

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POLICLINICO UNIVERSITARIO
RENE ÁVILA REYES
HOLGUÍN**



Título: Factores relacionados a lesiones pre malignas del cuello uterino en mujeres del Policlínico Rene Avila Reyes. 2017

Autor:Dr. Armando Ernesto Fuentes Bruceta.

Tutora: Dra. Tatiana Zoila Ochoa Roca

Especialista de Segundo Grado en Medicina General Integral
Máster en Atención Integral a la Mujer y en Educación Médica
Profesora Auxiliar e Investigadora Agregada

**TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA DE
PRIMER GRADO EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL**

2018

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POLICLINICO UNIVERSITARIO
RENE AVILA REYES
HOLGUÍN

Título: Factores relacionados a lesiones pre malignas del cuello uterino en mujeres del Policlínico Rene Avila Reyes. 2017

Autor:Dr. Armando Ernesto Fuentes Bruceta.

Tutora: Dra. Tatiana Zoila Ochoa Roca

Especialista de Segundo Grado en Medicina General Integral
Máster en Atención Integral a la Mujer y en Educación Médica
Profesora Auxiliar e Investigadora Agregada

**TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA DE
PRIMER GRADO EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL.**

2018

.... El médico será algo más que alguien que atiende a uno que se enferma y va al hospital, sino que tendrá un papel especial en la medicina preventiva (...), en fin, será un **“Guardián de la salud”**.

Fidel Castro Ruz

DEDICATORIA

A mi hija que es el tesoro más grande que la vida me ha dado, a mi esposa que sin su apoyo, ayuda y dedicación no hubiera sido posible la realización de esta tesis, a mis padres, quienes son mi apoyo en cada paso que doy, con sus consejos, paciencia y ánimos para salir adelante así como al resto de mi familia que han aportado un grano de arena en mi formación.

AGRADECIMIENTOS

A mi tutora, Dra. Tatiana Zoila Ochoa Roca por su interés, apoyo y orientación durante todo este trabajo.

A todos aquellos que de forma desinteresada contribuyeron a la terminación de este trabajo.

Muchas gracias a todos

RESUMEN

Introducción: El cáncer cervicouterino es la segunda neoplasia maligna más frecuente en mujeres y constituye un problema de salud pública a nivel mundial

Objetivo: Caracterizar el comportamiento de los factores relacionados a las lesiones pre malignas de cuello uterino en mujeres del Policlínico Rene Ávila en el año 2017.

Método: Se realizó un estudio descriptivo y transversal, el universo estuvo conformado por 1814 pacientes a las que se realizó la citología orgánica durante el período de estudio y la muestra por 128 que se les diagnosticó alguna lesión de pre maligna de cuello uterino de bajo o alto grado. La información se realizó a través de las tarjetas de citología orgánica y la revisión de las historias clínicas.

Resultados: Las lesiones pre malignas de cuello uterino predominaron en mujeres de 24-30 años (32,03%), y la neoplasia intraepitelial cervical Grado I (57,58%) correspondió la de más frecuencia. Las mujeres casadas fueron (69,53 %) el hábito de fumar (27,34%), el inicio precoz de las relaciones sexuales (57,03 %) y la multiparidad (75 %) tuvo un mayor comportamiento. Se encontró un predominio de mujeres con antecedentes de no uso de dispositivos intrauterinos (55,46%) y de haber padecido alguna infección de transmisión sexual por trichomonas 22 (17,18) y por Virus del Papiloma Humano 7 (5,46%)

Conclusiones: Entre los factores relacionados a estas lesiones se encontraron el hábito de fumar, el inicio precoz de las relaciones sexuales, la multiparidad y la infección por VPH.

Palabras Clave: neoplasia intraepitelial cervical, lesiones pre malignas de cuello uterino, cáncer cervicouterino, citología orgánica.

ÍNDICE

Contenidos	Págs.
Resumen	
Introducción.....	1
Marco teórico.....	5
Objetivos.....	16
Diseño metodológico.....	17
Análisis y discusión de los resultados.....	21
Conclusiones.....	32
Recomendaciones.....	33
Referencias Bibliográficas.....	34
Anexos	

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 causas más frecuentes de muerte en las mujeres de los países en desarrollo y sus tasas de incidencias más altas se encuentran en Centro y Sur América, África Subsahariana, Sureste de Asia y el Caribe.¹

Anualmente se registran aproximadamente 500 000 casos, de esos 230 000 fallecen, el 80 % ocurre en países en desarrollo. Más de 300 000 mujeres mueren anualmente y de ellas más del 70 % en plena capacidad reproductiva. En Europa el CCU 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.¹⁻³

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 %.³

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.⁴

El cáncer de cuello uterino es el resultado de la progresión de leves anomalías epiteliales llamadas displasia o neoplasia intraepitelial cervical (NIC), diagnóstico frecuente en mujeres entre los 20 y 30 años de edad, pasando por carcinoma in situ, entre los 25 y 35 años, a carcinoma invasivo en mujeres mayores de 40 años.⁴

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.⁵⁻⁷

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.⁸

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 premalignas 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).⁹

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.^{10,11}

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.¹²

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.^{13,14}

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.⁴ La incidencia más baja la tiene China con 7/100.000 mujeres.¹⁵

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.

La citología y la colposcopia cérvico vaginal que 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. Lo

realmente eficaz ante el diagnóstico del cáncer de cérvix es establecerlo en una etapa precoz.¹⁶⁻¹⁸

Muchos investigadores, interesados en disminuir la incidencia del CCU, aceptan que para lograr el diagnóstico precoz 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.^{8,18}

En Cuba, según datos en el 2010, el CCU ocupa la tercera causa de muerte en el sexo femenino, en el año 2009 se diagnosticaron 1 263 pacientes, de ellas, perdieron la vida 430, de las cuales 200 se encontraban entre los 40 y los 59 años, esto trajo como consecuencia que solo por esta causa se perdieran 32,1 años de vida potencialmente. La tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino aumentó en el 2014 con relación al 2013, con cifras de 8,1 a 8,4 por 100 000 habitantes, colocándose como primera causa entre mujeres de 15 a 29 y de 30 a 44 años y una tasa de 10,3 y 38,2 por cada 100 000 habitantes respectivamente.¹⁹ En nuestro país según datos recogidos en el Anuario Nacional Estadístico en el año 2016 se examinaron 791 194 pacientes, de ellas 1098 fueron diagnosticadas con CCU predominando la etapa clínica 0 para un total de 621 para un 56,6 % y la etapa 1 con una cifra de 264 para un 24 %.

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.¹⁹

En Cienfuegos se reportaron 12,7 por ciento de mujeres atendidas en el programa que presentaron esta enfermedad. Esta oncopatía es la quinta causa de muerte por cáncer en la provincia de Camagüey.¹⁹

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.

En la provincia de Holguín en el año 2014 se diagnosticaron 257 casos de cáncer cervico uterino con un total de defunciones para ese año de 48 de ellas 15 pertenecían al municipio de Holguín.¹³

El Policlínico Universitario Rene Ávila Reyes también se encuentra inmerso en esta tarea del diagnóstico precoz de estas lesiones, así como implementando programas educativos con el objetivos que las pacientes conozcan los síntomas de las lesiones de cuello uterino así como los factores de riesgo.

