

Universidad de Ciencias Médicas
Dr. José Assef Yara
Hospital Universitario
“Dr Antonio Luaces Iraola”
Ciego de Ávila.

Título: Comportamiento de los factores de riesgo en la lesión intraepitelial cervicouterina.

Autor: Dra. Raidelis Espinosa Cruz
Especialista 1er grado en Medicina General Integral
Residente de Ginecología y Obstetricia

Tutor: Dr. José Alberto Álvarez.
Especialista en 1er grado en Ginecobstetricia.
Profesor instructor.

Asesor: MSc. William Reyes Ramirez
Profesor Auxiliar
Responsable de la cátedra docente de la especialidad

Trabajo para optar por el título de Especialista de 1er Grado en Ginecología y Obstetricia.

Ciego de Ávila
2011

PENSAMIENTO

“Educar es depositar en cada hombre toda la obra humana que la ha antecedido, es hacer a cada hombre resumen del mundo viviente, hasta el día en que vive, es ponerlo a nivel de su tiempo para que flote sobre el y no dejarlo debajo de su tiempo, con lo que no podrá salir flote, es preparar al hombre para la vida.”

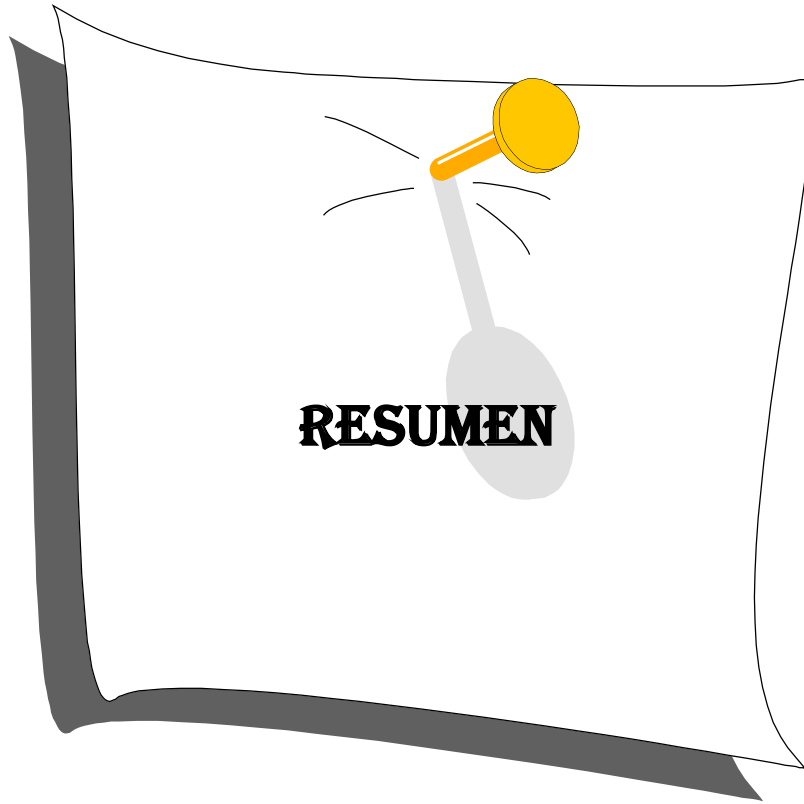
José Martí.

DEDICATORIA

- ❖ A mi padre; en el lugar donde esté sentirá el orgullo de que su hija continúe superándose.
- ❖ A mi madre, que a pesar de su edad, me inspira cada día a seguir adelante.
- ❖ A mi hija; con muchísimo cariño, por cederme parte del tiempo que a ella debía dedicarle.
- ❖ A mis hermanas que han estado permanentemente al tanto de mis progresos.
- ❖ A mi tutor y asesor que me dieron toda la fuerza y todo el valor de este mundo para yo presentar este trabajo
- ❖ A mi familia y mis amigas Ania, Aliannys, Leidis y Yordanka, por ayudarme incondicionalmente cada día.

AGRADECIMIENTOS

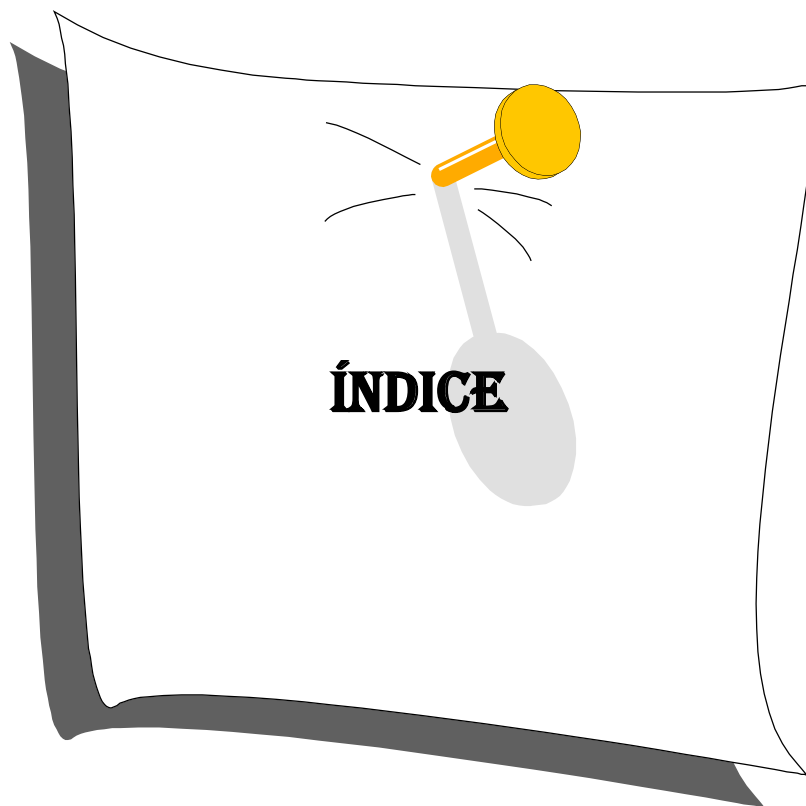
- ❖ A mi hija, por ser fuente de mi inspiración con el propósito de ser ejemplo para ella.
- ❖ A mis tutores Dr José Alberto y Dr Willian Reyes, por brindarme sus conocimientos, apoyo y dedicación de un modo incondicional.
- ❖ A mis compañeros que permitieron que esta investigación se desarrollara con éxito.
- ❖ A la Revolución Cubana, por permitirme desarrollar esta obra de infinito amor.
- ❖ A mis amistades que de alguna forma han contribuido a este final feliz.
- ❖ A todas las personas que de una forma u otra han tenido que ver con la realización del mismo.



