

ARTÍCULO ORIGINAL

Citologías alteradas, edad, inicio de las relaciones sexuales, número de parejas y promiscuidad.

Altered cytology, age, onset of sexual relations, number of couples and promiscuity.

José Cordero Martínez,^I Madelaine García Pimentel^{II}

^IEspecialista de II Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor Auxiliar. Hospital General Docente "Leopoldito Martínez", Facultad de Ciencias Médicas de Mayabeque, Cuba. Correo electrónico: corderomtnez@infomed.sld.cu

^{II}Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Hospital General Docente "Leopoldito Martínez", Cuba. Correo electrónico: corderomtnez@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: el cáncer de cuello uterino es una neoplasia maligna, que se encuentra asociada a un número notable de factores de riesgo y dentro de ellos a la conducta sexual.

Objetivo: relacionar la conducta sexual de un grupo de mujeres, como factor de riesgo, con el resultado de su citología.

Métodos: se realizó un estudio explicativo, analítico, y retrospectivo, de casos y controles, en el Hospital General Docente "Leopoldito Martínez" desde enero del 2011 hasta diciembre 2012. El grupo de estudio quedó constituido por 500 pacientes de la consulta de patología de cuello y el grupo control lo formaron otras 500 mujeres con citología negativa en el período analizado, con el mismo intervalo de edad y que pertenecieran al consultorio de la paciente del grupo estudio. Se estimó el riesgo relativo y la significación estadística mediante prueba de Chi cuadrado.

Resultados: se observa la gran relación existente entre los factores analizados y la citología alterada.

Conclusiones: se comprueba la importancia de la relación de los factores: inicio precoz de las relaciones sexuales, el mayor número de parejas y la promiscuidad., y la alteración de la citología.

Palabras clave: factores de riesgo, prueba de papanicolaou; carcinoma in situ; neoplasias del cuello uterino; conducta sexual.

ABSTRACT

Introduction: cervix cancer is a malignant neoplasia associated to different risk factors, among them the sexual behavior.

Objective: to relate the sexual behavior of a group of women as a risk factor with the result of their cytological study.

Methods: an explicative, analytic and retrospective study of cases and control was

performed at “Leopoldito Martínez” General Teaching Hospital from January 2011 to December 2012. The group was formed by 500 patients from the cervix pathology consultation and the control group was formed by 500 women with negative cytological results in the analyzed period, with the same interval of age and that belonged to the Doctor’s Office of the patients of the group under study. The relative risk was estimated and the statistic meaning by Chi square. **Results:** there is a great relation between the analyzed factors and altered cytology.

Conclusions: it was shown the importance of the relation of the factors: early beginning of the sexual relations, the highest number of couples and promiscuity and alteration of cytology

Keywords: risk factors; papanicolaou test; carcinoma in situ; uterine cervical neoplasms; sexual behaviour.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino (CCU) es una neoplasia maligna que se caracteriza por la pérdida de la estratificación del epitelio, así como una marcada atipia celular, con alteraciones de la relación núcleo-citoplasma e invasión o no del tejido subyacente y la producción de metástasis a distancia. Los expertos refieren que la evolución es un proceso gradual y con imposibilidad de calcular el tiempo en meses o años de duración, desde la fecha del contagio de la infección por el Papiloma Virus Humano (PVH) hasta la aparición de la displasia, y su desarrollo posterior, para que se alcance un cáncer invasor. En algunas ocasiones la evolución es muy rápida -pocos meses y se salta algunas etapas. Casi siempre pasan entre 10 y 20 años sin que progrese a cáncer.¹

En la actualidad, el CCU es el tercero más común entre las mujeres en todo el mundo, precedido solo por el de mama y el colorrectal. La incidencia es alta en América Latina, África Subsahariana, India, Polinesia y el Caribe, y alcanza su mayor porcentaje (21 %) en los países subdesarrollados. Las tasas más bajas se reportan en Israel, Connecticut en EE.UU. y Nueva Zelandia.²