Por todo lo antes expuesto enunciamos el siguiente **Problema Científico:**

¿Cuáles son los factores de riesgos relacionados a las lesiones pre malignas del cuello uterino en mujeres del Policlínico Rene Ávila Reyes en el periodo Enero a Diciembre de 2017?

MARCO TEÓRICO

El cáncer cervicouterino se ha convertido en una preocupación para los científicos de todo el mundo, a lo largo de los últimos años, se han centrado los esfuerzos en programas de prevención dirigidos a las mujeres en riesgo de contraer la enfermedad. Esto ha demandado ante todo que el especialista en Ginecología y el Médico General Integral cuenten con un nivel de conocimientos y un desarrollo de habilidades, que le permitan poner en marcha los diferentes métodos para un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno.

El CCU es un importante problema de salud. Es la segunda causa de muerte por neoplasia en mujeres a nivel mundial y la primera en países en vías de desarrollo. La lenta evolución de la enfermedad y la accesibilidad de células del cérvix para su estudio, permite tener tiempo y herramientas para detectar y erradicar la enfermedad, si el diagnóstico se hace oportunamente, lo que hace que el CCU sea una neoplasia 100% prevenible.

Características morfológicas del cuello uterino:

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.²⁰

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.^{19,20}

En la porción vaginal o exocérnix, 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 parabasal, 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.

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.²¹

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.^{20,21}

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.²¹⁻²³

Antecedentes Históricos:

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.

El científico alemán Harald zur Hausen realizó un gran avance en la investigación del cáncer cervical, ya que descubrió el papel importante que posee el virus del papiloma humano (VPH) en su formación, razón por la cual obtuvo el Premio Nobel de

Medicina en 2008, es criterio esta investigadora que estos estudios sirven de base a otros investigadores que continuaron indagando sobre la temáticas es así que se puede citar a los experimentos realizados en monos Rhesus por el ginecólogo español Enrique Aguirre Cabañas. Aspectos estos que sientan los cimientos sobre los que después se harían las investigaciones sobre la vacuna contra el cáncer cervical (Gardasil), en la que tuvieron un papel fundamental los doctores Ian Fraser y Jian Zhou.

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.^{24,25}

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.

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.²³

Muchas lesiones no son puramente de bajo o de alto grado, sino que los cambios que se presentan son combinaciones de ambas.²⁴

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.

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.²⁵

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.^{25,26}

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.²⁷

Los criterios para el diagnóstico de neoplasia intraepitelial son:

- Inmadurez celular,
- Desorganización celular,
- Anomalías nucleares y
- Aumento de la actividad mitótica.²⁸

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.

El ácido desoxiribonucleico (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.

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 y
- 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.²⁸

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.

Después de la menarca, 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.²⁹

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.

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.
- 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.
- 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.
- 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.²⁹

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.
- 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.

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.²⁹

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.
- 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.²⁹

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.

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.²⁹⁻³⁰

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.³⁰

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.

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.¹

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.

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.¹

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.³¹

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.

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.³¹⁻³⁴

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.

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 exocérnix y otra del endocérnix. 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.^{32,34}

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.³³⁻³⁵

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 oscuro 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.

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).

35

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.

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).

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.³⁶

OBJETIVOS

General:

Caracterizar el comportamiento de factores relacionados a las lesiones pre malignas del cuello uterino en mujeres del Policlínico Rene Ávila Reyes. Enero/ 2017- Diciembre /2017.

Específicos:

1. Describir en las mujeres estudiadas la clasificación de las lesiones pre malignas del cuello uterino según grupo de edades.
2. Identificar factores de riesgos relacionados a las lesiones pre malignas de cuello uterino tales como:
 - Estado civil
 - Inicio precoz de relaciones sexuales.
 - Paridad
 - Hábitos tóxicos
 - Antecedentes de Infecciones de Trasmisión Sexual (ITS)
 - Uso de dispositivo Intrauterino (DIU)

DISEÑO METODOLÓGICO

Clasificación y contexto:

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal para caracterizar el comportamiento de algunos factores de riesgos relacionados a las lesiones pre

malignas del cuello uterino diagnosticadas en mujeres en el Policlínico Rene Ávila Reyes en el periodo de Enero a Diciembre 2017.

Universo y Muestra:

El universo de estudio estuvo conformado por 1814 pacientes a las que se realizó la citología orgánica durante el período de estudio y la muestra quedó constituida 128 que se les diagnosticó alguna lesión de cuello uterino de bajo o alto grado como: NIC I, NIC II, NIC III, Carcinoma in situ (CIS) y además que cumplieron los siguientes criterios:

Inclusión:

- Todas las mujeres no gestantes que se le diagnosticó alguna lesión de cuello uterino perteneciente al área de salud.
- Todas las mujeres menores de 25 años que se hayan realizado la prueba citológica por criterio médico y se le diagnostique alguna lesión del cuello .

Exclusión:

- Mujeres atendidas, pero no pertenecientes al área de salud.
- Pacientes con resultado inflamatorio en la citología vaginal.

Operacionalización de las variables:

Variable	Tipo	Operacionalización	
		Escala	Descripción
Grupos de edades	Cuantitativa Continua por intervalos.	17-23	Según años Cumplidos.
		24-30	
		31-37	
		38-44	
		45-51	

		52-58	
		59-65	
		66-72	
Estado civil	Cualitativa nominal politomica	Soltera	Cuando no tiene pareja y no mantuvo vínculo matrimonial.
		Casada	Incluye cualquier unión estable.
		Viuda	Pérdida de la pareja por fallecimiento.
Hábitos tóxicos	Cualitativa nominal politomica	Cigarro	Según hábitos tóxicos descritos como factores de riesgo independientemente de la cantidad
		Ron	
		Otros	
Inicio precoz de relaciones sexuales.	Cualitativa nominal dicotómica	Si	Se considera inicio precoz cuando comienzan a tener relaciones sexuales antes de los 16 años
		No	
Paridad	Cualitativa Nominal Dicotómica	Múltiparas	Según el número de partos.
		Nulípara	
Uso de dispositivo Intrauterino (DIU)	Cualitativa nominal dicotómica	Si	Todas las que usaron o no DIU
		No	
Clasificación de las lesiones	Cualitativa Ordinal	NIC I	Según diagnóstico histopatológico descritos según nomenclatura de la OM como resultado de la prueba citológica
		NIC II	
		NIC III	
		Carcinoma in situ (CIS).	
Antecedentes de ITS	Cualitativa Nominal Politomica	VPH	Según los descritos en las historias clínicas
		Clamidia	

		Tricomona	
		Sífilis	
		Otros	

Técnicas y procedimientos:

La información se obtuvo a través de la recolección de datos contenidos en las tarjetas de citología orgánica de las pacientes y la revisión de las historias clínicas individuales. Esta información se plasmó en un modelo de vaciamiento de datos (Anexo 1).