RESUMEN

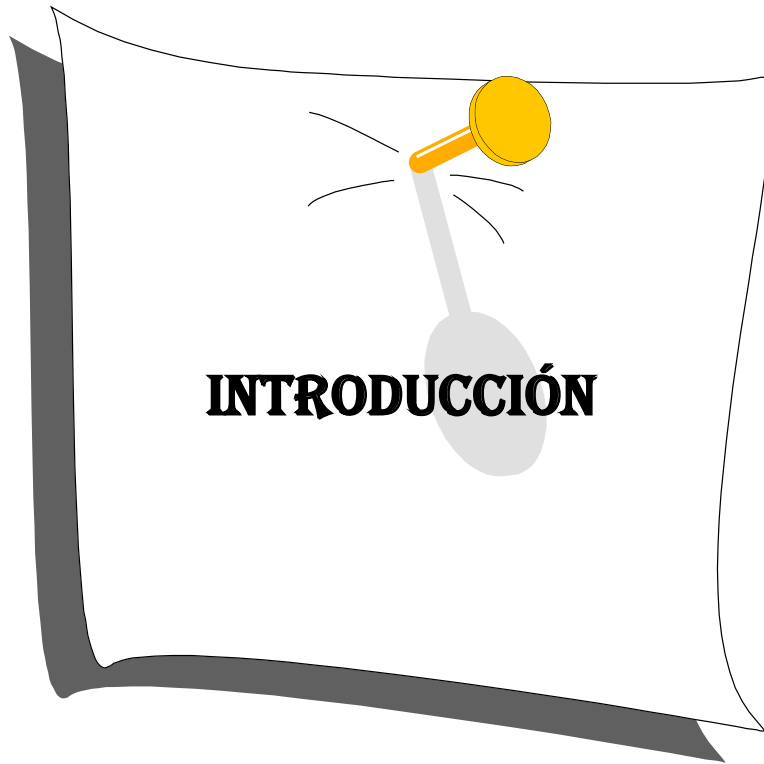
Se realizó un estudio descriptivo con 70 pacientes atendidas en la Consulta de Patología de Cuello en la policlínica de Especialidades del Hospital Provincial Dr. Antonio Luaces Iraola de Ciego de Ávila en el año 2010, con el objetivo de evaluar el comportamiento de los factores de riesgo en la lesión intraepitelial de bajo y alto grado. Los datos utilizados fueron tomados de las tarjetas de citología e historia clínica de los archivos de la consulta, donde se analizaron diferentes variables relacionadas con la sexualidad, obteniéndose los siguientes resultados: el 58,6% de las pacientes iniciaron sus relaciones sexuales entre 10 y 15 años, el 81,4% de las pacientes presentaron infección por virus del papiloma humano (HPV) y de ellas el mayor porcentaje (55,7%), lo representó el grupo de lesiones de alto grado; las pacientes con mayor manipulación sobre el cuello uterino (partos, legrados) se ubicaron en el grupo de alto grado; las enfermedades de transmisión sexual, así como los procesos infecciosos ginecológicos están asociados con las lesiones intraepiteliales, favoreciendo también la aparición de estas lesiones los varones de alto riesgo (marineros, músicos, chóferes, etc) y el cambio frecuente de parejas. Demostrando que las relaciones sexuales influyen de manera positiva en las lesiones intraepiteliales cervicouterinas.

Palabras clave: COITO, NEOPLASIA INTRAEPITELIAL DEL CUELLO UTERINO, INFECCIONES POR PAPILOMAVIRUS.



