

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA

“DR. JOSÉ ASSEFYARA”

POLICLÍNICA GENERAL INTEGRAL DOCENTE

“Raúl Ortiz Ávila”

Título: Comportamiento de los factores de riesgo en pacientes diagnosticadas con
Cáncer Cervicouterino en el Área de salud Ciro Redondo.

AUTOR: Dr. Roberto Suárez Santana.

AÑO 2019

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA

“DR. JOSÉ ASSEF YARA”

POLICLINICA GENERAL INTEGRAL DOCENTE

“Raúl Ortiz Ávila”

Título: Comportamiento de los factores de riesgo en pacientes diagnosticadas con
Cáncer Cervicouterino en el Área de Salud Ciro Redondo.

(Tesis en opción al título de especialista de 1er grado en Medicina General Integral)

AUTOR: Roberto Suárez Santana.

Residente de 2do año de Medicina General Integral

Policlínica General Integral Docente Raúl Ortiz Ávila

TUTORA: Dra. Eramis Pérez Dorta

Especialista de I Grado en Medicina General Integral.

Policlínica General Integral Docente “Raúl Ortiz Ávila.”

Ciro Redondo 2019

A G R A D E C I M I E N T O S

Agradezco a todas esas personas que de una manera u otra me ayudaron y contribuyeron a la realización de esta tesis, así como aquellas mujeres que me sirvieron de estudio, en especial a mi gran profesora y amiga, Andrea Flores Sabedra, que aun combate dicha patología con resultados muy positivos. Además de la docente María Elena Carmona, siendo ella mi principal apoyo de la metodología. Sin más Dr. Roberto Suárez.

G r a c i a s .

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal con el objetivo de caracterizar el comportamiento de los factores de riesgo en las pacientes diagnosticadas con Cáncer Cervicouterino del Área de Salud Ciro Redondo en el periodo comprendido de mayo 2018 a junio 2019. El universo de estudio estuvo constituido por 21 mujeres diagnosticadas por citología con Cáncer Cervicouterino, a las que se le aplicó una encuesta confeccionada al efecto. Otros datos utilizados fueron tomados de las tarjetas de citología e historia clínica de las pacientes en los respectivos consultorios, donde se analizaron diferentes variables relacionadas con la sexualidad, obteniéndose los siguientes resultados: el 23,8% de las pacientes iniciaron sus relaciones sexuales entre 12 y 14 años. Las pacientes con mayor número de intervenciones sobre el cuello uterino (partos, interrupciones de embarazos) se ubicaron en el grupo de lesiones intraepiteliales de alto grado. Al igual que los procesos infecciosos ginecológicos y el mayor número de parejas sexuales.

Palabras clave: coito, neoplasia, intraepitelial

ÍNDICE

PÁGS.

Introducción... ..	1
Objetivos... ..	4
Marco Teórico... ..	5
Materiales y métodos... ..	14
Resultados y Discusión... ..	19
Conclusiones... ..	28
Referencias bibliográficas... ..	29
Anexos	

INTRODUCCIÓN

El Cáncer Cervicouterino constituye uno de los principales tumores que afectan al sexo femenino tanto a las mujeres en países en desarrollo como a los desarrollados, aunque en menor grado, convirtiéndose en una de las causas más frecuentes de muerte en las mujeres de todo el mundo, sin embargo, se trata de un proceso que puede prevenirse. ⁽¹⁾

La ubicación topográfica del cuello favorece el examen clínico como la aplicación del método de diagnóstico complementario con gran eficacia. Puede afirmarse que con la citología cérvico vaginal descrita por Papanicolaou, la colposcopia de Hinsilmen y la biopsia de Ruge y Veit oportunamente aplicada no debe morir ninguna mujer de cáncer de cuello uterino. ⁽²⁾

En numerosos países se aplican programas para el diagnóstico precoz de Cáncer Cervicouterino fundamentados en la utilización de estos métodos. En Cuba existe un programa desde 1968 y es conocida popularmente con el nombre de "prueba citológica". ⁽³⁾

La falta de acceso a los servicios de análisis y tratamiento adecuados de uno de los tipos de cáncer más prevenible, detectable y tratables se ha convertido una causa importante de mortalidad entre las mujeres, particularmente en las mujeres pobres de América. Globalmente se calcula que cada año se diagnostican 466 000 nuevos casos de Cáncer Cervicouterino. Cada año 231000 mujeres mueren debido a esta patología. ^(3,4)

Se calcula que la prueba de Cáncer Cervicouterino en las mujeres cada 5 años tiene un costo de alrededor de US \$100 en los Estados Unidos. El tratamiento de la mujer con Cáncer Cervicouterino tiene un costo de aproximado de US \$2600 en los EE.UU. ⁽⁵⁾

Se cree que en todas las América, cada año se presentan casi 68 000 nuevos casos de Cáncer Cervicouterino y está demostrado que el cuello del útero es la parte del organismo más susceptible de presentar cáncer en las mujeres de América Latina y el

Caribe. Dentro de la región en general América del Norte tiene la morbilidad y mortalidad más baja mientras el resto de la América se observa gran variabilidad. ⁽⁵⁾

Según información procedente de los registros de cáncer los datos son relativos hay una incidencia alta en Brasil, Paraguay y Perú y baja en Cuba, Puerto Rico y Argentina. Se ha destacado que la incidencia de Cáncer Cervicouterino varía de naciones a otras. Se observan tasas muy bajas en Israel (4,5 por 100 000 mujeres). En Connecticut, Estados Unidos (9,8) y en Nueva Zelandia (9,9). En cambio, se registran tasas muy elevadas en Cali, Colombia (62,8), en Recife, Brasil (58,1) y en Dinamarca (31,6 por 100 000 mujeres). ^(6,5)

En Cuba al cierre del 2018 se diagnosticaron 1512 casos nuevos lo que representó una tasa de 26 por cada 100 000 habitantes, la mortalidad comprendió 4,2 casos con una tasa de 5,3 por cada 100 000 habitantes, en mujeres entre 40 y 50 años, aumentando en el 2019 la tasa de mortalidad por neoplasia de cuello uterino fue de 8,3. En Cuba ha venido ocupando entre los lugares tercero y cuarto en incidencia y del tercero al quinto en mortalidad. ⁽⁷⁾

En la provincia Ciego de Ávila y el municipio de Ciro Redondo al igual que el resto del país y el mundo, constituye un problema de salud el Cáncer Cervicouterino. Debido a esto existe como estrategia ministerial una consulta central de patología de cuello en el municipio con el fin de brindar un diagnóstico y tratamiento oportuno.

Los estudios epidemiológicos han demostrado que el principal factor de riesgo para el cáncer de cuello es la infección por el virus del papiloma humano. Sin embargo, a pesar de que esta patología ha sido detectada en el 80% - 90% de las mujeres sexualmente activas, solo un pequeño porcentaje 10% - 30% de ellas progresan a lesiones intraepitelial de alto grado y carcinoma in situ. ⁽⁸⁾

Actualmente se plantea que algunos tipos de virus del papiloma humano pueden ser agentes carcinogénicos; de igual forma se invocan otros factores que pueden favorecerlo como el tabaquismo, la multiparidad, el uso prolongado de las tabletas anticonceptivas, las malas condiciones socioeconómicas, malos hábitos dietéticos, el consumo de alcohol, la baja escolaridad, el inicio de las relaciones sexuales antes de

los 20 años y la poca actividad física, los que al combinarse favorecen su aparición en épocas tempranas de la vida.⁽⁹⁾

En los últimos años la precocidad en las relaciones sexuales de las adolescentes ha motivado que un grupo de países desarrollados cambien en el programa de detección precoz la edad de inicio de la periodicidad. Los cambios han sido por la disminución de la edad de la primera relación sexual y debido a un mayor conocimiento de la etiología del virus del papiloma humano y su significación en el Cáncer Cervicouterino. En la progresión de la lesión intervienen diferentes cofactores como la presencia de otra infección, el déficit inmunitario, los factores antigénicos en casos de invasión del estroma y la metástasis.⁽¹⁰⁾

Está demostrado que la relación sexual precoz trae como consecuencia la contaminación también precoz del virus del papiloma humano, se ha demostrado que la infección por este virus es la causa necesaria pero no la única suficiente del Cáncer Cervicouterino.