Se confeccionó una base de datos en Access para la tabulación de la información. Se aplicaron medidas resumen para variables cualitativas (números absolutos y porcentajes). Se confeccionaron tablas y gráficos que facilitaron el análisis y comparación de los resultados.

La bibliografía se acotó según Normas de Vancouver 2012 y el informe final se confeccionó en Microsoft Office Word 2010.

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. No se comunicaron resultados independientes, ni se relacionó ningún caso con persona alguna. 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 2).

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla 1. Clasificación de las lesiones pre malignas del cuello uterino según grupo de edades .Policlínico Rene Ávila Reyes. Enero - Diciembre 2017.

Grupos de edades	NIC I		NIC II		NIC III		CIS		Total	
	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%
17-23	5	3,90	2	1,56	-	-	-	-	7	5,46
24-30	29	22,65	11	8,60	1	0,78	-	-	41	32,03
31-37	15	11,71	8	6,25	2	1,56	1	0,58	26	20,31
38-44	10	7,81	8	6,25	5	3,90	1	0,58	24	18,75
45-51	9	7,03	4	3,12	1	0,58	-	-	14	10,93
52-58	5	3,90	6	4,68	-	-	1	0,58	12	9,37

59-65	1	0,58	1	0,58	1	0,58	-	-	3	2,34
66-72	-	-	-	-	-	-	1	0,58	1	0,578
Total	74	57,58	40	29,68	10	7,40	4	4,68	128	100

Al analizar la distribución de pacientes con lesiones del cuello uterino según diagnóstico citológico (Tabla I) se encontró que el rango de edad con mayor número de casos fue el de 24-30 años, con 41 pacientes(32,03%) , seguida de las mujeres de 31 a 37 años de edad(20,31 %), con un predominio del NIC I con 74 pacientes (57,58%).

Las lesiones de cuello uterino en edades tempranas hace que el epitelio cervical, el cual en esas edades es aún inmaduro, se exponga por un tiempo mayor a la acción transformante de estos virus aumentando el riesgo de desarrollar la enfermedad.

Similares resultados a los de esta investigación encontraron Bach. Bonilla Tello y colaboradores donde predominaron las neoplasias intraepiteliales cervicales grado I en los resultados citológicos e histológicos. La mayoría de las pacientes estaban en el grupo de 25 a 39 años, de las cuales el 60% fueron convivientes y el 30% solteras.³⁷

Santana Serrano y colaboradores en un estudio: Comportamiento del Cáncer Cervico Uterino según citología orgánicas anormales en Nuevitas, Cuba observaron que el mayor número correspondió a mujeres entre 35 y 44 años seguido del grupo entre 25 y 34 años.¹⁹, lo que muestra una ligera similitud referente a nuestra investigación en cuanto a los grupos de edades.

Jhovanna Mariela Parra Samaniego en su estudio: Prevalencia y factores asociados a las lesiones intraepiteliales del cuello uterino, en mujeres de 15 a 65 años de edad que, acudieron al servicio de colposcopia del Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca, periodo 2014 – 2015. También expone que La prevalencia de LIE fue del 30,5% y con mayor frecuencia en los grupos entre los 26 y 35 años.³²

Vázquez MA y coautores en su investigación: Factores de riesgo del cáncer de cérvix uterino, destacan que la aparición del cáncer del cuello de útero también se observa en edad precoz, a pesar de ser considerado como un cáncer de la perimenopausia, observando además una alta prevalencia en las pacientes que se encontraban en edad reproductiva; de ellas 43,6 % eran menores de 40 años, incluyendo 3 (0,9 %) con menos de 20 años. ³³

Salas y colaboradores publicaron una investigación en el 2006, cuyos objetivos fueron determinar la prevalencia y los factores de riesgo asociados a cáncer cérvico uterino en las mujeres que acudieron al Hospital Central de Chihuahua México, en el 2004. Los autores llevaron a cabo un estudio observacional, transversal. Se incluyó en el estudio a 2 602 mujeres entre edades 13 a 80 años, el 28,8% de ellas acudía por primera vez al examen. La prevalencia de positividad fue 142 (5,46%); la NIC I fue la de mayor prevalencia (128 ; 90,1%). ³⁸

Figueroa Solano muestra los resultados de la edad de aparición del cáncer de cérvix, donde se puede observar una alta prevalencia en las pacientes que se encontraban en edad reproductiva; el 43,6 % eran menores de 40 años. ³⁶

Respecto a la clasificación de las lesiones similares resultados a los nuestros encontraron Santana Serrano y colaboradores en el grupo de 246 resultados citológicos anormales predominó el NIC I seguido por el NIC II y en último lugar el NIC III. ¹⁹

Los NIC I aparecen por término medio, en edades inferiores al carcinoma in situ (NIC III) y este a su vez en edades más precoces que el carcinoma invasor.

Tabla 2. Distribución de pacientes con lesiones pre malignas del cuello uterino según estado civil. Policlínico Rene Ávila Reyes. Enero 2017- Diciembre 2017.

Estado Civil	Nro.	%
Soltera	39	30,47
Casada	89	69,53
Viuda	-	-
Total	128	100

Fuente: Historia Clínica Individual

En la distribución de pacientes según estado civil (Tabla 2) se encontró un predominio de las mujeres casadas (69,53%). El riesgo para una mujer ser infectada y desarrollar un cáncer de cérvix, depende no sólo de su comportamiento sexual, sino también del de su compañero, el cual está significativamente aumentado en las mujeres que viven con hombres que tengan o hayan tenido numerosas parejas sexuales.

Iguales resultados encontró Figueroa Solano NM en su estudio: Conocimiento, actitudes y prácticas de la citología cérvico uterina, en mujeres mayores de 15 años, donde encontró la mayor parte de las mujeres en unión libre o casadas (68%).³⁶

De igual manera Amorim Lessa RP en un estudio realizado a mujeres privadas de libertad en el año 2012 mostró que el mayor porcentaje de lesiones intraepiteliales de alto grado fue en mujeres solteras 209 (78%), donde explican que el elevado número de solteras parece estar relacionada con el sentimiento de abandono expresado por las encarceladas, en entrevista inicial, con relación a su familia, pudiendo el compañero ser factor determinante en ese sentimiento de soledad presente en las mujeres encarceladas.³⁹

En investigación realizada por Ferrá Torres TM y colaboradores en 99 hombres que eran parejas sexuales de las mujeres que tenían Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC), se les realizó un examen físico y peneoscopia, detectando que 54,5 % presentaban el HPV y un 28 % presentaron lesiones clínicas evidentes.⁴⁰

La mayoría de las infecciones por PVH en genitales masculinos son subclínicas; parejas femeninas de hombres con cáncer de pene tienen mayor riesgo de cáncer cervical en el curso de su vida.⁴⁰

Tabla 3. Distribución de pacientes con lesiones pre malignas del cuello uterino según hábitos tóxicos. Rene Ávila Reyes. Enero - Diciembre 2017.

Hábitos tóxicos	Nro.	%
-----------------	------	---

Cigarro	35	27,34
Alcohol	4	3,13
Otras drogas	22	17.00

N=128

Fuente: Historia Clínica Individual

Al analizar los hábitos tóxicos (Tabla 3) se pudo comprobar que el cigarro fue el de mayor incidencia con 35 pacientes (27,34%).

