

11226
241135



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**División de Estudios de Postgrado
Instituto Mexicano del Seguro Social
Delegación Regional Veracruz Sur
Hospital General de Zona No. 8
Unidad de Medicina Familiar No. 61**

**FACTORES DE RIESGO DEL CANCER
CERVICOUTERINO EN LA DISPLASIA
CERVICAL SEVERA**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

P R E S E N T A :

DR. MIGUEL RECHY LUNA



H. Córdoba, Ver.

1987
FALTA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE	PAGINA
INTRODUCCION	1
ANTECEDENTES CIENTIFICOS	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
HIPOTESIS	7
OBJETIVO GENERAL	8
OBJETIVOS ESPECIFICOS	8
MATERIAL Y METODOS	9
RESULTADOS Y COMENTARIOS	10
CONCLUSIONES	14
ANEXO 1	16
BIBLIOGRAFIA	17

INTRODUCCION

Frecuentemente se asocian a patologías orgánicas, con alteraciones anatómicas reales, factores derivados del entorno social, geográfico, económico y cultural de la población, que juegan un papel importante para la aparición, desarrollo o agravamiento de determinados padecimientos. Pocas patologías se ven tan dramáticamente influidas por estos factores como el "cáncer cervico-uterino" al que se le ha descrito principalmente en medios con carencias económicas e higiénicas con todas las repercusiones que ésto puede traer, desde el punto de vista cultural, alimenticio, etc.

Esta patología según referiremos en el cuerpo del trabajo ha sido descrita como parte final de un proceso evolutivo, que inicia con cambios inflamatorios a nivel cervical y finaliza en cáncer; los estadios premalignos son las displasias, de éstas la más importante es la severa.

Intentaremos correlacionar esos factores generales que rodean al C.A.C.U. con la displasia cervical severa, en un intento de comprobar la posibilidad de que se trata de un mismo padecimiento en diferentes etapas de su evolución.

La importancia de este padecimiento radica en que se presenta con mayor frecuencia en las clases socioeconómicamente débiles, que en nuestro medio ocupa un porcentaje muy elevado de la población y que en dicha neoplasia es la más frecuente en nuestro país.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS:

En el contexto mundial una de las pa tologías neoplásicas más frecuentes y la más importante en nues--
tro país es el cáncer cérvico uterino.

Dicho fenómeno es difícil de explicar ya que esta neoplasia es una, sino es que la más estudiada de las patología malignas, - se han realizado múltiples estudios de ella a todos lo niveles, - y sin embargo a pesar de ser por demás accesible al diagnóstico-temprano y tratamiento oportuno su incidencia no ha tenido dismi nución.

De ella se sabe a través de estudios de diferentes autores- que cursa por diferentes estadios, se postula que el cáncer cérvicouterino atraviesa por varias etapas premalignas (1) a saber: displasia leve, displasia moderada, displasia severa, CA in situ, CA microinvasor, CA invasor y por último CACU, dichas modifica-- ciones graduales de la arquitectura citológica pueden estar rela cionadas con enfermedades inflamatorias preexistentes por ejem-- plo, el condiloma plano (2). Para otros autores la edad de ini-- cio del intercurso es de fundamental importancia ya que el practicar la actividad sexual en la etapa de la adolescencia donde o curren los mayores cambios hormonales y estructurales, puede lla gar a predisponer el desarrollo de esta patología (3), otros au-- tores hacen notar la presencia del CA.CU. más frecuentemente en la raza negra que en la blanca, con mayor incidencia en los nive les socioeconómicos bajos que en los económicamente poderosos(4), tiene importancia estadística los estudios realizados para deter minar la relación que guardan otras eventualidades como el taba-- quismo, la multiparidad, el número de parejas sexuales (5,1).

Todas estas variables presentes de una u otra forma en el desarrollo de la neoplasia se han denominado factores de riesgo.

Existen en la literatura reportes en relación a considerar como predisponentes reales al CA.CU. al tabaquismo, el uso de anticonceptivos orales, el número de parejas sexuales (2).