En estos momentos existe un incremento en las lesiones intraepitelial tanto de bajo grado como de alto grado y se están encontrando pacientes cada día más jóvenes con estas lesiones, lo que llama la atención la alta incidencia de la enfermedad en el Área de Salud Ciro Redondo por constituir un problema de salud, motivo por el cual se realiza este trabajo con el propósito de evaluar el comportamiento de los factores de riesgo y sus consecuencias en las pacientes diagnosticadas de lesión intraepitelial y su complicidad en la aparición de esta enfermedad.

De acuerdo con lo anterior el **problema**: ¿Cómo se comportan los factores de riesgo en las pacientes diagnosticadas con Cáncer Cervicouterino?

O B J E T I V O S

General: 1. Caracterizar el comportamiento de los factores de riesgo en las pacientes de 25 a 54 años diagnosticadas con Cáncer Cervicouterino en el Área de Salud Ciro Redondo.

Específicos:

1. Fundamentar los sustentos teóricos del cáncer cervicouterino y sus factores de riesgo.

2. Determinar el comportamiento de los factores de riesgo en pacientes diagnosticadas con Cáncer Cervicouterino relacionados con:

- Edad de inicio de la primera relación sexual.
- Número de embarazos, partos e interrupciones y grado de lesión intraepitelial.
- Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y procesos infecciosos ginecológicos relacionadas con las lesiones intraepiteliales
- Hábito de fumar.
- Número de compañeros sexuales.

MARCO TEÓRICO

El Cáncer Cervicouterino obedece a un cambio en las células que cubren las paredes del cuello uterino (la parte inferior de la matriz que va del útero a la vagina, o el canal de parto). Estas células son inicialmente normales y gradualmente se convierten en pre cancerosas, manifestándose como lesiones en la pared del útero. Eventualmente pueden cambiar a células cancerígenas, sin embargo, en más del 50% de las mujeres con lesiones pre-cancerosas, las células permanecen benignas (pre cancerosas). En sus etapas iniciales el Cáncer Cervicouterino no muestra síntomas por lo que clínicamente no sospechamos de él hasta que se hace severo.

El factor de riesgo más común del Cáncer Cervicouterino es la exposición a ciertas variedades del Virus del Papiloma Humano (VPH). El Virus del Papiloma Humano es una infección de transmisión sexual (ITS) que en muchos casos es asintomático. Dada esta característica este virus, puede transcurrir mucho tiempo antes de que se detecte.

El Cáncer Cervicouterino es uno de los tipos de cáncer más fáciles de detectar y prevenir debido a que su desarrollo es gradual, por lo tanto, el examen periódico lo puede detectar antes de que se propague. Este tipo de cáncer es más visible que, por ejemplo, el cáncer de mama. En lugar de tener que observar las células mediante rayos x o biopsia, el ginecólogo puede raspar el interior del cuello uterino y analizar las células utilizando un microscopio. ⁽¹³⁾

Factores de riesgo de Cáncer Cervicouterino: Se ha demostrado que la infección por el Virus del Papiloma Humano es la causa necesaria, pero no la única suficiente, del Cáncer Cervicouterino. La gran mayoría de las mujeres infectadas por algún tipo de virus oncogénicos nunca presenta Cáncer Cervicouterino. Esto sugiere la existencia de otros factores adicionales que actúan conjuntamente con el Virus del Papiloma Humano influyen en el riesgo de aparición de la enfermedad. Cofactores como la paridad, el uso de anticonceptivos orales, el tabaquismo, la inmunosupresión particularmente la relacionada con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), la infección por otras enfermedades de transmisión sexual y la desnutrición se han asociado, en grado variable, con la aparición de cáncer invasivo del cuello uterino. Sin embargo, su función específica en la aparición del Cáncer Cervicouterino es poco clara

aún. La edad de comienzo de las relaciones sexuales, el número de compañeros sexuales que se han tenido, los antecedentes de infecciones de transmisión sexual y otras características de la actividad sexual se vinculan con la probabilidad de contraer el Virus del Papiloma Humano. No se los considera cofactores para la progresión de la infección por el virus a Cáncer Cervicouterino. ^(14, 15,16)

Acción de la infección por el Virus del Papiloma Humano. Si bien existen más de 50 tipos del virus que infectan el aparato genital, se han identificado 15 de ellos (tipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 y 82) como tipos oncógenos de alto riesgo vinculados al Cáncer Cervicouterino. ⁽¹⁷⁾

Un análisis de los datos compartidos de 11 estudios de casos, que incluyen a 1.918 mujeres con Cáncer Cervicouterino, reveló que ocho tipos— 16, 18, 31, 33, 35, 45, 52 y 58— daban razón del 95 por ciento del cáncer de cuello uterino. ⁽¹⁸⁾

El tipo 16, el de mayor prevalencia, respondía por el 50 a 60 por ciento de los casos de Cáncer Cervicouterino. ⁽¹⁹⁾

El tipo 18, segundo en orden de prevalencia daba cuenta de un 10 a 12 por ciento. En los diferentes países y regiones varían los tipos de Virus del Papiloma Humano de alto riesgo que tienen mayor prevalencia. ⁽²⁰⁾

El Virus del Papiloma Humano es una de las infecciones de transmisión sexual más común. Sin embargo, la infección desaparece o se torna indetectable en uno o dos años en la gran mayoría de los casos. Por ejemplo, entre una cohorte de mujeres universitarias cero negativas al Virus del Papiloma Humano, el 46 por ciento contrajo una infección por el virus dentro de los tres años. Después de una mediana de seguimiento de 60 meses, la mayoría de estas infecciones por el virus no progresaron a lesiones cervicales. ⁽²¹⁾

Paridad elevada: Un cofactor. Los datos compartidos de ocho estudios de casos y testigos sobre el cáncer invasivo del cuello uterino y dos estudios sobre el carcinoma in situ, efectuados en cuatro continentes, sugieren que las mujeres con tres o cuatro embarazos a término tenían un riesgo 2,6 veces más alto de aparición de Cáncer

Cervicouterino que aquellas que nunca habían dado a luz; las mujeres con siete partos o más, presentaron un riesgo 3,8 veces mayor.

Otros estudios corroboran esta relación positiva encontrada entre la paridad elevada y el cáncer de cuello uterino. El motivo fisiológico de esta asociación está poco claro; las posibilidades incluyen factores hormonales vinculados al embarazo o traumatismo cervicales asociados con el parto. ⁽²²⁾

La paridad elevada y el uso de anticonceptivos orales, ligados al Cáncer Cervicouterino.

Muchos casos de Cáncer Cervicouterino pueden prevenirse mediante prácticas de tamizaje apropiadas. Quienes utilizan anticonceptivos orales en lugares donde se cuenta con servicios de detección deberían recurrir a ellos, tal como se aconsejan a otras mujeres.