Diferentes resultados obtuvieron Torriente Hernández S y colaboradores en la muestra estudiada, estuvo presente en el 80 % en el momento de la entrevista inicial con más de 10 cigarrillos por día. Estudios nacionales e internacionales certifican que este cofactor se asocia en un elevado porcentaje a la aparición de NIC. ^{16,23,31}

La relación entre el cáncer y el tabaco siempre que el hábito estuviera presente, una vez abandonado el cigarro el riesgo disminuye rápidamente.

Investigadores revisados como Toro, Ferrá y Cabezas hacen referencia en sus investigaciones al hábito de fumar como cofactor, que puede incrementar el riesgo de cáncer de cérvix, la nicotina una vez en el torrente sanguíneo en el cuello uterino se transforma en un metabolito altamente oncógeno, la nicotidina, capaz de inducir cambios mitóticos en las células cervicales y conduce a la disminución de la inmunidad local, teniendo en cuenta estos elementos consideramos que se debe educar a la joven generación pues existe una tendencia de adquirir este hábito que por demás se asocia a cambios importantes en la conducta sexual de jóvenes y adolescentes. ⁴¹⁻⁴²

Otros autores plantean que actualmente se acepta que en las mujeres fumadoras el riesgo de padecer la enfermedad aumenta tres veces al compararlo con las que no fuman y existe una fuerte relación entre la cantidad de cigarrillos diarios y la respuesta a la infección por el VPH. ^{8,10,41}

Tabla 4. Distribución de pacientes con lesiones pre malignas del cuello uterino según inicio precoz de relaciones sexuales. Policlínico Rene Ávila Reyes. Enero 2017- Diciembre 2017.

Inicio precoz de relaciones sexuales	Nro.	%
Si	73	57,03
No	55	42,96
Total	128	100

Fuente: Tarjeta de citología orgánica.

Al analizar la distribución de pacientes con lesiones del cuello uterino según inicio precoz de las relaciones sexuales (Tabla 4) más de la mitad iniciaron sus relaciones sexuales a muy temprana edad con 73 mujeres (57,03 %).

En opinión de la autora las mujeres que inician su vida sexual a temprana edad tienen más riesgos de presentar lesiones premalignas y maligna del cérvix, la vida sexual en una edad en que la mujer aún no está preparada biológicamente para ello implica una exposición prematura a traumatismos directos en el cuello uterino, que favorece la aparición de lesiones cervicales.

La edad de la primera relación sexual es cada vez más temprana con el paso del tiempo, es un estudio realizado por Torriente Hernández S y colaboradores las pacientes que refirieron haber iniciado más precozmente las relaciones fueron 4 que dijeron haberlas tenido a los 9 años, algo verdaderamente sorprendente, el 60 % de los casos en esta investigación inició precozmente las relaciones sexuales.¹⁶

Estos resultados expresan similitud con autores nacionales como Ferrá, Cabezas y Zaldívar, los cuales afirman que tener las primeras relaciones sexuales en edades tempranas constituye un factor de riesgo para el desarrollo de las lesiones premalignas y maligna del cérvix.^{40- 43}

Estudios internacionales consultados se refieren a tendencia general de precocidad sexual; mientras más temprano se inicia la actividad sexual, mayor es el riesgo a desarrollar afecciones como cervicitis, o enfermedades ginecológicas inflamatorias altas y a la mayor incidencia de infecciones de transmisión sexual, sobre todo las de causa viral ejemplo de ello lo constituye, el virus del papiloma humano (VPH), todo sobre un organismo en desarrollo físico que la hace más susceptible, pues existe una interacción de factores que incrementan el riesgo oncogénico ^{16,40} y nuestros resultados coinciden con lo referido por estos autores.

La edad de la primera relación sexual es cada vez más temprana, Toro y Cirión expresan que la mayoría de los casos con lesiones de alto grado iniciaron sus relaciones sexuales con 16 años o menos. ^{41,44}

Cartaya OM y colaboradores en los resultados del estudio en los tres grados de las lesiones preinvasivas cervicales: casi las tres cuartas partes del grupo de mujeres se iniciaron sexualmente con 16 años o menos y un número importante, tan temprano como a los 12 años o menos.⁴⁵

Barbón A. en su estudio realizados en La Habana titulado: Análisis de algunos factores de riesgo de lesiones premalignas de cuello uterino en un área de salud, considera inicio precoz de las relaciones sexuales con 16 años o menos, 17 teniendo en cuenta este concepto, 73 % de los casos en su investigación inició precozmente las relaciones sexuales.⁴⁶

Tabla 5. Distribución de pacientes con lesiones pre malignas del cuello uterino según paridad. Policlínico Rene Ávila Reyes. Enero 2017- Diciembre 2017.

Paridad	Nro.	%
Múltiparas	96	75
Nulípara	32	25
Total	128	100

Fuente: Tarjeta de citología orgánica.

En la distribución de pacientes según paridad (Tabla 5) más de la mitad las pacientes fueron multíparas con 96 casos (75%).

La paridad constituye un factor de riesgo debido a que se ha comprobado que durante el embarazo ocurre una cierta depresión inmunológica y de los niveles de folatos en la sangre, lo que se ha relacionado con el aumento del riesgo de aparición de la neoplasia intraepitelial mientras más embarazos tenga la mujer también se le asocia traumatismos cervical asociado con el parto.

Amorim Lessa RP corrobora 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 cervical asociado con el parto.³⁹

Autores revisados como Cartaya y Barbón hallaron que el incremento del número de partos, acrecienta el riesgo de afecciones cervicales premalignas y malignas, debido a que este factor está relacionado con otros como: la depresión inmunológica que cada gestación genera al organismo femenino, lo que la hace más vulnerable a infecciones virales adquiridas por contacto sexual, los traumatismos cervicales durante el parto transpelviano y a los consecutivos cambios hormonales -periodos intergenésicos cortos- con posible acción carcinogénica.^{45,46}

Otros estudios sobre el cáncer invasivo del cuello uterino y sobre el carcinoma in situ (CIS), efectuados en cuatro continentes por Barbón y Rojas-Clavijo sugieren que las mujeres con tres o cuatro embarazos de 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.^{46,47}

González D. y colaboradores plantean que a mayor número de partos, mayor probabilidad de lesiones intraepiteliales.⁴⁸

Tabla 6. Distribución de pacientes con lesiones pre malignas del cuello uterino según uso de DIU. Policlínico Rene Ávila Reyes. Enero 2017- Diciembre 2017.

Uso DIU	Nro.	%
SI	57	44,53
NO	71	55,46
Total	128	100

Fuente: Tarjeta de citología orgánica.

Al analizar el uso de DIU (Tabla 6) se comprobó que más de la mitad de las pacientes no habían tenido DIU colocado, con 71 mujeres (55,46%).

Un artículo publicado por la Sociedad Americana de Cáncer en el año 2014 plantea que en un estudio reciente encontró que las mujeres que en algún momento han usado un dispositivo intrauterino tenían un menor riesgo de cáncer de cuello uterino.