El CCU constituye un problema de salud pública a nivel mundial y es uno de los problemas sanitarios más grandes en América Latina y el Caribe y, a pesar de disponer de una tecnología eficaz en la prevención primaria y secundaria de salud, más de 30000 mujeres latinoamericanas mueren por esta causa cada año y se detectan casi 68 000 nuevos casos. Se ha demostrado que el cuello del útero es la parte del organismo femenino más susceptible a presentar neoplasia.³

El cáncer es la segunda causa de muerte en Venezuela y el de cuello uterino ocupa el primer lugar en incidencia y mortalidad en la población femenina del país. Esto lo convierte en un verdadero problema de salud pública.⁴

En Cuba, esta enfermedad se encuentra entre los lugares tercero y cuarto en incidencia y del tercero al quinto en mortalidad. El número de fallecidas, por esta causa, se mantiene por encima de los 400 casos desde el 2009 a la fecha.⁵

Dentro de los factores de riesgo (FR) para la aparición del CCU se citan: la edad de la primera relación sexual, la multiparidad, la promiscuidad, la infección por el VPH, la falta de higiene genital, el tabaquismo y otros. En los últimos años, la precocidad en las relaciones sexuales de las adolescentes motivó que un grupo de países desarrollados cambiaran en el programa de detección precoz la edad de inicio y la periodicidad de realización de la citología. Los cambios se deben a la disminución de la edad de la primera relación sexual y debido a un mayor conocimiento del PVH como agente etiológico y su significación en el CCU.⁶

Al considerar que los FR son varios, y que actuarían como cofactores asociados al PVH, se puede referir que en ocasiones estos factores no son bien conocidos o no son manejados de forma adecuada, al actuar de forma insuficiente sobre ellos, lo que conduce a la aparición del CCU. PREVENIR equivale a CURACIÓN DEFINITIVA por ello se realiza esta investigación con el objetivo de relacionar la conducta sexual de un grupo de mujeres, como factor de riesgo, con el resultado de su citología.

MÉTODOS

Se realizó un estudio explicativo, analítico, y retrospectivo, de casos y controles, para relacionar los siguientes FR del CCU:

- Edad en la que se detecta el resultado citológico alterado
- Edad en la que las pacientes iniciaron sus relaciones sexuales
- Número de parejas sexuales que han tenido hasta el momento del resultado citológico alterado
- Si ha existido promiscuidad, o sea tener más de una pareja a la vez
- Definir como poligamia secuencial, aquel hombre que ha tenido varias parejas sexuales de forma consecutiva.

Todos estos factores relacionados con el resultado de la citología.

El estudio se efectuó desde enero del 2011 hasta diciembre del 2012 en el Hospital General Docente "Leopoldito Martínez" de San José de las Lajas. El universo de los casos estuvo formado por todas las mujeres con citología orgánica alterada pertenecientes a la consulta de patología de cuello de dicho hospital. De este total, fueron seleccionadas 500 mujeres por muestreo aleatorio simple, que formaron el grupo de estudio.

Solo por razones éticas, fueron exceptuadas aquellas pacientes que no manifestaron su voluntariedad a participar en la investigación. Mientras que el grupo control, con igual número de pacientes, fue seleccionado según las siguientes variables externas: mujer con citología orgánica negativo en el período

analizado, con el mismo intervalo de edad y que pertenecieran al consultorio de la paciente del grupo estudio.

Se realizó un listado con el total de mujeres que cumplían los requisitos expresados anteriormente (universo de los controles) y se escogió de forma aleatoria, utilizando el número dos y de forma estratificada el control de cada caso (grupo de estudio o muestra). Fueron excluidas en ambos grupos: Todas las mujeres que habían sido sometidas a histerectomía, independientemente de su causa; aquéllas en la que se diagnosticó CCU en algún momento y toda paciente que no manifestó su voluntariedad.

Los métodos empíricos utilizados fueron: la encuesta, aplicada a cada paciente, para definir los FR presentes. Se revisaron las tarjetas de la consulta de patología de cuello, las tarjetas de pruebas citológicas y además las fichas familiares de los consultorios, en busca de los elementos necesarios. Los datos se procesaron y sus resultados se resumen en tablas, expresadas en porcentaje, para su mejor comprensión.