Sin embargo, en muchos entornos se carece de estos servicios, a menudo, los riesgos de morbilidad y mortalidad del embarazo son altos en estos entornos y los anticonceptivos orales combinados son uno de los pocos métodos anticonceptivos ampliamente disponibles, incluso, dado que la paridad parece ser un factor de riesgo de Cáncer Cervicouterino, el uso de los anticonceptivos orales puede reducir el riesgo de desarrollar esta enfermedad atribuible a la paridad. No debe negarse a la mujer el uso de anticonceptivos orales combinados simplemente porque la mujer no puede obtener acceso a los servicios de detección, probablemente, el riesgo de mortalidad materna por la falta de uso de anticonceptivos sobrepasaría ampliamente cualquier riesgo adicional de Cáncer Cervicouterino para la mayoría de las mujeres. ⁽²³⁾

Diagnóstico

ESTADÍOS PRECOCES Y ASINTOMÁTICOS

El diagnóstico del Cáncer de Cérvix en estadios precoces no difiere de lo expuesto para la neoplasia cervical intraepitelial. ⁽²⁴⁾

A modo de resumen, el diagnóstico en fases iniciales puede realizarse por los métodos diagnósticos que se exponen a continuación:

Citología Cervicovaginal

La Citología Cervicovaginal es un método de gran valor y eficacia en el diagnóstico temprano del cáncer cervical y habitualmente con su práctica se inicia el diagnóstico por lo que constituye el primer escalón.

La sensibilidad de la Citología Cervicovaginal es inferior a lo que clásicamente se afirmaba. En los últimos años el porcentaje de falsos negativos, en las distintas estadísticas, varía entre el 6 y el 45%. Para mejorar la exactitud de la citología se han introducido métodos automatizados que ayudan al citólogo a localizar células atípicas, que a veces representan un porcentaje muy bajo del total de células existentes en el frotis. La especificidad de este método para el diagnóstico del cáncer cervical es elevada. ⁽²⁵⁾

No existe acuerdo sobre la periodicidad con la que debe realizarse la Citología Cervicovaginal, en particular desde el informe Walton, emitido en 1982, que recomendó practicar, por primera vez, el estudio después del primer coito, repetirlo al cabo de un año y, si éstos son negativos, distanciarlos cada 3 años hasta los 35 años y posteriormente cada 5 años hasta los 65.

Esta recomendación quedó avalada por los resultados obtenidos en los programas de detección del cáncer cervical en los países del norte de Europa con disminución significativa de la incidencia y mortalidad y en los que se empleó un intervalo de 2 a 3 años en Islandia, 4 años en Suecia y 5 años en Finlandia. ⁽²⁶⁾

El American College of Obstetricians and Gynecologists recomendó practicar una citología anual a todas las mujeres con uno o más factores de riesgo (ejemplo, infección por Virus del Papiloma Humano o el Virus de Inmunodeficiencia Humana y no interrumpir el control citológico en mujeres de más de 65 años.

Para algunas de las mujeres portadoras crónicas de Virus del Papiloma Humano (entre un 5 y un 10% de la población femenina mayor de 35 años) sería el grupo que precisaría de un control más seguido, en las mujeres negativas podría espaciarse la periodicidad del control citológico. ⁽²⁷⁾

- Colposcopia

La Colposcopia representa el segundo escalón diagnóstico. Permite localizar en el ectocérvix, por lo general en la zona de transformación, áreas de epitelio atípico (epitelio blanco, punteado, mosaico, leucoplasia, vasos atípicos) que deben ser biopsiadas. La sensibilidad de la Colposcopia es elevada, el porcentaje de falsos negativos está por debajo del 10 % .⁽²⁸⁾

Biopsia La Biopsia es el método de mayor exactitud diagnóstica, y ha de realizarse:

1. Ante todo informe citológico y colposcópico con atipias.
2. Ante toda lesión macroscópica sospechosa y sangrante, con independencia del estudio citológico.

La pequeña Biopsia, en sacabocados, dirigido con la colposcopia es la técnica habitualmente utilizada.

El cepillado endocervical es de práctica obligada ante la presencia en el frotis de células endocervical atípicas o cuando la citología es sospechosa y la colposcopia es normal o insatisfactoria (no se visualiza o sólo parcialmente la zona de transformación). El incremento de la incidencia del adenocarcinoma del cérvix, registrado en los últimos años, nos obliga a prestar una atención especial al canal endocervical. La conización cervical es una técnica necesaria para realizar el diagnóstico del carcinoma cervical estadio uno A (1ª).⁽²⁹⁾

Clases de tratamiento

- Cirugía extracción del cáncer en una operación.
- Criocirugía consiste en la eliminación del cáncer por congelamiento.
- Cirugía con rayo láser consiste en el uso de un haz de luz intensa para eliminar células cancerosas.

Tipos de operaciones

Conización

La conización consiste en la extracción de un pedazo de tejido en forma de cono en el lugar donde se encuentra la anomalía. La conización puede emplearse para extraer un pedazo de tejido para hacer una Biopsia, pero también puede utilizarse para el tratamiento del cáncer incipiente del Cuello Uterino.

Escisión Electro Quirúrgica

Otra opción es que el médico realice un procedimiento de Escisión Electro Quirúrgica (LEEP, siglas en inglés) para extraer el tejido anormal. Este método usa una corriente eléctrica pasada por un aro de alambre delgado que sirve como cuchilla.

Histerectomía

La Histerectomía es una operación en la cual se extrae el útero y el cuello uterino además del cáncer. Si el útero se extrae a través de la vagina, la operación se llama histerectomía vaginal. Si se extrae mediante un corte (incisión) en el abdomen, la operación se llama histerectomía abdominal total. A veces los ovarios y las trompas de Falopio también se extraen; este procedimiento se llama salpingooforectomía bilateral. La histerectomía radical es una operación en la cual se extrae el cuello uterino, el útero y parte de la vagina. También se extraen los ganglios linfáticos de la región. Este procedimiento se denomina disección de los ganglios linfáticos. Los ganglios linfáticos son estructuras pequeñas en forma de frijol que se encuentran por todo el cuerpo y cuya función es producir y almacenar células que combaten las infecciones. ⁽³⁰⁾

Radioterapia

La radioterapia consiste en el uso de rayos X de alta energía para eliminar células cancerosas y reducir tumores. La radiación puede provenir de una máquina fuera del cuerpo (radioterapia externa) o se puede derivar de materiales que producen radiación (radioisótopos) a través de tubos plásticos delgados que se aplican al área donde se encuentran las células cancerosas (radiación interna). La radioterapia puede emplearse sola o además de cirugía. ⁽³¹⁾

Quimioterapia

La quimioterapia consiste en el uso de medicamentos para eliminar células cancerosas. Puede tomarse en forma de píldoras o se puede depositar en el cuerpo por medio de una aguja introducida en la vena. La quimioterapia se considera un tratamiento sistémico ya que el medicamento es introducido al torrente sanguíneo, viaja a través del cuerpo y puede eliminar células cancerosas fuera del cuello uterino.

⁽³²⁾

Tratamiento por Etapas

Etapa 0

El Cáncer Cervicouterino en etapa 0 a veces también se conoce como carcinoma in situ. El tratamiento puede ser uno de los siguientes:

- Conización.
- Cirugía con rayo láser.
- Procedimiento de escisión electroquirúrgica (LEEP)
- Criocirugía.
- Cirugía para eliminar el área cancerosa, el cuello uterino y el útero (histerectomía total abdominal o histerectomía vaginal) para aquellas mujeres que no pueden o no desean tener niños. ⁽³³⁾

Etapa I

El tratamiento puede ser en uno de los siguientes, dependiendo de la profundidad a la cual las células del tumor hayan invadido el tejido normal:

Etapa IA

- Cirugía para extirpar el cáncer, el útero y el cuello uterino (histerectomía abdominal total). Los ovarios también pueden extraerse (salpingooforectomía bilateral), pero generalmente no se extraen en mujeres jóvenes.
- Conización.
- Para tumores con invasión más profunda (3-5 milímetros): cirugía para extraer el cáncer, el útero y el cuello uterino y parte de la vagina (histerectomía radical) junto con los ganglios linfáticos en la región pélvica (disección de ganglios linfáticos).
- Radioterapia interna.

Etapa IB

- Radioterapia interna y externa.

Etapa III

- Radioterapia interna y externa
- Quimioterapia.

