

REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA



TÍTULO: Utilidad de la Videocolposcopia en el diagnóstico precoz y seguimiento de las Patologías de Cérnix.

AUTOR: Dr. Maikel Enrique Rodríguez Morales

CIEGO DE ÁVILA, 2015

REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA

TÍTULO: Utilidad de la Videocolposcopia en el diagnóstico precoz y seguimiento de las Patologías de Cérvix.

**EN OPCIÓN AL TÍTULO DE ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO
EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA**

AUTOR: Dr. Maikel Enrique Rodríguez Morales

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA: Hospital General Docente
"Roberto Rodríguez" de Morón.

TUTOR: Dr. Victor Fernández Álvarez Especialista de I Grado en
Obstetricia y Ginecología, Asistente.

ASESOR: Dra. Alba Marina Morales Vega Especialista en I Grado en
Obstetricia y Ginecología, Asistente.

CIEGO DE ÁVILA, 2015

PENSAMIENTO

Si no puedes VOLAR entonces CORRE, si no puedes correr entonces CAMINA, si no puedes caminar entonces ARRÁSTRATE...

Pero sea lo que sea que hagas, sigue MOVIÉNDOTE hacia adelante.

Martin Luther King.

DEDICATORIA

En especial a mis padres por ser ambos incondicionales conmigo

Mi Papá, por complacerme en todos mis caprichos.

Mi Mamá, por ser más que mi madre, mi profesora, mi amiga.....

Mi novia, (Diana), por encontrarse siempre a mi lado, en los buenos y en los malos momentos.

Mis profesores, (Sin Exclusiones) por enseñarme tanto lo bueno como lo menos bueno de esta Especialidad.

AGRADECIMIENTOS

Bien largo y lleno de obstáculos ha sido el camino, pero como dijera Martin Luther King, "...no importa lo que hagas en tu vida pero sigue moviéndote hacia adelante...", y eso he hecho sobreponerme a las adversidades y es por lo que al fin he logrado terminar mi tesis y si Dios y mis profesores quieren, mi Especialidad.

Muchos se han encontrado a mi lado dándome su cooperación y apoyo incondicional, y agradezco siempre el haberlos conocido y que ahora formen parte de mi vida, solo por ellos valió la pena el emprender esta larga etapa de mi vida que hoy concluye o que mejor digamos, comienza desde este punto.

A mi madre, la Dra. Alba Marina Morales la cual fue totalmente partícipe de que se pudiera lograr con éxito esta investigación.

A mi padre, el Dr. Miguel Rodríguez Udría que me condujo a través de la investigación, con su sabiduría y paciencia.

A todos los que me brindaron su apoyo, amor y confianza, gracias por existir

Muchas gracias.

RESUMEN

Por encontrarse el Cáncer Cérvico Uterino dentro de las primeras causas de muerte en la mujer, ocupando el tercer lugar de las mismas, además por constituir la Videocolposcopia una herramienta importante, se hizo necesario realizar el estudio que contribuyó con su aporte práctico a demostrar la utilidad de la Videocolposcopia en el diagnóstico precoz y seguimiento de las lesiones Cérvico-uterinas. Se realizó una investigación observacional descriptiva longitudinal prospectiva que permitió el estudio, control y seguimiento mediante el empleo del videocolposcopio, en el diagnóstico precoz de esta neoplasia y la capacitación de los recursos humanos de la salud involucrados, aportando una mejor calidad de vida de las mismas con un medio diagnóstico muy útil en un período de tiempo menor en las condiciones del sistema cubano de salud, sin necesidad de inversiones adicionales. Los principales resultados obtenidos que el 61.67 % de las mujeres habían tenido 3 o más parejas sexuales y más de las $\frac{3}{4}$ partes de las mujeres tenían menos de 18 años al comenzar sus relaciones sexuales, que más de la mitad eran fumadoras y que el 61.17 % habían mantenido relaciones sexuales con compañeros de alto riesgo. El 34.74 % de las mujeres objeto de estudio presentaban Condilomas Acuminados. El 72.21 % de la muestra eran portadoras de una alteración citológica de Bajo Grado, el 4.56 % del total con Carcinoma in Situ (CIS). La relación de la videocolposcopia con la citología fue superior y con la biopsia fue de elevada utilidad al obtenerse resultados muy similares.

Palabras Clave: Cirugía Asistida por video/ Colposcopia/ Método

ÍNDICE

Introducción.....	Pág. 1
Problema Científico.....	Pág. 6
Objetivo General.....	Pág. 6
Objetivos Específicos.....	Pág. 6
Marco Teórico.....	Pág. 8
Materiales y Métodos.....	Pág. 23
Variables a estudiar.....	Pág. 25
Resultados y Discusión.....	Pág. 28
Conclusiones.....	Pág. 37
Recomendaciones.....	Pág. 38
Referencias Bibliográficas.....	Pág. 39
Anexos.....	Pág. 50

INTRODUCCIÓN

La Salud Pública ha sido definida como la ciencia y el arte de prevenir las dolencias y las discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como, las lesiones, educar al individuo en los principios de la higiene personal, organizar los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y para la rehabilitación, y a su vez desarrollar la maquinaria social que le asegure a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud. (1,55)

La mujer, motor impulsor de la sociedad, madre, ama de casa, trabajadora, intelectual y dirigente, a la que la Revolución ha dado atención priorizada, padece de enfermedades propias de su sexo que en ocasiones cursan de forma asintomática o con síntomas leves que permiten la prevención, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno y adecuado, evitando graves complicaciones y en ocasiones la muerte.

El diagnóstico precoz del cáncer cérvicouterino constituye una línea priorizada en el Programa de Salud Reproductiva (antiguamente Programa Nacional de Atención Materno Infantil), que el Ministerio de Salud Pública desarrolla desde 1968. (1)

Desde la década del 60 el Ministerio de Salud Pública viene haciendo esfuerzos para el control del cáncer y en 1986 se implementó el Programa Nacional de Control de Cáncer según las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), agrupando los programas pre-existentes e incorporando un grupo de nuevos programas. (1)

Los objetivos del Programa Nacional de Control de Cáncer (PNCC) son: disminuir la mortalidad por cáncer, disminuir la incidencia, aumentar la supervivencia y aumentar la calidad de vida de los pacientes oncológicos. (1)

El principal elemento que contribuye al incremento del número de casos de cáncer, es el rápido envejecimiento de la población que se está produciendo en muchos países, tiene un papel importante los logros en el control de las enfermedades transmisibles. La urbanización que también crece, contribuye al incremento de las relaciones sexuales, la promiscuidad, las enfermedades de transmisión sexual, la contaminación ambiental y los hábitos dietéticos inadecuados.

El cáncer es considerado actualmente como una enfermedad prevenible y curable. A diferencia de criterios de antaño hoy se sabe que un tercio de los casos de cáncer son prevenibles, un tercio es potencialmente curable y el restante tercio puede tener, al menos, mejor calidad de vida.

En la salud pública, de todos los agentes el que tiene un mayor peso en la producción de cáncer de cuello uterino es el Virus del Papiloma Humano (VPH). Múltiples cepas de este virus son consideradas cancerígenas y estrechamente relacionadas, en especial con el cáncer de cérvix (1)

En el cáncer de cérvix hay dos elementos de extraordinaria importancia al implementar el Programa de Detección Precoz. La edad a la que se debe iniciar la pesquisa y la frecuencia a la que se debe realizar la prueba.

Este programa está centrado en mujeres de 25 -60 años que hayan tenido relaciones sexuales. Cada 3 años hasta los 59 años de edad se toma una muestra citológica. Para las mujeres de 60 y más años de edad, si estas se han venido realizando la prueba citológica con la periodicidad, en caso de que tengan tres citologías negativas sucesivas, salen del programa al cumplir los 60 años. Si tienen 60 años y más y se realizan la prueba por primera vez en su vida y el resultado es negativo se le repetirá al año y después a los 5 años, si todos los resultados son negativos saldrán del programa (1)

La piedra angular de estos programas es la labor de pesquisa y para ello es importante la concientización, en pacientes y el personal de la salud, para realizar periódicamente la citología vaginal, para poder realizar un diagnóstico precoz en un período donde las lesiones son intraepiteliales, evitando su progresión al cáncer invasor. Aún cuando los programas de pesquisa, hayan seleccionado diferentes frecuencias de evaluación y sean distintas las edades para el comienzo y terminación de estos estudios, se debe además tener en cuenta que existen factores de riesgo que señalan dentro de una determinada población a quienes se le debe integrar más temprana o tardíamente al proceso de diagnóstico precoz.(2)

Los cánceres invasores del cuello uterino vienen precedidos generalmente por una larga fase de enfermedades preinvasoras. Esto se caracteriza microscópicamente por una serie de manifestaciones que van de la atipia celular a diversos grados de Displasia o Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC o CIN, Según sus siglas en inglés) antes de progresar a Carcinoma Invasor. Un buen conocimiento de la etiología, la fisiopatología y la evolución natural de la NIC proporciona

una buena base para la inspección visual y el diagnóstico colposcópico.

En Cuba el diagnóstico de estas lesiones se basa fundamentalmente en la tríada citología-colposcopia-biopsia, considerada esta última como "estándar de oro" en la patología neoplásica cervical, favorecido por la existencia de un Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer Cérvico-Uterino. (3)

Uno de los descubrimientos más importantes en la investigación de la etiología del cáncer de los últimos 25 años ha sido la demostración de que el cáncer de cuello uterino está causado por la infección por virus del papiloma humano (VPH). Y es que, aunque la mayoría de infecciones por VPH conllevan un curso benigno y se resuelven espontáneamente, la evidencia científica ha permitido describir que el cáncer de cuello de útero es una secuela a largo plazo de una infección persistente por ciertos genotipos del VPH. (4)

Este virus está relacionado con alteraciones del epitelio del cuello uterino denominadas neoplasia intraepitelial cervical (NIC), las cuales se han clasificado en tres grados I, II y III. La NIC III en particular se considera una lesión pre-cancerosa precursora del cáncer cérvico-uterino. (4)

El método utilizado en la actualidad para la detección de anomalías en el cuello uterino es la citología, la cual tiene un alto porcentaje de error ya que arroja resultados entre los cuales el 30% son falsos positivos y el 20% son falsos negativos. Esto trae como consecuencia, en el mejor de los casos, la realización de biopsias innecesarias, ya que están siendo soportadas en falsos positivos, lo que genera altos costos al sector salud; o en el peor de los casos, el médico puede no solicitar la biopsia soportando su decisión en falsos negativos, lo que pone en riesgo la vida de la paciente.

Otro aspecto importante a considerar, son las molestias dolorosas causadas a las pacientes al realizar la biopsia, debido a la extracción del tejido de múltiples partes del cuello uterino, además de la pérdida de tiempo, dado que en algunos casos es necesario tomar la muestra más de una vez. Esta pérdida de tiempo también se puede evidenciar desde el momento en que la paciente acude a su médico, una vez obtenidos los resultados de la citología, y la respectiva evaluación visual a través del videocolposcopio. (5)

Los colposcopios modernos por lo general permiten graduar el aumento, En algunos colposcopios pueden agregarse accesorios tales como un ocular lateral para enseñanza, cámara fotográfica y cámara de video. Los accesorios para enseñanza y para videocolposcopia

pueden ser útiles para mostrar y comentar los hallazgos en el momento mismo. Con una moderna cámara conectada a un puerto digitalizador, es posible crear imágenes digitales de alta resolución. (6)

Las imágenes pueden ser manipuladas de acuerdo a los requerimientos. Comparar con imágenes previas, describir y caracterizar de manera objetiva la morfología y topografía de las lesiones pre malignas del cérvix. (7,8)

El Videocolposcopio consta de un equipo de visualización magnificada a través de un sistema de aumentos ópticos y una fuente de luz llamado Colposcopio. El mismo se encuentra conectado a una videocámara de alta resolución cuyas imágenes son transmitidas a una pantalla, lo cual permite observar las mismas durante la realización del estudio tanto por el médico como por la paciente y en forma diferida a través del registro de esas imágenes en forma de fotos o colpofotografías. (7,8)

Para la realización de la videocolposcopia se realiza la aplicación en el cuello uterino de diferentes sustancias que reaccionan con la superficie que cubre al mismo, produciendo imágenes blancas o alteraciones vasculares que se correlacionan con lesiones de diferente grado e importancia clínica, lo cual permite en el mismo procedimiento realizar la biopsia guiada videocolposcópica con excelente precisión diagnóstica. Mediante la aplicación de la técnica de endoespeculoscopia es posible evaluar videocolposcópica el trayecto inicial del conducto endocervical, asiento frecuente de lesiones y efectuar la biopsia guiada de las mismas.