Desde el reporte Walton en Canadá se formaron grupos de mujeres a los que se les clasificó de mayor o menor riesgo de contraer dicha patología, esto con el fin último de vigilar periódicamente y con mayor frecuencia a los grupos que representasen un mayor peligro de presentar la neoplasia cervical, la clasificación ha sido hecha en base a la frecuencia de presentación de las variables antes mencionadas, en base a este reporte se adopta en varios países el mismo modelo incluyendo al nuestro, de esta forma se ha intentado modificar la incidencia del CaCU. mediante la aplicación de la búsqueda masiva, en algunos casos los resultados han sido favorables teniendo una mayor disminución de los casos de neoplasias pudiendo modificar así la estructura básica inicial de las recomendaciones del reporte Walton(6).

Otros trabajos buscan ya no la relación de los factores antes mencionados con la neoplasia del cérvix, sino encontrar una relación más cercana con la displasia cervical (5) y a nivel nacional también se han hecho intentos de relacionar la displasia con los factores de riesgo del CA.CU.

Es de mencionar que en nuestro medio se carece de estadísticas reales y confiables en que apoyarse para formar grupos de riesgo en quienes enfatizar la realización de la citología exfoliativa cervical o técnica de Papanicolau, dichas grupos no se -

han logrado formar con lo que las instituciones de salud en ocasiones desperdician medios para la realización de la técnica y - otras no ponen al alcance de la población que los requiere.

Se ha mencionado ya que varios autores describen el cáncer cérvicouterino como el resultado de un largo proceso evolutivo - que se inician como meros cambios inflamatorios a nivel del epitelio de transición del cérvix (1,5), en algunos otros trabajos - se hacen intentos de identificar la probable etiología (6) lo -- cierto es que la mayoría describe la evolución de dicha patolo-- gía en base a los cambios que se llevan a cabo en el cérvix desde los cambios elementales de la inflamación aguda, a las meta-- plasia de las inflamaciones crónicas a las displasias, leve, mo derada y severa, y hasta en este momento las lesiones pueden evi denciar regresión; con respecto a la displasia severa resulta di ffcil diferenciarla del CA in situ, llegándose a mencionar que - se trata del mismo proceso, la evolución continúa hacia Ca micro invasor. a CA invasor (5).

Es un hecho para varios autores la presencia de los facto-- res del riesgo del CACU en el desarrollo de la displasia cervi-- cal (4), a tal grado que determinan con adecuada precisión sus - grupos de riesgo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Uno de los más graves problemas a nivel de salud pública en México, es el cáncer cervicouterino, - que desde hace años y a pesar de los esfuerzos del sector salud a nivel de campañas de educación y de aplicación periódica a cada vez mayor número de mujeres, no ha tenido una disminución real o al menos significativa en su incidencia y prevalencia en la población, pese a no contar con estadísticas confiables se sabe -- que es la neoplasia más frecuente en nuestro país, no resulta fácil explicar claramente las razones de esta alta incidencia, ya que puede ser un problema multifactorial ya sea por aplicación inadecuada de los planes para detección temprana, falla en las técnicas de búsqueda masiva como en la técnica del Papanicolaou, aplicación a los grupos inadecuados, fallos en el manejo médico, o bien falta de planeación adecuada en la aplicación masiva del Papanicolaou por carencia de datos sobre los grupos de mayor riesgo, podría contemplarse la participación en general de una predisposición particular de este país a padecer el CA.CU. o por otro lado no se ha dado la importancia real al papel de la displasia en este proceso y por ende no se maneja adecuadamente.

Sin mencionar cifras (ya que no contamos con ellas) en nuestro medio la frecuencia de displasia cervical es elevada y por tal la frecuencia del cáncer cérvico uterino también lo es, es frecuente encontrar reportes de citología cervical clase III a los que no se les brinda el manejo adecuado, y que a la postre llegan a desarrollar citologías de grado más avanzado, se desconoce por lo general los grupos que tienen mayores posibilidades

de presentar cáncer dado que se desconocen los grupos con displasia y de otro modo los grupos que tienen riesgo de presentar displasia en sus diferentes grados a partir de mujeres sanas o con alteraciones incipientes o moderadas del epitelio cervical.

En un momento dado como se mencionó antes el problema probablemente sea multifactorial, pero también es cierto que éste puede ser mejor manejado si se conoce más a la población susceptible aplicando los programas de búsqueda masiva de casos, ya no en estadíos avanzados sino en el momento en que aún las lesiones son reversibles, o bien para controlar a mujeres prácticamente sanas o con alteraciones celulares aún de tipo inflamatorio, esto sólo es posible realizarlo si se conocen los grupos de pacientes que son candidatas a presentar displasia cervical, practicando en ellas vigilancias más estrechas o bien aplicando terapéuticas adecuadas en el momento preciso, en otras palabras será no posible ejercer un control real y efectivo de la población si se conocen los riesgos de nuestras pacientes de presentar esta patología, y sólo se conocerá si establecen los factores de riesgo que estas mujeres tienen de presentar displasia.

