

U n i v e r s i d a d d e C i e n c i a s M é d i c a s d e L a H a b a n a
F a c u l t a d “ M a n u e l F a j a r d o ”
P o l i c l í n i c o U n i v e r s i t a r i o R a m p a



F A C T O R E S D E R I E S G O D E L E S I O N E S D E L C E R V I X P R E M A L I G N A S O M A L I G N A S
E N M U J E R E S D E E D A D M E D I A N A . P O L I C L Í N I C O U N I V E R S I T A R I O “ R A M P A ” . 2 0 1 7 -
2 0 1 8

A u t o r a : L i c . E n f e r m e r í a , Z o i l a G i l C a s a l e s

T u t o r a s :

D r a . C S J u l i a P é r e z P i ñ e r o

M á s t e r e n S a l u d P ú b l i c a .

P r o f e s o r a T i t u l a r .

E s p e c i a l i s t a d e I I G r a d o e n B i o e s t a d í s t i c a .

D r a . M S c . M a r í a d e l a C o n c e p c i ó n O r b a y A r a ñ a

M á s t e r e n P s i c o l o g í a d e l a S a l u d

P r o f e s o r a A u x i l i a r

E s p e c i a l i d a d d e I I G r a d o e n M e d i c i n a G e n e r a l I n t e g r a l

T e s i s p a r a o b t e n e r e l T í t u l o A c a d é m i c o d e M á s t e r e n :
I n v e s t i g a c i o n e s e n C l i m a t e r i o y M e n o p a u s i a

L a H a b a n a

2 0 1 9

U n i v e r s i d a d d e C i e n c i a s M é d i c a s d e L a H a b a n a
F a c u l t a d “ M a n u e l F a j a r d o ”
P o l i c l í n i c o U n i v e r s i t a r i o R a m p a



F A C T O R E S D E R I E S G O D E L E S I O N E S D E L C E R V I X P R E M A L I G N A S O M A L I G N A S
E N M U J E R E S D E E D A D M E D I A N A . P O L I C L Í N I C O U N I V E R S I T A R I O “ R A M P A ” . 2 0 1 7 -
2 0 1 8

A u t o r a: L i c . E n f e r m e r í a , Z o i l a G i l C a s a l e s

T e s i s p a r a o b t e n e r e l T í t u l o A c a d é m i c o d e M á s t e r e n :
I n v e s t i g a c i o n e s e n C l i m a t e r i o y M e n o p a u s i a

L a H a b a n a

2 0 1 9

DEDICATORIA

A mi hija

Por su incondicional colaboración y
Para que nunca abandone el camino del saber.

A mi nieta

Para que vea un ejemplo a seguir.

GRACIAS POR EXISTIR

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

Esta investigación ha sido posible por la dedicación, esfuerzo y apoyo incondicional de un gran colectivo de compañeros, amigos, profesores y familia. A todos, infinitas gracias

En especial:

A la profesora, Daisy Navarro, gracias por toda la ayuda, gracias por la confianza.

A mi tutora Dra. C. Julia Pérez Piñero por sus sabios consejos y las horas dedicadas para el perfeccionamiento de esta tesis.

A mi co-tutora Dra. M Sc. María de la Concepción Orbay Araña por la ayuda brindada

Al claustro de profesores de la maestría por la motivación que han sabido transmitirme hacia este tema.

A mis compañeros de trabajo. A todos enfermeros, doctores del Policlínico. A todas las pacientes gracias por su contribución.

A mi maravillosa familia por todo el apoyo brindado.

A todos los que de una u otra forma han colaborado para culminar esta investigación.

ÍNDICE

	P á g s .
INTRODUCCIÓN	 1
OBJETIVOS	 9
MARCO TEÓRICO	 10
MATERIAL Y MÉTODO	 37
RESULTADOS	42
DISCUSIÓN	 49
CONCLUSIONES	65
RECOMENDACIONES	66
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	 67
ANEXOS	

RESUMEN

Introducción: El cáncer de cuello uterino es el tercero de los tumores malignos padecido por las mujeres en el mundo y múltiples son las determinantes sociales involucradas en la evolución del mismo. **Objetivo:** Identificar factores de riesgo en las mujeres de edad mediana con lesiones premalignas o malignas del cérvix, residentes en el área del Policlínico Universitario Rampa, en el período 2017-2018. **Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional analítico, de casos controles de corte transversal, de dos grupos de mujeres en edades comprendidas entre 40 y 59 años. En el grupo de estudio integrado por 20 pacientes se concentraron aquellas cuyos resultados citológicos fueron anormales y otro grupo control de 40 pacientes aquellas con resultados citológicos negativos. Se visitaron las mujeres en sus hogares y se les realizó una entrevista y la aplicación de instrumento para medir autocuidado. **Resultados:** Las lesiones premalignas que predominaron fueron las NIC I (50%). Estas lesiones prevalecieron en pacientes entre 40 y 49 años (35%), de piel blanca (50%). Los factores de riesgo que guardaron relación estadística con las NIC fueron el no uso del condón (80%), las primeras relaciones sexuales precoces (60%), el hábito de fumar (55%) y la infección por HPV (80%). El mayor porcentaje de pacientes presentó buena satisfacción personal (85%) y autocuidado (70%). **Conclusiones:** Factores de riesgo como las relaciones sexuales precoces, el no uso del condón, el hábito de fumar y las infecciones por los virus del papiloma humano y el herpes simple fueron estadísticamente significativos en las mujeres estudiadas de edad mediana con lesiones de cérvix.

Palabras claves: NIC, factores de riesgo.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino (CCU) es la lesión maligna del aparato genital femenino más frecuente en América Latina y el Caribe,¹ la segunda causa de muerte en la mujer a nivel mundial, y es la principal causa de muerte por enfermedades malignas en las mujeres de los países en desarrollo.²

Cada año se producen en el mundo más de 500 000 nuevos casos y de ellos alrededor de unos 272 000 (80 %), se diagnostican en países poco desarrollados.³ Más de 300 000 mujeres mueren anualmente y de ellas más del 70 % en plena capacidad reproductiva.³ Sobre la base de los registros nacionales de diferentes países se puede decir que el 2 % de las mujeres a nivel mundial tendrán el riesgo de morir por esta enfermedad.²

En Cuba, la tasa bruta de incidencia de cáncer invasor de cuello de útero fue de 19,2 por 100 000 mujeres.⁴ El número de casos nuevos cada año es de alrededor de 20 por cada 100 000 mujeres, esto significa cerca de mil casos anualmente, de los cuales alrededor de un 60 % se presentan en mujeres entre los 40 y 60 años de edad.⁵

En el año 2016 fallecieron en Cuba 506 mujeres por cáncer de cuello para una tasa de 9.0 por cada 100 000 habitantes. En 2017 murieron por igual causa 24 mujeres más que el año anterior para un total de 530 con una tasa de 9.4 por cada 100 000 habitantes. Del total de fallecidas 206 mujeres se encontraban en la edad mediana para un 11.4 por cada 100 000 mujeres. (Anuario 2017)²² Anuario Estadístico Nacional año 2017⁵

Camagüey es una de las provincias con mayor riesgo de muerte por esta enfermedad, y su municipio de igual nombre lleva años manteniendo altas tasas de incidencia. Por ejemplo en el Policlínico Docente "Tula Aguilera", durante los años 2009, 2010 y 2011 se diagnosticaron 39, 23 y 45 nuevos casos respectivamente, todas en el grupo de edad entre 25 y 59 años.⁶

Por los factores que predisponen al cáncer del cuello uterino, se considera una infección de transmisión sexual, y lo convierten en un importante problema de salud para la humanidad, pues atribuyen una relación directa entre la mayor o menor incidencia de este tipo de cáncer y la conducta sexual de los diferentes grupos humanos.^{2,7}

Se han descrito varios factores asociados a la aparición de patologías cervicales tales como: inicio precoz de las relaciones sexuales, la multiparidad, las múltiples parejas sexuales y la conducta sexual riesgosa (tanto de la mujer como de su pareja sexual), el humo del cigarro, las infecciones de transmisión sexual, el déficit vitamínico y factores hormonales, no obstante existen datos que confirman el papel relevante de las infecciones por el papiloma virus humano (HPV), así como la inmunodeficiencia exógena o endógena en el desarrollo de las displasias cervicales.^{2, 8}

A pesar del rastreo citológico cada día se detectan más casos en etapas jóvenes de la vida con estadios avanzados de la enfermedad y existe un incremento cada vez mayor del número de factores predisponentes.²

Las tasas de mortalidad e incidencia de esta neoplasia han disminuido en los últimos decenios, aunque en años recientes se ha incrementado el número en mujeres en la edad mediana. Mientras la incidencia de cáncer invasor ha disminuido, las pacientes con carcinoma *in situ* han ido en aumento y son ahora más frecuentes que las que tienen una neoplasia infiltrante. La mayor parte de este descenso ha sido asociado a la generalización de la citología cérvico vaginal. El cáncer cervicouterino sigue siendo un problema importante de salud entre las mujeres del mundo en desarrollo, especialmente en América Latina y el Caribe. Aunque esta enfermedad puede evitarse en gran medida, los esfuerzos colectivos para prevenirla no han logrado disminuir su incidencia en la región de las Américas.⁹

Dada esta circunstancia la Organización Panamericana de la Salud (OPS), a través de la Unidad de Enfermedades No Transmisibles, ha concentrado

esfuerzos adicionales para controlar esta enfermedad y fortalecer sus programas de prevención y control del cáncer cervicouterino.⁹

Al igual que otras enfermedades, las tasas de incidencia y mortalidad del cáncer cervicouterino aumentan con la edad, la mayor carga absoluta del mismo recae sobre las mujeres de edad mediana. Un análisis de los datos sobre mortalidad por cáncer cervicouterino notificados por los países de la América Latina y el Caribe indican que las mujeres entre 35 y 54 años de edad conforman reiteradamente la mayor proporción de las defunciones anuales.¹⁰

En Cuba desde 1968 se desarrolla el Programa nacional de detección precoz del cáncer de cuello uterino. Durante los años transcurridos, a millones de mujeres se les ha realizado el estudio citológico del cérvix y miles de ellas han sido beneficiadas con el diagnóstico temprano y oportuno de esta entidad. Sin embargo, a pesar de realizarse anualmente más de 700 000 citologías, las cifras de la mortalidad se han mantenido estables y no se han logrado los resultados esperados con la aplicación del programa de pesquisa.¹¹

El incremento de la esperanza de vida al nacer en muchos países de la región, y en Cuba en particular que alcanza los 80,2 años, conlleva a que las mujeres tengan un periodo cada vez mayor de su vida (un tercio o más), en la etapa de posmenopausia donde pueden ocurrir síntomas que le producen un "cambio" en su bienestar y calidad de vida.¹¹

Se registran casi un millón de mujeres en edad mediana en el país que, Fraga Alfonso¹¹, las enmarca entre los 45 y 59 años de edad, con una media nacional de 51,8 años; en el año 2010 hubo un incremento de 250 000 mujeres en esta etapa teniendo en cuenta la explosión demográfica en Cuba en los primeros años de la década del 60.¹¹ Además, en Cuba la incorporación de la mujer al trabajo, su participación en el desarrollo económico nacional y su papel directriz en el sostén y desarrollo de la familia plantean que, desde el punto de vista social y económico se debe asegurar su atención médica, para que los cambios fisiológicos que se

producen por la disminución en la producción de estrógenos en su organismo, no convierta esta etapa de transición en una enfermedad, motivo por el cual estas mujeres deben recibir una atención médica integral.

La mujer va a tener un "condicionamiento de género", histórico y económico, en que concomitan responsabilidades biológicas y sociales que pueden producir una sobrecarga física y mental que favorecen el curso de los procesos psicobiológicos hacia estados no saludables; las mujeres asumen una doble jornada laboral cuando se incorporan al trabajo y en Cuba, actualmente, a la carga doméstica normal se agrega la adecuación de patrones de convivencia entre varias generaciones en un mismo hogar o vivienda.¹² Las mujeres de edad mediana representan aproximadamente el 28 % del total de mujeres adultas en Cuba y se espera que para el año 2019 existan casi cinco millones de mujeres de este grupo etario.¹²

Las mujeres de edad mediana están expuestas a varias enfermedades crónicas que tienen su aparición en esta etapa de la vida donde se incluye el cáncer cervicouterino.¹³

En el área del Caribe, la OPS plantea que se precisa de realizar investigaciones que brinden un mayor número de detalles en lo referente a las mujeres durante la etapa climáticas en relación con estas condicionales de vida.¹⁴

El concepto de salud-enfermedad como expresión de las condiciones de vida que llevan los grupos sociales ha permitido delimitar desigualdades que dependen, fundamentalmente, de las formas de organización social de la producción que se traducen en diferencias de la calidad de vida y las mujeres en esta etapa de su vida están expuestas a procesos deteriorantes que lesionan, distorsionan o limitan el desarrollo de los procesos físicos y psíquicos, que pueden perturbar el estado de salud.^{15, 16}

Los factores de riesgo de las mujeres de edad mediana están dados por la interacción entre los procesos biológicos, ecológicos, los reproductivos y los económicos; todos ellos muy relacionados entre sí que determinan la dinámica del proceso salud enfermedad donde por un lado existen factores que protegen y perfeccionan la salud y otros destructivos que la constriñen y deterioran. A este sistema de contradicciones se le ha denominado perfil de salud-enfermedad.^{14,16} El reclamo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para promover la obtención de conocimientos holísticos del proceso salud-enfermedad en la edad del climaterio en distintos ambientes físicos y culturales remarca la importancia actual que tiene este problema.^{12,16}

En Cuba se han formulado estrategias para abordar los problemas de salud de la mujer, pero han estado restringidas al área reproductiva; es evidente la necesidad de atención específica de este grupo de mujeres y su observación, no solo por la importancia en sí; sino también por el rol que tienen las mujeres para los demás miembros de la familia y la sociedad.¹¹

De esta manera, la mujer que terminó su ciclo reproductivo, o la que nunca se expuso a embarazos, ha quedado desprotegida de las políticas, estrategias y acciones de salud hasta que arriba a la edad geriátrica, por tanto, en el intermedio quedan las mujeres en edad climática, sin un programa de salud específico que las proteja.^{14,18}

La novedad científica en Cuba fue en este sentido la puesta en marcha a partir del año 1999 del "Modelo de atención a la edad climática", (MACLI) con una consulta de Climaterio y menopausia del hospital "Ramón González Coro" para realizar una atención especializada bajo una nueva concepción médico social, bajo la condición de reconocer el carácter fisiológico de esta etapa de la vida femenina, se concibió un enfoque donde el diagnóstico médico social se integraba al esquema tradicional de atención médica;^{18,19} este fue el primer paso de atención en Cuba y en aquellos momentos con pocas posibilidades de diversidad en el tratamiento hormonal de reemplazo; sucesivamente, se fueron organizando a

través de los miembros de la Sección de Climaterio y Menopausia de la Sociedad Cubana de Obstetricia y Ginecología una serie de consultas en los distintos hospitales del país y en el nivel primario de salud (N.P.S) en un número menor. Debido a la influencia que ejercen los factores socioculturales y psicológicos en la expresión clínica del síndrome climatérico, es necesario que los profesionales de la salud encaucen la atención a la mujer en la edad climatérica con un enfoque médico social.

Las mujeres de edad mediana, si bien pueden haber concluido con el ciclo reproductivo biológico, se encuentran inmersas en la formación social de nuevas generaciones y con frecuencia son cuidadoras de las que le preceden. Por otra parte, el acceso de la mujer a roles laborales, políticos, familiares, cívicos y otros, hecho derivado por una parte de la necesidad que de esta fuerza de trabajo tiene la sociedad y por otra, de su intento por modificar un condicionamiento de género que le reserva solo las tareas hogareñas en detrimento de su participación social, trae consigo una doble jornada de trabajo que puede influir negativamente en su bienestar.²⁰ Dichas mujeres constituyen una valiosa fuerza intelectual y laboral, las mismas realizan un importante aporte al desarrollo de la personalidad en el marco familiar, lo cual justifica cualquier estudio que se realice con el fin último de llevar a cabo programas de intervención que incrementen su calidad de vida.¹⁸ Las enfermedades crónicas y el cáncer constituyen hoy las primeras causas de muerte en nuestro país y en el mundo, por lo que se convierten en un objetivo estratégico prioritario para lograr transformaciones en el estado de salud, acordes con el nivel de desarrollo de la salud pública.^{21,22}

Si tomamos en cuenta todo esto, teniendo el factor riesgo como base; es obvia la importancia que tiene llevar a cabo, una labor preventiva que logre disminuir lo más posible o eliminar los factores de riesgos, que afectan la salud integral de la mujer en la etapa del climaterio y por tanto su calidad de vida. Al no modificarse estos factores de riesgo aparecen las enfermedades crónicas que sobre todo laceran la calidad de vida y producen cambios en el entorno familiar.¹¹

El grupo femenino comprendido entre los 40 y 59 años no recibe una atención particular a pesar de la alteración endocrino metabólica que le ocasiona la disminución en la producción estrogénica; es insuficiente aún el conocimiento sobre el período climatérico y si la asociación a los problemas sociales, su estilo de vida saludable, incrementan o no sus síntomas; por lo que es necesario iniciar investigaciones que permitan evaluar su influencia en la mujer y de esta forma poder trazar políticas de salud.

En estudios anteriores realizados por Artiles Visbal, ha planteado que las condiciones de vida son un determinante en el proceso salud enfermedad en la mujer cubana y señala que la mujer que se acerca a la edad mediana tiende a tener un estado biológico más lábil, como causa de las variaciones fisiológicas naturales del climaterio, distinto a cuando era una adolescente con un estado biológico óptimo.²³ Por todo lo antes expuesto se decide incorporar la atención de estas mujeres en el nivel primario de salud y reflexionar sobre la importancia de la atención integral e individualizada en esta etapa de su vida al concurrir a los servicios de salud especializados o aquellas que el médico de la familia les recomiende una atención diferenciada por encontrarse ante un climaterio muy crítico;²⁴ es indudable que en el primer nivel de atención se pueden ofertar medidas de promoción de salud con estilos de vida saludables.

Urge identificar los factores de riesgo que favorecen los problemas de salud para diseñar estrategias con un enfoque preventivo y de esta forma, mejorar la calidad de vida de la mujer de edad mediana con lesiones del cérvix en el área de salud al no existir estudios previos.¹²

En la etapa del climaterio, asociados a los estilos de vida y factores de riesgo, pueden aparecer algunas enfermedades crónicas entre las cuales se encuentran las lesiones premalignas y malignas del cérvix.¹²

Por el avanzado y sistemático incremento de citologías positivas en mujeres de edad mediana se hace evidente lo importante que resulta la labor de prevención

de salud, dirigida fundamentalmente, hacia limitar, y como sea posible, eliminar los factores de riesgo modificables, en los cuales resulta fundamental la labor que realiza el médico de familia en el nivel primario de salud con el equipo básico de trabajo. Debido a que las mujeres de la mediana edad sufren con gran frecuencia de estas lesiones fue que me vi motivada a realizar la presente investigación.

PROBLEMA CIENTÍFICO

¿Cuáles serán los factores de riesgos biológicos y sociales en las mujeres de edad mediana diagnosticadas con lesiones premalignas o malignas del cuello uterino en los 18 consultorios del Policlínico Universitario "Rampa"?

