por lo que el cambio es rentable. Desde 2015 se vacuna contra VPH a niñas menores de 13 años.	El Papanicolaou, al ser un examen altamente dependiente de las condiciones en que se ejecuta, presenta una importante variabilidad entre citotecnólogos y patólogos de un mismo laboratorio y entre regiones (sensibilidad de 15.4 a 72.7%), con mayor variabilidad entre sitios con menos recursos	Las condiciones técnicas y económicas existen en Chile para lograr una mejoría sustancial del CC: se sugiere el reemplazo del Papanicolaou por el examen de VPH; tamizaje cada cinco años con opción de autotoma; triaje con base en la tipificación de VPH 16/18 o Papanicolaou.

AUTOR Y AÑO	BASE DE DATOS	TEMA	OBJETIVO	FACTOR DE RIESGO	DISEÑO DE ESTUDIO	RESULTADO	DISCUSIÓN	CONCLUSIÓN
Lucely Cetina-Pérez, Julissa Luván-Morales, Mera ri Delgadillo-González, Denise Castro-Eguiluz, Tatiana Galicia-Carmona, Kely Rely, Rita Vaca González, Gabriela Lugo-Martínez, Nadi a García-Barrientos, y Antonio Nateras-2024	PubMed Central	Características sociodemográficas y su asociación con la supervivencia en mujeres con cáncer de cuello uterino	Identificar las características	La falta de cobertura de los programas de vacunación y a la limitada eficiencia de las estrategias de detección oportuna para prevenir esta enfermedad	Estudio retrospectivo	Se incluyeron 4.631 pacientes. La mediana de edad fue de 51 años, el 78,5% estaba desempleado, el 44,4% vivía en una zona rural/suburbana, el 50,8% tenía pareja al momento de recopilar esta información y el 74,3% se clasificó como de bajo nivel socioeconómico.	El diagnóstico del cáncer de cuello uterino en etapa temprana es imperativo para aumentar las posibilidades de tratamiento curativo y supervivencia. Las características sociodemográficas pueden desempeñar un papel en el momento del diagnóstico y la atención posterior de las mujeres con CC.	El CC sigue afectando principalmente a mujeres de escasos recursos, bajos niveles educativos y que viven en zonas marginadas. Estas características influyen en el sistema operativo.

AUTOR Y AÑO	BASE DE DATOS	TEMA	OBJETIVO	FACTOR DE RIESGO	DISEÑO DE ESTUDIO	RESULTADO	DISCUSIÓN	CONCLUSIÓN
Oscar Pugaa , Francisco Belmar, Emiliano Pertossi- 2024	Sciencedirect	Prevención y detección precoz del cáncer cérvicouterino	Describir la realidad nacional e internacional de la prevención del cáncer de cuello uterino, destacando los avances en prevención, tanto primaria como secundaria, para lograr disminuir su incidencia.	Los factores de riesgo para el cáncer cérvicouterino son: edad de la primera relación sexual, número de parejas sexuales, parejas previas con infección VPH, cigarrillo, bajo nivel socioeconómico, deficiencia de micronutrientes y dieta insuficiente en verduras y frutas.	Estudio transversal	Como resultado, el genoma viral se integra al genoma del huésped, creando un epitelio displásico anormal. La desregulación de los pasos del ciclo celular controlados por las proteínas supresoras de tumor, p53 y pRb, permiten la acumulación de este ADN dañado y el desarrollo del cáncer.	Los programas organizados de tamizaje con fácil acceso de la población, tratamientos oportunos y gran cobertura de vacunación contra VPH serán la clave para reducir la incidencia y mortalidad del cáncer del cuello uterino	Los avances científicos han permitido conocer la etiología del cáncer de cuello uterino y desarrollar vacunas y pruebas virales que nos permiten una adecuada prevención primaria y secundaria. En Chile existe un programa bien consolidado de patología cervical y un programa de vacunación con alta adherencia.

3.1 Discusión

El cáncer de cuello uterino es una de las patologías neoplásicas más común en pacientes femeninas a nivel mundial, con mayor incidencia entre aquellas mujeres que oscilan entre los 35 y 44 años, se aproxima que cada dos años se registran 570.000 nuevos casos de esta afección, dicha cifra corresponde al 7.6% de incremento en la tasa previamente detectada. (Campos, y otros, 2021, pág. 11)

En el caso de Ecuador la situación del cáncer cérvicouterino representa una amenaza al sistema de salud público y a la salud de la población femenina con riesgo de adquirir esta enfermedad. La morbilidad ha incrementado en un 36 % en el período de 1990-2015 y la mortalidad ha incrementado a un 46 % en el mismo período, cifras indicadoras de un programa de tamizaje y tratamiento poco eficiente para tratar este tipo de cáncer que de ser detectado de forma oportuna puede evitarse su progreso y muerte de la paciente. (Regalado J. G., Rosales, Leverone, & Giler, 2020, pág. 10)

Esto da a conocer que la falta de programas de vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) y de detección de Cáncer Cérvicouterino (CC) bien estructurados, genera preocupación sobre la posibilidad de eliminar esta enfermedad. Sólo el 37,5% de los países de ingresos bajos y medianos han introducido la vacuna contra el VPH (Virus del Papiloma Humano) en comparación con el 78,6% de los países de ingresos altos. (Gomes, y otros, 2023, pág. 7)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido lineamientos claros para la década 2020 al 2030 con el objetivo de acelerar la eliminación del cáncer cérvicouterino. Como meta se ha propuesto lograr el 90% de la vacunación en la población objetivo antes de los 15

años, lograr cobertura de detección (idealmente por test VPH) a los 35 y a los 45 años en un 70% de las mujeres y presentar derivaciones oportunas con tratamientos adecuados incluyendo cirugía, radioterapia, quimioterapia y cuidados paliativos en un 90% de las pacientes. Con esto se intenta reducir la mortalidad por cáncer de cuello uterino en 30%. (Puga, Belmar, & Pertossi, 2024, pág. 7)

