

**UNIVERSIDAD CIENCIAS MÉDICAS**  
**“MARIANA GRAJALES COELLO”**  
**POLICLÍNICO DOCENTE MÁXIMO GÓMEZ BÁEZ.**  
**HOLGUÍN.**



**Título:** Comportamiento de los factores de riesgos clínico epidemiológicos del Cáncer Cervicouterino. Policlínico Máximo Gómez. Enero –Diciembre 2018.

**Autora:** Iliana Delia Gómez Casaus.

Residente de segundo año en Medicina General Integral.

**Tutor:** Dr. Melton Jorge Velázquez.

Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.

Máster en Medicina Bioenergética y Natural.

Profesor Asistente.

**Asesora:** Dr. Niurka Rosa Aguilera Batallán.

Especialista de Primer Grado En Medicina General Integral.

Máster en Atención Integral a la Mujer.

Profesor Asistente.

Trabajo para optar por el título de Especialista de Primer Grado en Medicina  
General Integral.

**2019**

**“Año 61 de la Revolución”**

## **PENSAMIENTO.**

El que sienta amor por la humanidad, siente amor por el arte de curar, porque la muerte no es verdad cuando se ha cumplido bien la obra de la vida.

José Martí

## **DEDICATORIA.**

A Dios.

A mis padres por ser el motor impulsor de mi vida y mi máxima inspiración, en especial a mi madre, por su incondicionalidad.

A la Revolución, por brindarme la posibilidad de practicar el infinito placer de salvar vidas.

## **AGRADECIMIENTO.**

El autor de todo estudio investigativo, conoce lo mucho que necesita del apoyo de varias personas para preparar el mismo; es por ello que quiero agradecer a:

A mis amigos y familia por su esmerado interés en la realización de esta investigación.

Al Dr. Melton Jorge Velázquez por su colaboración.

A los pacientes por su sinceridad y confiar en mí.

A mis profesores por sus conocimientos aportados.

A esos que desde el anonimato y casi imperceptible brindaron su opinión o una sugerencia para un trabajo mejor.

A todos, muchas gracias, que si con los aportes de la investigación se lograra salvar una vida o al menos mejorarla, el esfuerzo de todos habrá valido la pena.

## **RESUMEN.**

Se realizó un estudio descriptivo transversal con el objetivo de caracterizar el comportamiento de los factores de riesgos clínico epidemiológicos del Cáncer Cervicouterino en mujeres de 25 a 64 años del Policlínico "Máximo Gómez", Holguín, en el período Enero –Diciembre 2018. El Universo estuvo conformado 1653 pacientes que se les realizó la citología orgánica durante el período y la muestra, previo criterios establecidos; quedó constituida por 36 pacientes, a las que se les diagnosticó alguna lesión de cuello uterino. Se determinó que las lesiones más incidentes en las citologías fueron las NIC I, mayormente en mujeres de 30 y 39 años, multíparas, en el uso de anticonceptivos hormonales y en cervicitis de etiología no precisada y moniliasis vaginal; así como en el inicio precoz de relaciones sexuales y práctica del hábito de fumar; sin diferencia significativa con igual periodo del 2017.

Palabras claves: cáncer cervicouterino, citología orgánica, factores de riesgos.

# ÍNDICE

## CONTENIDO.

Pág.

Pensamiento.

Dedicatoria

Agradecimientos

Resumen

Introducción -----1

Objetivos ----- 8

Marco teórico ----- 9

Diseño metodológico ----- 19

Análisis y discusión de los resultados ----- 24

Conclusiones ----- 37

Recomendaciones ----- 38

Referencias bibliográficas ----- 39

## INTRODUCCIÓN.

El Cáncer Cervicouterino (CCU) es la segunda neoplasia maligna más frecuente en mujeres y constituye un problema de salud pública a nivel mundial. Es una de las principales causas de muerte en las mujeres de los países en desarrollo y sus tasas de incidencias más altas se encuentran en Centro y Sur América, África Subsahariana, Sureste de Asia y el Caribe. La OMS ha estimado que aparecen 500,000 casos nuevos por año, de los cuales el 90% ocurren en países en desarrollo y aproximadamente 230 000 fallecen.

Las células del cérvix son muy activas en la vida reproductiva, lo que promueve su crecimiento anormal cuando se conjugan factores de riesgo (FR) para el desarrollo de patología a este nivel, establecido como causa de la displasia cervical, que evoluciona al cáncer cervicouterino.

El concepto de cáncer cervicouterino se remonta a finales del siglo XIX, cuando se reconocieron zonas de cambio epitelial atípica no invasora en tejido adyacente a cáncer invasor (William 1888).<sup>1</sup>

El término Carcinoma in Situ (CIS) se introdujo en 1932 para denotar las lesiones por células carcinomatosas indiferenciadas, que abarcan todo el espesor del epitelio sin interrumpir la membrana basal (Brodeskis, 1932).

El término displasia se introdujo a finales de los años 50 para designar la atípica celular intermedia entre epitelio normal y el CIS (Regont y Col, 1953), a finales de la década del 60 se introduce el término de Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC), para denotar las múltiples posibilidades de atipia celular confinada al epitelio, se dividió en grado I, II, III (Richard 1968). Ya en los años 80 se reconoce la presencia del Virus Papiloma Humano (VPH) y para la década del 90 se designa al NIC I de bajo grado y alto grado para NIC II y III como precursores del Cáncer Invasor (Richard 1990).<sup>2</sup>

<sup>3,4</sup>

El cáncer cervicouterino suele crecer lentamente por un período de tiempo. Antes que se encuentren células cancerosas en el cuello uterino sus tejidos experimentan y empiezan a aparecer células anormales (proceso conocido como displasia), estas células son encontradas con la prueba citológica o frotis de papanicolau.<sup>5</sup>

En Europa el cáncer cervicouterino es la tercera causa de muerte en la mujer y en Latinoamérica es la causa de muerte más frecuente con más 30 000 defunciones por año. En la última década se ha visto una tendencia creciente de la mortalidad en algunos países desarrollados como Inglaterra, parte de los Estados Unidos, Australia y Nueva Zelanda. Sin embargo, en España existe una baja incidencia de cáncer de cérvix (4,5 %), constituyendo el primer lugar el cáncer de endometrio (6,7 %), seguido por el cáncer de ovario con 4,7 %. <sup>1, 2, 3</sup>

De aquí, que el estudio, diagnóstico y tratamiento oportuno de las lesiones precancerosas es y ha sido de vital importancia en la medicina como medio efectivo en la reducción de la morbimortalidad por esta patología. Los tumores malignos del cuello uterino en estadios tempranos son claramente identificables por la confirmación histoanatomopatológica, sin embargo, las cifras de incidencia de esta enfermedad continúan alarmando. <sup>4, 5, 6</sup>

La incidencia anual estimada de NIC I, NIC II y III en los Estados Unidos de América fue de 1.2 a 1.5 por cada 1000 mujeres respectivamente. Las lesiones de alto grado fueron diagnosticadas típicamente en mujeres entre los 25 y los 35 años, mientras que el cáncer invasor fue diagnosticado después de los 40 años, usualmente ocho a trece años después del diagnóstico de las lesiones de alto grado. <sup>7</sup>

Cada año 2 500 000 adolescentes en los EEUU contraen Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y se ha observado un aumento de la incidencia de las lesiones pre-malignas de cuello uterino en edades tempranas, debido, entre otras causas, al aumento de las ITS relacionadas con la etiología del cáncer cervical, fundamentalmente la infección por el Virus del Papiloma Humano (HPV). <sup>8</sup>

En las Américas, las mayores tasas de incidencia se presentan en Perú, Brasil, Paraguay, Colombia y Costa Rica; mientras que en la comunidad latina de Columbia (EE.UU.) son similares al Canadá y Puerto Rico. <sup>9, 10, 11</sup> Bolivia tiene la tasa de cáncer de cuello uterino más alta de América Latina. Siendo ésta, la primera causa de muerte, de mujeres adultas; cada día hay 8 casos nuevos. <sup>12</sup>

En la región del Caribe, es Haití el país de mayor incidencia de cáncer de cérvix (>40 por 100 000 mujeres), en tanto que Cuba es la nación latinoamericana con más baja tasa de mortalidad, con una tasa cruda de 27 por cada 100,000 y cuarto en

mortalidad con una tasa de 7,50 por cada 100,000. Para el 2006, en Venezuela, fueron determinadas como segunda causa de muerte a nivel nacional las lesiones cancerosas y entre las tres primeras causas se encuentran las asociadas a tumores malignos de los órganos genitales femeninos representando un 1,77% de todas las muertes.<sup>13,14</sup>

Estas patologías por su posición anatómica, es uno de los órganos que permite de forma sencilla, el examen físico por observación directa y su estudio citológico e histológico, facilita así el diagnóstico precoz o temprano de las lesiones premalignas, precursoras de las lesiones invasoras del cuello uterino, mediante la pesquisa que establece el Programa Nacional de Diagnóstico Precoz de CCU.<sup>14,15</sup>

La citología y la colposcopia cervico vaginal siguen siendo los métodos diagnósticos de mayor valor para detectar la NIC y el carcinoma en estadio precoz en grandes masas de población, por la sencillez en su realización y su alta eficacia, estableciéndose el diagnóstico del cáncer de cérvix en una etapa precoz.<sup>16, 17,18</sup>

Muchos investigadores, interesados en disminuir la incidencia del CCU, aceptan que para lograr el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, es necesario tener presente tres herramientas fundamentales: educación y concientización de la población sobre los riesgos a que se expone, medios diagnósticos que permitan implementar una pesquisa eficiente, efectiva y eficaz y técnicas terapéuticas conservadoras que no invaliden la capacidad reproductiva, sexual y psicológica de la mujer.<sup>8,18</sup>

En Cuba un estudio nacional muestra que más de mil mujeres son notificadas en el Registro nacional de neoplasia con cáncer de cérvix. Las tasas más altas son reportadas en las provincias orientales, fundamentalmente en Camagüey, Holguín y Guantánamo; con edades que oscilan entre 35 y 55 años (alrededor del 60 %); con una media de 40 años.<sup>19</sup>

Se ha comprobado que, a pesar de existir varios programas de detección precoz, las cifras de incidencia y mortalidad continúan alarmando a la comunidad científica dado que, clínicamente, aún cuando la lesión es localizada, del 15 al 20 % de las pacientes presentan recurrencias. En la iniciación y progresión de este tipo de cáncer se asocian alteraciones genéticas, del sistema inmune y la presencia de microorganismos, como los virus, que traen como consecuencia el establecimiento

del tumor. Se ha demostrado, mediante estudios epidemiológicos, que su principal factor de riesgo es la infección por el virus del papiloma viral humano (HPV).