Etapa IV

Etapa IVA

- Radioterapia interna y externa
- Quimioterapia.

Etapa IVB

- Radioterapia
- Quimioterapia.

Recurrente

- Radioterapia combinada con quimioterapia.
- Quimioterapia para aliviar los síntomas ocasionados por el cáncer.

Teniendo en cuenta lo antes expuesto el autor de esta investigación considera que la prevención es la herramienta más importante en la lucha contra el cáncer cervicouterino, por lo que este estudio constituye una línea a seguir para posibles

- Histerectomía radical y disección de los ganglios linfáticos.
- Histerectomía radical y disección de los ganglios linfáticos, seguida de radioterapia más quimioterapia.
- Radioterapia más quimioterapia.

Etapa II Etapa IIA

- Radioterapia interna y externa.
- Histerectomía radical y disección de los ganglios linfáticos.
- Histerectomía radical y disección de los ganglios linfáticos, seguida de radioterapia más quimioterapia.
- Radioterapia más quimioterapia.

Etapa IIB

- Radioterapia interna y externa más quimioterapia.

Etapa III

- Radioterapia interna y externa
- Quimioterapia.

Etapa IV

Etapa IVA

- Radioterapia interna y externa
- Quimioterapia.

Etapa IVB

- Radioterapia
- Quimioterapia.

Recurrente

- Radioterapia combinada con quimioterapia.
- Quimioterapia para aliviar los síntomas ocasionados por el cáncer.

Teniendo en cuenta lo antes expuesto el autor de esta investigación considera que la prevención es la herramienta más importante en la lucha contra el cáncer cervicouterino, por lo que este estudio constituye una línea a seguir para posibles intervenciones educativas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal con el objetivo de caracterizar el comportamiento de los factores de riesgo en mujeres diagnosticadas con Cáncer Cervicouterino en el Área de Salud Ciro Redondo en el periodo comprendido de mayo de 2018 a junio 2019. El universo de estudio estuvo constituido por 21 mujeres con edades comprendidas entre 25 a 54 años, diagnosticadas por citología con Cáncer Cervicouterino remitidas a la Consulta de Patología de cuello de la Policlínica de Especialidades del Hospital General Morón. A las que se les aplicó una encuesta confeccionada al efecto, así como los datos recogidos en su tarjeta citodiagnóstico e historia clínica de los archivos de la consulta.

Criterios de Inclusión:

- Paciente que se le confirmó histológicamente una lesión intraepitelial de bajo y alto grado por Citología Vaginal y en Consulta de Patología de Cuello.
- Pacientes con edades comprendidas entre 25 y 54 años de edad.
- Pacientes que aceptaron participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que se negaron a participar en la investigación.

Criterios de salida

- Migración
- Fallecimiento.

Métodos teóricos

- **Análisis-síntesis:** Para la interpretación y resumen de los contenidos tanto de la revisión bibliográfica como de los resultados de la investigación.
- **Inductivo-deductivo:** Para realizar inferencias lógicas sobre los factores de riesgo del Cáncer Cervicouterino
- **Histórico-lógico:** para seleccionar la información de mayor valor que permitió sistematizar los conocimientos sobre factores de riesgo del Cáncer Cervicouterino.

Métodos empíricos

Encuesta: Se utilizó para conocer las variables en estudio respecto a cada paciente.

Análisis documental: Se utilizó para obtener información de las historias clínicas y tarjeta citológica de las pacientes.

Del nivel estadístico - matemático:

Para ello se emplearon los métodos de la estadística descriptiva. Los datos fueron organizados, clasificados y resumidos adecuadamente para un mejor análisis de la información obtenida y se transcribieron a un modelo de datos con las variables y categorías definidas. Para el procesamiento de la información se utilizaron los cómputos matemáticos. Los resultados se reflejaron de forma tabular para facilitar su análisis e interpretación, compararlos con otros autores, así como arribar a conclusiones y recomendaciones. Se utilizó el porcentaje y los números absolutos como medidas de resumen.

Procedimientos que coadyuvaron en el proceso de caracterización de los factores de riesgo del Cáncer Cervicouterino en pacientes de la muestra.

El examen físico: a través del examen ginecológico con espéculo.

Precauciones que se tuvieron en cuenta tales como: tener presente, en el caso de una embarazada con Cáncer Cervicouterino conizada, en la cual el examen con espéculo está proscrito hasta después del parto.

Se profundizó en conocimientos relacionados con Cáncer Cervicouterino de los grupos etáreos estudiados en materiales de Ginecología y Obstetricia.

Además, se analizaron documentos como las historias clínicas individuales y la historia de salud familiar sintetizando datos personales y familiares de interés relacionados con el tema de estudio, de gran significación en la esfera del conocimiento para la fundamentación e implementación de la propuesta de investigación teniendo en cuenta los resultados alcanzados en el diagnóstico inicial.

Consideraciones éticas y bioéticas.

La investigación que se realizó con 21 mujeres con edades comprendidas entre 25 a 54 años, diagnosticadas por citología con Cáncer Cervicouterino remitidas a la

Consulta de Patología de cuello de la Policlínica de Especialidades del Hospital General Morón siendo amparada su participación en la investigación, por el consentimiento informado

Como requisito fundamental se tuvo presente el principio de la voluntariedad de los participantes.

Variable	Tipo	Operacionalización	
		Escala	Descripción
Edad de inicio de relaciones sexuales	Cuantitativa continua	12-14 años 15-17 años 18-20 años	Según año de inicio de las relaciones sexuales de vida
Número de gestaciones	Cuantitativa nominal	1 embarazo 2 embarazos 3 o + embarazos	Según número de embarazos referidos
Número de interrupciones de embarazo	Cuantitativa Nominal	0,1,2,3 o +	Según número de interrupciones de embarazos
Multiparidad	Cuantitativa nominal	0,1,2,3 o +	Según número de partos referidos
Antecedentes de ITS	Cualitativa Dicotómica	SI: Neiseria Gonorreae, Clamidia Trachomatis, Sifilis, SIDA NO	Según número tipo de infección registrada en la HC
Procesos infecciosos ginecológicos	Cuantitativa Dicotómica	SI: Infecciones Ginecológicas (Gardnellavaginalis, inflamación pélvica) NO	Según procesos infecciosos ginecológicos registrada en la HC
Hábito de fumar	Cualitativa Dicotómica	SI: cuando fuma más de 1 cigarrillo por día NO: No fuma	Hábito de Fumar
Número de parejas sexuales.	Cuantitativa nominal	1 pareja sexual 2 parejas sexuales, 3 o más en 6 meses	Número de parejas sexuales en 6 meses

Definiciones operacionales precisadas por el autor de este trabajo:

Cáncer Cervicouterino: es una entidad caracterizada por la presencia de neoplasias malignas que se desarrollan en la porción fibromuscular inferior del útero que se proyecta dentro de la vagina.

Infecciones de Transmisión Sexual: conjunto de afecciones clínicas infectocontagiosas que se transmiten de persona a persona por medio del contacto sexual

Lesión Intraepitelial de alto grado: cambio anormal en la morfología y estructura epitelial del cuello uterino afectado por alteraciones severas de origen mecánico o disfuncionales de elevado riesgo.

Lesión Intraepitelial de bajo grado: cambio anormal en la morfología y estructura epitelial del cuello uterino afectado por alteraciones severas de origen mecánico o disfuncionales de menor riesgo.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

TABLA No.1. Distribución de las pacientes con Cáncer Cervicouterino según edad de inicio de las relaciones sexuales asociada con el tipo de lesión cervical. En el Área de Salud Ciro Redondo en el periodo comprendido de mayo de 2018 a junio 2019

Edad de inicio de las relaciones sexuales.	Bajo Grado		Alto grado		Total	
	No	%	No	%	No	%
12-14 años	5	23.8	7	33.3	12	57.2
15-17 años	3	14.3	5	23.8	8	38.0
18-20 años	1	4.8	0	0	1	4.8
Total	9	42.9	12	57.1	21	100

Fuente: Historia Clínica y formulario.