Se llegó a la conclusión que los pacientes con Cáncer Cérvicouterino (CC) pertenecen a la población menos beneficiada y que factores como el estado funcional, la edad, vivir en una zona urbana, tener un nivel socioeconómico más bajo, tener una etapa avanzada de la enfermedad y no recibir tratamiento oncológico aumentaron el riesgo de mortalidad. (Pérez, y otros, 2024, pág. 4)

Por ello, el tema de los factores de riesgo del Cáncer de Cuello Uterino (CCU) constituye uno de los aspectos importantes sobre el que los médicos comunitarios deben proporcionar información y orientación de forma continuada a estas nuevas generaciones con vista a disminuir la incidencia y la mortalidad derivada de esta temible enfermedad. (Bisset, y otros, 2019, pág. 6)

3.2 Conclusión

El cáncer cérvico-uterino afecta con mayor frecuencia a las mujeres sexualmente activas dentro del rango de edad de 35 y 44 años, siendo la falta de información de la población femenina y la ausencia de controles sanitarios algunos de los factores que predisponen a una alta incidencia y prevalencia de la morbi-mortalidad a causa de esta patología. (Campos, y otros, 2021, pág. 11)

Otros de los factores de riesgo más vinculado con la presencia del cáncer cérvicouterino es la infección por el virus del papiloma humano (VPH), seguido del inicio de relaciones sexuales a temprana edad, las relaciones sexuales con múltiples parejas y el tabaquismo, sin menoscabo de los otros factores y tomando en consideración que de un país a otro esta referencia puede variar. (Saltos, y otros, 2019, pág. 11)

También se llegó a conocer que el uso de anticonceptivos orales conlleva un aumento del riesgo de aparición de cáncer cérvicouterino. Si se emplean por más de cinco años, incrementan en cuatro veces el riesgo de padecer cáncer cérvicouterino. Otro hallazgo importante en mujeres que consumen anticonceptivos orales es que, tras el diagnóstico de displasia, la progresión a carcinoma in situ es más rápida.

El programa nacional del control del cáncer cérvicouterino establece que la prueba citológica se debe realizar a partir de los 25 años en las mujeres con vida sexual activa y que se repetirá cada tres años hasta los 60 años de edad. Con respecto al conocimiento que se debe tener acerca de la frecuencia con que se debe realizar la prueba citológica, se observó que el 63.6% fue capaz de identificar que se realizaba cada tres años y el 14.5% expresó que cada seis meses. (Cuesta, Díaz, Rodríguez, & Sáez, 2021, pág. 8).

CAPITULO IV

4. Diseño de la propuesta

4.1. Título de la propuesta

Desarrollar una guía de formación para mejorar las habilidades de los estudiantes en el uso DeCS / MeSH y Operadores Booleanos en la eficacia de la búsqueda de artículos científicos en salud.

4.2 Introducción

En el campo de la salud, la capacidad de acceder a información científica precisa y relevante es esencial para la formación académica y profesional. Sin embargo, muchos estudiantes encuentran dificultades al realizar búsquedas bibliográficas debido a la falta de conocimiento y habilidades en el uso de herramientas avanzadas como los DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) y MeSH (Medical Subject Headings), así como operadores booleanos. Estas herramientas pueden aumentar significativamente la precisión y eficiencia de las búsquedas, permitiendo a los estudiantes acceder a información más relevante y actualizada.

Términos DeCS/ MeSH

El DeCS es el diccionario de términos normalizados (tesauro) autorizado como lenguaje convencional para indizar tanto los documentos como las solicitudes de información dentro de todo el Sistema de Información Latinoamericano y del Caribe en Ciencias de la Salud. Se crea para describir la información contenida en los documentos ingresados en la base de datos LILACS. Es un vocabulario trilingüe (español-portugués-inglés), basado en el MeSH y enriquecido con términos de uso corriente en los países pertenecientes a nuestra área geográfica (Jiménez Miranda)

El uso de vocabularios controlados establece un lenguaje único que permite la organización y facilita la búsqueda y recuperación de información, una vez que orienta su descripción e indización por medio de relaciones entre conceptos terminológicos de un área de conocimiento. El vocabulario estructurado y multilingüe Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) cumple este rol para la literatura técnica y científica en salud disponible en las principales fuentes de información de la Biblioteca Virtual en Salud (BVS), integrando la metodología LILACS (Espíndola Campos, Treuherz, Toshiyuki Murasaki, González, & Mújica , 2020)

La enorme profusión de términos del DeCS (alrededor de 18 000) en número creciente por el impetuoso desarrollo del campo de la salud y la biomedicina, se erige como un factor determinante en lo referente a la necesidad de su cabal conocimiento y adecuada utilización, porque su elevada y numerosa cifra de términos, convierte el proceso de selección de descriptores y calificadores apropiados en una tarea difícil. Pese a este inconveniente, el grado de dificultad se reduce, de manera considerable, si se aplican las reglas para el uso de los calificadores, se consulta la estructura jerárquica cuando sea necesario y, además, se consideran los términos denominados «tipos de publicación», precodificados y geográficos. Estos 3 factores resultan decisivos en el empleo exitoso de vocabularios tan complejos y voluminosos como el MeSH y el DeCS (Jiménez Miranda)