El valor pronóstico de los estadios precancerosos es muy variable, por lo que es muy importante evaluar el riesgo de desarrollar cáncer en este tipo de lesiones. <sup>20,</sup>

<sup>21,22</sup>

Los estudios epidemiológicos han demostrado que el principal FR en el cáncer del CCU es la infección por el VPH. A pesar de que este ha sido detectado en el 80-90 % de las mujeres sexualmente activas, solo en un pequeño porcentaje (10-30 %) progresa hacia lesiones intraepiteliales de alto grado y carcinoma in situ. Numerosos mecanismos han sido sugeridos para explicar la relación entre el riesgo de contraer cáncer y los diversos factores asociados con las relaciones sexuales. <sup>23,24</sup>

Dentro de los más importantes se encuentra la promiscuidad y su relación con la transmisión de otros agentes infecciosos, así como los carcinógenos presentes en el semen masculino. Otros factores en relación con los hábitos de vida, incluyen: la edad del inicio de las relaciones sexuales, el número de embarazos, el empleo de anticonceptivos orales por largos períodos, la falta de higiene genital, las agresiones y lesiones múltiples al cérvix, edad temprana al primer embarazo (menor de 15 años), cervicitis crónica y antecedentes de manipulaciones cervicales. <sup>14,25</sup>

Ha sido reportado que el uso de anticonceptivos orales por más de 5 años es un cofactor que incrementa 4 veces el riesgo de padecer cáncer de cérvix en mujeres portadoras de VPH. Otro hallazgo de las investigaciones epidemiológicas expone que tras un diagnóstico de displasia, en aquellas mujeres que consumen anticonceptivos orales, la progresión a carcinoma in situ es más rápida. <sup>26</sup>

La infección asintomática del cuello uterino por HPV se detecta en el 5 a 40% de las mujeres en edad reproductiva. La infección por HPV es un fenómeno transitorio o intermitente; sólo a una pequeña proporción de mujeres positivas para un determinado tipo de HPV se le encuentra el mismo en especímenes posteriores, lo que sugiere que el desarrollo carcinogénico resulta de infecciones persistentes. <sup>27</sup>

La mayoría de las investigaciones epidemiológicas de años recientes se ha focalizado en la comprensión del rol de factores de riesgo que influyen en la adquisición de infección persistente por tipos oncogénicos de HPV, o el de factores coexistentes que mediarían la progresión de los grados de lesión. Entre éstos tenemos: tabaquismo, polimorfismo del HLA o del gen p53, uso de anticonceptivos orales, paridad, otras enfermedades de transmisión sexual y déficit nutricionales. <sup>28</sup>

En reunión del consejo ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del 2 de enero de 2007, al analizar el cumplimiento de la aplicación de resoluciones sobre la prevención y control del cáncer cervicouterino, esta secretaría estableció un plan de acción basado en un enfoque global que abarca la prevención primaria, la detección precoz, el tratamiento y la atención paliativa en el marco de programas nacionales de lucha contra el cáncer. Donde se promueve el uso del preservativo y la realización sistemática de pruebas para detectar lesiones precancerosas y determinar la manera adecuada de tratar, se ha demostrado que la pesquisa a través de la citología o frotis de Papanicolau contribuye a reducir la incidencia y mortalidad de esta enfermedad. <sup>29,30</sup>

Las estadísticas demuestran que las patologías de cuello uterino continúan siendo un serio problema de salud pública a nivel nacional. Aun cuando el Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del CCU está diseñado para que estas puedan ser detectadas en sus primeras etapas, un porcentaje considerable de mujeres que las padecen reúne en su mayoría características de alto riesgo para el desarrollo de lesiones premalignas y malignas en el cuello uterino. <sup>24, 27</sup>

Este tipo de cáncer alcanza su mayor pico de incidencia a partir de cuarta década de la vida, de ahí que las edades concebidas como de mayor riesgo de enfermar sean entre los 35- 49 años de edad. <sup>31</sup>

En nuestra provincia debido a la alta incidencia de mortalidad por cáncer cervicouterino el Ministerio de Salud ha desarrollado una ofensiva en el pesquisaje del cáncer donde se ha realizado más de 65 000 pruebas citológicas a todas las

mujeres comprendidas en el Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del cáncer cervicouterino (PNDPCC)<sup>32,33</sup>

El municipio Holguín, no escapa en la incidencia de esta importante problemática de salud y a pesar de los disimiles esfuerzos que se desarrollan cotidianamente en función de su prevención, cada año aparecen nuevos casos; hecho que nos obliga a redoblar los esfuerzos de todo el personal de salud a fin de reducir cada día su aparición y posible progresión.

En el Policlínico Máximo Gómez esta enfermedad se comporta de manera similar diagnosticándose cada año alrededor de 50 casos con lesiones premalignas y malignas del cuello uterino, implementándose programas educativos con el objetivo que las pacientes conozcan los síntomas de estas lesiones así como los factores de riesgo.

Al tomaren cuenta los datos estadísticos anteriormente expuestos y resumiendo q el cáncer cervicouterino es un enfermedad multifactorial y que tanto la presencia del virus del papiloma humano como el resto de los factores de riesgos, no son suficientes en sí mismos para la inducción del tumor , es preciso considerar de modo muy específico la cuota de responsabilidad del sistema inmunológico, que al actuar sinérgicamente; pudieran en un tiempo de alrededor de 25 años evolucionar hasta las enfermedades malignas, pasando por las lesiones intraepiteliales, por lo que nos planteamos el siguiente problema científico:

**Problema científico:**

¿Como influyen los factores clínico-epidemiológicos de interés, en la incidencia del cáncer cervicouterico en nuestra área de salud en el periodo comprendido de enero-diciembre 2018?

**Aporte teórico practico:**

El aporte teórico práctico de la investigación es conocer el comportamiento clínico-epidemiológico de los principales factores de riesgo que inciden en el cáncer cervicouterino en nuestra área de salud, para lograr positivamente su modificación.

**Novedad científica de la investigación:**

Con los resultados obtenidos se expusieron de manera actualizada los factores clínico-epidemiológicos que inciden en el cáncer cervicouterino, abriendo paso a futuras acciones afines, que influyan positivamente en la disminución de este problema en la comunidad con vista a ofrecer una mayor calidad de vida de la población.

## **OBJETIVOS.**

### **General:**

Caracterizar el comportamiento clínico-epidemiológico del cáncer cervicouterino en mujeres de 25 a 64 años en el Policlínico Máximo Gómez, en el periodo comprendido de enero - diciembre 2018.

### **Específicos:**

1. Describir el comportamiento del cáncer cervicouterino según sus formas clínicas de presentación.
2. Determinar los resultados citológicos obtenidos con las siguientes variables: edad, paridad, métodos anticonceptivos, infecciones cérvico-vaginales, primeras relaciones sexuales y hábitos tóxicos.
3. Comparar los resultados generales obtenidos, con los correspondientes a igual periodo del año anterior.

## MARCO TEÓRICO:

El útero está formado por dos porciones anatómicas, el cuerpo y el cuello o cérvix. Esta última, de aspecto cónico en su conjunto y 3 cm de longitud, es la parte inferior y más angosta del útero. La luz del cuello, llamada conducto endocervical, presenta dos estrechamientos, uno en cada extremo, denominados orificio interno, que se comunica con la cavidad del cuerpo y orificio externo, que se comunica con la vagina. Se le llama istmo, a una estrecha región donde el cuerpo se une con el cuello.<sup>20</sup>

Este se subdivide en dos porciones, supravaginal, que es la parte superior más próximo al cuerpo del útero, y la porción vaginal, que se introduce en la parte superior de la vagina. En toda su extensión, está revestido por una mucosa que sufre grandes variaciones de una porción a otra. En la porción supravaginal (endocérvix) la mucosa es similar a la del cuerpo, estando constituida por un epitelio simple cilíndrico con células ciliadas y células secretoras de mucus. De este epitelio se originan glándulas grandes y ramificadas que se extienden por toda la lámina propia o estroma.<sup>20,34</sup>

En la porción vaginal o exocérvix, el epitelio simple cilíndrico de la mucosa se transforma en un epitelio estratificado plano húmedo que se continúa con el de la vagina. Este epitelio posee un estrato basal de células con núcleos alargados, perpendiculares a la membrana basal y escaso citoplasma; un estrato para basal, de células poligonales y mayor cantidad de citoplasma; un estrato intermedio, con células de núcleos ovalados y abundante citoplasma y un estrato superficial, de células dispuestas horizontalmente y núcleos pequeños e hipercromáticos.<sup>35</sup>

Esta variación de las características celulares al ascender hacia la superficie, corresponde a una maduración celular. Por fuera, el resto de la pared está formada por una capa de escasas fibras musculares lisas y abundante tejido conectivo denso. En la zona de transición, sitio donde el epitelio simple cilíndrico mucosecretante del conducto endocervical se transforma en el epitelio estratificado de la porción vaginal del cuello, pueden aparecer alteraciones, en especial después de los partos, que consisten en parches de epitelio simple cilíndrico en la porción vaginal del cuello.<sup>21,36</sup>

Estas áreas anómalas llamadas erosiones, son susceptibles de desencadenar una reacción inflamatoria. La inflamación crónica no tratada que se asocia con las erosiones, puede ser un factor predisponente al cáncer de cuello uterino. Las células epiteliales del cérvix se exfolian constantemente hacia la vagina, de modo que los extendidos de células coloreados con la técnica de Papanicolaou son de gran utilidad en la detección del cáncer cervical.<sup>21,22</sup>

Las condiciones especiales del CCU hacen que éste sea, posiblemente, la neoplasia sobre la que más se haya estudiado en relación con su historia natural, lo cual ha hecho que mucho se haya avanzado en este campo.<sup>37</sup>

Anteriores estudios demostraron que existe un progreso citológico aparente hasta llegar al cáncer: comienza con NIC I a NIC III y carcinoma in situ, hasta finalmente el cáncer invasor. Dichos autores publicaron los tiempos de transición citológicos, que empezaron con las lesiones de bajo grado, después las lesiones de alto grado, a los 3 o 4 años siguientes, aparecerá el carcinoma in situ y más tarde el cáncer invasor; pero no todas las lesiones progresaron e, incluso, algunas regresaron.<sup>33,34</sup>