HIPOTESIS:

Si el cáncer cérvicouterino y la displasia cervical son parte del mismo proceso:

Entonces los factores de riesgo de padecerlas serán comunes en ambas.

HIPOTESIS DE NULIDAD:

El cáncer cérvico-uterino y la displasia cervical no son parte del mismo proceso.

Entonces los factores de riesgo de padecerlas no son comunes en ambas.

OBJETIVO GENERAL:

Determinar la presencia de los denominados factores de riesgo en el cáncer cérvico-uterino en el desarrollo de displasia cervical.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1).- Establecer los grupos de mayor riesgo de presentar displasia cervical.
- 2).- Enfatizar la importancia del control periódico por citología de estos grupos.
- 3).- Concientizar al personal involucrado para hacer un manejo adecuado de estas pacientes para establecer un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de esta patología.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA
(9)

MATERIAL Y METODO

Se presentaron a la consulta ex --terna del servicio de ginecología un total de 10 pacientes enviadas del primer nivel de atención con reportes de citología cervical exfoliativa positiva a displasia cervical severa.

El criterio inicial del estudio de la serie fué en general obtener nueva muestra para Papanicolau y biopsia cervical múlti - ple.

La búsqueda de los factores de riesgo se realizó a través - de un cuestionario en forma directa y sobre los datos contenidos en el expediente clínico. La toma de muestras y la aplicación - del cuestionario se realiza en la consulta inicial. En las citas subsecuentes se reciben reportes de citología y biopsia, se esta-blece el manejo médico o quirúrgico según el caso y toma de nuevo muestreo. El seguimiento de nuestras pacientes ha sido de acuerdo a los resultados antes señalados, en algunos casos el resultado final ha sido alta del servicio, en otros resolución quirúrgica y en otros manejo por otras especialidades (Oncología).

Nuestros criterios de selección incluyeron a todas aquellas mujeres con Papanicolau positivo a displasia cervical severa excluyendo a todas aquellas citologías con displasias menores o clasificadas como formas malignas, dichas pacientes quedaron incluidas en la serie, no obstante el resultado del muestreo posterior. El - tiempo en que se desarrolló el estudio abarcó del 10. de Marzo al - 30 de Noviembre de 1986.

RESULTADOS

Las variables que se manejaron han sido lo que la literatura denomina factores de riesgo, a saber: edad, paridad, edad de inicio del intercurso, número de parejas sexuales, tabaquismo, etc.

El estudio de las 10 pacientes seleccionadas mostró resultados heterogéneos: con respecto al rubro edad, encontramos una mínima de 18 años, una máxima de 75 años con un promedio de 44.5 años; el total del grupo, 6 pacientes (60%) quedan incluidos entre la tercera y quinta década de la vida. (cuadro 1)

Otro de los factores, el nivel educativo, en nuestra población no rebasa la secundaria que representa el 20% (2 pacientes), la primaria que posee el 50% (5 pacientes) y por último 30% (3 pacientes) sin ninguna instrucción. (cuadro 1)

El nivel socioeconómico fué bajo en el 100% de la muestra y la edad en que se presentó la menarca varía desde los 11 años la más temprana, hasta los 14 años la más tardía, con un promedio de 12.4 años. La presentación del inicio del intercurso en promedio aparece a los 18.4 años, la edad mínima a los 14 años y los 25 años como máxima. (cuadro 2)

El número de parejas en el 80% de nuestras pacientes fué de 1, (8 pacientes); 10% (1 paciente) con 3 parejas sexuales y el 10% (1 paciente) con 2 parejas; la frecuencia de las relaciones sexuales varía desde 5 en el 10% de la población (1 paciente) a 0 en el 20% (2 pacientes). Cabe aclarar que esta frecuencia fué tomada en cuenta en el inicio del intercurso y que las pacientes tomadas como 0 se negaron a proporcionar el dato. 2 pacientes (20%) mantienen relaciones 2 veces por semana, 3 pacientes (30%) en 3 ocasiones y 1 paciente (10%) en 4 ocasiones por semana. (cuadro 1)

La edad en que se presentó el primer embarazo, relacionado en general con la aparición del intercurso, da en promedio 18.8 años con una edad máxima de 25 años y una mínima de 14 años.