La inclusión de los nuevos descriptores permite que el tema de la equidad esté más ampliamente representado en el DeCS/ MeSH. La dispersión de los conceptos por las ramas del árbol jerárquico del tesoro muestra su multidisciplinariedad o transversalidad. Los nuevos descriptores del tema equidad se concentran principalmente bajo el concepto de “Promoción de la salud”. (Espíndola Campos, Treuherz, Toshiyuki Murasaki, González, & Mújica , 2020)

Operadores Booleanos

Los operadores permiten realizar búsquedas mediante la vinculación y relación entre términos. La adecuada utilización de estos operadores permite un mejor acceso a la información disponible en Internet, aunque también es verdad que no todos los buscadores utilizan los mismos códigos. Los operadores booleanos (AND, NOT, OR) son capaces de encontrar de forma lógica diferentes conceptos en los que coinciden uno o todos los campos especificados. Se utilizan para conectar términos o frases entre más de un campo textual, o para unir conceptos o frases dentro de un mismo campo. Su origen se encuentra en los estudios realizados por George Boole, reconocido matemático del siglo XIX, que propuso la expresión del pensamiento lógico de forma algebraica (Gutiérrez Gómez, 2017)

AND + Y	INTERSECCIÓN <i>Operador por defecto en casi todos los recursos por tanto no es necesario introducirlo. Selecciona los documentos donde aparezcan todos los términos de la ecuación</i>	<i>economía AND España precios + inflación + consumo liderazgo Y coaching</i>
NOT -NO	NEGACIÓN <i>Busca documentos que contengan el primer término, pero no el segundo.</i>	<i>desempleo NOT España</i>
OR	REUNIÓN O SUMA LÓGICA <i>Busca documentos que contengan alguno de los términos de búsqueda, o los dos a la vez. Si no indicamos ningún operador, los sistemas lo interpretan como si hubiéramos colocado OR</i>	<i>legislación OR jurisprudencia</i>

4.3 Objetivo general

- Implementar una guía de formación que mejore las habilidades de los estudiantes en el uso de DeCS / MeSH y operadores booleanos para incrementar la eficacia en la búsqueda de artículos científicos en salud.

4.4 Objetivos específicos

- Crear una guía de formación comprensiva que incluya teoría y prácticas sobre el uso de DeCS / MeSH y operadores booleanos.
- Ejecutar talleres y sesiones de formación basados en la guía desarrollada.
- Evaluar la satisfacción y percepción de los estudiantes sobre la utilidad de la guía y las herramientas aprendidas.

4.5 Fundamentación de la propuesta

El acceso a información científica relevante y precisa es fundamental en el ámbito de la salud. DeCS y MeSH son sistemas de vocabulario controlado que mejoran la especificidad y exhaustividad de las búsquedas bibliográficas, mientras que los operadores booleanos permiten una combinación lógica de términos para afinar los resultados. A pesar de su importancia, muchos estudiantes desconocen estas herramientas o no saben cómo utilizarlas efectivamente. Desarrollar una guía de formación especializada puede cerrar esta brecha de conocimiento, permitiendo a los estudiantes realizar búsquedas más efectivas y eficientes. Esto no solo mejorará su rendimiento académico, sino que también contribuirá a su desarrollo profesional al fomentar habilidades de investigación críticas.

4.6 Alcance de la propuesta

Esta propuesta se aplicará en un entorno universitario con estudiantes de ciencias de la salud. La guía de formación será implementada a través de talleres y sesiones prácticas. Los resultados proporcionarán información valiosa que podrá ser utilizada para mejorar futuros programas de formación y contribuir al desarrollo de competencias de búsqueda bibliográfica en el ámbito de la salud.

5. Referencias Bibliografías

- Alcaraz Pérez, M. (2023). *Infección persistente polo virus papiloma humano* [Bachelor thesis].
<https://minerva.usc.es/xmlui/handle/10347/31793>
- American Cancer Society. (2020a). *Etapas del cáncer de cuello uterino*.
<https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-cuello-uterino/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/clasificacion-de-la-etapa.html>
- American Cancer Society. (2020b). *¿Qué es cáncer de cuello uterino (cervical)?*
<https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-cuello-uterino/acerca/que-es-cancer-de-cuello-uterino.html>
- Andrade, P., & Belalcázar, Y. (2021). Vista de Quiste ovárico (Cistoadenoma mucinoso de ovario) retroperitoneal infectado como causa de peritonitis recurrente: Presentación de un caso. *Revista Universitaria con proyección científica, académica y social*, 5(1), 18-24.
<https://doi.org/10.31243/mdc.uta.v5i1.413.2021>
- Bartolomé-Moreno, C., & Melús-Palazón, E. (2023). Prevención de la infección por papilomavirus humano. *FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 30(9), 447-453. <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2023.02.009>
- Bosquet, E. (2020). *González-Merlo. Ginecología*. Elsevier Health Sciences.
- Bravo Polanco, E., Águila Rodríguez, N., GuerraVillarpanda, D., Blanco Vázquez, Y., Rodríguez González, O., Oliva Santana, M., Bravo Polanco, E., Águila Rodríguez, N., GuerraVillarpanda, D., Blanco Vázquez, Y., Rodríguez González, O., & Oliva Santana, M. (2020). Cáncer cérvico uterino: Prevención y tratamiento. *MediSur*, 18(4), 685-693.
- Bravo-Ortíz, M. A., Arteaga-Arteaga, H. B., Tabares-Soto, K. R., Padilla-Buriticá, J. I., Orozco-Arias, S., Bravo-Ortíz, M. A., Arteaga-Arteaga, H. B., Tabares-Soto, K. R., Padilla-