INDICE

1. Introducción -----	Pág. 1-4
2. Objetivos generales y específicos-----	Pág. 5
3. Marco Teórico -----	Pág. 6-15
4. Diseño metodológico-----	Pág. 16-19
5. Resultados y Discusión -----	Pág. 20- 31
6. Conclusiones-----	Pág. 32
7. Recomendaciones-----	Pág. 33
8 Referencias bibliográficas-----	Pág. 34- 40
9. Anexos	



INTRODUCCION

El cáncer cervicouterino (CCU) 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 Papanicolau, 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 de cáncer cervicouterino. (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 EE.UU. 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, EE.UU. (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 2005 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 2007 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 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 cabecera 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 (HPV). Sin embargo a pesar de que el HPV ha sido detectado en el 80% - 90% de las mujeres

sexualmente activas, solo un pequeño porcentaje 10% - 30% de ellas progresan a lesiones intraepiteliales de alto grado y carcinoma in situ. (8)

Actualmente se plantea que algunos tipos de virus del papiloma humano(HPV) 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 HPV y su significación en el cáncer cérvico uterino. En la progresión de la lesión intervienen diferentes cofactores como la presencia de otra infección, el déficit inmunitario, los factores angiogénico en casos de invasión del estroma y la metástasis. (10)

SITUACIÓN PROBLÉMICA

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

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

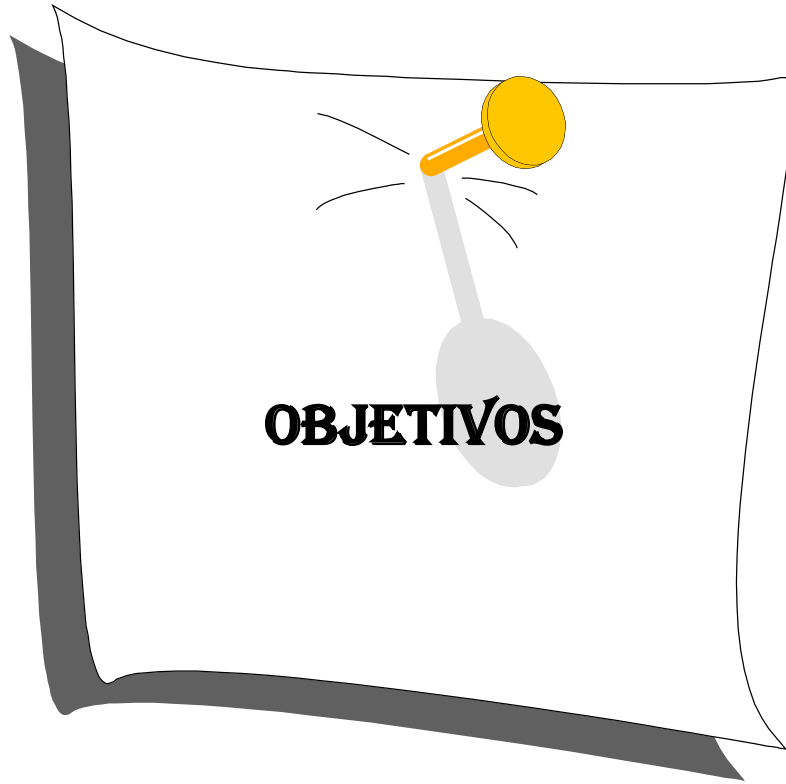
En estos momentos existe un incremento en las lesiones intraepiteliales tanto de bajo grado como de alto grado y se están encontrando pacientes cada día mas jóvenes con estas lesiones, lo que llama la atención la alta incidencia de la enfermedad por constituir un problema de salud, motivo por el cual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

Problema de investigación:

¿Cómo influyen las relaciones sexuales como factor de riesgo en la aparición de las lesiones intraepiteliales cervicouterinas?

Hipótesis:

Si se determinan los factores de riesgo que influyen en la aparición de las lesiones intraepiteliales cervicouterinas, se pudieran recomendar posibles actividades educativas para disminuir su incidencia.



OBJETIVOS

General:

1. Evaluar el comportamiento de los factores de riesgo en las pacientes diagnosticadas de lesión intraepitelial de bajo y alto grado.

Específicos:

1. Determinar los factores de riesgo en cuanto a:
 - ✓ Edad de inicio de las relaciones sexuales.
 - ✓ Aparición del virus del papiloma humano.
 - ✓ Pacientes fumadoras.
2. Verificar la historia obstétrica.
3. Comprobar la presencia de Enfermedades de Transmisión Sexual.
4. Identificar las pacientes con procesos infecciosos ginecológicos.
5. Determinar el número de parejas sexuales con la identificación en la pareja del varón de alto riesgo.



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 precancerosas, 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. (11)

El factor de riesgo más común del cáncer cervicouterino es la exposición a ciertas variedades del Papilomavirus Humano (HPV). El HPV es una infección de transmisión sexual (ITS) que en muchos casos es asintomático. Dada esta característica del HPV, puede transcurrir mucho tiempo antes de que se detecte. (12)

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: Indicios hasta la fecha

Se ha demostrado que la infección por el papilomavirus humano (HPV) es la causa necesaria, pero no la única suficiente, del cáncer cervicouterino. La gran mayoría de las mujeres infectadas por algún tipo de HPV oncógeno nunca presenta cáncer cervicouterino. Esto sugiere la existencia de otros factores adicionales que actúan conjuntamente con el HPV 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 HPV. No se los considera cofactores para la progresión de la infección por el HPV a cáncer cervicouterino. (14, 15,16)

Acción de la infección por el VPH

Si bien existen más de 50 tipos del HPV 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 encógenos 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 de los cánceres 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 HPV de alto riesgo que tienen mayor prevalencia. (20)

El HPV 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 sero negativas al HPV, el 46 por ciento contrajo una infección por el HPV dentro de los

tres años. Después de una mediana de seguimiento de 60 meses, la mayoría de estas infecciones por el HPV 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 (CIS), efectuados en cuatro continentes, sugieren que las mujeres con tres o cuatro embarazos 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 cáncer cervicouterino 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 estadíos 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 Gynecologist recomendó practicar una citología anual a todas las mujeres con uno o más factores de riesgo (ejemplo, infección por HPV o VIH) y no interrumpir el control citológico en mujeres de más de 65 años.