Otros factores tomados en cuenta fueron la circuncisión de la pareja sexual, que fué negada en el 100% de los casos; el antecedente de nacimientos neoplásicos en la familia fué negado en el 60% (6 pacientes) e ignorado en el 40% (4 pacientes). Con respecto al tabaquismo sólo el 10% (1 paciente) fuma ocasionalmente.

Las infecciones vaginales de curso crónico constituyen un factor importante ya que la presentó el 90% de la población (9 pacientes). Llaman la atención la ausencia total del uso de anticonceptivos de tipo hormonal en la muestra y que el 50% (5 pacientes) sean usuarias de D.I.U.; el 10% (1 paciente) sólo usa preservativos y 40% (4 pacientes) no usa ni usó método, el dispositivo se ha mantenido en uso hasta por 12 años.

La multiparidad se presentó en esta serie de manera significativa ya que en promedio tenemos 5.9 partos por paciente con un máximo de 14 partos y un mínimo de 1, el 50% (5 pacientes) — tiene antecedentes de aborto, el 10% (1 paciente) con 4 abortos; 10% (1 paciente) 2 abortos y el restante 30% (3 pacientes) con 1 aborto.

El resultado del control y manejo de las pacientes revela en el Papanicolau y/o biopsia, regresión de las lesiones en el 80% (8 pacientes) y progresión en el 20% (2 pacientes). Al 50% (5 pacientes) se les practicó histerectomía, ya sea por alteraciones citológicas, imágenes macroscópicas clínicamente dudosas o bien patologías agregadas tales como prolapso uterino y cistocele; se dictamina alta por mejoría a una paciente, se mantienen en control 7 y 1 es enviada al servicio de Oncología.

Es importante mencionar que 2 de nuestras pacientes presentaron alteraciones de tipo neoplásico en relación a C.A. intraepitelial y C.A. invasor del cuello. El tratamiento médico básicamente se llevó a cabo con manejo antiinflamatorio, en algunos casos betalactámicos y en otros metronidazol, el criterio de control se establece con toma de citología o biopsia, manejo médico al proceso infeccioso o inflamatorio y nuevo control por biopsia o Papanicolau para el control definitivo.

El análisis de los resultados proporciona datos muy importantes, tradicionalmente se ha considerado que los principales factores de riesgo de padecer cáncer cervico-uterino, han sido la multiparidad, el nivel socioeconómico bajo, el antecedente de pareja no circuncisa, frecuentes infecciones del tracto genital, y más recientemente, el inicio temprano de las relaciones sexuales, el tabaquismo, el número de parejas sexuales, el uso de anticonvulsivos orales.

En esta serie de pacientes se presentaron los más importantes factores, como son: la multiparidad que en un 70% presentaron nuestras pacientes (tomamos como referencia más de 4 partos). - Dentro de los antecedentes obstétricos llama la atención que el 50% de las pacientes tienen antecedentes de aborto, cuyo número varió de 1 hasta 4.

El inicio de las relaciones sexuales que se desarrollaron en la adolescencia en el 60% de las pacientes, todas ellas por abajo de los 20 años y sólo el 10% más allá de los 20. Esto resulta de significativo interés ya que ésa es la época de mayores cambios en el organismo.

Ligado muy estrechamente al inicio del intercurso, el emba^zazo a temprana edad ocurre en el 60% de la muestra.

Otros estados predisponentes encontrados son: El nivel so^{ci}ocioeconómico bajo al que pertenecen todas nuestras pacientes, y que ha sido reportado persistentemente como altamente predispoⁿⁱente al C.A.C.U., el nivel educacional cubre apenas la enseñan^{za} básica y en el 30% no se llega a cumplir, las infecciones del tracto genital han estado presentes en forma crónica, con dura^{ci}ones tan largas hasta de 16 años en algunos casos, multitrata^{das} y de presentación cíclica, estas infecciones causando obvia^{men}te cambios inflamatorios crónicos a nivel cervical.

No se logró establecer relación con el tabaquismo y el uso de anovulatorios hormonales, ya que en el primer caso sólo una pa^{ci}ente fuma ocasionalmente, y en el segundo caso, ninguna ha re^{ci}vido hormonas.