11

Resultados parecidos a esta investigación encontraron Vázquez MA y colaboradores determinaron que 70 adolescentes procedentes de las consultas Infantojuvenil y Patología de Cuello, el 68,07 % no usaba DIU, lo que en su estudio no constituyó un factor de riesgo.³⁶

El efecto en el riesgo se observó incluso en mujeres que tuvieron un dispositivo intrauterino por menos de un año, y el efecto protector permaneció después que los dispositivos fueron removidos. Además exponen una mujer interesada en el uso de un DIU debe primero hablar con su médico sobre los posibles riesgos y beneficios. Además, una mujer con múltiples parejas sexuales, independientemente de qué otro tipo de contraceptivo use, debe usar condones para reducir el riesgo de enfermedades de transmisión sexual.^{19,33}

Tabla 7. Distribución de pacientes con lesiones pre malignas del cuello uterino según antecedentes de ITS. Policlínico Rene Ávila Reyes. Enero - Diciembre 2017.

ITS	Nro.	%
VPH	7	5.46
Chlamydia	1	0,78

Trichomona	22	17,18
Sífilis	1	0,78
Otras	10	7,81

N= 128

Fuente: Historia Clínica

La OMS considera que las ITS constituyen, a escala mundial, la segunda causa de enfermedad más importante en mujeres jóvenes de países en desarrollo.⁴⁸

Al analizar el comportamiento de las pacientes con lesiones de cuellos uterino según antecedente de haber padecido de alguna ITS (Tabla 7) se comprobó que de las pacientes estudiadas 22 tuvieron trichomoniasis (17,18%), 7 presentaban el VPH para un (5.46%) diagnosticado por citología, 1 caso con chlamydia (0,78%) y 1 con sífilis (0,78%). El VPH es el principal agente etiológico infeccioso asociado con la patogénesis del cáncer de cuello Arenas y González plantean que el conocimiento de la virología y las manifestaciones clínicas de este virus, constituyen el eslabón fundamental en el proceso neoplásico.^{23,48}

Otros estudios analizados encontraron trichomoniasis en un 55 % de las pacientes y el HPV que resultaron ser los que más se asoció con esta neoplasia.^{48,49}

Aguilar FK y colaboradores encontraron VPH en más de las dos terceras partes de las pacientes estudiadas la presencia de este virus detectado a través del diagnóstico cito-histológico, asociadas a otras infecciones vaginales, muestra de las conductas sexuales irresponsables desde edades tempranas, resultados similares expresan otros estudios.⁵⁰

Amorim Lessa RP y colaboradores plantean en su estudio que la alta superioridad de tricomoniasis y clamidia en las pacientes con lesiones de cuello puede ser explicada por la alta promiscuidad que acontece algunos ambientes, precariedad del control en las acciones preventivas y no uso de preservativos en las relaciones tanto homosexuales como heterosexuales con cambios constantes de aparcerías sexuales.³⁹

Desde 1982 y hasta la actualidad investigadores reflexionan acerca de la relación del NIC con las ETS sobre todo las infecciones virales (VHS y el VPH), por las modificaciones celulares que estos virus son capaces de provocar.^{16-21,51}

Estrecha relación que existe entre el VPH y el CCU ha sido tan demostrada, que La actualmente se considera al VPH no como factor de riesgo, sino como agente etiológico reconocido de los cambios displásicos que dan lugar al CCU. Esto ha traído como consecuencia que el CCU sea estudiado como una enfermedad de transmisión sexual, lo cual explica que esta neoplasia sea más frecuente en mujeres promiscuas o que empezaron a tener relaciones sexuales pronto, así como en los 10 sujetos inmunodeprimidos, como las mujeres con SIDA.^{42-45,52}

Se deduce que la mujer con mayor cantidad de compañeros sexuales, tiene más probabilidades de desarrollar la infección como ocurre con todas las infecciones de transmisión sexual, incluida la del virus del herpes simple tipo 2 que algunos sugieren, pudiera actuar como cofactor del VPH produciendo una acción sinérgica que provoque los cambios celulares cervicales.^{3,19,52}

León plantea que con el desarrollo de técnicas en biología molecular para detectar la presencia de ADN del virus del papiloma humano en muestras citológicas durante la década de los ochenta, se pudo establecer el papel del VPH de alto riesgo en la etiología del CCU. Posteriormente, estudios epidemiológicos multicentro conducidos en la década de los noventa, permitieron demostrar la asociación causal entre infecciones con VPH y el desarrollo de CCU. Con la evidencia científica acumulada, hoy en día, la infección con VPH ha sido propuesta como la primera “causa necesaria” para el desarrollo de CCU.⁴⁹

El diagnóstico de neoplasia intraepitelial cervical no es sinónimo de promiscuidad femenina, aunque no es menos cierto, que las promiscuas tienen una posibilidad mayor de padecerla. Muchas mujeres que sólo han tenido una pareja sexual también desarrollan la enfermedad, por lo que resulta sugerente considerar el papel del semen infectado con el VPH en la génesis del cáncer uterino.⁵⁰ La infección por VPH es inicialmente asintomática y la transmisión ocurre antes que la expresión del virus se manifieste por signos o síntomas. Esta puede ser latente, subclínica o clínica⁵². Cuando hay manifestaciones puede encontrarse condilomas (verrugas) genitales o lesiones intraepiteliales de bajo o alto grado. Más del 90% de las personas infectadas con VPH de bajo y alto grado son negativas a la infección en los siguientes 2 años.

Cuando se trata de una infección latente, sólo puede ser identificada por técnicas de biología molecular. En caso de una infección subclínica se puede observar por colposcopia^{53,54}

CONCLUSIONES

- Las lesiones pre malignas del cuello uterino se encontraron en mujeres de 24 y 30 años de edad, casadas y la neoplasia intracelular Grado I (NIC I) tuvo mayor comportamiento.
- Entre los factores relacionados a estas lesiones se encontraron el hábito de fumar, el inicio precoz de las relaciones sexuales, la multiparidad y la infección por trichomona y VPH, sin embargo el uso de DIU no constituyo un factor relacionado a las lesiones de cuello uterino en las pacientes estudiadas.

RECOMENDACIONES

- Educar y sensibilizar a la población para evitar una vida sexual precoz y en particular a la población adolescente sobre el adecuado uso del condón, como evitar prácticas sexuales de riesgo y las infecciones de transmisión sexual.
- Diseñar una estrategia de intervención educativa en mujeres con factores de riesgo de cáncer cervicouterino profundizando en la promoción, prevención y diagnóstico precoz de esta afección , en aras de actuar tempranamente y proporcionar mejor calidad de vida en estas mujeres.