Para estimar el riesgo relativo (R.R.) de padecer una citología alterada con los FR, se calculó la razón de productos cruzados (RPC) mediante una tabla de contingencia de 2 entradas, considerando relación estadísticamente significativa cuando el $R.R. > 1$. Además se confirmó con una prueba de chi cuadrado, para contrastar la relación entre dos variables cualitativas y corroborar si existe dependencia entre ellas (significación estadística) con un 99 % de confianza si $p < 0.05$. Se empleó el programa estadístico Statgraphics Plus para Windows 5.1.

RESULTADOS

Aunque la tabla 1, solo brinda información con relación a la edad, se puede observar que el grupo donde más mujeres con citologías alteradas es el de las edades comprendidas entre los 30 y 49 años para un 67,2 % de los casos, con un predominio del grupo de 30 a 39, que con 199 pacientes alcanza el 39,8 %.

Se debe señalar que 15 mujeres menores de 25 años, ya tienen citologías alteradas y son seguidas en la consulta de patología de cuello.

Tabla 1 Distribución de los casos y controles según la edad

Edad (años)	Sanas	%	Enfermas	%
Menos 25	15	3	15	3
25-29	84	16,8	84	16,8
30-39	199	39,8	199	39,8
40-49	137	27,4	137	27,4
50-59	62	12,4	62	12,4
60 y mas	3	0,6	3	0,6
Total	500	100	500	100

Fuente: Encuestas Realizadas

p≤0,05 99% nivel de confianza

En la tabla 2, presenta la edad de inicio de las relaciones sexuales, donde la inmensa mayoría, 402 mujeres para el 80,4 % del grupo estudio, comienzan sus relaciones sexuales durante la adolescencia. Sin embargo en el grupo control sucede lo inverso, pues la mayoría de estas mujeres inician las relaciones sexuales después de los 19 años y solo 96 de ellas, el 19,6 %, antes de esa edad.

Después de aplicar la RPC, se aprecia que es 17,2 veces más probable presentar citologías alteradas en las mujeres que tienen relaciones sexuales precoces en relación a las que comienzan su vida sexual más tardíamente. El estudio muestra la asociación altamente significativa entre la edad de inicio de las relaciones sexuales y pertenecer al grupo de casos (p≤0,05) demostrándose la dependencia entre dichas variables.

Tabla 2. Distribución de las citologías alteradas según inicio de las relaciones sexuales

I. R.S	Sanas	%	Enfermas	%	R.R
Antes 19 años	96	19,2	402	80,4	17,2
19 años y más	404	80,8	98	19,6	
Total	500	100	500	100	

(I.R.S.=Inicio de las Relaciones Sexuales) p≤0,05 99% nivel de confianza

En la tabla 3 se establece la relación con el número de parejas sexuales, más de la mitad, 256 de las mujeres para un 51,2 %, con citologías normales hacen referencia a una sola pareja sexual, sin embargo en el grupo de las mujeres con citologías alteradas solo 67 mujeres, un 13,4 %, lo señalan. Llama la atención como más de la mitad, 56,8 %, de las mujeres del grupo estudio refieren de cuatro a siete parejas sexuales e inclusive 58 de ellas más de siete.

Después del análisis del riesgo relativo para cada grupo se obtuvo que el riesgo de presentar citologías alteradas fuera elevándose a medida que se incrementa el número de parejas, lo que puede ser una medida sustitutiva de la exposición al PVH, y no expresa significado para esta casuística cuando se tienen hasta 3 parejas sexuales. Sin embargo, este riesgo es 6,6 veces mayor si se tienen de 4 a 7 parejas y 7,1 veces mayor si se tienen más de siete como se observa en el 9,6

% de las mujeres de este grupo. El 66,4 % de las pacientes del grupo estudio tienen cuatro o más parejas, lo que representa un R.R. de 13,75 en su totalidad. Además se manifiesta la dependencia entre esta variable y la presencia de citologías alteradas.