La Videocolposcopia se encuentra formalmente indicada ante la presencia de un Papanicolau anormal y en el control posterior al tratamiento de lesiones, sin embargo presenta un considerable valor como estudio complementario del Papanicolau normal debido a que incrementa sus probabilidades de detección de lesiones. Además permite archivar e imprimir las imágenes obtenidas, lo cual presenta gran valor en el control y seguimiento de lesiones.

La Videocolposcopia es un estudio ambulatorio, no es doloroso ni invasivo, que no requiere preparaciones previas, sino condiciones para su realización como la ausencia de sangrado, relaciones sexuales, colocación de óvulos o cremas vaginales 48 horas antes, con el objetivo de optimizar la práctica. (7,8)

La Videocolposcopia no sólo es comodidad y confort en una consulta de patología de cuello, sino que resulta muy útil porque magnifica la imagen.

Para trabajar con el videocolposcopio hay que dominar la informática, pues el equipo contiene un software con una base de datos que permite archivar imágenes. Por esa razón permite ofrecer un seguimiento más preciso al poder comparar las imágenes antes y después del tratamiento. Y algo muy importante, la paciente puede observar la lesión y comprender mejor las características de su padecimiento y la importancia del tratamiento. (7,8)

Como es conocido por todos, el cáncer ginecológico se encuentra entre las más frecuentes causas de muerte en la población femenina, es por ello que uno de los aspectos principales de los Objetivos, Propósitos y Directrices de la Salud Cubana, es la disminución de la mortalidad por cáncer. (9)

En Cuba, el cáncer cérvicouterino ha ocupado un lugar prominente en la incidencia de cáncer y junto al cáncer de mama, son los más frecuentemente diagnosticados en el sexo femenino. (10)

El conocimiento de los factores de riesgo que se señalan hoy en día, ligados con la aparición de estos cánceres, es de suma importancia para el diagnóstico precoz y la prevención de los mismos.

En la provincia de Ciego de Ávila se mantiene el cáncer como la segunda causa de muerte dentro de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles, encontrándose el de cuello uterino como tercera causa. (11)

De aquí la importancia que reviste tomar las estrategias correspondientes para el diagnóstico precoz de esta afección, sobre todo teniendo en cuenta aquellas personas con factores de riesgos identificados previamente cumpliendo con los programas de detección y diagnóstico temprano de este tipo de cáncer en la población femenina.

El cáncer invasor del Cuello Uterino es uno de los problemas más grandes de la Salud Pública en América Latina y el Caribe, a pesar de contar con una tecnología eficaz de prevención tanto a nivel Primario como Secundario, más de 30 000 mujeres latinoamericanas mueren anualmente por esta causa. (11)

Teniendo en cuenta que el tema en cuestión constituye una prioridad del Sistema Nacional de Salud, por encontrarse el Cáncer Cérvico Uterino dentro de las primeras causas de muerte en la mujer, ocupando el tercer lugar de las mismas, además por constituir la Videocolposcopia una herramienta importante para la formación de los recursos profesionales humanos de Pre y Post grado dedicados a la especialidad, se hace necesario realizar estudios que contribuyan con su aporte práctico a elevar la utilidad en el diagnóstico de las

Patologías de Cérvix. Siendo el Hospital de Morón el contexto donde se realizó la investigación y por no existir ninguna referencia de estudios relacionados con el tema es que se decidió realizar la investigación por tratarse de una novedad dentro del tratamiento y seguimiento de este tipo de lesiones. Ante esta acuciante situación de salud se precisa como problema científico: ¿Cómo contribuir a un diagnóstico más certero de las lesiones pre-malignas y malignas de cuello uterino?

OBJETIVOS

Objetivo General

Demostrar la Utilidad de la Videocolposcopia en el diagnóstico precoz y seguimiento de las lesiones Cérvico-uterinas.

Objetivos Específicos

- 1.- Sistematizar los fundamentos teóricos relacionados con la Videocolposcopia en el diagnóstico precoz de las lesiones Cérvico-uterina.
- 2.- Determinar características socio demográfico y clínico de las pacientes que se les realice Videocolposcopia.
- 3.- Determinar la correlación y utilidad entre Videocolposcopia Citología e Histología.

Aporte práctico: permite el diagnóstico precoz del cáncer Cérvicouterino en mujeres con citologías sospechosas como indicador de infección por virus de alto riesgo oncogénico, que permite su estudio, control y seguimiento mediante el empleo del videocolposcopio, con lo que se crea otra vía para el diagnóstico precoz de esta neoplasia. Además, la capacitación de los recursos humanos de la salud involucrados y una interrelación en la práctica entre el Programa Nacional de Control de Infecciones de Transmisión Sexual y el Programa Nacional de diagnóstico precoz del Cáncer Cérvicouterino, en el municipio Morón.

Novedad científica: Empleo del videocolposcopio en el diagnóstico precoz y seguimiento del cáncer Cérvicouterino aportando una mejor calidad de vida de las mismas con un medio diagnóstico muy útil en período de tiempo menor en las condiciones del sistema cubano de salud, sin necesidad de inversiones adicionales.

Beneficios esperados: Se centran en el diagnóstico precoz y seguimiento del cáncer Cérvicouterino por medio del videocolposcopio

como herramienta fundamental de las pacientes, con factores de riesgo para la persistencia del papiloma virus humano, además del enriquecimiento de la educación sanitaria a las pacientes y sus parejas, capacitación del personal de salud involucrado en la atención a estas enfermas, atención integral e interdisciplinariedad en la atención a estas pacientes, enriquecimiento de la sinergia entre los programas de CCU e ITS.

MARCO TEÓRICO

El concepto de precursores del cáncer Cérvicouterino se remonta al final del siglo XIX, cuando se reconocieron zonas de cambios epiteliales atípicos no invasores en muestras de tejidos adyacentes a cánceres invasores.

Desde hace más de 20 años, diversos autores han señalado que el cáncer cervical se comporta como una enfermedad de transmisión sexual. (11-13). Esto ha sido validado, tanto por múltiples estudios epidemiológicos, como por la evidencia molecular de que el ADN del VPH está integrado en las células neoplásicas en el 99% de los carcinomas cervicales. (13,14) Steben y Duarte-Franco expresan que se hallan en el 99,7% de los CCU. (15)

La primera descripción de las verrugas se encuentra en los escritos de Celso (25 DC). En 1800 fue usado por primera vez el término de condiloma (redondeado) acuminado (puntiagudo). (16) El origen viral de las verrugas lo postuló Ciuffo en 1907. (17) Richard Shope, en 1933, aisló el primer virus del papiloma en conejos. (18) Hoss y Durfel acuñaron el término de atipia "coilocítica" en 1956. Barret, en el año 1959, afirmó la transmisión sexual de las verrugas; un año después, Papanicolau descubrió células originadas a partir de las verrugas con el término de halo perinuclear o imagen de célula hueca. (16)

En 1969 Almeida señaló la heterogeneidad de los tipos de VPH y Meisels postuló al coilocito en la citología exfoliativa como

patognomónico de infección por VPH. El Dr. Harald Zur Hausen fue el primero en demostrar, por medio de experimentos de hibridación, que las verrugas genitales y los tejidos de cáncer de cérvix contienen genomas del virus del papiloma humano, (19) por lo que le fue concedido el Premio Nobel de Medicina en 2008. (20-22)

La infección por VPH se expresa en forma clínica, subclínica y latente. (6)

La manifestación clínica habitual son los condilomas acuminados.

Se evidencia mediante la observación a simple vista. El aspecto macroscópico de los condilomas acuminados (exofíticos) es el de pequeñas formaciones sésiles, papilares, aisladas o múltiples en forma de pequeñas crestas.

En la infección subclínica, las lesiones solo son visibles por colposcopia. Se diagnostican con la ayuda del colposcopio o de una lente de aumento y con la aplicación de ácido acético al 3-5 %. Es la forma más frecuente de infección del VPH en el cuello uterino por lo que se precisa del auxilio del colposcopio y la tinción previa con el ácido acético al 3-5 % para demostrarla.

Esta forma de infección es muy importante, ya que al no ser aparentes las lesiones, se facilita el contagio. (23)

La infección latente, sin evidencia clínica, ni histológica, sólo es posible revelarla con métodos de detección del ADN. (24) Sólo se detecta mediante técnicas de hibridación molecular del ADN en material citológico. Se llega a su diagnóstico por medio de costosos exámenes de hibridación molecular en el estudio citológico realizado y nos permite identificar el tipo de virus causante de la infección, lo que resulta muy importante, por la acción oncogénica que se le atribuye a algunos de esos tipos del VPH.

Existen diferentes métodos de identificación del VPH: (24)

- **Citología:** La presencia de coilocitos, disqueratocitos y la binucleación son los tres aspectos más característicos de la infección por VPH. Los coilocitos son células superficiales e intermedias que fueron descritas por Ayre en 1949 (las llamó células precancerosas en ese entonces) y se identifican por un gran halo perinuclear claro, que rechaza el citoplasma hacia la periferia, muy característico y se denomina halo coilocítico.
- **Colposcopia:** Es un método indispensable para el diagnóstico de la infección VPH subclínica en el cuello uterino y la vagina; la vulvoscopía para la vulva y el periné y la penescopía o

androscofia para el pene. Este método nos permite evaluar la extensión de la lesión y es de gran ayuda para decidir el lugar donde debe realizarse la biopsia.

- **Histología:** Los cambios morfológicos visibles por la microscopía convencional que ocurren son: crecimiento nuclear e hipercromasia, aumento en la relación núcleo/citoplasma y halos perinucleares.
- **Inmunohistoquímica:** Por medio de la técnica llamada ABC (avidina-biotina) más un antisuero se puede poner de manifiesto la presencia de un antígeno interno de la cápside viral al reaccionar con el antígeno de células infectadas; la limitación consiste en que no brinda la información sobre el tipo de virus infectante.
- **Tipificación del ADN:** Las pruebas de hibridación molecular son los únicos métodos capaces de determinar la presencia del VPH con alta sensibilidad y especificidad y posibilitan diferenciar cada tipo

La citología orgánica del cérvix, la colposcopia y el estudio histológico de las displasias o de lesiones por VPH son las bases que sustentan el reconocimiento precoz o temprano de las NIC y su correlación brinda un buen índice de diagnóstico para el VPH mucho más asequible en los países en vías de desarrollo.

Actualmente se conocen más de 120 genotipos, (25) cada tipo muestra un tropismo particular por sitios anatómicos específicos, las más comunes pieles y mucosas del tracto oral, respiratorio y anogenital. (26) De todos ellos más de 40 tipos se han aislado en el tracto genital inferior. (15)

Los subtipos de virus VPH que se relacionan en un 70% con el Cáncer de Cuello Uterino, son los virus VPH 16 y 18 mientras que el 30% restante de los cánceres de Cuello Uterino se relacionan con los subtipos de virus VPH 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68.(6)

Las lesiones anogenitales incluyen las verrugas genitales (condiloma acuminado, cresta de gallo) que son formaciones carnosas con aspecto de coliflor que aparecen en las zonas húmedas de los genitales. Las verrugas genitales, por lo común, son causadas por los tipos VPH-11 y VPH-16. Estos tipos de VPH también pueden producir verrugas en el cuello del útero, en la vagina, la uretra y el ano.

Las formas clínicas son generalmente causadas por tipos de papiloma virus humano de bajo riesgo oncogénico (VPH 6 y 11), que provocan en el 90% de los casos proliferaciones benignas, pero son un importante indicador para las infecciones por virus de alto riesgo. (27)

La infección manifiesta está asociada en un 20 a 30 % de los casos, a lesiones cervicales o anales. (28) y es frecuente su coexistencia con formas subclínicas; estas últimas suelen ser causadas por tipos de VPH de alto riesgo oncogénico. (29) La incidencia de infección con tipos virales oncogénicos parece ser más alta que con tipos virales no oncogénicos. (30,23)

El principal problema de esta enfermedad es la incapacidad para curar la infección viral en sí misma. Un tratamiento eficaz permite reducir el tamaño de las lesiones visibles pero no reduce el riesgo de transmisión ni de transformación a malignidad. (31)

Los VPH, miembros de la familia Papovaviridae, son clasificados en géneros, especies y tipos, (32) son pequeños virus de estructura isocáedrica de 55 micrómetros de diámetro con un núcleo central denso de ADN de doble banda.

El virus consta de varios genes u "opening reading frames" (ORF) de dos tipos diferentes: hasta 8 genes de expresión temprana (E1-E8) responsables de la replicación del ADN, regulación transcripcional y transformación del ADN de la célula infectada, y dos genes de expresión tardía (L1 y L2).