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 2015]; 39(4): [Aprox 12p.]. Disponible en: 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; 2012.
3. Benevolo M, Terrenato I, Mottolise 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 2013; 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; 2011.
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
7. Palma Flores JE. Prácticas de Prevención Del Cáncer Cervicouterino En Usuarías Del CS. Leonor Saavedra-San Juan de Mira flores; De Enero A Marzo Del Año 2011 LIMA-PERÚ [Tesis]. Perú: Universidad Médica; 2012.
8. 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>

9. Cantero VC, de la Torre Jiménez AI. Caracterización de las lesiones intra-epiteliales cervicales de alto grado en adolescentes y mujeres Jóvenes. *MediSur*. 2012; 9(5): 30-33.
10. 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.
11. American Cancer Society. *Cancer Facts and Figures 2014*. Atlanta, Ga: American Cancer Society; 2014.
12. Torrico Aponte WA, Barriga Chacon J, Torrico Aponte E. Crioterapia en el manejo de las lesiones intraepiteliales del cervix uterino Hospital Maternoinfantil “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
13. 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 2016]; [Aprox 24p]. Disponible en: <http://www.morfovvirtual2012.sld.cu/index.php/morfovvirtual/index/pages/...>
14. 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*. 2014; 1(1):19-25.
15. Mora M, Hernando Ruiz C, Miranda A, Rodríguez RE. Manejo actual del cáncer micro invasor. *Repert Med Cir*. 2010; 19(1): 35-40.
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 2016]; 37(1): [Aprox 10p]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol37_01_11/gin07111.htm
17. 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.
18. 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.
19. 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...>

20. 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 2017];12(7):e5453. Disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Revisiones/Análisis/5453>
21. 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.
22. Faneite Antique P. Vacuna VPH en las mujeres tratadas con CIN 2/3: Es todo acerca de prevención. Gynecologic Oncology 130 (2013): 255–256.
23. Arenas Aponte R, Henríquez Romero D, González Blanco M. Cáncer de cuello uterino en mujeres menores de 35 años y mayores de 60 años. Rev Obstet Ginecol Venez [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
24. 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
25. Colindres Díaz MJ, Escobar Rodríguez HM, Aletzia Nashildhy Sologastoa López, García Catalán LB. Concordancia Entre El Diagnóstico Colposcópico Y El Diagnóstico Histológico De Pacientes Con Lesiones De Cérvix. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala; 2008.
26. Ministerio de Salud. Guía Clínica cáncer cervicouterino. Santiago de Chile: Minsal; 2010.
27. 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 2017]; 1 9(Supl.1). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol19_supl1_2013/articulos/t-12.html
28. 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. Rev Chil Obstet Ginecol. 2012; 77(4): 322 – 328.
29. Roa E, Osorio E, Lizana S, Herrera R. Conización leep en nie de alto grado en una institución privada de salud. Rev Chil Obstet Ginecol. 2009; 74(4): 259 – 262.
30. 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 2017]; 44 (2): [Aprox 10p]. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol_44n2/nic_colposcopia..htm
31. Sarduy Nápoles M. Correlación citohistológica en las neoplasias intraepiteliales cervicales y en la identificación del VPH en esas lesiones. Rev Cubana Obstet Ginecol. [Internet]. 2009 [Citado

- 10 de enero del 2017]; 35 (1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2009000100007
32. Jhovanna Mariela Parra Samaniego. Prevalencia y factores asociados a las lesiones intraepiteliales del cuello uterino, en mujeres de 15 a 65 años de edad que, acudieron al servicio de colposcopia del Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca, periodo 2014 – 2015. Disponible en <http://dspace.ucacue.edu.ec/bitstream/reducacue/7466/1/9BT2017-MTI01.pdf>
33. Vázquez M A, González A J C, De la Cruz Ch F, Almirall Ch A, Valdés M R. Factores de riesgo del cáncer de cérvix uterino. Rev Cub de Obst y Ginecol. [Internet]. 2008 [Citado 19 de enero de 2017]; 34(2): [Aprox 12p.]. Disponible en: http://scielo.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000100008&lng=es
34. Daudinot Cos CE, Rodríguez Spínola A, Sáez Cantero VC, de la Torre Jiménez AI. Caracterización de las lesiones intra-epiteliales cervicales de alto grado en adolescentes y mujeres jóvenes Medisur [Internet]. 2014 [Citado 19 de enero de 2017]; 9(5): [Aprox 12p.]. Disponible en: http://scielo.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000100008&lng=es
35. Martínez M P, Díaz Ortega I, Carr Pérez A, Varona Sánchez J A, Borrego López JA, et al. Análisis de los principales factores de riesgo relacionados con el cáncer cérvico uterino en mujeres menores de 30 años. Rev Cubana Obstet Ginecol. [Internet]. 2010 Mar [citado 19 de enero de 2017]; 36(1): 52-65. Disponible en: http://scielo.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000100008&lng=es
36. Figueroa Solano NM. Conocimiento, actitudes y prácticas de la citología cérvico uterina, en mujeres mayores de 15 años en condición de desplazamiento, en el barrio las flores; sector Caguan, chipi y tambos; del distrito de Barranquilla. 2010 [Tesis]. Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2011.
37. Bach. Bonilla Tello, Katherine Adelaida Bach. Montalvo de la Torre, Yuli Isabel Factores de riesgos relacionados a lesiones pre malignas de cáncer del cuello uterino. Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz 2008 - 2012" Disponible en: <http://repositorio.unasam.edu.pe/bitstream/handle/UNASAM/977/sequence=1&isAllowed=y>
38. Salas-Urrutia, I., E.A. Villalobos, and B.L. Ramírez-Vega, Prevalencia de Displasia y Cáncer Cervicouterino y factores asociados en el Hospital Central de Chihuahua, México. CIMEL, 2006. 11(1): p. 12-15. [14]
39. .Amorim Lessa RP, Gomes Ribeiro S, Maia Lima DJ, Oliveira Nicolau AI, Castro Damasceno AK, Bezerra Pinheiro AK. Presencia de lesiones intraepiteliales de alto

- grado a las mujeres privadas de libertad: estudio documental. Rev. Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2012 [citado 19 de enero de 2017]; 20(2): [Aprox 12p.]. Disponible en: http://scielo.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000100008&lng=es
40. Ferrá Torres TM, Ramírez Durán I. Atención integral a parejas de hombres con condilomas acuminados y diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino. [Internet]. 2014 [citado 19 de enero de 2017]; [Aprox 12p.]. Disponible en: http://scielo.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000100008&lng=es
 41. Toro AI, Piedrahita OC, Gallego NG. Tamización y prevención del cáncer cervical causado por papiloma virus. EDIMECO Med lab. 2010; 16(11-12):511-546.
 42. Cabezas Cruz E. Conferencia del Diplomado de Ginecología en Infante Juvenil sobre el Embarazo en la Adolescencia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2005.
 43. Zaldívar Guerrero M, Escalona Ballester Y, Conde García MW, Boch Ramírez MA, Cadesuñer Gómez TI. Comportamiento de la neoplasia intraepitelial cervical en pacientes atendidos en la Policlínica de Antilla, Holguín. Correo Científico Médico [Internet]. 2012 [Citado 19 de enero de 2017]; 16 (4): [Aprox 12p.]. Disponible en: http://scielo.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000100008&lng=es
 44. Cirión Martínez RG, Herrera Pérez MA, Sanabria Negrín JG. Correlación citohistológica de las lesiones premalignas y malignas de cuello uterino (CD Rom). La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009.
 45. Cartaya O M, Hernández S I, González S Y, Álvarez N P. Factores de riesgo del cáncer cérvicouterino. AMC [Internet]. 2010 sep-oct [citado 10 enero del 2017]; 14(5): [Aprox 10p.]. Disponible en: http://scielo.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000100008&lng=es
 46. Barbón A. Análisis de algunos factores de riesgo de lesiones premalignas de cuello uterino en un área de salud. Revista Habanera de Ciencias Médicas [Internet]. 2009 oct-nov [citado 10 enero del 2015]; 8(4): [Aprox 10p.]. Disponible en: http://scielo.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-
 47. Rojas-Clavijo LA, García L, Bautista M. Recidivas de lesiones pre-malignas de cérvix en pacientes tratadas con cono leep. Rev Per Ginecol Obstet. 2010; 55:39-43.
 48. González DI, Zahn CM, Retzlöff MG, Moore WF, Kost ER, Snyder RR. Recurrence of dysplasia after loop electrosurgical excision procedures with long-term follow-up. Am J Obstet Gynecol. 2001; 180(2):276-82.