Tabla 3. Distribución de las citologías alteradas según número de parejas sexuales

Parejas sexuales.	Sanas	%	Enfermas	%	R.R
Solo 1	256	51,2	67	13,4	0,1
Hasta 3	158	31,6	101	20,2	0,5
4 a 6	77	15,4	274	56,8	6,6
7 o más	9	1,8	58	9,6	7,15
Total	500	100	500	100	

$p \leq 0,05$ 99 % nivel de confianza

En la tabla 4, donde se explora la promiscuidad en las mujeres del estudio realizado, se pudo constatar como 261 mujeres para un 52,2 % de los casos del grupo estudio son promiscuas, mientras que solo 74 mujeres de los casos controles lo refirieron en la encuesta. La respuesta afirmativa a esta pregunta por las mujeres del grupo estudio, determinó que el 52,2 % de este grupo habían tenido en algún momento de su vida más de una pareja sexual a la vez. Este factor representó solamente el 14,8 % de los casos del grupo control.

Tabla 4. Distribución de las citologías alteradas según la promiscuidad femenina

Promiscuidad	Sanas	%	Enfermas	%	R.R
Si	74	14,8%	261	52,2%	6,2
No	426	85,2%	239	47,8%	
Total	500	100	500	100	

$p \leq 0,05$ 99 % nivel de confianza

Al determinar la promiscuidad como factor de riesgo, el hallazgo de un porcentaje que quintuplica su práctica por parte de las pacientes del grupo estudio en contraste con las del grupo control, permite afirmar que toda mujer con este estilo de vida tiene 6,2 veces más probabilidades de presentar un resultado citológico alterado que en las que no lo poseían. Hecho este que arroja significación estadística y que prueba la dependencia entre estas variables.

Con relación a la pareja sexual (tabla 5), durante la encuesta la pregunta fue muy general con relación a este aspecto y solamente se solicitaba saber si su compañero actual, había cambiado frecuentemente de pareja sexual durante su vida, para detectar la poligamia sexual; 304 mujeres para un 60,8 % del grupo estudio y 178 mujeres del control para el 35,6 % responden de forma afirmativa. El estudio demuestra que tienen 4,7 veces más posibilidades de presentar alteraciones en su citología las mujeres que tienen parejas con historia de haber

temido varias compañeras sexuales. Además dichas variables resultan dependientes y estadísticamente probadas.

Cada vez hay más datos que sugieren que una mujer puede correr mayor riesgo debido a las características de su compañero sexual.

Tabla 5. Distribución de las citologías alteradas según las características de la pareja sexual

Poligamia secuencial	Sanas	%	Enfermas	%	R.R
Si	178	35,6	304	60,8	4,7
No	322	64,4	116	39,2	
Total	500	100	500	100	

$p \leq 0,05$ 99% nivel de confianza

DISCUSIÓN

Al hacer referencia a la edad, otros autores⁷⁻⁹ coinciden con los resultados de este trabajo, al señalar en su intervención comunitaria la presencia de FR en un 43,7 % en mujeres con 35 o más años, señalan un mayor número de casos entre los 31 y 40 años, para un 33 % y refieren que predomina el grupo de 31 a 40 años, con un 43.4 %. Sin embargo en otra investigación se plantea que 94 pacientes (37 %) estaban comprendidas entre las edades de 36-45 años, seguido del grupo de entre 26-35 con 72 pacientes.¹⁰

Se señala que el mayor número de mujeres estudiadas por lesiones de alto grado se encontró en el grupo de 36 a 42 años, con 32 casos, para un 29 %, seguido de las pacientes entre 25 y 30 años y mayores de 42 años, con 28 y 26 casos respectivamente (para el 26 y el 24 %), lo cual concuerda con lo referido por la mayoría de los estudiosos de la materia, que plantean que estas lesiones aparecen en mujeres en edad fértil y en plena capacidad como trabajadora, madre y esposa.^{1,2,6,8,10} Se ha de destacar que tal como se plantea en otro estudio en este grupo de edad las pacientes priorizan otras funciones en el hogar y en el trabajo.¹¹