Los productos de los genes tempranos actúan como oncoproteínas, las que expresadas en todos los tumores inactivan a los productos génicos celulares supresores de tumores p53 y pRB y causan proliferación celular descontrolada. (23)

Los VPH se han subclasificado según el material oncogénico en de bajo y alto riesgo. (33) Otros autores añaden los de riesgo intermedio. (34,35) La International Agency For Research Cancer (IARC) de la OMS los clasifica en oncogénicos (tipos 16,18,31,33,35,39,45,51,52,56) y "probablemente oncogénicos" (tipos 26,53 y 66). Los VPH 6 y 11 son considerados de bajo riesgo, sus lesiones son casi siempre benignas o se asocian a grados discretos de displasia cervical, y causan el 90 % de los condilomas acuminados. (36,11)

En términos de salud pública, el descubrimiento de que el cáncer cervical es una rara consecuencia de la infección por el papiloma virus humano es equiparable en importancia al descubrimiento de la

asociación entre el tabaco y el cáncer de pulmón o entre infecciones crónicas con virus de la hepatitis C y riesgo de cáncer de hígado. (37)

Su período de incubación es difícil de precisar, se estima entre pocas semanas y varios meses. (38)

La infección ocurre cuando las células basales del huésped se exponen a la infección viral a través de una barrera epitelial dañada, como sucede durante el acto sexual o como producto de otras abrasiones dérmicas menores. (39, 40)

El modo de transmisión del VPH es generalmente por vía sexual

El mayor riesgo de adquisición del papiloma virus humano se relaciona con el inicio temprano de las relaciones sexuales, el elevado número de compañeros sexuales a lo largo de la vida, el cambio frecuente de compañero sexual, no uso de condón o el contacto sexual con una persona con historia de promiscuidad, o con varones que tienen contactos con mujeres que ejercen la prostitución. (23)

A pesar de ser la infección por VPH la causa necesaria del cáncer de cérvix, no es de ninguna manera suficiente para el desarrollo de este tumor, la persistencia del virus en el epitelio cervical es el factor más importante de riesgo de desarrollo de lesiones displásicas y de cáncer de cuello. (41-43) Los factores que influyen en la persistencia del virus están ligados al hospedero (estado inmunitario), al virus (genotipo, carga viral) y a los medio ambientales. (23,26)

Los principales cofactores de progresión medio ambientales en las mujeres son: la edad temprana del primer coito, número de parejas sexuales, tabaquismo, multiparidad, el uso prolongado de anticonceptivos orales y otras ITS. (41,37) La inmunodepresión inherente a la coinfección por VIH es un factor determinante de progresión neoplásica. (44-46) Otros autores señalan además el estado nutricional, higiene deficiente, (47,48) laceraciones, traumatismos durante el parto y cervicitis. (49,50)

Los estudios de parejas sexuales muestran claramente la importancia del hombre en la carcinogénesis cervical. El riesgo para una mujer de ser infectada y desarrollar un cáncer de cérvix, depende no sólo de su comportamiento sexual, sino también del de su compañero. El riesgo de cáncer de cuello uterino está significativamente aumentado en las mujeres que viven con hombres que tengan o hayan tenido numerosas parejas sexuales. (26)

El diagnóstico precoz del cáncer cérvicouterino constituye una línea priorizada en el Programa de Salud Reproductiva (antiguamente

Programa Nacional de Atención Materno Infantil), que el Ministerio de Salud Pública desarrolla desde 1968.

Este programa para el diagnóstico precoz del cáncer del cuello de útero en el país, tiene como objetivo general disminuir la mortalidad y conocer la morbilidad por cáncer del útero, mediante su detección en su etapa más temprana posible, lo que permite una terapéutica precoz y eficaz. (51,1)

La población objeto de este programa es: (1)

- Mujeres de 25 a 59 años de edad, que hayan tenido relaciones sexuales.
- Mujeres de 60 años y más que nunca se han hecho la prueba citológica.
- Mujeres de 60 años de edad y más que en la década de 50 a 59 años tienen solamente una ó dos citologías orgánicas negativas.

Los grupos de riesgo incluyen a todas las otras mujeres y dentro de este, se identifican subgrupos de alto riesgo: (1)

- Aquellas mujeres que han comenzado las relaciones sexuales antes de los 20 años, de manera marcada las que comenzaron antes de los 18 años.
- Aquellas mujeres que han tenido múltiples compañeros sexuales.
- Mujeres que han padecido enfermedades de transmisión sexual, especialmente producidas por los llamados oncovirus: papiloma virus humano (condiloma) y herpes simple genital.

Se considera oportuno destacar, que el herpes simple genital no es un oncovirus, sino un cofactor medio ambiental para la persistencia del VPH, mientras que el VPH es el agente causal de esta neoplasia.

Se señala que existe una fuerte asociación entre Trichomonas Vaginalis y el riesgo de padecer cáncer de cuello uterino y que la Gardnerella Vaginalis es detectada en el 50% de las pacientes con tumores malignos del cérvix. (52)

En dos estudios previos sobre los factores de riesgo para el desarrollo del cáncer cérvicouterino, uno en pacientes con el diagnóstico de condilomas acuminados y otro en pacientes con el diagnóstico de CCU, se encontró que un 57,4% y un 43,0% respectivamente tenían ITS asociadas, con predominio de la Clamidirosis y la Gardenellosis en

la primera, mientras que en la segunda prevaleció la Candidiasis vaginal. (53) En las enfermas con cáncer cervicouterino se halló, además, que el hábito de fumar, la cervicitis, el cambio frecuente de parejas sexuales, la multiparidad y el uso prolongado de anticonceptivos orales estuvieron presentes como factores para la persistencia del papiloma virus humano. Rojas Rivero y colaboradores, en un estudio a adolescentes, demostraron que las que presentaban una infección activa o pasada por *Trichomonas Vaginalis* tenían más posibilidades de contraer una infección por VPH que las que no tenían esta condición. (54)

En otra investigación precedente en mujeres con condilomas acuminados, se encontró que el 98% de las pacientes estudiadas había iniciado las relaciones sexuales antes de los 20 años de edad, con un predominio del grupo de 16 a 19 (57%), seguido del de 12 a 15 (41%). (55) Estos grupos de edades se consideran como de alto riesgo en el Programa Nacional de diagnóstico precoz del Cáncer Cérvicouterino. (51)

La conducta sexual de riesgo, así como otros factores medio-ambientales (edad, hábito de fumar, contraceptivos orales, paridad, estado de inmunosupresión y VIH, otras infecciones de transmisión sexual como *Clamydia sp* y Herpes virus) constituyen factores predisponentes citados por Premoli. (56) La infección por papiloma virus humano es más frecuente en mujeres con varias parejas sexuales y menos de 25 años de edad. (57)

El consumo de cigarrillo aumenta el riesgo de NIC II-III, 2,6 veces con efecto dosis dependiente. (58) El hábito de fumar se considera un desencadenante, ya que la acumulación de la nicotina y de su producto de degradación, la cotinina, en las células de vigilancia inmunológica de las glándulas productoras de moco, interfieren con el funcionamiento normal de esas células. (41, 43 ,44) Valentín Martínez y Torrientes Hernández añaden que este hábito por más de 15 años en la mujer climatérica influye doblemente por estar demostrado que es consumidor de estrógeno, que a esta edad está disminuido. (59)

La infección por VPH es la causa necesaria del cáncer de cérvix, pero no es de ninguna manera suficiente para el desarrollo de este tumor, la persistencia del virus en el epitelio cervical es fundamental (60, 41, 42) por lo que es importante establecer los factores de riesgo, los que favorecen la adquisición y la persistencia de este virus. (26, 41, 43, 52) .Álvarez Ramírez halló en 112 varones con infección por VPH, que 50 eran sintomáticos y 62 asintomáticos. El problema era desconocido por los mismos y por tanto eran potenciales

transmisores de la enfermedad a la pareja o parejas sexuales. Este autor señala una investigación en hombres compañeros de mujeres con lesiones cervicales por papiloma virus humano en la que se demostró que el 88% tenían signos histológicos de condilomas, de los cuales el 72% eran formas subclínicas; apunta que otros estudios han demostrado que el 66% o más de las parejas sexuales de mujeres con neoplasias intraepiteliales cervicales tienen infecciones subclínicas en el pene y que hasta el 80% de las parejas de mujeres que presentaron alteraciones en la prueba de Papanicolau pueden presentar algún tipo de lesión o infección.

Por lo general el cáncer del cuello uterino es una enfermedad progresiva, comienza con cambios neoplásicos intraepiteliales que pueden transformarse en un proceso invasor en un promedio de 10 a 20 años, de ahí la extraordinaria importancia de lograr un diagnóstico temprano, en sus etapas pre-invasoras cuando es posible lograr una tasa de curación cercana al 100%. (61)

El cérvix uterino está cubierto por epitelio pavimentoso poli estratificado que se fusiona con el epitelio cilíndrico simple glandular a nivel del orificio cervical externo y este último conforma el canal endocervical, comunicándose de esta forma la cavidad uterina con la vagina. La unión de ambos epitelios, llamada zona de transición o unión escamocolumnar, es el sitio donde aparecen el mayor número de lesiones neoplásicas del cérvix.

Recientemente se ha reportado la aplicación de dos tipos de vacunas que son profilácticas. Una bivalente (Cervarix), contra los VPH 16 y 18, elaborada por la Glaxo, y una tetravalente (Gardasil), elaborada por la Merck, dirigida contra los VPH 6, 11, 16 y 18. (62,63) Las vacunas no tienen efecto terapéutico en aquellas mujeres que estaban previamente infectadas y deben administrarse antes de las primeras relaciones sexuales. (26)

La vacuna Gardasil, se dice que es una vacuna tetravalente porque protege contra cuatro tipos de VPH: 6, 11, 16 y 18. Gardasil se administra en una serie de tres inyecciones en tejido muscular por un período de 6 meses. Gardasil fue aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para su uso en mujeres con el fin de prevenir el cáncer de cuello uterino y algunos cánceres vulvares y vaginales causados por los tipos 16 y 18 de los VPH; así también, fue aprobada para su uso en hombres y mujeres para la prevención de verrugas genitales causadas por los tipos 6 y 11 de los VPH. La vacuna ha sido aprobada para estos usos en hombres y mujeres de 9 a 26 años de edad.

Cervarix, esta vacuna se dice que es bivalente porque está dirigida a dos tipos de VPH: 16 y 18. También se administra en tres dosis por un período de 6 meses. La FDA ha aprobado Cervarix para usarse en mujeres de 10 a 25 años de edad para la prevención del cáncer cervical causado por los tipos 16 y 18 de los VPH.

Ambas vacunas se basan en tecnología desarrollada en parte por científicos del Instituto Nacional del Cáncer (NCI), que forma parte de los Institutos Nacionales de la Salud (NIH), otorgó la licencia de esta tecnología a dos compañías farmacéuticas, Merck y GSK, para producir las vacunas contra VPH para distribución general. (64)

Las personas que decidan llevar una vida sexual activa, pueden reducir su riesgo de contraer el VPH si utilizan condones. Para que protejan más, los condones se deben usar en todas las relaciones sexuales, desde el inicio hasta el final. Los condones también pueden disminuir el riesgo de contraer otras enfermedades relacionadas con el VPH, como las verrugas genitales y el cáncer de cuello uterino. Pero el VPH puede infectar las áreas que no queden cubiertas por el condón, por lo que los condones no protegen completamente contra el VPH.

Una persona puede reducir la probabilidad de contraer el VPH si permanece en una relación con una sola pareja, limita el número de parejas sexuales o escoge una pareja que no ha tenido parejas sexuales o ha tenido muy pocas. Sin embargo, hasta las personas que han tenido solo una pareja sexual en la vida pueden contraer el VPH. Puede que no sea posible determinar si está infectada actualmente una pareja que ha sido sexualmente activa en el pasado. Por esta razón, la única forma segura de prevenir el VPH es abstenerse de toda actividad sexual. (65)

El 30 % de los cánceres cervicales no son ocasionados por los VPH 16 y 18, por tanto, con la introducción de estas vacunas no se elimina la necesidad del pesquizaje para dicha neoplasia mediante la prueba citológica, tanto para las mujeres infectadas con otros genotipos, como para aquellas que estaban infectadas antes de ser vacunadas, (66) por otra parte, hasta el presente no se conoce la duración de la inmunidad que provocan. (67,63)

El término Carcinoma in Situ (CIS) se introdujo en 1932 para denotar las lesiones en las cuales las células carcinomatosas indiferenciadas abarcaban todo el espesor del epitelio, sin interrumpir la membrana basal. Ulteriormente se comunicó la asociación entre CIS y cáncer invasor del cuello uterino. El término displasia se introdujo a fines de los años cincuenta para designar la atipia epitelial cervical intermedia entre el epitelio normal y el CIS.

La displasia se categorizó en tres grupos —leve, moderada y pronunciada— según el grado de afectación de la capa epitelial por las células atípicas. Posteriormente, por largos años, las lesiones precancerosas cervicales se notificaron usando las categorías de displasia y CIS, todavía ampliamente empleadas en muchos países en desarrollo.