En la tabla se refleja que el mayor porcentaje de pacientes iniciaron sus relaciones sexuales que entre 12 y 15 años (23,8%), seguida de aquellos que comenzaron entre 15 y 17 años para un 14,3% y fue de un 4,7%.

En el grupo restante el inicio de relaciones sexuales relativamente tardío respecto a los dos grupos precedentes. En cuanto a los grados de lesiones intraepitelial cervicales coincidió que los mayores porcentajes correspondían a los grupos que tenían menor edad al iniciar las relaciones sexuales. Estos resultados coinciden con estudios epidemiológicos donde se ha observado que el riesgo de neoplasia cervicouterino aumenta en las mujeres que inician las relaciones sexuales durante la adolescencia y se ha sugerido que el cuello uterino de las adolescentes es particularmente susceptible a los agentes carcinogénicos relacionados con el coito, siendo el riesgo 80 veces mayor en el grupo menor de 15 años. ⁽²³⁾

En Cuba existe un predominio de lesiones intraepitelial en mujeres con antecedente de haber iniciado relaciones sexuales tempranas. El riesgo es 8 veces mayor en el grupo de 15 años y en sentido general en la adolescente.

Se concluye la alta frecuencia de pacientes que iniciaron sus relaciones sexuales antes de los 15 años, así como el de la mayor incidencia de Lesión Intraepitelial.

El inicio temprano de las relaciones sexuales trae aparejado todas las complicaciones propias de una inmadurez biológica y psicológica para enfrentar una sexualidad responsable como son mayor índice de infección de transmisión sexual, mayor número de embarazos y de interrupciones, así como mayor número de compañeros sexuales y procesos infecciosos ginecológicos además de la no selección correcta de la pareja, coincidiendo con lo referenciado en la literatura. ⁽³⁷⁾

Tabla No.2. Distribución del número de gestaciones y Grado de lesión Intraepitelial.

No. de Embarazos	Bajo Grado		Alto grado		Total	
	No	%	No	%	No	%
1 Embarazo	1	4.8	2	9.5	3	14.3
2 Embarazos	2	9.5	5	23.8	7	33.3
3 o +	4	19.04	7	33.3	11	52.4
Total	7	33.3	14	66.6	21	100

El estudio evidenció que todas las pacientes presentaron al menos una gestación y que el mayor porcentaje (52,4%) lo presentaron las pacientes con 3 o más gestaciones, con una frecuencia más alta (33,3%) el grupo de las lesiones de alto grado. Llama la atención que todas las pacientes tuvieron una manipulación sobre el cuello uterino coincidiendo con estudios examinados en la literatura. (41,42) Por lo que se concluye que los traumas cervicales predisponen a las mujeres a padecer de lesiones intraepitelial.

Tabla No.3. Distribución del número de interrupciones de embarazos y grado de lesión Intraepitelial.

No. de Interrupciones	Bajo Grado		Alto grado		Total	
	No	%	No	%	No	%
0 interrupciones	1	4.8	1	4.8	2	9.5
1 interrupciones	4	19.5	7	33.3	11	52.4
2 interrupciones	1	4.8	4	19.05	5	23.8
3 o + interrupciones	1	4.8	2	9.5	3	14.3
Total	7	33.9	14	66.7	21	100

Las pacientes que se realizaron una interrupción presentaron un mayor porcentaje (52,4%) de lesiones intraepitelial, predominando las de alto grado para un 33,3%, seguidas del grupo de 2 interrupciones (23,8%) incluyendo los dos tipos de lesiones, indica que generalmente las pacientes que se realizan una interrupción se encuentran en el rango de las edades (10-17 años), en este estudio fueron las edades más representativas en el inicio de relaciones sexuales tempranas.

Esto da la medida que cuando se inician las relaciones sexuales en la etapa adolescente, donde no se tiene la responsabilidad del riesgo de este acto y por tanto casi siempre conducen a un embarazo no deseado y el resultado final es interrupción.

En la literatura revisada se observa que el aborto en la adolescencia es un problema de salud, porque los adolescentes no son niños ni adulto, se considera como una etapa de la vida del ser humano en la que ocurren complejos cambios biológicos, psicológicos y conductuales que requieren de una cuidadosa atención de las importantes transformaciones fisiológicas, emocionales y sociales. ⁽⁴³⁾

Otros autores consideran que los inicios tempranos de las relaciones sexuales constituyen un factor predictor o desencadenante para el embarazo en esta etapa de la vida ya que estas adolescentes no interiorizan las situaciones de riesgo, justificado por la inmadurez emocional y el medio familiar en que se desarrollan, lo que coincide con diferentes estudios de los últimos tiempos que señalan un inicio cada vez más precoz de las primeras relaciones sexuales en las edades más tempranas. ⁽⁴⁴⁾

Tabla No.4.Distribución del comportamiento de la multiparidad como factor de riesgo asociado al Cáncer Cervicouterino y grado de lesión intraepitelial.

Número de partos	LIE		LIE		Total	
	Bajo Grado		Alto Grado			
	No	%	No	%	No	%
0	1	4,8	2	9,5	3	14,3
1	3	14,3	2	9,5	5	23,8
2	1	4,8	3	14,3	4	19,04
3 o más	1	4,8	8	38,09	9	42,9
Total	6	28,7	15	71,4	21	100

La tabla refleja el mayor por ciento de las mujeres en el grupo de las lesiones de alto Grado (71,4) Existen estudios ⁽⁴⁵⁾ donde se plantea que mientras más tempranas se inicien las relaciones sexuales, más posibilidades tiene la mujer de tener mayor número de partos y de un primer parto a menor edad aumentando de forma significativa el riesgo de padecer cáncer cervicouterino (13 veces más en menores de 20 años)

Estudios recientes asocian la paridad ⁽⁴⁶⁾ como factor de riesgo de las lesiones

intraepitelial, bien por el traumatismo producido o porque el embarazo provoca un estado de inmunodepresión que podría aumentar la susceptibilidad del organismo a los agentes infecciosos.

Hay reportes⁽⁴⁷⁾ que sugieren que la mujer con 3 o más partos tiene un riesgo 2.6 veces más alto de padecer cáncer cervicouterino que aquellas que nunca han dado a luz, la mujer con 7 partos o más presenta un riesgo 3.2 veces mayor.

En nuestro medio es difícil establecer la proporción con las grandes múltiparas. La tendencia actual muestra que las mujeres se limitan generalmente a dos hijos, relacionado esto con el nivel de escolaridad, alto en nuestra sociedad y además que la interrupción es un proceder legal, no así en la mayoría de los países de América Latina.

Tabla 5. Distribución de los antecedentes de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

Presencia De ITS	LIE Bajo Grado		LIE Alto Grado		Total	
	No	%	No	%	No	%
Si	2	9,5	10	47,6	12	57,1
No	6	28,6	3	14,3	9	42,9
Total	8	38,09	13	61,9	21	100

La tabla refleja que más de la mitad de las pacientes presentaron Infecciones de Transmisión Sexual, para un 57.1%, de las cuales tuvo un mayor predominio el grupo de alto grado (47,6%)

La literatura señala que las mujeres infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana contraen más fácilmente los tipos de Virus del Papiloma Humano de alto

riesgo y tienen mayor probabilidad de presentar lesiones precancerosas y de aparición más rápida que las mujeres seronegativas para Virus de Inmunodeficiencia Humana del mismo grupo etéreo. ⁽⁴⁸⁾

Las mujeres con infección por Virus del Papiloma Humano y otro agente de transmisión sexual como Chlamydia Trachomatis o virus de Herpes Simple tienen mayor probabilidad de presentar cáncer cervicouterino que las mujeres sin con infección

La literatura señala que las mujeres infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana contraen más fácilmente los tipos de Virus del Papiloma Humano de alto riesgo y tienen mayor probabilidad de presentar lesiones pre cancerosas y de aparición más rápida que las mujeres seronegativas para Virus de Inmunodeficiencia Humana del mismo grupo etéreo. ⁽⁴⁸⁾

Las mujeres con infección por Virus del Papiloma Humano y otro agente de transmisión sexual como Chlamydia Trachomatis o virus de Herpes Simple tienen mayor probabilidad de presentar cáncer cervicouterino que las mujeres sin con infección

Tabla 6. Distribución de los antecedentes de procesos infecciosos ginecológicos.