Para algunas mujeres portadoras crónicas de HPV (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 HPV negativas podría espaciarse la periodicidad del control citológico. (27)

- Colposcopia

La colposcopia representa el segundo escalón diagnóstico. Permite localizar en el ectocervix, 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 el colposcopio es la técnica habitualmente utilizada.

El cepillado endocervical es de práctica obligada ante la presencia en el frotis de células endocervicales 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 anormalidad. 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 electroquirúrgica (LEEP, siglas en inglés) para extraer el tejido anormal. El LEEP 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 electro quirúrgica (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.

- 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. (34,35)

Teniendo en cuenta lo antes expuesto la autora 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.



DISEÑO METODOLÓGICO

Se realizó un estudio observacional descriptivo para determinar los principales factores de riesgo que influyen en la aparición de las lesiones intraepiteliales cervicouterinas en la Consulta de Patología de Cuello. Policlínica de Especialidades del Hospital Universitario “Dr Antonio Luaces Iraola” de Ciego de Ávila, en el año 2010.

El universo de estudio estuvo constituido por todas las mujeres remitidas a la Consulta de Patología de cuello de la Policlínica de Especialidades.

La muestra quedó conformada por 70 pacientes que se les confirmó lesiones intraepiteliales (LIE) cervicouterinas, correspondientes al Área Sur de Ciego de Ávila, que incluye al municipio cabecera con las áreas pertenecientes.

Criterios de Inclusión:

- Paciente que se le confirmó histológicamente una lesión intraepitelial de bajo y alto grado en la Consulta de Patología de Cuello.
- Pacientes que quisieron participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que se niegan a participar en la investigación.

Métodos empíricos

Entrevista: Se utilizó para interrogar directamente a la paciente.

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

Operacionalización de Variables.

VARIABLE	TIPO	ESCALA DE CLASIFICACIÓN	DESCRIPCIÓN	INDICADOR
Edad	Cuantitativa continua	10-15 años 16-17 años 18-19 años	Según años de vida	Porcentaje de edad de comienzo de las relaciones sexuales
Contacto con el HPV	Cuantitativa Dicotómica	SI NO	Presencia del HPV	Porcentaje de Virus de Papiloma Humano
Embarazos	Cuantitativa nominal	Gestaciones	3 o más embarazos	Número de embarazos
Legrados	Cuantitativa Nominal	Interrupciones	3 o más interrupciones de embarazos	Número de interrupciones de embarazo
Paridad	Cuantitativa nominal	Partos	Tipo de partos	Número de partos
Enfermedad de Transmisión Sexual	Cuantitativa Dicotómica	SI NO	Presencia de ETS(Neiseria Gonorreae, Clamidia Trachomatis, Serología reactiva, Microelisa)	Porcentaje de ETS

Procesos infecciosos	Cuantitativa Dicotómica	SI NO	Infecciones Ginecológicas (Gardenella vaginalis, inflamación pélvica con tratamiento)	Porcentaje de pacientes con alguna infección ginecológica.
Fumadoras	Cuantitativa Dicotómica	SI NO	Hábito de Fumar	Porcentajes de paciente con hábito de fumar
Sexualidad	Cuantitativa nominal	Más de 3 compañeros sexuales	Cambio de parejas	Porcentaje de relaciones sexuales
Varón de alto riesgo sexual	Cuantitativa Dicotómica	SI NO	Definido por la ocupación que desempeña (trabajador del turismo, chofer, recluso, internacionalista, doble ciudadanía, deportista, músico, marinero, militar)	Porcentaje de pareja de riesgo

Procedimientos:

Se realizó una entrevista directa a la paciente, conformada por un formulario para el efecto, así como los datos recogidos en su tarjeta citodiagnóstico e historia clínica de los archivos de la consulta.

El diseño fue confeccionado con la participación de expertos en patología de cuello con el objetivo de escoger la variable ideal para la presente investigación.

La información se recogió por el formulario de la encuesta y la ficha de historia clínica y se interpretó a través del análisis estadístico para determinar la frecuencia de aparición de esta variable con la utilización del tanto por ciento como unidad de resumen y posteriormente se vaciaron en tablas de los cuales se derivan las conclusiones y recomendaciones.

No se utilizó prueba de Hipótesis (Chi cuadrado, Mc Nemar) porque la hipótesis es descriptiva, por lo que no se hacen asociaciones entre variables.

Ética de la investigación: Estuvo determinada por el principio de la beneficencia, a fin de contribuir a minimizar la incidencia y prevenir las complicaciones de las lesiones intraepiteliales del cuello uterino actuando sobre los factores de riesgo que propician el terreno para esta enfermedad.



RESULTADOS Y DISCUSIÓN

TABLA No.1. Distribución porcentual del inicio de las relaciones sexuales asociada con el tipo de lesión cervical. Consulta Patología de Cuello. Policlínico de Especialidades. Ciego de Ávila. Año 2010

Edad e inicio de la primera relación sexuales	Bajo Grado		Alto grado		Total	
	No	%	No	%	No	%
10-15 años	18	25.7	23	32.9	41	58.6
16-17 años	6	8.6	18	25.7	24	34.3
18-19 años	3	4.3	2	2.8	5	7.1
Total	27	38.6	43	61.4	70	100

Fuente: Historia Clínica y formulario

En la tabla se refleja el alto porcentaje de pacientes que entre 10 y 15 años iniciaron sus relaciones sexuales (58.6%), seguida de aquellos que comenzaron entre 16 y 17 años para un 34.3 % y fue de un 7.1 % en el grupo restante no encontrándose mujeres que inician sus relaciones sexuales con 20 años o más.