Clasificar separadamente la displasia y el CIS fue progresivamente considerándose arbitrario, sobre la base de los resultados de algunos estudios de seguimiento de las mujeres con esas lesiones. Se observó que algunos casos de displasia retrocedían, algunos persistían y otros progresaban a CIS. Se observó una correlación directa entre progresión y grado histológico.

En 1968 se introdujo el término de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) para denotar las múltiples posibilidades de atipia celular confinada al epitelio. La NIC se dividió en los grados I, II y III. NIC I correspondía a la displasia leve, NIC II a la displasia moderada y NIC III a la displasia grave y al CIS. (68)

En los años ochenta fueron reconociéndose cada vez más alteraciones anatomopatológicas como la atipia coilocítica o condilomatosa asociada con la infección por virus del papiloma humano (VPH).

Los coilocitos son células atípicas con una cavitación o halo perinuclear en el citoplasma, que indica cambios citopáticos debidos a la infección por el VPH. Esto condujo al desarrollo de un sistema histológico simplificado en dos grados. En 1990 se propuso una terminología histopatológica basada en dos grados de la enfermedad: NIC de bajo grado, que comprendía las anomalías compatibles con atipia coilocítica y las lesiones NIC I, y NIC de alto grado que comprendía NIC II y NIC III. Se consideró que las lesiones de alto grado eran precursoras ciertas del cáncer invasor. (68)

Uno de los descubrimientos más importantes en la investigación de la etiología del cáncer de los últimos 25 años ha sido la demostración de que el cáncer de cuello uterino está causado por la infección por virus del papiloma humano (VPH). Y es que, aunque la mayoría de infecciones por VPH conllevan un curso benigno y se resuelven espontáneamente, la evidencia científica ha permitido describir que el cáncer de cuello de útero es una secuela a largo plazo de una infección persistente por ciertos genotipos del VPH (4)

La identificación del origen viral del cáncer de cuello uterino, así como de los principales elementos de su historia natural y de su patogénesis han abierto nuevas opciones para la prevención secundaria (detección precoz de lesiones cervicales pre-invasoras

mediante citología) y ofrecen, por primera vez en cancerología, opciones de prevención primaria, como la vacunación.

El Cáncer de Cuello Uterino o también llamado Cáncer Cervical o del Cérvix Uterino, que es la parte inferior del útero, que se visualiza en el interior de la vagina mediante la colocación de un espéculo, es causado en la mayoría de los casos por el Virus del Papiloma Humano o VPH. (6)

Este virus está relacionado con alteraciones del epitelio del cuello uterino denominadas neoplasia intraepitelial cervical (NIC), las cuales se han clasificado en tres grados I, II y III. La NIC III en particular se considera una lesión pre-cancerosa precursora del cáncer cérvico-uterino. (4)

El Médico Alemán Hans Hinselmann, nacido en 1884, inicia en 1921 los estudios para "observar mejor el tejido cervical" con la principal finalidad de "descubrir las formas iniciales del cáncer". Inventa así, un aparato consistente en una lente binocular de 10 aumentos, utilizando un microscopio de disección Leitz, provisto de una fuente de iluminación (uso de lámpara de Von Eicken), al que nombro "COLPOSCOPIO" utilizándose como tal, en diciembre de 1924. En 1925 publica su primer artículo sobre colposcopia. (69)

De sus minuciosas observaciones deriva el reconocimiento de las lesiones precursoras del carcinoma preclínico, posibilitando así el poder llevar a cabo una profilaxis de la enfermedad, al tratar oportuna y conservadoramente una gran parte de estas lesiones precancerosas. Dichos descubrimientos constituyen hasta la fecha actual la base propedéutica de las múltiples clasificaciones y nomenclaturas colposcópicas que han surgido, así como el auxiliar diagnóstico indispensable del especialista en el Tracto Genital Bajo.

Hinselmann (1925) fue el primero en describir el equipo colposcópico básico y su uso, y estableció los fundamentos para la práctica de la colposcopia.

Si en una prueba Pap se detectan cambios en las células que preocupan, el siguiente paso normalmente es una colposcopia y una biopsia de cualquier área anormal. (La colposcopia es un procedimiento en el cual se utiliza un equipo llamado colposcopio para examinar la vagina y el cuello del útero. (69)

Los colposcopios modernos por lo general permiten graduar el aumento, En algunos colposcopios pueden agregarse accesorios tales como un ocular lateral para enseñanza, cámara fotográfica y cámara de video. Los accesorios para enseñanza y para videocolposcopia pueden ser útiles para mostrar y comentar los hallazgos en el

momento mismo. Con una moderna cámara conectada a un puerto digitalizador, es posible crear imágenes digitales de alta resolución. (6)

El reconocimiento y la definición de las lesiones pre-malignas del cuello uterino avanzaron de forma paralela al desarrollo de métodos apropiados para la detección de estas lesiones tempranas en gran escala (Papanicolau, Hinselmann y otros). La identificación de células anómalas exfoliadas desde el epitelio cervical neoplásicos, fue definido por Papanicolau en Nueva York. Aunque sus primeros estudios citológicos comenzaron en 1928, no fue hasta 1943 que se publicó su trabajo sobre el diagnóstico del cáncer de cuello uterino por extendido vaginal. Pasaron 15 a 20 años más hasta que el extendido de Papanicolaou se incorporó a la mayoría de los programas de asistencia de salud. (70)

En los últimos 30 años se ha observado un notable incremento en la prevalencia de la infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH), tanto en sus formas clínicas o condilomas, como en sus formas de expresión subclínica, identificables por los cambios en la citología y/o la colposcopia. Mediante la biología molecular se ha evidenciado, además, la presencia de ADN de VPH en la mayoría de lesiones intraepiteliales del tracto genital inferior (TGI) y en más del 99% de los cánceres cervicales. Aunque este hallazgo es insuficiente para explicar su papel oncogénico, en la última década los estudios epidemiológicos apoyados por las técnicas moleculares han confirmado el papel causal de ciertos tipos de VPH en el desarrollo del cáncer cervical y se ha definido un modelo molecular para la carcinogénesis inducida por el VPH. Hoy en día se acepta que el cáncer de cérvix es una infección de transmisión sexual. Estos hechos tienen evidente repercusión en la práctica clínica y obligan a replantear el paradigma por el que se rige el ginecólogo en la prevención del cáncer cervical. (71)

La citología cérvico-vaginal es la técnica diagnóstica más útil para la prevención y detección de lesiones pre y cancerosas de cérvix.

Luego de emplear la colposcopia y la citología para el diagnóstico de las afecciones malignas del cuello uterino, la conización se convierte en la técnica de diagnóstico más depurada y terapéutica conservadora.

Actualmente se utiliza el Videocolposcopio que es un equipo digitalizado que permite en la evaluación citológica, localizar la fuente de células anormales detectadas en el estudio citológico en pacientes con resultados anormales en el Papanicolau o prueba citológica.

Con el Videocolposcopio logras ver microscópicamente por un sistema de lentes de 40 por mil, una imagen colposcópica que sugiere una lesión, entonces el médico puede indicar directamente la citología sobre esa lesión.

Muchos son los artículos acerca de la importancia que tiene la Videocolposcopia en el diagnóstico y seguimiento de los casos con patologías de cuello, ya sean lesiones precursoras o cáncer de cérvix propiamente dicho, orienta en gran medida si se trata de alteraciones que sugieran lesiones de bajo o de alto grado, así como de cáncer cérvicouterino. Por todo lo que queda evidenciado una correspondencia citocolposcópica de más del 70 % en la citología de alto grado.

El diagnóstico colposcópico de la neoplasia cervical depende del reconocimiento de cuatro características principales: la intensidad (tonalidad), la acetoblancura, los bordes y el contorno superficial de las zonas acetoblanas, las características vasculares y los cambios cromáticos después de la aplicación de yodo (lugolización).

La aparición de características anormales en un área localizada de la zona de transformación aumenta la probabilidad de que se trate de una lesión neoplásica.

Diferenciar entre la NIC de bajo grado, la metaplasia escamosa inmadura y las lesiones inflamatorias puede requerir una considerable destreza.

En caso de duda debe indicarse una biopsia.

La observación de zonas, densas, opacas, acetoblanas bien delimitadas en la zona de transformación cerca de o lindando con la unión escamoso-cilíndrica es el sello distintivo del diagnóstico colposcópico de NIC.

La NIC de bajo grado a menudo se observa como lesiones acetoblanas delgadas, planas, de bordes bien delimitados pero irregulares, en forma de pluma, angulosos o digitiformes.

La NIC de alto grado se asocia con zonas acetoblanas, blanco grisáceas, anchas, densas, de aspecto mate, opaco, con bordes regulares bien delimitados, que a veces pueden estar sobreelevados y dehiscentes. Pueden ser más extensas y las lesiones complejas se extienden al conducto cervical. El contorno superficial de las zonas acetoblanas asociadas con lesiones de NIC de alto grado tienden a ser menos lisas, o irregulares y nodulares. La observación de uno o más bordes dentro de una lesión acetoblanca o de una lesión

acetoblanca con variaciones en la intensidad del color se asocia con lesiones de alto grado.

Las características vasculares anormales como el punteado y el mosaico son significativas solo si se limitan a las zonas acetoblanas.

Las características vasculares, como el punteado fino y los mosaicos finos en las zonas acetoblanas, pueden asociarse con NIC de bajo grado.

El punteado grueso y los mosaicos gruesos en las zonas acetoblanas tienden a ocurrir en las lesiones de alto grado.

Las lesiones de NIC carecen de glucógeno, por lo tanto, no se tiñen con yodo y permanecen con una tonalidad color mostaza o amarillento-azafranada.

Un sistema de calificación como el índice colposcópico de Reid puede guiar la interpretación y el diagnóstico colposcópico. (72)

En las Proyecciones de la salud pública en Cuba para el 2015 se establecieron ocho áreas prioritarias, de las cuales forman parte las enfermedades transmisibles, no transmisibles y los grupos especiales. (73)

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) pertenecen a las enfermedades transmisibles, en 1972 se constituyó el Programa nacional de epidemiología y control de enfermedades venéreas (74)

Los tumores malignos constituyen un aspecto prioritario entre las enfermedades no transmisibles, y es uno de los propósitos: reducir en un 20% la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino o cáncer cérvicouterino (CCU).

En cuanto a los grupos especiales, el adulto mayor es objeto de atención. Se plantea disminuir en un 15% la tasa de mortalidad entre 60 y 75 años y en las directivas para estos, es un objetivo: elevar la calidad de la atención médica para perfeccionar el modelo tecnológico, organizacional y de gestión clínica. (73)

El cáncer cérvicouterino es la segunda neoplasia maligna más frecuente en mujeres y constituye un problema de salud pública a nivel mundial. Es una de las causas más frecuentes de muerte en las mujeres de los países en desarrollo y sus tasas de incidencias más altas se encuentran en Centro y Sur América, África Subsahariana, Sureste de Asia y el Caribe. (2)

El estudio permitió mejorar la calidad de vida de las mujeres cubanas, al conservarse la integridad de la familia y reintegrarse al

medio social con iguales perspectivas que el resto de la población femenina y así la sociedad continuó recibiendo sus beneficios y contribuyo a que se cumplan los objetivos, proyectos y desarrollo de la Salud Pública Cubana.

MATERIALES Y MÉTODOS:

MÉTODO: DISEÑO GENERAL

Se realizó un estudio observacional descriptivo, longitudinal prospectivo, donde a través del examen por medio del videocolposcopio a las mujeres con citologías alteradas del área , se pudo demostrar la utilidad de este medio tanto en el diagnóstico de forma precoz, como en el seguimiento de estas pacientes , el cual permitió conocer el problema, se evaluó el proceso, la ejecución y el impacto de este proceder en la población femenina estudiada del área territorial norte de la provincia de Ciego de Ávila en el período comprendido desde el mes de Abril del 2012 hasta el mes de Abril del 2014.

Métodos de la investigación: Se trata de una investigación Observacional descriptiva, longitudinal y prospectiva se organizó y se procesó la información a través de los resultados estadísticos

Del nivel teórico:

- Histórico-lógico, para analizar el desarrollo en el tiempo del conocimiento médico relacionado con infecciones por papiloma virus humano, cáncer Cérvicouterino y condilomas acuminados.
- Análisis crítico de documentos, para la valoración de las fuentes documentales empleadas.

Del nivel empírico:

- Observación estructurada y no estructurada, para recoger información primaria acerca de las pacientes y su atención Anexo II
- Encuestas, como técnicas de recolección de la información primaria, para recoger información importante que no se recogen en los registros oficiales. Anexo III

- Análisis de documentos, para recoger en las historias clínicas, tarjetas de citologías y libro de control de biopsias Anexo IV
- Estadística descriptiva, para procesar la información obtenida y presentar los datos organizados en tablas y gráficos.