Ante esta situación podríamos preguntarnos:

PREGUNTAS CIENTÍFICAS:

- ✓ ¿Qué factores sociales han estado presentes en las mujeres de edad mediana diagnosticadas con lesiones premalignas o malignas del cuello uterino en los 18 consultorios del Policlínico Universitario "Rampa"?

- ✓ ¿Cuáles de las características reportadas podrían constituir factores de riesgo biológico y/o sociales para las lesiones premalignas y malignas en mujeres de edad mediana de los 18 consultorios del Policlínico Universitario "Rampa"?

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Este estudio se justifica por el problema de salud que representa el cáncer cervicouterino en la mujer cubana en general y en la de edad mediana en particular, así como, permitirá identificar mediante una búsqueda activa los factores de riesgo biológicos y sociales que pueden estar presentes en las pacientes con lesiones premalignas y malignas del cuello uterino.

O B J E T I V O S

G e n e r a l

Identificar factores de riesgo en las mujeres de edad mediana con lesiones premalignas o malignas del cérvix', residentes en el área del Policlínico Universitario Rampa, en el período 2017-2018.

E s p e c í f i c o s :

- Describir características de las mujeres con lesiones premalignas o malignas del cérvix en virtud de variables de persona.
- Identificar los factores de riesgos biológicos y sociales.

MARCO TEÓRICO

Definiciones:

El climaterio es el período de transición entre la etapa reproductiva y no reproductiva de la vida femenina. Se divide en dos etapas:

1. Perimenopausia: desde el inicio de los síntomas climáticos hasta la menopausia.
2. Posmenopausia: etapa que se extiende desde la menopausia hasta los 64 años.

La menopausia natural es el cese definitivo de la menstruación como expresión de la pérdida de la capacidad reproductiva del ovario. Su diagnóstico se hará después de un período de amenorrea mayor de 12 meses.

La menopausia artificial es el daño gonadal irreversible inducido por radio o quimioterapia o exéresis quirúrgica.

La edad mediana es aquella que se corresponde con mujeres entre 40 a 59 años de edad, grupo humano al cual va dirigido nuestra investigación. Las mujeres de edad mediana, si bien pueden haber concluido con el ciclo reproductivo biológico, se encuentran inmersas en la formación social de nuevas generaciones y con frecuencia son cuidadoras de las que le preceden.¹³

Este grupo humano también mantiene un importante rol social que se expresa a través de su activa participación en la vida comunitaria sin abandonar las responsabilidades asumidas con la familia.²⁰ La mujer de edad mediana ha tenido diferentes consideraciones a través de los tiempos, la mayoría de las veces relacionados con el contexto social y con la vida reproductiva, muchas de las cuales no le han favorecido a su individualidad, desarrollo y autoestima, todo esto condicionado por factores sociales de cada época y región.¹⁸ Cada país, cada cultura, cada etapa ha tenido su visión sobre este período de la vida de la mujer. Así, podemos decir que, por ejemplo, en Grecia, aunque la vejez es respetada, el hecho de envejecer no es deseado ni brinda beneficio alguno.

Las mujeres se visten con colores grises y oscuros al llegar a esta edad. Como detalle curioso señalaremos que en Japón no existe la palabra para designar los sofocos característicos del climaterio, y la mujer islámica espera y recibe con bienestar la menopausia.¹⁹

Si se tienen en cuenta los cambios que han ido ocurriendo a través del desarrollo histórico y social se han hecho más ostensibles en las últimas décadas, y que estos han sido de todo tipo: sociales, económicos, científico-técnicos, los cuales han tenido su impacto en las concepciones tradicionales con respecto a los roles de género, y por consiguiente, han modificado la naturaleza del encuentro entre los sexos y la vida en sociedad, se comprende la enorme importancia que tiene la influencia social al hacer una valoración integral de la mujer en esta etapa de la vida.^{14,18}

Es importante precisar la importancia que tiene lo social sobre todo cuando se habla de roles de género, que son el conjunto de comportamientos previstos, esperados, típicamente apropiados y asignados a uno u otro sexo desde la cultura, en una sociedad y momento histórico específicos. A través del rol de género se prescribe cómo debe ser el comportamiento de un hombre y una mujer en la sociedad, en la familia, con respecto a todo: a su propio sexo, al sexo contrario, ante los hijos, incluyendo en ello determinadas particularidades personales atribuidas y aceptadas para cada uno de los sexos, así como los límites en cuanto al modo de desarrollar, comprender y ejercer toda su vida, incluyendo por supuesto la sexualidad y las relaciones sociales, entre otras que van desde el vestir, caminar, hablar, gesticular hasta aspectos más asociados a la subjetividad como son: la autonomía, autoestima, capacidades comunicativas y ejercicio del poder, entre otras, pasando por las prescripciones del rol, emanando de aquí lo que resulta valioso, adecuado, pertinente, esperado para reafirmar la feminidad o la masculinidad.¹⁸

Estos valores hacia lo femenino o masculino transmitidos generacionalmente en la sociedad, se interiorizan y personalizan, configurando progresivamente una concepción con respecto al comportamiento social. Los determinantes socioculturales de los diferentes roles de género han actuado históricamente como normas organizadoras de la vida cotidiana y han llegado finalmente a concebirse como lo natural, lo dado, lo que es así, como algo que deja muy poco espacio a la inclusión o innovación individual.^{15,18}

Esta expectativa y tipificación social se integra a la configuración de la autoimagen, delineando una imagen de sí o identidad genérica, en la medida en que el sujeto trata de adecuar su comportamiento a lo exigido culturalmente para su sexo o al sexo que se le apruebe y estimule desde lo social.¹⁸ La transmisión de los roles es un elemento esencial en la identidad genérica, lo que propicia progresivamente la aceptación y sentimiento de pertenencia hacia determinado sexo. Los pilares tradicionales de la masculinidad se encuentran muy asociados a la fortaleza tanto física como espiritual. La primera, además del buen desempeño y la excelencia, incluye la rudeza corporal y gestual, la violencia, la agresividad. La segunda supone eficacia, competencia, así como ejercicio del poder, la prepotencia, valentía e invulnerabilidad. La independencia, seguridad y decisión son también expresión de fortaleza espiritual, unido a la racionalidad y autocontrol. Tampoco debe doblegarse ante el dolor ni pedir ayuda, aunque ello conduzca a la soledad. Por eso se le prescribe, por lo general, alejarse de la ternura, de los afectos complejos, de los compromisos afectivos muy profundos, de la expresión de los sentimientos.¹⁸

Los pilares tradicionales de la feminidad se asocian a la contradicción maternidad-sexualidad. La maternidad está vinculada a la protección, tranquilidad, sacrificio, dolor, a la pérdida de la identidad personal para integrarse a la identidad de otros. La comprensión de esto resulta importante porque es aquí donde la mujer al llegar al climaterio queda supeditada al conjunto de los intereses familiares y esto le proporciona poco espacio para su individualidad y desarrollo. Como se ha dicho con certeza tiene que atender a toda la familia: hijos, nietos, personas mayores y

en muchas ocasiones enfermas, y esto la afecta en todos los sentidos. Como muy bien ha sido señalado, la génesis de los síntomas climatéricos ha sido y es aún motivo de controversia y va desde considerarlos como una enfermedad carencial vinculada a la vejez o como una endocrinopatía, hasta atribuirlos a somatizaciones provocadas por condicionamientos sociales.

Lo que sí es una realidad es que cada mujer tiene una forma muy particular de enfrentar los cambios que ocurren en el climaterio y en esto influyen toda una serie de factores tales como sus representaciones, valores, historia individual y familiar, los estereotipos determinados por asignaciones culturales según el sexo que corresponde con un modelo biocultural de género.¹² Las diferencias de cada región geográfica, de morfotipo racial, de calidad de nutrición, de la cultura alimentaria, así como la calidad de las relaciones sociales y los niveles de satisfacción personal influyen, sin lugar a dudas, en que las mujeres perciban con diferente frecuencia los síntomas climatéricos, de ahí que los aspectos sociales y la sobrecarga de género tenga mucho que ver en este sentido,²⁴ a pesar de las resistencias que se movilizan cuando se trata de introducir esta perspectiva al análisis de las situaciones de salud de las mujeres.²⁵ De ahí, la importancia que tiene la divulgación de estos conceptos que, sin lugar a dudas, constituyen una realidad insoslayable para la mejor comprensión de la mujer de edad mediana.

En la mujer de edad mediana de forma muy especial y particular, se ponen de manifiesto cambios biológicos e inmunológicos, que pudieran favorecer en cierta medida las infecciones del tracto urogenital. En estas enfermas, el virus del papiloma humano (VPH) tiene una elevada incidencia, se aprecia 65% del total de las afecciones del cuello, por tanto, se considera que estos factores asociados a otros pudieran proporcionar un terreno favorable para adquirir la enfermedad.^{26,27}

Las condiciones de vida conforman un sistema integral donde el ser humano desarrolla y reproduce su vida. La conexión entre sus partes: lo económico, lo ecológico, lo conductual y lo biológico, constituyen un elemento orgánico interactuante. Cualquier variación en algunos de estos componentes suscita una u otra modificación en los demás, lo que por lo general afecta todo el sistema.²⁸ Los

procesos de relación organismo ambiente interactúan de manera sistémica y su desbalance impacta los procesos biológicos, en algún momento entre sus fases fisiológicas y fisiopatológica, como para cualquier otra especie animal.

El deterioro del proceso salud-enfermedad no solo se genera en el cuerpo sino que más bien tiene sus raíces en las condiciones del entorno y en los modos de organización social y productiva en que el hombre se desempeña. Dicho así, las condiciones de vida devienen en determinantes del proceso salud-enfermedad.²⁹⁻

31

El contexto del medio donde se desarrolla la mujer condiciona el comportamiento e incluso la adaptación eco ambiental y sus correspondientes respuestas biológicas y conductuales, que pueden modificar en caso de deterioro de la salud la respuesta final sintomática de una enfermedad, dolencia o un sencillo desequilibrio fisiológico.^{30,32,33}

Factores importantes como la condición socio económica, el nivel educacional, el estado marital, la paridad, la ocupación, los hábitos tóxicos, el uso de anticonceptivos, la promiscuidad entre otros, repercuten en la calidad de vida y longevidad de la mujer de edad mediana.³¹⁻³⁴ El comienzo del coito antes de los 20 años, y de manera marcada las que comienzan antes de los 18 años edad, hace que aumente la probabilidad de padecer un cáncer cervicouterino, cuando se compara con las que comienzan después de los 20 años.³⁵ La edad de inicio de las relaciones sexuales pareciera la variable más importante a considerar, porque está relacionada con los cambios biológicos que ocurren en el cuello uterino durante la pubertad revelando la inmadurez fisiológica de la zona de transformación donde se origina la neoplasia. Las adolescentes tienen un predominio de células metaplásicas y endocervicales en el ectocérvix, lo cual lo hace especialmente vulnerable a la infección por el virus del papiloma humano y agentes de infección de transmisión sexual.^{35,36} Las infecciones de transmisión sexual, especialmente las causadas por los llamados oncovirus, en las que la infección por el virus del papiloma humano (VPH) se considera la causa principal,

aumenta la probabilidad de padecer lesiones intraepiteliales y cáncer de cuello.³⁷⁻

39

Actualmente algunos genotipos tipos de VPH son el factor etiológico en la aparición de cáncer de cérvix y sus lesiones precursoras, dado que en el mundo entero este tipo de cáncer es el más común en la mujer, solo superado por el del cáncer de mama.³⁹ Típicamente, las mujeres se infectan por VPH durante la adolescencia y entre los 20 y 30 años. No obstante, según la historia natural de la enfermedad, pueden pasar 10 años o más después de la infección inicial para que se desarrolle el cáncer del cuello uterino. Los estudios epidemiológicos han confirmado que la exposición de las mujeres al VPH ocurre de forma muy precoz después de iniciar relaciones sexuales y que la susceptibilidad del cuello uterino de la adolescente está aumentada, de forma que las infecciones en período de la vida conllevan a un riesgo superior de hacerse crónica y de progresar a lesiones de alto grado y a cáncer. Se estima que 74% de las infecciones nuevas por VPH se producen entre los 15 y los 24 años de edad.⁴⁰

La infección genital por HPV atrae en el momento actual el interés de los ginecólogos por dos razones fundamentales: su altísima frecuencia y su relación con el cáncer del tracto inferior del aparato genital femenino, especialmente el cérvix. El incremento de esta infección es algo incuestionable y constatado en las tres últimas décadas, por lo que se hace evidente que la relación sexual es la principal forma de transmisión del HPV.⁴¹

Se clasifican según su potencialidad o riesgo oncogénico en: bajo riesgo,^{(6, 11, 42-}

⁴⁴⁾ riesgo medio^(31, 33, 35, 39, 51 y 52) y alto riesgo^(16, 18, 45, y 56). De ellos, según los

estudios realizados los tipos 16 y 18 parecen los más potencialmente peligrosos.

Ya desde 1981 una larga lista de publicaciones sobre la implicación del VPH en el cáncer de cérvix ha sobrepasado cualquier expectativa.^{41-43.} Solís⁴⁴ enfatiza que la

combinación de factores de riesgo se correlacionan mejor con la supervivencia, que un factor de riesgo exclusivo.

Gran importancia se le otorga al virus del papiloma humano (VPH) puesto que está considerado actualmente como la enfermedad de transmisión sexual más importante por sus implicaciones en la génesis del cáncer de cuello uterino.^{57,58}

Más de 100 genomas diferentes de virus del papiloma humano han sido secuenciados y divididos en tres grupos, uno de infección mucocutánea, otro grupo aislado de pacientes con epidermodisplasia verruciforme y un último grupo asociado con la transmisión sexual con más de 35 tipos capaces de infectar y desarrollar tumores malignos en distintos sitios de la región anogenital tales como: el ano, la vagina, la vulva y el pene, como también otras zonas más alejadas como la cavidad bucal.^{59,60}

La presencia de VPH se ha correlacionado también con otros tumores como el carcinoma de la conjuntiva, vejiga y uretra, pulmón, retina, mama, próstata, ovario y endometrio. Sin embargo, el papel de VPH en ellos es muy controvertido, por lo que resulta necesario obtener evidencias adicionales que permitan definir la asociación entre VPH y la aparición de estos tumores.⁶¹

La clasificación de los virus del papiloma se basa en diferencias en su secuencia de ácidos nucleicos. Según la *International Agency for Research of Cancer (IARC)* de la OMS clasifica como "carcinogénicos" o de "alto riesgo" a los tipos 16 y 18, también los VPH 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 y 82 probablemente lo sean los tipos 26, 31, 33, 53 y 56; con poca o ninguna potencialidad oncogénica los tipos 6 y 11.⁶²⁻⁶⁶

Se cree que el virus penetra en el organismo a través de pequeños cortes o rozaduras de la piel o mucosas. El virus debe llegar a la capa basal del epitelio o a las células de metaplasia escamosa inmadura. En dependencia de una variedad de factores, la infección puede permanecer latente por mucho tiempo o activarse.^{63, 64}

El VPH infecta el epitelio cervical y no penetra en la circulación sanguínea, por lo que las partículas no se exponen al sistema inmune. Como resultado, la vigilancia inmunológica que involucra el traslado de células especializadas desde el sitio de la infección hasta los órganos linfoides secundarios, se encuentra limitada.

Asociado a esto, la partícula de VPH una vez dentro de la célula puede recurrir a múltiples mecanismos para contrarrestar la respuesta inmune que es necesaria para la eliminación de la infección.⁶⁵

La infección latente se define como el mantenimiento de una infección viral sin actuar sobre las células epiteliales lo que evade la detección por el sistema inmune y permite una reactivación futura. En este proceso el DNA viral permanece en el núcleo como una molécula libre, circular llamada episoma y los efectos citopáticos del virus no están presentes en estas células.²⁷ La reactivación de infecciones latentes de VPH se ha reportado en pacientes inmunodeprimidos.⁶⁶

En la infección productiva la replicación del DNA viral ocurre de manera independiente al DNA cromosomal, lo cual produce grandes cantidades de material genético del virus y lleva a la producción de viriones. Estas células sí muestran los efectos citopáticos característicos de la infección por VPH que pueden ser detectados citológicamente e histológicamente y el DNA viral puede presentarse en forma episomal o integrada. El intervalo desde la exposición hasta el desarrollo de una lesión varía de semanas a varios meses (de 6 a 24 o quizá más).⁶⁷

Estudios Las mujeres sexualmente activas, de cualquier edad, pueden infectarse con VPH de alto riesgo y en ocasiones asociadas a genotipos no oncogénicos. Las infecciones con cepas de alto y bajo riesgo de VPH ocurren principalmente en mujeres entre 15 y 25 años.⁶⁸ Aproximadamente el 90% de éstas son transitorias al resolverse espontáneamente y sólo un porcentaje menor evoluciona hacia LEI.⁶⁹ Sin embargo, el cáncer de cérvix invasor en mujeres jóvenes infectadas con virus oncogénicos es raro y la prevalencia de VPH en mujeres de 40 años o mayores no

se correlaciona con la elevada tasa de cáncer cervical. Es la persistencia de la infección por VPH oncogénicos lo que da lugar al desarrollo de lesiones precancerosas.^{59,70}

Jiménez Mendilú⁷⁴ y colaboradores, reportaron en su investigación que el 17,5% de las infecciones por VPH en el grupo estudiado era mujeres de edad mediana. realizados sobre el comportamiento biológico de las neoplasias evidenciaron que no toda lesión progresa hacia el cáncer, y que muchas lesiones tempranas regresan espontáneamente a la normalidad, aún sin tratamiento.⁷¹⁻⁸²

En resumen, lesiones asociadas con tipos de VPH de bajo riesgo pueden persistir, pero muy rara vez progresarán a carcinoma invasivo, mientras que una mayor proporción de lesiones asociadas a cepas de alto riesgo persistirán o progresarán a cáncer, aunque esto no solo depende de la acción de la carga viral sino de la edad y el estado inmune de la paciente, de otros factores desconocidos y de eventos genéticos adicionales cuyo riesgo de ocurrencia se incrementa, según las evidencias, en función del grado de la lesión.⁷²⁻⁷⁷

Asociación del Virus del Papiloma Humano con las lesiones intraepiteliales cervicales

Las infecciones por VPH desempeñan un rol importante en la génesis de la afección maligna del tracto genital. El curso de las lesiones inducidas por los VPH varía en relación al tipo de virus, a la región infectada y a la capacidad del sistema inmunitario de reconocer y eliminar el virus mismo.⁷³⁻⁸³

Las lesiones por VPH 6 y 11 poseen bajo riesgo de progresión y las producidas por VPH 16 y 18 poseen un alto riesgo de progresión a cáncer invasor. La infección por VPH, es suficiente para inducir la aparición de lesiones condilomatosas o neoplásicas intraepiteliales cervicales de bajo grado.⁷⁴

El paso de la neoplasia intraepitelial cervical de bajo grado a la de alto grado o al carcinoma es un proceso más complejo, que se concreta en el transcurso de los

años y está influenciado por el tipo de virus y la participación de otros factores (número de parejas sexuales, edad de la primera relación sexual, factores hormonales e inmunitarios, entre otros.)^{75,76}

Los cánceres invasivos casi invariablemente están precedidos de lesiones intraepiteliales de alto grado, aunque el período comprendido entre una lesión precursora y la infiltrante puede ser muy largo. En general el tiempo de evolución desde la aparición de una lesión escamosa intraepitelial (LEI) detectable hasta un carcinoma invasivo preclínico es de 12 a 13 años en promedio, por lo tanto la progresión de una LEI al cáncer es lenta.^{77,80}

No todas las pacientes con infección por cepas de alto riesgo y LEI de alto grado desarrollan cáncer, se han encontrado porcentajes de regresión de 33 a 43 %. En cuanto a las cepas de bajo riesgo se hallaron cifras entre 25 y 65 % en pacientes con condiloma plano. Eventualmente en la mayoría de mujeres la infección por virus papiloma humano se resuelve espontáneamente, aunque el riesgo de desarrollar cáncer cervical siendo positiva a algún tipo de VPH es del 5 a 8 %.^{81,82}

Tanto el cáncer invasor de cuello uterino como sus precursores (neoplasia intraepitelial), se han presentado en mujeres jóvenes, incluso menores de 30 años.³ Aunque el epitelio escamoso es susceptible a la infección por VPH, la unión escamocolumnar, particularmente la "zona de transformación", aquella que permanentemente sufre cambios en el epitelio escamoso, es el área más vulnerable a la infección.⁸³

Los resultados de asociación entre VPH y neoplasia varían en los diferentes estudios, al parecer según el método utilizado para la detección del virus. Estudios anteriores refieren que las más altas prevalencias de infección por el VPH se han encontrado en mujeres menores de 30 años.^{11, 30, 37,47} Las mujeres mayores tienen menor riesgo de contraer infección por el virus, posiblemente debido a inmunidad adquirida al VPH por exposiciones pasadas. Asimismo, los anticuerpos¹¹ contra el

VPH se van perdiendo con el tiempo, de modo que la prevalencia real debe ser medida en población joven.⁸⁴

Desde el advenimiento de la tecnología del DNA recombinante han sido clasificados más de 100 tipos de VPH principalmente por estudios de hibridación molecular homóloga.^{85,86}

Aunque todos esos virus comparten una organización genética similar, cada tipo puede ser identificado por sus diferencias específicas en las secuencias de DNA y en ocasiones, por su manifestación clínica. Se transmiten por vía congénita o sexual, y se cree que también por otras formas de contacto.⁸⁷

La infección por el VPH podemos reconocerla en forma clínica, subclínica o latente.