En cuanto a los grados de lesiones intraepiteliales 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.

En Cuba existe un predominio de lesiones intraepiteliales (LIE) 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 LIE.

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

Tabla No2. Aparición del virus del papiloma humano (HPV) relacionado con el tipo de lesión.

Presencia del HPV	Lesión de bajo grado		Lesión de alto grado		Total	
	No	%	No	%	No	%
SI	18	25.7	39	55.7	57	81.4
NO	9	12.8	4	5.7	13	18.6
Total	27	38.6	43	61.4	70	100

En el estudio se constató que el 81.4% de las pacientes con lesiones intraepiteliales presentaron infección por virus del papiloma humano (HPV) y de ellas el mayor porcientos (55.7%) representó el grupo de lesiones de alto grado.

Tipos de HPV de alto riesgo (16, 18 , 31, 33 y 35) son implicada en un 99% de las personas diagnosticadas con cáncer cervical.

La infección por cepas de HPV de poco riesgo produce lesiones benignas de poca posibilidad de progresión a displasia o cáncer. Es importante destacar que la mayoría de las mujeres infectadas con cepas de HPV de riesgo no desarrollarán el cáncer. El riesgo de desarrollar displasia o cáncer después de una infección por HPV depende en parte de la cantidad de virus presentes durante la infección y el plazo de tiempo necesario para despejar la infección.

Es significativo que la presencia de HPV eleva 5.26 veces la posibilidad de contraer la enfermedad, esto coincide con los planteamientos de autores (38, 39,40) que reportan la infección por este virus en la mayoría de las pacientes con lesiones del cuello, además de considerar que el principal factor de riesgo reconocido.

El inicio de las relaciones sexuales a una edad temprana cuando el proceso metaplásico es más activo tiene como consecuencia una mayor posibilidad de introducir el virus a sus células metaplásicas y activar la transformación de las células

Por lo que existe una alta relación entre la presencia del HPV y las lesiones intraepiteliales con un mayor impacto en las lesiones de alto grado.

Tabla No.3. Número de gestaciones y tipo de lesión.

No. de Gestaciones	LIE Bajo Grado		LIE Alto Grado		Total	
	No	%	No	%	No	%
1	1	1.4	2	2.8	3	43
2	2	2.8	11	15.7	13	18.6
3 o más	24	34.3	30	42.8	54	77.1
Total	27	38.6	43	61.4	70	100

El estudio evidenció que todas las pacientes presentaron al menos una gestación y que el mayor porcentaje (77.1%) lo presentaron las pacientes con 3 ó más gestaciones, con una frecuencia mas alta (42.8%) 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 intraepiteliales.

Tabla No.4. Número de interrupciones y tipo de lesión.

No. de Interrupciones	LIE Bajo Grado		LIE Alto Grado		Total	
	No	%	No	%	No	%
0	1	1.4	5	7.1	6	8.6
1	15	21.4	18	25.7	33	47.1
2	6	8.6	12	17.1	18	25.7
3 ó más	5	7.1	8	11.4	13	18.6
Total	27	38.6	43	61.4	70	100

Las pacientes que se realizaron una interrupción presentaron un mayor porcentaje (47.1%) de lesiones intraepiteliales, predominando las de alto grado para un 25.7%, seguidas del grupo de 2 interrupciones (25.7%) incluyendo los dos tipos de lesiones, indica que generalmente las pacientes que se realizan una interrupción se encuentran en el rango de las edades (10-17años), en este estudio fueron las edades mas representativas en el inicio de relaciones sexuales tempranas. Esto da la medida que cuando se inician las relaciones sexuales en la etapa de 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 la 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 el inicio temprano 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.5. Números de parto y tipo de lesión.

Paridad	LIE Bajo Grado		LIE Alto Grado		Total	
	No	%	No	%	No	%
0	2	2.8	3	4.3	5	7.1
1	9	12.8	13	18.6	22	31.4
2	8	11.4	13	18.6	21	30
3 o más	8	11.5	14	20	22	31.4
Total	27	38.6	43	61.4	70	100

La tabla refleja el mayor porcentaje de las mujeres en el grupo de las lesiones de alto grado (61.4%)..

Existen estudios (45) donde se plantea que mientras mas 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 intraepiteliales, 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 mas 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 multíparas. 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 no. 6. Presencia de Enfermedades de Transmisión Sexual (ITS).

Presencia de ETS	LIE Bajo Grado		LIE Alto Grado		Total	
	No	%	No	%	No	%
Si	13	18.5	27	38.6	40	57.1
No	14	20	16	22.8	30	42.8
Total	27	38.6	43	21.4	70	100

La tabla refleja que mas de la mitad de las pacientes presentaron ETS para un 57.1%, de las cuales tuvo un mayor predominio el grupo de alto grado(38.6%)

De las ITS analizadas se incluyo micro Elisa no encontrándose ningún caso, con la presencia de Tinción de Gram y cultivo 7 pacientes para un 10% y con Test de Clamydia positivo 32 mujeres (45.7%), sin embargo todas las pacientes que no tienen señalado ITS no se puede descartar en su totalidad porque a todas no se les realizo el Test de Clamydia solo a 48 pacientes, por no estar disponible en farmacia.