Los antecedentes familiares de padecimientos neoplásicos - tampoco se presentaron. Queda como último factor la ausencia de circuncisión en todas las parejas sexuales de nuestras pacientes, que al parecer en la mayoría de las series es constante.

CUADRO I

Factores de riesgo del cáncer cervico-uterino
en 10 pacientes con displasia estudiadas en el
HGZ-8, Córdoba, Ver. Marzo-Noviembre 1986.

EDAD	ESCOLARIDAD	NIVEL SOCIO-ECON.	NUMERO DE PAREJAS SEX.	INTERCURSO FRECUENCIA
18 años	PRIMARIA	BAJO	UNA	5/SEM.
28 años	PRIMARIA	BAJO	UNA	2/SEM.
36 años	PRIMARIA	BAJO	UNA	2/SEM.
40 años	SECUNDARIA	BAJO	UNA	3/SEM.
40 años	SECUNDARIA	BAJO	UNA	3/SEM.
43 años	PRIMARIA	BAJO	UNA	1/SEM.
44 años	PRIMARIA	BAJO	TRES	4/SEM.
50 años	NULO	BAJO	UNA	3/SEM.
71 años	NULO	BAJO	UNA	0/SEM.
75 años	NULO	BAJO	DOS	0/SEM.

Fuente: Expedientes clínicos del servicio de Ginecología
y Obstetricia y Cuestionario.

CUADRO II

Factores de riesgo del cáncer cervico-uterino
 en 10 pacientes con displasia estudiadas en el
 HGZ.8 Córdoba Ver. Marzo Noviembre 1986.

MEMARCA	INTERCUIO	1er EMBARAZO	METODO P.P.	DURACION
13 años	17 años	17 años	DIU	1 año
13 años	13 años	20 años	DIU	4 años
14 años	25 años	25 años	PRESERVATIVO.	2 años
12 años	18 años	19 años	NINGUNO
13 años	21 años	22 años	DIU	12 años
13 años	18 años	18 años	DIU	6 años
11 años	20 años	22 años	NINGUNO
11 años	17 años	18 años	DIU	8 años
12 años	14 años	15 años	NINGUNO
12 años	14 años	15 años	NINGUNO

Fuente: Expedientes clínicos del servicio de Ginecología y Obstetricia y Cuestionario.

Nota: La distribución de los datos está en relación a la edad actual y en orden creciente.

CUADRO III

Factores de riesgo ginecológicos del cáncer cervico-uterino en 10 pacientes con displasia estudiadas en el HGZ-8, Córdoba, Ver. Marzo-
Noviembre 1986.

GESTACIONES	PARTOS	ABORTOS	CESAREAS
1	1	0	0
4	4	0	0
4	3	1	0
2	1	0	1
7	5	2	0
6	6	0	0
6	6	0	0
13	9	4	0
14	14	0	0
11	10	1	0

Fuente: Expedientes clínicos del Servicio de Ginecología y Obstetricia y Cuestionario.

Nota: La distribución de los datos está en relación a la edad actual y en orden creciente.

CONCLUSIONES:

Se ha logrado establecer en este trabajo la presencia de los factores de riesgo más significativos propios del C.A.C.U., en pacientes portadoras de citologías clase III y IV con alteraciones displásicas severas, los factores encontrados han sido la multiparidad, el nivel socioeconómico bajo, el nivel de instrucción elemental o nulo, el inicio de la actividad sexual en la adolescencia, las infecciones vaginales de tipo crónico, la falta de circuncisión en la pareja.

No se logró establecer la relación entre otros importantes factores como el tabaquismo, el uso de hormonales orales como método anticonceptivo, y los antecedentes familiares de neoplasia. Sin embargo, se han presentado otros estados que no se tomaron en cuenta desde el principio, el aborto que en un alto porcentaje refirieron las pacientes, el uso de D.I.U. en forma prolongada resultan de relevante importancia. (En el reporte de una pieza de patología diagnostican metaplasia escamosa madura - secundaria a D.I.U.).

Respecto a la evolución de las lesiones, los datos de mejoría por biopsia o Papanicolau revelan que el tratamiento médico es un factor de vital importancia cuando se aplican en forma oportuna para prevenir la evolución de las lesiones, por otro lado, el estancamiento o evolución de las alteraciones de la citoarquitectura puede ser importante valorar una conducta intervencionista.