- Clínica: Se evidencia mediante la observación a simple vista. El aspecto macroscópico de los condilomas acuminados es el de pequeñas formaciones papilares, aisladas o múltiples en forma de pequeñas crestas. Se localizan en regiones húmedas, en especial en aquellas expuestas a roce durante el coito.

En la mujer aparecen en la parte posterior del introito vaginal, labios menores y el vestíbulo y con menos frecuencia en el clítoris, su capuchón y los labios mayores.

- Subclínica: Es la forma más frecuente de infección del VPH en el cuello uterino por lo que se precisa del auxilio de la colposcopia y la tinción previa con el ácido acético al 3-5 % para demostrarla.⁸⁸

- Latente: Solo se detecta mediante técnicas de hibridación molecular del DNA en el material citológico. Se llega a su diagnóstico por medio de costosos exámenes que permiten identificar el tipo de virus infectante y definir su acción oncogénica.^{89,90}

La infección por el VPH en la mujer con determinados tipos que se consideran de alto riesgo oncogénico, resulta determinante en la progresión de las lesiones intraepiteliales y en la aparición del cáncer cervical.⁹¹

Son considerados de alto riesgo oncogénico los tipos 16, 18, 30, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68, 73 y 82 mientras que se les atribuye un bajo riesgo oncogénico a los tipos 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 57, 61, 70, 72 y 81.¹²

Existen diferentes métodos de identificación del VPH:

- Citología: La presencia de coilocitos, disqueratocitos y la binucleación son los tres aspectos más característicos de la infección por VPH. Los coilocitos son células superficiales e intermedias y se identifican por un gran halo perinuclear claro, que rechaza el citoplasma hacia la periferia, muy característico y se denomina halo coilocítico.⁹²⁻⁹⁶

- Colposcopia: Es un método indispensable para el diagnóstico de la infección VPH subclínica en el cuello uterino y la vagina.¹³ Este método permite evaluar la extensión de la lesión y decidir el lugar donde debe realizarse la biopsia.⁵¹⁻⁹³

- Histología: Los cambios morfológicos visibles por la microscopía convencional que ocurren son: crecimiento nuclear e hiperchromasia, aumento en la relación núcleo/citoplasma y halos perinucleares.⁹⁴

- Inmunohistoquímica: Por medio de la técnica llamada ABC (avidina-biotina) más un antisuero se puede poner de manifiesto la presencia de un antígeno interno de la cápside viral al reaccionar con el antígeno de células infectadas; la limitación consiste en que no brinda la información sobre el tipo de virus infectante.⁹⁵

Tipificación del DNA: Las pruebas de hibridación molecular son los únicos métodos capaces de determinar la presencia del VPH con alta sensibilidad y

especificidad y posibilitan diferenciar cada tipo. Existen tres técnicas para el diagnóstico:⁹⁶⁻¹⁰³

1. Hibridación mediante inmunotransferencia donde el objetivo es la detección del DNA extraído de las células rotas.⁹⁷
2. Hibridación in situ donde el objetivo es demostrar la presencia de DNA del HPV en los núcleos de las células infectadas representadas en un corte incluido en parafina como es habitual en los estudios histológicos.
3. La técnica de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) permite amplificar enzimáticamente cantidades mínimas de DNA viral, lo que la hace una técnica dotada de alta sensibilidad pero requiere de una tecnología muy complicada y costosa. También permite ser utilizada en material hístico incluido en parafina, lo que facilita al igual que en el caso de la hibridación *in situ*, poderla utilizar en estudios retrospectivos.
4. Serología anticuerpo monoclonal denominado CAM VIR -1 contra la proteína L-1 de la cápside del VPH 16.⁹⁸

Los métodos diagnósticos por la tipificación del DNA viral son de muy alta sensibilidad, pero su costo es considerablemente elevado, lo que no permite su aplicación masiva.

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

La salud de las mujeres se ve afectada por diversos factores vinculados con la función reproductiva y de género que se exponen a continuación:

Factores de riesgo asociados a las lesiones cervicales uterinas

Si bien el VPH posee un rol importante en la oncogénesis, la sola infección no puede ser la causa de la transformación neoplásica.³¹ Se han encontrado algunos factores asociados con la existencia de lesiones premalignas, como son:⁹⁹

-Promiscuidad sexual de alguno de los cónyuges:

El individuo promiscuo está más expuesto a adquirir infección de transmisión sexual (ITS) las que a su vez parecen jugar un papel importante en la transformación neoplásica cervical.¹⁰⁰

La multiplicidad de compañeros sexuales es un factor de riesgo para la lesión intraepitelial cervical asociada a VPH.⁵⁷ Es necesario prestar, probablemente, más atención al papel del compañero sexual como factor de riesgo.¹⁰¹

Estudios recientes han demostrado una fuerte asociación entre el incremento del número de parejas sexuales y la probabilidad de detección del DNA del VPH en muestras del tracto genital.¹⁰²

El número de parejas sexuales de los varones durante toda su vida y la duración de su relación sexual se encuentran asociados con la detección del VPH en las mujeres.⁶⁰ La mayoría de los estudios basados en la identificación de VPH según PCR han sugerido que el número de parejas sexuales representa un factor de riesgo determinante para la infección por VPH.¹⁰³⁻¹²⁶

El riesgo de infección por el VPH en estudiantes universitarias se asocia con el aumento en el número de parejas sexuales en diferentes periodos, porque incrementa la probabilidad de entrar en contacto con una pareja sexual que porte el agente infeccioso. El número de parejas sexuales es un indicador de riesgo para adquirir ITS, que ha sido referido en forma constante en diversos estudios.¹⁰⁴

-Infecciones por Virus del Papiloma Humano:

Existe una asociación causal entre el desarrollo de lesiones intraepiteliales y el VPH 16 y 18.¹⁰⁵

Los datos epidemiológicos actuales apoyan una sólida participación de la infección por VPH en el origen de la neoplasia cervicouterina. El VPH ahora se conoce como el factor más importante asociado al cáncer del cuello del útero.

Hoy en día, puede afirmarse que el cáncer de cérvix es causado por una infección de transmisión sexual. Parece ser que la acción de ese agente infeccioso transmitido sexualmente actúa sobre el epitelio metaplásico o zona de transformación, lo que¹⁰⁶ produce alteración en la madurez celular del epitelio cuando coexisten otros factores.¹⁰⁷

Se postuló la hipótesis sobre la existencia de un agente transmitido sexualmente de hombre a mujer, ante el cual el epitelio columnar frágil de la adolescente podría ser prácticamente susceptible. Se estudiaron múltiples agentes y sustancias, entre ellos el espermatozoide, las espiroquetas, trichomonas, hongos y, últimamente, el VHS tipo 2 y el VPH; este último es el agente de mayor asociación causal.¹⁰⁸

El uso de pruebas con PCR en una gran colección de especímenes de cáncer cervicouterino ha mostrado que el DNA del VPH está presente en el 99,7 % de los casos.¹⁰⁹ Este hallazgo indicó que la infección por VPH constituye una causa necesaria para el desarrollo de las lesiones intraepiteliales cervicales y el cáncer de esa localización.

- Uso de anticonceptivos orales.

En algunos estudios epidemiológicos controlados por la presencia del VPH encontraron mayor riesgo en quienes tomaron anticonceptivos orales por más de cinco años.^{110,111}

La interacción entre anticonceptivos orales y carcinoma cervical ha sido ampliamente estudiada, bien sea desde el punto de vista biológico como clínico.

En efecto, el tejido cervical posee receptores hormonales y la administración de asociaciones de estrógenos-progestágenos puede determinar alteraciones de tipo histológico.^{112,113}

-Antecedentes de infecciones de transmisión sexual.

La asociación de infección por VPH con otros agentes infecciosos podría tener importancia en la etiología del cáncer de cuello uterino. La presencia de herpes virus genital tipo 2, *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis*, entre otras, podrían producir algunas alteraciones citomorfológicas parecidas a los cambios utilizados como criterios para el diagnóstico de infección por VPH cervical o ser vectores para su penetración celular.¹¹⁴⁻¹¹⁶

Otras infecciones de transmisión sexual pueden coincidir con la infección por el VPH en la mujer:¹¹⁷⁻¹²⁰

-La gonococcia causada por la *Neisseria gonorrhoeae* que penetra en las mucosas de la uretra (65-75%), del cérvix (85-90%) y del recto (25-50%). Ocasionalmente se extiende a endometrio y a las trompas de Falopio (10%).

La infección puede afectar en ambos sexos a la faringe (2%) y en un pequeño porcentaje de casos no tratados, la diseminación sistémica da lugar a una entidad conocida como infección gonocócica diseminada, caracterizada clínicamente por artritis con lesiones cutáneas o sin ellas. Es fundamentalmente una enfermedad de jóvenes adultos, de forma que la mayor parte de los casos se encuentran en el grupo de edad de 15- 50 años.

La sífilis es una infección sistémica transmisible específica producida por una espiroqueta: *Treponema pallidum*, que se caracteriza por una lesión primaria capaz de evolucionar con estadios clínicos sucesivos se manifiesta como una enfermedad crónica con periodos sintomáticos subagudos separados por intervalos asintomáticos durante los que es posible realizar el diagnóstico mediante pruebas serológicas. La lesión inicial puede producirse sin presencia

manifiesta de un chancro, pues puede estar oculta en el recto o en el cuello uterino.

Infecciones genitales por *Chlamydia trachomatis* se manifiesta en la mujer por cervicitis mucopurulenta. Muy difícil de distinguir con la uretritis por gonorrea, e incluyen secreción mucopurulenta en cantidad moderada o escasa, prurito uretral y ardor al orinar. La infección por *Chlamydia trachomatis* es una de las infecciones de transmisión sexual más frecuentes en todo el mundo, considerada el número uno en países desarrollados.¹²¹

Infección del epitelio de la piel y de las mucosas causadas por el virus del papiloma humano, produce verrugas genitales (papilomas) que son por lo general tumores benignos que tienen un crecimiento limitado y regresan al cabo de cierto tiempo. Se caracteriza por su capacidad para causar infecciones persistentes y para entrar en latencia.¹¹²⁻¹³⁰

El grupo de herpes virus se caracteriza por su capacidad para causar infecciones persistentes y para entrar en latencia, comprende dos variantes séricas VHS-1 y VHS-2, y pueden aislarse de muestras varias como por ejemplo: la piel, las mucosas, los tejidos en general, la sangre y el líquido cefalorraquídeo. Como se conoce el VHS-1 se asocia a afecciones bucofaríngeas, mientras que el VHS-2 se asocia a enfermedades genitales.

Sin embargo se sabe que ambas variedades pueden infectar las dos localizaciones y provocar manifestaciones indistinguibles clínicamente. Se ha citado el papel sinérgico que tiene esta infección cuando se asocia con el VPH.^{131,}

132

Trichomonas vaginalis es el de mayor frecuencia entre los protozoos. En el mundo se infectan anualmente alrededor de 120 000 000 de mujeres con este parásito.

El VIH/sida es una enfermedad de origen viral, que se caracteriza por presentar deterioro grave sistema inmunológico y daño a diversos órganos y tejidos debido a la acción directa del virus. El sida representa la etapa final y más grave de la infección por VIH; para llegar a ella la infección tiene que pasar por una serie de etapas previas, cada una con sus propias manifestaciones. Se establece el diagnóstico de sida en el momento en que el colapso del sistema inmune es de tal severidad que el individuo se encuentra incapacitado para defenderse de diversos microorganismos (infecciones oportunistas) y células tumorales responsables de su muerte.

Ha recibido diferentes nominaciones por sus siglas en inglés durante las fases evolutivas: L.A.V. (*Lymphadenopathy Associated Virus*), H.T.L.V. III (*Human T-cell Lymphotropic Virus type III*), A.R.V. (*A.I.D.S. related Virus*) y 18 V.I.H. (Virus de la Inmunodeficiencia Humana). Este virus pertenece a la familia de los retrovirus y a una subfamilia de virus conocidos como lentivirus, que almacenan la información hereditaria en una forma especial de ARN no compatible con el sistema celular.¹³³

Las vías de transmisión del virus son análogas a las del virus de la hepatitis B (VHB). Las pruebas epidemiológicas indican que el VIH puede transmitirse de una persona a otra por contacto sexual, por compartir agujas y jeringas contaminadas por el virus, y por la transfusión de sangre infectada o sus componentes.

El VIH/sida, al disminuir la capacidad inmunológica para neutralizar una infección por el VPH, está considerado como uno de los cofactores más importantes en la evolución rápida hacia lesiones invasivas de cáncer cervicouterino.¹³⁴

-Uso de preservativos:

Existe controversia en cuanto a la protección eficaz del condón para la transmisión del virus papiloma humano, si bien es cierto, que en el laboratorio se ha demostrado que los condones de látex constituyen una barrera mecánica eficaz contra los agentes causales de un gran número de ITS, otros estudios encontraron que los preservativos proporcionan una protección particularmente pobre contra la

transmisión del VPH.¹³⁵ Winer comenta que el 20% de las mujeres entre 15 y 50 años ya pueden estar infectadas por el VPH y tres de cada cuatro tienen subtipos del virus asociados al cáncer de cuello uterino.¹¹⁹

Tratamiento de las lesiones por el VPH

El control de la infección por el VPH es determinante para optimizar la salud reproductiva de la población y constituye uno de los grandes desafíos de la salud pública actual por su vínculo con el cáncer de cuello uterino.¹³⁷

Se basa en:

Educación de la población

- Conocer los métodos de prevención para las infecciones de transmisión sexual y evitar la promiscuidad en ambos miembros de la pareja.
- Uso del condón en las relaciones sexuales y acudir al médico de la familia al primer síntoma o signo de lesión.

Educación del personal de salud

- Conocer los recursos disponibles para hacer el diagnóstico.
- Manejo ético de la paciente y su pareja sexual
- Cumplimiento de las medidas higiénico epidemiológicas

Tratamiento específico

Para el tratamiento de las lesiones por el VPH debe tenerse en consideración el sitio y extensión de la lesión, el consentimiento informado de la paciente y el tratamiento a la pareja con infección clínica o subclínica.

Existen diferentes métodos para el tratamiento de las lesiones genitales por el VPH:¹³⁸

- La electrocoagulación de las lesiones cuando se hallan en los genitales externos.

- La vaporización o exéresis con el LASER para el tratamiento de las lesiones en la piel con muy buenos resultados estéticos y pocas recidivas; como también puede utilizarse en las mucosas del cuello uterino, el ano y la vagina.¹³⁹

- La criocirugía puede ser aplicada en las mucosas o la piel.⁷⁰

- La exéresis por cirugía tiene indicaciones limitadas y puede resultar poco estética cuando se tratan lesiones extensas y no está exenta de complicaciones.^{71,72}

- Podofilotoxina o podofilina que se emplea en solución alcohólica, está indicada en lesiones aisladas de vulva y pene, no recomendándose su uso en vagina, cérvix y ano, como tampoco en gestantes.¹⁴⁰

-El 5-fluoracilo es un agente quimioterápico. Se utiliza en pomada al 5% y puede producir elevada toxicidad local. No resulta frecuente su uso.

-Ácido tricloroacético en solución alcohólica. Es un cáustico que se utiliza en solución al 90% solo por aplicación controlada por el personal de la salud pues puede provocar quemaduras importantes.

-Los interferones. Protegen a las células contra la infección viral al suprimir el efecto inducido por el virus. Pueden ser utilizados por vía sistémica, intralesional, tópica o sublingual.^{141,146}

La citología cérvico vaginal sigue siendo el método diagnóstico de mayor valor para detectar neoplasia intraepitelial cervical (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.⁴⁵ Hoy día se considera el tabaquismo como otro factor de riesgo de carcinoma de cuello uterino, ya que existe un incremento del riesgo tanto de enfermedades preinvasoras como invasoras entre las fumadoras

actuales; las que tienen historia de tabaquismo prolongado, las fumadoras de gran intensidad y las que fuman cigarrillos sin filtros.¹⁴⁵

Diversos estudios han encontrado mutágenos en el moco cervical, algunos a concentraciones muy superiores a las sanguíneas, lo que sugiere un efecto carcinogénico directo, causando modificaciones del ADN adustos en el epitelio cervical, que se incrementa en las fumadoras, encontrando un riesgo relativo de morir por cáncer cervical dos veces superior en las fumadoras comparadas con las que no fumaban.¹⁴⁶⁻¹⁴⁸

Lesiones premalignas del cérvix

La neoplasia intraepitelial cervical es una lesión precursora del cáncer del cuello uterino que ha sido ampliamente estudiada desde la década de los años treinta del siglo pasado.¹⁴⁹ Se caracteriza por alteraciones de la maduración y anomalías nucleares y se ha subdividido en tres grados según su extensión y gravedad: I, II y III. En el año de 1989 fue publicado el sistema Bethesda para el informe de la citología cervico vaginal con tinción de Papanicolaou.¹⁵⁰ Este nuevo sistema de clasificación reemplazó al sistema de la Organización Mundial de la Salud, basado en una escala numérica de I a V por una nueva escala cualitativa.