La literatura señala que las mujeres infectadas por el VIH contraen más fácilmente los tipos de HPV de alto riesgo y tienen mayor probabilidad de presentar lesiones precancerosas y de aparición más rápida que las mujeres seronegativas para VIH del mismo grupo etáreo. (48)

Las mujeres con coinfección por HPV y otro agente de transmisión sexual como Clamydia Trachomatis o virus de Herpes Simple tienen mayor probabilidad de presentar cáncer cervicouterino que las mujeres sin coinfección.

Tabla No. 7. Antecedentes de procesos infecciosos ginecológicos.

Procesos infecciosos ginecológicos	LIE Bajo Grado		LIE Alto Grado		Total	
	No	%	No	%	No	%
SI	19	27.1	31	44.2	50	71.4
NO	8	11.4	12	17.1	20	28.6
Total	27	38.6	43	61.4	70	100

En el estudio se evidenció que el 71.4% de las pacientes presentaron procesos infecciosos ginecológicos y de ellas, el 44.2% 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 subepiteliales del cervix 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 acido-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(HPV) y crean una importante situación macroambiental favoreciendo que microorganismos como la gardenella vaginalis que ha sido raramente dañina para el cervix 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 ITS tiene relación directa proporcional con las lesiones intraepiteliales, el riesgo se eleva 3 veces mas en las mujeres que poseen dicho antecedente.

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

Tabla No. 8 Hábito de fumar.

Pacientes fumadoras	LIE Bajo Grado		LIE Alto Grado		Total	
	No	%	No	%	No	%
	Si	9	12.8	23	32.8	32
No	18	25.7	20	28.5	38	54.2
Total	27	38.6	43	61.4	70	100

En la tabla se demuestra un mayor porcentaje de mujeres no fumadoras 54.2%, que de mujeres fumadoras 45.8%, resulta importante destacar que el mayor número en porcentaje (32.8%) pertenece a las lesiones de alto grado.

Se plantea que hay interacción sinérgica entre los HPV y los componentes carcinogénicos del tabaco pues estos últimos actúan como facilitador de la acción neoplásica de los agentes virales. 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 mas 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. 9. Número de compañeros sexuales.

No. de compañeros sexuales	LIE Bajo Grado		LIE Alto Grado		Total	
	No	%	No	%	No	%
	2	4	5.7	7	10	11
3	16	22.8	25	35.7	41	58.5
+3	7	10	11	15.7	18	25.7
Total	27	38.6	43	61.4	70	100

En el estudio se evidencio el mayor porcentaje (58.6%) en las mujeres que han tenido 3 compañeros sexuales, destacándose en ellas las lesiones de alto grado para un 35.7%. Es importante destacar el numero tan bajo 15.7% 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. (52)

El éxito de dichas estrategias depende del conocimiento general y detallado del fundamento biológico, la causa del cáncer y las condiciones precoces de transformación, es un reto plantea Almonte Maribel y colaboradores en su estudio sobre los nuevos paradigmas y desafíos en la prevención y control del cáncer de cuello uterino en América Latina. (53)

Tabla No. 10. Varón de alto riesgo.

Varón de alto riesgo	LIE Bajo Grado		LIE Alto Grado		Total	
	No	%	No	%	No	%
	Si	15	21.4	36	51.4	51
No	12	17.1	7	10	19	27.1
Total	27	38.6	43	61.4	10	100

En la tabla se observó que el 72.8% de las pacientes la pareja era un varón de alto riesgo, constatándose la mayor frecuencia en el grupo de alto riesgo.

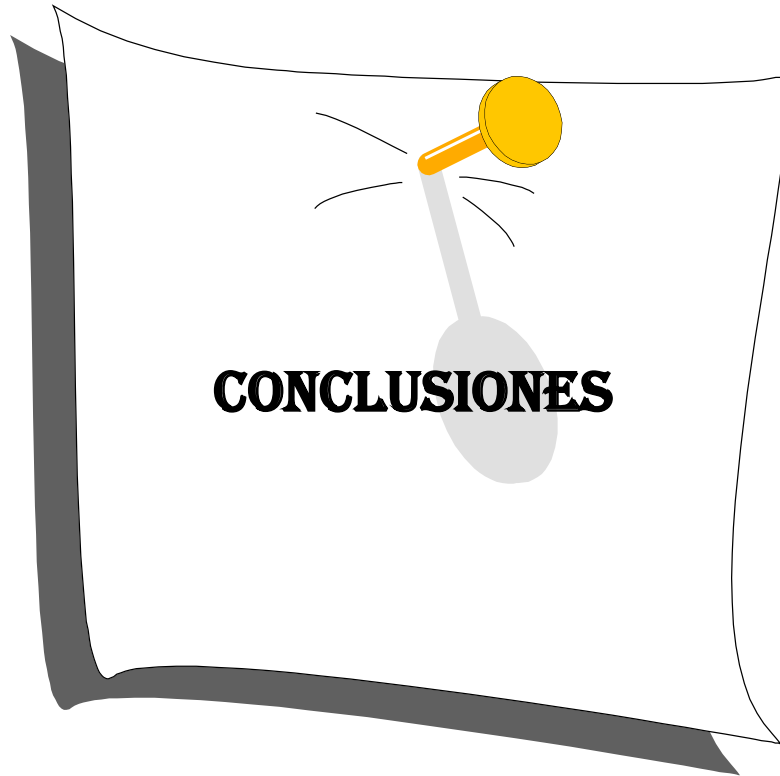
Diversas literaturas plantean que el cáncer cervicouterino es considerado en su origen como una enfermedad de transmisión sexual debido a su ausencia en mujeres vírgenes, su incremento se asocia con la promiscuidad tanto de la mujer como del hombre, así como el inicio precoz de las relaciones sexuales.(54)

Tanta importancia se le considera a la conducta sexual en la mujer como en el hombre, resultando de un comportamiento sexual inadecuado, por cualquiera de las partes, en una mayor probabilidad de adquirir la enfermedad.