- Buriticá, J. I., & Orozco-Arias, S. (2021). Clasificación de cáncer cervical usando redes neuronales convolucionales, transferencia de aprendizaje y aumento de datos. *Revista EIA*, 18(35), 100-111. <https://doi.org/10.24050/reia.v18i35.1462>
- Bucheli, D. A., Hinojosa, A. S. V., Trujillo, A. R. H., & Mora, P. G. D. (2022). Carga de enfermedad por cáncer de cuello uterino en Ecuador, periodo 2015-2020. *Metro Ciencia*, 30(2), Article 2. <https://doi.org/10.47464/MetroCiencia/vol30/2/2022/10-17>
- Carrera, L. G., Rosano, R. I. V., & Brizio, P. G. C. (2021). Factores de renuencia a la citología cervical en estudiantes de medicina. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana*, 21(2), Article 2. <https://doi.org/10.25009/rmuv.2021.2.18>
- Chacón, A. N. Y., Campos, N. P. V., & González, S. A. C. (2023). Cáncer de cérvix y su asociación con el virus del papiloma humano. *Revista Médica Sinergia*, 8(08). <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=112533>
- De Oliveira, J., Corona, M., Corindia, Y., Mujica, J., Aguilar Fuerte, M., Guedéz, P., Ochoa, A., Pineda, A., Coronado, A., Naim, E., Najul, M., Rumenoff Soto, L., & Herrera, S. (2020). Utilidad de la citología vaginal y antecedentes gineco-obstétricos en el diagnóstico de patologías cervicouterinas. *Revista Venezolana de Salud Pública*, 8(2), 94-122.
- Encalada, G., Yancha, C., Guerrero, G., Herrera, P., & Villamar, O. (2021). Detección y control del cáncer de cuello uterino en mujeres de 35 a 44 años en Ecuador. *Revista Salud y Bienestar Colectivo*, 5(3), 46-60.
- Enríquez, S. O. G., Cedillo, C. H., & Figueroa, Y. T. (2022). Intervención educativa basada en metodologías B-learning para mejorar las citologías cervicales: Experiencias de enfermeras. *Escola Anna Nery*, 27, e20220198. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0198es>

- García, J., Quinde, V., Bucaram, R., & Sánchez, S. (2021). Situación Epidemiológica Del Cáncer Cérvicouterino En El Ecuador. 2020. *Revista Venezolana de Oncología*, 33(2).
<https://www.redalyc.org/journal/3756/375665418004/>
- Gómez, H. L. D., Sierra, L. E. L., Fernández, G. D.-P., Gallestey, J. B., & Rodríguez, E. R. (2023). Análisis de factores predictores de lesión residual dependientes de la paciente después de conización cervical. *Data and Metadata*, 2, 48-48.
<https://doi.org/10.56294/dm202348>
- Gramática, M. N., García, M. A., & Gignone, M. (2023). *Clasificación de células en prueba de papanicolaou (pap test) en microscopía*. Congreso Argentino de Informática y Salud (CAIS 2023) - JAIIO 52 (Universidad Nacional de Tres de Febrero, 4 al 8 de septiembre de 2023). <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/166487>
- Hanahan, D. (2022). Hallmarks of Cancer: New Dimensions. *Cancer Discovery*, 12(1), 31-46.
<https://doi.org/10.1158/2159-8290.CD-21-1059>
- Hurtado Tarrillo, E. (2024). *Conocimiento sobre factores de riesgo y prácticas de prevención en cáncer de cuello uterino Asentamiento Humano Los Constructores, Nuevo Chimbote*.
<https://hdl.handle.net/20.500.14414/21528>
- Instituto Nacional del Cáncer. (2019). *Causas, riesgos y prevención del cáncer de cuello uterino* (nciglobal,ncienterprise) [pdqCancerInfoSummary].
<https://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino/causas-factores-riesgos-prevencion>
- Instituto Nacional del Cáncer. (2022, octubre 13). *¿Qué es el cáncer de cuello uterino?* (nciglobal,ncienterprise) [pdqCancerInfoSummary].
<https://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino>

- Lambert-Matos, Y., Sagaró-del-Campo, N. M., & Zamora-Matamoras, L. (2021). Identificación de factores pronósticos en cáncer cérvico-uterino mediante análisis estadístico implicativo. *Arch. méd. Camaguey*, e7956-e7956.
- Lecointre, L., Lodi, M., Molière, S., Gantzer, J., Eberst, L., Menoux, I., Le Van Quyen, P., Averous, G., Akladios, C., & Baldauf, J.-J. (2023). Tratamiento del cáncer de cuello uterino en estadio III y IV. *EMC - Ginecología-Obstetricia*, 59(1), 1-19.
[https://doi.org/10.1016/S1283-081X\(22\)47432-7](https://doi.org/10.1016/S1283-081X(22)47432-7)
- León, M. F. C., Astudillo, A. M. V., Martínez, C. D. V., Moreira, F. N. B., Andino, G. E. Y., Loyola, M. L. A., Ortega, R. C. Q., Villacis, D. J. J., Macías, J. M. V., Jarrin, N. del C. Q., & Jaramillo, P. A. V. (2023). Cáncer de Cérvix y virus del papiloma humano. Diagnóstico y prevención. *Mediciencias UTA*, 7(2), Article 2.
<https://doi.org/10.31243/mdc.uta.v7i2.1986.2023>
- Lino, D. (2022). *Prácticas preventivas de cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil* [Universidad Estatal del Sur de Manabí].
<https://repositorio.unesum.edu.ec/bitstream/53000/5075/1/Lino%20Mu%C3%B1iz%20D%20ayana%20Mariam%20.pdf>
- Lluch Bonet, A. (2021). Puntos de encuentro entre Teorías de Swanson y Roy en el cuidado continuo del adulto mayor con cáncer prostático. *Revista Cubana de Enfermería*, 37(2).
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-03192021000200019&lng=es&nrm=iso&tlng=pt
- Luna-Abanto, J., Gil-Olivares, F., Deza Mendoza, Á., Luna-Abanto, J., Gil-Olivares, F., & Deza Mendoza, Á. (2020). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de citología