49. León CG, Bosques DO, Silveira PM, de la Torre AI, Soto P, Rodríguez B. Incidencia de los factores de riesgo en mujeres cubanas con diagnóstico de lesiones oncológicas de cérvix. Rev cubana med [Internet]. 2009 Mar [citado 10 de enero de 2017]; 48(1): [Aprox 10p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232009000100006&lng=es
50. Aguilar FK, Ríos MÁ, Hernández M, Aguilar FO, Silveira P M, Nápoles MM. Papiloma viral humano y cáncer de cuello uterino. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2008 Abr [citado 10 enero del 2017]; 34(1): [Aprox 10p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2008000100003&lng=es
51. American Cancer Society. Cáncer de cuello uterino (cervical). [Internet]. 2014 [citado 18 de enero de 2015]: [Aprox 12p.]. Disponible en: www.cancer.org
52. Dávila HL, García VA, Álvarez CF. Cáncer de cuello uterino. Rev Cubana Obstet Ginecol. [Internet]. 2010 Dic. [citado 19 de enero de 2017]; 36(4): 603-612. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000400014&lng=es
53. Sellors JW, Sankaranarayanan R. Colposcopy and Treatment of Cervical intraepithelial Neoplasia: A Beginners Manual. Lyon, France: international Agency for Research of Cancer, World Health Organization; 2003. p. 29-36.
54. Koshiol J, Lindsay I, Pimenta JM, et al. Persistent human papillomavirus infection and cervical neoplasia. A systematic review and meta-analysis. Am J Epidemiol 2008;168:123–137. 69.

ANEXO 1

Modelo de vaciamiento de datos.

Edad

- ✓ 17-23
- ✓ 24-30
- ✓ 31-37
- ✓ 38-44
- ✓ 45-51
- ✓ 52-58
- ✓ 59-65
- ✓ 66-72

Estado civil

- ✓ Soltera
- ✓ Casada
- ✓ Unión no estable
- ✓ Viuda

Hábitos tóxicos

- ✓ Cigarro
- ✓ Ron
- ✓ Otros

Inicio Precoz de las relaciones sexuales

- ✓ Si
- ✓ No

Paridad

- ✓ Nulípara
- ✓ Multípara

Uso de Dispositivo Intrauterino (D.I.U)

- ✓ Si
- ✓ No

Antecedentes de infecciones de transmisión sexual

- ✓ Sífilis
- ✓ Trichomoniasis
- ✓ Papiloma viral humano (VPH)
- ✓ Clamidiasis
- ✓ Herpes genital simple (VHS)
- ✓ VIH

Clasificación según estadios de la enfermedad

- ✓ NIC I
- ✓ NIC II
- ✓ NIC III
- ✓ Carcinoma in situ

ANEXO 2

AVAL DEL COMITÉ DE ETICA DE LAS INVESTIGACIONES EN SALUD.

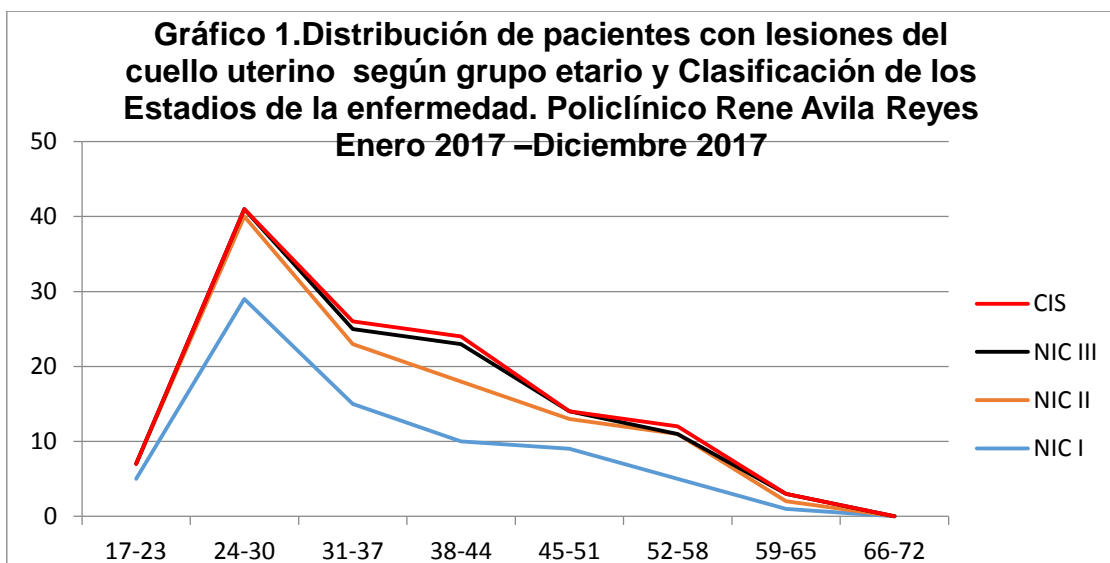
Los miembros del Comité de Ética de las Investigaciones del Policlínico Universitario Rene Ávila Reyes, han revisado el trabajo de investigación de la especialidad titulado: Se acuerda aprobar la ejecución de este proyecto, considerando que: Dr. Factores relacionados a las lesiones de cuello uterino en mujeres del Policlínico. Rene Ávila Reyes Enero 2017 – Diciembre 2017. Autor: Dr. Armando Fuentes Bruceta.

- El trabajo cumple con la bibliografía actualizada que ayuda a la delimitación y definición del problema motivo de estudio, así como el nivel de actualización del tema.
- El trabajo hace referencia en las consideraciones éticas que cumple, y debe indicar que se han observado los principios enunciados en la **Declaración de Helsinki** y siguen su evaluación metodológica.
- Los investigadores involucrados en el trabajo poseen la competencia científica e información relevante.
- Se autoriza a trabajar con las historias clínicas individuales, historias de salud familiar, discusiones de morbilidad materna e infantil, la información que se utilizó de estos pacientes facilitará el desarrollo de la investigación.