Procesos infecciosos ginecológicos	LIE Bajo Grado		LIE Alto Grado		Total	
	No	%	No	%	No	%
	Si	5	23,8	7	33,3	12
No	4	19,04	5	23,8	9	42,9
Total	9	42,9	12	57,1	21	100

En el estudio se evidenció que el 57,1% de las pacientes presentaron procesos infecciosos ginecológicos y de ellas, el 33,3% estuvo en las lesiones de alto grado.

Diversos estudios plantean la alta frecuencia de las relaciones sexuales

desprotegidas lo que conduce que algunas proteínas básicas del semen humano alteren las células epiteliales y sus epiteliales del cérvix e inducen su transformación en neoplasia.

También se plantea que el semen produce acidificación de la vagina, lo que eleva el pH local. Se ha observado que un cambio alcalino del equilibrio ácido-base normal induce a la hiperplasia, metaplasia y aumento de la actividad mitógena tanto en la mucosa cervical como en otra mucosa del organismo.

Por otra parte estos cambios tendientes a la alcalinidad estimulan la actividad del Virus del Papiloma Humano y crean una importante situación macro ambiental favoreciendo que microorganismos como la *Gardnerella vaginalis* que ha sido raramente dañina para el cérvix en presencia de pH vaginal elevado prolifera de manera que en los procesos inflamatorios una liberación de radicales libres influye en diferentes sistemas celulares y biológicos mecanismo por el cual la infección puede lograr un papel fundamental en la transformación celular provocando daño en la membrana intracelular, alterando los sistemas respiratorios e involucrándose en el envejecimiento celular.^(49,50)

La alta incidencia de Infecciones de Transmisión Sexual tiene relación directa proporcional con las lesiones intraepitelial, el riesgo se eleva 3 veces más en las mujeres que poseen dicho antecedente.

Se constató una fuerte asociación entre pacientes con procesos infecciosos ginecológicos y las lesiones Intraepitelial.

Tabla No. 7. Distribución de los pacientes con Hábito de fumar

Pacientes fumadoras	LIE Bajo Grado		LIE Alto Grado		Total	
	No	%	No	%	No	%
Si	1	4,8	9	42,9	10	47,6
No	3	14,3	8	38,09	11	52,4
Total	4	19,1	17	80,09	21	100

En la tabla se demuestra un mayor porcentaje de mujeres no fumadoras 52,4% , que de mujeres fumadoras 47,6% , resulta importante destacar que el mayor porcentaje (42,9%) pertenece a las lesiones de alto grado. Se conoce que la cotinina (metabolito principal de la nicotina) se encuentra más en el moco cervical que en el suero de la fumadora. El tabaquismo se encuentra entre los cofactores ambientales más uniformemente identificado con la probabilidad de influir en el riesgo de padecer cáncer cervicouterino (los estudios revelan que el riesgo para las fumadoras actuales al menos se duplica al de las no fumadoras). La nicotina causa en el cuello un aumento de la permeabilidad de los vasos y la presencia de edema, condiciones que propician la acción de cualquier mutágeno que sea depositado en la vagina durante el coito Las mujeres fumadoras tienen una mayor frecuencia de lesiones intraepiteliales (LIE) de alto grado.⁽⁵¹⁾

Tabla No. 8. Distribución de las mujeres estudiadas según número de parejas sexuales.

No. De parejas sexuales	LIE Bajo Grado		LIE Alto Grado		Total	
	No	%	No	%	No	%
2	1	4,8	3	14,3	4	19,04
3	3	14,3	7	33,3	10	47,6
+ 3	2	9,5	5	23,8	7	33,3
Total	6	28,6	15	71,4	21	100

En el estudio se evidencio el mayor porcentaje (47,6%) en las mujeres que han tenido 3 compañeros sexuales, destacándose en ellas las lesiones de alto grado para un 33,3%. Es importante destacar el número tan bajo 19,4% en las pacientes que han tenido 2 compañeros sexuales y no se encontró ninguna paciente con un solo compañero sexual, lo que sugiere que la prevención pudiera estar encaminada a la conducta en una selección adecuada de la pareja para disminuir el número de compañeros sexuales.

Chávez Roque M y colaboradores plantean que la mayoría de las enfermedades importantes de la humanidad han sido controladas mediante la aplicación de estrategias de prevención y no por medio de procedimientos terapéuticos invasivos.

CONCLUSIONES

El 23,8% de las pacientes iniciaron sus relaciones sexuales entre 12 y 14 años. Las pacientes con mayor número de intervenciones sobre el cuello uterino (partos, interrupciones de embarazos) se ubicaron en el grupo de lesiones intraepiteliales de alto grado. Al igual que los procesos infecciosos ginecológicos y el mayor número de parejas sexuales.

Existen diversos factores de riesgo asociados al Cáncer Cervicouterino en su gran mayoría modificables y muchos de ellos relacionados con modos y estilos de vida incorrectos de ahí la importancia de la labor preventiva y promocional del médico de familia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sherris J, Herdman C, Elias C. Cervical cancer in the developing world. *West J Med*. 2001;175:231-233.
2. Almonte M, Ferreccio C, Winkler JL, Cuzick J, Tsu V, Robles S, Takahashi R, Sasieni P. Cervical screening by visual inspection, HPV testing, liquid-based and conventional cytology in Amazonian Peru. *Int J Cancer*. 2012;121:796-802.
3. Martínez SA. Cáncer ginecológico. Maestría de la atención integral a la mujer. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006. Mod 14.
4. Murillo R, Almonte M, Pereira A, Ferrer E, Gamboa OA, Jerónimo J, et al. Cervical Cancer Screening Programs in Latin America and the Caribbean. *Vaccine* [serie en Internet]. 2008 [citado 12 Mar 2009];26(11):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18945401>
5. Levi F, Lucchini F, Negri E, La Vecchia C. Continuing declines in cancer mortality in the European Union. *Ann Oncol*. 2007;18:593-595.
6. Organización Mundial de la Salud. Cáncer. Nota descriptiva N°297 [página en Internet]. Febrero de 2009 [citado 12 Feb 2009]. [aprox. 8 pantallas]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
7. Herrera Alcázar VR, Torres Vidal RM. Algunos componentes del estado de salud de la mujer cubana. *Rev Cubana Salud Pública* [serie en la Internet]. 2009 [citado 15 Mar 2009]; 35(1):[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000100009&lng=es
8. Lewis MJ. Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe [página en Internet]. 2004 [citado 12 Feb 2009]. Unidad de Enfermedades No

Transmisibles, OPS [aprox. 12 pantallas]. Disponible en:

<http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/pcc-cc-sit-lac.htm> 51

9. Organización Panamericana de la Salud. Hacia la prevención y el control integrados del cáncer cervicouterino: Declaración de la ciudad de México. Boletín de Inmunización [serie en Internet]. 2008 [citado 12 Feb 2009]; XXX(4): [aprox. 13 p.]. disponible en:

<http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/IM/Sns3004.pdf>

10. Herrera Alcázar VR, Torres Vidal RM. Algunos componentes del estado de salud de la mujer cubana. Rev Cubana Salud Pública [serie en la Internet]. 2009 [citado 15 Mar 2009]; 35(1): [aprox. 9 p.]. Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000100009&lng=es)

[34662009000100009&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000100009&lng=es)

11. Brow VC, Isaies JH. Pathology in the practice of gynecology. Madrid: Mosby Year Book; 2015.

12. Collins S, Mazloomzadeh S, Winter H, Blomfield P, Bailey A, Young LS, et al. High incidence of cervical human papillomavirus infection in women during their first sexual relationship. BJOG. 2012;109:96-98.