Sobre la edad de inicio de las relaciones sexuales, se señala que la mayor cantidad de mujeres tuvieron sus primeras relaciones sexuales entre 15 y más años, y que 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.²

En la casuística de una investigación similar predominan las féminas que comenzaron sus relaciones sexuales en las edades entre 15 y 17 años, con 38,0 %, seguidas de aquellas que tenían menos de 15 años de edad con el 24,0 %;³ mientras que en otro estudio las pacientes con inicio precoz de las relaciones

sexuales presentaron casi 5 veces mayor riesgo en comparación con aquellas que tuvieron relaciones sexuales más tardías.⁴

Se refiere que la edad de la primera relación sexual es un FR en las mujeres con CCU. El rango de edades donde con mayor frecuencia las pacientes comenzaron las relaciones sexuales fue entre los 14 y 18 años, y se corresponde con el 66,7 %. Los 16 años fue la edad que se destaca con el 17,8 % del total. Una observación importante fue que el 60,2 % de estas pacientes tuvieron su primera relación sexual antes de los 18 años. El grupo de 72 mujeres menores de 25 años, el 73,6 % iniciaron sus relaciones sexuales antes de los 18 años y en las 270 mujeres de 25 a 30 años, el 57 %. La precocidad en el inicio de las relaciones sexuales quedó manifiesta al comprobar que 47 casos, 13,7 %, comenzaron su vida sexual antes de los 15 años.⁶

En las mujeres menores de 25 años, 11 casos para un 15,3 % comenzaron su vida sexual antes de los 15 años. Se observó una edad de inicio tan precoz como los 10 años en 2 casos, 0,6 %. Se encontró una asociación estadísticamente significativa usando el estadígrafo de Chi Cuadrado ($p=0,006$) entre la precocidad de inicio de la actividad sexual y la aparición del CCU a favor de las pacientes menores de 25 años.

Se plantea que entre los principales factores de riesgo en relación con esta enfermedad se encuentran la conducta sexual y edad de inicio de las relaciones sexuales. El riesgo en el inicio temprano de las relaciones sexuales se debe a que en la adolescente se produce una metaplasia activa, o lo que es igual, una transformación celular del epitelio columnar en metaplásico, y de este en escamoide, incrementándose el potencial de interacción entre el carcinógeno (semen y traumas del coito) y el cuello uterino.⁷

En otra investigación¹² se expone que la mayoría de las mujeres, 83,5 %, comenzaron sus relaciones sexuales antes de los 20 años, cifra superior a la encontrada en este estudio.

En un estudio similar realizado en Colombia¹³ el 34 % de las mujeres con lesiones cervicovaginales habían iniciado la actividad sexual antes de los 16 años, el 57 % entre los 16 y 19 años y el 9 % a los 20 y más años; además se encontró una mayor relación con lesiones pre-neoplásicas en pacientes con inicios tardíos de las relaciones sexuales (>35 años) con un 18 %, sin embargo, son pocos los casos. Lo que se espera, es que las mujeres con sexarquia antes de los 20 años, tengan 2 a 3 veces mayor riesgo de cáncer cervicouterino, pero esta asociación no se encontró en el presente estudio.

En otra pesquisa realizada en el municipio La Habana del Este¹⁴, el mayor número de mujeres afectadas, fue el que inició sus relaciones sexuales con menos de 20 años de edad, para un 82.6 %. Otros autores concuerdan con lo obtenido en este estudio en relación a la asociación de las lesiones cervicales con la edad del primer coito. La precocidad de las relaciones sexuales se asocian a mayor

incidencia de cervicitis, de enfermedades ginecológicas inflamatorias asociadas y a la infección por HPV, lo cual favorece que exista un agrupamiento de factores de riesgo que incrementan la posibilidad oncogénica, asociados a un sistema inmunológico no completamente maduro.