En síntesis, éste es el modelo que casi todos manejamos, que con la introducción de la colposcopia se vio aparentemente confirmado, porque cuando los colposcopistas empezaron a examinar los frotis de mujeres de distintas edades y grados de anormalidad en los exámenes, se hizo evidente que había una distribución heterogénea de los diferentes grados de CCU.<sup>36</sup>

Esto sugiere que hay diferencia temporal en la distribución de las lesiones de alto y bajo grado, e indica que puede haber una progresión. Pero, es importante tener presente que todas las lesiones precancerosas no solamente son de bajo y alto grados, sino que tienen un cierto tamaño y su estructura es tridimensional.<sup>24</sup>

Muchas lesiones no son puramente de bajo o de alto grado, sino que los cambios que se presentan son combinaciones de ambas. Es muy grande la probabilidad de que las lesiones precancerosas grandes, de alto grado, desarrollen cáncer invasor. Una tercera parte del total de las mujeres con lesiones grandes de alto grado que persisten en la biopsia y en la citología desarrollarán cáncer invasor en 20 años.<sup>27,28</sup>

El antiguo concepto de que esta lesión comenzaba con una displasia leve (NIC I, lesión de bajo grado) que evolucionaría indefectiblemente hasta un cáncer invasor y

finalmente con la muerte de la paciente, no tiene en la actualidad un basamento científico. Por el contrario, se ha demostrado que un alto número de NIC.<sup>25</sup>

El conocimiento de la historia natural es fundamental para su correcto manejo médico, no sólo desde el punto de vista biológico sino también desde el punto de vista de la atención psicoemocional de estas mujeres, que si no son correctamente orientadas, sufrirán, durante años, el temor de morir por una terrible enfermedad, lo que no está justificado.<sup>25,26</sup>

### **Lesiones premalignas del cuello uterino**

El concepto de enfermedad preinvasiva del cuello uterino se definió en el año 1947, en el cual también se reconoció que podían identificarse los cambios epiteliales que tenían el aspecto de cáncer invasivo pero que se confinaban al epitelio y si estas lesiones no se trataban, podían convertirse en cáncer de cérvix. Con la ayuda del diagnóstico citológico se pudieron identificar las lesiones precursoras tempranas denominadas displasia, que hacen referencia al posible desarrollo de futuro cáncer.<sup>27</sup>

### **Los criterios para el diagnóstico de neoplasia intraepitelial son:**

- Inmadurez celular,
- Desorganización celular,
- Anomalías nucleares y
- Aumento de la actividad mitótica.

La extensión de la actividad mitótica, proliferación celular inmadura y atipia nuclear identifican el grado de neoplasia. Las lesiones cervicales se clasifican de Bajo y Alto Grado, de acuerdo a lo siguiente: Si hay mitosis y células inmaduras sólo en el tercio inferior del epitelio la lesión casi siempre se considera Neoplasia Intraepitelial Cervical 1 (NIC 1) y si la afectación es de los tercios medio y superior se diagnostica como NIC 2 y NIC 3.<sup>28</sup>

El ácido desoxirribonucleico (ADN) del virus del papiloma humano (VPH) se puede encontrar en forma de episoma, libre, extra cromosómico o integrado al genoma de la célula huésped.<sup>28,30</sup>

En las lesiones genitales la forma episómica se presenta en los condilomas y neoplasia intraepitelial cervical de bajo grado (NIC I). Por tanto, las lesiones de bajo grado representan el 76% y son:

- VPH
- NIC I

Y las lesiones de alto grado representan el 24% y son:

- NIC II
- NIC III

Se diagnostica como lesión de alto grado también al cáncer o según su extensión:

- Carcinoma in situ o microinvasivo y
- Cáncer invasivo. <sup>28</sup>

### **Oncógenos cervicales**

El epitelio cervical está expuesto a una variedad de agentes infecciosos, físicos (trauma, irritación) y químicos (ADN del esperma, protaminas e histonas del semen, hormonas sexuales, etc.), algunos de estos pueden ser oncógenos (transformantes celulares a nivel del ADN). En respuesta a estas injurias el epitelio presenta: degeneración, regeneración, hiperplasia o transformación neoplásica. <sup>29</sup>

Después de la menarquía, un proceso dinámico de hiperplasia de las células de reserva y metaplasia escamosa ocurren en la zona de transformación. Más del 90% de las neoplasias cervicales se originan en esta área, lo cual es razonable especular que esta zona de transformación debe ser particularmente susceptible a los diferentes oncógenos que circundan el medio ambiente cervical. <sup>29</sup>

### **Factor de Riesgo:**

**Factores de Riesgo Reproductivos**, entre ellos se citan a los siguientes:

-Infección por Virus de Papiloma Humano (VPH): Se ha descrito que el virus produce una infección selectiva del epitelio de la piel y de la mucosa genital. Estas infecciones pueden ser asintomáticas o estar asociadas con una variedad de neoplasias benignas y malignas. El papel que desempeña el VPH tiene que ver con los genes precoces (E1 a E7) y tardíos (L1 y L2) que tiene el virus. <sup>21,22</sup>

### **Características de la conducta sexual:**

-Número de compañeros sexuales; las mujeres solteras, viudas o separadas tienen más riesgo de infectarse por VPH dado que tienen más compañeros sexuales, sea permanente u ocasional. <sup>25</sup>

-Edad del primer coito; en la adolescencia los tejidos cervicouterinos son más susceptibles a la acción de los carcinógenos, y de hecho, si existe un agente infeccioso relacionado, el tiempo de exposición a este será mucho mayor. El riesgo de lesión intraepitelial cuando el primer coito se tiene a los 17 años o menos es 2,4 veces mayor que cuando este se tiene a los 21 años. <sup>26,27,28</sup>

-Características del compañero sexual: en un estudio realizado se encontró que los maridos de las mujeres que integraban el grupo de casos con cáncer habían tenido mayor número de compañeras sexuales que los maridos de las mujeres pertenecientes al grupo control; de la misma forma se halló que habían tenido la primera relación sexual a edad más precoz y mostraban una historia mayor de enfermedades venéreas. Otras características que presentaban con mayor frecuencia eran más cantidad de visitas a prostitutas y el hábito de fumar. <sup>29</sup>

-Infecciones de transmisión sexual; se ha demostrado la asociación de cáncer de cuello uterino con infección de transmisión sexual tipo sífilis o blenorragia. La coinfección con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) facilita el desarrollo de la neoplasia, con un aumento del riesgo de cáncer entre las infectadas por el VIH de hasta 3,2 veces el riesgo de las mujeres sin VIH. <sup>29</sup>

### **Factores Relacionados con la Reproducción:**

-Paridad: Se ha establecido que mujeres con dos o más hijos tienen un riesgo 80% mayor respecto de las nulíparas de presentar lesión intraepitelial; luego de cuatro hijos dicho riesgo se triplica, después de siete se cuadruplica y con doce aumenta en cinco veces. <sup>21</sup>

-Edad del primer parto: Bosch demostró cómo la presencia de uno o más partos antes de los 22 años cuadruplica el riesgo de neoplasia del cuello uterino.

-Partos vaginales: Las mujeres con uno o más partos vaginales tienen un riesgo 70% mayor de lesión intraepitelial, comparadas con aquellas que sólo tuvieron partos por cesárea. <sup>23,25</sup>

### **Tabaquismo:**

En promedio se considera que las fumadoras tienen doble riesgo de lesión intraepitelial con respecto de las no fumadoras. Experimentalmente se ha demostrado la presencia de nicotina, cotonina y otros mutágenos derivados del tabaco, en mujeres fumadoras con lesión intraepitelial. Además, es bien conocido el daño molecular del ADN del tejido cervicouterino en mujeres que fuman. Como si fuera poco, se postula que el tabaco induce un efecto inmunosupresor local. <sup>29</sup>

### **Métodos Anticonceptivos:**

- Anticonceptivos Orales: Aunque controvertido, se cree que su uso prolongado se asocia con mayor riesgo de lesión intraepitelial. La evidencia para la asociación entre el cáncer de cuello uterino y los anticonceptivos orales u otras hormonas anticonceptivas no es completamente consistente. <sup>27,29</sup>
- Métodos de Barrera: Tanto el condón como el diafragma y hasta los espermicidas han mostrado que disminuyen la posibilidad de cáncer cervicouterino, al parecer por su efecto sobre la transmisión del VPH. <sup>29</sup>

### **Factores Psicosociales:**

Condición socioeconómica y cultural: más del 60% de las mujeres de 20 a 30 años no acuden a los servicios de tamizaje más por temor y trabas administrativas que a tener que vivir en condiciones que las expone más al virus. <sup>29,30</sup>

Educación en salud aquellas con menor nivel académico (menos de 9º grado) acuden hasta 2,5 veces menos a citología, lo que está ligado con el grado de conocimientos generales en salud. Esto tiene implicaciones críticas, pues en la medida que la mujer no sepa y entienda las razones para las cuales se requiere la toma periódica de citologías hay dificultades para que acuda regularmente a sus controles o cumpla con las instrucciones en caso de lesiones de bajo grado. <sup>29,30</sup>

## **Diagnóstico.**

Entre los diferentes de estudios que se realizan para diagnosticar estas patologías se encuentran:

**Examen clínico:** Su diagnóstico precoz es de verdadera importancia para este tipo de cáncer, debido a que en algunas etapas, desgraciadamente no ofrece manifestaciones clínicas. No obstante, debe conocerse su cuadro clínico. Descritos sus síntomas, ahora se referirán los posibles hallazgos durante el examen físico, los que estarán en relación con la etapa clínica en que se encuentre el cáncer. En la mayoría de los casos, cuando hay manifestaciones en el examen físico, se encontrará por lo menos en la etapa clínica Ib. Es posible que al tacto se aprecie un pequeño nódulo indurado, a veces con pequeña ulceración, pero esto también puede corresponder a irregularidades o erosiones del cuello, motivadas por otra causa.<sup>30</sup>

**Citología cervicovaginal:** En la actualidad casi nadie discute la importancia de la citología cervicovaginal como medio de pesquisa, del cáncer cervicouterino en grandes masas de población. La sencillez en su realización y su alta eficacia diagnóstica han estimulado la implantación de programas de diagnóstico precoz de este cáncer en numerosos países del mundo.<sup>5</sup>

En Cuba existe un programa de este tipo, de alcance nacional, que se lleva a cabo desde 1968 por el Ministerio de Salud Pública. El objetivo general de este programa es disminuir la mortalidad y conocer la morbilidad por cáncer del cuello del útero, mediante su detección en la etapa más temprana posible, lo que permitirá una terapéutica precoz y eficaz.<sup>1</sup>