En el sistema Bethesda las células potencialmente malignas se clasifican en: atipias epiteliales de significado indeterminado (AESI) (traducido del idioma Inglés ASCUS: Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance); compatibles con lesión intraepitelial (LIE) de bajo grado, que incluyó la neoplasia intraepitelial grado I y la infección por virus del papiloma humano; y compatibles con lesión intraepitelial (LIE) de alto grado, que incluyó las neoplasias intra-epitelial grado II y grado III.¹⁵⁰ El cambio más importante fue sin embargo la inclusión de criterios de calidad de la muestra en aspectos tales como: la cantidad y la calidad de las células, la preservación del espécimen, la fijación y la presencia de elementos que afectan la calidad de la muestra.¹⁵⁰

La clasificación de *Bethesda* ha sido modificada posteriormente en dos ocasiones. En la última revisión publicada en el año 2002, se subdivide la categoría de atipias 21 epiteliales de significado indeterminado en dos sub-categorías: aquellas con significación indeterminada (ASC-US) y aquellas en las cuáles lesiones de alto grado deben ser excluidas (ASC-H). Esta revisión excluye la categoría de cambios celulares benignos la cual es referida como negativa para lesión intraepitelial o malignidad.¹⁵¹

Entre los cambios celulares benignos se incluía la lectura inflamatoria de la citología cervical. El diagnóstico inflamatorio de la citología se podía evaluar en la lectura de Papanicolaou o de la OMS, en la categoría de lectura celular por medio de la presencia de leucocitos, desaparece en la más reciente clasificación de Bethesda al quedar incluida entre cambios celulares benignos.

El informe del grado del componente inflamatorio de la citología queda a criterio del cito-patólogo que lee la lámina. La citología inflamatoria puede estar asociada a procesos inflamatorios ya sean inespecíficos del cérvix, o secundarios a infecciones del tracto genital inferior, por *C. trachomatis*, *Candida Albicans*, *Trichomonas vaginalis*, vaginosis bacteriana o virus Herpes simple.^{156,157} También puede estar asociada a la presencia del dispositivo intrauterino¹⁵⁷ o la presencia de ectopia. El tratamiento estaría justificado en pacientes con infección clínica. Por otra parte, Seckin informó que las pacientes con citología inflamatoria sin atipias persistente, luego de tratamiento, tenían incremento en la presencia del Virus del Papiloma Humano-VPH.¹⁵⁴

Si se toma en cuenta que en muchos aspectos epidemiológicos la patología premaligna del cérvix guarda enormes semejanzas con la epidemiología de las infecciones de transmisión sexual, además que estas lesiones están estrechamente relacionadas a la presencia del VPH, las lesiones intra-epiteliales podrían manifestarse por la presencia de células inflamatorias en la citología en fases tempranas de la enfermedad.¹⁵² La infección por el virus del papiloma humano parece ser una causa necesaria en la génesis del cáncer de cérvix.¹⁴⁹

Esta hipótesis es muy aceptada por la comunidad científica mundial y se apoya en numerosas evidencias morfológicas como la coexistencia de VPH con la NIC y la Neoplasia Intraepitelial Vulvar (NIV) y los datos que nos brinda la biología molecular, como el elevado porcentaje de infección por el VPH en pacientes con carcinomas invasores del cuello uterino, de lesiones intraepiteliales del cérvix y de la vulva o de carcinomas invasores de esa localización y del pene. Por ejemplo, en la transmisión del papiloma virus uno de los elementos que se plantea es la promiscuidad de los hombres relacionada con esos comportamientos de las masculinidades en una cultura patriarcal.¹⁴⁹

En el caso de las mujeres de edad mediana, sobre todo aquellas que tienen pareja estable, generalmente no se usa el condón, porque el hombre señala que si es su única mujer no tiene que usarlo, o si la mujer lo negocia, aplica métodos de violencia psicológica de considerar si lo hace con otro, por otra parte las mujeres de este segmento poblacional en su mayoría no ejercen la capacidad de negociación.¹²³

Factores de riesgo para el cáncer cervicouterino

Es necesario considerar algunos otros factores de riesgo que pueden actuar asociados a la infección con el VPH, pues no todas las mujeres infectadas desarrollan lesiones intraepiteliales de alto grado y carcinoma in situ o invasor.¹⁴⁹ Múltiples son los factores de riesgo epidemiológico o cofactores relacionados con la aparición de las lesiones intraepiteliales y su posible evolución a cáncer del cuello uterino.

La etapa del climaterio y la menopausia es un período fisiológico y trascendental en la vida de la mujer porque ocurre en momentos en que la mujer se mantiene activa y es útil a la sociedad y a la familia. Algunas conductas, hábitos y estilos de vida se incrementan o cambian en esta etapa como son: la doble jornada laboral, el hábito de fumar, ocasionalmente la inestabilidad en la pareja, el déficit nutricional, el sedentarismo, entre otras.⁵⁰ Se hace evidente lo importante que resulta la labor de prevención de salud, dirigida fundamentalmente, hacia limitar, y

como sea posible, eliminar los factores de riesgo modificables, en los cuales resulta fundamental la labor que realiza el médico de familia en la atención primaria, con todo el equipo básico de trabajo.^{150, 151} Los problemas de salud enfrentados por el médico de familia en la atención primaria no son meramente biológicos o psicológicos puros, sino que hay una mezcla compleja de componentes biológicos, psicológicos y sociales.

Todo lo antes señalado justifica plenamente la prioridad y la debida atención que se debe dar a la mujer en esta etapa de la vida, donde la atención primaria desempeña una función fundamental. Existen factores que pueden estar presentes en las mujeres de edad mediana con el diagnóstico de la neoplasia del cuello uterino: los cuales pueden organizarse de la siguiente manera: Biológicos: historia reproductiva, paridad. Ecológicos: características de la vivienda, el barrio, el ámbito geográfico, la calidad y cantidad de agua, la forma de disponer sus excretas y residuos. (Condiciones de vida) Económicos: características de la producción, distribución y el consumo de bienes y servicios. Personales: incluye proyectos de vida, autoestima, toma de decisiones (condicionamiento de género)

119

Existen a su vez factores que dificultan en la edad mediana el diagnóstico de la neoplasia de cuello uterino:

1. Las lesiones en el cuello uterino pueden aparecer de forma subclínica
2. Las infecciones genitales son frecuentes en este grupo.
3. El descuido o temor de la paciente para acudir al médico, al considerar que con el cese de la función reproductiva, termina el funcionamiento de los genitales y piensan que el chequeo periódico no es necesario.
4. La prioridad hacia otras funciones del hogar, el trabajo, y al considerar como insignificantes o propios de la edad los síntomas que aparecen.¹²⁵
5. El hecho de dar mayor importancia a síntomas subjetivos como calores, irritabilidad, disminución de la libido, que a signos como la leucorrea.¹⁵³

La neoplasia cervicouterina es considerada por muchos autores una enfermedad de transmisión sexual, se diría que más bien se trata de una consecuencia, un resultado final de la acción de varios factores donde las ITS desempeñan un papel muy especial.⁵⁴⁻⁵⁵ Como factores de riesgo se pueden señalar:

1. Edad: pues al declinar de la función ovárica ocurre la disminución de la "defensa" estrogénica del aparato genital.
2. Factor sociocultural: dado por pérdida de la autoestima, aparición de enfermedades crónicas, los retos de la cotidianidad, el rechazo social, el agotamiento por tener que cumplir la doble jornada laboral y otros. Estos elementos podrían influir negativamente sobre el sistema inmunológico y pudieran hacerla susceptible a la acción viral en el tracto genital y otras enfermedades.
3. Hábito de fumar: influye de manera negativa ya que los metabolitos de la nicotina aparecen en el moco cervical y desempeñan una acción irritativa local y además, afectan la inmunología celular a ese nivel.
4. Multiparidad: toda vez que cada embarazo podría afectar el sistema inmunológico de la mujer además de tener los efectos traumáticos que sobre el cérvix tiene cada parto.¹²⁶
5. Edad de las primeras relaciones sexuales: mientras más precoces más severa se manifiesta la neoplasia del cérvix, por la adquisición de ITS y el trauma sobre un epitelio inmaduro.
6. Multiplicidad femenina o masculina: varios son los autores que abogan a favor de que estos factores determinan un mayor riesgo de aparición de neoplasia de cérvix uterino. En mujeres de edad mediana con antecedentes de múltiples compañeros sexuales o de compañeros sexuales con conductas sexuales desprotegidas, influyen negativamente.
7. Déficit nutricional: déficit de vitaminas, ácido fólico, entre otros, están relacionados con el cáncer de cuello del útero.¹¹⁸

Edad mediana

Es el periodo de la vida de la mujer que transcurre entre los 40 y 59 años donde declina la función ovárica hasta el cese de la capacidad reproductiva y que produce cambios en el organismo que son propios de este grupo poblacional.⁷⁸

En la mujer de edad mediana se ponen de manifiesto cambios biológicos e inmunológicos que pudieran favorecer en cierta medida las infecciones urogenitales. Las infecciones por el VPH en las mujeres de edad mediana tienen una elevada incidencia que alcanza el 65 % del total de las afecciones de cuello uterino, según autores cubanos.⁷⁸

El período del climaterio es una etapa fisiológica y natural de transición en la vida de la mujer caracterizada por cambios físicos, psicológicos y sociales.⁵⁶ Muchas mujeres valoran el climaterio como una enfermedad, "porque desde el imaginario social instituido, la pérdida de la capacidad de procrear, las pone en una situación de conflictos que comporta malestares físicos, psíquicos, desvalorización social y riesgos para la salud".⁷⁸

Para mantener el equilibrio psicológico ha de estar preparada emocional y racionalmente. Es una situación nueva que tiene que afrontar, no exenta de interrogantes e inseguridades.

Hoy se conoce que muchas de las manifestaciones sintomáticas tienen estrecha relación con el contexto social en que vive la mujer, sus condiciones de vida, el rol de género que desempeña, lo que constituyen determinantes del proceso salud-enfermedad.^{77,78}

En la mujer en esas edades se ponen de manifiesto cambios biológicos e inmunológicos que pudieran favorecer en gran medida a las infecciones del tracto urogenital, como el virus del papiloma humano. Los cambios de los genitales femeninos asociados con la edad pudieran proporcionar un terreno favorable para adquirir la infección. La pérdida de la autoestima en ocasiones presente en las mujeres de edad mediana, la aparición de enfermedades crónicas, los retos de la cotidianidad, el rechazo social, las dificultades en la relación de pareja, entre otros factores socioculturales pueden influir negativamente en el sistema inmunológico y hacer más susceptible a la acción viral en el tracto genital.⁷⁸

Es necesaria la atención diferenciada a estas mujeres que necesitan sobre todo ser escuchadas y brindarles una educación e información completas sobre la etapa que viven, las repercusiones fisiológicas y psicológicas de la menopausia, las medidas terapéuticas disponibles y los beneficios y riesgos que implica este período de la vida para ofrecerles la oportunidad de tomar aquellas decisiones que se adapten mejor a sus necesidades entre las distintas opciones.⁸⁰

Durante los últimos años ha habido un creciente interés por parte de los investigadores en estudiar la calidad de vida relacionada con salud de las mujeres de edad mediana, en su climaterio no solo por la sintomatología que pudiera producirse, sino porque es un período de la vida, donde pueden aparecer enfermedades crónicas y degenerativas como: artritis, diabetes mellitus, hipertensión arterial y cáncer de mama, colon, cuello uterino y endometrio entre otros que impactan sobre la calidad de vida.

El cáncer de cuello uterino representa una de causa de mortalidad que puede ser prevenido con la modificación de algunos factores de riesgo y la detección precoz de sus lesiones precursoras mediante la prueba citológica.¹¹

MATERIAL Y MÉTODO :

Se realizó un estudio observacional analítico, de casos controles de corte transversal, de mujeres en edades comprendidas entre 40 y 59 años. En el grupo de estudio se conformó por aquellas pacientes, cuyos resultados citológicos fueron positivos, y en el grupo control aquellas con resultados citológicos negativos en el período comprendido entre septiembre de 2017 y septiembre de 2018 pertenecientes al área de salud que corresponde al Policlínico Universitario Rampa del municipio Plaza de la Revolución.

El grupo de estudio quedó constituido por 20 mujeres de edad mediana pertenecientes al área de atención del Policlínico Universitario Rampa con lesiones premalignas y malignas de cérvix por los datos obtenidos de los registros de dispensarización de los consultorios en la comunidad y los de la consulta de patología de cuello del Hospital Ramón González Coro. Para la selección del grupo control se incluyeron dos mujeres con resultados negativos en la citología vaginal por cada paciente con alguna lesión diagnosticada.

Criterios de inclusión:

- Mujeres entre 40 a 59 años con diagnóstico de cáncer cervicouterino o sus lesiones precursoras.
- Consentimiento informado

Criterios de exclusión:

- Mujeres que en el momento de la entrevista no permanezcan en el área de salud.
- Mujeres que por su condición física o mental no pudieran cooperar con la entrevista médica o la aplicación de los instrumentos.
- Mujeres que no quisieron participar en la investigación

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Para dar salida a los objetivos se recogieron datos de las variables siguientes:

Variable	Definición	Escala
Edad	Según años cumplidos en el momento de realizada la investigación	40 a 49 50 a 59
Color de la piel	Pigmentación cutánea	Blanca Mestiza Negra
Escolaridad	Según nivel escolar vencido	Primaria Secundaria Preuniversitaria Universitaria
Vínculo laboral	Según la realización de trabajo remunerado o no	Sí No
Pareja estable	Relación de pareja por seis meses al menos, independientemente de la convivencia	Sí No
Edad de las primeras relaciones sexuales	Años cumplidos al inicio de las relaciones sexuales	18 o menos Más de 18 años
Tabaquismo	Consumo diario de cigarro, tabaco o pipa	Sí No
Paridad	Número de partos	Menos de 3 3 y más
Uso de condón	Empleo de preservativo siempre, en todas las relaciones sexuales	Sí No
Antecedentes de infección por VPH	Padecimiento referido de infección por VPH	Sí No
Otras infecciones de transmisión sexual	Padecimiento referido de otra ITS: moniliasis, trichomoniasis, vaginosis bacteriana, blenorragia, herpes simple	Sí No Para cada una de las ITS
Clasificación de las lesiones	Severidad de la lesión según resultado de la citología	NIC I NIC II NIC III CIS
Autocuidado	Evaluación del cuidado que la mujer hace por sí misma según resultado del instrumento CYPAC	Adecuado: entre 12 y 20 puntos Inadecuado: 11 puntos o menos

Técnicas y Procedimientos

Recogida de datos

Después de obtener los datos generales de las Historias de salud familiar (HSF) en los diferentes consultorios médicos del área de salud, y de recoger la información necesaria en la consulta de patología de cuello del área y del hospital de base, previa coordinación, se visitó a las mujeres en su hogares y se les realizó una entrevista confeccionada y previamente sometida a validación por criterio de cinco expertos que la avalaron (especialistas en epidemiología, ginecobstetricia, medicina general integral, sociología y psicología). Para identificar las determinantes sociales y los factores de riesgo para cáncer cervicouterino de estas pacientes (Anexo 1). Además se aplicó el instrumento ISP-RELEBA⁵⁵ para medir satisfacción personal, (Anexo 2) y el test de CYPAC⁵⁶ para medir autocuidado (Anexo 3).

Se realizó la revisión de las historias clínicas individuales en cada uno de los consultorios a través de las cuales se obtuvieron los siguientes datos:

- Edad: Según años cumplidos hasta el momento de la entrevista.
- Color de la piel: Se estableció la misma según pigmentación de la piel.
- Escolaridad: Se estableció según enseñanza del sistema nacional de educación vencida.
- Ocupación: Según vínculo laboral que tiene la paciente.
- Pareja estable: Se establece como tal a todas aquellas mujeres que tengan vínculo estable con una pareja sexual.
- Edad de las primeras relaciones sexuales: se determinó como tal, la edad de las primeras relaciones sexuales con coito.
- Presencia de hábito de fumar: Se interrogó al paciente en este sentido y se definió como tal a todo el que fume al menos un cigarrillo, pipa o tabaco al día.
- Paridad de 3 hijos o más: Se definió así a todas las pacientes que presentaban 3 o más hijos.

-Uso del condón: Se interrogó al respecto y se determinó si se usaba el mismo en todas las relaciones sexuales.

-Antecedentes de infección por VPH: Según el antecedente referido por la paciente o lo encontrado en las historias clínicas.

-Otras enfermedades de transmisión sexual: Según el antecedente referido por la paciente o lo encontrado en las historias clínicas.

-Enfermedades crónicas asociadas: Según antecedentes patológicos personales.

-Lesiones premalignas del cuello uterino: Se establecieron según el informe diagnóstico de la prueba citológica.

-Satisfacción personal: Se aplicó el instrumento para medir satisfacción personal en mujeres de mediana edad, ISP-RELEBA, aplicado en 17 consultorios médicos del Policlínico Docente "Cristóbal Labra" del municipio La Lisa.

-Autocuidado: Se aplicó el TEST DE CYPAC (Capacidad y Percepción de Autocuidado).

Procesamiento de los datos:

Los datos obtenidos fueron introducidos a una base de datos en el programa Microsoft Office Excel 2007 y se procesaron con el paquete estadístico SPSS versión 19.0. Se utilizaron medidas de resumen para variables cualitativas y se expresaron como frecuencias absolutas y porcentajes. Para examinar las posibles diferencias entre los grupos según las variables seleccionadas, se aplicó la prueba *Ji* cuadrado de independencia para aquellas en escala cualitativa, el nivel de significación considerado fue $p < 0.05$

Aspectos éticos: Teniendo en cuenta que la ética médica son los principios o normas de conducta humana referentes al personal médico y paramédico; y que se rige por los siguientes documentos:

- VPH
 - Declaración de Helsinki (1989)
- Fundamentación ética (Aspectos éticos)*

Se procedió de la siguiente manera:

- Utilización de los datos sólo con fines investigativos.

- Información de los resultados a los pacientes.
- Aplicación del consentimiento informado. (Anexo 4)
- Creación de las condiciones apropiadas para la realización de la entrevista.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Tabla 1 Distribución de las mujeres del grupo estudio según clasificación de las lesiones del cuello uterino y edad

Lesiones cérvico uterinas	Grupos de edades (años)				Total	
	40-49		50-59			
	No.	%	No.	%	No.	%
NIC I	7	43,7	3	75,0	10	50,0
NIC II	5	31,3	0	0,0	5	25,0
NIC III	4	25,0	1	25,0	5	25,0
Total	16	100.0	4	100.0	20	100.0

En la tabla 1 se puede observar que la lesión premaligna que predominó fue la NIC I en la mitad de las pacientes, seguido por la NIC II y la NIC III ambas con 5 pacientes para un 25,0 %. En relación con la edad la mayor cantidad de pacientes afectadas se encontraron en el grupo de 40 a 49 años y, entre ellas, la lesión más frecuente fue NIC I con 43,7 %. En el grupo de 50 a 59 años también predominó esta lesión con un 75 % y no hubo pacientes diagnosticadas con NIC II.