Se reseña que otro elemento de interés relacionado con el comienzo de la capacidad reproductiva es la edad con que se inician las relaciones sexuales en la mujer, la cual tuvo significación estadística cuando estas comenzaron antes de los 15 años, encontrando un 13,9 % en los casos por un 4,1 % en los controles, lo que representó un riesgo 3,8 veces mayor. También se encontró significación de riesgo entre las pacientes que iniciaron sus relaciones sexuales entre 15-16 años, al observar un 36,4 % en los casos por un 16,1 % en los controles, representando un riesgo tres veces mayor.¹⁵

La edad de inicio de las relaciones sexuales parece ser la más importante, porque está relacionada con los cambios biológicos que ocurren en el cuello 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 sobre el ectocérvix, lo cual lo hace especialmente vulnerable al PVH y a otros agentes de infección de transmisión sexual.²

Al referirle al número de parejas sexuales, se plantea que en la mayoría de las investigaciones publicadas en Salud Pública, se asocia el elevado número de compañeros sexuales con la aparición de cáncer cervical.¹

Hay autores^{9,12} que señalan que predominan las pacientes que tuvieron de dos a cuatro (53.8 %), seguidas del grupo de cinco y más parejas (28.8 %), y muestran que el 59,1 % de sus casos refirieron en el último año de su vida de 1 a 3 parejas y 40,9 % de ellas refirió 4 o más.

En un estudio realizado en Holguín¹⁶ predominan las mujeres que tuvieron de dos a cuatro parejas, es decir el 48,8%, seguidos del grupo de cinco y más parejas con un 32,4 %. El aumento del número de parejas sexuales incrementa el riesgo de esta enfermedad, por lo que constituye un FR importante en la aparición de lesiones premalignas y malignas del cuello. Diversos autores revisados lo consideran un factor primario en la aparición de esta enfermedad.^{13, 17,18}

En una investigación realizada en adolescentes¹⁹ las pacientes tuvieron un número de parejas sexuales que osciló entre 2 y 3, aunque este dato no es muy confiable, porque las adolescentes pueden ocultar el número de compañeros sexuales por pena hacia el personal de salud. En nuestro caso no se incluyeron adolescentes en el estudio.

Autores nacionales e internacionales^{3,4,6,8,13,20} plantean que los múltiples compañeros sexuales son factores de riesgo asociados al desarrollo del cáncer cervical, lo que coincide con este análisis.

En 616 mujeres se tuvo información completa de los años 2001 y 2006. Al comparar el estudio basal con el re-examen, el 2006, las mujeres son 5 años mayores, aumentaron las que se declaran solteras y las que reportan más de tres parejas en la vida.²⁰

Los estudios epidemiológicos realizados en los últimos 30 años han establecido una fuerte asociación entre el cáncer de cuello uterino y los comportamientos sexuales, entre los que se pueden identificar la edad temprana de inicio de relaciones sexuales y un elevado número de compañeros sexuales. Otros factores asociados son la multiparidad y el consumo de tabaco. A ello se debe agregar el comportamiento sexual inadecuado y la promiscuidad, en ambos sexos.¹⁰

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 refieren una pareja sexual también desarrollan la enfermedad, por lo que resulta sugerente considerar el papel del hombre en la génesis del cáncer de cuello uterino y sobre todo el varón de riesgo o promiscuo, que mantiene relaciones sexuales sin protección, ya que tiene una probabilidad más elevada de desarrollar una infección por el VPH y por tanto, una contaminación en su plasma seminal que tiene un importante papel en la transmisión de la infección a su pareja sexual.¹⁶

Es de suma importancia, considerar la influencia del hombre en la génesis del cáncer uterino y sobre todo el varón de riesgo o promiscuo que mantiene relaciones sexuales sin protección, tiene una probabilidad más alta de desarrollar una infección de transmisión sexual (ITS) y por tanto, una contaminación en su plasma seminal, la cual tiene un importante papel en la infección por el VPH. El plasma seminal constituye el 90 % del líquido que se eyacula, que contiene componentes inmunosupresores que afectan las funciones de diferentes células del sistema inmune como los linfocitos T y B, las células asesinas naturales (NK), macrófagos y anticuerpos del sistema de complemento.¹⁻⁶

Son importantes, la edad en la que se inician las relaciones sexuales y el número de compañeros sexuales, con o sin historia de promiscuidad entre otros, y que representan un indicador aproximado del número de exposiciones al virus. Por ello, se puede determinar que el comportamiento sexual de hombres y mujeres constituye un FR significativo entre poblaciones de alta y baja incidencia, expresado por varios autores.^{2, 6, 20} La edad de inicio de las relaciones sexuales y el número de parejas sexuales que haya tenido la mujer resulta muy importante desde el punto de vista epidemiológico para adquirir infecciones de transmisión sexual, donde se incluye el VPH.