El universo del programa es la población femenina, a partir de los 25 años de edad y que haya tenido vida sexual activa. El programa alcanza una cobertura de 100 % de esta población. La periodicidad del estudio de la citología cervicovaginal (prueba citológica) se establece cada 3 años en las mujeres entre 25 a 59 años de edad.<sup>7</sup>

Si una mujer tiene 3 estudios citológicos consecutivos con resultado negativo entre los 50 y 59 años de edad, ya no será necesario continuar haciendo estudios

citológicos después de los 60 años. Para la mujer de 60 años en adelante, a la que se le realice la prueba citológica por primera vez, si el resultado es negativo, se le hará otra citología al año, y si ésta es negativa nuevamente, se le repite el estudio a los 5 años. Si todos dieron negativo, ya no será necesario seguir haciendo este tipo de prueba. <sup>1</sup>

Las mujeres de bajo riesgo y que no deben ser incluidas en el Programa de Diagnóstico Precoz del CCU son: las que nunca han tenido relaciones sexuales y aquéllas a quienes se les ha realizado una histerectomía total por algún proceso benigno. A la mujer embarazada se le tomará la muestra citológica sólo si nunca se la ha hecho, o si ya han pasado 3 años o más desde la última vez que se hizo la prueba citológica. <sup>31</sup>

Es muy importante la participación que el médico general tiene en el desarrollo de este Programa. La toma correcta de la muestra citológica constituye un eslabón fundamental en la cadena de sucesos que ayudan en el diagnóstico de este cáncer. Por lo tanto, se considera que el elemento básico para el médico es el conocimiento de las reglas para la toma correcta de esta muestra. <sup>31,32</sup>

### **Técnica para la toma de la muestra citológica:**

Se interrogará a la paciente sobre los temas siguientes:

- Si ha utilizado ducha vaginal dentro de las 72 horas precedentes. Esto constituye un invalidante para tomar la muestra; así como el haber utilizado medicamentos por la vía vaginal durante la semana anterior.
- Si ha mantenido relaciones sexuales 24 horas antes, tampoco debe recogerse la muestra.
- Si ha sido sometida a una exploración bimanual o a manipulaciones sobre el cuello uterino (legrados, colocación o retirada de dispositivos intrauterinos, etcétera) durante las 48 horas anteriores, la muestra carece de valor. <sup>31,32,33</sup>

**Recolección de la muestra:** Debe tenerse preparado previamente el material necesario para la toma y fijación inmediata del material; las láminas deben estar

previamente identificadas. Todo el material que se va a usar debe estar limpio, seco y estéril.

- Se debe colocar a la paciente en posición ginecológica y exponer correctamente el cuello, mediante un espéculo.
- Retirar el exceso de secreción o de moco, si fuera necesario, sin tocar la superficie del cuello. Cuando se coloque el espéculo, no se debe utilizar lubricante.
- Deben tomarse 2 muestras, una del exocérvix y otra del endocérvix. Para la toma en el conducto cervical, se utilizará la espátula de Ayre, introduciendo bien el extremo más prominente en el orificio cervical y haciéndola girar con cierta presión en el sentido de las manecillas del reloj.<sup>32,33</sup>

**Colposcopia:** La colposcopia, ideada por Hinselmann en 1925, consiste en una exploración más minuciosa del cuello del útero, realizada por medio de un sistema óptico que proporciona una visión estereoscópica y aumentada. Hasta el momento este es un equipo que se utiliza al nivel de las consultas especializadas de patología de cuello, por lo que a los fines de este texto es suficiente con el conocimiento de su existencia.<sup>32,34</sup>

**Prueba de Schiller:** Constituye un método muy simple, al alcance del médico general, y consiste en impregnar el cuello con solución de Lugol. Se basa en el principio de reacción del yodo con el glucógeno que contienen las células normales del epitelio cervicovaginal, el que en condiciones normales tomará una coloración caoba oscura homogénea. No se trata de una prueba de malignidad que por sí sola sea suficiente, pero suministra una orientación interesante para el establecimiento de un diagnóstico posterior.<sup>31</sup>

**Biopsia:** Este método se practica, sobre todo, siempre que se traten de confirmar los resultados de los distintos métodos de diagnóstico precoz (prueba citológica, prueba de Schiller o colposcopia); es el método que dará el diagnóstico de certeza. Sólo será llevado a cabo en la consulta de Patología de Cuello (biopsia por

ponchamiento o con asa diatérmica) o en el Salón de Cirugía (conización o amputación del cuello).<sup>34</sup>

A lo largo del tiempo se han probado distintos tratamientos y protocolos con el objeto de obtener los mejores resultados en el control de esta patología; entre estos están los métodos ablativos que destruyen la lesión in situ y los escisionales que la extirpan.<sup>30</sup>

En base a las observaciones clínicas y los resultados obtenidos, se ha ido acrecentando la evidencia de que los métodos preferentes para las lesiones de bajo grado de malignidad son los ablativos y se prefiere los escisionales para las de alto grado. Estos últimos corresponden a la llamada conización cervical en todas sus formas (fría o quirúrgica, láser, radiofrecuencia o leep).<sup>34</sup>

La conización cervical del cuello uterino es considerada el tratamiento de elección de las neoplasias intraepiteliales de alto grado. Desde su introducción a la práctica clínica, la cirugía de radiofrecuencia o conización LEEP, se ha ubicado como procedimiento de elección para dicha intervención, por su simplicidad de ejecución, el carácter de ambulatoria, su bajo costo, las escasas complicaciones y los buenos resultados del corto y largo plazo para el control de estas lesiones.<sup>35</sup>

## **DISEÑO METODOLOGICO:**

### **✓ Clasificación y contexto.**

Se realizó un estudio descriptivo transversal con el objetivo de caracterizar el comportamiento clínico-epidemiológico del cáncer cervicouterino en mujeres entre 25 y 64 años de edad en el Policlínico Máximo Gómez Báez de Holguín, en el periodo comprendido desde enero a diciembre de 2018.

### **✓ Universo y Muestra.**

El Universo de estudio estuvo conformado por las pacientes que se les realizó la citología orgánica durante el período de estudio 1653 y la muestra quedó constituida por aquellas que se les diagnosticó alguna lesión de cuello uterino NIC I, NIC II, NIC III, Carcinoma in situ (CIS) y Carcinoma Epidermoide (CE) con un total de 36 pacientes, teniéndose en cuenta los siguientes criterios:

### **✓ Criterios de inclusión.**

- Mujeres de 25 a 64 años de edad con resultado de la citología vaginal alterado según criterio.
- Pacientes que aceptaron ser incluidas en el estudio.

### **✓ Criterios de exclusión:**

- Pacientes con resultado no útil en la citología vaginal.
- Pacientes hysterectomizadas.
- Pacientes que no aceptaron ser incluidas en el estudio.

## **OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES**

**Para la tarea científica: No. 1.** Describir el comportamiento del cáncer cervicouterino según formas clínicas.

- Clasificación de los Estadios de la enfermedad. (Variable cualitativa ordinal).

La neoplasia intraepitelial cervical (NIC) histopatológicamente se clasifica en tres estadios de acuerdo a la severidad de las lesiones y así serán denominados:

- NIC I o displasia leve,
- NIC II o displasia moderada,

- NIC III o displasia severa
- Carcinoma in situ.

**Para la tarea científica: No. 2.**

Caracterizar los resultados citológicos de las variables relacionadas con las determinantes de estado de salud de la población.

- Grupos de edades. (Cuantitativa Continúa por intervalos).

Agrupada a los efectos de la investigación.

- 25-29
- 30-39
- 40-49
- 50-59
- 60-64

Indicador: números absolutos y porcentos.

- Inicio precoz de relaciones sexuales. (Cualitativa nominal dicotómica)
  - Se considera inicio precoz cuando comienzan a tener relaciones sexuales antes de los 20 años.
  - Se considera inicio tardío cuando comienzan a tener relaciones sexuales después de los 20 años.

Indicador: en número absoluto y porcentaje.

- Hábito de fumar. (Cualitativa nominal politómica).

Según el hábito tóxico que está descrito como factor de riesgo que incluyeron las pacientes.

- Se clasificó como fumadoras las que fuman cigarrillos independientemente de la cantidad y frecuencia.
- No fumadoras: las que no practican este hábito.

- Números de partos: (Cualitativa Nominal politómica).

Se consideró por la cantidad de partos tanto eutócicos como distócicos, independientemente de la viabilidad del producto de la concepción y el tiempo gestacional.

- Nulípara. Mujeres que no tienen partos.

- primíparas. Mujeres q tienen un parto.
- Bimiparas. Mujeres que tienen dos partos.
- Multíparas. Mujeres que tienen tres partos o más.

Indicador: en número absoluto y porciento.

➤ Métodos anticonceptivos utilizados. (Cualitativa nominal dicotómica)

Según el método utilizado en el momento de la investigación.

- Ninguno: Mujeres que no se protegen con ningún anticonceptivo independientemente de su tipo
- DIU: Mujeres que se protegen con DIU independientemente de su tipo.
- Anticonceptivos hormonales: Mujeres que utilizaron pastillas anticonceptivas, vacunas o dispositivos de implantes.

Indicador: en número absoluto y porciento.

➤ Antecedentes de ITS. (Cualitativa Nominal politómica)

Antecedentes de las pacientes de presentar afecciones cervicovaginales recogidas mediante el interrogatorio, historias clínicas individuales y revisión de la tarjeta de citología orgánica.

- Cervicitis: Es la inflamación del cuello uterino que puede ser aguda o crónica. Su causa más frecuente es la infección bacteriana o puede ser producida también por virus, protozoos y/o hongos. El síntoma más frecuente es la leucorrea abundante, además puede formar parte de una inflamación pélvica. Se incluyeron en este acápite las pacientes que padecieron esta patología y su etiología no quedo completamente precisada.
- Sífilis: Enfermedad de transmisión sexual producida por una bacteria denominada Treponema Pallidum. En su primera etapa aparece en los órganos genitales una lesión inflamatoria (Chancro) que desaparece en algunas semanas, momento en que la enfermedad continúa y pasa a otros estadíos en caso de no haber sido atendida<sup>17</sup>.
- Trichomoniasis: Es un parásito de transmisión sexual en ocasiones asintomático en el 10 % de los casos, es responsable de aproximadamente el 25 % de las vaginitis sintomáticas.

- Papiloma viral humano: Es una infección de transmisión sexual provocada por el virus del papiloma humano (VPH). Se caracteriza por el crecimiento de una verruga blanda en los genitales o en la región anal. También es llamada Condiloma Acuminado,<sup>17</sup>
- Clamidiasis: Es una afección transmitida por vía sexual. En la mujer la infección puede ser asintomática o presentarse con una sintomatología no específica en dependencia de su localización.
- Herpes genital simple: Es una infección de transmisión sexual, causada por el Virus del Herpes Simple perteneciente al grupo herpes-virus homónis.