LOS MÉTODOS DE PROCESAMIENTO, ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN Y TÉCNICAS A UTILIZAR.

La obtención de la información fue secundaria a través de las Historias clínicas modelo oficial 54-01-1 ó 54-03-1, tarjetas de citología modelo oficial 66-02 y libro control de biopsias se aplicó una encuesta a la paciente para conocer antecedentes de la misma buscando factores de riesgo y síntomas asociados, se elaboró una base de datos, se procesó la información para la elaboración del informe final que lleva un análisis comparativo con otros estudios nacionales e internacionales realizados al respecto, emitiéndose conclusiones encaminadas a mejorar el accionar, tanto en el área de salud como a nivel institucional, con el especial interés de disminuir la morbi-mortalidad por CCU. Quedó registrado en la computadora el resultado de la Videocolposcopia así como el resultado de la biopsia.

Con los resultados obtenidos se elaboraron las tablas. Para el análisis estadístico se utilizó: la frecuencia porcentual.

DEFINICIÓN DEL UNIVERSO DE ESTUDIO

El universo de estudio estuvo constituido por 788 pacientes de la población femenina del área territorial norte de la provincia de Ciego de Ávila con citología orgánica alterada que asistieron a la Consulta de Patología de Cuello del Hospital de Morón, que estaban dentro del Programa, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión y firmaron su consentimiento informado Anexo I

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Personas femeninas del área territorial norte de la provincia de Ciego de Ávila con citología alterada y dentro del Programa.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes que no tengan citología alterada o que aun teniéndola no estuvieran dentro del programa

PRINCIPALES VARIABLES A ESTUDIAR

1.- Variables socio-demográficas y clínicas

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Edad	Cuantitativa Continua	25 – 29 30 – 34 35 – 39 40 – 44 45 – 49 50 – 54 55 – 59	Edad en años según Carné de Identidad	Número y porcentaje según grupo de edad.
Número de parejas sexuales	Cuantitativa Continua	1 2 3 o más	Número de parejas con las que se ha tenido relaciones sexuales	Número y porcentaje según número de parejas sexuales
Edad de las primeras relaciones sexuales	Cuantitativa Continua	Menor de 18 años Mayor de 18 años	Se explica a sí mismo.	Número y porcentaje según edad de las primeras relaciones sexuales
Hábito de fumar.	Cualitativa Nominal	No tienen Si tienen	Fumadora No fumadora	Número y Porcentaje según hábito de

				fumar
Antecedentes de Patologías de Cuello	Cualitativa Nominal	Cervicitis Citología alterada anterior	Si tiene antecedentes de Patologías de Cuello	Número y Porcentaje según antecedentes de Patologías de Cuello
Antecedentes de infecciones de transmisión sexual	Cualitativa Nominal	Gonorrea Clamidias Trichomonas Condiloma Acuminado	Se explica por sí mismo	Número y Porcentaje según infecciones de transmisión sexual
Varón de alto riesgo Esposas anteriores con citología alteradas	Cualitativa Nominal	Sí No	Esposo actual que haya tenido mujeres con citologías alteradas	Porcentaje según antecedentes de esposas con citología alteradas
Antecedentes obstétricos	Cualitativa Nominal	Nulípara Primípara Multípara	0 partos 1 parto Más de 3 partos	Número y Porcentaje según Número de partos
Grado de alteración citológica	Cualitativa Nominal	NIC I bajo grado NIC II alto grado NIC III alto	Resultado histológico de la citología	Número y Porcentaje según grado de alteración citológica

		grado CIS		
Resultado de Videocolposcopia	Cualitativa Nominal	Coincide No coincide	Coincidencia con el resultado de la citología	Número y Porcentaje según resultado de Videocolposcopia
Resultado de Biopsia	Cualitativa Nominal	Positiva Negativa	Resultado anatomopatológico de la biopsia	Número y Porcentaje según Resultado de la biopsia
Evaluación de la utilidad de la Videocolposcopia como medio diagnóstico y en el seguimiento del tto. conservador de las lesiones pre-malignas y malignas	Cualitativa Nominal	Útil No Útil	Coincidencia entre citología, videocolposcopia y biopsia No coincidencia entre los resultados	Número y porcentaje según coincidencia

ASPECTOS ÉTICOS

Las pacientes fueron informadas de los fines de la investigación y formalizaron el consentimiento informado previamente a su incorporación al estudio. El estudio se realizó según se encuentra normado para estos casos. Al divulgar los resultados de la investigación se garantiza no revelar datos personales de los pacientes, como nombres, direcciones, etcétera.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1. Distribución de la muestra según el grupo de edades en el período comprendido de Abril 2012 hasta Abril 2014

Edad	Número	Porcentaje
25-29	209	26.52
30-34	303	38.45

35-39	153	19.42
40-44	87	11.04
45-49	14	1.78
50-54	9	1.14
55-59	13	1.65
Total	788	100.0

Fuente: Historia clínica

En esta Tabla se puede observar que el número mayor de mujeres estudiadas portadoras de citologías alteradas, con 303 de las pacientes para el 38.45 % corresponden a las encontradas en el grupo de edades de 30-34 años, seguido por las de 25-29 y 35-39 con el 26.52 y 19.42 % respectivamente.

A pesar de que los trabajos revisados sobre el tema, los grupos de edades no coinciden con los resultados obtenidos en la investigación. Lo reportado por Sarduy, M (79) al agrupar los grupos de 25-39 años, de igual forma no resultó coincidente lo informado para el grupo de 25-29 por Albuquerque (75) ya que sus resultados para este grupo es más del doble de los casos hallados.

Tabla 2. Distribución de la muestra según el número de parejas sexuales en el período comprendido de Abril 2012 hasta Abril 2014

Número de parejas sexuales	Número	Porcentaje
1	88	11,17
2	214	27.16
3 o más	486	61.67
Total	788	100.0

Fuente: Encuesta

Se puede observar en esta Tabla 2 que el número de parejas sexuales, la mayor cantidad de mujeres habían tenido 3 o más parejas sexuales para un 61.67 %, lo cual se corresponde con lo estudiado acerca de la importante influencia de este factor en la aparición de alteraciones del cérvix, muy distante en sentido descendente, las que refirieron una sola pareja con un 11.17 %.

Se asemeja bastante a este trabajo, lo encontrado en el estudio de Sarduy Nápoles (79) con un 20 % de las mujeres con 2 parejas sexuales.

Tabla 3. Distribución de la muestra según edad de las primeras relaciones sexuales en el período comprendido de Abril 2012 hasta Abril 2104

Edad de las primeras relaciones sexuales	Número	Por ciento
Menor de 18 años	619	78.55
Mayor de 18 años	169	21.45
Total	788	100.0

Fuente: Encuesta

Muy similar a la variable anterior fue el hallazgo relacionado con la edad de las primeras relaciones sexuales, Tabla 3, factor que igualmente influye marcadamente en la incidencia de las alteraciones del cérvix uterino, pues de las 788 mujeres objeto de estudio en el trabajo, 619 de ellas para un 78.55 %, habían comenzado sus relaciones sexuales antes de los 18 años.

Prácticamente toda la literatura consultada al respecto, coincide con nuestros resultados con porcentajes por encima del 60 % para las mujeres menores de 18 años, Adrián Salvent (77) Dalgis Lau (78) Tamayo, Tania Graciela (72), no así Moré Alina (76) que reportó un 26 %

Tabla 4. Distribución de la muestra según hábitos tóxicos en el período comprendido de Abril 2012 hasta Abril 2014

Hábito de fumar	Número	Por ciento
Sí tienen	423	53.68

No tienen	365	46.32
Total	788	100.0

Fuente: Encuesta

En la Tabla 4 se muestran los hábitos tóxicos de estas pacientes, en donde se puede observar que más de la mitad de ellas fumaban, el 53.68 %, lo que se aviene perfectamente con lo señalado de la influencia de este mal estilo de vida, agregado a los factores ya mencionados, como la edad de comienzo y el número de parejas sexuales en la génesis de las alteraciones benignas del cuello uterino.

Totalmente no coincidente con los resultados de Sarduy Nápoles, M (79) que publicó un 12,7 % de mujeres sin hábitos tóxicos siendo esto último un bajo por ciento.

Tabla 5. Distribución de la muestra según antecedentes de patologías de Cuello en el período comprendido de Abril 2012 hasta Abril 2014

Antecedentes de Patologías de Cuello	Número	Porcentaje
Cervicitis	276	35,02
Citología alterada	362	45.94
Citología negativa	150	19,04
Total	788	100.0

Fuente: Encuesta

Se puede observar en la Tabla 5, que el antecedente de ser portadora de una citología alterada anterior, ocupó el lugar prominente, con un 45.94 %, del total de las mujeres estudiadas, seguido con un 35.02 % las que tenían el diagnóstico de Cervicitis, distantes con un 19.04 % las que sus citologías eran negativas.

Muy por debajo de lo obtenido en el estudio, se encuentran lo reportado en una Consulta de Patología de Cuello de Ciudad de La

Habana (76) con un 9.7 % de las mujeres portadoras de Cervicitis en la bibliografía consultada no se encontró ninguna otra referencia

Tabla 6. Distribución de la muestra según antecedentes de Varón de alto riesgo en el período comprendido de Abril 2012 hasta Abril 2014

Varón de alto riesgo	Número	Por ciento
Sí	482	61.17
No	306	38.83
Total	788	100.0

Fuente: Encuesta

Cuando se analiza el factor varón de algo riesgo, Tabla 6, se puede precisar que el mantener relaciones sexuales con un varón de alto riesgo continúa teniendo una influyente incidencia en la aparición de alteraciones cervicales, puesto que en este estudio el mayor porcentaje de mujeres, el 61.17 %, habían mantenido relaciones sexuales con un varón de alto riesgo.

Coincidiendo con los españoles Puig-Tintoré LM, Alba Menéndez A, (70) en su publicación, los cuales también consideran un factor importante en la aparición de alteraciones del cuello el tener relaciones sexuales con parejas de alto riesgo, con porcentajes discretamente por debajo de esta investigación, no es coincidente sin embargo, lo informado por Tania Graciela (72)

Tabla 7. Distribución de la muestra según antecedentes de Infecciones de Transmisión Sexual en el período comprendido de Abril 2012 hasta Abril 2014 (Multirespuesta)

Antecedentes de Infecciones de Transmisión Sexual	Número	Por ciento
Condiloma Acuminado	305	34.74
Gardnerella	170	19.36

Clamidias	159	18.11
Trichomonas	123	14.01
Gonorrea	47	5.35
No antecedentes	74	8.43

Fuente: Encuesta

Se muestra en la Tabla 7 los antecedentes de infecciones de transmisión sexual, aquí se puede observar que el 34.74 % eran portadoras de Condilomas Acuminados, más de ¼ del total de las estudiadas, le siguen en orden de frecuencia, las infecciones por Gardnerella, Clamidias y Trichomonas, con el 19.36, 18.11 y 14.01 % respectivamente, solo el 8.43% correspondió a los que no tenían antecedentes resultando ser un bajo por ciento.

Ríos Hernández, María de los Ángeles (81) en su estudio sobre los tipos de papilomavirus humanos más frecuentes en muestras cubanas de cáncer cervical, informa resultados similares a este estudio, de igual forma resulta lo mostrado por Moré, Alina (76) con un 32.90 % de mujeres afectadas por Condilomas Acuminados. No coinciden los datos informados por Salvant, Adrián (77) con hallazgos de Condilomas en solo un 5,3 %. Por otra parte, también Moré, Alina, Moya Toneut, Carlos (76) reflejan en su estudio, Comportamiento de las lesiones intraepiteliales de alto grado en la consulta de patología de cuello, un 12.35 % las mujeres estudiadas por ellos con un 12.35 % que se corresponde con el 14.01 % nuestro.

Tabla 8. Distribución de la muestra según antecedentes obstétricos en el período comprendido de Abril 2012 hasta Abril 2014

Antecedentes obstétricos	Número	Por ciento
Nulípara	118	14,98
Primípara	182	23.10
Multípara	488	61.92
Total	788	100.0

Fuente: Historia clínica

La Tabla 8, antecedentes obstétricos, el mayor por ciento corresponde a las pacientes con Multiparidad para un 61,92%. Salven en su trabajo coincide con el estudio con un 61,8 % de igual manera coincidió Sarduy, Nápoles con un 61,8 % donde una vez más se pone en evidencia que el factor Multiparidad está ligado la aparición de las alteraciones cervicales por los traumatismo del parto

Tabla 9. Distribución de la muestra según grado de alteración citológica en el período comprendido de Abril 2012 hasta Abril 2014.