- cervical en una población rural peruana. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19(1), 112-124.
- Mallelin, R. M., & Rogelio Barbaro, G. P. (2024, mayo 27). Caracterización de mujeres con cáncer cérvico uterino desde la perspectiva de la Enfermería. *JCM_UCM_SSp* 2024. JCM_UCM_SSp 2024.
<https://eventoscmedicasssp.sld.cu/index.php/ucmsp2024/2024/paper/view/162>
- Matassini Eyzaguirre, S. M., Luna, V., Matassini Eyzaguirre, S. M., & Luna, V. (2020). Barreras para diagnóstico y tratamiento de cáncer de cuello uterino en un hospital público de Lima, Perú: Un estudio cualitativo. *Acta Médica Peruana*, 37(4), 463-470.
<https://doi.org/10.35663/amp.2020.374.1835>
- Mateo, M. R., Pacheco, J. A. C., Sánchez, M. Á., Hernández, Y. N., & Pérez, R. B. G. (2023). Caracterización de las mujeres con cáncer cérvico uterino y cuidados de Enfermería recibidos. *Revista Cubana de Enfermería*, 39(1), Article 1.
<https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/5987>
- Matos, A., Ali, N., Padrón, M., Matos, A., & Cuevas, B. (2019). Eficacia de la intervención educativa sobre el conocimiento del cáncer cérvicouterino. *Acta Médica del Centro*, 13(4), 552-561.
- Medina, M., & Amaya, M. (2020). Factores de riesgo para cancer de cuello uterino y resultados de prueba de Papanicolaou en adolescentes marginadas de Bogotá, Colombia. *Revista Ciencias de la Salud*, 18(1), 37-52.
- Merchan, D. S. T., Martínez, C. D. S., Landázuri, T. del R. P., & Bustamante, M. C. V. (2022). Algunas consideraciones relacionadas con las infecciones por el virus papiloma humano. *RECIAMUC*, 6(3), Article 3. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/6.\(3\).julio.2022.575-585](https://doi.org/10.26820/reciamuc/6.(3).julio.2022.575-585)

- Mestanza Bastidas, O. N. (2023). *Interpretación de la prevalencia del cáncer de cuello uterino en Ecuador* [bachelorThesis]. <https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/16672>
- Milla Meneses, G. S. (2022). *Hallazgos citológicos y algunos factores asociados en mujeres con citología cervical anormal*. Centro Materno Infantil San José, Lima. 2020.
<http://repositorio.usanpedro.edu.pe/handle/20.500.129076/21089>
- Ministerio de Salud. (2002). *Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvico-Uterino*.
https://www.infoleg.gob.ar/basehome/actos_gobierno/actosdegobierno7-9-2009-1.htm
- Naranjo Hernández, L., Mesa Montero, Z., Pérez Rumbaut, G., & Amechea García, G. (2017). Lesiones cervicouterinas en jóvenes fuera de programa. *Revista Finlay*, 7(3), 207-212.
- Núñez-Troconis, J. (2022). Epidemiología del virus del papiloma humano. *Investigación Clínica*, 63(2), 170-184. <https://doi.org/10.54817/ic.v63n2a07>
- Núñez-Troconis, J. (2023). Papel del virus del papiloma humano en el desarrollo del cáncer del cuello uterino. *Investigación Clínica*, 64(2), 233-254.
<https://doi.org/10.54817/ic.v64n2a09>
- OMS. (2022, febrero 3). *Cáncer*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- OMS. (2023). *Cáncer de cuello uterino*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>
- Ortega, M. (2022, noviembre 29). Criocirugía en ORL. *Convención Científica XL Aniversario Hospital Hermanos Ameijeiras*. Convención Científica XL Aniversario Hospital Hermanos Ameijeiras.
<https://convencionhha.sld.cu/index.php/convxlhha/conv2022/paper/view/499>
- Ortiz Gómez, S. K., & Rodríguez Morillo, V. J. (2023). Conocimiento y actitud frente al virus papiloma humano en adolescentes de secundaria de la institución educativa Fe y Alegría,