Indicador: en número absoluto y por ciento.

### **Para la tarea científica Nro. 3:**

Para dar salida al tercer objetivo se revisaron los archivos estadísticos del área de salud y se recogieron los datos de interés afines a nuestra investigación, registrados en igual periodo del año anterior.

### **MÉTODOS EMPLEADOS:**

Para dar cumplimiento a cada una de las tareas planteadas se utilizaron los siguientes métodos de investigación:

- **Del nivel teórico:**

Inductivo–Deductivo: para determinar el estado actual del problema investigado, sus posibles causas y valorar los resultados.

Análisis–Síntesis: para la interpretación y procesamiento de la información a través del cumplimiento de los objetivos específicos.

Histórico-Lógico: para determinar los antecedentes históricos de la enfermedad objeto de investigación.

Revisión Documental: Se realizaron análisis de los resultados de investigaciones desarrolladas sobre el tema, de igual forma se realizaron revisiones y análisis de

informes documentales, el Manual de Normas y Procedimientos utilizados, el Programa nacional de diagnóstico precoz de cáncer cervicouterino.

- **Del nivel empírico:** Se aplicó una entrevista confeccionada en función de los objetivos de la investigación (Anexo 1)
- **De nivel estadístico – matemático:**

Análisis porcentual para interpretar los datos que se derivan de la aplicación de los métodos empíricos utilizados en la investigación.

✓ **Métodos de Recolección de la Información:**

La información se obtuvo a través de la recolección de datos contenidos en las tarjetas de citología orgánica de las pacientes (Modelo 68.04), y la revisión de las Historias Clínicas individuales y familiares según consultorio de pertenencia, previo consentimiento informado (Anexo I), además se les aplicó una encuesta confeccionada en función de los objetivos de la investigación (Anexo II), para corroborar los resultados encontrados y así evitar sesgos en la información.

Se confeccionó una base de datos para la tabulación de la información. Se aplicaron medidas resumen para variables cualitativas (números absolutos y porcentajes). Se confeccionaron tablas de distribución de frecuencia simple (monodireccionales) y de asociación de variables (bidireccionales), así como gráficos de pastely de barra; que facilitaron el análisis y comparación de los resultados, los que fueron representados en números absolutos y porcentajes.

✓ **Consideraciones éticas**

Se mantuvo presente en todo momento los principios éticos para la investigación médica en humanos establecidos en la declaración de Helsinki, Se preservó la integridad y confiabilidad de los datos obtenidos para futuras publicaciones. Se solicitó la autorización al Comité de Ética de las Investigaciones de la Unidad para la revisión de las Historias Clínicas de las pacientes estudiadas. (Anexo 1).

## **ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS:**

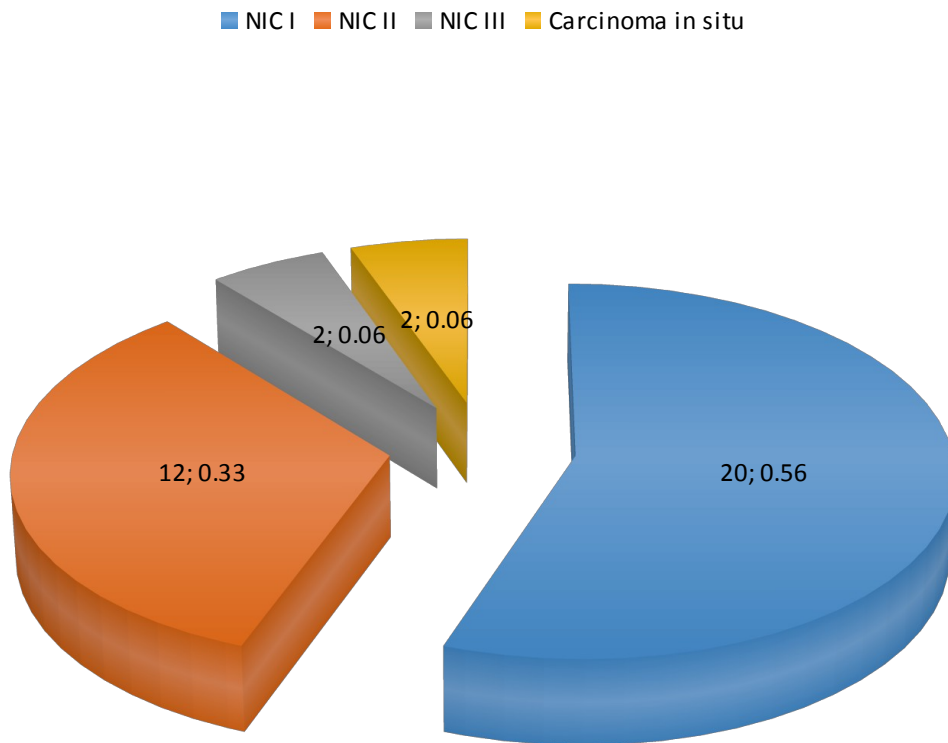
Cuando analizamos el comportamiento de los resultados de la citología orgánica en el Policlínico Máximo Gómez en el período estudiado encontramos que de un total de 1653 citologías realizadas el 2.17 % de las pacientes tuvieron resultados alterados, representado por 36 pacientes.

**Tabla I: Distribución de las pacientes del estudio según resultados cito-histológicos. Policlínico Máximo Gómez Báez. Enero-Diciembre 2018.**

<b>Resultados cito - histológicos</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
NIC I	20	55.5
NIC II	12	33.3
NIC III	2	5.6
Carcinoma in situ	2	5.6
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100</b>

**Fuente: Tarjetas de citología modelo 68-04.**

## Gráfico I



Al analizar la distribución de los pacientes del estudio según resultados citohistológicos (**tabla I gráfico I**) se observa que la mayor incidencia de los casos lo aporta el NIC I con 20 pacientes para un 55.5 %, seguidos por el NIC II con 12 pacientes para un 33.3%, y el NIC III y el carcinoma in situ con 2 casos cada uno, para un 5.6 % respectivamente.

Estos resultados coinciden con otros estudios internacionales, donde se plantea el aumento de la morbimortalidad por esta patología a pesar del trabajo preventivo que se realiza, pero se argumenta la importancia de las pesquisas oportunas en aras de evitar la progresión de estos a estadíos avanzados de la enfermedad<sup>1</sup>.

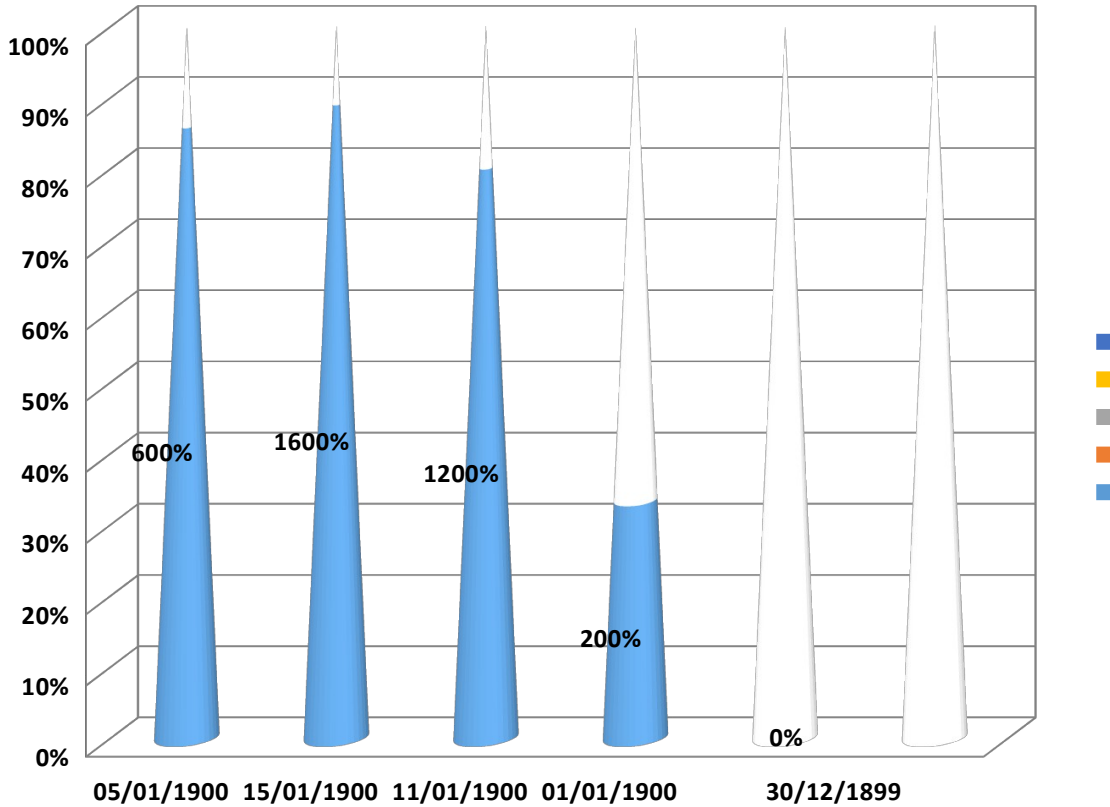
Como podemos apreciar predominan los estadios iniciales de la enfermedad, en correspondencia al adecuado pesquisaje de cáncer cervicouterino que viene realizándose desde hace varios años.

**Tabla II: Distribución de las citologías positivas por grupos de edades. Policlínico Máximo Gómez Báez. Enero-Diciembre 2018.**

Grupo de edades	NIC I		NIC II		NIC III		CIS		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
25 - 29	4	20.0	2	16.7	-	-	-	-	6	16.7
30 - 39	8	40.0	6	50.0	1	50.0	1	50.0	16	44.4
40 - 49	7	35.0	4	33.3	1	50.0	-	-	12	33.3
50 - 59	1	5.0	-	-	-	-	1	50.0	2	5.6
60- 64	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>12</b>	<b>100</b>	<b>2</b>	<b>100</b>	<b>2</b>	<b>100</b>	<b>36</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Tarjeta de citología modelo 68-04.