En un estudio realizado en la ciudad de México se plantea como factor de riesgo frecuente fue compañeros sexuales múltiples, alcanzando un 42%.(55) Otros estudios abordan sobre la asociación estadística significativa entre el antecedente de 3 o más parejas sexuales y la aparición de la enfermedad, señalando que este factor de riesgo incrementa en más de 8 veces la posibilidad de desarrollar una lesión intraepitelial. (56, 57,58)

Más de la mitad de las mujeres con LIE tuvieron 3 o más compañeros sexuales y se identificó un alto número de varones de alto riesgo relacionado con las mujeres que presentaron LIE de alto grado.

Otros estudios internacionales muestran a la prostitución como factor de riesgo potencial, las mujeres trabajadoras del sexo juegan un importante papel, pues son uno de los grupos a riesgo y a su vez actúan como reservorio y fuente de infección.
(59,60)



CONCLUSIONES

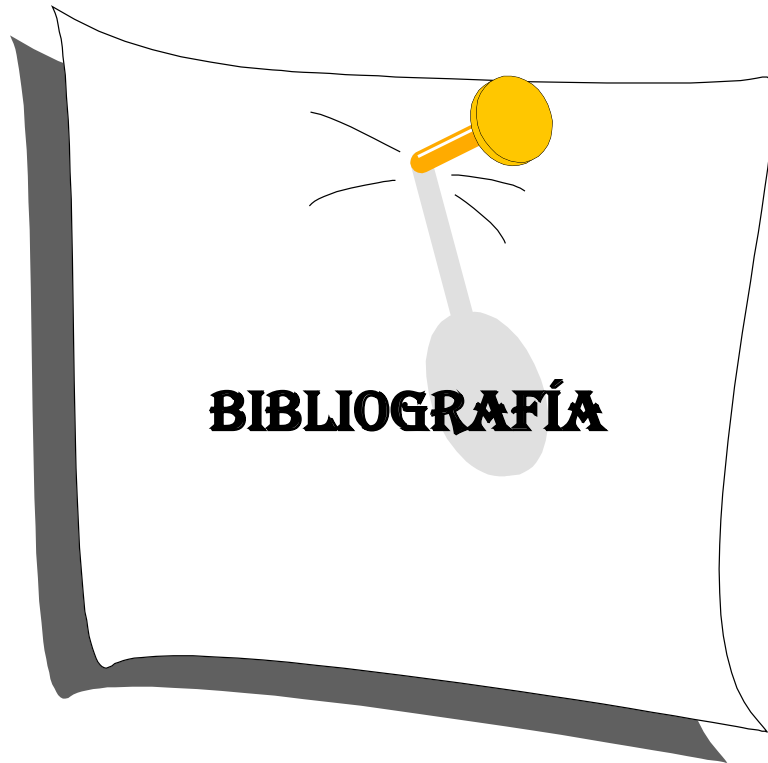
En nuestro estudio se demuestra que:

- ✓ El inicio de las relaciones sexuales tempranas se encuentra entre las edades de 10 a 15 años asociadas a las lesiones intraepiteliales del cuello uterino.
- ✓ El Virus del Papiloma Humano esta estrechamente relacionado con las lesiones Intraepiteliales cervicales.
- ✓ En la Historia obstétrica se evidenció que la cantidad de embarazos, interrupciones y partos aumentan el riesgo de lesiones intraepiteliales del cuello uterino.
- ✓ Las Enfermedades de Transmisión Sexual, los procesos infecciosos ginecológicos y el hábito de fumar constituyen un factor de riesgo en la aparición de lesiones intraepiteliales cervicales.
- ✓ El cambio frecuente de pareja y el varón de alto riesgo están severamente asociados al desarrollo de un terreno propicio para la enfermedad.



RECOMENDACIONES

Fomentar las actividades de promoción de salud encaminadas sobre todo a las adolescentes, para reconocer el inicio de las relaciones sexuales tempranas no solo como mayor riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual sino que crea un terreno propicio para el desarrollo de lesiones intraepiteliales.



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.* 2007;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>

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=S0864-34662009000100009&lng=es.
11. Brow VC, Isaies JH. Pathology in the practice of gynecology. Madrid: Mosby Year Book; 2005.
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. 2002;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. 2009;100:532-537.
15. Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas (RHNM). 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. 2007;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.* 2007; 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 Enfermagem.* 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.* 2005; 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.* 2007;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; 2007 [Citado 12 Sep 2007]. [Aprox: 4 p.]. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ps070619.htm>.