Grado de alteración citológica	Número	Por ciento
NIC I Bajo grado	569	72.21
NIC II Alto grado	101	12.82
NIC III Alto grado	82	10.41
CIS	36	4.56
Total	788	100.0

Fuente: Tarjeta citología

En cuanto al análisis de esta Tabla 9 acerca del grado de alteración citológica reportada por citología se observa que el mayor porcentaje estuvo representado por los NIC I o lesión de bajo grado con un 72,21% siguiendo en orden decreciente estuvieron los NIC II o lesiones de alto grado 12,82% que en porcentaje se asemejó al grado NIC III para un 10,41% en la bibliografía consultada, Adrián Salvent (77) obtuvo similares resultados con un 63,7 % de NIC I, Dalgis Lau (78) con 65,5 % también de NIC I, así como Albuquerque (75) con un 44,6% de NIC I y un 18,0% de NIC II con similitud con los resultados obtenidos, sin embargo Sarduy ,M (79) en su trabajo no coincidió con esta investigación ya que estuvieron representados en un 97,3% por los NIC II y Albuquerque (75) con 54,0% de NIC III

Tabla 10. Distribución de la muestra según Utilidad entre Citología y Videocolposcopia en el período comprendido de Abril 2012 hasta Abril 2014

Citología	Número	Por ciento	Videocolposcopia	Número	Por ciento
NIC I	569	72.21	NIC I	411	52.16
NIC II	101	12.82	NIC II	176	22.33
NIC III	82	10.41	NIC III	124	15.74
CIS	36	4.56	CIS	52	6.60
			Negativa	25	7.17
Total	788	100.0	Total	788	100.0

Fuente: Historia clínica

En esta Tabla 10 donde se analiza la correlación entre citología y videocolposcopia y de esta manera se evalúa la utilidad de esta última se pudo apreciar que a medida que se fue profundizando en el grado de alteración citológica se elevó la utilidad de la videocolposcopia, ya que la misma al tener un alto grado de resolución pudo discriminar con más exactitud el grado de alteración citológica que en el caso de los NIC II prácticamente duplicó el diagnóstico corroborando una vez más la importancia de este nuevo proceder.

Similares resultados obtuvo Dalgis Lau (78) en el diagnóstico de NIC III por videocolposcopia que casi duplicó el número de pacientes donde en citología tenía un 6,9 % de NIC III y en videocolposcopia obtuvo el 12,3%, Tania Graciela (72) estuvo representado casi por el mismo porcentaje de similitud en citología con NIC III en citología y videocolposcopia y en el trabajo de Fontisiela (85) la videocolposcopia logró discriminar de un 89,2% de NIC I por citología a un 59,1% por videocolposcopia y sin embargo elevó a un 83,3% los NIC III que estaban representados en citología por un 10,8% y un 16,7 % de NIC II, esto nos permite reafirmar la importancia que tiene en el

diagnóstico y seguimiento de las patologías cervicales este nuevo proceder.

Tabla 11. Distribución de la muestra según Utilidad entre Videocolposcopia y Biopsia en el período comprendido de Abril 2012 hasta Abril 2014

Videocolposcopia	Número	Por ciento	Biopsia	Número	Por ciento
NIC I	411	52.16	NIC I	371	48,62
NIC II	176	22.33	NIC II	216	28.31
NIC III	124	15.74	NIC III	115	15.07
CIS	52	6.60	CIS	61	8.00
Negativa	25	7.17			
Total	788	100.0	Total	763	100.0

Fuente: Historia clínica

En relación a la Tabla 11 donde se analiza la utilidad y correlación entre videocolposcopia y biopsia se puede apreciar que casi en la totalidad de los casos estudiados los resultados fueron similares ya que los porcentajes representados en cada caso según alteración citológica diagnosticado por videocolposcopia de acuerdo al grado de lesión ya fuera de bajo o alto grado fueron confirmados en las biopsias realizadas donde resulta válido reconocer la importancia de contar en los servicios de patología de cuello con este tipo de recurso que nos permite diagnosticar ,tratar y seguir las diferentes patologías que son atendidas en esta consultas, similares resultados obtuvo Dalgis Lau (78) donde prácticamente en los resultados de sus biopsias obtuvo los mismo porcentajes que habían sido diagnosticados por videocolposcopia, de igual manera fueron los resultados obtenidos por Alina Moré en los casos de diagnóstico por biopsia y videocolposcopia solo en el caso de Balestena (84) hubo cierta discrepancia en sus resultados con este trabajo y de los autores ya mencionados que tenían similares resultados.

CONCLUSIONES

- 1.- La edad entre 30-34 años predominó en las mujeres de la muestra estudiada.
- 2.- El 61.67 % de las mujeres habían tenido 3 o más parejas sexuales.
- 3.- Más de las $\frac{3}{4}$ partes de las mujeres tenían menos de 18 años al comenzar sus relaciones sexuales.
- 4.- El 53.68 % (más de la mitad) de las mujeres refirieron ser fumadoras.
- 5.- El 80.96 % de las pacientes tenía antecedentes de patologías del cuello del útero.
- 6.- El 61.17 % habían mantenido relaciones sexuales con compañeros de alto riesgo.
- 7.- El 34.74 % de las mujeres objeto de estudio presentaban Condilomas Acuminados, y solo el 8.43 % no tenían antecedentes de Infecciones de Trasmisión Sexual.
- 8.- Prácticamente $\frac{2}{3}$ de las mujeres eran multíparas.
- 9.- El 72.21 % de la muestra eran portadoras de una alteración citológica de Bajo Grado, el 4.56 % del total con CIS.
- 10.- La utilidad de la Videocolposcopia con relación a la Citología según los resultados obtenidos fue superior.
- 11.- Al comparar la Videocolposcopia con la Biopsia, aunque esta última es definitiva, se pudo concluir que se obtuvo una utilidad excelente por parte de la Videocolposcopia al obtenerse resultados muy similares a los de la Biopsia.

RECOMENDACIONES

Realizar capacitación a estudiantes de pre y postgrado sobre la utilidad del uso de la videocolposcopia en el diagnóstico y

seguimiento de patologías de cuello, a nivel hospitalario y de la atención primaria de salud, elevando de esta forma el nivel de su formación docente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1.-Cabezas Cruz E, Camacho Canino T, Santana Martínez A, Forrajero Martínez I, Aguilar Vela de Oro F, et al. Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer Cérvicouterino. La Habana: Ecimed; 2001.

2.- Torriente Hernández Santa, Valdés Álvarez Orlando, Villarreal Martínez Aracelis, Borrego Roy. Correlación colpohistológica en las pacientes portadoras de neoplasia intraepitelial cervical tratadas con

radiocirugía. Rev. Cubana Obstet Ginecol [serie en la Internet]. 2011 Mar [citado 2015 Ene de 2014]; 37(1):23-41.[aprox. 5 p.]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000100005&lng=es.

3.- Cirión Martínez, Gladys Rafaela, Herrera Pérez, Miguel Ángel, Sanabria Negrín, José Guillermo. Correlación cito-histológica de las lesiones premalignas y malignas de cuello uterino. Rev. Ciencias Médicas de Pinar del Rio. [Revista en Internet]. 2010 [citado 12 de Agosto de 2014]; 14(1):[aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://www.revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/587>

4.- D'Souza G, Kreimer AR, Viscidi R, et al. Case-control study of human papillomavirus and oropharyngeal cancer. New England Journal of Medicine 2007; 356(19):1944-1956.

5.- Guerrero, J, Rivas J, Linares P, Rodríguez J. Red neuronal artificial para detectar lesiones precancerosas en el cuello uterino. Rev. Ingeniería UC.2008; 15(1):12-19

6.- Dr. Santiago Pineda, Cesar, José Jerónimo, MD, Mark Schiffman, MD, MPH. La colposcopia en una encrucijada. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2008; 195: 349-53

7.- Dr. Rodríguez Montano, Atziri Flores Vivian Enríquez .Métodos diagnósticos, técnicas y procedimientos quirúrgicos más comunes en Ginecología y Obstetricia.10mo Medicina UABC Ginecología y Obstetricia Enero 29 de 2007

8.- Marlene Caboverde. Llegó la colposcopia a Jaruco a pesar del bloqueo. Jaruco, 27 de octubre.2009. Salud

9.-Cabezas E. Edad al inicio de las relaciones sexuales y carcinoma de cuello uterino. Rev. Cubana Obstet Ginecol. 2005;11(1):97-104.

10.-Rodríguez Salvá, Armando. Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer Cérvico Uterino ¿Qué hacer y por qué? Rev. Cubana de Med, Gral. Integral 1994; 10(3): 220-224

11.- Anuario estadístico cubano [monografía en la Internet] 2010 [citado 29 de agosto de 2014]: [aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://files.sld.cu/dne/files/2011/04/anuario-2010-e-sin-graficos1.pdf>

12-Carrillo A, Mohar A, Meneses A, Frías-Mendivil M, Solorza G, Lizano M. Utilidad en la combinación de oligonucleótidos universales

para la detección del virus del papiloma humano en cáncer cérvicouterino y lesiones premalignas. Salud pública Méx. [serie en Internet]. 2004 [citado 9 de agosto de 2014]; 46(1):7 - 15.[aprox. 8 p.]

Disponible:
http://scielo.unam.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342004000100002&lng=es&nrm=iso.

13- Suárez Gonzáles JA, Figueroa Verdecía D, Gálvez Puyuelo AF. Algunos factores biosociales relacionados con la aparición de citología alterada En: UNNINET. VI Congreso virtual de Anatomía patológica, 1 - 31 marzo 2004, Trinidad [revista en la internet]. 2004 [citado 12 jul de 2014]: [aprox. 6 p.] Disponible en: <http://conganat.uninet.edu/6CVHAP/autores/trabajos/T331>

14 -Factores de riesgo para desarrollar cáncer del cérvix. [serie en Internet]. 2002 [citado 2 de octubre de 2014]: [aprox. 2 p.]. Disponible en:

http://www.drscope.com/pac/gineobs/g8/g8_pag31.htm

15- Steben M, Duarte-Franco E. Human papillomavirus infection: epidemiology and pathophysiology. Gynecol. Onco. 2007; 107(2 Suppl): 2 - 5.

16- Vargas Hernández VM. Virus del papiloma humano. Aspectos epidemiológicos, carcinogénicos, diagnósticos y terapéuticos. Ginecol. Obstet. México. 1996; 64: 411 - 6.

17- Herrero R, Hildesheim A, Bratti C, Sherman M E, Hutchinson M, Morales J, et al. Population-based study of human papillomavirus infection and cervical neoplasia in rural Costa Rica. J. Natl. Cancer. Inst. 2000; 92 (6): 464 - 74.

18- Varela Álvarez A, Lorenzo Valladares R, Ferrá Torres T M, Durruthy W, Córdova Dalacio D, Mendoza del Pino M. Cáncer cérvico uterino. Comportamiento durante el quinquenio 2002 - 2006 en la provincia Camagüey. MediCiego [serie en internet] 2008; [citado 25 octubre de 2014]. [aprox. 6 p.]. Disponible en:http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol14_02_08/articulos/a5_v14_0208.htm

19- López Saavedra A, Lizano Soberón M. Cáncer cérvico uterino y el virus del papiloma humano: la historia que no termina. [Libro en Internet]. 2005 [citado 12 de julio de 2014]: [aprox. 9 p.]. Disponible en:

<http://www.cuautitlan.unam.mx/comunidad/uc2005/pdfs/com25feb.pdf>

20- H. Zur Hausen, y E. M. de Villiers: «Human papillomaviruses», en *Annu Rev Microbiol*, 48: págs. 427-447, 2004.

21-. Una vacuna contra el virus del papiloma humano reduce los casos de enfermedad hasta en un 90%. [Libro en Internet]. 2005 [citado

22- Braillard Pocard PM, Braverman A, Cabrera MN, Chapier VV. Cáncer de cérvix: incidencia según edad y estadio tumoral. *Rev Postg Vía Cated Med* [serie en Internet]. 2005 [citado 12 de julio de 2014]; (141): [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista141/3_141.htm

23- Sociedad Española de Ginecología. La infección por papilomavirus. España: SEGO; 2002.

24- Vázquez-Corzo S, Trejo-Becerril C, Cruz-Valdez A, Hernández-Nevarez P, Esquivel-Guadarrama FR, Gutiérrez-Xicotencatl ML. Asociación entre la presencia de anticuerpos anti-Ras y anti-VPH16 E4/E7 y lesiones intraepiteliales del cérvix. *Salud pública Méx.* [serie en Internet]. 2003 [citado 9 de agosto de 2014]; 45 (5): 335 - 45. [aprox 10 p.] Disponible http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342003000500002&lng=en&nrm=iso

25-Hernández Menéndez M, Ríos Hernández M de los A, Aguilar Vela de Oro O, Torres Chávez A. Actualización de la terapéutica del papilomavirus humano. Terapia convencional. *Rev. Cubana Med.* [serie en Internet]. 2004 [citado 7 de septiembre de 2014]; 43 (1): [aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232004000100009&lng=es&nrm=iso&tlng=es

26- Aubin F, Pretet C, Mougin D. Infection a papillomavirus humains. *Ann. Dermatol. Venereol.* 2007; 134 (1): 94 - 9.