**Grafico II**



Al realizar la distribución de las citologías positivas por grupos de edades (**tabla II** y el **gráfico II**) observamos que el mayor número de pacientes afectadas corresponde al grupo de edad comprendido entre 30 y 39 años, para un 44.4 %, de ellas 8 presentaron NIC I, para un 40%, seguidos del grupo de 40 a 49 años para un 33.3 % . Este resultado coincide con los realizados por Danfort y Fernández, quienes plantean que las edades de máxima prevalencia oscilan entre los 30 y 39 años y de los 35 a 45 años respectivamente.

Resulta importante señalar, que en estas edades, la mujer está en plena edad fértil y sexualmente activa, sin menospreciar la organización que ha alcanzado el programa afín, donde se detecta precozmente esta patología. Este resultado coincide con los

de Fernández y colaboradores en su estudio realizado sobre evidencias epidemiológicas del cáncer de cérvix en Cuba, donde hace alusión a estas edades como mayormente incidentes.<sup>15</sup>

La mayoría de los autores revisados coinciden con que este grupo de edades es el de mayor frecuencia en el diagnóstico de lesiones premalignas y malignas del cuello.<sup>28, 29</sup> También plantean un crecimiento de estas patologías en edades de 35 a 45 años. Difiere con Díaz Solas y colaboradores que plantean un incremento del diagnóstico de los casos por debajo de los 30 años en los últimos tiempos.<sup>34</sup>

Esto demuestra la importancia del Programa Nacional de Diagnóstico Precoz Del cáncer cervicouterino que existe en nuestro país en el diagnóstico precisamente de estas lesiones, pesquisadas precozmente mediante el diagnóstico cito-histológico para prolongar así los años de vida social que pudieran ser afectados en este tipo de paciente.

**Tabla III: Distribución de número de partos en pacientes con citologías alteradas. Policlínico Máximo Gómez Báez. Enero-Diciembre 2018**

Paridad	NIC I		NIC II		NIC III		CIS		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
<b>Nulípara</b>	1	5	0	0.0	0	0	0	0	1	2.8
<b>Primípara</b>	3	15	2	16.7	1	50	0	0	6	16.7
<b>Bimípara</b>	6	30	3	25.0	0	0	1	50	10	27.8
<b>Múltiparas</b>	10	50	7	58.3	1	50	1	50	19	52.8
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>12</b>	<b>100.0</b>	<b>2</b>	<b>100</b>	<b>2</b>	<b>100</b>	<b>36</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Tarjeta de citología modelo 68-04.

Al analizar la distribución de número de partos en pacientes con citologías alteradas (**tabla III**), observamos que las multíparas ocupan el mayor número de casos con 19 pacientes para un 52,8 %; de ellas, 10 pacientes (50%) presentaron NIC I; seguidas de las Bimíparas con 10 pacientes (27.8 %) y las primíparas con sólo 6 casos para un 16.7 %.

Danfort y otros autores plantean que las mujeres con tres partos o más tienen 2,83% veces, más posibilidades de desarrollar cáncer cervicouterino en relación con las de menos números de alumbramientos; coincidiendo con lo encontrado en nuestra investigación.<sup>1,31</sup>

Esta afirmación se fundamenta sobre el efecto nocivo de la multiparidad sobre el cuello uterino ya que se ve sometido a mayor número de traumas, desgarros y laceraciones. Además se ha comprobado que durante el embarazo ocurre una cierta depresión inmunológica y de los niveles de folatos en la sangre; hecho que se ha relacionado con el aumento del riesgo de aparición de la neoplasia intraepitelial mientras más embarazos tenga la mujer; coincidiendo con la literatura revisada.<sup>31</sup>

**Tabla IV: Métodos anticonceptivos usados en pacientes con citologías positivas. Policlínico Máximo Gómez Báez. Enero-Diciembre 2018.**

Métodos Anticonceptivos	NIC I		NIC II		NIC III		CIS		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Ningún método	8	40	4	33.3	1	50	0	0	13	36.1
DIU	3	15	2	16.67	0	0	1	50	6	16.7
Anticonceptivos Hormonales	9	45	6	50.0	1	50	1	50	17	47.2
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>12</b>	<b>100.0</b>	<b>2</b>	<b>100</b>	<b>2</b>	<b>100</b>	<b>36</b>	<b>100.0</b>

**Fuente: Tarjeta de citología modelo 68-04.**

Al analizar los métodos anticonceptivos usados en pacientes con citologías positivas (**tabla IV**) observamos que el mayor número de pacientes usan anticonceptivos hormonales con 17 casos para un 47.2%, de ellas 9 casos presentan NIC I, lo que representa un 45%. Le siguen las pacientes que no usaban ningún método con 13 casos para un 36.11 %.

Este resultado coincide con los realizados por otros autores cubanos que plantean que el uso de anticonceptivos hormonales resulta ser un factor de riesgo 2,8 veces mayor que las que no los usan, ya que los estrógenos exógenos condicionan un aumento de la incidencia de cáncer endometrial sobre todo de la porción cervical, ya que al no existir cuerpo lúteo en cada ciclo, no ocurre la menstruación y las células aberrantes que puedan formarse persisten al no decamarse periódicamente el endometrio<sup>1,11,14</sup>.

La autora considera que estas pacientes al no protegerse están expuestas al embarazo, el aborto y parto con sus consecuencias, así como a las infecciones de transmisión sexual al no usar preservativo; hechos que constituyen factores de riesgos importantes para la aparición del cáncer cervicouterino.

**Tabla V: Distribución de los casos según infecciones cérvico-vaginales asociadas a pacientes con citología positiva. Policlínico Máximo Gómez Báez. Enero-Diciembre 2018.**

Afecciones	NIC I		NIC II		NIC III		CIS		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
<b>Cervicitis</b>	5	25.0	3	25.0	1	50.0	1	50.0	10	27.8
<b>Trichomoniasis</b>	3	15.0	-	-	-	-	-	-	3	8.3
<b>Clamidiasis</b>	2	10.0	2	16.7	-	-	-	-	4	11.1
<b>Sífilis</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Papiloma Virus</b>	1	5.0	-	-	-	-	-	-	1	2.8
<b>Herpes Genital Simple</b>	3	15.0	4	33.3	-	-	-	-	7	19.4
<b>Moniliasis</b>	5	25.0	2	16.7	1	50.0	1	50.0	9	25.0
<b>Vaginosis Bacteriana</b>	1	5.0	1	8.3	-	-	-	-	2	5.6
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>12</b>	<b>100</b>	<b>2</b>	<b>100</b>	<b>2</b>	<b>100</b>	<b>36</b>	<b>100</b>

**Fuente: Historia clínica individual y tarjeta de citología modelo 68-04.**

Al hacer la distribución de los casos según infecciones cervico-vaginales asociados a pacientes con citología positiva (**tabla V**) encontramos un predominio de las cervicitis de etiología no precisada, con un 27.8% y la moniliasis vaginal con el 25.0%, seguido del herpes genital simple y la clamidiasis con un 19.4% y 11.1% respectivamente. La trichomoniasis con un 8.3% y le continua las vaginosis bacteriana con un 5.6%.

El papiloma virus, y la sífilis se encuentran en menor escala, lo que se corresponde con la baja incidencia de estas patologías en nuestra área de salud en las pacientes estudiadas, con un 2.8% y 0% respectivamente.

No coincidimos con algunos investigadores ya que obtuvieron un predominio mayor de infección vaginal por trichomonas.<sup>21,32</sup> Por otra parte Gómez y otros autores realizaron estudios similares en México, demostrando la relación existente entre las infecciones de transmisión sexuales y las patologías de cuello; reportaron una mayor incidencia en las infecciones por trichomonas, por lo que tampoco coincidimos con estos autores.<sup>21,32,33.</sup>

Es importante plantear que la cervicitis de cualquier etiología, no tratada adecuadamente y en presencia de un terreno propicio; podría desencadenar lesiones displásicas a nivel del cérvix, que si es una infección reciente puede ceder espontáneamente, si es persistente se desarrolla un tumor pre maligno y si no se trata puede convertirse en cáncer; de aquí la importancia del diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las cervicitis independientemente de su etiología.<sup>17,20,33</sup>

**Tabla VI: Distribución de pacientes según edad de comienzo de las relaciones sexuales y resultado citológico. Policlínico Máximo Gómez Báez. Enero-Diciembre 2018.**

Edades. (años)	NIC I		NIC II		NIC III		CIS		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Hasta 20	17	85.0	9	75.0	2	100.0	1	50.0	29	80.6
21 y más	3	15.0	3	25.0	-	-	1	50.0	7	19.4
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>12</b>	<b>100</b>	<b>2</b>	<b>100</b>	<b>2</b>	<b>100</b>	<b>36</b>	<b>100</b>

Fuente: Tarjeta de citología modelo 68-04.

Al analizar la distribución de las pacientes según edad de comienzo de las relaciones sexuales y resultado citológico (**tabla VI**) se encontró un predominio de lesiones en aquellas mujeres que comenzaron precozmente la vida sexual (29) con un 80.6 % en las que iniciaron sus relaciones sexuales antes de los 20 años y de ellas (17), el 85 % de los casos corresponden a displasias leve o NIC I.

Coincidimos con la investigación de Valdés Álvarez en Ciudad Habana que encontró su mayor incidencia en mujeres con relaciones precoces.<sup>16</sup> Otros estudios realizados en Brasil y Dinamarca obtuvieron iguales resultados donde plantean que la edad temprana de las relaciones sexuales es un importante factor de riesgo en el Cáncer Cervicouterino.<sup>29</sup>

Esto demuestra que existe una relación estrecha entre el comienzo de las relaciones sexuales y la aparición de lesiones malignas de cuello uterino, por lo que constituye un factor de riesgo muy importante a tener en cuenta por el equipo básico de salud para realizar acciones de promoción y prevención con adolescentes, en aras de incrementar la labor educativa para su actual y posterior conducta.