Tabla 2 Distribución de las mujeres del grupo estudio según otras variables de persona

	No.	%
Color de la piel		
Blanca	10	50,0
Mestiza	4	20,0
Negra	6	30,0
Total	20	100,0
Escolaridad		
Secundaria	4	20,0
Preuniversitaria	9	45,0
Universitaria	7	35,0
Total	20	100,0
Vínculo laboral		
Sí	17	85,0
No	3	15,0
Total	20	100,0

La tabla 2 muestra la distribución de las mujeres con lesiones del cuello uterino según color de la piel, escolaridad y ocupación. En ella se observa que el 50 % de

ellas tenía la piel blanca, así como un predominio de preuniversitarias con 45 % y con vínculo laboral con un 85 % .

Tabla 3. Distribución de las mujeres de los grupos estudio y control según edad

Grupos de edades (años)	Grupos			
	Estudio		Control	
	No.	%	No.	%
40-49	16	80,0	18	45,0
50-59	4	20,0	22	55,0
Total	20	100,0	40	100,0

Según muestra la tabla 3 en el grupo estudio, es decir, entre las féminas con diagnóstico de lesiones premalignas y malignas de cuello uterino, predominaron aquellas entre 40 y 49 años, al contrario del grupo control donde fueron más frecuentes las edades de 50 a 59 años.

Tabla 4. Distribución de las mujeres de los grupos estudio y control según color de la piel

Color de la piel	Grupos			
	Estudio		Control	
	No.	%	No.	%
Blanca	10	50,0	11	27,5
Mestiza	4	20,0	15	37,5
Negra	6	30,0	14	35,0
Total	20	100,0	40	100,0

En la tabla 4 se observa la distribución según color de la piel de ambos conjuntos de pacientes estudiadas. En el primero, es decir, en el grupo estudio, la mitad de las mujeres tenía color de la piel blanca (n=10), mientras que las negras y mestizas representaron el 30.0 % y 20.0 % respectivamente. Mientras que entre los controles predominaron las mujeres de coloración de la piel mestiza con un 37.5 % , seguidas de aquellas de piel mestiza con un 37,5 % .

Tabla 5. Distribución de las mujeres de los grupos estudio y control según escolaridad

Escolaridad	Grupos			
	Estudio		Control	
	No.	%	No.	%
Secundaria	4	20,0	11	27,5
Preuniversitaria	9	45,0	12	30,0
Universitaria	7	35,0	17	42,5
Total	20	100,0	40	100,0

Con respecto al nivel escolar (tabla 5) predominaron en el grupo de estudio las pacientes con un nivel preuniversitario con un 45.0 %, seguidas de las universitarias con un 35.0 %. En las mujeres que integran el grupo control predominó el universitario como nivel escolar (42.5 %), seguido por el preuniversitario (30.0 %), de manera general en el estudio predominaron las mujeres universitarias con un 40.0 % del total de la muestra estudiada.

Tabla 6. Distribución de las mujeres de los grupos estudio y control según vínculo laboral

Vínculo laboral	Grupos			
	Estudio		Control	
	No.	%	No.	%
Sí	17	85,0	34	85,0
No	3	15,0	6	15,0
Total	20	100,0	40	100,0

En la tabla 6 se observa que en el grupo de estudio ocho de cada diez mujeres eran trabajadoras (n=17) y un 85.0% (n=34) para el grupo comparativo. La distribución porcentual de esta variable es la misma en ambos grupos.

Tabla 7. Mujeres de los grupos estudio y control con presencia de algunos factores de riesgo según tipo

Factores de riesgo	Grupos			
	Estudio		Control	
	No.	% (n=20)	No.	% (n=40)
Sin pareja estable	6	30,0	7	17,5
Primeras relaciones sexuales antes de 18 años	12	60,0	11	27,5
3 o más partos	3	15,0	4	10,0
No uso del condón	16	80,0	21	52,5

Dentro de los factores de riesgo para cáncer cérvico uterino estudiados (tabla 7) se encontró que el no uso del condón fue el que predominó en ambos grupos. Estuvo presente en un 80.0 % de las pacientes afectadas y en un 52.5 % de las mujeres controles. El segundo factor de riesgo fue las primeras relaciones sexuales antes de los 18 años, presente en el 60.0 % de las pacientes que integraron el grupo de estudio y el 27.5 % de las del grupo control. tuvieron valores significativos ($p < 0.05$), el no uso del condón y las primeras relaciones sexuales antes de los 18 años. En las pacientes analizadas las que tuvieron relaciones sexuales precoces tuvieron cuatro veces más riesgo ($OR = 3.95$) de tener una lesión premaligna del cuello, así como las que no se protegían con preservativos tuvieron 3,6 veces ($OR = 3,62$) más riesgo de padecer de estas afecciones.

Tabla 8. Distribución de las mujeres de los grupos estudio y control según tabaquismo

Fuman	Grupos			
	Estudio		Control	
	No.	%	No.	%
Sí	11	55,0	11	27,5
No	9	45,0	29	72,5
Total	20	100,0	40	100,0

En la tabla 8 se presenta de forma independiente el hábito de fumar ya que este no solo es un factor de riesgo para desarrollar cáncer cérvico uterino sino también produce otras enfermedades neoplásicas, cardiovasculares entre otras. En la tabla

se puede ver como en el grupo de estudio estuvo presente en más de la mitad de las pacientes (55.0 %), mientras que en el comparativo solo poco más de la cuarta parte de las mujeres reportaron este hábito tóxico (27.5 %). El tabaquismo en el grupo analizado guardó relación con el desarrollo de lesiones premalignas ($p < 0.05$) y las pacientes que fumaban tuvieron tres veces más riesgo de padecer esta afección ($OR = 3.22$)

Tabla 9. Distribución de las mujeres de los grupos estudio y control según antecedente de infección por el virus del papiloma humano

Infección por VPH	Grupos			
	Estudio		Control	
	No.	%	No.	%
Sí	16	80,0	8	20,0
No	4	20,0	32	80,0
Total	20	100,0	40	100,0

La infección por el virus del papiloma humano, considerado un oncovirus, es un factor altamente predisponente de padecer una lesión premaligna con el posterior desarrollo de cáncer cérvico uterino. En la tabla 9 observa que estuvo presente en el 80.0 % de las pacientes enfermas, con una gran significación estadística y las mujeres que padecían de esta infección tuvieron 16 veces más de probabilidades de enfermar, las pacientes que integraron el grupo de citologías normales tuvieron una incidencia de infección por VPH en el 20.0 %, que hasta el momento no se habían identificado lesiones premalignas en la citología del cuello uterino.

Tabla 10. Mujeres de los grupos estudio y control con presencia de infección de transmisión sexual según tipo

ITS	Grupos			
	Estudio		Control	
	No.	% (n = 20)	No.	% (n = 40)
Moniliasis	7	35,0	16	40,0
Trichomoniasis	1	5,0	3	7,5
Vaginosis bacteriana	4	20,0	2	5,0
Herpes simple	5	25,0	2	5,0

En la tabla 10 se exponen las diferentes infecciones de transmisión sexual que han padecido las mujeres de ambos grupos. La moniliasis es la que más prevalencia tuvo con 35.0 % en el grupo de estudio y 40.0 % en el comparativo, seguido de la infección por herpes simples presente en el 25.0 % de las pacientes afectadas y en un 5.0 % de las mujeres que integran el grupo control. De todas estas enfermedades la que guardó relación con el desarrollo de lesiones premalignas fue la infección con herpes simple ($p=0.02$), las pacientes que lo padecieron tuvieron seis veces más riesgos ($OR=6,33$) de desarrollar una NIC.

Tabla 11. Distribución de las mujeres de los grupos estudio y control según autocuidado

Autocuidado	Grupos			
	Estudio		Control	
	No.	%	No.	%
Sí	14	70,0	32	80,0
No	6	30,0	8	20,0
Total	20	100,0	40	100,0

En la tabla 12 se puede observar que las pacientes presentaban cuidados por su salud representado por un 70.0 % en las mujeres que integraban el grupo de estudio y por un 80.0 % en las del grupo control, no se encontró relación estadística entre el autocuidado y el desarrollo de una lesión premaligna.

DISCUSION DE LOS RESULTADOS

No hay dudas de que el cáncer del cuello uterino es la neoplasia maligna del aparato ginecológico que más precoz aparece. Durante el decursar del tiempo, a pesar de encontrarse instituido un Programa de tamizaje, no se han logrado los resultados esperados y después de 40 años de instaurado tal *screening*, sigue siendo el cérvix la principal localización de acento de esta neoplasia ginecológica maligna.¹¹⁰

Un estudio realizado en Camagüey en el 2003 comprobó que el grupo de edades más afectado es el que corresponde a las mujeres de 35-59 años, coincidiendo con otros autores de la literatura revisada donde se considera esta enfermedad más frecuente en edades de mayor actividad sexual.¹¹¹

En Cuba también está ocurriendo un cambio en la edad de aparición de este tipo de tumor, posiblemente relacionado con la precocidad de las primeras relaciones sexuales (PRS), la promiscuidad y la concomitancia de otros factores de riesgo, tales como historia de abortos repetidos e infecciones ginecológicas en mujeres sexualmente activas.¹¹²

La edad promedio de las mujeres con diversas lesiones neoplásicas, para trazar el tiempo promedio de evolución desde displasia leve a carcinoma invasor, se puede iniciar desde los 25 años, evolucionar las lesiones de los 32 a 44 años, y entre los 45- 47 años aparecer el cáncer clínico.¹¹⁴

Amaro Hernández,³⁸ refirió en su estudio que el 92,72 % de las mujeres estudiadas tuvieron sus primeras relaciones sexuales antes de los 20 años.

Milian Vega¹⁴⁶, y Amaro Hernández³⁸ coinciden en que el inicio de la actividad sexual en edades tempranas, sobre todo antes de los 18 años, es un factor que contribuye a que la mujer tenga más probabilidades de desarrollar lesiones pre-malignas y malignas del cuello uterino, en relación a aquellas que inician su vida sexual después de los 20 años. Se ha sugerido en estudios epidemiológicos que

el cuello uterino de las adolescentes es particularmente susceptible a los agentes carcinógenos relacionados con el coito.

Salvent Tames,¹³⁴ reportó que la precocidad en las relaciones sexuales juega un papel importante en la aparición del CCU, ya que son mayores las probabilidades de adquirir tempranamente una ITS las cuales, según sea el caso, favorecen la aparición de la entidad. En su estudio conoció que las pacientes comienzan su vida sexual activa entre los 15-19 años, adolescencia tardía, etapa de múltiples cambios en la vida humana y donde aún no se tiene la responsabilidad que se necesita para comenzar esta fase de nuestro desarrollo. Además demostró una fuerte asociación entre la edad temprana del inicio de las relaciones sexuales y la aparición de CCU en mujeres menores de 30 años. También corroboró la precocidad sexual con 171 casos (67,3 %), y observó como el grupo entre 10-14 años va en aumento.

Se afirma que el cáncer del cérvix es 4 veces más frecuente entre las prostitutas que entre las otras mujeres, y que es excepcional entre las solteras.¹⁵³

Rosell Juarte,³⁵ plantean que el hábito de tener múltiples compañeros sexuales multiplica 32 veces la probabilidad de adquirir una neoplasia maligna cervical y fue uno de los factores más significativos que reportaron en la investigación.

Se sugiere una relación causal entre el consumo de cigarrillos y el cáncer cervical y se señala que los mecanismos de este efecto pudieran estar relacionados con el efecto directo de los carcinógenos de los cigarrillos en el epitelio cervical. La acumulación de la nicotina y de su producto de degradación, la cotinina, en las células de las glándulas productora de moco, interfieren con el funcionamiento normal de esas células.¹⁵³

Actualmente se acepta que en las mujeres fumadoras el riesgo de padecer la enfermedad aumenta tres veces al compararlo con las que no lo hacen. Asimismo se ha reportado que existe una fuerte relación dosis-respuesta.¹⁵

Rodríguez Rodríguez.¹³⁵ refiere que el grupo control en su estudio muestra sólo 2 enfermedades, trichomonas y monilias.

En relación con los antecedentes de alguna infección, Dunan Cruz,¹⁵³ reporta que solo el 8,0 % de las pacientes presentó infección por VPH y 12,0 % , otras ITS.

Las enfermedades ginecológicas pueden afectar el crecimiento de la flora bacteriana vaginal. Existe una fuerte asociación entre Trichomonas vaginales y el riesgo de padecer cáncer de cuello uterino (se incrementa en 3 veces). El virus del papiloma humano (VPH) es el principal agente etiológico infeccioso asociado con la patogénesis del cáncer de cuello uterino,¹⁵⁵ sin embargo, a pesar de que el VPH ha sido detectado en el 80-90 % de las mujeres sexualmente activas, solo un pequeño porcentaje (10-30 %) de ellas progresan hacia lesiones intraepiteliales de alto grado y carcinoma *in situ*.¹⁵⁶

El VPH es un virus epiteliotrópico asociado a lesiones benignas, pre-malignas y malignas de diferentes localizaciones del cuerpo humano. Existen más de 200 tipos conocidos, de los cuales 35 han sido aislados de lesiones anogenitales. Dependiendo de su potencial oncogénico han sido clasificados como de alto y bajo riesgo de desarrollar la enfermedad.¹⁵⁷

Entre los más comunes que representan al grupo de bajo riesgo se incluyen los tipos 6 y 11 que usualmente causan verrugas benignas y que ocasionalmente se asocian con lesiones no invasivas; mientras que los tipos VPH-16 y VPH-18, se corresponden con los de "alto riesgo" por su gran potencial carcinogénico. La infección por VPH es inicialmente asintomática y la transmisión puede ocurrir antes de que la expresión del virus se manifieste.

El cérvix uterino 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 Cáncer Cérvico Uterino.¹⁵⁸

La prueba de Papanicolaou es un método sencillo para estudiar células exfoliadas teñidas. Se utiliza sobre todo para detectar cáncer del cuello uterino, aunque también se puede utilizar en muestras de tejidos procedentes de cualquier órgano. Habitualmente la extensión se obtiene durante una exploración pélvica de rutina. Los hallazgos se suelen comunicar de forma descriptiva, el sistema utilizado más ampliamente para describir los resultados de la prueba de Papanicolaou es el Sistema Bethesda.¹⁵⁹ Esta se realiza principalmente en los consultorios del Médico de la Familia mediante la pesquisa establecida en el programa de detección precoz del cáncer cérvico uterino, que se realiza cada tres años a todas las mujeres entre los 25- 64 años de edad, lo que permite detectar células anormales en el epitelio cervical antes de que puedan evolucionar hacia cáncer invasor.

En los últimos años se observa un incremento de las lesiones del cuello uterino en mujeres de edad mediana en las que se reporta el 17,5 %. En la mujer en esas edades se ponen de manifiesto cambios biológicos e inmunológicos que pudieran favorecer en gran medida a las infecciones del tracto urogenital como el papiloma virus humano que ha cobrado una elevada incidencia para el 65 % del total de las afecciones del cuello uterino. Los cambios de los genitales femeninos asociados con la edad pudieran proporcionar un terreno favorable para adquirir la infección por VPH.¹⁶⁰

Los resultados en cuanto al grupo etario más afectado coinciden con los obtenidos en un estudio de factores de riesgo de cáncer cérvico uterino invasor en mujeres mexicanas.¹⁵¹ En el contexto nacional estudios anteriores realizados en Villa Clara, como el de Santana y colaboradores¹³¹, exhiben que la edad de mayor incidencia fue entre 30 y 39 años; el Registro Nacional de Cáncer muestra la mayor incidencia de cáncer cérvico uterino invasor y en las edades de 41 a 59 años.¹²⁶ Con relación al nivel educacional este estudio concuerda, parcialmente, con investigaciones nacionales.⁵⁸ Los resultados coinciden con Cabezas Cruz³⁹,

que desarrollaron estudios donde el mayor número de casos positivos de lesiones premalignas de cuello de útero se encuentran en mujeres de edades comprendidas entre los 40 y 50 años.

Adrián Salvent¹³⁴ encontró un 37 % de pacientes en edades entre 40 y 45 años siendo este resultado inferior al de la presente investigación. VPH⁶⁸

En un estudio de infección por el virus del papiloma humano en mujeres de edad mediana y sus factores asociados, realizado en el Policlínico Rafael Valdés, en el Municipio Cotorro pudo observarse la distribución por edad de las mujeres estudiadas. En el grupo sin infección por VPH las mayores frecuencias se encontraron en las edades extremas, es decir, 29.7% de ellas corresponden al grupo de 40 a 44 años y 29.1% a aquellas entre 55 y 59 años. Mientras que en el grupo con infección por VPH la edad más frecuente estuvo entre 45 y 49 años.

Estas diferencias también están representadas por la media de la edad que es menor en el grupo sin infección. En correspondencia con ello se encontraron diferencias significativas en la edad promedio de estos dos grupos de mujeres

Estos resultados son similares a los reportados en investigaciones realizadas en mujeres de edad mediana de otras provincias y en general coinciden con las características de la población femenina cubana de ese grupo.¹⁵⁷

Los datos obtenidos de las mujeres con infección viral se corresponden con lo planteado por otros autores, acerca de que el VPH y las lesiones precursoras del cáncer de cérvix afectan con más frecuencia a las mujeres más jóvenes, por lo que aumenta la incidencia de lesiones premalignas en edades cada vez más tempranas.

Con el aumento de la esperanza de vida, el número de mujeres que arriba al climaterio y sobrepasan este período es mayor, de modo que si se mantiene la infección por el virus del papiloma humano y se asocia a otros factores, estos

grupos pueden padecer lesiones premalignas y malignas del cáncer de cuello uterino.¹⁴⁷

De ahí que resulta importante la prevención de las infecciones al VPH y otras infecciones de transmisión sexual en edades tempranas de la vida, pues a medida que pasan los años, las posibilidades de desarrollar cáncer de cérvix son más elevadas, lo que puede incrementar la morbilidad y mortalidad en este grupo etario y disminuir la calidad de vida.¹¹⁸

La edad de aparición de la menopausia tiene gran importancia, pues en muchas ocasiones los síntomas que se describen en este período se exacerban cuando se producen algunas afecciones de importancia, como el cáncer de mama, las enfermedades cardiovasculares, la infección por virus papiloma humano, entre otras, tienen relación con ella, como ya se señaló. La mayoría de los autores coinciden en que existen variaciones entre el rango de edad de ocurrencia de la menopausia.¹¹⁸

Con relación a la coloración de la piel Valdés¹³⁸ encontró al igual que en el presente estudio un predominio de las pacientes de color de la piel blanca y mestizas, no se encontraron en la literatura revisada trabajos que abordaran la influencia del color de la piel en un mayor riesgo de padecer lesiones premalignas o cáncer del cuello uterino.