27- Kresge KJ. Cervical cancer vaccines: introduction of vaccines that prevent cervical cancer and genital warts may fore-shadow implementation and acceptability issues for a future AIDS vaccine. */AV/ Rep* [serie en Internet]. 2005 [citado 9 de marzo de 2014]; 9 (5): [aprox. 9 p.] Disponible en: <http://www.aegis.org/pubs/IAVI/2005/IAVI0511-01-EN.htm/>

28- Bouscarat F, Dupin N, Javier M, Drobacheff C, Milpied B, Vexiau D. Maladies sexuellement transmissibles recommandations

diagnostiques et thérapeutiques. Verrues génitales (condylomes) externes. Ann. Dermatol. Venereol. 2006; 133 (8/9): 2536 - 8.

29- Lantero Abreu MI, Torres Peña R, Joanes Fiol J, Alonso Gómez ME, Abreu Daniel A, Lobio Cárdenas Z, et al. Infecciones de transmisión sexual. Pautas para su tratamiento. La Habana: MINSAP; 2004.

30- Cutts FT, Franceschi S, Goldie S, Castellsague X, de Sanjose S, Garnett G. Human papillomavirus and HPV vaccines: a review. Bull World Health Organ. 2007; 85(9): 719 - 26.

31- Papillomes viraux cutanés et condylomes. Ann. Dermatol. Venereol. 2003; 130(10): 134 - 9.

32- Bernard Hu, Calleja-Macias IE, Duna ST. Genome variation of humanpapilloma virus types: phylogenetic and medical implications. Int. J. Cancer. 2006; 118: 1071 - 6.

33- Portillo López A. El virus del papiloma humano y el cáncer cérvico uterino.[Serie en Internet] 2007 [citado 19 de agosto de 2014]: [aprox. 10 p.] Disponible en: <http://gaceta.cicese.mx/print.php?topico=articulos&ejemplar=116&id=225>

34- Albarrán Y, Carvajal A, de la Garza A, Cruz Quiroz BJ, Vázquez Zea E, Díaz Estrada I, et al. MVA E2 recombinant vaccine in the treatment of human papillomavirus infection in men presenting intraurethral flat condyloma: a phase I/II study. Bio Drugs. 2007; 21 (1): 47 - 59.

35- Cutié E. Infecciones de transmisión sexual. En: Rigol Ricardo O. Obstetricia y ginecología. La Habana: Ecimed; 2004. p. 391 - 9.

36- Woodhall S, Ramsey T, Cai C, Crouch S, Jit M, Birks Y, Edmunds WJ, et al. Estimation of the impact of genital warts on health-related quality of life. Sex. Transm. Infect. 2008; 84(3): 161 - 6.

37- Castañeda Iñiguez MS. El cáncer cervical como problema de salud pública en mujeres mexicanas y su relación con el virus de papiloma humano. [tesis]. 2003 [citado 9 de agosto de 2014]: [aprox 9 p.]. Disponible en: http://www.tesisexarxa.net/TESIS_UAB/AVAILABLE/TDX-1125105-175123/msci1de1.pdf

38- Montero Varela M del P, Batallán Jerez M P, Batista Muñoz N, Páez Haber A. Condiloma acuminado gigante. Presentación de un caso. Correo Científico Médico de Holguín 2004. [serie en Internet]. 2004 [citado 10 de febrero de 2014]; 30 (3): [aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://articulos&ejemplar=116&id.hlg.sld.cu>

- 39- Parapar I, Tabeada N. Exéresis quirúrgica radical como único tratamiento del condiloma acuminado gigante: a propósito de un caso. [serie en Internet]. 2007 [citado 5 de julio de 2014]: [aprox. 4 p.]. Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1articulos.php?method=showDetails&id_articulo=44783&id_seccion=1613&id_ejemplar=4538&id_revista=108
- 40- Virus del papiloma humano. [serie en Internet]. 2008 [citado 4 de enero de 2014]: [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.wikipedia.org>
- 41- Tirado Gómez LL, Mohar Betancourt A, López Cervantes M, García Carrancá A, Franco Marina F, Borges G. Factores de riesgo del cáncer cérvicouterino invasor en mujeres mexicanas. Salud Pública Mex. [serie en Internet]. 2005 [citado 7 de marzo de 2014]; 47 (5): [aprox. 21 p.]. Disponible en: http://www.insp.mx/salud/47/475_3.pdf
- 42- Alliance for Cervical Cancer Prevention Members. Factores de riesgo de cáncer cérvico uterino: indicios hasta la fecha [serie en Internet]. 2004 [citado 12 de julio de 2014]: [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://www.path.org/files/RH_questions_asked_fs_sp.pdf
- 43- Tamayo Acevedo LS. Asociación y predicción del riesgo de lesión intraepitelial escamosa y cáncer cérvicouterino en función de los factores: infección por el virus del papiloma humano, ginecobstétricos, comportamiento sexual, sociodemográficos y antecedentes genético en mujeres mayores de 15 años, Estado de Colima [tesis]. México; 2014. [citado 12 de julio de 2014]: [aprox 32 p.]. Disponible en: http://www.tesisexarxa.net/TESIS_UAB/AVAILABLE/TDX-1125105-175123/msci1de1.pdf España: SEGO; 2002
- 44- Cabezas Cruz E. Lesiones malignas del útero. En: Rigol Ricardo O. Obstetricia y ginecología. La Habana: Ecimed; 2004. p.297-312.
- 45- Álvarez Díez MN, Canga Presa JM, Rodríguez Sánchez F, Suárez Alonso I, Cañón Díez F, et al. Condiloma acuminado perianal gigante complicado. Emergencias 2007; 19: 166 - 7.
- 46- Wienecke R, Brockmeyer NH, Kreuter A. Human papilloma virus-induced disease in HIV-positive patients. Hautarzt. 2006; 57(11): 994 - 8.
- 47- Rivera ZR, Aguilera TJ, Larraín HA. Epidemiología del virus papiloma Humano. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 2002; 67(6): 5073.

48- Díaz Alcorta T, González Bridón A, Espinosa Mayo JA, Díaz Triana I, Batallán Jérez MP. Condiloma Gigante o de Buschke Loewenstein. Presentación de un caso. Correo Científico Médico de Holguín 2005; 9 (1): [serie en Internet]. 2005 [citado 19 de marzo de 2014]; 30 (3): [aprox. 9 p. Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/No91/n91presc1.htm>

49- Borges Laffita M, Sanamé Columbié O, Hartmann Guilarte A, Terán Palermo S. Estudio epidemiológico de las displasias epiteliales de cuello uterino y la infección por H.P.V. en el Hospital General Docente de Baracoa, Guantánamo, Cuba en el año 2002. [tesis en Internet]. 2003 [citado 18 de julio de 2014]: [aprox. 42 p.]. Disponible en: <http://conganat.sld.cu/autores/trabajos/T164/index.html>.

50- Muñoz N, Franceschi S, Bosseti C. Role of parity and human papillomavirus in cervical cancer: IARC multicentric case-control study. Lancet. 2002; 359 (9312): 1093-1101.

51- Sarduy Nápoles Dr. C. Miguel Control de la calidad en los programas de pesquisa de cáncer cérvicouterino Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2012; 38(3)389-399

52- León Cruz G, Bosques Diego OJ. Infección por el virus del papiloma humano y factores relacionados con la actividad sexual en la génesis del cáncer de cuello uterino. Rev Cubana Obstet Ginecol [serie en Internet]. 2005 [citado 26 de septiembre de 2014]; 31(1): [aprox. 13 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2005000100010&lng=es&nrm=iso.

53- Ferrá Torres TM, Estrada Abreu DR, Bermejo Bencomo W. Factores de riesgo medio ambientales del Cáncer Cérvico Uterino. Arch. Méd. Camagüey. [serie en Internet]. 2009 [citado 12 de enero de 2014]; 12(3). [aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://www.cmw.sld.cu/amc/v12n6-2/322.htm>

54- Rojas Rivero L, Izquierdo Cirer A, Sarría Pérez C, Sariago Ramos I, Fraga Nodarse J. Comportamiento de la trichomoniasis vaginal en un grupo de adolescente. Rev Cubana Med Trop [serie en Internet]. 2003 Dic. [citado 26 de septiembre de 2014]; 55 (3): 179 - 184. [aprox 5 p.] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602003000300008&lng=es&nrm=iso

55- Ferrá Torres TM, Del Río Ysla MB, Carrazana Hernández GB. Relación de las Verrugas Ano- Genitales con lesiones precursoras de cáncer cérvico uterino. MediCiego. [serie en Internet] 2008 [citado 12

de enero de 2014]; 14 (1): [aprox. 13 p.]. Disponible en:
<http://bvs.sld.cu/rvistas/mciego/v14-supl1-08>

56- Premoli G, González A, Villarreal J, Percoco T, Pietrocino P, Aguilera L. Virus del papiloma humano; visión actual en biomedicina. Rev Asoc Dental Mex 2005(nov-dic); 62(6): 213-224.

57.- Infecciones de transmisión sexual [serie en internet].2005 [citado 12 mar 2014]: [aprox. 4 p.]. Disponible en:
<http://www.dynabizvenezuela.com/images/dynabiz/ID3749/siteinfo/Enfermedades%20de%20Transmisi%F3n%20Sexual.pdf>

58- Kjellberg L, Hallmans G, Ahren A, Johansson R: Smoking, diet, pregnancy and oral contraceptive use as risk factors for cervical intraepithelial neoplasia in relation to human papillomavirus infections. Br J Cancer 2006; 82(7): 1332-8.

59- Valentín Martínez C, Torrientes Hernández B. Neoplasia cervical en la mujer climatérica. Rev. Cubana Obstet. Ginecol. [serie en Internet]. 2006 [citado 18 de julio de 2014]; 43(1): [aprox. 18 p.]. Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol32_1_06/gin01106.htm

60-. Huang CM. Human papillomavirus and vaccination. Mayo Clin Proc. 2008; 83(6): 701-6.

61- Sanabria Negrín José Guillermo, Fernández Montequín Zoila C. El cáncer cérvicouterino y las lesiones precursoras: revisión bibliográfica Rev Ciencias Médicas. 2011; 15(4):

vol.15 no.4 Pinar Del Río Oct.-dic. 2011

62- Simon P, Dupond I. Anti-HPV vaccination: preventing cervical cancer. Rev. Med. Brux. 2006; 27(4): 338 - 40.

63- Foerster V, Murtagh J. Human papillomavirus (HPV) vaccines: a Canadian update. Issues Emerg. Health Technol. 2007; (109): 1 - 8.

64- Lau Serrano Dalgis, Millán Vega María Margarita, Fajardo Tornés Yarine, Sánchez Alarcón César. Lesiones preinvasivas del cuello uterino. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2012 Sep. [citado 09 de enero 2015] ; 38(3): 366-377: [aprox. 11 p.] Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000300009&lng=es.

65- Sarduy Nápoles Miguel. Correlación citohistológica en las neoplasias intraepiteliales cervicales y en la identificación del VPH en esas lesiones. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet].

2009 Mar [citado 09 de enero 2015 Ene] ; 35(1):[aprox. 8 p.] .
Disponble en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2009000100007&lng=es.

66- Steinbrook R. The Potencial of humanpapilloma virus vaccines. Perspective. 2006; 354 (11): 1109 - 12.

67- Juárez-Albarrán A C., Juárez Gámez C A. Vacuna contra el virus del papiloma humano. Rev. Med. Inst. Mex. Seg. Soc. 2008; 46(6):631-7.

68- John W. Sellors, M.D,R. Sankaranarayanan, M.D. La Colposcopia y el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical. Publicado por el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer. Julio/ 2008

69.- Eutimio Roa B., Eduardo Osorio F., Sergio Lizana C, Ramiro Herrera Z. Conización LEEP en NIE de Alto Grado en una Institución Privada de Salud. Rev. chil. obstet. ginecol. 2009; 74(4):271-282

70-Puig-Tintoré LM, Alba Menéndez A Documento de Consenso. Infección por Papiloma Virus. Coordinación técnica y editorial: Meditex, Grupo Saned. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia S.E.G.O. mar 2008.