El inicio de edades tempranas del primer coito antes de los 20 años y de manera marcada en aquellas que comienzan sus relaciones sexuales antes de los 18, ha sido abordado en la literatura mundial desde el punto de vista epidemiológico y existe un consenso general que estas relaciones en edades tempranas predisponen a lesiones cervicales.<sup>15, 19</sup>

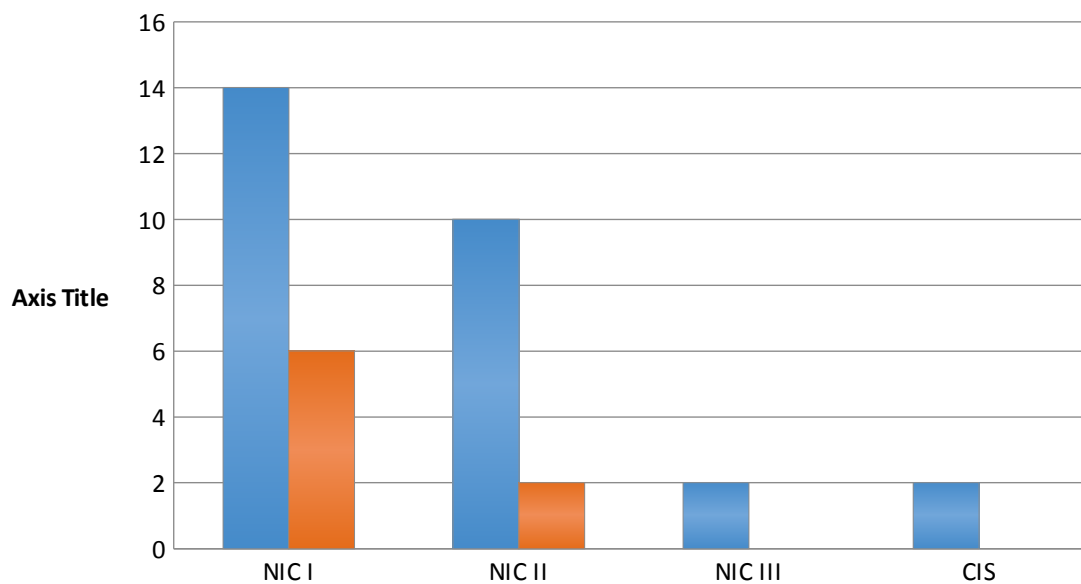
Todo ello es producto a la migración celular que se produce desde la unión escamo columnar hacia el endocervix mediante un proceso de entaplasia, en este proceso el epitelio cilíndrico es remplazado por el epitelio plano estratificado, dando origen a la forma de transformación donde se localiza la mayor parte de las neoplasias del cuello uterino. Es particularmente susceptible a los agentes carcinógenos relacionados con el coito en este período de gran actividad regenerativa.<sup>21</sup>

**Tabla VII. Distribución de pacientes según hábito de fumar y resultado citológico. Policlínico Máximo Gómez Báez. Enero-Diciembre 2018.**

Hábitos tóxicos	NIC I		NIC II		NIC III		CIS		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
<b>Fumadoras</b>	14	70	10	83.3	2	100	2	100	28	78
<b>No Fumadoras</b>	6	30	2	16.7	-	-	-	-	8	22
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>12</b>	<b>100</b>	<b>2</b>	<b>100</b>	<b>2</b>	<b>100</b>	<b>36</b>	<b>100</b>

Fuente: Historia clínica individual.

**Grafico III**



Al analizar la distribución de pacientes según hábito de fumar y resultado citológico (tabla VII gráfico III) se encontró que 28 del total eran fumadoras para un 78.0% y de ellas 14 casos con un 70%, correspondió a displasia leve o NIC I y solo el 22.0% representados por 8 pacientes, eran no fumadoras.

Coincidimos con resultados encontrados en otros estudios realizados por varios autores acerca de la relación del hábito de fumar como factor de riesgo en la aparición de la enfermedad.<sup>12, 18,19</sup>

En ellos se hace alusión a la responsabilidad del hábito de fumar como un factor importante en la génesis del cáncer cervicouterino, ya que provoca acumulación de nicotina y su producto de degradación en las células de vigilancia inmunológica de las glándulas productoras del moco cervical, interfiriendo en el normal funcionamiento de esta célula y creando además el terreno propicio para la acción de otros agentes como es el virus del Papiloma Humano.<sup>14</sup>

**Tabla VIII: Distribución de los resultados del total de las pacientes con citología orgánica realizadas en los años 2017 y 2018. Policlínico Máximo Gómez Báez.**

Resultado	2017		2018	
	No.	%	No.	%
Negativa	2607	97.3	1617	97.8
Positiva	72	2.7	36	2.2
<b>Total</b>	<b>2679</b>	<b>100.0</b>	<b>1653</b>	<b>100.0</b>

**Fuente: Tarjeta de citología modelo 68-04.**

Al analizar la distribución del total de pacientes con citología orgánica realizadas en los años 2017 y 2018 (tabla VIII), observamos similitud de porcentajes referentes a los casos con las citologías positivas; representado por un 2.7% en el 2017 y un

2.2% en el siguiente año. Se encontró la mayor cantidad de casos negativos en el 2018, a pesar de haberse estudiado un menor número de pacientes.

Estos resultados están en relación con la dinámica de realización de las citologías: en períodos de cada tres o cinco años, en relación estrecha con la edad establecida, con la realización ocasional según criterio clínico y con los seguimientos programados según resultados alterados de las mismas; hechos que imposibilitan establecer una comparación con realizaciones similares en diferentes años y demuestran que a pesar de los esfuerzos realizados en el cumplimiento del plan de detección del cáncer cervicouterino en nuestra área de salud, aún se hace necesario trabajar en estrategias más abarcadoras para realizar las citologías al 100% de las mujeres que se encuentran en el programa.

## **CONCLUSIONES:**

En el periodo estudiado, las lesiones de cuello uterino más incidentes en las citologías de las pacientes fueron las NIC I.

Las lesiones pre malignas del cuello uterino se encontraron mayormente en mujeres de 30 y 39 años de edad, multíparas, en el uso de anticonceptivos hormonales y en casos de cervicitis de etiología no precisada y moniliasis vaginal; así como, en el inicio precoz de las relaciones sexuales y la práctica del hábito de fumar.

No se encontró diferencia significativa entre la incidencia de casos de citologías positivas en el periodo del estudio con las detectadas en igual periodo del 2017.

## **RECOMENDACIONES:**

Consolidar el trabajo de los Equipos Básicos de Salud, a fin de trazar estrategias multisectoriales, encaminadas a fortalecer las acciones de educación sanitaria dirigidas a las familias en relación al conocimiento y modificación de los factores de riesgo que inciden con mayor frecuencia en la aparición del cáncer cervicouterino, además del cumplimiento estricto del Programa de Prevención de este cáncer con el objetivo de estudiar la totalidad de pacientes en el tiempo y forma correspondientes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Moré Vega A, Moya Toneut C, Pino Pérez FW, Gálvez Castellón AM, Espinosa Fuentes ML, Ávalos Arbolaes JL. Comportamiento de las lesiones intraepiteliales de alto grado en la consulta de patología de cuello. Rev de Ginecol y Obstet [Internet]. 2013 [Citado 8 de Enero de 2016]; 39(4): [Aprox 12p.]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol39\\_4\\_13/gin05413.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol39_4_13/gin05413.htm)
2. Callejas Monsalve DE. Caracterización de la respuesta inmunitaria-inflamatoria en el cuello uterino en pacientes con displasias de cervix. [Tesis]. España: Universidad De Alcalá; 2011.
3. Benevolo M, Terrenato I, Mottolose M, Marandino F, Muti P, Carosi M, et al. Comparative evaluation of nm23 and p16 expression as biomarkers of high-risk human papillomavirus infection and cervical intraepithelial neoplasia 2 + lesions of the uterine cervix. Histopathology 2010; 57:580–586.
4. Berdayes Velásquez M, Valléz Bermúdez M J. Lesiones preinvasivas de cuello uterino. Hospital Universitario Ruiz y Páez (H.U.R.P.) [Tesis]. Venezuela: Universidad de Oriente Ciudad Bolívar; 2010.
5. Hwang JA, Lee JK, Tae Jin Kim, Kim MK. Cancer Causes Control The association between fruit and vegetable consumption and HPV viral load in high-risk HPV-positive women with cervical intraepithelial neoplasia. 2010; 21:51–59.
6. Yang HP, Zuna RE, Schiffman M, Walker JL, Sherman ME, et al. Clinical and Pathological Heterogeneity of Cervical Intraepithelial Neoplasia Grade PLoS ONE [Internet]. 2012 [citado 8 de enero del 2016]; 7(1): e29051. Disponible en: [doi:10.1371/journal.pone.0029051](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0029051)
7. Tafurt-Cardona Y, Acosta-Astaiza CP, Sierra-Torres CH. Prevalencia de citología anormal e inflamación y su asociación con factores de riesgo para neoplasias del cuello uterino en el Cauca, Colombia. Rev salud pública [Internet]. 2012 [citado 8 de Enero de 2016]; 14(1): [Aprox 12p]. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/20386>
8. Cantero VC, de la Torre Jiménez AI. Caracterización de las lesiones intra-epiteliales cervicales de alto grado en adolescentes y mujeres Jóvenes. MediSur. 2011; 9(5): 30-33.

9. Lazo Piña PF. Relación entre factores de riesgo reproductivo de mujeres con citología cervical uterina alterada, atendidas en el consultorio. Perú: Universidad Nacional de San Martín; 2012.
10. American Cancer Society. Cancer Facts and Figures 2014. Atlanta, Ga: American Cancer Society; 2014.
11. Torrico Aponte WA, Barriga Chacon J, Torrico Aponte E. Crioterapia en el manejo de las lesiones intraepiteliales del cervix uterino Hospital Materno Infantil "Germán Urquidí". 2007 – 2008 Rev Méd-Cient. "Luz Vida" [Internet]. 2010 [Citado 8 de Enero de 2016];1(1): [Aprox 12p]. Disponible en: [www.redalyc.org/pdf/3250/325028221005.pdf](http://www.redalyc.org/pdf/3250/325028221005.pdf)
12. Cruz Hernández I, Sanabria Negrin JG, Llanuch Lara M, Crespo Dueñas A, Paredes Torres I, Matos Rodríguez A. Lesiones premalignas del cuello uterino. Etiología y prevención. Primer Congreso Virtual de Ciencias Morfológicas noviembre [Internet]. 2012 [Citado 8 de Enero de 2015]; [Aprox 24p]. Disponible en: [http://www.morfovirtual2012.sld.cu/index.php/morfovirtual/index/pages/..](http://www.morfovirtual2012.sld.cu/index.php/morfovirtual/index/pages/)
13. Espinosa Granados LM, Valdivieso J, Joya M, Plata-Rondano M, Julio-Quintero L. Factores influyentes en la utilización del servicio de citología en una Universidad Cuidarte. Rev Cuid. 2010; 1(1):19-25.
14. Mora M, Hernando Ruiz C, Miranda A, Rodríguez RE. Manejo actual del cáncer micro invasor. Repert Med Cir. 2010; 19(1): 35-40.
15. Fernández; Gorro Lt Lince Anta J, Cabezas Cruz E, Romero T, Camacho R. Evaluación del programa de Cáncer de cuello de útero en Cuba. Bol Oficina. Sanitaria Panamericana 1996. 12(6):567-76.
16. Torriente Hernández S, Valdés Álvarez O, Villarreal Martínez A, Lugo Sánchez A. Caracterización de un grupo de pacientes con neoplasia intraepitelial cervical diagnosticadas por biopsia con asa diatérmica. [Internet]. 2011 [Citado 8 de octubre del 2014]; 37(1): [Aprox 10p]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol37\\_01\\_11/gin07111.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol37_01_11/gin07111.htm)
16. Mendoza LA, Pedroza ML, Hernando Micolta P, Ramírez A, Ramiro Cáceres C, López DV, et al. Prevalencia de lesiones de bajo y alto grado de cuello uterino en una ciudad colombiana. Rev Chil Obstet Ginecol. 2012; 77(2): 129 – 136.
17. Lau Serrano D, Millán Vega AM, Fajardo Tornés Y, César Sánchez Alarcón. Lesiones preinvasivas del cuello uterino. Rev Cubana de Obst y Ginecol. 2012; 38(3):366-377.