El mayor número de pacientes afectadas tenían un nivel preuniversitario de escolaridad. Los resultados obtenidos en la investigación son los esperados para esta variable dadas las políticas de acceso a la educación, lo que no coincide a nivel internacional.⁷⁰

En similar estudio realizado en Placetas¹³⁵ se encontró en relación con la distribución de la muestra por nivel educacional en primer lugar el de preuniversitario (49.9%) y en segundo el de secundaria básica (16.4%); similar a esta investigación. En Argentina¹³⁷ las mujeres con lesiones premalignas del

cuello en un 60 % tenían un nivel primario de educación vencido. En México¹⁴⁰ en similar muestra analizada encontraron un 27% de las pacientes con nivel primario y un 24% con nivel secundario vencido. En el grupo de estudio predominaron las pacientes trabajadoras, característico de la sociedad cubana donde la mujer tiene un importante papel tanto en la sociedad como en el cuidado de la familia, resultado que difiere de lo encontrado en Colombia¹²³ donde solo el 8% de las pacientes eran profesionales o trabajadoras, el resto eran amas de casa.

Los estudiosos del tema, se refieren al riesgo que desencadenan factores como la precocidad sexual, la multiparidad, la promiscuidad masculina y femenina, el tabaquismo asociados a la infección por el virus de papiloma humano y otras infecciones de transmisión sexual en la aparición del cáncer cérvico uterino; en algunas mujeres ocurre una asociación de estos factores que al actuar sobre un terreno genético abonado o deficiencias inmunológicas, propician la aparición de la enfermedad.^{73,74}

Reportes recientes de la literatura científica mundial sobre el comportamiento sexual en parejas heterosexuales han comenzado a conferir una mayor importancia al papel infectante del hombre dentro de la pareja sexual. Al estudiar parejas en América Latina y el Caribe, se ha encontrado que las mujeres latinoamericanas tienden a mantener una relación sexual estable una vez casadas, no es así en el caso del hombre por lo que se plantea en la actualidad que el riesgo de las mujeres de contraer VPH depende en gran medida del comportamiento sexual de su pareja.^{144,145} Milián¹⁴⁶ encontró que el 13% de las pacientes estudiadas que presentaron anomalías de la citología no tenían pareja estable, siendo inferior al del presente trabajo. Los resultados de esta investigación concuerdan con Miller,¹⁴⁷ quien afirma en las Directrices de Gestión del Programa de Detección del Cáncer Cérvico uterino en Ginebra que esta entidad se asocia con el número de compañeros sexuales de la mujer.

Otros autores señalan la promiscuidad y las infecciones repetidas como factores de riesgo en el carcinoma invasor. 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 pudiera actuar como cofactor del VPH produciendo una acción sinérgica que motive los cambios celulares cervicales.

Es imprescindible considerar la influencia del hombre en la génesis del cáncer uterino y sobre todo en el varón de riesgo o promiscuo que mantiene relaciones sexuales sin protección de barrera como el condón, este tiene una probabilidad más alta de desarrollar una infección de transmisión sexual y por tanto, una contaminación en su plasma seminal, la cual tiene un importante papel en la infección por el VPH.¹⁴⁷

Al producirse la eyaculación intravaginal, los espermatozoides ascienden rápidamente a través del canal endocervical, una buena cantidad de ellos se deposita en los pliegues mucosos de las glándulas cervicales cercanas a la unión escamo cilíndrica donde precisamente se desarrolla el mayor número de neoplasias. El plasma seminal constituye el 90 % del líquido eyaculable que contiene componentes inmunosupresores que afectan las funciones de diferentes células del sistema inmune como los linfocitos T y B, las células asesinas naturales, macrófagos y anticuerpos del sistema de complemento.¹⁴⁸

En presencia de carcinógenos este efecto inmunológico local puede constituir un cofactor que acelera o contribuye al desarrollo de neoplasias y por eso se le atribuye al plasma seminal una gran importancia en la génesis del cáncer de cuello. Es por esto, que los tres cofactores mencionados (varón de riesgo, ITS y esperma) tienen una relación muy íntima en la aparición de las lesiones cervicales.

El diagnóstico de neoplasia 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 interesante considerar el plasma seminal en la génesis del cáncer uterino.¹⁴⁹

En cuanto al inicio del primer coito antes de los 20 años y de manera marcada en aquellas que comienzan sus relaciones sexuales antes de los 18 años, los resultados son abordados en la literatura mundial desde el punto de vista epidemiológico, y existe un consenso general sobre estas relaciones, que en edades tempranas predisponen a lesiones cervicales, todo producto a la migración celular que se produce desde la unión escamo columnar hacia el endocérnix mediante un proceso de entaplasia.^{150,151}

Los resultados de este estudio expresan similitud con otros autores nacionales, los cuales afirman que tener las primeras relaciones sexuales en edades tempranas constituye un factor de riesgo para el desarrollo de lesiones premalignas y maligna del cérvix. Sarduy Nápoles¹⁴⁸ obtuvo el 44,7% en un estudio de 185 pacientes. La mayoría de los estudios nacionales¹⁵³ se refieren a la 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, todo sobre un organismo en desarrollo físico que la hace más susceptible, pues existe una interacción de factores que incrementan el riesgo oncogénico. León Cruz⁶⁴ encontró un 67,1 % de pacientes que comenzaron sus relaciones sexuales entre 15 y 19 años, similar al de la presente serie.

Al analizar las cifras de partos, se observó un 15 % habían tenido 3 o más partos, lo cual coincide con lo expuesto en la bibliografía médica acerca de que las manipulaciones obstétricas, ya sean por partos o abortos, tienen gran influencia en los cambios histológicos que pueden producirse en el epitelio escamoso columnar, pues esto produce desgarros o erosiones, que pueden crear daños en la multiplicación celular de dicha membrana. Una vez que se ocasionan estas lesiones traumáticas, el tejido necesita una regeneración, y si esta ocurre, cubrirá todo la zona del desgarró con un epitelio cilíndrico, que luego será cubierto con el

pavimentoso y si logra mantener en su posición anterior la estructura anatómica del cuello, no habrá alteraciones.¹⁵⁴

Salvent¹³⁴ encontró un 61,8 % de pacientes con 2 o más hijos. En un estudio de Sarduy Nápoles¹⁴⁸, el 67 % refirió 1 o 2 partos, lo que no coincidió con nuestros hallazgos y es uno de los factores que se reporta en mayor relación con las citologías anormales. La tasa de reproducción nacional, para el año 2008¹⁵⁵ fue de 1,59 hijos por mujer. Si consideramos tanto los partos eutócicos como las cesáreas, tenemos una tasa observada de 1,64 hijos por mujer. Los resultados de esta investigación son muy similares a la cifra oficial nacional. Existen reflexiones en la literatura nacional¹⁵⁶ e internacional¹⁵⁷ donde encontramos 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.

Nos llamó la atención el elevado por ciento de pacientes que no usaban métodos anticonceptivos de barrera (condón), al igual que en estudio realizado en Santiago de Cuba donde solo el 3,9 % de las pacientes utilizaba este método. Es aceptado que el uso del condón, por la protección contra enfermedades de transmisión sexual y la disminución de la exposición del epitelio cervical a los posibles efectos carcinogénicos del semen, repercute en una menor incidencia de cáncer cervicouterino.¹⁵⁷

Hace casi 30 años se propuso la teoría de que el humo del cigarrillo al estar íntimamente asociado a la aparición del cáncer espino celular del pulmón y la laringe podría también relacionarse con el cáncer cervical de la misma variedad histológica. El dañino hábito de fumar se asocia a la aparición de NIC o cáncer

cervical. Los componentes del humo procedentes de la combustión del tabaco tienen una acción carcinogénica atribuida a la nicotina y la cotinina disueltas en la sangre, las que han sido detectadas en el cérvix, la saliva, la orina y el moco cervical e iniciar la acción oncogénica del VPH y el virus del herpes simple tipo 2 por acción tóxica sobre el cuello uterino y por una inmunodepresión local provocada por una disminución de las células de Langerhans.

Algunos autores han comentado que con esos cambios estarían dadas las condiciones para que el VPH pueda provocar alteraciones en el cérvix⁷⁹. Actualmente se acepta que en las mujeres fumadoras el riesgo de padecer la enfermedad aumenta tres veces al compararlo con las que no lo hacen. Asimismo Torriente¹⁵² encontró que el tabaquismo estuvo presente en el 80% en el momento de la entrevista inicial con más de 10 cigarrillos por día, resultado superior al de esta investigación. En estudio realizado en Placetas¹³⁵ el tabaquismo estuvo presente en un 40,4 % de las pacientes con diagnóstico de cáncer cérvico uterino infiltrante, resultado este inferior al del presente estudio.

La infección por el virus del papiloma humano parece ser la "causa fundamental" en la génesis del cáncer de cérvix. Esta hipótesis es muy aceptada por la comunidad científica mundial y se apoya en numerosas evidencias morfológicas como la coexistencia de VPH con la NIC y la Neoplasia Intraepitelial Vulvar (NIV) y los datos que nos brinda la biología molecular como el elevado porcentaje de infección por el VPH en pacientes con carcinomas invasores del cuello uterino, de NIC, de NIV y carcinomas invasores de la vulva y del pene.⁷⁹

En la mayor parte de los carcinomas analizados se encuentra DNA viral integrado en los cromosomas de la célula huésped. Sin embargo, numerosos estudios han abordado la estructura, el mecanismo de acción y el poder oncogénico de los diferentes tipos de VPH y han concluido que la influencia de un solo factor no transforma a una célula normal en una que prolifera sin restricción. "Muchas evidencias indican que es necesario que sobre una célula sucedan de 3 a 7 eventos mutacionales independientes para que ocurra la transformación maligna".

Se hace necesario considerar algunos otros factores de riesgo que pueden actuar asociados a la infección con el VPH pues no todas las mujeres infectadas desarrollan lesiones intraepiteliales de alto grado y carcinoma in situ.¹¹⁷

Estos conceptos confirman la opinión autorizada de un experto cubano como el Profesor Evelio Cabezas⁴¹ al sostener que en los momentos actuales estamos envueltos en lo que ha dado en llamar la "psicosis del VPH" y llama a la atención de los otros factores de riesgos concomitantes que tienen también una gran importancia en la génesis del cáncer cervical. La infección por el VPH es una infección de transmisión sexual que se encuentra muy extendida en mujeres y hombres, sin embargo, las condiciones anatómicas del varón y otros factores hacen que esta se pueda desarrollar en forma subclínica o latente y evolucione en pocas ocasiones a cáncer del pene u otra localización genital. No sucede así en la mujer que con mayor frecuencia lo desarrolla en el cérvix, la vagina, la vulva o el perineo.⁷⁹

La probabilidad de que las mujeres sean portadoras del VPH y el riesgo de padecer de cáncer de cérvix se ha relacionado con la presencia de ADN viral en el pene o la uretra de su pareja sexual.⁷⁹ Según un estudio publicado por Jastreboff⁸⁸ las mujeres tienen un riesgo tres veces superior de padecer la enfermedad si su compañero sexual ha tenido relaciones con otras mujeres que han desarrollado la enfermedad. El patrón de metilación del ADN-VPH se ha asociado in vitro con la actividad de transcripción viral. La pérdida de la transcripción en los fenómenos de carcinogénesis podría vincularse a factores dietéticos con la capacidad de metilar.

Adrián Salvent¹³⁴ encontró solo un 5,1 % de relación entre la infección por VPH y NIC, muy inferior a lo encontrado en este estudio. Sara Torriente¹⁵² encontró resultados superiores con un 94 %. Muchos autores reflexionan acerca de la relación del NIC con las ITS sobre todo las infecciones virales (VHS y el VPH), por las modificaciones celulares que estos virus son capaces de provocar. Es de considerar que un porcentaje importante de casos portadores de afecciones del

cérvix presenta infecciones de cualquier tipo, que impiden la realización del cono hasta no haber tratada la sepsis y los procesos agudos locales y pélvicos que secundariamente son capaces de desencadenar. Numerosos mecanismos han sido sugeridos para explicar la relación entre el riesgo de padecer la enfermedad y los diversos elementos asociados con las relaciones sexuales, entre ellos la transmisión de agentes infecciosos; la trichomonas, la Gardnerella, el virus del herpes tipo II (VHS-2) y, especialmente, el VPH.¹⁴⁰ En Cuba los estudios sugieren que las infecciones por trichomonas y por el VPH son las que con mayor frecuencia se asociaron a la neoplasia cervicouterina; también se encontraron otras como son: la Chlamydia trachomatis, el herpes genital tipo II y el citomegalovirus.⁷⁰ En el estudio realizado por Torriente¹⁵² predominaron las pacientes con vaginosis bacteriana y moniliasis. Lecciardone¹⁵⁹ encontró la presencia de infección por herpes genital en un 14 %, inferior al del presente estudio.

La cifra de mujeres que padecían de asma en este estudio fue elevada. La incidencia de esta afección en la población femenina cubana, según anuario estadístico del año 2012⁵⁸, es de 90,2/1000 habitantes, por lo que estos resultados pudieran sugerir la posibilidad de que exista alguna relación con los mecanismos de acción o con los componentes sistémicos en ambas enfermedades por estar asociadas a tejidos mucosos y a la relación de esta afección con patrones Th2 de respuesta.¹⁵² Este resultado justificaría, en un estudio posterior, profundizar si existe relación con esta enfermedad, ya sea desde el punto de vista clínico, epidemiológico o terapéutico.

La neoplasia intraepitelial cervical es una lesión precursora del cáncer del cuello uterino que ha sido ampliamente estudiada y discutida desde la década del treinta y hasta la actualidad. Se caracteriza por alteraciones de la maduración y anomalías nucleares. Si la displasia está confinada al tercio inferior del epitelio estamos en presencia de una NIC I también conocida como lesión intraepitelial de bajo grado (LEI-BG); si implica los dos tercios inferiores se denomina NIC II y si las anomalías nucleares afectan a más de dos tercios de todo el espesor del

epitelio están en presencia de una NIC III. Estas dos últimas denominaciones en conjunto se conocen también como: lesiones intraepiteliales de alto grado (LEI-¹⁵³AG). El tratamiento ideal de la NIC, debe ser un método de fácil ejecución, nula mortalidad, muy baja morbilidad, preservación de la capacidad reproductiva, no mutilante, de bajo costo y excelentes resultados a largo plazo.

Diferentes modalidades han sido empleadas para el tratamiento de las displasias cervicales, algunas más conservadoras que otras desde la primera mitad del siglo pasado. La conización con bisturí, la amputación de cuello y la histerectomía tuvieron su protagonismo en esa época. En los últimos treinta años, la terapéutica de las NIC se ha dirigido hacia el uso de métodos conservadores que pueden realizarse de forma ambulatoria favorecidos por el desarrollo que ha tenido la colposcopia; existe un mayor conocimiento de la historia natural de las lesiones intraepiteliales y la disponibilidad de novedosas tecnologías terapéuticas eficaces por ablación o destrucción como la criocirugía que surge a principio de los setenta y el láser en los finales de la misma década.¹⁵⁴

En comparación con otros estudios León Grettell¹⁵⁴ encontró resultados similares al del presente estudio en relación con los porcentajes de las NIC. Salvendy¹³⁴ nos expresa que el diagnóstico citológico encontrado con mayor frecuencia era la NIC I con 162 casos (63,7 %), superior al de esta serie y Flavia Vega¹⁴⁶ tiene como resultados que las pacientes con NIC I fueron el 52,86 % con NIC II el 31,43 % y NIC III fue el 12,86 %.

La satisfacción personal puede adquirir una expresión particular en el punto medio de la vida. En este momento se replantea el sentido de la vida, se revisan los valores propios y los de las personas significativas; frecuentemente los sujetos se cuestionan qué han logrado en las diferentes esferas de realización personal y valoran sus aciertos y errores en función de su nivel de aspiraciones. Este es un proceso de revalorización de la propia vida, que los textos de psicología describen como la segunda crisis de identidad.

Además, en la edad mediana se afrontan diversos problemas socio-biológicos como la vejez de los padres, preocupaciones relativas a la viudez, la jubilación y a la salud, así como a los cambios físicos propios del envejecimiento que se van operando, con sus inevitables consecuencias en el estilo de vida.

Este es un proceso que igualmente atraviesan hombres y mujeres, pero para las últimas este es un período de la vida particularmente difícil, ya que se producen en ellas importantes cambios neuroendocrinos que condicionan el tránsito a la fase no reproductiva de su ciclo biológico: el climaterio y la menopausia, eventos que ocasionan un desequilibrio de sus procesos biológicos y que obligan a su organismo a la readaptación de todas sus funciones. A esto se añade, que es justamente la mujer de mediana edad, la que generalmente asume la atención de los ancianos, de los hijos, solas, o con sus parejas y de los nietos; se responsabiliza además con la administración económica del hogar, y continúa con una gran parte del desempeño de las tareas domésticas que requieren mayor esfuerzo físico, todo lo cual puede contribuir a aumentar la vulnerabilidad de la mujer en esta etapa de la vida. De tal forma, en esta etapa la mujer experimenta susceptibilidades específicas asociadas con su biología, y tiene además que asumir el desgaste adicional de energía que representa el ejercicio del “invisible” trabajo doméstico, lo que puede favorecer la aparición de sentimientos de impotencia, baja autoestima, frustración de las aspiraciones y de la satisfacción personal.

160

El sexo femenino, ha estereotipado a la mujer como cuidadora de la salud de su familia, pudiéndose considerar que también cuida adecuadamente de su propia salud. Sin embargo, los resultados obtenidos no evidencian diferencias en el nivel de autocuidado y lesiones premalignas del cérvix. La mujer aunque se dedique más que el hombre a cuidar de su familia, cuando se trata de cuidarse ella, no lo hace mejor o más adecuadamente que su compañero, pues esta actividad no la incorpora a su proyecto de vida y no la percibe como una autorresponsabilidad necesaria para mantener su salud y bienestar. Para fundamentar estos resultados basta mencionar dos ejemplos que constituyen unos de los problemas

fundamentales que presentan las mujeres y que cobran cada año miles de muertes en ese sector poblacional, pero que son perfectamente prevenibles o cuando menos detectables en etapas tempranas y por ende reversibles: el cáncer de mama y el cervicouterino.

Al parecer la presencia de enfermedad condiciona en los individuos una percepción diferente de su estado de salud, probablemente relacionada con el acceso a los servicios de salud y por ende a la información recibida sobre su enfermedad, una posible explicación es que las personas que se perciben sanas no consideren necesaria la posibilidad de desarrollar sus capacidades de autocuidado.

CONCLUSIONES

Las mujeres de edad mediana con lesiones premalignas o malignas del cérvix en el período de estudio se caracterizaron por predominio de NIC I, edad de 40 a 49 años, color de la piel blanca, preuniversitarias y con vínculo laboral.

Haber tenido relaciones sexuales precoces y no utilizar el condón son factores de riesgo en las mujeres con lesiones de cuello.

El nivel de autoestima y el autocuidado no se afectaron en las mujeres estudiadas.

RECOMENDACIONES

Considerar los resultados de la presente investigación para el diseño de intervenciones educativas en edades más tempranas de la vida de la mujer en este territorio.