71- Baseman J, Kulasingam S, Harris T, Hughes J, Kiviat N, Mao C, Koutsky L. Evaluation of primary cervical cancer screening with an oncogenic human papillomavirus DNA test and cervical cytologic findings among women who attended family planning clinics in the United States. Am J Obstet Gynecol 2008; 199:26.e1-26.e8.

72.- Graciela Tamayo, Lien, Tania, de la Torre, Ana Isabel, Varona Sánchez, Joel, Borrego, López Julio, Areces Delgado, Georgina. Relación colpohistológica en lesiones de cuello de alto grado. Ginecología y Salud Reproductiva. 30 de junio de 2010.

73.- Cuba. Ministerio de Salud Pública. Proyecciones de la Salud Pública en Cuba para el 2015. La Habana; 2006. p. 11 - 63.

74- Ruiz de Zárate S. Actualización del Programa de Control de Enfermedades Venéreas. Rev. Cub. Hig. Epid.1975; 13(1-2): 65 - 67.

75.- Albuquerque, Zair Benedita Pinheiro de et al. Mulheres comatipias, lesões precursoras e invasivas do colo do útero: condutas segundo as recomendações do Ministério da Saúde. Rev. Bras. Ginecol. Obstet.2012; 34(6):248-253

76- Moré Vega Alina, Moya Toneut Carlos, Pino Pérez Felipe Vladimir, Gálvez Castellón Ana Margarita, Espinosa Fuentes Mirdo Luis, Ávalos

Arbolaes Jorge Luis. Comportamiento de las lesiones intraepiteliales de alto grado en la consulta de patología de cuello. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2013 Dic [citado 09 de enero 2015] ; 39(4): 354-367: [aprox. 13 p.] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2013000400005&lng=es.

77- Salvent Tames Adrian, Rodríguez Lara Osvaldo, Leyva Lambert Marlenis, Gamboa Rodríguez Mailin, Columbié Gámez Mirta. Comportamiento del cáncer cérvicouterino en el municipio San Antonio del Sur de Guantánamo. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2012 Jun [citado 09 del enero de 2015] ; 38(2): 190-198[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000200006&lng=es.

78- Lau Serrano Dalgis, Millán Vega María Margarita, Fajardo Tornés Yarine, Sánchez Alarcón César. Lesiones preinvasivas del cuello uterino. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2012 Sep. [citado 09 de Oct de 2014] ; 38(3): 366-377: [aprox. 11 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000300009&lng=es.

79- Sarduy Nápoles Miguel R.. Neoplasia Intraepitelial Cervical: Preámbulo del cáncer cérvicouterino. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2008 Ago. [citado 09 de Oct de 2015] ; 34(2):`aprox 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2008000200004&lng=es.

80- León Cruz Grettell, Bosques Diego Omar, Silveira Pablos Mario, de la Torre Ana Isabel, Soto Pilar, Rodríguez Beatriz. Incidencia de los factores de riesgo en mujeres cubanas con diagnóstico de lesiones oncológicas de cérvix. Rev cubana Med [revista en la Internet]. 2009 Mar [citado 09 de Oct de 2014] ; 48(1): [aprox. 7 p.] . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232009000100006&lng=es.

81- Ríos Hernández María de los Ángeles, Hernández Menéndez Maité, Aguilar Vela de Oro Francisco Orlando, Silveira Pablos Mario, Amigó de Quesada Margarita, Aguilar Fabrè Kenia. Tipos de papilomavirus humanos más frecuentes en muestras cubanas de cáncer cervical. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2010 Jun [citado 09 de Oct de 2015] ; 36(2):104-111. Disponible

en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000200009&lng=es.

82- Katz, Letícia Maria Correia et al. Concordancia entre citología, colposcopia e histopatología cervical. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Ago. 2010; 32(8):368-373. ISSN 0100-7203

83-Oliveira, Zenóbio Fernandes Rodrigues de. Comparação do desempenho entre a citopatologia-colposcopia e os achados da histopatologia nas lesões do colo uterino. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., 2008;30(9):32-47

84.- Balestena JM, Suárez BC, Piloto MM, Batista CR. Correlación entre el diagnóstico citológico, colposcópico y biopsia dirigida con el diagnóstico histológico por conización. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2004;30(3):16-30.

85- Casanova Fonticiella Félix José, Rodríguez Santos Irene Carmen, Alemán Ramírez Pedro Evelio, Borges Echevarría Pedro. Concordancia citocolpohistológica en pacientes con lesión intraepitelial escamosa cérvicouterino de bajo grado. Rev Cubana Obstet Ginecol [serie en la Internet]. 2010 Sep. [citado 09 de Oct de 2014 Ene] ; 36(3): 399-408. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000300010&lng=es.

86-Vólquez C, Sanabria Negrín, JG, Salgueiro M. Incremento de la detección de lesiones del cuello uterino con inspección visual con ácido acético en Puerto Esperanza, Pinar del Río. 2008. [Tesis]. Tesis de Especialidad de Primer Grado en MGI. Pinar del Río; 2009.

87- Sanabria-Negrín J. Virus del Papiloma humano / Human Papilloma virus (HPV). Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río [serie en Internet]. 2009 [citado 12 de Octubre de 2014]; 13(4):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/562>

88- Franco Argote Osmany, Valladares Vallín Juventina, Pérez Ramos Giselle. Neoplasia intraepitelial cervical en un área de salud. Rev Cubana Obstet Ginecol [serie en la Internet]. 2011 Ago. [citado 09 de Oct de 2015] ; 37(2): 193-203. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000200009&lng=es.

ANEXO I

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
HOSPITAL GENERAL DOCENTE MORÓN
"ROBERTO RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ"**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo-----
-, estoy de acuerdo a ser incluido en la investigación, "Utilidad de la Videocolposcopia en el diagnóstico precoz y seguimiento de las patologías de cérvix", en el Hospital General Docente Morón "Roberto Rodríguez Fernández" y se me han explicado las bases del estudio.

He podido hacer preguntas sobre la investigación.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

Cuando quiera

Sin tener que dar explicaciones

Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Presto libremente mi conformidad para participar en la investigación.

Fecha_____

Firma del participante_____

ANEXO II

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
HOSPITAL GENERAL DOCENTE MORÓN
"ROBERTO RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ"**

Título: Utilidad de la Videocolposcopia en el diagnóstico precoz y seguimiento de las Patologías de Cérnix.

GUÍA DE OBSERVACIÓN

Objetivo: Recoger información primaria acerca de las pacientes y su atención.

Fecha: Abril 2012- Abril 2014

Día de la semana: Martes y Jueves

Hora: A partir de las 9.00 a.m.

Lugar: Consulta Patología de Cuello

Tipo de observación: Participante, estructurada y longitudinal.

Contexto de la observación: Durante la realización de la consulta en el departamento de patología de cuello durante los dos años que duró la investigación en la consulta perteneciente al municipio Morón.

Formas de recoger la información: Notas.

Condiciones indispensables para la realización de la observación: existe un local con todas las condiciones creadas para este tipo de departamento, iluminación y climatización además de contar en el mismo con las historias clínicas y tarjetas de citología necesarias para recoger las notas para la información que se necesita.

Guía de observación:

1. Edad

25 – 29

30 – 34

35 – 39

40 – 44

45 – 49

50- 54

55- 59

2. Antecedentes Obstétricos

Nulípara

Primípara

Multípara

3. Grado de alteración citológica según citología

NIC I

NIC II

NIC III

4. Resultado Videocolposcopia Y Citología

Coincide

No coincide

5. Resultado de biopsia y video colposcopia

Coincide

No coincide

6. Utilidad de videocolposcopia

Útil

No Útil

Escala Valorativa:

Útil: cuando un elevado por ciento de los resultados de citología, videocolposcopia y biopsias coinciden.

No Útil: cuando la mayoría de los porcentajes de los resultados no coinciden.

ANEXO III

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
HOSPITAL GENERAL DOCENTE MORÓN
"ROBERTO RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ"**

Guía de Encuesta.

Título: Utilidad de la Videocolposcopia en el diagnóstico precoz y seguimiento de las Patologías de Cérvix.

Objetivo: Recoger información importante que no se encuentra en los registros oficiales

Fecha: Abril 2012- Abril 2014

Lugar: Consulta Patología de Cuello

Selección de la muestra: Estuvo constituida por todas las pacientes con el diagnóstico de citología alterada que acudieron a consulta de patología de cuello

Formas de recoger la información: Escalas valorativas.

Consigna:

En el hospital general docente Roberto Rodríguez de Morón y en particular en la consulta de patología de cuello del mismo, el equipo formado por el especialista responsable de la consulta y el residente realizan una investigación para evaluar la utilidad de la videocolposcopia en el diagnóstico precoz y seguimiento de las Patologías de Cérvix. El equipo de investigadores les garantiza discreción con la información que aporte su información y a su vez le agradece su contribución y el tiempo dedicado.

Muchas gracias

Guía de la encuesta

1.- ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido?

1 pareja ____ 2 parejas____ 3 ó mas _____

2. ¿A qué edad tuvo sus primeras relaciones sexuales?

Antes de los 18 años_____

Después de los 18 años_____

3. ¿Usted Fuma?

Sí_____ No_____

4. ¿Usted ha presentado anteriormente cervicitis y/o prueba citológica alterada?

Cervicitis Sí_____ No_____

Citología alterada Sí_____ No_____

5. ¿Se le ha realizado alguna biopsia?

Sí_____ No_____

7. ¿Ha presentado en alguna ocasión infecciones de transmisión sexual?

Gonorrea Sí_____ No_____

Clamidas Sí_____ No_____

Trichomonas Sí_____ No_____

Condiloma Acuminado Sí_____ No_____

8. ¿Ha tenido como pareja sexual, un hombre cuyas parejas anteriores hayan sido portadoras de citologías alteradas?

Sí_____ No_____

Escala Valorativa:

Útil: cuando un elevado por ciento los resultados de citología, video colposcopia y biopsias coinciden.

No Útil: cuando la mayoría de los porcentos de los resultados no coinciden.

ANEXO IV

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
HOSPITAL GENERAL DOCENTE MORÓN
"ROBERTO RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ"**

Guía de Estudio de documentos.

Título: Utilidad de la Videocolposcopia en el diagnóstico precoz y seguimiento de las Patologías de Cérvix.

Objetivo: Caracterizar las historias clínicas individuales de cada paciente, tarjetas de citologías y biopsias.

Universo: historias clínicas pertenecientes a las pacientes atendidas en la consulta de patología de cuello del hospital general docente de Morón, así como, las tarjetas de citologías y sus biopsias.

Tipo de estudio documental: Análisis de contenido.

Tipo de documentos: Escritos oficiales. Historias clínicas, modelo oficial 54-01-1 ó 54-03-1, tarjetas de citología, modelo oficial 66-02 y libro control de biopsias.

Unidades de análisis: Citologías y Biopsias

Formas de recoger la información: Escalas valorativas.

Contexto del estudio: Departamento de archivo y estadística del hospital y Consulta de Patología de Cuello.

Explicación a los especialistas que realizarán el estudio:

En el hospital del municipio Morón se desarrolla una investigación para demostrar la Utilidad del uso de la videocolposcopia en el diagnóstico precoz y seguimiento de las patologías del cervix fundamentalmente en las pacientes portadoras de alguna alteración citológica.

Guía de observación:

1. Edad

25 – 29

30 – 34

35 – 39

40 – 44

45 – 49

50- 54

55- 59

2. Antecedentes Obstétricos

Nulípara

Primípara

Multípara

3. Grado de alteración citológica según citología

NIC I

NIC II

NIC III

4. Resultado Videocolposcopia Y Citología

Coincide

No coincide

5. Resultado de biopsia y video colposcopia

Coincide

No coincide

6. Utilidad de videocolposcopia

Útil

No Útil

Guía de la encuesta

1.- ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido?

1 pareja ____ 2 parejas____ 3 ó mas _____

2. ¿A qué edad tuvo sus primeras relaciones sexuales?

Antes de los 18 años_____

Después de los 18 años_____

3. ¿Usted Fuma?

Sí_____ No_____

4. ¿Usted ha presentado anteriormente cervicitis y/o prueba citológica alterada?

Cervicitis Sí_____ No_____

Citología alterada Sí_____ No_____

5. ¿Se le ha realizado alguna biopsia?

Sí_____ No_____

7. ¿Ha presentado en alguna ocasión infecciones de transmisión sexual?

Gonorrea Sí_____ No_____

Clamidas Sí_____ No_____

Trichomonas Sí_____ No_____

Condiloma Acuminado Sí_____ No_____

8. ¿Ha tenido como pareja sexual, un hombre cuyas parejas anteriores hayan sido portadoras de citologías alteradas?

Sí_____ No_____

Escala Valorativa:

Útil: cuando un elevado por ciento los resultados de citología, video colposcopia y biopsias coinciden.

No Útil: cuando la mayoría de los porcentajes de los resultados no coinciden.