- La Esperanza 2022. *Universidad Privada Antenor Orrego*.
<https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/10492>
- Pérez, J. F., Blanco, A., Enrico, D., Mendaña, A. L., Giornelli, G., Orlando, M., Chacón, C., Galli, M., Mosquera, M., Chacón, M., & Chacón, R. (2023). Cisplatino y gemcitabina concurrente con radioterapia en cáncer de cuello uterino localmente avanzado.: Experiencia institucional. *Oncología Clínica*, 28(2), Article 2.
<https://doi.org/10.56969/oc.v28i2.151>
- Pupo, Y. R., & Hernández, A. R. (2024). Factores de riesgo del cáncer cervicouterino. *Medimay*, 31(0), Article 0.
- Ramírez, P. (2023). *Cáncer del cuello uterino—Salud femenina*. Manual MSD versión para público general. <https://www.msmanuals.com/es-ec/hogar/salud-femenina/cánceres-del-aparato-reproductor-femenino/cáncer-del-cuello-uterino>
- Rodríguez, A. de C. B., Añazgo, B. H. D. P., Hernández, C. E. M., & Mejía, V. Z. G. (2020). Aceptación de la vacunación del virus papiloma humano en padres de familia de escuelas primarias. *Anuario de Investigación UM*, 1(1), Article 1.
- Sagastegui Gálvez, S. del C. (2022). Factores de riesgo de morbilidad postoperatoria en histerectomía radical por cáncer de cuello uterino en etapa temprana. *Universidad Privada Antenor Orrego*. <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/9251>
- Sánchez Bouza, M. de J., Sánchez Frenes, P., Ayala Reina, Z. E., Sánchez Sánchez, P. J., & Santos Solís, M. (2022). Una mirada al cáncer desde la perspectiva molecular. *Revista Finlay*, 12(2), 208-220.
- Sánchez-Ledesma, R., Fernández-Martínez, L. C., Rodríguez-Gómez, M. R., Magahlaes-Puentes, H. A., Gómez-Cabrera, A. E., Sánchez-Ledesma, R., Fernández-Martínez, L. C.,

- Rodríguez-Gómez, M. R., Magahlaes-Puentes, H. A., & Gómez-Cabrera, A. E. (2021). Factores de riesgo del cáncer cérvico-uterino en San Juan y Martínez, 2020. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 25(6).
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1561-31942021000600010&lng=es&nrm=iso&tlng=en
- Solca. (2019, marzo 23). Prevención del cáncer de cuello uterino o cáncer de cérvix. *SOLCA*.
<https://www.solca.med.ec/prevencion-del-cancer-de-cuello-uterino-o-cancer-de-cervix/>
- Terán-Figueroa, Y., García-Díaz, J., González-Rubio, M. V., Gaytán-Hernández, D., & Gutiérrez-Enríquez, S. O. (2020). Mortalidad y supervivencia por cáncer cervicouterino en beneficiarias del Seguro Popular en el estado de San Luis Potosí, México. Periodo 2005-2012. *Acta universitaria*, 30. <https://doi.org/10.15174/au.2020.2412>
- Torres, Z. K. S., Cortez, J. M. H., Suárez, A. E. Z., Heredia, F. R. C., Torres, Z. K. S., Cortez, J. M. H., Suárez, A. E. Z., & Heredia, F. R. C. (2022). Virus del papiloma humano de alto riesgo y factores asociados en mujeres de Ecuador. *Vive Revista de Salud*, 5(15), 671-678.
<https://doi.org/10.33996/revistavive.v5i15.178>
- Valderrama Sanabria, M. L., Álvarez Najjar, J. P., Loba Rodríguez, N. J., & Peña Pita, A. P. (2022). Incertidumbre en la toma de citología cérvico uterina. *Revista Ciencia y Cuidado*, 19(2 (May-August)), 31-39.
- Vera Rodríguez, K. J. (2022). *Diagnóstico del Virus papiloma Humano en la atención odontológica*. <http://repositorio.sangregorio.edu.ec:8080/handle/123456789/2715>
- Yáñez Flores, K., Rivas Riveros, E., Campillay Campillay, M., Yáñez Flores, K., Rivas Riveros, E., & Campillay Campillay, M. (2021). Ética del cuidado y cuidado de enfermería.

Enfermería: Cuidados Humanizados, 10(1), 3-17.

<https://doi.org/10.22235/ech.v10i1.2124>

Yudira, S. B. (2022, noviembre 8). Infección por Chlamydia trachomatis y Virus del Papiloma Humano en grupos de la población infantojuvenil femenina cubana. *Convención Científica XL Aniversario Hospital Hermanos Ameijeiras*. Convención Científica XL Aniversario Hospital Hermanos Ameijeiras.

<https://convencionhha.sld.cu/index.php/convxlhha/conv2022/paper/view/193>

6. Anexos

Anexo 1: Certificado del Programa Antiplagio Urkund



Anexo 2: Evidencia de Tutoría



Tutora académica del proyecto de tesis con la Lcda. Carmen Guaranguay

Anexo 3: Elaboración de la guía de formación en el uso DeCS / MeSH y Operadores

Booleanos

Guía de formación para mejorar las habilidades de los estudiantes en el uso DeCS / MeSH y Operadores Booleanos

El uso de vocabularios controlados establece un lenguaje único que permite la organización y facilita la búsqueda y recuperación de información, una vez que orienta su descripción e indización por medio de relaciones entre conceptos terminológicos de un área de conocimiento. El vocabulario estructurado y multilingüe Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) cumple este rol para la literatura técnica y científica en salud disponible en las principales fuentes de información de la Biblioteca Virtual en Salud (BVS).

El portal DeCS/ MeSH contiene:



1. Acceso al portal de la Biblioteca Virtual en Salud (BVS).

En la esquina superior izquierda encontrará un enlace al portal de la BVS donde podrá buscar artículos y otros documentos científicos mediante descriptores.