Planificar y ejecutar investigaciones que profundicen en el estudio de factores de riesgo para contribuir a mejorar las estrategias de intervención con el propósito de mejorar la salud de la mujer en esta etapa de la vida y su calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Bosh LP. Uses of data to plan cancer prevention and control programmes. Public Health Rev. 2001;105(4):354-60.
- 2) Parkin DM. Global cancer statistics in the year 2000. Lancet Oncol. 2001 Sep;2(9):533-43.
- 3) Ferlay J, Bray F, Pisan P, Parkin DM. Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide. GLOBOCAN 2002. IARC Cancer Base 5(2.0). Lyon: IARC Press; 2004.
- 4) Robles W F, Perruga A. Tendencia por la mortalidad del cáncer del cuello del útero en Las América. Bol of Sanit Panam. 2005;121(6):478-89.
- 5) Anuario estadístico de salud 2017. Ministerio de Salud Pública Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. La Habana, Cuba, 2017.
- 6) Novoa Vargas A, Echegollen Guzmán A. Epidemiología del cáncer del cérvix en Latinoamérica. New England Journal of Medicine. 2007;375(5):46.
- 7) Cabezas CE. Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer Cérvicouterino. La Habana: Editorial de Ciencia Médicas; 2001.
- 8) Domínguez Alonso E, Seuc Jo H, Galán Álvarez Y, Tuero Iglesias A. Carga del cáncer ginecológico en Cuba. Rev Cubana de Salud Pública. 2009;35(3):1-24.
- 9) Alwan AD, Mac Len D an Mandil A: Assessment of National Capacity for Noncommunicable Diseases Prevention and Control: The Report of a Global Survey. World Health Organization, WHO (MNC-01.2)2001.
- 10) Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2010. Cuba. La Habana .2010.
- 11) Fraga Alfonso JC.: Cuba, características sociodemográficas de la mujer de edad mediana. En: Artiles Visbal L, Navarro Despaigne D, Manzano Ovies BR, editores. Climaterio y Menopausia. Un enfoque desde lo social. La Habana: Ed. Científico Técnica; 2007. p.22.
- 12) Montoya Romero JJ. Situación laboral y social de la mujer climatérica. En: Zárate Arturo, McGregor Carlos, editores. Menopausia y cerebro. Aspectos

- psicosexuales y neurohormonales de la mujer climática. México: Editorial Trillas; 1997.p.186.
- 13) Barret E, Connot MD. Epidemiology and the menopause: A global overview. Int J Fert. 1993; 38(1):6-14.
 - 14) La Biblia de estudio. Consejo Episcopal Latinoamericano. Sociedades Bíblicas Unidas. Brasil. Génesis: 17, 5.1997:45.
 - 15) Wilbush J. Le menespausie. The birth of a syndrome. Maturitas. 1979; 1:145-51.
 - 16) Barret E, Connot MD. Epidemiology and the menopause: A global overview. Int J Fert. 1993; 38(1):6-14.
 - 17) Ausin J. Definición y epidemiología de la menopausia. En: Palacios Santiago, editor. Climaterio y Menopausia. Madrid: Mirpal;1993: 37
 - 18) Figes E. Las mujeres en la sociedad. Madrid: Alianza Editorial.2003:13-5
 - 19) Lugones Botell M. La salud integral de la mujer en el climaterio. La Habana: Ed. Científico técnica. 2006:17-32
 - 20) Colectivo de Autores, II Consenso Cubano sobre Climaterio y Menopausia, Eds. Sarduy M., Lugones M. Edit. CIMEQ. 2007 p 12-51
 - 21) Navarro Despaigne D. y L. Artiles Visbal: La menopausia no es el fin de la vida. Aspectos clínicos, sociales y terapéuticos del climaterio, Unicef-ISCM-H, La Habana, 1995. p. 22-9
 - 22) Ministerio de Salud Pública: Objetivos, propósitos y directrices para incrementar la salud de la población cubana 1992-2000, Rev. Cubana Med. Gen. Integr. 1999. 8(3): 271-278
 - 23) Artiles Visbal L. Las condiciones de vida como determinantes del proceso salud enfermedad de la mujer climática. En: Artiles Visbal L, Navarro Despaigne D, Manzano Ovies D, editores. Climaterio y Menopausia. Un enfoque desde lo social. La Habana: Ed. Científico Técnica. 2007. p.38-55.
 - 24) Alfonso Rodríguez AC. La salud mental de las mujeres de mediana edad. En: Artiles Visbal L, Navarro Despaigne D, Manzano Ovies D, editores. Climaterio y Menopausia. Un enfoque desde lo social. La Habana: Ed. Científico Técnica. 2007:106.

- 25) Cabezas E: Programa Nacional de diagnóstico precoz de cáncer cérvico uterino, Ed. Ciencias Médicas, 1994. P. 51-68
- 26) Cáceres O.: Enfermedades de transmisión sexual y NIC, Tema de terminación de residencia, Hospital Materno de Guanabacoa, Ciudad de la Habana, 1987.
- 27) Alonso González R., H. Bayarre Vea y L. Artilles Visbal: Construcción de un instrumento para medir la satisfacción personal en mujeres de edad mediana, Rev. Cubana Salud Pública, 2004; 30(2).
- 28) Artilles L: Situaciones límites: un libro para mujeres, Ediciones Mercie Groups, 2004. P. 11-32
- 29) Morales Catalayud F: Psicología de la salud. Conceptos básicos y proyecciones de trabajo, Editorial Científico Técnica, La Habana, 1999. p.20-6
- 30) Díaz Sánchez Ma E, Carmenate Moreno Ma M., Toledo Borrero Ema, Moreno López, Moreno López R, Wong Ordoñez I, Algunos factores sociales y del estilo de vida relacionados con la menopausia: Un enfoque desde lo social, En: Climaterio y Menopausia, Ed. Científico –Técnica, 2007, cap 6, p96-105.
- 31) De Palo G, Vecchione A. Neoplasia Intraepitelial del cuello uterino. En: De Palo G, editor. Colposcopia y Patología del tracto genital inferior. Buenos Aires: Edit. Med. Panamericana 1992.p 235-271.
- 32) De Palo G, Chanen W, Dexeus S. Infección del cuello uterino por el papiloma virus humano En: Patología y Tratamiento del tracto genital inferior. Barcelona: Editorial Masson, 2001. P. 42-61.
- 33) Fournier Segarra D. Medios diagnósticos en la detección precoz del cáncer cervicouterino. Disponible en <http://www.forunestudiantil.sld.cu>
- 34) Reguero Hernández E. La infección por papilomavirus humano y su relación con el cáncer cervico-uterino. Trabajo presentado en el XVIII Fórum Nacional de Ciencias Médicas; 2006.
- 35) Rosell Juarte E, Muñoz Dobarganes A, Cerero Muñoz F, Cardoso Hernández J, Estenoz Fernández A. Factores de riesgo del cáncer de cuello uterino. Archivo Médico Camagüey 2007. p. 13
- 36) Suárez González JA, Figueroa Verdecia D, Gálvez Puyuelo AF. Algunos factores biosociales relacionados con la aparición de citología alterada. 2010, Disponible en: <http://conganat.sld.cu>

- 37)González Merlo J, González Bosquet J, González Bosquet E.: Neoplasia cervical intraepitelial. Barcelona: 2003, p. 4117.
- 38)Amaro Hernández F, Polo Cardoso K, Mendoza del Pino M, Pi Pareta L, Cardoso Núñez, O. Comportamiento de algunos factores de riesgos asociados a la aparición del cáncer cervicouterino en un área de salud, 2009. Disponible en: <http://www.amc.sld.cu>
- 39)Cabezas E. Lesiones intraepiteliales del cuello uterino en edades extremas. Rev. Cubana Obstet. Ginecol. 2000; 26(3)
- 40)Pérez Echemendía M. Cáncer cérvico uterino. En: Ginecología oncológica pelviana. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006. P.79-144
- 41)Cabezas Cruz E. Lesiones malignas del útero. En: Rigol Ricardo O, editor. Obstetricia y Ginecología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004. p. 297-3128.
- 42)Comino Delgado R, Saucho J, Barta Rasero JL, Broullón Molanes R. Epidemiología de la infección por HPV en Ginecología. En: Infección por Papilomavirus en Ginecología. Madrid: Editorial Arké; 1995. p. 67-87.
- 43)Jastreboff AM, Cymet T. Role of the human papilloma virus in the development of cervical intraepithelial neoplasia and malignancy. Postgrad Med J. 2002; 8(918):225.
- 44)Solis CJA. Tratamiento adyuvante del cáncer cérvico uterino: Factores y tratamiento. Rev Chil Obstet 05; 70(1):41-8.
- 45)Cabezas Cruz E, Cutié León E, Santisteban Alba S. Diagnóstico y conducta en el cáncer de cuello uterino. En: Manual de procedimientos en Ginecología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006. p. 162-8.
- 46)Pérez Echemendía M. Cáncer cérvico uterino. En: Ginecología oncológica pelviana. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006 p.79-144.
- 47)Disaia PJ, Creasman WT. Enfermedad preinvasora del cuello uterino. En: Oncología Ginecológica Clínica. 6^{ta} ed. Madrid: Editorial Mosby; 2002. p. 1-33.
- 48)Odongua N, Chae YM, Kim Mr, Yun JE, Jee SH. Associations between smoking, screening, and death caused by cervical cancer in Korean women. Yonsei Med J. 3., 2006.p.56-61.

- 49) Lugones Botell M, Enfoque Integral de la mujer clim atérica en el nivel prim ario: Un enfoque desde lo social, En: Clim aterio y Menopausia, Ed. Científico - Técnica, 2007, cap29, p .336-338.
- 50) Díaz Novas J, J. Fernández Sacasas y A Guerrero Figueredo: El diagnostico en la atención prim aria, Rev. Cubana Med. Gen. Integr. 1991, 9 (2):151,
- 51) Navarro D., García C.T.: Aspectos psicosociales relacionados con la mujer menopáusica. Endocrinol.Ecuatoriana 1993, 2: 163-165
- 52) Torriente Hernández, B, Martínez Camilo R: V, Valdés Álvarez, O. Neoplasia Cervical en la mujer de edad mediana: Un enfoque desde lo social, En: Clim aterio y Menopausia, Ed. Científico Técnica, 2007, cap22, p.263-275.
- 53) Alfonso A, Sarduy C: Hablando sobre la salud mental y sexual la mujer desde un enfoque de Género, PreLaSex, 1994. p.11-6
- 54) Alfonso A: Salud mental de las mujeres y vida cotidiana, Genero, Salud, y Cotidianidad: Temas de actualidad en el contexto cubano, Editorial Científico Técnica, La Habana, 2000. p.3-10
- 55) Alonso González R, Bayarre Vea H, Artilles Visbal L. Construcción de un instrumento para medir la satisfacción personal en mujeres de mediana edad. Rev. Cubana Salud Pública 2004;30(2)
- 56) Millán Méndez I. Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad, Rev. Cubana Enfermería 2010; 26 (4)
- 57) Hopman AH, Kamps MA, Smedts F, Speel EJ, Herrington CS, Ramaekers FC. HPV in situ hybridization: impact of different protocols on the detection of integrated HPV. Int J Cancer 2005; 115 (3): 419-28
- 58) H. Zur Hausen, y E. M. de Villiers: «Human papillom aviruses», en *Ann Rev Microbiol*, 48: págs. 427-447, 1994.
- 59) Castellsagué X. Natural history and epidemiology of HPV infection and cervical cancer. Gynecol Oncol 2008; 110:S4-S7
- 60) Trottier H, Burchell AN. Epidemiology of Mucosal human papillom avirus infection and associated diseases. Public Health Genomics 2009; 12:291-307
- 61) Yugawa T, Kiyono T. Molecular mechanisms of cervical carcinogenesis by highrisk human papillom aviruses: novel functions of E6 and E7 oncoproteins. Rev Med Virol 2009; 19: 97-113.

- 62) Huh W K. Human Papillomavirus Infection: A concise review of natural history. *Obstetrics and Gynecology* 2009; 114:139-143
- 63) Sarduy Nápoles, M.R.: Evaluación de tres métodos de tratamiento conservador de la neoplasia intraepitelial cervical. Tesis doctoral, CIMEQ. La Habana 2006.
- 64) León Cruz, G, Bosques Diego, O, Silveira Pablos, M.: Mecanismos moleculares de los cofactores asociados con el cáncer de cuello uterino. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2004; (3) 30-3
- 65) Zur Hausen H.: Human genital cancer; synergism between two virus infections or synergism between a virus infection and initiating events? *Lancet* 1982 2:1370-1377.
- 66) Di Luca G.: Simultaneous presence of herpes simplex and human papilloma virus sequences in human genital tumors. *Int J Cancer* 1987. 40:763-767.
- 67) Skegg DC. Oral contraceptives, parity and cervical cancer. *Lancet*. 2002; 359:1080-1.
- 68) Sawaya GF, Harper C, Balistren E, Boggess J, Darney P. Cervical neoplasia risk in women provided hormonal contraception without a Pap smear. *Contraception* 2001 Feb;63 (2):57-60.
- 69) Castellsagué X, Muñoz N. Chapter 3. Cofactors in human papillomavirus carcinogenesis. Role of parity, oral contraceptives, and tobacco smoking. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2003;20-28
- 70) Moreno V, Bosch FX, Muñoz N, Meijer CJ, Shah KV, Walboomers JM et al.: Effect of oral contraceptives on risk of cervical cancer in women with human papillomavirus infection: the IARC multicentric case-control study. *Lancet*. 2002; 359:1085-1092.
- 71) Edward SP, Pondichery G, Satyaswaroop, Rodique M.: Hormonal interaction in gynecologic malignancies. In: Hoskins WJ, Pérez, CA. Young RC. *Principles and Practice of Gynecologic Oncology*. 2000; 3a. ed. Lippincott: Williams and Wilkins; p 199-224.
- 72) Clavijo Balart I, Llópiz López LC, González Montero R. Papiloma cervical [artículo en línea]. *MEDISAN* 2008; 12(1)

<http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol12_1_08/san14108.htm> Consultada: 16 marzo 2012

- 73) Bosch FX, de Sanjosé S, Miralles C. La prevención del pre cáncer y del cáncer cervical en España: nuevas opciones para el siglo XXI. *Folia Clin Obstet Ginecol* 2010; 81:6-24.
- 74) Jiménez Mendilú I., Cedeño Donet M., Peraza Morelles R.: Infección por papiloma virus humano. Frecuencia en nuestro medio. *Archivo Médico de Camagüey* 2000; 4(3) ISSN 1025-0255
- 75) Datta SD, Koutsky LA, Ratelle S, Unger ER, Shlay J, McClain T, Weaver B, et al. Human papillomavirus infection and cervical cytology in women screened for cervical cancer in the United States, 2003-2005. *Ann Intern Med* 2008 Apr 1; 148(7):493
- 76) Jastreboff AM, Cymet T.: Role of the human papillomavirus in the development of cervical intraepithelial neoplasia and malignancy. *Postgrad Med J* 2016; 78:225-228.
- 77) Lindau ST. Prevalence of high-risk HPV stable in older US women. *Obstet Gynecol* 2008; 112: 979-989.
- 78) Castle PE, Fetterman B, Poitras N. Five-year experience of Human Papilloma Virus DNA and Papanicolaou co-testing. *Obstet Gynecol*. 2009; 113:595-600.
- 79) Aguilar Fabr  K, Ríos Hernández MA, Hernández Menéndez M, Aguilar Vela de Oro FO, Silveira Pablos M, Nápoles Morales M. Papiloma viral humano y cáncer de cuello uterino [serie en Internet]. 2008 [citado 28 Sep 2008]; 34 (1): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol34_1_08/gin03108.htm
- 80) Giuliano AR. Human papilloma virus nation in males. *Gynecol Oncol*. 2007; 107(2 Suppl):S24-6.
- 81) Flores-de la Torre C., Hernández-Hernández DM., Gallegos-Hernández JF. El virus del papiloma humano como factor pronóstico en pacientes con carcinoma epidermoide de cabeza y cuello. *Cir* 2010; 78:221-228. www.medigraphic.org.mx

- 82) Sam Soto S., Eduardo Gayón Vera E.: Guía práctica para el abordaje y maneje de lesiones anogenitales por virus de papiloma humano en adolescentes. *Acta Pediatr Mex* 2006;27(3):151-6
- 83) Datta D, Koutsky LA, Ratelle S, Unger ER, Shlay J, Tracie M. IntraMed. Infección por el papilomavirus humano y citología cervical. Su prevalencia y característica en mujeres que intervinieron en estudios de detección de patología cervical. *Ann Intern Med* [Internet]. 2008 [citado 21 Mar 2011]; 148: [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenido/ver.asp?contenidoID=52802>
- 84) Hwang HS, Park M, Lee SY, Kwon KH, Pang MG. Distribution and prevalence of HPV genotypes in routine Pap smear of 2470 Korean women determined by DNA chip. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2004; 13 (12): 2153-6.
- 85) Berlin Grace VM. HPV type 18 is more oncopotent than HPV16 in uterine cervical carcinogenesis although HPV16 is the prevalent type in Chennai, India. *Indian J Cancer* 2009; Jul-Sep; 46 (3): 203-207
- 86). Lindau ST. Prevalence of high-risk HPV stable in older US women. *Obstet Gynecol* 2008; 112: 979-989.
- 87) Denis F, Hanz S, Alain S. Clearance, persistence and recurrence of HPV infection. *Gynecol Obstet Fertil*. 2008 Apr; 36(4):430-40.
- 88) Jastreboff AM, Cymet T.: Role of the human papillomavirus in the development of cervical intraepithelial neoplasia and malignancy. *Postgrad Med J* 2018
- 89) Castle PE, Jeronimo J, Schiffman M, Herrero Ro, Rodríguez AC, Bratti MC, et al. Age-Related Changes of the Cervix Influence Human Papillomavirus Type Distribution *Cancer Res* 2006; 66(2): 1218-24.
- 90) Datta SD, Koutsky LA, Ratelle S, Unger ER, Shlay J, McClain T, Weaver B, et al. Human papillomavirus infection and cervical cytology in women screened for cervical cancer in the United States, 2003-2005. *Ann Intern Med* 2008 Apr 1; 148(7):493
- 91) Rome R, Chanen W, Pagano R. The natural history of human papilloma virus (HPV) atipia of the cervix. Australia and New Zeland. *J Obstet Gynecol*. 2007; 27(287):102-7.