Se establece la importancia del Papanicolau ya que el 20% de la población presentó alteraciones neoplásicas en el control.

La relación entre la edad de inicio de la actividad sexual, y la edad de diagnóstico de la displasia se presentó en forma - muy variada y poco significativa ya que varía desde un año hasta 61 sin lograrse establecer parámetros generales.

Básicamente se pueden establecer las siguientes afirmaciones:

1.- Que los factores de riesgo de padecer Cáncer cervico - uterino son compartidos por la displasia cervical severa, y de esto se deduce que ambas pudieran corresponder a un mismo proceso, tan es así, que 2 de nuestras pacientes fueron portadoras de neoplasia.

2.- Que el manejo específico de las cervico-vaginitis y del proceso inflamatorio pueden llevar a la remisión las lesiones - - displásicas, por otro lado en pacientes con lesiones o resultados dudosos, o con padecimientos concomitantes es de valorarse el manejo quirúrgico.

3.- Que el Papanicolau continúa siendo un buen método de - detección masiva de casos, con una aceptable efectividad, que su utilidad, pese a ciertas fallas, se ha mostrado en este trabajo y que los grados de afección citológica reportados por el D.O.C. se acercan aceptablemente a lo reportado por biopsia.

4.- Por último que la población general en nuestro medio es altamente susceptible a padecer displasia cervical ya que los factores condicionantes están presentes en la mayor parte de las mujeres, no importando en ocasiones la edad, la paridad, etc.

NOMBRE: _____

AFILIACION: _____

DOMICILIO: _____

Edad: _____ Edo. Civil: _____ Ingreso Familiar: _____

Grado escolar: _____

Menarca: _____

Frecuencia: _____

Primera relación sexual: _____

Número de Parejas: 1 - 2 - 3 - 4 - 5 o más

Frecuencia de las relaciones sexuales: _____ por semana _____ por mes

Primer embarazo: _____ años.

Total de embarazos: _____ Abortos: _____ Partos: _____

Cesáreas: _____ Lactancia: _____ Sí _____ No _____

Ultimo embarazo: _____ Ultimo Parto: _____

Fecha de última menstruación: _____

Infecciones Vaginales: _____ Sí _____ No _____

Cuantas en un año: _____ Diagnóstico: _____ Tratamiento: _____

Cirugías vaginales: _____

Anticonceptivos:

Orales: _____ Tipo: _____ Duración del tratamiento: _____

Inyectables: _____ Tipo: _____ Duración: _____

DIU: _____ Tipo: _____ Duración: _____

Definitivos: _____ Tipo: _____ Otros: _____

Fuma: SI NO Cuantos: _____ Desde cuando: _____

Pareja circuncidada: SI NO

Antecedentes de Cáncer en su familia: SI NO

Observaciones: _____

2.5 BIBLIOGRAFIA:

- 1.- REINA, R., CONTRERAS, R.; Displasia cervical severa. Análisis de 42 casos. Ginec. Obstet. Mex. Vol. 48 Año 35 No. 287. Sept. 80.
- 2.- DEHESA R. Evidencia citológica de la asociación de lesiones condilomatosas con cambios displásicos y neoplásicos del cérvix uterino. (Revisión de 3 series). H.G.Z. No.8 I.M.S.S. Córdoba, Ver. (Comité de Investigación Vol. 1 No. 2).
- 3.- WRIGHT C.: Age at beginning of clotus versus chronologic age as a basis for Papanicolaou smear screening: An analysis of 747 cases of preinvasive disease. Am. J. Obstet. Gynecol. Vol. 149, No.8, p. 824 August. 15, 1984.
- 4.- DEVESA, S.; Descriptive Epidemiology of cancer of uterine cervix. Obstet. Gynecol. Vol. 63 No.5 p.605 May 1984
- 5.- CLARKE A, HATCHER H et al; Cervical Dysplasia Association with Sexual Behavior Smoking, and oral contraceptive use Toronto C. Amer. J. Obstet. Gynecol. Vol. 151 No.5 p.612. Marzo I-1985.
- 6.- THE WALTON REPORT AND ITS SUBSEQUENT IMPACT ON CERVICAL CANCER SCREENING PROGRAMS IN CANADA. ANN. J. WORTH M.D. Obstet. Gynecol. Vol. 63 No. 2, p. 135, February 1984.