2. Idioma

En la esquina superior derecha, puede ver la opción para cambiar el idioma de la interfaz en consecuencia y preferencias del usuario.



3. Menú

- **Inicio:** El botón Inicio se utiliza para volver a la página inicial cuando no se está en esta página. La otra posibilidad de volver a la página inicial es haciendo clic en el logo DeCS/MeSH.
- **Acerca del DeCS:** Este botón contiene información sobre los orígenes del DeCS/MeSH, cómo está organizado y cuál es su objetivo.
- **Edición actual:** En “DeCS actual”, es posible acceder a cambios generales relacionados con la versión actual del DeCS, como cambios a códigos jerárquicos, listado de nuevos términos por categoría, descriptores eliminados, descriptores resaltados, etc.

- **Ediciones anteriores:** En “Ediciones anteriores”, hay versiones anuales de 1999 a 2019, que pueden ser útiles para quien quiera buscar sobre la evolución del vocabulario o sobre el curso de cualquier descriptor a lo largo de los años.
- **Servicios web:** Para aquellos que necesitan descargar la base de datos del DeCS, hay la posibilidad de otorgar una licencia para el uso de dichos datos.
- **Hable con nosotros:** Si es necesario hacer preguntas, sugerir términos o comunicarse sobre cualquier otro tema relacionado con el DeCS, haga clic en “Hable con nosotros”. Hay otros dos botones: “Contacto” y “Sugerencias de nuevos términos” que llevan a formularios específicos

Búsqueda por Términos

El nuevo portal DeCS/MeSH permite la búsqueda en todos los idiomas independientemente de la interfaz. También se puede hacer búsqueda usándose una pequeña parte de la palabra o término (antiguo ‘permutado’). Además, es posible ampliar la búsqueda con el truncamiento * usándose también los booleanos AND, OR, NOT.

1. **Tipo de búsqueda** La caja a la izquierda contiene los tipos de búsqueda: Cualquier término, Término exacto, ID del Descriptor, Código jerárquico o Cualquier calificador. Más adelante hay información sobre cada uno de ellos. La búsqueda por defecto es por cualquier término.

2. **Campo de búsqueda** El término entero o solamente parte del término puede ser buscado en cualquiera de los idiomas del portal DeCS (español, francés, inglés o portugués).



The image shows a search interface with a green header labeled 'Búsqueda'. Below it is a dropdown menu currently set to 'Cualquier término'. To the right of the dropdown is a search input field containing the text 'utilice * o \$ para la búsqueda truncada'. To the right of the input field is a green button with a magnifying glass icon. Three green lines with arrows point from the callout boxes to these three elements: the dropdown, the input field, and the search button.

3. **Ícono de búsqueda (lupa)** Después de escribir en el campo de búsqueda, presione enter o en la lupa (ícono de búsqueda).

Por ejemplo, se busca por el descriptor cervicouterino y se presiona el ícono de búsqueda:



Search bar: Cualquier término | *cervix

Buscado: *cervix | Resultados: 11

Ordenar por: Formato de lista

1 / 11

Descriptor en español:	Cuello del Diente
Descriptor en inglés:	Tooth Cervix
Descriptor en portugués:	Colo do Dente
Descriptor en francés:	Col de la dent

2 / 11

Descriptor en español:	Cerclaje Cervical
Término(s) alternativo(s):	Cerclaje Cérvico Uterino Cerclaje del Cuello Uterino
Descriptor en inglés:	Cerclage, Cervical
Descriptor en portugués:	Cerclagem Cervical
Descriptor en francés:	Cerclage cervical

Al pulsar en **Vea detalles**, la página que se abrirá es la visualización del registro completo. Es posible ver el resultado en otro idioma, haciendo clic en **Ver en otro idioma**

El resultado se presenta:



Detalles | Estructura jerárquica | Conceptos

Descriptor en español:	Neoplasias del Cuello Uterino
Descriptor en inglés:	Uterine Cervical Neoplasms
Descriptor en portugués:	Neoplasias do Colo do Útero
Descriptor en francés:	Tumeurs du col de l'utérus
Término(s) alternativo(s):	Cáncer de Cuello Uterino Cáncer del Cuello Uterino Neoplasias Cervicouterinas Neoplasias Cérvico-Uterinas
Código(s) jerárquico(s):	C04.588.945.418.948.850 C12.050.351.500.852.593.131 C12.050.351.500.852.762.850 C12.050.351.937.418.875.850 C12.100.250.852.993.131 C12.100.250.852.762.850 C12.900.418.875.850
Identificador Único RDF:	https://id.nlm.nih.gov/mesh/0002583
Nota de alcance:	Tumores o cánceres del CUELLO UTERINO
Nota de indicación:	coordine como primario con tipo histológico de neoplasia (como primario)

BÚSQUEDA CON EL TRUNCAMIENTO

El nuevo portal permite buscar por parte de la palabra que esté presente en el descriptor o termo alternativo. Para buscar términos que contengan, por ejemplo, cervix en el fin de la palabra, escribir *cervix en el campo de búsqueda por Cualquier término. En el resultado serán presentados