18. Santana Serrano C, Chávez Roque M, Viñas Sifontes LN, Calderon Cruz M. Comportamiento Del Cáncer Cervico Uterino Según Citología Orgánicas Anormales En Nuevitas Del 2006 Al 2010. Global Journal of Medical research [Internet].2014 [Citado 8 de enero del 2016]; 14 (2): [Aprox 12p]. Disponible en: <https://globaljournals.org/.../7-Uterine-Cervix-Cancer-Behavior-Accordin...>
19. Moran García RS, Quintero Soto ML. antecedentes sobre el cáncer cérvico-uterino en México e importancia de la educación sexual en la prevención temprana en jóvenes y población rural. Medwave [Internet]. 2012 Ago [Citado 10 de enero del 2016];12(7):e5453. Disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Revisiones/Analisis/5453>
20. Cabezas E. Lesiones malignas del útero. En: Rigol Ricardo O, Cutié León E, Santiesteban Alba S, Cabezas Cruz E, Farnot Cardoso U, Vázquez Cabrera J, et al. Obstetricia y ginecología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.
21. Faneite Antique P. Vacuna VPH en las mujeres tratadas con CIN 2/3: Es todo acerca de prevención. GynecologicOncology 130 (2013): 255–256.
22. Arenas Aponte R, Henríquez Romero D, González Blanco M. Cáncer de cuello uterino en mujeres menores de 35 años y mayores de 60 años. RevObstetGinecolVenez [Internet]. 2011 [Citado 10 de enero del 2016];71 (4): [Aprox 15p]. Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0048-77322011000400006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0048-77322011000400006&script=sci_arttext)
23. Pérez Martínez LJ, Mantilla González Y, Pérez Buchillón R. Relación de algunas variables epidemiológicas en pacientes con el diagnóstico de NIC asociado a VPH. MEDICIEGO [Internet].2013 [Citado 10 de enero del 2016];71 (4): [Aprox 15p]; 19 (2): Disponible en: [www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol19\\_no2\\_2013/pdf/T9.pdf](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol19_no2_2013/pdf/T9.pdf)
24. Ministerio de Salud. Guía Clínica cáncer cervicouterino. Santiago de Chile: Minsal; 2010.
25. Tartabull Sánchez G, Scull Villegas C, Duarte Vilariño A, López Baró D, Sosa Sánchez D. Correlación citohistológica de las lesiones intraepiteliales del cérvix. MEDICIEGO [Internet]. 2013 [Citado 10 de enero del 2016]; 19(Supl.1). Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol19\\_supl1\\_2013/articulos/t-12.html](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol19_supl1_2013/articulos/t-12.html)
26. López-Alegría A, Arcos E, González L, Soares De Lorenzi DR, Quezada O. Algoritmos de derivación y confirmación diagnóstica de citología cervical atípica: desafíos para la actualización. RevChilObstetGinecol. 2012; 77(4): 322 – 328.

27. Rengifo E. NIC: Colposcopia y biopsia dirigida en el diagnóstico de lesiones iniciales del cuello uterino. Ginecología y Obstetricia [Internet]. 1998 [Citado 10 de enero del 2015]; 44 (2): [Aprox 10p]. Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol\\_44n2/nic\\_colposcopia..htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol_44n2/nic_colposcopia..htm)
- 28 Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del cáncer cervicouterino. La Habana: Editorial Ciencias Médicas 2004; 7 – 92.
- 29 Rodríguez J., Instituto Nacional del Cáncer en EEUU. Cáncer. <<http://concernet.Nclhch.gor>>, consultado en enero 2007
- 30 Organización Mundial de la Salud. M. S. Control of Cáncer de Cervix Uterine. Bol. 2003. Vol 74 (6).
- 31 Amaro Hernández F., Polo Cardoso K., Comportamiento de algunos factores de riesgos asociados a la aparición del cáncer cervicouterino en un área de salud. Archivomedico de Camaguey 2003 ; 7 (Supl.: 2). ISSN 1025-0255.
- 32 Borres D, Bergerón C. Reproducibility of citologic diagnosis. Estady of crisap. GynecolObstetFertil 2000; 28(2): 120-6.
- 33 Igarra Shi T, Konno R, Sato S, Yajima A. Ti :Charanteristics of Uterine Cancer Detected by Mass Screenig Su: Gan- To- Kayatu- Ryoho 1998 Aug25(10): 1519-26
- 34 Sanabria Negrín JG, Cruz Hernández IC, Oriolo Pérez L, Pérez Herrera MA, Valdés Abreu B. Evaluación del seguimiento de mujeres con cáncercervicouterino en dos policlínicos. Pinar del Río. RevCiencMéd [internet]2012 mayo-jun. [citado 17 ene.2013];16(3): [aprox.6p.]
- 35 Díaz Solas OM, Cardiez VL, Aguilar VC. Carcinoma In Situ del Cuello DelÚtero. Estudio de 150 casos en el período 1967-1974. Rev. CubObs. YGinecol, 1990, 16(2): 167-77.
- 36 Rigol Ricardo O. Obstetricia y Ginecología. La Habana: Ciencias Médicas;2004.



## **BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA:**

-Curso multimedia interactivo. El cáncer como problema de salud del mundo (curso maestría integral a la mujer en CD – ROM). Ciudad de La Habana: ENSAP; 2006.

-Gran J, Camacho R, Chacón M. Evaluación de la eficacia de una Estrategia basada en métodos educativos para desarrollar conductas promotoras y preventivas en la lucha contra el cáncer en Cuba. Documento de la conferencia del Fórum Nacional de Ciencia y Técnica; 2003.

-Ferlay J et al. Globocan 2000. Cancer Incidence Mortality and Prevalence, Versión 1.0, Lijon. <[hdw@paho.org](mailto:hdw@paho.org)>, consultado, febrero 2007.

-Rodríguez J., Instituto Nacional del Cáncer en EEUU. Cáncer. <<http://concernet.Nclhch.gov>>, consultado en enero 2007

-Richar R. M. Natural history of cervical intraepithelial neoplas. Rev Obstetrica and Gynaecology. 2001 Vol 12.

-Suárez E, Prieto M, Rojas I y Cols: Programa nacional de Cáncer Cervicouterino Rev Chil. Obstet Ginecol 2001; 66(6):480-91 (Medline).

-Borges L, Saname, Columbié O, Hartman Guilarte A. Estudio Epidemiológico de las displasias epiteliales del cuello uterino y la infección por HPV en el Hospital General Docente de Baracoa, Guantánamo, Cuba, 2002. *correo cien med (serial online)* 2002(1). (12 screens).

## **ANEXOS**

### **Anexo I**

#### **Consentimiento informado.**

Yo \_\_\_\_\_ participo voluntariamente en la investigación que tiene como objetivo describir el comportamiento clínico-epidemiológico del cáncer cervicouterino, que se realizará en el Policlínico Docente Máximo Gómez de Holguín, por la Dra. Iliana Delia Gómez Casaus como trabajo de terminación de su especialidad en Medicina General Integral.

Estoy dispuesta a responder con veracidad, la encuesta requerida para la investigación y permito el uso de la información contenida en mi Historia Clínica por parte de la investigadora sabiendo que toda la información recogida se mantendrá reservada y es confidencial. Este resultado no tiene fines diagnósticos sino investigativos, por lo cual no se me darán a conocer personalmente ni serán revelados a otros miembros de mi familia u a otras personas. Autorizo en publicaciones y con otros fines investigativos siempre y cuando resulten beneficiosos para el desarrollo de la ciencia y se mantenga sin revelar mi identidad. Si de la investigación se derivaran bienes materiales, se me ha informado que no seré beneficiado con los mismos. Afirmo y confirmo que mi participación es completamente voluntaria. Cooperaré con la localización a través de mis otros miembros de la familia en caso de que esto resultase necesario. Se me ha explicado que puedo retirarme de la investigación en cualquier momento si así lo estimo pertinente sin que deba dar explicaciones a cerca de mi decisión, lo cual no afectara mis relaciones con el personal de salud a cargo de la misma. He realizado todas las preguntas que consideré necesarias acerca de la investigación.

Para que así conste firmé la presente el día \_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

Firma del paciente \_\_\_\_\_.

**Encuesta:**

**(Anónima y estrictamente confidencial)**

Marque con una X la opción correcta.

1. Edad:\_\_\_\_\_

2. Resultado que ofreció su prueba citológica:

- NIC I o displasia leve\_\_\_\_\_
- NIC II o displasia moderada\_\_\_\_\_
- NIC III o displasia severa\_\_\_\_\_
- Carcinoma in situ\_\_\_\_\_

3. Edad de comienzo de las relaciones sexuales:

- antes de los 20 años.\_\_\_\_\_
- después de los 20 años.\_\_\_\_\_

4. Habito de fumar:

- Fumadoras \_\_\_\_\_
- No fumadoras\_\_\_\_\_

5. Números de partos:

- Ninguno\_\_\_\_\_
- 1 parto\_\_\_\_\_
- 2-partos\_\_\_\_\_
- 3 o mas partos\_\_\_\_\_

6. Métodos anticonceptivos utilizados:

- Ninguno\_\_\_\_

- DIU: \_\_\_\_\_
- Anticonceptivos hormonales:(tabletas, implantes o vacunas \_\_\_\_\_

7. Ha padecido alguna de las siguientes infecciones:

- Cervicitis: \_\_\_\_\_
- Sífilis: \_\_\_\_\_
- Trichomoniasis: \_\_\_\_\_
- Papiloma viral humano: \_\_\_\_\_
- Clamidiasis: \_\_\_\_\_
- Herpes genital simple \_\_\_\_\_