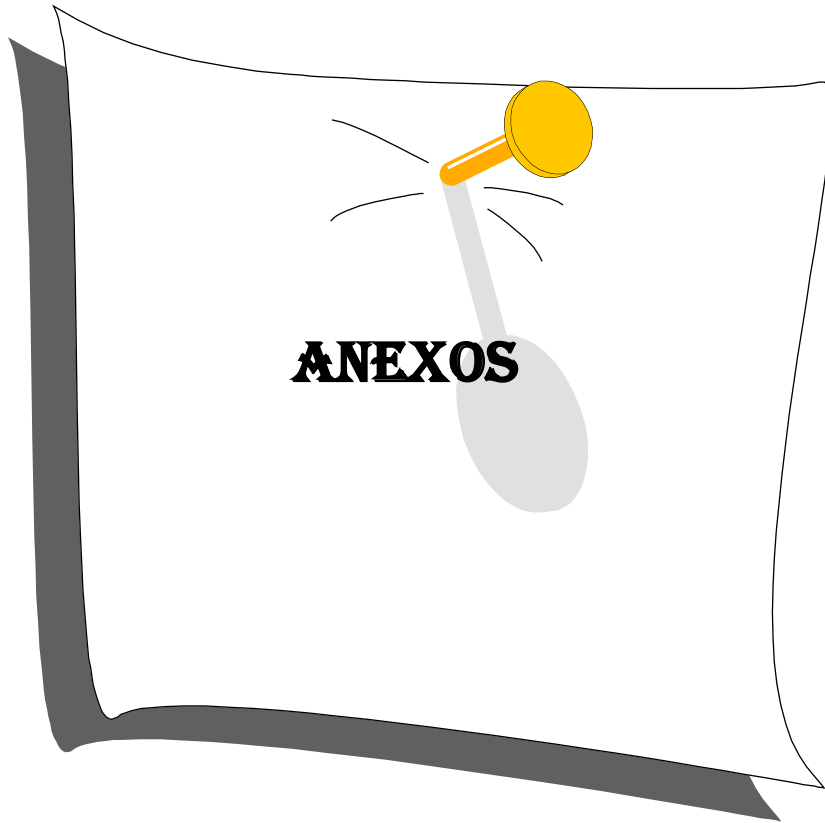
26. Brisson M, Van DV, De WP, Boily MC. The potential cost-effectiveness of prophylactic human papillomavirus vaccines in Canada. *Vaccine*. 2007;25:5399–5408.
27. Villa LL, Costa RL, Petta CA, Andrade RP, Ault KA, Giuliano AR, et al. Prophylactic quadrivalent human papillomavirus (types 6, 11, 16, and 18) L1 virus-like particle vaccine in young women: a randomised double-blind placebo-controlled multicentre phase II efficacy trial. *Lancet Oncol*. 2005;6:271–278.
28. Garnett GP. Role of herd immunity in determining the effect of vaccines against sexually transmitted disease. *J Infect Dis*. 2005;191:S97–106.
29. Koliopoulos G, Arbyn M, Martin-Hirsch P, Kyrgiou M, Prendiville W, Paraskevaidis E. Diagnostic accuracy of human papillomavirus testing in primary cervical screening: a systematic review and meta-analysis of non-randomized studies. *Gynecol Oncol*. 2007;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*. 2007;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*. 2007; 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*. 2005;22(1):31-38.

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.* 2006; 48: 373-8.
36. Baze C, Monk BJ, Herzog TJ. The impact of cervical cancer on quality of life: a personal account. *Gynecol Oncol.*2008; 109:S 12-4.
37. Montes L, Mullins M, Urrutia M. Calidad de vida en mujeres con cáncer cérvico uterino. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2006;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 2011];52(6):[aprox. 12 p.]. Disponible en: http://www.scielosp.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

- Feb 2011];19(1):[aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://www.fucsalud.edu.co/repertorio/pdf/vol19-01-2010/35-40.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 2011];10(3):[aprox. 6 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_3_06/san07306.htm
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]. 2006 [citado 10 Feb 2011];31(3): [aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.ltu.sld.cu/revistas/index/files/articles/especialdiciembre20065.htm45>
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 Torrel 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 2011];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.

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]. 2010 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 2011]; 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.

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* 2006; 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/vol_15_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 Publica Mex*[serie en Internet]. 2010[citado 10 Feb 2011];52(207):[aprox 10 p.]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v52n3/04.pdf>
59. Grande M. Migración, salud sexual, reproductiva: prácticas prevalientes 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 2011]; 36(6):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0210573X09000859>



ANEXOS:

1. Nombre y Apellidos: _____
2. No de Historia Clínica: _____
3. Área de salud: _____
4. Fecha de Nacimiento: _____
5. Edad: ____ años.
6. Estado civil: _____
7. Ocupación: _____
8. Antecedentes _____ de salud: _____

9. Primera relación sexual edad: ____ años
10. Menarquia: _____
11. Primer embarazo edad: ____ años
12. No de partos: _____
Tipo de parto
 - Eutócico ____ Distócico ____
13. No de legrados _____
 - Provocado ____ Espontáneo ____
14. Métodos anticonceptivos
 - DIU ____ Anticoncepción Oral ____ Preservativo ____ Otros ____
15. Enfermedad de transmisión sexual.
 - 15 a ____ sífilis.

- 15 b _____ gonococo.
- 15 c _____ clamidya.

16. Varón de alto riesgo _____

17. Hábito de fumar: Si ___ No ___

- Habitual _____ Relacionado con el sexo _____

Muchas Gracias