Fecha de expedición del aval:

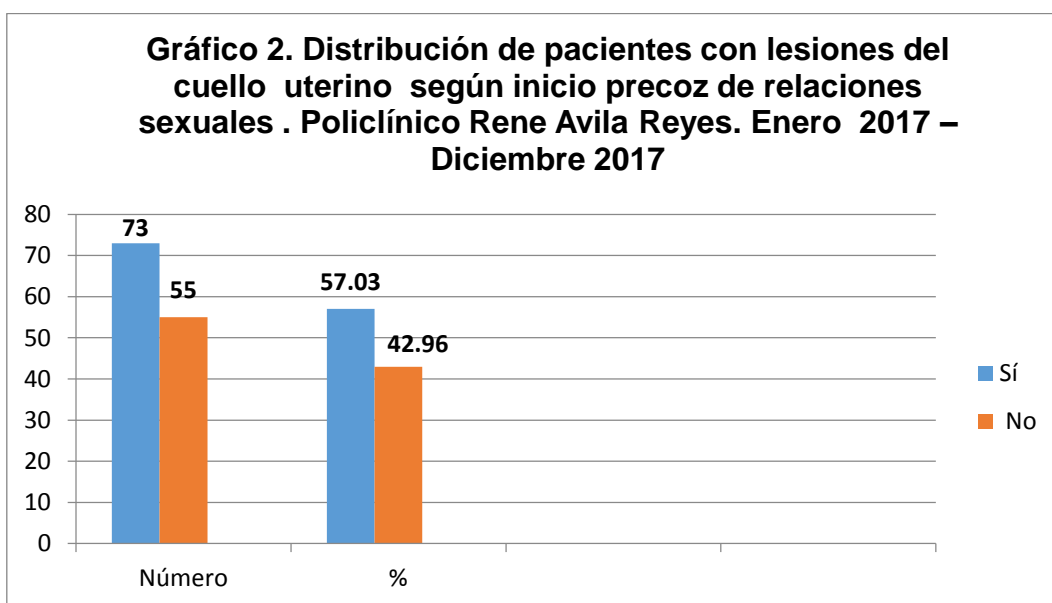
Presidente del Comité de Ética

ANEXO 3



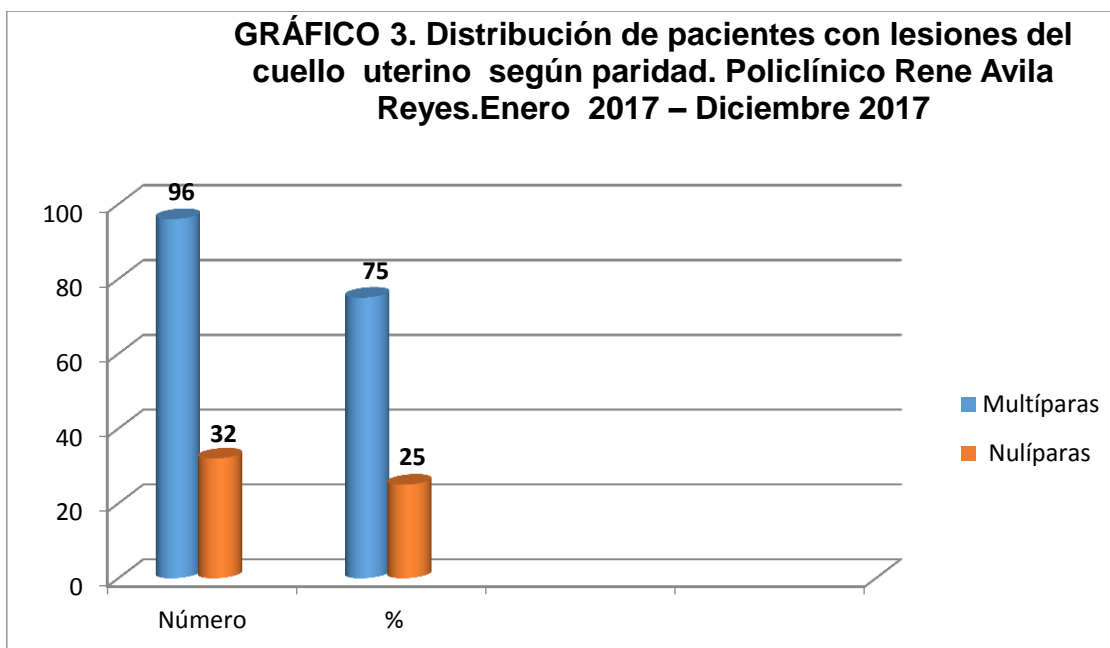
Fuente: Tabla 1.

ANEXO 4



Fuente: tabla 4

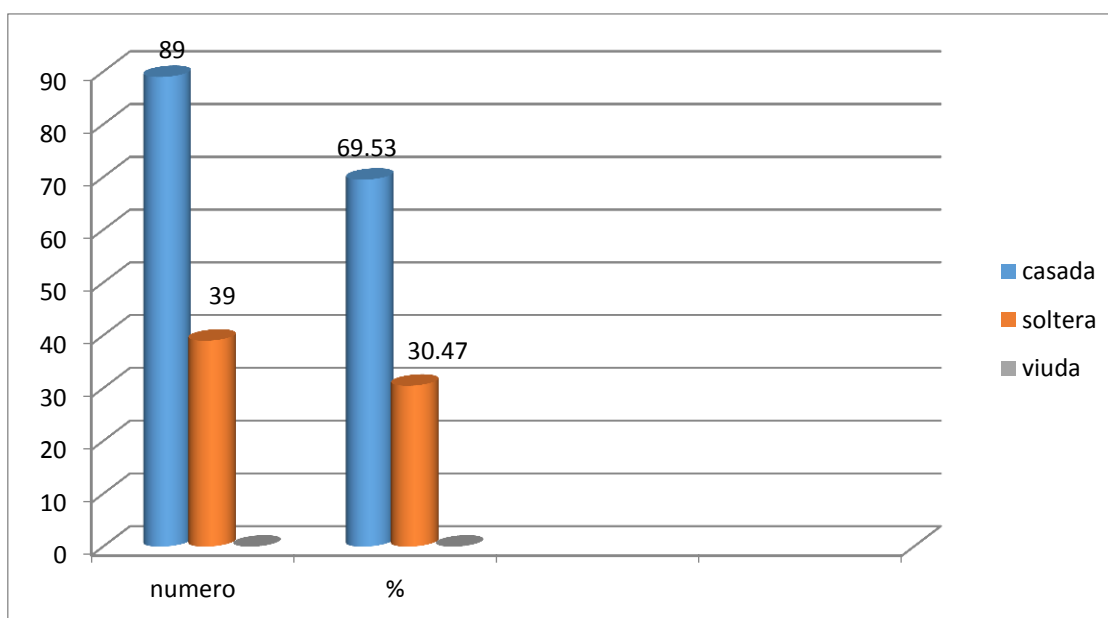
ANEXO 5



Fuente: Tabla 5.

ANEXO 6

GRÁFICO 4. Distribución de pacientes con lesiones del cuello uterino según estado civil. Policlínico Rene Ávila Reyes. Enero 2017- Diciembre 2017.



Fuente: Tabla 2