Se concluye que es posible expresar sin ningún temor, que los cinco factores de riesgo analizados poseen suma importancia como cofactores del PVH en la génesis del CCU. Dentro de los señalados, se debe destacar tres de ellos: la edad de inicio de las relaciones sexuales, el número de parejas sexuales y la presencia de parejas secuenciales, tanto femenina como masculina.

Es necesario mencionar de forma especial la existencia de la promiscuidad, como un elemento de gran importancia.

No sería desfavorable que los que dirigen y controlan el Programa de Detección Precoz del CCU, valoren la edad para comenzar la toma de citología, teniendo en cuenta los elementos planteados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1.- Rodríguez Lundes O, Pichardo García R, Escamilla Godínez G, Hernández-V. Estudio de la patología citológica del cérvix. Perinatol Reprod Hum [Internet]. 2009 [citado 8 Ago 2014];23. Disponible en: <http://www.inper.mx/descargas/pdf/Estudiosdelapatologia.pdf>
- 2.- Barbón A. Análisis de algunos factores de riesgo de lesiones premalignas de cuello uterino en un área de salud. Rev Haban Cienc Méd [Internet]. 2009 Nov [citado 8 Ago 2014];8(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000400005
- 3.- Dunán Cruz LK, Cala Calviño L, Infante Tabío NI, Hernández Lin T. Factores de riesgo ginecoobstétricos para el cáncer cervicouterino en la atención primaria de salud. MEDISAN [Internet]. 2011 May [citado 8 Ago 2014];15(5). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol_15_5_11/san02511.htm
- 4.- Francisco Medina E, Sánchez-Lander J, Calderaro F, Borges A, Rennola A, Bermúdez C, et al. Cáncer de Cuello Uterino. Consenso Nacional para el diagnóstico y tratamiento 2010. Rev. Venez Oncol [Internet]. 2011 [citado 8 Ago 2014];23(2). Disponible en: <http://cuidadospaliativos.org/archives/consenso%20cuello%202011.pdf>
- 5.- Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2012 [Internet]. La Habana: MINSAP; 2013 [citado 8 Ago 2014]. Disponible en: http://files.sld.cu/dne/files/2013/04/anuario_2012.pdf
- 6.- Martínez Martínez PÁ, Díaz Ortega I, Carr Pérez A, Varona Sánchez JA, Borrego López JA, de la Torre AI. Análisis de los principales factores de riesgo relacionados con el cáncer cervicouterino en mujeres menores de 30 años. Rev Cubana Obstet Ginecl [Internet]. 2010 Mar [citado 8 Ago 2014];36(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000100008
- 7.- Chávez Roque M, Virelles Trujillo ME, Bermejo Bencomo W, Viñas Sifontes L. Intervención comunitaria sobre factores de riesgo del cáncer cervicouterino. AMC [Internet]. 2008 Oct [citado 8 Ago 2014];12(5). Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2111/211116122012.pdf>
- 8.- Romero Ledezma K P, Rojas Guardia J. Frecuencia de los factores de riesgo de Cáncer Cervicouterino en mujeres de 14-65 años, Comunidad Ramadas, Tapacaré-Cochabamba gestión 2012. Rev Cient. Cienc. Med. Cochabamba [Internet]. 2012 [citado 8 Ago 2014];15(1). Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4027300.pdf>
- 9.- Rodríguez Rodríguez L, Pérez Moreno LE. Factores de riesgo en mujeres diagnosticadas con cáncer cervicouterino infiltrante en el municipio Placetas. Acta