- 92) Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de diagnóstico precoz del cáncer cérvico uterino. Colectivo de autores. La Habana, 2001
- 93) Muñoz RC. Epidemiología del virus del papiloma humano. [Biblioteca virtual en línea] <http://geosalud.com/VPH/epivph.htm>. Consultada: 11 enero 2012
- 94) Hanisch R, Gustat J, Hagensee ME, Baena A, Salazar JE, Castro MV, et al. Knowledge of Pap screening and human papilloma virus among women attending clinics in Medellín, Colombia. *Int J Gynecol Cancer*. 2007;10 (16):24
- 95) Gearhart PA, Randall TC, Buckley RM. Human papillomavirus [Internet]. 2011 [citado 11 Mayo 2011]. Disponible en: <http://www.emedicine.com/med/topic1037.htm>
- 96) Conesa Zamora P; Domenech Peris A; Ortiz Reina S; Orantes Casado FJ; Acosta Ortega J; García Solano J; Pérez Guillermo M. Immunohistochemical evaluation of ProEx C in human papillomavirus-induced lesions of the cervix. *J Clin Pathol*; 2009 Feb; Vol. 62 (2), pp. 159- 62.
- 97) De Palo G, Chanen W, Dexeus S.: Infección del cuello uterino por el papilomavirus humano En: Patología y tratamiento del tracto genital inferior. Editorial Masson, Barcelona 2001 p 42-61
- 98) De Palo G., Chanen W., Dexeus S.: Neoplasia intraepitelial cervical. En: Patología y tratamiento del tracto genital inferior. Editorial Masson; Barcelona 2001 p 62-89
- 99) Falcón Hernández E, Vargas Fajardo E, Barroso Creagh R. Análisis del programa de cáncer cérvicouterino. Período 1990-1996. *Rev Cubana Enferm* [serie en Internet]. 1999 [citado 28 Sep 2008]; 15(3):201-6. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol15_3_99/enf12399.htm
- 100) Sankaranarayanan R, Nene BM, Shastri SS. HPV screening for cervical cancer in rural India. *New Engl J Med* 2009; 360:1385-1394.
- 101) Siebers GA, Klinkhamer PJJM, Grefte JMM. Comparison of liquid – based cytology with conventional cytology for detection of cervical cancer precursors. A randomized controlled trial. *JAMA* 2009; 302:1757-1764.
- 102) Castro MI, Abratte O, Barocchi M, Musacchio ML. Coloración de Papanicolaou y su importancia en el diagnóstico de las infecciones cérvico vaginales. *Acta Bioquím Clín Latinoam* [revista en Internet]. 2009 [consultada

- 12 de julio 2011]; 38(2): [aprox.6p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-29572004000200008&lang=pt.
- 103) Li W ; Venkataraman S ; Gustafsson U ; Oyama JC ; Ferris DG ; Lieberman RW . Using acetowhite opacity index for detecting cervical intraepithelial neoplasia. J Biomed Opt 2009 Jan-Feb; 14 (1): 14-20.
- 104) American Cancer Society. Prevención y detección temprana del cáncer del cuello uterino. [página en Internet]. American Cancer Society; 2009 [citado 14 Sep 2009]. [aprox. 20 pantallas]. Disponible en: http://www.cancer.org/docroot/esp/content/esp_2_1x_prueba_de_papanicolaou.asp
- 105) Mijer C. El próximo paso en el cribado del cáncer de cuello uterino. HPV Today.2009; Mar 17; 1-3.
- 106) Arbyn M , Sankaranarayanan R , Muwonge R , Keita N , Dolo A , Mbalawa CG , et al. Pooled analysis of the accuracy of five cervical cancer screening tests assessed in eleven studies in Africa and India. Int J Cancer. 2008 Jul 1;123(1):153-60.
- 107) Cox JT, Lorincz AT, Schiffman MH, Sherman ME, Cullen A, Kurman RJ. Human papillomavirus testing by hybrid capture appears to be useful in triaging women with a cytologic diagnosis of atypical squamous cells of undetermined significance. Am J Obstet Gynecol 1995; 172:946-54.
- 108) Eym G , Fich F. Enfermedades de transmisión sexual [Internet]. 2003 Jul [citado 14 Ago 2012]. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/TemasMedicinaInterna/pdf/EnfTransmisionSexual.pdf>
- 109) Rodríguez Salvá A, Echavarría Aguilera A, Murlá Alonso P, Vázquez González C. Factores de riesgo del cáncer de cérvix en el municipio Cerro. Rev Cubana Hig Epidemiol. [serie en Internet]. 1999 Abr [citado 28 Sep 2008]; 37(1): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30031999000100007&lng=es&nrm=iso

- 110) Tapia RC, Sandoval RJ, García MGA, Durán DA, Morales MO. Cáncer cérvicouterino: Factores de riesgo y alteraciones asociadas en mujeres del estado de Guerrero. Rev Inst Nac Cancerol Mex. 2008; 44(1):19-27.
- 111) Ferrá Torres TM, Del Río Ysla MB, Carrazana Fernández GB. Relación de las verrugas ano-genitales con lesiones precursoras de cáncer cérvico uterino. MediCiego [Internet]. 2008 [citado 18 Mar 2011]; 14(Supl.1): [aprox. 5p.]. Disponible en:http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol14_supl108/articulos/a11_v14_supl108.htm
- 112) Rocha Rodríguez M.A., Evangelina Juárez Juárez M. E., Ruiz Jiménez M.M., Ramírez Banda X. G., Gaytán Sánchez M. del R., Contreras Valero P.: Identificación de factores de riesgo para contraer virus del papiloma humano en sexoservidoras. Rev Cubana Obstet Ginecol 2012; 38(2):244-55
- 113) Ríos Hernández, M. A.; Hernández Menéndez, M.; Aguilar Vela de Oro, F. O.; Silveira Pablos, M.; Amigó de Quesada, M.; Aguilar Fabrè, K.: Tipos de papilomavirus humanos más frecuentes en muestras cubanas de cáncercervical. Rev Cubana Obstet Ginecol v.36 n.2 Ciudad de la Habana abr.-jun.2010
- 114) Peláez Mendoza J.: Infecciones de transmisión sexual. Edit. Científico Técnica. 2011. p 1-55
- 115) Larsen B. Flora normal e infecciones endógenas. En Charles D. Editor. Infecciones obstétricas y perinatales. 1ra edición. Madrid; Mosby / Doyma Libros; 1994: Pág.3-9.
- 116) Ferrá Torres TM, Martínez Arcia I. Manejo de pacientes femeninas con condilomas acuminados. AMC [Internet]. 2008 Nov-dic [citado 21 Mar 2011]; 12(6):[aprox.5p.]. Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102502552008000600007&lng=es
- 117) Ferrá Torres TM, Del Río Ysla MB, Carrazana Fernández GB. Relación de las verrugas ano- genitales con lesiones precursoras de cáncer cérvico uterino. Medi Ciego [Internet]. 2008 [citado 18 Mar 2011]; 14(Supl.1):[aprox. 5 p.].

Disponible: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol14supl1_08/articulos/a11_v14_supl108.htm

- 118) Spira A, Bajos N, ACSF Group staff. Sexual behavior and AIDS. Ashgate Publishing Company, 1994.
- 119) Winer RL. ¿Protegen los condones contra el VPH? HPV Today, 2006, Aug. No. 09, 12.
- 120) Hernández Menéndez M, Ríos Hernández MA, Aguilar Vela de Oro O, Torres Chávez A. Actualización de la terapéutica del papilomavirus humano: Terapia convencional. Rev Cubana Med [Internet]. 2004 Ene-feb [citado 21 Mar 2011]; 43(1): [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475232004000100009&lng=es
- 121) Sarduy M, Lao I, Manuel R., Vasallo R.: Condilomatosis vulvoperineal. Tratamiento con láser de dióxido de carbono. Rev Invest Medicoquirúrgicas 1995 vol 1 (ene-abr) 1: 42-5.
- 122) Sarduy M, Martínez I, Vasallo R.: Cirugía criogénica. Breve reseña histórica. Rev Invest Medicoquirúrgicas 2006; vol 1, 8:57-9.
- 123) Parapar I, Tabeada N. Exéresis quirúrgica radical como único tratamiento del condiloma acuminado gigante: a propósito de un caso. Colomb Med Cali. 2007 ene-mar; 38(2):93-8.
- 124) García Tirada MA. Necrosis de la vulva post tratamiento por condilomas: reporte de un caso. Rev Haban Cienc Méd [Internet]. 2009 Abr-Jun [citado 21 Mar 2011]; 8(2):[aprox. 6 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X2009000200010&lng=es
- 125) Ministerio de Salud Pública. Infecciones de transmisión sexual. Pautas para su tratamiento. MINSAP, 2004: 81-4
- 126) Informe de la OMS sobre la situación del cáncer cérvicouterino en América Latina 2009. Disponible en: http://www.who.int/immunization/documents/WER_report_HP_V_Spanish.pdf

- 127) Anuario estadístico de salud 2012. Ministerio de Salud Pública Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. La Habana, Cuba, 2013.
- 128) American Cancer Society. Prevención y detección temprana del cáncer del cuello uterino. [página en Internet]. American Cancer Society; 2009 Disponible en:http://www.cancer.org/docroot/esp/content/esp_2_1x_prueba_de_Papanicolaou.asp
- 129) Martínez Camilo Valentín y Torrientes Hernández Beatriz. Neoplasia cervical en la mujer clim atérica. Rev. Cubana Obstet G inecol, 2006; 32(1).
- 130) World Health Organization. World Health Statistics [Internet]. Washington DC:2008,Disponible en:<http://www.who.int/whosis/whostat/2008/en/index.html>
- 131) Santana S, Esteves L, Gómez I. Cáncer de cuello uterino. Medicentro Electrón [Internet].2007Disponible en: <http://www.medicentro.sld.cu/paginas%20de%20acceso/Sumario/ano%202007/v11n2a07/cancer.htm>
- 132) Csatlós E, Rigó J, Szabó I, Nagy Z, Joó J. Uterine leiomyoma. Orvosi Hetilap. 2010, 151(42): 1734-1741.
- 133) Perri T, Rahimi K, Ramanakumar A, Wou K, Pilavdzic D, Ferenczy A, et al. Are endometrial polyps true cancer precursors?. American Journal Of Obstetrics And Gynecolog. 2010, 203(3): 232.-6.
- 134) Salvent Tames A, Rodríguez Lara O, Leyva Lambert M, Gamboa Rodríguez M, Columbié Gámez M. Comportamiento del cáncer cérvicouterino en el municipio San Antonio del Sur de Guantánamo, 2012; Rev Cubana Obstet G inecol; 38 (2)
- 135) Rodríguez Rodríguez LL, Pérez Moreno LE. Factores de riesgo en mujeres diagnosticadas con cáncer cervicouterino infiltrante en el Municipio Placetas. Acta Médica del Centro,2012; (6) 4
- 136) López Suárez JC, Pila Díaz RI, Fernández Riverón VR, Pico Ortega LR. Comportamiento de algunos factores de riesgo que influyen en la aparición del

- cáncer cérvico-uterino en el área norte de Morón. Rev Cubana Obstet Ginecol 2010; (36)1
- 137) Paolino M, Pantelides E, Bruno M, Maceira V, Peña L, Godoy J, Farao S, Arrossi S. Determinantes sociales del seguimiento y tratamiento de mujeres con PAP anormal en Avellaneda, provincia de Buenos Aires. Rev Argent Salud Pública, 2011; 2(8):21-27
- 138) Valdés Hernández Nelsy Caridad. Cáncer Cervicouterino en mujeres de 25 a 60 años del Policlínico Galván, 2008 - 2010. Trabajo de Terminación de la Residencia para optar por el Título de Especialista en 1er grado de Medicina General Integral. La Habana, 2012.
- 139) Mundt AJ, Roeske JC, Ljan AE. Role of the human papillomavirus in the development of cervical intraepithelial neoplasia and malignancy. Postgrad Med J. 2012;78:225-8.
- 140) Aguirre Hernández R, Medina Carrillo L, Montoya Fuentes H, Sandoval López J, Padilla Rosas M, García Silva V, Jáuregui Martínez A. Factores relacionados con el cáncer cervicouterino en el estado de Nayarit, México, Ginecol Obstet Mex 2009;75:311-6
- 141) Gaitán Duarte H; Rubio Romero J; Eslava Schmalbach J. Asociación de la citología cérvico-vaginal inflamatoria con la lesión intraepitelial cervical en pacientes de una clínica de salud sexual y reproductiva en Bogotá, Colombia 1999-2003. Rev. Salud pública, 2004;(6) 3
- 142) Martínez A. Análisis de los principales factores de riesgo relacionados con el cáncer cérvico uterino en mujeres menores de 30 años. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2010; 36(1).
- 143) Vázquez Márquez Á. Factores de riesgo del cáncer de cérvix uterino. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2008;34(2).
- 144) Weillings K, Collumbien M, Slaymaker E, Singh S, Hodges Z, Patel D, et al. Sexual behaviour in context: a global perspective. Lancet. 2009; 368 (9548): 1706-28.

- 145) . 11. Almonte M , Albero G , Molano M , Carcamo C , García PJ, Pérez G .
Risk factors for Human Papillomavirus exposure and co-factors for Cervical
Cancer in Latin America and the Caribbean. Vaccine. 2008;(26):16-36.
- 146) Milián Vega F, Fernández Alfonso J, Rodríguez López R y Rodríguez
Fernández T. Estudio de algunos factores epidemiológicos en pacientes con
citologías anormales. Rev Cubana Obstet Ginecol, 1999; (25) 3.
- 147) Miller AB. Programas de detección del cáncer cérvico uterino.
Directrices de Gestión. Ginebra: OMS, 1993.
- 148) Sarduy Nápoles MR. Neoplasia Intraepitelial Cervical. Preámbulo del
cáncer cérvicouterino. Rev Cubana Obstet Ginecol, 2008; 34(2)
- 149) Howley PM , Ganer D , Kieff E. Etiology of cancer: viruses. In: De Vita
VT, Hellman S, Rosenberg H. Cancer: principles and practice of oncology.
Vol.2. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2008. p. 549-51.
- 150) . Adab P, McGhee SM , Yanova J, Wong CM , Hedley AJ. Effectiveness
and efficiency of opportunistic cervical cancer screening: comparison with
organized screening. Med Care. 2009 Jun;42(6):600-9.
- 151) Sarduy Nápoles M. Evolución de tres métodos de tratamiento
conservador de la Neoplasia Intraepitelial Cervical [tesis doctoral]. La Habana:
Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas; 2006
- 152) 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. Rev
Cubana Obstet Ginecol, 2011; 37(1)
- 153) . Dunán Cruz LK, Cala Calviño L, Infante Tabío NI y Hernández Lin T.
Factores de riesgo ginecoobstétricos para el cáncer cervicouterino en la
atención primaria de salud. MEDISAN, 2011; (5) 5

- 154) León G, Bosques O. Infección por el virus del papiloma humano y factores relacionados con la actividad sexual en la génesis del cáncer de cuello uterino. Rev Cub Obstet Ginecol. 2005; 31(1)
- 155) Cabezas Cruz E. Conducta a seguir ante la NIC. Rev Cub Obstet Ginec. 1998;24(3):156-60.
- 156) Armstrong B, Holman D. Increasing mortality from cancer of cervix in young australian women. Med J Austr. 1981;1:460-2.
- 157) Pillai RM, Lakshmi S, Sreekala S, Devi Ganga T, Jayaprakash PG, Rajalakshmi TN. High-risk Human Papillomavirus infection and E6 protein expression in lesions of the Uterine Cervix. Pathobiology. 1998;66:240-6.
- 158) Lecciardone JC, Brownson RC, Chang JC, Wilkins JR. Riesgo de cáncer de cérvix uterino en fumadoras de cigarrillos: un estudio meta-analítico. Am J Prev Med.1990;6: 274-81.
- 159) Pérez Lobelle R. La psiquis en la determinación de la salud. La Habana: Editorial Científico- Técnica; 1989. p. 24.

ANEXOS

Anexo 1.

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Nuestra visita tiene por objetivo hacer una entrevista para saber la presencia de algunos factores de riesgo que pueden haber influido en la enfermedad que usted presenta y por la cual se está tratando en la consulta de Patología de cuello. Además, realizarle algunas preguntas para conocer algunos aspectos personales que pueden influir en su calidad de vida y que pueden ser modificables

Todos los datos recogidos serán personales y sólo serán utilizados con el fin investigativo y se garantiza la total confidencialidad.

Si está de acuerdo en cooperar con la entrevista, necesitamos exprese su aceptación y conformidad con su firma.

Fecha:

Firma de la paciente

Firma del médico

Firma de la enfermera

Anexo 2

Entrevista

Edad: ___

Color de la piel: __B __N __M

Escolaridad: _____

Vínculo laboral: __si __no

Enfermedades crónicas asociadas: _____

Edad de las primeras relaciones sexuales antes de 18 años: __si __no

3 o más partos: __si __no

Hábito de fumar: __si __no

Infecciones previas por HPV o Herpes simple: __si __no

Otras infecciones de transmisión sexual: __si __no Cual _____

Pareja sexual estable: __si __no

Uso de condón permanente: __si __no

Satisfacción personal: __Buena __Mala

Autocuidado: __si __no

Lesiones premalignas del cuello uterino: __NIC I __NIC II __NIC III

Anexo 3

TEST DE CYPAC (Capacidad y Percepción de Autocuidado).

Categorías a medir Formas de medición

A. Alimentación

1. Prepara sus alimentos y/o se alimenta sin ayuda Si___ No___
2. Tiene establecido un horario fijo para comer Si___ A veces___ No___
3. Prefiere los alimentos salcochados que fritos Si___ A veces___ No___
4. Ingiere la dieta indicada aunque no le guste Si___ A veces___ No___

B. Eliminación

1. Puede controlar sus esfínteres y eliminar sin ayuda Si___ No___
2. Tiene un patrón intestinal diario con horario regular Si___ A veces___ No___
3. Tiene como hábito observar sus deposiciones Si___ A veces___ No___
4. Tiene como hábito ingerir agua entre las comidas Si___ A veces___ No___

(Más de 6 vasos al día comenzando por la mañana al levantarse)

D. Descanso y Sueño

1. Puede controlar su período de descanso y sueño Si___ No___
2. Tiene hábito de descansar sin dormir después de comer Si___ A veces___ No___
3. Tiene el hábito de irse a la cama a un horario fijo Si___ A veces___ No___

4. Procura dormir las horas necesarias diarias Si___ A veces___ No___

(5 horas diariamente sin necesidad de medicamentos)

E. Higiene y Confort

1. Puede mantener su higiene y confort sin ayuda Si___ No___

2. Se baña diariamente, y a un horario establecido Si___ A veces___ No___

3. Acostumbra bañarse con agua tibia Si___ A veces___ No___

4. Usa una toallita independiente para secarse los pies Si___ A veces___ No___

F. Medicación

1. Se responsabiliza con su medicación y puede controlarla Si___ No___

2. Cumple estrictamente con el tratamiento indicado Si___ A veces___ No___

3. Solo toma medicamentos que le indica su médico Si___ A veces___ No___

4. Si necesita algún medicamento lo consulta primero Si___ A veces___ No___

G. Control de Salud

1. Tiene control y puede responsabilizarse con su salud Si___ No___

2. Controla su peso o sabe cuánto debe pesar Si___ A veces___ No___

3. Conoce la frecuencia de sus consultas y asiste a ellas Si___ A veces___ No___

4. Se realiza autochequeos periódicos en la casa Si___ A veces___ No___

(autoexamen de mamas, control de glucosa, inspección de piel y de la boca, medición de temperatura)

H. Adicciones o Hábitos tóxicos

1. Puede mantenerse sin ningún hábito tóxico Si___ No___
2. Puede controlar la cantidad del tóxico que consume Si___ A veces___ No___
3. Tiene un hábito tóxico, pero intenta deshacerse de él Si___ A veces___ No___
4. Tiene más de un hábito pero intenta dejarlos Si___ A veces___ No___

Norma de evaluación del Instrumento

Si tres o más respuestas positivas y ninguna respuesta negativa; se considera el autocuidado para esa categoría adecuado y se le da una puntuación de 3.

Si dos o más respuestas intermedias(a veces); se considera el autocuidado para esa categoría parcialmente adecuado y se le da una puntuación de 2.

Si más de una respuesta negativa; se considera el autocuidado para esa categoría inadecuado y se le da una puntuación de 1.

Interpretación del Test.

- Entre 12 y 20 puntos: percepción de autocuidado adecuado.
- Con 11 puntos o menos: percepción de autocuidado inadecuado.