13. Serman F. Cáncer cérvico uterino: epidemiología, historia natural y rol del virus papiloma humano. Perspectivas en prevención y tratamiento. Rev Chil Obstet y Ginecol. 2006; 67(4):31823.

14. Li N, Franceschi S, Zhang WH. Different cervical cancer screening approaches in a Chinese multicentre study. British J Cancer. 2013;100:532-537.

15. Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas (RHN M). M [exico, DF: Dirección General de Epidemiología. Secretaría de Salud; 2001.

16. Almonte M, Ferreccio C, Winkler JL, Cuzick J, Tsu V, Robles S, Takahashi R, et al. Cervical screening by visual inspection, HPV testing, liquid-based and conventional cytology in Amazonian Peru. *Int J Cancer*. 2014;121:796-802.
17. Instituto Nacional de Oncología y Radiología. Registro Nacional de Cáncer. Incidencia y mortalidad por Cáncer en Cuba 2002 y 2004. La Habana: INOR; 2006.
18. De Vuyst H, Claeys P, Njiru S, Muchiri L, Steyaert S, De Sutter P, et al. Comparison of pap smear, visual inspection with acetic acid, human papillomavirus DNA-PCR testing and cervicography. *Int J Gynaecol Obstet*. 2005; 89: 120-126.
19. Restrepo ZA, Mejía MA, Valencia AM, Tamayo AL. Accesibilidad a la citología cervical en Medellín, Colombia, en 2006. *Rev Esp Salud Pública*. 2013; 81 (6): 657-666.
20. Azevedo GS, Antero SMM, Viera SN. Motivos que levam mulheres a não retornarem para receber o resultado de exame papanicolaou. *Rev Latinoam Enfermagen*. 2006; 14 (4): 503-9.
21. Pineros M, Cendales R, Murillo R, Wiesner C, Tovar S. Cobertura de la citología de cuello uterino y factores relacionados en Colombia. *Rev Salud Pública*. 2015; 9 (3): 327-41.
22. Moscicki AB, Shiboski S, Hills NK, Powell KJ, Jay N, Hanson EN, et al. Regression of low-grade squamous intra-epithelial lesions in young women. *Lancet*. 2004; 364(9446):1678-83.
23. Paavonen J, Jenkins D, Bosch FX, Naud P, Salmeron J, Wheeler CM, et al. Efficacy of a prophylactic adjuvanted bivalent L1 virus-like-particle vaccine against infection with human papillomavirus types 16 and 18 in young women: an interim analysis of a phase III double-blind, randomised controlled trial. *Lancet*. 2012;369:2161-2170.
24. Paavonen J, Naud P, Salmeron J, Wheeler C, Chow SN, Apter DL, et al. Efficacy of human papillomavirus (HPV)-16/18 AS04-adjuvanted vaccine against cervical infection

and precancer caused by oncogenic HPV types (PATRICIA): final analysis of a double-blind, randomised study in young women. *Lancet*. 2009;374:301–314.

25. Organización Panamericana de la Salud. La OPS insta a que se adopte un nuevo método para la prevención del cáncer cérvico uterino [Monografía en Internet]. Washington: OPS; 2015 [Citado 12 Sep 2007]. [Aprox: 4 p.]. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ps070619.htm>.

26. Brisson M, Van DV, De WP, Boily MC. The potential cost-effectiveness of prophylactic human papillomavirus vaccines in Canada. *Vaccine*. 2007;25:5399–5408.

27. Villa LL, Costa RL, Petta CA, Andrade RP, Ault KA, Giuliano AR, et al. Prophylactic quadrivalent human papillomavirus (types 6, 11, 16, and 18) L1 virus-like particle vaccine in young women: a randomised double-blind placebo-controlled multicentre phase II efficacy trial. *Lancet Oncol*. 2015;6:271–278.

28. Garnett GP. Role of herd immunity in determining the effect of vaccines against sexually transmitted disease. *J Infect Dis*. 2015;191:S97–106.

29. Koliopoulos G, Arbyn M, Martin-Hirsch P, Kyrgiou M, Prendiville W, Paraskeva E. Diagnostic accuracy of human papillomavirus testing in primary cervical screening: a systematic review and meta-analysis of non-randomized studies. *Gynecol Oncol*. 2014;104:232–246.

30. Wu RF, Dai M, Qiao YL, Clifford GM, Liu ZH, Arslan A, et al. Human papillomavirus infection in women in Shenzhen City, People's Republic of China, a population typical of recent Chinese urbanisation. *Int J Cancer*. 2013;121:1306–1311.

31. Weinberger PM, Yu Z, Haffty BG. Molecular classification identifies a subset of human papillomavirus—associated oropharyngeal cancers with favorable prognosis. *J Clin Oncol*. 2006;24:736–747.

32. Woodman CB, Collins SI, Young LS. The natural history of cervical HPV infection: unresolved issues. *Nat Rev Cancer*. 2016; 7: 11-22.
33. Hildesheim A, Berrington de González A. Etiology and prevention of cervical adenocarcinomas. *J Natl Cancer Inst*. 2006; 98: 292-3.
34. Cabrera Fernández M, Preval Pérez M, Tamayo Barthelemy R, Hernández Gil M. Caracterización de un grupo de pacientes con cáncer cervicouterino ingresadas en un servicio de radioterapia. *Rev Cub Enferm*. 2012;22(1):31-38. 54
35. Cañadas MP, Lloverás B, Lorincz A, Ejarque M, Font R, Bosch FX et al. Assessment of HPV detection assays for use in cervical cancer screening programs. *Salud Pública Mex*. 2014; 48: 373-8.
36. Baze C, Monk BJ, Herzog TJ. The impact of cervical cancer on quality of life: a personal account. *Gynecol Oncol*. 2015; 109:S 12-4.
37. Montes L, Mullins M, Urrutia M. Calidad de vida en mujeres con cáncer cérvico uterino. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2014;71:129-34.
38. García Noriega J. El tratamiento actual del cáncer cervicouterino. *Ginecol Obstet Mex*[serie en Internet].2008[citado 12 Jul 2009];76(2):[aprox. 14 p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2008/gom082j.pdf>
39. Tamayo Lien TG, De la Torre AI, Varona Sánchez M, Borrego López J, Areces Delgado J. Relación colpohistológica en lesiones de cuello de alto grado. *Rev Cubana Obstet Ginecol*[serie en Internet].2010[citado 12 Feb 2010];36(3):[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol_36_03_10/gin12310.pdf.
40. Hernández-Suárez G, Ortiz N, González M, Muñoz N. Riesgo a corto plazo de lesiones intraepiteliales cervicales grados 2 y 3 en mujeres con citología vaginal normal e infección por el virus del papiloma humano. *Salud Pública Méx*[serie en Internet].2010[citado 12 Feb

2012];52(6):[aprox. 12 p.]. Disponible en:

http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342010000600002

41. Sarduy Nápoles MR. Neoplasia Intraepitelial Cervical. Preámbulo del cáncer cervicouterino. Rev Cubana Obstet Ginecol[serie en Internet]. 2008[citado 12 Feb 2011];34(2):[aprox. 9 p.]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2008000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es

42. Mora E, Ruiz Camero H, Miranda A, Rodríguez RE. Manejo actual del cáncer microinvasor del cervix. Repert Med Cir[serie en Internet]. 2010[citado 12. 55

Feb 2011];19(1):[aprox. 12 p.]. Disponible en:

<http://www.fucsalud.edu.co/repertorio/pdf/vol19-01-2013/35-40.pdf>.