Médica del Centro [Internet], 2012 [citado 8 Ago 2014];6(4). Disponible en: http://www.actamedica.sld.cu/r4_12/pdf/cervicouterino.pdf

10.- Salvant Tames A, Rodríguez Lara O, Leyva Lambert M, Gamboa Rodríguez M, Columbié Gámez M. Comportamiento del cáncer cervicouterino en el municipio San Antonio del Sur de Guantánamo. Rev. Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2012 Jun [citado 8 Oct 2014];38(2). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol38_2_12/gin07212.htm

11.- Tamayo Lien TG, de la Torre AI, varona Sánchez J, Borrego López J, Areces Delgado G. Relación colpohistológica en lesiones de cuello de alto grado. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2010 Sep [citado 12 Oct 2014];36(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2010000300012&script=sci_arttext

12.- Gómez García L, González Sáez Y, Cáceres Pineda M A, Nápoles Camejo B, Téllez González R, Fabelo Bonet O. Caracterización de las pacientes con citología orgánica alterada. Rev. Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2012 Sep [citado 12 Oct 2014];38(3). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol38_3_12/gin10312.htm

13.- Mendoza LA, Pedroza MJ, Micolta Hernando P, Ramirez A, Cáceres Ramiro C, López S Darling Viviam et al. Prevalencia de lesiones de bajo y alto grado de cuello uterino en una ciudad colombiana. Rev. Chil. Obstet. Ginecol [Internet]. 2012 [citado 12 Oct 2014];77(2). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262012000200009&script=sci_arttext

14.- Malagón-Montano L, Fajardo-Valdés S, González-González A, Campillo-Motilva R. Factores de riesgo en mujeres con citología vaginal positiva. Policlínico Dr. Mario Escalona Reguera. Enero 2010 – Diciembre 2012. Revista Cubana de Tecnología de la Salud [Internet]. 2014 [citado 4 Sep 2015];5(1). Disponible en: <http://revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/view/206/522>

15.- Dávila Gómez H, García Valdés A, Álvarez Castillo F, Castillo Blanco Y, Imengana Fonte L, Matos Rodríguez Z. Neoplasia intraepitelial de cuello uterino en un área de salud de la Isla de la Juventud, Cuba: 1999-2008. Rev. Chil. Obstet. Ginecol [Internet]. 2011 [citado 4 Sep 2015];76(4). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262011000400005&script=sci_arttext

16.- Garcés Rodríguez M S. Comportamiento de factores de riesgo asociados al cáncer cervicouterino. Correo Científico Médico de Holguín [Internet]. 2010 [citado 4 Sep 2015];14(1). Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no141/no141ori01.htm>

17.- Rigol S, Obstetricia y Ginecología [Internet]. 3ed. La Habana: ECIMED; 2014 [citado 4 Sep 2015]. Disponible en: https://apuntesdemedicina.files.wordpress.com/2012/01/ginecologia_obstetricia.pdf

: 18.- Lau Serrano D, Millán Vega María M, Fajardo Tornés Y, Sánchez Alarcón C. Lesiones preinvasivas del cuello uterino. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2012 Sep [citado 4 Sep 2015];38(3). Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000300009&lng=es.

19.- Martínez Chang YM, Sarduy Nápoles M. Manejo de las adolescentes con neoplasia intraepitelial cervical. Rev Cubana Invest Bioméd [Internet]. 2006 Mar [citado 4 Sep 2015];25(1). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002006000100001&lng=es.

20.- Solís MT, Aguayo F, Vargas M, Olcay F, Puschel K, Corvalán A, et al. Factores de riesgo de alteraciones citológicas del cuello uterino en mujeres chilenas: un estudio de casos y controles. Rev Méd Chile [Internet]. 2010 Feb [citado 12 Abr 2014];138(2). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872010000200005&script=sci_arttext

Recibido: 17 de febrero del 2015.

Aprobado: 26 de mayo del 2015.

Dr. José Cordero Martínez. Especialista de II Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor Auxiliar. Hospital General Docente "Leopoldito Martínez", Facultad de Ciencias Médicas de Mayabeque, Cuba. Correo electrónico: corderomtnez@infomed.sld.cu