1. La cantidad de registros
2. Los registros encontrados con el término buscado en destacado

3. El botón para accionar la visualización de los resultados en lista

Detalles

Estructura jerárquica

Conceptos

Descriptor en español:	Neoplasias del Cuello Uterino	Español de España ▼
Descriptor en inglés:	Uterine Cervical Neoplasms	
Descriptor en portugués:	Neoplasias do Colo do Útero	
Descriptor en francés:	Tumeurs du col de l'utérus	
Término(s) alternativo(s):	Cáncer de Cuello Uterino Cáncer del Cuello Uterino Neoplasias Cervicouterinas Neoplasias Cérvico-Uterinas	
Código(s) jerárquico(s):	C04.588.945.418.948.850 C12.050.351.500.852.593.131 C12.050.351.500.852.762.850 C12.050.351.937.418.875.850 C12.100.250.852.593.131 C12.100.250.852.762.850 C12.300.418.875.850	
Identificador Único RDF:	https://id.nlm.nih.gov/umesh/0002583	
Nota de alcance:	Tumores o cánceres del CUELLO UTERINO.	
Nota de indicación:	coordine como primario con tipo histológico de neoplasia (como primario)	

REGISTRO DEL DESCRIPTOR - PESTAÑA ESTRUCTURA JERÁRQUICA

Cuando se hace clic en la pestaña Estructura jerárquica, se accede a la localización del concepto del registro en el árbol conceptual del DeCS/MeSH.

1. Descriptor en color diferenciado para evidenciar su posición, con descriptores arriba que son de conceptos más amplios y con descriptores abajo que son de conceptos más específicos
2. Barra de desplazamiento cuando el árbol sea extenso
3. Es posible cambiar el idioma de presentación de la misma información haciéndose clic en Ver en otro idioma
4. Si es necesario volver al campo de búsqueda de términos, hacer clic en la lupa.

Detalles

Estructura jerárquica

Conceptos

ENFERMEDADES

- Neoplasias [C04]
- Neoplasias por Localización [C04.588]
- Neoplasias Urogenitales [C04.588.945]
- Neoplasias de los Genitales Femeninos [C04.588.945.418]
- Neoplasias Uterinas [C04.588.945.418.948]
- Neoplasias Endometriales [C04.588.945.418.948.585] 🔍
- Neoplasias del Cuello Uterino [C04.588.945.418.948.850]

ENFERMEDADES

- Enfermedades Urogenitales [C12]
- Enfermedades Urogenitales Femeninas y Complicaciones del Embarazo [C12.050]
- Enfermedades Urogenitales Femeninas [C12.050.351]
- Enfermedades de los Genitales Femeninos [C12.050.351.500]
- Enfermedades Uterinas [C12.050.351.500.852]
- Enfermedades del Cuello del Útero [C12.050.351.500.852.593]
- Displasia del Cuello del Útero [C12.050.351.500.852.593.074] 🔍
- Erosión del Cuello del Útero [C12.050.351.500.852.593.112]
- Incompetencia del Cuello del Útero [C12.050.351.500.852.593.120]

BÚSQUEDA CON EL OPERADOR BOOLEANO AND



English Español Português Français

bvs biblioteca virtual en salud

DeCS/MeSH
Descriptor en Ciencias de la Salud

OPS
Organización Panamericana de la Salud

BIREME
Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud

Búsqueda Acerca del DeCS/MeSH Actualizaciones Visión Jerárquica Desarrolladores DeCS Finder Sugerir nuevo término Contacto

Cualquier término

Buscado: **cuello AND cervix** | Resultados: 11

Ordenar por Formato de lista

1 / 11

Descriptor en español:	Cuello del Útero
Término(s) alternativo(s):	Cáncer del Útero Cervix Uterino Cuello Uterino Ectocervix Endocervix Orificio Externo del Cuello Uterino
Descriptor en inglés:	Cervix Uteri
Descriptor en portugués:	Colo do útero
Descriptor en francés:	Col de l'utérus

[Ver detalles](#)

BÚSQUEDA CON EL OPERADOR BOOLEANO OR



English Español Português Français

bvs biblioteca virtual en salud

DeCS/MeSH
Descriptor en Ciencias de la Salud

OPS
Organización Panamericana de la Salud

BIREME
Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud

Búsqueda Acerca del DeCS/MeSH Actualizaciones Visión Jerárquica Desarrolladores DeCS Finder Sugerir nuevo término Contacto

Cualquier término

Buscado: **cancer or metastasis** | Resultados: 184

Ordenar por Formato de lista

1 / 184

Descriptor en español:	Genes Supresores de Tumor
Término(s) alternativo(s):	Antioncogénico Emerógeno Genes Supresores de Cáncer Genes Supresores de Crecimiento Genes Supresores de Metástasis
Descriptor en inglés:	Genes, Tumor Suppressor
Descriptor en portugués:	Genes Supresores de Tumor
Descriptor en francés:	Genes suppresseurs de tumeur

[Ver detalles](#)

Anexo 4: Cronograma de Actividades

Cronograma de actividades																						
Tiempo	2023								2024													
Meses/ Días	Noviembre				Diciembre				Abril				Mayo				Junio				Julio	
Actividades																						
▪ Asignación y delimitación del tema																						
▪ Revisión del tema y corrección por el tutor																						
▪ Recopilación de artículos científicos relacionados al tema de investigación.																						
▪ Diseño de bitácoras																						
▪ Introducción y Planteamiento del problema																						
▪ Justificación y pregunta de investigación																						
Evaluación permanente																						
▪ Marco teórico																						

- Metodología - Tipo de investigación - Población - Estrategia de búsqueda - Criterios de la investigación - Extracción de datos - Instrumentos - Análisis de los datos																						
- Resultados - Análisis e interpretación - Tabla de evidencia - Discusión - Conclusión																						
Estructura, realización y corrección de la propuesta																						
Informe final																						

Elaborado por: Camila Abad

Revisado y aprobado por: Lcda. Carmen Guaranguay