43. Flores Acosta CC, Vidal Gutiérrez O, Saldívar Rodríguez D, Núñez Alvar RD. Prevalencia de displasia cervical en embarazadas en el hospital universitario de monterrey, nuevo león, méxico. Rev Chil Obstet Ginecol[serie en Internet]. 2010[citado 12 Feb 2011];75(5):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0717-75262010000500003&script=sci_arttext&tlng=en

Salazar Cutiño B, Álvarez Franco E, Maestre Salazar LC, León Duharte D, Pérez Garí O. Aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales del embarazo precoz y su influencia en la vida de la adolescente. MEDISAN [serie en Internet].2006 [citado el 10 Feb 2013];10(3):[aprox. 6 p.]. Disponible en:

http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_3_06/san07306.htm

45. 44. Pérez Sánchez N, López González I, Boullon Ochoa I, Reyes Amat O. Factores epidemiológicos de la interrupción del embarazo en la adolescencia. Rev Cienc Med Las Tunas [serie en Internet]. 2016 [citado 10 Feb 2011];31(3): [aprox. 9 p.]. Disponible en:

<http://www.ltu.sld.cu/revistas/index/files/articles/especialdiciembre20065.htm> 45

46. Nikula M, Koponen P, Haavio-Mannila E, Hemminki E. Sexual health among young adults in Finland: assessing risk and protective behaviour through a general health survey. *Scand J Public Health*. 2007;35:298-305.
47. Tamayo Lien TG, De la Torre I AI, varona Sánchez J, Borrego López J, Areces Delgado G. Relación colpohistológica en lesiones de cuello de alto grado. *Rev Cubana Obstetr Ginecol*[serie en Internet].2010[citado 12 Feb 2014];36(3):[aprox. 9 p.]. Disponible en:http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol_36_03_10/gin12310.pdf
48. Roa BE, Osorio FE, Lizana CS, Herrera ZR. Conización leep en nie de alto grado en una institución privada de salud. *Rev Chil Obstet Ginecol* [serie en Internet]. 2009[citado 12 Feb 2011];74(4): 259-262. 56
49. Martínez G M. José. Diagnóstico microbiológico de infecciones de transmisión Sexual: Parte II. ITS virales. *Rev Chil Infectol* [serie en Internet]. 2010 Feb [citado 2011 Feb 28]; 27(1):[aprox. 8 p.].Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182010000100010&lng=es.
50. CDC. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2006. Centres for Disease Control and Prevention. *MMWR Recomm Rep* 2006; 55: 1-95.
51. Patología infecciosa: vulvovaginitis, enfermedades de transmisión sexual. *An Sist Sanit Navar*[serie en Internet].2009[citado 12 Feb 2011];32(Supl1):[aprox. 9 p.]. Disponible en:<http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/6252/5039>
52. Solís MT, Aguayo F, Vargas M, Olcay F, Puschel K, Corvalán A, et al. Risk factors associated with abnormal cervical cytology among Chilean women: A case control study. *Rev. méd. Chile* [revista en Internet]. 2015 Feb [citado 2011 Feb 28] ; 138(2):174-180. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000200005&lng=es.

53. Chávez Roque M, Virelles Trujillo ME, Bermejo Bencomo W, Viñas Sifontes L. Intervención comunitaria sobre factores de riesgo del cáncer cervicouterino. AMC [serie en Internet]. 2008 [citado 12 Feb 2014]; 12(5): [aprox. 18 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-

54. Almonte M, Murillo R, Sánchez GI, Jerónimo J, Salmerón J, Ferreccio C, et al. Nuevos paradigmas y desafíos en la prevención y control del cáncer de cuello uterino en América Latina. Salud pública Méx [serie en Internet]. 2010 [citado 12 Feb 2011]; 52(6): [aprox. 19 p.]. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342010000600010&lng=en. 57

55. Wisner C, Touar S, Cendels R, Vejerano M. Organización de los servicios de Salud para el control del cáncer de cuello uterino en el municipio Soacha (Colombia). Rev Colomb Cancerol 2016; 10(2):98-108.

56. Tirado-Gómez L, Mohar-Betancourt A, López-Cervantes M, García-Carrancá A, Franco-Marina F, Borges G. Factores de riesgo de cáncer cervicouterino invasor en mujeres mexicanas. Salud Pública Mex. 2005; 47:342-350.

57. Díaz Mc Nair AG, Cedeño Arroyo M. Acciones educativas para la prevención del cáncer cervicouterino en la adolescencia. Medisan [serie en Internet]. 2011 [citado 12 Feb 2011]; 15(2): [aprox. 6 p.]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol15_2_11/san10211.pdf

58. Castro-Vásquez MC, Arellano-Gálvez MC. Acceso a la información de mujeres con VPH, displasia y cáncer cervical in situ. Salud Pública Mex [serie en Internet]. 2010 [citado 10 Feb 2014]; 52(207): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v52n3/04.pdf>

59. Grande M. Migración, salud sexual, reproductiva: prácticas prevalecientes en el marco de la salud sexual y reproductiva de mujeres latinoamericanas que ejercen la prostitución en Madrid [Tesis]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2008.

60. López-Olmos J, Terradez J, Gasull J. Prostitutas: infecciones vaginales y lesiones cervicales en la citología cervicovaginal. *Clíne Invest Gineco Obstetr*[Internet]. 2009 [citado 12 Feb 2015];36(6):[aprox.9p.]. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0210573X09000859>

A N E X O S

A n e x o 1

E n c u e s t a

O b j e t i v o : O b t e n e r i n f o r m a c i ó n s o b r e f a c t o r e s d e r i e s g o d e l C á n c e r C e r v i c o u t e r i n o .

C o n s i g n a : N e c e s i t a m o s d e s u c o l a b o r a c i ó n p a r a u n e s t u d i o c i e n t í f i c o s o b r e C á n c e r C e r v i c o u t e r i n o . S u o p i n i ó n e s m u y i m p o r t a n t e .

G r a c i a s

C O M P L E T E E L E S P A C I O E N B L A N C O Y M A R Q U E C O N U N A C R U Z (X) S E G Ú N C O N V E N G A

1. E d a d d e i n i c i o d e r e l a c i o n e s s e x u a l e s .

-----.

2. N u m e r o d e g e s t a c i o n e s .

-----.

-----.

-----.

3. N ú m e r o d e i n t e r r u p c i o n e s d e e m b a r a z o .

-----.

-----.

4. M u l t i p a r i d a d .

-----.

5. A n t e c e d e n t e s d e I n f e c c i o n e s d e T r a n s m i s i ó n S e x u a l

N e i s e r i a G o n o r r e a e . -----.

C l a m i d i a T r a c h o m a t i s . -----.

S e r o l o g í a r e a c t i v a . -----.

M i c r o e l i s a . -----.

6. Procesos infecciosos ginecológicos.

Gardenellavaginalis._____.

Inflamación pélvica con tratamiento._____.

7. Hábitos de fumar.

Si_____ No_____

8. Números de compañeros sexuales.

2_____.

3_____.

Más de 3_____

Anexo 2

Análisis documental

Objetivo: Obtener información sobre generalidades de la paciente a partir de la historia clínica y tarjeta citológica.

CONTENIDOS.

Por historias clínicas:

- Factores de riesgo de Cáncer Cervicouterino
- edad
- sexo
- partos
- antecedentes patológicos personales

Tarjeta citológica:

- Positividad de la prueba citológica

Anexo 3

Acta de consentimiento informado.

Yo _____ estoy
dispuesta a participar en el desarrollo de la investigación relacionada con Cáncer
Cervicouterino y brindaré la información de forma anónima y además podré retirarme
cuando lo desee sin repercusión sobre mi persona.

Nombre y apellidos.

Firma

Investigador.

Firma